

**ANALISIS
FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
NIAT PEGAWAI NEGERI SIPIL (PNS)
TERHADAP PELAYANAN DOKTER KELUARGA
DI DINAS P DAN K PROVINSI JAWA TENGAH
TAHUN 2006**



TESIS

Untuk memenuhi persyaratan
mencapai derajat Sarjana S2

Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Oleh :

ENY ROKHISAH

NIM. E4A004010

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2006**

Pengesahan Tesis

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul :

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
NIAT PEGAWAI NEGERI SIPIL (PNS)
TERHADAP PELAYANAN DOKTER KELUARGA
DI DINAS P DAN K PROVINSI JAWA TENGAH
TAHUN 2006**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Eny Rokhisah

NIM : E4.A004010

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal **27 September 2006**
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

Dr. Laksmono W, SKM, MHPed.

NIP. 130 422 787

L. Ratna Kartika W, SH, M.Kes

NIP. 132 084 300

Penguji

Penguji

Drs. Herman Saragih, M.M.

NPP. 0177

Dra. Chriswardani S, M.Kes

NIP. 131 832 258

Semarang,
Universitas Diponegoro
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Ketua Program

Dr. Sudiro, MPH, Dr. PH

NIP. 131 252 965

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Eny Rokhisah

NIM : E4.A004010

Menyatakan bahwa tesis judul : **ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN NIAT PEGAWAI NEGERI SIPIL (PNS) TERHADAP PELAYANAN DOKTER KELUARGA DI DINAS P DAN K PROVINSI JAWA TENGAH TAHUN 2006**, merupakan :

1. Hasil karya yang dipersiapkan dan disusun sendiri
2. Belum pernah disampaikan untuk mendapat gelar pada program Magister ini atau pada program lainnya.

Oleh karena itu pertanggungjawaban tesis ini sepenuhnya berada pada diri saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Semarang, 27 September 2006

Penyusun,

Eny Rokhisah

NIP. E4.A004010

RIWAYAT HIDUP

- Nama : Eny Rokhisah
- Tempat, tanggal lahir : Kulon Progo, 28 September 1966
- Status : Menikah dan mempunyai 2 orang anak
(Hafidz Indra P. dan Jasmine Nabila Indra P.)
- Alamat Rumah : Jl. Pandan Wangi Tengah II / B-10
Puri Gemah Sentosa Semarang
Telp. 024-6708436
- A. Riwayat Pendidikan :
1. SD : SD Muhammadiyah 3 Wates – Yogyakarta
(Masuk Tahun 1973, lulus Tahun 1980)
 2. SMP : SMP 1 Wates Kulon Progo – Yogyakarta
(Masuk Tahun 1980, lulus Tahun 1982)
 3. SLTA : SMA 1 Yogyakarta
(Masuk Tahun 1982, lulus Tahun 1985)
 4. S-1 : Psikologi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta
(Masuk Tahun 1985, lulus Tahun 1991)
- B. Riwayat Pekerjaan :
1. Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah, sejak tahun 1993 s.d. Juni 2006
 2. Badan Kepegawaian Daerah Provinsi Jawa Tengah, sejak Juni 2006 - sekarang

KATA PENGANTAR

Dengan segala puji dan syukur kehadiran Allah SWT yang telah berkenan melimpahkan rahmah dan karunia Nya, sehingga tesis ini dapat terselesaikan.

Dalam menyusun tesis ini tidak lepas dari hambatan dan rintangan, namun berkat bimbingan, bantuan, nasihat dan dorongan serta saran-saran dari berbagai pihak, khususnya pembimbing, maka segala hambatan dan rintangan tersebut dapat teratasi dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan ini dengan tulus hati kami sampaikan terima kasih kepada :

1. Dr. Laksmono Widagdo, SKM.MHPEd., selaku Pembimbing I
2. L. Ratna Kartika W, SH, M.Kes, selaku Pembimbing II
3. Dra. Chriswardani S, M.Kes, selaku Penguji
4. Drs. Herman Saragih, M.M., Direktur PT Askes KCU Semarang, selaku Penguji
5. Kepala Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah yang telah memberikan ijin kepada kami untuk mengadakan penelitian di kantornya.
6. Kepala BKD Provinsi Jawa Tengah yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan S2.
7. Rekan-rekan di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah dan BKD Provinsi Jawa Tengah yang telah berkenan mengerjakan/ mengisi kuesioner yang kami berikan sehingga pengambilan data dapat berjalan lancar.
8. Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang yang telah memberikan bantuan pelayanan khususnya dalam hal perijinan sehingga pengumpulan data di lapangan dapat berjalan lancar.
9. Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan dorongan dan selalu mengingatkan untuk segera menyelesaikan tesis ini.

10. Para dosen Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan bekal ilmu sehingga saya dapat menyusun dan menyelesaikan tesis ini.
11. Suami tercinta dan anak-anakku tersayang, yang telah memberikan dukungan, dan dorongan dengan tulus ikhlas, sehingga tesis dapat terselesaikan.
12. Handai taulan dan teman-teman senasib dan seperjuangan yang telah memberikan dorongan dan semangat, serta bantuan material maupun moral sehingga tesis ini dapat terselesaikan.

Semoga budi baik Bapak/Ibu/Saudara serta suami dan anakku tercinta mendapatkan pahala yang setimpal dari Allah SWT. Amin ya rabbal'alamiin

Penulisan tesis ini sudah kami usahakan semaksimal mungkin, Namun kami menyadari adanya kekurangsempurnaan bahkan mungkin kekeliruan yang tidak disengaja. Untuk itu mohon saran dan kritikan yang membangun demi penyempurnaan tesis ini.

Akhirnya saya berharap semoga tesis ini bermanfaat bagi pengembangan dan peningkatan program Dokter Keluarga, sebagai upaya peningkatan pelayanan kesehatan kepada Pegawai Negeri Sipil khususnya dan masyarakat pada umumnya

Semarang, 27 September 2006

Penulis,

Eny Rokhisah

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
ABSTRAK	xii
ABSTRACT	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	8
C. Pertanyaan Penelitian	8
D. Tujuan Penelitian	9
E. Ruang Lingkup	10
F. Manfaat Penelitian	11
G. Keaslian Penelitian	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	13
A. Pegawai Negeri Sipil (PNS)	13
B. Asuransi Kesehatan	15
C. Pelayanan Kesehatan	19
D. Dokter Keluarga	22
E. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	30
F. Niat dan Faktor-faktor yang berpengaruh	31
G. Kerangka Teori	34

BAB III	METODOLOGI PENELITIAN	36
	A. Kerangka Konsep	36
	B. Hipotesis Penelitian	36
	C. Variabel Penelitian	37
	D. Rancangan Penelitian	38
	1. Jenis Penelitian	38
	2. Pendekatan Waktu Pengumpulan Data	38
	3. Metode Pengumpulan Data	38
	4. Populasi Penelitian	39
	5. Prosedur Pemilihan Sampel dan Sampel Penelitian	39
	6. Definisi Operasional Variabel Penelitian dan Skala Pengukuran	41
	7. Instrumen Penelitian.....	44
	8. Jalannya penelitian	46
	9. Teknik Pengolahan dan Analisis Data	47
BAB IV	HASIL PENELITIAN	50
	A. Gambaran Umum Dinas P dan K Prov. Jateng	50
	B. Gambaran Umum Pelaksanaan Dokter Keluarga di Kota Semarang	53
	C. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	54
	D. Hasil Uji Normalitas	59
	E. Analisis Univariat	60
	F. Analisis Bivariat	68
	G. Rangkuman Hasil Analisis.....	78

BAB V	PEMBAHASAN	83
	A. Keterbatasan dan Kelemahan Penelitian.....	83
	B. Kekuatan Penelitian	84
	C. Analisis Univariat	84
	D. Analisis Bivariat	90
BAB VI	SIMPULAN DAN SARAN	101
	A. Simpulan	101
	B. Saran.....	103
	DAFTAR PUSTAKA	104
	LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

No.Tabel	Halaman
1.1 Perbandingan Mutu Pelayanan RJPT di Puskesmas dan Dokter Keluarga di Provinsi Jawa Timur Tahun 2002	4
1.2 Sepuluh Dinas/Instansi Pemerintah Provinsi Jawa Tengah dengan jumlah Karyawan Besar Tahun 2005	5
1.3 Fasilitas Kesehatan / Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPIK) Kota Semarang Tahun 2005 yang bekerjasama dengan PT Askes KCU Semarang	6
3.1 Taksiran Proposional Sampel Penelitian	41
4.1 Jumlah PNS Dinas P dan K berdasarkan Lokasi Kantor.....	51
4.2 Jumlah PNS Dinas P dan K berdasarkan Jenis Kelamin	51
4.3 Jumlah PNS Dinas P dan K berdasarkan Kelompok Umur	52
4.4 Jumlah PNS Dinas P dan K berdasarkan Golongan penggajian	52
4.5 Jumlah PNS Dinas P dan K berdasarkan Masa Kerja	52
4.6 Jumlah PNS Dinas P dan K berdasarkan Tingkat Pendidikan	53
4.7 Hasil Uji Validitas Angket Pengetahuan	55
4.8 Hasil Uji Validitas Angket Sikap	56
4.9 Hasil Uji Validitas Angket Norma Subyektif	57
4.10 Hasil Uji Validitas Angket Niat terhadap pelayanan Dokter Keluarga.....	57
4.11 Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner Penelitian dengan <i>Cronbach Alpha</i> ...	59
4.12 Hasil Uji Normalitas Data	59

No. Tabel	Hal
4.13 Distribusi Frekuensi Responden menurut Umur di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	60
4.14 Distribusi Frekuensi Responden menurut Jenis Kelamin di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	60
4.16 Distribusi Frekuensi Responden menurut Tingkat Pendidikan di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	61
4.17 Distribusi Frekuensi Responden menurut Status Perkawinan di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	61
4.18 Distribusi Frekuensi Responden menurut Pangkat/Golongan di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	62
4.19 Distribusi Frekuensi Responden menurut Lama Mas Kerja di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	62
4.20 Distribusi Frekuensi Responden menurut Pertanyaan Pengetahuan di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	63
4.21 Distribusi Jawaban Responden terhadap Pertanyaan Pengetahuan tentang Dokter Keluarga dan Askes di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	63
4.22 Distribusi Frekuensi Responden menurut Pertanyaan Sikap di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	64
4.23 Distribusi Jawaban Responden terhadap Pertanyaan Sikap di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006.....	64
4.24 Distribusi Frekuensi Responden menurut Pertanyaan Norma Subyektif di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	65
4.25 Distribusi Jawaban Responden terhadap Pertanyaan Norma Subyektif di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	66

4.26	Distribusi Frekuensi Responden menurut Pertanyaan Niat di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	67
4.27	Distribusi Jawaban Responden terhadap Pertanyaan Niat di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	68
4.28	Niat terhadap Pelayanan Pertama melalui Dokter Keluarga menurut Umur Responden di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	69
4.29	Niat terhadap Pelayanan Pertama melalui Dokter Keluarga menurut Jenis Kelamin Responden di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	70
4.30	Niat terhadap Pelayanan Pertama melalui Dokter Keluarga menurut Tingkat Pendidikan Responden di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	71
4.31	Niat terhadap Pelayanan Pertama melalui Dokter Keluarga menurut Status Perkawinan Responden di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	72
4.32	Niat terhadap Pelayanan Pertama melalui Dokter Keluarga menurut Pangkat/Golongan Responden di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	73
4.33	Niat terhadap Pelayanan Pertama melalui Dokter Keluarga menurut Lama Masa Kerja Responden di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	74
4.34	Niat terhadap Pelayanan Pertama melalui Dokter Keluarga menurut Pengetahuan Responden di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	75

No. Tabel	Hal
4.35 Niat terhadap Pelayanan Pertama melalui Dokter Keluarga menurut Sikap Responden di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	76
4.36 Niat terhadap Pelayanan Pertama melalui Dokter Keluarga menurut Norma Subyektif Responden di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	77
4.37 Rangkuman Hasil Uji Hubungan dengan Chi-Square Faktor-faktor yang berhubungan dengan Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	78
4.38 Rangkuman Hasil Uji Hubungan Pearson dan Rank-Spearman Faktor-faktor yang berhubungan dengan Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006	78

DAFTAR GAMBAR

No.Gambar	Halaman
2.1 Skema Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Lawrence Green dkk, 1990	31
2.2 <i>Basics of The Theory of Reasoned Action</i> dari Fishben & Ajzen, 1980	33
3.1 Kerangka konsep Penelitian	36

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Ijin Penelitian
2. Angket Penelitian untuk Uji Coba
3. Angket Penelitian
4. Tabel Distribusi Frekuensi
5. Hasil Uji Validitas dan Rliabilitas Angket Penelitian
6. Hasil Uji Normalitas Data
7. Hasil Uji Statistik dengan Chi-Square dan Tabel Silang
8. Hasil Uji Korelasi Rangk-Speraman dan Pearson

**PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2006**

ABSTRAK

ENY ROKHISAH

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN NIAT
PEGAWAI NEGERI SIPIL (PNS) TERHADAP PELAYANAN DOKTER
KELUARGA DI DINAS P DAN K PROVINSI JAWA TENGAH TAHUN 2006**

xiii + 97 halaman + lampiran

Pelayanan Dokter Keluarga adalah pelayanan kesehatan yang komprehensif, terpadu, dan menyeluruh. Pelayanan melalui Dokter Keluarga adalah salah satu upaya PT Askes meningkatkan pelayanan kesehatan bagi PNS. PNS Dinas P dan K jumlahnya cukup besar \pm 1.000 orang, namun belum banyak yang ikut program Dokter Keluarga. Studi pendahuluan terhadap 15 orang menunjukkan baru 1 orang (6,67 %) yang telah beralih ke dokter keluarga. Program dokter keluarga di Semarang telah dimulai pertengahan Mei 2004, namun peserta askes di Kota Semarang yang beralih ke dokter keluarga baru 6,940 orang atau 16,35 % dari target.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pangkat/golongan, dan masa kerja) dan faktor pengetahuan tentang dokter keluarga, sikap dan norma subyektif yang berhubungan dengan niat terhadap pelayanan dokter keluarga.

Metode penelitian yang digunakan adalah *cross sectional* dengan jenis penelitian *eksplanatory*. Sampel berjumlah 100 orang PNS yang bekerja di lingkungan Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah. Teknik pengambilan sampel dengan *simple random sampling* dan undian. Uji hubungan antara variabel bebas (umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pangkat/golongan, dan masa kerja) dengan variabel terikat (niat PNS terhadap pelayanan dokter keluarga) dilakukan dengan uji *Chi-Square*, sedang untuk uji hubungan antara variabel bebas (pengetahuan, sikap dan norma subyektif) dengan variabel terikat menggunakan uji korelasi *Rank-Spearman* dan *Pearson's Product Moment*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara umur responden dengan niat PNS terhadap pelayanan dokter keluarga ($p = 0,002$), demikian juga antara variabel bebas (pengetahuan, sikap dan norma subyektif) dengan niat PNS terhadap pelayanan dokter keluarga, meskipun hubungan yang ada sangat lemah.

Untuk meningkatkan kesejahteraan PNS melalui dokter keluarga dan oleh karena penyebaran informasi tentang dokter keluarga belum merata, maka PT Askes diharapkan membuat leaflet, brosur dan buletin yang disebarakan ke instansi pemerintah di wilayah kerjanya, serta bekerja sama dengan Pemerintah Daerah atau BKD untuk penyebaran informasi ke CPNS. Dinas/instansi pemerintah diharapkan membantu untuk memfasilitasi PNS yang berniat untuk ikut program dokter keluarga.

Kata kunci : Pelayanan dokter keluarga, PNS, dan niat.
Pustaka : 50, 1976 - 2006

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dalam Undang-Undang Nomor: 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan telah dicantumkan bahwa Pembangunan Kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal¹ termasuk Pegawai Negeri Sipil (PNS) dimana kelancaran pelaksanaan tugas pemerintahan dan pembangunan nasional sangat tergantung kepada PNS sebagai aparatur negara. Oleh karena itu pemerintah berusaha meningkatkan kesejahteraan PNS dengan penyelenggaraan Asuransi Kesehatan (Askes). Pada dasarnya, penyelenggaraan Askes bagi PNS merupakan usaha peningkatan kesejahteraan yang dibiayai bersama antara pemerintah dan PNS sendiri. Sejalan dengan hal tersebut, PNS mempunyai kewajiban membayar iuran setiap bulan sebesar 2 % (dua prosen) dari penghasilannya, disamping itu pemerintah wajib memberikan subsidi dan iuran dalam penyelenggaraan asuransi kesehatan bagi PNS.²

Seiring dengan pemberian subsidi dan iuran oleh Pemerintah dan PNS dalam penyelenggaraan asuransi kesehatan bagi PNS, PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia sebagai badan penyelenggara asuransi kesehatan tidak hanya mempunyai kewajiban untuk memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan secara paripurna dengan standar pelayanan kesehatan yang berlaku, namun juga mempunyai kewajiban untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi pesertanya.

Jaminan pemeliharaan kesehatan bagi PNS sudah dimulai sejak tahun 1968 dengan dikeluarkannya Keputusan Presiden Nomor 230 tahun 1968, yaitu bahwa setiap Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun diwajibkan menjadi peserta Askes yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan

Kesehatan (BPDPK). Kemudian pada tahun 1984 terbit Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 1984, yang sebelumnya peserta Askes hanya pegawai negeri sipil dan penerima pensiun kemudian cakupannya diperluas dengan mengikutsertakan perintis kemerdekaan, veteran, TNI, Polri, dan anggota keluarga. Pemerintah juga menetapkan Perusahaan Umum (Perum) Husada Bhakti sebagai badan penyelenggara asuransi kesehatan menggantikan BPDPK.

Selanjutnya pada tahun 1992 dikeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 6 tahun 1992 tentang pengalihan bentuk Perusahaan Umum (Perum) Husada Bhakti menjadi Perusahaan Perseroan (Persero), yaitu suatu perusahaan negara yang berada di lingkungan Departemen Kesehatan RI dan bergerak dalam bidang penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun, Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya³. Perubahan ini memuat ketentuan segala hak dan kewajiban, kekayaan serta pegawainya beralih ke Perusahaan Perseroan tersebut, yaitu PT Asuransi Kesehatan Indonesia (PT Askes). PT Askes Indonesia diakui sebagai satu-satunya asuransi kesehatan yang kepesertaannya mencapai 13,8 juta jiwa dan wilayah kerjanya mencapai hampir seluruh wilayah Indonesia.⁴ PT. Askes Indonesia telah lama berkiprah di bidang pelayanan jasa asuransi kesehatan bagi PNS beserta keluarganya. Sedang penyedia pelayanan kesehatan adalah mitra kerja PT Askes, yaitu berbagai institusi pemerintah di bidang kesehatan dan pelayanan kesehatan swasta yang telah mengadakan perjanjian kerja sama dengan PT Askes.

Berdasarkan buku yang dikeluarkan Departemen Kesehatan RI, Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah unit pelaksana pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya, biasanya dalam satu kecamatan terdapat satu puskesmas.⁵ Puskesmas adalah salah satu mitra PT Askes dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat termasuk PNS. Sesuai dengan Sistem

Kesehatan Nasional, Puskesmas merupakan pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama dan mempunyai 3 (tiga) fungsi, yaitu:⁵

- a. Pusat Penggerak Pembangunan Berwawasan Kesehatan
- b. Pusat Pemberdayaan Masyarakat dan Keluarga
- c. Pusat Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Dengan fungsi-fungsi tersebut, Puskesmas mempunyai beban dan tanggung jawab sangat berat, sehingga seringkali dokter Puskesmas terpaksa harus meninggalkan Puskesmas untuk mengikuti rapat koordinasi atau kegiatan dalam rangka penjabaran sebagai penanggung jawab pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

Oleh karena itu pelayanan kesehatan di Puskesmas sering tidak dilakukan oleh dokter, melainkan oleh para medis. Hal ini menjadi salah satu faktor penyebab ketidakpuasan peserta askes termasuk PNS dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Menurut Chotimah dan Kusnanto ⁶ beban kerja dokter Puskesmas di luar pelayanan medis sebesar 60% merupakan salah satu sebab pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) di Puskesmas sering tidak diberikan oleh dokter melainkan oleh para medis. Hasil survei kesehatan nasional (Susenas) 1995 ⁷ menggambarkan rendahnya pemanfaatan Puskesmas oleh peserta Askes yaitu hanya sebesar 36,9 % dari peserta yang membutuhkan, juga dapat dilihat bahwa jumlah kunjungan peserta Askes di Puskesmas menurun dari 53 per mil pada tahun 1995, menjadi 44 per mil pada tahun 1998.

Hal ini perlu diantisipasi secara tepat, dan salah satu upaya yang dikembangkan adalah dengan memperluas jaringan RJTP bagi peserta Askes sosial yaitu melalui Dokter Keluarga. Program pelayanan RJTP melalui Dokter Keluarga sudah dikembangkan pada tahun 1995 di Jawa Timur dalam proyek bantuan Bantuan Dunia (HP4). Dari evaluasi program ini, diketahui bahwa

diperoleh manfaat yang besar baik dari aspek mutu pelayanan maupun pengendalian biaya, sehingga layak untuk dikembangkan di kota lain.⁸

Dari hasil survey yang dilakukan PT Askes Indonesia di Jawa Timur pada tahun 2000 diperoleh gambaran bahwa kualitas pelayanan RJTP di Puskesmas jauh di bawah pelayanan RJTP yang dilaksanakan pada Praktek Dokter Keluarga.⁸

Tabel.1.1. Perbandingan Mutu Pelayanan RJTP di Puskesmas dan Dokter Keluarga di Provinsi Jawa Timur Tahun 2002

Uraian.	Kriteria	Puskesmas(%)	DK (%)
Waktu tunggu	< 30 menit	9,76	24.39
Kondisi ruang tunggu	Baik	21,95	63.41
Kondisi ruang periksa	Baik	26,83	65.85
Kondisi peralatan diagnostik	Baik	26,83	41.46
Keberadaan dokter	Selalu ada	21.95	100,00
Perilaku dokter	Baik	29.27	85.70
Efektivitas obat	Baik	14,63	60.96
Kesan pemberian obat	Baik	4,63	60.96
Kualitas obat	Baik	9,75	66.98

Sumber⁸

Berdasarkan hasil evaluasi di Jawa Timur tersebut, maka manajemen PT Askes mengambil langkah kebijakan untuk mengembangkan pelayanan RJTP melalui Dokter Keluarga yang pelaksanaannya akan dilakukan secara bertahap, dimulai dengan daerah perkotaan, termasuk Semarang. Diharapkan dengan dokter keluarga, peserta askes wajib (PNS) dan keluarganya akan mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih baik, komprehensif, dan mendapatkan perhatian lebih khusus, sebagai wujud upaya peningkatan kesejahteraan bagi PNS.

Secara administratif Propinsi Jawa Tengah terdiri dari 35 kabupaten/ kota dengan ibu kota propinsi di Kota Semarang. Untuk menjalankan roda pemerintahan dan pelayanan kepada masyarakat, Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Tengah didukung oleh sejumlah PNS yang bekerja tersebar di berbagai kantor/ dinas / instansi yang berjumlah 50 buah, dengan jumlah Pegawai Negeri

Sipil (PNS) sebanyak 18.387 orang terdiri dari PNS Gol. I : 373 orang (2,03%), Gol.II 5.802 orang (31,55%), Gol. III : 11.212 orang (60.98%), Go). IV :1.000 orang (5,44%).⁹ Adapun sepuluh dinas/instansi dengan jumlah karyawan besar adalah sebagaimana dalam Tabel 1.2.

Tabel 1.2 Sepuluh Dinas /instansi Pemerintah Propinsi Jawa Tengah dengan jumlah karyawan besar tahun 2005

No.	Dinas /Instansi	Jumlah
1.	Dinas Bina Marga	2.002 orang
2.	Dinas Pengelolaan Sumber Daya Air	1.693 orang
3.	Dinas Kesejahteraan Sosial	1.693 orang
4.	Sekretariat Daerah Propinsi Jawa Tengah	1.066 orang
5.	Dinas Pendidikan dan Kebudayaan	1.045 orang
6.	Dinas Pertanian Tanaman Pangan	1,017 orang
7.	RSU "Dr. Muwardi" Surakarta	929 orang
8.	Dinas Pendapatan Daerah	912 orang
9.	Dinas Kesehatan	774 orang
10.	RSU "Dr. Margono" Purwokerto	626 orang

Sumber :BKD Propinsi Jawa Tengah, 2005⁹

Dalam rangka upaya meningkatkan kesejahteraan PNS dan keluarganya, PNS yang bekerja di lingkungan Pemerintah Provinsi Jawa Tengah mendapatkan pelayanan kesehatan melalui jaminan pemeliharaan kesehatan yang dikelola langsung oleh PT Asuransi Kesehatan Kantor Cabang Utama Semarang (PT Askes KCU Semarang). Untuk melayani PNS di Kota Semarang, PT Askes KCU Semarang mengadakan kerjasama dengan sejumlah Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang ada di Kota Semarang, seperti dalam Tabel-1.3.

