

**IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN
KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS)
DI KECAMATAN KASEMEN**

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh
Gelar Sarjana Ilmu Sosial
Pada Program Studi Ilmu Administrasi Negara



Oleh:

NUSMAN BUNDRU

NIM. 061513

**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS SULTAN AGENG TIRTAYASA
SERANG
2010**

ABSTRAK

Nusman Bundru. NIM. 061513. Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen. Program Studi Ilmu Administrasi Negara. Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik. Universitas Sultan Ageng Tirtayasa. Pembimbing I, Abdul Hamid, M.Si, Pembimbing II, Arenawati, M.Si.

Kata kunci : Implementasi Kebijakan, Program Jamkesmas

Peningkatan kesehatan masyarakat khususnya masyarakat miskin merupakan salah satu fokus perhatian pemerintah. Pemerintah menetapkan kebijakan melalui program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) yang berupaya meningkatkan kesehatan masyarakat miskin. Program Jamkesmas merupakan program subsidi yang diberikan pemerintah kepada masyarakat yang termasuk kedalam kategori Rumah Tangga Miskin (RTM) sebagai upaya pemerintah dalam meningkatkan kesehatan masyarakat khususnya masyarakat miskin dengan membebaskan biaya kesehatan. Namun ternyata masih ada masyarakat yang belum dapat menerima program Jamkesmas serta tidak sesuai pelayanannya yang diberikan terhadap masyarakat penerima program. Rumusan masalah yang diambil dalam penelitian ini adalah bagaimana Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuantitatif deskriptif, dimana yang menjadi populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat penerima program jamkesmas di Kecamatan Kasemen sebanyak 28.334. Perhitungan sampel menggunakan rumus Krejcie dan Morgan dengan tingkat kesalahan 10% maka sampel yang didapat adalah sebesar 96. Instrumen dalam penelitian ini adalah berupa kisi-kisi pertanyaan (kuesioner) yang didasarkan pada indikator keberhasilan implementasi kebijakan menurut teori Merille. S. Grindle. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan *proportional area random sampling*. Teknik analisa data menggunakan uji hipotesis t-test satu sampel. Hasil penelitian menunjukkan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen cukup baik atau sedang. Berdasarkan hasil perhitungan diperoleh t_{hitung} lebih kecil dari pada $-t_{tabel}$ ($-3,96 < -1,296$) dan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Kecamatan Kasemen hanya mencapai angka 61,71% dari angka paling rendah 65 %. Oleh karena itu, perlu adanya pendataan kepada penerima program secara berkala, perlunya dilakukan pengawasan baik dari pihak Puskesmas maupun pihak Kelurahan kepada masyarakat penerima program dan perlunya mengadakan sosialisasi kepada masyarakat penerima program dan petugas pelaksana program Jamkesmas mengenai proses penggunaan program dan manfaat program jamkesmas.

ABSTRACT

Nusman Bundru. NIM. 061513. Implementation of Social Health Insurance (Jamkesmas) Program in the District of Kasemen. Public Administration, Faculty of Social and Political. University of Sultan Ageng Tirtayasa. Advisor I, Abdul Hamid, M.Si, Advisors II, Arenawati, M.Si.

Keywords: Implementation Policy, Social Health Insurance (Jamkesmas) Program

Social health improvement in particular poor society is one focus of government attention. The government has established the policy through Social Health Insurance (Jamkesmas) Program for the efforts in improving the poor society health. Social Health Insurance (Jamkesmas) program is a subvention programs who given by government that provides free services for poor society has included into the category of Poor Households (RTM) as the government's efforts in improving social health in particular poor society. However, still society that have not been able to received Social Health Insurance (Jamkesmas) program and inappropriate public service who given for Social Health Insurance program recipients. Formulation of the problem is taken in this research is how much Implementation of Social Health Insurance (Jamkesmas) Program in the District of Kasemen. The purpose of this study is to determine how much Implementation of Social Health Insurance (Jamkesmas) Program in the District of Kasemen. The method used in this research is quantitative descriptive method, where the population in this study are the society who are received Social Health Insurance (Jamkesmas) programs in the District of Kasemen is 28.334. Sample calculations used Krejcie and Morgan wording with an error rate of 10%, therefore then the sample was 96. The instrument of this research is the question grids (kuesioner) based on the indicators of successful implementation according to the Merille. S. Grindle's theory. The sampling technique in this research is a proportional random sampling area. The data analysis used one sample hypotesis t-test. The result of the research shows that the Implementation of Social Health Insurance (Jamkesmas) Program in the District of Kasemen enough. From the calculation comes t_{count} smaller than $-t_{table}$ ($-3,96 < -1,296$) and Implementation of Social Health Insurance (Jamkesmas) Program in the District of Kasemen just reached 61,71% from the expected lowes 65%. Therefore, the need for data collection on a regular basis to the recipients of Social Health Insurance Program, the need for better controlling of the Health Center or Kelurahan to the recipients of Social Health Insurance Program and the need socialization to the society beneficiaries and staff implementing the Social Health Insurance program about the process of using the program and benefit Social Health Insurance program

KATA PENGANTAR



Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillah. Cinta Allah-lah yang menyebabkan skripsi ini dapat terselesaikan. Oleh karena itu, tidak akan aku biarkan cinta Allah lewat begitu saja tanpa ku sambut meriah. Puji syukur kepada Allah SWT selalu terasa tidak sebanding dengan apa yang telah kita terima sebagai hamba, sekaligus raja. Sebab, kita adalah hamba yang diciptakannya dan raja dari semua makhluk ciptaannya. Terima kasih paling terdalam untuk Ibunda dan Adiku Tersayang, yang memberi arti dalam kehidupan ini serta Alm.Ayahanda yang memotivasi menjadi orang sukses dan besar.

Ucapan terima kasih juga peneliti sampaikan kepada pihak yang telah memberikan pengajaran, bantuan serta dorongan dalam upaya menyelesaikan penelitian ini mengenai **"Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen"**.

Untuk itu peneliti sampaikan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Rahman Abdullah, M.Sc selaku Rektor Universitas Sultan Ageng Tirtayasa.
2. Dr. Ahmad Sihabudin, M.Si. selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sultan Ageng Tirtayasa.
3. Dr. Agus Sjafari, M.Si. selaku Pembantu Dekan I Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sultan Ageng Tirtayasa.
4. Rahmi Winangsih, S.Sos., M.Si. selaku Pembantu Dekan II Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sultan Ageng Tirtayasa

5. Idi Dimiyati, S.Ikom selaku Pembantu Dekan III Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sultan Ageng Tirtayasa.
6. Kandung Sapto N, S.Sos., M.Si. selaku Ketua Prodi Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sultan Ageng Tirtayasa
7. Rina Yulianti, S.IP., M.Si. selaku Sekretaris Prodi Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
8. Anis Fuad, S.Sos. selaku Dosen pembimbing akademik dan penguji proposal skripsi saya yang memberikan arahan selama perkuliahan.
9. Abdul Hamid, M.Si. selaku Dosen Pembimbing I skripsi, yang memberikan arahan dan motivasi selama melakukan proses penyusunan skripsi.
10. Arenawati, S.Sos., M.Si. selaku Dosen Pembimbing II skripsi, yang memberikan arahan dan motivasi selama proses penyusunan skripsi.
11. Gandung Ismanto, M.M. selaku Dosen pembimbing MPA dan merupakan salah satu Dosen kebanggaan peneliti.
12. Semua Dosen dan Staf Jurusan Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sultan Ageng Tirtayasa yang membekali penulis dengan ilmu pengetahuan selama perkuliahan
13. Camat Kasemen dan seluruh Pegawai di Kecamatan Kasemen yang membantu dalam memberikan informasi yang dibutuhkan peneliti selama proses penelitian.
14. Kepala Desa di seluruh Kecamatan Kasemen dan seluruh Staf di Kelurahan yang membantu dalam memberikan informasi yang dibutuhkan peneliti selama proses penyusunan skripsi.

15. Kepala Puskesmas Kasemen dan Kepala Puskesmas Kilasah serta seluruh jajarannya dalam memberikan informasi yang dibutuhkan peneliti selama proses penelitian
16. Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Dinas Sosial dan Kepala Badan Pusat Statistik Kota Serang beserta stafnya yang telah memberikan peneliti data mengenai penelitian ini.
17. Keluarga yang paling baik Tante Dalle, Ka.Nandal, Ka.Isma, Ka.Amat dan Alm.om Nanung yang sudah berada di surga terima kasih bimbingan dan bantuannya selama ini.
18. Kelurga besar Bapak Sobana dan Ibu Sukmanah sebagai keluarga kedua dan orang tua kedua selama perantauan mencari setetes ilmu di Banten.
19. Keluarga Adang Wahyudin dan Ayi Hendrayati sebagai pemberi semangat.
20. Ujang Supriatna sebagai sahabat dan saudara terbaik seluruh dunia yang selama ini selalu mengerti dan berjuang bersama-sama menaklukan perkuliahan.
21. Yusti Aprilian Adi, pemilik hati ini. Terima kasih atas doa, semangat dan motivasinya selama perjuangan pembuatan karya ilmiah yang kecil ini. Kesuksesan akan lebih indah jika dilakukan bersama-sama.
22. Azhar Rachmansyah, Eko Setyawan, Nursanti Pratiwi, Jevira Dona. Terima kasih atas persahabatan yang kita bina selama ini.
23. Saudara-saudara seperjuangan kelas C Administrasi Negara 2006 reguler Nadia, Evi, Marisha, Diyan, Desi, Iqoh, Edah, Stephanie, Suprapti, Ratna, Nina, Jane, Asih, Indah, Pepi, Rohmatunisa, Suher, Ikhsan dan Lutfia atas

kebersamaan selama kita menuntut ilmu terima kasih atas kenangan dan perjuangan selama empat tahun perkuliahan.

24. Sahabat *forever* Anto, Yono, Mulya, Ruly dan Rani sahabat yang selalu tertawa di saat sedih saat melewati masa-masa paling indah di masa SMA 18
25. Semua guru-guru dan staf SMAN 18 yang selalu setia dan sabar saat memberikan ilmu, Ibu Rini, Ibu Tambah, Ibu Retno, dan guru BP/BK yaitu Ibu Mur yang paling galak dari semua guru yang pernah mengajar selama peneliti menuntut ilmu dan selalu memberi semangat dan motivasi kepada peneliti
26. Semua guru dan staf SLTPN 129, SDN 01 PAPANGGO dan TK AYYASOFIA terima kasih atas kesabaran dan kesetiaan kalian saat memberikan ilmu yang paling berharga tanpa kalian karya kecil ini tidak akan selesai dan tidak berarti.
27. Mover-mover satu ideologi yang memberikan banyak ilmu dan arti kata sebuah mahasiswa. UMC “Dari diskusi bergerak menuju perubahan...”
28. Teman-teman Administrasi Negara angkatan 2006 yang memberikan kesan selama perkuliahan.
29. Teman-teman ”RATAPALA” (Rantauan untirta pencinta alam) Okta, Eboth, Anggun dan Sabam yang selalu bersama-sama dan bersenang-senang di awal kita merantau dan menginjakan kaki kita di bumi Banten
30. Teman-teman ORMAWA. BEM FISIP 2009. Terima kasih atas pembelajaran organisasi yang menyenangkan.

31. Teman-teman KKM 20 Desa Panggung Jati Kecamatan Taktakan yang memberikan kesan selama melakukan pengabdian kepada masyarakat. KKM 20 *Is The Best*.

32. Semua masyarakat yang berada di Kecamatan Kasemen Desa Sawah Luhur, Warung Jaud, Kilasah, Masjid Priyayi, Bendung, Bantenan, Kasemen, Kasunyatan, dan Margaluyu tanpa informasi kalian karya kecil ini tidak akan berarti apa-apa.

Selain itu peneliti sebagai penyusun menyadari akan adanya kekurangan-kekurangan, oleh karena itu peneliti mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak. Dilain sisi peneliti juga berharap agar proposal skripsi ini dapat bermanfaat bagi para pembaca.

Akhir kata peneliti ucapkan terimakasih.

Wassalamualaikum wr.wb

Serang, Agustus 2010

Peneliti

Nusman Bundru

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	
ABSTRAK	
LEMBAR PERSETUJUAN	
PERNYATAAN ORISINALITAS	
LEMBAR PENGESAHAN	
LEMBAR PERSEMBAHAN	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR DIAGRAM.....	xi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Identifikasi Masalah	9
1.3 Batasan dan Rumusan Masalah	9
1.4 Tujuan Penelitian	10
1.5 Manfaat Penelitian	10
1.6 Sistematika Penelitian	11

BAB II TEORI DAN HIPOTESIS PENELITIAN

2.1 Deskripsi Teori	16
2.1.1 Pengertian Kebijakan	16
2.1.2 Pengertian Publik	19
2.1.3 Pengertian Kebijakan Publik	20
2.1.4 Pengertian Implementasi Kebijakan	27
2.1.5 Kemiskinan	40
2.1.6 Konsep Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat	45
2.1.7 Perbandingan Jaminan Kesehatan Negara Maju	49
2.2 Kerangka Berfikir	51
2.3 Hipotesa Penelitian	54

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Metode Penelitian	56
3.2 Instrumen Penelitian	57
3.2.1 Jenis dan Sumber Data	60
3.2.2 Tehnik Pengumpulan Data	60
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian	62
3.4 Teknik Pengolahan dan Analisa Data	66
3.4.1 Uji Validitas	67
3.4.2 Uji Realiabilitas	68
3.4.3. Uji t-test	69
3.5 Tempat dan Waktu Penelitian	70

BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1 Deskripsi Objek Penelitian	71
4.2 Pengujian Persyaratan Statistik	77
4.2.1 Uji Validitas	77
4.2.2 Uji Reliabilitas	80
4.3 Deskripsi Data	81
4.3.1 Identitas Responden	81
4.3.2 Analisis Data	87
4.4 Pengujian Hipotesis	117
4.5 Interpretasi Hasil Penelitian	121
4.6 Pembahasan	122

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan	133
5.2 Saran	135

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Skor Tiap Indikator Likert	58
Tabel 3.2 Kisi-kisi Instrumen Penelitian	59
Tabel 3.3 Perhitungan Sampel	65
Tabel 3.4 Jadwal Penelitian	70
Tabel 4.1 Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin Di Kecamatan Kasemen Tahun 2008	73
Tabel 4.2 Banyaknya Pemeluk Agama di Kecamatan Kasemen Tahun 2008	74
Tabel 4.3 Daftar Rumah Tangga Miskin Di Kecamatan Kasemen	75
Tabel 4.4 Jumlah Penerima Program Jamkesmas Di Kecamatan Kasemen Tahun 2009	76
Tabel 4.5 Jumlah Tenaga Kesehatan Di Kecamatan Kasemene Tahun 2008	77
Tabel 4.6 Hasil Uji Validitas Instrumen	79
Tabel 4.7 Statistik Reliabilitas	80

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Siklus Skematik Kebijakan Publik	25
Gambar 2.2 Model dalam Mengimplementasikan Kebijakan Publik	28
Gambar 2.3 Kerangka Berfikir	53
Gambar 4.1 Peta Kecamatan kasemen	72
Gambar 4.2 Interval Hasil Penelitian	120
Gambar 4.3 Kurva Penerimaan dan Penolakan Hipotesis	120

DAFTAR DIAGRAM

	Halaman
Diagram 4.1 Identitas Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	82
Diagram 4.2 Identitas Responden Berdasarkan Tingkat Usia	83
Diagram 4.3 Identitas Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan	84
Diagram 4.4 Identitas Responden Berdasarkan Tingkat Pendapatan Perhari	85
Diagram 4.5 Identitas Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan	86
Diagram 4.6 Program Jamkesmas Untuk Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat Miskin	88
Diagram 4.7 Program Jamkesmas Untuk Meningkatkan Kesejahteraan Masyarakat Miskin	89
Diagram 4.8 Program Jamkesmas Untuk Mengurangi Beban Biaya Masyarakat Miskin Di Bidang Kesehatan	91
Diagram 4.9 Program Jamkesmas Untuk Kemudahan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin	92
Diagram 4.10 Program Jamkesmas Untuk Meningkatkan Kesehatan Masyarakat Miskin	94
Diagram 4.11 Program Jamkesmas Membantu Masyarakat Miskin Dalam Mendapatkan Pelayanan Kesehatan	95
Diagram 4.12 Program Jamkesmas Berdampak Pada Peningkatan Kesehatan Masyarakat Miskin	97
Diagram 4.13 Program Jamkesmas Dapat Meningkatkan Umur Harapan Hidup Masyarakat Miskin	99

Diagram 4.14 Program Jamkesmas Mampu Meningkatkan Ekonomi Masyarakat Miskin	100
Diagram 4.15 Puskesmas Memiliki Hak Dalam Pendataan Masyarakat Penerima Program Jamkesmas	102
Diagram 4.16 Semua Pelaksana Program Jamkesmas di Kecamatan Kasemen Sudah Memahami Kebijakan Jamkesmas	103
Diagram 4.17 Semua Pelaksana Program Jamkesmas Memiliki Kemampuan di Bidang Kesehatan	105
Diagram 4.18 Alat-Alat Kesehatan Yang Digunakan di Puskesmas Dapat Menunjang Program Jamkesmas	106
Diagram 4.19 Sosialisasi Program Jamkesmas Kepada Masyarakat Miskin di Kecamatan Kasemen Sudah Berjalan Baik	108
Diagram 4.20 Semua Masyarakat Yang Berhak Sudah Mendapatkan Program Jamkesmas	109
Diagram 4.21 Dinas Kesehatan Bertanggung Jawab Terhadap Program Jamkesmas di Kecamatan Kasemen	110
Diagram 4.22 Kepala Puskesmas Ikut Berperan Dalam Pelaksanaan Program Jamkesmas	112
Diagram 4.23 Kondisi Masyarakat dan Lingkungan di Kecamatan Kasemen Mendukung Dalam Pelaksanaan Program Jamkesmas	113

Diagram 4.24 Semua Pelaksana Program Jamkesmas Cepat Tanggap Dalam Melayani Masyarakat Yang Membutuhkan Pelayanan Kesehatan Dengan Menggunakan Kartu Jamkesmas	114
Diagram 4.25 Petugas Pelaksana Program Jamkesmas Bekerja Sesuai Dengan Aturan Yang Berlaku	116

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan bertujuan untuk mengubah setiap aspek kehidupan negara dari kondisi yang ada sekarang kearah penghidupan masyarakat yang lebih baik dimasa yang akan datang. Salah satu pembangunan yang dilakukan oleh pemerintah, khususnya di negara berkembang adalah masalah pengentasan kemiskinan. Bangsa Indonesia adalah bangsa yang majemuk dengan tingkat persoalan atau permasalahan yang kompleks seperti kemiskinan, kesehatan pendidikan dan lain sebagainya. Pemerintah harus berpikir lebih untuk menyelesaikan masalah yang ada, demi tercapainya cita-cita bangsa yang sejak dulu menjadi tujuan dari bangsa ini, yang tercantum dalam dalam UUD 1945 pada alinea ke IV khususnya dalam bidang kesehatan.

Salah satu upaya tersebut telah diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 23/1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Kenyataan yang terjadi, derajat kesehatan masyarakat miskin masih rendah, hal ini tergambar dari angka kematian bayi kelompok masyarakat

miskin tiga setengah sampai dengan empat kali lebih tinggi dari kelompok masyarakat tidak miskin. Masyarakat miskin biasanya rentan terhadap penyakit dan mudah terjadi penularan penyakit karena berbagai kondisi seperti kurangnya kebersihan lingkungan dan perumahan yang saling berhimpitan, perilaku hidup bersih masyarakat yang belum membudaya, pengetahuan terhadap kesehatan dan pendidikan yang umumnya masih rendah.¹

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin mempunyai arti penting karena 3 alasan pokok:

1. Menjamin terpenuhinya keadilan sosial bagi masyarakat miskin, sehingga pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin mutlak mengingat kematian bayi dan kematian balita 3 kali dan 5 kali lebih tinggi dibanding pada keluarga tidak miskin. Di sisi lain penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang baik bagi masyarakat miskin, dapat mencegah 8 juta kematian sampai tahun 2010.
2. Untuk kepentingan politis nasional yakni menjaga keutuhan integrasi bangsa dengan meningkatkan upaya pembangunan (termasuk kesehatan) di daerah miskin dan kepentingan politis internasional untuk menggalang kebersamaan dalam memenuhi komitmen global guna menurunkan kemiskinan melalui upaya kesehatan bagi keluarga miskin.

¹ Departemen Kesehatan RI. 2002
http://www.jpkmonline.net/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=89. [14 April 2010] (1, 2, 3)

3. Hasil studi menunjukkan bahwa kesehatan penduduk yang baik, pertumbuhan ekonomi akan baik pula dengan demikian upaya mengatasi kemiskinan akan lebih berhasil.²

Upaya-upaya pelayanan kesehatan penduduk miskin, memerlukan penyelesaian menyeluruh dan perlu disusun strategi serta tindak pelaksanaan pelayanan kesehatan yang peduli terhadap penduduk miskin. Pelayanan kesehatan peduli penduduk miskin meliputi upaya-upaya sebagai berikut:

1. Membebaskan biaya kesehatan dan mengutamakan masalah-masalah kesehatan yang banyak diderita masyarakat miskin seperti TBC, malaria, kurang gizi dan berbagai penyakit infeksi lain dan kesehatan lingkungan.
2. Mengutamakan penanggulangan penyakit penduduk tidak mampu
3. Meningkatkan penyediaan serta efektifitas berbagai pelayanan kesehatan masyarakat yang bersifat non personal seperti penyuluhan kesehatan, regulasi pelayanan kesehatan termasuk penyediaan obat, keamanan dan *fortifikasi* makanan, pengawasan kesehatan lingkungan serta kesehatan dan keselamatan kerja.
4. Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan penduduk tidak mampu.
5. Realokasi berbagai sumber daya yang tersedia dengan memprioritaskan pada daerah miskin.

² Ibid

6. Meningkatkan partisipasi dan konsultasi dengan masyarakat miskin. Masalah kesehatan masyarakat bukan masalah pemerintah saja melainkan masalah masyarakat itu sendiri karena perlu dilakukan peningkatan pemberdayaan masyarakat miskin.³

Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan memang mahal. Derajat kesehatan yang rendah berpengaruh terhadap rendahnya produktifitas kerja yang pada akhirnya menjadi beban masyarakat dan pemerintah.

Pembangunan kesehatan masyarakat dimasa mendatang bukan hanya sekedar program biaya pengobatan yang terjangkau oleh rakyat. Visi ini masih terlalu dangkal jika dibandingkan dengan cita-cita reformasi bidang kesehatan di mana telah ditetapkan bahwa visi pembangunan kesehatan adalah ingin mencapai penduduk dengan perilaku hidup sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah RI. Kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin.

Kemiskinan pada dasarnya merupakan bentuk problema yang muncul dalam kehidupan masyarakat, khususnya dimasyarakat negara-negara yang

³ Ibid

sedang berkembang salah satunya bangsa Indonesia. Kemiskinan dilukiskan sebagai kurangnya pendapatan untuk memenuhi kebutuhan hidup yang pokok. Kemiskinan menjadi alasan sempurna rendahnya indeks pembangunan manusia Indonesia. Secara menyeluruh kualitas manusia Indonesia relatif masih sangat rendah, dibandingkan dengan kualitas di Negara-negara lain di dunia. Pendek kata kemiskinan merupakan persoalan yang maha kompleks dan kronis. Maka cara penanggulangan kemiskinan pun membutuhkan analisis yang tepat, melibatkan semua komponen permasalahan dan diperlukan strategi penanganan yang tepat, berkelanjutan dan tidak bersifat temporer.

Pengentasan masalah kemiskinan diperlukan upaya yang memadukan berbagai kebijakan dan program pembangunan yang tersebar di berbagai sektor. Kebijakan pengentasan atau penanggulangan kemiskinan dapat dikategorikan menjadi 2 (dua), yaitu kebijakan tidak langsung dan kebijakan yang langsung. Kebijakan tak langsung meliputi (1) situasi ekonomi, sosial dan politik; (2) mengendalikan jumlah penduduk; (3) melestarikan lingkungan hidup dan menyiapkan kelompok masyarakat miskin melalui kegiatan pelatihan. Sedangkan kebijakan yang langsung mencakup : (1) pengembangan data dasar, (2) penyediaan kebutuhan dasar (pangan, sandang, papan, kesehatan, dan pendidikan); (3) penciptaan kesempatan kerja; (4) program pembangunan wilayah; dan (5) pelayanan perkreditan.⁴

⁴ Gunawan Sumodiningrat. 1998. *Membangun Perekonomian Rakyat*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar. Hal 26

Pemenuhan hak dasar khususnya pelayanan kesehatan merupakan salah satu kebijakan yang diluncurkan oleh Pemerintah yang tercakup dalam strategi nasional penanggulangan kemiskinan. Saat ini keluarga miskin menjadi sasaran program kesehatan yang utama, apalagi dengan keadaan ekonomi yang memburuk jumlah keluarga miskin atau kurang mampu makin meningkat. Keadaan tersebut ternyata juga mengakibatkan penurunan frekuensi konsumsi pangan, barang dan jasa termasuk didalamnya kesehatan. Penurunan tersebut mencakup kualitas dan kunjungan kerumah sakit, Puskesmas dan bidan. Krisis ekonomi memang telah banyak menimbulkan dampak terhadap pembangunan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan masyarakat.

Peningkatkan akses pelayanan Departemen kesehatan menetapkan kebijakan untuk lebih memfokuskan perhatian pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu.” Proses kebijakan adalah proses yang diawali dari perumusan kebijakan, dilanjutkan dengan implementasi kebijakan, dan kemudian evaluasi kebijakan. Pada titik ekstrim analisis kebijakan adalah proses tempat sebuah kebijakan dipikirkan untuk di buat dan belum dibuat itu sendiri”.⁵ Maka dari pada itu pemerintah memberikan jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) sebagai proses kebijakan untuk membantu dan meringankan masyarakat miskin di bidang kesehatan.

Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu

⁵ Riant, D. Nugroho. 2008. *Analisis Kebijakan*. Jakarta : Elex Media Komputindo. Hal 193

yang diselenggarakan secara nasional, agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. Upaya pelaksanaan Jamkesmas merupakan perwujudan pemenuhan hak rakyat atas kesehatan dan amanat Undang–Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), dan merupakan salah satu komitmen pemerintah dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Namun karena hingga saat ini peraturan pelaksana dan lembaga yang harus dibentuk berdasarkan Undang–Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) belum terbentuk. Pelaksanaan kebijakan jamkesmas dituangkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 316/Menkes/SK/V/2009 tentang pedoman pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat.

Kecamatan Kasemen adalah salah satu kecamatan yang mendapatkan program jamkesmas. Berdasarkan data yang telah diperoleh Kecamatan Kasemen mendapatkan kuota penerima jamkesmas terbesar di Kota Serang tahun 2010, dengan jumlah penerima 28.686 (27%), untuk Kecamatan Serang jumlah penerima 28.096 (26,3%), Kecamatan Cipocok Jaya jumlah penerima 11,863 (11,1%), Kecamatan Curug 10.854 (10,1%), Kecamatan Walantaka 15.286 (14,3%) dan Kecamatan Taktakan 12.169 (11,4%).⁶ Pada tahun 2009 penerima program jamkesmas di Kecamatan Kasemen berjumlah 28.334 dengan memiliki rumah tangga miskin sebanyak 6.039 dengan jumlah

⁶ Berdasarkan Keputusan Walikota Serang Nomor: 440/Kep.8-Huk/2010 tentang *Penetapan Jumlah Peserta Program Jamkesmas Bagi Masyarakat Miskin di Kota Serang Tahun 2010*.

penduduk 81.695. Jumlah rumah tangga miskin di Kecamatan Kasemen merupakan angka yang paling tinggi di Kota Serang.⁷

Berdasarkan observasi awal, peneliti menemukan beberapa masalah mengenai Implementasi program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen.

Pertama, masih ada warga Kecamatan Kasemen yang belum memperoleh program jaminan kesehatan masyarakat yang masuk katagori rumah tangga miskin (RTM), hal ini dikarenakan petugas pendata tidak memahami kriteria penerima program secara jelas. Kriteria RTM dapat dilihat dari kondisi fisik rumah. Selain melihat kondisi fisik rumah diantaranya tidak memiliki tabungan, pekerjaan suami sebagai kuli bangunan, tidak memiliki kamar mandi dan lain sebagainya.⁸ Dengan demikian menunjukkan bahwa para petugas pelaksana yang ditugaskan untuk mendata masyarakat penerima program jamkesmas masih belum terlatih.

