



**Universitas Indonesia**

**ANALISIS BAURAN PEMASARAN SOSIAL PROGRAM  
ASKESKIN DI KABUPATEN SERANG**

**(STUDI KUALITATIF DI 4 WILAYAH PUSKESMAS)**

**TESIS**

**Oleh**

**YULI KURNIAWAN  
NPM. 0606019926**

**PROGRAM PASCA SARJANA  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYRAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
TAHUN 2008**

**PROGRAM PASCA SARJANA UNIVERSITAS INDONESIA  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
KEBIJAKAN KESEHATAN  
Tesis, 4 Juli 2008**

**YULI KURNIAWAN, NPM. 0606019926**

**Analisis Bauran Pemasaran Sosial Program Askeskin di Kabupaten Serang  
Tahun 2007 (Studi Kualitatif di 4 Wilayah Puskesmas)  
x + 115 halaman + 3 tabel + 3 gambar + 10 lampiran**

**ABSTRAK**

Askeskin merupakan kelanjutan kebijakan pemerintah yang bertujuan untuk menjamin akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan yang sudah dimulai sejak tahun 1998. Walaupun sudah lama dimulainya program ini tetapi didalam pelaksanaannya masih terjadi permasalahan-permasalahan terutama berkaitan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh peserta Askeskin. Angka kunjungan peserta Askeskin ke Puskesmas di kabupaten Serang rata-rata 667 setiap bulannya pada tahun 2006, angka kunjungan ini masih sangat rendah di bandingkan dengan jumlah sasaran program Askeskin di setiap Puskesmas rata-rata sebanyak 14.765 jiwa.

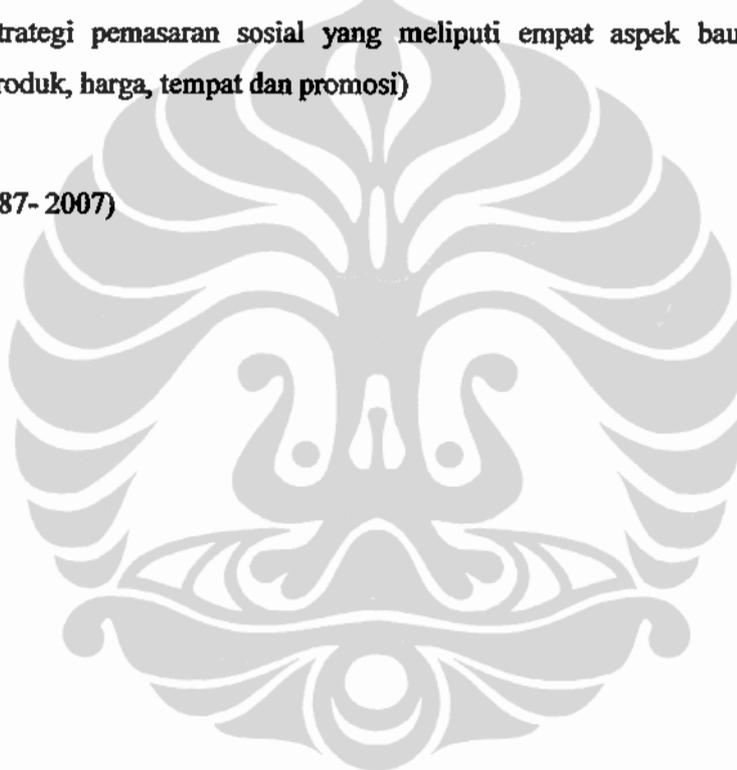
Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis bauran pemasaran sosial program Askeskin yang dilakukan di Kabupaten Serang. Data dikumpulkan dengan menggunakan metode Diskusi Kelompok Terarah (DKT) dan Wawancara Mendalam (WM). Informan berjumlah 37 orang yang terdiri dari 21 orang informan yang memanfaatkan program Askeskin, 11 orang informan yang tidak memanfaatkan program Askeskin dan 5 orang informan kunci.

Hasil penelitian ini menunjukkan bauran pemasaran sosial yang ada belum optimal untuk meningkatkan pemanfaatan program Askeskin. Rendahnya pemanfaatan program Askeskin terkait dengan aspek produk, harga, tempat dan promosi. Rendahnya pemanfaatan program Askeskin antara lain disebabkan: masih rendahnya pemahaman tentang keragaman produk Askeskin, kualitas pelayanan yang

kurang ramah dan waktu menunggu berobat yang lama, adanya pengorbanan dalam bentuk biaya transportasi yang dirasa masih memberatkan masyarakat miskin, tempat pelayanan yang kurang terjangkau oleh masyarakat miskin yang jauh dari tempat pelayanan Puskesmas, promosi yang kurang dilakukan baik dengan media massa maupun dengan penyuluhan langsung ke masyarakat serta masih adanya masyarakat miskin yang tidak masuk dalam program Askeskin.

Kedepan perlu dilakukan perbaikan-perbaikan dan upaya-upaya strategis untuk meningkatkan pemanfaatan program Askeskin dikhalayak sasaran yaitu dengan membuat strategi pemasaran sosial yang meliputi empat aspek bauran pemasaran sosial ( produk, harga, tempat dan promosi)

Kepustakaan: 41 (1987- 2007)



**POST GRADUATE PROGRAM PUBLIC HEALTH  
PROGRAM HEALTH POLICY**

**Thesis, 4 July 2008**

**Yuli Kurniawan, NPM. 0606019926**

**Analysis on Social Marketing Mix of Askeskin Program in District of Serang  
( a qualitative study in four regions of public health service)**

x+115 pages+ 3 tables+ 3 picture+ 11 appendices

**ABSTRACT**

Askeskin is continuation of government policy in order to assure access to health services for poor family. Although this program began since 1998, it still has many problems especially which related to utilization health facilities by Askeskin participant. Visit rate of Askeskin participant is about 667 visitors per month in 2006, this is far below the target of this program which is 14.765 visitors.

The objective of this study is to analyze social marketing mix on Askeskin program which carried out in District of Serang. The data are collected by focus group discussion and in-depth interview of 37 informant which are 21 utilize the Askeskin program, 11 not utilize the Askeskin program, and 5 as key informant.

The result of this study shows that social marketing mix has not optimal yet for supporting the Askeskin program. The low utilization of Askeskin program related with some aspects such as product, price, place and promotion (4P), this is caused by lack of understanding on Askeskin products, quality of service such as lack of hospitality and taking too long in waiting list, transportation problems such as distance to program and cost that will take to reach the program, promotional problems such as choosing effective media promotion or direct information to public, and still many poor families exclude from this program.

This study recommend that it should be an improvement and strategic effort to increase the utilization of Askeskin by public target by building marketing strategy which include four aspects (product, price, place, and promotion) of social marketing mix

References: 41 (1987-2007)



**Universitas Indonesia**

**ANALISIS BAURAN PEMASARAN SOSIAL PROGRAM  
ASKESKIN DI KABUPATEN SERANG**

**(STUDI KUALITATIF DI 4 WILAYAH PUSKESMAS)**

**Tesis ini diajukan sebagai  
Salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**Oleh**

**YULI KURNIAWAN  
NPM. 0606019926**

**PROGRAM PASCA SARJANA  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
TAHUN 2008**

## **PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Tesis dengan judul

### **ANALISIS BAURAN PEMASARAN SOSIAL PROGRAM ASKESKIN DI KABUPATEN SERANG**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program  
Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Depok, 4 Juli 2008

Komisi Pembimbing

Ketua



(Dr. dr. Hendrik M. Taurany, MPH)

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 4 Juli 2008

**Ketua**



(Dr. dr. Hendrik M. Taurany, MPH)

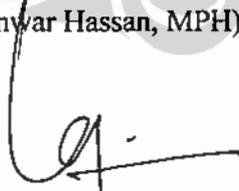
**Anggota**



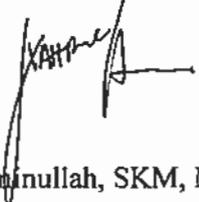
( dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc)



(Drs. Anyar Hassan, MPH)



(Bermansyah, SKM, M.Kes)



(Sahrul Aminullah, SKM, MSi)

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Yuli Kurniawan  
NPM : 0606019926  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Kekhususan : Kebijakan Kesehatan  
Angkatan : 2006/2007  
Jenjang : Magister

menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

### **ANALISIS BAURAN PEMASARAN SOSIAL PROGRAM ASKESKIN DI KABUPATEN SERANG**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, Juli 2008

Yuli Kurniawan

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Yuli Kurniawan  
Tempat/Tgl Lahir : Purwodadi/ 22 Juli 1977  
Agama : Islam  
Alamat : Jl. Indra Giri II No.10 Padang Harapan Kota Bengkulu  
Propinsi Bengkulu. Telp (0736) 341672 HP.081539236918  
E-mail :yulikurniawan.wawan@yahoo.co.id

### A. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. Tahun 1983 - 1989 : Sekolah Dasar Negeri Blendung
2. Tahun 1989 - 1992 : Sekolah Menengah Pertama Negeri 2 Purwodadi
3. Tahun 1992 – 1995 : Sekolah Menengah Atas Negeri Purwodadi
4. Tahun 1995 - 1998 : Akedemi Keperawatan (AKPER) Depkes Bengkulu
5. Tahun 2002 - 2004 : STIKES Tri Mandiri Sakti Bengkulu Jurusan Kesehatan Masyarakat
6. Tahun 2006 – 2008 : Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat (PS-IKM) Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Universitas Indonesia.

### B. RIWAYAT PEKERJAAN

1. Tahun 1999 – 2006 : Staf Pelayanan Medik RS Jiwa Bengkulu.

## **KATA PENGANTAR**

Alhamdulillah, segala puji dan syukur penulis ucapkan ke hadirat Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian dan penulisan tesis ini, yang berjudul **“Analisis Bauran Pemasaran Sosial Program Askeskin di Kabupaten Serang”**. Shalawat dan salam, semoga tercurah kepada Nabi Muhammad SAW, yang telah mengajarkan manusia dengan ilmu melalui perantaraan Qalam. Kepada keluarga, sahabat dan para pengikutnya yang senantiasa mengikuti jejak langkah beliau dari awal hingga akhir zaman.

Penulis pada kesempatan ini menyampaikan penghargaan dan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

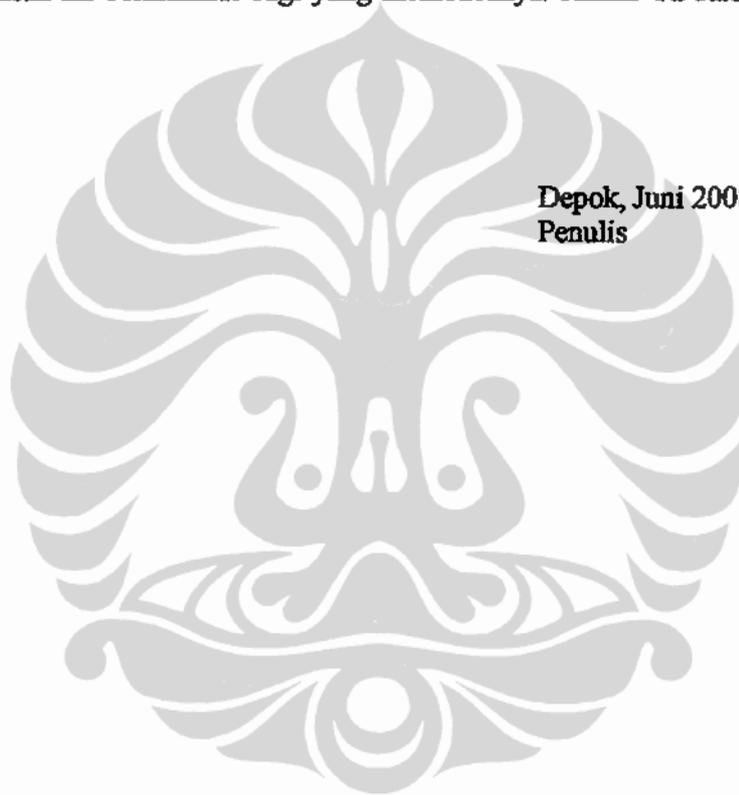
1. Bapak Dr. dr. Hendrik M. Taurany, MPH, sebagai pembimbing utama atas segala bimbingannya, kesabaran dan dorongan semangat dalam proses penelitian dan penulisan hasil tesis ini.
2. Bapak dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc , sebagai pembimbing dan koordinator penelitian Serang atas kesempatan yang telah diberikan untuk ikut dalam tim penelitian.
3. Drs. Anwar Hassan, MPH, sebagai penguji tesis dan sekaligus pembimbing atas bimbingannya, kesabaran dan waktu yang diberikan untuk konsultasi.
4. Bapak Dekan dan Wakil Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia beserta semua staf.

5. Ibu Ketua Program Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia dan semua staf pengajar Program Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
6. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Serang yang telah memberikan izin penelitian beserta semua staf.
7. Kepala Puskesmas Singandaru, Pabuaran, Carenang dan Anyer yang telah memberikan izin penelitian beserta semua staf.
8. Orang tua ku, nenek, kakak-kakakku yang telah membantu dan memberikan dukungan dan do'a yang tulus sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan hasil tesis ini. Semoga kita sekeluarga selalu dalam ridho dan perlindungan Allah SWT. Amiin Ya Rabbal 'alamiin.
9. Rekan-rekan seangkatan 2006 dan angkatan 2007 yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu ( khusus untuk Rina) yang telah banyak memberikan bantuan dan dorongan semangat selama penulis mengikuti pendidikan.
10. Rekan-rekan satu kontrakan (Mas dori, Herwan, Bapak Rusli, Mas Haris, Mas Darman n Idral), yang telah memberikan bantuan dan dorongan semangat serta menciptakan suasana silaturahmi diantara kita.
11. Rekan-rekan satu tim di Serang ( k samsir, ibu lutfi, ibu ida, budi, victa) atas dorongan dan motivasinya untuk terus menyelesaikan tesis ini.
12. Semua pihak yang telah membantu selama proses pendidikan dan penulisan hasil tesis ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu atas bantuan yang telah diberikan selama ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan sesuai dengan amal perbuatan kita dan memberikan ampunan serta karunia-Nya kepada kita semua. Amiin Ya Rabbal 'alamiin.

Penulis sangat menyadari bahwa hasil tesis ini masih belum sempurna. Untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun. Penulis berharap semoga tulisan ini bermanfaat bagi yang membacanya. Amiin Ya Rabbal 'alamiin.

Depok, Juni 2008  
Penulis



## DAFTAR ISI

**ABSTRAK**  
**ABSTRACT**  
**HALAMAN JUDUL**  
**LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING**  
**LEMBAR PERSETUJUAN PENGUJI**  
**SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT**  
**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

**KATA PENGANTAR**  
**DAFTAR ISI**  
**DAFTAR TABEL**  
**DAFTAR GAMBAR**  
**DAFTAR LAMPIRAN**

i  
iv  
viii  
ix  
x

### **BAB 1 PENDAHULUAN**

1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	5
1.3. Pertanyaan Penelitian .....	6
1.4. Tujuan Penelitian .....	6
1.4.1. Tujuan Umum .....	6
1.4.2. Tujuan Khusus .....	6
1.5. Manfaat Penelitian .....	6
1.6. Ruang Lingkup Penelitian .....	7

### **BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

2.1. Asuransi Kesehatan (ASKES) .....	9
2.1.1. Pengertian Asuransi .....	9
2.1.2. Macam-macam Asuransi.....	10
2.1.3. Managed Care.....	12
2.2. Jaminan Pemeliharaan Masyarakat Miskin (ASKESKIN.....	12
2.2.1. Latar Belakang .....	12
2.2.2. Tujuan Askeskin .....	15
2.2.3. Sasaran Kepesertaan.....	15

2.2.4. Tatacara Pengaturan .....	16
2.2.5. Yang Diatur Dalam Program Askeskin.....	17
2.2.6. Prinsip Penyelenggaraan .....	18
2.2.7. Pelayanan Kesehatan Tidak Langsung.....	19
2.2.8. Pelaksanaan Safeguarding.....	19
2.1. Kriteria Miskin.....	20
2.2. Pemasaran dan Pemasaran Sosial .....	23
2.4.1. Pengertian Pemasaran dan Pemasaran Sosial .....	23
2.4.2. Tahapan Proses Manajemen Pemasaran Sosial.....	25
2.4.3. Konsumen Sebagai Titik Tolak.....	26
2.4.4. Bauran Pemasaran .....	28
2.4.5. Unsur-Unsur Pemasaran Sosial.....	33
2.4.6. Strategi Pemasaran .....	35
2.4.7. Kajian Formatif Pemasaran Sosial JPKM.....	41
2.4.8. Pengembangan Strategi Pemasaran Sosial.....	43
2.3. Kepuasan Pelanggan .....	47
2.4. Studi Tentang Askeskin .....	49
 <b>BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN DAN DEFINISI ISTILAH</b>	
3.1. Kerangka Konsep .....	53
3.2. Defenisi Istilah .....	54
 <b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b>	
4.1. Desain penelitian .....	56
4.2. Lokasi dan waktu Penelitian .....	56
4.3. Informan Penelitian .....	57
4.4. Pengumpulan Data .....	58
4.5. Informasi, Metode dan Sumber Informan.....	59
4.6. Alat Bantu Pengumpulan Data.....	60
4.7. Validasi Data.....	60
4.8. Pengolahan dan Analisa Data.....	61
 <b>BAB 5 HASIL</b>	
5.1. Gambaran Lokasi Penelitian .....	64

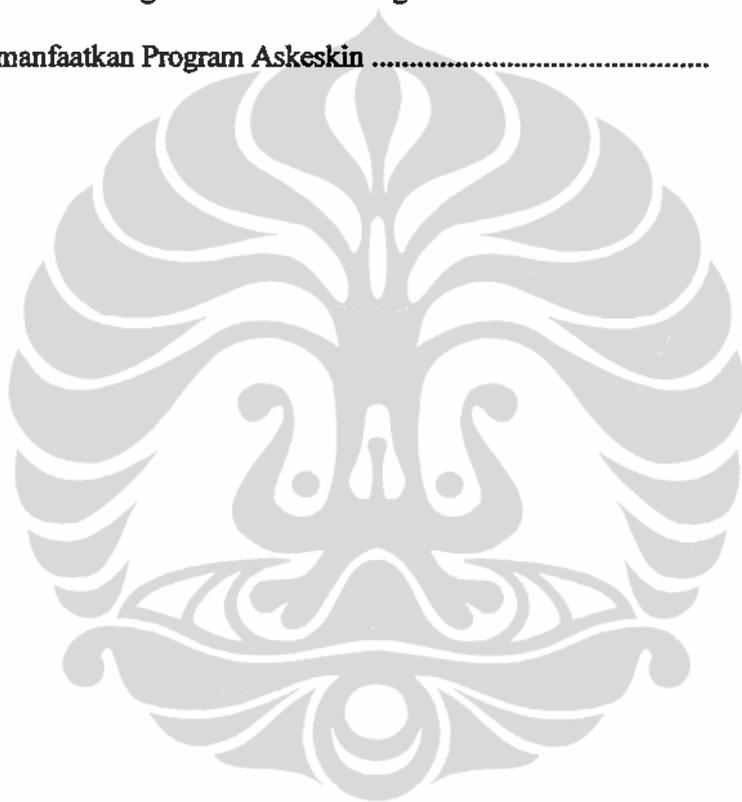
5.2. Karakteristik Informan .....	67
5.3. Bauran Produk Askeskin .....	68
5.3.1. Aspek Keragaman Produk Askeskin .....	68
5.3.2. Aspek Kualitas Pelayanan .....	71
5.3.3. Aspek Kualitas Obat.....	74
5.4. Bauran Harga Askeskin.....	76
5.5. Bauran Tempat Askeskin.....	78
5.5.1. Keterjangkauan Dengan Tempat Mendapat Pelayanan.....	79
5.5.2. Birokrasi Untuk Mendapat Pelayanan Askeskin.....	81
5.6. Bauran Promosi .....	83
5.6.1. Media Promosi.....	84
5.6.2. Penyuluhan Langsung .....	86
<b>BAB 6 PEMBAHASAN</b>	
6.1. Keterbatasan Penelitian .....	89
6.2. Pembahasan Penelitian .....	89
6.2.1. Aspek Bauran Produk.....	90
6.2.1.1. Keragaman Produk Askeskin .....	90
6.2.1.2. Kualitas Pelayanan Askeskin.....	93
6.2.1.3. Kualitas Obat Askeskin .....	96
6.2.2. Aspek Bauran Harga.....	98
6.2.3. Aspek Bauran Tempat .....	100
6.2.3.1. Keterjangkauan Tempat Mendapat Pelayanan .....	100
6.2.3.2. Birokrasi Untuk Mendapat Pelayanan Askeskin .....	102
6.2.4. Bauran Promosi .....	103
6.2.4.1. Media Promosi.....	103
6.2.4.2. Penyuluhan Langsung.....	106
<b>BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
7.1. Kesimpulan .....	109
7.2. Saran .....	112

## DAFTAR PUSTAKA

## LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

<b>Nomor Tabel</b>	<b>Halaman</b>
4.1. Informasi Yang Diperlukan dan Metode Yang Digunakan .....	59
4.2. Pengkodean Informasi Penelitian.....	62
5.1. Karakteristik Informan Yang Memanfaatkan Program Askeskin dan Yang Tidak memanfaatkan Program Askeskin .....	68



## DAFTAR GAMBAR

<b>Nomor Gambar</b>	<b>Halaman</b>
2.1. <i>Steps in the Social-Marketing Management Process (Kotler&amp;Roberto)</i> .....	26
2.2. Empat Komponen P dalam Bauran Pemasaran (McCharty dalam Kotler)....	29
2.3. Gambar Pemasaran Sosial (Notoatmodjo).....	33



## DAFTAR LAMPIRAN

### No Lampiran

1. Instrumen Panduan Diskusi Kelompok Terarah Pasien di Puskesmas.
2. Instrumen Panduan Wawancara Mendalam masyarakat miskin yang memanfaatkan program Askeskin.
3. Instrumen Panduan Wawancara Mendalam masyarakat miskin yang tidak memanfaatkan program Askeskin.
4. Instrumen Panduan Wawancara Mendalam Pengelola Program Askeskin Dinas Kesehatan Serang.
5. Instrumen Panduan Wawancara Mendalam Kepala Puskesmas.
6. Matrik Hasil Diskusi Kelompok Terarah.
7. Matrik Hasil Wawancara Mendalam informan yang memanfaatkan program Askeskin.
8. Matrik Hasil Wawancara Mendalam informan yang tidak memanfaatkan program Askeskin.
9. Matrik Hasil Wawancara Mendalam informan masyarakat miskin yang tidak mempunyai kartu Askeskin/ SKTM.
10. Matrik Wawancara Mendalam informan pengelola Askeskin dinkes dan informan kepala Puskesmas.

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1. Latar Belakang

Konstitusi Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 1948, Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 23/ 1992 tentang kesehatan, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap warga. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. (Depkes, 2006)

Sejak tahun 1998 pemerintah telah membuat kebijakan-kebijakan yang bertujuan untuk menjamin akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan yang dimulai pada tahun 1998-2001 melalui pengembangan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK), Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDPSE) tahun 2001 dan Program Kompensasi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) tahun 2002-2004. Program-program tersebut diatas berbasis pada 'provider' kesehatan (*supply oriented*), dimana dana disalurkan langsung ke puskesmas dan rumah sakit. Provider kesehatan (RS dan Puskesmas) berfungsi ganda yaitu sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dan juga mengelola pembiayaan atas pelayanan kesehatan yang diberikan, sehingga dapat menimbulkan beberapa permasalahan antara lain terjadinya defisit diberbagai RS dan sebaliknya dana berlebih di puskesmas, juga menimbulkan fungsi ganda pada PPK yang harus

berperan sebagai *'payer'* dan *'provider'*. Sehingga untuk mengatasi permasalahan tersebut mulai akhir tahun 2004, Menteri Kesehatan dengan Surat Keputusan No. 1241/Menkes/SK/ XI/2004 tanggal 12 November 2004, menugaskan PT Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin dengan berbasis asuransi sosial (Depkes, 2006)

Dilihat dari cakupan pelaksanaan program Askeskin dari tahun ketahun terus meningkat, menurut Supari dalam Rakyat Merdeka (2007) pada tahun 2004 pelaksanaan program Askeskin mencakup 36,1 juta jiwa penduduk miskin, tahun 2005 dan tahun 2006 meningkat menjadi 60 juta jiwa penduduk miskin dan hampir miskin, sedangkan tahun 2007 mencakup 76,4 juta jiwa penduduk miskin. Begitu juga dalam pemanfaatan program Askeskin terus meningkat, terlihat dari kunjungan rawat jalan tingkat pertama di Puskesmas tahun 2005 dari 33 juta kunjungan meningkat pada tahun 2006 menjadi 110 juta kunjungan.

Meskipun menurut Menteri Kesehatan pemanfaatan program Askeskin terus meningkat tetapi dalam kenyataannya masih terjadi permasalahan terutama dari segi perencanaan kegiatan, pelaksanaan kegiatan dan juga dari segi hasil pencapaian indikator cakupan pelayanan, program belum tersosialisasi dengan baik, pelayanan peserta Askeskin belum optimal, penyebaran kartu peserta belum merata, keterbatasan sumber daya manusia PT Askes di lapangan, minimnya biaya operasional dan manajemen di puskesmas (Setiyana, 2006).

Berdasarkan penelitian Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI) tahun 2007, menemukan banyak permasalahan pada pelaksanaan program Askeskin yang salah satunya akibat tidak adanya *'data base'* jumlah keluarga miskin yang tepat. Kasus yang cukup mencolok dalam temuan tersebut menyangkut pendataan

yang dilakukan PT Askes terhadap keluarga miskin yang tidak akurat sehingga data yang dilaporkan tidak sesuai dengan kondisi riil di lapangan (Ilyani, 2007).

Begitu juga hasil penelitian *assesment* cepat yang dilakukan oleh Bachtiar, dkk di 12 kabupaten/kota di Indonesia ditemukan beberapa permasalahan dalam penyelenggaraan Program PKPS-BBM tahun 2005, diantaranya dari faktor produk, harga, tempat dan promosi. Pada faktor produk ditemukan rendahnya kunjungan penduduk miskin ke puskesmas dan dari sisi masyarakat masih banyak ditemukan ketidakpuasan berkaitan dengan penetapan sasaran yang dianggap tidak adil, kesalahan dalam penetapan sasaran orang miskin, ketidakjelasan prosedur dan cakupan pelayanan, pendistribusian dan pasien miskin masih harus membayar obat-obat di luar Daftar Obat Generik . Pada faktor harga ditemukan bahwa ditingkat individu, orang miskin masih mendapat hambatan akses karena tidak adanya biaya transportasi dan biaya untuk pendamping pasien orang miskin yang di rumah sakit. Faktor tempat untuk yang bermukim di daerah terpencil dan jauh dari sarana kesehatan. Faktor promosi menunjukkan bahwa prosedur pelayanan dan cakupan pelayanan masih belum dipahami oleh orang miskin karena sosialisasi kepada masyarakat miskin tidak dilakukan.

Kabupaten Serang terletak di Propinsi Banten dengan jumlah penduduk pada tahun 2006 tercatat sebanyak 1.834.514 jiwa dan yang terdaftar sebagai peserta Askeskin tahun 2007 menurut kuota dari Depkes sebanyak 561.079 jiwa penduduk miskin (30%), sedangkan berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Serang sebanyak 571.138 jiwa. Sehingga terdapat perbedaan sebesar 10.059 jiwa yang belum terdaftar sebagai peserta program Askeskin (Dinkes Kabupaten Serang, 2007).

Kabupaten Serang mempunyai 38 puskesmas yang terletak di daerah pantai dan dataran tinggi. Mata pencarian penduduk daerah pantai kebanyakan nelayan sementara penduduk daerah pegunungan bermata pencarian sebagai petani.

Rata-rata kunjungan peserta Askeskin ke setiap Puskesmas adalah 667 setiap bulan atau 8004 kunjungan setiap Puskesmas pada tahun 2006 dan ke setiap Puskesmas pembantu rata-rata 376 setiap bulan atau 4512 kunjungan pada setiap Pustu tahun 2006 (laporan Dinkes Serang, 2006). Berdasarkan data tersebut terlihat bahwa masih rendah jumlah penduduk yang dijangkau oleh program Askeskin dibandingkan jumlah sasaran program Askeskin di setiap puskesmas yang rata-rata sebanyak 14.765 jiwa

Rendahnya jumlah kunjungan juga dapat dilihat dari laporan yang terdapat dalam profil Dinas Kesehatan Kabupaten Serang tahun 2006 dimana cakupan K4 52,2% (target 80%), persalinan oleh tenaga kesehatan 47,6% (target 65%), cakupan kunjungan neonatus 74% (target 80%), ibu hamil resiko tinggi yang dirujuk 0,5 % (target 20%), cakupan rawat jalan 9,22% (target 15%). Dengan demikian, target indikator keberhasilan kesehatan yang telah ditetapkan secara keseluruhan di Kabupaten Serang belum tercapai walaupun telah ada program Askeskin yang semua pelayanannya bagi masyarakat miskin tidak dikenakan biaya.

Berdasarkan informasi yang didapat dari pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Serang, belum dilakukan penelitian tentang bagaimana bauran pemasaran sosial program Askeskin di wilayah Kabupaten Serang.

Bauran Pemasaran (*marketing mix*) adalah seperangkat alat pemasaran yang digunakan perusahaan untuk terus menerus mencapai tujuan pemasarannya dipasar sasaran. Bauran pemasaran merupakan salah satu konsep terpenting dalam program

pemasaran (Kotler dan Roberto, 1989), sehingga keberhasilan pemasaran program Askeskin sangat ditentukan oleh produk (*product*), harga (*price*), tempat (*place*) dan promosi (*promotion*).

Melihat kondisi pemanfaatan program Askeskin di Kabupaten Serang diatas dan hasil studi tentang evaluasi program Askeskin di wilayah lain maka peneliti merasa tertarik untuk mendapatkan informasi lebih mendalam tentang bagaimana bauran pemasaran sosial yang terdiri dari 4 unsur pemasaran yaitu: produk (*product*), harga (*price*), tempat (*place*) dan promosi (*promotion*) program Askeskin di Kabupaten Serang

## 1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan data kunjungan pemanfaatan program Askeskin di Puskesmas yang masih rendah yaitu rata-rata 667 setiap bulannya dibanding dengan peserta program Askeskin rata-rata setiap Puskesmas 14.765 jiwa serta masih rendahnya cakupan-cakupan pelayanan kesehatan yang lain dibanding dengan target, sehingga dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan program Askeskin masih belum berhasil. Salah satu konsep terpenting dalam keberhasilan program Askeskin adalah bauran pemasaran sosial Askeskin yang terdiri dari produk (*product*), harga (*price*), tempat (*place*) dan promosi (*promotion*), sehingga untuk mendapatkan jawaban mengapa pemanfaatan program Askeskin belum berhasil di Kabupaten Serang, maka peneliti akan melakukan studi kualitatif untuk mendapatkan informasi yang lebih mendalam tentang *"bagaimana bauran pemasaran sosial program Askeskin yang terdiri dari :produk, harga, tempat dan promosi di Kabupaten Serang"*

### 1.3. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan rumusan permasalahan diatas, maka yang menjadi pertanyaan penelitian adalah:

- 1) Bagaimana bauran pemasaran sosial program Askeskin (produk, harga, tempat dan promosi) yang dilakukan di Kabupaten Serang tahun 2007.
- 2) Apakah bauran pemasaran sosial yang ada sudah optimal untuk meningkatkan pemanfaatan program Askeskin tahun 2007.

