

# JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN DI KOTA YOGYAKARTA\*

*Eddy Kiswanto*

## **Abstract**

*The research aims to find out the implementation of JPKM before and after being organized by PT. Askes, the financing and health service accepted by those who join JPKM program in Yogyakarta City, and how useful was JPKM program according to poor citizens in Yogyakarta City. This research is designing to combine two methodologies, quantitative and qualitative method. A quantitative research needed to conduct a survey and a qualitative research aims to get more comprehensive view from stakeholders in the implementation of JPKM in Yogyakarta City. The results of this study are first, the low level of commitment from local government in Yogyakarta City in health sector. Second, Yogyakarta City has not yet developed its own social security system. Third, there is no complete database of poor citizens to be used in order to appoint the target for this health insurance program. Fourth, from the point of view of the target, health card has shown effective.*

*Keywords: Public Health Maintenance Security, Health insurance, poor citizens.*

## **Pendahuluan**

Pemerintah telah menetapkan sebuah sistem Jaminan Sosial Nasional (JSN) dengan lahirnya UU No. 40 tahun 2004. Program ini bertujuan memberi kepastian perlindungan kesejahteraan sosial agar setiap penduduk dapat memenuhi kebutuhan hidupnya menuju terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh masyarakat Indonesia. Perlindungan ini diperlukan terutama apabila terjadi hilangnya atau berkurangnya pendapatan.

Sistem jaminan sosial secara sistematis dimulai sejak Orde Baru pada 1974, dengan dikeluarkannya UU No. 6 tahun 1974 tentang Ketentuan-ketentuan Pokok Kesejahteraan Sosial. Melalui undang-undang ini, pemerintah

mendefinisikan sistem jaminan sosial sebagai: “Seluruh sistem perlindungan dan pemeliharaan kesejahteraan sosial bagi warga negara yang diselenggarakan oleh pemerintah dan/atau masyarakat guna memelihara taraf kesejahteraan sosial” (Flamma, 2004). UU No. 6 tahun 1974 ini bertujuan menciptakan sistem perekonomian yang sifatnya mendasar, yaitu menjamin kesejahteraan masyarakatnya. Selain usaha menciptakan sistem perekonomian yang sifatnya mendasar, perlu pula usaha yang lebih bersifat pelaksanaan langsung di lapangan. Pengaturan yang bersifat lebih teknis di bawah UU No. 6 tahun 1974 adalah Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 42 tahun 1981 tentang Pelayanan Kesejahteraan Sosial Bagi Fakir Miskin. Pasal 2 ayat (1) dari PP No. 42 tahun

---

\* Tulisan ini merupakan sebagian dari isi Tesis yang dibuat oleh penulis pada Program Magister Studi Kebijakan Universitas Gadjah Mada.

1981 di atas menyebutkan fakir miskin berhak mendapatkan pelayanan kesejahteraan sosial. Selanjutnya, ayat (2) pasal yang sama menyatakan pelayanan kesejahteraan sosial bagi fakir miskin tersebut meliputi bantuan sosial dan rehabilitasi sosial.

Undang-undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) lebih lengkap dan komprehensif dibandingkan dengan UU No. 6 tahun 1974 dan PP No. 42 tahun 1981 karena dalam UU SJSN perlindungan yang diberikan kepada warga masyarakat tidak bersifat bantuan sosial, tetapi jaminan sosial sebagai salah satu bagian dari perlindungan sosial. Kebijakan jaminan sosial oleh pemerintah diterjemahkan menjadi mekanisme asuransi, seperti Askes, Taspen bagi PNS, dan Asabri bagi tentara/polri, sedangkan pekerja sektor formal mendapatkan jaminan sosial melalui Astek. Mekanisme tersebut mengharuskan para pegawai dipotong gajinya oleh negara untuk membayar premi asuransi. Sistem tersebut berjalan sendiri-sendiri dan dikhususkan untuk kelompok tertentu (umumnya sektor formal) sehingga belum menyentuh sektor informal serta kelompok miskin dan rentan. Alih-alih menjamin rakyat, pemerintah justru membentuk lembaga pengelola asuransi jaminan sosial menjadi

perseroan (dalam hal ini Askes) yang mengejar keuntungan demi menambah pendapatan negara (Flamma, 2004). Tabel 1 menunjukkan gambaran posisi Indonesia dibandingkan dengan beberapa negara Asia untuk indikator kesehatan yang terkait dengan pembiayaan kesehatan dan cakupan asuransi kesehatan.

Jumlah biaya kesehatan di Indonesia mencapai US\$18 per orang per tahun dan sebagian besar biaya tersebut (70 persen) berasal dari swasta dan hanya sekitar 30 persen yang berasal dari pemerintah melalui APBN, APBD-1, dan APBD-2. Biaya yang berasal dari swasta sebagian besar dikeluarkan langsung dari saku masyarakat (*direct payment out of pocket*) pada waktu mereka jatuh sakit dan hanya sedikit yang dikeluarkan melalui mekanisme asuransi atau perusahaan (6-19 persen). Dengan pola sistem pembiayaan tersebut, tingkat kesehatan penduduk sangat rawan terhadap perubahan situasi ekonomi global maupun lokal. Sebagai contoh, tanpa adanya sistem jaminan sosial atau sedikitnya penduduk yang memiliki asuransi kesehatan, pada waktu terjadi krisis telah dikhawatirkan banyak penduduk yang tidak mampu lagi berobat di rumah sakit dan pusat-pusat pelayanan kesehatan lain (IKM, 2005).

**Tabel 1**  
**Indikator Kesehatan di Beberapa Negara Tahun 2004**

Negara	MMR	GNP/Kapita (US\$)	Biaya Kes per kap (US\$)	Urutan Biaya	Cakupan Asuransi (persen)
Malaysia	39	3.400	110	93	100
Thailand	44	1.960	133	64	80
Srilangka	60	820	25	138	-
Vietnam	160	370	110	182	-
Philippine	170	1.020	40	124	60
Myanmar	230	220	100	136	-
Indonesia	390	580	18	154	16

Sumber: Ilmu Kesehatan Masyarakat FK UGM, 2005.