Kedua, kurang *update database* penerima jaminan kesehatan masyarakat. Hal ini terjadi karena petugas pendataan lapangan seperti Bidan Desa, Kader Posyandu, PLKB (Petugas Lapangan Keluarga Berencana) jarang melakukan survei ulang terhadap penerima program jamkesmas.

Ketiga, tidak sesuainya pelayanan yang di berikan pihak puskesmas kepada masyarakat yang memiliki atau yang mendapat kartu jaminan kesehatan masyarakat.

⁷ Dinsos Kota Serang. Data Penerima Raskin Kota Serang Tahun 2009

⁸ Berdasarkan wawancara dengan Ibu Aniyah warga kampung Kilasah 3. 31 Maret 2010.

Berdasarkan permasalahan diatas penulis tertarik untuk mengangkat masalah "Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Kecamatan Kasemen" sebagai judul. Dengan demikian, diharapkan penelitian ini dapat mengulas lebih dalam mengenai program kesehatan untuk masyarakat yang tidak mampu di bidang kesehatan.

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang permasalahan yang telah diuraikan di atas, maka peneliti mengidentifikasi masalah dengan rincian sebagai berikut :

1. Belum tepat sarannya program jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) yang di berikan pemerintah kepada masyarakat di Kecamatan Kasemen.
2. Kurangnya *uptodate* data penerima program jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) di Kecamatan Kasemen.
3. Ketidaksesuain pelayanan yang di berikan pihak puskesmas kepada masyarakat penerima jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) di Kecamatan Kasemen.

1.3 Batasan dan Rumusan Masalah

Dalam mengadakan penelitian penulis membatasi permasalahan penelitian pada fokus utama masalah yaitu tentang pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) sebagaimana diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 316/Menkes/SK/V/2009 tentang

Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat. Berdasarkan batasan dan indentifikasi masalah diatas, maka peneliti merumuskan masalah yaitu "Bagaimana Implementasi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen"

1.4 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Kecamatan Kasemen ini adalah untuk mengetahui Bagaimana Tingkat Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen.

1.5 Manfaat Penelitian

Manfaat yang ingin penulis harapkan dalam melakukan penelitian mengenai Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Kecamatan Kasemen adalah :

1. Secara teoritis :
 - a. Diharapkan penelitian ini dapat mengembangkan teori-teori yang telah ada sehingga memperkaya hasil-hasil ilmu pengetahuan.
 - b. Hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan khususnya mengenai implementasi kebijakan.
2. Secara praktis :

a. Pada peneliti

Karya ilmiah ini berguna untuk mengembangkan kemampuan peneliti dalam hal mempelajari tentang implementasi kebijakan pada khususnya, dan khasanah ilmu pengetahuan lain selama mengikuti program studi ilmu administrasi negara.

b. Pada Instansi terkait

Karya ilmiah ini dapat dijadikan sebagai informasi tambahan sehingga dapat memberikan sumbangan pemikiran dalam mengimplementasikan program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen

c. Pada peneliti lain

Pada pembaca atau peneliti selanjutnya karya peneliti ini dapat dijadikan sebagai informasi tambahan bagi pembaca pada penelitian selanjutnya.

1.6 Sistematika Penulisan

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Latar belakang menggambarkan ruang lingkup dan kedudukan masalah yang akan diteliti dalam bentuk uraian secara deduktif, dari lingkup yang paling umum hingga menitik ke masalah yang paling spesifik, yang relevan dengan judul skripsi.

1.2 Identifikasi Masalah

Mendeteksi aspek permasalahan yang muncul dan berkaitan dari tema/topik/judul penelitian atau dengan masalah atau variabel yang akan diteliti. Identifikasi masalah dapat diajukan dalam bentuk pertanyaan atau pernyataan,

1.3 Batasan dan Perumusan Masalah

Dari sejumlah masalah hasil identifikasi tersebut di atas ditetapkan masalah yang paling *urgens* yang berkaitan dengan judul penelitian. Kalimat yang biasa di pakai dalam pembatasan masalah ini adalah kalimat pernyataan. Perumusan masalah adalah mendefinisikan permasalahan yang telah ditetapkan dalam bentuk definisi konsep dan definisi operasional.

1.4 Tujuan penelitian

Tujuan penelitian mengungkapkan tentang sasaran yang ingin dicapai dengan dilaksanakannya penelitian, terhadap masalah yang telah dirumuskan. Isi dan rumusan tujuan penelitian sejalan dengan isi dan rumusan masalah.

1.5 Manfaat Penelitian

Menjelaskan manfaat teoritis dan praktis temuan peneliti

1.6 Sistematika Penulisan

Menjelaskan isi bab per bab

BAB II DESKRIPSI TEORI DAN HIPOTESIS PENELITIAN

2.1 Deskripsi teori

Mengkaji berbagai teori yang relevan dengan permasalahan dan variabel penelitian, kemudian menyusunnya secara teratur dan rapi yang digunakan untuk merumuskan masalah.

2.2 Kerangka Berpikir

Kerangka berpikir menggambarkan alur pikiran peneliti sebagai kelanjutan dari kajian teori untuk memberikan penjelasan kepada pembaca

2.3 Hipotesis

Hipotesis penelitian merupakan jawaban sementara terhadap permasalahan yang diteliti dan akan diuji kebenarannya

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Metode Penelitian

Menjelaskan metode yang dipergunakan dalam penelitian

3.2 Instrumen Penelitian

Menjelaskan tentang proses penyusunan dan jenis alat pengumpulan data yang digunakan, proses pengumpulan data dan teknik penentuan kualitas instrumen

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

Menjelaskan wilayah generalisasi atau proposal penelitian, penetapan besar sampel dan tehnik pengambilan sampel serta rasionalisasinya.

3.4 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

Menjelaskan teknik analisa dan beserta rasionalisasinya. Teknik analisis data harus sesuai dengan sifat data yang diteliti.

3.5 Tempat dan Waktu

Menjelaskan tentang tempat dan waktu penelitian tersebut dilaksanakan.

BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1 Deskripsi Obyek Penelitian

Menjelaskan tentang obyek penelitian yang meliputi lokasi penelitian secara jelas, struktur organisasi dari populasi/sampel yang telah ditentukan serta hal lain yang berhubungan dengan obyek penelitian

4.2 Deskripsi Data

Menjelaskan hasil penelitian yang telah diolah dari data mentah dengan mempergunakan teknik analisis data yang relevan

4.3 Pengujian Hipotesis

Melakukan pengujian dengan menggunakan teknik analisis statistik yang sudah ditentukan semula. Hasil akhir dari analisis statistik itu adalah teruji tidaknya hipotesis nol penelitian. Hasil perhitungan akhir dari statistik dilaporkan dalam batang tubuh, sedangkan perhitungan selengkapnya ditempatkan dalam lampiran.

4.4 Intrepetasi Hasil Penelitian

Melakukan penafsiran terhadap hasil akhir pengujian hipotesis. Kendatipun hasil analisis statistik itu sendiri sudah merupakan suatu kesimpulan namun belum memadai tanpa ada intrepetasi yang dikaitkan dengan rumusan masalah.

4.5 Pembahasan

Melakukan pembahasan lebih lanjut terhadap hasil analisis data. Terhadap hipotesis yang diterima mungkin tidak ada persoalan, tetapi terhadap hipotesis yang ditolak harus diberikan berbagai dugaan yang menjadi penyebabnya.

BAB V PENUTUP

5.1 Simpulan

Menyimpulkan hasil penelitian yang diungkapkan secara singkat, jelas dan sejalan dan sesuai dengan permasalahan serta hipotesis penelitian.

5.2 Saran

Berisi tindakan dari sumbangan penelitian terhadap bidang yang diteliti baik secara teoritis maupun praktis.

BAB II

DESKRIPSI TEORI DAN HIPOTESIS PENELITIAN

2.1 Deskripsi Teori

Berdasarkan uraian sebelumnya, peneliti menggunakan beberapa istilah yang berkaitan dengan masalah penelitian. Untuk itu pada bab ini peneliti menggunakan beberapa teori yang mendukung masalah dalam penelitian ini. Teori dalam ilmu administrasi mempunyai peranan yang sama seperti ilmu-ilmu lainnya, yaitu berfungsi untuk menjelaskan dan menjadi panduan dalam penelitian. Maka dari itu pada bab ini peneliti akan menjelaskan beberapa teori yang berkaitan dengan masalah penelitian diantaranya teori kebijakan publik, implementasi kebijakan publik dan teori kemiskinan.

2.1.1 Pengertian Kebijakan

Kebijakan (*policy*) mengandung arti yang bermacam-macam. Menurut kamus bahasa Indonesia kebijakan merupakan sebagai rangkaian konsep pokok dan asas yang menjadi garis besar dalam pelaksanaan suatu pekerjaan atau suatu konsep dasar yang jadi pedoman dalam melaksanakan suatu kepemimpinan dan cara bertindak.⁹

⁹ Hamzah Ahmad dan Ananda Santoso. 1996. *Kamus Pintar Bahasa Indonesia*. Surabaya : Fajar Mulya. Hal 192

Selain itu definisi kebijakan lainnya diungkapkan oleh **Suharto**, yang menjelaskan bahwa:

“Kebijakan (*policy*) adalah sebuah instrument pemerintahan, bukan saja dalam arti *government* yang hanya menyangkut aparatur negara, melainkan pula *governance* yang menyentuh pengelolaan sumber daya publik. Kebijakan pada intinya merupakan keputusan-keputusan atau pilihan-pilihan tindakan yang secara langsung mengatur pengelolaan dan pendistribusian sumber daya alam, *finansial* dan manusia demi kepentingan publik yakni rakyat banyak, penduduk, masyarakat atau warga negara. Kebijakan merupakan hasil dari adanya sinergi, kompromi atau bahkan kompetisi antara berbagai gagasan, teori, ideology, dan kepentingan-kepentingan yang mewakili sistem politik suatu negara.”¹⁰

Pengertian di atas memberikan gambaran pada kita bahwa kebijakan merupakan alat yang digunakan pemerintah yang juga memperhatikan sumber daya yang dimiliki untuk kepentingan publik.

Definisi kebijakan lainnya dikemukakan oleh **Lasswell**

“Kata kebijakan (*policy*) umumnya dipakai untuk menunjukkan pilihan terpenting yang diambil baik dalam kehidupan organisasi atau privat. kebijakan bebas dari konotasi yang dicakup dalam kata politis (*political*) yang sering kali diyakini mengandung makna keberpihakan dan korupsi”¹¹

Definisi kebijakan menurut Laswell memberikan pengertian bahwa kebijakan diyakini bebas dari unsur politis yang kerap dimaknai sebagai sebuah konsolidasi. Kebijakan merupakan pilihan penting dalam organisasi.

¹⁰ Edi Suharto.2008.*Kebijakan sosial sebagai kebijakan public*. Bandung : Alfabeta Hal 3

¹¹ Wayne Parson. 2005. *Public Policy: Pengantar Teori dan Praktek Analisis Kebijakan*. Jakarta: Prenada Media. Hal 17

Berbeda dengan pandangan **Dunn** dalam bukunya “Pengantar Analisis Kebijakan Publik”, beliau mendefinisikan kata kebijakan dari asal katanya. Secara etimologis, istilah *policy* atau kebijakan berasal dari bahasa Yunani, Sanksekerta dan Latin, akar kata dalam bahasa Yunani dan Sanksekerta yaitu *polis* (Negara-Kota) dan *pur* (Kota).¹²

Pengertian kebijaksanaan berikutnya dikemukakan oleh **Anderson**, yaitu:

“A purposive course of action followed by an actor or set of actors in dealing with a problem or matter of concern (serangkaian tindakan yang mempunyai tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang pelaku atau kelompok pelaku guna memecahkan suatu masalah tertentu)”¹³

Sedangkan menurut **Jones** istilah kebijakan digunakan dalam praktek-praktek sehari-hari. Namun, digunakan untuk menggantikan kegiatan atau keputusan yang berbeda. Istilah ini sering dipertukarkan dengan tujuan, program, keputusan, standar, proposal dan *grand design*. Secara umum, istilah kebijakan dipergunakan untuk menunjuk perilaku seorang aktor dalam suatu bidang kegiatan tertentu.¹⁴

Dengan demikian, dari beberapa definisi kebijakan diatas, maka dapat disimpulkan bahwa kebijakan adalah rangkaian konsep pokok yang menjadi garis besar dalam pelaksanaan suatu pekerjaan yang

¹² William N Dunn. 2003. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik Edisi kedua*. Yogyakarta : Gajah Mada University Press. Hal. 51

¹³ M. Irfan Islamy. 1991. *Prinsip-Prinsip Perumusan Kebijaksanaan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara. Hal 17

¹⁴ Budi Winarno. 2002. *Kebijakan Publik: Teori dan Proses*. Yogyakarta: Media Pressindo. Hal.14

mengandung program pencapaian tujuan, nilai-nilai dan praktek-praktek yang terarah bercirikan konsistensi dan pengulangan tingkah laku dari mereka yang mematuhi keputusan tersebut.

2.1.2 Pengertian Publik

Istilah publik berasal dari bahasa Inggris *public* yang berarti umum, masyarakat atau negara. Sebenarnya dalam bahasa Indonesia sesuai bila diberi terjemahan praja, hanya sejak zaman Belanda kata-kata sangsekerta tersebut sudah salah kaprah. Arti sebenarnya dari kata praja tersebut adalah rakyat, sehingga untuk pemerintah yang melayani keperluan seluruh rakyat diberi istilah pamong praja (pelayan rakyat).

Arti publik menurut **Kencana** adalah sejumlah manusia yang memiliki kebersamaan berfikir, perasaan, harapan, sikap dan tindakan yang benar dan baik berdasarkan nilai-nilai norma yang mereka miliki.¹⁵

Menurut **Baber** dalam Parsons berpendapat bahwa sektor publik mengandung 10 ciri penting yang membedakan dari sektor swasta, yaitu:

1. Sektor publik lebih kompleks dan mengemban tugas-tugas yang lebih mendua (*ambiguous*).
2. Sektor publik lebih banyak menghadapi problem dalam mengimplementasikannya keputusan-keputusannya.
3. Sektor publik memanfaatkan lebih banyak orang yang memiliki motivasi yang sangat beragam.
4. Sektor publik lebih banyak memperhatikan usaha mempertahankan peluang dan kapasitas.

¹⁵ Kencana, Inu dkk. 1999. *Ilmu Administrasi Publik*. Jakarta. PT Rinerka Cipta. Hal 18

5. Sektor publik lebih banyak memperhatikan kompensasi atau kegagalan pasar.
6. Sektor publik melakukan aktivitas yang lebih banyak mengandung signifikansi simbolik.
7. Sektor publik lebih ketat dalam menjaga standar komitmen dan legalitas.
8. Sektor publik mempunyai peluang yang lebih besar untuk merespon isu-isu keadilan dan kejujuran (*fairness*).
9. Sektor publik harus beroperasi demi kepentingan publik.
10. Sektor publik harus mempertahankan level dukungan publik minimal diatas level yang dibutuhkan dalam industri swasta.¹⁶

2.1.3 Pengertian Kebijakan Publik

Kebijakan publik merupakan keputusan atau pilihan tindakan secara langsung yang mengatur pengelolaan dan pendistribusian sumber daya baik alam, finansial, maupun sumber daya manusia demi kepentingan publik. Beberapa definisi mengenai kebijakan publik.

Dunn menjelaskan bahwa kebijakan publik ialah pola ketergantungan yang kompleks dari pilihan-pilihan kolektif yang saling tergantung, termasuk keputusan-keputusan untuk tidak bertindak, yang dibuat oleh badan atau kantor pemerintah¹⁷.

Pengertian kebijakan publik menurut **Dye** "bahwa kebijakan publik adalah apapun yang dipilih oleh pemerintah untuk dilakukan dan tidak dilakukan". Melalui definisi ini kita mendapat pemahaman bahwa

¹⁶ Parsons, *Op. Cit.*, hal.10

¹⁷ Krtistian Widya Wicaksono. 2006. *administrasi dan birokrasi pemerintah*. Jogjakarta: Graha ilmu. hal 64

terdapat perbedaan antara apa yang akan dikerjakan pemerintah dan apa yang sesungguhnya harus dikerjakan oleh pemerintah.¹⁸

Lain dari itu, **Rose** berupaya mendefinisikan kebijakan publik sebagai, "sebuah rangkaian panjang dari banyak atau sedikit kegiatan yang saling berhubungan dan memiliki konsekuensi bagi yang berkepentingan sebagai keputusan yang berlainan"¹⁹

Definisi lain mengenai kebijakan publik pun ditawarkan oleh **Friedrich** dalam Agustino menyatakan bahwa:

"Serangkaian kegiatan atau tindakan atau kegiatan yang diusulkan oleh seseorang kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu dimana terdapat hambatan dan kemungkinan dimana kebijakan tersebut diusulkan agar berguna dalam mengatasinya untuk mencapai tujuan yang dimaksud"²⁰

Untuk maksud dari kebijakan sebagai bagian dari kegiatan, Friedrich menambahkan ketentuan bahwa kebijakan tersebut berhubungan dengan penyelesaian beberapa maksud atau tujuan. Meskipun maksud dan tujuan dari kegiatan pemerintah tidak selalu mudah untuk dilihat, tetapi ide bahwa kebijakan melibatkan perilaku yang mempunyai maksud, merupakan bagian penting dari definisi kebijakan bagaimanapun juga kebijakan harus menunjukkan apa yang sesungguhnya dikerjakan dari pada apa yang diusulkan dalam beberapa kegiatan pada suatu masalah.

¹⁸ Leo Agustino. 2007. *Memahami ilmu Politik*. Bandung: AIPI hal 166

¹⁹ Ibid. Hal 166

²⁰ Leo Agustino. 2006. *Politik dan Kebijakan Publik*. Bandung: AIPI hal 41

Kebijakan publik adalah keputusan politik yang dikembangkan oleh badan dan pejabat pemerintah. Karakteristik ini dijelaskan oleh **Easton** yang menegaskan bahwa hanya pemerintah yang secara sah dapat berbuat sesuatu pada masyarakat dan pilihan pemerintah untuk melakukan sesuatu tersebut dirupakan dalam bentuk pengalokasian nilai-nilai pada masyarakat. Hal ini disebabkan karena pemerintah termasuk ke dalam para penguasa suatu sistem politik yang terlibat dalam masalah sehari-hari yang telah menjadi tanggungjawab atau peranannya.²¹

Definisi lain dari kebijaksanaan negara adalah serangkaian tindakan yang ditetapkan dan dilaksanakan atau tidak dilaksanakan oleh pemerintah yang mempunyai tujuan atau berorientasi pada tujuan tertentu demi kepentingan masyarakat.²² Sebagai keputusan yang mengikat publik, maka kebijakan publik harusnya dibuat oleh otoritas politik, yakni mereka yang menerima mandat dari publik atau orang banyak, umumnya melalui suatu proses pemilihan untuk bertindak atas nama rakyat banyak. Selanjutnya kebijakan publik akan dilaksanakan oleh administrasi negara yang dijalankan oleh administrasi pemerintah.

Menurut **Bridgman** dan **Davis** dalam Suharto kebijakan publik pada umumnya mengandung pengertian mengenai “*Whatever*

²¹ Islamy. *Op. Cit.* Hal 19

²² *Ibid.* Hal. 20.

government choose to do or not to do” (kebijakan publik adalah apa saja yang dipilih pemerintah untuk dilakukan atau tidak dilakukan)”.²³

Berdasarkan beberapa definisi kebijakan publik diatas dapat disimpulkan Kebijakan publik adalah serangkaian kegiatan dengan pola ketergantungan yang kompleks yang mempunyai maksud atau tujuan tertentu dengan berbagai pilihan untuk dilakukan atau tidak dilakukan melalui tiga kegiatan pokok yaitu formulasi, implementasi dan evaluasi kebijakan dalam rangka menciptakan kesejahteraan bagi masyarakat.

Kebijakan publik juga ditunjukan pada tindakan yang mempunyai maksud dan tujuan tertentu dari pada perilaku yang berubah acak, kebijakan publik pada dasarnya mengandung bagian atau pola kegiatan yang dilakukan oleh pejabat pemerintah dari pada keputusan yang terpisah-pisah, kebijakan publik merupakan apa yang sesungguhnya dikerjakan oleh pemerintah dalam mengatur masyarakat untuk kesejahteraan masyarakat luas, bukan apa maksud yang dikerjakan atau yang akan dikerjakan.

Selain itu disimpulkan juga bahwa kebijakan publik adalah serangkaian tindakan yang ditetapkan dan dilaksanakan atau tidak dilaksanakan oleh pemerintah yang mempunyai tujuan atau orientasi pada tujuan tertentu demi kepentingan seluruh masyarakat. Dalam kaitannya dalam definisi tadi, ada beberapa karakteristik yang dapat disimpulkan dari kebijakan publik.

²³ Suharto. *Op cit* Hal 3

Pertama, pada umumnya kebijakan publik perhatiannya ditujukan pada tindakan yang mempunyai maksud atau tujuan tertentu daripada perilaku yang berubah atau acak.

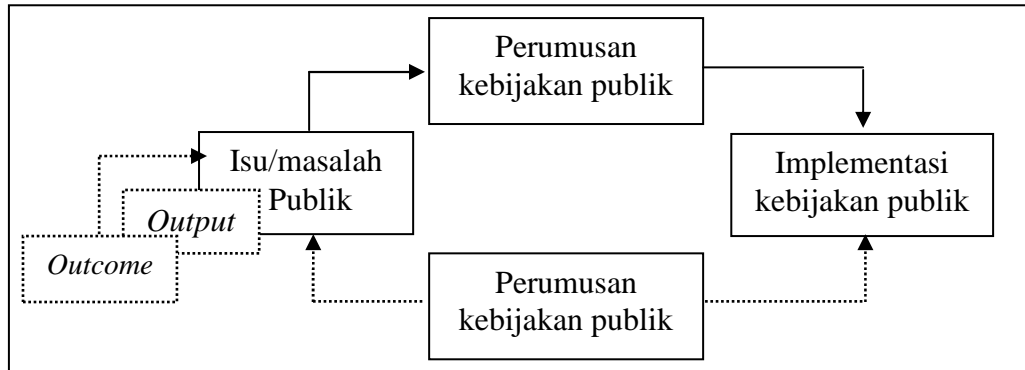
Kedua, kebijakan publik pada dasarnya mengandung bagian atau pola kegiatan yang dilakukan oleh pejabat pemerintah daripada keputusan yang terpisah-pisah.

Ketiga, kebijakan publik merupakan apa yang sesungguhnya dikerjakan pemerintah dalam mengatur perdagangan, mengontrol inflasi, atau menawarkan perumahan rakyat, bukan apa maksud yang dikerjakan atau yang akan dikerjakan.

Keempat, kebijakan publik dapat berbentuk positif, kebijakan melibatkan beberapa tindakan pemerintah yang jelas dalam menangani suatu permasalahan, secara negatif kebijakan publik dapat melibatkan suatu keputusan pejabat pemerintah untuk tidak melakukan suatu tindakan atau tidak mengerjakan apapun padahal dalam konteks tersebut keterlibatan pemerintah amat diperlukan.

Kelima, kebijakan publik, paling tidak secara positif didasarkan pada hukum dan merupakan tindakan yang bersifat memerintah.

Gambar 2.1
Siklus Skematik Kebijakan Publik



Sumber: Riant Nugroho D. (2003:73)

Dari gambar tersebut dapat dijelaskan dalam sekuensi sebagai berikut:

1. Terdapat isu atau masalah publik disebut isu apabila masalah bersifat strategis, yakin bersifat mendasar, menyangkut banyak orang atau bahkan keselamatan bersama biasanya berjangka panjang tidak bisa diselesaikan isu ini di angkat sebagai agenda politik untuk diselesaikan.
2. Isu ini kemudian menggerakkan pemerintah untuk merumuskan kebijakan publik dalam rangka menyelesaikan masalah tersebut. Rumusan kebijakan ini akan menjadi hukum bagi seluruh negara dan warganya termasuk pimpinan negara.
3. Setelah dirumuskan kemudian kebijakan publik ini dilaksanakan baik oleh pemerintah, masyarakat, atau pemerintah bersama-sama dengan masyarakat.

4. Namun dalam proses perumusan, pelaksanaan, dan pasca pelaksanaan di perlukan tindakan evaluasi sebagai siklus baru sebagai penilaian apakah kebijakan tersebut sudah dirumuskan dengan bijak dan benar dan di implementasikan dengan baik dan benar pula
5. Implementasi kebijakan bermuara kepada *output* yang dapat berupa kebijakan itu sendiri maupun manfaat langsung yang dapat dirasakan oleh pemanfaat.
6. Di dalam jangka panjang kebijakan tersebut menghasilkan *outcome* dalam bentuk *impac* kebijakan yang diharapkan semakin meningkatkan tujuan yang hendak dicapai dengan kebijakan tersebut.

Dengan melihat skema tersebut diatas kita melihat bahwa terdapat tiga kegiatan pokok yang berkenaan dengan kebijakan publik yaitu:

1. Perumusan kebijakan
2. Implementasi kebijakan
3. Evaluasi kebijakan

Kebijakan publik yang unggul menentukan keunggulan negara bangsa dalam persaingan global. Atau dalam istilah lain, hanya negara bangsa yang mampu mengembangkan kebijakan publik yang unggul

baik perumusan, implementasi, dan evaluasi yang akan menjadi negara yang unggul dalam persaingan global.²⁴

Untuk penelitian ini, pembahasan kebijakan publik akan mengarah kepada implementasi kebijakan. Sebagai teori inti yang akan diangkat oleh peneliti sebagai alat analisa untuk mengukur dan menilai suatu kebijakan pemerintah yang menjadi objek penelitian.

2.1.4 Pengertian Implementasi Kebijakan

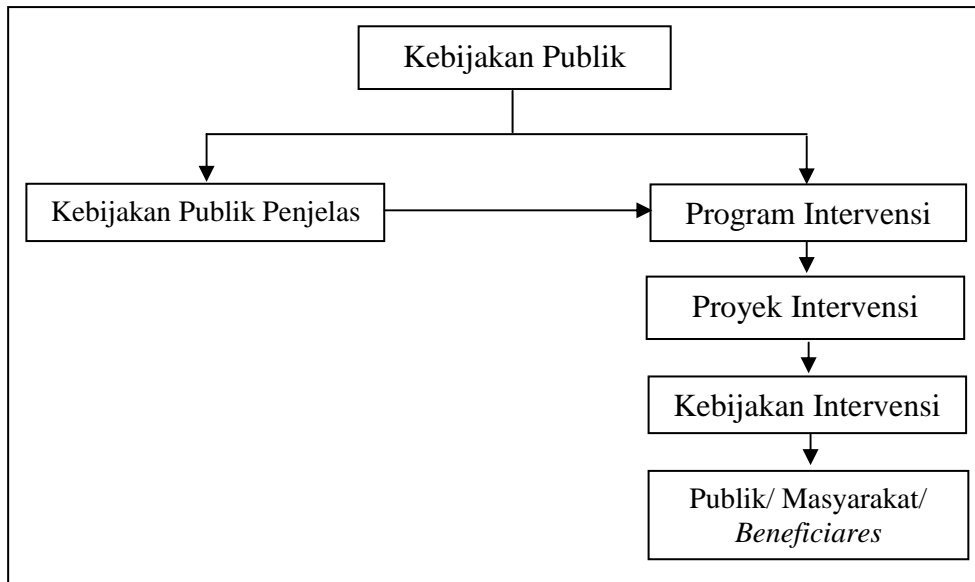
Implementasi merupakan suatu kajian mengenai studi kebijakan yang mengarah pada proses pelaksanaan dari suatu kebijakan. Dalam prakteknya implementasi kebijakan merupakan suatu proses yang begitu kompleks bahkan tidak jarang bermuatan politis dengan adanya intervensi berbagai kepentingan.²⁵ Implementasi kebijakan merupakan tahap diantara diputuskannya suatu kebijakan dengan munculnya konsekuensi-konsekuensi diantara orang-orang yang terkena kebijakan tersebut. Implementasi merupakan tahap yang krusial dalam proses kebijakan, dalam proses kebijakan ada beberapa tahapan yaitu perumusan kebijakan, implementasi kebijakan dan evaluasi kebijakan. Sebagaimana telah dijelaskan di atas, maka penelitian ini difokuskan pada tahap implementasi. Suatu program kebijakan harus diimplementasikan agar mempunyai dampak tujuan yang diinginkan.