### 1.4. Tujuan Penelitian

#### 1.4.1. Tujuan Umum

Menganalisis bauran pemasaran sosial program Askeskin yang dilakukan di Kabupaten Serang tahun 2007.

#### 1.4.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui bauran produk (*product*) pemasaran sosial program Askeskin .
2. Mengetahui bauran harga (*price*) pemasaran sosial program Askeskin.
3. Mengetahui bauran tempat (*place*) pemasaran sosial program Askeskin.
4. Mengetahui bauran promosi (*promotion*) pemasaran sosial program Askeskin.
5. Mengetahui bauran pemasaran yang optimal untuk meningkatkan pemanfaatan program Askeskin.

### 1.5. Manfaat Penelitian

1. Dari bidang keilmuan, penelitian ini sangat bermanfaat bagi penulis dalam menambah wawasan dan pengalaman baru khususnya dalam pemasaran sosial program Askeskin.

2. Dari segi metodologis, hasil penelitian ini dapat memberikan informasi yang lebih nyata terhadap permasalahan-permasalahan program Askeskin khususnya dari segi produk (*product*), harga (*price*), tempat (*place*) dan promosi (*promotion*).
3. Dari segi aplikasi, dengan diketahuinya permasalahan-permasalahan pemasaran sosial program Askeskin di Kabupaten Serang diharapkan menjadi bahan masukan bagi para pengambil kebijakan dari pusat sampai daerah (Departemen Kesehatan, Biro Pusat Statistik, Pemerintah Daerah Kabupaten Serang, Dinas Kesehatan Kabupaten Serang dan PT Askes) dalam upaya meningkatkan pemasaran sosial program Askeskin dengan menggunakan bauran pemasaran (*marketing mix*).

#### 1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Pemanfaatan program Askeskin sangat ditentukan oleh keberhasilan bauran pemasarannya yang terdiri dari produk (*product*), harga (*price*), tempat (*place*) dan promosi (*promotion*) yang dilakukan. Penelitian ini membatasi pada pengkajian secara mendalam tentang bauran pemasaran program Askeskin.

Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kualitatif. Pengumpulan data dilakukan dengan metode Wawancara Mendalam (WM) dan Diskusi Kelompok Terarah (DKT). Informan dalam penelitian ini adalah masyarakat miskin yang memanfaatkan program Askeskin dan masyarakat miskin yang tidak memanfaatkan program Askeskin, dan yang menjadi informan kunci adalah pengelola program Askeskin di Dinas Kesehatan Kabupaten Serang dan pimpinan Puskesmas di 4 wilayah yang dijadikan lokasi penelitian.

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Serang mulai 18 Juni 2007 sampai dengan 30 Juni 2007. Berdasarkan pada kondisi geografis wilayah Kabupaten Serang, maka penelitian ini akan dilakukan dengan memilih puskesmas di daerah perkotaan, daerah pedesaan, daerah dataran tinggi dan daerah pantai. Metode ini dilakukan agar dapat mewakili gambaran bauran pemasaran sosial program Askeskin secara keseluruhan di Kabupaten Serang.



## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Asuransi Kesehatan (Askes)

##### 2.1.1. Pengertian Asuransi

Salah satu definisi yang cukup komprehensif tentang asuransi adalah yang dikemukakan oleh Athen (1960) yaitu suatu alat sosial yang menggabungkan resiko individu menjadi resiko kelompok dan menggunakan dana yang dikumpulkan oleh kelompok tersebut untuk membayar kerugian yang diderita, dengan demikian esensi asuransi adalah sebagai alat sosial dimana terjadi pengumpulan dana, yang mencakup sekelompok resiko, dan setiap orang atau badan yang menjadi anggotanya mengalihkan resikonya kepada seluruh kelompok.

Asuransi pada dasarnya adalah suatu mekanisme untuk mengalihkan resiko kelompok. Datangnya suatu resiko, termasuk resiko sakit, sering tidak dapat diperhitungkan sehingga apabila resiko itu ditanggung masing-masing orang yang terkena resiko, beban resiko (ekonomi) adalah berat (Sulastomo, 1997), tetapi apabila resiko perorangan itu dialihkan menjadi resiko kelompok maka resiko itu dapat diperhitungkan. Hukum bilangan banyak (*the law of large number*) mengatakan semakin besar jumlah anggota kelompok, maka semakin pasti resiko yang diperkirakan akan menjadi beban perorangan. Maka dapat dikatakan bahwa mekanisme asuransi adalah suatu alat untuk merubah resiko perorangan yang tidak pasti menjadi pasti. Dari ketidakpastian menjadi menjadi suatu kepastian (Sulastomo, 1997).

Aplikasi prinsip asuransi didalam pelayanan kesehatan Asuransi kesehatan, sudah tentu diwarnai oleh sifat pelayanan kesehatan, dimana sifat pelayanan yang bersifat sosial selalu terkait pada nilai suatu bangsa, tanpa mengurangi aspek ekonomi dari pelayanan kesehatannya sendiri. Selain dari itu didalam pemeliharaan kesehatan, ada berbagai berbagai variable/ intervensi yang dapat mengendalikan resiko (sakit), sehingga pengertian asuransi dapat bersifat dinamis. Misalnya tidak hanya "risk-sharing" tetapi juga "profit sharing" (Sulastomo, 1997).

### 2.1.2. Macam-macam Asuransi

Bank Dunia, didalam laporannya tahun 1993, setelah menginventaris aplikasi prinsip asuransi didalam pemeliharaan kesehatan diberbagai negara , memperkenalkan tiga pengelompokan asuransi kesehatan yaitu:

#### 1. Asuransi Kesehatan Komersial (*Private Voluntary Health Insurance*).

Adalah prinsip asuransi kesehatan yang dewasa ini diterapkan di Amerika, dimana prinsip Askes jenis ini adalah murni resiko sakit perorangan, yang kemudian ditawarkan pada kelompok tenaga kerja melalui perusahaan-perusahaan. Perusahaan yang memberikan jaminan kesehatan diwajibkan menawarkan sedikitnya 2 perusahaan asuransi kesehatan pada karyawannya untuk dipilih. Prinsip-prinsip Askes komersial adalah:

- a. Kepesertaannya bersifat sukarela.
- b. Iuran atau premi berdasarkan angka absolut, sesuai dengan perjanjian kontrak.
- c. Tenaga kerja atau peserta keluarganya memperoleh santunan biaya pelayanan kesehatan sesuai kontrak.
- d. Peranan pemerintah relative kecil.

2. Asuransi Kesehatan Swasta dengan Regulasi ( *Regulated Private Voluntary Health*).

Adalah suatu asuransi kesehatan yang merupakan suatu alternatif bagi asuransi kesehatan komersial, dimana dalam menetapkan iuran atau premi pesertanya berdasarkan resiko yang terjadi dimasyarakat. Prinsip-prinsip Asuransi Kesehatan Swasta dengan Regulasi adalah:

- a. Kepesertaan bersifat sukarela iuran atau premi berdasarkan angka absolute (nilai nominal)
- b. Peserta memperoleh jaminan pemeliharaan kesehatan sesuai kontrak.
- c. Peranan pemerintah relative besar (dalam bentuk regulasi).

3. Asuransi Kesehatan Sosial ( *Social Health Insurance* )

Merupakan konsep asuransi dimana prinsip "kesehatan" sebagai suatu pelayanan sosial, masih dijunjung tinggi. Ada suatu prinsip bahwa untuk memperoleh pelayanan kesehatan tidak boleh semata-mata berdasar status sosial, sehingga masyarakat lapisan bawah terhambat untuk memperoleh pelayanan kesehatan.

Prinsip Asuransi Kesehatan Sosial adalah:

- a. Kepesertaan bersifat wajib.
- b. Iuran atau premi berdasar prosentase pendapatan atau gaji.
- c. Iuran atau premi ditanggung bersama oleh tempat kerja atau perusahaan dan tenaga kerja.
- d. Tenaga kerja atau peserta dan keluarganya memperoleh jaminan pemeliharaan kesehatan.
- e. Tenaga kerja atau peserta memperoleh kompensasi selama sakit.
- f. Peranan pemerintah besar.

### 2.1.3. Managed-Care

Konsep *managed-care* merupakan suatu perkembangan baru didalam program asuransi kesehatan. Di Amerika sebagaimana telah kita tahu program asuransi kesehatan memperoleh momentum perkembangan yang sangat cepat ketika pada tahun 1965, pemerintah federal dan negara bagian memperkenalkan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi kelompok masyarakat yang tidak mampu (*Medicaid*) dan kelompok usia lanjut (*medicare*).

Indonesia melalui berbagai penyesuaian dan modifikasi lahir konsep JPKM. Konsep JPKM yang merupakan pemikiran Indonesia, adalah suatu program untuk memberikan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan yang komprehensif kepada masyarakat melalui upaya efisiensi dan pengendalian mutu pelayanan serta pembayaran pra-upaya (Sulastomo, 1997).

Dilingkungan PT Askes Indonesia, dasar-dasar konsep JPKM atau *managed-care* ternyata telah dilaksanakan sejak tahun 1980-an di Jakarta melalui introduksi konsep kapitasi pada pelayanan tingkat pertama, tariff paket RS dan pelayanan dokter keluarga, serta system rujukan didalam pemberian pelayanan kesehatan pada peserta yang kemudian berkembang menjadi konsep "total kapitasi" secara nasional yang dimulai pada tahun 1992.

## 2.2. Jaminan Pemeliharaan Masyarakat Miskin (ASKESKIN)

### 2.2.1. Latar Belakang ASKESKIN

Krisis moneter yang terjadi sekitar tahun 1997 memberikan andil dalam peningkatan biaya kesehatan, sehingga menekan akses penduduk terutama penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan. Hambatan utama pelayanan kesehatan

masyarakat miskin adalah masalah pembiayaan kesehatan dan transportasi. Banyak faktor yang menyebabkan ketimpangan pelayanan kesehatan yang mendorong peningkatan biaya kesehatan, diantaranya perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan berbasis pembayaran out of pocket, dan subsidi pemerintah untuk semua lini pelayanan, disamping inflasi dibidang kesehatan yang melebihi sektor lain.

Untuk menjamin akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak tahun 1998 pemerintah melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin yang dengan pengembangan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) tahun 1998-2001, Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDPSE) tahun 2001 dan Program Kompensasi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) tahun 2002-2004. Program-program tersebut diatas berbasis pada 'provider' kesehatan (*supply oriented*), dimana dana disalurkan langsung ke Puskesmas dan Rumah Sakit. Provider kesehatan (RS dan Puskesmas) berfungsi ganda yaitu sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dan juga mengelola pembiayaan atas pelayanan kesehatan yang diberikan. Kondisi seperti ini menimbulkan beberapa permasalahan antara lain terjadinya deficit diberbagai RS dan sebaliknya dana berlebih di Puskesmas, juga menimbulkan fungsi ganda pada PPK yang harus berperan sebagai 'payer' dan 'provider'.

Pada akhir tahun 2004, Menteri Kesehatan dengan SK No. 1241/Menkes/SK/XI/2004, tanggal 12 November 2004, menugaskan PT Askes (Persero) dalam Pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin dengan berbasis asuransi sosial.

Pada semester I tahun 2005, penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin dikelola sepenuhnya oleh PT Askes (Persero) meliputi pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya serta pelayanan kesehatan rujukan di RS dengan sasaran sejumlah 36.146.700 jiwa sesuai data BPS tahun 2004. Dalam perjalanannya pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di semester I tahun 2005, ditemukan permasalahan yang utama yaitu perbedaan data jumlah masyarakat miskin BPS dengan data Pemda disertai beberapa permasalahan lainnya antara lain: Program belum tersosialisasi dengan baik, penyebaran kartu peserta belum merata, keterbatasan sumber daya manusia PT Askes (Persero) di lapangan, minimnya biaya operasional dan manajemen di puskesmas, kurang aktifnya posyandu dan lain-lain.

Untuk mengatasi permasalahan tersebut, maka pada semester II tahun 2005, mekanisme penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin dirubah. Untuk pembiayaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya disalurkan langsung ke Puskesmas melalui BRI. PT Askes (Persero) hanya mengelola pelayanan kesehatan rujukan bagi masyarakat miskin di Rumah Sakit.

Berdasarkan pengalaman-pengalaman pelayanan kesehatan dimasa lalu dan upaya untuk mewujudkan sistem pembiayaan yang efektif dan efisien masih perlu ditetapkan mekanisme jaminan kesehatan yang berbasis asuransi social. Penyelenggaraan program ini melibatkan beberapa pihak yaitu pemerintah pusat (Depkes), Pemerintah daerah, Pengelola Jaminan Kesehatan (PT Askes Persero) dan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yaitu Puskesmas dan RS dimana masing-

masing fihak memiliki peran dan fungsi yang berbeda dengan tujuan yang sam yaitu mewujudkan pelayanan kesehatan dengan biaya dan mutu yang terkendali.

Berdasarkan pada upaya pengembangan sistem jaminan tersebut pada tahun 2006, penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin yang meliputi pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan pelayanan kesehatan rujukan di RS dikelola sepenuhnya oleh PT Askes (Persero) (Depkes,2006).

### **2.2.2. Tujuan Askeskin**

#### **1. Umum**

Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

#### **2. Khusus**

- a. Meningkatnya jumlah masyarakat miskin yang mendapat pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya
- b. Meningkatnya jumlah masyarakat miskin yang mendapat pelayanan kesehatan rujukan di Rumah Sakit, BP4 dan BKMM/BKIM.
- c. Terselenggaranya pelayanan kesehatan masyarakat miskin sesuai standar.
- d. Meningkatnya kepuasan masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan.
- e. Terlaksananya pengelolaan keuangan yang akuntabel
- f. Terlaksananya kegiatan safeguarding.
- g. Terselenggaranya kegiatan pendukung pelayanan kesehatan

### **2.2.3. Sasaran Kepesertaan**

Sasaran program ini adalah masyarakat miskin dan tidak mampu di seluruh Indonesia yang pada tahun 2007 berjumlah 76,4 juta jiwa, tidak termasuk yang

sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya. Jumlah sasaran tersebut akan disesuaikan dengan kebijakan pemerintah setelah adanya hasil survei BPS.

#### **2.2.4. Tatacara Pengaturan**

1. Peserta program Askeskin adalah setiap orang miskin dan tidak mampu yang terdaftar dan memiliki kartu Askeskin dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan
2. Jumlah masyarakat miskin dalam program ini adalah 76,4 juta jiwa yang ditetapkan oleh Menkes RI bersumber dari hasil pendataan kabupaten/kota.
3. Berdasarkan penetapan SK Menkes sebagaimana butir 2 diatas, Bupati/walikota dapat menetapkan nama dan alamat peserta Askeskin yang dituangkan dalam surat keputusan.
4. Bagi kabupaten/kota yang telah mempunyai data BPS, Bupati/Walikota dapat menetapkan nama dan alamat peserta Askeskin yang mengacu pada data BPS itu.
5. Berdasarkan daftar nama yang ditetapkan oleh Bupati/Walikota , diterbitkan kartu peserta Askeskin oleh PT Askes (Persero).
6. Selama masa transisi, masyarakat miskin yang belum memperoleh kartu peserta Askeskin dapat menggunakan SKTM/Kartu Sehat/Kartu Subsidi Langsung Tunai/ Kartu Gakin.
7. Penerbitan dan distribusi kartu sampai ke peserta menjadi tanggung jawab PT Askes (Persero), dan dalam pendistribusian dapat bekerjasama dengan Pemda dan atau pihak ketiga yang ditetapkan Pemda.
8. Kartu peserta yang diterbitkan pada tahun 2005 (dengan atau tanpa pas foto) masih berlaku selama nama peserta tersebut tercantum dalam Keputusan

Bupati/ walikota tahun 2006. Untuk penerbitan kartu Askeskin selanjutnya tidak menggunakan foto tetapi menggunakan cap jari tangan.

9. Jumlah peserta secara bertahap akan disesuaikan dengan pendataan masyarakat miskin oleh BPS dan akhir masa transisi ditetapkan oleh pemerintah.

#### **2.2.5. Yang Diatur Dalam Program Askeskin**

Sesuai dengan pengertian Askeskin maka yang diatur dalam program ini adalah masyarakat miskin dan tidak mampu yang terdaftar dan memiliki kartu Askeskin yang dikeluarkan PT Askes (Persero) sesuai data dari pemda kabupaten/kota yang berjumlah untuk tahun 2007 yaitu 76,4 juta jiwa seluruh Indonesia, dimana penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin ini meliputi pelayanan kesehatan dasar di puskesmas dan jaringannya serta pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit yang dikelola sepenuhnya oleh PT Askes (Persero).

##### **a. Pelayanan Kesehatan Dasar**

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama
2. Rawat Inap
3. Biaya Persalinan di Puskesmas/Polindes
4. Gawat Darurat
5. Pelayanan Spesifik dan penunjang diagnostik lanjutan (bukan sederhana)
6. Transportasi rujukan

##### **b. Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit**

1. Pelayanan Paket, meliputi : pemeriksaan dan konsultasi dokter spesialis, perawatan dan akomodasi diruang perawatan, pengobatan dan pemeriksaan

oleh dokter spesialis, paket pemeriksaan laboratorium, pemberian obat standar.

2. Paket pemeriksaan radiodiagnostik, paket pemeriksaan Elektromedik, dan penunjang diagnostik luar paket.
3. Tindakan medis, meliputi : paket tindakan medis, tindakan operasi, tindakan non operasi.
4. Pelayanan obat yaitu obat yang sesuai dengan standar obat generik.
5. Pemberian surat rujukan

#### **2.2.6. Prinsip Penyelenggaraan**

Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan jaminan pemeliharaan kesehatan yang menyeluruh bagi penduduk Indonesia, yang saat ini dimulai dengan sasaran pada masyarakat miskin. Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab bersama antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Diharapkan masing-masing pihak memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal.

Penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin mengacu pada prinsip:

1. Pengelolaan dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan kesehatan masyarakat miskin
2. Pelayanan kesehatan bersifat menyeluruh (komprehensif) sesuai standar pelayanan medik yang '*cost effective*' dan rasional.
3. Pelayanan kesehatan dilakukan dengan prinsip terstruktur dan berjenjang.
4. Portabilitas dan ekuitas.

5. Mekanisme asuransi sosial dengan iuran peserta dibayar pemerintah.

6. Transparansi dan akuntabilitas (Depkes, 2006).

#### **2.2.7. Pelayanan Kesehatan Tidak Langsung**

Pelayanan kesehatan tidak langsung adalah kegiatan yang dilakukan dalam rangka menunjang kegiatan pelayanan kesehatan langsung. Kegiatan ini dibiayai dari APBN yang disalurkan melalui PT Askes (Persero) yang penggunaannya direncanakan dan di rumuskan bersama antara Depkes/Dinkes Propinsi/ Dinkes Kabupaten/ kota dengan PT Askes (Persero) mengacu pada RAB, yang kegiatannya meliputi:

1. Sosialisasi dan penyuluhan program, sosialisasi program dilakukan diberbagai tingkat: desa, kecamatan, kabupaten/kota, propinsi dan pusat, melalui penyuluhan langsung dan tidak langsung (media cetak, media elektronik, dll).
2. Koordinasi pelaksanaan dan pembinaan program, kegiatan ini difaksanakan di tingkat pusat, propinsi, kabupaten/kota melalui Tim Koordinasi.
3. Administrasi kartu peserta, melalui pengumpulan, validasi dan legalisasi data, pencetakan kartu, entry data, penerbitan dan distribusi kartu sampai kepada peserta.
4. Pelayanan tidak langsung lainnya.

#### **2.2.8. Pelaksanaan *Safeguarding***

*Safeguarding* adalah kegiatan yang bertujuan untuk menjamin dan mengamankan kegiatan-kegiatan tersebut diatas agar tepat sasaran, berhasil guna dan berdaya guna. Kegiatan tersebut meliputi:

1. *Safeguarding* tingkat Pusat

- a. Sosialisasi langsung (tatap muka) dan tidak langsung (media cetak nasional, media elektronik, dll).
  - b. Perencanaan, operasional kegiatan, pemantauan dan evaluasi.
  - c. Pencatatan dan pelaporan
  - d. Penanganan pengaduan masyarakat.
  - e. Kajian program Askeskin.
2. *Safeguarding* tingkat Propinsi
- a. Sosialisasi langsung (tatap muka) dan tidak langsung (media cetak nasional, media elektronik, dll)
  - b. Perencanaan, operasional kegiatan, pemantauan dan evaluasi.
  - c. Pencatatan dan pelaporan
  - d. Penanganan pengaduan masyarakat.
  - e. Kajian/study program Askeskin.
3. *Safeguarding* tingkat Kabupaten/Kota
- a. Sosialisasi langsung (tatap muka) dan tidak langsung (media cetak nasional, media elektronik, dll).
  - b. Pencatatan dan pelaporan
  - c. Perencanaan, operasional kegiatan, pemantauan dan evaluasi.
  - d. Penanganan pengaduan masyarakat.

### 2.3. Kriteria miskin

Badan Pusat Statistik (BPS) memandang kemiskinan dari sudut pemenuhan kalori perhari atau dengan penghasilan perkapita. BPS melakukan pendataan melalui sensus, survey, kompilasi produk administrasi, dan cara lain sesuai dengan

perkembangan ilmu pengetahuan. Berkaitan dengan upaya penanggulangan dampak kenaikan harga BBM Oktober 2005, pemerintah memberikan kompensasi kepada rumah tangga miskin berupa Subsidi Langsung Tunai, Penentuan Rumah Tangga Miskin (RTM) dengan melihat 14 variabel kemiskinan yaitu:

1. Luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8 m<sup>2</sup> per orang.
2. Jenis lantai bangunan tempat tinggal terbuat dari tanah/bambu/kayu murahan.
3. Jenis dinding tempat tinggal terbuat dari bambu/ rumbia/ kayu berkualitas rendah/ tembok tanpa diplester.
4. Tidak memiliki fasilitas buang air besar/ bersama-sama dengan rumah tangga lain.
5. Sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik.
6. Sumber air minum berasal dari sumur/mata air tidak terlindung/sungai/air hujan.
7. Bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar/ arang/ minyak tanah.
8. Hanya mengonsumsi daging/ susu/ ayam satu kali dalam seminggu.
9. Hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun.
10. Hanya sanggup makan sebanyak satu/ dua kali dalam sehari.
11. Tidak sanggup membayar biaya pengobatan di puskesmas/ poliklinik.
12. Sumber penghasilan kepala rumah tangga adalah: petani dengan luas lahan 0, 5 ha. Buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan, atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan di bawah Rp 600.000 per bulan.

13. Pendidikan tertinggi kepala kepala rumah tangga: tidak sekolah/ tidak tamat SD/hanya SD.
14. Tidak memiliki tabungan/ barang yang mudah dijual dengan nilai Rp 500.000, seperti: sepeda motor (kredit/non kredit), emas, ternak, kapal motor, atau barang modal lainnya.

Dalam penentuan sasaran program, BPS menggunakan istilah Rumah Tangga Miskin bukan Kepala Keluarga. Yang dimaksud rumah tangga adalah seorang atau sekelompok orang yang mendiami sebagian atau seluruh bangunan fisik dan biasanya tinggal bersama serta makan dari satu dapur. Yang dimaksud satu dapur disini adalah kepengurusan sehari-hari dikelola bersama-sama menjadi satu. Sedangkan anggota rumah tangga adalah semua orang yang biasanya bertempat tinggal di satu rumah tangga baik yang sedang berada saat pencacahan atau tidak (BPS, 2005).

Pada tahun 1996, Badan Pusat Statistik (BPS) menyebutkan jumlah penduduk miskin di Indonesia adalah 22,5 juta jiwa. Pada tahun 1998 meningkat menjadi 36,14 juta jiwa. Pada awal tahun 2005 karena dampak kenaikan harga BBM maka penduduk miskin meningkat menjadi 60 juta jiwa.

Departemen Kesehatan melalui dinas kesehatan kabupaten/ kota dan jaringannya juga melakukan pendataan keluarga miskin dalam rangka melaksanakan program JPS-BK dan sejenisnya dengan menggunakan kriteria yang berbeda pula. Pendataan dilakukan oleh tim desa. Tim desa dibentuk oleh kepala desa terdiri dari : pamong desa, PLKB, bidan desa dan unsur masyarakat lain.

Kriteria yang dipakai adalah kriteria Ciloto yang merupakan hasil kesepakatan pertemuan Review JPSBK/ PKPS BBM Bidkes pada tanggal 17-21 Februari 2003 di Ciloto. Adapun criteria tersebut adalah:

1. Frekuensi makan kurang dari 2 kali sehari.
2. Frekuensi makan lauk (daging/telur/tempe/tahu) paling banyak sekali dalam seminggu.
3. Tidak mampu membeli pakaian baru minimal satu stel setahun.
4. Sebagian besar lantai rumah dari tanah.
5. Pada keluarga terdapat anak usia 7-15 tahun tidak bersekolah karena alasan ekonomi.
6. Bila anggota keluarga sakit tidak mampu berobat ke sarana pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas dan jaringannya).
7. Pasangan Usia Subur (PUS) tidak mampu ber-KB dengan alasan ekonomi.

#### **2.4. Pemasaran dan Pemasaran Sosial**

##### **2.4.1. Pengertian Pemasaran dan Pemasaran Sosial**

Pengertian pemasaran sering dikacaukan dengan penjualan, padahal konsep kedua hal tersebut sangat berbeda. Penjualan bertolak dari produk yang telah dibuat, kemudian diupayakan untuk dijual kepada konsumen, sedang pemasaran bertolak dari kebutuhan dan keinginan konsumen, kemudian baru dibuat atau dikembangkan produk yang dapat memenuhi kebutuhan konsumen tersebut. Selain itu ada yang menyamakan pengertian pemasaran dengan periklanan atau media massa. Hal ini tidak benar karena periklanan atau penggunaan media massa itu hanya merupakan salah satu unsur dari pemasaran (Depkes 1997). Pemasaran adalah proses sosial yang

dengan proses itu individu dan kelompok mendapatkan apa yang mereka butuhkan dan inginkan dengan menciptakan, menawarkan dan secara bebas mempertukarkan produk dan jasa yang bernilai dengan pihak lain (Kotler, 2005).

Kita dapat membedakan antara definisi pemasaran secara sosial dan secara manajerial. Definisi sosial menunjukkan peran yang dimainkan oleh pemasaran dimasyarakat. Untuk definisi manajerial pemasaran sering digambarkan sebagai “seni menjual produk”, tetapi orang heran ketika mereka mendengar bahwa bagian yang paling penting dari pemasaran adalah bukan penjualan! Penjualan hanya merupakan ujung gunung es pemasaran (Kotler, 2005).

Pemasaran sosial adalah strategi untuk mengubah perilaku, pemasaran sosial mengkombinasikan unsur-unsur pendekatan tradisional untuk perubahan sosial dalam satu kerangka aksi dan perencanaan yang integral serta menggunakan keterampilan teknologi komunikasi dan keahlian pemasaran (McCarthy dalam kotler 2005)

Pemasaran sosial pada dasarnya tidak berbeda dengan pemasaran komersial, pemasaran sosial menggunakan tehnik analisis yang sama (riset pasar, pengembangan produk, penentuan harga, keterjangkauan, periklanan dan promosi). Dapat disimpulkan bahwa pemasaran sosial adalah penerapan konsep dan tehnik pemasaran untuk mendapat manfaat sosial. Tentu saja ada sedikit perbedaan antara pemasaran dibidang usaha dengan pemasaran sosial lain adalah.

Perbedaan antara pemasaran dibidang usaha dengan pemasaran sosial lain adalah:

1. Penggunaan produk sosial biasanya lebih rumit dari pada produk komersial, misalnya menggunakan oralit tidak semudah meminum coca – cola
2. Produk sosial sering lebih kontroversial.

3. Keuntungan produk sosial sering tidak cepat dirasakan.
4. Saluran distribusi untuk produk – produk sosial lebih sulit dikontrol karena biasanya menyangkut banyak pihak.
5. Konsumen pada umumnya tidak mampu, rawan terhadap penyakit dan berpendidikan rendah. (Depkes 2002)

Dalam program-program kesehatan Internasional, pemasaran sosial dapat berperan dalam penjualan komoditi dan gagasan atau perilaku. Pada kenyataannya pemasaran sosial hampir selalu dimulai dengan promosi tentang sikap atau kepercayaan yang berkaitan dengan kesehatan. Berdasar hal itu disampaikan anjuran tentang produk atau pelayanan baru, dan diberikan petunjuk tentang cara penggunaan yang efektif

Meskipun produk-produk yang secara sosial bermanfaat dan sering disubsidi, proses penjualannya ternyata sangat rumit. Karena harus meningkatkan motivasi konsumen, merangsang kegiatan perusahaan, agen dan pengecer, meningkatkan potensi kemandirian program di masa yang akan datang, dan kesemuanya merupakan ukuran keberhasilan program. Teknik-teknik pemasaran menjadi penting untuk "menjual" perilaku baru. Para konsumen harus melakukan pertukaran yang rumit antara perilaku yang sudah biasa dilakukan dengan perilaku baru serta memerlukan waktu dan daya untuk mendapatkan hasil yang hanya dapat dibuktikan dalam jangka waktu yang panjang dan mungkin membuahkan akibat yang tidak menyenangkan dalam waktu pendek (Rasmuson, 1988)

#### **2.4.2. Tahapan Proses Manajemen Pemasaran Sosial**

Secara garis besar terdapat 5 tahapan dalam proses manajemen pemasaran sosial (Kotler dan Roberto, 1989). Langkah pertama dalam proses manajemen

pemasaran sosial adalah melakukan analisis terhadap lingkungan pemasaran sosial. Selanjutnya dilakukan riset dan seleksi dilakukan terhadap populasi untuk menentukan khalayak sasaran (*target adaptors*). Langkah berikutnya mendesain strategi yang akan dilakukan dan membuat perencanaan program bauran pemasaran sosial. Terakhir melakukan pengorganisasian, implementasi program, pengendalian dan evaluasi terhadap program yang sudah dijalankan (gambar 2.1):



Gambar 2.1. *Steps in the Social-Marketing Management Process* (Kotler & Roberto, 1989).

#### 2.4.3. Konsumen Sebagai Titik Tolak

Pemasaran sosial menempatkan konsumen sebagai titik tolak dalam suatu proses yang mempunyai empat unsur, yaitu: produk, harga, tempat, dan promosi yang dikenal dengan juga sebagai 4P (*Product, Price, Place, Promosi*). Konsep 4P ini disebut dengan bauran pemasaran (*marketing mix*), yaitu seperangkat alat

pemasaran yang digunakan perusahaan untuk mencapai tujuan pemasarannya dalam pasar sasaran (McCarthy dalam Kotler 2005)

Pemasaran sosial pada dasarnya berorientasi pada konsumen. Konsumen atau pengguna bukan hanya merupakan sasaran pokok, tapi juga sebagai pengukur apakah kegiatan yang dilakukan cocok, diminati, dan berhasil. Konsumen secara sistematis dimintai saran sepanjang proses pemasaran sosial, memberikan data untuk berbagai keputusan pemasaran yang menentukan (Depkes 1997).