Kesehatan merupakan salah satu *fundamental right* yang menjadi tanggung jawab negara, tetapi yang terjadi justru akses kesehatan bagi masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan masih sangat rendah. Permasalahan ini harus mendapatkan perhatian yang serius dari pihak pemerintah, terlebih lagi semakin meningkatnya biaya kesehatan akan menjauhkan pelayanan kesehatan utamanya bagi masyarakat miskin. Hal ini terkait dengan belum berjalannya sistem jaminan sosial terutama bidang kesehatan secara efektif dan efisien. Oleh karena itu, sangat penting memberikan porsi yang cukup besar bagi munculnya sebuah kebijakan jaminan kesehatan dan pemerintah meresponsnya dengan mengeluarkan kebijakan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Tujuan utama program JPKM ini adalah menjamin terjangkaunya pelayanan kesehatan bagi semua lapisan masyarakat terutama kelompok miskin dan terpenting adalah peran serta aktif masyarakat dalam program ini.

Telah banyak program kesehatan yang dikembangkan oleh pihak pemerintah untuk membantu masyarakat miskin, di antaranya adalah dengan mengeluarkan Kartu Sehat dalam program JPS bidang kesehatan dan kartu Gakin. Hanya saja tujuan program tersebut adalah memberikan pelayanan kesehatan secara gratis kepada masyarakat miskin. Sementara itu, tujuan utama program JPKM yang dikembangkan saat ini tidak jauh berbeda dengan program pemerintah lain yang berusaha memenuhi hak kesehatan dasar bagi masyarakat miskin, tetapi perbedaannya JPKM lebih melibatkan peran serta aktif masyarakat dalam pembiayaan. Masyarakat membayar premi dengan jumlah tertentu untuk mendapatkan asuransi yang sesuai dengan kondisi masyarakat Yogyakarta. Banyak masyarakat yang masih belum paham

mengenai JPKM tersebut karena selama ini program kesehatan yang ditujukan bagi rakyat miskin hanya bersifat gratis untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar. Mengubah pola pelayanan kesehatan yang mengikutsertakan peran serta aktif dari masyarakat perlu upaya promosi yang terus-menerus. Selain itu, yang juga menjadi masalah yang dihadapi oleh masyarakat adalah sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah terutama bagi masyarakat miskin.

Pemerintah Kota Yogyakarta merupakan salah satu wilayah di Provinsi DIY yang sudah menyelenggarakan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang dikelola oleh sebuah badan pengelola. Badan pengelola ini diberi nama Badan pengelola "Warta Sehat". Jenis pelayanan kesehatan yang ter-cover adalah pelayanan kesehatan dasar di puskesmas secara gratis, biaya periksa di dokter dan rumah sakit, dan biaya obat. Kebijakan tersebut merupakan salah satu bentuk jaminan sosial yang menjadi tanggung jawab negara untuk menjamin kesehatan masyarakat utamanya adalah masyarakat miskin. Pengelolaan JPKM mengalami perubahan dengan diundangkannya UU No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) yang berisikan mandat kepada PT. Askes sebagai penyelenggara asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin. Hal ini tentu saja akan membawa konsekuensi terhadap jalannya program JPKM yang pada awalnya dikelola secara otonomi oleh pemerintah kota/kabupaten menjadi tersentralisasi.

## **Metode Penelitian**

Penelitian ini menggabungkan dua pendekatan, yaitu kuantitatif dan kualitatif. Penggabungan kedua pendekatan tersebut dimaksudkan untuk memperoleh informasi

secara tepat dan lebih komprehensif tentang topik yang diteliti. Jenis penelitian kuantitatif yang digunakan dalam penelitian ini dilakukan dengan cara survei untuk mendapatkan gambaran dari pihak masyarakat sebagai penerima program JPKM. Sedangkan penelitian kualitatif bertujuan untuk mendapatkan gambaran secara komprehensif dari berbagai *stakeholders* mengenai pelaksanaan kebijakan JPKM di Kota Yogyakarta.

Penelitian ini menggunakan desain survei sebagai metode untuk penelitian kuantitatif. Tujuan pemilihan metode ini adalah untuk mengetahui tanggapan masyarakat penerima program mengenai pelaksanaan JPKM. Gambaran berbagai tanggapan dari masyarakat yang ingin diketahui bersifat umum, tidak terlalu mendalam, dan berfungsi melengkapi data kualitatif sehingga desain pengumpulan data yang digunakan adalah survei cepat (*quick survey*). Metode ini diharapkan akan mendapatkan data yang berfungsi sebagai penyeimbang informasi yang diperoleh dengan metode kualitatif.

Metode wawancara mendalam (*indepth interview*) bertujuan untuk memperoleh dan menggali informasi secara detail mengenai pelaksanaan JPKM dan implementasi kebijakannya. Pengumpulan data melalui metode ini akan menggunakan instrumen *interview guide* untuk memudahkan dan memberikan petunjuk bagi kerangka pengumpulan data. Informan yang dipilih sebagai narasumber untuk wawancara mendalam adalah *stakeholders* yang berkaitan dengan pelaksanaan program JPKM di Kota Yogyakarta. Hal ini dilandasi dengan asumsi mereka terlibat atau memiliki keterkaitan dengan program JPKM. Prinsip utama dalam pemilihan informan dalam penelitian ini adalah tingkat pemahaman dan pengalaman informan selama program JPKM berjalan.

Kebutuhan untuk mendapatkan data pendukung dari berbagai sumber, termasuk data-data jumlah keluarga miskin yang menjadi sasaran program, sistem pembiayaan asuransi kesehatan, peraturan-peraturan, atau perundang-undangan sebagai payung hukum program ataupun data lain sangat penting. Selain sebagai data pendukung, informasi yang didapat dari data sekunder ini bisa dijadikan referensi tentang hal-hal yang tidak bisa digali dengan metode pengumpulan yang lain.

### **Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin**

Penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat/keluarga miskin merupakan program pemerintah melalui Departemen Kesehatan yang dimulai setelah masa krisis ekonomi. Pada 2001 Depkes menyelenggarakan program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) dengan menyalurkan dana kepada rumah sakit dan puskesmas yang digunakan untuk pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin. Pada 2002 dilaksanakan program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan (PD-PSE-BK). Sebagian dari dana pengurangan subsidi BBM digunakan untuk dana pemeliharaan kesehatan keluarga miskin. Dana ini disalurkan langsung ke pemberi pelayanan kesehatan (rumah sakit dan puskesmas) dan digunakan untuk biaya pelayanan kesehatan masyarakat miskin yang sakit.