²⁴ Nugroho. *Op Cit* Hal 269

²⁵ Leo Agustino. 2006. *Dasar-dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta. Hal 138

Implementasi kebijakan publik merupakan suatu kajian mengenai pelaksanaan dari suatu kebijakan pemerintah setelah sebuah kebijakan dirumuskan dan disetujui, langkah berikutnya adalah bagaimana agar kebijakan tersebut dapat mencapai tujuan. Implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya tidak lebih dan tidak kurang. Untuk mengimplementasikan kebijakan publik maka ada dua pilihan langkah yang ada, yaitu langsung mengimplementasikan dalam bentuk program-program atau melalui formulasi kebijakan *derivat* atau turunan dari kebijakan publik tersebut. Secara umum dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 2.2
Model Dalam Mengimplementasikan Kebijakan Publik



Sumber: Nugroho, Rian D (2003 : 159)

Definisi implementasi menurut **Jenkins** dalam Parsons menjelaskan mengenai studi implementasi yaitu

“Studi implementasi adalah studi perubahan bagaimana perubahan terjadi, bagaimana kemungkinan perubahan bisa dimunculkan juga merupakan studi tentang mikrostruktur dari kehidupan politik bagaimana organisasi di luar dan di dalam sistem politik menjalankan urusan mereka dan berinteraksi satu sama lain, apa motivasi-motivasi mereka bertindak seperti itu, dan apa motivasi lain yang membuat mereka bertindak secara berbeda.”²⁶

Implementasi kebijakan merupakan suatu studi kebijakan yang mencirikan proses pelaksanaan kebijakan yang telah dirumuskan sebelumnya. Tidak sedikit kerumitan yang ditemukan dalam proses implementasi, di lapangan masih terdapat intervensi dari berbagai kepentingan. **Bardach** seorang ahli studi kebijakan menggambarkan tentang kerumitan dalam proses implementasi tersebut, yaitu:

“Adalah cukup untuk membuat sebuah program dan kebijakan umum yang kelihatannya bagus di atas kertas. Lebih sulit lagi merumuskannya dalam kata-kata dan slogan-slogan yang kedengarannya menenangkan bagi telinga para pemimpin dan para pemilih yang mendengarkannya. Dan lebih sulit lagi untuk melaksanakannya dalam bentuk dan cara yang memuaskan semua orang termasuk mereka yang dianggap sebagai *klien*”.²⁷

Dalam derajat lain **Metter** dan **Horn** dalam Wahab mendefinisikan implementasi kebijakan sebagai

”Merumuskan proses implementasi ialah tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu atau pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan

²⁶ Parsons. *Op. Cit.* Hal 463

²⁷ Agustino. *Loc cit.* Hal 138

pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijaksanaan”²⁸

Sedangkan menurut **Mazmanian** dan **Sabatier** dalam Agustino implementasi kebijakan adalah

”Pelaksanaan keputusan kebijakan dasar, biasanya dalam bentuk undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan. Keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan atau sasaran yang ingin dicapai dan berbagai cara untuk menstrukturkan atau mengatur proses implementasinya.”²⁹

Berdasarkan definisi di atas dapat diketahui bahwa implementasi kebijakan menyangkut (minimal) tiga hal yaitu: (1) adanya tujuan atau sasaran kebijakan, (2) adanya aktifitas atau kegiatan pencapaian tujuan dan (3) adanya hasil kegiatan. Berdasarkan uraian ini dapat disimpulkan bahwa implementasi kebijakan merupakan suatu proses yang dinamis, dimana pelaksana kebijakan merupakan suatu proses yang dinamis dimana pelaksana kegiatan melakukan suatu kegiatan. Sehingga pada akhirnya akan mendapatkan suatu hasil yang sesuai dengan tujuan atau sasaran kebijakan itu sendiri. Sebagaimana yang diungkapkan oleh **Udoji** dalam Widodo dalam mendefinisikan implementasi kebijakan, yaitu:

”Pelaksanaan kebijakan adalah suatu yang penting bahkan mungkin jauh lebih penting dari pada pembuatan pembuatan kebijakan. Kebijakan-kebijakan hanya akan sekedar berupa

²⁸ Abdul Solichin Wahab. 2005 *Analisis Kebijaksanaan (Dari Formulasi Ke Implementasi Kebijaksanaan Negara)*. Jakarta: Bumi Aksara. Hal 65

²⁹ Agustino. *Op. Cit.* Hal 139

impian atau rencana bagus yang tersimpan rapi dalam arsip kalau tidak di implementasikan.”³⁰

Pressman dan **Wildavsky** yaitu menjadikan orang melakukan apa-apa yang diperintahkan dan mengontrol urutan tahap dalam sebuah sistem dan implementasi adalah soal pengembangan sebuah program kontrol yang meminimalkan konflik dan deviasi dari tujuan yang ditetapkan oleh hipotesis kebijakan.³¹

Hal ini tidak jauh berbeda dengan apa yang diutarakan oleh **Grindle**, yaitu ” Pengukuran keberhasilan implementasi dapat dilihat dari prosesnya, dengan mempertanyakan apakah pelaksanaan program sesuai dengan yang telah ditentukan yaitu melihat pada *action* program dari *individual projects* dan yang kedua apakah tujuan program tersebut tercapai.”³²

Dalam perkembangannya, studi implementasi kebijakan memiliki dua pendekatan dalam memahaminya yaitu :³³

1. Pendekatan *top down*. Dalam pendekatan *top down*, implementasi kebijakan yang dilakukan tersentralisir dan mulai dari aktor tingkat pusat, dan keputusannya pun diambil dari tingkat pusat. Pendekatan *top down* bertitik tolak dari perspektif bahwa keputusan-keputusan politik (kebijakan) yang telah ditetapkan oleh pembuat kebijakan harus dilaksanakan oleh administrator-administrator atau birokrat-birokrat pada level bawahnya. Jadi inti pendekatan *top down* adalah sejauhmana tindakan para pelaksana (administrator

³⁰ Widodo. *Good Governance: Akuntability dan Kontrol Birokrasi*. Surabaya: Insan Cendikian hal 191

³¹ Parson. *Op. Cit.* hal 468

³² Agustino. *Op. Cit.* Hal 154

³³ Ibid. Hal 140-156

dan birokrat) sesuai dengan prosedur serta tujuan yang telah digariskan oleh para pembuat kebijakan ditingkat pusat.

2. Pendekatan *bottom up*. Dalam pendekatan *bottom up*, memandang bahwa implementasi kebijakan tidak dirumuskan oleh lembaga yang tersentralisir dari pusat, akan tetapi berpangkal dari keputusan-keputusan yang ditetapkan pada level warga atau masyarakat yang merasakan sendiri persoalan dan permasalahan yang dialami oleh masyarakat tersebut. Jadi intinya pendekatan *bottom up* adalah implementasi kebijakan dimana formulasi kebijakan berada ditingkat warga, sehingga mereka dapat lebih memahami dan mampu menganalisis kebijakan-kebijakan apa yang cocok dengan sumberdaya yang tersedia di daerahnya, sistem sosio-kultur yang mengada agar kebijakan tersebut tidak kontroproduktif, yang dapat menunjang keberhasilan kebijakan itu sendiri.

Dari kedua pendekatan tersebut diatas, masing-masing memiliki model-model kerangka kerja dalam membentuk keterkaitan antara kebijakan dan hasil.

1. Model Pendekatan *Top Down*

- 1.1 Implementasi kebijakan publik model **Van Metter** dan **Van Horn** (1975) disebut juga dengan *A model of the policy*. Model pendekatan ini menjelaskan bahwa proses implementasi merupakan abstraksi suatu implementasi kebijakan yang pada dasarnya secara sengaja dilakukan untuk meraih kinerja implementasi kebijakan publik yang tinggi yang berlangsung dalam hubungan berbagai variabel. Model ini mengandaikan bahwa implementasi kebijakan berjalan secara linier dari keputusan politik/kebijakan publik, implementor dan kinerja

kebijakan publik. Ada enam variabel yang mempengaruhi kinerja kebijakan publik tersebut, yaitu:

1. Ukuran dan tujuan kebijakan
2. Sumberdaya
3. Karakteristik agen pelaksana
4. Sikap/kecenderungan (*disposition*) para pelaksana
5. Komunikasi antar organisasi dan aktivitas pelaksana
6. Lingkungan ekonomi, sosial dan politik

1.2 Implementasi kebijakan publik model **Mazmanian** dan **Sabatier**

(1983) disebut juga dengan *A Frame for policy implementation*.

Kedua ahli ini berpendapat bahwa peran penting dari implementasi kebijakan publik adalah kemampuannya dalam mengidentifikasi variabel-variabel yang mempengaruhi tercapainya tujuan-tujuan formal pada keseluruhan proses implementasi, variabel-variabel tersebut adalah:

1. Mudah atau tidaknya masalah yang akan digarap, meliputi: kesukaran-kesukaran teknis, keberagaman perilaku yang diatur, presentase totalitas penduduk yang tercakup dalam kelompok sasaran, serta tingkat dan ruang lingkup perubahan perilaku yang dikehendaki.
2. Kemampuan kebijakan menstruktur proses implementasi secara tepat, meliputi: kecermatan dan kejelasan penjenjangan

tujuan-tujuan resmi yang akan dicapai, kehandalan teori kausalitas yang diperlukan, ketetapan alokasi sumber dana, keterpaduan hirarki di dalam lingkungan dan diantara lembaga-lembaga atau instansi-instansi pelaksana, aturan-aturan pembuat keputusan dari badan-badan pelaksana, kesepakatan para pejabat terhadap tujuan yang termaktub dalam undang-undang, serta akses formal pihak-pihak luar.

3. Variabel-variabel diluar undang-undang yang mempengaruhi implementasi, meliputi: kondisi sosial ekonomi dan teknologi, dukungan publik, sikap dan sumber-sumber yang dimiliki kelompok masyarakat serta kesepakatan dan kemampuan kepemimpinan para pejabat pelaksana.

1.3 Implementasi kebijakan publik model **Edward III** disebut juga dengan *Direct and Indirect Impact on Implementation*. Dalam pendekatan yang diteorikan oleh Edward III, terdapat empat variabel yang sangat menentukan keberhasilan implementasikan suatu kebijakan, yaitu:

1. Komunikasi, terdapat tiga indikator yang dipakai yaitu: tranmisi, kejelasan dan konsistensi,
2. Sumberdaya, terdapat empat indikator yang dipakai, yaitu: staf, informasi, wewenang dan fasilitas,

3. Disposisis, terdapat dua indikator yang dipakai, yaitu:
pengangkatan birokrat, dan inisiatif,
4. Struktur birokrasi, terdapat dua indikator yang dipakai, yaitu:
standar operating prosedurs (SOP) dan fragmentasi.

1.4 Implementasi kebijakan publik model **Grindle** (1980).

Pendekatan dikenal dengan *Implementation as a Political and administrative Proses*. Menurut Grindle, ada dua variabel yang mempengaruhi implementasi kebijakan publik. Keberhasilan implementasi suatu kebijakan publik, dapat diukur dari proses pencapaian hasil akhir (*outcome*) yaitu tercapai atau tidaknya tujuan yang ingin dicapai dengan melihat pada proses serta pencapaian tujuan kebijakan yaitu pada dampak atau efek pada masyarakat secara individu dan kelompok serta tingkat perubahan yang terjadi dan penerimaan kelompok sasaran. Keberhasilan suatu implementasi kebijakan juga di tentukan oleh tingkat *Implementabilty* kebijakan itu sendiri, yang terdiri atas isi kebijakan (*Content of Policy*) dan konteks implementasinya (*Context of Policy*).

1. Isi kebijakan (*Content of Policy*) terdiri dari: kepentingan yang mempengaruhi, tipe manfaat, derajat perubahan yang ingin dicapai, letak pengambilan keputusan, pelaksana program, dan sumberdaya yang digunakan.

2. Konteks implementasi kebijakan (*Context of Policy*), terdiri dari: kekuasaan, kepentingan, dan strategi dari aktor yang terlibat, karakteristik lembaga dan rezim yang berkuasa, serta tingkat kepatuhan dan adanya respon dari pelaksana.

1.5 Implementasi kebijakan publik model **Hoogwood** dan **Gun** (1978). Menurut kedua pakar ini, untuk melakukan implementasi kebijakan diperlukan beberapa syarat:

1. Jaminan bahwa kondisi eksternal yang dihadapi oleh lembaga/badan tidak akan menimbulkan masalah yang besar.
2. Apakah untuk melaksanakannya tersedia sumberdaya yang memadai, termasuk sumberdaya waktu.
3. Apakah keterpaduan sumber-sumber yang diperlukan benar-benar ada.
4. Apakah kebijakan yang akan diimplementasikan didasari hubungan kausal yang andal.
5. Seberapa banyak hubungan kausalitas yang terjadi.
6. Apakah hubungan saling ketergantungan kecil.
7. Pemahaman yang mendalam dan kesepakatan terhadap tujuan.
8. Bahwa tugas-tugas telah dirinci dan ditempatkan dalam urutan yang benar.

2. Model Pendekatan *Bottom Up*

Model pendekatan *bottom up* ini disusun oleh **Elmore** (1979), **Lipsky** (1971), **Hjren** dan **O'Porter** (1981). Model ini dimulai dari identifikasi jaringan aktor yang terlibat didalam proses pelayanan dan menanyakan kepada mereka: tujuan, strategi, aktivitas, dan kontak-kontak yang mereka miliki. Model implementasi kebijakan ini didasarkan kepada jenis kebijakan publik yang mendorong

masyarakat untuk mengerjakan sendiri implementasi kebijakannya atau masih melibatkan pejabat pemerintah, namun hanya tataran bawah. Oleh karena itu, kebijakan yang dibuat harus sesuai dengan harapan, keinginan publik yang menjadi target atau kliennya dan sesuai pula dengan pejabat eselon rendah yang menjadi pelaksananya. Kebijakan model ini diprakarsai oleh masyarakat baik secara langsung ataupun melalui lembaga-lembaga nirlaba kemasyarakatan (LSM).³⁴

Berdasarkan beberapa teori dan model pendekatan implementasi kebijakan publik yang telah dipaparkan oleh beberapa tokoh di atas, maka peneliti menggunakan teori dan model pendekatan kebijakan publik yang di ungkapkan oleh **Grindle**. Peneliti memilih model Grindle berdasarkan sub variabel yang terdapat dalam model pendekatan ini yang mampu menjawab permasalahan yang terjadi dalam Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen.

Berdasarkan model yang di ungkapkan oleh Grindle, dijelaskan bahwa keberhasilan suatu implementasi kebijakan publik ditentukan oleh tingkat *implemtability* kebijakan itu sendiri yang terdiri dari dua sub variabel yaitu :

1. Isi Kebijakan (*content of policy*) terdiri dari beberapa indikator yaitu:

³⁴ Ibid. Hal 140-156

- a. *Interest Affected* (kepentingan-kepentingan yang mempengaruhi), berkaitan dengan berbagai kepentingan yang mempengaruhi suatu implementasi kebijakan. Indikator ini berargumen bahwa suatu kebijakan dalam pelaksanaannya pasti melibatkan banyak kepentingan dan sejauhmana kepentingan-kepentingan tersebut membawa pengaruh terhadap implementasinya.
- b. *Type of Benefits* (Tipe manfaat), pada point ini berupaya menjelaskan bahwa dalam suatu kebijakan harus terdapat beberapa jenis manfaat yang menunjukkan dampak positif yang dihasilkan oleh pengimplementasian kebijakan yang akan dilaksanakan.
- c. *Extent of Change Envision* (derajat perubahan yang ingin dicapai), setiap kebijakan mempunyai target yang hendak dan ingin dijelaskan pada indikator adalah bahwa seberapa besar perubahan yang hendak atau ingin dicapai melalui suatu implementasi kebijakan harus mempunyai skala yang jelas.
- d. *Site of Decision Making* (letak pengambilan keputusan) Pengambilan keputusan dalam suatu kebijakan mempunyai peranan penting dalam pelaksanaan suatu kebijakan, maka pada bagian ini harus dijelaskan di mana letak pengambilan keputusan dari suatu kebijakan yang hendak diimplementasikan.

- e. *Program implementer* (pelaksana program), dalam menjalankan suatu kebijakan atau program harus didukung dengan adanya pelaksanaan kebijakan yang kompeten dan kapabel demi keberhasilan.
 - f. *Resources Committed* (sumber-sumber daya yang digunakan)
Pelaksanaan suatu kebijakan juga harus didukung oleh sumber-sumber daya yang mendukung agar pelaksanaannya berjalan dengan baik.
2. Konteks implementasinya (*Context of Policy*), terdiri dari beberapa indikator yaitu:
- a. *Power, Interest and Strategi of Actor Involved* (kekuasaan,kepentingan, dan strategi yang terlibat) dalam suatu kebijakan perlu diperhitungkan pula kekuatan atau kekuasaan kepentingan serta strategi yang digunakan oleh para aktor yang terlibat guna memperlancar jalannya pelaksanaan suatu implementasi kebijakan. Bila hal ini tidak diperhitungkan dengan matang sangat besar kemungkinan program yang hendak diimplementasikan tidak berjalan dengan baik.
 - b. *Institution and regime Characteristic* (karakteristik lembaga dan rezim yang berkuasa), lingkungan dimana suatu kebijakan tersebut dapat dilaksanakan juga berpengaruh terhadap keberhasilannya. Maka pada bagian ini akan dijelaskan

karakteristik suatu lembaga yang akan turut mempengaruhi suatu kebijakan.

- c. *Compliance and Responsiveness* (tingkat kepatuhan dan adanya respon dari pelaksana). Hal lain yang dirasa penting dalam proses pelaksanaan suatu kebijakan adalah kepatuhan dan respon dari para pelaksana, maka yang hendak dijelaskan pada poin ini adalah sejauhmana kepatuhan dan respon dari pelaksana dalam menanggapi suatu kebijakan. Setelah pelaksanaan kebijakan yang dipengaruhi oleh isi atau konten dan lingkungan atau konteks yang diterapkan, maka akan dapat diketahui apakah para pelaksana kebijakan dalam membuat sebuah kebijakan sesuai dengan apa yang diharapkan, juga dapat diketahui apakah suatu kebijakan dipengaruhi oleh suatu lingkungan, sehingga tingkat perubahan yang diharapkan terjadi.

2.1.5 Kemiskinan

Kemiskinan menurut **Salim** dalam Soelaeman, kemiskinan lazimnya dilukiskan sebagai kurangnya pendapatan untuk memenuhi kebutuhan hidup yang pokok. Dikatakan berada di bawah garis kemiskinan apabila pendapatan tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan

hidup yang paling pokok seperti pangan, pakaian, tempat berteduh dan lain-lain.³⁵

Selanjutnya kemiskinan juga di artikan oleh **Suparlan** dalam Hartomo menyatakan:

“Suatu standar tingkat hidup yang rendah yaitu adanya suatu tingkat kekurangan materi pada sejumlah atau segolongan orang dibandingkan dengan standar kehidupan yang umum berlaku dalam masyarakat bersangkutan. Standar kehidupan yang rendah ini secara langsung tampak pengaruhnya terhadap kesehatan, kehidupan moral dan rasa harga diri dari mereka yang tergolong sebagai orang miskin.”³⁶

Beranjak dari kedua tipe kemiskinan itu, berbagai teori telah dikembangkan dalam upaya untuk memahami aspek-aspek yang menentukan terjadinya kemiskinan secara lebih mendalam. Keanekaragaman teori yang telah dikembangkan itu menggambarkan adanya perbedaan sudut pandang diantara pemerhati masalah kemiskinan. Secara umum teori-teori yang menjelaskan mengapa terjadi kemiskinan, dapat dibedakan menjadi teori yang berbasis pada pendekatan ekonomi dan teori yang berbasis pada pendekatan sosio-antropologi, khususnya tentang budaya masyarakat. Teori yang berbasis pada teori ekonomi antara lain melihat kemiskinan sebagai akibat dari kesenjangan kepemilikan faktor produksi, kegagalan kepemilikan, kebijakan yang bias ke perkotaan, perbedaan kualitas sumber daya manusia, serta rendahnya pembentukan modal masyarakat atau

³⁵ Soelaemen, Munandar. 2001. *Ilmu Sosial Dasar (Teori dan Konsep ilmu Sosial)*. Bandung: PT. Refika Aditama. Hal 228

³⁶ Hartomo dan Arnicun Aziz. 2001. *Ilmu Sosial Dasar*. Jakarta: PT. Bumi Aksara. Hal 315

rendahnya perangsang untuk penanaman modal, namun di sisi lain, pendekatan sosio–antropologis menekankan adanya pengaruh budaya yang cenderung melanggengkan kemiskinan (kemiskinan kultural).

Sementara itu, **Azhari** menggolongkan kemiskinan ke dalam tiga macam kemiskinan, yaitu :

1. Kemiskinan alamiah, yaitu kemiskinan yang timbul sebagai akibat sumber daya yang langka jumlahnya, atau karena perkembangan tingkat teknologi yang sangat rendah. Termasuk di dalamnya adalah kemiskinan akibat jumlah penduduk yang melaju dengan pesat di tengah- tengah sumber daya alam yang tetap.
2. Kemiskinan struktural, yaitu kemiskinan yang diderita oleh suatu golongan masyarakat karena struktur sosial sedemikian rupa, sehingga masyarakat itu tidak dapat menggunakan sumber-sumber pendapatan yang sebenarnya tersedia bagi mereka. Kemiskinan struktural ini terjadi karena kelembagaan yang ada membuat anggota atau kelompok masyarakat tidak menguasai sarana ekonomi dan fasilitas-fasilitas secara merata. Dengan perkataan lain kemiskinan ini tidak ada hubungannya dengan kelangkaan sumber daya alam.
3. Kemiskinan kultural, yaitu kemiskinan yang muncul karena tuntutan tradisi atau adat yang membebani ekonomi

masyarakat, seperti upacara perkawinan, kematian atau pesta-pesta adat lainnya, termasuk juga dalam hal ini sikap mentalitas penduduk yang lamban, malas, konsumtif serta kurang berorientasi kemasa depan.³⁷

Berdasarkan konsep menurut para ahli diatas dinas sosial memberikan kriteria mengenai rumah tangga miskin. Kriteria rumah tangga miskin diantaranya sebagai berikut:

1. Luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8 m² per orang.
2. Jenis lantai bangunan tempat tinggal terbuat dari tanah atau bambu atau kayu murahan.
3. Jenis dinding tempat tinggal terbuat dari bambu atau rumbia atau kayu berkualitas rendah atau tembok tanah di plester.
4. Tidak memiliki fasilitas buang air besar atau bersama-sama dengan rumah tangga lain.
5. Sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik.
6. Sumber air minum berasal dari sumur atau mata air tidak terlindung atau sungai atau air hujan.
7. Bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar atau arang atau minyak tanah.
8. Hanya mengkonsumsi daging atau susu, ayam satu kali dalam seminggu.
9. Hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun
10. Hanya sanggup makan sebanyak satu atau dua kali dalam sehari
11. Tidak sanggup membayar biaya pengobatan di puskesmas atau poliklinik.
12. Sumber penghasilan kepala rumah tangga adalah petani dengan luasa lahan 0,5 Ha, buruh tani,nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunaan, atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan dibawah Rp 600.000, 00,. Per bulan.
13. Pendidikan tertinggi kepala rumah tangga adalah tidak sekolah, tidak tamat SD atau hanya SD.

³⁷ Siti Umajah. M. 2007. Tesis dengan judul: *Perbaikan Kampung Komprehensif dan Dampaknya Terhadap Kesejahteraan Sosial Serta Kemandirian Masyarakat Miskin Kampung Kumuh Di Kota Surabaya*. Universitas Airlangga. Hal 45. [Diakses 8 Juni 2010]

14. Tidak memiliki tabungan atau barang yang mudah dijual dengan nilai minimal Rp 500.000,00 seperti sepeda motor (kredit atau non kredit , emas, ternak, kapal motor atau barang modal lainnya).³⁸

2.1.6 Konsep Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat

Dalam kamus atau perbendaharaan kata bangsa Indonesia, tidak dikenal kata asuransi yang dikenal adalah istilah “jaminan” atau “tanggung”. Kata asuransi berasal dari bahasa Inggris *insurance*, dengan akar kata *in-sure* yang berarti “memastikan”. Dalam konteks asuransi kesehatan, pengertian asuransi adalah memastikan seseorang yang menderita sakit akan mendapatkan pelayanan yang dibutuhkannya tanpa harus mempertimbangkan keadaan ekonominya. Ada pihak yang menjamin atau menanggung biaya pengobatan atau perawatannya. Pihak yang menjamin ini dalam bahasa Inggris disebut *insurer* atau dalam UU asuransi disebut *asuradur*.

Pemahaman tentang asuransi kesehatan di Indonesia masih sangat beragam. Namun di Indonesia pemahaman tentang asuransi kesehatan sosial masih sangat rendah karena sejak lama kita hanya mendapatkan informasi yang bias tentang asuransi kesehatan yang didominasi oleh asuransi kesehatan komersial. Sehingga, setiap kata sosial, seperti asuransi sosial dan fungsi sosial rumah sakit hampir selalu dipahami sebagai pelayanan atau program untuk orang miskin. Sesungguhnya asuransi sosial bukanlah asuransi untuk orang miskin.

³⁸ Dinas Sosial Kota Serang Tahun 2010

Fungsi sosial bukanlah fungsi untuk orang miskin. Salah satu bentuk asuransi sosial di Indonesia adalah Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM).

Dahulu banyak yang menganggap bahwa JPKM bukan asuransi kesehatan, apalagi asuransi kesehatan komersial perkembangan selanjutnya menyebutkan JPKM sebagai asuransi sosial karena dijual umumnya kepada masyarakat miskin di daerah-daerah. Padahal dilihat dari definisi dan jenis programnya, JPKM jelas bukan asuransi kesehatan sosial. Asuransi kesehatan sosial (*social health insurance*) adalah suatu mekanisme pendanaan pelayanan kesehatan yang semakin banyak digunakan di seluruh dunia karena kehandalan sistem ini menjamin kebutuhan kesehatan rakyat suatu negara.³⁹ Salah satu bentuk JPKM adalah Program Jamkesmas.

Jamkesmas adalah Program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin.⁴⁰

Tujuan Penyelenggaraan Jamkesmas dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat miskin yaitu sebagai berikut:

³⁹ Hasbullah Thanbrany. Sejarah Askes.

<http://docs.google.com/satff.ui.ac.id/internal/140163956/material/StrategiPendanaanJaminanKesehatanIndonesia-Bappenas.08.pdf>

⁴⁰ Dinkes Kota Serang. *Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas 2009*. Jakarta : Departemen Kesehatan R.I

1. Tujuan umum yaitu meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan yang optimal secara efektif dan efisien bagi seluruh peserta jamkesmas
2. Tujuan Khusus yaitu:
 - a) Meningkatkan cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya dan di Rumah sakit
 - b) Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin
 - c) Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

Adapun sasaran dari program jamkesmas adalah masyarakat miskin dan tidak mampu diseluruh Indonesia sejumlah 76,4 juta jiwa, Tidak termasuk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya.

Landasan hukum pelaksanaan program jamkesmas berdasarkan pada :

1. Undang-undang dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Pasal 34 mengamanatkan ayat (1) bahwa fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh negara, sedangkan ayat (3) bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan fasilitas umum yang layak.
2. Undang-undang nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan (lembaga negara tahun 1992 nomor 100, tambahan lembaran negara nomor 3495).

3. Peraturan pemerintah nomor 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan (lembaran negara tahun 1996 no 49, tambahan lembaran negara no 3637).
4. Peraturan pemerintah nomor 38 tahun 2007 tentang pembagian urusan pemerintahan antar pemerintah, pemerintahan daerah provinsi, dan pemerintahan daerah kabupaten/kota (lembaran negara tahun 2007 no 82, tambahan lembaran negara nomor 4737).
5. Peraturan menteri kesehatan nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang organisasi dan tata kerja departemen kesehatan sebagaimana telah diubah dengan peraturan menteri kesehatan nomor 1279/Menkes/Per/XII/2007.

