



**IDENTIFIKASI PELAYANAN PROMOTIF PADA FASILITAS
KESEHATAN TINGKAT PERTAMA PROGRAM JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL**
(Studi pada Klinik Pratama dan Dokter Praktik Perorangan
di Kabupaten Jember)

SKRIPSI

Oleh

Ratih Kumala Dewi
NIM 132110101197

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**IDENTIFIKASI PELAYANAN PROMOTIF PADA FASILITAS
KESEHATAN TINGKAT PERTAMA PROGRAM JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL**

(Studi pada Klinik Pratama dan Dokter Praktik Perorangan
di Kabupaten Jember)

SKRIPSI

diajukan guna memenuhi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk
menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

Ratih Kumala Dewi
NIM 132110101197

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**

PERSEMBAHAN

Segala puji bagi Allah, Tuhan yang Maha pengasih lagi Maha penyayang, serta sholawat dan salam semoga terlimpahkan kepada makhluk-Muyang paling mulia Nabi Muhammad S.A.W. dengan penuh rasa syukur saya persembahkan skripsi ini kepada:

1. Kedua orang tua saya, Ibu Hj.Amaliyah, S.Pd., Bapak Alm.H. Suwadi, kakak saya, serta segenap keluarga besar di Wuluhanyangselalu memberi doa dan dukungan;
2. Suami saya Briptu Budi Setiawan yang selalu sabar membimbing dan mencintai saya
3. Guru- guru sejak taman kanak- kanak hingga perguruan tinggi yang tak pernah lelah memberikan waktunya untuk mendidik.
4. Agama, Bangsa, dan Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

Bukan kurangnya pengetahuan yang menghalangi keberhasilan, tetapi tidak cukupnyatindakan. Dan bukan kurang cerdasnya pemikiran yang melambatkan perubahan hidup ini, tetapi kurangnya penggunaan dari pikiran dan kecerdasan

(Mario Teguh)

*) Metro TV. Jakarta, 10 Mei 2015.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ratih Kumala Dewi

NIM : 132110101197

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: Identifikasi Pelayanan Promotif pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional, adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 2015

Yang menyatakan,

Ratih Kumala Dewi

NIM 132110101197

SKRIPSI

IDENTIFIKASI PELAYANAN PROMOTIF PADA FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Oleh:

Ratih Kumala Dewi

NIM. 132110101197

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : Nuryadi, S.KM, M.Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : Christyana Sandra, S.KM, M.Kes.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Identifikasi Pelayanan Promotif pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yaitu:

Hari :
Tanggal :
Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat

Tim Penguji:

Ketua

Sekretaris

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.
NIP. 19560810 198303 1 003

Yennike Tri H., S.KM., M.Kes.
NIP. 19781016 200912 2 001

Anggota

Kaspar, S.Psi., MPH.,AAAK.
NIP.19730720 200003 1 004

Mengesahkan
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat,
Universitas Jember

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.
NIP. 19560810 198303 1 003

RINGKASAN

Identifikasi Pelayanan Promotif pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional;Ratih Kumala Dewi; 132110101197; 100 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Jaminan Kesehatan Nasional memberikan manfaat jaminan komprehensif bagi peserta yang terdiri atas 2 jenis manfaat, yaitu manfaat medis dan non medis. Manfaat non medis berupa akomodasi dan ambulan. Manfaat medis yang diberikan berupa pelayanan kesehatan yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pelayanan promotif melalui upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan menjadi sangat penting terutama untuk mendukung diberlakukannya Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), sebesar apapun biaya kesehatan yang dikumpulkan melalui iuran, tentu akan habis jika tidak disertai peningkatan upaya promotif. Dampak yang mungkin terjadi apabila tidak dilakukannya upaya promotif antara lain, APBN berpotensi jebol karena rakyat makin banyak yg sakit, visi Kementrian Kesehatan untuk Indonesia Sehat akan sulit terwujud karena *Public Health* diabaikan (Supratman, 2015).

Studi pendahuluan yang dilakukan kepada pihak FKTP Kabupaten Jember yang diwakili oleh 15 FKTP pada Mei 2015 didapatkan data 6 dari 15 FKTP sebesar (40%) yang melaksanakan kegiatan Promotif. Hal ini dipengaruhi oleh berbagai faktor yang menghambat implementasi program yang pertama adalah faktor SDM, 13 dari 15 FKTP sebesar (86,67%) menginginkan peran SKM yang memberikan pelayanan promotif di FKTP. Kedua kendala dana, 9 dari 15 FKTP sebesar (60%) menjelaskan belum ada pembagian dana yang difokuskan untuk upaya pelaksanaan promotif. Masalah ini juga diperkuat oleh Survey pada 30 pasien yang melakukan pemeriksaan di FKTP didapatkan hanya sebesar 8 dari 30

pasien sebesar (26,67%) yang mendapatkan pelayanan promotif, dari data tersebut dapat diketahui bahwa masih rendahnya FKTP yang melakukan pelayanan promotif di Kabupaten Jember. Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi pelayanan promotif pada fasilitas kesehatan tingkat pertama program jaminan kesehatan nasional.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian ini dilaksanakan di Fasilitas kesehatan tingkat pertama di kabupaten jember pada bulan November 2015. Sampel penelitian ini sebanyak 30FKTP, pengambilan sampel menggunakan teknik *proportional random sampling*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 30 FKTP hanya 18 FKTP yang melakukan pelayanan promotif (60%). Unsur Input, SDM di FKTP belum ada yang memiliki petugas khusus untuk pelayanan promotif. Tingkat pengetahuan seluruh kepala FKTP memiliki tingkat pengetahuan tinggi. Tidak ada FKTP yang mengalokasikan biaya untuk pelayanan promotif. Besar dana realisasi yang digunakan dalam pelayanan promotif rata- rata 2,3%. Sebagian besar sasaran FKTP yaitu individu dan kelompok dengan menggunakan metode konseling dan ceramah serta mayoritas menggunakan media cetak yaitu leaflet, serta media elektronik LCD. Sedangkan Tempat pelayanan promotif dilaksanakan di dalam gedung institusi (FKTP). Unsur Proses, seluruh FKTP belum ada yang melakukan pengkajian dalam pelayanan promotif, sedangkan untuk tahapan perencanaan dan pelaksanaan dari 18 FKTP hanya 3 FKTP yang memiliki dokumen perencanaan dan pelaksanaan. Untuk tahapan evaluasi belum ada pihak FKTP yang melaksanakan.

SUMMARY

Identification of Promotive Services In Primary Health Facilities National of Health Insurance Program; Ratih Kumala Dewi; 132110101197; 100 Pages; Health and Policy Administration Department; Public Health Faculty, University of Jember.

The national health insurance benefits comprehensive insurance for teachers who consists of 2 kind of benefits , the benefits of medical and non medical .Non medical benefits of accommodation and ambulances. Medical benefits provided in the form of health services covering promotive comprehensive, preventive, curative, and rehabilitatif. Promotive service through the effort to public health and individual health effort is very important especially to support the the health insurance program, this is called by strengthening health facilities primary through their promotive .Promotive service through the effort to public health and individual health effort is very important especially to support the health insurance program , as much as anything medical expenses collected through contributions , will run out if not accompanied increased promotive efforts. the likely impact if not undertaking promotive efforts among others, the state budget potentially collapsed because the people of the more the hospital, vision the ministry of health to indonesia health is going to happen because public health ignored (Supratman, 2015).

Preliminary studies conducted the district Primary Health Facilities in jember represented by 15 Primary Health Facilities on may 6 2015 obtained data from 15 Primary Health Facilities(40%) conducting activities which are promotive. It is affected by several factors that hinder the program is a factor resources, 13 of 15 Primary Health Facilities (86,67%) want the role of public health degree providing service in Primary Health Facilities promotive. The two obstacles funds, 9 of 15 Primary Health Facilitiesworth (60%) explained there is not yet the

division of funds that focused on to the implementation of the promotional efforts .This problem is also supported by a survey in 30 patients who perform examination in fktg obtained only by 8 of 30 patients (26,67%) who get promotional services , from the data can be seen that the low in health facilities level first still who conducts services promotive jember in the district.The objective of this study was to identified promotive services in health facilities the first degree the health insurance program .Thesestudy was a descriptive study with a quantitative approach .Thesestudy housed in health facilities the first degree in district jember on november 2015.Sample of thestudywas 30 primary health, the sample collection technique proportional use random sampling.

Results showed that of 30 health facilities level first only18 in health facilities level first who conducts services promotive (60%).Human resources in health facilities level first nobody has special officers to promotive service.The knowledge the heads Primary Health Facilities has a high knowledge.No health facilities level firstto allocate promotive the cost of service.Of funds the used in service promotive rata- average 2,3% .Mostly targeting Primary Health Facilities the individuals and groups with uses the counselling and lectures and the majority of using print namely leaflets , and electronic media lcd .While the promotive service implemented in the building institution. Whole health facilities level firstnoone has done a study in promotive services, As for the planning and the 18 Primary Health Facilities only 3 Primary Health Facilities who had the planning and implementation.For its stages evaluation no one immediately health facilities level first exercising.

PRAKATA

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT yang senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul *“Identifikasi Pelayanan Promotif pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional”*. Skripsi ini disusun guna memenuhi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak Nuryadi, S.KM., M.Kes, dan Ibu Christyana Sandra, S.KM, M.Kes., selaku dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk, koreksi, serta saran hingga terwujudnya skripsi ini.

Ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya penulis sampaikan kepada:

1. Drs. Husni Abdul Gani, M.S., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Eri Witcahyo, S.KM, M.Kes., selaku Kepala Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
3. Eri Witcahyo, S.KM, M.Kes, selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama menjadi mahasiswa di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
4. Terima kasih kepada Orang tuaku Alm.H. Suwadi dan Hj. Amaliyah, S.Pd., Kakakku Ida serta keluarga besarku. Terima kasih atas doa, kasih sayang, cinta, dukungan serta pengorbanannya selama ini;
5. Suamiku Briptu Budi Setyawanserta keluarga besar di Wuluhan, terimakasih atas kasih sayangnnya, kesabaran, bantuan, dan dukungannya selama ini;
6. Teman-teman seperjuangan kelas Alih Jenis 2013, khususnya Ela (Bocil), Estik (Princess), Wahyu Elisa, Widya (ica) terimakasih selalu menemani, mendukung saat galau, suka dan duka, dan teman lainnya Wahyu Priyo,

Defita, Maulidia, Indah, Evi, Rizma, Bu Waras, Mas Agung, Mas Budi, serta adik-adik kelas reguler angkatan 2011, terima kasih atas setiap canda, bantuan, dukungan dan kebersamaan kita;

7. Teman-teman kosan Belitung 2 no.15, Ofi, Tasya, Tika, Luki terimakasih atas bantuan, dukungan dan kebersamaan saat suka dan duka;
8. Seluruh pihak yang telah memberikan kontribusi bagi terselesainya skripsi ini.

Skripsi ini telah penulis susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh karena itu penulis dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang membacanya.

Jember, 2015

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	ii
PERSEMBAHAN	iii
MOTTO	iv
PERNYATAAN	v
PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR SINGKATAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1. 1. Latar Belakang	1
1. 2. Rumusan Masalah	4
1. 3. Tujuan	4
1. 4. Manfaat	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).....	6
2.1.1 Definisi.....	6
2.1.2 Tujuan	6
2.1.3 Kepesertan.....	6
2.1.4 Pembiayaan	8
2.1.5 Kebijakan Terkait Jaminan Kesehatan Nasional.....	10
2.2. Pelayanan kesehatan.....	12
2.2.1 Jenis Penyelenggara Pelayanan Kesehatan di Era JKN.....	14
2.3. Konsep Pelayanan Kesehatan Promotif	15
2.4. Pendekatan Sistem dalam Pelayanan Kesehatan.....	33
2.4.1. Definisi.....	33
2.4.2. Unsur manajemen.....	33

2.4.3.	Unsur sistem.....	35
2.5.	Kerangka Teori.....	37
2.6.	Kerangka Konseptual	38
BAB 3.	METODE PENELITIAN	40
3.1.	Jenis Penelitian.....	40
3.2.	Tempat dan waktu penelitian	40
3.3.	Penentuan Populasi dan Sampel.....	40
3.4.	Defenisi Operasional	42
3.5.	Data dan sumber data	46
3.6.	Instrumen dan Teknik pengumpulan data	47
3.7.	Teknik Pengolahan dan Penyajian Data.....	47
3.8.	Alur penelitian.....	49
BAB 4.	HASIL DAN PEMBAHASAN	50
4.1.	Gambaran FKTP di Kabupaten Jember	50
4.2.	Hasil Penelitian	50
4.2.1	Identifikasi Input	50
4.2.2	Identifikasi Proses	59
4.3.	Pembahasan.....	62
4.3.1	Unsur Input Pelayanan Promotif.....	62
4.3.2	Unsur Proses Pelayanan Promotif.....	68
BAB 5.	PENUTUP	71
5.1.	Kesimpulan	71
5.2.	Saran.....	72
DAFTAR PUSTAKA		73

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Rincian Besar Iuran Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (bulanan).....	9
Tabel 2.2 Pelayanan Kedokteran dengan Pelayanan Kesehatan Masyarakat	13
Tabel 3.1 Pembagian sampel FKTP Kabupaten Jember.....	42
Tabel 3.2 Definisi Operasional Penelitian	43
Tabel 4.1 Distribusi biaya pelayanan promotif di FKTP.....	53