Tabel 1.3. Fasilitas kesehatan / Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang bekerjasama dengan PT Askes KCU Semarang dan yang berada di Kota Semarang Tahun 2005

No.	Fasilitas / Tenaga Kesehatan	Jumlah
1.	Rumah Sakit Negeri dan Swasta	11
2.	Puskesmas	37
3.	Puskesmas Pembantu	31
4.	Poliklinik Umum / Poliklinik 24 jam yang memberikan pelayanan dokter keluarga	4
5.	Dokter Keluarga	24

Sumber: PT Askes KCU Semarang, Des. 2005 ¹⁰

Sebagai daerah perkotaan, Semarang merupakan daerah yang diharapkan dapat mengembangkan program Dokter Keluarga dengan baik. Program ini di Kota Semarang telah dimulai sejak Mei 2004, dan pada awal peluncuran program, PT Askes berharap program ini sukses dan membawa perubahan yaitu para peserta Askes akan beralih ke Dokter Keluarga.⁹ Untuk menyukseskan program ini, PT Askes KCU Kota Semarang telah mengadakan kerjasama dengan dokter-dokter praktek pribadi, praktek bersama, klinik-klinik 24 jam, maupun dokter di instansi-instansi, sehingga di harapkan lebih dekat dengan masyarakat atau PNS sebagai pengguna pelayanan dokter keluarga. Lokasi praktek dokterpun telah menyebar hampir di setiap kompleks perumahan di kota Semarang.

Pada awal program di Semarang, ditargetkan dari 157.781 jiwa yang menjadi peserta Askes, diharapkan sebanyak 39,826 orang atau 25 % peserta Askes akan beralih ke dokter keluarga. Namun sampai akhir Desember 2004 peserta yang mendaftar di dokter keluarga hanya 3, 748 orang (9,41 % dari target), sedang pada akhir Desember 2005 jumlah peserta askes meningkat menjadi 168.173 jiwa dan peserta askes yang telah mendaftar di dokter keluarga

kenaikannya belum signifikan yaitu 6,940 orang (16,35 % dari target)⁹. Hal ini menjadi salah satu pendorong bagi peneliti untuk mengadakan penelitian ini, mengingat program dokter keluarga sangat sesuai dengan program pemerintah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang, termasuk PNS.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa dokter keluarga dapat memberikan pelayanan yang setara dengan pelayanan spesialisik misalnya, dalam kasus penanganan diabetes, pasien merasa puas, dan pemanfaatan teknologi, prosedur, dan perawatan rumah sakit lebih efektif dan efisien.¹¹ Hasil penelitian terhadap 993 orang responden peserta wajib PT. Askes 96,6% menyatakan merasa puas mendapat pelayanan dokter keluarga⁶.

Untuk mensosialisasikan program dokter keluarga, PT Askes KCU Semarang telah melakukan berbagai cara antara lain membuat leaflet atau brosur tentang dokter keluarga dan menyebarkan secara gratis pada tempat-tempat tertentu seperti di tempat praktek dokter keluarga, Puskesmas dan di kantor PT Askes. Disamping juga mengadakan sosialisasi ke sejumlah dinas/ instansi di Kota Semarang yang karyawannya cukup besar melalui ceramah dan dialog. Salah satu instansi yang dijadikan tempat sosialisasi Sosialisasi juga dilakukan di Dinas P dan K Propinsi Jawa Tengah, dengan jumlah karyawan \pm 1.045 orang. Dari studi pendahuluan yang telah dilakukan terhadap 15 karyawan Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah menunjukkan bahwa pada saat setelah menerima sosialisasi mereka sangat antusias untuk mengikuti program dokter keluarga, karena bisa memilih dokter yang dekat rumah, jam kerja dokter bisa diluar jam kantor, dan diharapkan familier dengan keluarganya. Namun dari 15 orang karyawan yang diwawancarai dalam studi pendahuluan hanya 1 orang (6,7 %) yang sudah beralih ke dokter keluarga. Keadaan ini menarik untuk diteliti karena

Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah telah menerima sosialisasi program dokter keluarga, sehingga hal ini dapat menjadi bahan evaluasi pelaksanaan program.

B. Perumusan Masalah

Dari uraian dalam latar belakang tersebut dapat disimpulkan adanya tiga permasalahan yaitu :

1. Adanya keluhan masyarakat (termasuk PNS) terhadap pelayanan Puskesmas sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan tingkat pertama yaitu tindakan medis sering tidak dilakukan oleh dokter, jam pelayanan Puskesmas yang terbatas pagi hari saja, dan jumlah Puskesmas di wilayah kecamatan hanya 1 atau 2 buah, sehingga jarak dari rumah ke Puskesmas cukup jauh.
2. Pelaksanaan program dokter keluarga di Kota Semarang belum mencapai target yang diharapkan oleh PT Askes. Target semula 42.446 orang (25 %), namun ternyata hanya mencapai 6.940 orang (16,35 % dari target)
3. Dari studi pendahuluan yang dilakukan di Dinas Pendidikan dan Kebudayaan Provinsi Jawa Tengah, hanya ada 1 orang (6,7 %) dari 15 orang yang telah beralih ke dokter keluarga, meskipun telah diadakan sosialisasi.

C. Pertanyaan Penelitian

Permasalahan-permasalahan yang ada tersebut telah mendorong untuk dilakukannya penelitian guna mengetahui niat PNS terhadap pelayanan dokter keluarga di Kota Semarang, khususnya PNS di lingkungan Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah dan faktor-faktor apa saja yang dapat mempengaruhi niat tersebut. Untuk itu disusun pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana niat Pegawai Negeri Sipil (PNS) terhadap pelayanan dokter keluarga di lingkungan Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006 ?

2. Faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan niat PNS terhadap pelayanan dokter keluarga ?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan niat PNS terhadap pelayanan dokter keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendiskripsikan beberapa karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pangkat/golongan, dan masa kerja) yang berhubungan dengan niat terhadap pelayanan dokter keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006.
- b. Mendiskripsikan beberapa faktor (pengetahuan tentang dokter keluarga dan asuransi kesehatan, sikap dan norma subyektif responden) yang berhubungan dengan niat terhadap pelayanan dokter keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006.
- c. Menganalisis hubungan antara umur responden dengan niat terhadap pelayanan dokter keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006.
- d. Menganalisis hubungan antara jenis kelamin responden dengan niat terhadap pelayanan dokter keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006.
- e. Menganalisis hubungan antara tingkat pendidikan responden dengan niat terhadap pelayanan dokter keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006.

- f. Menganalisis hubungan antara status perkawinan responden dengan niat terhadap pelayanan dokter keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006.
- g. Menganalisis hubungan antara pangkat/golongan responden dengan niat terhadap pelayanan dokter keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006.
- h. Menganalisis hubungan antara masa kerja responden dengan niat terhadap pelayanan dokter keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006.
- i. Menganalisis hubungan antara pengetahuan dengan dengan niat terhadap pelayanan dokter keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006.
- j. Menganalisis hubungan antara sikap dengan dengan niat terhadap pelayanan dokter keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006.
- k. Menganalisis hubungan antara norma subyektif dengan niat terhadap pelayanan dokter keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006.

E. Ruang Lingkup

1. Ruang lingkup Keilmuan

Ruang lingkup keilmuan penelitian ini adalah ilmu kesehatan masyarakat khususnya pemanfaatan pelayanan kesehatan, serta ilmu perilaku

2. Ruang Lingkup waktu

Waktu penelitian pada bulan Maret - Agustus 2006

3. Ruang Lingkup Metodologi

Metodologi yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kuantitatif dan analisis data dengan bantuan komputer program SPSS.

4. Ruang lingkup tempat

Penelitian ini akan dilakukan di Dinas Pendidikan dan Kebudayaan Provinsi Jawa Tengah, sedang uji coba penelitian akan dilakukan di Badan Kepegawaian Provinsi Jawa Tengah

F. Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi (Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah)

Sebagai evaluasi penyelenggaraan program dokter keluarga di lingkungan Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah.

2. Bagi Institusi (PT Askes)

a. Memberi masukan evaluasi bagi penyelenggara jaminan kesehatan / asuransi kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada peserta.

b. Sebagai bahan evaluasi penyelenggaraan program dokter keluarga.

3. Bagi Institusi (Program MIKM)

Sebagai masukan untuk penelitian tentang Asuransi Kesehatan baik dari sisi manajemen maupun program

4. Bagi peneliti

Merupakan media belajar dalam menerapkan ilmu yang diperoleh selama mengikuti perkuliahan.

G. Keaslian Penelitian

Penelitian tentang “Analisis Niat Pegawai Negeri Sipil (PNS) Terhadap Pelayanan Tingkat Pertama melalui Dokter Keluarga di Dinas Pendidikan dan

Kebudayaan Provinsi Jawa Tengah”, sepengetahuan peneliti belum pernah dilakukan, namun penelitian yang hampir sama pernah dilakukan, yaitu:

1. Nurhadi¹¹ meneliti tentang Minat Karya Siswa Universitas Gajah Mada terhadap Kepesertaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Gajah Mada Medical Center (JPK-GMC). Penelitian ini membahas bagaimana pengaruh variabel bebas (pengetahuan, sikap dan norma subjektif) terhadap variable terikat (minat terhadap kepesertaan JPK-GMC). Unit analisis penelitian ini adalah mahasiswa UGM yang mengikuti Karya Siswa. Hasilnya adalah pengetahuan, sikap dan norma subjektif responden mempunyai hubungan positif terhadap minat menjadi peserta JPK-GMC.
2. Mas'udah¹² meneliti tentang beberapa faktor yang berhubungan dengan pemilihan tempat pelayanan pemeriksaan kehamilan pada keluarga miskin (Gakin) .Unit analisis penelitian ini adalah wanita hamil dari keluarga miskin. Variabel bebas penelitian ini adalah umur, tingkat pendidikan, paritas, pengetahuan, dukungan kehamilan, jarak kelahiran anak, sikap, biaya, dan jarak ke tempat pemeriksaan kehamilan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara umur, tingkat pendidikan, paritas, pengetahuan, dukungan kehamilan dengan pemilihan tempat pelayanan pemeriksaan kehamilan pada keluarga miskin (Gakin), sedang antara jarak kelahiran anak, sikap, biaya, dan jarak ke tempat pemeriksaan kehamilan tidak ada hubungan yang bermakna dengan pemilihan tempat pelayanan pemeriksaan kehamilan pada keluarga miskin (Gakin).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Kepustakaan yang mendukung penelitian ini antara lain adalah pembahasan mengenai, Pegawai Negeri Sipil (PNS), Asuransi Kesehatan, Pelayanan Kesehatan, Dokter Keluarga, Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan, niat dan faktor-faktor yang berpengaruh, serta kerangka teori yang diajukan.

A. Pegawai Negeri Sipil (PNS)

Menurut Undang-Undang Nomor 43 Tahun 1999 pengertian Pegawai Negeri adalah mereka yang setelah memenuhi syarat-syarat yang ditentukan dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku, diangkat oleh pejabat yang berwenang dan diserahi tugas dalam suatu jabatan negeri atau diserahi tugas negara lainnya yang ditetapkan berdasarkan sesuatu peraturan perundang-undangan dan digaji menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku.¹³

Berdasarkan rumusan ini maka ada 4 pokok pengertian Pegawai Negeri, yaitu:

1. Mereka yang telah memenuhi syarat-syarat tertentu. Ini mengandung pengertian bahwa siapa saja dalam hal ini Warga Negara Indonesia (WNI) dapat menjadi Pegawai Negeri asal memenuhi syarat-syarat tertentu.
2. Diangkat oleh pejabat yang berwenang. Pejabat yang berwenang adalah pejabat yang mempunyai kewenangan untuk mengangkat dan atau memberhentikan pegawai negeri. Tidak semua pejabat mempunyai kewenangan untuk mengangkat dan atau memberhentikan pegawai negeri.
3. Diserahi tugas dalam suatu jabatan negeri atau tugas negara lainnya. Jabatan negeri adalah jabatan dalam bidang eksekutif (pemerintah). Tugas

negara adalah tugas-tugas lain untuk kepentingan negara yang ditetapkan dengan ketentuan tersendiri misal bupati, gubernur, menteri.

4. Digaji menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku. Gaji adalah imbalan jasa atas prestasi seorang pegawai negeri.

Pegawai Negeri terdiri dari: 1) PNS. 2) Anggota TNI, 3) Anggota Kepolisian. Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud dibedakan menjadi 2 macam: 1) PNS Pusat, 2) PNS Daerah. Yang dimaksud PNS Pusat adalah PNS yang gajinya dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dan bekerja pada Departemen, Lembaga Pemerintah non Departemen, Kesekretariatan Lembaga Tertinggi/Tinggi Negara, Instansi vertikal, atau dipekerjakan untuk menyelenggarakan tugas negara. 2) PNS Daerah adalah PNS daerah/Propinsi/Kabupaten/Kota yang gajinya dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dan bekerja pada Pemda, atau dipekerjakan di luar instansi induknya.

1. Kewajiban dan Hak-hak Pegawai Negeri:

Ketentuan-ketentuan mengenai kewajiban dan hak pegawai negeri sipil telah tercantum dalam Undang Undang Nomor 43 tahun 1999¹³.

a. Kewajiban Pegawai Negeri

Setiap pegawai negeri wajib setia dan taat kepada Pancasila, UUD '45, Negara, dan Pemerintah serta wajib menjaga persatuan dan kesatuan bangsa dalam Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI).

b. Hak Pegawai Negeri:

- 1) Setiap pegawai negeri berhak memperoleh gaji yang layak sesuai dengan pekerjaan dan tanggung jawab.
- 2) Setiap pegawai negeri berhak atas cuti.

- 3) Setiap pegawai negeri yang ditimpa oleh suatu kecelakaan dalam dan karena menjalankan tugas kewajibannya, berhak memperoleh perawatan.
- 4) Setiap pegawai negeri yang menderita cacat jasmani atau cacat rohani dalam dan karena menjalankan tugas kewajibannya yang mengakibatkannya tidak dapat bekerja lagi dalam jabatan apapun juga, berhak memperoleh tunjangan.
- 5) Setiap pegawai negeri yang meninggal dunia, keluarganya berhak memperoleh uang duka.
- 6) Setiap pegawai negeri yang telah memenuhi syarat-syarat yang ditentukan, berhak atas pensiun.
- 7) Sedangkan hak-hak PNS yang berkaitan dengan jaminan pemeliharaan kesehatan diatur dengan PP No.69 tahun 1991, dalam Bab IV. pasal 11, ayat : 1) setiap peserta dan keluarganya mempunyai hak dan kesempatan yang sama dalam pemeliharaan kesehatan, sesuai dengan kebutuhan medis; 2) peserta dan keluarganya berhak memperoleh pemeliharaan kesehatan dan/atau penggantian biaya untuk pemeliharaan kesehatan berdasarkan standar pelayanan kesehatan yang ditetapkan oleh presiden; 3) peserta berhak memperoleh penjelasan tentang ketentuan penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan.

B. Asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan adalah instrumen sosial dimana masing-masing orang transfer resiko finansial yang diasosiasikan dengan kehilangan kesehatan dari masing-masing anggotanya untuk menutupi kerugian-kerugian finansial yang tidak pasti atas suatu penyakit atau untuk pencegahan terhadap suatu penyakit.¹⁴

Asuransi kesehatan adalah suatu sistem dalam pembiayaan kesehatan melalui pengelolaan dana yang berasal dari iuran teratur peserta untuk membiayai pelayanan kesehatan yang dibutuhkan peserta.¹⁵

Menurut Asosiasi Asuransi Kesehatan Amerika (HIAA), kerugian finansial yang diakibatkan oleh suatu kejadian, bisa dikurangi melalui sistem asuransi, karena pada dasarnya asuransi dalam pelaksanaannya menerapkan sistem manajemen resiko, dimana peserta secara bersama-sama menanggung kerugian ekonomi yang mungkin terjadi dengan membayar premi kepada pihak perusahaan asuransi.

1. Prinsip Asuransi Kesehatan

Prinsip asuransi kesehatan adalah menghimpun dana dari populasi yang besar dan membagi resiko sakit atau cedera (risk sharing) yang dialami sebagian kecil anggota dengan keseluruhan populasi.¹⁶

Prinsip-prinsip asuransi kesehatan menurut Trisnantoro¹⁷ ada lima macam, yaitu : a) asuransi kesehatan merupakan suatu sistem pembiayaan kesehatan menganut konsep resiko. b) di dalam sistem asuransi kesehatan, resiko dimaksud menjadi tanggungan bersama oleh peserta dengan membayar premi iuran ke sebuah perusahaan, c) dipandang dari aspek perseorangan, asuransi kesehatan sebagai suatu piranti ekonomi dimana seseorang membayar sejumlah uang relatif kecil (premi) untuk menanggulangi kemungkinan suatu kerugian keuangan yang besar dan mungkin terjadi jika tanpa dilindungi asuransi, d) usaha asuransi harus berlandaskan pada manajemen resiko, yaitu melalui tahapan proses: penetapan tujuan, identifikasi resiko, evaluasi resiko, penanganan resiko, melaksanakan usaha, dan melakukan evaluasi resiko, e) pemahaman mengenai resiko dari persepsi peserta dapat menimbulkan terjadinya proses yang disebut *adverse selection*.

Artinya pada proses ini, asuransi kesehatan yang bersifat sukarela, para anggotanya menjadi lebih banyak yang mempunyai resiko dan mampu membayar premi.

Menurut Murti¹⁸ prinsip-prinsip asuransi kesehatan adalah pengeluaran biaya pemeliharaan kesehatan merupakan suatu yang tidak pasti. Bagi sebagian orang bahwa datangnya penyakit bersifat langka, iraguler dan sulit diketahui. Namun apabila benar-benar terjadi, maka biaya yang dikeluarkan untuk berobat dapat sedemikian besar dan mungkin sangat membebani kondisi keuangan seseorang.

Hal ini sejalan dengan hasil seminar kesehatan masyarakat dan kedokteran di Jakarta¹⁶ antara lain sebagai berikut:

- a. Sistem asuransi kesehatan bertujuan untuk melindungi masyarakat dari kesulitan ekonomi dalam pembiayaan pelayanan kesehatan.
- b. Mendekatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan asas adil dan merata, karena besarnya iuran akan ditentukan oleh besaran pendapatan .
- c. Merupakan pemupukan sumber dana bagi penyelenggaraan pelayanan kesehatan, sehingga pengembangan sarana kesehatan dapat lebih terjamin.
- d. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan akan lebih diselenggarakan sesuai dengan prinsip-prinsip ekonomi, sehingga penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat lebih efisien.
- e. Asuransi kesehatan akan mendekatkan standarisasi pemberian jaminan pelayanan kesehatan. Hal ini berarti akan melindungi konsumen (masyarakat) dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

2. Manfaat Asuransi Kesehatan

Manfaat asuransi kesehatan menurut Azwar¹⁵ apabila asuransi kesehatan dapat dilaksanakan dengan baik maka akan diperoleh beberapa manfaat. antara lain: a) membebaskan peserta dari kesulitan menyediakan dana tunai, b) biaya kesehatan dapat diawasi, c) mutu pelayanan dapat diawasi, d) tersedianya data kesehatan.

Sesuai dengan PP No. 69 tahun 1991 PT. Asuransi Kesehatan (Askes) Indonesia adalah menyelenggarakan program pemeliharaan kesehatan bagi pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran dan perintis kemerdekaan beserta keluarganya bersifat wajib¹⁹. Menurut Sulastomo¹⁶ dalam program asuransi kesehatan ini PT. Askes Indonesia belum mempunyai fasilitas pelayanan kesehatan sendiri, sehingga sampai saat ini peserta menggunakan fasilitas pelayanan Puskesmas, rumah sakit pemerintah dan beberapa rumah sakit swasta. Pelayanan kesehatan dilakukan secara bertingkat mulai dari pelayanan tingkat pertama sampai pelayanan spesialisik melalui sistem rujukan. Pelayanan tingkat pertama dilakukan di Puskesmas, sedangkan pelayanan rujukan dapat dilakukan di rumah sakit pemerintah, rumah sakit khusus (kusta, jantung dan mata), rumah sakit TNI/POLRI dan rumah sakit swasta.¹⁸

Peserta asuransi kesehatan diatur dengan PP No. 69 tahun 1991, Bab IV, pasal 11, antara lain: (1) setiap peserta dan keluarganya mempunyai hak dan kesempatan yang sama dalam pemeliharaan kesehatan, sesuai dengan kebutuhan medis; (2) peserta dan keluarganya berhak memperoleh pemeliharaan kesehatan dan/atau penggantian biaya untuk pemeliharaan kesehatan berdasarkan standar pelayanan kesehatan yang ditetapkan oleh presiden; (3) peserta berhak memperoleh penjelasan tentang ketentuan penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan.

Badan penyelenggara (Bapel) harus selalu menyempurnakan atau mengembangkan sistem yang dapat menjamin peningkatan pemeliharaan kesehatan bagi peserta dan keluarga secara cepat dan tepat. Dalam rangka penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan Bapel mengadakan kerja sama dengan berbagai sarana pelayanan kesehatan (PPK). Sarana pelayanan kesehatan harus memenuhi syarat-syarat kemampuan di tingkat pelayanan. Pelaksana pelayanan kesehatan wajib memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis peserta.

C. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (medical services) menurut Azwar¹⁵ ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi (*institution*), tujuan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama perseorangan dan keluarga.

1. Syarat Pelayanan Kesehatan

Syarat pelayanan kesehatan yang baik menurut Azwar¹⁵ adalah: a) tersedia dan berkesinambungan. Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan; b) dapat diterima dan wajar. Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan

keyakinan dan kepercayaan masyarakat; c) mudah dicapai. Artinya pelayanan kesehatan yang baik mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat; d) mudah dijangkau. Artinya dari sudut biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi; masyarakat; e) bermutu. Artinya menunjukkan tingkat kesempurnaan dalam pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dan dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, serta tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar yang telah ditetapkan.

2. Kualitas Pelayanan Kesehatan

Mutu atau kualitas pelayanan dalam sistem kesehatan nasional diartikan sebagai upaya pelayanan kesehatan yang bersifat terpadu, menyeluruh, merata, dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat Menurut Depkes RI³ melihat bahwa Puskesmas sebagai bagian organisasi pelayanan kesehatan bertanggung jawab untuk terus meningkatkan upaya memperluas dan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan mutu yang lebih baik dan dengan biaya yang terjangkau oleh masyarakat.

Menurut Lobovitz²⁰ kualitas pelayanan kesehatan mencakup dua hal yang penting, yakni: a) *qualify conformance* (ketetapan terhadap standar) ialah kemampuan untuk mempengaruhi standar pelayanan atau standar kerja; b) *perceived quality* (pemenuhan harapan pelanggan) ialah kemampuan untuk memahami harapan dan kemampuan pelanggan.

Menurut Suprpto²¹, pada dasarnya terdapat lima dimensi atau determinan yang digunakan konsumen dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan di suatu rumah sakit, yaitu: a) *tangible* (bukti langsung) yaitu meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, personil, dan sarana komunikasi. Dimensi ini tergambar dalam: (1) kebersihan, kerapian, kenyamanan, dan kenyamanan

ruangan; (2) penataan exterior dan interior ruangan; (3) kelengkapan, kesiapan, dan kebersihan alat-alat yang dipakai; (4) kerapian dan kebersihan penampilan petugas (karyawan); b) reliability (kehandalan) yaitu kemampuan untuk memberikan jasa pelayanan dengan segera, dan memuaskan serta sesuai dengan yang telah dijanjikan.

Sugito Wonodirekso²² mengemukakan bahwa ada tiga tingkatan dalam pelayanan kesehatan, yaitu (1) *Pelayanan Tingkat Primer* (Pertama). Pelayanan ini diselenggarakan oleh Dokter Praktek Umum (DPU) atau sering disebut Dokter Umum. Tahap ini adalah awal atau kontak pertama pasien dengan dokter yang biasanya bertempat di tempat praktek DPU, Dokter Keluarga, Klinik Dokter Bersama, Puskesmas, Balai Pengobatan, Klinik Perusahaan, DPU di rumah sakit, dsb. (2) *Pelayanan Tingkat Sekunder* (Kedua), Pasien yang tidak bisa diatasi oleh DPU akan di rujuk ke pelayanan tingkat kedua, yaitu dokter spesialis yang sebagian besar praktek di Rumah Sakit atau Klinik Spesialis atau Klinik Pribadi. Jika masalah pasien dapat diselesaikan akan dikirim balik ke dokter yang mengirimnya untuk kelanjutan pengobatannya. (3) *Pelayanan Tingkat Tertier* (Ketiga). Jika masalah pasien juga tidak dapat diselesaikan oleh Dokter Spesialis, maka pasien yang bersangkutan akan dikirim ke tingkat tinggi atau tingkat Tertier. Disini pasien akan ditangani oleh Dokter Superspesialis atau Spesialis Konsultan (DSpK) yang biasanya bertugas di Rumah Sakit Pendidikan atau rumah sakit besar yang mempunyai berbagai pusat risert. Rujuk balik ke DPU pun tetap bisa terjadi apabila masalah pasien telah dapat diatasi dan selanjutnya untuk perawatan. Jadi kembali menjadi tugas DPU.

