

**PENGARUH IMPLEMENTASI MODEL KEBIJAKAN DANA KOMPENSASI
BBM TERHADAP MUTU LAYANAN KESEHATAN KELUARGA MISKIN
DI PROVINSI SULAWESI SELATAN**

M. Ichwan Musa

Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Makassar

Email : ichwan.musa71@gmail.com

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh implementasi model kebijakan dana kompensasi BBM terhadap kualitas layanan kesehatan keluarga miskin, serta menemukan berbagai argumentasi masyarakat miskin bertalian dengan berbagai indikator dimensi kebijakan yang belum menjadi perhatian di dalam meningkatkan kualitas layanan kesehatan pada setiap strata layanan kesehatan. Metode penelitian ini dikategorikan survei eksplanatori dengan teknik pengumpulan data menggunakan alat bantu kuisisioner untuk mengetahui penilaian responden pada setiap indikator yang digunakan di dalam mengukur dimensi implementasi model kebijakan, serta melakukan observasi untuk mengetahui tingkat kontak layanan yang dilakukan pada setiap strata layanan kesehatan, sedangkan besarnya sampel di dalam penelitian ini sejumlah 150 responden keluarga miskin, yang selanjutnya dilakukan verifikasi data dalam menjawab hipotesis penelitian digunakan Analisis Jalur. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa implementasi model kebijakan dana kompensasi BBM menunjukkan pengaruhnya baik langsung maupun tidak langsung terhadap mutu layanan kesehatan keluarga miskin, sedangkan dilihat dari masing-masing dimensi variabel, nampak komunikasi kebijakan dan sumber daya kebijakan memberikan pengaruh yang rendah terhadap kualitas layanan kesehatan keluarga miskin.

Kata Kunci : Kebijakan Dana Kompensasi BBM, Mutu Layanan

**THE IMPACT OF POLICY IMPLEMENTATION MODELS ON OIL
COMPENSATING PROGRAM TOWARD HEALTH SERVICES QUALITY
FOR POOR COMMUNITY AT THE SOUTH SULAWESI PROVINCY**

M. Ichwan Musa

Faculty of Economics, State University of Makassar

Email : ichwan.musa71@gmail.com

ABSTRACT

This study aimed to analyze the effect of the implementation of the model fuel compensation fund policies against the poor quality of health services, as well as the poor find various arguments related to various dimensions of policy indicators are not yet a concern in improving the quality of health care in every strata of health services. This research method is categorized explanatory survey with data collection techniques using tools to determine the assessment questionnaire respondents on each indicator used in measuring dimensions model of policy implementation, as well as observation to determine the level of service contacts made at each level of health services, while the size of the sample in this study a total of 150 respondents poor families, who then performed the verification of the data used in answering the research hypothesis Path Analysis. Results of this study showed that the implementation of policy models shows the effect of fuel compensation funds either directly or indirectly to the poor quality of health services, while the views of the respective variable dimensions, visible

communication resource policies and policies provide a low impact on the quality of family healthcare services poor.

Keywords : Fuel Compensation Fund Policies, Quality of Service

PENDAHULUAN

Paradigma baru penyelenggaraan pemerintahan berdasarkan Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang pemerintahan daerah menunjukkan terjadinya pergeseran orientasi sistem penyelenggaraan manajemen pemerintahan dari sistem sentralisasi ke desentralisasi, dari dekosentrasi (desentralisasi administratif) ke arah devolusi yang memberikan implikasi pada terbukanya peluang luas bagi daerah untuk menyelenggarakan berbagai urusan yang menjadi kewenangannya, termasuk bidang kesehatan, sesuai pasal 14 UU nomor 32 tahun 2004 sebagai koridor kemampuan sumber daya lokal berdasarkan prinsip efisiensi, efektivitas, akuntabilitas, responsibilitas dan transparan (*good governance*) guna mewujudkan pelayanan yang berkualitas.

Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 mewajibkan setiap pemerintah daerah untuk membuat rencana kerja dan rencana strategis sesuai pasal 23 ayat 1 dan pasal 27 ayat 1, yang mengharuskan setiap daerah memiliki dokumen sah untuk kepentingan pengukuran kinerja, sehingga melalui dokumen perencanaan tersebut, daerah dapat lebih mandiri dalam menentukan seluruh kegiatannya, serta mendasarkan diri pada kemampuan daerah, tanpa harus tergantung pada pemerintah pusat.

Didalam penjelasan Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1992 tentang kesehatan dinyatakan bahwa pembangunan kesehatan pada dasarnya menyangkut pembangunan fisik, mental maupun sosial ekonomi yang dilakukan secara menyeluruh mulai dari peningkatan kesadaran kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan sampai pemulihan kesehatan (rehabilitatif) dengan melibatkan pemerintah dan masyarakat.

Beberapa upaya dalam bentuk kebijakan yang telah dikeluarkan oleh pemerintah untuk membantu pelayan terhadap penduduk miskin yang rentan terhadap berbagai penyakit seperti Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS-BBM BIDKES) yang dimulai sejak tahun 2003 merupakan kelanjutan dari Program Jaring Pengamanan Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) dan Program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan (PD-PSE BK), serta dampak konversi minyak tanah ke gas diwujudkan melalui penyediaan sarana dan prasarana kesehatan meliputi :

1. Pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya, termasuk pelayanan kebidanan, KB dan rujukan untuk berobat lanjutan.
2. Pelayanan di Rumah Sakit, BP4 (Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru), serta BKMM (Balai Kesehatan Mata Masyarakat).
3. Pengadaan obat untuk mendukung pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya.
4. Pengadaan vaksin dan pemberian imunisasi Hepatitis B (Depkes RI, 2003 : 2).

Jumlah rumah tangga miskin di wilayah Kabupaten Bone 37.427 dengan jumlah anggota rumah tangga miskin sebesar 137.214 orang, di Kabupaten Sinjai jumlah rumah tangga miskin sebanyak 16.268 sedangkan jumlah anggota rumah tangga miskin sebanyak 65.453 orang, sementara itu di Kabupaten Bulukumba jumlah rumah tangga miskin sebanyak 23.047 sedangkan jumlah anggota keluarga miskin sebanyak 83.473 orang (BPS 2008).

Jika dibandingkan dengan jumlah Keluarga Miskin (Gakin) yang perlu mendapatkan pelayanan PKPS-BBM BIDKES dengan jumlah fasilitas medis maupun

paramedis tersebut terasa sangat tidak seimbang dan hal ini pulalah diantaranya yang dijadikan argumentasi dari belum membaiknya kualitas pelayanan kesehatan pada GAKIN di Kabupaten Bone, Kabupaten Sinjai dan Kabupaten Bulukumba yang merupakan permasalahan umum bidang pelayanan publik yaitu :

1. Aspek kelembagaan, meliputi : struktur organisasi pemerintahan yang sangat hierarkis; tumpang tindih tugas/kewenangan antar sektor maupun antar level pemerintahan; serta kompetensi yang dipersyaratkan untuk setiap jabatan sebagian besar belum ditetapkan.
2. Aspek sumber daya aparatur, meliputi : kompetensi SDM yaitu duduk dalam jabatan belum memadai, program pembinaan belum terencana dengan baik, belum tumbuh budaya kerja yang kondusif dan tingkat kesejahteraan pegawai yang belum sesuai sebagaimana diharapkan.
3. Aspek ketatalaksanaan meliputi : belum ditetapkannya standar pelayanan publik yang baku, mekanisme dan prosedur pelayanan belum efisien, waktu penyelesaian dan biaya sebagian besar belum transparan yang berimplikasi pada kurangnya informasi pelayanan kepada masyarakat.
4. Aspek pengawasan dan akuntabilitas meliputi : tindak lanjut hasil temuan pengawasan dan evaluasi kurang ditindaklanjuti, kurang responsif terhadap kritikan maupun saran masyarakat, LAKIP dan AKIP kurang berfungsi.

TINJAUAN PUSTAKA

Kebijakan Publik

Kebijakan menurut Lasswell dan Kaplan, (1997 : 71) dirumuskan sebagai suatu program yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan, nilai-nilai dan praktek-praktek yang telah ditetapkan (*policy as a projected program of goals, values and practices*), sedangkan Anderson (1998 : 305) menyatakan kebijakan "*...a purposive course of action followed by an actor in dealing with a problem or matter of concern*" (serangkaian tindakan yang mempunyai tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang atau sekelompok aktor sebagai pelaku guna mengatasi suatu masalah tertentu).