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1	Anggota Keluarga Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional.....	6
Gambar 2.2	Anggota Keluarga Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional.....	7
Gambar 2. 3	Kerangka Teori: Sistem Kesehatan dari Azwar (2010:22)	37
Gambar 2. 4	Kerangka Konseptual	38
Gambar 3. 1	Alur Penelitian.....	49
Gambar 4. 1	Diagram Distribusi adanya Pelayanan Promotif.....	51
Gambar 4. 2	Diagram Distribusi petugas pelayanan promotif di FKTP.....	51
Gambar 4. 3	Diagram Tingkat Pendidikan Petugas Pemberi Pelayanan	52
Gambar 4. 4	Diagram Distribusi Pengetahuan Kepala FKTP.....	53
Gambar 4. 5	Diagram Distribusi Sasaran Pelayanan Promotif di FKTP	54
Gambar 4. 6	Diagram Penggunaan Metode Pelayanan Promotif Di FKTP.....	55
Gambar 4. 7	Diagram Distribusi Jenis Metode Pelayanan Promotif di FKTP	55
Gambar 4. 8	Diagram Distribusi Jenis Metode Pelayanan Promotif di FKTP	56
Gambar 4. 9	Diagram Distribusi Penggunaan Media	56
Gambar 4. 10	Distribusi Jenis Media Pelayanan Promotif di FKTP	57
Gambar 4. 11	Distribusi Jenis Media Cetak Pelayanan Promotif Di FKTP	57
Gambar 4. 12	Distribusi jenis media elektronik pelayanan promotif di FKTP	58
Gambar 4. 13	Distribusi Ruang Pelayanan Promotif di FKTP	58
Gambar 4. 14	Distribusi Pengkajian Masalah Pelayanan Promotif di FKTP	59
Gambar 4. 15	Distribusi variabel Pengkajian Pelayanan Promotif di FKTP.....	59
Gambar 4. 16	Distribusi adanya Perencanaan Pelayanan Promotif di FKTP	60
Gambar 4. 17	Distribusi variabel Perencanaan Pelayanan Promotif di FKTP	60
Gambar 4. 18	Distribusi Pelaksanaan Pelayanan Promotif.....	61
Gambar 4.19	Distribusi Kesesuaian Pelaksanaan dengan Pelayanan Promotif....	61
Gambar 4. 20	Distribusi adanya evaluasi Pelayanan Promotif di FKTP	62

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran A. Ijin Penelitian

Lampiran B. Pengantar Kuisisioner

Lampiran C. Lembar Persetujuan

Lampiran D. Kuisisioner Penelitian

Lampiran E. Daftar FKTP (Klinik dan DPP) di Kabupaten Jember

Lampiran F. Rekapitulasi Hasil Penelitian

DAFTAR SINGKATAN

APBN	= Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
ASKES	= Asuransi Kesehatan
BPJS	= Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
DPP	= Dokter Praktik Perorangan
FKTL	= Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan
FKTP	= Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
JAMKESMAS	= Jaminan Kesehatan Masyarakat
JKN	= Jaminan Kesehatan Nasional
KJS	= Kartu Jaminan Sosial
PBI	= Penerima Bantuan Iuran
PBPU	= Peserta Bukan Penerima Upah
PERMENKES	= Peraturan Menteri Kesehatan
PERPRES	= Peraturan Presiden
SDM	= Sumber Daya Manusia
SJSN	= Sistem Jaminan Sosial Nasional
SKM	= Sarjana Kesehatan Masyarakat
SUSENAS	= Survei Sosial Ekonomi Nasional
UUD	= Undang-Undang Dasar

BAB 1. PENDAHULUAN

1. 1. Latar Belakang

Pada tanggal 1 Januari 2014 Bangsa Indonesia mengambil langkah yang cukup berani untuk mulai melaksanakan sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Melalui program ini, setiap warga negara bisa mendapatkan pelayanan kesehatan yang komprehensif dengan biaya yang ringan karena menggunakan sistem asuransi. Seperti pada saat berobat hanya dengan mengikuti prosedur yang ditetapkan dan menunjukkan kartu kepesertaan untuk mendapatkan layanan kesehatan sesuai kebutuhan (UU no.40, 2004). Sebagian warga Indonesia sudah tidak asing dengan sistem asuransi kesehatan yang telah dikembangkan sebelumnya. Hal ini dikarenakan sebelum JKN lahir, telah ada beberapa Program jaminan kesehatan yang berjalan di Indonesia, seperti ASKES, Jamsostek, Jamkesmas, KJS. Konsep yang ditawarkan oleh JKN dengan jaminan kesehatan yang sebelumnya kurang lebih sama. Perbedaan yang cukup terlihat adalah dari sisi cakupan kepesertaan, dalam sistem JKN kepesertaan bersifat wajib untuk seluruh penduduk Indonesia, seperti yang tertuang dalam Perpres 111 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

Jaminan Kesehatan Nasional tidak lagi terpusat di Rumah Sakit atau fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, namun pelayanan kesehatan harus dilakukan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medisnya. Prinsip ini memberlakukan pelayanan kesehatan difokuskan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama seperti di Puskesmas, Klinik atau Dokter praktik perorangan yang akan menjadi gerbang utama peserta BPJS Kesehatan dalam mengakses pelayanan kesehatan atau dikenal dengan *gatekeeper*. Empat fungsi pokok fasilitas kesehatan tingkat pertama sebagai *gatekeeper* antara lain, fasilitas kesehatan tingkat pertama merupakan tempat pertama yang dikunjungi peserta setiap kali mendapat masalah kesehatan, hubungan fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan peserta dapat berlangsung secara berkelanjutan sehingga penanganan penyakit dapat berjalan

optimal, fasilitas kesehatan tingkat pertama memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif terutama untuk pelayanan promotif, dan fasilitas kesehatan tingkat pertama melakukan koordinasi pelayanan dengan penyelenggara kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta sesuai kebutuhannya. Pelayanan kesehatan dari fasilitas kesehatan yang lebih tinggi seperti Rumah Sakit baru boleh di akses atas dasar rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, kecuali kondisi darurat. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Anggi (2014) menunjukkan bahwa baik sebelum maupun setelah diberlakukan Program Jaminan Kesehatan Nasional, pelayanan promotif tetap dilaksanakan oleh Puskesmas. Namun, untuk Klinik dan Praktik dokter perorangan yang menjadi pilihan kedua masyarakat dalam memilih Fasilitas kesehatan tingkat pertama belum pernah dilakukan penelitian secara mendalam mengenai pelaksanaan pelayanan promotif. Sampai bulan Februari 2015 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan cabang Jember berjumlah 102 yang terdiri dari 49 puskesmas, 23 dokter praktek pribadi, 11 dokter gigi, dan 19 klinik pratama. Jumlah peserta di Kabupaten Jember yang telah terdaftar di BPJS Cabang Jember sejumlah 1.180.421 peserta yang terdiri dari 249.295 peserta non penerima bantuan iuran dan 931.126 peserta penerima bantuan iuran (BPJS Kesehatan Cabang Jember, 2015).

Jaminan Kesehatan Nasional memberikan manfaat jaminan komprehensif bagipeserta yang terdiri atas 2 jenis manfaat, yaitu manfaat medis dan non medis. Manfaat non medis berupa akomodasi dan ambulan. Manfaat medis yang diberikan berupa pelayanan kesehatan yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif sesuai dengan indikasi medis dan tidak terkait dengan besaran iuran yang dibayarkan, Inilah yang disebut dengan penguatan FKTP/Fasilitas kesehatan primer melalui fungsi promotif. Manfaat pelayanan promotif yang diberikan yaitu penyuluhan kesehatan perorangan (Permenkes No.28,2014). Pelayanan promotif melalui upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan menjadi sangat penting terutama untuk mendukung diberlakukannya Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), sebesar apapun biaya kesehatan yang dikumpulkan melalui iuran, tentu akan habis jika tidak

disertai peningkatan upaya promotif. Dampak yang mungkin terjadi apabila tidak dilakukannya upaya promotif antara lain, APBN berpotensi jebol karena rakyat makin banyak yg sakit, visi Kementrian Kesehatan untuk Indonesia Sehat akan sulit terwujud karena *Public Health* diabaikan (Supratman, 2015). Pada bulan Desember 2014, jumlah peserta di indonesia yang telah terdaftar di BPJS kesehatan sekitar 121,6 juta peserta, dengan jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sejumlah 16.623 yang terdiri dari balai pengobatan sejumlah 669, Dokter umum sejumlah 5236, puskesmas non rawat inap sejumlah 8856, puskesmas rawat inap sejumlah 1113, dan dokter gigi sejumlah 749 (BPJS kesehatan, 2014).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan kepada pihak FKTP Kabupaten Jember yang diwakili oleh 15 FKTP pada Mei 2015 didapatkan data 6 dari 15 FKTP sebesar (40%) yang melaksanakan kegiatan Promotif. Hal ini dipengaruhi oleh berbagai faktor yang menghambat implementasi program yang pertama adalah faktor SDM, 13 dari 15 FKTP sebesar (86,67%) menginginkan peran SKM yang memberikan pelayanan promotif di FKTP. Kedua kendala dana, 9 dari 15 FKTP sebesar (60%) menjelaskan belum ada pembagian dana yang difokuskan untuk upaya pelaksanaan promotif. Masalah ini juga diperkuat oleh Survey pada 30 pasien yang melakukan pemeriksaan di FKTP didapatkan hanya sebesar 8 dari 30 pasien sebesar (26,67%) yang mendapatkan pelayanan promotif, dari data tersebut dapat diketahui bahwa masih rendahnya FKTP yang melakukan pelayanan promotif di Kabupaten Jember.

Pada peraturan-peraturan terkait JKN pun belum ada yang membahas secara khusus mengenai besaran anggaran yang digunakan untuk pelayanan promotif. Permenkes No.19 tahun 2014 tentang Penggunaan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional, hanya menjelaskan mengenai penggunaan dana kapitasi ditujukan untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Besaran yang ditentukan adalah untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan sebesar (60%) dari dana kapitasi dan untuk dukungan biaya operasional merupakan selisih dari besar dana kapitasi dikurangi dengan besar alokasi pembayaran jasa pelayanan, yang artinya sekitar (40%) dari

dana kapitasi. Pembiayaan upaya promotif masuk ke dalam dukungan biaya operasional bersamaan dengan pembiayaan obat, alkes, BHP, dan kegiatan operasional pelayanan kesehatan lainnya (BPJS kesehatan, 2014). Hal ini dirasa belum cukup dan belum optimal untuk pelaksanaan upaya promotif sehingga dibutuhkan peranan sistem kesehatan yang sesuai agar program Jaminan Kesehatan Nasional dapat berjalan secara efektif dan efisien.

Dalam sistem kesehatan terdapat hubungan unsur-unsur sistem yang telah dikemukakan Azwar (2010). Sistem tersebut terbentuk dari bagian atau elemen yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi mulai dari input, proses, output hingga dampak yang diakibatkan dari sistem. Dengan mempertimbangkan segala aspek tersebut dapat diketahui kelebihan dan kekurangan dari sistem kesehatan yang telah dijalankan. Sehingga dapat dilakukan perbaikan pada berjalannya program Jaminan Kesehatan Nasional yang akan berdampak pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat sesuai dengan amanah UU No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.

1. 2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, dapat dirumuskan suatu masalah: Bagaimana Pelayanan Promotif pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Klinik Pratama dan DPP) dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional?

1. 3. Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah mengidentifikasi Pelayanan Promotif pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Klinik dan Dokter Praktik Pribadi) Program Jaminan Kesehatan Nasional.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini antara lain:

- a. Mengidentifikasi Input pada pelayanan promotif di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Klinik Pratama dan DPP).

- b. Mengidentifikasi Proses pada pelayanan promotif di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Klinik Pratama dan DPP).

1. 4. Manfaat

Adapun manfaat dari penelitian ini antara lain:

1.4.1 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian diharapkan dapat bermanfaat guna menambah referensi dalam pengembangan ilmu pengetahuan bidang administrasi dan kebijakan kesehatan, terutama mengenai peranan FKTP dalam Program JKN di Kabupaten Jember.

1.4.2 Bagi BPJS Kesehatan Kabupaten Jember

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan dan informasi dalam upaya memperluas kerjasama dengan FKTP dalam peningkatan upaya promotif di Kabupaten Jember.

1.4.3 Bagi peneliti dan riset selanjutnya

Penelitian ini dapat bermanfaat sebagai bahan rujukan bagi peneliti lain dalam mengkaji peranan FKTP di program JKN.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

2.1.1 Definisi

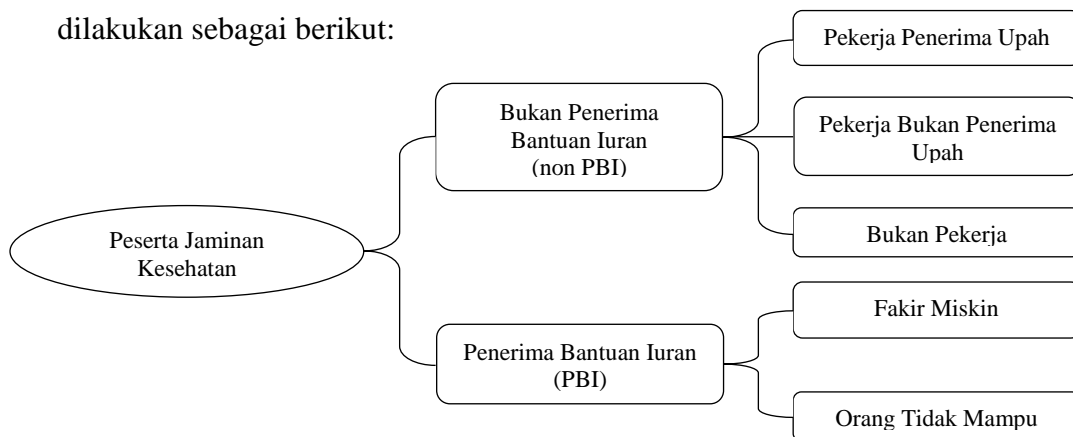
Jaminan Kesehatan Nasional adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Perpres RI No.12, 2013).