Pada 2003 dilaksanakan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS-BBM-BK) yang merupakan kelanjutan program JPS-BK dan PD-PSE-BK. Program ini pada prinsipnya sama dengan program sebelumnya, hanya dalam program PKPS-BBM-BK menambah kegiatan pelayanan kesehatan dan mengubah pengaturan/pengelolaan

pembiayaan. Pada 2003 juga diadakan uji coba pelaksanaan PKPS-BBM-BK dengan pendekatan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Keluarga Miskin (JPK-Gakin) dan Kota Yogyakarta adalah salah satunya.

Pelaksanaan JPKM untuk Kota Yogyakarta pada 2003 diserahkan kepada Pra-Badan Penyelenggara (Pra-Bapel) JPKM Warta Sehat sebagai penyelenggara JPKM untuk Kota Yogyakarta. Penunjukkan tersebut dituangkan dalam Surat Keputusan Walikota Yogyakarta Nomor 40/KD/Tahun 2003. Pra-Bapel Warta Sehat adalah organisasi sosial bidang kesehatan yang didirikan oleh para tokoh kesehatan masyarakat (pengurus JPKM kelurahan, pengurus koperasi, dan kader kesehatan). Jadi, organisasi tersebut merupakan lembaga independen yang bergerak dalam bidang kesehatan khususnya menangani Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin yang kemudian ditunjuk oleh Pemkot Yogyakarta untuk mengelola program.

Program JPKM yang dilaksanakan oleh Warta Sehat menggunakan alokasi dana dari APBD Kota Yogyakarta 2003 dan 2004. Jumlah subsidi APBD Kota Yogyakarta yang diberikan kepada Warta Sehat 2003 baru mencapai Rp5.150.000,00, tetapi pada 2004 sudah mencapai Rp104.580.000,00.

Seperti umum terjadi di Indonesia, pergantian kepemimpinan nasional akan mengubah arah kebijakan yang dijalankan sebelumnya termasuk bidang kesehatan. Mulai awal 2005 pengelolaan Jaminan Kesehatan Keluarga Miskin oleh pemerintah pusat, dalam hal ini Departemen Kesehatan, diserahkan kepada PT. Askes. Keputusan ini tertuang dalam SK Menteri Kesehatan No. 1241/menkes/SK/XI/2004 yang isinya, antara lain, adalah sebagai berikut.

1. Menugaskan PT. Askes:

- a. memantau penggunaan dana PKPS-BBM Bidang Kesehatan mulai 1 November s.d. Desember 2004
  - b. melakukan pendataan masyarakat miskin sesuai dengan kriteria yang ditetapkan
  - c. melaporkan hasil kegiatan
2. Per 1 Januari 2005: mengelola dana Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin dari pemerintah sesuai ketentuan yang berlaku
  3. PT. Askes dapat bekerja sama dengan pihak lain
  4. Biaya dibebankan ke APBN/APBD
  5. Bila dana belum ada PT. Askes memberi talangan lebih dulu.

Keluarnya SK Menkes tersebut secara otomatis mengembalikan pemerintah pusat melakukan sentralisasi penanganan program kesehatan khususnya Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin yang diserahkan kepada PT. Askes. Ada tujuan yang baik di balik keputusan tersebut, hanya saja pemerintah pusat tidak cukup memiliki dana untuk mencakup semua keluarga miskin agar *ter-cover* dalam asuransi kesehatan. Oleh karena itu, peran serta daerah dituntut untuk menutupi kekurangan dana untuk mencakup semua keluarga miskin. Banyak muncul ketidaksetujuan dengan diserahkannya pengelolaan Program Jaminan Kesehatan bagi masyarakat miskin kepada PT. Askes seperti yang disampaikan oleh salah seorang ketua fraksi di DPRD Kota Yogyakarta berikut ini.

“Perubahan kebijakan yang dilakukan oleh pemerintah harus dilihat secara komprehensif. Sebenarnya ada niat baik dari pemerintah pusat bahwa bidang kesehatan akan ditanggung oleh negara, itu niatnya baik, tapi tidak melihat kemampuan secara menyeluruh. Problem lain, kalau dana dari APBN ternyata masih kurang, kalau ini yang menanggung APBD,

apakah juga akan diserahkan ke PT. Askes? Kami ndak mau, kalau nanti daerah juga harus setor ke Askes dananya diserot lagi ke pusat, makanya Jamkessos di Jatim itu melakukan gugatan kenapa tidak diberikan ke daerah, padahal kita yakin premi yang diberikan kepada askes selama 1 tahun tidak akan habis seandainya untuk semuanya” (ZR, Ketua salah satu Fraksi DPRD Kota Yogyakarta).

Berbagai keberatan dari daerah tetap tidak menyurutkan langkah pemerintah pusat untuk melaksanakan keputusannya tersebut. Oleh karena itu, pihak Pemkot Yogyakarta menindaklanjuti Surat Keputusan Menteri Kesehatan tersebut dengan mengeluarkan Keputusan Walikota Yogyakarta Nomor 138/KEP/2005 tentang Penetapan Lokasi dan Alokasi Keluarga Miskin Sebagai Peserta Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (PJK-MM) di Kota Yogyakarta 2005.

Jumlah gakin secara keseluruhan di Kota Yogyakarta tidak dapat dicakup oleh PT. Askes sebab dari total 70.661 gakin, hanya 50.415 gakin yang termasuk, atau selisih 20.252. Selisih inilah yang menjadi tanggung jawab pemerintah daerah untuk mengalokasikan anggaran dalam APBD agar gakin yang tidak ter-cover oleh PT. Askes dapat memperoleh akses yang sama untuk memperoleh pelayanan kesehatan.

