

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN PEGAWAI
NEGERI SIPIL (PNS) DI KECAMATAN JOHAN
PAHLAWAN DAN KECAMATAN BUBON
TENTANG PROGRAM DOKTER
KELUARGA PT ASKES**

SKRIPSI

OLEH

**FRENKI YONG
09C10104009**



**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS TEUKU UMAR
MEULABOH ACEH BARAT
2013**

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Visi Kementerian Kesehatan 2010-2015 yaitu untuk mencapai masyarakat yang sehat, mandiri dan berkeadilan dengan misi meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat swasta dan masyarakat madani, melindungi kesehatan masyarakat dan menjamin tersedia upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu dan berkeadilan, menjamin ketersediaan dan pemerataan sumber daya kesehatan serta menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Kesehatan mempunyai peranan besar dalam meningkatkan derajat hidup masyarakat. Karena itu semua negara berupaya menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang sebaik-baiknya. Pelayanan kesehatan ini berarti setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit, serta memulihkan kesehatan perseorangan, kelompok ataupun masyarakat. (Purwanti, 2006).

Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 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 optimal, 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 persen) dari penghasilannya, disamping itu pemerintah wajib memberikan subsidi dan iuran dalam penyelenggaraan asuransi kesehatan bagi PNS.

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. Mulai tahun 2010 pelayanan yang biasanya di puskesmas akan berubah menjadi pelayanan dokter keluarga. Tiap orang akan mendapatkan layanan langsung dari dokter terkait, kata Direktur Utama PT Askes dr I Gede Subawa saat jumpa pers menjelang Pertemuan Nasional Kemitraan PT Askes dengan RS dan Dinas Kesehatan seluruh Indonesia di Hotel Bumi Surabaya, Senin (kesehatan kompas, 2010).

Selain realisasi Jaminan Kesehatan Semesta di Aceh atau JKA, Provinsi Aceh juga menerapkan pelayanan kesehatan berbasis Dokter Keluarga. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Aceh M. Yani di Banda Aceh, mengatakan, masing-

masing kecamatan akan ditempatkan dua Dokter Keluarga dan mereka akan melayani masyarakat sesuai wilayah tugasnya tanpa dipungut biaya. Setiap Dokter Keluarga ini juga akan bertanggung jawab terhadap pengadaan obat-obatan dan alat medis di tempatnya membuka praktik. “Segala biaya yang dikeluarkan Dokter Keluarga tersebut akan dibebankan pada program JKA, termasuk jasa konsultasi kesehatan dokter yang bersangkutan. Nantinya, Dokter Keluarga ini sebelum membuka praktik akan mendapat sertifikasi dari Dinas Kesehatan bersama PT Askes selaku pengelola JKA di Provinsi Aceh. Sementara itu I Gede Subawa mengatakan, Aceh merupakan provinsi satu-satunya di Indonesia yang menerapkan pola Dokter Keluarga dalam jaminan kesehatan daerah bagi masyarakatnya (Info Askes, 2010).

Pelayanan dokter keluarga adalah pelayanan kedokteran yang menyeluruh yang memusatkan pelayanan kepada keluarga sebagai suatu unit, dimana tanggung jawab dokter terhadap pelayanan kesehatan tidak dibatasi oleh golongan umur atau jenis kelamin pasien juga tidak boleh organ tubuh atau jenis penyakit tertentu. Dokter keluarga adalah dokter yang dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berorientasi komunitas dengan titik berat kepada keluarga, ia tidak hanya memandang penderita sebagai individu yang sakit tetapi sebagai bagian dari unit keluarga dan tidak hanya menanti secara pasif tetapi bila perlu aktif mengunjungi penderita atau keluarganya (Marbun, 2011).

Permasalahan yang di hadapi dalam program ini adalah banyaknya masyarakat yang kurang mengetahui program dokter keluarga karena minimnya sosialisasi terkait program dokter keluarga. Akibatnya banyaknya

peserta Askes yang tidak mengetahui siapa dokter keluarga yang ditunjuk oleh Askes. Celakanya lagi, dari hasil temuannya, seorang dokter keluarga hanya memiliki nama peserta Askes tanpa alamat lengkap. Hal itu dikemukakan karena menerima banyak aduan dari para peserta Askes yang mengeluhkan layanan dokter keluarga Askes (suaramerdeka, 2011).

Berdasarkan wawancara awal penulis dengan petugas PT Askes Cabang Meulaboh pada Maret 2013, program ini juga terkendala karena masyarakat lebih memilih langsung ke pukesmas untuk berobat atau dokter praktek dikarenakan dokter keluarga yang ditunjuk akan sakit dan jumlah PNS yang terdaftar program dokter keluarga berjumlah 269 jiwa ditangani 1 dokter dan di lihat dari data di peroleh di PT Askes jumlah PNS yang terdaftar di PT askes di Kecamatan Johan Pahlawan 1.276 jiwa dan PNS di Kecamatan Bubon Berjumlah 335, dan dilihat dari data yang di peroleh di Badan Kepagawain Pendidikan Dan Pelatihan (BKPP) di Aceh berat jumlah keseluruhan PNS Berjumlah 6.115 jiwa. Berdasarkan hal tersebut diatas maka penulis tertarik melakukan penelitian tentang “Gambaran tingkat pengetahuan pegawai negeri sipil (PNS) di Kecamatan Johan Pahlawan dan Kecamatan Bubon tentang program dokter keluarga PT Askes.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang permasalahan di atas maka perumusan masalah yang dapat dikembangkan adalah bagaimana Gambaran tingkat pengetahuan