Pelayanan yang berkualitas dan memuaskan pelanggan perlu dilakukan terus menerus, meskipun pengaduan yang diterima relatif rendah. Sekitar 95% dari konsumen yang tidak puas memilih untuk tidak melakukan pengaduan

tetapi sebagian besar cukup menghentikan pembeliannya.²³ Pada bidang jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit kejadian serupa juga terjadi. Banyak pasien yang merasa tidak puas dengan pelayanan kesehatan memilih untuk tidak melakukan pengaduan, tetapi cukup dengan tidak mau kembali diperiksa atau dirawat di rumah sakit bersangkutan.

D. Dokter Keluarga

Yang perlu dibahas dalam Dokter Keluarga adalah tentang pengertian dokter keluarga, pengertian pelayanan dokter keluarga, tujuan pelayanan dokter keluarga, ciri-ciri pelayanan dokter keluarga, manfaat dokter keluarga, serta kedudukan dan peranan dokter keluarga dalam Sistem Kesehatan Nasional.

1. Pengertian

Pengertian tentang dokter keluarga masih terus diperbincangkan, salah satu definisi tentang dokter keluarga adalah dari *The American Board of Family Practice* yaitu bahwa dokter keluarga adalah dokter yang memiliki tanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama serta pelayanan kesehatan yang menyeluruh yang dibutuhkan oleh semua anggota yang terdapat dalam satu keluarga, dan apabila berhadapan dengan suatu masalah kesehatan khusus yang tidak mampu ditanggulangi, meminta bantuan konsultasi dari dokter ahli yang sesuai.²⁴

Sedangkan PT Asuransi Kesehatan Indonesia (PT Askes) selaku penyelenggara program Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJPT) Dokter Keluarga memdefinisi dokter keluarga dengan mengacu pada definisi dari *The American Academy of Family Physician (AAFP)*²⁴ yaitu bahwa pelayanan dokter keluarga adalah pelayanan kedokteran menyeluruh, memusatkan pelayanan kepada keluarga sebagai suatu unit; tanggung jawab

dokter keluarga tidak dibatasi golongan umur atau jenis kelamin, tidak juga oleh organ tubuh atau jenis penyakit tertentu.

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 56 tahun 1996, tentang pengembangan dokter keluarga, yaitu dokter yang menyelenggarakan upaya pemeliharaan kesehatan dasar paripurna (promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif) dengan pendekatan menyeluruh (holistik dan kesisteman) untuk pemecahan masalah kesehatan yang dihadapi oleh setiap keluarga dalam kelompok masyarakat yang memilihnya sebagai mitra utama pemeliharaan kesehatan.²⁵

Bahkan sampai saat ini pengertian dokter keluarga masih terus diperbincangkan, karena ada yang berpendapat bahwa dokter keluarga adalah sebuah spesialisasi di bidang kedokteran, sehingga untuk menjadi seorang dokter keluarga perlu menempuh spesialisasi dokter keluarga dengan kurikulum tertentu, namun ada yang berpendapat bahwa dokter keluarga adalah dokter umum yang menyediakan dirinya sebagai dokter keluarga, sehingga untuk menjadi dokter keluarga tidak perlu mengambil spesialisasi dokter keluarga, namun cukup mengikuti pelatihan dokter keluarga saja.²⁶

2. Pelayanan Dokter Keluarga

Menurut Departemen Kesehatan RI dalam Azwar²⁴ pelayanan kedokteran keluarga adalah pelayanan kesehatan/asuhan medik yang didukung oleh pengetahuan mutakhir secara paripurna (comprehensive) terpadu, menyeluruh (holistyc) terhadap semua keluhan dari pengguna jasa sebagai komponen keluarganya, jenis kelamin dan sesuai dengan kemampuan yang ada. Pelayanan yang diberikan oleh PT. Askes pada rawat jalan tingkat pertama melalui dokter keluarga meliputi: 1) penyuluhan kesehatan (pelayanan promotif), 2) pencegahan penyakit termasuk perawatan kesehatan ibu dan

anak (pelayanan preventif), 3) pemeriksaan dan pengobatan, 4) tindakan medis ringan, 5) pemberian obat sesuai dengan kebutuhan medis, 6) pemberian rujukan.

Tugas Dokter Keluarga menurut Departemen Kesehatan RI adalah 1) menyelenggarakan pelayanan primer secara paripurna, menyeluruh, dan bermutu guna penapisan untuk pelayanan spesialisik yang diperlukan, 2) Mendiagnosis secara cepat dan memberikan terapi secara cepat dan tepat, 3) Memberikan pelayanan kedokteran secara aktif kepada pasien pada saat sehat dan sakit, 4) memberikan pelayanan kedokteran kepada individu dan keluarganya, 5) membina keluarga pasien untuk berpartisipasi dalam upaya peningkatan taraf kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan dan rehabilitasi, 6) menangani penyakit akut dan kronik, 7) melakukan tindakan tahap awal kasus berat, 8) tetap bertanggungjawab atas pasien yang dirujuk ke Dokter Spesialis atau di rawat di Rumah Sakit, 9) memantau pasien yang telah dirujuk atau dikonsultasikan, 10) bertindak sebagai mitra, penasihat, dan konsultan bagi pasiennya, 11) Mengkoordinasikan pelayanan yang diperlukan untuk kepentingan pasien, 12) Menyelenggarakan rekam medis yang memenuhi standar, dan 13) Melakukan penelitian untuk mengembangkan ilmu kedokteran secara umum dan ilmu kedokteran keluarga secara khusus.

3. Tujuan Pelayanan Dokter Keluarga

Tujuan pelayanan dokter keluarga menurut *The American Academy of Family Physician (AAFP)*²⁴ dinyatakan sebagai berikut: 1) untuk meningkatkan dan mempertahankan, mutu pelayanan kedokteran keluarga, 2) membantu dokter-dokter yang ingin berpraktek sebagai dokter keluarga, 3) mempertahankan hak-hak dokter keluarga dalam memberikan pelayanan dibidang-bidang yang sudah dikuasainya, 4) membantu dan

menyelenggarakan pendidikan berkelanjutan untuk para dokter keluarga, 5) memajukan ilmu kedokteran dan kesehatan masyarakat serta menjamin hak penderita memilih dokternya, 6) berperan dalam memperjuangkan peningkatan derajat kesehatan rakyat.

Pelayanan dokter keluarga mempunyai dua tujuan tujuan umum dan tujuan khusus. 1) tujuan umum pelayanan dokter keluarga adalah sama dengan tujuan pelayanan kedokteran dan atau pelayanan kesehatan pada umumnya, yakni terwujudnya keadaan sehat bagi setiap anggota keluarga. 2) tujuan khusus pelayanan dokter keluarga dapat dibedakan atas dua macam: a) terpenuhinya kebutuhan keluarga akan pelayanan kedokteran yang lebih efektif dan b) terpenuhinya kebutuhan keluarga akan pelayanan kedokteran yang lebih efisien.²⁵

4. Ciri-Ciri dan Model Pelayanan Dokter Keluarga

Ciri pelayanan dokter keluarga menurut (Depkes RI, 1999) adalah: 1) menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang komprehensif sesuai dengan kebutuhan kesehatan keluarga binaannya. 2) melayani setiap penderita bukan saja sebagai individu tetapi juga sebagai anggota keluarga dan anggota masyarakat, dan 3) mempunyai tanggung jawab komunitas pada kelompok keluarga yang merupakan bagian dari kesehatan masyarakat.²⁷

Ciri pelayanan dokter keluarga menurut Azwar 1) memiliki pengetahuan dan ketrampilan khusus kedokteran dan keluarga serta kesehatan keluarga yang diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan khusus dengan pengalaman di bidang ilmu bedah, ilmu kebidanan dan kandungan, kesehatan anak serta penyakit dalam, 2) bertindak sebagai mitra keluarga dalam upaya pemeliharaan kesehatan keluarga, 3) menyediakan diri sebagai pelaksana pelayanan kesehatan dasar profesional paripurna dengan berperan sebagai petugas, dan

4) memberikan pelayanan medik dasar dan penasehat serta pendamping keluarga dalam membina kesehatan termasuk dalam pendayagunaan sumber daya kesehatan bagi keluarga dan anggotanya.²⁴

Sedang berdasarkan Mukhtamar Ikatan Dokter Indonesia (IDI) ke-18 tahun 1982, menetapkan karakteristik pelayanan Dokter Keluarga sebagai berikut : 1) melayani penderita tidak hanya sebagai perorangan tetapi sebagai anggota keluarga dan bahkan sebagai masyarakat sekitarnya, 2) memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh, perhatian secara lengkap dan sempurna, jauh melebihi keluhan yang disampaikan, 3) mengutamakan pelayanan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan seoptimal mungkin, mencegah penyakit serta mengenal dan mengobati penyakit sedini mungkin, 4) mengutamakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan berusaha memenuhi kebutuhan tersebut sebaik-baiknya, 5) menyediakan dirinya sebagai tempat pelayanan kesehatan tingkat pertama dan bertanggungjawab pada pelayanan kesehatan lanjutan.⁸

Hasil Mukhtamar IDI inilah yang menjadi landasan PT Askes dalam Program Dokter Keluarga, dan model pelayanan Dokter Keluarga yang dapat diterapkan kepada peserta Askes adalah sebagai berikut :

1. Klinik 24 jam, yaitu beberapa Dokter yang bekerja pada satu klinik yang beroperasi dalam 24 jam sehari, setiap hari dan memberikan pelayanan menyeluruh.
2. Dokter praktek bersama, dimana dokter praktek lebih dari satu orang berpraktek pada jam praktek yang bersamaan dalam satu tempat praktek.
3. Dokter keluarga praktek perorangan, dimana satu orang Dokter Keluarga praktek dalam satu tempat praktek.
4. Dokter keluarga yang terkoordinasi dalam suatu organisasi menyerupai *Independent Practice Association (IPA)* di Amerika Serikat. Dengan sistem

ini beberapa dokter berafiliasi dalam satu wadah organisasi, dan organisasi ini menjalin ikatan kerjasama dengan PT Askes.

5. Puskesmas khusus yang memenuhi persyaratan sebagai institusi yang mampu memberi pelayanan Dokter Keluarga.

Namun demikian model pelayanan yang dipilih tergantung pada kondisi daerah, maka dapat dipilih model yang paling sesuai. Model yang paling ideal adalah Klinik 24 jam. Bila karena kondisi setempat hal ini sulit direalisasikan, maka dapat dipilih model lain, namun harus diupayakan agar pelayanan Konsultasi Dokter Keluarga dapat dilaksanakan dalam 24 jam.⁸

5. Manfaat Dokter Keluarga

Hasil dari Cambridge Research Institute²⁸ mengatakan bahwa apabila pelayanan dokter keluarga dapat diterapkan, akan diperoleh manfaatnya, antara lain 1) akan dapat diselenggarakan penanganan kasus penyakit sebagai manusia seutuhnya, bukan hanya terhadap keluhan yang disampaikan, 2) akan dapat diselenggarakan pelayanan pencegahan penyakit dan dijamin kesinambungan pelayanan kesehatan, 3) apabila dibutuhkan pelayanan spesialis, maka pengaturannya akan lebih baik dan terarah, terutama ditengah-tengah kompleksitas pelayanan kesehatan yang ada saat ini. 4) akan dapat diselenggarakan pelayanan kesehatan yang terpadu sehingga penanganan satu masalah kesehatan tidak menimbulkan berbagai masalah kesehatan lainnya, 5) jika seluruh anggota keluarga ikut serta dalam pelayanan, maka segala keterangan tentang keluarga tersebut, baik keterangan kesehatan dan ataupun keterangan keadaan sosial dapat dimanfaatkan dalam menangani masalah kesehatan yang sedang dihadapi, 6) akan dapat diperhitungkan berbagai faktor yang mempengaruhi timbulnya penyakit, termasuk faktor sosial dan psikologis, 7) akan dapat diselenggarakan

penanganan kasus penyakit dengan tata cara yang lebih sederhana dan tidak begitu mahal dan karena itu akan meringankan biaya kesehatan, 8) akan dapat dicegah pemakaian peralatan kedokteran canggih yang memberatkan biaya kesehatan.

Chotimah dan Kusnanto⁶ dengan konsep dokter keluarga diharapkan dapat memberikan keuntungan kepada berbagai pihak, antara lain: 1) bagi peserta, pelayan kesehatan yang diterima lebih profesional, dengan pendekatan yang bersifat lebih kekeluargaan dan pribadi, 2) bagi penyelenggara (PT. Askes) terjadi efisiensi biaya, karena peran dokter keluarga melalui kegiatan promotif dan preventif melalui keluarga akan menurunkan angka kesakitan dan rujukan serta menekan biaya pelayanan, 3) bagi pemberi pelayanan (dokter keluarga) mendapat imbalan jasa tetap secara kapitasi dan dapat lebih mengembangkan diri secara profesional, 4) bagi penerima, maka pelayanan Puskesmas dapat lebih terarah kepada pelayanan kepada masyarakat di luar peserta askes, 5) memberikan kesempatan kepada dokter pasca PPT yang tidak tertampung di sektor pemerintahan untuk pelayanan dokter keluarga dalam rangka pendayagunaan tenaga kesehatan di sektor swasta.⁴

Menurut Affandi apabila dokter keluarga dapat diterapkan akan mendatangkan banyak manfaat: 1) terhadap pengorganisasian pelayanan: pelayanan kesehatan akan lebih terintegrasi, karena masyarakat tidak perlu mendatangi pelbagai fasilitas kesehatan yang berbeda-beda. Kalau dibutuhkan lebih lanjut, maka pelayanan tersebut diatur oleh dokter keluarga. Dalam keadaan yang seperti ini masyarakat tidak perlu lagi pindah dari satu fasilitas ke fasilitas kesehatan lainnya, tanpa jelas kegunaan dan indikasinya, 2) terhadap pengorganisasian pembiayaan: biaya berobat akan lebih murah. Bahkan dapat dihindari pengulangan pemeriksaan kesehatan yang sama,

tetapi juga dengan diterapkannya konsep dokter keluarga, akan dilakukan tindakan pencegahan penyakit, yang telah diketahui bersama biayanya jauh lebih murah dari pada tindakan pengobatan penyakit, 3) terhadap kualitas pelayanan: karena pendekatan dokter keluarga dilakukan secara menyeluruh dan lengkap, maka akan terbina hubungan antara dokter dan pasien yang lebih erat. Selanjutnya karena pemakaian fasilitas kesehatan rujukan mendapatkan pengaturan, maka dapat diharapkan meningkatnya pengetahuan dan ketrampilan dokter keluarga, akan memberikan kontribusi positif kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan.²⁷

6. Kedudukan dan Peranan Dokter Keluarga Dalam Sistem Kesehatan Nasional

Dari uraian tentang dokter keluarga sebagaimana dikemukakan di atas, maka kedudukan dan peranan pelayanan dokter keluarga memang bersifat unik. Sekalipun pelayanan dokter keluarga hanya merupakan keluaran dari subsistem pelayanan kesehatan, tetapi kedudukan dan perannya tidak hanya ditemukan pada subsistem pelayanan kesehatan saja, tetapi juga pada subsistem pembiayaan kesehatan.

Kedudukan dokter keluarga sebagai pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health care*), jika ditinjau dari subsistem pelayanan kesehatan, dokter keluarga mempunyai peranan yang amat besar dalam membantu terciptanya subsistem pelayanan kesehatan. Dengan diselenggarakannya pelayanan dokter keluarga, diharapkan terwujudnya suatu pelayanan kesehatan yang memenuhi syarat. Karena dengan adanya pelayanan dokter keluarga dapat menjanjikan tersedianya pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan (*safe and professional*), bersifat

wajar (*appropriate*), menyeluruh (*comprehensive*) dan berkesinambungan (*continuous*).

Hal yang sama juga dapat diperoleh jika ditinjau dari sudut subsistem pembiayaan kesehatan. Kedudukan dokter keluarga sebagai penyaring pelayanan kesehatan selanjutnya (*gate keeper*) maka perannya dipandang amat besar dalam membantu terciptanya subsistem pembiayaan kesehatan. Dengan diselenggarakannya pelayanan dokter keluarga, diharapkan akan terwujudnya sistem pembiayaan kesehatan yang memenuhi syarat. Karena penyelenggaraan pelayanan dokter keluarga dapat menjanjikan tersedianya pelayanan kesehatan yang lebih murah (*efficient*), dapat diterima (*acceptable*), selalu tersedia (*available*), serta terjangkau (*accessible*) oleh mereka yang membutuhkan.

Dengan kedudukan dan peran dokter keluarga yang demikian, maka jika pelayanan dokter keluarga berhasil dikembangkan akan berpengaruh besar dalam memantapkan sistem kesehatan nasional. Karena sesungguhnya apabila pelayanan dokter keluarga tersebut dapat diselenggarakan, dampaknya tidak hanya dapat memantapkan subsistem pelayanan kesehatan, tetapi sekaligus juga subsistem pembiayaan kesehatan.²⁹

E. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

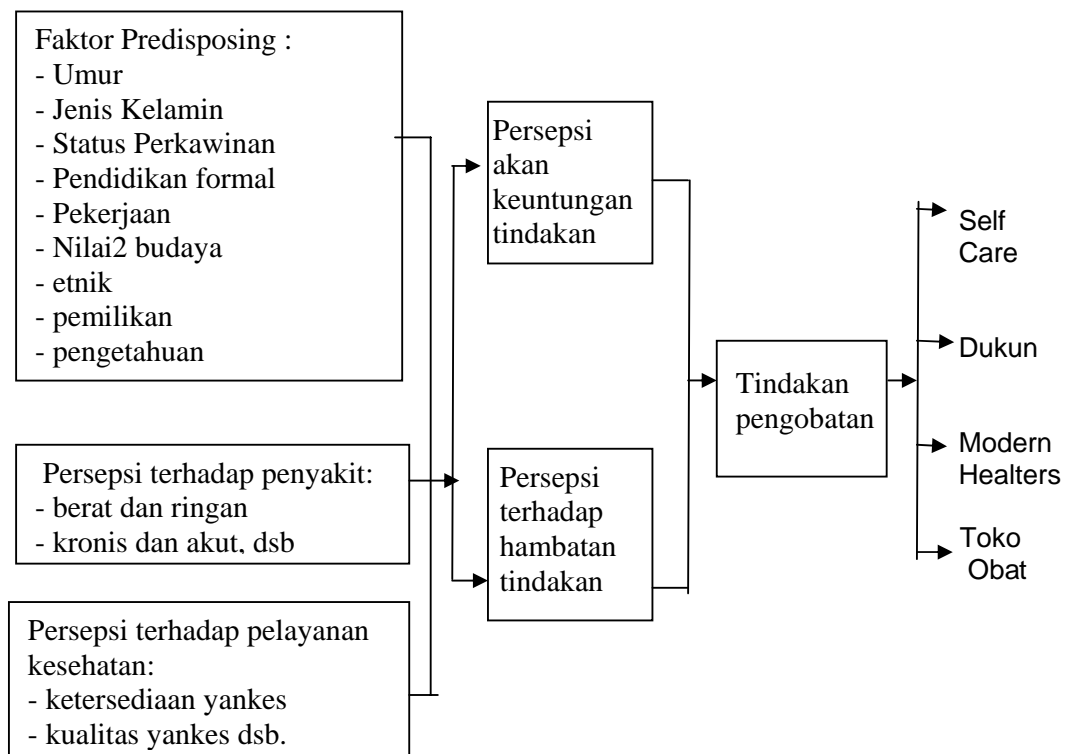
Rendahnya penggunaan pelayanan kesehatan pada sebagian penduduk menyebabkan para ahli kesehatan masyarakat maupun perilaku melakukan penelitian untuk mengetahui faktor apa yang berhubungan dengan hal tersebut. Menurut Kroeger menyebutkan bahwa seseorang dalam upaya mencari pengobatan bisa dipengaruhi beberapa faktor³⁰ yaitu :

1. Faktor *predisposing*, seperti umur, jenis kelamin, status perkawinan, etnik, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, interaksi sosial dan pembaharu.

2. Persepsi terhadap penyakit yang diderita seperti berat dan ringannya penyakit, sifat kronis dan akut penyakit, sebab-sebab penyakit yang diderita, serta psikosomatik dan somatik
3. Persepsi terhadap pelayanan kesehatan, seperti ketersediaan sarana pelayanan, pandangan dan sikap terhadap pelayanan tradisional, komunikasi serta persepsi terhadap kualitas pelayanan.

Skema pencarian pelayanan kesehatan dinegara berkembang menurut Kroeger tersebut dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 2.1. Skema Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Menurut Kroeger, 1983



F. Niat dan Faktor-faktor yang berpengaruh

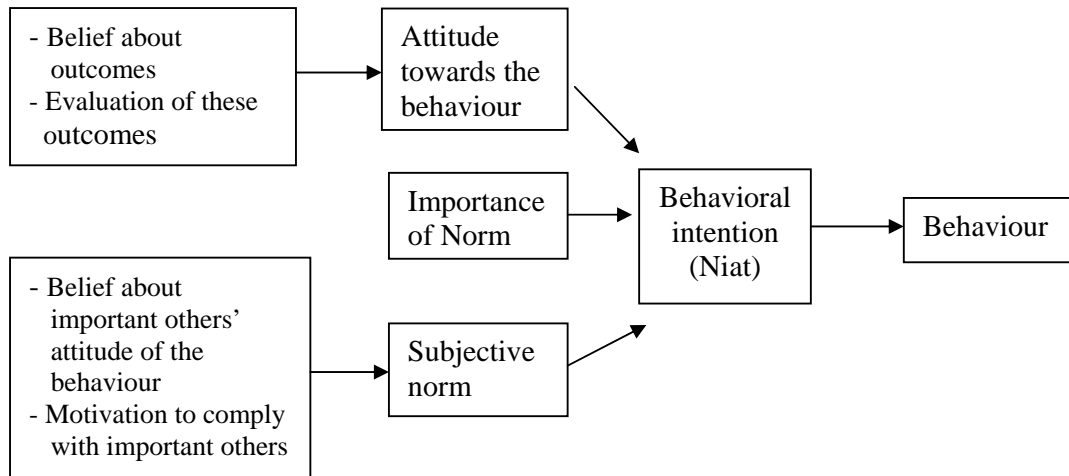
Niat (*intention*) merupakan satu perhatian yang berlangsung terus menerus yang memolakan perhatian tertentu, sehingga membuat dirinya menjadi selektif

terhadap objek perhatiannya. Niat juga diartikan sebagai satu keadaan motivasi atau set motivasi yang nantinya akan menentukan tingkah laku menuju satu arah (sasaran) tertentu.³¹ Niat akan tergambar dengan hasil analisis sikap dan norma subjektif terhadap objek tertentu.

Lebih lanjut, niat seseorang akan berkembang menjadi minat (*interest*). Minat merupakan kekuatan dari dalam dan tampak dari luar sebagai tindakan. Minat adalah sikap yang membuat orang senang akan objek tertentu.³² Dalam menjalankan fungsinya, minat berhubungan erat dengan pikiran dan perasaan. Menurut Gunarso dan Gunarso minat adalah sesuatu yang pribadi dan berhubungan erat dengan sikap.³³

Niat seseorang terhadap sesuatu biasanya tidak terjadi begitu saja, namun dipengaruhi oleh proses internal individu dan faktor eksternal. Menurut *theory of reasoned action* dari Fishbein dan Ajzen mengatakan niat dan perilaku konsumen dipengaruhi oleh faktor internal individual dan faktor eksternal lingkungan sosial.³⁴ Faktor internal individual meliputi keyakinan dan evaluasi tentang konsekuensi, tercermin dalam sikap seseorang, sedangkan faktor eksternal meliputi keyakinan normatif dan motivasi tercermin dari pengaruh orang lain terhadap perilaku atau keputusan yang diambilnya (norma subjektif). Jadi niat (*intention*) merupakan hasil proses internal pada diri seseorang yang dipengaruhi oleh sikap dan norma subjektif seseorang. Jadi terbentuknya niat seseorang menurut Fishben dan Ajzen dapat digambarkan sebagaimana dalam Gambar. 2.2.

**Gambar 2.2. Basics of the Theory of Reasoned Action
(Fishben & Ajzen, 1980)**



1. Sikap (*Attitude towards the behaviour*)

Sikap merupakan gabungan antara keyakinan dan evaluasi tentang konsekuensi atas keyakinan itu. Selanjutnya kedua hal tersebut akan membentuk sikap terhadap suatu perilaku.³⁴ Sedangkan Azwar mengatakan bahwa sikap seseorang terbentuk dari adanya interaksi sosial yang dialami oleh individu. Dalam interaksi sosial, individu bereaksi membentuk pola sikap tertentu terhadap berbagai objek psikologis yang dihadapinya.³⁵ Diantara fakta yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media masa, institusi/lembaga pendidikan, keagamaan dan faktor emosi seseorang.

Menurut Walgito³⁶ sikap adalah organisasi pendapat, keyakinan seseorang mengenai suatu objek atau situasi yang relatif ajeg, yang disertai adanya perasaan tertentu, dan memberikan dasar kepada orang tersebut untuk membuat respon atau berperilaku dalam cara tertentu yang dipilihnya. Sikap seseorang menjadi dasar kepada orang untuk membuat respon terhadap obyek yang bersangkutan. Respon diklasifikasikan dalam tiga macam, yaitu respon kognitif (respon pendapat dan pernyataan mengenai apa yang diyakini),

respon afektif (respon emosional atau perasaan), dan respon kecenderungan perilaku atau maksud untuk berperilaku (konotif) dalam suatu cara tertentu terhadap seseorang atau sesuatu.

