

# ANALISIS PENERAPAN PELAYANAN KESEHATAN DENGAN PENDEKATAN DOKTER KELUARGA PADA MASYARAKAT DAERAH ALIRAN SUNGA BRANTAS DI KOTA MALANG BERDASARKAN SWOT ANALISIS

Febri Endra Budi Setyawan

Laboratorium Ilmu Kedokteran Keluarga, Industri dan KeIslaman  
Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah, Malang

Email : febri\_dirgantara@yahoo.co.id

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Kesehatan keluarga menjadi tujuan untuk mencapai kesejahteraan umum dari tujuan nasional. Kenaikan biaya kesehatan terjadi akibat penerapan teknologi canggih, karakter *supply induced demand* dalam pelayanan kesehatan, pembayaran langsung ke pemberi pelayanan, penyakit kronik dan degeneratif serta inflasi. Pelayanan kedokteran keluarga merupakan pelayanan kesehatan yang terpadu, berkesinambungan, manusiawi serta personal. Wilayah tempat tinggal di daerah aliran sungai merupakan suatu wilayah yang memiliki risiko tinggi terjadinya penyakit khususnya penyakit menular.

**Metode:** Rancangan penelitian berupa penelitian observasional deskriptif dengan desain studi *cross sectional*. Sampel 140 kepala keluarga yang dipilih secara *cluster simple random sampling*. Data disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi serta dilakukan analisis SWOT.

**Hasil:** Tingkat pendidikan rendah pada 77% masyarakat, 62% berpenghasilan lebih dari Rp. 2.000.000, 72% berobat di puskesmas, 96% setuju untuk membiayai pelayanan kesehatan praupaya dan 82% menyanggupi membayar biaya praupaya sebesar Rp. 10.000.

**Diskusi:** Tingkat pendidikan akan mempengaruhi pola pikir dan tindakan seseorang, semakin terbuka pikiran seseorang untuk menerima inovasi dan gagasan. Tingkat pendapatan dipengaruhi faktor sosial budaya dan faktor pendidikan dapat ditingkatkan dengan upaya pemberdayaan. Pelayanan kesehatan merupakan setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan. Penerapan dokter keluarga harus dibenahi dari segi kualitas sumberdaya manusia dan ketersediaan dana partisipasi masyarakat.

**Kesimpulan:** Untuk dapat menerapkan pelayanan kesehatan dengan pendekatan dokter keluarga di RW 5 Kelurahan Kidul Dalem Kecamatan Klojen harus meningkatkan kualitas sumberdaya masyarakat serta meningkatkan pemberdayaan masyarakat.

**Kata kunci :** Dokter Keluarga, Daerah Aliran Sungai, Analisis SWOT

## ABSTRACT

**Introduction:** Family health is the goal to achieve the common prosperity of the national goal. The increase in health costs is due to the application of advanced technology, the character of supply induced demand in health services, direct payments to service providers, chronic and degenerative diseases and inflation. Family doctor care is an integrated, sustainable, humane and personal health service. Residential areas in the watershed area is an area that has a high risk of disease, especially infectious diseases.

**Method:** The research design was descriptive observational research with cross sectional study design. A sample of 140 households selected by cluster simple random sampling. Data are submitted in the form of frequency distribution and SWOT analysis is performed.

**Result:** Low education level in 77% of society, 62% earning more than 2 million rupiah, 72% went to the community health center, 96% agreed to finance pre-treatment and 82% agreed to pay the pre-median cost of 10 thousand rupiah.

**Discussion:** The level of education will affect the mindset and actions of a person, the more open the mind a person to receive innovation and ideas. Income levels are influenced by sociocultural factors and educational factors can be improved by empowerment efforts. Health care is any effort that is held alone or jointly within an organization to maintain and improve health, prevent and cure diseases and restore health. The application of family doctor should be addressed in terms of the quality of human resources and the availability of public participation funds.

**Conclusion:** To be able to apply health service with family doctor approach in society along brantas river must improve the quality of community resources and improve community empowerment.

**Keywords:** Family Doctor, Society Along Brantas River, SWOT Analysis

## PENDAHULUAN

Kesehatan keluarga sebagai salah satu unsur dasar kesejahteraan keluarga, menjadi tujuan untuk mencapai kesejahteraan umum dari tujuan nasional. Insan pembangunan yang sehat akan memiliki produktifitas kerja tinggi, berpotensi dalam pendayagunaan sumberdaya alam, bebas dari beban biaya pengobatan dan perawatan penyakit, mempunyai kesempatan dan kemampuan untuk belajar serta memiliki kemampuan bersaing secara mandiri dan sehat (*Kementrian Kesehatan RI, 2013*).