pegawai negeri sipil (PNS) di Kecamatan Johan Pahlawan dan Kecamatan Bubon tentang program dokter keluarga PT Askes.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui Gambaran tingkat pengetahuan pegawai negeri sipil (PNS) di Kecamatan Johan Pahlawan dan Kecamatan Bubon tentang program dokter keluarga PT Askes

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui gambaran pengetahuan pegawai negeri sipil tentang program dokter keluarga PT Askes di lihat dari jenis kelamin PNS.
2. Untuk mengetahui gambaran pengetahuan pegawai negeri sipil tentang program dokter keluarga PT Askes di lihat dari golongan PNS.
3. Untuk mengetahui gambaran pengetahuan pegawai negeri sipil tentang program dokter keluarga PT Askes di lihat dari umur PNS.
4. Untuk mengetahui gambaran pengetahuan pegawai negeri sipil tentang program dokter keluarga PT Askes di lihat dari tempat tinggal PNS.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Secara Teoritis

1. Bagi PT Askes

Hasil penelitian di harapkan dapat menjadi masukan oleh PT Askes sehingga program ini dapat berjalan lebih baik.

2. Bagi Pegawai Negeri Sipil

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tentang program kesehatan dari PT Askes yang salah satu program dokter keluarga sehingga program dokter keluarga dapat bermanfaat.

3. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan pengetahuan tentang program dokter keluarga dari PT Askes , dan dapat digunakan dalam penelitian lebih lanjut.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini di harapkan dapat memberikan informasi, dan tambahan kepustakaan skripsi yang bermanfaat untuk penelitian.

1.4.2. Secara Aplikatif:

Dengan diketahuinya program dokter keluarga PT Askes diharapkan program dokter keluarga dapat dimanfaatkan oleh Pegawai Negeri Sipil untuk menfaatkan program tersebut.

BAB II

TINJAUN PUSTAKA

2.1. Pegawai Negeri Sipil (PNS)

Menurut undang-undang Nomor 43 Tahun 1999 pengertian Pegawai Negeri Adalah 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 serahi tugas negara lainnya yang ditetapkan berdasarkan sesuatu peraturan perundang-undangan dan digaji menurut perundang-undangan yang berlaku. (Rokhisah, 2006,)

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 berdasarkan ketentuan tersendiri misal bupati, gubernur, menteri.4). Digaji menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku. Gaji adalah imbalan jasa atas prestasi seorang pegawai negeri. (Rokhisah, 2006,)

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.

2.2. Asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan adalah suatu mekanisme pengalihan resiko sakit (sakit) dari resiko perorangan menjadi resiko kelompok. Dengan cara mengalihkan resiko individu menjadi resiko kelompok, beban ekonomi yang harus dipikul oleh masing-masing peserta asuransi akan lebih ringan tetapi mengandung kepastian karena memperoleh jaminan. (Munijaya, 2004).

2.2.1. Asuransi Kesehatan Di Indonesia

Secara universal, beberapa jenis asuransi kesehatan yang berkembang di Indonesia.

A. Asuransi kesehatan sosial (*Sosial Health Insurance*)

Asuransi kesehatan sosial memegang teguh prinsipnya bahwa kesehatan adalah sebuah pelayanan sosial, pelayanan kesehatan tidak boleh semata-mata

diberikan berdasarkan status sosial masyarakat sehingga semua lapisan berhak untuk memperoleh jaminan pelayanan kesehatan.(Munijaya, 2004).

Asuransi kesehatan sosial dilaksanakan dengan menggunakan prinsip sebagai berikut.1) Keikutsertaan bersifat wajib. 2) Menyertakan tenaga kerja dan keluarga. 3) Iuran/premi berdasarkan persentase gaji/ pendapatan. Untuk jamsostek (jaminan sosial tenaga kerja) dipotong 6-8% bagi yang sudah berkeluarga dan 3% untuk yang masih bujangan. Askes menetapkan premi hanya 2% dari gaji pokok PNS. Idealnya, anggaran kesehatan harus dihitung 5% dari GDP. 4) Premi untuk tenaga kerja di tanggung bersama (50%) oleh pemberi dan tenaga kerja. 5) Premi tidak ditentukan oleh resiko perorangan tetapi di dasarkan pada resiko kelompok (*collective risk sharing*). 6) Tidak di perlukan pemeriksaan kesehatan awal. 7) Jaminan pemeliharaan kesehatan yang di peroleh bersifat menyeluruh (*universal coverage*). 8) Peran pemerintah sangat besar untuk mendorong berkewenangan asuransi kesehatan sosial diindonesia. Semua pegawai negeri diwajibkan untuk mengikuti asuransi kesehatan.