Menurut Dye (1997 : 39), mengemukakan kebijakan publik adalah "*...whatever government choose to do or not to do* ", sedangkan Edwar III dan Sharkansky (1988 : 29), menyatakan "*public policy is what the government says to do or not to do*", sehingga berdasarkan pengertian di atas, maka kebijakan publik mencakup semua tindakan yang dilakukan oleh pemerintah maupun yang tidak dilakukan, sedangkan menurut pandangan Dye tindakan yang tidak dilakukan oleh pemerintah juga merupakan suatu kebijakan, karena untuk memilih tindakan melakukan apapun juga memerlukan suatu pertimbangan-pertimbangan politis maupun administratif, bahkan pilihan untuk tidak melakukan suatu tindakan, seringkali justru mempunyai dampak (pengaruh) yang sangat besar bagi masyarakat.

Bullock et al (1998 : 162), mengemukakan bahwa untuk disebut sebagai suatu kebijakan, maka keputusan yang dilakukan perlu diikuti langkah tindakan pelaksanaan yang diorientasikan untuk mencapai tujuan yang dimaksud. "*...a useful definition must embody the idea that public policy is a course or pattern of activity and not simply a decision to act in some particular way; that is, public policy is a process and not merely a single decision on one place at a particular moment*".

Anderson et al., (1998 : 43) menyatakan *public policies are those policies devoleped by government bodies and official* (kebijakan-kebijakan publik adalah kebijakan-kebijakan yang dibuat oleh badan atau pejabat pemerintah), sehingga pengertian publik mengandung makna sebagai berikut :

1. Selalu mempunyai tujuan tertentu atau suatu tindakan yang berorientasi pada tujuan.
2. Kebijakan tersebut berisi tindakan-tindakan atau pola-pola tindakan pejabat pemerintah.
3. Kebijakan tersebut merupakan apa yang benar-benar dilakukan oleh pemerintah, bukan apa yang keinginan akan melakukan atau menyatakan sesuatu.
4. Kebijakan publik tersebut dapat bersifat positif, dalam arti berupa tindakan pemerintah untuk mengatasi masalah tertentu atau bersifat negatif dalam arti merupakan suatu keputusan pemerintah untuk tidak melakukan sesuatu apapun.
5. Kebijakan publik didasari oleh suatu peraturan perundang-undangan dan bersifat memaksa (otoritatif).

Chandler dan Plano (1998 : 171) beranggapan kebijakan publik merupakan intervensi yang kontinum oleh pemerintah atas nama orang-orang yang tidak berdaya dalam masyarakat, agar mereka dapat hidup dan ikut berpartisipasi dalam pemerintah, sehingga melalui proses ini terbangun suatu rangkaian kegiatan yang meliputi formulasi kebijakan, pelaksanaan kebijakan serta evaluasi kebijakan.

Orientasi kebijakan publik paling tidak mengandung tiga komponen dasar, yaitu : 1) Tujuan yang hendak dicapai, 2) Sasaran yang spesifik, 3) Cara mencapai sasaran tersebut. Cara mencapai sasaran inilah yang sering disebut dengan implementasi, yang biasanya diterjemahkan ke dalam program-program aksi dan proyek, sehingga aktivitas implementasi ini biasanya terkandung di dalamnya siapa pelaksananya, besar dana dan sumbernya, siapa kelompok sasarannya, bagaimana manajemen program atau proyeknya dan bagaimana keberhasilan atau kinerja program diukur, atau dengan kata lain implementasi kebijakan adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya, sedangkan tujuan kebijakan pada hakekatnya adalah tindakan (*action*) intervensi itu sendiri.

Van Horn dan Van Meter (1999 : 447) mengartikan implementasi kebijakan sebagai "*those actions by public and private individual or groups that are directed at the achievement of objectives set forth in prior policy decisions*", sedangkan Martin Rein and Francise Rabinovitz (1998 : 308), dalam buku *Policy Implementation : A perspective theory*, mendefinisikan implementasi kebijakan sebagai berikut : *A declaration of government preferences, Mediated by a number of actors who dan Create a circular process characterized by reciprocal power relations and negotiations.*

Dalam siklus kebijakan publik, tindakan implementasi kebijakan merupakan salah satu tahapan yang amat penting dari seluruh proses kebijakan, karena pada tahapan ini merupakan mata rantai yang langsung bersentuhan dengan proses tindakan di dalam mencapai tujuan yang memiliki kemampuan untuk langsung dirasakan atau dinikmati oleh sasaran dari kebijakan tersebut (*outcome*).

Dwiyanto (2005 : 27) mengatakan bahwa pemerintah mengalami kesulitan untuk merumuskan kebijakan dan program perbaikan praktik *governance* karena ; Pertama, praktik *governance* memiliki dimensi yang luas sehingga terdapat banyak aspek yang harus diintervensi, Kedua, informasi mengenai aspek strategis yang perlu memperoleh prioritas untuk dijadikan sebagai *entry point* dalam memperbaiki kinerja *governance* belum banyak tersedia, Ketiga, kondisi antar daerah di Indonesia sangat beragam membuat setiap daerah memiliki kompleksitas masalah *governance* yang berbeda, Keempat, komitmen dan kepedulian dari berbagai *stakeholders* mengenai reformasi *governance* berbeda-beda dan pada umumnya masih rendah.

Prosedur kerja yang dilakukan oleh petugas rumah sakit juga memberikan pengaruh yang rendah terhadap kepuasan pasien dan ini ditunjukkan oleh belum terbangunnya suatu Standar Operasi Prosedur (SOP) yang harus dilakukan oleh petugas

RSUD, karena pada umumnya standar operasi prosedur pada setiap rumah sakit lebih pada pendekatan kesehatan dan belum menyentuh pada prosedur layanan seperti upaya di dalam mengelola antrian.

Pelayanan kesehatan memberikan pengaruh yang signifikan di dalam mempengaruhi kepuasan pasien, hal ini diindikasikan bahwa operasional RSUD memiliki kemampuan di dalam memastikan pemberian layanan pada keluarga miskin guna mewujudkan eksistensi RSUD tersebut di dalam menjalankan misi sosialnya, sehingga setiap pasien memiliki keterjangkauan untuk berobat dan memiliki hak-hak dasar untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Untuk mengetahui apa sebenarnya yang terjadi setelah suatu kebijakan dibuat dan dirumuskan adalah subyek dan implementasi kebijakan yang menurut Mazmanian dan Sabatier, (1998 : 36) menyebutkan adanya dua sudut pendekatan dalam studi implementasi, yaitu sudut pandang analisis ekonomi sektor publik dan sudut pandang ilmu politik, yang pada awalnya implementasi hanya dilihat dari semata-mata sebagai pelaksanaan kebijakan secara efektif dan efisien, namun pandangan ini semakin tidak populer karena berdasarkan hasil berbagai penelitian menunjukkan terdapat badan-badan administratif yang tidak hanya dipengaruhi oleh perintah atau mandat resmi dari badan-badan pemerintah, tetapi juga oleh tekanan-tekanan dan kelompok-kelompok kepentingan, intervensi lembaga legislatif dan oleh berbagai faktor lain di dalam lingkungan politik mereka.

Adanya dua sudut pandang dalam studi implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh Ripley, (1998 : 135), bahwa studi implementasi mempunyai dua fungsi pokok yaitu kepatuhan (*compliance*) dan apa yang terjadi setelah suatu kebijakan dilaksanakan (*what's happening*), sehingga kepatuhan memusatkan perhatiannya pada apakah badan dan individu bawahan mematuhi perintah badan atau individu atasannya. Perspektif ini lebih merupakan analisis karakter dan kualitas dari perilaku organisasional, yang menurut Ripley (1998 : 135), paling tidak ada dua kekurangan dari perspektif ini, yaitu banyak faktor non-birokratis yang berpengaruh dan ada program-program yang tidak disusun dengan baik (*mal designed*). Sedangkan perspektif yang kedua, yaitu perspektif *what's happening*, sangat berbeda dengan perspektif kepatuhan. Perspektif ini berasumsi adanya banyak faktor yang dapat dan telah mempengaruhi implementasi kebijakan. Faktor tersebut utamanya berasal dari lingkungan luar kebijakan.

Berdasarkan kedua perspektif ini maka kajian terhadap implementasi kebijakan haruslah memperhatikan faktor eksternal dan kebijakan yang diimplementasikan (lingkungan non organisasional dan non birokrasi), maupun faktor internal dan ini seperti ditunjukkan oleh Meter dan Horn (1975 : 462-474), bahwa kinerja implementasi kebijakan pada dasarnya merupakan penilaian atas tingkat tercapainya standar dan sasaran tertentu yang telah ditetapkan dalam suatu kebijakan.

Untuk mewujudkan standar dan sasaran tersebut, terdapat beberapa variabel penting yang mempengaruhinya, yaitu : (a) ukuran dan tujuan kebijakan, (b) sumber-sumber kebijakan, (c) karakteristik badan atau lembaga pelaksana, (d) komunikasi antar organisasi terkait dan aktivitas pelaksanaan, (e) kondisi ekonomi, sosial dan politik, dan (f) sikap para pelaksana kebijakan.