2.1.2 Tujuan

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (PMK No.28, 2014).

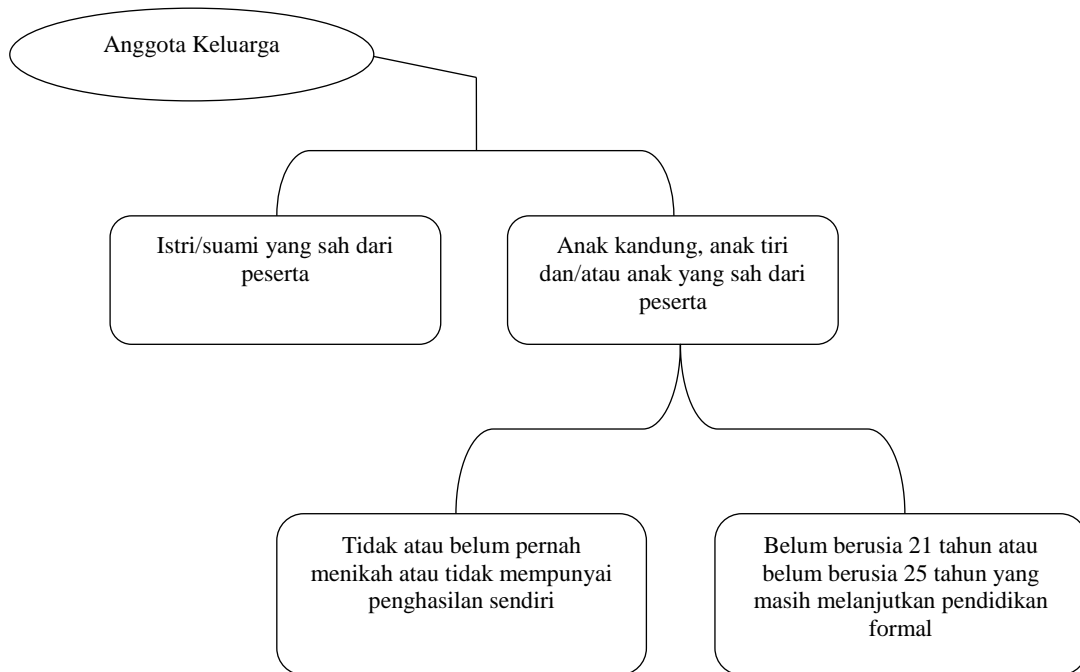
2.1.3 Kepesertan

Kepesertaan Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan dilakukan secara bertahap sehingga mencakup seluruh penduduk. Pentahapan kepesertaan dilakukan sebagai berikut:



Gambar 2. 1 Anggota Keluarga Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional

(Sumber: Panduan Sosialisasi JKN, 2014)



Gambar 2.2 Anggota Keluarga Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional
(Sumber: Panduan Sosialisasi JKN, 2014)

Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional adalah setiap orang, Termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran, meliputi :

1. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI): fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Non PBI), terdiri dari:
 - a. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya
 1. Pegawai Negeri Sipil
 2. Anggota TNI
 3. Anggota Polri
 4. Pejabat Negara
 5. Pegawai Pemerintah non Pegawai Negeri
 6. Pegawai Swasta; dan
 7. Pekerja yang tidak termasuk nomor 1 sampai dengan 6 yang menerima Upah. Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.

- b. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya (FKTP mandiri)
 - 1) Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri; dan
 - 2) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah. Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- c. Bukan pekerja dan anggota keluarganya
 - 1) Investor
 - 2) Pemberi Kerja
 - 3) Penerima Pensiun, terdiri dari :
 - a) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun
 - b) Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun
 - c) Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun
 - d) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun yang mendapat hak pensiun
 - e) Penerima pensiun lain; dan
 - f) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun lain yang mendapat hak pensiun.
 - 4) Veteran
 - 5) Perintis Kemerdekaan
 - 6) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan, dan Bukan FKTP yang tidak termasuk huruf a sd e yang mampu membayar iuran.

2.1.4 Pembiayaan

Berdasarkan Perpres RI No 12 Tahun 2013, berikut ini adalah beberapa ketentuan mengenai iuran jaminan kesehatan:

1. Bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan Iuran dibayar oleh Pemerintah.
2. Iuran bagi Peserta FKTP Penerima Upah yang bekerja pada lembaga Pemerintahan terdiri dari Pegawai Negeri Sipil, anggota TNI, anggota Polri, pejabat negara, dan pegawai pemerintahan non pegawai negeri sebesar 5%

- (lima persen) dari gaji atau upah per bulan dengan ketentuan : 3% (tiga persen) dibayar oleh pemberi kerja dan 2% (dua persen) dibayar oleh peserta.
3. Iuran bagi Peserta FKTP Penerima Upah yang bekerja di BUMN, BUMD, dan Swasta sebesar 4,5% (empat koma lima persen) dari gaji atau upah per bulan dengan ketentuan : 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja dan 0,5% (nol koma lima persen) dibayar oleh Peserta.
 4. Iuran untuk keluarga tambahan FKTP Penerima Upah yang terdiri dari anak ke 4 dan seterusnya, ayah, ibu, dan mertua, besaran iuran sebesar 1% (satu persen) dari gaji atau upah per orang per bulan, dibayar oleh FKTP penerima upah.
 5. Iuran bagi kerabat lain dari FKTP penerima upah (seperti saudara kandung/ipar, asisten rumah tangga, dll), peserta FKTP penerima upah serta iuran bukan FKTP adalah sebesar:
 - a. Sebesar Rp.25.500,- (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III.
 - b. Sebesar Rp.42.500,- (empat puluh dua ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II.
 - c. Sebesar Rp.59.500,- (lima puluh sembilan ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.
 6. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Veteran, Perintis Kemerdekaan, dan janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan, iurannya ditetapkan sebesar 5% (lima persen) dari 45% (empat puluh lima persen) gaji pokok Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III/a dengan masa kerja 14 (empat belas) tahun per bulan, dibayar oleh Pemerintah.

Tabel 2. 1Rincian Besar Iuran Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (bulanan)

Peserta	Besaran iuran yang dibayarkan oleh		
	Pemerintah (rupiah)	Pemberi Kerja (persen gaji)	Peserta (persen gaji dan rupiah)
• Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI)	Kelas rawat III Rp 19.225,-	-	-
• Peserta FKTP Penerima Upah (PNS, anggota TNI, anggota POLRI, Pejabat			

Peserta	Besaran iuran yang dibayarkan oleh		
	Pemerintah (rupiah)	Pemberi Kerja (persen gaji)	Peserta (persen gaji dan rupiah)
Negara, dan Pegawai Pemerintah non PNS)	-	3%	2%
• Peserta FKTP Penerima Upah (BUMN, BUMD, dan Swasta)	-	4%	0,5%
• Keluarga tambahan FKTP Penerima Upah (anak ke-4 dst, ayah, ibu, dan mertua yang masih dalam satu KK)	-	-	1%
• Kerabat lain FKTP Penerima Upah (saudara kandung/ ipar, asisten rumah tangga, dll) • Peserta FKTP Bukan Penerima Upah • Peserta bukan FKTP	-	-	Kelas rawat III Rp 25.500,- Kelas rawat II Rp 42.500,- Kelas rawat I Rp 59.500,-
• Veteran, Perintis Kemerdekaan, dan janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan	-	-	5% dari 45% gaji pokok PNS golongan ruang III/a dengan masa kerja 14 (empat belas) tahun

(Panduan Layanan bagi Peserta BPJS Kesehatan, 2014).

2.1.5 Kebijakan Terkait Jaminan Kesehatan Nasional

Mengenai pelayanan kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013. Penjelasan bahwa peserta JKN berhak mendapatkan pelayanan promotif dan preventif tertera dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 ini pada Pasal 13 yang bertuliskan bahwa “*Setiap Peserta berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.*” Manfaat Jaminan Kesehatan sebagaimana diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Pasal 21

yaitu “*Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan: penyuluhan kesehatan perorangan; imunisasi dasar; keluarga berencana; dan skrining kesehatan.*” Kemudian Pasal 22 menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan tingkat pertama meliputi pelayanan kesehatan non spesialisik yang mencakup:

1. Administrasi pelayanan;
2. Pelayanan promotif dan preventif;
3. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
4. Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
5. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
6. Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis;
7. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama; dan
8. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi.

Selain itu, pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi JKN pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FTKP) milik Pemerintah Daerah diatur dalam Peraturan Presiden No. 32 Tahun 2014. Tertera pada Pasal 12, bahwa dana kapitasi JKN di FTKP dimanfaatkan seluruhnya untuk jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Jasa pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud meliputi jasa pelayanan kesehatan perorangan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Jasa pelayanan kesehatan di FTKP atau puskesmas ditetapkan sekurang-kurangnya 60% (enam puluh persen) dari total penerimaan dana kapitasi JKN, dan sisanya dimanfaatkan untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan yang meliputi biaya obat, alat kesehatan, bahan medis habis pakai, dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya. Dalam menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial membuat Peraturan BPJS No. 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional yang menjelaskan kepesertaan, iuran kepesertaan jaminan kesehatan, penyelenggara pelayanan, peningkatan mutu dan penambahan manfaat jaminan kesehatan, kompensasi, kendali mutu dan kendali biaya, serta pelaporan dan *utilization review*.

2.2. Pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat (Notoatmojo, 2001). 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 perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat (Depkes RI, 2009).

Menurut Levey dan Loomba (1973) dalam Azwar (2010:35) yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan ialah 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.

Tujuan pelayanan kesehatan menurut (Notoatmojo, 2001) antara lain:

1. Promotif (memelihara dan meningkatkan kesehatan), hal ini diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, perbaikan sanitasi lingkungan.
2. Preventif (pencegahan terhadap orang yang berisiko terhadap penyakit), terdiri dari :
 - a. Preventif primer: Terdiri dari program pendidikan seperti imunisasi, penyediaan nutrisi yang baik dan kebugaran fisik.
 - b. Preventif sekunder: Terdiri dari pengobatan penyakit pada tahap dini untuk membatasi kecacatan dengan cara menghindari akibat yang timbul dari perkembangan penyakit tersebut.
 - c. Preventif tersier: Pembuatan diagnosa ditunjukkan untuk melaksanakan tindakan rehabilitasi, pembuatan diagnosa dan pengobatan.
3. Kuratif (penyembuhan penyakit).
4. Rehabilitasi (pemulihan), usaha pemulihan seseorang untuk mencapai fungsi normal atau mendekati normal setelah mengalami sakit fisik atau mental, cedera atau penyalahgunaan.

Menurut Hodgetts dan Casio (1983) dalam Azwar (2010:36), jenis pelayanan kesehatan secara umum dapat dibedakan atas dua, yaitu:

1. Pelayanan kedokteran, yaitu Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (*medical services*) ditandai dengan carapengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.
2. Pelayanan kesehatan masyarakat, yaitu Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok kesehatan masyarakat (*public health service*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi. Tujuan utama untuk memelihara danmeningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya untuk kelompok dan masyarakat.