Kenaikan biaya kesehatan terjadi akibat penerapan teknologi canggih, karakter *supply induced demand* dalam pelayanan kesehatan, pola pembayaran tunai langsung ke pemberi pelayanan kesehatan, pola penyakit kronik dan degeneratif serta inflasi. Kenaikan biaya itu mengancam akses dan mutu pelayanan kesehatan dan karenanya harus dicari solusi untuk mengatasi masalah pembiayaan kesehatan ini (*Andayani, 2013*). Wilayah tempat tinggal di daerah aliran sungai merupakan suatu wilayah yang memiliki risiko tinggi terjadinya penyakit khususnya penyakit menular. Selain itu masyarakat yang bertempat tinggal di sekitar daerah aliran sungai merupakan masyarakat dengan penghasilan

menengah ke bawah, sebagian besar berpenghasilan rendah (*Bachrein, 2012*).

Dokter keluarga sebagai suatu upaya pelayanan kesehatan primer dimana pelayanan kesehatan pokok yang bisa diakses oleh individu keluarga dalam masyarakat, yang diberikan dengan biaya terjangkau dengan partisipasi masyarakat yang meliputi promosi kesehatan, pencegahan penyakit, menjaga kesehatan, edukasi dan rehabilitasi. Pelayanan kedokteran keluarga merupakan pelayanan kesehatan yang lebih terpadu, lebih berkesinambungan, lebih manusiawi serta lebih personal (*Roebijoso, 2003*).

Permasalahan dalam merealisasikan program Dokter Keluarga ini adalah minimnya pengetahuan masyarakat tentang Dokter Keluarga padahal masyarakat yang akan menjadi subyek program Dokter Keluarga sehingga pembangunan kesehatan berazas dari, oleh, dan untuk rakyat. Berdasarkan pemahaman diatas, maka menarik untuk dilakukan suatu analisis terhadap penerapan pelayanan kesehatan dengan pendekatan dokter keluarga pada masyarakat daerah aliran sungai Brantas di Kelurahan Kidul Dalem Kecamatan Klojen Kota Malang.

## METODE PENELITIAN

### Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasi deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilakukan di Wilayah Rukun Warga (RW) 5 Kelurahan Kidul Dalem Kecamatan Klojen Malang pada bulan Mei 2017 s/d Juni 2017.

### Sampel Penelitian

Populasi dan sampel penelitian ini adalah kepala keluarga (KK) yang bertempat tinggal di RW 5 Kelurahan Kidul Dalem Kecamatan Klojen Kota Malang. Penentuan besar sampel menggunakan rumus Slovin dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *cluster simple random sampling*, dimana didapatkan jumlah sampel dalam sebanyak 140 kepala keluarga. Sampel terpilih adalah kepala keluarga yang minimal sudah bertempat tinggal di wilayah RW 5 Kelurahan Kidul Dalem Kecamatan Klojen Kota Malang selama minimal 5 tahun dan memiliki KTP (Kartu Tanda Penduduk) setempat.

### Analisis Data Penelitian

Pada penelitian ini, data diperoleh dari hasil wawancara dengan acuan kuesioner yang dilakukan pada kepala keluarga yang bertempat tinggal di RW 5 Kelurahan Kidul Dalem Kecamatan Klojen Kota Malang. Data yang diperoleh dari jawaban responden akan diolah, ditabulasikan dan disajikan dalam bentuk tabel.

## HASIL

Data yang diperoleh dari penelitian ini ditabulasikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi responden berdasarkan:

- Usia
- Tingkat pendidikan
- Jenis pekerjaan
- Pendapatan keluarga
- Jumlah anggota keluarga
- Frekuensi sakit tiap bulan
- Anggota keluarga yang sering sakit
- Pilihan tempat berobat
- Alasan pemilihan tempat berobat
- Pendapat biaya pelayanan kesehatan

- Pembiayaan kesehatan praupaya
- Kesanggupan besaran biaya kesehatan praupaya
- Jenis pelayanan kesehatan yang diharapkan
- Jenis penyakit terbanyak

Tabel 1. Sebaran Responden Berdasarkan Umur

Umur	Jumlah	Prosentase (%)
< 20 tahun	12	9
20-29 tahun	23	16
30-39 tahun	29	21
≥ 40 tahun	76	54
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

Tabel 2. Sebaran Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Pendidikan akhir	Jumlah	Prosentase (%)
Tidak pernah sekolah	19	14
SD / Tak tamat SD	63	45
SLTP	26	18
SLTA	24	17
Sarjana	8	4
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