Selanjutnya variabel-variabel di atas digambarkan dalam bentuk model implementasi kebijakan sebagai berikut : *Implementability* dari suatu kebijakan, menurut Grindle, (1998 : 64), sangat ditentukan oleh isi kebijakan (*content of policy*) dan konteks kebijakan (*context of policy*), dimana isi kebijakan yang dilakukan harus diorientasikan meliputi berbagai aspek antara lain : (a) kepentingan yang terpengaruhi oleh kebijakan, (b) jenis manfaat yang dihasilkan, (c) derajat perubahan yang dicapai,

(d) kedudukan pembuat kebijakan, (e) siapa pelaksana program, dan (f) sumberdaya yang dikerahkan, sedang konteks kebijakan mencakup: (a) kekuasaan, kepentingan dari strategi aktor yang terlibat, (b) karakteristik lembaga maupun penguasa, dan (c) kepatuhan serta daya tangkap pelaksana terhadap kebijakan, sehingga kebijakan menyangkut pelibatan banyak kepentingan yang berbeda memiliki kesulitan untuk diimplementasikan, dibanding dengan sedikit kepentingan, oleh karenanya tinggi-rendahnya intensitas keterlibatan berbagai pihak berpengaruh terhadap efektivitas implementasi kebijakan.

Mazmanian dan Sabatier menyebut variabel mudah tidaknya masalah dikendalikan sebagai variabel independen dan berkenaan dengan : (a) ketersediaan teknologi dan teknis teori yang valid, (b) keragaman perilaku kelompok sasaran, (c) persentase kelompok sasaran dibanding jumlah penduduk, dan (d) lingkungan perubahan perilaku yang diinginkan.

Berdasarkan uraian di atas maupun penelitian terdahulu yang relevan dan berbagai model implementasi kebijakan di atas, untuk kepentingan penulisan ini, penulis akan mencoba menerapkan model implementasi kebijakan berdasarkan konsep dari Edward III dengan argumentasi sebagai berikut :

1. Model implementasi kebijakan Edward III menggunakan dimensi yang cukup jelas dengan indikator yang dapat diukur, sehingga mudah dipahami oleh aparat di tingkat Kabupaten maupun Kecamatan sebagai implementor kebijakan di lapangan;
2. Model ini telah banyak diterapkan oleh peneliti lainnya yang pada umumnya diimplementasikan oleh institusi pada tingkat Kabupaten/Kota, serta belum ada penelitian tentang implementasi yang dilakukan pada institusi di bawah tingkat Kabupaten/Kota.

PKPS-BBM BIDKES dirancang oleh pemerintah pusat yang implementasinya lebih banyak dilakukan oleh institusi tingkat Kecamatan (PUSKESMAS), oleh karena itu banyak aktor yang terlibat yaitu pada tingkat Kabupaten dan Kecamatan bahkan Desa, sehingga sangat memungkinkan terjadinya bias di dalam mengukur dimensi komunikasi, sumber-sumber, kecenderungan-kecenderungan (disposisi) dan struktur birokrasi.

Salah satu tugas dan fungsi utama pemerintah daerah adalah memberikan pelayanan publik kepada masyarakatnya, oleh karenanya setiap pemerintah daerah wajib menyelenggarakan pelayanan publik yang berkualitas kepada masyarakatnya. Hingga saat ini kualitas pelayanan publik yang dihasilkan secara umum masih belum sesuai harapan. Farago dan Skyrme (2005 : 147) mengidentifikasi empat kelompok masalah yang umumnya dijumpai pada organisasi di dalam melakukan layanan publik yaitu :

1. *Learning Culture*, yang merupakan budaya belajar dalam sebuah organisasi tidak tumbuh secara memadai dibandingkan dengan perkembangan lingkungan luar organisasinya.
2. *Processes* yang merupakan manajemen kunci hanya berorientasi internal, terkungkung dalam wilayah internal, sehingga membutuhkan wawasan dan pengetahuan penghuni-penghuni di dalamnya.
3. *Tools and Technique* yang merupakan metode-metode pemecahan masalah yang berkembang kurang mendapatkan perhatian, pimpinan instansi maupun pusat atau bahkan tidak memberikan dukungan atau bantuan fasilitas secara memadai mengenai pengkajian dan penggunaan metode-metode manajemen yang berkembang.
4. *Skills and Motivation* yang kurang memadai, sehingga kemampuan dan motivasi pimpinan organisasi sebagai akibat pengabaian poin 1-3 di atas, menyebabkan

keterpurukan organisasi. Logikanya, tanpa kemauan dan kemampuan belajar seorang pimpinan organisasi sulit untuk mampu mengembangkan proses kunci manajemen dan metode-metode mutakhir secara maksimal. Dampak dari semua itu adalah berkurangnya *skills* dan menurunnya motivasi yang pada akhirnya organisasi tersebut tidak mampu beradaptasi dengan perubahan-perubahan yang terus bergerak tanpa toleransi.

Akibat dari keempat hal di atas, kerap terjadi kesenjangan dalam pelaksanaan layanan dan penerima layanan yang oleh Zeithaml *et al*, (2004 : 135), mengemukakan lima macam kesenjangan yaitu :

1. Kesenjangan antara harapan pelanggan mengenai pelayanan (*expected service*) dengan persepsi manajemen (*management perception of customer expectation*).
2. Kesenjangan antara persepsi manajemen (*management perception of customer expectation*) dengan spesifikasi kualitas pelayanan (*service quality specification*).
3. Kesenjangan antara spesifikasi kualitas pelayanan (*service quality specification*) dengan penyampaian pelayanan (*service delivery*).
4. Kesenjangan antara komunikasi eksternal kepada pelanggan (*external communication to customers*) dengan proses penyampaian pelayanan (*service delivery*).
5. Kesenjangan antara pelayanan yang diharapkan pelanggan (*expected Service*) dengan pelayanan yang dirasakan oleh pelanggan (*percieved service*).

Guna menciptakan pelayanan publik yang berkualitas, tentunya perlu diciptakan berbagai perangkat atau piranti pendukungnya, Albrecht dan Zemke, (1999 : 41) menyatakan kualitas pelayanan publik merupakan hasil interaksi antara berbagai aspek, seperti sistem pelayanan, sumber daya manusia pemberi pelayanan, strategi pelayanan serta pelanggan sebagai pengguna.

Menurut Albrecht dan Zemke (1999 : 142), untuk menyelenggarakan pelayanan publik yang berkualitas, diperlukan sinergi antar berbagai faktor pelayanan publik di atas, sehingga sifat dan jenis pelayanan publik yang bervariasi dan beragamnya pemanfaat, tentunya membutuhkan strategi pelayanan yang berbeda dan oleh karenanya petugas pelayanan publik harus mengenal pelanggan dengan baik sebelum menyelenggarakan dan memberikan pelayanan. Zeithaml, Pasuraman dan Berry (2002 : 26) dalam mengukur kualitas pelayanan menggunakan kriteria :

1. *Tangibles* (bukti fisik) menunjuk kepada fasilitas fisik, peralatan, pegawai dan fasilitas komunikasi (sarana dan prasarana yang mendukung), penampilan petugas saat memberikan pelayanan.
2. *Reliability* (kehandalan) menunjuk kepada kemampuan untuk menyelenggarakan pelayanan yang dijanjikan secara akurat (kecakapan/keakuratan petugas dalam memberikan pelayanan, ketepatan waktu serta memiliki komitmen yang kuat di dalam memberikan layanan).
3. *Responsiveness* (kepekaan atau daya tanggap) menunjuk kepada kerelaan untuk menolong pengguna layanan dan menyelenggarakan pelayanan secara ikhlas maupun kemudahan petugas untuk dihubungi dan kemauan petugas memberikan pertolongan.
4. *Assurance* (jaminan) menunjuk kepada pengetahuan, kesopanan dan sikap untuk dapat dipercaya yang dimiliki oleh petugas sehingga tidak menimbulkan keraguan akan resiko yang mungkin timbul akibat pelayanan yang diberikan.
5. *Emphaty* (empati), menunjuk kepada kemampuan untuk memenuhi kebutuhan pelanggan (kepedulian atau perhatian dan petugas secara individual terhadap pengguna layanan).

METODE PENELITIAN

Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini didesain menggunakan metode survei eksplanatori (*explanatory survey method*), yaitu suatu penelitian dengan metode survei untuk menguji hipotesis dan menjelaskan hubungan sebab akibat (Singarimbun dan Effendi, 1999 : 34), penelitian survei dilakukan pada sampel yang ditarik dari suatu populasi (Kerlinger, 2000 : 660), yaitu pada sejumlah layanan kesehatan yang tersebar pada sejumlah Kabupaten di Provinsi Sulawesi Selatan.

Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini adalah analisis model implementasi kebijakan pemerintah terhadap kualitas pelayanan kesehatan keluarga miskin (GAKIN) pada sejumlah Kabupaten di Provinsi Sulawesi Selatan yang merupakan suatu pengkajian di dalam mengungkap efektifitas model pemberian bantuan dana kompensasi BBM untuk layanan kesehatan, sehingga dapat dilakukan pemetaan mengenai faktor-faktor pendukung dan penghambat di dalam pelaksanaannya, terutama pada lembaga pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit, Puskesmas maupun Pos Yandu sebagai lembaga terdepan di dalam memberikan layanan pada keluarga miskin.

Sumber Data

Data penelitian berasal dari data primer maupun data sekunder. Data primer adalah data yang langsung diambil dari responden yang dijadikan sampel, di luar itu merupakan data sekunder (seperti dari informan, literatur-literatur, dokumentasi, serta data dari instansi terkait).

Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara Mendalam (*Indepth Interview*)

Yin (1987 : 108) juga mengemukakan bahwa salah satu sumber informasi yang sangat esensial bagi suatu penelitian survei eksplanatori adalah wawancara, yang aktivitasnya dapat mengambil beberapa bentuk/tipe yang paling umum adalah tipe *open ended*, dimana peneliti dapat bertanya kepada responden kunci tentang fakta-fakta suatu peristiwa, di samping opini mereka mengenai peristiwa yang ada, tipe kedua adalah wawancara yang pendek dan terarah, sedangkan tipe ketiga adalah kebutuhan akan pertanyaan-pertanyaan yang lebih terstruktur, sehingga ketiga bentuk wawancara ini digunakan sebagai suatu teknik yang dilaksanakan agar dapat menggali dan menangkap kejujuran informasi yang benar.

2. Kuesioner

Melalui kuesioner peneliti mengumpulkan informasi berupa data yang dibutuhkan guna menjawab masalah penelitian, sedangkan teknik ini bertujuan untuk mengumpulkan data primer yang berkaitan dengan masalah penelitian, dimana penyusunan kuesioner dilakukan dengan membuat daftar pertanyaan maupun pernyataan (baik bersifat positif atau negatif) yang sesuai dengan kebutuhan penelitian, sehingga di dalam angket ini digunakan skala Likerts dengan memberikan 5 (lima) alternatif pilihan jawaban.

3. Observasi Langsung

Merupakan upaya pengamatan langsung dari peneliti, yang menggunakan seluruh kemampuan panca-inderanya, guna melihat, mengamati, menilai serta menyimpulkan kondisi variabel-variabel penelitian, berdasarkan fakta yang terdapat di tempat penelitian. Hasil dari observasi langsung ini bisa dijadikan bahan pendukung dan bahan komparasi (*cross check*) dari fakta yang diperoleh melalui kuesioner maupun wawancara.

Populasi dan Teknik Sampling

Populasi penelitian ini adalah para GAKIN, Aparat Puskesmas dan Aparat Dinas Kesehatan yang tersebar pada sejumlah Kabupaten di Provinsi Sulawesi Selatan, adapun cara penentuan ukuran sampel dan teknik penarikan sampelnya, diuraikan sebagai berikut :

Penentuan Ukuran Sampel

Berdasarkan teknik sampling dan alat uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini, maka untuk menentukan ukuran sampel minimalnya digunakan metode iteratif maksimum (Harun Al-Rasyid, 1998 serta Cohen and Cohen, 1969 dan Machine & Cambell, 1987). Sehubungan dalam penelitian ini menggunakan teknik *stratified random sampling*, maka perolehan sampel minimal tersebut harus dikalikan dengan bilangan 2 yang merupakan bilangan *design effect*-nya (Harun Al-Rasyid, 1998), sehingga ukuran sampel minimalnya menjadi : $n = 2 \times 61 = 122$, karena perolehan hasil perhitungan tersebut dan juga dengan pertimbangan untuk pencapaian validitas dan reliabilitas penelitian yang lebih baik, maka ukuran sampel yang diambil dalam penelitian ini ditentukan sebanyak 150 orang responden sampel.

Teknik Penarikan Sampel

Rancangan teknik penarikan sampel yang digunakan adalah *two stage cluster sampling* yang dikombinasikan dengan *simple & stratified random sampling* melalui *proportional allocation* (Harun Al-Rasyid, 1998).

MODEL DAN TEKNIK ANALISIS DATA

Analisis Statistik

Penelitian ini mencermati dan mengevaluasi kinerja Dinas Kesehatan melalui Puskesmasnya di Kabupaten Bulukumba, Kabupaten Sinjai dan Kabupaten Bone dalam kaitannya dengan penataan organisasi dan tata kerja yang dibangun, kualitas sumberdaya aparatur, pengelolaan keuangan daerah, kualitas pelayanan publik dan budaya organisasi, yang dianalisis dengan menggunakan model *Path Analysis* (Analisis Jalur).

Beberapa tahapan analisis data yang digunakan dalam penelitian ini dijabarkan sebagai berikut :

1. Uji Validitas

Untuk menghitung uji validitas instrumen penelitian, digunakan rumus korelasi *product moment* sebagai berikut (Umar, 2000 : 190) :

$$R_{xy} = \frac{n(\sum XY) - (\sum X \cdot \sum Y)}{\sqrt{\{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]\}}}$$

Keterangan :

r_{xy} = Koefisien korelasi item dengan total pertanyaan

n = Jumlah responden

X = Skor pertanyaan

Y = Skor total sampel

Syarat minimum untuk dianggap memenuhi syarat atau valid adalah jika Koefisien *product moment* $> r$ - tabel (α ; $n-1$) n = jumlah sampel Nilai $p < \alpha$.

2. Uji Reliabilitas

Untuk menghitung uji reliabilitas pada instrumen penelitian, dilakukan dengan teknik Cronbrach atau Alpha (α) dengan rumus sebagai berikut (Azwar, 2000 : 207) :

$$r_{11} = \left(\frac{k}{0-1} \right) \left(1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_b^2} \right)$$

Keterangan :

- r_{11} = Reliabilitas instrumen
- k = Banyak butir pertanyaan
- $\Sigma\sigma^2b$ = Jumlah varians
- σ^2b = Varians total

3. Analisis Deskriptif

Analisis ini digunakan untuk mengetahui berbagai harapan yang menjadi impian bagi masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan gratis bagi keluarga miskin, yang selanjutnya langkah analisisnya menggunakan metode Kuesioner maupun diskusi yang mendalam pada kelompok masyarakat miskin yang sering menggunakan pelayanan kesehatan.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Persepsi Responden pada Model Kebijakan Kesehatan Gakin

1. Persepsi Responden untuk Dimensi Variabel Komunikasi Kebijakan

Jika dilihat dari tanggapan responden pada program sosialisasi kebijakan kesehatan gratis melalui pemberian Jamkeskin, tampak seperti pada tabel 1 di bawah ini menunjukkan bahwa informasi kebijakan yang diberikan di dalam mensosialisasikan program tersebut belum diterima oleh masyarakat secara merata, sehingga fakta ini memberikan argumentasi bahwa program pemberian layanan kesehatan gratis belum dapat dipahami secara utuh oleh masyarakat pengguna dan ini lebih dimanfaatkan apabila masyarakat dihadapkan pada kebutuhan akan akses layanan kesehatan.

Tabel 1.

Persepsi Responden pada Sosialisasi Informasi Layanan Kesehatan Gakin

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Tidak Memberikan Informasi	3	2.00
2	Kurang Memberikan Informasi	29	19.00
3	Cukup Memberikan Informasi	53	35.00
4	Memberikan Informasi	60	40.00
5	Sangat Memberikan Informasi	5	4.00
Jumlah		150	100 %

Sumber : Hasil Kuesioner, diolah 2009.

Berdasarkan persepsi responden bertalian dengan informasi pertanggung jawaban kesehatan yang diberikan oleh pemerintah, tampak pada tabel 2 di bawah, menjelaskan pada umumnya responden tidak memperoleh informasi yang memadai, sehingga fakta ini dapat diindikasikan bahwa layanan kesehatan gratis yang diberikan oleh pemerintah diartikulasikan oleh masyarakat sebagai program yang benar-benar gratis, sehingga pada saat melakukan kontak layanan kesehatan menyebabkan terjadinya perbedaan persepsi di dalam pertanggung jawaban, karena pengguna layanan kesehatan masih dibebani sejumlah pembiayaan, maupun sejumlah obat-obatan yang harus ditanggungnya.

Tabel 2.

Persepsi Responden pada Pemberian Informasi Pertanggung Jawaban Kesehatan

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Tidak Memberikan Informasi	62	41.00
2	Kurang Memberikan Informasi	20	14.00
3	Cukup Memberikan Informasi	30	20.00
4	Memberikan Informasi	15	10.00
5	Selalu Memberikan Informasi	23	15.00
Jumlah		150	100 %

Sumber : Hasil Kuesioner, diolah 2009.