2. Norma Subyektif (*Subject Norm*)

Norma subyektif merupakan produk dari keyakinan normatif seseorang dengan mempertimbangkan pendapat orang lain yang dianggap penting, sebaiknya melakukan atau tidak, ditambah adanya motivasi orang tersebut terhadap harapan-harapannya. Jadi norma subyektif seseorang sangat dipengaruhi oleh pendapat orang lain dan harapan pribadinya.

Norma subyektif merupakan gabungan dari (a) komponen *keyakinan normatif* yaitu keyakinan tentang pendapat orang lain atau *reference* yang dianggap penting untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu dalam hal ini memanfaatkan pelayanan pertama melalui dokter keluarga, dan (b) komponen *motivasi* yaitu dorongan dari dalam diri seorang PNS untuk menuruti pengaruh orang lain (*reference*) untuk melakukan tindakan tertentu³⁴ Orang-orang yang dianggap penting oleh dirinya antara lain saudara dekat (kakak/adik), teman sebaya, teman kantor, atasan, tetangga, dll. Dari penelitian Hadiningsih ditemukan bahwa pengalaman masa lalu dan norma subyektif memberikan sumbangan lebih besar terhadap minat konsumen dari pada sikap dalam menggunakan Rumah Sakit Husada Denpasar

G. Kerangka Teori

Dalam teori yang dikemukakan oleh Kroeger³⁰ dapat dilihat bahwa faktor predisposing seperti umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan formal, pekerjaan dan pengetahuan ikut mempengaruhi seseorang untuk memilih tempat pelayanan kesehatan. Sebelum terjadi pemilihan tempat pelayanan kesehatan,

tentu terjadi proses *behavioral intention* atau niat untuk berperilaku dalam diri seseorang. Oleh karena itu dalam penelitian ini, faktor-faktor tersebut selanjutnya digabungkan dengan Teori Tindakan Beralasan (*Reasoned Action*) yang dikemukakan oleh Fishben & Ajzen sehingga menjadi kerangka teori yang menjadi pijakan penelitian ini.

Jadi kerangka teori yang digunakan dalam “Analisis Faktor-faktor yang berhubungan dengan Niat PNS terhadap Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) melalui Dokter Keluarga di Dinas P dan K Propinsi Jawa Tengah Tahun 2006” adalah menggunakan *Theory of Reasoned Action* (TRA) oleh Ajzen dan Fishbein (1980)³⁴ dipadukan dengan teori yang dikemukakan oleh Kroeger³⁰, sehingga menjadi kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini.

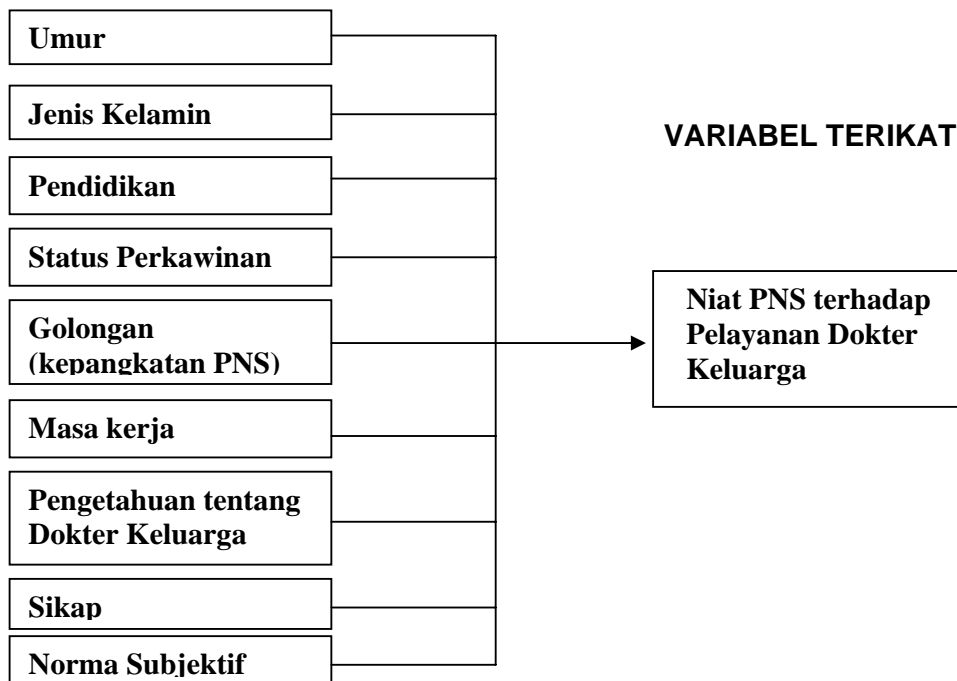
BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Dari kerangka teori yang telah dikemukakan dalam Bab II, oleh karena adanya keterbatasan-keterbatasan, maka kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagaimana skema berikut :

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

VARIABEL BEBAS



B. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep yang telah disusun , maka dapat diajukan hipotesis penelitian sebagai berikut:

1. Ada hubungan antara umur PNS dengan niat PNS terhadap pelayanan Dokter Keluarga.
2. Ada hubungan antara jenis kelamin PNS dengan niat PNS terhadap pelayanan Dokter Keluarga.
3. Ada hubungan antara pendidikan PNS dengan niat PNS terhadap pelayanan Dokter Keluarga.
4. Ada hubungan antara status perkawinan PNS dengan niat PNS terhadap pelayanan Dokter Keluarga.
5. Ada hubungan antara golongan (kepangkatan) PNS dengan niat PNS terhadap pelayanan Dokter Keluarga.
6. Ada hubungan antara masa kerja PNS dengan niat PNS terhadap pelayanan Dokter Keluarga.
7. Ada hubungan antara pengetahuan tentang Dokter Keluarga dan askes dengan niat PNS terhadap pelayanan Dokter Keluarga.
8. Ada hubungan antara sikap PNS dengan niat PNS terhadap pelayanan Dokter Keluarga.
9. Ada hubungan antara norma subjektif PNS dengan niat PNS terhadap Pelayanan Dokter Keluarga.

C. Variabel Penelitian

Dari kerangka konsep dapat dilihat bahwa faktor yang menjadi variabel bebas dan variabel terikat adalah sebagai berikut :

1. Variabel Bebas :
 - a. Umur
 - b. Jenis Kelamin
 - c. Pendidikan

- d. Status Perkawinan
 - e. Golongan (Kepangkatan PNS)
 - f. Masa Kerja
 - g. Pengetahuan tentang DK
 - h. Sikap
 - i. Norma Subjektif
2. Variabel Terikat :
- Niat PNS Dinas P dan K Propinsi Jawa Tengah terhadap pelayanan Dokter Keluarga.

D. Rancangan Penelitian

1. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian survey dengan jenis penelitian *explanatory* atau penelitian yang menyoroti hubungan antara variabel yang akan diteliti dengan menguji hipotesis yang telah ditetapkan.³⁷

2. Pendekatan Waktu Pengumpulan Data

Oleh karena penelitian ini ingin mengetahui kondisi saat ini dan yang sedang terjadi saat ini, maka pendekatan waktu yang digunakan untuk mengumpulkan data adalah *Cross Sectional* atau metode belah lintang, yang artinya data diambil secara bersamaan baik variabel bebas maupun variabel terikatnya. Dengan demikian akan diketahui kondisi saat ini baik kondisi variabel terikat maupun variabel bebasnya.³⁷

3. Metode Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini akan diambil data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui angket, yaitu daftar pertanyaan dan pernyataan yang digunakan untuk memperoleh data berupa jawaban penelitian. Data sekunder

diperoleh melalui data pada Dinas Kesehatan Kota Semarang, PT Askes KCU Kota Semarang, BKD Propinsi Jawa Tengah, dan Dinas P dan K Propinsi Jawa Tengah.

4. Populasi penelitian

Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian, sedang sampel adalah sebagian obyek yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti.³⁸ Populasi dalam penelitian adalah peserta askes wajib pada PT Askes KCU Semarang yang bekerja di lingkungan Dinas P dan K Propinsi Jawa Tengah, yang berjumlah lebih kurang 1.045 orang.³⁹

5. Prosedur Pemilihan Sampel dan Sampel Penelitian

Berdasarkan data dari BKD Provinsi Jawa Tengah dan data dari Subbag Kepegawaian Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah, jumlah karyawan Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah dan UPT berjumlah 1.045 orang. Karyawan yang menjadi sampel penelitian adalah yang berkantor di Jl. Pemuda 134 Semarang, berjumlah \pm 637 orang. Selanjutnya pengambilan sampel dilakukan dengan teknik **Cluster Random Sampling**, kemudian sampel diambil dengan cara undian pada tiap kelompok. Hal ini dilakukan karena Dinas P dan K Propinsi Jawa Tengah terdiri dari 7 (tujuh) Sub Dinas (Subdin) dan 1 (satu) Bagian . Jumlah karyawan pada masing-masing subdin/bagian tidak sama. Oleh karena itu pengambilan sampel secara *cluster*, dengan mempertimbangkan besarnya jumlah karyawan pada tiap subdin/bagian.

Adapun untuk menentukan responden pada tiap subdin/bagian adalah dengan cara undian, artinya setiap karyawan pada subdin/bagian tersebut mempunyai kesempatan yang sama untuk menjadi responden. Meskipun demikian dalam penelitian ini perlu adanya kriteria inklusi sampel penelitian, yaitu :

- a. PNS Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah yang berkantor di Jl Pemuda 134/136 Semarang
- b. Bukan tenaga honorer Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah
- c. Bersedia menjadi responden

Perhitungan besarnya sampel penelitian ini menggunakan rumus Rao⁴⁰ sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N.moe}$$

Keterangan :

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

moe (margin of error) = kesalahan maksimum yang ditolelir = 0,01

Jumlah PNS Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah yang berkantor di Jl. Pemuda 134/36 Semarang berjumlah 637 orang, sehingga jumlah populasi adalah 637. Dengan demikian jumlah sampel penelitian adalah :

$$\begin{aligned} n &= \frac{637}{1 + (637 \times 0,01)} \\ &= \frac{637}{7,37} \\ &= 86,43 \text{ orang} \end{aligned}$$

Dalam penelitian ini sampel yang akan diambil adalah 100 orang. Jumlah tersebut akan diambil dengan *Cluster Randon Sampling* dan dengan undian, sebagaimana dalam tabel 3.1

Tabel 3.1 Taksiran Proposional Sampel Penelitian

No.	Bagian/Subdin	Jumlah PNS	Jumlah Sampel
1.	Bagian Tata Usaha	140 orang	22 orang
2.	Subdin Renbang	75 orang	12 orang
3.	Subdin Pembinaan Dikdas	90 orang	14 orang
4.	Subdin Dikmen	70 orang	11 orang
5.	Subdin PLB	37 orang	6 orang
6.	Subdin PLSOR	78 orang	12 orang
7.	Subdin Kebudayaan	58 orang	9 orang
8.	Subdin PTKNK	89 orang	14 orang
	JUMLAH	637 orang	100 orang

6. Definisi Operasional Variabel Penelitian dan Skala Pengukuran

- a. **Umur**, adalah usia yang telah dicapai seorang PNS dalam hidupnya, Cara mengukur dengan menanyakan kepada responden usia sesuai KTP. Variabel ini diukur dengan skala ordinal, yang dibedakan dalam 3 kategori, yaitu kategori :
- 1) < 30 tahun
 - 2) 30 s.d. 45 tahun
 - 3) > 45 tahun
- b. **Jenis Kelamin**, adalah jenis kelamin PNS yaitu laki-laki dan perempuan. Variabel ini diukur dengan skala nominal, yaitu:
- 1) Laki-laki
 - 2). Perempuan
- c. **Pendidikan**, adalah pengalaman PNS mendapatkan pengetahuan secara formal di sekolah. Pada penelitian ini jenis pendidikan dengan skala ordinal yang dibedakan dalam 3 kategori, yaitu:

- 1) Rendah (SD,SLTP)
 - 2) Menengah (SLTA/SMA/SMK/MA)
 - 3) Tinggi (Diploma, D4/S1, dan S2).
- d. **Status perkawinan**, adalah status seseorang dalam keluarga yang terproses dalam ikatan pernikahan. Variabel ini diukur dengan skala nominal, yaitu :
- 1) Kawin/janda/duda
 - 2) Belum kawin
- e. **Golongan (keangkatan dalam PNS)**, adalah golongan ruang penggajian PNS terakhir yang dicapai responden saat pengumpulan data dilaksanakan. Golongan diukur dengan skala ordinal dalam 4 kategori, yaitu :
- 1). Golongan I
 - 2). Golongan II
 - 3). Golongan III
 - 4). Golongan IV
- f. **Masa kerja**, adalah jumlah tahun lama pegawai yang bersangkutan melaksanakan tugas dan dihitung sejak tanggal melaksanakan tugas sebagai CPNS sampai saat pengumpulan data. Variabel ini diukur dengan skala ordinal, dengan 3 kategori, yaitu:
- 1) < 10 tahun
 - 2) 10 s.d. 20 tahun
 - 3) > 20 tahun
- g. **Pengetahuan tentang dokter keluarga dan Asuransi Kesehatan**, adalah pengertian responden tentang dokter keluarga, tujuan, manfaat, model pelaksanaan Dokter Keluarga dan tentang Asuransi Kesehatan bagi PNS dalam pelaksanaan program dokter keluarga. Variabel pengetahuan diukur

dengan 7 buah pertanyaan/ Pernyataan dalam angket penelitian yang sudah diuji validitas dan reliabilitasnya. Selanjutnya jawaban akan dinilai dengan cara:

- nilai 2 untuk jawaban yang benar
- nilai 1 untuk jawaban yang salah.

Nilai jawaban responden selanjutnya akan dihitung dan dijumlahkan.

- h. **Sikap**, adalah kecenderungan perilaku seorang PNS untuk menilai sesuatu atau merupakan predisposisi terhadap pelayanan pertama melalui dokter keluarga yang ditawarkan. Sikap terdiri dari: (a) komponen keyakinan yang merupakan keyakinan, kepercayaan, persepsi yang diperoleh seseorang dengan pengalaman langsung atau komunikasi yang diterima dengan orang lain, dan (b) komponen evaluasi yang merupakan reaksi, emosi terhadap keyakinannya. Variabel *Sikap* diukur pernyataan/ pernyataan *favourable* dan *unfavourable*. Nilai pada pernyataan/pertanyaan *favourable* adalah Setuju (4), Agak Setuju (3), Agak Tidak Setuju (2), dan tidak Setuju (1); sedang nilai pada pertanyaan/pernyataan *unfavourable* Setuju (1), Agak Setuju (2), Agak Tidak Setuju (3) dan Tidak Setuju (4).

Alat ukur yang digunakan adalah angket yang terdiri dari 3 item pertanyaan tentang komponen keyakinan (nomor 1 s.d. 3) dan 6 item tentang evaluasi terhadap keyakinan tersebut (nomor 4 s.d. 9). Nilai jawaban responden merupakan penjumlahan dari nilai masing-masing item

- i. **Norma subjektif**, merupakan pengaruh pendapat orang lain yang mendorong PNS mempunyai niat atau tidak pada pelayanan tingkat pertama melalui dokter keluarga. Norma subjektif ini terdiri dari (a) komponen keyakinan normatif yaitu keyakinan tentang pendapat orang lain (sebagai referensi), yang berpendapat bahwa sebaiknya atau tidak sebaiknya PNS

memanfaatkan dokter keluarga, dan (b) komponen motivasi yaitu dorongan dari dalam diri seorang PNS untuk menuruti pengaruh orang lain (*reference*) untuk memanfaatkan dokter keluarga. Nilai pada pernyataan/pertanyaan *favourable* adalah Setuju (4), Agak Setuju (3), Agak Tidak Setuju (2), dan tidak Setuju (1); sedang nilai pada pertanyaan/pernyataan *unfavourable* Setuju (1), Agak Setuju (2), Agak Tidak Setuju (3) dan Tidak Setuju (4).

Alat ukur yang digunakan untuk mengukur norma subyektif adalah angket yang terdiri dari 5 item komponen keyakinan normatif dan 5 item komponen motivasi pribadi. Nilai jawaban responden selanjutnya akan dihitung dan dijumlahkan.

- j. ***Niat terhadap pelayanan dokter keluarga*** adalah kecenderungan PNS Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah yang mempunyai niat atau tidak mempunyai niat terhadap pelayanan tingkat pertama melalui dokter keluarga. Nilai pada pernyataan/pertanyaan *favourable* adalah Setuju (4), Agak Setuju (3), Agak Tidak Setuju (2), dan tidak Setuju (1); sedang nilai pada pertanyaan/pernyataan *unfavourable* Setuju (1), Agak Setuju (2), Agak Tidak Setuju (3) dan Tidak Setuju (4).

Alat ukur yang digunakan adalah angket yang terdiri dari 7 item. Nilai jawaban responden selanjutnya akan dihitung dan dijumlahkan.

7. Instrumen Penelitian

Bahan atau peralatan yang dipergunakan untuk penelitian adalah lembar angket yang berisi pertanyaan/pernyataan yang berhubungan dengan variabel penelitian yang harus dijawab oleh responden. Adapun bentuk pernyataan dalam angket adalah tertutup, artinya jawaban atau isian telah dibatasi atau ditentukan, sehingga responden tidak dapat memberikan respon

seluas-luasnya. Data penelitian dikumpulkan menggunakan angket⁴¹ dengan asumsi bahwa :

- a. Subyek adalah yang paling tahu tentang dirinya sendiri.
- b. Apa yang dinyatakan oleh subyek adalah benar dan dapat dipercaya.
- c. Interpretasi subyek tentang pernyataan-pernyataan yang diajukan kepadanya adalah sama dengan apa yang dimaksud oleh peneliti.

Angket yang digunakan terbagi dalam 5 bagian, yaitu :

- a. *Angket identitas responden*, yaitu untuk mengetahui karakteristik responden.
- b. *Angket variabel pengetahuan*, yaitu angket pengetahuan responden tentang dokter keluarga dan asuransi kesehatan. Variabel pengetahuan diungkap dengan 7 item pertanyaan/pernyataan.
- c. *Angket variabel sikap*, merupakan pernyataan yang diharapkan mampu mengungkapkan sikap responden tentang niatnya terhadap pelayanan dokter keluarga, yaitu melalui komponen keyakinan responden dan komponen evaluasi. Angket sikap terdiri dari 3 item komponen keyakinan dan 6 item evaluasi.
- d. *Angket variabel norma subjektif*, merupakan pernyataan yang diharapkan mampu mengungkap norma subjektif responden tentang niatnya terhadap pelayanan dokter keluarga, yaitu melalui komponen keyakinan normatif, dan komponen motivasi responden berdasarkan harapan *reference*. Angket ini terdiri dari 5 item keyakinan normatif, dan 5 item motivasi.
- e. *Angket variabel niat* merupakan pertanyaan yang diharapkan mampu mengungkap secara langsung niat responden terhadap pelayanan tingkat pertama melalui dokter keluarga. Variabel pengetahuan diungkap dengan 7 item pertanyaan/pernyataan.

Sebelum digunakan untuk penelitian yang sebenarnya, angket yang telah disusun akan diuji validitas dan reliabilitasnya.⁴¹ Pada penelitian ini data untuk uji validitas dan reliabilitas diambil dari 25 orang PNS yang bekerja di Badan Kepegawaian Daerah (BKD) Provinsi Jawa Tengah.

8. Jalannya Penelitian

Untuk mendapatkan data primer penelitian ini, peneliti melakukan langkah-langkah sebagai berikut.

- a. **Tahap persiapan.** Pada tahap ini, peneliti menyusun item-item kuesioner kemudian diujicobakan pada PNS di Badan Kepegawaian Daerah (BKD) Provinsi Jawa Tengah. Selanjutnya data hasil uji coba diuji validitas dan reliabilitasnya. Setelah mendapatkan kuesioner yang item-itemnya valid dan reliabel, peneliti mengajukan permohonan ijin kepada Kepala Dinas Pendidikan dan Kebudayaan Provinsi Jawa Tengah, untuk melakukan pengambilan data kepada PNS di lingkungan Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah
- b. **Tahap pelaksanaan,** yaitu tahap pengumpulan data, peneliti dibantu oleh 8 orang petugas untuk membantu menyebarkan kuesioner kepada responden pada masing-masing-masing kelompok. Sebelum mengisi kuesioner, petugas menjelaskan maksud dan tujuan penelitian. Hal ini dimaksudkan agar responden benar-benar memahami dan mengisi sesuai keadaan dan kondisi responden saat ini, Selanjutnya pengisian kuesioner dilakukan di kantor, diberi waktu 3 hari.
- c. **Tahap pengolahan data** dimulai dengan memeriksa ulang kuesioner yang telah diisi dan telah dikumpulkan petugas, kemudian dilakukan pengkodean atau penskoran untuk masing-masing responden. Selanjutnya data yang

telah terkumpul diolah dengan menggunakan bantuan komputer untuk memperoleh diskripsi masing-masing variabel dan analisis hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat.

9. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

a. Pengolahan Data

1) Editing

Dilakukan koreksi data bersamaan dengan pengambilan data dari responden setelah pengisian kuesioner.

2) Coding

Pengkodean dilakukan pada kuesioner untuk memudahkan pengumpulan dan pengelompokan data.

3). Tabulasi

Tabulasi dari data yang terkumpul, disusun berdasarkan variabel yang diteliti. Tabulasi yang dilakukan adalah tabulasi untuk melihat frekuensi masing-masing variabel dan tabulasi silang untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat .

4). Penyajian Data

Penyajian data dengan menggunakan tabel-tabel.

b. Analisis Data

1) Analisis univariat

yaitu analisis untuk dapat menyajikan data semua variabel penelitian baik variabel bebas maupun variabel terikat, sehingga dapat diketahui gambaran umum variabel-variabel yang ada. Dalam penelitian ini data disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi.

2) Analisis bivariat

yaitu mendeskripsikan hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Analisis pada penelitian ini dilakukan dengan dua cara, yaitu analisis tabel silang dan analisis statistik.

a. Analisis Tabel Silang

yaitu untuk melihat secara diskriptif bagaimana distribusi kedua variabel tersebut terletak dalam sel yang ada.⁴² Atau dapat dikatakan sebagai analisis baris kolom.

b. Analisis Statistik

Analisis statistik atau analitik dilakukan terhadap variabel umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pangkat/golongan dan masa kerja menggunakan Uji Chi-Square, dengan ketentuan dan syarat-syarat penggunaan Uji *Chi-Square* :

a). *Chi-Square* dapat digunakan pada tabel kontingensi lebih dari 2×2 , jika frekuensi harapan kurang dari 5 dan tidak lebih dari 20 % dan tidak ada sel yang memiliki frekuensi harapan < 1 .

b) Untuk tabel 2×2 dengan $n > 40$ disarankan menggunakan *Yates Correction* tanpa harus melihat frekuensi harapan. Untuk n antara 20 – 40 , seluruh frekuensi harapan harus 6 atau lebih. Jika ada nilai frekuensi harapan < 5 , maka digunakan “uji Fisher’s Exact”

Sedang analisis statistik hubungan antara variabel bebas pengetahuan, sikap dan norma terhadap variabel terikat “niat” menggunakan Uji Korelasi Product Moment atau Uji Korelasi Rank Spearman. Analisis dilakukan dengan melihat total skor masing-masing variabel. Untuk menentukan uji korelasi yang akan dilakukan, maka masing-masing variabel bebas dan variabel terikat harus diuji

normalitasnya.⁴³ Uji Normalitas dimaksudkan untuk mengetahui apakah suatu data terdistribusi dengan normal. Untuk menguji normalitas data dapat dilakukan dengan Uji Kolmogorof-Smirnov.⁴⁴ Langkah pertama adalah dengan membuat hipotesis pengujian, yaitu:

Ho : data terdistribusi normal

Ha : data tidak terdistribusi normal.

Perhitungan dilakukan dengan komputer. Jika nilai Kolmogorof-Smirnov (p-value) < 0.05 , Ho ditolak, maka data tidak terdistribusi normal. Demikian sebaliknya jika p-value > 0.05 , Ho diterima, maka data terdistribusi dengan normal.