Untuk pelaksanaan di level pelayanan kesehatan terbawah, yaitu puskesmas, banyak yang mengeluhkan perubahan kebijakan yang terkesan mendadak. Hal ini tentu saja merepotkan dan membingungkan puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada gakin. Untuk mengetahui efektivitas program bidang kesehatan dari perspektif masyarakat, berikut ini akan ditampilkan rangkuman hasil wawancara dengan warga

**Tabel 2**  
**Distribusi Keluarga Miskin sebagai Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat bagi Masyarakat Miskin di Kota Yogyakarta Tahun 2005**

Kecamatan	Puskesmas	Jumlah Gakin	Rasio Askes thd Jumlah Gakin
Tegalrejo	Tegalrejo	8.698	6.206
Jetis	Jetis	3.965	2.828
Gondokusuman	Gondokusuman I	3.867	2.759
	Gondokusuman II	2.242	1.599
Danurejan	Danurejan I	2.541	1.813
	Danurejan II	2.137	1.524
Gedongtengen	Gedongtengen	1.688	1.204
Ngampilan	Ngampilan	3.466	2.473
Wirobrajan	Wirobrajan	4.219	3.010
Mantrijeron	Mantrijeron	5.704	4.069
Kraton	Kraton	3.662	2.612
Gondomanan	Gondomanan	3.478	2.481
Pakualaman	Pakualaman	2.288	1.632
Mergangsan	Mergangsan	5.622	4.011
	Umbulharjo I	6.714	4.808
Kotagede	Umbulharjo II	4.092	2.822
	Kotagede I	6.257	3.442
Jumlah		70.667	50.415

Sumber: SK Walikota Yogyakarta Nomor 138/KEP/2005.

masyarakat di wilayah Kelurahan Sorosutan (Kecamatan Umbulharjo) yang dipilih secara purposif dengan pertimbangan mewakili daerah yang masih banyak penduduknya bekerja di sektor pertanian. Wilayah kedua adalah Kelurahan Prawirodirjan (Kecamatan Gondomanan) yang dipilih berdasarkan pertimbangan sebagai daerah slum (daerah kumuh dan padat yang berada di pinggir sungai). Terakhir adalah Kelurahan Kricak (Kecamatan Tegalrejo) yang dipilih karena merupakan daerah perkotaan yang berbatasan dengan wilayah Kabupaten Sleman. Secara keseluruhan jumlah responden yang berhasil diwawancarai sebanyak 391 responden yang dilakukan secara sensus. Jadi, di setiap kelurahan sampel dipilih wilayah RW yang memiliki jumlah penduduk miskin paling banyak dan semua gakin diwawancarai.

## **Implementasi Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan**

### **a. Sosialisasi Program**

Kebijakan yang telah diputuskan oleh pemerintah pusat untuk melaksanakan program JPKMM ditindaklanjuti dengan adanya sosialisasi program. Sosialisasi dalam pelaksanaan program bidang kesehatan memegang peranan yang sangat vital, sebab adanya sosialisasi menjamin prinsip

transparansi dan akuntabilitas tetap terjaga. Di samping itu, penyebarluasan informasi sangat berpengaruh terhadap kelancaran program, bahkan keberhasilan program tersebut.

Proses sosialisasi ini dilakukan secara berjenjang. *Pertama*, informasi mengenai program JPKMM pertama terjadi pada level birokrasi mulai dari pusat sampai daerah, artinya proses tersebut mulai dari Menteri Kesehatan selaku koordinator program sampai pada kepala Dinas Kesehatan kabupaten/kota. Bentuk sosialisasi yang dilakukan oleh pengambil kebijakan bidang kesehatan dilakukan dengan berbagai cara. Dari hasil survei bentuk sosialisasi program JPKMM dapat dilihat pada Tabel 3.

*Kedua*, proses sosialisasi di level kabupaten/kota dilakukan dari Dinas Kesehatan kepada puskesmas. Kepala Dinas Kesehatan sudah melakukan sosialisasi mengenai program JPKMM dengan mengadakan pertemuan dengan semua kepala puskesmas, rumah sakit, dan *stakeholders* lainnya.

“Ada sosialisasi ke rumah sakit, puskesmas, bahkan sampai ke tingkat bawah, hanya jika sosialisasi secara langsung disampaikan kepada masyarakat, biasanya yang datang hanya pembantunya saja. Kota Yogyakarta dalam sosialisasi

**Tabel 3**  
**Mekanisme Sosialisasi Program**

Jenjang Sosialisasi	Bentuk sosialisasi
Level pusat	Membuat pedoman pelaksanaan dan pedoman teknis program JPKMM Rapat koordinasi tingkat pusat dengan instansi terkait
Level kabupaten/kota	Pihak Dinkes mengundang media massa untuk meliput sosialisasi program JPKMM Rapat dinas
Rumah sakit/puskesmas	Sosialisasi melalui poster oleh rumah sakit Melalui pertemuan warga

Sumber: Data Primer, 2005.

program kesehatan biasanya melibatkan pers dan juga membuka kotak pengaduan. Sosialisasi berbagai program pembangunan di Kota Yogyakarta termasuk kesehatan sangat terbantu dengan kerja sama dengan media cetak" (Kadinas Kesehatan Kota Yogyakarta).

Banyak puskesmas mengaku mendapat undangan dari Dinas Kesehatan untuk mendapatkan penjelasan mengenai program JPKMM. Namun ada juga sebagian yang lain mengaku sama sekali tidak mendapatkan sosialisasi mengenai program JPKMM. Banyak kepala puskesmas mengaku tidak mendapat sosialisasi mengenai program JPKMM.

"Kalau program JPKMM itu kita belum mendapat, ya cuma pokoknya semua pasien gakin dilayani, ya terus terang saja pedoman pelaksanaannya saja kita baru dapat" (seorang kepala puskesmas di Kota Yogyakarta).

Keberhasilan program juga dapat diukur dari sejauh mana informasi sampai kepada penerima manfaat. Informasi merupakan salah satu faktor penting untuk mengetahui sejauh mana sebuah program diketahui oleh masyarakat. Diketuinya sumber informasi oleh masyarakat memperlihatkan adanya proses sosialisasi. Hal ini penting untuk mengetahui media informasi apa yang paling efektif untuk menyampaikan sebuah program. Informasi mengenai program bantuan kesehatan di Kota Yogyakarta ternyata diketahui oleh semua gakin yang diwawancarai. Akan tetapi, yang menjadi sumber informasinya justru adalah media informal, yaitu tetangga/masyarakat yang mencapai 46,06 persen. Ini berarti informasi yang paling efektif menurut masyarakat adalah melalui metode dari mulut ke mulut ataupun informal.