Apabila ditelusuri lebih mendalam mengenai variabel komunikasi bertalian dengan indikator transparansi pembiayaan layanan kesehatan gratis seperti pada tabel 3 di bawah, tampak pada umumnya responden memberikan jawaban yang bervariasi, ini menandakan bahwa konsistensi harapan responden didalam memaknai transparansi yang dilakukan oleh birokrasi di dalam memmanifestasikan layanan kesehatan gratis diartikulasikan secara berbeda, sesuai dengan kondisi yang dirasakan dan dibandingkan dengan harapannya.

Tabel 3.

Persepsi Responden pada Transparansi Pertanggungangan Jamkes Kesehatan Gratis

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat Tidak Transparan	15	10.00
2	Tidak Transparan	23	15.00
3	Cukup Transparan	57	38.00
4	Transparan	20	14.00
5	Sangat Transparan	35	23.00
Jumlah		150	100 %

Sumber : Hasil Kuesioner, diolah 2009.

Untuk melihat variabel komunikasi kebijakan dengan menggunakan indikator informasi persyaratan perolehan surat Jamkeskin, tampak seperti pada tabel 4 di bawah, dimana responden umumnya memiliki akses informasi yang baik mengenai persyaratan yang harus dipenuhi. Kondisi ini menunjukkan bahwa responden memiliki keinginan dan kepedulian yang kuat terhadap program kebijakan Jamkeskin yang digulirkan oleh pemerintah, sehingga umumnya responden berupaya untuk mencari informasi, karena program tersebut betul-betul menjadi kebutuhannya yang dimotivasi oleh adanya kondisi psikologis yang dialaminya, karena dorongan keterbatasan kemampuan di dalam memperoleh kesehatan secara layak.

Tabel 4.

Persepsi Responden pada Informasi Persyaratan Perolehan Surat Jamkeskin

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Tidak Memperoleh Informasi	7	5.00
2	Kurang Memperoleh Informasi	10	7.00
3	Cukup Memperoleh Informasi	38	25.00
4	Memperoleh Informasi	25	17.00
5	Sangat Memperoleh Informasi	70	46.00
Jumlah		150	100 %

Sumber : Hasil Kuesioner, diolah 2009.

Jika dilihat dari persepsi responden pada indikator konsistensi persyaratan layanan kesehatan gratis seperti pada tabel 5 di bawah, tampak bahwa umumnya responden menyatakan komunikasi kebijakan yang diukur dengan konsistensi persyaratan layanan kesehatan gratis untuk keluarga miskin di dalam penelitian ini telah memiliki kesesuaian dengan artikulasi responden. Masih adanya sejumlah responden yang memberikan penilaian kurang atau bahkan tidak konsisten di dalam menentukan persyaratan di dalam mengakses layanan kesehatan gratis, lebih disebabkan oleh adanya kemampuan dari oknum aparat sebagai pelayan kesehatan yang memiliki perilaku maupun keterbatasan di dalam memaknai substansi persyaratan, sehingga memiliki persepsi yang berbeda di dalam mengimplementasi komunikasi kebijakan tersebut, selain itu adanya penguatan kekerabatan menjadi pemicu adanya simplikasi di dalam menetapkan konsistensi persyaratan tersebut.

Tabel 5.
Persepsi Responden pada Konsistensi Persyaratan Layanan Kesehatan Gakin

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Tidak Konsisten	15	10.00
2	Kurang Konsisten	23	15.00
3	Cukup Konsisten	46	31.00
4	Konsisten	41	27.00
5	Sangat Konsisten	25	17.00
Jumlah		150	100 %

Sumber : Hasil Kuesioner, diolah 2009.

2. Persepsi Responden untuk Dimensi Variabel Sumber Daya Layanan Kesehatan Gratis

Jika dilihat dari persepsi responden terhadap ketersediaan sarana kesehatan seperti pada tabel 6 di bawah, tampak bahwa masih terdapatnya sejumlah responden yang menyatakan kurang bahkan tidak tersedianya sarana kesehatan yang lengkap lebih disebabkan oleh adanya gangguan untuk pemeriksaan pada jenis penyakit tertentu yang dialami pasien, sementara alat diagnostiknya belum dimiliki oleh unit layanan kesehatan yang tersedia, sehingga menyulitkan pasien di dalam melakukan akses layanan, karena harus dirujuk untuk berobat lanjut ke rumah sakit yang lebih lengkap dan ini memerlukan biaya tambahan, sedangkan pasien tersebut dihadapkan pada keterbatasan.

Tabel 6.
Persepsi Responden pada Ketersediaan Sarana Kesehatan

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Tidak Tersedia	15	10.00
2	Kurang Tersedia	9	6.00
3	Cukup Tersedia	48	32.00
4	Tersedia	57	38.00
5	Sangat Tersedia	21	14.00
Jumlah		150	100 %

Sumber : Hasil Kuesioner, diolah 2009.

Jika dilihat dari variabel kemampuan sumber daya layanan pemberian kesehatan gratis untuk keluarga miskin pada sampel penelitian di Kabupaten Bulukumba, Sinjai dan Bone untuk indikator ketersediaan dokter spesialis seperti pada tabel 7 di bawah, tampak bahwa masih terdapat sejumlah kecil responden yang menyatakan kurang hingga tidak tersedianya dokter spesialis di dalam memberikan layanan kesehatan gratis untuk keluarga miskin.

Tabel 7.
Persepsi Responden pada Ketersediaan Dokter Spesialis

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Tidak Tersedia	3	2.00
2	Kurang Tersedia	12	8.00
3	Cukup Tersedia	70	47.00
4	Tersedia	43	28.00
5	Sangat Tersedia	22	15.00
Jumlah		150	100 %

Sumber : Hasil Kuesioner, diolah 2009.

Jika model kebijakan layanan kesehatan gratis dilihat dari dimensi variabel sumber daya layanan kesehatan dengan indikator ketersediaan obat-obatan, maka tampak seperti pada tabel 8 di bawah menunjukkan bahwa masih terdapat sejumlah

responden pengguna layanan kesehatan gratis yang menyatakan kurang bahkan tidak tersedianya obat-obatan yang memadai untuk digunakan pasien pada jenis obat tertentu, sehingga ada sejumlah obat yang memang tidak masuk dalam kategori pemberian jaminan kesehatan gratis dan ini menjadi tanggungan pasien, selain itu ada sejumlah obat yang ditanggung di dalam penjaminan layanan kesehatan, akan tetapi tidak tersedia di rumah sakit dan ini harus diupayakan oleh pasien sambil mengurus pengembalian pembiayaan.

Tabel 8.
Persepsi Responden pada Ketersediaan Obat-Obatan

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Tidak Tersedia	25	17.00
2	Kurang Tersedia	18	12.00
3	Cukup Tersedia	23	15.00
4	Tersedia	47	31.00
5	Sangat Tersedia	37	25.00
Jumlah		150	100 %

Sumber : Hasil Kuesioner, diolah 2009.

Apabila dilihat dari indikator tingkat keahlian tenaga layanan kesehatan seperti pada table 9 di bawah, tampak bahwa umumnya tenaga layanan medis yang diberikan telah memenuhi kategori ahli untuk setiap strata layanan kesehatan keluarga miskin di daerah penelitian, sedangkan penilaian tersebut merupakan representasi dari adanya kemampuan pemberian layanan yang disandarkan pada adanya penempatan petugas layanan sesuai dengan kompetensi yang dimilikinya dan ini merupakan persyaratan mutlak, mengingat dalam pemberian layanan kesehatan diharuskan terlepas dari kemungkinan terjadinya resiko kesalahan (*zero defect*).

Tabel 9.
Persepsi Responden pada Keahlian Tenaga Layanan Medis

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Tidak Ahli	9	6.00
2	Kurang Ahli	3	2.00
3	Cukup Ahli	35	23.00
4	Ahli	50	34.00
5	Sangat Ahli	53	35.00
Jumlah		150	100 %

Sumber : Hasil Kuesioner, diolah 2009.

Untuk melihat beban biaya yang memungkinkan dikeluarkan oleh pasien di dalam melakukan aktivitas pengobatan layanan kesehatan gratis untuk keluarga miskin di dalam penelitian ini tampak pada tabel 10 di bawah menunjukkan bahwa umumnya responden di dalam melakukan aktivitas pengobatan layanan kesehatan gratis masih mengeluarkan biaya-biaya, mulai dari kepengurusan pembuktian untuk menadapatkan surat keterangan miskin, bukti pemegang keterangan penjaminan dari dinas kesehatan, serta pada saat melakukan registrasi pengobatan baik di tingkat strata layanan Puskesmas, maupun untuk melakukan upaya rehabilitasi kesehatan pada setiap strata lanjutan.