E. Jadwal Penelitian

Jadwal yang direncanakan untuk melaksanakan penelitian “Analisis Faktor-faktor yang mempengaruhi Niat PNS terhadap Pelayanan Tingkat Pertama melalui Dokter Keluarga di Dinas Pendidikan dan Kebudayaan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006” adalah

Tabel 3.4. Rencana dan Jadwal Penelitian

No.	Kegiatan	Tahun 2006					
		Mart	Aprl	Mei	Juni	Juli	Agust
1.	Penyusunan Proposal Penelitian	xxx					
2.	Seminar Proposal		Xxx				
3.	Revisi Seminar Proposal			xxx			
4.	Ujicoba kuesioner				xxx		
5.	Revisi kuesioner				xxx		
6.	Pengumpulan data				xxx		
7.	Pengolahan data					xxx	

8.	Penulisan hasil penelitian					xxx	
9.	Seminar hasil penelitian						xxx
10.	Revisi hasil penelitian						xxx
11.	Ujian Tesis						xxx
12.	Revisi ujian tesis						xxx

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah

Berdasar Peraturan Daerah Propinsi Jawa Tengah Nomor 7 Tahun 2001 tentang Pembentukan, Kedudukan, Tugas pokok, Fungsi dan Sususnan Organisasi Dinas-Dinas di Jawa Tengah, maka Dinas Pendidikan dan Kebudayaan (Dinas P dan K) Provinsi Jawa Tengah memiliki kedudukan sebagai unsur pelaksana Pemerintah Daerah di Bidang Pendidikan dan Kebudayaan yang dipimpin oleh seorang Kepala Dinas, yang berada di bawah dan langsung bertanggungjawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.⁴⁵

Struktur organisasi Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah dipimpin oleh seorang Kepala Dinas, dibantu seorang Wakil Kepala Dinas, serta terdiri dari 7 Sub Dinas dan 1 Sub Bagian yang dipimpin oleh seorang Kepala Sub Dinas/ Sub Bagian. Disamping itu, dalam pelaksanaan teknis operasional Dinas P dan K dibantu oleh 5 (lima) UPTD (Unit Pelaksana Teknis Daerah) dan Kelompok Jabatan Fungsional, yang berada dibawah tanggungjawab Dinas P dan K. Lokasi perkantoran UPT terpisah dengan lokasi perkantoran Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah.

Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah terletak di Jl. Pemuda 134/136 Semarang, sedang UPTD Museum Ronggo Warsito di Kalibanteng Semarang, UPTD BLPT (Balai Latihan Pendidikan Teknis) di Jl. Brotojoyo Semarang, UPTD Balai TKPS di Jl Ngalian Semarang, UPTD Taman Budaya Surakarta di Surakarta, serta UPTD SLB/PLB di Pemalang, Semarang dan Surakarta, Sedang Kelompok Jabatan Fungsional berada di masing-masing UPTD.

Jumlah pegawai Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah menurut buku Profil Kepegawaian Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2004, tercatat berjumlah

1.045 orang, sebagian besar pegawainya berkantor di Jl. Pemuda 134/136 Semarang yaitu 637 orang, selebihnya tersebar di UPTD-UPTD.³⁹ Secara umum gambaran PNS Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah adalah sebagai berikut :

1. Jumlah pegawai berdasarkan lokasi kantor

Tabel 4.1. Jumlah PNS Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah berdasarkan lokasi kantor Tahun 2004

No.	Lokasi Kantor	Jumlah	%
1	Jl. Pemuda 134/136	637	60,95
2.	UPTD Museum RW	66	6,32
3	UPTD BTKPS Smg	26	2,49
4	UPTD BLPT Smg	134	12,82
5.	UPTD TB Surakarta	52	4,97
6.	UPTD PLS/SLB	72	6,89
7	Pengawas SLTP/SLTA	58	5,56
	Jumlah	1.045	100,00

Sumber : ³⁹

Dari Tabel 4.1. dapat diketahui bahwa jumlah PNS terbesar berada di Jl. Pemuda 134/136, yaitu 637 orang (60,95%). Oleh karena itu, sampel penelitian diambil dari PNS yang berkenator di Jl. Pemuda 134/136 Semarang.

2. Jumlah pegawai berdasarkan Jenis Kelamin.

Tabel 4.2. Jumlah PNS Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah berdasarkan Jenis Kelamin Tahun 2004

No.	Jenis Kelamin	Jumlah	%
1	Laki-laki	710	67.94
2.	Perempuan	335	32,06
	Jumlah	1.045	100,00

Sumber : ³⁹

Dari Tabel 4.2. dapat diketahui bahwa jumlah pegawai laki-laki Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah dua kali lebih banyak dari pada pegawai perempuan.

3. Jumlah Pegawai berdasarkan Usia

Tabel 4.3. Jumlah PNS Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah berdasarkan Kelompok Umur Tahun 2004

No.	Kelompok umur	Jumlah	%
1	< 30 tahun	5	0,48
2.	30 s.d. 45 tahun	572	54,74
3	> 45 tahun	468	44,78
	Jumlah	1.045	100,00

Sumber :³⁹

Dari Tabel 4.3. dapat diketahui bahwa pegawai yang terbanyak adalah berusia antara 30 s.d. 45 tahun yaitu 54,74 %. Pegawai termuda berusia 28 tahun 6 bulan, tertua 55 tahun 11 bulan.

4. Jumlah Pegawai berdasarkan golongan penggajian

Tabel 4.4. Jumlah PNS Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah berdasarkan Golongan/Kepangkatan PNS Tahun 2004

No.	Golongan Penggajian	Jumlah	%
1	Golongan I	27	3 %
2.	Golongan II	257	25 %
3	Golongan III	599	56 %
4.	Golongan IV	162	16 %
	Jumlah	1.045	100 %

Sumber :³⁹

Dari tabel 4.4. dapat diketahui bahwa golongan pegawai yang terbanyak adalah Golongan III yaitu 599 orang (56 %).

5. Jumlah pegawai berdasarkan masa kerja

Tabel 4.5. Jumlah PNS Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah berdasarkan Lama Masa Kerja Tahun 2004

No.	Masa Kerja	Jumlah	%
1	<10 tahun	150	14,35
2.	10-20 tahun	621	59,43
3	> 20 tahun	274	26,22
	Jumlah	1.045	100

Sumber :³⁹

Dari Tabel 4.5. diketahui bahwa masa kerja PNS sebagian besar adalah 10 s.d. 20 tahun yaitu 621 orang (59,43 %). Sedang lama masa kerja pegawai paling sedikit adalah 3 tahun 11 bulan, yang terlama adalah 37 tahun 02 bulan.

6. Jumlah pegawai berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 4.6. Jumlah PNS Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah berdasarkan Tingkat Pendidikan

No.	Tingkat Pendidikan	Jumlah	Prosentase
1	SD	24	3,77 %
2	SMP	20	3,14
3.	SLTA	288	45,4
4	Diploma	43	6,75
5.	S1	219	34,38
6.	S2	43	6,75
	Jumlah	637	100 %

Sumber : ³⁹

Dari Tabel 4.6. dapat diketahui bahwa sebagian besar pegawai adalah berpendidikan SLTA (45,4 %) kemudian berpendidikan S1 (34,38 %).

B. Gambaran Umum Pelaksanaan Dokter Keluarga di Kota Semarang

Pelayanan Kesehatan melalui Program Dokter Keluarga adalah Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama melalui Dokter Keluarga yang telah dicanangkan oleh PT Askes Indonesia dengan dikeluarkannya Surat Keputusan Direksi PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia Nomor 123/KEP/0603, tanggal 17 Juni 2003.⁸ Pelaksanaan program ini tidak dilaksanakan secara serentak di seluruh Indonesia, namun secara bertahap dimulai dari daerah perkotaan terlebih dahulu. Kota Semarang termasuk sasaran pelaksanaan program, sehingga pada bulan Mei 2004 program Dokter Keluarga mulai dilaksanakan di Semarang.

Pada awal pelaksanaan program, dokter keluarga yang menyediakan diri sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) kurang dari 20 orang, sedang pada

bulan Desember 2005 telah terdaftar 24 orang dokter yang tempat prakteknya menyebar hampir di setiap perumahan atau kecamatan di Semarang. Model pelayanan Dokter Keluarga di Kota Semarang sebagian besar adalah model dokter praktek pribadi, namun demikian ada beberapa yang bergabung dalam Klinik 24 jam, Dokter Praktek Bersama, maupun dokter keluarga yang berpraktek di instansi-instansi pemerintah.

Tersebaranya tempat praktek dokter keluarga di beberapa lokasi dan penjuru kota, sebenarnya adalah salah satu strategi untuk mendekatkan dokter dengan pasien atau peserta askes PNS dan keluarganya. Namun demikian peserta Askes yang ke dokter keluarga masih belum menggembirakan.

Peserta askes dari tahun ke tahun mengalami perkembangan, demikian juga dengan peserta askes yang memilih dokter keluarga mengalami peningkatan. Namun demikian peserta askes yang beralih ke dokter keluarga belum sesuai dengan target yang diharapkan oleh P T Askes selaku penyelenggara program.

C. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

a. Hasil Uji Validitas

Uji validitas dimaksudkan untuk mengukur sah tidaknya atau valid tidaknya suatu kuesioner. Suatu angket dikatakan valid atau sah jika pertanyaan pada angket mampu mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh angket tersebut. Jadi uji validitas tes untuk mengukur apakah pertanyaan dalam angket yang disusun betul-betul dapat mengukur apa yang hendak diukur.

Pengukuran validitas diperlukan adanya suatu kriteria sebagai alat pembanding. Ada dua jenis kriterium yang digunakan untuk menguji kejituan alat pengukur, yaitu kriterium dalam dan kriterium luar. Yang dimaksud kriterium luar adalah kriterium yang diambil dari luar alat itu, sedang kriterium

dalam adalah kriterium yang diambil dari hasil keseluruhan pengukuran atau total skor ⁴¹

Dalam penelitian ini digunakan kriterium dalam dengan cara mengkorelasikan skor masing-masing item dengan skor totalnya. Skor total adalah nilai yang diperoleh dari penjumlahan semua skor item. Bila ada korelasi yang signifikan antara skor item dengan skor total ($p < 0,05$), maka dapat dikatakan bahwa item alat ukur itu tersebut memiliki validitas. Teknik korelasi yang digunakan adalah teknik *product moment* (r_{rx}) dari Pearson dengan menggunakan bantuan komputer. Hasil uji validitas dapat dilihat pada tabel 4.7 sedang hasil selengkapnya sebagaimana dalam lampiran.

Tabel 4.7. Hasil Uji Validitas Angket Pengetahuan

NO	Pertanyaan/Pernyataan	r_{xy}	pvalue	KET.
1	DOKTER KELUARGA adalah dokter umum yang menyelenggarakan upaya pemeliharaan kesehatan melalui Rawat Jalan Tingkat Pertama.	0,598	0,002	Valid
2	Pelayanan yang diberikan melalui DOKTER KELUARGA antara lain memberikan penyuluhan kesehatan (pelayanan promotif).	0,593	0.002	Valid
3	DOKTER KELUARGA juga memberikan pelayanan tindakan medis berat.	0,388	0,050	Valid
4	Tujuan pelayanan Dokter Keluarga adalah pelayanan kesehatan yang lebih efektif.	0	0	Tidak valid
5	Puskesmas biasa, bisa menjadi tempat praktek DOKTER KELUARGA.	0,450	0,024	Valid
6	<i>Idealnya</i> Pelayanan DOKTER KELUARGA buka selama 24 jam.	-0,031	0,882	Tidak valid
7	DOKTER KELUARGA dapat menekan biaya kesehatan, karena memberi resep sesuai DPHO (Daftar Patokan Harga Obat	0,170	0,417	Tidak valid
8	Salah satu keuntungan pelayanan DOKTER KELUARGA adalah pelayanan dokter spesialis.	0,484	0,14	Valid
9	DOKTER KELUARGA dapat dijadikan mitra keluarga dalam memelihara kesehatan keluarga.	0,723	0,001	Valid
10	Setiap peserta (PNS dan keluarganya) berhak mendapatkan pelayanan DOKTER KELUARGA	0,756	0,001	Valid
11	Peserta Askes yang akan pindah ke DOKTER KELUARGA tidak harus mengganti kartu anggota Askes	0,145	0,489	Tidak valid
12	Dalam asuransi kesehatan, resiko biaya sepenuhnya menjadi tanggungan perusahaan asuransi (PT Askes)	0,298	0,148	Tidak valid

Dari Tabel 4.7. diketahui bahwa dari 12 item pada kuesioner pengetahuan ada 7 item pertanyaan/ pernyataan yang valid yang nantinya akan digunakan dalam penelitian ini, yaitu item nomor 1,2,3,5,8,9,dan 10.

Tabel 4.8. Hasil Uji Validitas Angket Sikap

NO	PERTANYAAN/ PERNYATAAN	r_{xy}	p_{value}	KET.
1	Saya yakin bahwa bila berobat Rawat Jalan Tingkat Pertama di DOKTER KELUARGA, maka akan dilayani dengan baik.	0,587	0,002	Valid
2	Saya yakin bahwa DOKTER KELUARGA akan memberikan pelayanan tindakan medis berat.	0,358	0,079	Tidak valid
3	Saya yakin bahwa Dokter Keluarga akan memberikan pelayanan kesehatan yang lebih profesional	0,269	0,193	Tidak valid
4	Saya yakin bahwa DOKTER KELUARGA dapat dijadikan mitra keluarga dalam memelihara kesehatan keluarga.	0,249	0.230	Tidak valid
5	Saya yakin bahwa DOKTER KELUARGA dapat menekan biaya pengobatan, karena memberi resep sesuai DPHO (Daftar Patokan Harga Obat)	0,404	0,045	Valid
6	Saya yakin proses beralih ke Dokter Keluarga itu mudah.	0,616	0,001	Valid
7	Bahwa DOKTER KELUARGA akan memberikan pengobatan Rawat Jalan Tingkat Pertama dengan baik, adalah :	0,751	0,001	Valid
8	Bahwa DOKTER KELUARGA juga akan memberikan pelayanan tindakan medis berat, adalah :	0,581	0,002	Valid
9	Bahwa Dokter Keluarga akan memberikan pelayanan kesehatan yang lebih profesional, adalah :	0.422	0.035	Valid
10	Bahwa DOKTER KELUARGA dapat dijadikan mitra keluarga dalam memelihara kesehatan keluarga dimasa depan, adalah :	0,612	0,001	Valid
11	Bahwa DOKTER KELUARGA dapat menekan biaya pengobatan, karena memberi resep sesuai DPHO (Daftar Patokan Harga Obat)	0,473	0,017	Valid
12	Bahwa proses beralih ke Dokter Keluarga itu mudah.	0,726	0,001	Valid

Dari Tabel 4.8. diketahui bahwa dari 12 item pertanyaan/pernyataan pada kuesioner "Sikap" diperoleh 9 item yang valid yang akan digunakan dalam penelitian ini, yaitu nomor 1,5, 6,7,8,9,10,11,dan 12.

Tabel 4.9. Hasil Uji Validitas Angket Norma Subyektif

NO	PERTANYAAN/ PERNYATAAN	r_{xy}	p_{value}	KET.
1	Saya yakin bahwa bila saya sakit, anggota keluarga saya (kakak/adik) akan menyarankan untuk berobat ke dokter keluarga.	0,688	0,004	Valid
2	Saya yakin bahwa bila saya sakit, maka saudara saya (paman/bibi/keponakan) akan menyarankan untuk berobat ke dokter keluarga.	0,549	0,004	Valid
3	Saya yakin bahwa bila saya sakit, maka teman terdekat saya (teman sekantor /teman bisnis/teman bermain) akan menyarankan untuk berobat ke dokter keluarga.	0,708	0,001	Valid
4	Saya yakin bahwa bila saya sakit, tetangga terdekat saya akan menyarankan untuk berobat ke dokter keluarga.	0,636	0,001	Valid
5	Saya yakin bahwa bila saya sakit, maka atasan saya di tempat saya bekerja akan menyarankan untuk berobat ke dokter keluarga	0,673	0,001	Valid
6	Menurut saran anggota keluarga saya (kakak/adik), bila saya memerlukan jasa dokter untuk berobat sebaiknya ke dokter keluarga, maka saya akan	0,699	0,001	Valid
7	Menurut saran saudara saya (paman/bibi/keponakan) bila saya memerlukan jasa dokter untuk berobat sebaiknya ke dokter keluarga, maka saya akan:	0,532	0,006	Valid
8	Menurut saran teman dekat saya (teman sekantor/teman bisnis/ teman bermain) bila saya memerlukan jasa dokter untuk berobat sebaiknya ke dokter keluarga, maka saya akan:	0,757	0,001	Valid
9	Menurut saran tetangga terdekat saya, bila saya memerlukan jasa dokter untuk berobat sebaiknya ke dokter keluarga, maka saya akan :	0,586	0,002	Valid
10	Menurut saran atasan saya di tempat saya bekerja bila saya memerlukan jasa dokter untuk berobat sebaiknya ke dokter keluarga, maka saya akan:	0,797	0,001	Valid

Dari Tabel 4.9 dapat dilihat bahwa semua item pernyataan/pertanyaan pada kuesioner “Norma Subyektif” adalah valid, sehingga semua item akan digunakan dalam penelitian ini.

Tabel 4.10. Hasil Uji Validitas Angket Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga

NO	PERTANYAAN/ PERNYATAAN	r_{xy}	p_{value}	KET.
1	Bila saya sakit dan membutuhkan jasa dokter, maka saya akan pergi ke dokter keluarga	0,292	0,157	Tidak valid
2	Bila saya sakit dan membutuhkan jasa dokter, maka saya akan ke dokter keluarga, meskipun harus mengeluarkan biaya tambahan selain yang ditanggung oleh asuransi kesehatan sebagai biaya.	0,735	0,001	Valid
3.	Bila saya atau keluarga saya sakit, saya akan memilih Dokter Keluarga, meskipun jam buka Dokter Keluarga belum 24 jam.	0,873	0,001	Valid

Lanjutan Tabel. 4.10

4.	Bila saya atau keluarga saya sakit, saya akan memilih Dokter Keluarga, meskipun harus menunggu antrian banyak.	0,717	0,001	Valid
5.	Saat ini saya belum memilih dokter keluarga, maka saya akan segera mengurus kartu Askes peralihan ke dokter keluarga.	0,516	0,008	Valid
6.	Saya akan memilih Dokter Keluarga, meskipun harus ganti kartu anggota.	0,791	0,001	Valid
7.	Bila saya atau keluarga saya sakit, saya akan memilih Dokter Keluarga pilihan saya, meskipun jaraknya agak jauh.	0,741	0,001	Valid
8.	Bila saya atau keluarga saya sakit, saya akan memilih Dokter Keluarga, meskipun Dokter Keluarga memberi pelayanan sore hari.	0,715	0,001	Valid

Tabel 4.10 menunjukkan bahwa dari 8 item pertanyaan/ Pernyataan "niat", 7 item adalah valid. Jadi hanya 1 item yang tidak valid yaitu item nomor 1, sehingga item nomor 1 tidak digunakan dalam penelitian ini.

b. Hasil Uji Reliabilitas

Sedang uji reliabilitas dimaksudkan untuk mengukur seberapa jauh responden memberikan jawaban yang konsisten terhadap kuesioner yang diberikan. Suatu kuesioner dikatakan reliabel atau handal jika jawaban seseorang terhadap pertanyaan adalah konsisten atau stabil bila dilakukan pengukuran kembali pada subyek yang sama²¹. Dalam penelitian ini uji reliabilitas yang digunakan adalah *Alpha Cronbach* dengan bantuan komputer. Untuk menghitung nilai alpha diperoleh lewat penyajian yang dikenakan hanya sekali saja pada kelompok responden (*single trial administration*). Alat ukur dikatakan mempunyai konsistensi internal yang baik (reliabel) jika alpha berkisar antara 0,60 - 0,95.¹²

Hasil uji reliabilitas dapat dilihat pada tabel 4.11, sedang hasil selengkapnya sebagaimana dalam lampiran.

Tabel 4.11. Hasil Uji Reliabilitas Angket Penelitian dengan Cronbach Alpha

Aspek Variabel	Jumlah Item	Alpha (α)	Status
Pengetahuan	7	0.6705	Reliabel
Sikap	9	0.7564	Reliabel
Norma Subyektif	10	0.8513	Reliabel
Niat	7	0.8482	Reliabel

D. Hasil Uji Normalitas

Uji Normalitas dimaksudkan untuk mengetahui apakah suatu data terdistribusi dengan normal. Untuk menguji normalitas data dapat dilakukan dengan Uji Kolmogorof-Sirnov⁴⁴ yaitu dengan membuat hipotesis pengujian, yaitu :

Ho : data terdistribusi normal

Ha : data tidak terdistribusi normal.

Perhitungan dapat dilakukan dengan komputer. Jika nilai Kolmogorof-Smirnov (p-value) < 0.05, hal ini berarti Ho ditolak. Jadi data tidak terdistribusi normal. Demikian sebaiknya jika p-value > 0.05, Ho diterima. Jadi data terdistribusi dengan normal. Adapun hasil uji normalitas data pada penelitian ini adalah sebagaimana dalam Tabel 4.12.

Tabel 4.12. Hasil Uji Normalitas Data dengan Kolmogorov-Smirnov

N0.	Data	P value	Status
1	Pengetahuan	0.300	Tidak Normal
2	Sikap	0.680	Normal
3	Norma Subyektif	0.002	Tidak Normal
4	Niat	0.155	Normal

E. Analisis Univariat

Analisis univariat dipakai untuk mengetahui gambaran karakteristik responden, pengetahuan, sikap, norma subyektif dan niat responden.

1. Gambaran Karakteristik Responden

a. Umur Responden

Tabel 4.13. Distribusi Frekuensi Responden menurut Umur di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

No	Kategori Umur	f	%
1	< 30 tahun	2	2,0
2	30 s.d. 45 tahun	43	43,0
3	> 45 tahun	55	55,0
	TOTAL	100	100,0

Dari Tabel 4.13, dapat diketahui bahwa dari 100 orang reponden, paling banyak berusia 45 tahun ke atas yaitu sebanyak 55 %, dan responden yang paling sedikit adalah berusia kurang dari 30 tahun yaitu sebanyak 2 %

Umur responden termuda adalah 28 tahun dan tertua 54 tahun. Kategori umur dikelompokkan menjadi 3 yaitu kurang dari 30 tahun, 30-45 tahun, dan 45 tahun ke atas.

b. Jenis Kelamin

Tabel 4.14. Distribusi Frekuensi Responden menurut Jenis Kelamin di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

No.	Kategori Jenis Kelamin	f	%
1	Laki-laki	44	44,0
2	Perempuan	56	56,0
	TOTAL	100	100,0

Dari Tabel 4.15. dapat diketahui bahwa responden berjenis kelamin perempuan lebih banyak dari pada responden berjenis kelamin laki-laki, yaitu sebanyak 56 % adalah perempuan dan 44 % adalah laki-laki.

c. Pendidikan

Tingkatan pendidikan dikelompokkan dalam 3 kategori, yaitu Dasar (SD,SLTP), Menengah (SLTA/SMK/MA), dan Tinggi (D1,D2,D3,D4, S1,S2). Distribusi responden berdasar tingkat pendidikan adalah sebagai berikut

Tabel 4.16. Distribusi Frekuensi Responden menurut Tingkat Pendidikan di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

No.	Kategori Pendidikan	f	%
1	Dasar (SD/SLTP)	4	4,0
2	Menengah (SLTA)	36	36,0
3	Tinggi (D1/D2/D3/D4/S1/S2)	60	60,0
	TOTAL	100	100

Dari Tabel 4.16 dapat diketahui bahwa paling banyak adalah responden dengan kategori pendidikan tinggi yaitu sebesar 60 %, sedang paling sedikit kategori pendidikan dasar yaitu sebesar 4 %.

d. Status Perkawinan

Status Perkawinan responden dibedakan belum kawin dan kawin. Status janda dan duda termasuk dalam kategori kawin. Tabel 4.17. menunjukkan distribusi responden berdasar status perkawinan.

Tabel 4.17 Distribusi Frekuensi Responden menurut Status Perkawinan di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

No.	Kategori Status Perkawinan	f	%
1	Kawin/janda/duda	93	93,0
2	Belum Kawin	7	7,0
	TOTAL	100	100,0

Dari Tabel 4.17 dapat diketahui bahwa distribusi responden menurut kategori status perkawinan, sebagian besar responden (93 %) berstatus kawin, sedangkan yang belum kawin sebesar 7 % .

e. Golongan (Kepangkatan PNS)

Tabel 4.18. Distribusi Responden menurut Kategori Golongan
Kepangkatan PNS di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah
Tahun 2006

NO	Kategori Golongan	f	%
1	Golongan I	1	1,0
2	Golongan II	13	13,0
3	Golongan III	76	76,0
4	Golongan IV	10	10,0
	TOTAL	100	100,0

Dari Tabel 4.18. dapat diketahui bahwa 76 % responden adalah berada pada Golongan III, dan jumlah responden terkecil adalah dari Golongan I yaitu sebesar 1 %.

f. Masa Kerja

Tabel 4.19. Distribusi Frekuensi Responden menurut Lama Masa Kerja
di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

No.	Kategori Masa Kerja	f	%
1	Kurang dari 10 tahun	5	5,0
2	11 s.d. 20 tahun	56	56,0
3	21 tahun ke atas	39	39,0
	TOTAL	100	100,0

Dari tabel 4.19 dapat diketahui bahwa masa kerja pegawai yang menjadi sampel penelitian sebagian besar mempunyai masa kerja antara 11 sampai dengan 20 tahun yaitu sebanyak 56 %, sedang yang mempunyai masa kerja paling sedikit adalah responden yang mempunyai masa kerja kurang dari 10 tahun yaitu sebesar 5 %. Lama masa kerja responden paling sedikit adalah 4 tahun, sedang paling lama 32 tahun.