Upaya promotif dilakukan oleh Dinkes melalui penyuluhan-penyuluhan, menyelenggarakan pelatihan, pertemuan

koordinasi kecamatan, perbaikan gizi, dan revitalisasi posyandu. Hanya saja faktor dana menjadi kendala karena belum cairnya dana program. Program yang akan dijalankan selalu mengalami keterlambatan dalam pencairan dana sehingga pada saat akan melakukan sosialisasi kepada masyarakat tidak ada dana operasional karena dana program tersebut belum cair.

"Bagaimana kita mau sosialisasi kalau dana saja tidak ada, sementara mau menitipkan lewat pertemuan PKK atau Dasawisma selalu saja ditanya apakah ada dananya. Dana yang kita terima selalu terlambat sehingga sosialisasi memang sangat kurang" (K, Dinkes).

Kendala dana sering membuat pihak pelaksana di tingkat bawah mengalami kesulitan untuk menjalankan setiap program kesehatan, bahkan dana program JPKMM baru cair pada akhir 2005 ini. Program JPKMM yang mulai berjalan mulai Januari 2005 baru bisa dicairkan pada Oktober 2005.

#### **b. Tahap Pelaksanaan di Level Pelayanan Kesehatan Dasar (Puskesmas)**

Program JPKMM secara konsep dilaksanakan mulai Januari 2005, tetapi puskesmas tidak secara otomatis mendapatkan dana untuk melaksanakan program tersebut. Pelaksanaan program JPKMM yang tidak tepat waktu menyebabkan puskesmas harus mengambil kebijakan tersendiri untuk tetap melayani pasien gakin. Hal ini ditempuh agar gakin tetap mendapatkan pelayanan kesehatan dasar karena kalau menerapkan aturan yang baku, pasien gakin akan terlantar. Pendataan gakin yang membutuhkan waktu lama turut memperlambat waktu pelaksanaan program ini, selain masih adanya masalah keterlambatan kartu Askes yang dibagikan kepada penerima manfaat.

Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan dasar cukup kerepotan dengan



keterlambatan dana dan pembiayaan kartu Askes. Posisi dilematis ini mengharuskan puskesmas mengambil langkah bijak untuk tetap memberikan pelayanan kesehatan kepada gakin dengan menggunakan kartu apa pun.

“Kita tinggal menerima pasien dengan kartu gakin, entah kartu itu Askes maupun surat keterangan tidak mampu itu ya sudah kita layani. Kalau di lapangannya dia benar-benar gakin atau nggak itu kita tidak tahu. Soalnya sekarang kan banyak orang yang mengaku miskin, agar dapat pelayanan, kalau dapat bantuan kan juga lumayan. Kalau sebenarnya di lapangan seperti apa, kita nggak pernah ini sih ... nggak pernah diusuli, beban kita sudah banyak” (seorang kepala puskesmas di Kota Yogyakarta).

Dilihat dari sisi pendanaan, program JPKMM juga mengalami keterlambatan pencairan dan untuk tetap dapat menjalankan fungsi pelayanan kepada masyarakat, puskesmas menggunakan sisa dana program JPS-BK. Pengelolaan dana JPKMM untuk puskesmas pada periode Januari-Juni 2005 dilakukan melalui sistem klaim dari jumlah pasien yang dilayani kepada PT. Askes. Periode pertama tersebut lebih ditujukan pada penanganan kuratif, sedangkan penanganan promotif dan preventif tidak ada. Menteri Kesehatan kemudian melakukan perubahan kebijakan pengelolaan pelayanan kesehatan yang mencakup tindakan kuratif, preventif, dan promotif sekaligus. Pada periode Juli-Desember 2005, dengan perubahan instruksi Menteri Kesehatan, pengelolaan dana dari pemerintah pusat langsung ditransfer ke rekening puskesmas.

“Dana program JPKMM sejak Januari-Juni rekening untuk puskesmas langsung dipegang oleh PT. Askes, bulan Juli-Desember rekening langsung dipegang oleh puskesmas. Januari-Juni, penekanan pada kuratif karena berdasarkan instruksi dari Menkes, setelah itu diubah menangani

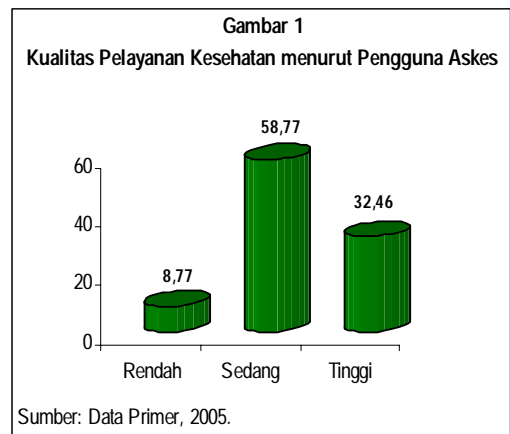
promotif dan preventif” (Kadinas Kesehatan Kota Yogyakarta).

Keterbatasan dana untuk puskesmas menyebabkan mereka tidak melakukan verifikasi data pasien gakin yang memeriksakan kesehatan di puskesmas karena tidak mampu secara finansial dan sumber daya. Gakin yang dapat menunjukkan kartu sehat, Askes, atau surat keterangan tidak mampu dari kepala desa/lurah langsung dilayani. Hal ini dilakukan untuk tetap memberikan pelayanan kesehatan bagi gakin. Langkah ini akan tetap dilakukan sampai selesainya pendistribusian kartu Askes.

### **Manfaat Program JPKMM dari Perspektif Penerima Manfaat Program (Gakin)**

#### **a. Kebiasaan Gakin dalam Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan**

Sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan di level paling rendah, puskesmas masih merupakan pilihan utama bagi keluarga miskin. Dipilihnya puskesmas lebih disebabkan oleh biayanya yang murah. Hal ini sejalan dengan alasan yang dikemukakan oleh sebagian besar responden (80,42 persen) yang memilih pelayanan puskesmas karena biayanya ringan. Hanya saja dari beberapa pendapat masyarakat miskin yang



memanfaatkan pelayanan kesehatan di puskesmas, mereka sering merasa dianaktirikan. Hal ini seperti disampaikan oleh seorang warga di Sorosutan yang mengatakan: *“Saya sering dilarang oleh pihak puskesmas, kalau hanya sakit ringan jangan pakai JPKM”*.