Tujuan dari pemasaran sosial adalah mempengaruhi perilaku sosial dari sasaran pengadopsi (*target adopters*), bukan demi kepentingan agen pemasaran sosial namun demi kepentingan sasaran pengadopsi itu sendiri serta masyarakat secara keseluruhan.

Sebelum produk baru diperkenalkan langkah pertama adalah riset yang cermat tentang faktor lingkungan dan psikologis yang mempengaruhi sikap sasaran terhadap produk. Sasaran program kesehatan terdiri dari berbagai sub kelompok, tiap sub kelompok mempunyai pandangan, nilai dan kebutuhan sendiri. Karena itu riset dimulai dengan segmentasi sasaran, yaitu suatu proses untuk menentukan sub kelompok dan media apa yang paling lazim dan cocok untuk tiap sub kelompok. Pembagian kelompok biasanya ditentukan berdasarkan:

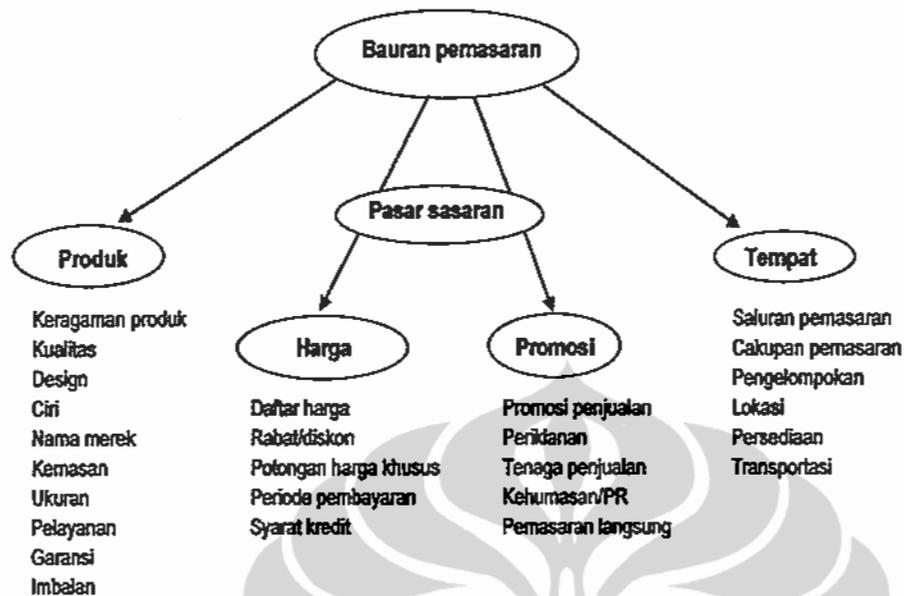
1. Karakteristik demografis, seperti usia, jenis kelamin, pendapatan, pendidikan, melek huruf, kelas sosial, jumlah keluarga, tempat tinggal, agama, ras, atau budaya.
2. Karakteristik geografis, seperti wilayah, luas daerah, kepadatan atau mobilitas penduduk.

3. Psikografis atau karakteristik perilaku, seperti gaya hidup, nilai-nilai, atau tingkat kesiapan produk.

#### 2.4.4. Bauran Pemasaran

Tugas pemasar adalah menyusun program atau rencana pemasaran untuk mencapai tujuan yang diinginkan perusahaan. Program pemasaran terdiri dari sejumlah keputusan tentang bauran alat-alat pemasaran yang digunakan. Bauran Pemasaran (*marketing mix*) adalah seperangkat alat pemasaran yang digunakan perusahaan untuk terus menerus mencapai tujuan pemasarannya dipasar sasaran. McCarthy dalam kotler (2005) mengklasifikasikan alat-alat itu menjadi 4 kelompok yang luas yang disebut empat P pemasaran: produk (*product*), harga (*price*), tempat (*place*), dan promosi (*promotion*).

Variabel pemasaran tertentu dari masing-masing P ditunjukkan gambar dibawah. Keputusan bauran pemasaran harus diambil untuk mempengaruhi seluruh perdagangan dan juga konsumen akhir. Gambar ini menunjukkan perusahaan mempersiapkan bauran tawaran yang terdiri dari produk, servis dan harga, dan memanfaatkan bauran promosi yang terdiri dari promosi penjualan, periklanan, tenaga penjualan, humas, surat langsung, pemasaran jarak jauh (*telemarketing*), dan internet untuk mencapai saluran perdagangan dan pelanggan sasaran.



Gambar 2.2 : Empat Komponen P dalam Bauran Pemasaran (McCarthy dalam Kotler 2005).

Untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan konsumen keempat unsur tersebut harus dikembangkan dan dikelola secara terpadu sebagai suatu kesatuan. Paduan unsur-unsur itu disebut bauran pemasaran atau *marketing mix* (Depkes, 2002).

Bauran pemasaran merupakan salah satu konsep terpenting dalam rencana program pemasaran (Kotler dan Roberto, 1989).

#### a. Produk

Produk tidak selalu berbentuk benda nyata yang dapat dilihat dan diraba seperti kapsul vitamin A, tablet besi, dan lainnya. Produk dapat pula berupa pelayanan kesehatan seperti penimbangan balita, pemeriksaan kehamilan, imunisasi, dan lainnya. Produk inilah yang kemudian dipasarkan sehingga berlangsung proses pertukaran dengan kelompok sasaran.

Produk harus dibuat atau dikembangkan berdasarkan kebutuhan dan keinginan konsumen. Untuk itu diperlukan riset pasar. Dalam hal ini yang dimaksud dengan pasar adalah khalayak konsumen. Pasar dalam pengertian ini dapat dibedakan berdasar atas beberapa faktor, seperti status sosial atau ekonomi, tempat tinggal, jenis kelamin dan lain-lain. Jadi konsumen dapat dibagi dalam beberapa segmen yang masing-masing memiliki sifat sendiri. Perlu diketahui bahwa kebutuhan dan keinginan konsumen selalu berkembang sesuai dengan keadaan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya (Notoatmojo, 2005).

b. Harga

Dasar pemasaran adalah tukar menukar, dalam arti konsumen perlu mengeluarkan biaya untuk memperoleh produk yang diinginkan. Tentu saja harga yang dibayarkan harus dirasakan seimbang dengan manfaat yang diperoleh dari produk tersebut. Yang disebut harga bukan hanya yang meliputi uang yang harus dibayarkan, tetapi juga hal-hal lain seperti waktu yang dikorbankan. Meskipun besarnya rupiah kecil, tetapi mungkin aspek lainnya dirasakan berat bagi konsumen. Misalnya untuk memperoleh vitamin A yang gratis, harus meluangkan waktu dan berjalan di posyandu. Mungkin hari ini tidak mendapatkan uang karena tidak berjualan dipasar, atau harus meninggalkan pekerjaan atau anggota keluarga lainnya dirumah karena pergi ke Posyandu (Notoatmojo, 2005).

c. Tempat

Yang dimaksud dengan tempat adalah lokasi dimana produk dapat diperoleh. Tempat atau jalur distribusi perlu diperhitungkan dengan baik.

Semakin luas jaringan distribusinya, semakin mudah konsumen untuk memperoleh produk tersebut.

Dalam pemasaran sosial, jalur distribusi biasanya menyangkut bermacam-macam institusi yang dilibatkan dalam kegiatan desiminasi gagasan yang dipasarkan, yaitu dari perumus gagasan sampai pada penerima yang dituju. Misalnya siapa saja yang terlibat ditiap tingkat administrasi agar distribusi kapsul vitamin A dapat berjalan dengan baik? Dalam hal ini faktor efektifitas dan efisiensi harus dipertimbangkan. Dengan demikian, produk sebaiknya ditempatkan dimana terjadi kontak maksimal dengan konsumen (Notoatmojo, 2005).

d. Promosi

Promosi berarti mengkomunikasikan keunggulan dan membujuk konsumen atau kelompok sasaran untuk menggunakan produk yang ditawarkan. Produk yang menarik belumlah cukup. Ini harus disertai komunikasi yang berkesinambungan dan terarah untuk memberikan informasi, motivasi dan edukasi kepada konsumen. Efektifitas pemasaran sangat tergantung pada efektifitas komunikasi, karena pada dasarnya promosi adalah komunikasi. Dalam hal ini, pesan yang dikomunikasikan harus sesuai dengan segmen pasar yang dituju, demikian juga paduan media yang digunakan. Promosi dapat dilakukan melalui komunikasi massa (TV, radio, koran dan media cetak) serta komunikasi interpersonal.

Promosi dilakukan dengan tema pokok yang mengikat semua unsur pemasaran. Jadi unsur promosi ini tidak lepas dari unsur produk, harga maupun tempat, karena ketiga unsur tersebut merupakan alat promosi. Paduan tiga

unsur tersebut harus mampu membanun citra produk yang tetntu saja harus sejalan dengan citra diri konsumen.

Pesan-pesan harus dapat merangsang telinga dan mata, dapat dipercaya dan diterima dengan rasa dan akal. Oleh sebab itu, harus jelas perilaku apa yang diharapkan dilaksanakan, apa keuntungan yang diperoleh jika dilaksanakan. Selain itu pesan-pesan tidak dapat disampaikan secara serentak, harus ada urutan prioritas, misalnya tahap pertama bersifat memberi informasi, tahap kedua bersifat motivasi, dan tahap ketiga memperkuat atau kemungkinan lain.

Paduan media yang akan digunakan ditentukan atas hasil riset pasar, media mana yang paling disukai dan sering digunakan khalayak sasaran. Paduan media ditentukan berdasarkan daya jangkau dan frekuensi media tersebut, manfaat tiap media yang dipilih serta biaya media, sehingga diperoleh paduan media yang efektif dan efisien (Notoatmojo, 2005).

Promosi dalam kegiatan pemasaran sosial bukan hanya berupa iklan sederhana, promosi penyangkut pula pendidikan konsumen agar bisa menggunakan produk secara tepat. Jika para komunikator kesehatan masyarakat menggunakan tehnik pemasaran untuk promosi, mereka juga harus menggunakan prinsip pengajaran untuk dapat melatih konsumen agar bisa melaksanakan keterampilan yang rumit. Motivasi juga diperlukan untuk mendorong adopsi gagasan dan produk sosial baru. Didaerah pedesaan yang padat, kegiatan masyarakat merupakan alat promosi yang efektif (Rasmuson, 1988).

Promosi merupakan rangkaian kegiatan motivasi dan persuasi agar konsumen mau menggunakan produk yang ditawarkan. Produk yang menarik belumlah cukup, ini harus disertai komunikasi yang berkesinambungan dan terarah untuk memberikan informasi, motivasi dan edukasi kepada konsumen. Efektifitas pemasaran sangat tergantung pada efektifitas komunikasi karena pada dasarnya promosi adalah komunikasi. Dalam hal ini, pesan yang dikomunikasikan harus disesuaikan dengan segmen pasar yang dituju demikian juga panduan media yang digunakan (Depkes, 2002).

#### 2.4.5. Unsur-Unsur Pemasaran Sosial

Orientasi dari pemasaran adalah konsumen, disini konsumen menjadi titik tolak suatu proses yang mempunyai 4 unsur: produk, harga, tempat dan promosi. Untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan konsumen, keempat unsur tersebut harus dikembangkan dan dikelola secara terpadu sebagai suatu kesatuan. Paduan unsur-unsur tersebut di sebut "*bauran pemasaran*" atau "*marketing mix*"

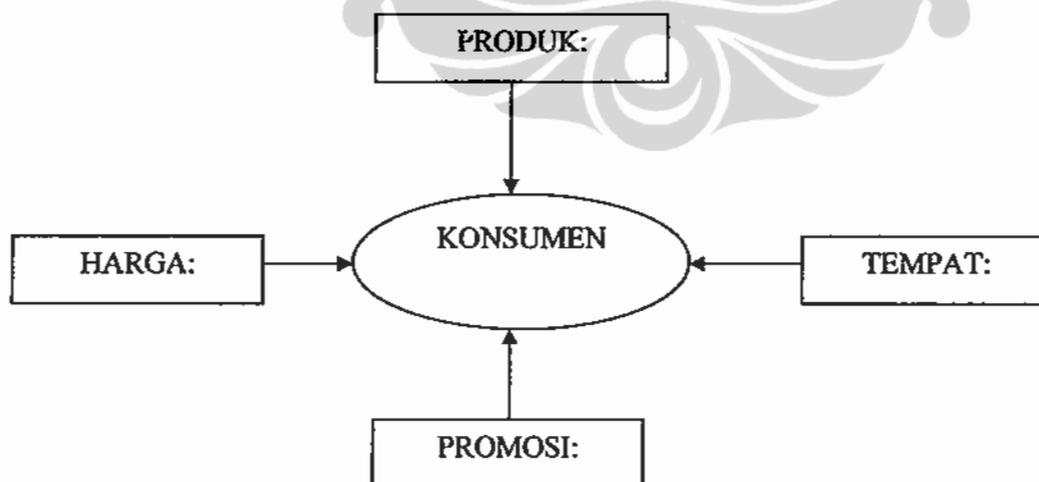


Diagram 2.3 : Bagan Pemasaran Sosial (Notoatmodjo 2005)

a. Konsumen

Konsumen atau pengguna bukan hanya merupakan sasaran pokok, tetapi juga sebagai pengukur apakah kegiatan yang dilaksanakan cocok, diminati dan berhasil. Konsumen secara sistematis dimintai saran sepanjang proses pemasaran sosial, memberikan data untuk menentukan strategi pemasaran.

b. Produk

Produk tidak selalu berbentuk benda nyata yang dapat dilihat dan diraba. Produk dapat pula berupa pelayanan kesehatan atau juga dalam bentuk ide/gagasan. Produk inilah yang kemudian dipasarkan sehingga berlangsung proses pertukaran dengan kelompok sasaran.

Produk harus dibuat atau dikembangkan berdasarkan kebutuhan dan keinginan konsumen. Untuk itu diperlukan riset pasar, yang dalam hal ini yang dimaksud dengan pasar adalah khalayak konsumen.

c. Harga

Yang dimaksud dengan harga bukan hanya yang meliputi uang yang harus dibayarkan, tetapi juga hal-hal lain seperti waktu yang dikorbankan. Meskipun besarnya rupiah kecil, tetapi mungkin aspek lain dirasakan berat bagi konsumen. Mungkin hari ini dia tidak mendapatkan uang karena harus meninggalkan pekerjaan karena pergi ke Posyandu.

d. Tempat

Yang dimaksud tempat adalah lokasi dimana produk diperoleh. Tempat atau jalur distribusi perlu diperhitungkan baik-baik. Semakin luas

jaringan distribusinya, semakin mudah konsumen untuk memperoleh produk tersebut.

Dalam pemasaran sosial biasanya menyangkut bermacam-macam institusi yang terlibat dalam kegiatan yaitu dari perumus gagasan sampai pada penerima yang dituju. Arus penyaluran produk juga harus lancar dan persediaan harus selalu cukup. Agar pelaksanaan distribusi berjalan dengan lancar, dilapangan dapat digunakan tenaga perantara yang sifatnya sukarela yang kita kenal dengan kader. Untuk tenaga seperti ini maka kualitas pelatihan perlu mendapat perhatian, disamping disamping daya tarik produk serta kreatifitas yang diperlukan untuk menggugah semangat kader.

e. Promosi

Promosi berarti mengkomunikasikan keunggulan dan membujuk konsumen atau kelompok sasaran untuk menggunakan produk. Produk yang menarik belumlah cukup, ini harus disertai komunikasi yang berkesinambungan dan terarah untuk memberikan informasi, motivasi, dan edukasi kepada konsumen. Efektifitas pemasaran sangat tergantung pada efektifitas komunikasi, karena pada dasarnya promosi adalah komunikasi. Dalam hal ini pesan yang disampaikan harus sesuai dengan segmen pasar yang dituju, demikian juga panduan media yang digunakan.

#### **2.4.6. Strategi Pemasaran**

##### **1. Strategi Produk**

Produk yang dimaksud bisa berupa komoditi, gagasan, atau perilaku kesehatan. Produk dalam program vaksinasi meliputi vaksin itu sendiri, kartu

imunisasi, dan kepercayaan bahwa vaksinasi dapat mencegah penyakit yang berbahaya.

Strategi produk memanfaatkan riset pengembangan untuk menentukan produk apa yang sejalan dengan masalah kesehatan dan sasaran yang ada. Berdasarkan hal tersebut ditetapkan posisi dan harga produk dengan harga dan cara yang sesuai dengan kepercayaan, kebiasaan, dan nilai-nilai pemakainya. Analisis sub kelompok sasaran primer mungkin menunjukkan bahwa suatu produk tidak akan cocok untuk semua orang. Pilihannya adalah produk campuran, sebagai contoh dua merek larutan rehidrasi oral yang berbeda dengan harga yang berbeda dan diberi posisi berbeda pula.

Produk hendaknya dikemas suatu wadah yang memberikan *image* tertentu bagi kelompok sasaran. Kemasan mempunyai arti yang penting dalam mempengaruhi konsumen baik secara langsung maupun tidak langsung untuk menentukan pilihan terhadap produk yang akan dibeli. Oleh karena itu bentuk luar suatu produk harus dibuat semenarik mungkin. Dengan demikian kemasan tidak dapat diabaikan begitu saja karena fungsinya tidak hanya sebagai pembungkus tetapi juga berfungsi juga untuk mencegah kerusakan secara fisik, mencegah pemalsuan, menjamin kebersihan, dan sebagai wadah untuk produk yang berupa benda cair. Disamping itu kemasan dapat berfungsi sebagai alat komunikasi dengan memberikan keterangan pada kemasan tersebut tentang cara penggunaan, cara penyimpanan, komposisi isi produk, dan sebagainya. Kemasan dapat pula memudahkan dan menghemat waktu dalam mengangkut produk sehingga memudahkan penyaluran dalam proses penjualan, baik bagi produsen, penyalur, maupun konsumen..

Kemasan yang digunakan seharusnya memenuhi syarat sebagai berikut:

(Assauri, 1992):

- 1) Dapat melindungi produk dari kerusakan, kehilangan dan kekotoran.
- 2) Ekonomis dan praktis bagi kegiatan pendistribusian produk dalam hal ini dimaksudkan bahwa perusahaan harus dapat memilih jenis dan cara pengemasan dengan biaya yang relatif murah, akan tetapi dapat memberikan kemudahan bagi konsumen untuk membawa dan menyimpannya.
- 3) Ukuran kemasan hendaklah sesuai dengan kehendak pembeli, misalnya besar/kecilnya, dan bentuknya sesuai dengan unit kesatuan produk.
- 4) Kemasan haruslah memberikan aspek deskriptif, yaitu menunjukkan merek, kualitas, rasa dan campuran atau komposisi yang terdapat dalam produk tersebut.
- 5) Kemasan hendaknya mempunyai citra dan aspek seni.

## 2. Strategi tempat

Keterjangkauan seringkali merupakan rintangan yang besar bagi program kesehatan. Strategi distribusi harus menentukan jalur yang tepat dan kuat untuk membuat komoditi dan pelayanan dapat terjangkau konsumen. Saluran distribusi (*channel of distribution*) sebuah produk adalah jalur yang dipakai untuk perpindahan barang dari produsen ke konsumen akhir (Santon, 1996).

Strategi ini juga harus menegaskan peran sektor pemerintah, jaringan pemasok besar, pedagang kecil eceran jika diperlukan, dan petugas kesehatan serta para sukarelawan kesehatan.

Titik atau sistem distribusi biasanya juga merupakan titik pelatihan dan dukungan. Strategi pelatihan harus menegaskan siapa yang akan dilatih, apakah

dokter, apoteker, petugas puskesmas, dukun, pemilik warung, atau sukarelawan setempat. Harus ditegaskan secara rinci jumlah orang yang perlu dilatih, jadwal dan bahan, juga jenjang pelatihan untuk pelatih, dan lain-lain. Strategi pelatihan harus mengembangkan hubungan antara mereka yang merancang produk dan bahan komunikasi dengan mereka yang merancang dan melaksanakan pelatihan untuk memastikan kedua kelompok tersebut mempromosikan hal yang sama.

### 3. Strategi Harga

Dalam pemasaran sosial harga merupakan hal yang paling sulit untuk ditentukan karena khalayak sasaran pada pemasaran sosial umumnya tingkat sosial ekonominya rendah. Oleh karena itu perlu diusahakan agar hambatan untuk memperoleh produk yang ditawarkan ditekan sedemikian rupa sehingga sesuai dengan kemampuan dan keinginan konsumen. Yang dimaksud dengan harga bukan hanya menyangkut biaya yang dikeluarkan tetapi juga pengorbanan bentuk lain seperti: waktu yang dikorbankan, gerakan fisik (tenaga) yang diperlukan, gaya hidup yang barangkali harus berubah, serta ketentraman yang dirasakan (Depkes, 1997).

Terdapat beberapa metode dalam menetapkan strategi harga (Kotler & Roberto, 1989). Pertama adalah pemberian harga berdasarkan biaya (*cost-based pricing*). Artinya agen pemasaran sosial berusaha menetapkan harga yang wajar untuk menutupi biaya-biaya yang dikeluarkannya, khususnya bila subsidi yang diterima dari institusi lain atau dari pemerintah tidak mencukupi seluruh pengeluarannya. Kedua adalah metode yang membandingkan harga yang ditawarkan oleh agen pemasaran lain, namun terdapat beberapa pertimbangan yang harus dipikirkan oleh agen pemasaran yaitu: harga karena seringkali mencerminkan kualitas suatu produk sosial, dan pertimbangan sosial dimana harga produk sosial

saharusnya lebih rendah dibanding manfaat yang diberikannya. Ketiga adalah metode yang mempertimbangkan sensitifitas sasaran pengadopsi (*target adaptors*) terhadap harga. Artinya agen pemasaran sosial harus memperhatikan sampai seberapa besar kemauan membayar (*willingness to pay*) dari sasaran pengadopsi untuk memiliki atau mengadopsi produk sosial tersebut. Hal ini penting diingat karena tujuan dari strategi harga suatu pemasaran sosial adalah memaksimalkan jumlah sasaran pengadopsi.

#### 4. Strategi Promosi

Strategi pemasaran harus disusun berdasarkan hasil riset pasar yang dapat dipercaya sehingga kegiatan promosi dapat dilakukan secara tajam dan terarah. Promosi dalam pemasaran sosial tidak hanya bersifat pemberian informasi dan motivasi tetapi juga bersifat edukasi kepada khalayak sasaran (Depkes, 1997).

Promosi adalah keseluruhan proses dan kegiatan yang dilaksanakan untuk mengenalkan produk kepada khalayak sasaran sehingga sasaran yakin bahwa produk yang ditawarkan tersebut sangat dibutuhkan dan bermanfaat, dan pada akhirnya bila pada suatu saat sasaran memiliki potensi maka sasaran akan membeli barang atau melaksanakan (perilaku) yang ditawarkan. Dengan demikian produk yang ditawarkan dapat berupa benda nyata (*tangible*) dan dapat pula berupa benda tidak nyata (*intangible*), atau kombinasi keduanya (Sasangko, 2003).

Promosi dilaksanakan dengan tema pokok yang mengikat semua unsur. Pesan-pesan harus dapat merangsang telinga dan mata, dapat dipercaya dan dapat diterima dengan rasa dan akal. Karena itu harus jelas mengemukakan perilaku apa yang harus dilaksanakan, mengapa perlu dilaksanakan dan keuntungan apa yang

diperoleh bila dilaksanakan. Bahasa dan ungkapan yang dipakai adalah bahasa khalayak sasaran dalam nada yang sesuai.

Pemilihan bauran promosi yang akan digunakan tergantung pada cara agen pemasaran memandang sasaran pengadopsinya. Jika sasaran pengadopsi dipandang sebagai massa maka cara yang paling efektif untuk menjangkau mereka adalah melalui komunikasi massa (*mass communication*). Fungsi dari komunikasi massa adalah untuk memberikan informasi dan untuk melakukan persuasi dalam jangka waktu tertentu kepada sejumlah besar sasaran pengadopsi mengenai bagaimana suatu produk sosial sesuai dengan kebutuhan mereka dan bagaimana kesesuaian itu lebih baik dibanding dengan produk lain. Komunikasi massa dapat menghasilkan *awareness* pada waktu yang singkat kepada sejumlah besar populasi. Namun untuk menghasilkan pengetahuan (*knowledge*), diperlukan informasi yang detail dan komunikasi yang intensif, yang dapat dilakukan oleh komunikasi massa. Pada saat inilah diperlukan cara pandang yang baru terhadap sasaran pengadopsi, yaitu sebagai individu (Kotler & Roberto, 1989).

Memandang sasaran pengadopsi sebagai individu penting dilakukan oleh agen pemasaran sosial terutama bila ada sekelompok sasaran pengadopsi yang memerlukan informasi yang lebih banyak dibandingkan sasaran kelompok pengadopsi yang lain. Untuk mencapai mereka agen pemasaran sosial dapat mempergunakan teknik komunikasi yang selektif, misalnya menggunakan *telemarketing* atau *personal selling*.

Terdapat dua jenis telemarketing, pertama *inbound telemarketing* yaitu ketika agen pemasaran sosial menyediakan nomor khusus yang bisa dihubungi oleh siapapun yang membutuhkan informasi suatu produk sosial tertentu. Ini adalah

teknik yang menguntungkan karena dapat menciptakan suatu komunikasi yang fleksibel, berupa interaksi dua arah, informal dan terjaga kerahasiaan. Kedua adalah *Outbound telemarketing* yaitu ketika agen pemasaran sosial secara aktif menelpon sasaran pengadopsi untuk memberi informasi dan persuasi terhadap konsumen.

*Personal selling* atau lebih tepatnya komunikasi pribadi dapat digunakan sebagai *follow-up* dari komunikasi massa, karena distribusi dan promosi suatu produk sosial relatif banyak bergantung pada kualitas komunikasi antar pribadi, interaksi dan layanan yang diberikan oleh mereka yang bekerja sebagai agen pemasaran. Asumsinya adalah komunikasi pribadi memungkinkan terciptanya interaksi yang paling cepat menghasilkan *feedback* serta memungkinkan terbentuknya hubungan yang lebih dalam dengan sasaran pengadopsi yang pada gilirannya dapat memperbesar kemungkinan tercapainya tujuan pemasaran sosial. Oleh karena itu komunikasi pribadi adalah alat komunikasi yang paling berpengaruh dalam terhadap sasaran pengadopsi.

Jika komunikasi massa, komunikasi efektif dan komunikasi pribadi dimanfaatkan secara efisien maka teknik-teknik tersebut dapat menciptakan motivasi kepada sasaran pengadopsi untuk mengadopsi suatu produk sosial. Namun pemasaran sosial baru bisa dikatakan efektif jika berhasil mencapai tujuannya yaitu tindakan pengadopsian oleh sasaran.

#### **2.4.7. Kajian Formatif Pemasaran Sosial JPKM**

Kajian formatif pemasaran sosial dilakukan agar program pemasaran sosial didasarkan pada pemahaman JPKM terhadap khalayak sasaran. Untuk itu perlu dikumpulkan data pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat tentang masalah berkaitan dengan perilaku ber-JPKM. Berdasar atas informasi yang dikumpulkan,

dapat diketahui seberapa jauh pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat berkaitan dengan JPKM (Depkes, 2002).

Kajian formatif menyangkut perilaku terhadap suatu sekelompok masyarakat perlu dilakukan untuk memahami mengapa mereka berperilaku tertentu dan faktor-faktor yang berpengaruh pada terjadinya perilaku tersebut. Untuk memperoleh informasi tentang perilaku tertentu itu, perlu dilakukan pengkajian sosial budaya melalui kajian formatif yang bertujuan untuk menjawab pertanyaan mengapa, kapan, dan bagaimana hal itu terjadi. Hasil pengkajian formatif digunakan bagi perencanaan program untuk menyusun format program pemasaran sosial dengan tujuan yang dapat diukur dengan strategi yang realistis (Depkes, 2002).

Dalam kajian formatif perlu dikumpulkan data atau informasi berkaitan dengan program dan hal-hal yang mempengaruhinya. Beberapa informasi berkaitan dengan hal tersebut adalah informasi Pengetahuan, Sikap, Perilaku (PSP) masyarakat tentang JPKM, informasi tentang masyarakat, informasi tentang media dan informasi tentang terminologi berkaitan dengan Askeskin (Depkes, 2002).

a. Informasi Tentang JPKM

Informasi tentang Askeskin yang dikumpulkan masyarakat, petugas atau media meliputi informasi tentang :

- 1). Pengetahuan masyarakat tentang JPKM.
- 2). Pendapat masyarakat tentang JPKM.
- 3). Perilaku masyarakat tentang JPKM.

b. Informasi Tentang Masyarakat

- 1). Gambaran umum
  - 2). Organisasi/ LSM
- c. Informasi Tentang Media

Informasi yang dikumpulkan tentang media komunikasi meliputi jenis-jenis media yang ada di desa/kota dan pengaruh media-media tersebut.

- 1). Jenis media
  - 2). Pengaruh berbagai media
  - 3). Tokoh-tokoh panutan
- d. Terminologi

#### **2.4.8. Pengembangan Strategi Pemasaran Sosial**

Hasil data atau informasi kajian formatif, akan di gunakan dalam mengembangkan strategi pemasaran sosial. Hasil kajian formatif digunakan sebagai dasar untuk menetapkan tujuan dan strategi yang realistis sehingga kegiatan pemasaran sosial dapat dilakukan sesuai dengan kondisi dan situasi setempat (Depkes,2002).

Dalam pengembangan strategi pemasaran sosial menurut Depkes 2002, ada 4 (empat) tahapan praktis, sbb:

- 1). Menentukan tujuan pemasaran sosial

Tujuan pemasaran menjelaskan tentang siapa yang akan merubah pengetahuan dan perilaku, berapa jauh dan berapa lama. Dengan demikian tujuan pemasaran merupakan terjemahan perilaku yang diharapkan kedalam bentuk yang dapat diukur, sehingga komunikator dapat merancang pesan dan materi pemasaran serta mengevaluasi dampaknya pada khalayak sasaran.

Kategori tujuan yang perlu diperhatikan dalam pemasaran sosial yaitu: perubahan pengetahuan, perubahan kepercayaan/sikap dan perubahan perilaku. Ketiga kategori tujuan tersebut penting, namun demikian pengalaman menunjukkan bahwa tujuan perubahan perilaku sangat menentukan pencapaian tujuan program, yaitu meningkatkan derajat kesehatan. Oleh sebab itu dalam menentukan tujuan biasanya di mulai dengan menyusun tujuan perilaku.

## 2). Menentukan segmentasi sasaran

Meskipun didaerah kecil yang tampaknya serba sama, tidak akan ada "sasaran yang sama". Program yang dibuat seragam mungkin dapat diterima dan dimengerti oleh satu kelompok, tetapi mungkin juga akan merasakan kelompok lain, atau tidak akan dimengerti oleh kelompok sasaran lainnya lagi. Oleh sebab itu, segmentasi sasaran sangat penting yang meliputi segmentasi:

### a. Sasaran pokok/ primer.

Yaitu mereka yang diharapkan melaksanakan kebiasaan/ perilaku baru yang diharapkan.