Di indonsia, asuransi kesehatan bagi pegawai Negeri Sipil dan Pemerintah pensiunan dikelola oleh PT Askes. Asuransi kesehatan bagi tenaga kerja dikelola oleh PT. Jamsostek. (Munijaya, 2004).

B. Asuransi Kesehatan Komersial Perorangan (*Regulated Private Health insurance*).

Model asuransi kesehatan ini juga berkembang di Indonesia dapat di beli preminya baik oleh individu maupun segmen masyarakat kelas menengah keatas.

1) Keikutsertaannya bersifat perorangan sukarela. 2) Iuran / premi berdasarkan angka absolut, ditetapkan berdasarkan yang dipilih. 3) Premi berdasarkan atas resiko perorangan dan ditentukan oleh faktor usia jenis kelamin dan pekerjaan. 4)

Dilakukan pemeriksaan kesehatan awal. 5) Santun di berikan sesuai dengan kontrak. 6) peran pemerintah relative kecil.

Di Indonesia, produk asuransi kesehatan komersil dikeloloah oleh Lippo life, BNI Life, Tugu Mandiri dan sebagainya. (Munijaya, 2004).

C. Asuransi Kesehatan Komersil Kelompok (*Regulator Private Health Insurance*).

Jenis asuransi ini merupakan alternatif lain sistem asuransi kesehatan komersial dengan prinsip- prinsip dasar sebagai berikut. 1) Keikutsertaan bersifat sukarela tetapi kelompok. 2) Iuran/ preminya berdasarkan atas angka absolut. 3) Perhitungannya premibersifat community rating yang bersifat yang berlaku untuk kelompok masyarakat. 4) Santuanan (jaminan pemeliharaan kesehatan) diberikan seseuai dengan kontrak. 5) Tidak di perlukan pemerikasan awal. 6) Peranan pemerintah cukup besar dengan membuat peraturan perundang undangan.

Di Indonesia produk Asuransi kesehatan sukarela juga dikelolah oleh PT Askes.(Munijaya, 2004).

2.3. Perkembangan PT. Askes (Persero)

PT.Askes (Persero) hadir tahun 1968, melalui Keputusan Presiden Nomor 230/1968, menggantikan sistem lama yang berlaku sejak jaman Belanda. Sejalan dengan perubahan status menjadi Perusahaan Umum pada tahun 1984, dilaksanakan upaya membangun sistem pelayanan dan pembiayaan kesehatan yang terintegrasi yaitu mengubah system *reimbursement fee for services system* menjadi *managed health care concept*. (Baequny, 2009).

Implikasi dari perubahan sistem adalah berubahnya dari sistem yang bebas menjadi sistem dengan berbagai prosedur, dan inilah yang kemudian oleh peserta

Askes sering dianggap sebagai pelayanan yang berbelit-belit, padahal di semua negara prosedur ini juga diberlakukan, perubahan tersebut yaitu sebagai berikut :

- a. Standarisasi obat yang dikenal dengan DPHO (Daftar dan Plafon Harga Obat) pada tahun 1987, ini diperlukan karena mengingat banyaknya obat yang beredar dengan harga yang sangat variatif.
- b. Diberlakukannya konsep Dokter keluarga, rujukan dan wilayah dalam pelayanan kesehatan. Konsep ini telah memberi dampak menurunnya pelayanan spesialis dan rawat inap sehingga aspek pembiayaan juga menurun.
- c. Diberlakukannya sistem pembiayaan prospektif (*prospective paymentsystem*), kapitasi pada dokter keluarga/puskesmas, tarif paket harian rawat inap dan rawat jalan lanjutan sampai ke sistem kapitasi total serta DRGs (*Diagnostic Related Groups*) pada tindakan-tindakan khusus.

Tujuan *managed care* adalah untuk menciptakan sistem pelayanan kesehatan yang optimal yang menjamin terselenggaranya pemeliharaan kesehatan yang bermutu dengan biaya yang optimal. Pada dasarnya konsep ini mengintegrasikan konsep pelayanan kesehatan (*delivery of care*) dan konsep pembiayaan kesehatan (*financing of healthcare*) menjadi satu sistem untuk menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu dengan biaya yang optimal. Dengan demikian badan penyelenggara dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dengan biaya yang terkendali. Pada tahun 1992 Perusahaan Umum berubah menjadi PT (Persero) Asuransi Kesehatan, sejalan dengan perubahan badan penyelenggara, maka kepesertaan PT. Askes telah diperluas selain PNS/pensiun juga mencakup veteran

dan perintis kemerdekaan sebagai peserta wajib. Disamping itu PT. Askes juga membuka peluang memperluas kepesertaan secara sukarela bagi badan usaha seperti BUMN/D, dan swasta termasuk lingkungan pendidikan. (Baequny, 2009).

2.3.1. Tujuan Pokok Perusahaan

Tujuan perusahaan adalah turut melaksanakan dan menunjang kebijaksanaan dan program pemerintah di bidang ekonomi dan pembangunan nasional pada umumnya, serta pembangunan asuransi, khususnya asuransi kesehatan bagi pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan beserta keluarganya dan peserta lainnya serta menjalankan jaminan pemeliharaan kesehatan dengan menerapkan prinsip-prinsip perseroan terbatas.(Baequny, 2009).