#### **b. Jenis Bantuan Kesehatan yang Diterima oleh Gakin**

Masyarakat miskin sering kali tidak mengetahui jenis bantuan yang mereka terima, apalagi adanya kebijakan yang sering berganti membingungkan masyarakat. Hal ini terkait erat dengan sosialisasi kepada masyarakat penerima manfaat yang belum berjalan secara efektif, bahkan sangat minim. Banyak puskesmas yang menerima keluhan dari warga masyarakat mengenai perubahan kebijakan dari JPKM Warta Sehat menjadi JPKMM. Kutipan di bawah menunjukkan bagaimana masyarakat menjadi pihak yang terkena dampak adanya pergantian kebijakan dari pemerintah dalam bidang kesehatan.

*“Masyarakat bingung kartunya ganti lagi dan programnya ganti-ganti. Kemudian juga karena ketidaktahuannya dia mungkin ... kan dulu sempat ya, kan Askes itu harusnya sudah berlaku dari Januari ya ... tapi karena kartu belum turun-turun jadi ya ada yang mengumpat dan marah-marah kepada kami. Ada yang juga merasa bahwa kartu Warta Sehat itu sudah nggak berlaku, padahal itu masih kita layani juga”* (salah seorang kepala puskesmas).

Hasil penelitian menunjukkan masih ada 24,9 persen keluarga miskin yang tidak tahu sama sekali bantuan kesehatan apa yang mereka terima. Jumlah tersebut cukup besar dan harus menjadi perhatian serius dari pemerintah. Sementara itu, keluarga miskin yang mengetahui bahwa bantuan kesehatan yang mereka terima adalah dari Askes baru sebatas informasi saja karena kartu Askes belum diterima. Bantuan kesehatan dari

**Tabel 5**  
**Jenis Bantuan Kesehatan**

Jenis Bantuan	Persentase
Askes	65,9
JPKM	8,8
Kartu sehat	0,4
Tidak tahu	24,9
Total	100,00

Sumber: Data Primer, 2005.

program JPKM Warta Sehat masih digunakan oleh masyarakat yang saat ini belum menerima kartu Askes, jadi kartu JPKM atau kartu sehat masih tetap bisa dilayani oleh puskesmas.

Program Askes yang dilaksanakan di Kota Yogyakarta sudah banyak penerimanya, hanya saja penduduk yang berpenghasilan tinggi (di atas Rp900.000,00) jumlahnya cukup banyak. Ketepatan sasaran program perlu dikaji lagi apakah sudah tepat sasaran atau belum karena hasil dari penelitian ini masih banyak gakin yang tidak menerima bantuan dan ada juga gakin yang memiliki penghasilan cukup besar yang juga mendapat bantuan.

*“Kita tetap melayani warga miskin yang belum memiliki kartu Askes karena hingga saat ini belum semua gakin menerimanya. Kasihan nanti kalau tidak dilayani karena mereka memang berhak menerima pelayanan secara gratis. Hanya saja kalau nanti kartu Askes sudah diterima semua oleh gakin yang punya kartu Askes saja yang kita layani secara gratis kalau tidak punya ya harus membayar”* (salah seorang kepala puskesmas”).

#### **c Manfaat menjadi Peserta Askes menurut Persepsi Masyarakat**

Jaminan pemeliharaan kesehatan bertujuan untuk memberikan akses kepada masyarakat miskin agar mereka mendapatkan pelayanan kesehatan secara murah, bahkan gratis. Biaya kesehatan yang meningkat setiap

tahun semakin memberatkan masyarakat, padahal tingkat ekonomi sangat rendah. Hasil penelitian ini menunjukkan 59,39 persen responden merasakan manfaat menjadi peserta Askes adalah dapat meringankan biaya kesehatan, sedangkan 40,61 persen mengaku belum menggunakan fasilitas yang ada dan hanya untuk berjaga-jaga jika sewaktu-waktu sakit. Responden yang merasakan manfaat menjadi peserta Askes sebagian besar pernah memanfaatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Hal ini wajar, sebab jika melakukan pemeriksaan ke puskesmas di Kota Yogyakarta biayanya masih murah, hanya Rp600,00. Jadi tidak menggunakan kartu Askes pun biaya di puskesmas masih terjangkau bagi gakin.

“Saya terkena sakit ginjal dan harus cuci darah seminggu sekali, padahal biaya untuk sekali cuci darah mahal sekali sekitar Rp400.000,00/tiap cuci darah. Untungnya saya punya kartu Askes sehingga bisa bebas biaya untuk cuci darah, entah apa jadinya jika saya tidak punya kartu Askes walaupun urusan administrasinya agak repot” (SW 43 tahun, warga Prawirodirjan).

Kutipan wawancara di atas menjadi ilustrasi bahwa kartu Askes bagi gakin memiliki manfaat yang sangat besar. Mereka merasakan manfaat adanya kartu Askes karena memiliki pengalaman langsung melakukan pengobatan tindak lanjut yang membutuhkan biaya yang besar di rumah sakit.

Jumlah gakin yang belum merasakan manfaat Askes yang dimilikinya cukup banyak dan alasan yang dikemukakan adalah mereka belum memakai kartu Askes tersebut. Ditinjau dari sisi usia, gakin yang belum memanfaatkan kartu Askes berusia sebagian besar di atas 40 tahun, jumlahnya mencapai 71 persen dari total gakin yang belum menggunakan kartu Askes. Padahal pada usia 40 tahun ke atas penduduk lebih rawan terkena penyakit karena menurunnya daya tahan tubuh akibat faktor usia.

Sementara itu, warga belum menggunakan kartu Askes yang telah diterimanya karena beberapa alasan. Beberapa petikan di bawah ini dapat menjadi sebuah gambaran mengapa warga masyarakat yang telah menerima Askes belum pernah menggunakannya.

“Saya belum pernah menggunakan kartu Askes untuk berobat ke puskesmas walaupun sudah dapat kartu Askes, malu wong bayarnya cuman Rp600,00 aja kok gratis” (EV, 46 tahun warga di Prawirodirjan).