Tabel 3. Sebaran Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Pekerjaan	Jumlah	Prosentase (%)
PNS	9	6
Polri/TNI	4	3
Pedagang/swasta	63	46
Buruh bangunan/industri	10	7
IRT	48	34
Lain-lain	6	4
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

Tabel 4. Sebaran Responden Berdasarkan Pendapatan Keluarga

Pendapatan	Jumlah	Prosentase (%)
<1.000.000	19	14
1.000.000- <1.500.000	11	8
1.500.000- <2.000.000	22	16
2.000.000 – <2.500.000	71	50
≥2.500.000	17	12
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

Tabel 5. Sebaran Responden Berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga

Jumlah Anggota Keluarga	Jumlah	Prosentase (%)
< 2 orang	25	18
3-5 orang	97	69
6-7 orang	12	9
>7 orang	6	4
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

Tabel 6. Sebaran Responden Berdasarkan Frekuensi Sakit Tiap Bulan

Frekuensi Sakit	Jumlah	Prosentase (%)
1-2 kali	91	65
3-4 kali	34	24
>4 kali	15	11
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

Tabel 7. Sebaran Responden Berdasarkan Anggota Keluarga Yang Sering Sakit

Anggota Keluarga	Jumlah	Prosentase (%)
Suami	22	16
Istri	18	13
Anak	67	47
Orang tua	25	18
Keluarga lain	8	6
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

Tabel 8. Sebaran Responden Berdasarkan Pilihan Tempat Berobat

Tempat Berobat	Jumlah	Prosentase (%)
Rumah Sakit	6	4
Dokter Praktek	34	24
Puskesmas	100	72
Alternatif	0	0
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

Tabel 9. Sebaran Responden Berdasarkan Alasan Pemilihan Tempat Berobat

Alasan	Jumlah	Prosentase (%)
Biaya murah	94	67
Jarak dekat	25	18
Lain-lain	21	15
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

Tabel 10. Sebaran Responden Berdasarkan Pendapatan Terhadap Biaya Pelayanan Kesehatan Saat Ini

Alasan	Jumlah	Prosentase (%)
Biaya murah	94	67
Jarak dekat	25	18
Lain-lain	21	15
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

Tabel 11. Sebaran Responden Berdasarkan Pembiayaan Kesehatan Praupaya

Alasan	Jumlah	Prosentase (%)
Setuju	135	96
Tidak setuju	5	4
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

Tabel 12. Sebaran Responden Berdasarkan Kesanggupan Besaran Biaya Kesehatan Praupaya

Besaran Biaya Perorang (Rp)	Jumlah	Prosentase (%)
10.000/bulan	115	82
15.000/bulan	6	4
20.000/bulan	14	10
>20.000/bulan	0	0
Tidak diisi	5	4
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

Tabel 13. Sebaran Responden Berdasarkan Jenis Pelayanan Kesehatan Yang Diharapkan

Jenis Pelayanan	Jumlah	Prosentase (%)
Konsultasi	5	4
Konsultasi dan pengobatan	23	16
Konsultasi, pengobatan dan pemeriksaan laboratorium	49	35
Konsultasi, pengobatan, pemeriksaan lab dan rujukan	58	41
Tak diisi	5	4
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

Tabel 14. Sebaran Responden Berdasarkan Jenis Penyakit Terbanyak

No.	Jenis Penyakit	Jumlah
1	ISPA	74 Kasus
2	Gangg. Jar. Ikat	49 Kasus
3	Hipertensi	36 Kasus
4	Peny. Kulit	27 Kasus
5	Gastritis	20 Kasus
6	Diare	16 Kasus
7	Diabetes Mellitus	8 Kasus

## PEMBAHASAN

Menurut hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar (77%) tingkat pendidikan masyarakat DAS Brantas memiliki pendidikan rendah dibawah tingkat SMA. Hal ini sesuai dengan penelitian Maridi (2012) yang menyatakan bahwa 85,34% penduduk DAS Keduang berpendidikan rendah. Tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi pola pikir dan tindakan seseorang sehingga semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan semakin terbuka pikiran seseorang untuk menerima inovasi dan gagasan dari luar yang lebih baik untuk peningkatan kualitas dirinya (Notoatmojo, 2007).