2.3.2. Visi dan Misi Perusahaan

Dalam rencana jangka panjang perusahaan (RJPP), visi dan misi PT Askes (Persero) sebagai berikut:

a. Visi

Menjadi perusahaan spesialis asuransi kesehatan dan jaminan pemeliharaan kesehatan dan *market leader* di Indonesia Yang dimaksud dengan spesialis adalah hanya melakukan usaha dalam bidang asuransi kesehatan dan jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK) dan menyelenggarakan usaha asuransi kesehatan dan jaminan pemeliharaan secara profesional dan selalu memberikan pelayanan yang bermutu bagi pelanggan. Sebagai *market leader*, perusahaan dapat menguasai pangsa pasar 20 % dari potensi pasar dalam 5 tahun ke depan dan menjadi pusat pembelajaran di bidang asuransi kesehatan bagi pihak lain (*center of excellence*)

b. Misi

Turut membantu pemerintah di bidang kesehatan, dengan :

- 1) Menyelenggarakan JPK yang bersifat sosial berdasarkan sistem *managed care* untuk kemanfaatan maksimum bagi peserta askes.
 - 2) Menyelenggarakan Askes yang bersifat komersial bagi masyarakat berpenghasilan tetap terutama kelompok menengah keatas berdasarkan sistem *managed care* dan *indemnity* untuk kemanfaatan *stake holders*
- Lebih lanjut misi tersebut dapat diuraikan sebagai berikut, yaitu perusahaan bergerak dibidang kesehatan sesuai dengan penugasan oleh pemerintah dalam Peraturan Pemerintah Nomor 69 tahun 1991, dimana perusahaan pada dasarnya menyelenggarakan dua program yaitu jaminan pemeliharaan kesehatan yang bersifat sosial dan asuransi kesehatan yang bersifat komersial.(Baequny, 2009).

2.4. Dokter Keluarga

Yang perlu dibahas dalam Dokter Keluarga adalah tentang pengertian dokter keluarga, pengertian pelayanan dokter keluarga, tujuan pelayanan dokter keluarga, cirri-ciri pelayanan dokter keluarga, manfaat dokter keluarga, serta kedudukan dan peranan dokter keluarga dalam Sistem Kesehatan Nasional.(Rokhisah, 2006,)

2.4.1. Pengertian

Pengertian tentang dokter keluarga masih terus diperbincangkan, salah satu definisi tentang dokter keluarga adalah dari *The American Board of Family*

Practice (1947) 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.

Sedangkan PT Asuransi Kesehatan Indonesia (PT Askes) selaku penyelenggara program Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJPT) Dokter Keluarga memdefinisikan dokter keluarga dengan mengacu pada definisi dari *The American Academy of Family Physician (AAFP)* 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 memilih sebagai mitra utama pemeliharaan kesehatan. (Rokhisah, 2006,)

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. (Rokhisah, 2006,)

2.4.2. Pelayanan Dokter Keluarga

Menurut Departemen Kesehatan RI dalam Azwar pelayanan kedokteran keluarga adalah pelayanan kesehatan/asuhan medik yang didukung oleh pengetahuan mutakhir secara paripurna (*comprehensive*) terpadu, menyeluruh (*holistic*) terhadap semua keluhan dari pengguna jasa sebagai komponen keluarganya, jenis kelamin dan sesuai dengan kemampuan yang ada. (Rokhisah, 2006,)

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 medisringan, 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 bertanggung jawab 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. (Rokhisah, 2006.)

2.4.3. Tujuan Pelayanan Dokter Keluarga

Tujuan pelayanan dokter keluarga menurut *The American Academy of Family Physician (AAFP)* 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.

2.4.4. 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. Ciri pelayanan dokter keluarga menurut Azwar (1988) : 1) memiliki pengetahuan dan ketrampilan khusus kedokteran dan keluarga serta kesehatan keluarga yang diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan khusus dengan pengalaman dibidang 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 sumberdaya kesehatan bagi keluarga dan anggotanya.

Sedang berdasarkan Mukhtar 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 kebutuhandan berusaha memenuhi kebutuhan tersebut sebaik-baiknya, 5) menyediakan dirinya sebagai tempat pelayanan kesehatan tingkat pertama dan bertanggung jawab pada pelayanan kesehatan lanjutan.

Hasil Muktamar 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 prakteknya perorangan, dimana satu orang dokter keluarga praktek dalam satu tempat prakteknya.
4. Dokter keluarga yang terkoordinasi dalam suatu organisasi menyerupai *Independent Practice Association (IPA)* di Amerika Serikat. Dengan system ini beberapa dokter berafiliasi dalam satu wadah organisasi, dan organisasi ini menjalin ikatan kerja sama 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.

2.4.5. Manfaat Dokter Keluarga

Hasil dari Cambridge Research Institute (1976) 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 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 Kusnanto (2000) dengan konsep dokter keluarga diharapkan dapat memberikan keuntungan kepada berbagai pihak, antara lain: 1) bagi peserta, pelayanan 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 sector swasta.