Tata laksana kepesertaan program jamkesmas antara lain dapat dilihat sebagai berikut:

1. Peserta jamkesmas adalah orang miskin dan tidak mampu selanjutnya disebut peserta jamkesmas sejumlah 76,4 juta jiwa bersumber dari badan pusat statistik tahun 2006 yang dijadikan dasar penetapan jumlah sasaran peserta secara nasional oleh menteri kesehatan RI (Menkes)
2. Berdasarkan kuota Kabupaten/Kota, Bupati dan Walikota telah menetapkan peserta di wilayahnya pada tahun 2008 (nomor, nama dan alamat peserta) dan telah menjadi data kepesertaan jamkesmas nasional
3. Gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar, masyarakat miskin yang tidak memiliki identitas tetap dijamin dalam jamkesmas dan pada saat mengakses pelayanan kesehatan mengikuti prosedur yang telah ditentukan. Selanjutnya PT. Askes (Persero) wajib menerbitkan surat keabsahan peserta (SKP) dan membuat pencatatan atas kunjungan pelayanan kesehatan dari kelompok tersebut
4. Sasaran peserta program keluarga harapan (PKH) yang belum menjadi peserta jamkesmas dijamin dalam jamkesmas dan dapat menggunakan kartu pkh pada saat mengakses pelayanan kesehatan dengan mengikuti prosedur yang telah ditentukan. Selanjutnya PT. Askes (Persero) wajib menerbitkan surat keabsahan peserta (SKP) dan membuat pencatatan atas kunjungan pelayanan kesehatan dari kelompok tersebut
5. Bila terjadi kehilangan kartu jamkesmas peserta tetap dapat memperoleh pelayanan kesehatan dengan melakukan

pengecekan *database* kepesertaan dan selanjutnya dilaporkan ke PT. Askes (Persero)

Tata laksana pelayanan kesehatan program jamkesmas dapat dilihat pula sebagai berikut:

1. Setiap peserta jamkesmas mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan dasar meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan, rawat inap, pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan dan pelayanan gawat darurat.
2. Pelayanan kesehatan dasar (rawat jalan tingkat pertama dan rawat jalan inap tingkat pertama) diberikan di puskesmas dan jaringannya. Khusus untuk persalinan normal dapat juga dilayani oleh tenaga kesehatan yang berkompeten (praktek dokter dan bidan swasta) dan biayanya diklaimkan oleh puskesmas setempat.
3. Pemberian pelayanan kepada peserta oleh pemberi pelayanan kesehatan harus dilakukan secara efektif dan efisien, dengan menerapkan prinsip kendali biaya dan kendali mutu.

Prosedur pelayanan program jamkesmas dapat dilihat sebagai berikut:

1. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta harus menunjukkan kartu keabsahan kepesertaannya.
2. Apabila peserta jamkesmas memerlukan pelayanan kesehatan rujukan maka yang bersangkutan yang dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan disertai surat rujukan dan kartu peserta yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, kecuali *emergency*.
3. Bila peserta tidak dapat menunjukkan kartu peserta sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, maka yang bersangkutan diberi waktu maksimal 2X24 jam hari kerja untuk menunjukkan kartu tersebut. Pada kondisi tertentu dimana yang bersangkutan belum mampu menunjukkan identitas sebagaimana dimaksud diatas maka Direktur Rumah Sakit dapat menetapkan status miskin atau tidak miskin yang bersangkutan

2.1.7 Perbandingan Jaminan Kesehatan Negara Maju

Jaminan kesehatan nasional atau yang lebih dikenal dengan istilah Asuransi Kesehatan Nasional (AKN) kini semakin banyak digunakan di dunia. Dibawah ini akan dipaparkan AKN di Amerika Serikat dan Jepang.

1. AKN Amerika Serikat

Amerika Serikat telah lama bergelut untuk mewujudkan sebuah AKN. AS dapat dikatakan mempunyai asuransi kesehatan nasional rawat inap untuk penduduk diatas 65 tahun saja (lansia) yang disebut *Medicare part A*. Karena AKN di Amerika Serikat hanya berlaku bagi penduduk lansia, tidak semua penduduk Amerika yang berjumlah sekitar 280 juta jiwa memiliki asuransi kesehatan. Sekitar 50 juta penduduk AS yang berusia di bawah 65 tahun (sekitar 25% penduduk usia produktif) tidak memiliki asuransi kesehatan. Karena AS memang didominasi oleh asuransi kesehatan komersial.

AS adalah satu-satunya negara maju yang tidak mampu memiliki asuransi kesehatan nasional. Di kala itu, 23% penduduk AS tidak memiliki asuransi kesehatan, sedangkan saat ini angka tersebut masih berkisar 18%. Dalam masa hampir 40 tahun, sejak *Medicare* diluncurkan, AS tidak mampu meningkatkan perluasan penduduk yang dicakup asuransi. Berbagai reformasi sistem asuransi kesehatan yang dilakukan Amerika, misalnya dengan UU portabilitas asuransi

dan berbagai UU lain yang bertujuan memperluas cakupan asuransi secara parsial, tanpa AKN tidak mampu mencapai cakupan universal.

Inilah salah satu bukti *market failure* dalam pencapaian cakupan universal asuransi kesehatan. Sesungguhnya di AS telah diusulkan puluhan model pendanaan dan penyelenggaraan yang dapat digolongkan menjadi tiga model yaitu (1) kombinasi kontribusi wajib (*payroll taxes*) dan anggaran pemerintah seperti model Inggris, (2) perluasan program *Medicare* dengan kontribusi wajib kepada seluruh penduduk seperti model umum di negara maju lain, dan (3) bantuan premi dari pemerintah untuk penduduk miskin dan tidak mampu.

2. AKN di Jepang

Jepang memiliki pola sistem asuransi kesehatan yang mengikuti pola Jerman dengan berbagai modifikasi. Di Jepang istilah AKN (*Kokuho, Kokumin Kenko Hoken*) digunakan untuk penyelenggaraan asuransi kesehatan bagi pekerja mandiri (*self-employed*), pensiunan swasta maupun pegawai negeri, dan anggota keluarganya. Penyelenggara AKN diserahkan kepada pemerintah daerah. Sementara asuransi kesehatan bagi pekerja aktif di sektor formal diatur dengan UU asuransi sosial kesehatan secara terpisah.

Jepang telah memulai mengembangkan asuransi sosial kesehatan sejak tahun 1922 dengan mewajibkan pekerja di sektor formal untuk mengikuti program asuransi kesehatan sosial. Akan tetapi, mewajibkan asuransi kesehatan bagi pekerja sektor formal saja

tidak bisa menjamin penduduk di sektor informal dan penduduk yang telah memasuki usia pensiun mendapatkan asuransi kesehatan. Untuk memperluas jaminan kesehatan kepada seluruh penduduk (*universal coverage*), Jepang kemudian memperluas cakupan asuransi kesehatan dengan mengeluarkan UU AKN. Dalam sistem asuransi kesehatan di Jepang, peserta dan anggota keluarganya harus membayar biaya (*cost sharing*) yang besarnya bervariasi antara 20-30% dari biaya kesehatan di fasilitas kesehatan. Bagian biaya inilah yang menjadi pangsa pasar asuransi kesehatan komersial.⁴¹

2.2 Kerangka Berfikir

Kerangka pemikiran merupakan alur berpikir peneliti dalam penelitian, untuk mengetahui bagaimana alur berpikir peneliti dalam menjelaskan permasalahan penelitian maka dibuatlah kerangka berpikir sebagai berikut :

Dalam penelitian ini yang menjadi fokus penelitian adalah Implementasi program Jamkesmas di Kecamatan Kasemen. Sehingga peneliti mendeskripsikan implementasi program jamkesmas tersebut dengan apa yang senyatanya terjadi di lapangan dan peneliti menggambarkan kondisi riil yang terjadi di lapangan dengan konsep yang telah dirancang oleh pemerintah. Sehingga peneliti memperoleh banyak data dan informasi mengenai apa yang sebenarnya terjadi dalam pelaksanaan program tersebut.

⁴¹ Ibid.

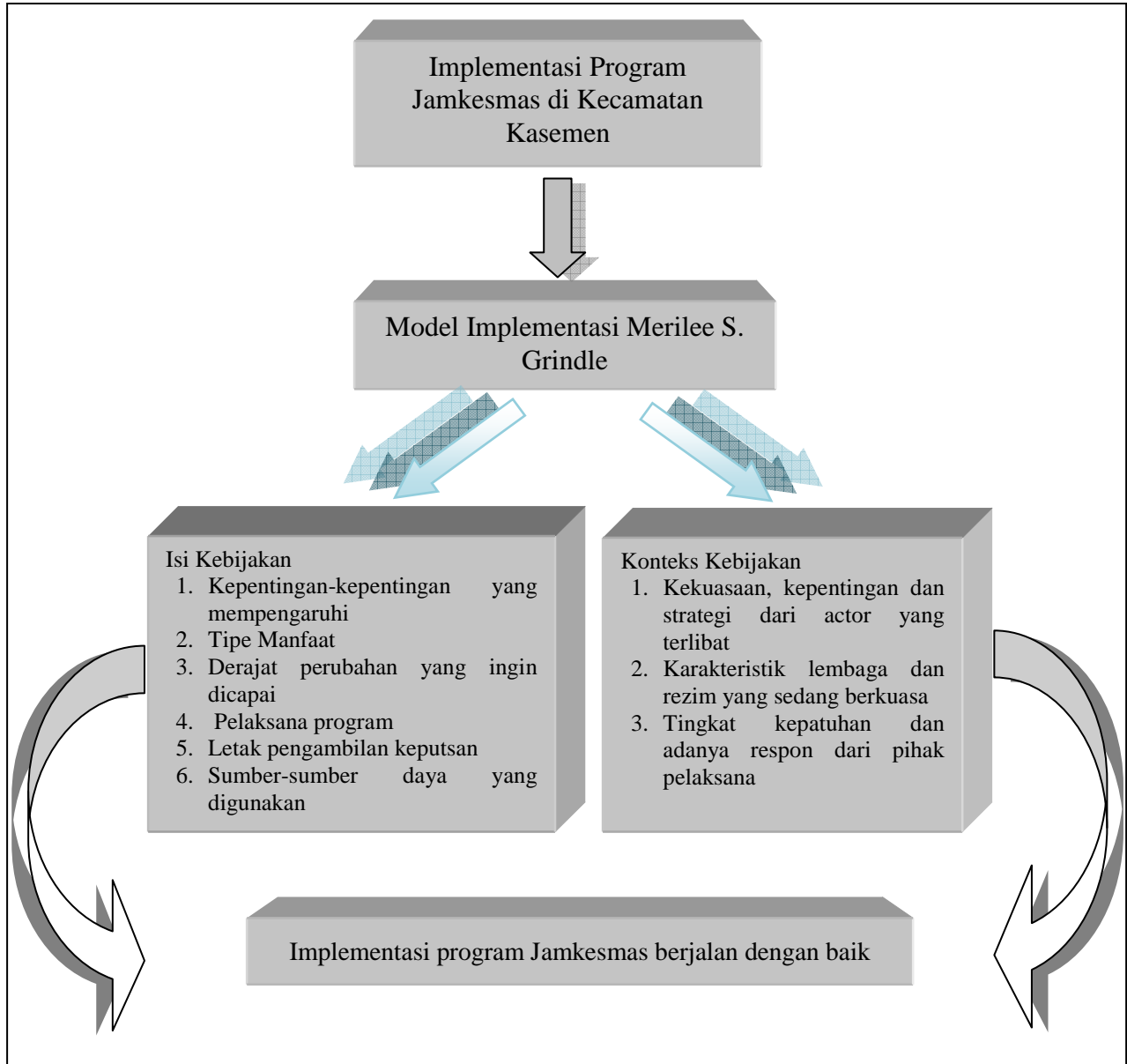
Ternyata ditemukan hambatan-hambatan diantaranya yang diberikan pemerintah terhadap program jamkesmas, masih banyak warga yang seharusnya masuk kriteria penerima jamkesmas malah tidak terdaftar, kurangnya *up to date* data penerima jamkesmas dan ketidaksesuaian

pelayanan yang diberikan pihak puskesmas kepada masyarakat penerima kartu jamkesmas.

Mengimplementasikan kebijakan memanglah tidak semudah membalikan tangan. Kerangka berfikir dalam penelitian ini seperti apa yang terungkap dalam implementasi kebijakan berdasarkan teori Grindle implementasi kebijakan publik merupakan suatu pengukuran keberhasilan implementasi kebijakan dapat dilihat dari prosesnya dengan mempertanyakan apakah pelaksana program sesuai yang telah ditentukan yaitu melihat pada *action* program dari individual *project* dan yang kedua apakah tujuan program tersebut tercapai.

Untuk dapat melihat alur penelitian maka akan dibuat bagan alur berfikir peneliti sebagai berikut:

Gambar 2.3
Kerangka Berfikir



Sumber : Peneliti 2010

2.3 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan hasil dari refleksi peneliti berdasarkan kajian pustaka dan landasan teori yang digunakannya sebagai dasar argumentasi. Dengan demikian hipotesis menggambarkan keyakinan peneliti tentang jawaban dari masalah yang akan ditelitinya sehingga rumusan hipotesisnya secara teknis haruslah memuat satu pernyataan hipotesis saja dari sejumlah alternatif.

Menurut **Prasetyo**, hipotesis merupakan proposisi yang akan diuji keberlakuannya, atau merupakan suatu jawaban sementara atas pertanyaan penelitian.⁴² Perumusan Hipotesis berguna untuk (1) memfokuskan masalah, (2) mengidentifikasi data-data yang relevan untuk dikumpulkan, (3) menunjukkan bentuk desain penelitian, termasuk teknis analisi yang akan digunakan, (4) menjelaskan gejala sosial, (5) mendapatkan kerangka penyimpulan, (6) merangsang penelitian lebih lanjut.⁴³

Berdasarkan kerangka berpikir di atas, maka peneliti dapat menentukan hipotesis dalam penelitian ini, yaitu:

“Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen minimal 65% ”

⁴² Bambang Prasetyo dan Lina Miftahul Jannah. 2005. *Metode Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada. Hal 76

⁴³ Husaini Usman dan Purnomo Setiady. A. 2006. *Metodelogi Penelitian Sosial*. Jakarta: Bumi Aksara. Hal 38

Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen dikatakan berhasil apabila lebih besar dari 65% atau hipotesis statistiknya dapat ditulis sebagai berikut :

$$H_0: \mu_0 > 65\%$$

Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen dikatakan kurang berhasil apabila kurang dari 65% atau hipotesis statistiknya dapat ditulis sebagai berikut:

$$H_a: \mu_0 < 65\%$$

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Metode Penelitian

Metode penelitian sangat erat dengan tipe penelitian yang digunakan, karena tiap-tiap tipe dan tujuan penelitian yang didesain memiliki konsekuensi pada pilihan metode penelitian yang tepat, guna mencapai tujuan penelitian tersebut. Menurut **Usman**, metode ialah suatu prosedur atau cara untuk mengetahui sesuatu, yang mempunyai langkah-langkah sistematis. Sedangkan metodologi ialah suatu pengkajian dalam mempelajari peraturan-peraturan suatu metode. Jadi, mendefinisikan metode penelitian ialah suatu pengkajian dalam mempelajari peraturan-peraturan yang terdapat dalam penelitian. Ditinjau dari sudut filsafat, metodologi penelitian merupakan epistemologi penelitian yaitu yang menyangkut bagaimana kita mengadakan penelitian.⁴⁴ Adapun metode yang digunakan peneliti dalam penelitian ini adalah metode deskriptif dengan pendekatan kuantitatif.

Silalahi menyatakan bahwa penelitian deskriptif kuantitatif menyajikan tahap yang lebih lanjut dari observasi yang membentuk sejumlah klasifikasi dan kemudian peneliti melakukan pengukuran besar atau distribusi sifat-sifat diantara anggota kelompok menggunakan tehnik-tehnik statistik seperti distribusi frekuensi, tendensi sentral dan dispersi.⁴⁵

⁴⁴ Ibid. Hal 42

⁴⁵ Ulber Silalahi. 2009. *Metode Penelitian Sosial*. Bandung Refika Aditama hal 28

Sedangkan menurut **Suryabrata** penelitian deskriptif didefinisikan sebagai penelitian yang bermaksud untuk membuat pencadangan (deskripsi) mengenai situasi-situasi atau kejadian-kejadian dalam arti ini penelitian deskriptif itu adalah akumulasi data dasar dalam cara deskriptif semata-mata tidak perlu mencari atau menerangkan saling hubungan, mentest hipotesis, membuat ramalan, atau mendapatkan makna atau implikasi, walaupun penelitian yang bertujuan untuk menemukan hal-hal tersebut dapat mencakup juga metode-metode deskriptif.⁴⁶

Jadi dalam hal ini penelitian deskriptif kuantitatif yaitu penelitian yang dilakukan untuk mengetahui nilai variabel mandiri yang disajikan dalam bentuk angka yang disajikan dalam bentuk data yang diangkakan, bersifat faktual dan disusun secara sistematis dan akurat. Penelitian deskriptif kuantitatif dapat pula diartikan sebagai penelitian yang dimaksudkan untuk memotret fenomena individual, situasi atau kelompok tertentu yang terjadi secara kekinian dengan mendeskripsikan seperangkat peristiwa atau kondisi populasi saat ini.

3.2 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian digunakan untuk mengukur nilai variabel yang diteliti dan diukur dari indikator-indikator variabel yang diberikan oleh peneliti. Pada perinsipnya meneliti adalah melakukan pengukuran terhadap fenomena sosial maupun alam. Karena melakukan pengukuran maka harus

⁴⁶ Sumadi Suryabrata. 2006. *Metodelogi Penelitian*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Perdasa. Hal 76

ada alat ukur yang baik. Alat ukur dalam penelitian biasanya dinamakan instrumen penelitian jadi instrumen penelitian adalah alat pengumpulan data, diantaranya kuesioner.⁴⁷

Dalam penelitian ini pengukuran yang digunakan oleh peneliti untuk variabel adalah skala pengukuran instrumen skala likert maka variabel yang akan diukur dijabarkan menjadi indikator variabel. Kemudian indikator tersebut dijadikan sebagai titik tolak untuk menyusun item-item instrument yang dapat berupa pernyataan atau pertanyaan. Jawaban setiap item instrument yang menggunakan skala likert mempunyai gradasi dari sangat positif sampai sangat negatif yang berupa kata-kata seperti:

Tabel 3.1
Skor Tiap Indikator Menurut Likert

SKOR	KATEGORI
5	Sangat setuju
4	Setuju
3	Ragu-ragu
2	Tidak setuju
1	Sangat tidak setuju

Berikut indikator dari variabel penelitian mengenai Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen , yaitu:

⁴⁷ Ronny Kountur. 2004. *Metode Penelitian Untuk Penulisan Skripsi dan Tesis*. Jakarta: PPM. Hal 113

Tabel 3.2
Kisi-kisi Instrumen Penelitian

Variabel	Indikator	Sub Indikator	No butir pada instrument
Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Di Kecamatan Kasemen	1. <i>Content of policy</i> (isi kebijakan)	1. <i>Interest Affected</i> (kepentingan-kepentingan yang mempengaruhi program jamkesmas) 2. <i>Type Of Benefits</i> (tipe manfaat program jamkesmas) 3. <i>Extent Of Change</i> (derajat perubahan yang ingin dicapai dari program jamkesmas) 4. <i>Site Of Decision</i> (letak pengambilan keputusan dalam program jamkesmas) 5. <i>Program Implementer</i> (pelaksana program jamkesmas) 6. <i>Resources Committed</i> (sumber-sumber daya yang di gunakan dalam program jamkesmas)	1, 2, 3 4, 5, 6 7, 8, 9 10, 11 12, 13 14, 15
	2. <i>Context of policy</i> (konteks kebijakan)	1. <i>Power, Interest and Strategi of Actor Involved</i> (kekuasaan,kepentingan, dan strategi yang terlibat dalam melaksanakan program jamkesmas) 2. <i>Institution and regime Characteristic</i> (karakteristik lembaga dan rezim yang berkuasa dalam melaksanakan program jamkesmas) 3. <i>Compliance and Responsiveness</i> (tingkat kepatuhan dan adanya respon dari pelaksana dalam melaksanakan program jamkesmas).	16, 17, 18 19, 20 21, 22

3.2.1 Jenis dan Sumber Data

Penelitian mengenai Implementasi Program Jaminan Kesehatan (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen, jenis dan sumber data yang digunakan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

1. Jenis data

- a. Data primer adalah data langsung dari responden melalui kuesioner.
- b. Data sekunder adalah data yang tidak langsung didapat oleh peneliti, seperti dokumen-dokumen pendukung data dalam penelitian ini seperti Keputusan Menteri Kesehatan mengenai Jamkesmas, Manlak Program Jamkesmas dan dokumen-dokumen pendukung lainnya yang digunakan dalam penyusunan awal penelitian.

2. Sumber data

- a. Responden yaitu masyarakat kecamatan kasemen yang memperoleh kartu jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) maupun yang tidak memperoleh jamkesmas yang dilibatkan secara langsung dalam kegiatan penelitian ini untuk memperoleh gambaran atas materi yang dijadikan objek penelitian.
- b. Literatur yaitu data kepustakaan yang memiliki hubungan dengan penelitian yang digunakan peneliti dalam penyusunan deskripsi teori.

3.2.2 Tehnik Pengumpulan Data

Secara teknis dalam penelitian ini menggunakan metode pengumpulan data berupa:

1. Kuesioner

Kuesioner adalah suatu daftar yang berisikan pertanyaan-pertanyaan yang harus dijawab atau dikerjakan oleh orang-orang yang menjadi sasaran (responden) kuesioner tersebut.

2. Metode observasi

Metode observasi adalah serangkaian pengumpulan data yang dilakukan secara langsung terhadap subjek atau objek penelitian melalui mata, telinga, dan perasaan dengan melihat fakta-fakta fisik dari objek yang diteliti dan mendapat masukan dari pihak-pihak terkait didalam penelitian ini. Fakta-fakta dan informasi yang diperoleh secara langsung dilapangan, yang dapat membantu peneliti dalam merumuskan masalah penelitian.

3. Metode wawancara

Dalam penelitian ini peneliti melakukan wawancara secara langsung dengan pihak-pihak yang terlibat dalam pelaksanaan program Jamkesmas untuk mendapatkan gambaran serta informasi yang dibutuhkan sebagai bahan sekunder yang digunakan peneliti dalam merumuskan masalah penelitian.

Dari ketiga instrumen penelitian yang dipergunakan peneliti dalam penelitian ini, metode kuesioner sebagai metode primer karena data yang diperoleh dari kuesioner merupakan data elementer dalam pengujian hipotesis penelitian dengan menggunakan rumusan statistik untuk mengetahui

implementasi program jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) di Kecamatan Kasemen.

Sedangkan metode pengumpulan data lainnya tetap relevan untuk dilakukan guna mendapatkan data sekunder yang di butuhkan dalam kerangka penulisan skripsi ini, agar hasil penelitian dapat mewujudkan adanya konseptual yang legitimasi menurut konsep penelitian faktual dan dapat dipertanggung jawabkan hasilnya.

3.3 Populasi dan Sampel

Menurut **Kountur**, populasi adalah kumpulan menyeluruh dari suatu objek yang merupakan perhatian peneliti. Objek penelitian dapat berupa, makhluk hidup, benda-benda, sistem dan prosedur, fenomena dan lain-lain.⁴⁸

Adapun populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat yang menerima program jamkesmas di Kecamatan Kasemen. Dimana jumlah penerima jamkesmas di Kecamatan Kasemen berjumlah 28.344 orang. Sample menurut **Usman** adalah sebagian anggota populasi yang diambil dengan menggunakan tehnik tertentu yang disebut dengan tehnik sampling. Tehnik sampling berguna agar (1) mereduksi anggota populasi menjadi anggota sampel yang mewakili populasinya (*representatif*), sehingga kesimpulan terhadap populasi dapat dipertanggung jawabkan, (2) lebih teliti

⁴⁸ Kountur. *Op cit* Hal 137

menghitung yang sedikit dari pada yang banyak, (3) menghemat waktu, tenaga dan biaya.⁴⁹

Dengan menggunakan rumus “**Krejcie dan Morgan**”.⁵⁰

$$S = \frac{X^2 NP (1-P)}{d^2 (N-1) + X^2 P (1-P)}$$

Ket:

S = Sampel
 N = Populasi
 X = Koefisien tingkat kepercayaan
 P = Perbandingan jumlah laki-laki dan perempuan
 d = Margin of error

Dikeahuit:

N = 28.334
 X = 1,96 (95%)
 P = 0,5
 d = 0,1 (10%)

Ditanya S ?

Jawab:

$$\begin{aligned} S &= \frac{X^2 NP (1-P)}{d^2 (N-1) + X^2 P (1-P)} \\ &= \frac{(1,96)^2 \cdot 28\,334 \cdot 0,5 (1-0,5)}{(0,1)^2 \cdot (28334-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 (1-0,5)} \\ &= \frac{3,84 \cdot 28334 \cdot 0,25}{0,01 \cdot 28333 + 3,84 \cdot 0,25} \end{aligned}$$

⁴⁹ Usman. Op. Cit. Hal 44

⁵⁰ Purwanto Agus E dan Sulistiyawati. 2007. *Metode Penelitian Kuantitatif Untuk Administrasi Publik dan Masalah-Masalah Sosial*. Yogyakarta : Gava Media Hal: 42

$$\begin{aligned}
&= \frac{27200,64}{283,33 + 0,96} \\
&= \frac{27200,64}{284,29} \\
&= 95,67 = 96 \text{ Sampel}
\end{aligned}$$

Berdasarkan hasil perhitungan di atas dengan menggunakan rumus Krejcie dan Morgan dapat diketahui jumlah populasi 28.334 dengan koefisien tingkat kepercayaan yang digunakan sebesar 95% (1,96) dan menggunakan perbandingan jumlah penduduk laki-laki dan perempuan yang biasanya digunakan 50:50 maka di dapat 0,5 serta *margin of error* 10% (0,1) maka diperoleh hasil sampel sebanyak 96.

Kemudian tehnik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan tehnik *proportional area random sampling*, dimana sampel dalam penelitian ini dihitung berdasarkan ketentuan besaran sampel atas besaran populasi. Dikatakan *proportional area random sampling* karena populasi terdiri dari sub populasi yang tidak homogen, dan tiap-tiap populasi akan diwakili sesuai dengan proporsinya masing-masing dalam penelitian. Jadi pada pokoknya yaitu mengambil sampel dari tiap-tiap sub populasi dengan memperhitungkan besar kecilnya sub populasi, sehingga nantinya jumlah sampel yang akan diambil akan menghasilkan sampel yang *representatif*.⁵¹

⁵¹ Sugiyono. 2003. *Metode Penelitian Administrasi*. Alfa Beta: Bandung. Hal 99

Tabel 3.3
Perhitungan Sampel

No	Desa	Jumlah Penerima Jamkesmas	Perhitungan	Hasil	Hasil Akhir
1.	Margaluyu	4255	$\frac{4255}{28334} \times 100\% = 15,02\% \times 96$	14,41	14
2.	Kasunyatan	2855	$\frac{2855}{28334} \times 100\% = 10,07\% \times 96$	9,66	10
3.	Kasemen	2737	$\frac{2737}{28334} \times 100\% = 9,66\% \times 96$	9,27	9
4.	Bantenan	6785	$\frac{6785}{28334} \times 100\% = 23,9\% \times 96$	22,94	23
5	Warung jaud	1260	$\frac{1260}{28334} \times 100\% = 4,44\% \times 96$	4,26	4
6	Masjid priyayi	2253	$\frac{2253}{28334} \times 100\% = 7,95\% \times 96$	7,63	8
7	Bendung	2319	$\frac{2319}{28334} \times 100\% = 8,18\% \times 96$	7,85	8
8	Terumbu	1646	$\frac{1646}{28334} \times 100\% = 5,81\% \times 96$	5,57	6
9	Sawah luhur	2194	$\frac{2194}{28334} \times 100\% = 7,74\% \times 96$	7,43	7
10	Kilasah	2030	$\frac{2030}{28334} \times 100\% = 7,16\% \times 96$	6,87	7
Jumlah		$\Sigma = 28334$			$\Sigma = 96$

Sumber: Data diolah tahun 2010

Berdasarkan perhitungan sampel di atas, maka peneliti mengambil sampel sebanyak 96 sampel yang tersebar diseluruh area. Sedangkan cara pengambilan sampel tersebut, peneliti menentukannya secara acak dengan proses manual mengocoknya seperti undian atau arisan.