Tingkat pendapatan keluarga pada penelitian ini sebagian besar (62%) berpenghasilan lebih dari Rp. 2.000.000,-. Hasil ini tidak sesuai dengan penelitian Maridi (2012) dimana sebagian besar (89%) responden berpenghasilan kurang dari Rp. 2.100.000,-. Hal ini dikarenakan pada masyarakat di DAS Brantas 55% bekerja sebagai pedagang, PNS dan TNI-Polri yang secara umum tingkat pendapatannya diatas upah minimum kota atau regional. Tingkat pendapatan dapat dipengaruhi oleh faktor sosial budaya dari kelompok masyarakat dan faktor pendidikan. Tingkat pendapatan dapat ditingkatkan dengan upaya pemberdayaan sehingga kualitas individu dapat meningkat yang pada akhirnya akan meningkatkan tingkat pendapatan keluarga. Beberapa upaya peningkatan pemberdayaan masyarakat diantaranya adalah dengan membangun dialog dan kesepakatan dengan instansi pemerintah dalam pengelolaan DAS, untuk mendukung upaya ini diperlukan keterkaitan sektor-sektor dinas terkait. *Output*/luaran yang diharapkan adalah masyarakat dengan kesadarannya sendiri ikut aktif menjaga kelestarian DAS bahwa masyarakat paham arti penting DAS baik untuk fungsi ekonomi, ekologi,

kesehatan maupun sosial budaya. Upaya kedua dalam rangka peningkatan pemberdayaan masyarakat adalah menyelenggarakan penyuluhan, pendampingan, dan pelatihan kepada masyarakat dalam pemanfaatan dan pelestarian DAS (PPSDA, 2005).

Tingkat pendapatan yang rendah menyebabkan masyarakat cenderung untuk memilih pelayanan kesehatan dengan biaya yang dapat dijangkau. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian pada tabel 8 bahwa 72 % responden bila mengalami gangguan kesehatan akan berobat di puskesmas. Pemilihan tempat layanan ini karena biaya yang murah dan jarak yang dekat dengan tempat tinggal. Pemilihan puskesmas sebagai tempat pelayanan kesehatan karena faktor biaya murah sesuai dengan penelitian Tue (2014), dimana masyarakat kecamatan Boawae lebih memilih puskesmas sebagai tempat pengobatan untuk menyelesaikan masalah kesehatan karena masalah kesiapan finansial. Banyak faktor yang berkontribusi dalam proses pengambilan keputusan untuk mengakses pelayanan kesehatan. Semakin tinggi tingkat pendidikan, maka akan semakin memudahkan dalam mengakses informasi tentang kesehatan, sebaliknya semakin rendah tingkat pendidikan, maka semakin rendah pula kemudahan dalam mengakses informasi kesehatan (Juariah, 2009). Berdasarkan pada tabel 8 bahwa meskipun terdapat perbedaan pemilihan tempat pelayanan kesehatan karena faktor biaya namun secara tersirat menggambarkan bahwa upaya untuk memperoleh kesembuhan tetap dilakukan oleh masyarakat baik yang memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan puskesmas maupun pelayanan non puskesmas. Pelayanan kesehatan merupakan 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 ataupun masyarakat (Azwar, 2010).

Pada hasil penelitian diketahui bahwa 96% setuju untuk membiayai pelayanan kesehatan secara praupaya dan sebagian besar (82%) menyanggupi membayar biaya untuk pelayanan kesehatan praupaya sebesar Rp. 10.000,-/orang/bulan. Konsep sistem pembayaran pra-upaya berawal dari konsep HMO (*Health Maintenance Organization*) yang dimulai di Arnerika Serlkat sekitar akhir tahun 1930 oleh Dr. Garfield, seorang ahli bedah yang bekerja pada

Kaiser Industry (*Khoiriyati, 2002*). Pada saat ini pemerintah Indonesia telah meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diterapkan berdasarkan Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional No 40 Tahun 2004. Berdasarkan UU SJSN, semua penduduk di Indonesia wajib untuk mengikuti program JKN (Republik Indonesia, 2004). Pengelolaan JKN saat ini dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dengan besaran pembayaran premi paling rendah sebesar Rp. 25.500,-. Apabila mengacu pada kemampuan masyarakat RW 5 dalam hal kesanggupan pembiayaan kesehatan prapaya, maka biaya premi BPJS Kesehatan tidak bisa dipenuhi oleh warga RW 5 Kelurahan Kidul Dalem Kecamatan Klojen Kota Malang.