Menurut Affandi (1986) 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

2.4.6. 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 (*continous*). 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.

2.5. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengetahuan yang cukup di dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan (notoadmodjo, 2003).

2.5.1. Tingkat Pengetahuan

A. Tahu (*Know*)

Tahu artinya sebagai mengingat suatu materi yang telah di pelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*Recall*) terhadap suatu yang spesifik dari keseluruhan bahan yang di pelajari atau di rangsangan yang telah diterima.

B. Memahami (*Comprehansion*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang di ketahui, dan dapat mengiterpensi materi tersebut secara benar.

C. Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kamampuan untuk menggunakan materi yang telah di pelajari pada situasi atau kondosi real (sebenarnya).

D. Analisis (*Anliysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek keadaan komponen komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

E. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

F. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kamampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria-kriteria yang telah ada.

2.5.2. Cara Memperoleh Pengetahuan

A. Cara Tradisional atau Non Ilmiah

Cara ini dipakai orang untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, sebelum di kemukakannya metode ilmiah secara sistematis dan logis. Cara-cara penemuan pengetahuan pada periode ini antara lain meliputi (Notoadmojo, 2003).

B. Cara Coba-Salah (*Trial and Error*)

Cara ini telah dipakai orang sebelum adanya kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya peradaban. Cara ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah, dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil, di coba kembali dengan kemungkinan ketiga, dan seterusnya, sampai masalah tersebut dapat di terpecahkan. Itulah sebabnya maka cara ini disebutkan metode Trial and Error.

C. Cara Kekuasaan atau Otoritas

Dalam kehidupan manusia sehari-hari, banyak sekali kebiasaan-kebiasaan dan tradisi-tradisi yang dilakukan oleh orang tanpa melalui penalaran. Kebiasaan-kebiasaan ini biasanya di wariskan turun temurun dari generasi ke generasi berikutnya.

Kebiasaan seperti ini tidak hanya terjadi pada masyarakat tradisional saja. Melainkan juga terjadi pada masyarakat modern. Kebiasaan-kebiasaan ini seolah-olah di terima dari sumbernya sebagai kebenarannya yang mutlak sumber

pengetahuan tersebut dapat berupa pemimpin-pemimpin masyarakat baik formal maupun informal, ahli agama, pemegang pemerintah dan sebagainya.

2.5.3. Beberapa Faktor Seseorang Dalam Meperoleh Pengetahuan

A . Berdasarkan Pengalam Pribadi

Pengalaman adalah guru yang baik, demikian bunyi pepatah. Pepatah ini mengandung maksud bahwa pengalaman itu merupakan sumber pengetahuan atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan. hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi masa yang masa lalu.

B. Melalui Jalan Pikiran

Sejalan dengan perkembangan kebudayaan umat manusia, cara berpikir manusia pun ikut berkembang. Dari sini manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh kebenaran pengetahuan telah menggunakan jalan pikirannya, baik melalui khusus (induksi) maupun Umum (deduksi). Induksi dan deduksi pada dasarnya merupakan cara melahirkan pemikiran secara tidak langsung melalui pertanyaan-pertanyaan yang di kemukakan kemudian dicari hubungan sehingga dapat di buat suatu kesimpulan.

C. Cara Modern Dalam Memperoleh Pengetahuan

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis, dan ilmiah, cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau lebih populer disebut metode penelitian (*Reseach Methodology*), cara ini mula-

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis dan Rencana Penelitian

Penelitian ini bersifat Deskriptif yaitu untuk melihat Gambaran tingkat pengetahuan Pegawai Negeri Sipil (PNS) di kecamatan Johan Pahlawan dan Kecamatan Bubon tentang program dokter keluarga PT Askes.

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian di lakukan di kecamatan Johan Pahlawan dan kecamatan Bubon.

3.2.2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan Pada Bulan Mei s/d juni Tahun 2013.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

Dalam penelitian ini yang menjadi populasi adalah keseluruhan Pegawai Negeri Sipil (PNS) yang ada di Kecamatan Johan Pahlawan dan Kecamatan Bubon yaitu di Kecamatan Johan Pahlwan berjumlah 1.276 jiwa dan Kecamatan Bubon 335 jiwa.

3.3.2. Sampel

Sampel adalah bagian atau wakil dari populasi yang di teliti. Dalam pengambilan sampel jika subjek yang diteliti kurang dari 100, lebih baik di ambil semua, jika subjek lebih dari 100 maka dapat di ambil 10%-15% atau 20%-25% (Arikunto,2006).

Sampel yang diambil penelitian ini adalah Pegawai Negeri Sipil yang berkerja di wilayah kerja Kecamatan Johan Pahlawan berjumlah 1.276 jiwa dan Kecamatan Bubon berjumlah 335 jiwa, adapun penentuan besarnya sampel dalam penelitian ini berdasarkan teori Arikunto (2006) diatas, yaitu sampel di ambil sebanyak 10%dari total populai. Jadi besarnya sampel di Kecmatan Johan Pahlawan adalah $10\% \times 1.276 = 127$ jiwa, dan di kecamatan Bubon adalah $10\% \times 335 = 33$ jiwa.