2. Gambaran Pengetahuan Responden

Tabel 4.20. Distribusi Frekuensi Responden menurut Pengetahuan di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

No.	Kategori Pengetahuan	f	%
1	Tidak Baik	13	13,0
2	Baik	87	87,0
	TOTAL	100	100,0

Dari Tabel 4.20. dapat diketahui bahwa sebanyak 87 % responden mempunyai pengetahuan dengan kategori pengetahuan baik tentang dokter keluarga dan asuransi kesehatan, sedang reponden dengan kategori pengetahuan tidak baik sebanyak 13%.

Tabel 4.21. Distribusi Jawaban Responden terhadap Pertanyaan Pengetahuan tentang Dokter Keluarga dan Askes di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

No. Item	Pernyataan / pertanyaan	Jawaban				Jml (%)
		Ya		Tidak		
		n	%	N	%	
1.	DOKTER KELUARGA adalah dokter umum yang menyelenggarakan upaya pemeliharaan kesehatan melalui Rawat Jalan Tingkat Pertama.	97	97,0	3	3,0	100,0
2.	Pelayanan yang diberikan melalui DOKTER KELUARGA antara lain memberikan penyuluhan kesehatan (pelayanan promotif).	91	91,0	9	9,0	100,0
3.	DOKTER KELUARGA juga memberikan pelayanan tindakan medis berat.	28	28,0	72	72,0	100,0
4.	Puskesmas biasa, dapat menjadi tempat praktek DOKTER KELUARGA.	39	39,0	61	61,0	100,0
5.	Salah satu keuntungan pelayanan DOKTER KELUARGA adalah pelayanan dokter spesialis.	53	53,0	47	47,0	100,0
6.	DOKTER KELUARGA dapat dijadikan mitra keluarga dalam memelihara kesehatan keluarga.	98	98,0	2	2,0	100,0
7.	Setiap peserta Askes (PNS dan keluarganya) berhak mendapatkan pelayanan DOKTER KELUARGA	89	89,0	11	11,0	100,0

Dari Tabel 4.21 dapat diketahui bahwa 98 % responden mempunyai pengetahuan yang baik pada item “Dokter keluarga dapat dijadikan mitra yang baik dalam memelihara kesehatan keluarga” sedang pengetahuan yang tidak baik ada 2 (dua) item yaitu 39 % responden tidak bisa menjawab dengan

benar pertanyaan tentang “tempat praktek Dokter Keluarga”, dan 53 % responden tidak bisa menjawab dengan benar pertanyaan tentang “jenis pelayanan dokter keluarga”.

3. Gambaran Sikap Responden

Tabel 4.22. Distribusi Jawaban Responden menurut Sikap terhadap Pelayanan Pertama melalui Dokter Keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

No.	Kategori Sikap	f	%
1	Tidak Baik	1	1,0
2	Baik	99	99,0
	TOTAL	100	100,0

Dari tabel 4.22. dapat dilihat bahwa hampir seluruh responden (99,0 %) mempunyai sikap yang baik, artinya mempunyai kecenderungan sikap yang baik terhadap pemilihan pelayanan pertama pada dokter keluarga.

Tabel 4.23. Distribusi Frekuensi Jawaban menurut pertanyaan Variabel Sikap Terhadap pelayanan pertama melalui Dokter Keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

No. Item	Pertanyaan/pernyataan	Distribusi Jwban (%)		Jumlah (%)
		S	TS	
1.	Saya yakin bahwa bila berobat Rawat Jalan Tingkat Pertama di DOKTER KELUARGA, maka akan dilayani dgn baik.	98,0	2,0	100,0
2.	Saya yakin bahwa DOKTER KELUARGA dapat menekan biaya pengobatan karena memberi resep sesuai DPHO (Daftar Patokan Harga Obat)	93,0	7,0	100,0
3.	Saya yakin proses beralih ke Dokter Keluarga itu mudah.	96,0	4,0	100,0
4.	Bahwa DOKTER KELUARGA akan memberikan pengobatan Rawat Jalan Tingkat Pertama dengan baik, adalah :	99,0	1,0	100,0
5.	Bahwa DOKTER KELUARGA juga akan memberikan pelayanan tindakan medis berat adalah :	31,0	69,0	100,0
6.	Bahwa Dokter Keluarga akan memberikan pelayanan kesehatan yang lebih profesional, adalah :	93,0	7,0	100,0
7.	Bahwa DOKTER KELUARGA dapat dijadikan mitra keluarga dalam memelihara kesehatan keluarga dimasa depan, adalah:	95,0	5,0	100,0
8.	Bahwa DOKTER KELUARGA dapat menekan biaya pengobatan, karena memberi resep sesuai DPHO (Daftar Patokan Harga Obat)	93,0	7,0	100,0
9.	Saya yakin proses beralih ke Dokter Keluarga itu mudah.	94,0	6,0	100,0

Keterangan :

S : Jika jawaban Setuju/Agak Setuju dan Tepat/Agak Tepat

TS : Jika jawaban Tidak Setuju/Agak Tidak Setuju dan Tidak Tepat/Agak Tidak Tepat

Sikap diukur dengan 9 item pertanyaan, terdiri dari 3 item komponen keyakinan (No. 1 s.d.3) dan 6 item komponen evaluasi terhadap keyakinan tersebut (No. 4 s.d.9). Pada komponen keyakinan, sebagian besar responden (98 %) mempunyai sikap yang baik terhadap pernyataan “Saya yakin bahwa bila berobat Rawat Jalan Tingkat Pertama di DOKTER KELUARGA, maka akan dilayani dengan baik” yaitu dengan memilih jawaban setuju atau agak setuju, sedang pada komponen evaluasi keyakinan, sebagian besar responden (99 %) memberikan jawaban yang baik terhadap pernyataan “Bahwa DOKTER KELUARGA akan memberikan pengobatan Rawat Jalan Tingkat Pertama dengan baik”, yaitu dengan memberikan jawaban tepat/agak tepat .

Hasil penelitian yang ditampilkan pada tabel 4.22 dan 4.23 tersebut menunjukkan bahwa sikap yang terbentuk pada responden terhadap pelayanan pertama melalui dokter keluarga sebagian besar adalah baik, karena dari item keyakinan nomor 1 s.d. 3 sebagian besar responden menjawab Setuju/Agak Setuju. Demikian pula pada item evaluasi terhadap keyakinan yaitu no. 4.s.d. 9 sebagian besar responden menjawab dengan tepat/agak tepat.

4. Gambaran Norma Subyektif Responden

Tabel 4.24. Distribusi Frekuensi Responden menurut Norma Subyektif terhadap Pelayanan Pertama melalui Dokter Keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

No.	Kategori Norma Subyektif	f	%
1	Tidak Baik	3.0	3.0
2	Baik	97.0	97.0
	TOTAL	100.0	100.0

Dari tabel 4.24. dapat dilihat bahwa hampir seluruh responden (97%) responden mempunyai norma subyektif yang baik, artinya cenderung

mempunyai keyakinan normatif yang baik maupun motivasi yang baik terhadap pemilihan pelayanan tingkat pertama melalui dokter keluarga.

Tabel 4.25. Distribusi Frekuensi Jawaban menurut pertanyaan Variabel Norma Subyektif terhadap Pelayanan Pertama melalui Dokter Keluarga Pada Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

No. Item	Pertanyaan/ Pernyataan	Distribusi Jwban (%)				Jml (%)
		S		TS		
		n	%	n	%	
1.	Saya yakin bahwa bila saya sakit, anggota keluarga saya (kakak/adik) akan menyarankan untuk berobat ke dokter keluarga.	95	95,0	5	5,0	100,0
2.	Saya yakin bahwa bila saya sakit, maka saudara saya (paman/bibi/keponakan) akan menyarankan untuk berobat ke dokter keluarga.	95	95,0	5	5,0	100,0
3.	Saya yakin bahwa bila saya sakit, maka teman terdekat saya (teman sekantor /teman bisnis/teman bermain) akan menyarankan untuk berobat ke dokter keluarga.	95	95,0	5	5,0	100,0
4.	Saya yakin bahwa bila saya sakit, tetangga terdekat saya akan menyarankan untuk berobat ke dokter keluarga.	84	84,0	16	16,0	100,0
5.	Saya yakin bahwa bila saya sakit, maka atasan saya di tempat saya bekerja akan menyarankan untuk berobat ke dokter keluarga.	89	89,0	11	11,0	100,0
6.	Menurut saran anggota keluarga saya (kakak/adik), bila saya memerlukan jasa dokter untuk berobat sebaiknya ke dokter keluarga, maka saya akan :	97	97,0	3	3,0	100,0
7.	Menurut saran saudara saya (paman/bibi/keponakan) bila saya memerlukan jasa dokter untuk berobat sebaiknya ke dokter keluarga, maka saya akan:	95	95,0	5	5,0	100,0
8.	Menurut saran teman dekat saya (teman sekantor/teman bisnis/ teman bermain) bila saya memerlukan jasa dokter untuk berobat sebaiknya ke dokter keluarga, maka saya akan:	96	96,0	4	4,0	100,0
9.	Menurut saran tetangga terdekat saya, bila saya memerlukan jasa dokter untuk berobat sebaiknya ke dokter keluarga, maka saya akan :	92	92,0	8	8,0	100,0
10.	Menurut saran atasan saya di tempat saya bekerja bila saya memerlukan jasa dokter untuk berobat sebaiknya ke dokter keluarga, maka saya akan:	97	97,0	3	3,0	100,0

Keterangan :

S : Jika jawaban Setuju/Agak Setuju dan Mungkin/Agak Mungkin

TS : Jika jawaban Tidak Setuju/Agak Tidak Setuju dan Tidak Mungkin/Agak Tidak Mungkin

Norma subyektif responden diungkap dengan 10 item pertanyaan yang terdiri dari 5 item komponen keyakinan normatif (No.Item 1 s.d. 5) dan 5 item komponen motivasi (No Item 6 s.d.7). Pada komponen keyakinan normatif,

sebagian besar responden (95 %) mempunyai norma subyektif yang baik terhadap pernyataan-pernyataan “Saya yakin bahwa bila saya sakit, anggota keluarga saya (kakak/adik) akan menyarankan untuk berobat ke dokter keluarga”, “Saya yakin bahwa bila saya sakit, maka saudara saya (paman/bibi/keponakan) akan menyarankan untuk berobat ke dokter keluarga” dan pernyataan “Saya yakin bahwa bila saya sakit, maka teman terdekat saya (teman sekantor /teman bisnis/teman bermain) akan menyarankan untuk berobat ke dokter keluarga” yaitu dengan memilih jawaban setuju atau agak setuju.

Sedang pada komponen motivasi, sebagian besar responden (97 %) memberikan jawaban yang baik terhadap pernyataan “Menurut saran anggota keluarga saya (kakak/adik), bila saya memerlukan jasa dokter untuk berobat sebaiknya ke dokter keluarga, maka saya akan :.....” dan pernyataan “Menurut saran atasan saya di tempat saya bekerja bila saya memerlukan jasa dokter untuk berobat sebaiknya ke dokter keluarga,. maka saya akan: ..”

5. Gambaran Niat Responden

Tabel 4.26. Distribusi Frekuensi Responden menurut Niat terhadap Pelayanan Pertama melalui Dokter Keluarga Pada Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

No.	Kategori Niat	f	%
1	Tidak Niat	15	15,0
2	Niat	85	85,0
	TOTAL	100	100,0

Dari tabel 4.26. dapat dilihat bahwa sebagian besar responden (85 %) mempunyai niat, artinya sebagian besar responden mempunyai kecenderungan niat terhadap pemilihan pelayanan pertama pada dokter keluarga.

Tabel 4.27. Distribusi Frekuensi Jawaban menurut pernyataan Niat terhadap Pelayanan Pertama melalui Dokter Keluarga Pada Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

No. Item	Pertanyaan/Pernyataan	Distribusi Jawaban (%)				Jml (%)
		S		T S		
		n	%	n	%	
1.	Bila saya sakit dan membutuhkan jasa dokter, maka saya akan ke dokter keluarga, meskipun harus mengeluarkan biaya tambahan selain yang ditanggung oleh asuransi kesehatan sebagai iur biaya.	86	86,0	14	14,0	100,0
2.	Bila saya atau keluarga saya sakit, saya akan memilih Dokter Keluarga, meskipun jam buka Dokter Keluarga belum 24 jam.	83	83,0	17	17,0	100,0
3.	Bila saya atau keluarga saya sakit, saya akan memilih Dokter Keluarga, meskipun harus menunggu antrian banyak.	62	62,0	38	38,0	100,0
4.	Saat ini saya belum memilih dokter keluarga, maka saya akan segera mengurus kartu Askes peralihan ke dokter keluarga.	87	87,0	13	13,0	100,0
5.	Saya akan memilih Dokter Keluarga, meskipun harus ganti kartu anggota.	80	80,0	20	20,0	100,0
6.	Bila saya atau keluarga saya sakit, saya akan memilih Dokter Keluarga pilihan saya, meskipun jaraknya agak jauh.	71	71,0	29	29,0	100,0
7.	Bila saya atau keluarga saya sakit, saya akan memilih Dokter Keluarga, meskipun Dokter Keluarga memberi pelayanan sore hari.	79	79,0	21	21,0	100,0

Keterangan :

S : Jika jawaban Setuju/Agak Setuju

TS : Jika jawaban Tidak Setuju/Agak Tidak Setuju

Sebagian besar responden (87 %) mempunyai niat dan setuju terhadap pernyataan "Saat ini saya belum memilih dokter keluarga, maka saya akan segera mengurus kartu Askes peralihan ke dokter keluarga" yaitu dengan memilih jawaban setuju atau agak setuju.

F. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Analisis yang dilakukan adalah secara deskriptif yaitu analisis tabel silang serta analisis statistik Chi-square untuk melihat hubungan variabel terikat "niat" dengan variabel bebas umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pangkat/golongan dan masa kerja, sedang untuk melihat hubungan variabel bebas pengetahuan dan norma subyektif dengan variabel terikat niat PNS

terhadap pelayanan kesehatan Dokter Keluarga digunakan analisis hubungan Rank Spearman. Analisis hubungan antara variabel bebas sikap responden dengan variabel terikat niat PNS digunakan analisis Pearson Product Moment.⁴³

1. Hubungan Antara Umur Responden dengan Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga

Tabel 4.28. Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga menurut Umur Responden di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

No.	Kategori Umur	Kategori Niat		TOTAL (%)
		Tidak Niat	Niat	
1	Kurang dari 30 tahun	2 (13,3 %)	0 (0 %)	2 (2 %)
2	30 s.d. 45 tahun	4 (26,7 %)	39 (45,9 %)	43 (43 %)
3	Lebih dari 45 tahun	9 (60,0 %)	46 (54,1 %)	55 (55 %)
	Total	15 (100 %)	85 (100 %)	100 (100 %)

$X^2 = 12,508$

p value = 0,002

Ho = ditolak

Dari tabel 4.28 dapat diketahui bahwa responden yang berumur kurang dari 30 tahun tidak niat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama. Pada responden yang berusia 30 s.d. 45 tahun, lebih banyak hampir dua kali responden yang mempunyai niat dari pada yang tidak mempunyai niat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama. Sedang pada responden yang berumur lebih dari 45 tahun 1,1 kali lebih banyak yang tidak berniat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama daripada yang berniat.

Berdasarkan analisis statistik dengan uji *chi-square* pada tingkat signifikansi ($p \text{ value} \leq 0,01$), diperoleh $X^2 = 12,508$ dan $p \text{ value} = 0,002$ ($p < 0,01$), sehingga secara statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara umur responden dengan niat terhadap pelayanan Dokter Keluarga.

2. Hubungan antara Jenis Kelamin Responden dengan Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga

Tabel 4.29. Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga menurut Jenis Kelamin Responden pada Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

No.	Kategori Jenis Kelamin	Kategori Niat		Total (%)
		Tidak Niat	Niat	
1	Laki-laki	10 (66,7 %)	34 (40,0 %)	44 (44 %)
2	Perempuan	5 (33,3 %)	51 (60,0 %)	56 (56 %)
	Total	15 (100 %)	85 (100 %)	100 (100 %)

$X^2 = 2,677$

p value = 0,102

Ho = diterima

Dari tabel 4.29 dapat diketahui responden laki-laki hampir dua kali lebih banyak yang tidak berniat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama, demikian jua pada responden perempuan hampir dua kali lebih banyak yang mempunyai niat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama.

Berdasarkan analisis statistik uji *chi-square* pada tingkat signifikansi ($p \text{ value} \leq 0,01$), diperoleh $p \text{ value} = 0,102$ ($p > 0,01$), sehingga secara statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin responden dengan niat terhadap pelayanan Dokter Keluarga.

3. Hubungan Antara Pendidikan Responden dengan Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga

Tabel 4.30. Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga menurut Tingkat Pendidikan Responden pada Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

No.	Kategori Tingkat Pendidikan	Kategori Niat		Total (%)
		Tidak niat	Niat	
1	Dasar (SD/SLTP)	1 (6,7 %)	3 (3,5 %)	4 (4 %)
2	Menengah (SLTA)	9 (60,0 %)	27 (31,8 %)	36 (36 %)
3.	Tinggi (PT/Univ.)	5 (33,3 %)	55 (64,7 %)	60 (60 %)
	Total	15 (100 %)	85 (100 %)	100 (100 %)

$X^2 = 5,229$

p value = 0,073

Ho = diterima

Dari tabel 4.30 dapat diketahui bahwa pada responden yang memiliki tingkat pendidikan dasar dan menengah lebih banyak yang tidak niat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama, sedang responden yang berpendidikan tinggi hampir 2 kali lebih banyak yang mempunyai niat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama daripada yang tidak niat.

Berdasarkan analisis statistik uji *chi-square* pada tingkat signifikansi (*p value* $\leq 0,01$), diperoleh $X^2 = 5,229$ dan *p value* = 0,073 ($p > 0,01$), sehingga secara statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan responden dengan niat terhadap Pelayanan Tingkat Pertama melalui Dokter Keluarga.

4. Hubungan antara Status Perkawinan Responden dengan Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga

Tabel 4.31. Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga menurut Status Kawin Responden di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

No.	Kategori Status Kawin	Kategori Niat		Total (%)
		Tidak niat	Niat	
1	Kawin/Duda/janda	13 (86,7 %)	80 (94,1 %)	93 (93 %)
2	Belum Kawin	2 (13,3 %)	5 (5,9 %)	7 (7 %)
	Total	15 (100 %)	85 (100 %)	100 (100 %)

Fisher's Exact Test

p value = 0,282

Ho = diterima

Dari tabel 4.31 dapat diketahui bahwa responden yang berstatus kawin/duda/janda lebih banyak 1,08 kali yang mempunyai niat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama daripada yang tidak berniat. Sedangkan pada responden yang belum kawin lebih banyak 2,25 kali lebih banyak yang tidak niat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama dari pada yang niat.

Berdasarkan analisis statistik dengan Fisher's Exact Test, pada tingkat signifikansi ($p \text{ value} \leq 0,01$), diperoleh $p \text{ value} = 0,282$ ($p > 0,01$), sehingga secara statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status perkawinan responden dengan niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga.

5. Hubungan antara Pangkat/Golongan Responden dengan Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga

Tabel 4.32. Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga menurut Pangkat/Golongan Responden pada Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

No.	Kategori Pangkat/Golongan	Kategori Niat		Total (%)
		Tidak Niat	Niat	
1	Golongan I	1 (6,7 %)	0	1 (1 %)
2	Golongan II	2 (13,3 %)	11 (12,9 %)	13 (13 %)
3	Golongan III	12 (80,0 %)	64 (85,3%)	66 (66 %)
4	Golongan IV	0	10 (11,8 %)	10 (10 %)
	Total	15 (100 %)	85 (100 %)	100 (100 %)

$X^2 = 7,470$

p value = 0,058

Ho = diterima

Dari tabel 4.32 dapat diketahui bahwa pada responden dari golongan I tidak berniat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama, pada golongan II lebih banyak 1,03 kali yang tidak niat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama, sedang responden dari golongan III : 1,07 kali lebih banyak yang mempunyai niat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama daripada yang tidak niat., Responden golongan IV semuanya mempunyai niat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama. Dapat diketahui pula bahwa ada kecenderungan semakin tinggi golongannya, semakin niat.

Berdasarkan analisis statistik uji *chi-square* pada tingkat signifikansi (*p value* $\leq 0,01$), diperoleh $X^2 = 7,470$ dan *p value* = 0,058 ($p > 0,01$), sehingga secara statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pangkat/golongan responden dengan niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga.

6. Hubungan antara Masa Kerja Responden dengan Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga

Tabel 4.33. Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga menurut Masa Kerja Responden di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

No.	Kategori Masa Kerja	Kategori Niat		Total (%)
		Tidak Niat	Niat	
1	Kurang dari 10 tahun	2 (13,3 %)	3 (3,5 %)	5 (5 %)
2	10 s.d. 20 tahun	6 (40,0 %)	50 (58,8 %)	56 (56 %)
3	Lebih dari 20 tahun	7 (45,7 %)	32 (37,6 %)	39 (39 %)
	Total	15 (100 %)	85 (100 %)	100 (100 %)

$X^2 = 3,524$

p value = 0,172

Ho = diterima

Dari tabel 4.33 dapat diketahui bahwa pada responden dengan masa kerja kurang dari 10 tahun hampir 4 kali lebih banyak yang tidak niat, demikian juga responden yang mempunyai masa kerja lebih dari 20 tahun 1,2 kali lebih banyak yang tidak niat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama, sedang responden yang mempunyai masa kerja antara 10 s.d. 20 tahun, 1,5 kali lebih banyak yang mempunyai niat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama daripada yang tidak berniat.

Berdasarkan analisis statistik uji *chi-square* pada tingkat signifikansi ($p \text{ value} \leq 0,01$), diperoleh $X^2 = 3,524$ dan $p \text{ value} = 0,172$ ($p > 0,01$), sehingga secara statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara masa kerja responden dengan niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga.

7. Hubungan Antara Pengetahuan Responden dengan Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga

Tabel 4.34. Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga menurut Pengetahuan Responden tentang Dokter Keluarga dan askes di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

No.	Kategori Pengetahuan	Kategori Niat		Total (%)
		Tidak Niat	Niat	
1	Tidak Baik	2 (13,3 %)	11 (12,9 %)	13 (13 %)
2	Baik	13 (86,7 %)	74 (87,1 %)	87 (87 %)
	Total	15 (100 %)	85 (100 %)	100 (100 %)

Dari tabel 4.34 dapat diketahui bahwa responden yang mempunyai pengetahuan baik, lebih banyak yang mempunyai niat (87,1 %) untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama daripada yang tidak berniat (86,7 %), sedang pada responden yang mempunyai pengetahuan Tidak baik, lebih banyak yang tidak berniat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama (13,3 %) dari pada yang mempunyai niat (12,9 %).

Berdasarkan hasil uji korelasi Rank Spearman, diketahui bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan niat, tetapi hubungan lemah ($r = 0,446$, $p \text{ value} = 0,0001$). Sedangkan sumbangan pengetahuan tentang dokter keluarga dan asuransi kesehatan terhadap niat dalam pemilihan Pelayanan Dokter Keluarga lebih kurang 20 % ($r^2 = 0,20$)

8. Hubungan antara Sikap Responden dengan Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga

Tabel 4.35. Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga menurut Sikap Responden di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

No.	Kategori Sikap	Kategori Niat		Total (%)
		Tidak Niat	Niat	
1	Tidak Baik	0 (0 %)	1 (1,2 %)	1 (1 %)
2	Baik	15 (100 %)	84 (98,8 %)	99 (99 %)
	Total	15 (100 %)	85 (100 %)	100 (100 %)

Dari tabel 4.35 dapat diketahui bahwa responden yang mempunyai sikap tidak baik, mempunyai niat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama, sedang pada responden yang mempunyai sikap baik, lebih banyak yang tidak mempunyai niat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama sebesar 1,01 kali dari pada yang mempunyai niat.

Hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah adanya hubungan antara sikap responden dengan niat responden dalam pemilihan Pelayanan RJTP melalui Dokter Keluarga. Berdasarkan hasil uji korelasi Pearson Product Moment, diketahui bahwa ada hubungan antara sikap dengan niat, tetapi hubungan sangat lemah ($r = 0,256$, $p\text{-value} = 0,010$). Sedangkan sumbangan sikap responden terhadap niat dalam pemilihan Pelayanan Dokter Keluarga lebih kurang 6 % ($r^2 = 0,06$)

9. Hubungan antara Norma Subyektif Responden dengan Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga

Tabel 4.36. Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga menurut Norma Subyektif Responden pada Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006

No.	Kategori Norma Subyektif	Kategori Niat		Total (%)
		Tidak Niat	Niat	
1	Tidak baik	0 (0 %)	3 (3,5 %)	3 (3 %)
2	Baik	15 (100 %)	82 (96,5 %)	97 (97 %)
	Total	15 (100 %)	85 (100 %)	100 (100 %)

Dari tabel 4.36 dapat diketahui bahwa responden yang mempunyai norma subyektif tidak baik, mempunyai niat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama, sedang pada responden yang mempunyai norma subyektif baik, lebih banyak yang tidak berniat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama (100 %) dari pada yang mempunyai niat positif (96,5 %).