Tabel 10.
Persepsi Responden pada Keseringan Pengeluaran Biaya Pengobatan

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat Sering Mengeluarkan Biaya	34	23.00
2	Sering Mengeluarkan Biaya	23	15.00
3	Cukup Sering Mengeluarkan Biaya	41	27.00
4	Kurang Mengeluarkan Biaya	37	25.00
5	Tidak Mengeluarkan Biaya	15	10.00
Jumlah		150	100 %

Sumber : Hasil Kuesioner, diolah 2009.

3. Persepsi Responden untuk Dimensi Variabel Disposisi Kebijakan

Apabila dilihat dari indikator prosedur pengurusan untuk mendapatkan program penjaminan layanan kesehatan gratis, tampak seperti tabel 11 di bawah menunjukkan untuk variabel disposisi dengan indikator prosedur menjelaskan bahwa masih terdapat sejumlah keluarga miskin yang dijadikan responden mengungkap penjaminan kesehatan yang dilakukan dikesankan prosedural, terutama bertalian dengan penetapan persyaratan di dalam memperoleh surat bukti penjaminan kesehatan yang ditetapkan oleh dinas kesehatan.

Tabel 11.
Persepsi Responden pada Prosedur Pengurusan Penjaminan Kesehatan

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat Prosedural	23	15.00
2	Prosedural	48	32.00
3	Cukup Prosedural	59	39.00
4	Kurang Prosedural	12	8.00
5	Tidak Prosedural	8	6.00
Jumlah		150	100 %

Sumber : Hasil Kuesioner, diolah 2009.

Jika dilihat dari indikator kecepatan di dalam pemberian layanan perawatan seperti pada tabel 12 di bawah, nampak bahwa hanya sebagian kecil responden yang menyatakan lambat hingga sangat lambat, sehingga secara umum terlihat bahwa program persetujuan di dalam layanan perawatan telah menunjukkan persepsi yang baik, terutama di dalam merespon layanan pengobatan darurat (*emergency*), serta di dalam memberikan penilaian (*assessment*) surat penjaminan rujukan pengobatan.

Tabel 12.
Persepsi Responden pada Kecepatan Persetujuan Layanan Perawatan

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat Lambat	7	5.00
2	Lambat	12	8.00
3	Cukup Cepat	39	26.00
4	Cepat	52	35.00
5	Sangat Cepat	40	26.00
Jumlah		150	100 %

Sumber : Hasil Kuesioner, diolah 2009.

Apabila dimensi variabel disposisi dilihat dari indikator persyaratan yang harus dipenuhi untuk mengakses layanan kesehatan, seperti pada tabel 13 di bawah, nampak bahwa umumnya responden di dalam penelitian ini menyatakan tidak diperlukan persyaratan di dalam mengakses hak memperoleh pengobatan termasuk pengobatan

lanjutan, karena umumnya responden yang akan melakukan pengobatan telah diverifikasi pada setiap strata layanan kesehatan, termasuk riwayat penyakitnya.

Tabel 13.

Persepsi Responden pada Pemberian Persyaratan Layanan Perawatan

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat Memberikan Persyaratan	5	3.00
2	Memberikan Persyaratan	12	8.00
3	Cukup Memberikan Persyaratan	9	6.00
4	Kurang Memberikan Persyaratan	42	28.00
5	Tidak Memberikan Persyaratan	82	55.00
Jumlah		150	100 %

Sumber : Hasil Kuesioner, diolah 2009.

Apabila sejumlah indikator persyaratan yang harus dipenuhi oleh responden bertalian dengan program layanan kesehatan gratis dikaitkan dengan adanya kemungkinan biaya-biaya yang harus dibayarkan, nampak seperti pada tabel 14 di bawah yang memperlihatkan, umumnya responden di dalam melakukan akses layanan kesehatan kurang atau bahkan tidak mengeluarkan biaya-biaya, namun masih adanya sejumlah responden yang juga menyatakan mengeluarkan atau bahkan sangat sering mengeluarkan pembiayaan.

Tabel 14.

Persepsi Responden pada Keseringan Pengeluaran Pembiayaan

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat Sering Mengeluarkan Biaya	3	2.00
2	Sering Mengeluarkan Biaya	2	1.00
3	Cukup Sering Mengeluarkan Biaya	7	5.00
4	Kurang Mengeluarkan Biaya	48	32.00
5	Tidak Mengeluarkan Biaya	90	60.00
Jumlah		150	100 %

Sumber : Hasil Kuesioner, diolah 2009.

Dimensi variabel disposisi dalam pemberian penjaminan dengan indikator kesesuaian penanganan layanan kesehatan pasien miskin di dalam memperoleh hak pengobatan, nampak pada tabel 15 menunjukkan bahwa umumnya responden menyatakan telah cukup hingga sangat sesuai, meskipun masih ada sejumlah responden yang menyatakan kurang bahkan tidak sesuai dengan penanganan pengobatan yang diberikan dan ini dapat diindikasikan sebagai konsekuensi dari adanya sejumlah keterbatasan seperti masih lemahnya sistem disposisi di dalam rumusan perencanaan kebijakan persediaan di dalam penanganan penjaminan layanan kesehatan gratis untuk keluarga miskin, sehingga memungkinkan terjadinya kesenjangan antara kebutuhan di dalam akses layanan pengobatan dengan tersedianya fasilitas layanan pengobatan.

Tabel 15.

Persepsi Responden pada Kesesuaian Penanganan Pengobatan

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Sangat Tidak Sesuai	3	2.00
2	Tidak Sesuai	9	6.00
3	Cukup Sesuai	78	52.00
4	Sesuai	35	23.00
5	Sangat Sesuai	25	17.00
Jumlah		150	100 %

Sumber : Hasil Kuesioner, diolah 2009.

4. Persepsi Responden untuk Dimensi Variabel Struktur Birokrasi

Berdasarkan pada data penelitian yang diperoleh dengan menggunakan indikator kesesuaian penanganan layanan kesehatan gratis, seperti pada tabel 16 di bawah, nampak bahwa masih dominan responden yang memberikan penilaian kurang bahkan tidak sesuai, sehingga kondisi ini dapat diindikasikan sebagai lemahnya penempatan petugas layanan kesehatan untuk program ini, karena menimbulkan konsekuensi terjadinya tumpang tindih di dalam tugas.

Tabel 16.

Persepsi Responden pada Kesesuaian Penanganan Layanan Jamkeskin

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Tidak Sesuai	43	29.00
2	Kurang Sesuai	38	25.00
3	Cukup Sesuai	37	25.00
4	Sesuai	24	16.00
5	Sangat Sesuai	8	5.00
Jumlah		150	100 %

Sumber : Hasil Kuesioner, diolah 2009.

Jika dilihat dari dimensi variabel struktur birokrasi untuk indikator akuntabilitas layanan Jamkeskin seperti tabel 17 di bawah, nampak bahwa jawaban yang diberikan oleh responden menunjukkan variasi, sehingga dapat diindikasikan sebagai konsekuensi dari pemahaman akuntabilitas dengan parameter yang berbeda, dan ini memungkinkan, mengingat responden memiliki latarbelakang pendidikan tertinggi setara dengan SMP.

Tabel 17.

Keyakinan Responden pada Akuntabilitas Pemberian Jamkeskin

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Tidak yakin	15	10.00
2	Kurang yakin	34	23.00
3	Cukup yakin	57	38.00
4	Yakin	21	14.00
5	Sangat Yakin	23	15.00
Jumlah		150	100 %

Sumber : Hasil Kuesioner, diolah 2009.

Dilihat dari tingkat kepercayaan responden pada proses layanan Jamkeskin, seperti pada tabel 18, nampak umumnya menyatakan sudah cukup percaya hingga sangat percaya, namun masih terdapat sejumlah kecil responden yang menyatakan kurang hingga tidak percaya terhadap proses layanan Jamkeskin yang diberikan, sehingga fakta dari perilaku data ini dapat diindikasikan bahwa proses layanan yang dilakukan oleh para petugas kesehatan belum dapat menyentuh sasaran kepentingan pengguna Jamkeskin di dalam memanfaatkan penjaminan kesehatan yang diberikan.

Tabel 18.

Kepercayaan Responden pada Proses Layanan Jamkeskin

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Tidak Percaya	6	4.00
2	Kurang Percaya	15	10.00
3	Cukup Percaya	67	45.00
4	Percaya	25	17.00
5	Sangat Percaya	37	24.00
Jumlah		150	100 %

Sumber : Hasil Kuesioner, diolah 2009.