### b. Sasaran antara/ sekunder

Yaitu mereka yang mempunyai pengaruh terhadap sasaran primer, misalnya petugas kesehatan, keluarga, teman atau tokoh masyarakat.

### c. Sasaran penunjang/ tersier.

Yaitu para pembuat keputusan, para penyandang dana, dan orang yang berpengaruh atas keberhasilan program.

## 3). Menentukan strategi pemasaran (produk,tempat,harga dan promosi)

### a. Strategi Produk

Seperti telah disebutkan, bahwa produk dalam pemasaran sosial dapat berupa benda nyata, gagasan atau perilaku. Dalam kaitannya dengan pemasaran askeskin perlu ditetapkan:

- Mengenalkan program yang paling potensial.
- Memperkaya masyarakat dengan informasi.

b. Strategi Tempat

Keterjangkauan sering merupakan halangan besar dalam pemasaran. Oleh sebab itu strategi tempat harus menentukan jalur yang tepat dan kuat untuk membuat produk mudah diperoleh khalayak sasaran. Dalam pemasaran sosial ini harus pula menegaskan peran sektor-sektor terkait.

c. Strategi Harga

Dalam pemasaran sosial harga merupakan hal yang paling sulit ditentukan karena khalayak sasaran pada pemasaran sosial umumnya tingkat sosial ekonomi rendah. Oleh sebab itu sebab itu perlu diusahakan agar hambatan untuk memperoleh produk yang ditawarkan ditekan sedemikian rupa sehingga sesuai dengan kemampuan dan keinginan konsumen.

Dalam pemasaran sosial yang dimaksud dengan harga bukan hanya menyangkut biaya yang dikeluarkan untuk memperoleh pelayanan, tetapi juga pengorbanan bentuk lain seperti waktu atau tenaga yang diperlukan.

d. Strategi Promosi

Strategi pemasaran harus disusun berdasar hasil riset pasar yang dapat dipercaya, sehingga kegiatan promosi dapat dilakukan secara tajam dan terarah. Promosi dalam pemasaran sosial tidak hanya bersifat pemberian

informasi dan motivasi, tetapi juga bersifat edukasi kepada khalayak konsumen.

Promosi adalah keseluruhan proses dan kegiatan yang dilaksanakan untuk mengenalkan produk kepada khalayak sasaran, sehingga sasaran yakin bahwa produk yang ditawarkan tersebut sangat dibutuhkan dan bermanfaat, dan pada akhirnya bila suatu saat sasaran memiliki potensi maka sasaran akan membeli barang atau melaksanakan perilaku yang ditawarkan.

Promosi dilaksanakan dengan tema pokok yang mengikat semua unsur. Pesan-pesan harus dapat merangsang telinga dan mata, dapat dipercaya dan diterima dengan rasa dan akal. Karena itu harus jelas mengemukakan perilaku apa yang harus dilaksanakan, mengapa perlu dilaksanakan dan keuntungan apa yang diperoleh. Bahasa dan ungkapan yang dipakai adalah bahasa khalayak sasaran dalam nada yang sesuai (humor, serius, ilmiah atau nada lain).

Saluran komunikasi yang dipakai dapat dibagi menjadi :

(1) Komunikasi tatap muka

Penyuluhan perorangan/kelompok, kunjungan rumah, pelatihan, diskusi kelompok.

(2). Media Massa

Radio, televisi, koran, majalah, film dan papan reklame.

(3). Bahan-Bahan Grafis dan Audio-Visual

Pamflet, poster, videotape, slide, lembar balik dan lainnya.

#### (4). Panduan Media

Merupakan gabungan berbagai saluran yang dipakai untuk menjangkau khalayak sasaran. Penentuannya harus mempertimbangkan: efisiensi, sumber-sumber, penentuan waktu, kecocokan pesan, biaya relatif perorang.

### 2.5. Kepuasan Pelanggan

Kepuasan pelanggan didefinisikan sebagai respon pelanggan terhadap ketidaksesuaian antara tingkat kepentingan sebelumnya dan kinerja aktual yang dirasakannya setelah pemakaian (Rangkuti, 2006). Sedangkan Tciptono (1997) mengatakan karakteristik kualitas merupakan karakteristik *output* dari suatu proses yang penting bagi pelanggan. Karakteristik kualitas menuntut pemahaman mengenai pelanggan dalam segala hal. Menurut Barata (2003) para penyedia layanan sangat memahami bahwa pelanggan membutuhkan layanan yang baik, sehingga mereka tahu pasti, bahwa memuaskan pelanggan adalah suatu keharusan. Jika mampu memberikan layanan yang baik secara langsung atau tidak langsung, kebaikan layanan akan tersebar langsung karena kepuasan yang dirasakan oleh pelanggan dan akan disampaikan oleh pelanggan yang satu ke pelanggan yang lainnya secara berantai.

Egergon (1999) menyatakan ada 11 (sebelas) cara memelihara kepuasan pasien di rumah sakit, yaitu:

1. Hargai pasien dengan senyuman.
2. Layani dengan cara menganggap pasien orang yang paling penting.

3. Hindari menyebutkan bahwa pasien itu sudah berulang kali terkena penyakit yang sama.
4. Bekerja sesuai dengan keahlian yang dimiliki.
5. Jangan mengkritik dokter lain di depan pasien.
6. Pelayanan telpon dilakukan dengan baik.
7. Menjaga ketenangan saat melayani pasien.
8. Jangan berdebat dengan pasien.
9. Dokter selalu bersikap positif terhadap pasien.
10. Peka terhadap perasaan pasien.
11. Selalu mencari cara lain yang dapat digunakan untuk menolong pasien.

Parasuraman dkk (1990) memperkenalkan model *Service Quality* (SERVQUAL) yang dapat digunakan untuk mengukur mutu pelayanan dalam 10 dimensi mutu:

1. *Tangibles*, meliputi penampilan fisik, peralatan, personil dan bahan-bahan komunikasi
2. *Reliability*, mampu menyampaikan jasanya secara benar sejak awal, memenuhi janjinya secara akurat dan handal.
3. *Responsiveness*, kesediaan dan kesiapan para karyawan untuk membantu para pelanggan dan menyampaikan jasa secara cepat dan tepat.
4. *Competence*, penguasaan ketrampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan agar dapat menyampaikan jasa sesuai dengan kebutuhan pelanggan.
5. *Courtesy*, meliputi sikap santun, respek atensi dan keramahan pada karyawan. Sopan, menghargai, perhatian atau memberi pertimbangan dan bersahabat dalam hubungan personal.

6. *Credibility*, sifat yang dapat dipercaya, jujur dalam melayani.
7. *Security*, bebas dari bahaya, resiko atau keragu-raguan.
8. *Acces*, kemudahan untuk dihubungi atau di kontak.
9. *Communication*, menyampaikan informasi pada pelanggan dalam bahasa yang mudah dimengerti serta selalu mendengarkan saran dan keluhan pelanggan.
10. *Understanding the customer*, berupaya memahami para pelanggan dan kebutuhan spesifik mereka, memberikan perhatian individu.

## **2.6. Studi Tentang Analisis Askeskin 2006 dan Hasil Asesmen Cepat Program PKPS-BBM Tahun 2005 Bidang Kesehatan.**

Hasil penelitian ketua bidang penelitian Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI) Ilyani 24 Pebruari 2006 menemukan banyak terdapat permasalahan pada pelaksanaan program Askeskin, salah satunya akibat tidak adanya `data base` jumlah keluarga miskin yang tepat. Ilyani mengatakan, kasus yang cukup mencolok dalam temuan permasalahan adalah menyangkut pendataan yang dilakukan PT Askes terhadap keluarga miskin tidak akurat, dan data yang dilaporkan tidak sesuai dengan kondisi riil di lapangan.

Harahap (2005) evaluasi JPKMM di Kabupaten Bogor terhadap ketidakpuasan Gakin terhadap pelayanan yang diberikan dapat disebabkan yaitu kurang ramahan petugas Puskesmas, empati petugas kurang memahami kebutuhan Gakin dalam proses mendapatkan kartu sehat.

Begitu juga hasil *asesment* cepat yang dilakukan oleh Bachtiar,A dkk di 12 kabupaten/kota di Indonesia yaitu Kabupaten Tapanuli Utara, Kota Pematangsiantar, Kabupaten Lebak, Kota Cilegon, Kota Pasuruan, Kabupaten Malang, Kabupaten

Lombok Tengah, Kota Mataram, Kabupaten Pasir, Kota Balikpapan, Kabupaten Minahasa Utara, dan Kota Manado (masing-masing kabupaten 2 Puskesmas) menghasilkan bahwa :

- (1) Penugasan dan pendanaan untuk semua aspek program kepada PT askes pada semester pertama tidak memuaskan keterlibatan pemda, baik dalam perencanaan, implementasi, pemantauan dan evaluasi serta pengawasan program.
- (2) Desain tidak melibatkan sektor swasta dan dunia usaha padahal menurut data susenas 2004 sekitar 36% penduduk miskin yang menggunakan pelayanan swasta, sedangkan peran dunia usaha sebagai mitra pembiayaan dan pendukung transportasi pelayanan daerah terpencil swasta belum banyak dieksplorasi.
- (3) Desain kurang mendorong system monitoring-evaluasi dan akuntabilitas, antara lain karena terbatasnya pelibatan pemda dan tidak terformulasinya hubungan PT Askes di daerah dengan Pemda.
- (4) Masih banyak rendahnya kunjungan penduduk miskin ke Puskesmas (5,46 % di Kuaro, 8,33% di Bailang, 9,6% di Cilegon, dan 4,08 % di Lebak).
- (5) Dari sisi masyarakat masih banyak ditemukan ketidakpuasan, keluhan yang disampaikan masyarakat umumnya berkaitan dengan penetapan sasaran yang dianggap tidak adil serta kesalahan dalam penetapan sasaran orang miskin, ketidakjelasan prosedur dan cakupan pelayanan, pendistribusian dan pasien miskin masih harus membayar obat-obat di luar DPHO.
- (6) Masih banyak orang miskin tidak mendapatkan kartu Askeskin dan sebaliknya orang yang lebih mampu diberi kartu.

- (7) Pada tingkat individu orang miskin masih terdapat hambatan akses karena biaya transport tidak ada, apalagi untuk yang bermukim di daerah terpencil dan jauh dari sarana kesehatan, serta tidak punya biaya untuk pendamping pasien orang miskin yang di rumah sakit.
- (8) Prosedur pelayanan dan cakupan pelayanan masih belum dipahami oleh orang miskin karena sosialisasi kepada masyarakat miskin tidak dilakukan.
- (9) Dari pihak Puskesmas, program pelayanan gratis menyulitkan Puskesmas dalam memenuhi target setoran retribusi ke kas daerah sebagai PAD, karena berkurangnya jumlah pengunjung Puskesmas yang harus membayar retribusi.
- (10) Puskesmas juga dibebankan dengan pelaporan-pelaporan, Puskesmas juga mengeluhkan soal peraturan-peraturan yang berubah-ubah dan peraturan yang berlaku surut tanpa disertai sosialisasi yang memadai, termasuk sosialisasi kurang mengenai prosedur klaim bagi Puskesmas. Selain itu, tarif pelayanan Askes tidak sesuai dengan *actual service cost* dan tidak ada dananya untuk pengantaran jenazah pasien miskin.
- (11) Supervisi dan monitoring kurang, baik dari propinsi ke kabupaten maupun dari kabupaten ke Puskesmas.
- (12) Dasar pendanaan pelayanan kesehatan tidak memperhitungkan kondisi penduduk miskin, yang umumnya bertempat tinggal jauh dari pusat pelayanan kesehatan dan karena alasan geografis dan atau tak cukup memiliki dana untuk transportasi gagal mencapai tempat pelayanan.
- (13) Terjadi hambatan pada identifikasi sasaran oleh Pemda, jumlah penduduk miskin hasil identifikasi umumnya lebih besar dibandingkan jumlah yang tersedia dalam kuota.

- (14) Distribusi kartu gagal karena faktor teknis, sosial dan administratif, kapasitas PT Askes untuk membagi kartu kepada pemiliknya tidak memadai.
- (15) Penitipan distribusi kartu kepada Dinkes, Puskesmas, atau desa terhambat karena pihak yang dititipi tidak merasa bahwa distribusi kartu sebagai tugasnya, juga akibat tidak jelasnya hubungan PT Askes cabang dengan Pemda.



## BAB 3

### KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH

#### 3.1. Kerangka Konsep

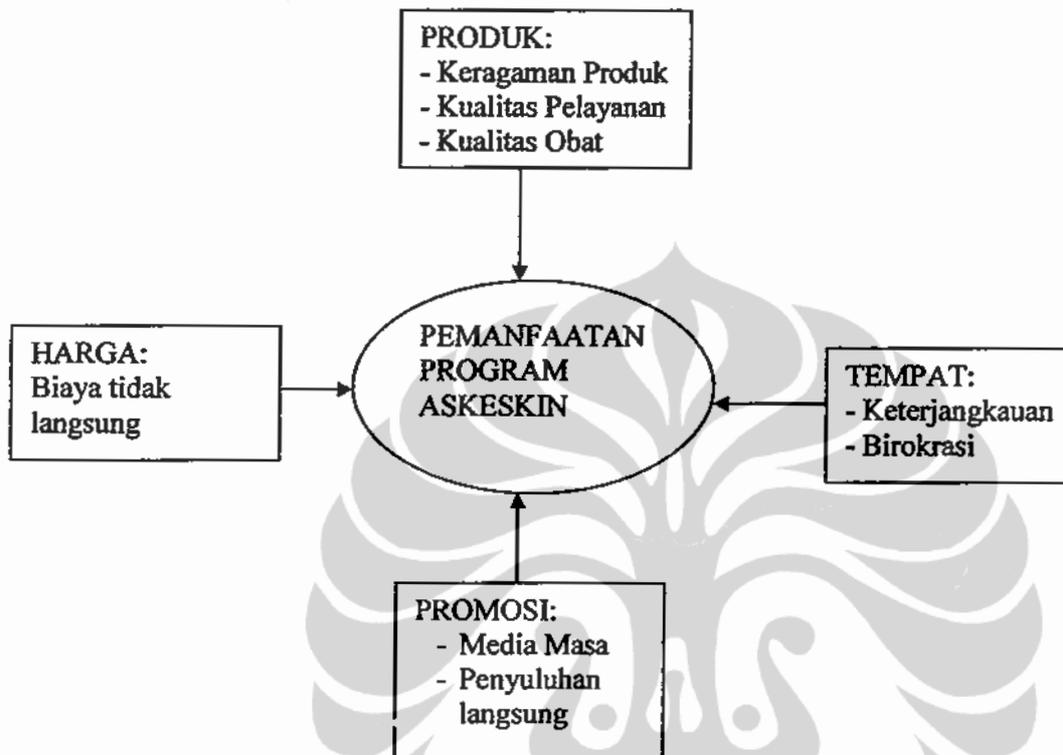
Kerangka konsep dalam penelitian ini dikembangkan dari teori yang dikemukakan oleh Mc. Carthy dalam Kotler (2005) mengenai bauran pemasaran yang diklasifikasikan menjadi 4P (*product, price, place, promotion*).

Selanjutnya teori dari Notoatmodjo (2005) dalam buku Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi yang menerapkan pemasaran sosial dalam promosi kesehatan dengan tetap menggunakan variabel-variabel yang telah dikemukakan oleh Mc. Carthy.

Bauran pemasaran yang terdiri dari: produk, harga, tempat dan promosi yang dikemukakan di atas (dalam bab II) kemudian di modifikasi dan disesuaikan dengan area penelitian dalam hal ini berkaitan dengan pemasaran program Askeskin sebagai produk sosial. Variabel yang dipilih dalam penelitian ini seperti yang terdapat pada bagan kerangka konsep berikut:

o

### Kerangka Konsep Analisis Bauran Pemasaran Sosial Program Askeskin



#### 3.2. Definisi Istilah

1. **Keragaman produk** adalah jenis pelayanan kesehatan yang diterima peserta program Askeskin terdapat dalam program Askeskin, baik berupa pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan pelayanan kesehatan rujukan di Rumah Sakit.
2. **Kualitas pelayanan** adalah mutu pelayanan yang diterima oleh peserta program Askeskin, meliputi : keramahan petugas dan lamanya waktu yang digunakan untuk berobat.
3. **Kualitas obat** adalah mutu obat yang diberikan oleh petugas sesuai dengan petunjuk obat dari Departemen Kesehatan dan tingkat kesembuhannya.

4. **Biaya tidak langsung / *Indirect Cost*** adalah biaya yang dikeluarkan peserta program Askeskin untuk mendapat akses ke pelayanan program Askeskin yang meliputi: biaya transport untuk pergi ke tempat pelayanan kesehatan dan *oportunity cos/* biaya-biaya pengorbanan lainnya.
5. **Keterjangkauan** adalah penjelasan peserta program Askeskin mengenai jalur untuk memperoleh pelayanan program Askeskin,
6. **Birokrasi untuk mendapatkan pelayanan program Askeskin** adalah persepsi peserta program Askeskin tentang mudah/sulitnya prosedur yang dilalui untuk memperoleh pelayanan kesehatan dalam Program Askeskin.
7. **Media Massa** adalah saluran yang digunakan untuk menyampaikan pesan kepada masyarakat miskin mengenai Program Askeskin meliputi: Radio, Televisi, koran, majalah, film dan papan reklame.
8. **Penyuluhan langsung** adalah penyuluhan perorangan/ kelompok, kunjungan rumah, pelatihan, dan diskusi kelompok yang pernah diikuti peserta program Askeskin dan dilakukan oleh tim *safeguarding* untuk memberikan informasi mengenai program Askeskin.
9. **Pemanfaatan program Askeskin** adalah pemanfaatan yang dilakukan oleh masyarakat miskin selaku sasaran program Askeskin. Sehingga tujuan akhir dari pemasaran sosial program Askeskin adalah pemanfaatan secara maksimal mengenai produk Askeskin.

## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1. Desain Penelitian**

Penelitian ini adalah merupakan penelitian kualitatif yang bertujuan untuk lebih mendalami bagaimana bauran pemasaran sosial program Askeskin (produk, harga, tempat dan promosi) dan faktor-faktor yang mempengaruhi pemasaran sosial Program Askeskin kepada masyarakat miskin. Menurut Bogdan dan Taylor sebagaimana dikutip oleh Maleong (1991). Penelitian kualitatif adalah prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati.

Pada pelaksanaannya dilakukan pengumpulan data untuk memperoleh data primer dengan metode Wawancara Mendalam (WM) dan Diskusi Kelompok Terarah (DKT). Penelitian ini dilakukan pada sasaran program Askeskin di masyarakat, pasien Askeskin yang berobat ke Puskesmas dan informan kunci.

#### **4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di wilayah Kabupaten Serang dimana lokasi penelitian tepatnya di 4 wilayah Puskesmas di Kabupaten Serang yaitu Singandaru (yang mewakili wilayah perkotaan), Pabuaran ( yang mewakili daerah dataran tinggi), Carenang (yang mewakili wilayah pedesaan) dan Anyer ( yang mewakili daerah pantai). Penelitian ini berlangsung mulai 18 Juni 2007 sampai dengan 30 Juni 2007.

### 4.3. Informan Penelitian

Informan penelitian adalah individu-individu yang terkait dengan program Askeskin di Kabupaten Serang. Jumlah informan didasarkan pada prinsip pengambilan informan pada penelitian kualitatif yaitu berdasarkan prinsip kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*).

Berdasarkan pertimbangan di atas maka untuk mendapatkan data kualitatif secara mendalam ini diambil informan yang terdiri dari :

- a. Sasaran program Askeskin adalah masyarakat miskin di Kabupaten Serang baik yang pernah memanfaatkan program Askeskin maupun yang belum pernah memanfaatkan program Askeskin dengan cara didatangi langsung ke rumahnya. Dalam hal ini yang menjadi informan adalah masyarakat miskin di 4 wilayah Puskesmas yaitu: Singandaru, Pabuaran, Carenang dan Anyer. Tiap wilayah Puskesmas terdiri dari 3-4 orang dimana dipilih berdasarkan pertimbangan peneliti di lapangan.
- b. Informan yang memanfaatkan program Askeskin di Puskesmas yaitu pasien Askeskin yang berobat ke Puskesmas. Dalam hal ini dipilih dari Puskesmas yang paling banyak kunjungan pasien Askeskin yang berobat yaitu Puskesmas Singandaru dan dari Puskesmas yang paling sedikit kunjungan pasien Askeskin yang berobat yaitu Puskesmas Pabuaran.
- c. Kepala Puskesmas di 4 wilayah Puskesmas yaitu: Puskesmas Singandaru, Puskesmas Pabuaran, Puskesmas Carenang serta Puskesmas Anyer, selaku penanggung jawab program Askeskin di tingkat Puskesmas.
- d. Pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Serang selaku pengelola program Askeskin di tingkat kabupaten.

#### 4.4. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan sendiri oleh peneliti dengan dibantu oleh satu orang sebagai pencatat. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer, yang di kumpulkan melalui metode Wawancara Mendalam (*indepth interview*) dilakukan terhadap masyarakat miskin di wilayah Kabupaten Serang, pengelola program Askeskin di Dinas Kesehatan Kabupaten Serang dan penanggung jawab program Askeskin di tingkat Puskesmas yaitu kepala Puskesmas serta dengan metode Diskusi Kelompok Terarah (*Fokus Group Discussion*) kepada pasien yang berkunjung ke Puskesmas saat peneliti ke lapangan diambil secara acak 6-12 pasien yang memanfaatkan fasilitas program Askeskin.

Wawancara mendalam merupakan suatu cara pengumpulan data kualitatif dengan melakukan wawancara antara informan dan pewawancara yang ditandai dengan penggalian mendalam terhadap topik-topik tertentu. Pewawancara dilengkapi dengan pedoman wawancara. Pada penelitian ini pewawancara adalah peneliti sendiri dan dibantu dengan alat perekam (*tape recorder*) agar tidak ada informasi yang terlewatkan.

FGD adalah salah satu cara pengumpulan data kualitatif dimana sekelompok orang berdiskusi dengan pengarahan dari seorang moderator atau fasilitator mengenai suatu topik. Dalam pelaksanaan FGD dilapangan peneliti bertindak sebagai fasilitator dengan menggunakan pedoman diskusi, dan untuk menjaga agar informasi tidak terlewat dilakukan pencatatan oleh petugas serta dibantu dengan alat perekam (*tape recorder*). Peserta FGD adalah berjumlah antara 6-12 orang (Kresno, S, 1998).

#### 4.5. Informasi Yang Diperlukan, Metode dan Sumber Informan.

Informasi yang diperlukan dalam penelitian ini adalah variabel-variabel dalam kerangka konsep yang meliputi:

- a. Bauran produk terdiri dari: keragaman produk, kualitas pelayanan, kualitas obat.
- b. Bauran harga terdiri dari: biaya tidak langsung
- c. Bauran tempat terdiri dari: keterjangkauan dengan lokasi pelayanan kesehatan program Askeskin dan birokrasi untuk mendapat pelayanan program Askeskin.
- d. Bauran promosi terdiri dari: media massa yang digunakan dan penyuluhan langsung.

**Tabel 4.1**  
**Informasi Yang Diperlukan, Metode dan Sumber Informan**

Informasi Yang Diperlukan	Metode dan Sumber Informan			
	FGD	WM	Observasi	Telaah Dokumen
Bauran Produk				
1. Keragaman produk	Pasien	Maskin, fihak dinkes Ka. PKM	-	Laporan dinkes, Buku manlak Askeskin
2. Kualitas pelayanan	Pasien	Maskin, fihak dinkes Ka. PKM	Pelayanan Puskesmas	-
3. Kualitas obat	Pasien	Maskin, fihak dinkes Ka. PKM	Terhadap jenis obat	Buku manlak Askeskin
Bauran Harga				
4. Biaya tidak langsung	Pasien	Maskin, fihak dinkes Ka. PKM	-	-

Bauran Tempat				
5. Keterjangkauan	Pasien	Maskin, fihak dinkes Ka PKM	Lokasi	-
6. Birokrasi	Pasien	Maskin, fihak dinkes Ka. PKM	-	-
Bauran Promosi				
7. media massa	Pasien	Maskin, fihak dinkes Ka. PKM	Lokasi	-
8. penyuluhan langsung	Pasien	Maskin fihak dinkes Ka. PKM	-	Laporan

#### 4.6. Alat Bantu Pengumpulan Data

Penelitian dilapangan dilengkapi dengan beberapa alat bantu seperti:

- a. Panduan Wawancara Mendalam dan panduan FGD, yang disusun berdasarkan tujuan penelitian, teori, dan fakta yang mendukung.
- b. Alat perekam (*tape recorder*), yang berguna untuk memudahkan peneliti mengulangi kembali hasil wawancara untuk menulis transkrip lengkap hasil wawancara.
- c. Alat tulis berupa kertas/ buku untuk mencatat pokok-pokok hasil wawancara dan FGD serta untuk mencatat absensi peserta.

#### 4.7. Validasi Data

Dalam penelitian ini oleh karena responden (dalam penelitian kualitatif disebut informan) ditentukan secara *purposif* dan jumlahnya sedikit maka agar validitas dan realibilitas data tetap terjaga penulis melakukan upaya untuk menjaga

validitas dan realibilitas data yang dalam penelitian kualitatif disebut dengan triangulasi. Triangulasi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah triangulasi sumber dan triangulasi metode.

a. Triangulasi Sumber.

Dalam penelitian ini penulis melakukan *cross-check* dari beberapa sumber yaitu: Pengelola program Askeskin di Dinas Kesehatan Serang, Penanggung jawab Program Askeskin di Puskesmas, Masyarakat Miskin sebagai sasaran Program askeskin yang didatangi ke rumahnya dan pasien Askeskin yang berkunjung berobat di Puskesmas .

b. Triangulasi Metode.

Dilakukan beberapa metode dalam pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan metode Diskusi Kelompok Terarah, Wawancara Mendalam serta dilakukan Telaah Dokumen.

c. Triangulasi Data.

Dilakukan dengan mengkonfirmasi data informan dari hasil wawancara dengan data dari laporan yang dibuat.

#### 4.8. Pengolahan Data dan Analisa Data

Pengolahan data dilakukan dengan tahapan-tahapan berikut :

- a. Melakukan pemeriksaan keabsahan data.
- b. Menelaah semua data yang tersedia dari berbagai sumber informan.
- c. Membuat transkrip hasil rekaman dari wawancara mendalam dan FGD.
- d. Melakukan reduksi data dengan cara membuat rangkuman inti dan menjaga agar pernyataan yang perlu tetap ada.

- e. Kategorikan data yang mempunyai karakteristik yang sama.
- f. Menyajikan ringkasan data dalam bentuk matrik untuk mempermudah analisis peneliti menggunakan pengkodean seperti pada tabel 4.2 berikut:

**Tabel 4.2**  
**Pengkodean informan penelitian**

No	Informan	Kode
1.	Memanfaatkan Program Askeskin:	
	a. Pasien FGD di Puskesmas Pabuaran	FGD P1-7
	b. Pasien FGD di Puskesmas Singandaru	FGD S1-6
	c. Masyarakat miskin di wilayah Puskesmas Singandaru	SRI-3
	d. Masyarakat miskin di wilayah Puskesmas Pabuaran	PR1-3
	e. Masyarakat miskin di wilayah Puskesmas Anyer	AR1-2
2.	Tidak memanfaatkan Program Askeskin:	
	Mempunyai kartu Askeskin/ SKTM:	
	a. Masyarakat miskin di wilayah Puskesmas Singandaru	SR4-6
	b. Masyarakat miskin di wilayah Puskesmas Carenang	CR1-3
	c. Masyarakat miskin di wilayah Puskesmas Anyer	AR3-4
	Tidak mempunyai kartu Askeskin/ SKTM/KS:	
	a. Masyarakat miskin di wilayah Puskesmas Carenang	CR4-5
	b. Masyarakat miskin di wilayah Puskesmas Singandaru	SR7

3.	Informan kunci pengelola program Askeskin di dinkes Serang	Pihak Dinkes
4.	Informan kunci kepala Puskesmas di 4 wilayah Puskesmas: a. Kepala Puskesmas Singandaru b. Kepala Puskesmas Pabuaran c. Kepala Puskesmas Anyer d. Dokter gigi Puskesmas Carenang	Ka.PKM S Ka. PKM P Ka. PKM A Dr.PKM C

Setelah dilakukan pengolahan data lalu dilakukan analisis data. Analisis data yang digunakan adalah analisis isi atau *content analysis* yaitu suatu teknik mengumpulkan dan menghimpun data yang kemudian dilakukan analisa terhadap hasil data yang diperoleh tersebut dan data tersebut dianalisis secara deskriptif analitik (Neuman, 2000).

## BAB V

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1. Gambaran Umum Kabupaten Serang

##### 5.1.1 Situasi Umum Kabupaten Serang

Kabupaten Serang merupakan salah satu dari enam kabupaten/kota di Propinsi Banten, terletak di ujung barat utara dan merupakan pintu gerbang utama yang menghubungkan Pulau Sumatera dengan Pulau Jawa dengan jarak 70 km dari Kota Jakarta.

Secara geografis wilayah Kabupaten Serang terletak pada koordinat  $5^{\circ} 50' - 6^{\circ} 2'$  Lintang Selatan dan  $105^{\circ} 7' - 106^{\circ} 22'$  Bujur Timur, jarak terpanjang menurut garis lurus dari utara ke selatan adalah sekitar 60 km dan jarak terpanjang dari barat ke timur adalah sekitar 90 km, sedangkan kedudukan secara administratif berbatasan dengan:

- a. Sebelah Utara dibatasi oleh Laut Jawa.
- b. Sebelah Timur dibatasi oleh Kabupaten Tangerang.
- c. Sebelah Barat dibatasi oleh Kota Cilegon dan Selat Sunda.
- d. Sebelah Selatan dibatasi oleh Kabupaten Lebak dan Pandeglang.

Luas wilayah Kabupaten Serang secara administrasi tercatat 1.734,09 km dan terdiri dari 34 wilayah kecamatan, 353 desa dan 20 kelurahan. Dari jumlah wilayah sebanyak 34 kecamatan tersebut, terdapat pula pulau-pulau diantaranya P. Sangiang, P. Panjang, P. Tunda dan P. Tarahan.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Buku Serang dalam angka yang diterbitkan oleh BPS dan Bappeda Kabupaten Serang diketahui jumlah penduduk

Kabupaten Serang adalah 1.834.514 jiwa. Komposisi penduduk berdasarkan jenis kelamin adalah 923.726 laki-laki dan 910.788 perempuan.

Berdasarkan komposisi umur, penduduk Kabupaten Serang tergolong struktur penduduk umur muda yaitu terdapat 697.530 orang (38%) kelompok umur kurang dari 14 tahun, 1.104.146 orang (60%) kelompok umur 15 – 64 tahun dan 36.734 (2%) penduduk berusia lebih dari 65 tahun.

Struktur penduduk menurut agama menunjukkan bahwa penduduk Kabupaten Serang didominasi oleh penduduk yang memeluk agama Islam yaitu sebanyak 1.823.690 jiwa (99,41%), penduduk beragama Kristen Protestan 4.093 jiwa (2,30%), penduduk beragama Kristen Katolik 2.141 jiwa (0,144%), penduduk beragama Budha 4.044 jiwa (0,02%) dan penduduk yang beragama Hindu berjumlah 366 jiwa (0,02%).