Berdasarkan hasil uji korelasi Rank Spearman, diketahui bahwa ada hubungan antara norma subyektif dengan niat, tetapi hubungan sangat lemah ($r = 0,235$, $p\text{-value} = 0,019$). Sedangkan sumbangan norma subyektif responden terhadap niat dalam pemilihan Pelayanan Dokter Keluarga lebih kurang 5 % ($r^2 = 0,05$)

G. Rangkuman Hasil Analisis

1. Rangkuman Hasil Uji Hubungan dengan *Chi-Square* atau *Fisher's Exact*

Tabel 4.37. Rangkuman Hasil Uji Hubungan dengan Chi-Square Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga di Dinas P dan K Prov Jateng Tahun 2006

No.	Var. Bebas	X ²	(p value)	Signifikansi	Ket
1	Umur Responden	12,508	0,002	Signifikan	Chi-Sq
2	Jenis Kelamin	2.677	0,102	Tidak Signifikan	Chi-Sq
3	Tingkat Pendidikan	5,229	0,073	Tidak Signifikan	Chi-Sq
4	Pangkat/ Golongan	7,470	0,058	Tidak Signifikan	Chi-Sq
5	Masa Kerja	3,524	0,172	Tidak Signifikan	Chi-Sq
6.	Status perkawinan	-	0,282	Tidak Signifikan	Fishers' Exact

2. Rangkuman Hasil Uji Hubungan dengan *Pearson* dan *Rank-Spearman*

Tabel 4.38. Rangkuman Hasil Uji Hubungan Pearson dan Rank-Spearman Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga di Dinas P dan K Prov. Jateng Tahun 2006

No.	Variabel Bebas	R	p-value	Status hub.	Ket.
1	Pengetahuan	0,446	0,0001	lemah	Uji Rank-Spearman
2	Sikap	0,256	0,010	Sangat lemah	Pearson
3	Norma	0,235	0,019	Sangat Lemah	Uji Rank-Spearman

3. Rangkuman Hasil Analisis Distribusi Frekuensi Variabel

a. Pengetahuan

Sejumlah 87 % responden berpengetahuan baik, namun ada beberapa item pengetahuan responden yang perlu mendapatkan perhatian, yaitu :

- 1) Ada 28,0 % responden yang menjawab bahwa Dokter Keluarga juga memberikan pelayanan medis berat.
- 2) Ada 61,0 % responden yang menjawab bahwa Puskesmas biasa dapat menjadi tempat praktek dokter keluarga.
- 3) Ada 53,0 % responden yang menjawab bahwa salah satu keuntungan Dokter Keluarga adalah pelayanan dokter spesialis.
- 4) Ada 11,0 % responden yang menjawab bahwa peserta askes tidak berhak mendapatkan pelayanan Dokter Keluarga

b. Sikap Responden

Hampir seluruh responden (99,0 %) mempunyai sikap baik, namun ada beberapa sikap responden yang perlu mendapatkan perhatian, yaitu masih ada 31.0 % responden yang menjawab *setuju* pada item sikap nomor 5 "bahwa Dokter Keluarga juga akan memberikan pelayanan tindakan medis berat"

c. Norma subyektif

Hampir seluruh responden (97.0 %) mempunyai norma subyektif yang baik, namun ada beberapa item pertanyaan norma subyektif yang perlu mendapat perhatian , yaitu :

- 1) Ada 16,0 % responden tidak yakin bila saya sakit, tetangga terdekat saya akan menyarankan untuk berobat ke dokter keluarga
- 2) Ada 11.0 % tidak yakin bila saya sakit, maka atasan saya akan menyarankan untuk berobat ke dokter keluarga.

d. Niat responden terhadap pelayanan dokter keluarga

Sebagian besar responden (85.0 %) mempunyai niat terhadap pelayanan dokter keluarga, namun dilihat dari sebaran jawaban responden nampak bahwa masih ada sekitar 10,0 % s.d. 30,0 % responden yang memberikan jawaban negatif (Tidak setuju atau agak tidak setuju) pada setiap item pertanyaan.

3. Rangkuman Hasil Analisis Tabel Silang

a. Hubungan antara umur dengan niat terhadap pelayanan dokter keluarga

- 1) Pada responden yang berumur kurang dari 30 tahun tidak niat terhadap pelayanan dokter keluarga.
- 2) Pada responden yang berumur 30 s.d. 45 tahun lebih banyak yang niat terhadap pelayanan dokter keluarga.
- 3) Pada responden yang berumur lebih 45 tahun, banyak yang tidak niat terhadap pelayanan dokter keluarga

b. Hubungan antara jenis kelamin responden dengan niat terhadap pelayanan dokter keluarga :

Responden Perempuan lebih banyak yang berniat terhadap pelayanan dokter keluarga daripada responden laki-laki

c. Hubungan antara pendidikan responden dengan niat terhadap pelayanan dokter keluarga :

- 1) Pada responden yang berpendidikan Dasar lebih banyak yang tidak niat terhadap pelayanan dokter keluarga.
- 2) Pada responden yang berpendidikan Menengah lebih banyak yang tidak niat terhadap pelayanan dokter keluarga.

- 3) Pada responden yang berpendidikan Tinggi dua kali lipat lebih banyak yang mempunyai niat dari pada yang tidak niat.
 - 4) Ada kecenderungan semakin tinggi pendidikan semakin niat terhadap pelayanan dokter keluarga
- d. Hubungan antara status perkawinan responden dengan niat terhadap pelayanan dokter keluarga.
- 1) Pada responden yang kawin/janda/duda, lebih banyak yang niat terhadap pelayanan dokter keluarga
 - 2) Pada responden yang belum kawin lebih banyak yang tidak niat terhadap pelayanan dokter keluarga
- e. Hubungan antara pangkat/golongan dengan niat terhadap pelayanan dokter keluarga.
- 1) Pada golongan I lebih banyak yang tidak niat terhadap pelayanan dokter keluarga.
 - 2) Pada golongan II lebih banyak yang tidak niat terhadap pelayanan dokter keluarga.
 - 3) Pada golongan III lebih banyak yang niat terhadap pelayanan dokter keluarga.
 - 4) Pada golongan IV seluruhnya niat terhadap pelayanan dokter keluarga.
 - 5) Jadi ada kecenderungan semakin tinggi golongan semakin niat terhadap pelayanan dokter keluarga

f. Hubungan antara masa kerja responden dengan niat terhadap pelayanan dokter keluarga:

- 1) Pada responden dengan masa kerja kurang dari 10 tahun, banyak yang tidak niat terhadap pelayanan dokter keluarga
- 2) Pada responden dengan masa kerja 10 s.d. 20 tahun, banyak yang niat terhadap pelayanan dokter keluarga.
- 3) Pada responden dengan masa kerja lebih dari 20 tahun banyak yang tidak niat terhadap pelayanan dokter keluarga.

g. Hubungan antara pengetahuan dengan niat terhadap pelayanan dokter keluarga.

Ada kecenderungan yang mempunyai pengetahuan baik, lebih mempunyai niat terhadap pelayanan dokter keluarga.

h. Hubungan antara sikap responden dengan niat terhadap pelayanan dokter keluarga.

Ada kecenderungan responden yang mempunyai sikap baik, tidak niat terhadap pelayanan dokter keluarga

i. Hubungan antara norma subyektif responden dengan niat terhadap pelayanan dokter keluarga,

Ada kecenderungan responden yang mempunyai norma subyektif baik, tidak niat terhadap pelayanan dokter keluarga.

BAB V

PEMBAHASAN

A. Keterbatasan dan Kelemahan Penelitian

Penelitian tentang analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan niat terhadap Pelayanan Tingkat Pertama melalui Dokter Keluarga, belum banyak dilakukan, sehingga peneliti kurang mendapatkan referensi tentang penelitian yang dilakukan dan kurang dapat membandingkan dengan penelitian lain. Disamping itu item-item pertanyaan dalam angket belum dapat menggunakan item-item pertanyaan yang standar, namun dikembangkan sendiri oleh peneliti berdasarkan pustaka yang ada dan sesuai kemampuan peneliti.

Desain penelitian ini adalah *cross sectional*, biasanya memiliki kelemahan karena pengukuran dilakukan hanya satu kali untuk kemudian disimpulkan. Penelitian dengan desain *cross sectional* harus menggunakan alat uji statistik yang baik dan instrumen penelitian yang bagus. Oleh karena itu, dalam penelitian ini masih banyak terdapat keterbatasan. Demikian juga penelitian ini tidak dilengkapi dengan metode kualitatif. Analisis dilakukan dengan metode kuantitatif dan baru sampai taraf mencari hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat, tidak melihat sejauh mana pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat.

Penelitian ini dilakukan dengan cara pengisian angket oleh responden, sehingga dikhawatirkan akan terjadi bias terhadap pertanyaan/ pernyataan dalam kuesioner. Untuk itu peneliti telah berupaya dengan menunjuk pembantu peneliti di tiap subdin/bagian dalam pengambilan data.

B. Kekuatan Penelitian

Disamping faktor kelemahan yang ada, penelitian ini juga memiliki faktor kekuatan / pendukung sehingga penelitian ini dapat berjalan lancar. Faktor kekuatan tersebut antara lain antusiasme responden terhadap program dokter keluarga, sehingga responden dengan senang hati mengisi pertanyaan/pernyataan dalam kuesioner; sambutan dan penerimaan yang baik oleh instansi Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah maupun PT Askes KCU Semarang, sehingga mendorong peneliti untuk menyelesaikan penelitian.

Permasalahan yang ada dalam penelitian ini masih menjadi topik yang hangat di lingkungan PT Askes, kaitannya dengan evaluasi pelaksanaan program dokter keluarga di Semarang setelah berjalan lebih kurang 2 tahun.

C. Analisis Univariat

Rentang umur responden adalah 28 s.d. 54 tahun. Kelompok umur responden kurang dari 30 tahun adalah 2 %, umur 30 s.d. 45 tahun : 43 % dan umur 45 tahun keatas 55 %. Kondisi ini sudah menggambarkan kondisi PNS Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah dilihat dari rentang usia maupun kelompok umur, yaitu rentang umur responden hampir sama dengan rentang umur PNS Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah. Usia paling muda PNS adalah 26 tahun dan paling tua berusia 55 tahun 11 bulan, sedang kelompok umur PNS yang kurang dari 30 tahun sebesar 0,5 %, kelompok umur 30 s.d. 45 tahun sebesar 54,74 %, dan kelompok umur di atas 45 tahun ke atas sebesar 44,78 % .³⁹

Dari analisis univariat diperoleh informasi bahwa distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin menunjukkan 44 % adalah laki-laki dan 46 % adalah perempuan, sedangkan kondisi PNS Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah sebagaimana dalam profil kepegawaian Dinas P dan K adalah 67 % berjenis kelamin laki-laki dan 33 % berjenis kelamin perempuan³⁹ Oleh karena penelitian ini tidak membedakan perlakuan antara laki-laki dan perempuan, maka perbedaan proporsi jenis kelamin ini tidak menjadi kendala.

Dilihat dari distribusi frekuensi responden berdasarkan kategori tingkat pendidikan responden dapat diketahui bahwa responden dengan kategori pendidikan Tinggi sebesar 60 %, responden dengan kategori pendidikan menengah sebesar 36 %, sedang responden dengan kategori pendidikan dasar sebesar 4 %. Adapun kondisi PNS Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah berdasarkan tingkat pendidikan adalah berpendidikan SD/SLTP sebesar 7 %, SLTA sebesar 37 % dan yang berpendidikan tinggi sebesar 56 %. Dengan demikian proporsi responden berdasarkan tingkat pendidikan sudah sesuai dengan kondisi proporsi PNS di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah, sehingga diharapkan hasil penelitian ini dapat menggambarkan kondisi yang sesungguhnya.

Distribusi frekuensi responden menurut kategori status perkawinan, sebagian besar responden adalah berstatus kawin (93 %), sedangkan yang belum kawin sebesar (7 %). Masih adanya PNS yang belum menikah walaupun proporsinya sedikit (7 %), menarik untuk diteliti apakah ada perbedaan niat PNS antara yang belum menikah dengan yang sudah menikah terhadap pelayanan pertama melalui dokter keluarga.

Dari analisis univariat diperoleh data tentang responden berdasarkan golongan ruang penggajian PNS yaitu bahwa golongan I sebesar 1 %, golongan II sebesar 13 %, golongan III sebesar 76 % dan golongan IV sebesar 10 %. Sedangkan berdasarkan profil kepegawaian Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah Tahun 2005, Jumlah PNS golongan I sebanyak 3 %, golongan II sebanyak 16 %, golongan III sebanyak 56 %, dan golongan IV sebanyak 25 %. Jadi proporsi responden berdasarkan golongan yang dijadikan sampel penelitian ini sesuai dengan proporsi PNS di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah.

Masa kerja PNS kurang dari 10 tahun yang menjadi sampel penelitian sebanyak 5 %, yang mempunyai masa kerja antara 11 s.d. 20 tahun yaitu sebanyak 56 %, sedang yang mempunyai masa kerja lebih dari 21 tahun sebanyak 39 %. Masa kerja terendah responden adalah 4 tahun 9 bulan, sedang masa kerja paling lama adalah 31 tahun 3 bulan. Adapun proporsi masa kerja PNS di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah berdasarkan Profil Kepegawaian Dinas P dan K Profinsi Jawa Tengah Tahun 2005 adalah 4 % mempunyai masa kerja kurang dari 10 tahun, 65 % mempunyai masa kerja 11 s.d. 20 tahun, dan 25 % mempunyai masa kerja lebih dari 21 tahun. Sedangkan masa kerja PNS yang paling rendah adalah 4 tahun 11 bulan, paling lama masa kerjanya adalah 35 Tahun 02 bulan. Dengan demikian proporsi responden berdasarkan lama masa kerja telah menggambarkan proporsi PNS berdasarkan lama masa kerja PNS Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah.

Pengetahuan responden dalam penelitian ini adalah pengertian responden tentang dokter keluarga, tujuan, manfaat, model pelaksanaan

Dokter Keluarga dan tentang Asuransi Kesehatan bagi PNS. Dari hasil penelitian ini dapat diketahui frekuensi responden menurut pengetahuan tentang dokter keluarga dan asuransi kesehatan adalah sebagian besar (87 %) responden telah mempunyai pengetahuan dengan kategori baik. Keadaan ini sesuai pendapat Green, yaitu bahwa pengetahuan adalah sebagai salah satu predisposing untuk timbulnya suatu perilaku sehat atau perilaku positif dalam memilih tempat pelayanan kesehatan⁴⁶

Dari angket yang telah dibagikan kepada responden, dapat diketahui bahwa sebagian besar responden (98 %) mempunyai pengetahuan yang baik pada item "Dokter keluarga dapat dijadikan mitra yang baik dalam memelihara kesehatan keluarga". Hal ini berarti bahwa sebagian besar responden telah menyadari bahwa Dokter keluarga dapat menjadi mitra dalam memelihara kesehatan keluarga.

Sedangkan pengetahuan yang kurang adalah pada item bahwa "Dokter Keluarga juga memberikan pelayanan medis berat", karena ada 28,0 % responden yang menganggap pernyataan tersebut adalah benar. Disamping itu masih ada 61,0 % responden tidak bisa menjawab dengan benar tentang "tempat praktek Dokter Keluarga". Demikian juga masih ada 53,0 % responden yang menjawab salah satu keuntungan dokter keluarga adalah pelayanan dokter spesialis. Dari informasi ini menunjukkan bahwa tempat-tempat praktek dokter keluarga belum banyak diketahui PNS, walaupun dari data PT Askes alamat dokter keluarga ada hampir pada setiap perumahan yang cukup besar, klinik 24 jam, dan di kantor pemerintah di Kota Semarang. Demikian juga jenis pelayanan yang diberikan dokter keluarga belum banyak diketahui.

Oleh karena itu, untuk memberikan informasi yang lebih luas kepada masyarakat / PNS, perlu diselenggarakan sosialisasi kembali atau penyebaran pamflet-pamflet ke instansi-instansi. Dari Tabel 4.8 juga didapatkan informasi bahwa masih perlu ditingkatkan penyebaran informasi tentang jenis pelayanan dokter keluarga.

Dari analisis univariat variabel sikap ternyata hampir seluruh responden (99 %) mempunyai sikap yang baik, artinya mempunyai kecenderungan untuk memilih pelayanan pertama pada dokter keluarga. Sikap responden adalah kecenderungan perilaku responden untuk menilai sesuatu. Hal ini menunjukkan bahwa hampir seluruh responden mempunyai sikap yang baik sehingga diharapkan juga mempunyai kecenderungan perilaku atau niat untuk memanfaatkan dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama, sebagaimana pendapat Engel yang menyatakan sikap merupakan fungsi nilai positif keyakinan dan hasil evaluasinya.⁴⁰

Sikap diukur dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari komponen keyakinan dan komponen evaluasi terhadap keyakinan tersebut. Pada komponen keyakinan, sebagian besar responden (98 %) mempunyai sikap yang baik terhadap pernyataan "Saya yakin bahwa bila berobat Rawat Jalan Tingkat Pertama di DOKTER KELUARGA, maka akan dilayani dengan baik", sedang pada komponen evaluasi keyakinan, sebagian besar responden (99 %) memberikan jawaban yang baik terhadap pernyataan "Bahwa DOKTER KELUARGA akan memberikan pengobatan Rawat Jalan Tingkat Pertama dengan baik". Hal ini menunjukkan bahwa responden yakin dan setelah dievaluasi tetap yakin bahwa dokter keluarga akan melayani

dengan baik sebagai tempat pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama.

Norma subjektif merupakan gabungan dari komponen keyakinan normatif dan komponen motivasi. Dari analisis univariat variabel norma subjektif, dapat dilihat bahwa hampir seluruh responden (97%) responden mempunyai norma subjektif yang baik, artinya cenderung mempunyai keyakinan normatif maupun motivasi yang baik terhadap pemilihan pelayanan tingkat pertama melalui dokter keluarga.

Pada komponen keyakinan normatif, sebagian besar responden (95 %) yakin bahwa kakak/adik, paman/bibi/keponakan, teman terdekat akan menyarankan untuk berobat ke dokter keluarga, sedang pada komponen motivasi, sebagian besar responden (97 %) mempunyai motivasi untuk pergi ke dokter keluarga berdasarkan saran dari kakak/adik dan atasan. Hal ini menunjukkan bahwa kecenderungan perilaku seseorang dipengaruhi oleh pendapat orang lain atau *reference* dan motivasi pribadi. Hal ini sebagaimana pendapat Kotler dan Clarke yaitu bahwa konsumen sangat peduli dan seringkali meminta pendapat orang lain sebelum membuat keputusan untuk membeli atau memiliki sesuatu.⁴⁷

Sebagian besar responden (85 %) mempunyai niat, artinya sebagian besar responden mempunyai kecenderungan terhadap pemilihan pelayanan pertama pada dokter keluarga, dan dari item-item pertanyaan dalam angket tentang niat untuk memilih pelayanan pertama melalui dokter keluarga, frekuensi jawaban terbesar adalah pada item akan segera mengurus kartu Askes peralihan ke dokter keluarga. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden ingin beralih ke dokter keluarga dan akan

segera mengurus kartu peralihannya. Namun demikian hal ini belum tentu menjadi sebuah perilaku, karena baru niat atau kecenderungan perilaku responden yang memungkinkan untuk berubah menjadi sebuah perilaku apabila situasi dan kondisi memungkinkan dan mendukungnya.

D. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara masing-masing variabel bebas dengan variabel terikat, yaitu analisis hubungan antara masing-masing variabel umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pangkat/golongan, masa kerja, sikap dan norma subyektif dengan niat terhadap pelayanan pertama melalui dokter keluarga.

1. Hubungan antara umur responden dengan Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga

Hasil analisis tabel silang pada Tabel 4.21 dapat diketahui bahwa responden yang berumur kurang dari 30 tahun dan yang berumur lebih dari 45 tahun lebih banyak yang tidak niat atau kurang berminat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama, sedang pada responden yang berusia 30 s.d. 45 tahun keatas lebih banyak yang mempunyai niat dari pada yang tidak mempunyai niat Hal ini dapat dipahami karena PNS yang berusia kurang dari 30 tahun sangat sedikit (2%), dan mungkin belum banyak mempunyai pengalaman pemanfaatan pelayanan kesehatan, sehingga mereka tidak berniat atau kurang berniat terhadap program dokter keluarga sedangkan pada PNS yang telah berusia di atas 45 tahun biasanya telah mempunyai pengalaman yang

mendalam tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan, akibatnya seringkali tidak mudah mengganti kebiasaan memanfaatkan pelayanan kesehatan bukan dokter keluarga diganti dengan dokter keluarga, sehingga PNS yang berusia 45 tahun ke atas menunjukkan lebih banyak yang tidak mempunyai niat atau kurang berniat beralih ke dokter keluarga.

Berdasarkan analisis statistik uji *chi-square* pada tingkat signifikansi ($p \text{ value} \leq 0,01$), diperoleh $X^2 = 12,508$ dan $p \text{ value} = 0,002$ ($p < 0,01$), sehingga secara statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara umur responden dengan niat terhadap Pelayanan Tingkat Pertama melalui Dokter Keluarga. Mc Donald⁴⁸ meneliti hubungan antara umur dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada umumnya yang digambarkan dengan kurva "U". Kelompok umur sangat muda dan kelompok umur tua merupakan kelompok umur yang paling banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan karena dihubungkan dengan morbiditas. Berbeda dengan penelitian tersebut, dalam penelitian ini justru semakin tua dan semakin muda, maka semakin tidak berniat untuk memilih dokter keluarga.

2. Hubungan antara Jenis Kelamin Responden dengan Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga

Berdasarkan analisis statistik dengan Fisher's Exact Test, pada tingkat signifikansi ($p \text{ value} \leq 0,01$), diperoleh $p \text{ value} = 0,089$ ($p > 0,01$), sehingga secara statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin responden dengan niat terhadap

Pelayanan Tingkat Pertama melalui Dokter Keluarga. Namun dari analisis tabel silang dapat disimpulkan bahwa responden laki-laki lebih banyak yang tidak niat dalam memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama, sedang pada responden perempuan lebih banyak yang berniat dalam memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama. Hal ini sejalan dengan penelitian tentang perbedaan jenis kelamin terhadap keinginan untuk membeli asuransi kesehatan ditemukan bahwa wanita lebih responsif terhadap pembelian asuransi kesehatan.⁴⁹

3. Hubungan antara Tingkat Pendidikan Responden dengan Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga

Responden yang memiliki tingkat pendidikan dasar dan menengah lebih banyak yang tidak berniat atau tidak berniat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama, sedang responden yang berpendidikan tinggi lebih banyak yang mempunyai niat (64,7 %) untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama daripada yang yang tidak berniat (33,3 %).

Dari analisis statistik uji *chi-square* pada tingkat signifikansi ($p \text{ value} \leq 0,01$), diperoleh $X^2 = 5,229$ dan $p \text{ value} = 0,073$ ($p > 0,01$), sehingga secara statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan responden dengan niat terhadap Pelayanan Tingkat Pertama melalui Dokter Keluarga. Meskipun dari analisis *chi-square* tidak menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan niat dalam pemanfaatan pelayanan melalui dokter keluarga, namun dari analisis tabel silang pada Tabel 4.23.

menunjukkan bahwa pada kelompok responden yang mempunyai pendidikan tinggi lebih mempunyai niat dalam pemanfaatan dokter keluarga sebagai tempat pelayanan kesehatan.

Tingkat pendidikan ibu akan dapat mempengaruhi kesadaran ibu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan⁵⁰, karena pendidikan dapat meningkatkan akses pelayanan kesehatan seseorang yaitu dalam menerima informasi, dan kemampuan menyerap konsep-konsep kesehatan yang baru, dan interaksi yang seimbang antara penyedia pelayanan dengan klien.

4. Hubungan antara Status Perkawinan Responden dengan Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga

Berdasarkan analisis statistik dengan Fisher's Exact Test, pada tingkat signifikansi ($p \text{ value} \leq 0,01$), diperoleh $p \text{ value} = 0,282$ ($p > 0,01$), sehingga secara statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status perkawinan responden dengan niat terhadap Pelayanan Tingkat Pertama melalui Dokter Keluarga, namun dari tabel 4.24 dapat diketahui bahwa responden yang berstatus kawin/duda/janda lebih banyak yang mempunyai niat (94,1 %) untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama daripada yang tidak berniat (86,7 %), sedang pada responden yang belum kawin lebih banyak yang tidak niat atau tidak berminat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama (13,3 %) dari pada yang berniat (5,9 %).

Hal ini bisa dipahami bahwa untuk menghasilkan suatu perilaku ada banyak faktor yang berpengaruh. Sedangkan dari tabel silang diperoleh

adanya kecenderungan bahwa yang telah berkeluarga lebih banyak yang memilih dokter keluarga, mungkin karena mereka akan merasa aman apabila kesehatan keluarganya ditangani oleh seorang dokter.