Mengacu pada hasil penelitian ini, maka dapat dilakukan suatu proses analisis SWOT dalam rangka penerapan pelayanan kesehatan dengan pendekatan dokter keluarga dengan analisis SWOT (*Strenght, Weakness, Oppurtunity, Threat*). Kajian analisis sebagai berikut:

1. *Strenght* (kekuatan):
  - a. Adanya sarana yang akan dijadikan tempat pelayanan kesehatan (gedung  $\pm$  4 x 4 meter).
  - b. Lokasi tempat pelayanan mudah dijangkau masyarakat sekitar.
  - c. Dukungan dan antusias warga setempat.
  - d. Jumlah tenaga perawat dan ahli gizi tersedia (perawat 2 orang, ahli gizi 1 orang).
  - e. Tidak ada pelayanan kesehatan yang dekat di sekitar pemukiman.
  - f. Adanya dukungan dari pihak RT & RW setempat.
2. *Weakness* (kelemahan)
  - a. Sebagian besar penduduk berpenghasilan menengah.
  - b. Mayoritas penduduk berpendidikan rendah.
  - c. Kurangnya kesadaran tentang pentingnya kesehatan.
  - d. Kurangnya kasadaran jaminan pelayanan kesehatan tentang dokter keluarga.
  - e. Lokasi pemukiman yang padat penduduk dan berada di pinggir sungai Brantas.
  - f. Partisipasi dana dari masyarakat sangat minim.
3. *Oppportunity* (kesempatan)
  - a. Adanya struktur organisasi tingkat RW yang sudah tertata dengan baik.
  - b. Adanya beberapa acara-acara perkumpulan warga seperti: Tahlilan, diba'an, PKK, Arisan RT dan RW.
  - c. Adanya program pemerintah tentang pengembangan dokter keluarga.
4. *Threat* (ancaman)
  - a. Kurangnya kesadaran untuk membayar iuran tiap bulan.

## KESIMPULAN

Berdasarkan analisis yang telah di lakukan tersebut dapat dilihat masih banyak hal yang harus dibenahi, terutama dari segi kualitas sumber daya manusia. Selain itu ketersediaan dana yang ada yang terutama berasal dari partisipasi masyarakat setempat dirasakan masih kurang, sebab itu akan menjadikan suatu kesulitan dalam melakukan pengolahan pembiayaan pelayanan kesehatan dokter keluarga. Untuk dapat menerapkan pelayanan kesehatan dengan pendekatan dokter keluarga di RW 5 Kelurahan Kidul Dalem Kecamatan Klojen Kota Malang, maka harus meningkatkan kualitas sumberdaya masyarakat melalui upaya penyuluhan dan pelatihan serta meningkatkan pemberdayaan masyarakat guna meningkatkan kemampuan terhadap pembiayaan kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Andayani, T.M, 2013, Definisi Farmakoekonomi Dalam Farmakoekonomi Prinsip dan Metodologi, Bursa Ilmu, Yogyakarta, hal 4.
- Azwar A, 2010, Pengantar Administrasi Kesehatan, Binarupa Aksara: Tangerang
- Bachrein S, 2012, Pengembangan Daerah Aliran Sungai (DAS) Cikapundung: Diagnostik Wilayah, Jurnal Bina Praja Volume 4 No 4 Desember 2012, hal: 227-236.
- Juariah, 2009, Antara Bidan dan Dukun, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Kementrian Kesehatan RI, 2013, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pola Jaminan Kesehatan Nasional, Jakarta.

- Khoiriyati R, 2002, Tesis: Analisis Kesiediaan Membayar (*Willingness to Pay*) Secara Pra-Upaya Terhadap Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Lombok Barat, Scientific Repository, IPB, Bogor.
- Maridi, 2012, Peran Serta Masyarakat Dalam Pengelolaan Daerah Aliran Sungai Keduang Wonogiri Indonesia, Prosiding Seminar Nasional Biologi, Volume 9 Nomor 1 Tahun 2012, hal: 452-459.
- Notoatmodjo S, 2007, *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Cetakan I*, Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- PPSDA/Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya Air, 2005, Laporan Akhir Pengembangan Metoda dan Teknik Dalam Rangka Mengoptimalkan Pengelolaan Hidrologi dan Sumber Daya Air, Sub Kegiatan Konservasi Air dan Lahan Untuk Menunjang Kelestarian Sumber Daya Air di DAS Bengawan Solo Hulu, Solo.
- Roebijoso J, 2003, Fungsi Dokter Keluarga dalam Sistem Pelayanan Kesehatan, PPMK Brawijaya, Malang.
- Tue FXP, Untari J, Mulasari SA, 2014, Uji Beda Berbagai Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Alternatif Pencarian Kesehatan di Kecamatan Boawae Kabupaten Nagekeo Provinsi Nusa Tenggara Timur, diunduh dari [www.researchgate.net/](http://www.researchgate.net/), pada tanggal 8 Februari 2018.