Menurut Serang Dalam Angka (tahun 2004), persentase penduduk Kabupaten Serang berumur 10 ke atas yang tidak tamat SD sebanyak 35,10%, yang menamatkan SD sebanyak 35,68%, tamat SLTP sebanyak 17,82%, tamat SLTA sebanyak 9,94%, menamatkan Diploma hingga S1 sebanyak 1,43%, dan menamatkan S2 sebanyak 0,03%.

Kabupaten Kabupaten Serang mempunyai 38 Puskesmas yang terletak di daerah pantai dan dataran tinggi. Mata pencarian penduduk daerah pantai kebanyakan nelayan sementara penduduk daerah pegunungan bermata pencarian sebagai petani.

## 5.1.2 Derajat Kesehatan Masyarakat

### 5.1.2.1 Mortalitas

Selama tahun 2005 telah terjadi 176 kejadian lahir mati dan 48 kejadian bayi mati, dari 48.895 jumlah total kelahiran. Sementara untuk kematian balita, terjadi 28 kematian balita dari jumlah keseluruhan balita sebesar 245.227. Jumlah kematian ini dipengaruhi oleh kesadaran ibu hamil dalam memeriksa diri selama kehamilan yang harus dilakukan minimal 1 kali dalam masa kehamilannya, asupan gizi yang memadai untuk kesehatan ibu dan janin, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang terlatih, serta sarana dan prasarana yang tersedia.

Pada tahun 2006 jumlah kematian ibu di Kabupaten Serang adalah 59 kejadian dengan klasifikasi sebab kematian 30 orang karena perdarahan, 9 orang karena infeksi, 12 orang karena eklampsia, dan 8 orang untuk penyebab kematian lainnya.

KLB pada tahun 2005 terdiri atas 3 jenis penyakit yaitu diare, campak dan tetanusneonatorum. Dari ketiga penyakit tersebut yang terbesar menyebabkan kematian adalah KLB diare, dari jumlah 425 penderita diare terjadi 13 kematian. *Attack Rate* tertinggi adalah KLB Campak, sebesar 9,32 % dan *Crude Fatality Rate* (CFR) tertinggi adalah KLB TN, sebesar 80 %. Sekalipun pada tahun ini DBD tidak termasuk ke dalam penyakit KLB, tetapi terdapat 9 kematian yang terjadi dengan penyebab DBD.

### 5.1.2.2 Morbiditas

Kasus TB Paru terjadi sebesar 1.080 kasus, dengan jumlah kesembuhan 848. Dari data tersebut diperoleh rata-rata kesembuhan sebesar 79 %. Jumlah kasus TB

Paru ini meningkat bila dibandingkan tahun sebelumnya. Di mana pada tahun 2004 terjadi 1.072 kasus dengan angka kesembuhan sebesar 70,04 %.

Jumlah kasus HIV/AIDS pada tahun 2005 adalah 6 kasus. IMS terjadi sebesar 101 kasus. Kasus pneumoni selama tahun 2005 terjadi sebesar 5.838 kasus dengan 5.147 penderitanya adalah menyerang balita. Dari 48.078 kasus diare terdapat 25.860 kasus terjadi pada balita. Sedangkan untuk kasus malaria hanya 3 kasus.

#### **5.1.2.3 Umur Harapan Hidup**

Umur Harapan Hidup (UHH) adalah salah satu indikator yang mencerminkan berapa lama seorang bayi lahir diharapkan hidup. UHH Kabupaten Serang pada tahun 2005 menurun menjadi 61,1 yang sebelumnya 62,25 pada tahun 2004.

#### **5.1.2.4 Status Gizi**

Pada tahun 2005 didapat jumlah balita ditimbang pada bulan penimbangan adalah 123.754 balita. Dari jumlah tersebut diketahui bahwa balita dengan status gizi buruk (BGM) sebesar 3.023 balita. Sehingga diperoleh pertentase balita BGM adalah sebesar 2,44 %.

### **5.2. Karakteristik Informan**

Informan pada penelitian ini adalah 37 orang yang terdiri dari 7 orang pasien Askeskin yang berobat ke Puskesmas Singandaru dan 6 orang pasien Askeskin yang berobat ke Puskesmas Pabuaran, 3 orang masyarakat miskin diwilayah Puskesmas Pabuaran, 7 orang masyarakat miskin diwilayah Puskesmas Singandaru, 4 orang masyarakat miskin diwilayah Puskesmas Anyer, 5 orang masyarakat miskin di wilayah Puskesmas Carenang, kepala Puskesmas: Singandaru, Carenang, Anyer,

Pabuaran sebanyak 4 orang, dan 1 orang pengelola program Askeskin di dinkes Serang.

**Tabel 5.1**  
**Karakteristik Informan Yang Memanfaatkan Program Askeskin**  
**Dan Tidak Memanfaatkan Program Askeskin**

No	Variabel	Informan Yang Memanfaatkan Program Askeskin	Informan Yang Tidak Memanfaatkan Program Askeskin
1	Kelompok umur: - ≤ 40 tahun - > 40 tahun	Pasien FGD: 5    Maskin WM:4 Pasien FGD: 8    Maskin WM:4	Kartu: 6    Tidak:1 Kartu: 2    Tidak:2
2	Jenis kelamin: - Pria - Perempuan	Pasien FGD:4    Maskin WM:2 Pasien FGD: 9    Maskin WM:6	Kartu: 1    Tidak:0 Kartu: 7    Tidak:3
3	Pendidikan: - Rendah (SD-SMP) - Tinggi(SMA keatas)	Pasien FGD: 8    Maskin WM:5 Pasien FGD: 5    Maskin WM:3	Kartu: 6    Tidak:3 Kartu: 2    Tidak:0
4	Pekerjaan: - Tidak bekerja - Bekerja	Pasien FGD:4    Maskin WM:3 Pasien FGD:9    Maskin WM:5	Kartu: 3    Tidak:2 Kartu: 5    Tidak:1
5	Status Perkawinan: - Tidak kawin - Kawin	Pasien FGD:2    Maskin WM:- Pasien FGD:11    Maskin WM:8	Kartu:0    Tidak:1 Kartu:8    Tidak:2

### 5.3. Bauran Produk Askeskin

#### 5.3.1. Aspek Keragaman Produk Askeskin

Untuk mengetahui persepsi informan tentang keragaman produk program Askeskin, diajukan pertanyaan tentang jenis pelayanan yang dapat diterima oleh peserta program Askeskin.

Hasil FGD di Puskesmas pada informan pasien peserta program Askeskin sebagian besar informan tahu tentang jenis pelayanan yang dapat diterima peserta program Askeskin yaitu untuk berobat ke Puskesmas, rumah sakit, untuk persalinan di bidan desa serta untuk imunisasi. Seperti yang diungkapkan beberapa informan :

*"...kerumah sakit pernah waktu sakit mag dulu "* (informan FGD P1)

*"...untuk berobat ke Puskesmas, Rumah sakit, untuk persalinan bu bidan juga bisa"* (informan FGD S4)

*"...untuk imunisasi, KB, persalinan, kalau sakit gak bayar..."* (informan FGD P4)

Sementara dari hasil wawancara mendalam di rumah masyarakat miskin yang pernah berobat memanfaatkan program Askeskin sebagian besar informan (6 dari 8 informan) mengungkapkan bahwa Askeskin hanya dapat di gunakan untuk berobat ke Puskesmas. Seperti yang disampaikan oleh beberapa informan:

*"...kalau saya mah yah untuk anak-anak sakit terutama karena saya punya anak yah untuk sakit lah gitu yang saya pergunakan selama ini di Puskesmas"*(informan SR1)

*"...untuk berobat ke Puskesmas kalau sakit doang, gak tahu tuh kalau di rumah sakit, gak dijelaskan"* (informan PR2)

Sebagian kecil informan (2 dari 8 informan) mengatakan bahwa selain untuk berobat ke Puskesmas program Askeskin juga dapat digunakan untuk berobat ke rumah sakit, untuk melahirkan ke bidan. Seperti yang disampaikan oleh informan sebagai berikut:

*"... untuk berobat ke Puskesmas, rumah sakit"* (informan PR3)

*"... untuk berobat, melahirkan ke bidan juga bisa"* (informan AR2)

Untuk masyarakat miskin yang mempunyai kartu Askeskin/SKTM tetapi belum pernah digunakan ketika diajukan pertanyaan yang sama, semua informan

mengetahui kegunaan kartu Askeskin/SKTM untuk berobat kalau ada anggota keluarga yang sakit. Seperti yang disampaikan oleh informan berikut:

*"...kata bu bidan mah kartu ini dapat digunakan untuk berobat kalau ada yang sakit, untuk yang lain saya mah gak tahu ya"* (informan AR1)

*"...ya katanya untuk berobat ke Rumah sakit Anyer gitu"* (informan AR3)

Kepada informan kunci (pihak pengelola Askeskin dinkes) diajukan pertanyaan tentang jenis pelayanan apa saja pada Program Askeskin di Kabupaten Serang. Hasilnya informan mengetahui tentang jenis pelayanan kesehatan yang terdapat dalam program Askeskin yaitu berupa pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas beserta jaringannya dan pelayanan kesehatan rujukan di Rumah Sakit baik kuratif, preventif, promotif. Seperti yang disampaikan oleh informan baik dari pihak pengelola program Askeskin di tingkat Dinkes maupun dari pihak pimpinan Puskesmas:

*"Macam-macam pelayanan yang terdapat dalam program Askeskin adalah pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit rawat inap kelas 3 dan rawat jalan baik layanan promotifnya, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif..."* (informan pengelola Program Askeskin Dinkes)

Sedang dari informan pihak kepala Puskesmas semua mengetahui tentang jenis pelayanan program Askeskin di Puskesmas adalah mulai dari pelayanan Pusling, Pustu, pelayanan rawat jalan dan rawat inap sampai dengan rujukan pasien ke rumah sakit umum, seperti yang disampaikan beberapa informan :

*"...pelayanan kesehatan program Askeskin yang tersedia di Puskesmas mulai dari pelayanan luar gedung dalam hal ini Pusling, pustu, pelayanan kesehatan di Puskesmas baik rawat jalan maupun rawat inap sampai dengan rujukan pasien ke RSUD Serang"* (informan Ka.PKM S)

*"...pelayanan Askeskin di Puskesmas Anyer yaitu pelayanan rawat jalan baik di Puskesmas maupun pelayanan diluar gedung yaitu dengan Pusling setiap minggu, Pustu dan juga pelayanan rawat inap"* (informan Ka.PKM A)

Berdasarkan dokumen buku Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) didapat keterangan bahwa jenis pelayanan yang terdapat dalam program Askeskin adalah meliputi:

a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama

Yaitu terdiri dari: rawat jalan tingkat pertama pada Puskesmas dan jaringannya, rawat inap tingkat pertama pada Puskesmas perawatan dan persalinan di Puskesmas dan jaringannya.

b. Pelayanan kesehatan tingkat lanjut di rumah sakit.

Yaitu terdiri dari: rawat jalan tingkat lanjut di poli klinik dan Unit Gawat Darurat (UGD) dan rawat inap tingkat lanjutan di kelas 3.

### 5.3.2. Aspek kualitas Pelayanan

Untuk mengetahui kualitas pelayanan yang diterima oleh peserta dalam program Askeskin diajukan pertanyaan tentang keramahan petugas dan lamanya waktu berobat.

Ketika ditanya tentang keramahan petugas, sebagian besar informan FGD di Puskesmas menyatakan pendapat positif tentang pelayanan yang diberikan oleh petugas yaitu baik dan gak ada masalah. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh:

*"...pelayanannya petugas baik dan ramah baiklah baik lah, iya gak ada masalah"* (informan FGD P1)

*«... pelayanannya ya bagus sih»* (informan FGD P2)

***"...kalau kita mau berobat gitu ya ada yang gak punya gimana berobat bawa anak atau apa saja dilayani sama susternya, bidan, kalau mau KB kalau gak ada memang dibilang gak ada"*** (informan FGD S3 )

Selebihnya informan FGD berpendapat bahwa sering diomelin oleh petugas di Puskesmas, seperti yang diungkapkan informan berikut:

***"Awalnya sih saya berobat itu orang sini maksudnya ya pegawainya kurang...apanya sih...karena saya pake kartu kayak gini...jadi terus diungkit lagi...diungkit lagi maksudnya kurang baguslah gitu ya.."***  
(informan FGD S1)

Sedangkan ketika bagaimana keramahan petugas Puskesmas ditanyakan kepada informan yang didatangi ke rumahnya sebagian besar (5 dari 8 informan) mengungkapkan keramahan petugas kurang baik dan sering diomelin oleh pegawai. Berikut kutipan dari beberapa informan:

***"...kadang di omelin sama petugas di Puskesmas, karena katanya kurang lengkaplah padahal kalau dikasih tahunya baik-baik kami kan mau aja melengkapi kalau sekedar foto copi."*** (informan SR1)

***"...sering diomelin sama pegawai Puskesmas, itulah makanya saya malas berobat pakai kartu ini. Kalau punya uang mah enak berobat ke dokter swasta enak dilayaninya"*** (informan AR3)

Selebihnya (3 dari 8 informan) yang didatangi kerumahnya mengatakan cukup puas dengan pelayanan petugas terutama oleh bidannya, seperti yang diungkapkan berikut ini:

***"...kalau disini petugas bidannya enak, kadang kalau saya lagi gak punya duit untuk berobat juga mah diantar ke Puskesmas, baiklah gitu"***  
(informan PR1)

Untuk lamanya waktu berobat ketika ditanya ke informan FGD di Puskesmas sebagian besar mengatakan tidak ada masalah dengan lamanya waktu yang digunakan untuk berobat. Seperti kutipan informan berikut:

*" pelayanannya baik, kalau pasien sedikit mah cepah"* (informan FGD S3)

*"Ya diterima...saya langsung aja dilayani...pelayanannya baik.Langsung datang ke ruang pendaftaran ....kemudian langsung ke ruang periksa...diperiksa...kalau pasiennya gak banyak ...nunggunya gak lama"*(informan FGD S2)

Namun pada waktu wawancara dengan informan yang didatangi ke rumahnya sebagian besar informan (5 dari 8 informan) mengungkapkan ketidakpuasannya terhadap lamanya waktu berobat terutama di loket pendaftaran, ruang periksa dan apotik Puskesmas. Sebagaimana yang diungkapkan oleh Informan:

*"Tapi di Singandaru itu kita daftar...daftar itu siapa yang pintar ngomong ngomong langsung didaftar...tapi kalau kita ngambil nomor...ngambil nomor satu kita langsung masukin otomatis nunggu nomor satu ..tapi kalau di data lambat kadang kadang untung lebih cepat kadang kadang lambat."* (informan SR2)

*"Kalau di apotik lama gitu... antrinya lama ditumpukkan dulu..jadikan lama..pinginnya kalau yang kenal ya bisa gitu...pinginnya kalau cepat kita minta tolong sama yang tau orang rumah sakit...kalau gak yang terpaksa nungguin aja".* (informan SRI)

*"...lama nunggu dokternya..."*(informan AR2)

Harapan Gakin terhadap keluhan lamanya waktu berobat terutama di loket pendaftaran yaitu dengan pengambilan nomor sehingga siapa yang datang duluan maka akan mendapat giliran duluan. Sebagaimana ungkapan informan:

*"Sebaiknya siapa yang datang dulu kita ambil nomor..biasanya itu bergeser ya pak ya...kita datang dulu pagi misalnya kita ambil nomor satu langsung..."*. (informan SR2)

Berdasarkan observasi peneliti di Puskesmas bahwa mulai dari pendaftaran, ruang pemeriksaan sampai dengan apotik petugas melayani pasien dengan ramah dan baik. Sedangkan lamanya pemeriksaan setiap pasiennya adalah bervariasi berdasarkan jenis penyakitnya. Begitu juga dengan lamanya pasien menunggu untuk diperiksa bervariasi berdasarkan jumlah kunjungan pasien, sementara untuk menunggu di ruang apotik untuk setiap pasiennya bervariasi tergantung dengan jenis resep setiap pasien.

### 5.3.3. Aspek Kualitas Obat

Ketika ditanya mengenai kualitas obat yang mereka dapatkan dari obat-obatan Askeskin sebagian besar informan FGD menjawab kualitas obatnya sudah bagus, lumayan dan cocok serta gak ada masalah. Kutipan beberapa informan sebagai berikut:

*«... bagus obatnya, waktu itu sembuh. »* (informan FGD S1)

*“kalau obatnya cocok lah...”* (informan FGD S3 )

*“Obatnya sih lumayan ya...gak ada masalah.”* (informan FGD S6 )

Selebihnya informan FGD menyatakan obatnya masih kurang manjur karena sembuhnya lama, seperti diungkapkan peserta FGD:

*”...obatnya lumayan tapi kurang manjur langsung bisa sembuh, waktu anak saya sakit seminggu baru sembuh, tapi waktu dulu pakai obat dokter praktek langsung 3 hari sudah sembuh.”* (informan FGD P4)

Untuk informan pasien Askeskin yang didatangi ke rumahnya, setengah informan mengatakan kualitas obatnya baik dan cocok untuk penyakitnya. Kutipan pernyataan beberapa informan:

**"Cocoklah untuk berobat anak-anak." (informan PR 1 )**

**" terima kasih obatnya kemarin waktu ibu sakit bisa disembuhin malah belum sampai habis obatnya (informan PR 2)**

**" obatnya lumayan bagus bisa nyembuhin waktu anak saya sakit batuk pilek" (informan SR 1)**

Namun setengah informan lain mengatakan bahwa kualitas obatnya kurang baik, gak ada reaksinya apa-apa setelah minum obat dan obat yang diberikan di Puskesmas cuma itu-itu saja. Kutipan informan sebagai berikut:

**"...kalau masalah Askeskin itu sih berobatnya kurang apa tuh kayaknya obatnya kurang cocok kalau buat saya, penyakit saya kan mag sudah lama tahunan bahkan sekarang belum sembuh kadang-kadang berobat kayaknya selama ini belum ada 1 tahun baru digunakan 1 kali soalnya kan gak cocok obatnya, jadi mau terus-terusan obatnya Cuma gitu-gitu aja sih dari Puskesmas Anyer" (informan AR2)**

**".... ya obatnya masalahnya tuh gak ada reaksi apa-apa sekarang belum tahu yang tahun inu baru digunakan 1 kali gratis ke Anyer ya itulah obatnya, jadi saya tuh malasnya itu, bukannya gak mau obatnya memang gratis tapi obatnya kalau dimakan kadang gak cocok nambah penyakit gitu" (informan AR1)**

Saat ditanya kepada informan yang menyatakan tidak puas dengan obat yang didapat dari pelayanan Askeskin, tentang obat yang bagaimana yang sebaiknya diberikan di Puskesmas untuk Askeskin, sebagian besar informan mengatakan obat yang seperti obat dokter dan di bungkus bagus dan bermerk. Kutipan informannya adalah:

**"...pingin saya ya obat dokter, bungkusan gitu kayak obat dari dokter praktek , kalau Puskesmas malasnya obatnya gak manjur gak cocok" (informan AR1)**

**"...kadang-kadang kalau berobat ke dokter yang bayar sendiri obatnya lain dari yang gratis gitu, kan kalau obat yang gratis kan yang telanjang tuh tapi kalau dari dokter sudah dibungkusi, jadi ya namanya obat Puskesmas gitu" (informan AR2)**

Berdasarkan dokumen buku Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) didapat keterangan bahwa obat yang digunakan untuk melayani pasien Askeskin adalah obat generik yang jenis, kemasan dan harganya sudah ditentukan.

#### 5.4. Bauran Harga

Harga produk Askeskin adalah gratis mulai dari biaya pemeriksaan, pengobatan sampai dengan perawatan, tetapi yang dimaksud dengan harga bukan hanya menyangkut biaya yang dikeluarkan untuk pemeriksaan, pengobatan sampai perawatan tetapi juga biaya yang dikeluarkan informan untuk mendapat akses pelayanan program Askeskin yang meliputi: biaya transport untuk pergi ke tempat pelayanan kesehatan dan *oportunity cost*/ biaya yang hilang akibat tidak bekerja karena mengantar pasien berobat.

Hasil FGD dengan informan pasien Askeskin di Puskesmas sebagian besar informan tidak keberatan dengan biaya yang dikeluarkan untuk datang ke Puskesmas, hal ini dikarenakan jarak rumahnya tidak terlalu jauh dengan Puskesmas. Seperti kutipan beberapa informan berikut ini:

*"...aduh dekat, pangkalan ojek masuk kedalam, kesini pakai ojek karena punya anak kecil, gak masalah "* (informan FGD S3)

*"....gak ada masalah kadang saya malah jalan kaki saja..."* (informan FGD S6)

*"...gak masalahlah dengan biaya transportasi naik becak"* (informan FGD S2)

Selebihnya informan FGD mengeluhkan dengan biaya transportasi, karena tidak selalu orang miskin punya uang dan jaraknya lumayan jauh naik becak. Kutipan beberapa informan berikut:

*"...kalau kita ma lagi gak punya gimana gitu ya bera"* (informan FGD P4)

*"...jauh, Tanjung kulon, kalau pulang pergi habis Rp 10000 naik becak biayanya kadang-kadang pinjam dulu sama tetangga kalau gak punya"* (informan FGD S5)

*"Ada kendala transportasi Ya namanya juga kita gak mampu ya kadang ada ya kadang nggak gitu...."* (informan FGD S1 )

Hasil wawancara mendalam untuk informan yang didatangi ke rumahnya, sebagian besar (5 dari 8 informan) menyatakan berat dengan ongkos transportasi terutama untuk yang rumahnya jauh dari tempat pelayanan Askeskin, kutipan beberapa informan:

*"... ya kalau lagi ada gak pa-pa, tapi kalau pas anak sakit pas lagi gak ada uang tuh baru,kadang-kadang gak punya uang sama sekali orang saya kan cuma nelayan"* (informan AR1)

*"...jauh dari sini ongkosnya mahal, soalnya masalahnya gak punya uang kadang-kadang pinjam sama ibu bidan untung orangnya baik malah kadang dia antarin ibu sampai ke Puskesmas Pabuaran"* (informan PR3)

Sebagian kecil informan (3 dari 8 informan) yang didatangi dirumahnya menyatakan tidak keberatan dengan ongkos transportasi. Berikut kutipannya :

*« dekat ke Puskesmas pembantu, yah kalau ke Puskesmas pakai ongkos tapi gak jadi masalah cuma 2000. »* (informan PR1 )

*« ya ongkos sendiri, gak berat Cuma 2000, dah dikasih obat juga dah terima kasih »* (informan PR2)

Untuk informan yang tidak memanfaatkan program Askeskin menyatakan masalah biaya transportasi yang memberatkan menjadi salah satu alasan mengapa

mereka tidak mau memanfaatkan program Askeskin. Kutipan informan masyarakat miskin yang tidak memanfaatkan program Askeskin:

*"...ke Puskesmas Carenang kalau sungainya banjir dan gak bisa dilewati jadi jauh ngojekkkan sepuluh ribu...kalau harus bayar kan harus punya uang lima belas ribu atau dua puluh ribu, berat banget bagi orang miskin kayak kami, makanya kami jadi malas pergi ke Puskesmas"* (informan CR3)

Kepada masyarakat miskin yang keberatan dengan ongkos transportasi, ketika ditanya bagaimana sebaiknya untuk mengatasi masalah transportasi sebagian informan mengungkapkan supaya biaya transportasi diganti . Seperti kutipan informan dibawah ini:

*"... yah kalau bisa diganti ongkosnya"* (informan FGD P4)

*" ...biar gak bebani ongkos pinginnya di kasih ongkos."* (informan SR3)

*"kalau bisa diganti ongkosnya"* (informan AR1)

Masalah kendala transportasi untuk mengatasinya menurut informan MM selaku pihak pengelola program Askeskin Dinkes Kabupaten Serang setuju kalau pasien dapat uang untuk transportasi. Seperti kutipan berikut ini:

*"Sebenarnya kita ingin sih agar si pasien itu dapat transport..jadi gini kita tidak hanya Pusling sih untuk kegiatan di luar gedung..itu ada juga kunjungan rumah..Puskesmas melakukan kunjungan rumah...kita bayar transportnya"* (informan pengelola Program Askeskin Dinkes)

## 5.5. Bauran Tempat

Untuk mengetahui persepsi informan mengenai bauran tempat, diajukan pertanyaan tentang keterjangkauan untuk mendapatkan tempat pelayanan Askeskin

dan kemudahan birokrasi sehingga membuat pelayanan program Askeskin mudah diperoleh.

#### **5.5.1. Keterjangkauan dengan tempat untuk mendapatkan pelayanan**

Dari informan yang memanfaatkan program Askeskin baik informan FGD maupun informan wawancara mendalam (4 dari 8 informan WM) yang rumahnya dekat dengan tempat pelayanan Askeskin maka masalah tempat tidak jadi masalah . Seperti kutipan informan sebagai berikut:

*"...gak jauh kadang saya jalan kaki" (informan FGD S2)*

*« ...dekat ke Puskesmas pembantu, yah kalau ke Puskesmas pakai ongkos tapi gak jadi masalah « (informan PR1 )*

Sedangkan selebihnya (4 dari 8 informan WM) yang rumahnya jauh dari tempat pelayanan kesehatan Puskesmas maka masalah tempat menjadi kendala tersendiri.

Seperti kutipan informan berikut ini ;

*" ...agak jauh sih jaraknya, jadi lebih mudah berobat ke orang pintar/dukun" (informan AR1)*

*"...tempatnya jauh dari Puskesmas, harus naik kendaraan dulu yang kadang agak susah" (informan FGD P3)*

Sementara bagi informan yang tidak memanfaatkan pelayanan program Askeskin mengatakan bahwa masalah keterjangkauan adalah salah satu hal yang menyebabkan ketidakmauan mereka memanfaatkan pelayanan Program Askeskin. Hal ini disampaikan oleh informan dari wilayah Puskesmas Carenang yang jarak rumahnya ke Puskesmas sebenarnya dekat karena melalui jalur menyeberangi sungai, tetapi ketika sungainya banjir mereka tidak bisa menyeberanginya dan harus melalui jalur darat yang sangat jauh, sehingga diperlukan waktu yang lama untuk

bisa sampai ke Puskesmas. Hal itu menyebabkan mereka malas untuk pergi ke Puskesmas karena ketika mereka sampai di Puskesmas seringkali sudah tutup. Sementara Pustu yang tersedia dilokasi tempat mereka jarang dibuka. Sebagaimana kutipan informan berikut :

*”...ke Puskesmas Carenang kalau sungainya banjir dan gak bisa dilewati jadi jauh bisa-bisa kalau berangkat dari sini sudah siang sampai sana sudah tutup naik ojekpun susah..... makanya gak mau berobat ke Puskesmas, mau berobat ke Pustu banyak tutupnya daripada bukanya”* (informan CR3)

Berdasarkan observasi peneliti di rumah informan, masalah keterjangkauan menjadi kendala tersendiri bagi informan yang rumahnya jauh dari Puskesmas hal ini karena mereka harus naik kendaraan ojek atau angkutan kota yang membutuhkan biaya yang cukup besar.

Sementara ketika permasalahan keterjangkauan pelayanan program Askeskin ditanyakan ke informan MM selaku pihak pengelola program Askeskin Dinkes Serang menyatakan bahwa Puskesmas telah melakukan kunjungan rumah dengan kendaraan Pusling atau kegiatan diluar gedung yang anggarannya 25%. Seperti kutipan sebagai berikut:

*“...petugas yang melakukan kunjungan rumah silahkan aja..makanya bukan hanya Pusling yang kita kejar...kunjunga rumah juga yang kita kejar..Posyandu juga kita kejar...apapun kegiatan di luar gedung kita biyai dari transport...ada transportnya...jadi 25 % untuk luar gedung seharusnya itu sudah jalan.”* (informan pengelola Program Askeskin Dinkes)

Hal yang sama juga yang diungkapkan informan pihak pimpinan Puskesmas, bahwa kegiatan Pusling rutin dijalankan setiap minggu tetapi dengan lokasi yang berbeda dengan memanfaatkan kendaraan yang ada.

*"...kita pake motor untuk menjangkaunya...ke Tanjung Sari misalnya ..ya..sebulan sekali...ini saya masih baru nih"* (informan Ka.PKM P)

*"...biasanya kita rutin mengadakan kegiatan Pusling atau kegiatan diluar gedung setiap minggu dengan lokasi yang berbeda-beda"*(informan Ka.PKM A)

Kepada informan masyarakat miskin peserta program Askeskin, sebaiknya bagaimana tempat untuk pelayanan Askeskin, sebagian informan mengatakan sebaiknya petugas yang datang ke desa atau RT mereka. Seperti kutipan informan berikut ini

*"...yah kalau ada mah tiap sebulan gitu gimana apa di rumah bu RT atau siapa modelnya gitu. harapan saya kalau bisa kemarilah petugasnya"* (Informan AR1)

*"...kalau mau saya sih karena kami orang miskin gak punya uang untuk berobat ke Puskesmas gimana ya kalau petugasnya rutin kesini apa tiap minggu gitu"* (Informan CR2)

#### **5.5.2. Birokrasi untuk mendapatkan pelayanan Program Askeskin**

Dari informan yang memanfaatkan program Askeskin dan sudah mempunyai kartu Askeskin ( informan FGD 8 dari 12 dan informan WM 4 dari 8) menyatakan tidak ada masalah dengan jalur birokrasi yang harus dilalui karena di Puskesmas cukup hanya dengan menyerahkan fotocopi dan menunjukkan kartu Askeskin asli sudah dapat dilayani. Seperti kutipan dari beberapa informan:

*"...gak ada masalah orang cuma nunjukin kartu asli dan fotocopi"* (informan FGD P1)

*"...gampang kok cuma nunjukin kartu Askeskin Asli dan fotocopi udah bisa dilayani sebagai pasien Askeskin"* (informan SR3)

Sedangkan bagi informan peserta program Askeskin tetapi belum mempunyai kartu Askeskin (informan FGD 4 dari 12 dan informan WM 4 dari 8), merasa agak sedikit repot dengan birokrasi yang dilalui karena kartu SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu) lama/ kartu sehat lama harus di setujui dulu oleh Kades atau Lurah terlebih dulu kemudian baru bisa digunakan sebagai pasien peserta program Askeskin sehingga hal tersebut akan menyita banyak waktu. Kutipan beberapa informan sebagai berikut:

*"...karena belum punya kartu tadi sebelum ke Puskesmas saya ke kantor lurah dulu untuk minta cap dari pak lurah, karena kartu punya ibu kan sudah kartu yang lama jadi kata petugas sini harus dicap dulu dikantor lurah"* (informan PR1)

*"...agak repot birokrasinya karena bagi yang belum punya kartu Askes harus dicap dulu dikelurahan"* (informan SR3)

Ketika permasalahan distribusi kartu Askeskin ditanyakan kepada informan pihak dinkes Kabupaten Serang ternyata terhambatnya distribusi kartu Askeskin karena masih ada permasalahan-permasalahan diantaranya tidak sama antara data dari pihak Askes dengan data masyarakat dilapangan, ada nama dan alamat yang salah. seperti kutipanberikut ini:

*"Saya juga nanya ya kenapa ke Askes kenapa datanya gak klop, tapi dia bilang ya segitu bu nina,he..he.....banyak salah, jadi ada bentuk kerjasama, UPTD JPK dianggap pihak ketiga untuk melakukan distribusi kartu dari PT Askes, nah itu kita udah mulai kapan ini Pebruari 2007 udah mulai, karena itu saya juga bikin berita acara dengan masing-masing Puskesmas peruntukkannya ee..eeapa namanya untuk menjalankan kontrak ini selama satu bulan, tapi sampai saat ini Puskesmas belum balik-balik ya.."* (informan pengelola program Askeskin Dinkes)

Permasalahan lainnya yang menjadi penyebab distribusi kartu Askeskin belum sampai ke masyarakat adalah karena belum dikirimnya uang untuk distribusi

kartu dari Pihak Askes kepada UPTD JPK Dinas Kesehatan yaitu sebesar Rp.200,00 perkartu. Seperti yang di sampaikan oleh informan dari pihak pengelola program Askeskin Dinkes Serang:

*"...Askesnya juga belum ngirimin uang untuk distribusi, padahal disini mereka sudah kesepakatan satu kartu Rp.200 potong pajak, tapi sampai saat ini nggak ada anggaran itu, belum ada turun, nah Puskesmas juga belum bisa mengembalikan dalam bentuk pen SPJan, kita minta ada SPJ tanda terima, karena si PT Askes juga minta itu dari kita, kita ke Puseksmas minta tanda terima dari si Maskin, Puskesmas ternyata kesulitan, ada nama yang salah, alamat yang salah, saya balik nanya ke Askes boleh bu nina dikembalikan, tapi kapan jaminan untuk kartu itu balik, nggak ada jaminan..."* (informan pengelola program Askeskin Dinkes)

Masih diberlakukannya kartu SKTM dikarenakan permasalahan pendistribusian kartu yang belum selesai, hal ini dinyatakan informan kunci baik dari pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Serang maupun dari pihak kepala Puskesmas. Seperti kutipan informan berikut:

*"...SKTM masih ada nggak pa-pa nggak usah pakai kartu dulu, saya, kalau enggak ada jaminan kalau nggak kembali gimana coba...mendingan pakai dulu deh dengan keterangan dari lurah/kades memang ini yang bersangkutan yang punya kartu. Sehingga bisa dipakai..."* (informan pengelola program Askeskin Dinkes)

*" selama ini petunjuknya memang menyatakan bahwa tahun 2007 ini masih berlaku SKTM karena kartu Askeskin belum terdistribusi semua, ya di Puskesmas Anyer juga masih bisa pakai SKTM"* (informan Ka.PKM A)

## 5.6. Bauran Promosi

Untuk mengetahui persepsi informan peserta program Askeskin dan informan masyarakat miskin tentang bauran promosi, diajukan pertanyaan darimana informan tahu tentang Askeskin dan media apa yang pernah informan lihat yang mempromosikan tentang Askeskin, serta pertanyaan apakah informan pernah

mengikuti penyuluhan langsung tentang Askeskin. Sementara kepada informan kunci fihak dinkes Kabupaten Serang dan informan kepala Puskesmas diajukan pertanyaan tentang media apa yang digunakan untuk mempromosikan Askeskin di Kabupaten Serang.