5. Hubungan antara Pangkat/Golongan Responden dengan Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga

Dari analisis statistik uji *chi-square* pada tingkat signifikansi ($p \text{ value} \leq 0,01$), diperoleh $X^2 = 7,470$ dan $p \text{ value} = 0,058$ ($p > 0,01$), sehingga secara statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pangkat/golongan responden dengan niat terhadap Pelayanan Tingkat Pertama melalui Dokter Keluarga.

Meskipun demikian dari tabel 4.25 responden dari golongan I tidak niat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama, golongan II lebih banyak yang tidak berniat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama, sedang responden dari golongan III lebih banyak yang mempunyai niat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama daripada yang tidak berniat, bahkan golongan IV semua mempunyai niat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama.

Golongan ruang penggajian seorang PNS biasanya akan berdampak pada penghasilan yang diperoleh. Mills & Gibson⁵¹ mengatakan bahwa ada hubungan antara tingginya pendapatan dengan besarnya permintaan akan pemeliharaan kesehatan khususnya dalam hal pelayanan kesehatan modern. Jadi dalam penelitian ini meskipun tidak ada hubungan yang bermakna, namun ada kecenderungan golongan yang

tinggi lebih mempunyai niat memilih dokter keluarga, maka hal ini sejalan dengan pendapat Mills & Gibson di atas, karena dokter keluarga adalah salah satu bentuk pelayanan kesehatan modern.

6. Hubungan antara Lama Masa Kerja Responden dengan Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga

Berdasarkan analisis statistik uji *chi-square* antara masa kerja responden dengan niat terhadap Pelayanan Tingkat Pertama melalui Dokter Keluarga, pada tingkat signifikansi ($p \text{ value} \leq 0,01$), diperoleh $X^2 = 3,524$ dan $p \text{ value} = 0,172$ ($p > 0,01$), sehingga secara statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara masa kerja responden dengan niat terhadap Pelayanan Tingkat Pertama melalui Dokter Keluarga. Meskipun demikian dari analisis tabel silang diperoleh kesimpulan bahwa pada responden dengan masa kerja kurang dari 10 tahun dan yang mempunyai masa kerja lebih dari 20 tahun lebih banyak yang tidak niat atau tidak berniat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama, sedang responden yang mempunyai masa kerja antara 10 s.d. 20 tahun lebih banyak yang mempunyai niat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama daripada yang tidak berniat.

Hal ini seperti analisis berdasarkan usia responden yaitu bahwa pada kelompok umur dibawah 30 tahun dan kelompok di atas 45 tahun cenderung tidak mempunyai niat memilih dokter keluarga. Demikian juga pada kelompok masa kerja dibawah 10 tahun dan diatas 20 tahun cenderung tidak mempunyai niat memilih dokter keluarga sebagai

pelayanan pertama. PNS dengan masa kerja diatas 20 tahun biasanya telah mempunyai pengalaman yang mendalam terhadap PPK yang bukan dokter keluarga.

7. Hubungan Antara Pengetahuan Responden dengan Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga

Berdasarkan analisis secara statistik dengan menggunakan metode Rank-Spearman menunjukkan hasil bahwa ada hubungan antara pengetahuan reponden dengan niat terhadap pelayanan kesehatan melalui Dokter Keluarga, meskipun hubungan yang terjadi lemah ($r = 0.446$, $p\text{-value} = 0,001$). Dari uji statistik tersebut, dapat diketahui pula sumbangan "pengetahuan responden" terhadap niat responden untuk memilih dokter keluarga, yaitu sebesar 20 % ($r^2 = 0,20$)

Sedangkan dari analisis tabel silang dihasilkan bahwa responden yang mempunyai pengetahuan baik, lebih banyak yang mempunyai niat (87,1 %) untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama daripada yang tidak niat (86,7 %), sedang pada responden yang mempunyai pengetahuan tidak baik lebih banyak yang tidak berniat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama (13,3 %) dari pada yang mempunyai niat (12,9 %), sehingga ada kecenderungan yang mempunyai pengetahuan baik cenderung mempunyai niat memilih Dokter Keluarga.

Beberapa penelitian menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan dengan suatu perilaku, antara lain penelitian tentang pemanfaatan pelayanan pemeriksaan kehamilan di Kabupaten Demak,

yang menghasilkan kesimpulan bahwa pengetahuan responden merupakan salah satu variabel yang mempunyai hubungan dengan pemanfaatan pelayanan antenatal.⁴⁷ Pengetahuan merupakan kognitif domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng. Demikian pula pada penelitian baik dari analisis hubungan dengan Rank-Spearman maupun dari analisis tabel silang menunjukkan adanya kecenderungan lebih mempunyai niat pada responden yang mempunyai pengetahuan baik.

8. Hubungan Antara Sikap Responden dengan Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa prosentase responden yang mempunyai sikap tidak baik, mempunyai niat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama, sedang pada responden yang mempunyai sikap baik prosentasenya lebih banyak yang tidak niat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama dari pada yang mempunyai niat. Namun dari distribusi frekuensi sikap responden yang ditunjukkan dalam Tabel 4.15 adalah mempunyai sikap baik (99 %), sedang sikap kurang baik (1 %).

Berdasarkan analisis statistik uji hubungan dengan Pearson Product Moment menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan niat terhadap Pelayanan Tingkat Pertama melalui Dokter Keluarga, meskipun hubungannya sangat lemah ($r = 0,256$, $p\text{-value} = 0,010$)

Dari hasil penelitian sebagian besar responden (99 %) mempunyai sikap yang baik yang mendukung pemilihan tempat pelayanan kesehatan tingkat pertama melalui dokter keluarga, namun dari uji secara statistik menunjukkan hubungan yang sangat lemah. Sikap responden adalah kecenderungan perilaku responden untuk menilai sesuatu atau merupakan predisposisi terhadap pelayanan pertama melalui dokter keluarga yang ditawarkan. Dari uji statistik dapat dilihat sumbangan sikap responden terhadap niat responden sebesar 6 % ($r^2 = 0,060$), sehingga dapat dipahami bahwa hubungan yang ada sangat lemah, karena banyak faktor yang mempengaruhi sikap seseorang.

Sikap terbentuk dari komponen keyakinan yang merupakan keyakinan, kepercayaan, persepsi yang diperoleh seseorang dengan pengalaman langsung atau komunikasi yang diterima dengan orang lain, dan komponen evaluasi yang merupakan reaksi, emosi terhadap keyakinannya. Jadi sikap yang sudah baik tidak selalu terwujud dalam perilaku nyata, karena tergantung juga hal-hal lain seperti keyakinan, kepercayaan, persepsi dari pengalaman langsung/orang lain, juga evaluasi terhadap keyakinan, persepsi atas pengalamannya maupun pengalaman orang lain.

Dalam buku Soekijo⁴⁰ dikatakan bahwa struktur sikap seseorang juga terdiri dari komponen yang saling menunjang, yaitu komponen kognitif, afektif, dan psikomotorik. Ketiga komponen tersebut harus ada secara bersama-sama untuk membentuk sikap yang utuh (*total attitude*) Jika individu hanya mempunyai satu atau dua komponen saja, maka sikap untuk menghasilkan perilaku yang diharapkan belum tentu terbentuk.⁴⁰

Bahkan pada penelitian tentang pemilihan tempat pelayanan pemeriksaan kehamilan bagi keluarga miskin menemukan tidak ada hubungan antara sikap dengan pemilihan tempat pelayanan pemeriksaan kehamilan bagi keluarga miskin.¹²

9. Hubungan Antara Norma Subyektif Responden dengan Niat terhadap Pelayanan Dokter Keluarga

Dari analisis tabel silang diperoleh bahwa responden yang mempunyai norma subyektif kurang baik, mempunyai niat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama daripada yang tidak berniat, sedang pada responden yang mempunyai norma subyektif baik lebih banyak yang tidak berniat untuk memilih dokter keluarga sebagai tempat pelayanan pertama. Sedang dari analisis statistik uji hubungan dengan Rank-Sperman menunjukkan bahwa ada hubungan antara norma subyektif dengan niat pemilihan pelayanan kesehatan melalui Dokter Keluarga, meskipun sangat lemah ($r = 0,235$, $p\text{-value} = 0,019$).

Norma subjektif diperoleh dari komponen keyakinan normatif yaitu keyakinan tentang pendapat orang lain atau *reference* yang dianggap penting untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu dan komponen motivasi yaitu dorongan dari dalam diri seseorang untuk menuruti pengaruh orang lain (*reference*). Dari tabel 4.17. dapat dilihat bahwa hampir seluruh responden (97%) responden mempunyai norma subyektif yang baik, artinya cenderung mempunyai keyakinan normatif maupun motivasi yang baik terhadap pemilihan pelayanan tingkat pertama melalui dokter keluarga, dan dari analisis statistik dengan Rank-Spearman

menunjukkan ada hubungan yang bermakna meskipun sangat lemah, bahkan sumbangan yang diberikan norma subyektif terhadap niat pemilihan pelayanan Dokter keluarga hanya 5 % ($r^2 = 0,050$).

Jadi meskipun seseorang telah mempunyai keyakinan akan pendapat orang lain tentang sesuatu, dan dalam dirinya sendiri juga telah mempunyai motivasi tentang hal tersebut, namun ternyata tidak selalu diwujudkan dalam suatu tindakan atau perilaku yang diharapkan. Karena untuk dapat mewujudkan suatu perilaku ada faktor-faktor lain yang turut menentukan antara lain kepercayaan terhadap perilaku tersebut, faktor ketersediaan pelayanan kesehatan, jarak dengan pelayanan kesehatan atau dapat dikatakan ada faktor enabling dan faktor reinforcing yang ikut berpengaruh.⁴⁶

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Dari penelitian ini dapat diambil simpulan sebagai berikut :

1. Umur responden yang paling banyak adalah umur 45 tahun keatas (55%), responden yang paling banyak adalah perempuan (56 %), pendidikan yang paling banyak ada pada kategori pendidikan Tinggi (60%), responden sebagian besar telah menikah (93%). Sedang golongan/ kepangkatan responden yang paling banyak golongan III (76 %). Masa kerja yang paling banyak adalah responden dengan masa kerja antara 11 s.d. 20 tahun yaitu sebanyak 56 %.
2. Sebagian besar responden (98 %) mempunyai pengetahuan yang baik bahwa Dokter keluarga dapat dijadikan mitra yang baik dalam memelihara kesehatan keluarga, sedangkan mengenai tempat praktek dokter keluarga baru diketahui oleh sedikit responden (39 %).
3. Hampir seluruh responden (99 %) mempunyai sikap yang baik. Responden mempunyai keyakinan dan evaluasi keyakinan yang baik terhadap pernyataan "bahwa bila berobat Rawat Jalan Tingkat Pertama di DOKTER KELUARGA, maka akan dilayani dengan baik".
4. Hampir seluruh responden (97%) mempunyai norma subyektif yang baik. Responden mempunyai keyakinan bahwa anggota keluarga (kakak/adik), paman/bibi, teman dekat/teman kantor akan menyarankan ke dokter keluarga, serta responden mempunyai keinginan/motivasi positif untuk menuruti saran anggota keluarga serta atasannya.
5. Sebagian besar responden (85 %) mempunyai niat terhadap pelayanan dokter keluarga, niat terbesar (87 %) adalah pada item pernyataan akan segera mengurus kartu Askes peralihan ke dokter keluarga.

6. Ada hubungan yang bermakna antara umur dengan niat terhadap Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama melalui Dokter Keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah dengan $X^2 = 12,508$ dan $p \text{ value} = 0,002$ ($p < 0,01$).
7. Tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan niat terhadap Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama melalui Dokter Keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah, $p \text{ value} = 0,089$ ($p > 0,001$).
8. Tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan niat terhadap Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama melalui Dokter Keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah, dengan $X^2 = 5,229$ dan $p \text{ value} = 0,073$ ($p > 0,01$),
9. Tidak ada hubungan yang bermakna antara status perkawinan responden dengan niat terhadap Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama melalui Dokter Keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah dengan $p \text{ value} = 0,282$ ($p > 0,01$),
10. Tidak ada hubungan yang bermakna antara pangkat/golongan dengan niat terhadap Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama melalui Dokter Keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah, dengan $X^2 = 7,470$ dan $p \text{ value} = 0,058$ ($p > 0,01$).
11. Tidak ada hubungan yang bermakna antara masa kerja responden dengan niat terhadap Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama melalui Dokter Keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah dengan $X^2 = 3,524$ dan $p \text{ value} = 0,172$ ($p > 0,01$),
12. Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan tentang dokter keluarga dan asuransi kesehatan dengan niat terhadap pelayanan Dokter Keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah, tetapi hubungan yang ada adalah lemah yaitu $p \text{ value} = 0,0001$ dan $r = 0,446$; dan pengetahuan memberi sumbangan terhadap niat responden lebih kurang sebesar 20 % ($r^2 = 0,20$)

13. Ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan niat terhadap Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama melalui Dokter Keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah, tetapi hubungan sangat lemah yaitu $p \text{ value} = 0,010$ dan $r = 0,256$, dan sumbangan yang diberikan sikap terhadap niat lebih kurang sebesar 6 % ($r^2 = 0,06$).
14. Ada hubungan antara Norma Subyektif dengan Niat terhadap Pelayanan Pertama melalui Dokter Keluarga di Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah, tetapi hubungan sangat lemah yaitu $p \text{ value} = 0,010$ dan $r = 0,235$, dan sumbangan yang diberikan Norma Subyektif terhadap niat lebih kurang sebesar 5 % ($r^2 = 0,05$).

B. Saran

1. Bagi Institusi (Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah)

Oleh karena dari hasil penelitian sebagian besar responden ingin beralih ke dokter keluarga, dan untuk membantu meningkatkan kesejahteraan PNS melalui program dokter keluarga, maka Dinas P dan K dapat bekerjasama dengan PT Askes KCU Semarang untuk mengadakan sosialisasi kembali tentang Dokter Keluarga dan asuransi kesehatan bagi PNS, serta memfasilitasi untuk penggantian kartu askes, karena untuk beralih ke dokter keluarga harus diikuti perubahan kartu askes.

2. Bagi Institusi (PT Askes KCU Semarang)

- a. Variabel umur mempunyai hubungan secara bermakna dengan niat PNS dan yang terbanyak adalah pada umur 30 s.d. 45 tahun, sementara itu sebenarnya pelayanan dokter keluarga adalah pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk semua PNS, maka diharapkan PT Askes dapat menginformasikan program ini sejak dari CPNS (Calon Pegawai Negeri

Sipil), yaitu melalui Diklat CPNS yang diselenggarakan Pemerintah Daerah atau melalui Badan Kepegawaian Daerah khususnya Bagian Peningkatan Kesejahteraan Pegawai.

- b. Hampir semua item kuesioner pengetahuan dijawab dengan baik oleh responden, namun ada 2 (dua) item dijawab salah oleh lebih dari 50 % responden. Hal ini menunjukkan bahwa responden belum mengetahui tentang hal itu, yaitu item “tempat pelayanan dokter keluarga” dan “Jenis pelayanan dokter keluarga”, sehingga kami menyarankan PT Askes selaku penyelenggara asuransi kesehatan bagi PNS dapat menindaklanjuti dengan menekankan informasi tentang hal tersebut baik melalui leaflet, brosur, maupun buletin PT Askes, yang alangkah baiknya bila kedua hal tersebut bisa disebarluaskan ke instansi-instansi. Karena peserta askes PNS akan mendapatkan informasi yang lebih banyak lagi, baik tentang proses/perkembangan PT Askes dan program-programnya, juga akan menambah wawasan PNS tentang kesehatan, penyakit maupun tentang perasuransian..
- c. Untuk meningkatkan target peserta Askes PNS yang beralih ke dokter keluarga, bisa dilakukan sosialisasi kembali ke kantor-kantor atau dinas/instansi kembali, karena selama kurun waktu 2 tahun baru dilaksanakan sosialisasi 1 kali, yaitu pada awal peluncuran program.
- d. Disamping itu dalam sosialisasi yang akan datang, diharapkan PT Askes memperhatikan hal-hal sebagai berikut :
- Perempuan lebih berniat terhadap pelayanan dokter keluarga.
 - PNS yang berusia 30 s.d. 45 tahun lebih berniat terhadap pelayanan dokter keluarga.
 - Ada kecenderungan semakin tinggi pendidikan, akan semakin berniat terhadap pelayanan dokter keluarga.

- PNS yang telah menikah lebih berniat terhadap pelayanan dokter keluarga
- PNS golongan III lebih berniat terhadap pelayanan dokter keluarga
- PNS dengan masa kerja antara 10 s.d. 20 tahun lebih berniat terhadap pelayanan dokter keluarga
- Ada kecenderungan yang mempunyai pengetahuan tentang askes dan dokter keluarga “baik”, lebih berniat terhadap pelayanan dokter keluarga.

3. Bagi Institusi (Program MIKM)

- a. Penelitian ini telah disusun berdasarkan teori-teori yang ada, namun ternyata hasil penelitian ini tidak selalu sama dengan teori yang ada, oleh karena itu pada kesempatan yang lain perlu dikaji ulang, baik jumlah respondennya maupun ragam variabelnya.
- b. Perlu adanya penelitian model sosialisasi dokter keluarga, karena model sosialisasi yang sekarang dilakukan ternyata kurang dapat menyerap peminat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-undang Nomor : 23 Tahun 1992, *tentang Kesehatan*, Penerbit Ariloka. Surabaya: 2000
2. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2003, *Tentang Subsidi dan Iuran Pemerintah dalam Penyelenggaraan Askes bagi PNS, PP*. Penerbit CV Eko Jaya. Jakarta: 2003
3. Peraturan Pemerintah Nomor : 6 Tahun 1992, *tentang Pengalihan Bentuk Perum Husada Bhakti menjadi Perusahaan Perseroan*, Jakarta.
4. Thabrany, H. *Asuransi Kesehatan Pilihan Kebijakan Nasional*, FKM UI, Jakarta: 1998.
5. Departemen Kesehatan RI. *Penyelenggaraan Puskesmas di Era Desentralisasi: Informasi Singkat*, Jakarta : 2001.
6. Chotimah, N. Faktor-faktor yang mempengaruhi Kepuasan Kerja dan Motivasi Dokter Keluarga PT Askes dalam memberikan Pelayanan Kesehatan bagi Peserta Wajib PT Askes di Kotamadya Malang, Madiun dan Kediri, Propinsi Jawa Timur, *Tesis*. Program Pasca Sarjana UGM, Yogyakarta : 2000.
7. Biro Pusat Statistik. *Jateng dalam angka Tahun 2004*, Semarang : 2004
8. PT Askes Indonesia, *Pedoman Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama oleh Dokter Keluarga bagi Peserta Askes Social*, Jakarta: 2003.
9. PT Askes KCU Kota Semarang. *Laporan Akhir Tahun 2005*. Semarang : 2005
10. Kusnanto, . Dokter Keluarga : Penjaga Gawang Pelayanan Kesehatan, *Jurnal Managemen Pelayanan Kesehatan*. Vol.03/No.04.163-164.Jakarta : 2000.
11. Nurhadi, M. Minat Karya Siswa UGM terhadap kepesertaan JPK-GMC. *Tesis*. Program Pasca Sarjana UGM, Yogyakarta: 2003.
12. Mas'udah. Beberapa Faktor yang berhubungan dengan Pemilihan Tempat Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan pada Keluarga Miskin (Gakin) di Wilayah Kerja Puskesmas Sulang Kabupaten Rembang Tahun 2006, *Skripsi*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro. Semarang : 2006.
13. Undang-undang Nomor 43 Tahun 1999, *Tentang Perubahan atas UU Nomor 8 Tahun 1974, Tentang Pokok-pokok Kepegawaian*. CV Eko Jaya, Jakarta: 1999.
14. Thabrany, H. *Asuransi Kesehatan Pilihan Kebijakan Nasional*, FKM UI, Jakarta: 1998.
15. Azwar, Azrul. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Edisi ketiga. Binarupa Aksara. Yogyakarta : 1996.
16. Sulastomo. *Manajemen Kesehatan*. PT Gramedia Pusataka Utama, Jakarta: 2000.
17. Trisnantoro, L. *Prinsip-prinsip, Asuransi Kesehatan dan Identifikasi Masalah*. UGM Press. Yogyakarta : 1995
18. Murti, Bhisma. *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*. Kanisius, Yogyakarta : 2000
19. Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991, *Tentang Pemeliharaan Kesehatan PNS, PP, Veteran, PK beserta keluarganya*. Penerbit CV Eko Jaya, Jakarta : 1991

20. Lobovitz, G.H. 1991. *Beyond The Total Quality Management Mistique, Health Care Excecutive*, 15-17.
21. Suprpto, J. *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan*. Edisi Pertama, Rineka Cipta, Jakarta : 1987
22. Wonodirekso, Sugito. *Serba-serbi Dokter Keluarga : Sistem Pelayanan Dokter Keluarga* [Artikel, 20 Agustus 2004], <http://www.jpkm-online.net/kolomdokel.php?pid=15&act=detail>
23. Kotler, P and Clarke, R.N., *Marketing for Health Care Organizations*. Prentice Hall Inc. Englewood Cliffs, New Jersey : 1987
24. Azwar, Azrul. 1997. *Pengantar Pelayanan Dokter Keluarga*. Edisi II, YPIDI, Jakarta.
25. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 56 Tahun 1996, tentang *Pengembangan Dokter Keluarga*.
26. Pusat data dan Informasi Departemen Kesehatan RI, *Pelayanan Kedokteran Keluarga dan JPKM* [Artikel], <http://72.14.207.104/search?q=cache:Yr2atFKU-mgJ:www.depkes.go.id/index.php%>
27. Affandi, B. Masalah Dokter Keluarga di Indonesia. *Majalah Dokter Keluarga*. Vol. 3/No.4, 187-190. Jakarta : 1984
28. Cambriedge Research Institute, 1976. *Trends Affecting Thensks Health Care System, Aspen System Coop*. Germantown, Md.
29. Azwar, A. 1991. Keududukan dan Peranan Pelayanan Dokter Keluarga dalam Sistem Kesehatan Nasional. *Majalah Dokter Keluarga*. Vol.10/no.04.55-59.
30. Kroeger, Axel. *Antropological and Sosiomedical Healthcare Research in Developing Countries, Journal of Social Science and Medicine*, vol. 17 No. 3: 1983.
31. Chaplin, J.P. *Dictionary of Psychology*, First Edition, Kartono, K. 1997, Alih Bahasa PT Raja Giofinda Persada. Jakarta: 1975
32. As'ad, Moh. *Psikologi Indonesia* . Liberty. Yogyakarta: 1995.
33. Gunarso, S.D. dan Gunarso, Y.D. *Psikologi Perawatan* , BPK Gunung Mulia, Jakarta: 1995
34. Ogden, Jane. *Health Psychology a Text Book*. Open University Press. Philadelfia. 1996.
35. Azwar, Saifuddin. *Sikap Manusia, Teori dan Pengukuran*. Edisi Kedua, Pustaka Pelajar. Yogyakarta: 2002.
36. Walgito, Bimo. *Psikologi Umum*. Yogyakarta : 2002
37. Singarimbun, Masri & Effendi Sofian, *Metodologi Penelitian Survey*, LP3ES, Yogyakarta : 1995.
38. Arikunto, S. 1998. *Prosedur Penelitian, Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi Revisi IV, Rineke Cipta, Yogyakarta.
39. Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah, *Profil Kepegawaian Tahun 2005*. Semarang : 2005.
40. Notoatmojo, Soekijo. *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan*. Badan Penerbit Andi Offset. Yogyakarta : 1993.

41. Hadi, Sutrisno. *Analisis Bantu*. Andi Offset, Yogyakarta : 1996
42. Junadi, Purnawan. *Pengantar Analisis Data*, Rineka Cipta, Jakarta: 1995.
43. Sugiyono, *Statistika untuk Penelitian*, Alfabeta : 1997.
44. Ghozali, Imam. *Analisis Multivariate*. Badan Penerbit Universitas Diponegoro: 2005.
45. Peraturan Pemerintah Provinsi Jawa Tengah, Perda No. 7 Tahun 2001, tentang Pembentukan, Kedudukan, Tugas Pokok, Fungsi dan Susunan Organisasi Dinas P dan K Provinsi Jawa Tengah dan dinas-dinas lainnya.
46. Green, Lawrence W, Kreuter Marshal W, Deeds, Sigrid G & Patridge Kay B, *Health Education Palanning & Diagnostic Approach*, Mayfield Publishing, 1990.
47. Winarno, Heri. Beberapa Faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan pemeriksaan Kehamilan (K4) di Wilayah Kerja Puskesmas Guntur II Kab. Demak. *Skripsi*, FKM Undip. Semarang :1998
48. Mc. Donald, T.P. dan Coburn, A.F. *Predictors of Prenatal Care Utilization*, Soc.Sci.Med. 27 (2), 1998.
49. Sudibyo, A. Minat membeli Program Asuransi Tambahan untuk Biaya Rawat Inap bagi Pegawai Negeri Peserta Askes di Kota Denpasar . *Tesis*.
50. Ilana S.Y. et all...., *Maternal Education as a modifier of The Association Between Low Birth Weight and Infant Mortality*, International Journal of Epidemiology, XVIII (2), 1998.