3.4 Teknik Pengolahan dan Analisa Data

Teknik pengolahan dan analisis data yang digunakan adalah statistik deskriptif, dimana statistik hanya digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi.

Adapun teknik pengolahan data, akan ditempuh melalui langkah-langkah sebagai berikut:

1. *Coding*, yaitu tahap mengklasifikasikan data berdasarkan kategori tertentu
2. *Editing*, yaitu tahap mengoreksi kesalahan yang ada pada data yang harus dilakukan secara berulang-ulang dan cermat
3. *Tabulating*, yaitu tahap penyusunan data berdasarkan jenis-jenis data, serta perhitungan kualitas dan frekuensi data yang disajikan dalam bentuk table-tabel.

Setelah data itu terkumpul dan diolah melalui tahap-tahap yang sudah disebutkan di atas, maka dilakukan analisis data. Dalam penelitian ini, untuk menganalisa "Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Di Kecamatan Kasemen", khususnya data yang dihasilkan melalui kuesioner maka peneliti menggunakan analisis statistik sederhana, dimana analisis data ini merupakan kegiatan untuk menguji data yang bersifat kuantitatif.

3.4.1 Uji Validitas

Uji validitas atau yang kita sebut sebagai uji kesahihan digunakan untuk mengetahui seberapa tepat suatu instrumen atau alat ukur yaitu kuesioner untuk mampu melakukan fungsinya. Instrumen penelitian yang baik tentu saja instrumen yang valid, sehingga dapat digunakan untuk pengukuran dalam rangka pengumpulan data. Kevalidan instrumen menggambarkan bahwa suatu instrumen benar-benar mampu mengukur variabel yang akan diukur dalam penelitian serta mampu menunjukkan tingkat kesesuaian antara konsep dan hasil pengukuran. Pada penelitian ini, peneliti melakukan pengujian validitas instrumen dengan menggunakan rumus korelasi product moment, dengan bantuan piranti lunak *Statistic Program For Social Science* (SPSS) versi 13.

Uji validitas dapat dilakukan dengan menghitung korelasi antara masing-masing pernyataan dengan skor total dengan menggunakan rumus teknik korelasi " *product moment* " ⁵²

$$r = \frac{N(\sum XY) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{\{N\sum X^2 - (\sum X)^2\}\{N\sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan :

- r = Korelasi Product Moment
- X = Skor pertanyaan
- Y = Skor total seluruh pertanyaan
- XY = Skor pertanyaan dikalikan skor total
- N = Jumlah responden

⁵² Masri Singarimbun dan Sofian Effendi. 1989. *Metode Penelitian Survei*. Jakarta : LP3ES. Hal 137

3.4.2 Uji Realiabilitas

Reliabilitas berasal dari kata dalam bahasa Inggris *rely*, yang berarti percaya, dan *reliable* yang artinya dapat dipercaya. Dengan demikian reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan.⁵³ Pengujian reliabilitas instrumen dilakukan dengan internal konsistensi dengan menggunakan teknik *Alpha Cronbach* yaitu penghitungan yang dilakukan dengan menghitung rata-rata interkorelasi di antara butir-butir pertanyaan dalam kuesioner, variabel dikatakan reliabel jika nilai alfabanya lebih dari 0.30.⁵⁴ Dengan dilakukan uji reliabilitas maka akan menghasilkan suatu instrumen yang benar-benar tepat atau akurat dan mantap. Apabila koefisien reliabilitas instrumen yang dihasilkan lebih besar berarti instrumen tersebut memiliki reliabilitas yang cukup baik. Pengujian Reliabilitas kuesioner dalam penelitian ini menggunakan bantuan piranti lunak *Statistic Program For Social Science* (SPSS) versi 13.

Rumus Alpha Cronbach yang peneliti gunakan untuk melakukan uji reliabilitas adalah sebagai berikut :

$$r_{11} = \left(\frac{n}{n-1} \right) \left(1 - \frac{\sum Si^2}{\sum St^2} \right)$$

Keterangan:

n = Jumlah butir

Si² = Variabel butir

St² = Variabel total

⁵³Ibid Hal 140

⁵⁴Purwanto. 2007. *Instrumen Penelitian Sosial dan Pendidikan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar. Hal 181

3.4.3 Uji t-test

Uji t-test. Karena uji t-test digunakan untuk menguji hipotesis deskriptif satu atau lebih variabel yang datanya berbentuk interval atau ratio, oleh karena data dalam penelitian ini berbentuk interval maka digunakan uji t-test sample.

Untuk menganalisa "Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Di Kecamatan Kasemen", maka dalam menguji hipotesis deskriptif ini menggunakan uji t-test satu sampel, dengan rumus sebagai berikut:

$$t = \frac{x - \mu_0}{\frac{s}{\sqrt{n}}}$$

Keterangan :

- t = Nilai t yang dihitung
- x = Nilai rata-rata
- μ_0 = Nilai yang dihipotesiskan
- s = Simpangan baku sampel
- n = Jumlah anggota sampe

3.5 Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian ini dilakukan di Kecamatan Kasemen mulai bulan Maret 2010 sampai dengan Agustus 2010. Waktu penelitian dilakukan berdasarkan atas tabel berikut ini:

BAB IV

HASIL PENELITIAN

3.1 Deskripsi Objek Penelitian

Kecamatan Kasemen merupakan salah satu kecamatan di Kota Serang yang termasuk dalam wilayah Provinsi Banten. Kecamatan kasemen memiliki luas wilayah 66,52 km². Kecamatan Kasemen merupakan wilayah pembangunan bagian utara dari Kota Serang. Ibukota Kecamatan Kasemen terletak pada jarak \pm 9 Km dari ibukota Serang. Bentuk topografi wilayah Kecamatan Kasemen sebagian besar merupakan dataran, dengan ketinggian rata-rata 500-700 m dari permukaan laut. Secara administrasi wilayah Kecamatan Kasemen terbagi menjadi 64 Dusun, 64 Rukun Warga (RW), 227 Rukun Tetangga (RT).

Kecamatan Kasemen melintas sebuah sungai yang cukup besar dan terkenal yaitu sungai Cibanten yang bermuara di Karangantu yang ada di wilayah Kecamatan Kasemen. Kecamatan Kasemen juga terdapat cagar budaya Banten Lama dan cagar alam Pulau Dua. Cagar budaya Banten Lama ini merupakan tempat ziarah yang banyak dikunjungi oleh peziarah baik dari Banten maupun dari luar daerah Banten, serta masih banyak peninggalan sejarah di masa kesultanan Banten seperti benteng Surosowan.⁵⁵

⁵⁵ BPS Kota Serang. *Kecamatan Kasemen Dalam Angka 2009*.

Wilayah Pembangunan Bagian Utara ini diarahkan dengan fungsi pariwisata cagar budaya dan cagar alam, pelabuhan, perdagangan dan jasa, perumahan dan berbagai fasilitas umum. Adapun batas-batas wilayahnya sebagai berikut :

- Utara : Laut Jawa
- Selatan : Kecamatan Serang
- Barat : Kecamatan Kramatwatu Kabupaten Serang
- Timur : Kecamatan Pontang Kabupaten Serang

Gambar 4.1
Peta Kecamatan Kasemen



1. Gambaran Umum Penduduk Kecamatan Kasemen

- a. Wilayah Kecamatan Kasemen secara administrasi wilayah terbagi atas sepuluh desa yaitu Kasemen, Warung Jaud, Masjid Priyayi, Bendung, Terumbu, Sawah Luhur, Kilasah, Margaluyu, Kasunyatan dan Banten. Dengan jumlah penduduk 81.695 jiwa yang terdiri dari 41.806 jiwa laki-laki dan 39.889 jiwa perempuan. Jumlah penduduk di Kecamatan Kasemen menurut jenis kelamin setiap desa dapat dilihat pada table berikut:

Tabel 4.1
Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin
di Kecamatan Kasemen Tahun 2008

Desa	Laki-laki	Perempuan	Total
1. Kasemen	5.631	5.326	10.957
2. Warung Jaud	3.962	3.663	7.625
3. Mesjid Priyayi	3.718	3.792	7.510
4. Bendung	3.393	3.296	6.689
5. Terumbu	3.920	3.984	7.904
6. Sawah Luhur	5.117	4.747	9.864
7. Kilasah	4.457	3.967	8.424
8. Margaluyu	3.044	2.765	5.809
9. Kasunyatan	3.356	3.317	6.673
10. Banten	5.208	5.032	10.240
Jumlah	41.806	39.889	81.695

Sumber : Kasemen dalam angka 2009. BPS Kota Serang.

- b. Keseluruhan penduduk di Kecamatan Kasemen adalah beragama Islam. Sebagian besar desa di Kecamatan Kasemen seluruh penduduknya beragama Islam, tetapi berbeda dengan keadaan penduduk di Desa Kasemen. Meskipun agama Islam menjadi agama mayoritas terdapat agama lainnya seperti Kristen dan Hindu. Hal ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.2
Banyaknya Pemeluk Agama
di Kecamatan Kasemen Tahun 2008

NO	Desa	Islam	Katolik	Protestan	Hindu	Budha	Jumlah
1	Kasemen	14.927	37	73	2	9	15.048
2	Warung Jaud	8.143	-	-	-	-	8.143
3	Mesjid Priyayi	6.695	-	-	-	-	6.695
4	Bendung	6.195	-	-	-	-	6.195
5	Terumbu	7.795	-	-	-	-	7.795
6	Sawah Luhur	8.739	-	-	-	-	8.739
7	Kilasah	5.979	-	-	-	-	5.979
8	Margaluyu	6.005	-	-	-	-	6.005
9	Kasunyatan	6.574	-	9	-	-	6.583
10	Banten	15.722	-	96	-	-	15.818
Total		86.774	37	178	2	9	87.000

Sumber : Kasemen dalam angka 2009. BPS Kota Serang.

- c. Sebagian besar penduduk kasemen mendiami daerah pedesaan dan mengalami kemiskinan. Berdasarkan data yang diperoleh Kecamatan Kasemen mempunyai total Rumah Tangga Miskin (RTM) terbesar di Kota Serang. Jumlah RTM Kecamatan Serang 4.792, jumlah RTM

Kecamatan Cipocok Jaya 2.446, jumlah RTM Kecamatan Taktakan 1.724, jumlah RTM Kecamatan Curug 2.690, jumlah RTM Walantaka 2.624 dan jumlah RTM Kecamatan Kasemen 6.039 dengan alasan tersebut Kecamatan Kasemen memperoleh kuota jumlah penerima jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) tertinggi di Kota Serang. Jumlah Rumah Tangga Miskin (RTM) di Kecamatan Kasemen dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.3
Daftar Rumah Tangga Miskin
di Kecamatan Kasemen

No	Desa	Jumlah RTM
1	Bendung	583
2	Masjid Priyayi	469
3	Terumbu	571
4	Warung Jaud	364
5	Kasemen	501
6	Banten	1440
7	Sawah Luhur	524
8	Kilrasah	483
9	Kasunyatan	501
10	Margaluyu	603
Jumlah		6.039

Sumber: Dinas Sosial Kota Serang 2010

Berdasarkan data di atas, Kecamatan Kasemen merupakan Kecamatan miskin di Kota Serang dengan jumlah rumah tangga miskin sebanyak 6.039. Rumah tangga miskin di Kecamatan Kasemen saat ini banyak terpusat di wilayah Desa Banten. Desa Banten merupakan Desa yang menjadi tempat wisata cagar budaya, yaitu Mesjid Banten Lama yang merupakan tempat wisata religi.

2. Gambaran Umum Bidang Kesehatan

- a. Kecamatan Kasemen adalah salah satu kecamatan yang mendapatkan program jamkesmas. Berdasarkan data yang telah diperoleh Kecamatan Kasemen mendapatkan kuota penerima jamkesmas terbesar di Kota Serang tahun 2010, dengan jumlah penerima 28.686 (27%). Pada tahun 2009 penerima program jamkesmas di Kecamatan Kasemen berjumlah 28.334. Jumlah penerima program jamkesmas di Kecamatan Kasemen tahun 2009 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.4
Jumlah Penerima Program Jamkesmas
di Kecamatan Kasemen Tahun 2009

No	Desa	Jumlah Penerima
1	Bendung	2.319
2	Terumbu	1.646
3	Sawah Luhur	2.194
4	Masjid Priyayi	2.253
5	Warung Jaud	1.260
6	Kilasa	2.030
7	Margaluyu	4.255
8	Kasunyatan	2.855
9	Kasemen	2.737
10	Banten	6.785
Jumlah		28.334

Sumber : Puskesmas Kilasa dan Puskesmas Kasemen

- b. Kecamatan Kasemen memiliki dua puskesmas kesehatan yang berada di Kilasa dan di Bantenan. Kesehatan penduduk Kasemen, pada umumnya menderita penyakit diare, disentri, Tb. Paru klinis, kusta, DBD dan lainnya. Tenaga medis di Kecamatan Kasemen meliputi

Dokter Umum, Bidan, serta dukun bayi baik yang terlatih maupun yang tidak terlatih. Hal ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.5
Jumlah Tenaga Kesehatan
di Kecamatan Kasemen Tahun 2008

Desa	Dokter Umum	Dokter Spesialis	Dokter Gigi	Bidan	Dukun Bayi	
					Terlatih	Tdk Terlatih
1. Kasemen	-	-	-	7	10	4
2. Warung Jaud	-	-	-	1	8	-
3. Mesjid Priyayi	-	-	-	2	8	-
4. Bendung	-	-	-	2	4	2
5. Terumbu	-	-	-	2	8	-
6. Sawah Luhur	-	-	-	2	12	-
7. Kilasah	2	-	-	2	7	1
8. Margaluyu	-	-	-	1	6	1
9. Kasunyatan	2	-	-	3	4	4
10. Banten	-	-	-	2	5	7
Kasemen	4	-	-	24	72	19

Sumber : Kasemen dalam angka 2009. BPS Kota Serang

3.2 Pengujian Persyaratan Statistik

3.2.1 Uji Validitas

Pada penelitian ini, analisis data yang pertama kali dilakukan yaitu dengan melakukan uji validitas instrumen. Hal ini dimaksudkan

untuk menjaga ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya. Uji Validitas digunakan untuk mengetahui sah atau valid tidaknya suatu kuesioner. Kevaliditasan instrumen menggambarkan bahwa suatu instrumen benar-benar mampu mengukur variabel-variabel yang akan diukur dalam penelitian serta mampu menunjukkan tingkat kesesuaian antar konsep dan hasil pengukuran.

Pada uji validitas ini, peneliti mengambil sampel sebanyak 32 responden terlebih dahulu. Hal ini bertujuan untuk mengetahui kevalidan suatu data sebelum data tersebut diolah secara keseluruhan dan dapat lebih mengefisienkan waktu dalam pengambilan data. Artinya, apabila sampel yang 32 didapat valid secara keseluruhan maka sisa sampel dapat di lanjutkan penyebarannya tetapi apabila ada pada sampel yang disebar tersebut instrumennya yang tidak valid maka instrument tersebut dihapus atau diganti dengan instrument baru sebagai pengganti instrument yang tidak valid, kemudian kuisisioner tersebut disebar dari awal jika instrument yang sudah tersebar sebelumnya ada yang tidak mewakili indikator yang ada.

Tetapi pada percobaan penyebaran awal kuisisioner ada yang tidak valid instrumennya sedangkan masih ada instrument lain pada indikator yang sama maka instrument yang tidak valid tersebut dihapus dan kemudian sisa kuisisioner dapat disebar kembali.

Adapun rumus yang digunakan oleh peneliti adalah dengan menggunakan statistik korelasi *product moment* dengan bantuan SPSS statistik versi 13.

Tabel 4.6
Hasil Uji Validitas Instrumen

NO Inst	r_{hitung}	r_{tabel}	KEPUTUSAN
1	0,444	0,164	VALID
2	0,423	0,164	VALID
3	0,585	0,164	VALID
4	0,723	0,164	VALID
5	0,623	0,164	VALID
6	0,713	0,164	VALID
7	0,417	0,164	VALID
8	0,478	0,164	VALID
9	0,519	0,164	VALID
10	-0,161	0,164	TIDAK VALID
11	0,334	0,164	VALID
12	0,403	0,164	VALID
13	0,366	0,164	VALID
14	0,040	0,164	TIDAK VALID
15	0,449	0,164	VALID
16	0,554	0,164	VALID
17	0,313	0,164	VALID
18	0,531	0,164	VALID
19	0,388	0,164	VALID
20	0,337	0,164	VALID
21	0,313	0,164	VALID
22	0,335	0,164	VALID

Sumber : Data diolah tahun 2010

Adapun kriteria item/butir instrumen yang digunakan adalah dimana jika $r_{hitung} > r_{tabel}$, berarti item/butir instrumen bisa dinyatakan valid, dan jika $r_{hitung} \leq r_{tabel}$, berarti item/butir instrumen

bisa dinyatakan tidak valid. Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa instrumen nomor 10 dan 14 adalah instrument yang tidak valid dengan dibuktikan dari nilai $r_{hitung} \leq r_{tabel}$. Artinya kedua instrumen dihilangkan dan tidak perlu diganti karena indikator sudah terukur dari instrumen lainnya.

3.2.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas digunakan untuk menjaga kehandalan dari sebuah instrumen atau alat ukur, oleh karena itu peneliti melakukan uji reliabilitas instrumen. Dalam pengukuran reliabilitas dapat menggunakan rumus Alpha Cronbach dengan bantuan SPSS versi 13. Adapun hasil dari uji reliabilitas yang telah dilakukan dalam penelitian ini adalah nilai Alpha Cronbach sebesar 0,774 .

Untuk mengetahui uji reliabilitas ini kita mengacu pada *Siegle* yang menggunakan pedoman *reliability* instrument yaitu sebesar 0.7. artinya 0,770 > dari 0,7 sehingga instrumen yang diuji bisa reliabel. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 4.7
Statistik Reliabilitas

Cronbach's Alpha	N of Items
.770	22

3.3 Deskripsi Data

3.3.1 Identitas Responden

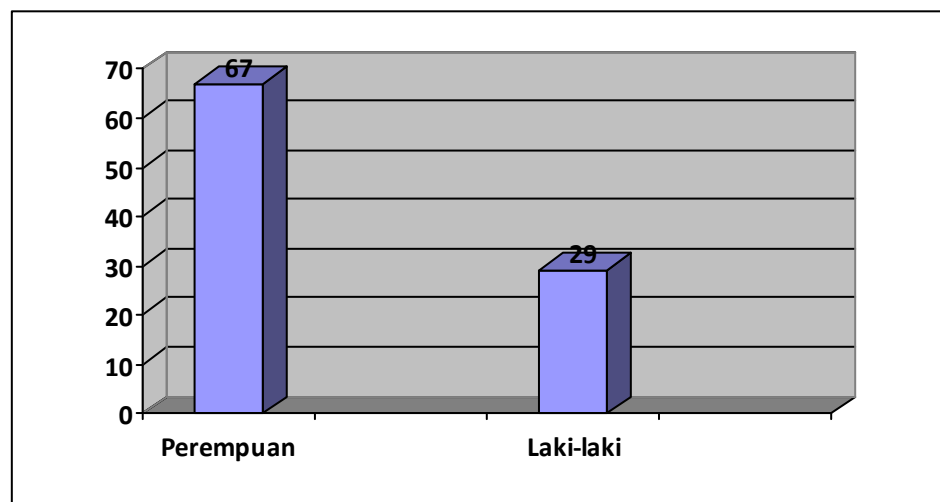
Responden dalam penelitian ini adalah masyarakat penerima program jamkesmas di Kecamatan Kasemen. Jumlah penerima program jamkesmas di Kecamatan Kasemen berjumlah 28.334 jiwa. Sampel adalah bagian dari jumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Perhitungan sampel menggunakan rumus Krejcie dan Morgan dengan koefisien tingkat kepercayaan yang digunakan sebesar 95% (1,96) dan menggunakan perbandingan jumlah penduduk laki-laki dan perempuan yang biasanya digunakan 50:50 maka di dapat 0,5 serta *margin of error* 10% (0,1) maka diperoleh hasil sampel sebanyak 96.

Sedangkan cara pengambilan sampel tersebut, peneliti menentukannya secara acak dengan proses manual melalui proses pengocokan seperti undian atau arisan. Berdasarkan teknik manual tersebut peneliti memperoleh responden perempuan sebanyak 64 dan responden pria sebanyak 32.

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan teknik *proportional area random sampling*, dimana sampel dalam penelitian ini dihitung berdasarkan ketentuan besaran sampel atas besaran populasi. Pengisian kuesioner, responden diminta untuk memberikan identitas diri sebagai penunjang data. Identitas diri meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, pendapatan perhari dan pekerjaan.

Berdasarkan hasil penyebaran kuesioner dilapangan, peneliti memperoleh jumlah responden pria sebanyak 29. Hal ini disebabkan 3 responden pria, 1 responden meninggal dunia (responden 7) dan 2 responden berdasarkan data penerima jamkesmas yang peneliti peroleh tercantum sebagai penerima tetapi ketika proses penyebaran berlangsung 2 responden tersebut tidak menerima kartu jamkesmas (responden 30 dan responden 40), sehingga peneliti melakukan pergantian responden terhadap 3 responden pria menjadi responden perempuan. Hal ini dapat dilihat pada diagram berikut :

Diagram 4.1
Identitas Responden Berdasarkan
Jenis Kelamin

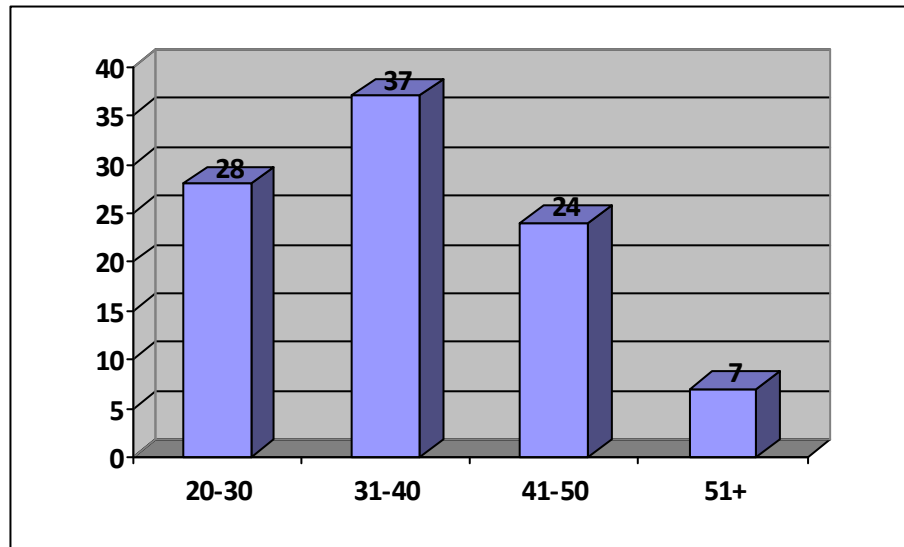


Sumber : Hasil penelitian lapangan tahun 2010

Berdasarkan diagram di atas maka dapat diketahui jumlah responden sebanyak 96 orang, terdiri dari 29 pria dan 67 wanita. Banyaknya identitas responden yang berjenis kelamin wanita maka pandangan dari responden pria kurang mewakili dalam memberikan

penilaian terhadap Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Kecamatan Kasemen.

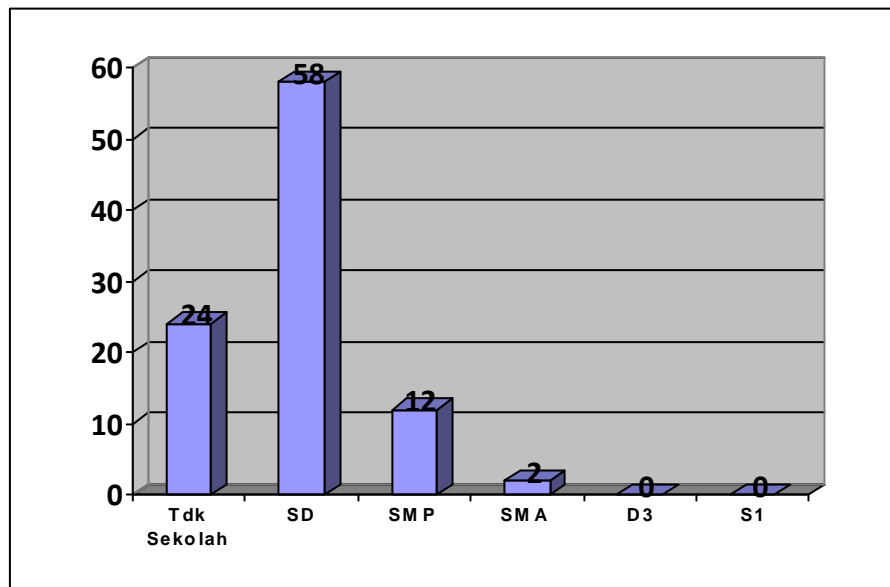
Diagram 4.2
Identitas Responden Berdasarkan
Tingkat Usia



Sumber : Hasil penelitian lapangan tahun 2010

Berdasarkan diagram 4.2 tersebut di atas, tingkat usia responden di Kecamatan Kasemen adalah bervariasi dengan rincian tingkat usia 20-30 tahun sebanyak 28 orang dari keseluruhan sampel, tingkat usia 31-40 tahun sebanyak 37 orang dari keseluruhan sampel, tingkat usia 41-50 tahun sebanyak 24 orang dari keseluruhan sampel dan usia responden lebih dari 51 tahun sebanyak 7 orang dari keseluruhan sampel.

Diagram 4.3
Identitas Responden Berdasarkan
Tingkat Pendidikan

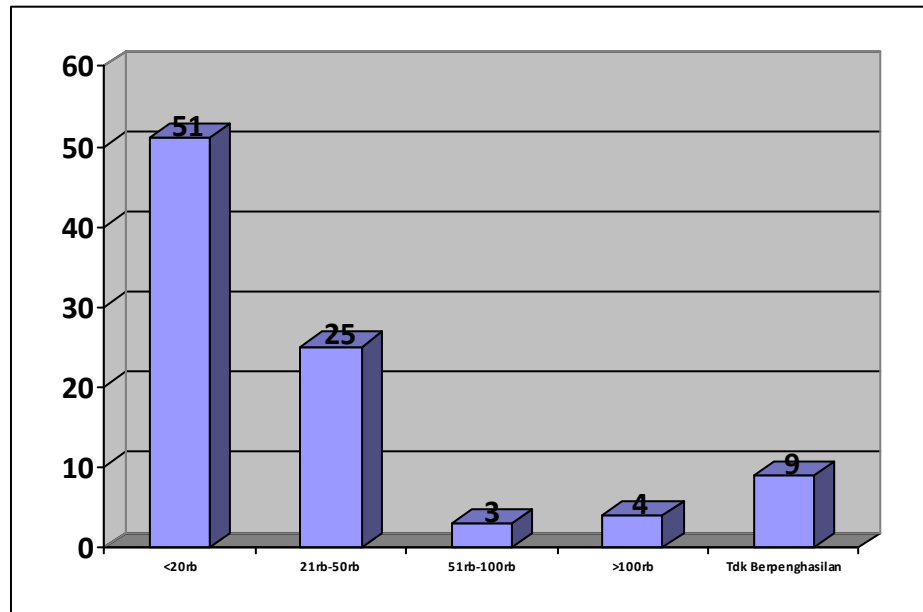


Sumber : Hasil penelitian lapangan tahun 2010.