Tabel 2. 2Perbedaan Pelayanan Kedokteran dengan Pelayanan Kesehatan Masyarakat

No.	Pelayanan Kedokteran	Pelayanan Kesehatan Masyarakat
1.	Tenaga pelaksanaannya adalah tenaga para dokter	Tenaga pelaksanaannya terutama ahli kesehatan masyarakat
2.	Perhatian utamanya adalah penyembuhan penyakit	Perhatian utamanya pada pencegahan penyakit
3.	Sasaran utamanya adalah perseorangan atau keluarga	Sasaran utamanya adalah masyarakat secara keseluruhan
4.	Kurang memperhatikan efisiensi	Selalu berupaya mencari cara yang efisien
5.	Tidak boleh menarik perhatian karena bertentangan dengan etika kedokteran	Dapat menarik perhatian masyarakat
6.	Menjalankan fungsi perseorangan dan terikat undang-undang	Menjalankan fungsi dengan mengorganisir masyarakat dan mendapat dukungan undang-undang
7.	Penghasilan diperoleh dari imbal jasa	Penghasilan berupa gaji dari pemerintah
8.	Bertanggung jawab hanya kepada penderita	Bertanggung jawab kepada seluruh masyarakat
9.	Tidak dapat memonopoli upaya kesehatan dan bahkan mendapat saingan	Dapat memonopoli upaya kesehatan
10.	Masalah administrasi sangat sederhana	Mengadapi berbagai persoalan kepemimpinan

(Azwar, 2010:37)

2.2.1 Jenis Penyelenggara Pelayanan Kesehatan di Era JKN

Menurut PMK No 71 tahun 2013 Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan.

a. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Berdasarkan PMK No 71 tahun 2013 Fasilitas kesehatan tingkat pertama adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat nonspesialistik (primer) yang meliputi:

1. administrasi pelayanan
2. pelayanan promotif dan preventif;
3. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
4. tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
5. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
6. transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis;
7. pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama; dan
8. Rawat Inap Tingkat Pertama sesuai dengan indikasi medis

Berdasarkan Perpres No 32 tahun 2014. Empat fungsi pokok fasilitas kesehatan tingkat pertama antara lain:

1. Fasilitas kesehatan tingkat pertama merupakan tempat pertama yang dikunjungi peserta setiap kali mendapat masalah kesehatan
2. Hubungan fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan peserta dapat berlangsung secara berkelanjutan sehingga penanganan penyakit dapat berjalan optimal,
3. Fasilitas kesehatan tingkat pertama memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif terutama untuk pelayanan promotif dan preventif.
4. Fasilitas kesehatan tingkat pertama melakukan koordinasi pelayanan dengan penyelenggara kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta sesuai kebutuhannya.

b. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan

Berdasarkan PMK No 71 tahun 2013 adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi:

- a. administrasi pelayanan;
- b. pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan subspesialis;
- c. tindakan medis spesialisik baik bedah maupun non bedah
- d. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
- e. pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
- f. rehabilitasi medis;
- g. pelayanan darah;
- h. pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di Fasilitas Kesehatan;
- i. perawatan inap non intensif dan
- j. perawatan inap di ruang intensif.

2.3. Konsep Pelayanan Kesehatan Promotif

A. Definisi

Pelayanan kesehatan promotif adalah suatu rangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan. Sedangkan, promosi kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi, yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan menurut Lawrence Green (1984) dalam Notoatmodjo (2005).

Salah satu kegiatan promosi kesehatan adalah pemberian informasi atau pesan kesehatan berupa kesehatan untuk memberikan atau meningkatkan pengetahuan dan sikap tentang kesehatan agar memudahkan terjadinya perilaku sehat (Notoatmodjo, 2005). Penyuluhan/pendidikan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia baik secara individu, kelompok maupun masyarakat untuk meningkatkan kesadaran

akan nilai kesehatan sehingga dengan sadar mau mengubah perilakunya menjadi perilaku sehat (Muninjaya, 2004). Pendidikan kesehatan adalah unsur program kesehatan dan kedokteran yang didalamnya terkandung rencana untuk mengubah perilaku perseorangan dan masyarakat dengan tujuan untuk membantu tercapainya program pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan menurut Azwar (1983) dalam Suryani (2007).

Promosi kesehatan saat ini merupakan revitalisasi dari pendidikan kesehatan masa lalu. Promosi kesehatan bukan hanya kegiatan penyadaran masyarakat atau pemberian dan peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan tetapi juga merupakan upaya-upaya dalam memfasilitasi perubahan perilaku kesehatan yang diinginkan. Promosi kesehatan/pendidikan kesehatan dituntut bukan hanya melakukan perubahan terhadap perilaku saja melainkan juga upaya perubahan lingkungan, sosial budaya, politik dan ekonomi. Dengan demikian promosi kesehatan adalah program-program kesehatan yang dirancang untuk membawa perubahan baik dalam masyarakat sendiri maupun organisasi dan lingkungannya (setiawati, 2008:33).

B. Ruang Lingkup

Ruang lingkup promosi kesehatan mencakup pendidikan kesehatan (*health education*) yang penekanannya pada perubahan/perbaikan perilaku melalui peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan (Notoatmojo, 2010:36). Ruang lingkup promosi kesehatan dapat dilihat dari dimensi aspek pelayanan kesehatan, dimensi tatanan (*setting*) atau tempat pelaksanaan promosi kesehatan dan dimensi tingkat pelayanan.

1. Ruang Lingkup Berdasarkan Aspek Pelayanan Kesehatan

Secara umum bahwa kesehatan masyarakat itu mencakup empat aspek pokok, yakni: promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif

a. Promosi Kesehatan pada Tingkat Promotif

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat pelayanan promotif adalah pada kelompok orang sehat, dengan tujuan agar mereka mampu meningkatkan kesehatannya.

b. Promosi Kesehatan pada Tingkat Preventif

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini selain pada orang yang sehat juga bagi kelompok yang beresiko. Misalnya, ibu hamil, para perokok, para pekerja seks dan sebagainya. Tujuan utama dari promosi kesehatan pada tingkat ini adalah untuk mencegah kelompok-kelompok tersebut agar tidak jatuh sakit (primary prevention).

c. Promosi Kesehatan pada Tingkat Kuratif

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah para penderita penyakit, terutama yang menderita penyakit kronis seperti asma, diabetes mellitus, tuberculosis, hipertensi dan sebagainya. Tujuan dari promosi kesehatan pada tingkat ini agar kelompok ini mampu mencegah penyakit tersebut tidak menjadi lebih parah (secondary prevention).

d. Promosi Kesehatan pada Tingkat Rehabilitatif

Sasaran pokok pada promosi kesehatan tingkat ini adalah pada kelompok penderita atau pasien yang baru sembuh (recovery) dari suatu penyakit. Tujuan utama promosi kesehatan pada tingkat ini adalah mengurangi kecacatan seminimal mungkin. Dengan kata lain, promosi kesehatan pada tahap ini adalah pemulihan dan mencegah kecacatan akibat dari suatu penyakit (tertiary prevention) (Notoatmodjo, 2005).

2. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan Berdasarkan Tatanan Pelaksanaan

Ruang lingkup promosi kesehatan ini dikelompokkan menjadi :

a. Promosi kesehatan pada tatanan keluarga (rumah tangga)

Keluarga merupakan tempat dasar berkembangnya perilaku manusia. Dalam pelaksanaan promosi kesehatan di keluarga sasaran utamanya adalah orang tua (ibu), dimana ibu merupakan seseorang yang memberikan perilaku sehat kepada anak-anaknya sejak lahir

b. Promosi kesehatan pada tatanan sekolah.

Sasaran promosi kesehatan di sekolah adalah guru, karena guru merupakan pengganti orang tua pada waktu di sekolah. Sekolah merupakan tempat untuk memberikan perilaku kesehatan kepada anak. Sekolah dan lingkungan sekolah yang sehat sangat tepat untuk berperilaku sehat bagi anak

c. Promosi kesehatan ditempat kerja.

Sasaran promosi kesehatan adalah karyawan, yang berperan sebagai promotor kesehatan adalah pemimpin perusahaan dan sektor kesehatan. Salah satunya dengan memberikan fasilitas tempat kesehatan yang baik bagi perilaku sehat karyawan atau FKTPnya.

d. Promosi kesehatan di tempat-tempat umum.

Di tempat-tempat umum (seperti pasar, terminal bus, stasiun) perlu dilaksanakan promosi kesehatan, yaitu dengan cara menyediakan fasilitas yang dapat mendukung perilaku sehat pengunjungnya, bisa dengan memberikan poster dan selebaran mengenai cara-cara menjaga kebersihan.

e. Pendidikan kesehatan di institusi pelayanan kesehatan.

Tempat-tempat pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, poliklinik, dsb, merupakan tempat yang strategis untuk melakukan pelayanan kesehatan. Pelaksanaan promosi kesehatan ini dapat dilakukan secara individual oleh para petugas kesehatan kepada pasien atau keluarga yang ada di tempat pelayanan kesehatan tersebut.

3. Ruang Lingkup Berdasarkan Tingkat Pelayanan

Pada ruang lingkup tingkat pelayanan kesehatan promosi kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five level of prevention*)

a. Promosi kesehatan (*health promotion*) dalam tingkat ini dilakukan pendidikan kesehatan, misalnya dalam peningkatan gizi, kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan seperti penyediaan air rumah tangga yang baik, perbaikan cara pembuangan sampah, kotoran, air limbah, hygiene perorangan, rekreasi, sex education, persiapan memasuki kehidupan pra nikah dan persiapan menopause. Usaha ini merupakan pelayanan terhadap pemeliharaan kesehatan pada umumnya.

b. Perbaikan hygiene dan sanitasi lingkungan, seperti : penyediaan air rumah tangga yang baik, perbaikan cara pembuangan sampah, kotoran dan air limbah dan sebagainya.

c. Pendidikan kesehatan kepada masyarakat

d. Usaha kesehatan jiwa agar tercapai perkembangan kepribadian yang baik.

C. Langkah-Langkah Pelayanan Promotif

Menurut Notoatmodjo (2005) langkah dalam pelayanan promotif termasuk dalam kegiatan promosi kesehatan diselenggarakan melalui proses : pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi, dimana disetiap proses tersebut menentukan berjalannya suatu promosi kesehatanyaitu:

1. Tahap Pengkajian

Tahapan pertama dalam promosi kesehatan adalah pengkajian tentang apa yang dibutuhkan masyarakat untuk menjadi sehat. Pengkajian bertujuan untuk menetapkan dasar data tentang kebutuhan, masalah kesehatan, pengalaman yang terkait, praktik kesehatan, tujuan, nilai dan gaya hidup yang dilakukan masyarakat. Pengkajian merupakan suatu proses, merupakan upaya untuk dapat mengenal masyarakat. Masyarakat merupakan mitra dan berkontribusi terhadap keseluruhan proses. Proses pengkajian dalam promosi kesehatan dimulai dari pengkajian kualitas hidup, masalah kesehatan, masalah perilaku, faktor penyebab, sampai keadaan internal dan eksternal. Output pengkajian ini adalah pemetaan masalah perilaku, penyebabnya, dan lain-lain.

1. Informasi Kualitas Kehidupan : diperoleh dengan melihat data sekunder (Strata keluarga) informasi ini hanya berfungsi sebagai latar belakang masalah saja.
2. Informasi tentang perilaku sehat : diperoleh dari kunjungan rumah.
3. Informasi tentang faktor penyebab (*predesposing, enabling dan reenforcing factors*) diperoleh melalui survei cepat etnografi (*Rapid ethnography assesment*) yang dilakukan oleh tingkatan kabupaten atau kota.
4. Informasi tentang faktor internal (tenaga, sarana, dana promosi kesehatan) dan eksternal (peraturan, lingkungan di luar unit) diperoleh dari lapangan/tempat.

Dalam melakukan pengkajian dibutuhkan suatu metode yang bertujuan untuk mengumpulkan data yang terdiri dari:

- a. Survey Langsung, dengan survey langsung kita dapat melihat karakteristik tentang gaya hidup, tempat tinggal dan tipe rumah dan lingkungan rumah
- b. Informant Interviews, informasi yang diperoleh dari informan adalah kunci melalui wawancara atau focus group discussion sangat menolong dalam mengatasi masalah

- c. *Participant Observation*, kita dapat mengkaji data objektif berdasarkan orang, tempat dan social system yang ada di komunitas. Informasi ini dapat membantu mengidentifikasi tren, kestabilan dan perubahan yang member dampak kesehatan individu di komunitas.
- d. Menggunakan media seperti telephone
- e. Diskusi panel pada komunitas promotor berdiskusi bersama masyarakat mengenai masalah yang sedang terjadi.

2. Tahap Perencanaan

Tahap perencanaan penting untuk memastikan bahwa promosi kesehatan yang akan dilakukan terfokus pada prioritas kerja yang sesuai dengan tujuan/goal yaitu memberikan layanan terbaik pada klien meliputi individu, kelompok maupun masyarakat. Model perencanaan diperlukan dalam promosi kesehatan karena perencanaan menyediakan cara untuk memandu pilihan sehingga keputusan yang dibuat mewakili cara terbaik untuk mencapai hasil yang diinginkan. Perencanaan memiliki keuntungan supaya tujuan yang akan dicapai jelas oleh karena itu dalam tahap perencanaan memerlukan:

- a. Menetapkan tujuan
- b. Penentuan sasaran
- c. Menyusun materi / isi penyuluhan
- d. Memilih metoda yang tepat
- e. Menentukan jenis alat peraga yang akan digunakan
- f. Penentuan kriteria evaluasi.

3. Tahap Implementasi

Tahap implementasi atau pelaksanaan adalah tindakan penyelesaian yang diperlukan untuk memenuhi tujuan yakni untuk mencapai kesehatan yang optimal, implementasi merupakan pelaksanaan dari rencana terhadap perilaku yang digambarkan dalam hasil individu yang diusulkan.

4. Evaluasi

Didalam tahapan evaluasi hal penting yang harus diperhatikan adalah standar ukuran yang digunakan untuk dijadikan suatu pedoman evaluasi. Standar

ini diperoleh dari tujuan dan hasil yang diharapkan diadakannya suatu kegiatan tersebut.