#### 5.6.1. Media Promosi

Sebagian besar informan yang memanfaatkan program Askeskin ( 6 dari 8 informan WM dan semua informan FGD) menyatakan bahwa kegiatan promosi Askeskin yang dilakukan melalui Posyandu, dari ketua RT, orang kelurahan dan dari petugas puskesmas sendiri, berikut ini kutipan informan:

*"...saya dari Puskesmas dapatnya orang dulunya kan sebelum punya anak saya sering ikut Posyandu"* (informan A1)

*« ...gak ada sih cuma dikasih tahu sama ibu bidan »* (informan PR2)

*"...dari Puskesmas terus kan ada pak RT yang ngasih tahu,"* (informan PR3)

*"...itu dulu bidan bu lilis itu kerumah pak RT, pak RT ngasih tahu yang gak mampu ini langsung lapor ke Pak lurah"* (informan SR3)

Sebagian kecil informan (2 dari 8 informan WM) tahu tentang Program Askeskin karena pernah melihat di televisi dan melalui koran. Sebagaimana yang disampaikan informan:

*"...saya pernah lihat tuh di televisi omongin tentang Askeskin gitu"* (informan S2)

*" di koran pernah saya baca tentang program Askeskin...."* (informan A2)

Kegiatan promosi dalam bentuk leaflet, brosur, buku juga kurang, hal ini terlihat dari pengamatan peneliti sendiri di Puskesmas dan di tingkat kelurahan-

kelurahan. Masalah ini juga dinyatakan informan kunci pihak dinkes Kabupaten Serang dan informan Kepala Puskesmas, kutipan yang disampaikan oleh informan :

*"...gak ada bentuk lain seperti leaflet, dll." (informan pengelola program Askeskin Dinkes)*

Di tingkat kabupaten sosialisasi dan promosi telah dilaksanakan dan dana untuk sosialisasi telah dianggarkan dari Askes. Sosialisasi dilakukan oleh dinkes dan Puskesmas kepada tokoh masyarakat . Sebagaimana ungkapan dari beberapa informan sebagai berikut:

*"Nah...sosialisasi itu kan kita ada dana dari Askes untuk sosialisasi itu ada.. kemudian kemaren kita juga sosialisasi tidak hanya Puskesmas gratis bagi Kabupaten Serang tapi juga yang miskin...program JPKM..kemudian kalau untuk Puskesmasnya masing-masing...kita kan masih punya dana sisa kan..JPKMM..itu bisa diperuntukkan oleh Puskesmas untuk jalan sosialisasi...kalau tahun 2006 memang gak ada dana untuk sosialisasi bagi Puskesmas ya...tapi mereka punya dana sisa..dan di Juknis dana sisa itu salah satunya itu ya sosialisasi...ee..silahkan sosialisasi ke masyarakatnya". (informan pengelola program Askeskin Dinkes)*

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan pihak kepala Puskesmas disampaikan bahwa promosi tentang Askeskin melalui media lain seperti poster, pamflet tidak ada dari awal dimulainya program Askeskin tetapi sebelumnya untuk program JPS-BK pernah ada posternya di Puskesmas. Hal ini diungkapkan dari beberapa informan dari pihak kepala Puskesmas sebagai berikut:

*"Kalau untuk Askeskin dari awal mah gak ada posternya, dulu untuk yang JPS-BK mah ada poster di tempel di Puskesmas ini...". (informan Ka PKM A)*

*"...untuk Askeskin gak ada dari dulu, tapi JPS-BK yang dulu ada..." (informan Ka PKM S)*

### 5.6.2. Penyuluhan Langsung

Sedangkan kegiatan penyuluhan langsung kepada masyarakat miskin, sebagian besar informan mengatakan belum pernah mengikuti penyuluhan Askeskin. Seperti kutipan informan berikut:

*"...belum pernah sosialisasi/ penyuluhan tentang Askeskin" (informan S3 )*

*"...gak ada penyuluhan tentang Askeskin" (informan A1)*

*« ...penyuluhan gak tahu itu » (informan P2)*

Berdasar sumber dari informan kunci dari kepala Puskesmas menyatakan bahwa kegiatan penyuluhan yang dilakukan di tingkat kecamatan, kelurahan, sampai penyuluhan kepada kader. Sehingga diharapkan para kader akan menyampaikan kepada masyarakat. Sementara untuk penyuluhan langsung kepada masyarakat belum pernah dilakukan pihak Puskesmas. Seperti yang disampaikan oleh informan :

*"Kalau saya ni..briefing..nah untuk sini. Lalu kalau untuk masyarakat waktu itu di kader..kan kita tiap bulan pertemun kader..di sini. Ee...di pertemuan kader khusus hari itu misalnya tentang Askeskin..Askeskin itu dipergunakan untuk apa aja..untuk ke keluarga miskin yang bagaimana..gitu..bukan yang dibilang miskin tapi motornya tiga..saya bilang gitu..kita sosialisasi sama kader gitu..setelah sama kader ..suka-suka kalau ada pertemuan di kecamatan..waktu itu empat Puskesmas pertemuan jadi satu". (informan Ka.PKM S)*

*"...promosi yang telah dilakukan disini kepada para bidan, kader sehingga diharapkan mereka menyampaikan kepada masyarakat miskin, kalau ke masyarakat miskin langsung belum pernah" (informan Ka. PKM A)*

Harapan dari masyarakat miskin bahwa promosi dilakukan dengan diberi tahu dengan cara mengumumkan lewat pengeras suara ke desa-desa atau tingkat RT,

melalui penyuluhan di RT, pakai poster yang dipasang ditempat-tempat umum atau dengan media TV. Sebagaimana ungkapan oleh informan berikut:

*"Supaya yang lain tau ya...ngomong secara terbuka...dikasih tau sama RT aja gitu..Ya..ngomongnya di rumah pak RT, penyuluhan dan pakai poster yang dipasang di tempat umum atau dengan TV ...pake mik..biar dengar semua". (informan CR2)*

Walaupun di tingkat Kabupaten dan Puskesmas telah melaksanakan promosi namun dari wawancara dengan Gakin di wilayah Puskesmas Carenang didapatkan beberapa informan belum tahu sama sekali mengetahui tentang Askeskin. Padahal sesuai dengan pengamatan peneliti bahwa keluarga tersebut berhak untuk menjadi peserta program Askeskin tetapi mereka tidak mempunyai kartu Askeskin/ kartu sehat/ SKTM. Sebagaimana ungkapan dari informan sebagai berikut:

*"Belum pernah berobat..ya ada sakit panas..atis...saya gak tau kalau berobat gratis...gak tau belum dikasih tau....banyak tu yang gak dapet..kalau mau berobat ke Puskesmas gratis namaya sama pak RT kalau gak punya kartu biru gak bisa katanya..gak tau...orang belum pernah berobat ke Puskesmas...karena gak punya uang". (informan CR5)*

*"...belum..belum ada yang ngasih tau pak..". (informan CR4)*

Masih adanya masyarakat yang tidak masuk dalam daftar sasaran program Askeskin 2007, dikarenakan penentuan sasaran Askeskin sepenuhnya berdasarkan data dari BPS sementara dinas kesehatan sendiri sebenarnya sudah mempunyai data masyarakat miskin berdasarkan pendataan bersama dengan fihak pemda pada tahun 2006 dengan mengacu pada 6 kriteria. Sebagaimana ungkapan informan berikut ini:

*"...Nah untuk 2007 ini Depkes kan minta datanya bukan dari kita, karena 2006 itu acuan pendataan gakin kan berdasarkan SK bupati enam kriteria, itu ada di buku juknis itu ya.. nah untuk tahun 2007 pendataan itu tanggung jawab sepenuhnya BPS..." (informan pengelola program Askeskin Dinkes)*

Karena perbedaan pendataan antara fihak BPS dengan fihak dinkes/ pemda maka terjadi perbedaan sebesar 10.059 jiwa yang belum terdaftar sebagai peserta Askeskin (Profil Dinkes Kabupaten Serang, 2006).

Untuk mengatasi hal tersebut diperlukan sinkronisasi data dari fihak Askes, dinkes dan pemda. Sebagaimana yang diungkapkan informan dari fihak pengelola program Askeskin Dinkes Kabupaten Serang:

*, ...nah saya sudah dapat data dari BPS untuk 2007 melonjak menjadi 500 an ribu lebih jiwa keluarga miskin, nah ini juga masalah lagi nih, antara BPS kan cuma ada nama kepala keluarga kalau kita kan kalau membuat kartu harus ada nama jiwa terus sinkronisasi antara data BPS dengan data Puskesmas, nah itu yang belum jalan (informan pengelola program Askeskin Dinkes)*

## BAB VI

### PEMBAHASAN

#### 6.1. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini merupakan studi kualitatif dengan menggunakan data primer yang diperoleh dengan cara wawancara Mendalam (*indepth-interview*), Diskusi Kelompok Terarah (*Focus Group Discussion*) dan data sekunder dengan melihat dokumen-dokumen yang terkait. Keterbatasan yang ada pada penelitian ini antara lain:

- 1) Keterbatasan informan, pada awal penelitian informan yang akan diteliti adalah kepala Puskesmas 4 (empat) orang, setelah berjalan ternyata hanya 3 (tiga) orang yang diwawancarai karena kepala Puskesmas Carenang tidak ada di tempat sehingga di wakili oleh salah satu dokter yang ada.
- 2) Diskusi Kelompok Terarah (*Focus Group Discussion*) di Puskesmas Singandaru dilakukan di dekat Puskesmas Pembantu sehingga kemungkinan jawaban dari informan kurang mewakili jawaban yang sebenarnya.

#### 6.2. Bahasan penelitian

Pemasaran sosial menempatkan konsumen sebagai titik tolak dalam suatu proses yang mempunyai empat unsur, yaitu: produk, harga, tempat, dan promosi yang dikenal dengan juga sebagai 4P (*Product, Price, Place, Promosi*). Konsep 4P ini disebut dengan bauran pemasaran (*marketing mix*), yaitu seperangkat alat pemasaran yang digunakan perusahaan untuk mencapai tujuan pemasarannya dalam

pasar sasaran (McCarthy dalam kotler 2003). Bauran pemasaran merupakan salah satu konsep terpenting dalam rencana program pemasaran (kotler,1995)

### **6.2.1. Aspek Bauran Produk**

#### **6.2.1.1. Keragaman Produk Askeskin**

Keragaman produk dalam program Askeskin berdasarkan dokumen buku Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) adalah terdiri dari pelayanan kesehatan tingkat pertama yaitu: rawat jalan tingkat pertama di Puskesmas dan jaringannya, rawat inap tingkat pertama di Puskesmas rawat inap serta persalinan di Puskesmas beserta jaringannya dan pelayanan kesehatan lanjutan di Rumah Sakit baik rawat jalan, UGD maupun rawat inap dikelas III (tiga).

Sebagian besar informan pasien Askeskin yang berobat ke Puskesmas mengetahui manfaat program Askeskin untuk berobat gratis di Puskesmas, rumah sakit, untuk persalinan di bidan dan untuk imunisasi. Apa yang dikemukakan oleh pasien peserta program Askeskin yang berobat ke Puskesmas tersebut merupakan gambaran tingkat pemahaman mereka tentang keragaman produk program Askeskin sudah baik.

Sementara pemahaman masyarakat miskin ketika peneliti turun langsung ke rumah masyarakat miskin pemegang kartu Askeskin dan SKTM dilapangan ditemukan bahwa sebagian besar informan masyarakat miskin mengetahui bahwa program Askeskin hanya dapat di gunakan untuk berobat di Puskesmas saja, sedangkan program Askeskin dapat digunakan untuk pelayanan kesehatan di rumah

sakit dan persalinan hanya sebagian kecil saja informan masyarakat miskin yang mengetahuinya.

Apa yang dikemukakan informan masyarakat miskin pemegang kartu Askeskin dan SKTM dirumahnya mengenai keragaman produk Askeskin merupakan gambaran masih kurangnya pemahaman pada level masyarakat miskin tentang keragaman produk program Askeskin di Kabupaten Serang.

Terjadinya perbedaan pemahaman tentang keragaman produk Askeskin antara pasien Askeskin yang berobat ke Puskesmas dengan masyarakat miskin di rumahnya dikarenakan pada pasien Askeskin mendengar tentang keragaman program Askeskin langsung dari petugas di Puskesmas dan lebih berpengalaman karena sudah memanfaatkan pelayanan program Askeskin lebih dari 1 kali, sedangkan pada masyarakat miskin hanya tahu program Askeskin sebatas dari informasi yang mereka peroleh melalui berita, dari perangkat desa maupun melalui kabar dari orang lain dari mulut ke mulut, sehingga informasi yang mereka peroleh tidak lengkap.

Pemahaman masyarakat miskin peserta program Askeskin mengenai keragaman produk Askeskin berkaitan erat dengan pemanfaatan program Askeskin oleh masyarakat miskin. Dengan kata lain pemanfaatan program Askeskin secara optimal oleh masyarakat miskin masih rendah dikarenakan masih kurangnya pengetahuan masyarakat miskin tentang keragaman produk atau jenis pelayanan dalam program Askeskin.

Masih kurangnya pemanfaatan program Askeskin di Kabupaten Serang bisa dilihat dari rata-rata angka kunjungan pasien Askeskin ke Puskesmas di Kabupaten Serang per bulan adalah 11 %. Hal ini berarti target angka kunjungan rawat jalan

masyarakat miskin di Kabupaten Serang belum tercapai yakni 15 %. Kemudian dari cakupan persalinan masyarakat miskin oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Serang masih rendah yaitu hanya 30 % dari target yang ditetapkan 90 %. (Dinkes Serang, 2007).

Penelitian ini sesuai dengan temuan lestari (2005) di wilayah kerja Puskesmas Kemiri Muka Kota Depok dan Ramayana (2003) yang menyatakan terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan (Posyandu lansia). Begitu juga pendapat Suchman (1966) dalam Greenley (1980) yang menyebutkan bahwa pengetahuan masyarakat tentang kesehatan akan mempengaruhi dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Kurangnya pengetahuan masyarakat terhadap program Askeskin dapat disebabkan oleh kurangnya sosialisasi/ promosi yang dilakukan oleh pihak PT Askes, pihak dinkes maupun dari pihak Puskesmas sampai ke pelosok masyarakat di daerah. (pembahasan lebih lanjut di bagian bauran promosi). Sehingga diperlukan sosialisasi/ promosi yang lebih mengena pada sasaran program Askeskin yaitu masyarakat miskin sampai ke pelosok di daerah.

Hal yang sama terjadi pada penelitian dengan menggunakan pemasaran sosial yang dilakukan Hakim (2002) membuktikan bahwa aspek produk berpengaruh terhadap rendahnya cakupan penggunaan air bersih. Hal senada juga dibuktikan oleh penelitian Yenni (2002) bahwa aspek pengetahuan suatu produk berpengaruh terhadap rendahnya penggunaan atau konsumsi makanan pendamping ASI "Delvita"

Pemanfaatan program Askeskin secara optimal berkaitan erat dengan peningkatan status kesehatan masyarakat miskin pada khususnya sehingga akan berdampak langsung pada peningkatan status kesehatan secara keseluruhan.

### 6.2.1.2. Kualitas Pelayanan Askeskin

Pelayanan yang berkualitas adalah pelayanan bermutu yang diberikan baik mengenai petugas yang selalu ramah dalam memberikan pelayanan maupun tidak lama waktu yang digunakan oleh pasien untuk berobat mulai dari pendaftaran sampai dengan pasien pulang.

Secara umum pasien Askeskin yang berobat ke Puskesmas saat FGD mengungkapkan bahwa kualitas pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas adalah baik, ditinjau dari aspek keramahan petugas maupun lamanya waktu yang digunakan untuk berobat.

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian kuantitatif yang dilakukan oleh Afrizal (2007) tentang kepuasan pasien di Puskesmas yang berada di Kabupaten Serang dengan hasil tingkat kepuasan sebesar 60,2%, begitu juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Suzana (2006) di poliklinik RS Marzoeeki Mahdi Bogor dengan tingkat kepuasan sebesar 70,9%. Penelitian yang dilakukan oleh Budiyah (2007) menunjukkan hasil tingkat kepuasan pelanggan Askeskin terhadap pelayanan rawat inap kelas III di RS Kabupaten Cirebon 74,5 %.

Dari hasil observasi peneliti di Puskesmas selama penelitian berlangsung ditemukan hasil bahwa mulai dari pendaftaran, ruang pemeriksaan sampai dengan apotik petugas melayani pasien dengan ramah dan baik. Sedangkan lamanya pemeriksaan setiap pasiennya adalah bervariasi berdasarkan jenis penyakitnya. Begitu juga dengan lamanya pasien menunggu untuk diperiksa bervariasi berdasarkan jumlah kunjungan pasien, sementara untuk menunggu di ruang apotik untuk setiap pasiennya bervariasi tergantung dengan jenis resep setiap pasien.

Namun ketika penelitian kualitas pelayanan dilakukan dengan menanyakan langsung dengan cara mendatangi ke rumah masyarakat miskin yang pernah berobat ke Puskesmas dengan kartu Askeskin ataupun SKTM melalui wawancara mendalam ditemukan berbagai keluhan terhadap kualitas pelayanan yang diberikan petugas Puskesmas yang disebabkan oleh ketidakramahan petugas Puskesmas karena mereka sering diomelin petugas saat berobat dan lamanya waktu yang dipergunakan untuk berobat karena harus menunggu di tempat pendaftaran, ruang pemeriksaan dan apotik.

Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Harahap (2005) tentang evaluasi JPKMM di Kabupaten Bogor bahwa ketidakpuasan keluarga miskin (Gakin) terhadap pelayanan yang diberikan dapat disebabkan oleh kekurangramahan petugas Puskesmas, kurangnya empati petugas dalam memahami kebutuhan pasien masyarakat miskin dalam proses mendapatkan kartu sehat.

Kekurangramahan petugas dalam melayani pasien akan berdampak pada ketidakpuasan pasien, sehingga keinginan pasien untuk datang kembali berobat menjadi berkurang dan berdampak pada angka kunjungan rendah. Kekurangramahan petugas dalam melayani pasien juga bertentangan dengan apa yang dikemukakan oleh Egerton (1999) tentang cara memelihara kepuasan pasien di rumah sakit yaitu dengan menghargai dan melayani pasien dengan senyuman.

Lamanya waktu yang digunakan pasien untuk berobat akan menjadi kendala bagi kepuasan pelanggan/ pasien, hal ini bertentangan dengan Cuningham (1991) bahwa kepuasan pelanggan akan terjadi apabila petugas cepat dalam melayani terhadap kebutuhan dan permintaan pasien serta permasalahan pasien.

Adanya perbedaan hasil mengenai kepuasan terhadap kualitas pelayanan antara penelitian yang dilakukan terhadap pasien Askeskin di Puskesmas dengan hasil penelitian yang dilakukan pada masyarakat miskin yang pernah berobat sebagai pasien Askeskin disebabkan karena perbedaan tempat dilakukan penelitian dan perbedaan metode yang dilakukan. Hal ini terjadi karena pada metode FGD tidak semua informan menjawab pertanyaan yang diajukan serta kurang bebasnya informan FGD menjawab dengan jujur karena adanya rasa tidak enak dengan peserta FGD lain dan takut didengar petugas Puskesmas.

Terhadap keluhan masyarakat miskin peserta program Askeskin maka perlu diperhatikan dan ditindaklanjuti dengan cepat dan efektif, karena akan menimbulkan masalah dan pada gilirannya akan menurunkan kunjungan program Askeskin. Bila keluhan tersebut diselesaikan dengan baik maka berdasarkan penelitian yang ada menyatakan bahwa 7 dari 10 pelanggan yang mengajukan keluhan akan kembali membeli produk tersebut (Le Boeuf, dalam Tciptana, 2000)

Hasil wawancara dengan masyarakat miskin yang mempunyai keluhan tentang kualitas pelayanan Askeskin di Puskesmas menyatakan harapannya tentang adanya perbaikan mengenai kualitas pelayanan yaitu: agar ketika pendaftaran tidak lama menunggu dan dapat dilayani dengan cepat sesuai dengan nomor urutan, begitu juga di ruang periksa pasien dan sewaktu pengambilan obat agar dilayani dengan cepat dan ramah oleh petugas. Hal ini sangat sesuai dengan pendapat dari Zeithaml, Parasuraman, Berry (1990) yang memperkenalkan Service Quality (*Serqual*) tentang dimensi mutu kualitas pelayanan, bahwa pelayanan yang bermutu harus memenuhi beberapa kriteria diantaranya :

1. *Reliability* (kehandalan), yaitu kemampuan untuk memberikan layanan yang akurat sejak pertama kali tanpa membuat kesalahan apapun dan menyampaikan jasanya sesuai dengan waktu yang disepakati, pelayanan yang sama untuk pelanggan tanpa kesalahan dengan akurasi tinggi.
2. *Responsiveness* (daya tanggap), yaitu sikap tanggap, kemauan untuk membantu pelanggan dan memberikan pelayanan yang cepat dan tepat kepada pelanggan dengan penyampaian informasi yang jelas
3. *Assurance* (jaminan), yaitu perilaku para karyawan mampu menumbuhkan kepercayaan pelanggan terhadap instansi dan instansi bisa menciptakan rasa aman bagi para pelanggan
4. *Emphati* (Perhatian), yaitu memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada pelanggan dengan berupaya memahami keinginan pelanggan
5. *Tangibles* (bukti fisik), yaitu sesuatu yang dapat dilihat, penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana yang dimiliki dapat menjadi bukti nyata dari pelayanan yang diberikan provider.

#### **6.2.1.3. Kualitas Obat Askeskin**

Obat yang digunakan dalam layanan program Askeskin adalah mengacu pada Kepmenkes Nomor 336/ Tahun 2006 yaitu obat generik dimana jenis dan harganya sudah ditentukan oleh menteri kesehatan.

Sebagian besar informan baik informan pasien Puskesmas maupun informan masyarakat miskin menyatakan keluhannya mengenai kualitas obat yang mereka terima yaitu kurang cocok untuk penyakitnya dan hanya itu-itu saja setiap

berobat serta obatnya tidak dikemas dalam bungkus seperti layaknya obat yang diberikan oleh dokter praktek swasta.

Terhadap permasalahan tersebut harapan masyarakat miskin adalah agar obat yang diberikan untuk pasien peserta Askeskin lebih bervariasi dan dikemas dalam suatu kemasan atau bungkus yang baik dan rapi.

Kemasan atau pembungkus mempunyai arti yang penting karena kemasan tidak hanya digunakan sebagai pelindung produk tetapi juga digunakan untuk dapat menyenangkan dan menarik pelanggan. Oleh karena itu kemasan termasuk dalam strategi produk dengan cara memperbaiki bentuk luar dari produk seperti pembungkus, etiket, warna dan lain-lain agar dapat menarik perhatian konsumen dan dapat memperbaiki kesan bahwa produk tersebut bermutu atau kualitasnya baik (Assauri, 1997). Pengemasan telah menjadi alat pemasaran yang potensial. Kemasan yang terancang baik dapat memberikan kenyamanan bagi penggunaan dan menjadi alat promosi bagi produsen (Kotler, 1995)

Kemasan juga mempunyai arti yang penting dalam mempengaruhi konsumen baik secara langsung maupun tidak langsung untuk menentukan pilihan produk. Oleh karena itu bentuk luar suatu produk harus dibuat semenarik mungkin. Dengan demikian kemasan tidak dapat diabaikan begitu saja karena fungsinya tidak hanya sebagai pembungkus tetapi juga berfungsi untuk mencegah kerusakan secara fisik, mencegah pemalsuan, menjamin kebersihan.

Disamping itu kemasan dapat berfungsi sebagai alat komunikasi dengan memberikan keterangan pada kemasan tersebut tentang cara penggunaan, cara penyimpanan, komposisi isi produk, dan sebagainya. Sehingga hal ini perlu mendapat perhatian dan solusi yang tepat dari pemerintah pusat dalam peningkatan

kualitas dan kemasan obat yang baik bagi peserta program Askeskin sehingga akan terjadi peningkatan kepercayaan masyarakat miskin terhadap program Askeskin yang akan berpengaruh pada pemanfaatan program Askeskin.

Kepuasan masyarakat miskin selaku konsumen dalam program Askeskin yang merupakan tujuan dari kegiatan pemasaran perlu mendapat perhatian dari pemerintah serta petugas yang terlibat langsung dalam program Askeskin. Walaupun konsumen program Askeskin adalah masyarakat miskin tetapi hal itu tidak menjadi alasan untuk tidak melayani mereka secara baik.

#### **6.2.2. Aspek Bauran Harga**

Pengertian harga adalah biaya/ beban yang harus ditanggung oleh konsumen untuk memperoleh produk yang ditawarkan (sasanko, 2003). Kebijakan bauran harga dalam program Askeskin adalah kebijakan untuk menggratiskan obat dan pelayanan mulai dari pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya, pertolongan persalinan di Puskesmas dan bidan di desa, revitalisasi Posyandu dan perbaikan gizi sampai dengan pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta yang telah ditunjuk.

Keputusan untuk menggratiskan pelayanan kesehatan dan obat ternyata masih belum meningkatkan pemanfaatan program Askeskin, ini dapat dilihat dengan kenyataan masih rendahnya kunjungan pasien sebagaimana sudah digambarkan dalam bahasan sebelumnya. Hal ini dikarenakan masih ada uang yang mesti dikeluarkan oleh masyarakat miskin untuk berobat ketempat pelayanan kesehatan dalam bentuk uang transportasi.

Permasalahan yang timbul dilapangan dalam penelitian ini terutama pada masyarakat miskin yang jauh dari tempat pelayanan kesehatan sebagian besar

informan pengguna program Askeskin yang jarak rumahnya jauh dari pelayanan kesehatan program Askeskin mengungkapkan keberatan dengan ongkos yang dikeluarkan. Hal itu dikarenakan masyarakat miskin tiap harinya belum tentu mempunyai uang, sementara timbulnya penyakit setiap waktu bisa saja terjadi serta tidak memandang kondisi keuangan orang yang dihindangi.

Sementara untuk informan masyarakat miskin yang tidak pernah memanfaatkan program Askeskin menyatakan bahwa alasan mengapa mereka tidak pernah memanfaatkan program Askeskin adalah karena tidak mempunyai uang untuk pergi berobat ke tempat layanan kesehatan. Mereka beranggapan adalah lebih baik berobat ke tempat orang pintar/dukun yang dekat dari rumahnya daripada ke Puskesmas karena tidak mempunyai uang untuk biaya transportasi.

Hal tersebut seperti hasil penelitian yang dilakukan oleh Bachtiar,A (2005) yang menyatakan bahwa permasalahan-permasalahan dalam penyelenggaraan Program PKPS-BBM tahun 2005 yaitu dasar pendanaan pelayanan kesehatan tidak memperhitungkan kondisi penduduk miskin, yang umumnya bertempat tinggal jauh dari pusat pelayanan kesehatan dan karena alasan geografis dan atau tak cukup memiliki dana untuk transportasi gagal mencapai tempat pelayanan.

Transportasi merupakan salah satu faktor mengapa masyarakat miskin tidak berkunjung ke Puskesmas, dengan jarak tempuh yang membutuhkan biaya transportasi mengakibatkan masyarakat miskin akan berfikir panjang untuk melangkah ke fasilitas pelayanan kesehatan yang jaraknya cukup jauh.

Sebagaimana tertera dalam buku pedoman pelaksanaan program Askeskin dijelaskan bahwa tidak ada biaya transportasi untuk masyarakat miskin yang berobat

ke fasilitas kesehatan. Transportasi hanya diberikan pada saat rujukan dari Puskesmas ke rumah sakit (depkes, 2006)

Harapan informan masyarakat miskin yang keberatan dengan ongkos transportasi, sebaiknya untuk mengatasi masalah transportasi supaya mengganti untuk biaya transportasi. Hal ini senada juga diungkapkan informan MM selaku pelaksana program Askeskin di dinkes Kabupaten Serang yaitu setuju kalau pasien yang jauh dari tempat pelayanan kesehatan dan membutuhkan biaya yang besar untuk transportasi agar ada anggaran untuk penggantian biaya transportasi.

### **6.2.3. Bauran Tempat**

Bauran tempat harus memperhatikan jalur yang mudah terjangkau secara tepat dan kuat untuk membuat produk mudah diperoleh khalayak sasaran juga birokrasi yang harus dilalui untuk mendapatkan pelayanan kesehatan melalui program Askeskin.