3.4. Metode Penelitian

3.4.1. Data Primer

Data dikumpulkan melalui wawancara dari responden dengan menggunakan Kuesioner di Kecamatan Johan Pahlawan dan Kecamatan Bubon Kabupaten Aceh Barat.

3.4.2. Data Sekunder

Data yang di peroleh dari PT Askes, internet, Laporan-laporan , serta letaratur-letaratur apa saja berkaitan dengan penelitian

3.5. Instrumenn Penelitian

Instrumen berupa kuesioner yang di buat dalam pertanyaan tertutup yang birisikan data karakteristik responden yaitu : jenis kelamin, umur, golongan (kepangkatan PNS), tempat tinggal.

Kuesioner selanjutnya adalah pertanyaan yang berhubungan dengan variabel pengetahuan pegawai negeri sipil (PNS) tantang program dokter keluarga PT Askes yang terdiri dari 10 pertanyaan. semua pertanyaan dengan jawaban Ya dan Tidak, jika reaponden menjawab Ya maka di beri skor 1, bila tidak di beri skor 0, cara pengambilan sampel *Aciendetal sampling*.

3.6. Defenisi Operasional

Tabel 3.1. Varibel Penelitian

1. Pengetahuan	Defenisi	: hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap program dokter keluarga PT Askes.
	Cara ukur	: Wawancara
	Alat ukur	: Kuesioner
	Hasil ukur	:1. Tahu 2. Tidak tahu
	Skala ukur	:Ordinal

3.7. Aspek Pengukuran

1. Tahu : Jika responden mendapatkan nilai > 5 dari total skor
2. Tidak tahu : jika responden mendapatkan nilai ≤ 5 dari total skor

3.8. Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan secara univariat dilakukan terhadap setiap hasil penelitian. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Karakteristik Responden

4.1.1. Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil data yang di peroleh menunjukkan pegawai negeri sipil (PNS) berjenis kelamin laki-laki dan perempuan. Untuk lebih jelas dapat dilihat Pada tabel di bawah..

Tabel 4.1. Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin Pada Pegawai Negeri Sipil (PNS) di kecamatan Johan Pahlawan Dan Kecamatan Bubon di kabupaten Aceh Barat.

Dikecamatan Johan Pahlawan

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	(%)
1	Laki- Laki	84	66%
2	Perempuan	43	34%
Total		127	100%

Sumber : Data Primer (diolah 2013)

Dikecamatan Bubon

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	(%)
1	Laki-laki	29	88%
2	Perempuan	4	12%
Total		33	100%

Sumber : Data Primer (diolah 2013)

Dari tabel di atas dapat di ketahui bahwa sebagai besar responden di Kecamatan Johan Pahlawan adalah responden laki-laki terbesar (66%) sedangkan responden wanita yang terkecil sebesar (34%), dan di Kecamatan Bubon adalah responden laki-laki terbesar (88%) sedangkan responden wanita yang terkecil sebesar (12%).

4.1.2. Golongan PNS (Kepangkatan PNS)

Pengukuran kepangkatan PNS di katagorikan berdasarkan golongan I, II, III, IV. Untuk lebih jelasnya dapat di lihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.2. Distribusi frekuensi responden berdasarkan Kepangkatan PNS di kecamatan Johan Pahlawan dan kecamatan Bubon Kabupaten Aceh Barat.

Dikecamatan Johan Pahlawan

No	Kepangkatan (PNS)	Frekuensi	(%)
1	Golongan I	16	12%
2	Golongan II	42	33%
3	Golongan III	67	53%
4	Golongan IV	2	2%
Total		127	100%

Sumber : Data Primer (diolah 2013)

Dikecamatan Bubon

No	Kepangkatan (PNS)	Frekuensi	(%)
1	Golongan I	9	27%
2	Golongan II	11	33%
3	Golongan III	13	40%
4	Golongan IV	0	0%
Total		33	100%

Sumber : Data Primer (diolah 2013)

Dari tabel di atas dapat di ketahui bahwa di Kecamatan Johan Pahlawan responden terbesar dari golongan III sebesar (53%), golongan II sebesar (33%), golongan I sebesar (12%), golongan IV sebesar (2%), sedangkan di kecamatan Bubon responden terbesar dari golongan III sebesar (40%), golongan II sebesar (11%), golongan I sebesar (27%), golongan IV sebesar (0%).

4.1.3. Umur

Pengukuran umur responden di kategorikan menjadi usia dewasa muda (20-30 Tahun) dan usia dewasa menengah (31-45 Tahun). (Hurlock, 2000) untuk lebih terperinci dapat di lihat pada tabel berikut ini

Tabel 4.3. Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur Pada Pegawai Negeri Sipil (PNS) di kecamatan Johan Pahlawan dan kecamatan Bubon Kabupaten Aceh Barat.