Tahapan evaluasi dalam kegiatan promosi kesehatan dapat dilakukan dalam berbagai tinjauan. Hal ini meliputi:

a. Evaluasi terhadap input

Tahap evaluasi promosi kesehatan dalam hal ini mencakup evaluasi terhadap segala input untuk mendukung terlaksananya kegiatan promosi kesehatan. Evaluasi pada komponen input sangat penting karena input itu sendiri mencakup:

- jumlah ketersediaan sumber daya manusia sebagai pelaksana kegiatan promosi kesehatan
- banyaknya waktu yang dibutuhkan untuk mempersiapkan atau melaksanakan kegiatan
- banyaknya materi dan juga uang yang digunakan untuk mendanai kegiatan. Segala komponen input tersebut dapat diibaratkan sebagai bahan bakar dalam kegiatan. Oleh karena itu evaluasi pada aspek ini sangat perlu karena baik buruknya suatu kegiatan promosi kesehatan sangat ditentukan seberapa besar input yang ada.

b. Evaluasi terhadap proses

Evaluasi terhadap proses penyelenggaraan promosi kesehatan meliputi:

- Seberapa banyak orang yang memiliki komitmen tinggi untuk melakukan kegiatan promosi kesehatan
- Teori dan konsep dalam pemberian promosi kesehatan
- Dimana kegiatan promosi kesehatan dan dilakukan dan sasarannya
- Media dalam pemberian promosi kesehatan

Evaluasi terhadap proses akan memberikan manfaat yang besar dalam promosi kesehatan. Evaluasi ini akan memperlihatkan bagaimana berjalannya proses promosi kesehatan dari awal hingga akhir. Dari evaluasi ini diharapkan akan diketahui sejauh mana keberhasilan dan kendala dalam suatu kegiatan promosi kesehatan.

c. Evaluasi terhadap hasil dari kegiatan

Evaluasi terhadap hasil dari suatu kegiatan promosi kesehatan lebih dipusatkan pada pengamatan pada objek kegiatan. Dalam hal ini, evaluasi dilakukan untuk mengetahui seberapa berhasilkah promosi kesehatan terhadap pengetahuan, tingkah laku, dan sikap klien dalam menjalankan pola hidup sehat. Evaluasi hasil juga dapat digunakan sebagai sarana untuk mengetahui seberapa jauh tujuan diadakannya promosi kesehatan dapat tercapai.

Sedangkan Kriteria Evaluasi menurut Priyatno (2001) antara lain:

a. *Norms*

Norms adalah terminologi atau istilah umum yang digunakan sebagai pengganti goal, standart, policy, dan lain-lain. Apabila norms dijabarkan dalam bentuk yang spesifik dan dapat dioperasionalkan, sehingga dapat digunakan sebagai alat evaluasi disebut kriteria.

b. *Relevansi*

Relevansi dipakai untuk memeriksa rasionalisasi relevansi suatu program yaitu memeriksa relevansi antara masalah, kebijaksanaan, tujuan atau jawaban masalah, kegiatan, unit kerja, dsb. Relevansi juga dapat dipakai untuk menilai pengadaan/penghentian suatu program.

c. Kecukupan (*Adequacy*)

Adequacy (kecukupan), menunjukkan berapa besar perhatian telah diberikan dalam program kegiatan untuk mengatasi masalah. Adequacy juga berhubungan sampai seberapa besar masalah telah dapat diatasi melalui program kegiatan yang dilaksanakan. Evaluasi adequacy lebih banyak berkaitan dengan keluaran (output) terhadap kebutuhan atau sasaran seharusnya atau masalah kesehatan yang harus ditanggulangi. *Adequacy* dibedakan atas *Adequacy of effort* dan *Adequacy of performance*.

1. *Adequacy of effort*

Effort the amount of actions (input)

$$Adequacy\ of\ effort = \frac{\text{Jumlah Realisasi Kegiatan Pokok}}{\text{Jumlah Realisasi Kegiatan Pokok Seharusnya}} \times 100\%$$

2. *Adequacy of performance*

Performance = Kegiatan (proses) + Pencapaian (keluaran)

Adequacy of performance

$$= \frac{\text{Hasil Kegiatan Pokok Puskesmas (Bumil)}}{\text{Sasaran Jumlah Bumil}} \times 100\%$$

Kriteria adequacy (kecukupan) dalam segi peserta dapat diketahui dari keterangan sebagai berikut:

- < 50% = peserta tidak mencukupi dan kegiatan dinyatakan tidak sukses dari segi peserta
- 50 – 75% = peserta kurang mencukupi dan kegiatan dinyatakan kurang sukses dari segi peserta
- > 75% = peserta mencukupi dan kegiatan dinyatakan sukses dari segi peserta

d. *Progress*

Progress atau pengamatan kemajuan adalah perbandingan antara rencana dan kenyataan yang ada. Untuk maksud ini perlu dilakukan analisa usaha yang telah dilakukan dan sumber-sumber yang digunakan dalam pelaksanaan dibandingkan dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya. Tujuan progress adalah monitoring atau pengawasan jalannya usaha kegiatan, atau melihat kemajuan yang telah dicapai. Progress atau monitoring dilaksanakan pada saat kegiatan program sedang berjalan, karena itu identitas dan tindakan koreksi terhadap penyebab hambatan akan selalu dijumpai pada evaluasi progress (Supriyanto dan Damayanti, 2003).

e. Efisiensi

Efisiensi menggambarkan hubungan antara hasil yang dicapai suatu program kesehatan dengan usaha-usaha yang diperkirakan dalam pengertian: tenaga manusia (sumber-sumber lain, keuangan, proses-proses di bidang kesehatan, teknologi dan waktu). Dibedakan efisiensi teknis dan efisiensi biaya (Ubah menjadi kalimat yang benar). Efisiensi biaya bila hasil suatu unit pelayanan: kunjungan, vaksinasi dan lain-lain dikaitkan dengan uang. Efisiensi teknis bila hasil suatu unit pelayanan dikaitkan dengan waktu, metoda, sumber daya dan sumber lain (Supriyanto, 2003).

$$Efisiensi = \frac{\text{Hasil Kegiatan}}{\text{Jumlah Sumber Daya yang Terpakai}} \times 100\%$$

Dikatakan efisiensi bila hasil sama penggunaan lebih kecil atau dengan sumber daya sama hasil lebih besar. Oleh karena itu, efisiensi teknis harus membandingkan dua kegiatan atau satu kegiatan dengan standard.

$$Efisiensi = \frac{\text{Total Biaya}}{\text{Jumlah Pelayanan}}$$

Efisiensi biaya satuan adalah total biaya untuk memproduksi jasa dibagi jumlah pelayanan. Dikatakan efisien dengan membandingkan dua kegiatan yang sama tetapi beda Puskesmas atau membandingkan dengan standard biaya satuan yang telah ditetapkan. Efisiensi bidang manajemen kesehatan dapat didefinisikan melakukan sesuatu dengan benar (*doing thing right*), artinya seseorang yang melakukan pelayanan kepada pasien sesuai dengan kemampuan profesi yang dimiliki atau protap yang ada. Bidan yang melakukan pemeriksaan *Antenatal Care* (ANC) sesuai dengan prosedur standard yang telah ditetapkan dapat dikatakan efisien.

f. Efektivitas

Efektivitas menggambarkan akibat atau efek yang diinginkan dari suatu program, kegiatan, institusi dalam usaha mengurangi masalah kesehatan. Efektivitas juga dipergunakan untuk mengukur derajat keberhasilan dari suatu usaha tersebut dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Efektivitas adalah tingkat pencapaian tujuan program (target) yang telah ditetapkan yang diukur dari hasil/keluaran nyata dari program. Efektivitas juga dapat ditentukan dari perbandingan efek dibandingkan dengan keluaran (Supriyanto, 2003).

$$\text{Efektivitas} = \frac{\text{Performance}}{\text{Target}} \times 100\%$$

g. Dampak (*Impact*)

Menggambarkan akibat keseluruhan dari program, kegiatan, institusi dalam pengembangan kesehatan masyarakat dan pengembangan sosial ekonomi. Penilaian dampak bidang kesehatan, terutama ditujukan untuk menentukan

perubahan akibat pelaksanaan program agar dapat memberikan keuntungan kepada derajat kesehatan. Angka kematian, angka kesakitan dan angka kecacatan adalah komponen yang ada pada derajat kesehatan (Supriyanto, 2003).

D. Media

Media adalah alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan atau pengajaran. Media pendidikan kesehatan disebut juga sebagai alat peraga karena berfungsi membantu dan memeragakan sesuatu dalam proses pendidikan atau pengajaran. Media atau alat peraga dalam promosi kesehatan dapat diartikan sebagai alat bantu promosi kesehatan yang dapat dilihat, didengar, diraba, dirasa atau dicium, untuk memperlancar komunikasi dan penyebaran informasi (Notoatmodjo, 2007). Media promosi kesehatan adalah semua sarana atau upaya menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik melalui media cetak, elektronika, dan media luar ruang, sehingga pengetahuan sasaran dapat meningkat dan akhirnya dapat mengubah perilaku ke arah positif terhadap kesehatan.

Manfaat Media Promosi Kesehatan yaitu:

- a. Menimbulkan minat sasaran
- b. Mencapai sasaran yang lebih banyak
- c. Membantu mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman
- d. Merangsang sasaran untuk meneruskan pesan pada orang lain
- e. Memudahkan penyampaian informasi

Langkah-langkah dalam merancang pengembangan media promosi kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Menetapkan tujuan

Tujuan harus realistis, jelas, dan dapat diukur (apa yang diukur, siapa sasaran yang akan diukur, seberapa banyak perubahan akan diukur, berapa lama dan dimana pengukuran dilakukan). Penetapan tujuan merupakan dasar untuk merancang media promosi dan merancang evaluasi.

2. Menetapkan segmentasi sasaran

Segmentasi sasaran adalah suatu kegiatan memilih kelompok sasaran yang tepat dan dianggap sangat menentukan keberhasilan promosi kesehatan. Tujuannya antara lain memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya, memberikan kepuasan pada masing-masing segmen, menentukan ketersediaan jumlah dan jangkauan produk, serta menghitung jenis dan penempatan media.

3. Memposisikan pesan (positioning)

Memposisikan pesan adalah proses atau upaya menempatkan suatu produk perusahaan, individu atau apa saja ke dalam alam pikiran sasaran atau konsumennya. Positioning membentuk citra.

4. Menentukan strategi positioning

Identifikasi para pesaing, termasuk persepsi konsumen, menentukan posisi pesaing, menganalisis preferensi khalayak sasaran, menentukan posisi merek produk sendiri, serta mengikuti perkembangan posisi.

5. Memilih media promosi kesehatan

Pemilihan media didasarkan pada selera khalayak sasaran. Media yang dipilih harus memberikan dampak yang luas. Setiap media akan memberikan peranan yang berbeda. Penggunaan beberapa media secara seremoak dan terpadu akan meningkatkan cakupan, frekuensi, dan efektivitas pesan.

Macam- Macam Media Promosi Kesehatan

a. Pembagian alat peraga secara umum

Alat bantu lihat (visual aids). Alatbantu ini digunakan untuk membantu menstimulasi indera mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses pendidikan.

Alat ini ada 2 bentuk :

1. Alat yang diproyeksikan (misalnya, slide, OHP, dan film strip)
2. Alat-alat yang tidak diproyeksikan (misalnya, 2 dimensi, gambar peta, dan bagan) termasuk alat bantu cetak atau tulis, misalnya leafet, poster, lembar balik, dan buklet. Termasuk tiga dimensi seperti bola dunia dan boneka).
3. Alat bantu dengar (audio aids), yaitu alat yang dapat membantu untuk menstimulasikan indera pendengar pada waktu proses penyampaian bahan

pendidikan/bahan pengajaran. Misalnya : piring hitam, radio, tape, dan CD. Alat bantu dengar dan lihat, seperti TV, film dan video.

b. Pembagian Alat Peraga Berdasarkan Fungsinya

1. Media cetak

- a. Leaflet. Bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat.
- b. Flipchart
- c. Poster. Bentuk media yang berisi pesan-pesan atau informasi kesehatan yang biasanya ditempel di dinding, tempat-tempat umum, atau kendaraan umum. Biasanya isinya bersifat pemberitahuan dan propaganda

2. Media elektronik

Jenis-jenis media elektronik yang dapat digunakan sebagai media pendidikan kesehatan, antara lain adalah sebagai berikut.

- a. Televisi. Penyampaian pesan kesehatan melalui media televisi dapat berbentuk sandiwara, sinetron, forum diskusi, pidato (ceramah), TV spot, dan kuis atau cerdas cermat.
- b. Radio. Bentuk penyampaian informasi di radio dapat berupa obrolan (tanya jawab), konsultasi kesehatan, sandiwara radio, dan radio spot.
- c. Video. Penyampaian informasi kesehatan melalui video.
- d. Slide. Slide dapat juga digunakan untuk menyampaikan informasi kesehatan

E. Metode dan Sasaran

Metode promosi kesehatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tercapainya suatu hasil penyuluhan secara optimal. Semua metode akan baik bila digunakan secara tepat yaitu sesuai dengan kebutuhan (Notoatmodjo, 2007). Metode dan teknik promosi kesehatan adalah suatu kombinasi antara cara-cara atau metode dan alat-alat bantu atau media kesehatan. Dengan perkataan lain, metode dan teknik promosi kesehatan, adalah dengan cara dan alat yang digunakan oleh pelaku promosi kesehatan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan atau mentransformasikan perilaku kesehatan kepada sasaran

atau masyarakat. Berdasarkan sasarannya, metode dan teknik promosi kesehatan dibagi menjadi 3, yaitu:

1. Metode promosi kesehatan individual

Metode yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang telah mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakan pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai permasalahan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat serta membantunya maka perlu menggunakan metode/ cara ini. Bentuk pendekatan ini, antara lain:

- a. Bimbingan dan penyuluhan –*guidance and counseling*, dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien akan dengan sukarela, berdasarkan kesadaran, dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut –menggubah perilaku
- b. *Interview* –wawancara, metode ini dilakukan dengan wawancara dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia belum atau tidak menerima perubahan, untuk mempengaruhi apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

2. Metode promosi kesehatan kelompok

Dalam memilih metode promosi kelompok, harus mengingat besarnya kelompok sasaran tingkat pendidikan formal dari sasaran. Sasaran kelompok dibedakan menjadi dua, yaitu kelompok kecil antar 6-15 orang dan kelompok besar antar 15-50 orang. Oleh sebab itu, metode promosi kesehatan kelompok juga dibedakan menjadi dua, yaitu:

- a. Metode dan teknik promosi kesehatan untuk kelompok kecil. Metode yang cocok dilakukan adalah:
 - Diskusi kelompok
 - Curah pendapat- *Brain storming*
 - Bola salju –*snow balling*

- Kelompok-kelompok kecil –*Buzz group*
 - *Role Play* –memainkan peran
 - Permainan simulasi
- b. Metode dan teknik promosi kesehatan untuk kelompok besar. Metode yang baik untuk kelompok besar antara lain:
- Ceramah, metode ini baik digunakan pada sasaran tinggi maupun rendah.
 - Seminar, metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas.