Adanya program jaminan pemeliharaan kesehatan sangat membantu warga miskin karena biaya kesehatan semakin sulit dijangkau. Sebagian warga yang lain beranggapan manfaat kartu Askes belum dirasakan karena belum pernah dipakai. Pada saat tidak sakit kartu hanya disimpan saja dan nanti akan digunakan jika ada anggota keluarga yang sakit. Faktor inilah yang memengaruhi rendahnya pemanfaatan kartu Askes di samping keengganan warga masyarakat untuk memakainya jika hanya berobat ke puskesmas karena biayanya masih murah, hanya Rp600,00. Jika rencana kenaikan biaya puskesmas pada 2006 dilaksanakan, kemungkinan akan banyak gakin yang memanfaatkan kartu Askes yang dimilikinya karena biaya puskesmas diperkirakan naik menjadi Rp4.000,00 atau naik 657 persen. Salah satu alasan yang dikemukakan oleh Pemkot Yogyakarta untuk menaikkan retribusi, antara lain, adalah dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Selain itu, di wilayah lain biaya retribusi sudah dinaikkan dan di beberapa puskesmas di wilayah Kota Yogyakarta yang berbatasan dengan daerah lain, banyak warga luar kota menggunakan jasa puskesmas di Kota Yogyakarta. Jika rencana tersebut dilaksanakan, dapat dipastikan bahwa gakin penerima Askes akan lebih banyak yang memanfaatkan fasilitas kesehatan terutama

puskesmas dengan menggunakan kartu Askes tersebut.

Selain pemanfaatan kartu Askes yang belum efektif, ada beberapa faktor yang cukup merepotkan masyarakat dalam memperoleh kartu Askes. Masalah administrasi pada saat mengurus pelayanan di rumah sakit dan kelengkapan administrasi misalnya, masalah administrasi menjadi kendala bagi gakin karena prosedurnya dirasakan cukup sulit dan tidak efektif. Biasanya ketika gakin datang dengan menggunakan kartu Askes, mereka akan mendapatkan pelayanan yang kurang baik. Dimulai dari surat-surat yang harus dilengkapi oleh pasien sampai biaya obat yang harus tetap dibayar jika tidak termasuk daftar obat yang dikeluarkan oleh Askes.

“Sulit mengurus administrasinya karena harus bolak-balik mengurus surat-surat, padahal membutuhkan biaya transpor yang tidak sedikit, ini kan sudah menghabiskan duit mending ke swasta saja pelayanan lebih cepat dan lebih baik walau lebih mahal. Dan kalau di rumah sakit negeri kita ditempatkan di kamar kelas III yang kondisinya kotor serta bau” (ST, 42 tahun di Sorosutan).

Tidak semua gakin sanggup untuk melengkapi persyaratan berupa foto karena dirasa mahal apalagi tiap anggota rumah tangga masing-masing harus menyerahkan foto sendiri. Hal ini menyebabkan banyak gakin yang sudah mendapat kartu Askes tidak bisa menggunakannya karena tidak mampu untuk membayar biaya foto. Kesulitan lain adalah adanya batas waktu mengenai pengurusan Askes yang tidak diketahui oleh masyarakat sehingga pada waktu persyaratan sudah lengkap dan diurus ke PT. Askes ternyata sudah tidak bisa karena sudah melewati batas waktu.

“Keluarga saya mendapat jatah Askes untuk 5 orang, tetapi belum punya foto/ syarat belum lengkap karena belum disahkan. Setelah mau dilengkapi dan

dikumpulkan ke koordinator Askes untuk wilayah RT, katanya sudah tidak berlaku karena waktu pengumpulan terlambat” (E, 52 tahun di Kricak).

Persoalan pemanfaatan dan perolehan kartu Askes yang belum optimal dan prosedur yang sulit bagi masyarakat tersebut menyebabkan banyak warga masyarakat belum merasakan manfaat menggunakan kartu sehat. Kondisi tersebut harus disikapi oleh pemerintah untuk mengevaluasi program JPKMM, sejauh mana program itu telah dirasakan manfaatnya oleh masyarakat. Persentase gakin yang memanfaatkan kartu Askes masih kecil, sebanyak 46 persen warga mengaku belum pernah menggunakan kartu Askes untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

## Kesimpulan dan Rekomendasi

### a. Kesimpulan

Berdasarkan temuan lapangan dari penelitian ini, persoalan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin cukup kompleks. Kompleksitas tersebut disebabkan oleh *pertama*, komitmen Pemerintah Kota Yogyakarta dalam bidang kesehatan terutama program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat masih cukup rendah. Hal ini ditandai dengan minimnya alokasi anggaran untuk program tersebut. Pemerintah Kota Yogyakarta belum berani mengambil inisiatif untuk melahirkan kebijakan Sistem Jaminan Sosial Daerah (SJSJSD) bidang kesehatan. Program JPKM yang saat ini sedang berjalan adalah program dari pemerintah pusat. Seharusnya Kota Yogyakarta dapat membangun sendiri sebuah sistem jaminan sosial daerah, sebab di masa otonomi daerah kesempatan terbuka luas. Kota Yogyakarta dapat belajar dari Kabupaten Jembrana, Bali dalam pembuatan sistem Jaminan Sosial Daerah (Jamsosda). Kabupaten Jembrana

yang hanya memiliki APBD yang kecil, tetapi memiliki komitmen yang kuat untuk memberikan jaminan bagi masyarakatnya untuk menikmati jaminan kesehatan dan pendidikan secara gratis.

*Kedua*, dalam program JPKM yang dikelola oleh Warta Sehat, peran serta masyarakat lokal lebih menonjol dalam pembangunan kesehatan. Partisipasi masyarakat diwujudkan dengan adanya program Santunan Plus yang bertujuan untuk membantu keluarga miskin yang salah satu anggotanya sakit sehingga tidak mampu bekerja. Sementara itu, program JPKMM lebih bersifat sentralistis karena merupakan keputusan politik dari pemerintah pusat dan masyarakat hanya menjadi sasaran program saja. Kontinuitas program yang sulit untuk dipertahankan menyebabkan pengukuran tingkat efektivitas dan kemanfaatan program tidak optimal.