Seperti pada tabel 19, nampak dilihat dari argumentasi responden pada pelibatan tenaga ahli di dalam memberikan layanan kesehatan, umumnya menyatakan telah cukup hingga sangat melibatkan, sehingga dapat diindikasikan bahwa implementasi program Jamkeskin, menunjukkan bahwa pasien telah ditangani oleh tenaga ahli kesehatan secara proporsional maupun professional dan ini dapat memberikan motivasi untuk mau melakukan pemeriksaan secara rutin pada setiap strata layanan kesehatan.

Tabel 19.

Persepsi Responden pada Pelibatan Tenaga Ahli Kesehatan

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Tidak Melibatkan	3	2.00
2	Kurang Melibatkan	5	3.00
3	Cukup Melibatkan	89	60.00
4	Melibatkan	23	15.00
5	Sangat Melibatkan	30	20.00
Jumlah		150	100 %

Sumber : Hasil Kuesioner, diolah 2009.

Persepsi Responden untuk Variabel Kualitas Layanan Kesehatan

Jika dilihat dari pengukuran kualitas layanan kesehatan dengan menggunakan indikator ketersediaan sarana fisik di dalam pemberian Jamkeskin seperti tabel 20, nampak bahwa umumnya responden menyatakan telah cukup hingga sangat tersedia berbagai fasilitas yang digunakan di dalam mengakses layanan kesehatan gratis untuk keluarga miskin, fakta ini memiliki relevansi dengan adanya standar fasilitas yang harus dimiliki oleh setiap strata layanan kesehatan.

Tabel 20.

Persepsi Responden pada Ketersediaan Sarana Fisik Layanan Jamkeskin

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Tidak Tersedia	14	9.00
2	Kurang Tersedia	23	15.00
3	Cukup Tersedia	57	38.00
4	Tersedia	32	22.00
5	Sangat Tersedia	24	16.00
Jumlah		150	100 %

Sumber : Hasil Kuesioner, diolah 2009.

Variabel kualitas layanan berdasarkan indikator daya tanggap petugas layanan kesehatan keluarga miskin seperti tabel 21, nampak umumnya responden menyatakan kurang hingga tidak tanggap, dengan demikian dapat diindikasikan bahwa petugas layanan kesehatan di dalam menjalankan tugas pokok dan fungsi kerja, hanya didasarkan pada proses kerja yang ketat, sehingga kurang atau bahkan tidak peka pada berbagai kesulitan yang dialami pasien disaat melakukan kontak layanan.

Tabel 21.

Persepsi Responden pada Daya Tanggap Petugas Layanan Jamkeskin

No	Alternatif Jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Tidak Tanggap	27	18.00
2	Kurang Tanggap	65	43.00
3	Cukup Tanggap	47	31.00
4	Tanggap	11	8.00
5	Sangat Tanggap	-	-
Jumlah		150	100 %

Sumber : Hasil Kuesioner, diolah 2009.

Pengaruh Model Implementasi Kebijakan Kesehatan Gratis terhadap Mutu Layanan Keluarga Miskin

1. Pengujian Hipotesis Utama Penelitian

Pengujian yang dilakukan terhadap hipotesis utama maupun sub-sub hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini, menggunakan Analisis Jalur (*Path Analysis*) guna mengetahui besarnya pengaruh yang ditimbulkan baik langsung maupun tidak langsung atau melalui variabel lain dalam penelitian, hendaknya terlebih dahulu dilakukan pengujian melalui matriks koefisien antar setiap variabel penelitian, untuk mengetahui kuatnya hubungan yang ditimbulkan oleh masing-masing variabel seperti nampak pada tabel di bawah ini.

Tabel 25.

Matriks Korelasi Antar Variabel

	rX_1	rX_2	rX_3	rX_4	R_y
rX_1	1.0000	0.3362	0.3427	0.1897	0.3477
rX_2	0.3362	1.0000	0.4528	0.3237	0.2221
rX_3	0.3427	0.4528	1.0000	0.3453	0.4564
rX_4	0.1897	0.3237	0.3453	1.0000	0.5677
R_y	0.3477	0.2221	0.4564	0.5677	1.0000

Sumber : Hasil pengolahan data, 2009

2. Uji Keberartian Koefisien Jalur

Tabel 26.

Uji Keberartian Jalur untuk Sub-Sub Hipotesis

Var	Sub-Sub Hipotesis	Koefisien Jalur	t hitung	t tabel	Kesimp Statistik	Ket
X_1	Komunikasi kebijakan berpengaruh terhadap kualitas layanan kesehatan keluarga miskin	0.2014	6.5535	1.9731	Tolak H_0 , X_1 berpengaruh terhadap Y	Sign
X_2	Sumber daya kebijakan berpengaruh terhadap kualitas layanan kesehatan keluarga miskin	0.1698	3.8267	1.9731	Tolak H_0 , X_2 berpengaruh terhadap Y	Sign
X_3	Disposisi kebijakan berpengaruh terhadap kualitas layanan kesehatan keluarga miskin	0,2590	7.9704	1.9731	Tolak H_0 , X_3 berpengaruh terhadap Y	Sign
X_4	Struktur birokrasi berpengaruh terhadap kualitas layanan kesehatan keluarga miskin	0.2934	8.9095	1.9731	Tolak H_0 , X_4 berpengaruh terhadap Y	Sign

Sumber : Hasil pengolahan data, 2009

3. Uji Pengaruh Langsung dan Tidak Langsung Variabel Penelitian

Tabel 27.

Besarnya Pengaruh X_1 , X_2 , X_3 , X_4 terhadap Y

Var	Pengaruh Langsung	Pengaruh Tidak Langsung melalui :					Total
		X_1	X_2	X_3	X_4	Sub Total	
X_1	0.0406	-	0.0115	0.0174	0.0012	0.0301	0.0707
X_2	0.0288	0.0115	-	0.0199	0.0161	0.0475	0.0763
X_3	0.0671	0.0174	0.0199	-	0.0262	0.0635	0.1306
X_4	0.0861	0.0012	0.0161	0.0262	-	0.0435	0.1296
Pengaruh variabel X_1 , X_2 , X_3 , X_4 secara bersama-sama terhadap Y							0.4072
Pengaruh variabel lain di luar model penelitian							59.28
Total Pengaruh							100 %

Sumber : Hasil pengolahan data, 2009.

DAFTAR PUSTAKA

- _____. 1997. *Translating Strategy In to Action The Balanced Scorecard*. Boston, MA : HBS Press.
- _____. 1998. *Balanced Scorecard*. Jakarta : Erlangga.
- _____. 1998. *Kebijakan Publik*. Jakarta : Karunika.
- _____. 1998. *Manajemen Sumber Daya Manusia, Suatu Tinjauan Wawasan Masa Depan*. Bandung : Ramadhan.
- _____. 1998. *Perilaku Organisasi. Konsep Kontroversi Aplikasi*. Jilid II. Jakarta : P.T. Bhuna Ilmu Populer.
- _____. 1998. *Teaching Smart People How to Learn*. Harvard Business Review : USA.
- _____. 1999. *Pengantar Kebijakan Publik*. Terjemahan Nasir Budiman. Jakarta : P.T. Raja Grafindo Persada.
- _____. 2002. *Manajemen Proses Kebijakan : Dimensi-Dimensi Implementasi* (Ceramah pada Diklatpim II, Agenda Pembelajaran Manajemen Proses Kebijakan, Tahapan Implementasi). LAN Bandung.
- _____. 2003. *Effective Policy Implementation*. Lexington : Mass, Dc. Health.
- _____. 2003. *Reformasi Tata Pemerintahan dan Otonomi Daerah*. Yogyakarta : Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan UGM.
- Abdul Wahab, Solichin. 2004. *Analisis Kebijaksanaan dan Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta : Bumi Aksara.
- Agustino, Leo. 2006. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung : Alfabeta.
- Al Rasyid, Harun. 1998. *Teknik Penarikan dan Pengambilan Sampel*. Bandung : Pascasarjana UNPAD.
- Albrecht, Karl and Ron Zemke. 1985. *Service America! Doing Business in The New Economy*. Homewood. Illinois : Dow Jones-Irwin. USA.
- Anderson, James. E. 1979. *Public Policy Making*. New York : Holt, Rinehart and Winston.
- Argyris, Chris. 2005. *Strategy, Change and Defensive Routines* : Boston.
- Barzelay, Michael. 1999. *Breaking Through Bureaucracy : A New Vision for Managing in Government*. Berkeley and Los Angeles : University of California Press.
- Bennis, Warren G. 1999. *On Becoming a Leader. With a New Introduction Reading* : MA. Addison-Wesley Publishing Co.
- Bennis, Worn dan Michael Mische, 1999, *Organisasi Abad 21 : Reinventing Melalui Reengineering*, Pustaka Binawan Pressindo, Jakarta.