3. Metode kesehatan massal

Metode promosi kesehatan massal dilakukan secara besar-besaran dalam jumlah masyarakat yang besar. Metode dan teknik yang sering digunakan adalah:

- a. Ceramah umum –*public speaking*, misalnya di lapangan
- b. Penggunaan media massa elektronik, seperti radio atau TV. Penyampaian melalui radio atau televisi ini dirancang dengan pesan melalui berbagai bentuk, misalnya sandiwara, dialog interaktif, simulasi, dan lain-lain.
- c. Penggunaan media cetak, seperti Koran, majalah, buku, leaflet, dan sebagainya. Bentuk sajian dalam media cetak ini juga bermacam-macam, antar lain: artikel, Tanya jawab, komik, dan sebagainya
- d. Penggunaan media luar ruang, misalnya: billboard, spanduk, umbul-umbul dan sebagainya.

Metode dan teknik promosi kesehatan adalah suatu kombinasi antara cara-cara atau metode dan alat bantu atau media yang digunakan dalam setiap pelaksanaan promosi kesehatan. Pada garis besarnya hanya ada dua jenis metode dalam promosi kesehatan, yaitu :

1. Metode *One Way Methode*

Menitikberatkan pendidik yang aktif, sedangkan pihak sasaran tidak diberi kesempatan untuk aktif yang termasuk metode ini adalah: metode ceramah, Siaran melalui radio, pemutaran film, penyebaran selebaran, pameran.

2. Metode *Two Way Methode*

Pada metode ini terjadi komunikasi dua arah antara pendidik dan sasaran. Yang termasuk dalam metode ini adalah : wawancara, demonstrasi, sandiwara, simulasi, curah pendapat, permainan peran *role playing* dan tanya jawab.

Adapun metode penyuluhan yang sering digunakan adalah metode konseling, ceramah, demonstrasi dan praktik.

1. Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)

Sasaran metode pendidikan kesehatan individu adalah satu orang klien dan satu orang konselor, dimana tanggung jawab klien lebih banyak tergantung pada konselor. Dasar digunakannya pendekatan individual ini disebabkan karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda berhubungan dengan penerimaan atau perilaku, dengan cara ini kontak antara klien dan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikoreksi dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien akan dengan sukarela, berdasarkan kesadaran, dengan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

Kelebihan metode Konseling antara lain sebagai berikut:

- a. Klien dan konselor lebih intensif.
- b. Pusat perhatian klien terfokus pada masa lalu dan masa yang akan datang.
- c. Memberikan kesempatan bagi klien dan konselor untuk saling memberi dan menerima umpan balik.
- d. Klien dapat berlatih tentang perilakunya yang baru.
- e. Dapat digunakan untuk menggali tiap masalah yang dialami klien; belajar untuk meningkatkan kepercayaan kepada orang lain; dapat meningkatkan sistem dukungan dengan cara berteman akrab.

Kekurangan metode Konseling antara lain sebagai berikut:

- a. Solusi yang ditawarkan konselor tidak selalu sesuai dengan keinginan klien disebabkan oleh ketidakakuratan data atau kurangnya kelengkapan data bahkan mungkin karena kesalahan dalam analisis data.
- b. Dalam proses konseling, klien bersifat pasif, kurang inisiatif dan lebih banyak menjadi pendengar karena didominasi oleh konselor.

2. Ceramah

Ceramah merupakan suatu cara dalam menerangkan dan menjelaskan suatu ide, pengertian atau pesan secara lisan kepada sekelompok sasaran disertai tanya jawab sehingga memperoleh informasi tentang kesehatan. Ciri-ciri metode ceramah: ada sekelompok sasaran yang telah dipersiapkan sebelumnya, ada ide, pengertian dan pesan tentang kesehatan yang akan disampaikan, tidak adanya kesempatan bertanya bagi sasaran, bila ada jumlahnya sangat dibatasi dan menggunakan alat peraga untuk mempermudah pengertian. Keuntungan metode ceramah : murah dan mudah menggunakannya, waktu yang diperlukan dapat dikendalikan oleh penyuluh, dapat diterima oleh sasaran yang tidak dapat membaca dan menulis, penyuluh dapat menjelaskan dengan menekankan bagian yang penting. Kerugian metode ceramah: tidak dapat memberikan kesempatan kepada sasaran untuk berpartisipasi secara proaktif (sasaran bersifat pasif), cepat membosankan jika ceramah yang disampaikan kurang menarik sasaran, pesan yang disampaikan mudah untuk dilupakan oleh sasaran, sering menimbulkan pengertian lain apabila sasaran kurang memperhatikan.

3. Demonstrasi

Demonstrasi adalah suatu cara untuk menunjukkan pengertian, ide, dan prosedur tentang sesuatu hal yang telah dipersiapkan dengan teliti untuk memperlihatkan bagaimana cara melaksanakan suatu tindakan, adegan dengan menggunakan alat peraga. Metode ini dipergunakan pada kelompok yang tidak terlalu besar jumlahnya. Ciri-ciri demonstrasi : memperlihatkan pada kelompok bagaimana prosedur untuk membuat sesuatu, dapat meyakinkan peserta bahwa mereka dapat melakukannya dan dapat meningkatkan minat sasaran untuk belajar. Keuntungan demonstrasi : kegiatan ini dapat memberikan suatu keterampilan tertentu kepada kelompok sasaran, dapat memudahkan berbagai jenis penjelasan karena penggunaan bahasa yang lebih terbatas, membantu sasaran untuk memahami dengan jelas jalannya suatu proses prosedur yang dilakukan. Kerugian demonstrasi : tidak dapat dilihat oleh sasaran apabila alat yang digunakan terlalu kecil atau penempatannya kurang pada tempatnya,

uraian atau penjelasan yang disampaikan kurang jelas, waktu yang disediakan terbatas sehingga sasaran tidak dapat diikuti.

4. Praktik

Praktik adalah cara untuk melihat tindakan yang dilakukan seseorang apakah sudah sesuai dengan yang diinstruksikan. Contohnya untuk mengetahui ketrampilan murid dalam menyikat gigi yang baik dan benar dilakukan praktik menyikat gigi secara bersama-sama.

Sasaran penyuluhan kesehatan menurut mencakup individu, kelompok dan masyarakat (Effendy, 2001 : 235). Berdasarkan sasarannya, metode dan teknik promosi kesehatan dibagi menjadi 3 yaitu:

G. Tempat

Penyelenggaraan penyuluhan kesehatan menurut Effendy (2001:235) dapat dilakukan di berbagai tempat, di antaranya adalah:

1. Instansi kesehatan (di dalam institusi pelayanan)

Dapat dilakukan di rumah sakit, puskesmas, rumah bersalin, klinik dan sebagainya, yang dapat diberikan secara langsung kepada individu maupun kelompok mengenai penyakit, perawatan, pencegahan penyakit dan sebagainya. Tetapi dapat juga diberikan secara langsung misalnya melalui poster, gambar-gambar, pamflet dan sebagainya.

2. Instansi Masyarakat (di masyarakat)

Penyuluhan kesehatan di masyarakat dapat dilakukan melalui pendekatan edukatif terhadap keluarga dan masyarakat binaan secara menyeluruh dan terorganisasi sesuai dengan masalah kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat. Agar penyuluh kesehatan di masyarakat dapat mencapai hasil yang diharapkan diperlukan perencanaan yang matang dan terarah sesuai dengan tujuan program promosi kesehatan masyarakat berdasarkan kebutuhan kesehatan masyarakat setempat. Penyuluhan kesehatan masyarakat di masyarakat biasanya berkaitan dengan pembinaan wilayah binaan Puskesmas atau oleh karena kejadian luar biasa seperti wabah dan lain sebagainya.

Promotifera Jaminan Kesehatan Nasional meliputi kegiatan penyuluhan kesehatan perorangan, penyuluhan kesehatan perorangan meliputi paling

sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat (BPJS, 2014).

2.4. Pendekatan Sistem dalam Pelayanan Kesehatan

2.4.1. Definisi

Menurut John McManama (1975) dalam Azwar (2010:17) sistem adalah suatu struktur konseptual yang terdiri dari fungsi-fungsi yang bekerja sebagai satu unit organik untuk mencapai keluaran yang diinginkan secara efektif dan efisien. Sedangkan pengertian kesehatan yang dirumuskan oleh WHO (1947) dalam Azwar (2010:19) yakni yang menunjuk pada keadaan sejahtera sempurna dari fisik, mental dan sosial yang tidak terbatas pada bebas dari penyakit atau kelemahan saja.

Menurut WHO (1984) dalam Azwar (2010:19) Sistem kesehatan adalah kumpulan dari berbagai faktor yang kompleks dan saling berhubungan yang terdapat dalam suatu negara, yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat pada setiap saat yang dibutuhkan. Sedangkan menurut SK Menteri Kesehatan RI No. 99a/Men.Kes/SK/III/1982 sistem kesehatan nasional adalah suatu tatanan yang mencerminkan upaya bangsa Indonesia untuk meningkatkan kemampuan mencapai derajat kesehatan yang optimal sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti yang dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 (Azwar, 2010:19).

2.4.2. Unsur manajemen

Dalam mencapai tujuan yang telah ditentukan diperlukan alat-alat sarana (*tools*). *Tools* merupakan syarat suatu usaha untuk mencapai hasil yang ditetapkan. *Tools* tersebut dikenal dengan 6M, yaitu *man*, *money*, *materials*, *machines*, *method*, dan *markets*.

1. *Man* (SDM)

Dalam manajemen, faktor manusia adalah yang paling menentukan. Tenaga manusia digunakan baik kerja eksekutif maupun operatif. Manusia yang membuat tujuan dan manusia pula yang melakukan proses untuk mencapai tujuan. Tanpa ada manusia tidak ada proses kerja, sebab pada dasarnya manusia adalah makhluk kerja.

2. *Money* (Uang)

Uang merupakan salah satu unsur yang tidak dapat diabaikan. Uang merupakan alat tukar dan alat pengukur nilai. Besar-kecilnya hasil kegiatan dapat diukur dari jumlah uang yang beredar dalam perusahaan. Oleh karena itu uang merupakan alat (*tools*) yang penting untuk mencapai tujuan karena segala sesuatu harus diperhitungkan secara rasional. Hal ini akan berhubungan dengan berapa uang yang harus disediakan untuk membiayai gaji tenaga kerja, alat-alat yang dibutuhkan dan harus dibeli serta berapa hasil yang akan dicapai dari suatu organisasi.

3. *Materials* (bahan dan media)

Materi terdiri dari bahan setengah jadi (*raw material*) dan bahan jadi. Dalam dunia usaha untuk mencapai hasil yang lebih baik, selain manusia yang ahli dalam bidangnya juga harus dapat menggunakan bahan/materi-materi sebagai salah satu sarana. Sebab materi dan manusia tidak dapat dipisahkan, tanpa materi tidak akan tercapai hasil yang dikehendaki.

4. *Machines* (perlengkapan dan tempat)

Mesin atau alat yang dipergunakan untuk mencapai tujuan. Dalam kegiatan perusahaan, mesin sangat diperlukan. Penggunaan mesin akan membawa kemudahan atau menghasilkan keuntungan yang lebih besar serta menciptakan efisiensi kerja.

5. *Methods* (metode)

Dalam pelaksanaan kerja diperlukan metode-metode kerja. Suatu tata cara kerja yang baik akan memperlancar jalannya FKTPan. Sebuah metode dapat dinyatakan sebagai penetapan cara pelaksanaan kerja suatu tugas dengan memberikan berbagai pertimbangan-pertimbangan kepada sasaran, fasilitas-

fasilitas yang tersedia dan penggunaan waktu, serta uang dan kegiatan usaha. Perlu diingat meskipun metode baik, sedangkan orang yang melaksanakannya tidak mengerti atau tidak mempunyai pengalaman maka hasilnya tidak akan memuaskan. Dengan demikian, peranan utama dalam manajemen tetap manusianya sendiri.

6. *Market* (sasaran)

Pasar atau sasaran dari suatu program sangatlah penting sebab bila barang yang diproduksi tidak laku, maka proses produksi barang akan berhenti. Artinya, proses kerja tidak akan berlangsung. Oleh sebab itu, penguasaan pasar dalam arti menyebarkan hasil produksi merupakan faktor menentukan dalam perusahaan. Agar pasar dapat dikuasai maka kualitas dan harga barang harus sesuai dengan selera konsumen dan daya beli (kemampuan) konsumen.