#### **6.2.3.1 Keterjangkauan dengan tempat untuk mendapatkan pelayanan**

Tempat dalam pemasaran sosial biasanya menyangkut bermacam institusi yang terlibat dalam kegiatan diseminasi gagasan yang dipasarkan, yaitu dari perumus gagasan sampai pada penerima yang dituju. Dalam hal ini faktor efektifitas dan efisiensi harus dipertimbangkan. Dengan demikian produk ditempatkan dimana terjadi kontak maksimal dengan konsumen. Arus penyaluran produk juga harus lancar dan persediaan harus selalu cukup (Depkes,1997)

Dari aspek tempat dalam penelitian ini sebagian informan yang memanfaatkan pelayanan Askeskin tetapi rumahnya jauh dari tempat pelayanan kesehatan Puskesmas ataupun Pustu mengungkapkan bahwa masalah tempat menjadi kendala tersendiri untuk memanfaatkan Askeskin. Sehingga mereka pergi ke

sarana pelayanan Askeskin ketika penyakitnya sudah agak berat atau tidak dapat disembuhkan dengan berobat ke orang pintar/ dukun di lingkungan terdekat mereka.

Sebagian informan yang tidak memanfaatkan pelayanan Askeskin juga mengatakan bahwa masalah keterjangkauan adalah salah satu hal yang menyebabkan ketidakmauan mereka memanfaatkan pelayanan program Askeskin. Hal ini disampaikan oleh informan dari wilayah Puskesmas Carenang yang jarak rumahnya ke Puskesmas sebenarnya dekat karena melalui jalur menyeberangi sungai, tetapi ketika sungainya banjir mereka tidak bisa menyeberanginya dan harus melalui jalur darat yang sangat jauh, sehingga diperlukan waktu yang lama untuk bisa sampai ke Puskesmas. Hal itu menyebabkan mereka malas untuk pergi ke Puskesmas karena ketika mereka sampai di Puskesmas seringkali sudah tutup. Sementara Pustu yang tersedia di lokasi tempat mereka jarang dibuka.

Permasalahan tersebut diatas sejalan temuan dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Bachtiar,A (2005) pada penelitian *Asesment* cepat program PKPS-BBM tahun 2005 bahwa terdapat hambatan akses untuk mendapat pelayanan untuk masyarakat miskin yang bermukim di daerah terpencil dan jauh dari sarana kesehatan.

Terhadap permasalahan keterjangkauan akses pelayanan kesehatan, harapan masyarakat miskin yang rumahnya jauh dari tempat pelayanan kesehatan yaitu sebaiknya petugas kesehatan yang datang ke desa atau RT mereka secara rutin.

Alternatif lain yang diperlukan untuk menyelesaikan mengenai masalah tempat yaitu dengan menambah jam buka pelayanan Puskesmas, karena masyarakat yang rumahnya jauh dari lokasi Puskesmas masih akan terjangkau dari segi waktu untuk pergi berobat.

### 6.2.3.2 Birokrasi untuk mendapatkan pelayanan Program Askeskin

Dari informan yang sudah memiliki kartu Askeskin seluruhnya menyatakan tidak ada masalah dengan jalur birokrasi yang harus dilalui karena berobat di Puskesmas cukup hanya dengan menyerahkan fotocopi kartu Askeskin dan menunjukkan kartu Askeskin asli sudah dapat dilayani.

Sedangkan bagi peserta program Askeskin tetapi belum mendapatkan kartu, merasa agak sedikit repot karena kartu SKTM lama/ kartu sehat lama harus di setujui dulu oleh Kades atau Lurah baru bisa mendapat pelayanan sebagai pasien peserta program Askeskin sehingga hal ini menyita waktu yang tidak sebentar.

Permasalahan tersebut diatas terjadi karena kartu Askeskin masih belum di distribusikan semua di Kabupaten Serang, berdasar laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Serang menyatakan bahwa distribusi kartu Askeskin masih mencapai 59% dari 561.079 masyarakat miskin yang terdata masuk dalam program Askeskin. Kegagalan pendistribusian ini dikarenakan masih adanya permasalahan-permasalahan diantaranya tidak sama antara data dari pihak Askes dengan data masyarakat dilapangan, ada nama dan alamat yang salah, permasalahan lainnya belum dikirimnya uang untuk distribusi kartu dari Pihak Askes kepada UPTD JPK Dinas Kesehatan yaitu sebesar Rp.200,00 perkartu.

Permasalahan pendistribusian kartu diatas sesuai dengan hasil penelitian Bachtiar,A (2005) yang menyatakan bahwa kegagalan pendistribusian kartu karena faktor teknis, sosial dan administratif. Kapasitas PT Askes untuk membagi kartu kepada pemiliknya tidak memadai, penitipan pendistribusian kepada Dinkes, Puskesmas, kelurahan atau desa terhambat karena pihak yang dititipi tidak merasa

bahwa distribusi kartu sebagai tugasnya, juga akibat tidak jelasnya hubungan antara PT Askes dengan Pemda.

Terhadap permasalahan pendistribusian kartu Askeskin maka diperlukan penanganan serius dari pemerintah daerah dan pemerintah pusat serta PT Askes (Persero) selaku penanggung jawab pembuatan dan pendistribusian kartu. Setelah menerima daftar penduduk miskin yang diidentifikasi dan disinkronisasikan antara data BPS dengan data Pemerintah Daerah, PT Askes segera memproses penerbitan kartu dan pendistribusian bisa dilakukan dengan kerjasama dengan dinkes dan aparat pemerintah sampai ke tingkat kelurahan/ RT/ RW.

#### **6.2.4. Bauran Promosi**

Promosi adalah upaya memperkenalkan produk dan meningkatkan adopsi produk pada konsumen (Sasangko, 2003). Promosi dalam penelitian ini meliputi media promosi yang digunakan dan penyuluhan langsung kepada kelompok konsumen:

##### **6.2.4.1. Media Promosi**

Sebagian besar informan FGD dan wawancara mendalam kepada masyarakat miskin yang memanfaatkan program Askeskin menyatakan bahwa kegiatan promosi Askeskin yang dilakukan di Kabupaten Serang hanya melalui kegiatan Posyandu, pemberitahuan dari ketua RT, pemberitahuan dari kelurahan dan dari petugas Puskesmas sendiri.

Sebagian kecil informan lainnya tahu tentang Program Askeskin karena pernah melihat di televisi dan melalui koran dan belum pernah dikasih tahu dari pihak lainnya secara langsung.

Berdasarkan observasi peneliti di lapangan didapatkan kesan bahwa kegiatan promosi dalam bentuk leaflet, brosur dan buku tidak terlihat, hal ini juga dibenarkan oleh informan kunci pihak dinkes Kabupaten Serang dan informan kepala Puskesmas. Di tingkat kabupaten dan Puskesmas sosialisasi dan promosi telah dilaksanakan dengan bentuk pertemuan bulanan masing-masing program, sosialisasi di kecamatan, dan di tingkat desa dengan para kader, RT, dan tokoh masyarakat

Suatu produk betapapun bermanfaat bagi masyarakat akan tetapi jika tidak dikenal oleh konsumen maka produk tersebut tidak akan diketahui manfaatnya dan mungkin tidak dimanfaatkan konsumen. Oleh karena itu perusahaan/organisasi harus berusaha mempengaruhi konsumen untuk dapat menciptakan permintaan atas produk tersebut, kemudian dipelihara dan dikembangkan. Usaha tersebut dapat dilakukan melalui kegiatan promosi (Assauri, 1992).

Promosi berarti mengkomunikasikan keunggulan dan membujuk konsumen atau kelompok sasaran untuk menggunakan produk yang ditawarkan. Produk yang menarik belumlah cukup. Ini harus disertai komunikasi yang berkesinambungan dan terarah untuk memberikan informasi, motivasi dan edukasi kepada konsumen. Efektifitas pemasaran sangat tergantung pada efektifitas komunikasi, karena pada dasarnya promosi adalah komunikasi.

Promosi merupakan rangkaian kegiatan motivasi dan persuasi agar konsumen mau menggunakan produk yang ditawarkan. Produk yang menarik belumlah cukup, ini harus disertai komunikasi yang berkesinambungan dan terarah untuk memberikan informasi, motivasi dan edukasi kepada konsumen. Efektifitas pemasaran sangat tergantung pada efektifitas komunikasi karena pada dasarnya promosi adalah komunikasi. Dalam hal ini, pesan yang dikomunikasikan harus disesuaikan dengan

segmen pasar yang dituju demikian juga panduan media yang digunakan (Depkes, 2002)

Promosi dilakukan dengan tema pokok yang mengikat semua unsur pemasaran. Jadi unsur promosi ini tidak lepas dari unsur produk, harga maupun tempat, karena ketiga unsur tersebut merupakan alat promosi. Paduan tiga unsur tersebut harus mampu membangun citra produk yang tentu saja harus sejalan dengan citra diri konsumen.

Pesan-pesan harus dapat merangsang telinga dan mata, dapat dipercaya dan diterima dengan rasa dan akal. Oleh sebab itu, harus jelas perilaku apa yang diharapkan dilaksanakan, apa keuntungan yang diperoleh jika dilaksanakan. Selain itu pesan-pesan tidak dapat disampaikan secara serentak, harus ada urutan prioritas, misalnya tahap pertama bersifat memberi informasi, tahap kedua bersifat motivasi, dan tahap ketiga memperkuat atau kemungkinan lain.

Paduan media yang akan digunakan ditentukan atas hasil riset pasar, media mana yang paling disukai dan sering digunakan khalayak sasaran. Paduan media ditentukan berdasarkan daya jangkau dan frekuensi media tersebut, manfaat tiap media yang dipilih serta biaya media, sehingga diperoleh paduan media yang efektif dan efisien (Notoatmojo 2005).

Penggolongan media promosi kesehatan berdasarkan cara produksi yaitu: Media elektronika antara lain Radio, televisi, film dan CD; serta media cetak antara lain poster, leaflet, brosur, majalah, surat kabar, pamflet (Notoatmojo 2005).

Menurut penelitian para ahli, indera yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke dalam otak adalah mata. Kurang lebih 75% sampai 87% dari pengetahuan manusia diperoleh atau disalurkan melalui mata, sedangkan 13%

sampai 25% lainnya tersalur melalui indera yang lain. Dari sini dapat disimpulkan bahwa alat-alat visual lebih mempermudah cara penyampaian dan penerimaan informasi atau bahan pendidikan (Notoatmodjo, 2005)

#### **6.2.4.2. Penyuluhan Langsung tentang Askeskin**

Hasil dari DKT dengan pasien dan wawancara mendalam sebagian besar mereka tahu Program Askeskin melalui kegiatan Posyandu, dari RT, kelurahan dan dari petugas puskesmas sendiri. Sedangkan kegiatan penyuluhan khusus untuk Askeskin, sebagian besar informan mengatakan belum pernah mengikuti penyuluhan khusus tentang Askeskin.

Penyuluhan adalah salah satu metode pendidikan kesehatan yang diharapkan dapat membawa akibat terhadap perubahan perilaku sasaran. Untuk mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran pendidikan diperlukan adanya alat bantu (Notoatmodjo, 1993)

Promosi dalam kegiatan pemasaran sosial bukan hanya berupa iklan sederhana, promosi penyangkut pula pendidikan konsumen agar bisa menggunakan produk secara tepat. Jika para komunikator kesehatan masyarakat menggunakan tehnik pemasaran untuk promosi, mereka juga harus menggunakan prinsip pengajaran untuk dapat melatih konsumen agar bisa melaksanakan keterampilan yang rumit. Motivasi juga diperlukan untuk mendorong adopsi gagasan dan produk sosial baru. Didaerah pedesaan yang padat, kegiatan masyarakat merupakan alat promosi yang efektif (Rasmuson, 1988).

Dari hasil wawancara dari beberapa sumber informan baik informan masyarakat miskin, pasien pengguna Askeskin maupun informan kunci dari pihak

dinkes dan informan kepala Puskesmas dapat disimpulkan bahwa upaya promosi program Askeskin yang dilakukan selama ini masih belum optimal terkait dengan kurangnya media promosi yang digunakan dan tidak adanya penyuluhan langsung kepada masyarakat tentang program Askeskin oleh fihak terkait seperti fihak dinkes maupun fihak Puskesmas.

Kalau dilihat dari buku pedoman pelaksanaan program Askeskin bahwa dana untuk sosialisasi/ promosi sudah dianggarkan dari APBN disalurkan melalui PT Askes yang penggunaannya direncanakan dan dirumuskan bersama antara Depkes/ dinkes propinsi/kabupaten/kota dengan PT Askes. Adapun kegiatan sosialisasi /promosi yang dilakukan berdasarkan buku pedoman program Askeskin meliputi: sosialisasi dan penyuluhan program, koordinasi dan pelaksanaan serta pembinaan program, administrasi kartu peserta dan pelayanan tidak langsung lainnya. (depkes,2006). Sehingga dengan adanya anggaran tersebut dimungkinkan program Askeskin dapat tersosialisasi kepada masyarakat miskin selaku sasaran program.

Penelitian menggunakan pendekatan pemasaran sosial yang dilakukan Ikhsan (2002) membuktikan bahwa promosi yang belum optimal merupakan penyebab utama rendahnya penggunaan kondom di kecamatan Kota Arga Makmur.

Walaupun di tingkat Kabupaten dan Puskesmas telah melaksanakan promosi namun dari wawancara dengan Gakin di wilayah Puskesmas Carenang didapatkan beberapa informan belum mengetahui tentang Askeskin. Padahal sesuai dengan pengamatan peneliti bahwa keluarga tersebut berhak untuk menjadi peserta program Askeskin tetapi mereka tidak mempunyai kartu, bahkan ketika ditanya tentang Askeskin mereka sama sekali tidak tahu.

Masih ditemukannya masyarakat miskin yang sama sekali tidak tahu tentang Askeskin, menggambarkan bahwa sasaran sosialisasi baru dilakukan di kalangan aparatur birokrasi pemerintahan dan para petugas pelayanan kesehatan saja, sementara di tingkat level masyarakat miskin yang seharusnya menjadi sasaran program Askeskin masih ada yang belum tersentuh.

Dengan masih ditemukan masyarakat miskin yang tidak masuk dalam program Askeskin menggambarkan juga bahwa dalam penentuan sasaran masih terjadi permasalahan, hal ini disebabkan karena ketidaksamaan antara data fihak BPS dengan data dari fihak dinas kesehatan. Permasalahan ini terjadi karena masing-masing fihak menetapkan kriteria sendiri dalam penentuan masyarakat miskin. Hal ini juga dibenarkan oleh pengelola program Askeskin dinkes Kabupaten Serang bahwa untuk penentuan sasaran program Askeskin 2007 dilakukan oleh BPS dengan berpedoman pada 14 kriteria (selengkapnya di Bab 2), sedangkan sebenarnya pemerintah kabupaten dan dinas kesehatan mempunyai data sendiri berdasarkan pendataan pada akhir tahun 2006 dengan berpegangan pada 6 kriteria yang telah ditentukan.

## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1. Kesimpulan

Dari hasil penelitian analisis bauran pemasaran sosial program Askeskin di Kabupaten Serang tahun 2007 dapat disimpulkan sebagai berikut:

##### 1. Dari aspek bauran produk

- a. Tingkat pemahaman pasien Askeskin di Puskesmas tentang jenis pelayanan dan manfaat program Askeskin sudah baik, sedangkan pemahaman masyarakat miskin tentang jenis pelayanan dan manfaat Askeskin masih kurang.
- b. Keramahan petugas dan lamanya waktu untuk berobat sebagian besar masyarakat miskin yang pernah berobat menyatakan keramahan petugas kurang baik serta ketidakpuasan terhadap waktu yang digunakan untuk berobat terutama di loket pendaftaran, ruang pemeriksaan dan apotik.
- c. Terhadap kualitas obat sebagian besar pasien Askeskin di Puskesmas menyatakan sudah bagus dan cocok, sedangkan kualitas kemasan sebagian besar masyarakat miskin menyatakan ketidakpuasan terhadap kemasan obat yang ada sekarang.

##### 2. Dari aspek bauran harga

Ditemukan keluhan dari masyarakat miskin yang rumahnya jauh dari tempat pelayanan kesehatan sebagian besar mengungkapkan keberatan dengan ongkos yang dikeluarkan, itu dikarenakan masyarakat miskin tiap harinya belum tentu

punya uang. Hal ini juga yang menyebabkan keengganan sebagian masyarakat miskin untuk berobat memanfaatkan program Askeskin.

### 3. Dari Aspek bauran tempat

- a. Ditemukan keluhan dari masyarakat miskin antara lain terutama dari informan yang didaerah terpencil dan jauh dari tempat pelayanan kesehatan Puskesmas karena mereka harus menyediakan waktu yang lama sehingga saat mereka sampai ke Puskesmas kadang-kadang sudah tutup. Sehingga masalah tempat menjadi kendala tersendiri untuk memanfaatkan program Askeskin bagi masyarakat miskin didaerah terpencil yang jauh dari tempat pelayanan Puskesmas.
- b. Untuk masyarakat miskin yang sudah mempunyai kartu Askeskin dapat langsung berobat ke Puskesmas tanpa keterangan dari lurah/ kades. Tetapi bagi masyarakat miskin yang belum mempunyai kartu Askeskin harus menggunakan SKTM yang telah disahkan oleh pejabat dikelurahan sehingga membuat jalur birokrasi menjadi lebih lama dan panjang. Hal ini disebabkan karena belum terdistribusinya kartu Askeskin secara keseluruhan dan baru 59% yang sudah terdistribusi di Kabupaten Serang.

### 4. Dari aspek bauran promosi

- a. Berdasarkan observasi dari peneliti tidak ditemukan ada media promosi Askeskin dalam bentuk poster, pamflet maupun liflet di puskesmas-puskesmas tempat lokasi penelitian.
- b. Sedangkan kegiatan penyuluhan khusus untuk Askeskin, sebagian besar informan mengatakan belum pernah mengikuti penyuluhan khusus tentang Askeskin.

c. Masih ditemukan masyarakat miskin yang menurut observasi peneliti dilapangan termasuk sasaran Program Askeskin tetapi mereka belum tahu tentang program Askeskin. Hal ini menjadi tanda kalau:

1. Sosialisasi/promosi program Askeskin baru dilakukan pada kalangan aparat birokrasi pemerintah dan pemberi pelayan kesehatan, sementara masyarakat miskin yang menjadi sasaran program masih ada yang belum tersentuh promosi.
2. Masih adanya masyarakat yang tidak masuk dalam daftar sasaran program Askeskin 2007, dikarenakan penentuan sasaran Askeskin sepenuhnya berdasarkan data dari BPS yang mengacu pada 14 kriteria miskin, sementara dinas kesehatan sendiri sebenarnya sudah mempunyai data masyarakat miskin berdasarkan pendataan bersama dengan pihak pemda pada tahun 2006 dengan mengacu pada 6 kriteria. Sehingga terdapat perbedaan 10.059 jiwa masyarakat miskin yang belum masuk dalam program Askeskin.

Berdasarkan hasil kesimpulan tersebut diatas maka bauran pemasaran sosial Askeskin yang dijalankan di Kabupaten Serang masih belum optimal untuk meningkatkan pemanfaatan program Askeskin oleh masyarakat miskin sebagai segmen pasar sasaran.

Pengembangan bauran pemasaran Askeskin yang optimal bagi masyarakat miskin meliputi: (1) bauran produk (*product*) pemasaran sosial program Askeskin yang sesuai dengan kebutuhan dan keinginan masyarakat miskin sebagai segmen pasar sasaran di Kabupaten Serang. (2) bauran harga (*price*) pemasaran sosial program Askeskin yang sesuai dengan kebutuhan dan keinginan masyarakat miskin

sebagai segmen pasar sasaran di Kabupaten Serang. (3) bauran tempat (*place*) pemasaran sosial program Askeskin yang sesuai dengan keinginan masyarakat miskin sebagai segmen pasar sasaran di Kabupaten Serang. (4) bauran promosi (*promotion*) pemasaran sosial program Askeskin yang menawarkan pelayanan kepada seluruh masyarakat miskin sebagai segmen pasar sasaran

## 7.2. Saran

### 7.2.1. Bagi pemerintah ( Depkes, Dinkes, Pemda dan Pihak Askes)

Walaupun Program Askeskin telah berganti nama menjadi Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) dimana *lounching* di lakukan 26 Maret 2008, perubahan mekanisme yang mendasar adalah pemisahan peran pembayar dengan verifikator melalui penyaluran dana langsung ke Pemberi Pelayanan Kesehatan dari kas negara, penggunaan tarif paket jaminan kesehatan masyarakat di Rumah sakit, penempatan verivikator di setiap rumah sakit, serta penugasan PT Askes dalam manajemen kepesertaan. Sementara untuk pola layanan di Puskesmas dan besarnya sasaran kepesertaan tidak berubah dari Program Askeskin tahun 2007. Sehingga penelitian ini akan bermanfaat bagi pengembangan kebijakan bauran pemasaran Jamkesmas yang optimal untuk pelayanan kepada masyarakat miskin sebagai segmen pasar sasaran Askeskin (Jamkesmas) perlu dilakukan alterternatif-alternatif pengembangan kebijakan bauran pemasaran Askeskin (Jamkesmas) yaitu sebagai berikut:

- (a) Mengembangkan bauran produk (*product*) pemasaran sosial program Askeskin (Jamkesmas) yang optimal sehingga sesuai dengan kebutuhan

dan keinginan masyarakat miskin sebagai segmen pasar sasaran di Kabupaten Serang. Langkah-langkah yang perlu dilakukan:

1. Agar terlebih dahulu membekali para pelaku Pemberi Pelayanan Kesehatan dalam hal ini petugas yang ditempatkan di bagian yang berhubungan langsung dengan pasien Askeskin (Jamkesmas) melalui pelatihan-pelatihan dan seminar tentang pentingnya penerapan lima dimensi mutu kualitas pelayanan, yaitu: kehandalan, daya tanggap, jaminan, empati dan bukti fisik
2. Kebijakan yang optimal mengenai obat yaitu agar obat yang diberikan kepada peserta Askeskin (Jamkesmas) lebih bervariasi bentuk dan namanya meskipun isinya sama dan dikemas atau dibungkus dengan baik seperti layaknya obat paten.

(b) Mengembangkan bauran harga (*price*) pemasaran sosial program Askeskin (jamkesmas) yang optimal sehingga sesuai dengan kebutuhan dan keinginan masyarakat miskin sebagai segmen pasar sasaran di Kabupaten Serang yaitu dengan:

Kebijakan untuk pelayanan masyarakat miskin yang memerlukan biaya transportasi untuk pergi ke tempat pelayanan kesehatan yaitu agar pemerintah mengganti atau membiayai untuk kepentingan transportasi masyarakat miskin.

(c) Memilih bauran tempat (*place*) pemasaran sosial program Askeskin (Jamkesmas) yang optimal sehingga sesuai dengan keinginan masyarakat miskin sebagai segmen pasar sasaran di Kabupaten Serang yaitu dengan .

1. Memaksimalkan kegiatan pelayanan diluar gedung melalui cara kunjungan rumah dengan memanfaatkan kendaraan pusling.
  2. Memaksimalkan keberadaan bidan desa yang siap menerima pasien Askeskin.
  3. Menambah jam pelayanan Puskesmas sampai sore.
- (d) Meningkatkan bauran promosi (*promotion*) pemasaran sosial program Askeskin (Jamkesmas) yang optimal untuk menawarkan pelayanan kepada masyarakat miskin sebagai segmen pasar sasaran.
1. Menugaskan Pemda (termasuk jajaran kesehatan) sebagai pemimpin program sosialisasi. Pilihan kebijakan ini karena menempatkan tanggung jawab sosialisasi pada pihak yang memiliki wewenang untuk menggalang dan mengkoordinasikan semua potensi daerah, sehingga dapat menumbuhkan rasa terlibat dari seluruh pihak aparat birokrasi dari Gubernur sampai RT/RW, sehingga penyuluhan-penyuluhan di tingkat RT/kelurahan dapat berjalan optimal dan pesan yang dikomunikasikan sesuai dengan segmen pasar yang dituju.
  2. Meningkatkan promosi dengan terlebih dahulu melakukan riset pasar untuk menentukan media mana yang paling tepat digunakan, disukai dan sering digunakan khalayak sasaran.
- (e) Terhadap temuan permasalahan tentang masih adanya masyarakat miskin yang belum menjadi sasaran program Askeskin untuk dapat mencapai sasaran penduduk miskin dengan baik, direkomendasikan penetapan sasaran program ke depan sebagai berikut:

1. BPS diberi fungsi penentuan sasaran penduduk miskin pada tingkat makro, sedangkan pendataan mikro untuk identitas rumah tangga miskin diserahkan kepada pemerintah daerah masing-masing.
2. Kartu identitas berbasis keluarga miskin yang setiap tahun di evaluasi.

Hal ini dapat mempunyai kelebihan bahwa setiap anggota keluarga miskin akan terjamin, termasuk bayi yang belum lahir sekalipun. Pendekatan keluarga ini akan sejalan dengan pengembangan dokter keluarga sebagai mitra keluarga membina hidup sehat, konsep ketahanan keluarga, konsep kesehatan keluarga dan sistem pencatatan pelaporan kesehatan berbasis *family folder*. Kartu bisa berisi foto atau cap jempol kepala keluarga beserta daftar nama anggota keluarga dan dilengkapi dengan kolom untuk mengisi kelahiran dan kematian.

#### **7.2.2. Bagi Penelitian Selanjutnya**

- a. Mengingat masih sangat terbatasnya penelitian tentang bauran pemasaran sosial program Askeskin, diharapkan dimasa yang akan datang dilakukan study kualitatif lanjutan yang lebih mendalami aspek promosi dan aspek tempat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Afrizal, Budi, 2007, *Analisis Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan Program Askeskin di Kabupaten Serang*, Tesis Pasca Sarjana FKM UI, Depok
- Andang, Ilyani, S, 2007, *Pelaksanaan Askeskin Diminta Lebih Transparan*, Dikutip dari [www.republika.co.id/](http://www.republika.co.id/) online detail yang diakses tanggal 3 mei 2007
- Agus Setiyana, 2006, *Kurang, warga miskin gunakan fasilitas Askeskin*. Dikutip dari [www.pikiranrakyat.com](http://www.pikiranrakyat.com) rakyat yang diakses tanggal 10 Februari 2007
- Assauri, Sofyan, 1992, *Manajemen Pemasaran: dasar, Konsep dan Strateg.*, Rajawali Pers. Jakarta
- Azwar, Asrul, 1987, *Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*, Binarupa Aksara, Jakarta
- Bachtiar, A, 2006, *Laporan Hasil Assesmen Cepat Program PKPS-BBM Tahun 2006 Bidang Kesehatan*, Jakarta
- Badan Pusat statistic, 2003, *Data dan Informasi Kemiskinan tahun 2003*, Jakarta.
- Badan Pusat statistik, 2004, *Strategi Nasional Penanggulangan Kemiskinan*, Jakarta
- Barata, Atep Adya, 2003, *Dasar-dasar Pelayanan Prima*, Elek Media Komputindo Jakarta.
- BKKBN, 2003. *Petunjuk Teknis Pencatatan dan Pelaporan Keluarga Miskin Melalui Pendataan Keluarga*, Jakarta
- Budiyah, Linda, (2007), *Analisis Kepuasan Pelanggan Askeskin Terhadap Pelayanan Rawat Inap Kelas III Di Rumah Sakit Pemerintah Dan Rumah Sakit Swasta Di Kabupaten Cirebon Tahun 2007*, Tesis FKM-UI, Depok
- Creswell, W John, 2002. *Reseach Design Qualitative and Quantitative Approach*, Kik Press, Jakarta
- Departemen Kesehatan RI 2000, *Prosedur penilaian Cepat rapid Assesment Procedures*
- Departemen Kesehatan RI 2002. *Pedoman Pelatihan Pemasaran Sosial JPKM*

- Departemen Kesehatan RI 2006, *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin*
- Departemen Kesehatan RI 2002, *Pemasaran Sosial Kesehatan Perkotaan*
- Dinas Kesehatan Kabupaten Serang 2007, *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Serang Tahun 2006*
- Dumilah A, 2000, *Analisis Segmen, Taregt dan Posisi Pasar Pada Pengembangan Poliklinik Jakarta Medical Center Menjadi Rumah sakit*, Tesis Program Kajian Administrasi rumah sakit UI.
- Fakultas Kesehatan masyarakat UI 1998. *Aplikasi Penelitian Kualitatif dalam Pemantauan dan Evaluasi Program Kesehatan*
- Fakultas Kesehatan Masyarakat UI 1999. *Aplikasi Penelitian Kualitatif dalam Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular*
- Fakultas Kesehatan masyarakat UI 2006. *Survei Epidemiologis Cepat*
- Harahap, K, (2005), *Evaluasi Kinerja Pelaksanaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Di Puskesmas Kabupaten Bogor Dengan Kerangka Balanced Scorecard*. Tesis, FKM-UI, Depok.
- Kotler, Philip, and Eduardo L. Roberto, 1989, *Social marketing: strategi for Changing Behavior*, The Free Press a Division of Macmillan, New York
- Kotler, Philip, 1995. *Manajemen Pemasaran : Analisis, Perencanaan, Implementasi dan Pengendalian*, Edisi Indonesia, Salemba Empat, Jakarta
- Kotler, Philip, and Alan R. Andreasen, 1995. *Strategi Pemasaran Untuk Organisasi Nirlaba*, Edisi Indonesia, UGM Press, Yogyakarta
- Kotler, Philip, 2005. *Manajemen Pemasaran: edisi kesebelas Indonesia*, alih bahasa benyamin Molan
- Lestari, Arum, 2005, *Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Posbindu pada pralansia dan lansia di wilayah binaan Puskesmas Kemiri Muka Kecamatan Beji Kota Depok*, Skripsi FKM UI, Jakarta.
- Myrnews, *Askeskin Berkembang Pesat Obat Murah Menuai Ganjalan*, [www.rmexpose.com](http://www.rmexpose.com), yang diakses tanggal 10 Juli 2008

- Parasuraman, A. Zeithaml, V. Berry, L. 1990, *Delivering Quality Service Balancing Customer Persepsi and Expectation*, Collier Mc Milland. London
- Ramayana, Titin, 2003, *Keaktifan lansia dan faktor-faktor yang berhubungan dengan lansia pada kelompok binaan lansia "Dahlia" di wilayah kerja Puskesmas Cilandak*, Skripsi FKM UI, Jakarta
- Rangkuti, F. 2006, *Measuring Customer Satisfaction, Teknik Mengukur dan Strategi Meningkatkan Kepuasan Pelanggan plus Analisa Kasus PLN-JP*, Jakarta, Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama.
- Rasmuson, R Mark, et al, 1988. *Communication for Child Survival*, Health Communication Project, Washington.
- Sasangko, Adi, 2003, *Pemasaran Sosial*, bahan kuliah Pemasaran Sosial, FKM UI
- Saweto, Hudoro, 2001, *Proses pembuatan Marketing Plan*, Gramedia, Jakarta
- Seokidjo N, 2005, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*
- Seokidjo N, 2002, *Metodologi Penelitian Kesehatan*
- Sulastomo, 1997, *Asuransi Kesehatan dan Managed Care*, PT Askes Indonesia
- Suzana, 2006, *Faktor-Faktor Karakteristik yang Berhubungan dengan Kepuasan Pasien di Poliklinik RS Marzuki Mahdi Bogor*, Tesis Pasca Sarjana FKM UI
- Thabrani, Hasbullah, 2005. *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia* Tjiptono, Fandy, dan Anastasia Diana, 2000, *Prinsip Dan Dinamika Pemasaran*, J & J Learning, Yogyakarta
- Tjiptono, Fandy, dan Anastasia Diana, 2000, *Total Quality Management*, Yogyakarta : Penerbit Andi
- Tjiptono, Fandy, 2005, *Prinsip-Prinsip Total Quality Service*, Yogyakarta : penerbit Andi



# LAMPIRAN

## Lampiran 1

### INSTRUMEN/ PANDUAN DISKUSI KELOMPOK TERARAH (DKT) PASIEN ASKESKIN YANG BEROBAT DI PUSKESMAS

Fasilitator :  
Pencatat :  
Tanggal :  
Tempat :  
Waktu :

#### PETUNJUK UMUM

- a. Perkenalkan diri : nama, pekerjaan
- b. Jelaskan tujuan dari wawancara mendalam
- c. Minta ijin penggunaan tape recorder untuk mempermudah pencatatan

#### PELAKSANAAN DISKUSI

- A. PERKENALAN
- B. POKOK BAHASAN

#### PRODUK:

1. Menurut bapak/ibu jenis pelayanan apa saja yang ada pada program Askeskin ?
2. Bagaimana pandangan bapak/ibu mengenai keramahan petugas di Puskesmas?
3. Bagaimana dengan lamanya berobat di Puskesmas?