Berdasarkan data diagram 4.3 di atas, maka dapat dilihat bahwa responden memiliki latar belakang pendidikan terakhir yang berbeda. Penjabarannya adalah sebagai berikut 2 orang responden dengan latar belakang pendidikan Sekolah Menengah Atas (SMA), 12 yang berlatar belakang pendidikan terakhir Sekolah Menengah Pertama (SMP), 58 yang berlatar belakang pendidikan Sekolah Dasar (SD) dan 24 responden yang tidak bersekolah. Berdasarkan data tersebut demikian dapat diketahui bahwa salah satu faktor penyebab kemiskinan masyarakat sehingga berdampak pada tingkat kesehatan yang masih rendah di Kecamatan Kasemen adalah tingkat pendidikan masyarakat

yang rendah, dan hal ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan mereka masuk dalam kriteria masyarakat miskin di Kota Serang.

Diagram 4.4
Identitas Responden Berdasarkan
Tingkat Pendapatan Perhari

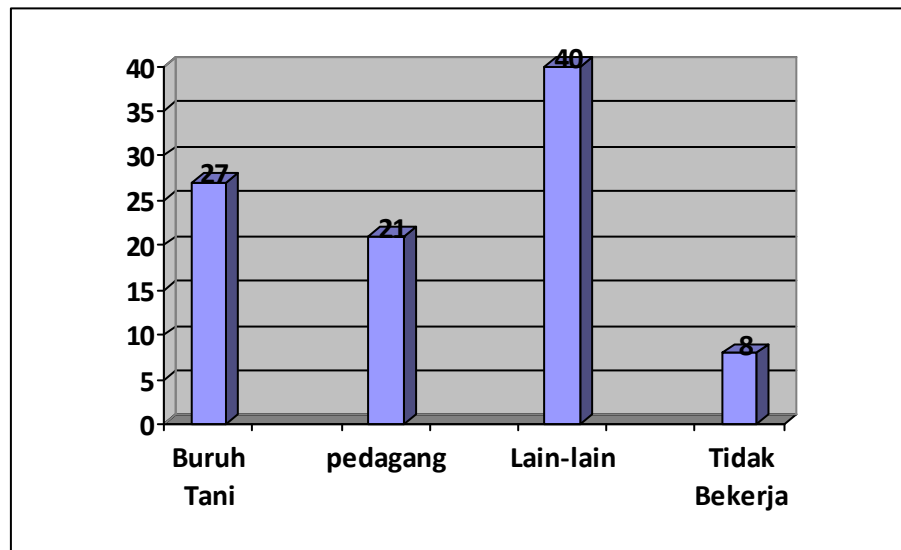


Sumber : Hasil penelitian lapangan tahun 2010

Berdasarkan diagram di atas, maka dapat diketahui tingkat pendapatan masyarakat miskin di Kecamatan Kasemen adalah 51 orang dengan tingkat penghasilan dibawah Rp. 20.000/hari, 25 orang dengan tingkat penghasilan Rp. 21.000 – Rp. 50.000/hari, 3 orang dengan tingkat penghasilan Rp. 51.000 – Rp.100.000/hari, 4 orang dengan tingkat penghasilan di atas Rp. 101.000/hari dan 9 orang tidak memiliki penghasilan. Faktor lain yang menjadi penyebab kemiskinan masyarakat di Kecamatan Kasemen adalah tingkat pendapatan masyarakat yang rendah, sementara kebutuhan hidup mereka meningkat dan harga

kebutuhan pokok semakin mahal. Sehingga dengan pendapatan mereka yang kecil, mereka tidak mampu memenuhi kebutuhan hidup mereka serta tidak mampu untuk membiayai kesehatannya.

Diagram 4.5
Identitas Responden Berdasarkan
Jenis Pekerjaan



Sumber : Hasil penelitian lapangan tahun 2010

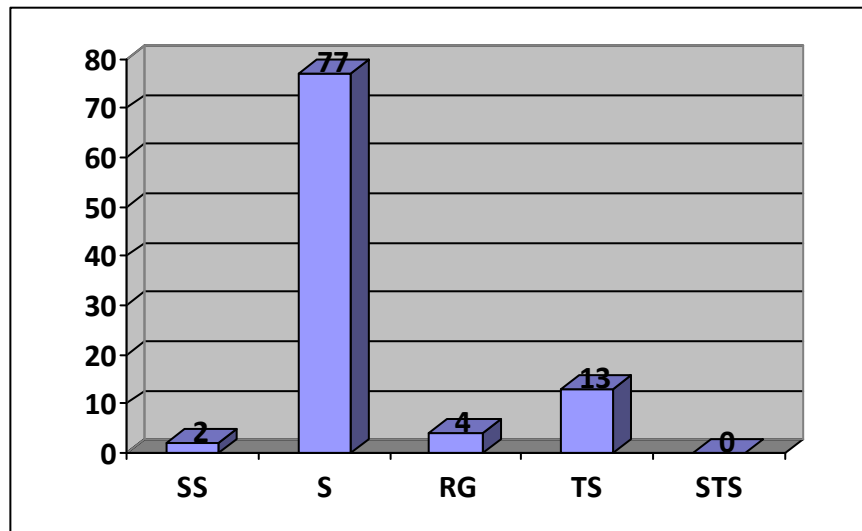
Berdasarkan data pada tabel 4.5 di atas, terlihat bahwa responden memiliki pekerjaan yang berbeda. Adapun yang memiliki pekerjaan sebagai buruh tani sebanyak 27 orang dari jumlah sampel yang ada, yang memiliki pekerjaan sebagai pedagang sebanyak 21 orang dari jumlah sampel yang ada, yang memiliki pekerjaan lain-lain sebanyak 40 orang dari jumlah sampel yang ada, yang tidak memiliki pekerjaan sebanyak 8 orang. Identitas responden dengan pekerjaan lain-lain terdiri atas pekerjaan sebagai nelayan, pekerja panglong (kayu), pekerja

rongsokan (pengumpul barang bekas), pekerja bengkel, pekerja bata dan lain-lainnya.

3.3.2 Analisis Data

Analisi data merupakan proses yang dilakukan peneliti dengan mendeskripsikan data dari hasil penyebaran kuesioner kepada masyarakat miskin penerima program jamkesmas di Kecamatan Kasemen. Hal ini dilakukan untuk mengetahui tanggapan mereka mengenai bagaimana implementasi program jamkesmas di Kecamatan Kasemen. Adapun lebih lengkapnya peneliti menguraikannya dalam bentuk diagram disertai pemaparan dan kesimpulan hasil jawaban berdasarkan pertanyaan-pertanyaan yang telah peneliti susun sebelumnya yang dituangkan dalam bentuk kuesioner. Kuesioner tersebut peneliti ajukan kepada para 96 responden dalam penelitian ini yakni masyarakat penerima program jamkesmas di Kecamatan Kasemen yang telah ditentukan peneliti sebelumnya.

Diagram 4.6
Program Jamkesmas untuk Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat Miskin



Sumber: Hasil Penelitian Lapangan, 2010. (Pertanyaan No. 1)

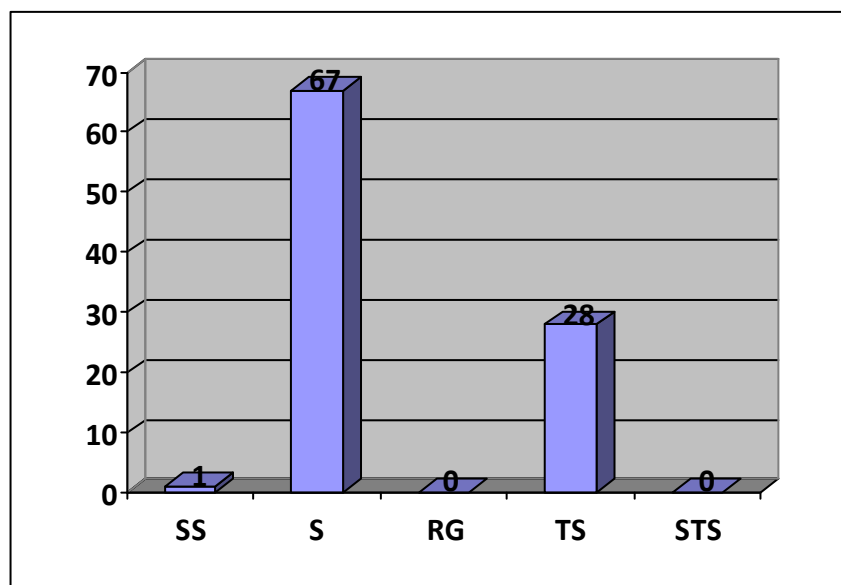
Berdasarkan diagram di atas memberikan gambaran atas jawaban responden, dimana responden yang menjawab sangat setuju 2 orang, yang menjawab setuju sebanyak 77 orang, menjawab ragu-ragu 4 orang, menjawab tidak setuju sebanyak 13 orang dan tidak ada masyarakat yang menjawab sangat tidak setuju dari keseluruhan sampel.

Responden menjawab sangat setuju 2 orang dan mayoritas responden menjawab setuju sebanyak 77 orang. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat miskin memahami bahwa dengan adanya program jamkesmas dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin. Program jamkesmas merupakan program pemerintah yang memang diperuntukan untuk masyarakat miskin, dimana hal tersebut diupayakan

mampu meningkatkan indeks kesehatan masyarakat miskin secara khusus dan masyarakat Indonesia secara umum.

Akan tetapi terdapat responden yang menjawab tidak setuju sebanyak 13 orang, dikarenakan program jamkesmas tidak secara signifikan meningkatkan kesehatan masyarakat miskin. Responden yang menyatakan ragu-ragu sebanyak 4 orang, dikarenakan masyarakat beranggapan dengan adanya program jamkesmas tidak banyak meningkatkan kesehatan masyarakat, tetapi dilain pihak adanya program jamkesmas mampu membantu masyarakat miskin jika sewaktu-waktu diperlukan, misalnya seperti disaat diserang penyakit.

Diagram 4.7
Program Jamkesmas Untuk Meningkatkan Kesejahteraan Masyarakat Miskin



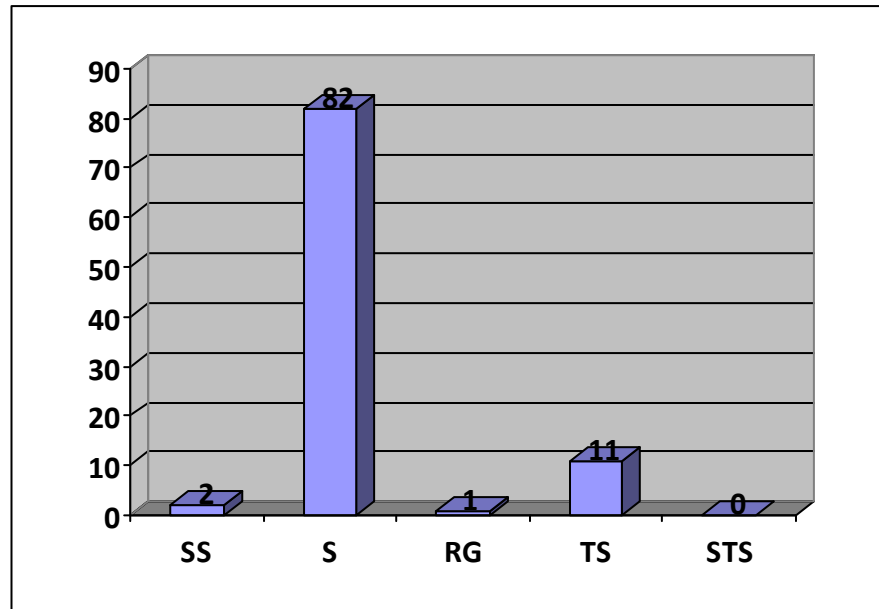
Sumber: Hasil Penelitian Lapangan, 2010. (Pertanyaan No. 2)

Berdasarkan diagram di atas memberikan gambaran atas jawaban responden, dimana responden yang menjawab sangat setuju 1 orang, yang menjawab setuju sebanyak 67 orang, tidak ada responden yang menjawab ragu-ragu, responden yang menjawab tidak setuju sebanyak 28 orang dan tidak ada responden yang menjawab sangat tidak setuju.

Responden menjawab sangat setuju 1 orang dan mayoritas responden menjawab setuju sebanyak 67 orang. Hal ini menunjukkan adanya program jamkesmas dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin, dimana hal tersebut dapat berdampak pada peningkatan kesejahteraan masyarakat miskin karena jika masyarakat memiliki kesehatan yang baik maka akan sangat mudah melakukan aktifitas, misalnya seperti bekerja untuk memenuhi kebutuhan hidup keluarga.

Akan tetapi terdapat responden yang menjawab tidak setuju sebanyak 28 orang, program jamkesmas tidak secara signifikan mampu meningkatkan kesejahteraan masyarakat miskin dikarenakan masyarakat beranggapan bahwa dengan adanya program jamkesmas hanya mampu membantu masyarakat miskin untuk berobat kesehatan saja bukan membantu dalam hal kesejahteraan seperti perekonomian masyarakat miskin.

Diagram 4.8
Program Jamkesmas Untuk Mengurangi Beban Biaya
Masyarakat Miskin Di Bidang Kesehatan



Sumber: Hasil Penelitian Lapangan, 2010. (Pertanyaan No. 3)

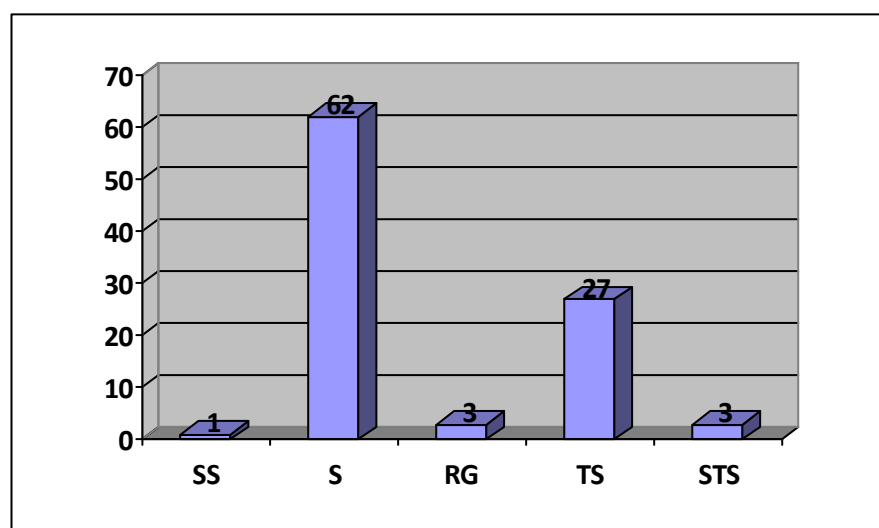
Berdasarkan diagram di atas memberikan gambaran atas jawaban responden, dimana responden yang menjawab sangat setuju 2 orang, yang menjawab setuju sebanyak 82 orang, menjawab ragu-ragu 1 orang, menjawab tidak setuju sebanyak 11 orang dan tidak ada responden yang menjawab sangat tidak setuju.

Responden menjawab sangat setuju 2 orang dan mayoritas responden menjawab setuju sebanyak 82 orang. Hal ini menunjukkan dengan adanya program jamkesmas dapat membantu masyarakat miskin dalam hal biaya. Program jamkesmas dapat membantu masyarakat miskin untuk mengurangi beban ekonomi masyarakat karena disaat

berobat di puskesmas maupun rumah sakit milik pemerintah tidak dikenakan biaya.

Akan tetapi terdapat responden yang menjawab tidak setuju sebanyak 11 orang. Hal ini disebabkan karena ada beberapa masyarakat yang tetap mengeluarkan biaya untuk berobat di puskesmas, penyebabnya antara lain karena masyarakat penerima program jamkesmas mendapatkan perlakuan berbeda dengan masyarakat yang tidak mendapatkan program jamkesmas seperti lamanya proses penanganan ketika berobat di Puskesmas sehingga sebagian masyarakat beranggapan lebih baik mengeluarkan biaya agar cepat ditangani oleh pihak Puskesmas daripada harus menunggu lama untuk mendapatkan pengobatan.

Diagram 4.9
Program Jamkesmas Untuk Kemudahan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin



Sumber: Hasil Penelitian Lapangan, 2010. (Pertanyaan No. 4)

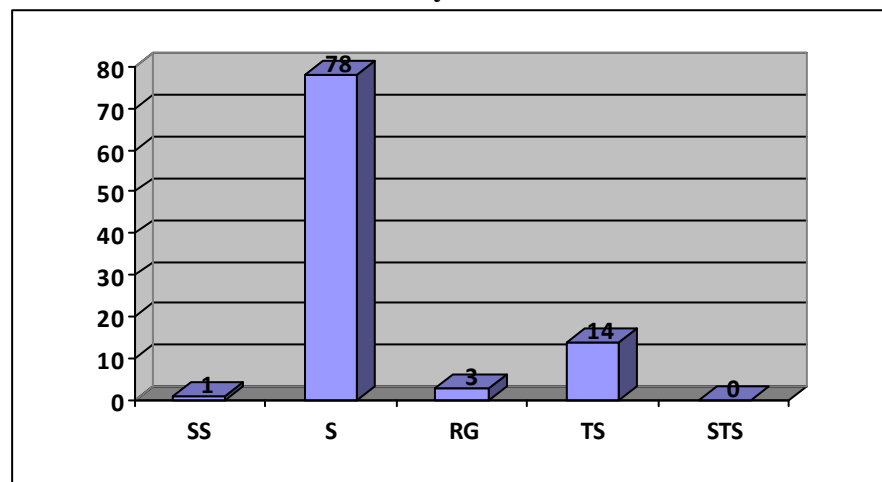
Berdasarkan diagram di atas memberikan gambaran atas jawaban responden, dimana responden yang menjawab sangat setuju 1 orang, yang menjawab setuju sebanyak 62 orang, menjawab ragu-ragu 3 orang, menjawab tidak setuju sebanyak 27 orang dan responden yang sangat tidak setuju menjawab 3 orang.

Responden menjawab sangat setuju 1 orang dan mayoritas responden menjawab setuju sebanyak 62 orang. Hal ini menunjukkan dengan adanya program jamkesmas dapat memudahkan masyarakat miskin dalam pelayanan kesehatan. Hal tersebut dikarenakan program jamkesmas dapat mempermudah masyarakat miskin mendapatkan hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang diberikan pemerintah baik di Puskesmas maupun Rumah Sakit milik pemerintah.

Akan tetapi terdapat responden yang menjawab sangat tidak setuju 3 orang dan yang menjawab tidak setuju sebanyak 27 orang. Hal ini disebabkan karena ada beberapa masyarakat yang beranggapan program jamkesmas tidak banyak membantu dalam hak memperoleh pelayanan kesehatan di Puskesmas maupun Rumah Sakit pemerintah. Hal ini dikarenakan pihak puskesmas bersikap kurang ramah dalam melayani masyarakat yang memakai kartu jamkesmas dan sulitnya proses administrasi untuk membuat persyaratan rujukan ke Rumah Sakit pemerintah yang dirasakan masyarakat sangat berbelit-belit dan kurang dipahami oleh masyarakat.

Responden yang menjawab ragu-ragu 3 orang hal ini, masyarakat beranggapan bahwa pelayanan yang diperoleh masyarakat terkadang dirasa sulit ketika harus mendapatkan rujukan di Rumah Sakit pemerintah dan terkadang dirasa mudah ketika mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas.

Diagram 4.10
Program Jamkesmas Untuk Meningkatkan
Kesehatan Masyarakat Miskin



Sumber: Hasil Penelitian Lapangan, 2010. (Pertanyaan No. 5)

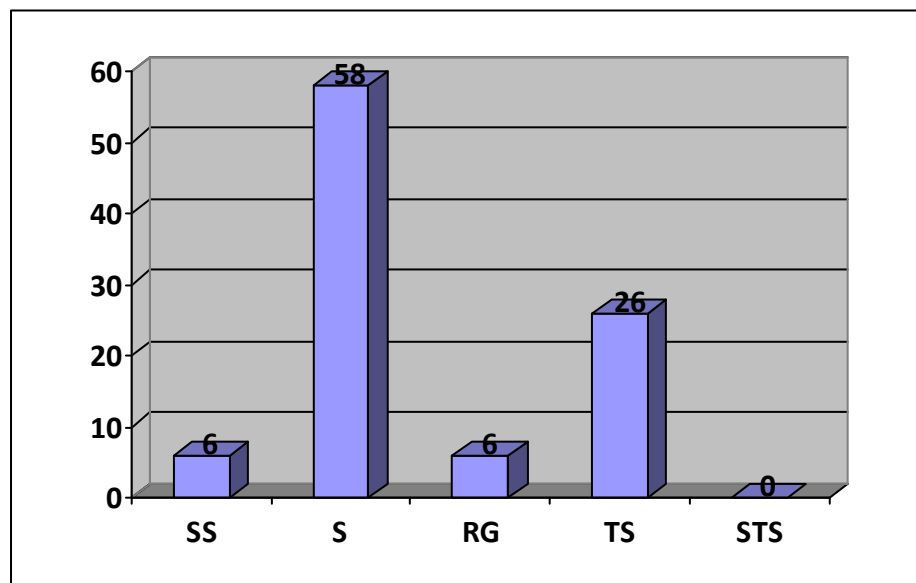
Berdasarkan diagram di atas memberikan gambaran atas jawaban responden, dimana responden yang menjawab sangat setuju 1 orang, yang menjawab setuju sebanyak 78 orang, menjawab ragu-ragu 3 orang, menjawab tidak setuju sebanyak 14 orang dan tidak ada responden yang menjawab sangat tidak setuju.

Responden menjawab sangat setuju 1 orang dan mayoritas responden menjawab setuju sebanyak 78 orang. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat setuju adanya program jamkesmas dapat memberikan

manfaat berupa peningkatan kesehatan masyarakat miskin. Dengan adanya program jamkesmas memberikan manfaat kepada masyarakat untuk meningkatkan kesehatan dan sangat membantu masyarakat dalam hal kesehatan.

Akan tetapi terdapat responden yang menjawab tidak setuju sebanyak 14 orang. Hal ini disebabkan karena ada beberapa masyarakat yang beranggapan program jamkesmas tidak memberikan manfaat yang berarti dalam meningkatkan kesehatan. Responden yang menjawab ragu-ragu 3 orang. Masyarakat beranggapan bahwa program jamkesmas tidak banyak meningkatkan kesehatan masyarakat, tetapi dilain pihak adanya program jamkesmas mampu membantu masyarakat miskin.

Diagram 4.11
Program Jamkesmas Membantu Masyarakat Miskin Dalam Mendapatkan Pelayanan Kesehatan



Sumber: Hasil Penelitian Lapangan, 2010. (Pertanyaan No. 6)

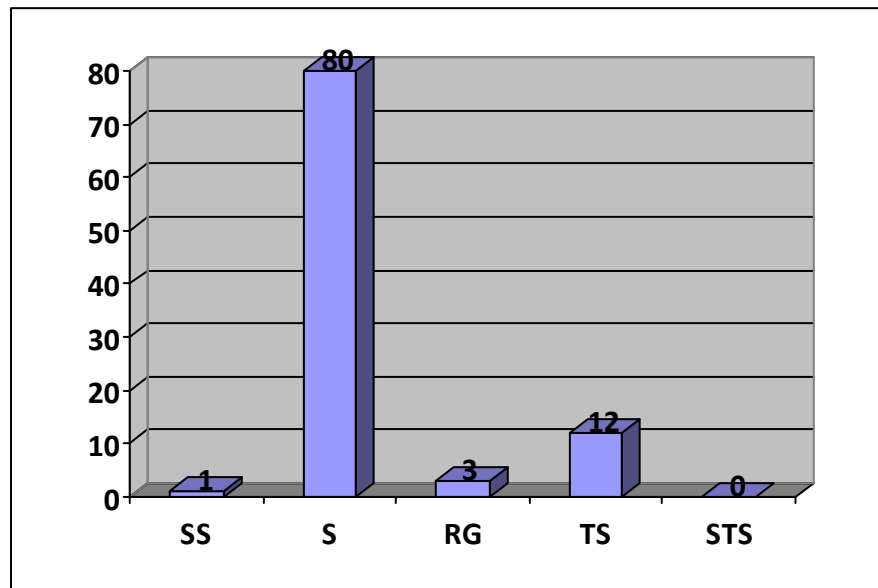
Berdasarkan diagram di atas memberikan gambaran atas jawaban responden, dimana responden yang menjawab sangat setuju 6 orang, yang menjawab setuju sebanyak 58 orang, menjawab ragu-ragu 6 orang, menjawab tidak setuju sebanyak 26 orang dan tidak ada responden yang menjawab sangat tidak setuju.

Responden menjawab sangat setuju 6 orang dan mayoritas responden menjawab setuju sebanyak 58 orang. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat setuju adanya program jamkesmas dapat memberikan manfaat kepada masyarakat miskin untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Hal ini memberikan gambaran bahwa program jamkesmas merupakan program yang disediakan pemerintah untuk membantu masyarakat miskin memperoleh pelayanan kesehatan.

Akan tetapi terdapat responden yang menjawab tidak setuju sebanyak 26 orang. Hal ini disebabkan karena ada beberapa masyarakat yang beranggapan program jamkesmas tidak memberikan manfaat kepada masyarakat miskin untuk memperoleh pelayanan kesehatan.

Responden yang menjawab ragu-ragu 6 orang, masyarakat beranggapan bahwa program jamkesmas tidak banyak membantu masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan masyarakat, tetapi dilain pihak adanya program jamkesmas mampu membantu masyarakat miskin dalam memperoleh pelayanan kesehatan jika sewaktu-waktu dibutuhkan.

Diagram 4.12
Program Jamkesmas Berdampak Pada Peningkatan Kesehatan Masyarakat Miskin



Sumber: Hasil Penelitian Lapangan, 2010. (Pertanyaan No. 7)

Berdasarkan diagram di atas memberikan gambaran atas jawaban responden, dimana responden yang menjawab sangat setuju 1 orang, yang menjawab setuju sebanyak 80 orang, menjawab ragu-ragu 3 orang, menjawab tidak setuju sebanyak 12 orang dan tidak ada responden yang menjawab sangat tidak setuju.

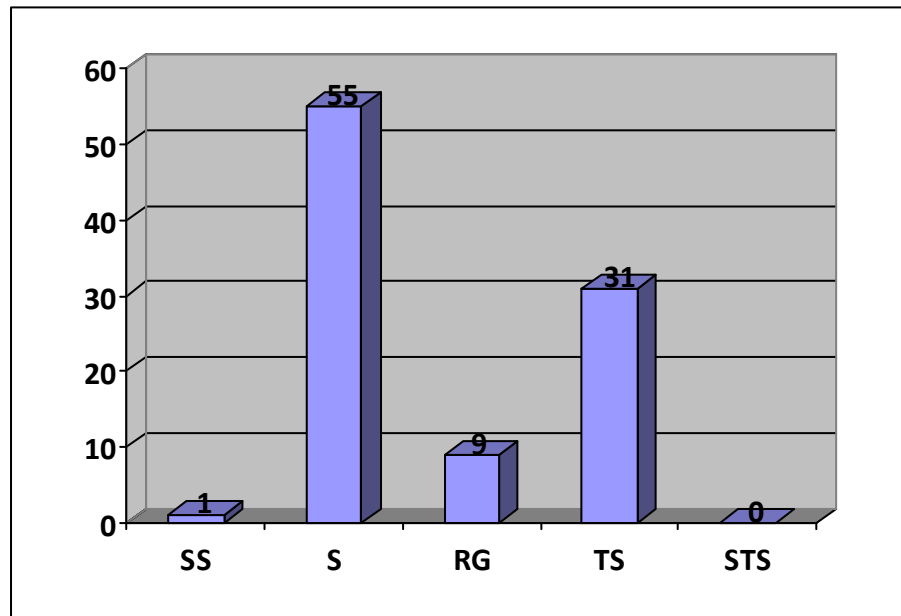
Responden menjawab sangat setuju 1 orang dan mayoritas responden menjawab setuju sebanyak 80 orang. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat setuju adanya program jamkesmas dapat memberikan perubahan pada peningkatan kesehatan bagi masyarakat miskin, dengan adanya program jamkesmas masyarakat lebih mudah mendapatkan pelayanan kesehatan sehingga secara langsung peningkatan kesehatan

pun meningkat. Program Jamkesmas mampu membantu memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin sehingga mampu meningkatkan kesehatan masyarakat miskin.

Akan tetapi terdapat responden yang menjawab tidak setuju sebanyak 12 orang. Hal ini disebabkan karena ada beberapa masyarakat yang beranggapan program jamkesmas tidak memberikan perubahan pada peningkatan kesehatan kepada masyarakat miskin, dikarenakan masyarakat beranggapan program jamkesmas tidak banyak memberikan dampak peningkatan pada kesehatan masyarakat miskin.