2.4.3. Unsur sistem

Sistem terbentuk dari bagian atau elemen yang saling berhubungan dan mempengaruhi. Adapun yang dimaksud dengan bagian atau elemen tersebut ialah sesuatu yang mutlak harus ditemukan. Bagian atau elemen tersebut banyak macamnya, dan disederhanakan menjadi enam unsur saja (Azwar, 2010:22), yakni:

a. Masukan

Masukan (*input*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut.

b. Proses

Proses (*process*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.

c. Keluaran

Keluaran (*output*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam system. Dalam hal ini berupa keadaan sehat atau sakit.

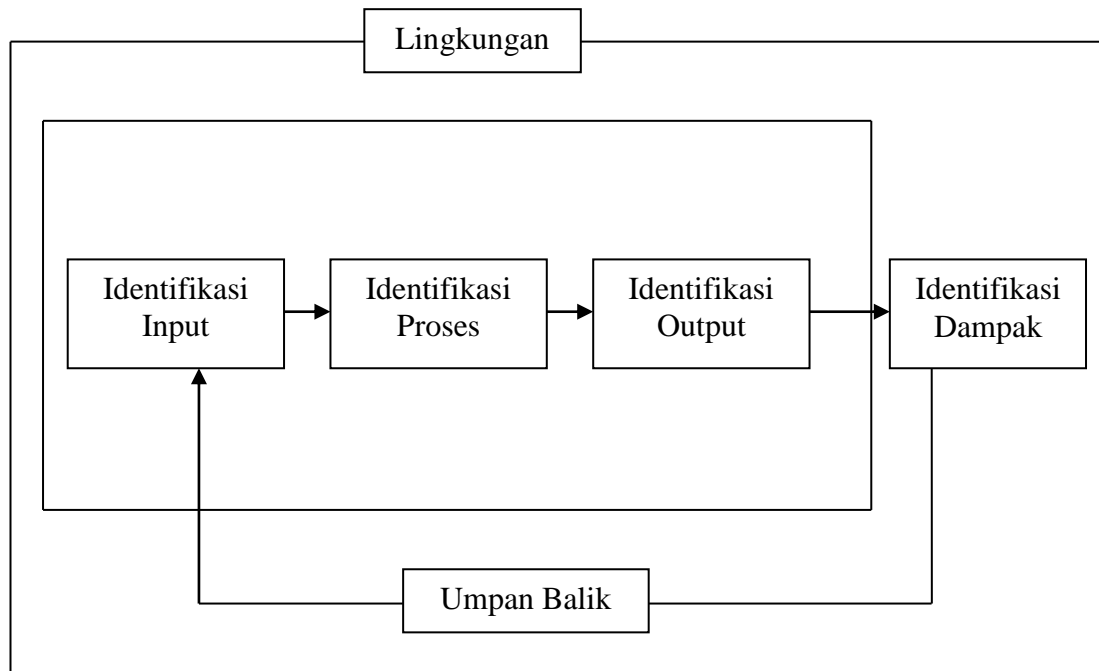
d. Umpan balik

Umpan balik (*feed back*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut.

e. Dampak

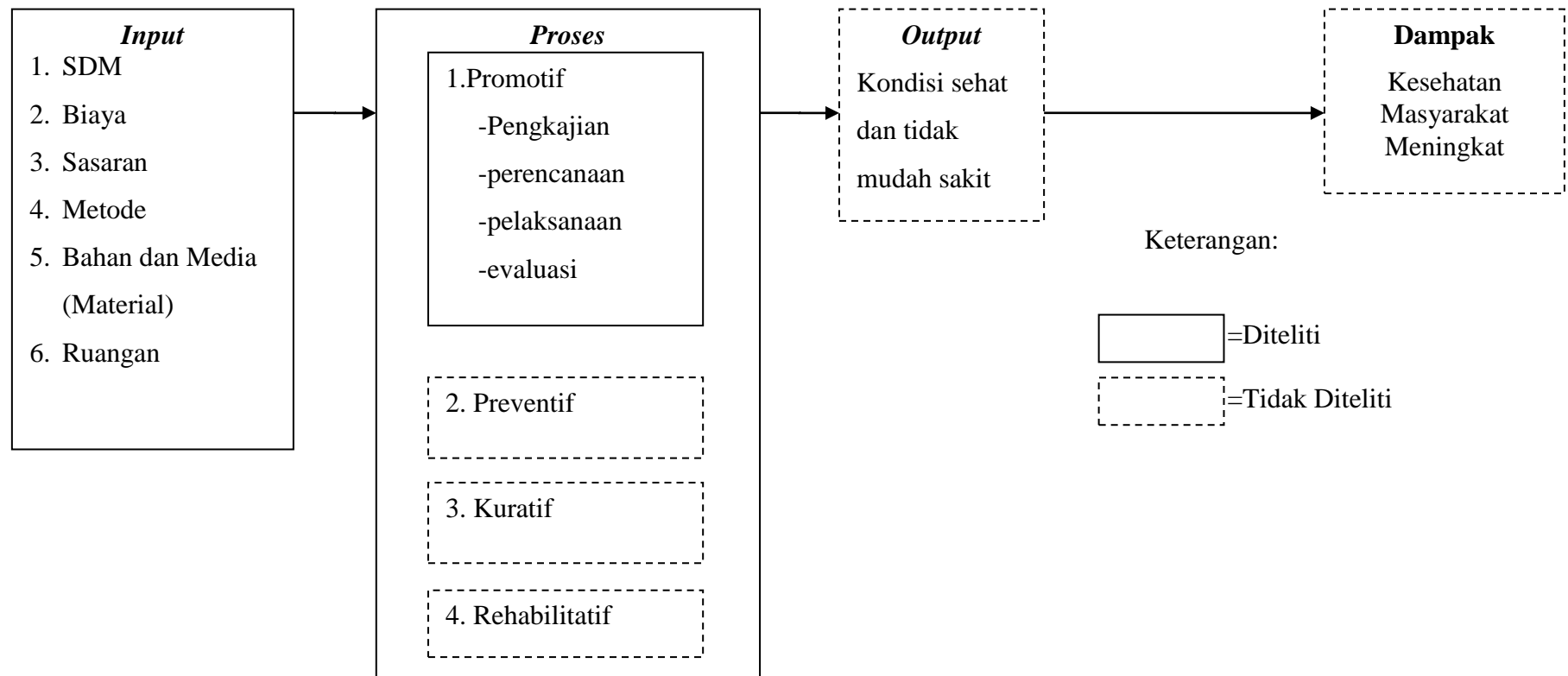
Dampak (*impact*) adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu system yang berupa kesehatan masyarakat meningkat.

2.5. Kerangka Teori



Gambar 2. 3 Kerangka Teori: Sistem Kesehatan dari Azwar (2010:22)

2.6. Kerangka Konseptual



Gambar 2. 4Kerangka Konseptual

Kerangka konseptual tersebut menjelaskan unsur-unsur penyusun sistem kesehatan yang digunakan dalam penelitian ini. Sistem kesehatan adalah kumpulan dari berbagai faktor yang kompleks dan saling berhubungan yang terdapat dalam suatu negara, yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat pada setiap saat yang dibutuhkan. Selanjutnya sistem kesehatan itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari tiga unsur utama utama, yaitu masukan (*input*), proses (*process*), keluaran (*output*) dimana ketiga unsur tersebut saling mempengaruhi satu sama lain. Sistem kesehatan khususnya pada pelayanan promotif juga ditentukan oleh ketiga faktor tersebut, yaitu input berupa SDM, Biaya, Metode, Bahan dan Media (Material), Ruangan (Mesin) serta Sasaran. Sedangkan proses berupa alur mulai dari pengkajian yang berupa pengumpulan data dan penetapan masalah, perencanaan mulai dari proses penentuan prioritas masalah sampai dengan kriteria evaluasi dilanjutkan dengan pelaksanaan serta evaluasi yang terdiri dari evaluasi input, proses dan hasil kegiatan pada pelayanan promotif di FKTP.

Identifikasi pelayanan promotif pada FKTP di Kabupaten Jember merupakan sebuah teknik untuk melihat sejauh mana sistem kesehatan berjalan dalam rangka melihat input dan proses pada mereka pengguna sistem kesehatan. Sehingga, dari penelitian ini dapat memberikan gambaran mengenai pelaksanaan pelayanan promotif di FKTP Kabupaten Jember. Output tidak diteliti dalam penelitian ini karena keterbatasan waktu penelitian.

BAB 3.METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif, penelitian deskriptif dilakukan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan suatu fenomena yang terjadi di dalam masyarakat (Notoatmodjo, 2010:36). Tujuan dari penelitian deskriptif adalah untuk membuat deskripsi atau gambaran mengenai unsur input dan unsur output pada pelayanan promotif.

3.2. Tempat dan waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kabupaten Jember.(Klinik dan DPP) Peneliti memutuskan melakukan penelitian di tempat tersebut karena berdasarkan data primer yang di dapat dari studi pendahuluan.Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Agustus-Oktober 2015.

3.3. Penentuan Populasi dan Sampel

3.3.1.Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau subjek yang akan diteliti (Wasis, 2005). Populasi terbagi menjadi populasi *finite* (terbatas) dan *infinite* tidak terbatas. Dalam penelitian ini populasi bersifat finit karena sudah diketahui jumlah populasinya. Populasi dalam penelitian ini yaitu 42 FKTP yang terdiri dari 23 Dokter praktik pribadi dan 19 klinik pratama.

3.3.2.Sampel dan Besar Sanpel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang menjadi objek penelitian yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dianggap mewakili populasi. Kriteria inklusi adalah karakteristik atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010:130). Kriteria

inklusi sampel penelitian ini adalah FKTP yang telah bekerja sama dengan JKN. FKTP dalam penelitian ini adalah kepala klinik dan dokter praktik pribadi.

Sampel penelitian adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo,2010:115). Dalam penelitian ini terdapat 42FKTP di Kabupaten Jember, sehingga besar sampel dari penelitian ini berdasarkan rumus yang dikembangkan oleh Lameshow dalam (Notoatmodjo, 2010 :127), yaitu :

$$n = \frac{NZ^2_{1-\alpha/2}P(1-P)}{d^2(N-1) + Z^2_{1-\alpha/2}P(1-P)}$$

Keterangan :

n = Sampel Besar

N = Besar Populasi, dalam hal ini besar populasi yaitu 42 FKTP

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai Z pada derajat kemaknaan (biasanya 95 % = 1,96)

P = Proporsi suatu kasus tertentu terhadap populasi, bila bila tidak tahuproporsinya 50 %(0,50)

d = Derajat penyimpangan terhadap populasi sebesar 10 % (0,1)

Pengambilan sampel dari jumlah populasi sebanyak42 FKTP, dengan menerapkan rumus diatas, maka besar sampel diperoleh sebanyak:

$$n = \frac{NZ^2_{1-\alpha/2}P(1-P)}{d^2(N-1) + Z^2_{1-\alpha/2}P(1-P)}$$

$$n = \frac{42 \times 1,96^2 \times 0,5 (1 - 0,5)}{0,1^2(42 - 1) + 1,96^2 \times 0,5 (1 - 0,5)}$$

$$n = \frac{40,3}{0,41 + 0,9604} = 29,6 \approx 30 \text{ FKTP}$$

Berdasarkan perhitungan diatas diketahui besar sampel yang dapat mewakili populasi sebesar 30FKTP.

3.3.3.Tehnik pengambilan sampel

Tehnik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan tehnik *proportional random sampling*. Tehnik ini

merupakan tehnik penggunaan perwakilan berimbang, dimana sebelum menggunakan tehnik ini peneliti harus mengetahui besar kecil unit – unit populasi yang ada. Kemudian dengan pengetahuan ini peneliti mengambil wakil dari unit – unit populasi tersebut dengan sistem perwakilan yang berimbang (Bungin, 2006). Untuk menentukan jumlah sampel yang harus diambil secara proporsional, dapat menggunakan formula sebagai berikut (Nazir, 2009)

$$n_i = \frac{N_i}{N} \times n$$

Keterangan :

n = besarnya sampel

N = total populasi

N_i = total sub populasi ke – i

n_i = besar sub sampel untuk ke – i

Adapun pembagian sampel untuk setiap FKTP Kabupaten Jember adalah sebagai berikut.

Tabel 3.1 Pembagian sampel untuk setiap FKTP Kabupaten Jember

No	FKTP	Populasi	Perhitungan	Sampel
1	Dokter praktik pribadi	23	$(23/42) \times 30$	16
2	Klinik pratama	19	$(19/42) \times 30$	14
	Jumlah	42		30

3.4. Defenisi Operasional

Variabel adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga informasi tentang hal tersebut kemudian ditarik kesimpulan (Lusiana *et al*, 2015:19). Variabel penelitian ini adalah *Input* dan *proses* pada pelayanan promotif di FKTP.

Definisi operasional merupakan definisi variabel-variabel yang akan diteliti secara operasional dilapangan. Definisi operasional bermanfaat untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang akan diteliti serta untuk pengembangan instrumen.