Dikecamatan Johan Pahlawan

No	Umur	Frekuensi	(%)
1	20-30	32	25%
2	31-45	75	59%
3	≥ 45	20	16%
Total		127	100%

Sumber : Data Primer (diolah 2013)

Dikecamatan Bubon

No	Umur	Frekuensi	(%)
1	20-30	7	22%
2	31-45	15	45%
3	≥ 45	11	33%
Total		33	100%

Sumber : Data Primer (diolah 2013)

Dari tabel di atas dapat di ketahui bahwa responden di kecamatan Johan Pahlawan yang paling banyak responden umur 31-45 sebesar (59%), umur 20-30 sebesar (25%), umur ≥ 45 sebesar (16%), sedangkan di Kecamatan Bubon yang paling banyak responden umur 31-45 sebesar (45%), umur ≥ 45 sebesar (33%), umur 20-30 sebesar (22%).

4.1.3. Tempat Kerja

Pengukuran tempat kerja di dilihat di kecamatan johan Pahlawan dan Kecamatan bubon. Untuk lebih jelas dapat dilihat di tabel dibawah ini.

Tabel 4.3. Distribusi frekuensi Berdasarkan Tempat Kerja Pegawai Negeri Sipil (PNS) di kecamatan Johan Pahlawan Dan kecamatan Bubon Kabupaten Aceh Barat.

No	Tempat kerja	Frekuensi	(%)
1	Kecamatan Johan Pahlawan	127	79 %
2	Kecamatan Bubon	33	21 %
Total		160	100%

Sumber : Data Primer (diolah 2013)

Dari tabel di atas dapat di ketahui bahwa responden terbanyak di kecamatan Johan Pahlawan sebesar (79%) sedangkan responden terdikit yaitu di kecamatan Bubon sebesar (21%).

4.2. Analisis Univariat

4.2.1. Pengetahuan Pegawai Negeri Sipil Tentang Program dokter Keluarga PT Askes.

Dikarenakan variabel Bebas (*independen*) dalam penelitian ini bersifat konstan yaitu hanya melihat pengetahuan Pegawai Negeri Sipil (PNS) Tentang dokter Keluarga, Analisis yang dilakukan hanya sebatas univariat.

Tabel4.2. Distribusi Persentasi Responden Berdasarkan Pengetahuan, Tahu atau Tidak Tahu Pegawai negeri sipil (PNS) Tentang Program Dokter Keluarga PT Askes di Kecamatan johan Pahlawan Dan Kecamatan Bubon di Kabupaten Aceh Barat.

Dikecamatan Johan Pahlawan

No	Pengetahuan	Frekuensi	(%)
1	Tahu	43	34%
2	Tidak Tahu	84	66%
Total		127	100%

Sumber : Data Primer (diolah 2013)

Dikecamatan Bubon

No	Pengetahuan	Frekuensi	(%)
1	Tahu	0	0%
2	Tidak Tahu	33	100%
Total		33	100%

Sumber : Data Primer (diolah 2013)

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa dikecamatan Johan Pahlawan jumlah responden yang Tahu tentang Program Dokter Keluarga Sebesar (34%), dan yang Tidak Tahu tentang Program Dokter Keluarga sebesar (66%), sedangkan di kecamatan Bubon yang tahu tentang program dokter keluarga sebesar (0%), dan yang Tidak Tahu tentang Program dokter keluarga sebesar (100%).

4.3. Pembahasan

4.3.1. Pengetahuan Pegawai Negeri Sipil (PNS) Tentang Program Dokter Keluarga

Berdasarkan hasil penelitian di dua kecamatan, Kecamatan Johan Pahlawan dan Kecamatan Bubon dimana kecamatan Johan Pahlawan frekuensi responden yang mengetahui program dokter keluarga sebesar 43 orang responden (34%) dan yang tidak mengetahui program dokter keluarga sebesar 84 orang responden (66%) sedangkan di kecamatan Bubon yang mengetahui program dokter keluarga sebesar 0 orang responden (0%) dan yang tidak mengetahui sebesar 33 orang responden (100%) responden mempunyai pengetahuan dengan katagori tidak baik dimana di dua kecamatan banyak yang tidak mengetahui program dokter keluarga.

Dari analisis univariat di peroleh informasi bahwa distribusi frekuensi berdasarkan jenis kelamin di dua kecamatan, kecamatan Johan Pahlawan 84 orang (66%) laki-laki dan 43 orang (34%) perempuan, sedangkan di kecamatan Bubon 29 orang (88%) laki-laki dan 4 orang (12%) perempuan dilihat dari tabel di atas maka proporsi laki-laki lebih banyak di bandingkan perempuan.

Dilihat dari frekuensi distribusi responden katagori golongan kepangkatan dapat diketahui responden tertinggi di dua kecamatan, kecamatan Johan Pahlawan golongan I sebesar 12%, golongan II 33%, golongan III 53%, golongan IV sebesar 2% dan di kecamatan Bubon Golongan I sebesar 27%, golongan II sebesar 11%, golongan III sebesar 40%, golongan IV sebesar 0% jadi responden berdasarkan golongan di jadikan sampel penelitian ini sesuai dengan data yang di peroleh di Dinas Badan Pegawaiian, Pendidikan dan Pelatihan.

Frekuensi distribusi berdasarkan umur responden di kecamatan Johan Pahlawan yang paling banyak responden umur 31-45 sebesar (59%), umur 20-30 sebesar (25%), umur ≥ 45 sebesar (16%), sedangkan di Kecamatan Bubon yang paling banyak responden umur 31-45 sebesar (45%), umur ≥ 45 sebesar (33%), umur 20-30 sebesar (22%).