Responden yang menjawab ragu-ragu 3 orang, masyarakat mempunyai keraguan terhadap program jamkesmas apakah program jamkesmas ini dapat memberikan perubahan pada peningkatan kesehatan terhadap masyarakat. Masyarakat beranggapan bahwa program jamkesmas tidak banyak memberikan perubahan pada peningkatan kesehatan masyarakat, tetapi terkadang dibutuhkan diwaktu tertentu.

Diagram 4.13
Program Jamkesmas Dapat Meningkatkan Umur Harapan
Hidup Masyarakat Miskin



Sumber: Hasil Penelitian Lapangan, 2010. (Pertanyaan No.8)

Berdasarkan diagram di atas memberikan gambaran atas jawaban responden, dimana responden yang menjawab sangat setuju 1 orang, yang menjawab setuju sebanyak 55 orang, menjawab ragu-ragu 9 orang, menjawab tidak setuju sebanyak 31 orang dan tidak ada responden yang menjawab sangat tidak setuju.

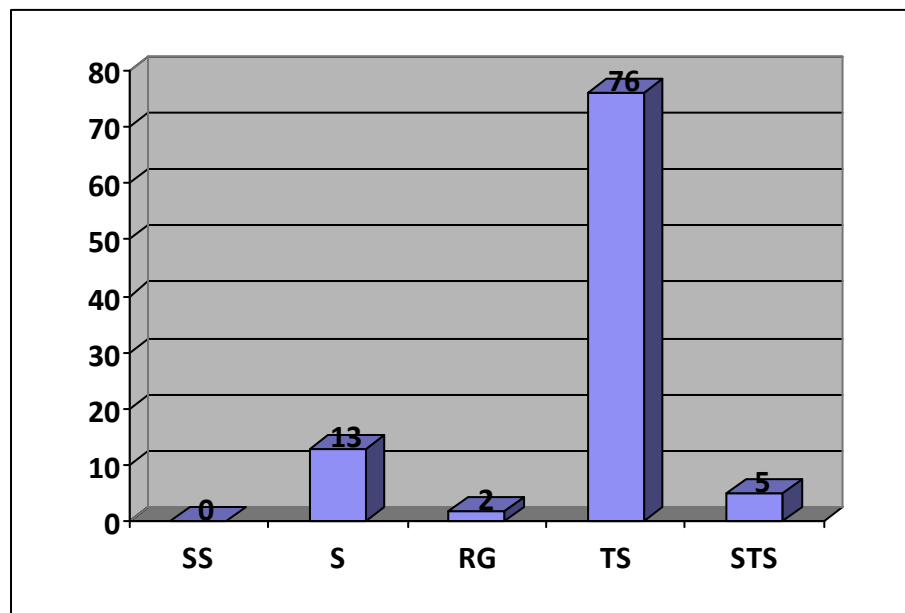
Responden menjawab sangat setuju 1 orang dan mayoritas responden menjawab setuju sebanyak 55 orang. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat setuju adanya program jamkesmas dapat memberikan perubahan pada peningkatan umur harapan hidup bagi masyarakat miskin. Dengan adanya program jamkesmas membantu masyarakat

dalam hal kesehatan, karena jika masyarakat hidup sehat maka akan berdampak pada peningkatan umur harapan hidup masyarakat miskin.

Akan tetapi terdapat responden yang menjawab tidak setuju sebanyak 31 orang. Hal ini disebabkan karena ada beberapa masyarakat yang beranggapan program jamkesmas tidak memberikan perubahan pada peningkatan umur harapan hidup kepada masyarakat miskin.

Responden yang menjawab ragu-ragu 9 orang. Hal ini dapat diartikan bahwa masyarakat mempunyai keraguan terhadap program jamkesmas apakah program jamkesmas ini dapat memberikan perubahan pada peningkatan umur harapan kesehatan terhadap masyarakat miskin.

Diagram 4.14
Program Jamkesmas Mampu Meningkatkan Ekonomi Masyarakat Miskin



Sumber: Hasil Penelitian Lapangan, 2010. (Pertanyaan No. 9)

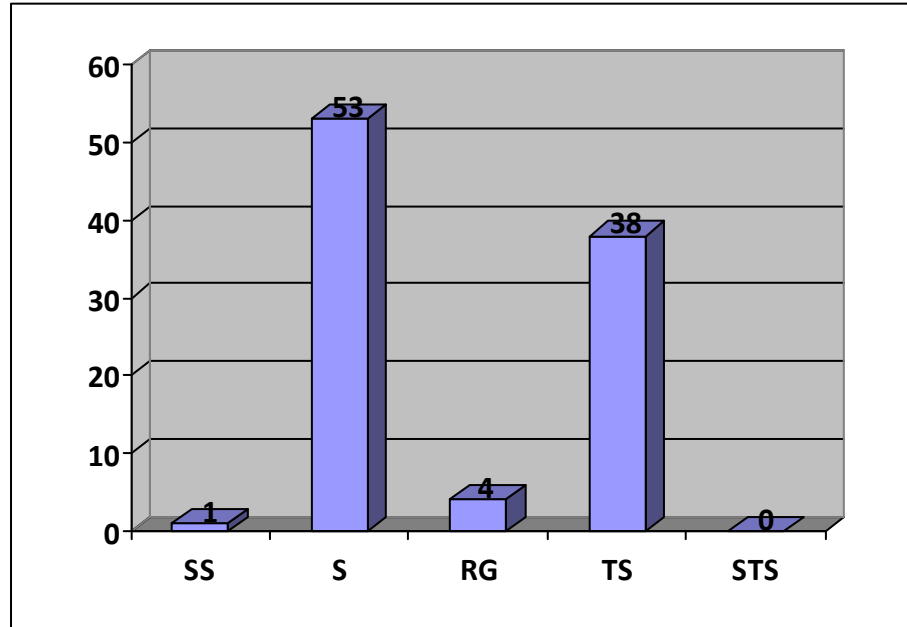
Berdasarkan diagram di atas tidak ada responden yang menjawab sangat setuju, yang menjawab setuju sebanyak 13 orang, menjawab ragu-ragu 4 orang, menjawab tidak setuju sebanyak 76 orang dan yang menjawab sangat tidak setuju 5 orang.

Responden menjawab sangat tidak setuju 5 orang dan mayoritas responden menjawab tidak setuju sebanyak 76 orang. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat tidak setuju, dengan program jamkesmas mampu meningkatkan ekonomi masyarakat miskin. Dikarenakan dengan adanya program jamkesmas tidak mempengaruhi secara langsung terhadap peningkatan ekonomi masyarakat miskin.

Akan tetapi terdapat responden yang menjawab setuju sebanyak 13 orang. Hal ini disebabkan karena ada beberapa masyarakat yang beranggapan program jamkesmas mampu memberikan perubahan pada peningkatan ekonomi masyarakat miskin. Dikarenakan jika kesehatan masyarakat baik, maka akan berpengaruh pada peningkatan ekonomi masyarakat.

Responden yang menjawab ragu-ragu 2 orang. Hal ini dapat diartikan bahwa masyarakat beranggapan program jamkesmas tidak memberikan pengaruh secara langsung terhadap peningkatan ekonomi masyarakat, tetapi disatu sisi kesehatan merupakan hal penting untuk menunjang peningkatan ekonomi masyarakat.

Diagram 4.15
Puskesmas Memiliki Hak Dalam Pendataan Masyarakat
Penerima Program Jamkesmas



Sumber: Hasil Penelitian Lapangan, 2010. (Pertanyaan No. 10)

Berdasarkan diagram di atas memberikan gambaran atas jawaban responden, dimana responden yang menjawab sangat setuju 1 orang, yang menjawab setuju sebanyak 53 orang, menjawab ragu-ragu 4 orang, menjawab tidak setuju sebanyak 38 orang dan tidak ada responden yang menjawab sangat tidak setuju.

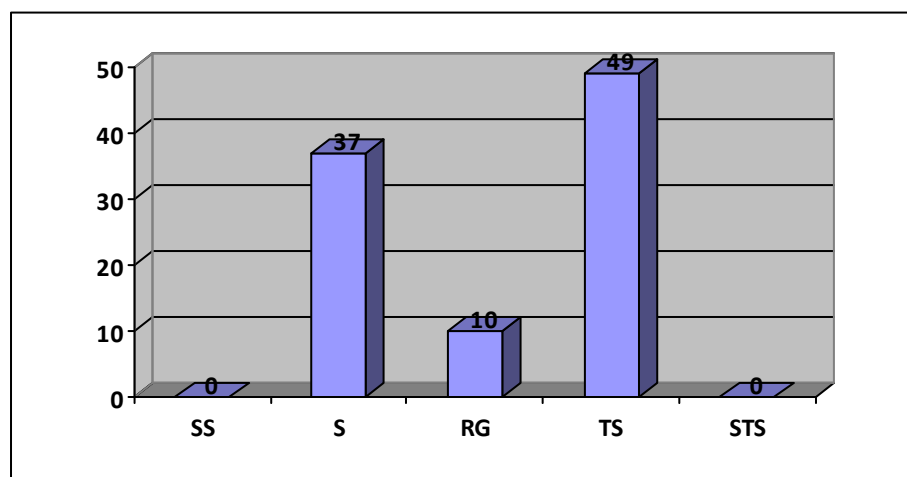
Responden menjawab sangat setuju 1 orang dan mayoritas responden menjawab setuju sebanyak 53 orang. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat setuju bahwa puskesmas memiliki hak dalam melakukan pendataan kepada masyarakat penerima program jamkesmas. Umumnya masyarakat beranggapan bahwa yang melakukan pendataan

kepada penerima program jamkesmas dilakukan oleh kader-kader posyandu yang merupakan petugas pembantu puskesmas disetiap desa.

Akan tetapi terdapat responden yang menjawab tidak setuju sebanyak 38 orang. Hal ini disebabkan karena ada beberapa masyarakat tidak mengetahui bahwa kader di desanya merupakan petugas pembantu puskesmas yang membantu untuk melakukan pendataan kepada penerima masyarakat penerima program jamkesmas.

Responden yang menjawab ragu-ragu 4 orang. Hal ini dapat diartikan bahwa masyarakat mempunyai keraguan terhadap petugas yang melakukan pendataan terhadap penerima program jamkesmas. Ada beberapa masyarakat yang ragu terhadap petugas yang melakukan pendataan, petugas tersebut merupakan petugas kelurahan (RT) atau kader puskesmas.

Diagram 4.16
Semua Pelaksana Program Jamkesmas Di Kecamatan Kasemen
Sudah Memahami Kebijakan Jamkesmas



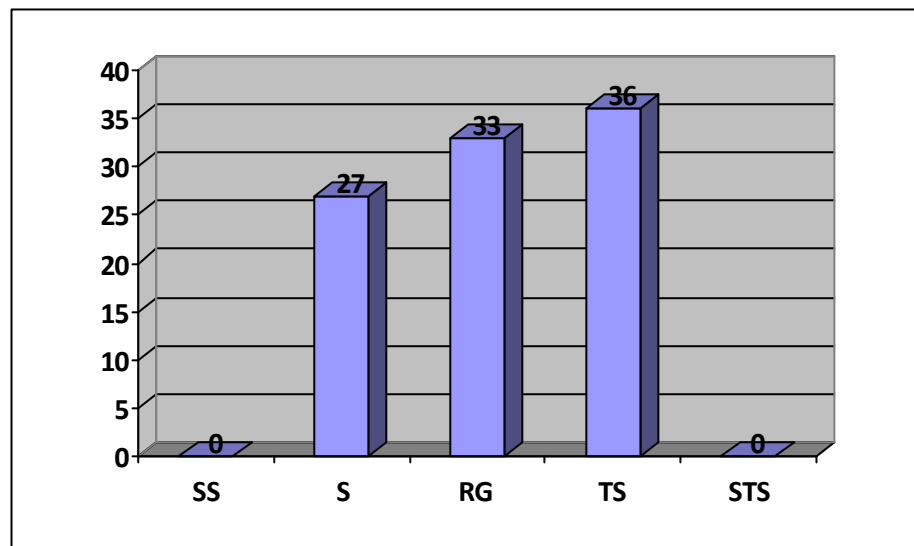
Sumber: Hasil Penelitian Lapangan, 2010. (Pertanyaan No. 11)

Berdasarkan diagram di atas, tidak ada responden yang menjawab sangat setuju, yang menjawab setuju sebanyak 37 orang, menjawab ragu-ragu 10 orang, menjawab tidak setuju sebanyak 49 orang dan tidak ada responden yang menjawab sangat tidak setuju.

Mayoritas responden menjawab tidak setuju sebanyak 49 orang. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat tidak setuju bahwa semua pelaksana program jamkesmas di Kecamatan Kasemen sudah memahami kebijakan jamkesmas. Hal ini disebabkan pelaksana program jamkesmas tidak banyak memberikan informasi mengenai program jamkesmas.

Akan tetapi terdapat responden yang menjawab setuju sebanyak 37 orang. Hal ini disebabkan karena ada beberapa masyarakat yang beranggapan petugas pelaksana program jamkesmas sudah memahami kebijakan jamkesmas. Responden yang menjawab ragu-ragu 10 orang. Hal ini dapat diartikan bahwa masyarakat mempunyai keraguan terhadap petugas pelaksana program jamkesmas sudah paham atau belum mengenai kebijakan program jamkesmas di Kecamatan Kasemen.

Diagram 4.17
Semua Pelaksana Program Jamkesmas Memiliki Kemampuan Di Bidang Kesehatan



Sumber: Hasil Penelitian Lapangan, 2010. (Pertanyaan No. 12)

Berdasarkan diagram di atas, tidak ada responden yang menjawab sangat setuju, yang menjawab setuju sebanyak 27 orang, menjawab ragu-ragu 33 orang, menjawab tidak setuju sebanyak 36 orang dan tidak ada responden yang menjawab sangat tidak setuju.

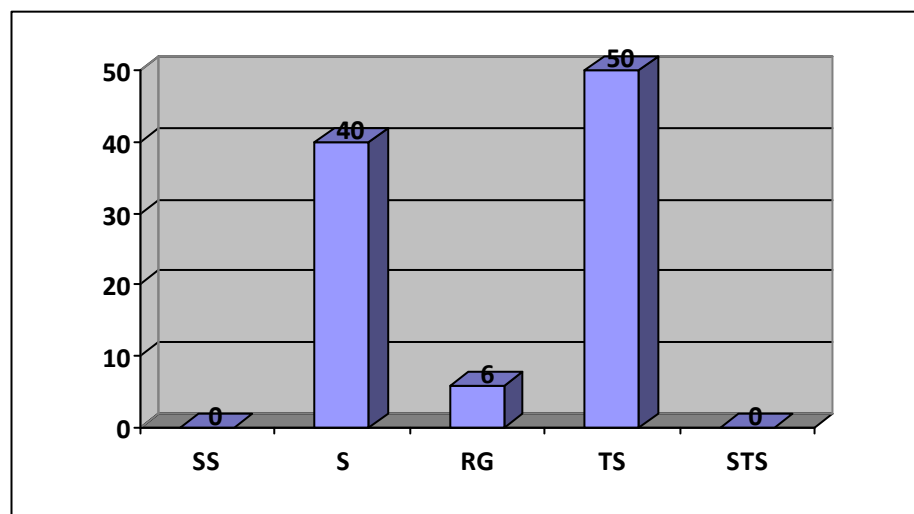
Mayoritas responden Responden yang menjawab tidak setuju 36 orang. Hal ini dapat diartikan bahwa masyarakat tidak setuju bahwa petugas pelaksana program kesehatan tidak memiliki kemampuan dibidang kesehatan.

Ragu-ragu sebanyak 33 orang. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat tidak mengetahui secara jelas, petugas pelaksana program jamkesmas memiliki kemampuan dibidang kesehatan. Hal ini dikarenakan karena masyarakat tidak menanyakan dan tidak mau tahu

para petugas pelaksana program jamkesmas. Masyarakat hanya sekedar berobat saja tanpa mengetahui latar belakang pendidikan pelaksana program jamkesmas.

Terdapat responden yang menjawab setuju sebanyak 27 orang. Hal ini disebabkan karena ada beberapa masyarakat yang beranggapan petugas pelaksana program jamkesmas memiliki kemampuan dibidang kesehatan, masyarakat mengetahui petugas pelaksana program jamkesmas memiliki kemampuan dibidang kesehatan seperti bidan, dokter dan lain-lain.

Diagram 4.18
Alat-Alat Kesehatan Yang Digunakan Di Puskesmas Dapat
Menunjang Program Jamkesmas



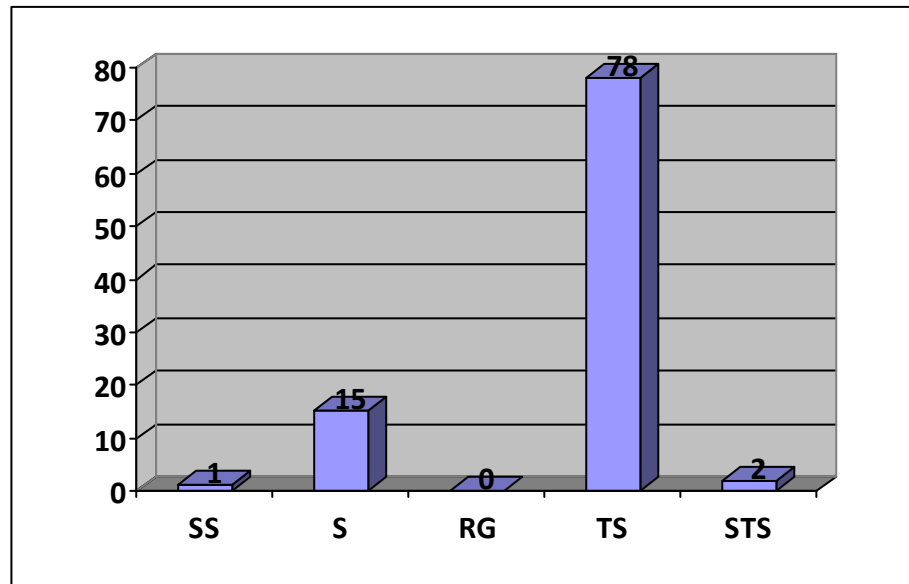
Sumber: Hasil Penelitian Lapangan, 2010. (Pertanyaan No. 13)

Berdasarkan diagram di atas, tidak ada responden yang menjawab sangat setuju, yang menjawab setuju sebanyak 40 orang, menjawab ragu-ragu 6 orang, menjawab tidak setuju sebanyak 50 orang dan tidak ada responden yang menjawab sangat tidak setuju.

Mayoritas responden yang menjawab tidak setuju sebanyak 50 orang. Menunjukkan bahwa masyarakat tidak setuju alat-alat yang digunakan di puskesmas dapat menunjang program jamkesmas. Hal ini dikarenakan masyarakat beranggapan bahwa alat-alat kesehatan yang digunakan di Puskesmas kurang lengkap dan kurang memadai.

Terdapat responden menjawab setuju sebanyak 40 orang. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat setuju bahwa alat-alat kesehatan yang digunakan di Puskesmas dapat menunjang program jamkesmas. Masyarakat beranggapan alat-alat kesehatan di Puskesmas sudah lengkap dan sudah terdapat puskesmas yang melayani rawat inap seperti pada puskesmas kilasah. Responden yang menjawab ragu-ragu 6 orang. Hal ini dapat diartikan bahwa masyarakat tidak mengetahui alat-alat kesehatan yang digunakan di Pusekesamas lengkap atau tidak. Masyarakat hanya sekedar berobat saja, dan hanya diberi obat secukupnya.

Diagram 4.19
Sosialisasi Program Jamkesmas Kepada Masyarakat Miskin Di
Kecamatan Kasemen Sudah Berjalan Baik



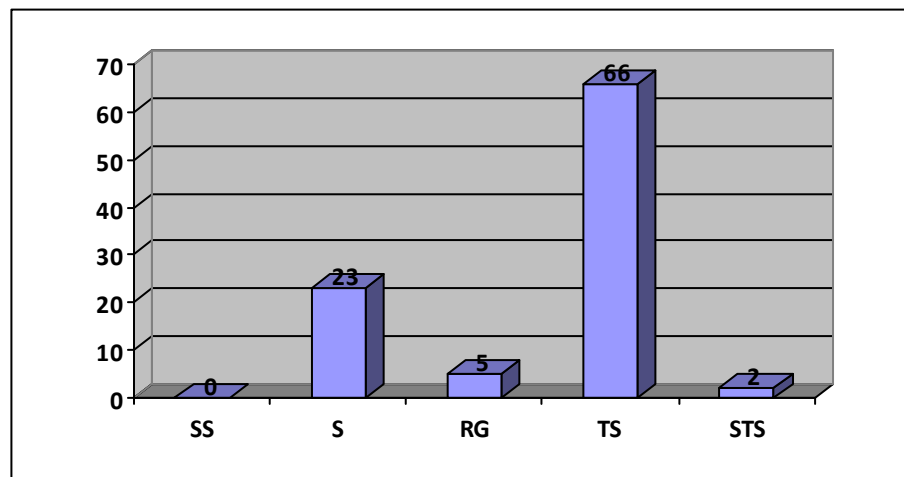
Sumber: Hasil Penelitian Lapangan, 2010. (Pertanyaan No. 14)

Berdasarkan diagram di atas memberikan gambaran atas jawaban responden, dimana responden yang menjawab sangat setuju 1 orang, yang menjawab setuju sebanyak 15 orang, tidak ada responden yang menjawab ragu-ragu, menjawab tidak setuju sebanyak 78 orang dan responden yang menjawab sangat tidak setuju 2 orang.

Responden menjawab sangat tidak setuju 2 orang dan mayoritas responden menjawab tidak setuju sebanyak 78 orang. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat tidak banyak mengetahui tentang program jamkesmas serta tidak mengetahui bagaimana prosedur penggunaan kartu jamkesmas. Selain itu masyarakat pun tidak mengetahui secara jelas mengenai program jamkesmas.

Terdapat responden yang menjawab sangat setuju 1 orang dan setuju sebanyak 15 orang. Hal ini disebabkan, beberapa masyarakat yang hanya sekedar mengetahui tujuan program jamkesmas, bahwa program jamkesmas merupakan program untuk membantu masyarakat miskin mendapatkan pelayanan kesehatan karena bebas biaya.

Diagram 4.20
Semua Masyarakat Yang Berhak Sudah Mendapatkan Program Jamkesmas



Sumber: Hasil Penelitian Lapangan, 2010. (Pertanyaan No. 15)

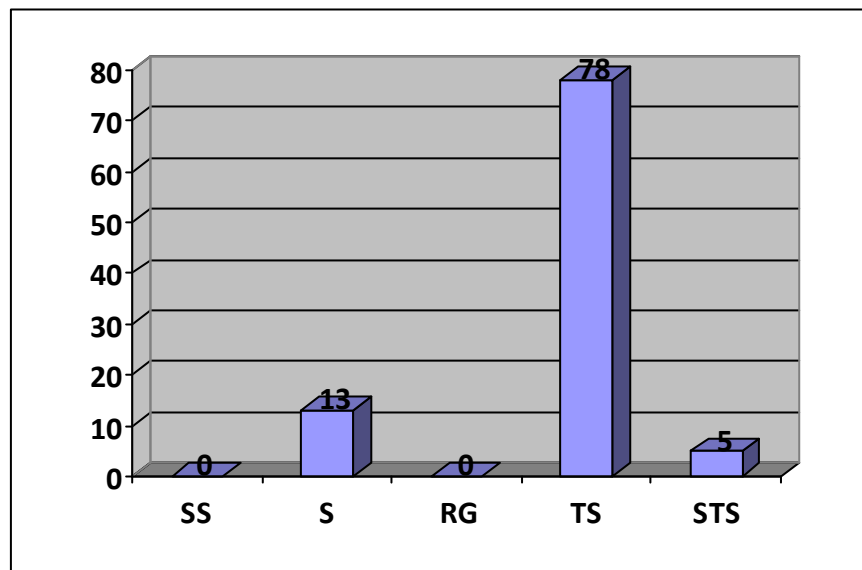
Berdasarkan diagram di atas, tidak ada responden yang menjawab sangat setuju, yang menjawab setuju sebanyak 23 orang, menjawab ragu-ragu 5 orang, menjawab tidak setuju sebanyak 66 orang dan responden yang menjawab sangat tidak setuju 2 orang.

Responden menjawab sangat tidak setuju 2 orang dan mayoritas responden menjawab tidak setuju sebanyak 66 orang. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat tidak setuju bahwa semua masyarakat yang berhak sudah mendapatkan program jamkesmas. Hal ini dapat

diartikan bahwa program jamkesmas di Kecamatan Kasemen tidak tepat sasaran, masih ada masyarakat yang berhak mendapatkan program jamkesmas belum mendapatkan program jamkesmas.

Terdapat responden yang menjawab setuju sebanyak 23 orang. Hal ini disebabkan karena ada masyarakat yang beranggapan bahwa masyarakat penerima program jamkesmas sudah sesuai dengan kriteria yang ditetapkan oleh pemerintah. Responden yang menjawab ragu-ragu 5 orang. Hal ini dapat diartikan bahwa masyarakat tidak mengetahui secara pasti siapa saja yang mendapatkan program jamkesmas.

Diagram 4.21
Dinas Kesehatan Bertanggung Jawab Terhadap Program
Jamkesmas Di Kecamatan Kasemen



Sumber: Hasil Penelitian Lapangan, 2010. (Pertanyaan No. 16)

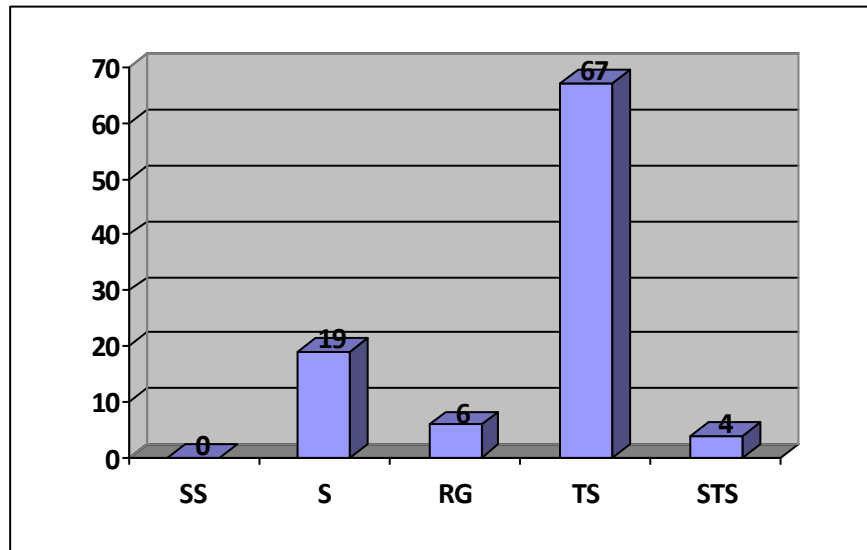
Berdasarkan diagram di atas, tidak ada responden yang menjawab sangat setuju, yang menjawab setuju sebanyak 13 orang, tidak

ada responden yang menjawab ragu-ragu, menjawab tidak setuju sebanyak 78 orang dan responden yang menjawab sangat tidak setuju 5 orang.

Responden menjawab sangat tidak setuju 5 orang dan mayoritas responden menjawab tidak setuju sebanyak 78 orang. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat tidak setuju bahwa Dinas Kesehatan bertanggung jawab terhadap program jamkesmas di Kecamatan Kasemen. Hal ini dikarenakan masyarakat penerima program jamkesmas tidak melakukan hubungan secara langsung dengan Dinas Kesehatan, masyarakat lebih sering melakukan kontak dengan pihak Puskesmas.

Terdapat responden yang menjawab setuju sebanyak 13 orang. Hal ini disebabkan karena ada masyarakat yang mengetahui prosedur jamkesmas, misalnya ketika harus melakukan rujukan ke Rumah Sakit pemerintah. Masyarakat yang dirujuk ke Rumah Sakit pemerintah harus mendapatkan surat keterangan dari Dinas Kesehatan.