4. Bagaimana dengan jenis dan kondisi obat yang diberikan dalam pelayanan Askeskin .
5. Bagaimana dengan proses kesembuhannya dengan berobat memakai Askeskin ?

#### HARGA:

1. Bagaimana dengan biaya transportasi ke tempat pelayanan Askeskin/Puskesmas?
2. Selain biaya transportasi, kerugian lain yang dikorbankan karena bapak/ibu pergi ke tempat pelayanan Askeskin?

#### TEMPAT

1. Bagaimana menurut bapak/ibu dengan keterjangkauan untuk pelayanan Askeskin dari rumah ?
2. Menurut bapak/ibu bagaimana dengan birokrasi yang ibu lalui karena berobat dengan Askeskin?

#### PROMOSI:

1. Darimana bapak/ibu mengetahui Askeskin?
2. Media lain yang bapak/ibu tahu dan digunakan untuk program Askeskin?
3. Bagaimana dengan penyuluhan langsung tentang Askeskin yang bapak/ibu peroleh?

Lampiran 2

**INSTRUMEN/ PANDUAN**  
**WAWANCARA MENDALAM UNTUK MASYARAKAT MISKIN**  
**YANG MEMANFAATKAN PROGRAM ASKESKIN DI WILAYAH**  
**KABUPATEN SERANG**

Selamat pagi/siang, Bapak/ibu/saudara/ri, pada hari ini iijinkan kami mengganggu sejenak kesibukan bapak/ibu/saudara/ri. Adapun maksud kedatangan kami adalah ingin mendapatkan informasi dari bapak/ibu/saudara/ri tentang pemasaran Askeskin, pertanyaan ini disusun semata-mata bertujuan untuk memberikan masukan dalam penyempurnaan program Askeskin . sehingga informasi yang sejujur-jujurnya sangat kami harapkan, kebenaran akan informasi akan mengurangi tingkat kesalahan dalam menentukan kebijakan yang akan diambil. Demikianlah atas bantuan dan kesediaan bapak/ibu/saudara/ri kami ucapkan terima kasih.

Nomor Responden :  
Nama Responden :  
Tanggal :

Fasilitator :  
Pencatat :  
Tanggal :  
Tempat :  
Waktu :

**PETUNJUK UMUM**

- a. Perkenalkan diri : nama, pekerjaan
- b. Jelaskan tujuan dari wawancara mendalam
- c. Minta ijin penggunaan tape recorder untuk mempermudah pencatatan

**PELAKSANAAN**

**PRODUK:**

1. Menurut bapak/ibu jenis pelayanan apa saja yang ada pada program Askeskin ?

2. Bagaimana pandangan bapak/ibu mengenai keramahan petugas di Puskesmas?
3. Bagaimana dengan lamanya berobat di Puskesmas mulai dari pendaftaran sampai bapak/ibu pulang ?
4. Bagaimana pandangan bapak/ibu tentang jenis dan kondisi obat yang diberikan?
5. Bagaimana dengan kualitas obatnya dalam proses kesembuhan penyakit?

#### HARGA:

1. Bagaimana dengan biaya transportasi ke tempat pelayanan Askeskin/Puskesmas?
2. Selain biaya transportasi, kerugian lain yang dikorbankan karena bapak/ibu pergi ke tempat pelayanan Askeskin?

#### TEMPAT

1. Bagaimana menurut bapak/ibu dengan keterjangkauan untuk pergi ke tempat pelayanan/ Puskesmas dari rumah ?
2. Menurut bapak/ibu bagaimana dengan birokrasi yang ibu lalui karena berobat dengan Askeskin?

#### PROMOSI:

1. Darimana bapak/ibu mengetahui Askeskin?
2. Media promosi yang bapak/ibu tahu digunakan untuk memperkenalkan program Askeskin?
3. Bagaimana dengan penyuluhan langsung tentang Askeskin yang bapak/ibu peroleh?

Lampiran 3

**INSTRUMEN/ PANDUAN  
WAWANCARA MENDALAM UNTUK MASYARAKAT MISKIN  
PESERTA PROGRAM ASKESKIN  
YANG TIDAK MEMANFAATKAN PROGRAM ASKESKIN 1 TAHUN  
TERAKHIR DI WILAYAH KABUPATEN SERANG**

Selamat pagi/siang, Bapak/ibu/saudara/ri, pada hari ini iijinkan kami mengganggu sejenak kesibukan bapak/ibu/saudara/ri. Adapun maksud kedatangan kami adalah ingin mendapatkan informasi dari bapak/ibu/saudara/ri tentang pemasaran Askeskin, pertanyaan ini disusun semata-mata bertujuan untuk memberikan masukan dalam penyempurnaan program Askeskin . sehingga informasi yang sejujur-jujurnya sangat kami harapkan, kebenaran akan informasi akan mengurangi tingkat kesalahan dalam menentukan kebijakan yang akan diambil. Demikianlah atas bantuan dan kesediaan bapak/ibu/saudara/ri kami ucapkan terima kasih.

Nomor Responden :  
Nama Responden :  
Tanggal :

Fasilitator :  
Pencatat :  
Tempat :  
Waktu :

**PETUNJUK UMUM**

- a. Perkenalkan diri : nama, pekerjaan
- b. Jelaskan tujuan dari wawancara mendalam
- c. Minta izin penggunaan tape recorder untuk mempermudah pencatatan

**PELAKSANAAN:**

**PRODUK:**

1. Menurut bapak/ibu jenis pelayanan apa saja yang ada pada program Askeskin ?

2. Bagaimana pandangan bapak/ibu mengenai keramahan petugas di Puskesmas?
3. Bagaimana dengan lamanya berobat di Puskesmas mulai dari pendaftaran sampai bapak/ibu pulang ?
4. Bagaimana pandangan bapak/ibu tentang jenis dan kondisi obat yang diberikan?
5. Bagaimana dengan kualitas obatnya dalam proses kesembuhan penyakit?

#### HARGA:

1. Bagaimana dengan biaya transportasi ke tempat pelayanan Askeskin/Puskesmas?

#### TEMPAT

1. Bagaimana menurut bapak/ibu dengan keterjangkauan untuk pergi ke tempat pelayanan/ Puskesmas dari rumah ?
2. Menurut bapak/ibu bagaimana dengan birokrasi yang ibu harus lalui ketika bapak/ibu ingin berobat memanfaatkan program Askeskin?
3. Coba bapak/ibu ceritakan kemana bapak/ibu biasanya berobat?
4. Bisa bapak/ibu ceritakan apa yang menjadi alasannya?

#### PROMOSI:

1. Darimana bapak/ibu mengetahui Askeskin?
2. Media promosi yang bapak/ibu tahu digunakan untuk memperkenalkan program Askeskin?
3. Bagaimana dengan penyuluhan langsung tentang Askeskin yang bapak/ibu peroleh?

**Lampiran 4**

**INSTRUMEN/ PANDUAN**  
**WAWANCARA MENDALAM PENGELOLA PROGRAM ASKESKIN**  
**DINAS KESEHATAN KABUPATEN SERANG**  
**(KASIE JPKM)**

Selamat pagi/siang, Bapak/ibu/saudara/ri, pada hari ini ijin kami mengganggu sejenak keseibukan Bapak/ibu/saudara/ri. Adapun maksud kedatangan kami adalah ingin mendapatkan informasi dari bapak/ibu/saudara/ri tentang pemasaran Askeskin, pertanyaan ini disusun semata-mata bertujuan untuk memberikan masukan dalam penyempurnaan program Askeskin . sehingga informasi yang sejujur-jujurnya sangat kami harapkan, kebenaran akan informasi akan mengurangi tingkat kesalahan dalam menentukan kebijakan yang akan diambil. Demikianlah atas bantuan dan kesediaan bapak/ibu/saudara/ri kami ucapkan terima kasih.

Fasilitator :

Pencatat :

Tanggal :

Tempat :

Waktu :

**PELAKSANAAN DISKUSI**

**A. PERKENALAN**

**B. POKOK BAHASAN**

**PRODUK:**

1. Pelayanan apa saja yang ada dari program Askeskin di kabupaten Serang?
2. Bagaimana dengan jenis dan kualitas obat Askeskin ?

**HARGA:**

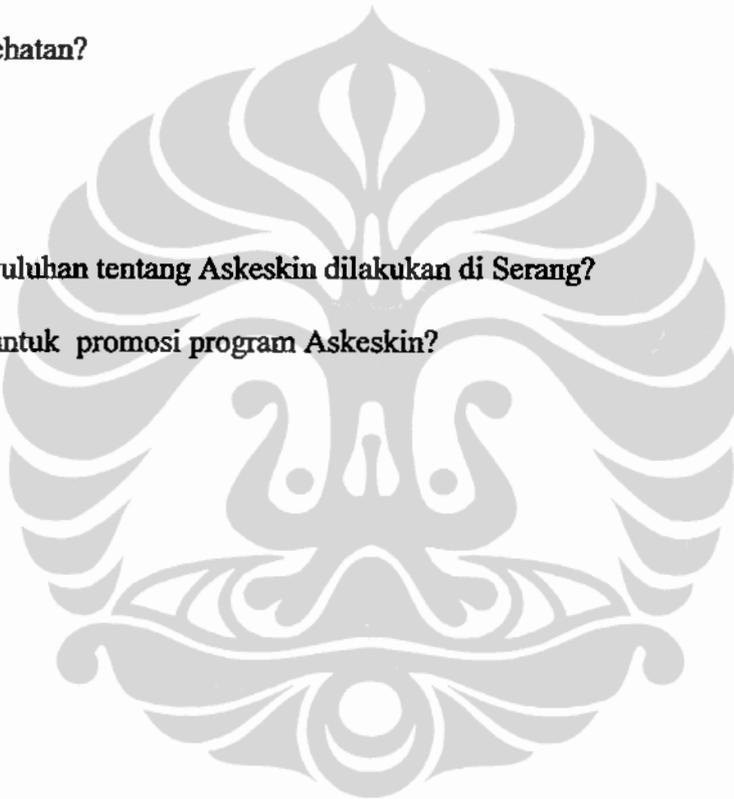
1. Bagaimana dengan pelayanan pasien yang memerlukan biaya transportasi ke tempat pelayanan Askeskin?

**TEMPAT:**

1. Bagaimana keterjangkauan Puskesmas dari masyarakat peserta Askeskin?
2. Bagaimana upaya yang dilakukan Dinkes untuk mengatasi masyarakat miskin yang jauh dari pelayanan kesehatan?

**PROMOSI:**

1. Bagaimana dengan penyuluhan tentang Askeskin dilakukan di Serang?
2. Media yang digunakan untuk promosi program Askeskin?



## Lampiran 5

### INSTRUMEN/ PANDUAN WAWANCARA MENDALAM KEPALA PUSKESMAS DI 4 PUSKESMAS DI KABUPATEN SERANG

Selamat pagi/siang, Bapak/ibu/saudara/ri, pada hari ini ijinkan kami mengganggu sejenak keseibukan Bapak/ibu/saudara/ri. Adapun maksud kedatangan kami adalah ingin mendapatkan informasi dari bapak/ibu/saudara/ri tentang pemasaran Askeskin, pertanyaan ini disusun semata-mata bertujuan untuk memberikan masukan dalam penyempurnaan program Askeskin . sehingga informasi yang sejujur-jujurnya sangat kami harapkan, kebenaran akan informasi akan mengurangi tingkat kesalahan dalam menentukan kebijakan yang akan diambil. Demikianlah atas bantuan dan kesediaan bapak/ibu/saudara/ri kami ucapkan terima kasih.

Fasilitator :  
Pencatat :  
Tanggal :  
Tempat :  
Waktu :

#### PETUNJUK UMUM

- b. Perkenalkan diri : nama, pekerjaan
- c. Jelaskan tujuan dari wawancara mendalam
- d. Minta ijin penggunaan tape recorder untuk mempermudah pencatatan

#### PELAKSANAAN DISKUSI

- A. PERKENALAN
- C. POKOK BAHASAN  
PRODUK:

1. Bagaimana kegiatan pelayanan program Askeskin di Puskesmas saudara/ri?

2. Bagaimana tanggapan saudara dengan perlunya keramahan petugas Puskesmas dalam melayani pasien, terutama pasien miskin?
3. Menurut saudara seberapa penting melayani pasien secara cepat?
4. Bagaimana menurut saudara dengan kelayakan mengenai jenis dan kualitas obat Askeskin saat ini ?

**HARGA:**

1. Bagaimana dengan pelayanan pasien yang memerlukan biaya transportasi ke Puskesmas karena rumahnya jauh?

**TEMPAT:**

1. Bagaimana jarak Puskesmas ke masyarakat peserta Askeskin di wilayah kerja Puskesmas saudara/ri ?
2. Bagaimana upaya yang dilakukan untuk menjangkau wilayah yang jauh dari Puskesmas?

**PROMOSI:**

1. Bagaimana dengan penyuluhan tentang Askeskin?
2. Media lain yang digunakan untuk promosi program Askeskin?

## Lampiran 6

Matrik Hasil Diskusi Kelompok Terarah (DKT) 1  
INFORMAN PASIEN PEMAKAI PROGRAM ASKESKIN DI PUSKESMAS SINGANDARU

No	Pertanyaan	FGD S1	FGD S2	FGD S3	FGD S4	FGD S5	FGD S6
I	Bauran Produk						
1.	Jenis pelayanan Askeskin	berobat	Berobat ke puskesmas		berobat ke Puskesmas, Rumah sakit, untuk persalinan bu bidan		Berobat
2.	Keramahan Petugas	ya pegawainya kurang...	lumayan	dilayani sama sistemnya, bidan		Kurang ramah	Ramah, dilayani baik
3.	Lamanya berobat		langsung aja dilayani	kalau pasien sedikit mah cepet	Agak lama nunggu antri obatnya		
4.	Jenis dan kondisi obat	bagus	bagus	Kurang bagus kemasaannya	Cuma itu-itu saja tiap berobat	bagus	baguslah
5.	Kualitas obat	bagus obatnya, waktu itu sembuh		obatnya cocok lah	Kurang cocok	bagus	Obatnya sih lumayan
II	Bauran harga						
1.	Biaya Transportasi dan pengorbanaan lain	ada kendala transportasi	gak masalahlah	dekat, gak masalah	Gak pa-pa	habis Rp 10000 naik becak kadang - kadang pinjam dulu sama teangga	gak ada masalah kadang saya malah jalan
2	Harapan dengan biaya transportasi	Gak ada udah lumayan gratis berobat				diganti	
III	Bauran Tempat						
1.	Keterjangkauan	jauh	gak jauh kadang saya jalan kaki	dekat	terjangkau	jauh	dekat
2.	Birokrasi	Langsung ke puskesmas	langsung		Ke pak lurah dulu	harus minta SKTM	langsung
	Status kartu	Kartu Askeskin	Kartu Askeskin	Kartu Askeskin	SKTM	SKTM	Kartu Askeskin
IV	Bauran Promosi						
1	Media Promosi	Dari RT	Dari lurah	RT	bidan	Pak RT	bidan
2	Penyuluhan Langsung	belum	belum	belum	dikasih tahu bidan	belum	

**MATRIS HASIL DISKUSI KELOMPOK TERARAH (DKT) 2  
INFORMAN PASIEN PEMAKAI PROGRAM ASKESKIN DI PUSKESMAS PABUARAN**

No	Pertanyaan	FGD P1	FGD P2	FGD P3	FGD P4	FGD P5	FGD P6	FGD P7
<b>I Bauran Produk</b>								
1.	Jenis pelayanan Askeskin	berobat gratis ke RS waktu sakit mag	Berobat pkm, RS, persalinan gak bayar	Imunisasi, KB, berobat	Imunisasi, KB, persalinan, kalau sakit gak bayar	Berobat	berobat	berobat
2.	Keramahan Petugas	pelayanannya petugas baik dan ramah	Bagus	Baik	Ramah-ramah	Baik-baik	Kurang	Kurang ramah
3.	Lamanya berobat	Kadang lama nunggu di loket	Gak lama	Antutnya lama	-	-	Nunggu lama sampai bejarn-jam	Lama nunggu
4.	Jenis dan kondisi obat	bagus	bagus	bagus	Obatnya kurang beragam macamnya	bagus	bagus	Kurang bagus kemasannya
5.	Kualitas obat	Sama dengan yang lain	bagus	bagus	obatnya lumayan tapi kurang manjur langsung bisa sembuh	sembuh	kurang	lumayan
<b>II Bauran harga</b>								
1.	Biaya Transportasi	Agak berat	Gak apa-apa	Mah berat dengan ongkos transportnya	lagi gak punya uang gimana berat	-	berat	Gak apa
2.	Harapan dengan biaya transpor	Di ganti	-	Di ganti	yah kalau bisa diganti ongkosnya	-	Di ganti	-
<b>III Bauran Tempat</b>								
1.	Keterjangkauan	jauh	dekat	tempatnya jauh dari Puskesmas, harus naik kendaraan dulu yang kadang agak susah	jauh	dekat	jauh	dekat

2.	Birokrasi	gak ada masalah orang cuma nunjukkan kartu asli dan fotocopi		Ke pak lurah minta SKTM	langsung		ke pak lurah dulu	langsung
	Status kartu	Kartu Askeskin	Kartu Askeskin	SKTM	Kartu Askeskin	Kartu Askeskin	SKTM	Kartu Askeskin
<b>IV</b>	<b>Bauran Promosi</b>							
1	Media Promosi	Dari pak lurah	RT dan bidan	Bidan dan kader	bidan	Kader	bidan	RT
2	Penyuluhan Langsung	Gak pernah		Gak ada Cuma di kasih tahu bidn ada berobat gratis	Gak ada	Kader posyandu Gak ada	Belum pernah	belum

Lampiran 7

MATRIS WAWANCARA MENDALAM  
INFORMAN DI RUMAH MASKIN YANG MEMANFAATKAN PROGRAM ASKESKIN  
DALAM TAHUN 2007

No	Pertanyaan	SR1	SR2	SR3	PR1	PR2	PR3	AR1	AR2
I	Bauran Produk								
1.	Jenis pelayanan Askeskin	untuk sakit lah gitu yang saya pergunakan selama ini di Puskesmas	Untuk berobat	Untuk berobat di Puskesmas	untuk berobat ke Puskesmas kalau sakit doang	Berobat Puskesmas	Berobat ke Puskesmas, RS	untuk berobat kalau ada yang sakit,	Berobat, melahirkan ke bidan
2.	Keramahan Petugas	kadang di omelin sama petugas di Puskesmas	Kurang ramah	Kurang ramah	kalau disini petugas bidannya enak	ramah	Sering ngomel	Cukup ramah	Kadang di omelin
3.	Lamanya berobat	Kalau di apotik lama gitu... antinya lama ditumpukkan dulu, jadi lama	Lama berobatnya, Sebaiknya siapa yang datang dulu kita ambil nomor	kalau di data lambat kadang kadang untung lebih cepat kadang lambat	Yah meski sabar namanya juga sakit	Lama di ruang tunggu dan wkt ambil obat	Nunggu sering	Waktu itu karena pasien sepi agak cepat	Lama nunggu dokternya
4.	Jenis dan kondisi obat	bagus	Sudah baik	Rasanya obatnya itu-itu aja	Sudah baik	Sudah baik	Obatnya banyak yg telanjang	Obatnya gak sperti obat dari dokter	Obatnya kalau di Puskesmas itu-itu aja
5.	Kualitas obat	obatnya lumayan bagus bisa nyembuhin waktu anak saya sakit batuk pilek	baik	Kurang manjur tapi lumayan namanya juga gratis	Cocoklah untuk berobat anak-anak	waktu itu sakit bisa disembuhin	lumayan	obatnya gak ada reaksi apa-apa pingin saya ya obat dokter, bungkusan gitu kayak obat dari dokter	obatnya kurang cocok kalau buat saya kalau berobat ke dokter yang bayar sendiri obatnya lain dari yang gratis

<b>II</b>		<b>Bauran harga</b>																	
1.	Biaya Transportasi dan pengorbanaan lain	Gak masalah Cuma Rp 2000 naik angkot	Ya wajar ngeluarin biaya transpor	Berat, pinginnya di kasih ongkos	gak jadi masalah	gak berat	jauh dari sini ongkosnya mahal	kadang-kadang gak punya uang sama sekali. pingin diganti ongkosnya	Pas gak ada uang berat sih										
<b>III</b>		<b>Bauran Tempat</b>																	
1.	Keterjangkauan	Dekat dg rumah	Lumayan jauh	Berat karena naik ojek terus naik angkot.	dekat ke Puskesmas	Dekat	Jauh kalau ke Puskesmas	agak jauh sih jaraknya, jadi lebih mudah berobat ke orang pintar/dukun	Ya lumayan sih kalau de Puskesmas										
2	Birokrasi	baik	Ke tempat pak lurah kalau belum punya kartu	cuma nunjukin kartu Askeskin Asli dan fotocopi	Agak panjang, saya ke kantor lurah dulu untuk minta cap dari pak lurah	agak repot birokrasinya	Langsung datang ke Puskesmas	Susah harus ke pak lurah dulu	Langsung datang										
	Status kartu	Kartu Askeskin	SKTM	Kartu Askeskin	SKTM	SKTM	Kartu Askeskin	SKTM	Kartu Askeskin										
<b>IV</b>		<b>Bauran Promosi</b>																	
1	Media Promosi	bidan	lihat di televisi	pak RT ngasih tahu	Pak RT	dikasih tahu sama ibu bidan	Puskesmas terus kan ada pak RT yang ngasih tahu	dari Puskesmas dapatnya	di koran										
2	Penyuluhan Langsung	Belum pernah	Belum ada	Di kasih tahu pak RT	Dari pak RT	Kl petugas Puskesmas belu	Belum ada	Gak tahu	Di Puskesmas waktu berobat										

Lampiran 8

MATRIS WAWANCARA MENDALAM  
INFORMAN DI RUMAH MASKIN PESERTA PROGRAM ASKESKIN  
YANG TIDAK MEMANFAATKAN PROGRAM ASKESKIN TAHUN 2006 S/D 2007

No	Peranyaan	SR4	SR5	SR6	CR1	CR2	CR3	AR3	AR4
I	Bauran Produk								
1.	Jenis pelayanan Askeskin	Berobat	Berobat ke puskesmas	Untuk berobat	Untuk berobat, melahirkan	berobat	berobat	untuk berobat ke rumah sakit Anyer	Untuk berobat
2.	Kapan terakhir memanfaatkan program Askeskin/ kartu sehat Keramahan Petugas	Belum pernah pakai	Belum pernah	Belum dipakai	Belum pernah	Belum pernah	belum	November 2005 dengan SKTM	belum
3.	Lamanya berobat							sering diomelin sama pegawai Puskesmas, itulah maknanya saya malas berobat pakai kartu ini	
4.	Kualitas obat							Lamanya baik	
II	Bauran harga								
1.	Biaya Transportasi dan pengorbanan lain	Rp 10000 naik ojek dulu	Naik ojek 4000	Naik angkot 3000 sekali jalan	Kalau pas banjir mahal	Kalau pas hujan naik angkot 3 kali	berat banget	Rp 10000-an	Rp 10000
III	Bauran Tempat								

1.	Keterjangkauan	Agak jauh ke puskesmas	Lumayan jauh	Agak jauh	Kalau pas banjir sungainya jadi tambah jauh	Jauh Harapan: peugasnya rutin kesini apa tiap minggu	Puskesmas Carenang kalau sungainya banjir dan gak bisa dilewati jadi jauh bisa-bisa kalau berangkat dari sini sudah siang sampai sana sudah tutup	Jauh ke Puskesmas	harapan saya kalau bisa kemari lah peugasnya
2.	Birokrasi							Dulu ke pak lurah dulu agak lama prosesnya.	
	Status kartu	Kartu Askeskin	Kartu Askeskin	Kartu Askeskin	Kartu Askeskin	Kartu Askeskin	Kartu Askeskin	SKTM	Kartu Askeskin
IV	Bauran Promosi								
1	Media Promosi	Dikasih pak lurah	Dari pak RT	bidan	Gak ada	Gak ada Cuma di kasih RT	Gak ada	Gak ada di kasih aja sama bidan	Dari RT
2	Penyuluhan Langsung	Gak pernah	Gak ada	Gak tahu	belum	gak ada, harapannya: penyuluhan dan poster di tempat umum	Gak ada	Belum ada	belum

Lampiran 9

MATRIS WAWANCARA MENDALAM  
INFORMAN MASYARAKAT MISKIN YANG TIDAK MEMPUYAI KARTU ASKESKIN/SKT/MKS

No	Pertanyaan	SR7	CR4	CR5
I	Bauran Produk			
1.	Jenis pelayanan Askeskin	Gak tahu ada Askeskin	Gak tahu ada Askeskin	Gak tahu ada berobat gratis
II	Bauran Harga			
1.	Biaya transport ke Puskesmas	Jauh naik ojek bisa Rp 8000	Jauh kalau naik kendaraan muter naik ojek dulu, baru naik angkot	Jauh, bisa sampai Rp 20000 kalau pas sungainya banjir
III	Bauran Tempat			
2.	Keterjangkauan	Kalau ke Puskesmas jauh	Jauh ke Puskesmas	Jauh ke puskesmas
3.	Birokrasi			
IV	Bauran Promosi			
4.	Media Promosi	Gak ada	Gak ada yang ngasih tahu	Gak ada
5.	Penyuluhan Langsung	Belum ada	Gak ada	Gak pernah

**MATRICK WAWANCARA MENDALAM  
INFORMAN PENGELOLA ASKESKIN DINKES DAN INFORMAN KA.PUSKESMAS**

No	Pertanyaan	PENGELOLA ASKESKIN DINKES	KA.PKM S	KA.PKM A	KA.PKM P	DR PKM C
I	<b>Bauran Produk</b>					
1.	Jenis pelayanan Askeskin	macam pelayanan yang terdapat dalam program Askeskin adalah pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit rawat inap kelas 3 dan rawat jalan baik layanan promotifnya, preventif kuratif, maupun rehabilitatif	pelayanan kesehatan program Askeskin yang tersedia di Puskesmas mulai dari pelayanan luar gedung dalam hal ini Puskesmas, puskesmas, pelayanan kesehatan di Puskesmas baik rawat jalan maupun rawat inap sampai dengan rujukan pasien ke RSUD Serang	pelayanan Askeskin di Puskesmas Anyer yaitu pelayanan rawat jalan baik di Puskesmas maupun pelayanan di luar gedung yaitu dengan Puskesmas setiap minggu, Puskesmas dan juga pelayanan rawat inap	Rawat jalan, rawat inap ke rumah sakit kelas 3, melahirkan juga bisa	Untuk di Puskesmas maupun pelayanan di luar gedung yaitu dengan Puskesmas setiap minggu, Puskesmas dan juga pelayanan rawat inap
2.	Jenis obat	Udah di tentuin jenis obatnya dg DPHO	Udah ada daftarinya obat untuk Askeskin	Berdasar pedoman dari depkes	Udah ada pedoman obatnya	Udah ada petunjuk dari Askes
II	<b>Bauran harga</b>					
1.	Biaya Transportasi	agar si pasien itu dapat transport				
III	<b>Bauran Tempat</b>					
1.	Keterjangkauan	bukan hanya Puskesmas yang kita kejar... kunjungan rumah juga	Masih terjangkau kalau untuk singgaharu	kegiatan Puskesmas atau kegiatan diluar gedung setiap minggu dengan lokasi yang berbeda-beda	kita pake motor untuk menjangkauanya	Wilayah PKM Carenan lumayan jauh-jauh
2.	Birokrasi	Permasalahan distribusi karena: Askes datanya gak klopp, Askesnya juga belum ngirimin uang untuk	Kami layani kalau udah lengkap, kalau belum disuruh lengkapi dulu	masih berlaku SKTM	Yang gak punya kartu Askeskin, kami suruh minta pak lurah SKTM	Kalau lengkap gak ada masalah langsung dilayani sbg pasien

		didistribusi, sehingga SKTMM masih ada/bertaku				Askeskin
<b>IV</b>	<b>Bauran Promosi</b>					
1	Media Promosi	gak ada bentuk lain seperti leaflet, tapi ada sosialisasi pendanaan sasaran Askeskin 2007 oleh BPS, dari BPS Cuma nama keluarga sehingga perlu sinkronisasi	gak ada dari dulu	Askeskin dari awal mah gak ada posternya, dulu untuk yang JPS-BK mah ada poster di tempel di Puskesmas	Untuk Askeskin malah gak ada poster, maupun media lain, tapi kalau dulu-dulu ada	Gak ada yang khusus Askeskin
2	Penyuluhan Langsung	Bidan dan kader dari mereka kita harapkan untuk diteruskan ke masyarakat	Pertemuan dengan kader tentang Askeskin	Promosi kepada bidan, kader	Ke bidan dan kader	Bidan dan kader dari mereka kita harapkan untuk diteruskan ke masyarakat



UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. 7864975, 7864976 FAX. 7863472

No : 2766/PT.02.H5.FKMUI/I/2007

23 Mei 2007

Lamp. : ---

Hal : *Ijin penelitian dan menggunakan data*

Kepada Yth.

**Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Serang Banten**

Jl. Ki. Mas Jong No. 11

Serang - Banten

Sehubungan dengan penulisan tesis mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami :

Nama : Yuli Kurniawan

NPM : 0606019926

Th. Angkatan : 2006/2007

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data yang akan dianalisis kembali dalam penyusunan tesis dengan judul, "*Analisis Bauran Pemasaran Sosial Program Askeskin di Kabupaten Serang*".

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perkenan dan kerjasama yang baik kami haturkan terima kasih.

Wakil Dekan Bidang Akademik,



**Dr. Sudijanto Kamsu, dr, SKM**

NIP. 140 062 213

**Tembusan:**

- Pembimbing tesis
- Arsip