Pengetahuan responden dalam penelitian ini adalah apakah mengetahui program dokter keluarga yang di canangkan oleh PT Askes, tujuan, Manfaat, model, pelaksanaan Dokter Keluarga dan tentang kesahatan bagi PNS, dari hasil penelitian ini dapat diketahui pengetahuan responden tentang dokter keluarga sebagaimana besar responden di dua kecamatan, yaitu kecamatan Johan Pahlwan sebesar 34% dan kecamatan Bubon 0% responden di dua kecamatan tidak mengetahui pengetahuan yang baik tentang dokter keluarga PT Askes, dan dari

informasi dilapangan banyak PNS yang tidak mengetahui siapa dokter keluarga yang di tunjuk oleh PT Askes dan dokter keluarga juga memberikan pelayanan medis berat dan pelayanan seperti konsultasi kesehatan dan pelayanan 24 jam dan berbagai jenis pelayanan dokter keluarga banyak yang belum diketahui, yang lebih parah lagi mereka hanya mengetahui gaji mereka di potong 2% untuk pelayanan asuransi kesehatan dan mereka tidak mengetahui adanya program dokter keluarga PT Askes responden di kecamatan Bubon, oleh karena itu sebaiknya PT Askes untuk memberikan informasi yang luas kepada masyarakat/ PNS , perlu diselenggarakannya kembali sosialisasi kembali atau penyebaran pamflet-pamflet ke instansi-instansi dan brosur-brosur kepada masyarakat/ PNS.

PNS seharusnya mengetahui program dokter keluarga untuk kelancaran kerja PNS sehingga lebih efektif dalam bekerja dan PNS harus lebih bisa mencari pengetahuan tentang dokter keluarga, adapun pengetahuan menurut Notoadmojo (2003) yang menyatakan Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat di buat kesimpulan responden mayoritas tidak mengetahui program dokter keluarga yang di canangkan PT Askes yaitu di kecamatan Johan Pahlawan sebanyak 84 (66%), di kecamatan Bubon sebanyak 33 (100 %).

5.2. Saran

Berdasarkan hasil penelitian maka penulis ingin memberikan saran antara lain:

1. Bagi PT Askes untuk memantapkan kembali berbagai program-program kesehatan terutama dalam bidang program dokter keluarga agar dapat berjalan dengan efektif dan dapat bermanfaat.
2. Bagi PNS untuk meningkatkan kesadaran ingin tahu tentang berberbagai program kesehatan yang ada sehingga dapat di manfaatkan secara benar dan efektif.
3. Bagi Peneliti selanjutnya untuk dapat mealakukan penelitian yang berhubungan dengan tentang pengetahuan program dokter keluarga PT Askes.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad Baequny, 2009, *Analisi Tingkat Kepuasan Peserta Askes Sosial PT. Askes Terhadap Pelayanan Dokter Keluarga Di kota Pekalongan Tahun 2009*, Tesis FKM UNDIP, 2009, [http://www.scribd.com/doc/931854/Ahmad Beaquny](http://www.scribd.com/doc/931854/Ahmad_Beaquny)
- Arikunto, Suharsimi. (2006)., *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Edisi revisi VI. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Azwar Azrul, 1988, *Pengantar Ilmu Admistrasi Kesehatan*, Edisi II. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Bia Fa, 2010. *Info Akses Buletin Bulanan PT Askes (Persero) Edisi Juni 2010*, Diunduh Dari <http://www.ptaskes.com>, Diakses pada tanggal 12 Maret 2013
- Depkes RI, 2010. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta, Diunduh dari <http://www.depkes.go.id/doawload>, diakses pada tanggal 12 maret 2013
- Eko Badriansyah, 2009, *Gambaran Pengetahuan Dan Sikap Ibu Balita Terhadap Kosumsi Kapsul Vitamin A Di Wilayah Kerja Puksemas Meurebo Kabupaten Aceh Barat Tahun 2009*: Skripsi FKM UTU, 2009
- Eni Rokhisah, 2006, *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 FKM UNDIP, 2006 , <http://www.scribd.com/doc/931851/Erni-Rokhisah>
- Kompas, 2010. *Dokter Keluarga Di Kemabangkan*. Diunduh Dari <http://www.kesehatan.kompas.com>. Diakses Tgl 12 Maret 2013.
- Marbun Parulian Jhonson, 2011, *Pengaruh Faktor Presdisposisi, faktor Pendukung Penguat Peserta Askes Sosial Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Dokter Keluarga PT.Askes (Pesero) Di Kota Medan Tahun 2011* :Skripsi FKM USU, 2011, <http://scrid.com/doc/941274/>
- Munijaya, A. A.Gde, 2004.*Manajemem Kesehatan*, Edisi II. Jakarta : EGC.
- Notoatmojo S, 2003. *Pendidikan dan Prilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Suara Merdeka, 2011, *Permasalahan Dokter Keluarga*. Diunduh Dari <http://www.suaramerdeka.com>, Diakses pada tanggal 12 Maret 2013.