Definisi operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3. 2 Definisi Operasional Penelitian

No	Variabel Penelitian	Variabel Operasional	Instrument	Cara Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian
1.	Identifikasi Input	kumpulanelemen yang diperlukan untuk pelayanan promotif, meliputi: SDM, Biaya, Sasaran, Metode, Media, Ruang dan peralatan.			
	SDM	Sumber daya yang dibutuhkan dalam pelayanan promotif di DPP dan klinik pratama, meliputi: petugas dan pengetahuan			
	Petugas	Tenaga pemberi pelayanan promotif di FKTP(DPP dan Klinik pratama).	Kuesioner	Wawancara	Kriteria Penilaian ini dikategorikan peneliti sebagai berikut, yaitu: <input type="checkbox"/> Tenaga pelayanan di FKTP (DPP dan Klinik pratama). <input type="checkbox"/> Tenaga khusus
	Pengetahuan	Pengetahuan terhadap pelayanan promotif pada program JKN	Kuesioner	Wawancara	Diukur dengan 6 pertanyaan <u>Penilaian :</u> a. Jawaban benar nilai 2 b. Jawaban salah nilai 1 c. Jawaban tidak tahu 0 Jumlah skor yaitu : Maksimal = 12 Minimal = 0 Selanjutnya dari range 0-12 dikelompokan jadi 3 kategori, tinggi sedang dan rendah a. $8 \leq x \leq 12$ = pengetahuan tinggi b. $4 \leq x < 8$ =pengetahuan sedang c. $0 > x < 4$ =pengetahuan rendah
	Biaya	Besarnya biaya yang digunakan dalam pelayanan promotif di FKTP berupa alokasi	Kuesioner	Wawancara	Dana di FKTP dalam persentase (%).

No	Variabel Penelitian	Variabel Operasional	Instrument	Cara Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian
		biaya sebelum pelaksanaan dan realisasi biaya setelah pelaksanaan pelayanan promotif			
	Sasaran	orang yang menjadi target penerima pelayanan promotif di FKTP(Klinik dan DPP) meliputi individu, kelompok dan masal.	Kuesioner	Wawancara	Sasaran pelayanan promotif : - Individu - Kelompok - Masal
	Metode	suatu kombinasi antara cara-cara dan alat bantu atau media yang digunakan dalam setiap pelaksanaan promosi kesehatan	Kuesioner	Wawancara	Metode yang digunakan pada sasaran -individual: konseling, kunjungan rumah -kelompok al: diskusi kelompok. Demonstrasi, ceramah, dll -massal al: pemutaran film, ceramah, penyebaran pamflet, dll
	Media (material)	Bahan berupa media cetak, elektronik dan alat peraga yang digunakan dalam pelayanan promotif di FKTP(Klinik dan DPP)	Kuesioner	Wawancara	Kriteria Penelitian ini dikategorikan peneliti sebagai berikut, yaitu: <input type="checkbox"/> Media cetak <input type="checkbox"/> Media elektronik <input type="checkbox"/> Alat peraga
	Ruangan (Mesin)	Tempat yang dibutuhkan dalam pelayanan promotif dan juga peralatan guna mendukung pelaksanaan pelayanan promotif yaitu di dalam gedung dan di luar gedung	Kuesioner	Wawancara	Kriteria Penelitian ini dikategorikan peneliti sebagai berikut, yaitu: <input type="checkbox"/> Di dalam gedung (instansi FKTP) <input type="checkbox"/> Di luar gedung (masyarakat)

No	Variabel Penelitian	Variabel Operasional	Instrument	Cara Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian
2.	Identifikasi Proses pelayanan Promotif	kumpulan atau elemen yang terdapat dalam pelayanan promotif dan berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan untuk usaha peningkatan pengetahuan atau pendidikan kesehatan meliputi: -pengkajian, -perencanaan, -pelaksanaan, -evaluasi.			
	a. pengkajian masalah	Suatu pengumpulan data atau informasi yang berhubungan dengan kesehatan individu /masyarakat al: pengumpulan data dan penetapan masalah	Kuesioner dan Ceklist	Wawancara dan studi dokumentasi	Diukur dengan daftar masalah
	b. perencanaan	proses dalam menyusun berbagai keputusan yang akan dilaksanakan dalam pelayanan promotif guna mencapai tujuan mulai dari penetapan prioritas masalah, tujuan sasaran, materi, metode, alat sampai kriteria evaluasi	Kuesioner dan Ceklist	Wawancara dan studi dokumentasi	Diukur dengan dilakukannya: - penetapan prioritas masalah - perencanaan
	c. pelaksanaan	implementasi dari perencanaan dan pelayanan promotif	Kuesioner dan Ceklist	Wawancara dan studi dokumentasi	Diukur dengan menggunakan data sekunder terkait pelaksanaan

No	Variabel Penelitian	Variabel Operasional	Instrument	Cara Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian
	d. evaluasi	Penilaian yang dilakukan mulai tahap awal sampai pelaksanaan pada pelayanan promotif yaitu evaluasi input, proses dan hasil kegiatan	Kuesioner dan Ceklist	Wawancara dan studi dokumentasi	Diukur dengan dilakukannya: - evaluasi input - evaluasi proses - evaluasi hasil kegiatan

3.5. Data dan sumber data

3.5.1. Data primer

Data primer merupakan data yang didapat dari sumber pertama. Data sumber pertama yang diperoleh dari individu atau perorangan dapat berupa hasil kumpulan wawancara yang dilakukan oleh peneliti (Sugiyono, 2011:156). Pengumpulan data primer pada penelitian ini dilakukan dengan wawancara kepada informan menggunakan panduan wawancara. Data primer pada penelitian ini adalah hasil wawancara dengan masing-masing informan.

3.5.2. Data sekunder

Data sekunder adalah data primer yang diperoleh dari pihak lain atau data primer yang telah diolah lebih lanjut dan disajikan baik oleh pengumpul data primer atau oleh pihak lain yang pada umumnya disajikan dalam bentuk tabel atau diagram (Sugiyono, 2011:156). Data sekunder dapat juga berupa data yang diperoleh dari buku literatur, arsip, dan dokumen yang dimiliki oleh instansi bersangkutan atau media yang lain (Sugiarto, 2003:143) Data sekunder dalam penelitian ini yaitu data jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember yang diperoleh dari BPJS Kabupaten Jember.

3.6. Instrumen dan Teknik pengumpulan data

3.6.1 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang digunakan untuk membantu peneliti memperoleh data yang dibutuhkan (Arikunto, 2010). Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini berupa lembar kuesioner tertutup, ceklist dan alat tulis.

Kuesioner adalah alat pengumpulan data yang dipakai di dalam wawancara yang berisi daftar pertanyaan yang sudah tersusun dengan baik, sudah matang, dimana *interviewer* tinggal memberikan jawaban atau dengan memberikan tanda-tanda. Kuesioner tertutup mempunyai keuntungan mudah mengarahkan jawaban FKTP, dan juga mudah diolah (Notoatmodjo, 2010).

3.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini yaitu dilakukan dengan wawancara secara langsung kepada FKTP, untuk memperoleh data primer mengenai aktifitas pelayanan promotif di FKTP.

Studi dokumentasi merupakan metode pengumpulan data berdasarkan pada catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, agenda, notulen rapat, dan sebagainya (Arikunto, 2006:135). Data sekunder dikumpulkan melalui studi dokumen. Penggunaan studi dokumentasi dalam penelitian ini didasarkan karena dokumen dapat memberi informasi yang tidak dapat diperoleh melalui kuesioner. Studi dokumentasi dilakukan guna mengumpulkan data terkait pelayanan promotif pada FKTP di Kabupaten Jember.

3.7. Teknik Pengolahan dan Penyajian Data

3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Teknik pengolahan data yang dilakukan pada penelitian ini meliputi:

a. *Editing*

Editing adalah kegiatan yang dilaksanakan setelah peneliti mengumpulkan data di lapangan atau sebelum pengolahan data. Data yang telah dikumpulkan dari kuisisioner atau lembar observasi perlu dilakukan pengecekan

kembali dan dilakukan perbaikan isian formulir atau kuesioner (Notoatmodjo, 2010).

b. *Coding*

Pemberian kode pada setiap atribut pertanyaan dari variabel yang diteliti setelah semua kuesioner diedit atau disunting, selanjutnya dilakukan coding untuk mempermudah waktu mengadakan tabulasi dan analisis (Notoatmodjo, 2010).

c. *Scoring*

Kegiatan ini dilakukan untuk memberikan skor atau nilai dari jawaban dengan nilai tertinggi sampai nilai terendah dari kuesioner yang diajukan kepada para FKTP (Suyanto, 2005). Scoring didasarkan pada skala likert.

d. *Tabulating*

Tabulating adalah kegiatan yang dilakukan dengan cara memasukkan data yang diperoleh ke dalam program komputer sesuai dengan variabel yang diteliti (Notoatmodjo, 2010).

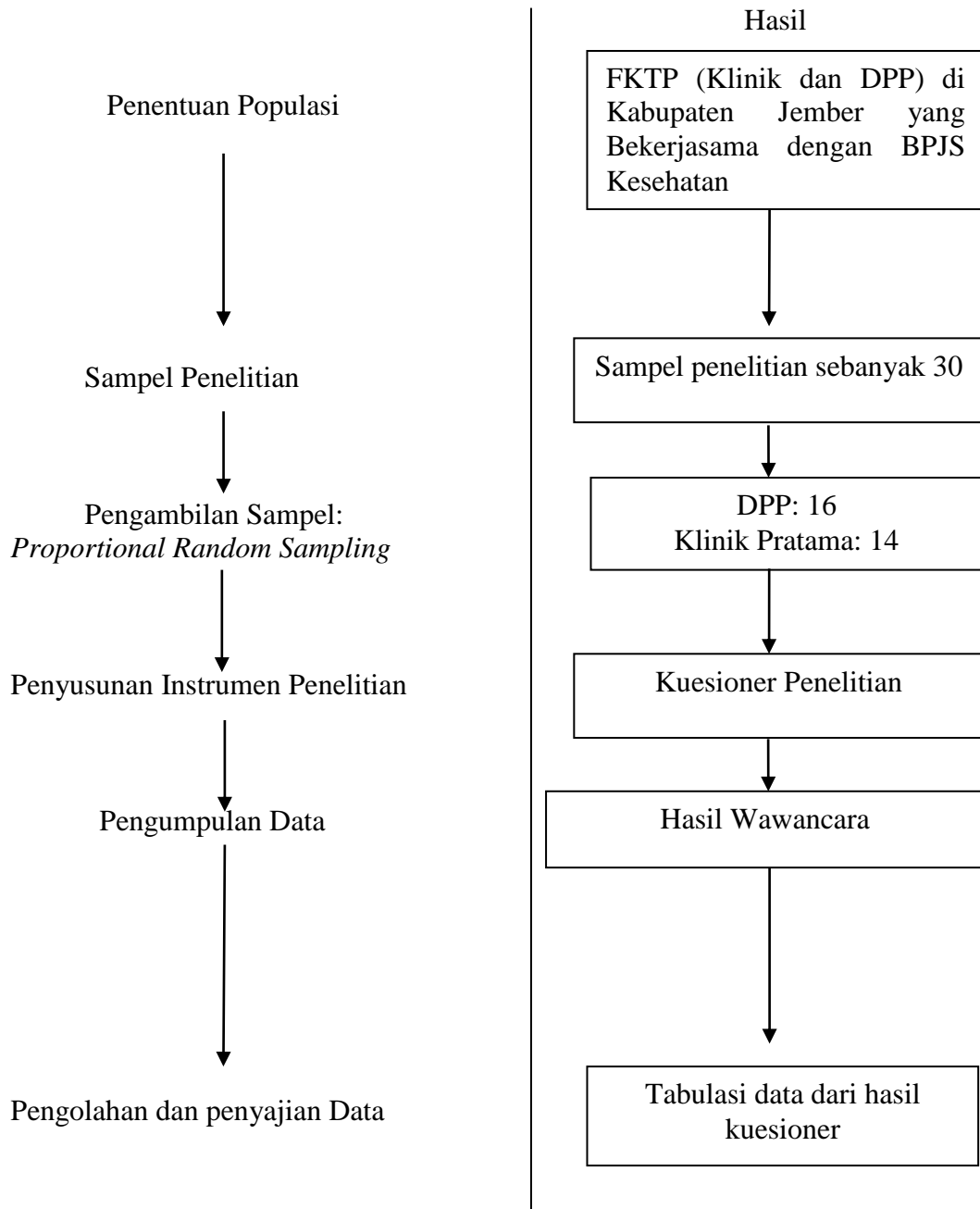
3.7.2 Teknik Penyajian Data

Teknik penyajian data merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang dapat dilakukan melalui berbagai bentuk. Pada umumnya dikelompokkan menjadi 3 yakni penyajian dalam bentuk teks, penyajian dalam bentuk tabel, dan penyajian dalam bentuk grafik (Notoatmodjo, 2010). Penyajian data harus sederhana dan jelas agar orang lain dapat memahami apa yang disajikan dengan mudah. Data yang diperoleh dari hasil kuesioner dalam penelitian ini akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan narasi (*textular*).

3.7.3 Teknik analisa data

Analisis data adalah kegiatan mengatur, mengurutkan, mengelompokkan, memberikan kode atau tanda dan mengategorikan data sehingga dapat ditemukan dan dirumuskan hipotesis kerja berdasarkan data tersebut (Semma, 2008:249) .

3.8. Alur penelitian



Gambar 3. 1 Alur Penelitian