*Ketiga*, program JPKM yang dikelola oleh Warta Sehat memiliki kelemahan dalam menghimpun dana dari masyarakat karena iuran yang dibebankan tergolong kecil. Kondisi ini menyebabkan Warta Sehat sangat tergantung pada komitmen dari para pengurusnya untuk mau menyumbangkan uang pribadi demi menutupi kekurangan dana. Jadi, untuk menjaga keberlangsungan program, Warta Sehat sangat tergantung pada bantuan dari Pemerintah Kota Yogyakarta. Bantuan dari pihak pemerintah kota jumlahnya tidak terlalu banyak sehingga yang tercakup dalam paket pelayanan JPKM hanya pelayanan dasar di tingkat puskesmas saja. Program JPKMM sendiri memiliki kelemahan karena tidak mampu untuk mencakup semua gakin dan dana untuk puskesmas hanya berupa tindakan kuratif saja. Walaupun pada akhirnya ada revisi terhadap kebijakan JPKMM dengan memberikan tambahan alokasi dana untuk tindakan promotif, preventif, dan kuratif, hal ini menunjukkan ketidaksiapan dalam

pelaksanaan program termasuk di Kota Yogyakarta.

*Keempat*, terkait dengan pelaksanaan program JPKMM, Kota Yogyakarta belum memiliki data base penduduk miskin yang lengkap untuk menentukan sasaran program asuransi kesehatan tersebut. PT. Askes melaksanakan pendataan sendiri yang hasil akhirnya belum tentu sama dengan kondisi riil di lapangan karena perbedaan kriteria miskin antara BPS dengan Kota Yogyakarta.

*Kelima*, program JPKM dari perspektif penerima manfaat menunjukkan sebagian besar warga telah merasakan manfaat adanya kartu Askes karena biaya kesehatan yang harus dikeluarkan menjadi lebih ringan. Di sisi lain, masih banyak juga warga masyarakat yang belum merasakan manfaat memiliki kartu Askes karena adanya kebiasaan masyarakat miskin di Kota Yogyakarta yang lebih memilih pengobatan sendiri ataupun dengan pengobatan alternatif. Faktor lain, yaitu terjadinya diskriminasi pelayanan oleh petugas kesehatan yang mereka alami pada saat memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan menggunakan kartu Askes. Hal ini menyebabkan banyak gakin yang enggan menggunakan kartu Askes jika tidak terpaksa sekali.

### **b. Rekomendasi**

Pemerintah Kota Yogyakarta harus menunjukkan komitmen yang kuat untuk berpihak kepada masyarakat miskin. Keberpihakan tersebut dapat diwujudkan dengan cara melaksanakan sistem jaminan sosial bidang kesehatan. Sistem jaminan sosial tersebut akan dapat berjalan jika pemerintah kota mau menaikkan secara drastis anggaran kesehatan dalam APBD. Hal ini dapat dilakukan dengan mengalihkan anggaran yang kurang berguna bagi masyarakat menjadi anggaran untuk membangun sistem jaminan sosial

daerah. Paling tidak proporsi anggaran kesehatan ditambah.

Pemerintah Kota Yogyakarta dapat membangun sistem jaminan sosial sendiri dan bekerja sama dengan *provider* swasta yang terpercaya untuk mengelola asuransi kesehatan masyarakat miskin. Subsidi yang semula diberikan untuk biaya obat-obatan RSUD dan puskesmas dapat digunakan untuk membayar premi asuransi bagi masyarakat. Langkah ini menunjukkan kemandirian daerah untuk melahirkan kebijakan sendiri di bidang kesehatan.

Perlu dilakukan verifikasi ulang data gakin hasil pendataan yang sudah dilakukan sehingga data gakin yang dihasilkan akan lebih akurat. Kota Yogyakarta hingga saat ini belum memiliki *data base* gakin, padahal kriteria gakin sudah ditetapkan. Dimilikinya *data base* gakin akan memberikan manfaat yang sangat besar dalam pembangunan daerah karena semua program penanggulangan kemiskinan menggunakan sumber data yang sama. Data gakin yang berasal dari satu sumber akan memperkecil kemungkinan adanya tumpang-tindih program antardinas seperti yang terjadi saat ini.

Perlu adanya peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat karena merekalah pihak pengguna pelayanan yang harus dilayani dengan sebaik-baiknya. Selama ini masih banyak diskriminasi yang dialami oleh gakin yang menggunakan kartu Askes pada saat melakukan pemeriksaan kesehatan. Mereka sering kali dilayani terakhir walaupun datang lebih dulu, adanya tanggapan yang tidak ramah dari petugas kesehatan, dan pengurusan administrasi untuk klaim yang

berbelit-belit. Pelayanan yang prima dibutuhkan agar kualitas pelayanan kesehatan semakin meningkat dan menjadi lebih baik.

## Daftar Pustaka

- Achir, Yaumul Ch. Agoes. 2002. "Jaminan sosial nasional Indonesia". Makalah disampaikan pada Seminar Nasional Menggalang Masyarakat Indonesia Baru yang Berkemanusiaan. Diselenggarakan oleh Ikatan Sosiologi Indonesia, tanggal 28 Agustus di Bogor.
- Departemen Kesehatan. 2005. Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56/MENKES/SKI/2005.
- Flamma. 2004. "Tragedi jaminan sosial dalam tiga orde", Flamma, Edisi 21 Vol.10 IRE, Yogyakarta.
- Ilmu Kesehatan Masyarakat. 2005. Sistem Pembiayaan dan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan di Era Otonomi. Yogyakarta: Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.
- Komite Penanggulangan Kemiskinan Kota Yogyakarta. 2004. Hasil Workshop Parameter Kemiskinan Kota Yogyakarta. Pemerintah Kota Yogyakarta.
- Pardede, Donald dan Putri, Trisa Wahyuni. 2004. Kendali Biaya Pelayanan Dokter Keluarga dalam Strategi Sistem Jaminan Pemeliharaan Kesehatan. Dalam <http://jpkm-online.net/kolomdoke/>.
- Pemerintah Kota Yogyakarta, 2005. Surat Keputusan Walikota Yogyakarta Nomor 138/KEP/2005.