- Bernardin, H. J. and J. E. A. Russel 1993. *Human Resource Management : Singapore*. MacGraw Hill. Inc.
- Bullock III, Charles S. James E Anderson dan David W. Bradi. 2003. *Public Policy in the Eighties*, Monterrey, CA : Brooks/Cole Publishing Company.
- Craib, Jan.1999. *Teori-Teori Sosial Modern*. Terjemahan Paul S.Baut dan T. Effendi. Jakarta : P.T. Raja Grafindo Persada.
- Daniel H. Mazmanian dan Paul A Sabatier. 2003. *Implementation and Public Policy*. New York : Harper Collins.
- deLeon dan Green. 2000. *Cowboys and the New Public Management : Political Corruption as A Harbinger*. Graduate School of Public Affairs. Denver : University of Colorado.
- Denhardt, Janet V. dan Robert B. Denhardt. 2003. *New Public Service : Serving, not Steering*. London : M.E. Sharpe.
- Dunn, William N. 2000. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Terjemahan Samodra Wibawa, dkk. Yogyakarta. Gadjah Mada University Press.
- Dwiyanto, Agus (Editor). 2005. *Mewujudkan Good Governance Melalui Pelayanan Publik*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- Dye Thomas R. 1997. *Understanding Public Policy*. New Jersey, USA : PrenticeHall, Inc.
- Edward III, C, George. 1998. *Implementing Public Policy*. Washington. D.C. : Congressional Quarterly Press.
- Faozan, Haris. 2003. *Peran Birokrasi, Manajemen Kebijakan dan Eksistensi Pelayanan Publik*. Penyunting, Nasri Effendy. Jakarta : Pusat Kajian Kinerja Kelembagaan LAN.
- Garna, Judistira K. 2002. *Teori-Teori Perubahan Sosial*. Bandung : Program Pascasarjana.
- Gaspersz, Vincent. 2003. *Sistem Manajemen Kinerja Terintegrasi Balanced Scorecard dengan Six Sigma untuk Organisasi Bisnis dan Pemerintah*. Jakarta. Gramedia.
- Goggin, Malcolm L. Ann O'M. Bowman. James P. Lester. Laurence J. O'Toole, Jr. 1999. *Implementation Theory and Practice Toward a Third Generation*. Glenview, Illinois-London, England : A Division of Scott, Foresman and Company.
- Grindle, Merilee S. 1998. *Politics and Policy Implementation in The Third World*. USA : Princeton University Press.
- Hage, Jerald dan Kurt Finterbusch, 1997, *Organizational Change as a Development Strategy Model and Tactic for Improving Third World Organization*. Boulder and London : Lyne Riener Publisher.
- Hogwood dan Gunn. 2004. *Policy Analysis for The Real World*. London : Oxford University Press.
- Hughes, Owen. E. 1998. *Public Management and Administration*. 2' Ed. London : MacMillan Press Ltd.
- Islamy, Irfan M. 1998. *Prinsip-Prinsip Perumusan Kebijaksanaan Negara*. Jakarta : Bina Aksara.
- Jackson, P. M. (ed.). 2005. *Measures for Success in the Public Sector : A Public Finance Foundation Reader*. Chartered Institute of Public Finance and Accountancy.
- James P. Lester dan Joseph Stewart Jr. 2000. *Public Policy : An Evolutionary Approach*. Belmont : Wadsworth.
- Jones, Charles O. 1997. *An Introductions to The Study of Public Policy*. Massachuset : Duxbury Press.

- Kaplan, Robert S. dan David P. Norton. 1998. *The Balanced Scorecard-Measures that Drive Performance*. Harvard Business Review.
- Keban, Yeremias T. 2004. *Enam Dimensi Strategis Administrasi Publik : Konsep, Teori dan Isu*. Yogyakarta : Penerbit Gava Media.
- Kerlinger, Fred N. 2000. *Asas-Asas Penelitian Behavioral*. Terjemahan, Landung R Simatupang. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- Kooiman, Jan (ed.). 1998. *Modern Governance : New Government-Society Interactions*. London : SAGE Publications.
- Laswell, Harold D. dan Abraham Kaplan. 1997. *Power and Society*. New Hasen : Yale University Press.
- Lenvine, Charless H., et al. 1999. *Public Administration : Chalenges, Choices, Consequences*. Illinois : Scott Foreman.
- Mahmudi. 2005. *Manajemen Kinerja Sektor Publik*. Yogyakarta : UPP AMP YKPN.
- Mardiasmo. 2002. *Akuntansi Sektor Publik*. Yogyakarta : Penerbit Andi.
- Martein Rein dan Francise Rabinovitz. 1998. *Implementation : A Theoretical Perspective*. Walter D. Burnham and Martha W. Weinberg eds. American politics and Public Policy. Cambridge. Mass : Mit Press.
- Mustopadidjaja AR, 1999. *Manajemen Proses Kebijakan (Bahan Diklat SPAMEN dan SPATi)*, Lembaga Administrasi Negara, Jakarta.
- Mwita, J. I. 2000. *Performance Management Model : A Systems-Based Approach to Public Service Quality*. The International Journal of Public Sector Management. Vol 13. pp. 19—32.
- Nakamura, Robert T dan Frank Smallwood. 1999. *The Politic Of Policy Implementation*. New York. St. Martin's Press.
- Nazir, Moh. 1999. *Metode Penelitian*. Jakarta. Ghalia Indonesia.
- Nogi S Hessel Tangkilisan. 2004. *Kebijakan dan Manajemen Lingkungan Hidup*. Yogyakarta, Yayasan Pembaruan Administrasi Publik Indonesia (YPAPI).
- Nugroho, Riant, D. 2004. *Kebijakan Publik : Formulasi, Implementasi dan Evaluasi*, Jakarta, Penerbit P.T. Elex Media Komputindo.
- Osborne, David dan Gaebler, Ted. 2002. *Reinventing Government : How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. New York. Penguins Books.
- Parsons, Wayne. 2001. *Public Policy, Pengantar Teori dan Praktik Analisis Kebijakan*. Jakarta. Prenada Media.
- Partowidagdo, Widjajono. 2004. *Mengenal Pembangunan dan Analisis Kebijakan*. Bandung. Program Pascasarjana Studi Pembangunan ITB.
- Pollit, Christopher. 1998. *Managerialism and the Public Service : Cuts or Cultural Change*. 5' Ed. Oxford. Basil Blackwell.
- Poloma, Margaret M. 1998. *Sosiologi Kontemporer*. Terjemahan Tim Penterjemah YASOGAMA. Jakarta : Raja Grafindo Persada.
- Radcliffe, AR-Brown. 1999. *Struktur dan Fungsi dalam Masyarakat Primitif*. Terjemahan Ab. Razak Yahya. Kuala Lumpur : Percetakan Dewan Bahasa dan Pustaka.
- Ratminto dan Atik Septi W. 2006. *Manajemen Pelayanan, Pengembangan Model Konseptual, Penerapan Citizen's Charter dan Standar Pelayanan Minimal*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Riggs, Fred W. 1997. *Administrasi Negara-Negara Berkembang, Teori Masyarakat Prismatic*. Terjemahan. Jakarta : C.V. Rajawali Pers.
- Robbins, Stephen P. 1999. *Organization Theory : Structure, Design and Applications*. Third Edition. New Jersey : Prentiuce Hall.

- Rogers, Steve. 1999. *Performance Management in Local Government*. Essex : Longman.
- Rusidi. 1999. *Pedoman Penelitian dan Penulisan Karya Ilmiah*. Bandung : UPT. Penerbitan IKOPIN.
- Senge, Peter M. 1998. *The Fifth Discipline : The Art and Practice of the Learning Organization*. New York : Currency-Doubleday.
- Stewart, J. dan K. Walsh. 1998. *Performance Measurement : When Performance Can Never be Finally Defined*. Public Money and Management. Vol 14. No. 2.
- Sugiyono. 2002. *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung : C.V. Alfabeta.
- Suradinata, Ermaya. 1997. *Teori dan Praktek Kebijakanaksanaan Negara*. Bandung : Ramadhan.
- Tjokroamidjoyo, Bintoro. 2000. *Good Governance (Paradigma Baru Manajemen Pembangunan)*. Jakarta : Penerbit UI.
- UNDP. 1997. *Governance for Sustainable Development - A Policy Document*. New York : UNDP.
- United State Department of Energy. 2000. *Performance Management Handbook*.
- Van Meter, Donald S dan Carle Van Horn. 1998. *The Policy Implementation Process, A Conceptual Framework Department of Political Science, Ohio State University*.
- Wibawa, Samodra, dkk. 1999. *Evaluasi Kebijakan Publik*. Jakarta : P.T. Raja Grafindo Persada.
- Winarno, Budi. 2005. *Teori dan Proses Kebijakan Publik*, Yogyakarta : Media Pressindo.
- Zeithami, V. A., Parasuraman dan L. L. Berry. 1999. *Delivering Quality Services : Balancing Customer Perceptions and Expectation*. New York. The Free Press.