Diagram 4.22
Kepala Puskesmas Ikut Berperan Dalam Pelaksanaan Program Jamkesmas



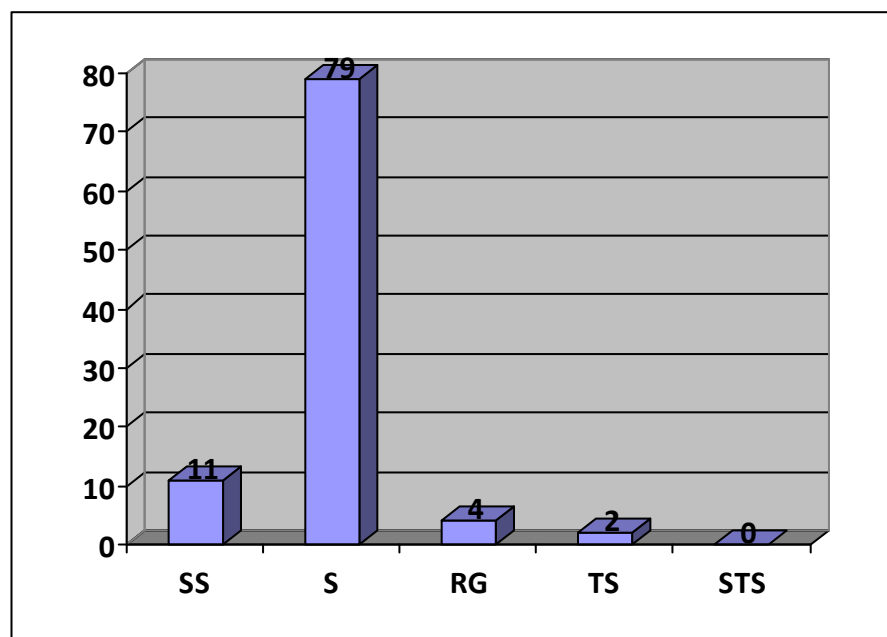
Sumber: Hasil Penelitian Lapangan, 2010. (Pertanyaan No. 17)

Berdasarkan diagram di atas, tidak ada responden yang menjawab sangat setuju, yang menjawab setuju sebanyak 19 orang, menjawab ragu-ragu 6 orang, menjawab tidak setuju sebanyak 67 orang dan responden yang menjawab sangat tidak setuju 4 orang.

Responden menjawab sangat tidak setuju 4 orang dan mayoritas responden menjawab tidak setuju sebanyak 67 orang. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat tidak setuju bahwa Kepala Puskesmas bertanggung jawab terhadap program jamkesmas di Kecamatan Kasemen. Hal ini dikarenakan masyarakat penerima program jamkesmas tidak melakukan hubungan secara langsung dengan Kepala Puskesmas, masyarakat lebih sering melakukan kontak dengan petugas puskesmas dan bidan desa.

Terdapat responden yang menjawab setuju sebanyak 19 orang. Hal ini disebabkan karena ada masyarakat yang mengetahui keterlibatan Kepala Puskesmas dalam program jamkesmas, seperti ikut serta dalam mensosialisasikan program jamkesmas di desa. Responden yang menjawab ragu-ragu sebanyak 6 orang. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat penerima jamkesmas mempunyai keraguan kepada kepala puskesmas ikut berperan dalam pelaksanaan program jamkesmas.

Diagram 4.23
Kondisi Masyarakat Dan Lingkungan Di Kecamatan Kasemen Mendukung Dalam Pelaksanaan Program Jamkesmas



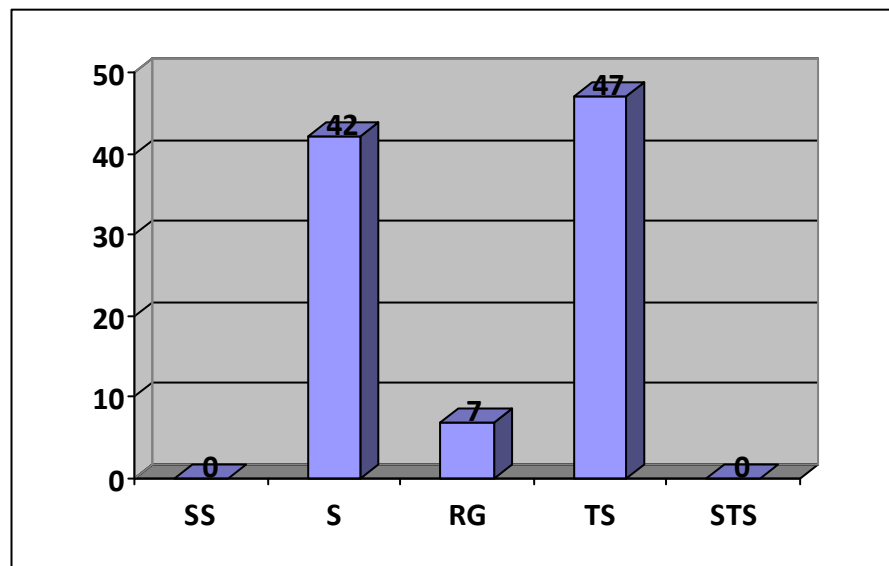
Sumber: Hasil Penelitian Lapangan, 2010. (Pertanyaan No. 18)

Berdasarkan diagram di atas, memberikan gambaran atas jawaban responden yang menjawab sangat setuju 11 orang, yang menjawab setuju sebanyak 79 orang, menjawab ragu-ragu 4 orang,

menjawab tidak setuju sebanyak 2 orang dan tidak ada responden yang menjawab sangat tidak setuju.

Responden menjawab sangat setuju 11 orang dan mayoritas responden menjawab setuju sebanyak 79 orang. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat setuju bahwa kondisi masyarakat dan lingkungan mendukung dalam pelaksanaan program jamkesmas. Hal ini dikarenakan mayoritas masyarakat dengan kondisi dan lingkungan di Kecamatan Kasemen merupakan masyarakat miskin. Terdapat responden yang menjawab ragu-ragu 4 orang. Hal ini disebabkan karena ada beberapa masyarakat yang tidak mengetahui secara pasti bagaimana kriteria kondisi masyarakat yang mendapatkan program jamkesmas.

Diagram 4.24
Semua Pelaksana Program Jamkesmas Cepat Tanggap Dalam Melayani Masyarakat Yang Membutuhkan Pelayanan Kesehatan Dengan Menggunakan Kartu Jamkesmas



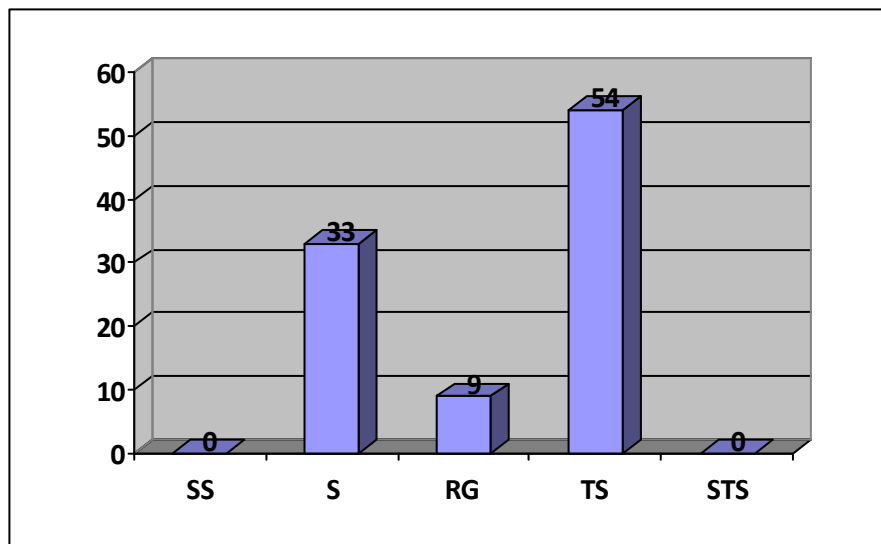
Sumber: Hasil Penelitian Lapangan, 2010. (Pertanyaan No. 19)

Berdasarkan diagram di atas, tidak ada responden yang menjawab sangat setuju, yang menjawab setuju sebanyak 42 orang, menjawab ragu-ragu 7 orang, menjawab tidak setuju sebanyak 47 orang dan tidak ada responden yang menjawab sangat tidak setuju.

Mayoritas responden yang menjawab tidak setuju sebanyak 47 orang. Menunjukkan bahwa masyarakat tidak setuju bahwa semua pelaksana program jamkesmas cepat tanggap dalam melayani masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan dengan menggunakan kartu jamkesmas. Hal ini disebabkan karena ada masyarakat merasa adanya pelayanan yang diberikan tidak sesuai bagi penerima program jamkesmas, seperti tidak ramahnya petugas puskesmas dan pelayanan yang diberikan dirasa lambat bagi penerima program jamkesmas.

Terdapat responden menjawab setuju sebanyak 42 orang. Hal ini dapat diartikan bahwa semua pelaksana, seperti bidan, kader dan pihak puskesmas sudah dapat bekerja sesuai dengan prosedur pelaksana program jamkesmas. Responden yang menjawab ragu-ragu 7 orang, hal ini dikarenakan masyarakat penerima program jamkesmas mempunyai keraguan terhadap semua pelaksana program jamkesmas dalam memberikan pelayanan yang dibutuhkan.

Diagram 4.25
Petugas Pelaksana Program Jamkemas Bekerja Sesuai Dengan
Aturan Yang Berlaku



Sumber: Hasil Penelitian Lapangan, 2010. (Pertanyaan No.20)

Berdasarkan diagram di atas, tidak ada responden yang menjawab sangat setuju, yang menjawab setuju sebanyak 33 orang, menjawab ragu-ragu 9 orang, menjawab tidak setuju sebanyak 54 orang dan tidak ada responden yang menjawab sangat tidak setuju.

Mayoritas responden menjawab tidak setuju sebanyak 54 orang. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat tidak setuju bahwa petugas pelaksana program jamkesmas bekerja sesuai dengan aturan yang berlaku. Hal ini disebabkan karena masih banyak petugas pelaksana yang kurang mengerti tentang program jamkesmas dan prosedur jamkesmas itu sendiri. Selain itu masih ada masyarakat yang masuk kriteria penerima tidak mendapatkan program jamkesmas hal tersebut

menunjukkan bahwa petugas pelaksana tidak bekerja sesuai dengan aturan yang berlaku.

Terdapat responden yang menjawab setuju sebanyak 33 orang. Hal ini disebabkan karena ada masyarakat sudah puas dengan kinerja petugas pelaksana program jamkesmas yang sesuai dengan aturan seperti kader yang melakukan pendataan secara benar dan membantu masyarakat yang mendapatkan perawatan rujukan ke Rumah Sakit pemerintah. Responden yang menjawab ragu-ragu 9 orang, hal ini dikarenakan masyarakat penerima program jamkesmas mempunyai keraguan terhadap petugas pelaksana apakah sudah sesuai aturan dalam menjalankan tugas yang diamanahkan.

4.4 Pengujian Hipotesis

Penelitian mengenai Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) ini, peneliti memiliki hipotesis sebagai berikut :

“Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen Mencapai Angka Minimal 65% ”

Pengujian hipotesis dimaksudkan untuk mengetahui tingkat signifikansi dari hipotesis yang diajukan. Berdasarkan metode penelitian, maka pada tahap pengujian hipotesis penelitian ini peneliti menggunakan rumus t-test

satu sampel. Adapun penghitungan pengujian hipotesis tersebut yakni sebagai berikut.

Berdasarkan data yang diperoleh, maka skor ideal yang diperoleh adalah $5 \times 96 \times 20 = 9600$ (5 = nilai dari setiap jawaban selalu setiap pernyataan yang dinyatakan pada responden, kriteria skor berdasarkan pada skala Likert). 96 = jumlah sampel yang dijadikan responden. 20 = jumlah pernyataan yang ditanyakan kepada responden). Sedangkan rata-rata $9600:96=100$.

Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen nilai yang dihipotesiskan adalah tertinggi 65% dari nilai ideal, ini berarti bahwa $0,65 \times 9600 = 6240$ dibagi $96 = 65$. Hipotesis statistiknya dapat dirumuskan sebagai berikut : H_0 untuk memprediksi μ lebih rendah atau sama dengan 65% dari skor ideal paling tinggi. Sedangkan H_a paling tinggi 65% dari skor ideal yang diharapkan. Atau hipotesis statistiknya dapat ditulis dengan rumus:

$$H_0 = \mu > 65\% > 0,65 \times 9600 : 96 = 65$$

$$H_a = \mu < 65\% < 0,65 \times 9600 : 96 = 65$$

Diketahui:

$$\bar{X} = \sum X : 96 = 5924 : 96 = 61,71$$

$$\mu_0 = 65\% = 0,65 \times 9600 : 96 = 65$$

$$s = 8,170$$

$$n = 96$$

Ditanya : t ?

$$\text{Jawab : } t = \frac{\bar{x} - \mu_0}{\frac{s}{\sqrt{n}}}$$

$$T = \frac{61,71 - 65}{\frac{8,170}{\sqrt{96}}}$$

$$t = \frac{-3,29}{\frac{8,170}{9,8}}$$

$$t = \frac{-3,29}{0,83}$$

$$t = -3,96$$

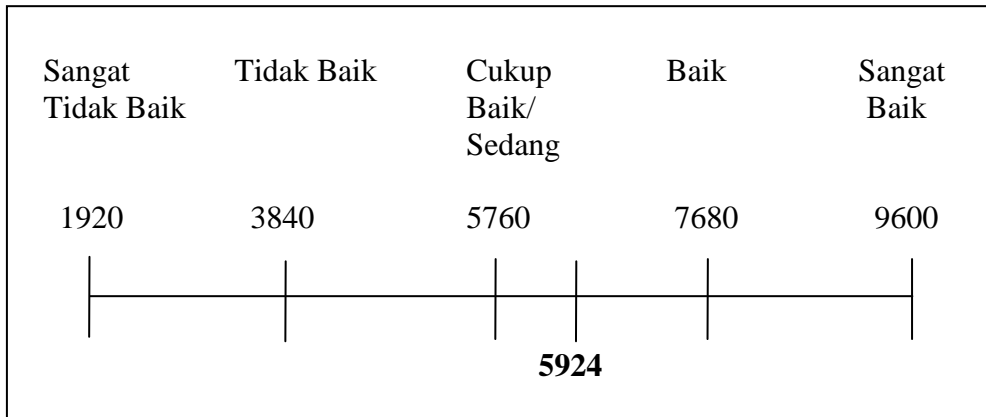
Harga t_{hitung} tersebut selanjutnya dibandingkan dengan harga t_{tabel} dengan derajat kebebasan (dk) = $n - 1 = 96 - 1 = 95$ dan taraf kesalahan $\alpha = 10\%$, dimana untuk uji satu pihak kiri (*one tail test*), karena harga t_{hitung} lebih kecil dari pada harga $-t_{tabel}$ atau H_0 ($-3,96 < -1,296$) dan jatuh pada daerah penerimaan (H_a), maka hipotesis nol (H_0) ditolak dan hipotesis kerja (H_a) diterima.

Berdasarkan perhitungan populasi ditemukan bahwa Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen :

$$\text{Implementasi Program JAMKESMAS} = \frac{5924}{9600} \times 100\% = 61,71\%$$

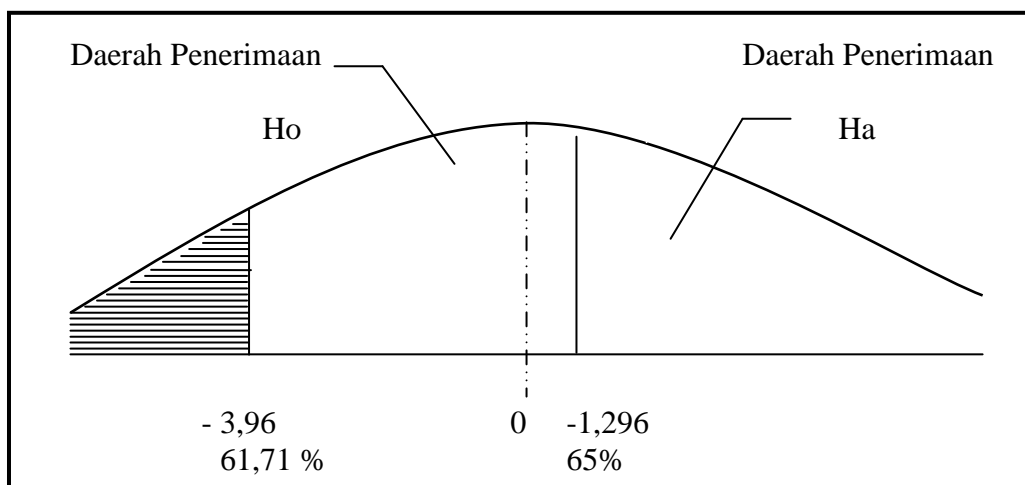
Jadi, telah diketahui bahwa Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen adalah sebesar 61,71%.

Gambar 4.2
Kurva penerimaan dan penolakan Hipotesis



Nilai 5924 termasuk dalam kategori interval cukup baik atau sedang dan baik, maka masuk dalam kategori cukup baik atau sedang karena lebih mendekati kategori cukup baik atau sedang.

Gambar 4.3
Kurva penerimaan dan penolakan Hipotesis



4.5 Interpretasi Hasil Penelitian

Penelitian yang berjudul Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen bahwa hal yang paling penting dan utama adalah menjawab rumusan masalah yang telah dibuat oleh peneliti pada awal penelitian. Rumusan masalah yang telah dibuat oleh peneliti pada awal penelitian adalah "Bagaimana Implementasi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen".

Penelitian ini untuk menjawab rumusan masalah ini, kita dapat melihat dari perhitungan dengan menggunakan rumus t test satu sampel dengan menguji pihak kiri bahwa harga t_{hitung} lebih kecil ($<$) dari harga t_{tabel} dan hal itu dapat diartikan bahwa H_0 ditolak dan H_a diterima karena hanya mencapai 61,71% dari angka minimal 65% yang dihipotesiskan.

Berdasarkan data yang diperoleh, skor ideal instrumen adalah $5 \times 20 \times 96 = 9600$ (5 = nilai dari setiap jawaban pertanyaan yang diajukan pada responden, 20 = jumlah item pertanyaan yang diajukan kepada responden, 96 = jumlah sampel yang dijadikan responden). Nilai skor dari hasil penelitian adalah sebesar 5924. Nilai Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Kecamatan Kasemen adalah $5924 : 9600 = 0,617$ atau 61,71 persen. Interpretasi yang tepat untuk menjawab rumusan masalah adalah Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Kecamatan Kasemen baru mencapai angka 61,71% dari angka minimal yang dihipotesiskan yaitu 65% artinya cukup baik atau sedang.

4.6 Pembahasan

Pada pembahasan ini, peneliti akan memberikan pemaparan terlebih dahulu mengenai pengujian hipotesis, dimana dalam pengujian hipotesis didapat bahwa H_0 ditolak dan H_a diterima. Berdasarkan data tersebut dijelaskan bahwa Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Kecamatan Kasemen baru mencapai angka 61,71% dari angka minimal yang dihipotesiskan yaitu 65% artinya cukup baik atau sedang. Hal ini ditunjukkan dari hasil perhitungan pada Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (jamkesmas) di Kecamatan Kasemen tersebut. Skor ideal instrumen adalah $5 \times 20 \times 96 = 9600$. (5 = nilai dari setiap jawaban pertanyaan yang diajukan pada responden, 20 = jumlah item pertanyaan yang diajukan kepada responden, 96 = jumlah sampel yang dijadikan responden). Hasil kuesioner pengumpulan data adalah sebesar $5924 : 9600 = 0,617$ atau 61,71%. Pengujian hipotesis pada bahasan sebelumnya menunjukkan bahwa H_0 ditolak dan H_a diterima. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Implementasi Program Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen cukup baik atau sedang untuk jelasnya dapat dilihat berdasarkan identifikasi masalah yang telah peneliti lakukan.

Cukup baik atau sedang berhasilnya Implementasi Program Jaminan Kesehatan (jamkesmas) di Kecamatan Kasemen dapat dilihat dari identifikasi masalah yang telah ditemukan peneliti. Peneliti membuat identifikasi masalah berdasarkan observasi awal di lapangan yaitu; *pertama*, masih ada rumah tangga miskin di Kecamatan Kasemen yang belum memperoleh program

jaminan kesehatan masyarakat yang masuk katagori rumah tangga miskin, hal ini dikarenakan petugas pendata tidak memahami kriteria penerima program secara jelas.

Kedua, masih ada warga yang sudah meninggal tetap memiliki kartu jaminan kesehatan masyarakat dikarenakan kurang *update database* penerima jaminan kesehatan masyarakat. Hal ini terjadi karena petugas pendataan lapangan seperti Bidan Desa, Kader Posyandu, PLKB (Petugas Lapangan Keluarga Berencana) jarang melakukan survei ulang terhadap penerima program jamkesmas.

Ketiga, tidak sesuai pelayanan yang di berikan pihak puskesmas kepada masyarakat yang memiliki atau yang mendapat kartu jaminan kesehatan masyarakat, seperti adanya penerima program jamkesmas yang masih dikenakan biaya pengobatan di Puskesmas serta obat-obatan yang diberikan kepada penerima program dirasa tidak cocok. Selain itu sulitnya proses rujukan seperti dari Puskemas ke Rumah Sakit.

Hasil penelitian Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Kecamatan Kasemen cukup baik atau sedang, kita dapat melihat kembali pada teori keberhasilan implementasi kebijakan menurut Grindle. Pendekatan impelementasinya dikenal dengan *Implementation as a Political and administrative Proses*. Menurut Grindle, ada dua variabel yang mempengaruhi implementasi kebijakan publik, yang terdiri atas isi kebijakan (*Content of Policy*) dan konteks implementasinya (*Context of Policy*).

1. Isi kebijakan (*Content of Policy*) terdiri dari: kepentingan yang mempengaruhi, tipe manfaat, derajat perubahan yang ingin dicapai, letak pengambilan keputusan, pelaksana program, dan sumberdaya yang digunakan.
2. Konteks implementasi kebijakan (*Context of Policy*), terdiri dari: kekuasaan, kepentingan, dan strategi dari aktor yang terlibat, karakteristik lembaga dan rezim yang berkuasa, serta tingkat kepatuhan dan adanya respon dari pelaksana.

Berdasarkan teori yang dipaparkan oleh Grindle kita dapat melihat dan menjelaskan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen. Berdasarkan hal tersebut, indikator yang penting dalam melihat keberhasilan dari Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Kecamatan Kasemen yaitu dengan cara melihat indikator keberhasilan implementasi kebijakan menurut Grindle berdasarkan Isi Kebijakan (*Content of Policy*) seperti kepentingan-kepentingan yang mempengaruhi program jamkesmas, manfaat program jamkesmas di Kecamatan Kasemen, derajat perubahan yang ingin dicapai, letak pengambilan keputusan, pelaksana program jamkesmas di Kecamatan Kasemen dan sumber-sumber daya yang digunakan dalam program jamkesmas di Kecamatan Kasemen.

Indikator selanjutnya untuk melihat keberhasilan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Kecamatan Kasemen yaitu

Konteks Kebijakan (*Context of Policy*) seperti kekuasaan, kepentingan dan strategi aktor yang terlibat, Karakteristik dan rezim yang berkuasa dalam melaksanakan program jamkesmas, kepatuhan dan respon dari pelaksana dalam melaksanakan program jamkesmas di Kecamatan Kasemen.

Implementasi kebijakan suatu program merupakan salah satu hal penting yang menentukan keberhasilan suatu kebijakan yang telah dirumuskan oleh pemerintah, dimana segala keputusan yang dirumuskan tersebut memperhatikan faktor implementasi kebijakan. Artinya, keberhasilan suatu kebijakan salah satunya dapat dilihat dari implementasi suatu kebijakan tersebut.

Pertama, mengenai tidak semua masyarakat yang berhak sudah mendapatkan program jamkesmas yang termasuk katagori rumah tangga miskin. Ini diperkuat dengan hasil jawaban responden pada pertanyaan nomor lima belas pada kuesioner. Mayoritas responden yaitu sebanyak 60 responden (62,5%) menjawab tidak setuju mengenai semua masyarakat yang berhak sudah mendapatkan program jamkesmas di Kecamatan Kasemen.

Berdasarkan hasil penelitian yang didasarkan atas jawaban responden, masih adanya masyarakat yang belum dapat menerima program jamkesmas di Kecamatan Kasemen. Hal ini didasarkan atas masih ada masyarakat yang mampu mendapatkan program jamkesmas. Sedangkan masyarakat yang masuk kedalam kategori penerima tidak mendapatkan program jamkesmas. Demikian dapat disimpulkan bahwa program jamkesmas di Kecamatan Kasemen tidak tepat sasaran.

Hal ini menunjukkan indikator konteks kebijakan program jamkesmas itu sendiri masih belum berhasil, dimana dapat dilihat pada subindikator kekuasaan, kepentingan dan strategi yang terlibat dalam program pelaksanaan jamkesmas di Kecamatan Kasemen. Tidak tepat sasaran pelaksanaan program jamkesmas di Kecamatan Kasemen dikarenakan masih ada para aktor kebijakan yang memanfaatkan kekuasaan serta masih adanya kepentingan dari pada aktor tersebut yang lebih mementingkan kepentingan pribadi. Misalnya proses pendataan yang melibatkan Rukun Tetangga, Bidan serta Kader di dalam pendataan masyarakat penerima yang lebih mementingkan atau mengutamakan anggota keluarganya yang tidak termasuk ke dalam kategori penerima.

Berdasarkan hal tersebut dengan tidak tepat sasaran penerima program jamkesmas ini maka secara tidak langsung menunjukkan bahwa pelaksanaan program jamkesmas di Kecamatan Kasemen berjalan kurang baik. Jamkesmas adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang diselenggarakan secara nasional, agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin.

Pemerintah memberikan subsidi kesehatan kepada masyarakat miskin yang termasuk ke dalam kategori rumah tangga miskin untuk mendapatkan subsidi hak-hak kesehatan yang diperoleh secara gratis. Masih adanya masyarakat miskin yang tidak memperoleh Jamkesmas dapat menyebabkan masyarakat tersebut tidak dapat berobat di Puskesmas maupun Rumah Sakit

secara gratis. Sehingga program ini tidak dapat mengurangi beban masyarakat dan dapat dikatakan program ini tidak bermanfaat bagi masyarakat yang termasuk kedalam kategori rumah tangga miskin.

Kedua, kurang *update database* penerima jaminan kesehatan masyarakat di Kecamatan Kasemen serta sulitnya proses pendataan masyarakat penerima jamkesmas dikarenakan masih adanya masyarakat yang tidak memiliki kartu tanda penduduk dan kartu keluarga sebagai syarat administrasi. Hal ini terjadi karena petugas pendataan lapangan seperti Bidan Desa, Kader Posyandu, PLKB (Petugas Lapangan Keluarga Berencana), tidak sering melakukan survei ulang.

Hal tersebut dapat dikarenakan kurang terlibatnya Kepala Puskesmas dalam pelaksanaan program jamkesmas di Kecamatan Kasemen. Ini dapat dilihat hasil jawaban responden pada pertanyaan nomor tujuh belas pada kuesioner. Mayoritas responden yaitu sebanyak 66 responden (68,75%) menjawab tidak setuju mengenai Kepala Puskesmas ikut berperan dalam pelaksanaan program jamkesmas di Kecamatan Kasemen.

Dengan tidak terlibatnya Kepala Puskesmas dalam pelaksanaan program jamkesmas di Kecamatan Kasemen menunjukkan bahwa subindikator dari karakteristik dan rezim yang berkuasa dalam melaksanakan program jamkesmas menunjukkan kurang berhasilnya Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (jamkesmas) di Kecamatan Kasemen.

Karakteristik dan rezim yang berkuasa dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Kecamatan Kasemen dapat dilihat dari keterlibatan

Kepala Puskesmas di dalam pelaksanaan program jamkesmas. Kepala puskesmas memiliki peranan penting didalam pelaksanaan program jamkesmas. Puskesmas merupakan instansi pemerintah yang memiliki kewenangan didalam pelaksanaan program jamkesmas sehingga hal tersebut berdampak pada kewenangan Kepala Puskesmas sebagai kepala di instansi pemerintah di dalam pelaksanaan program jamkesmas, terutama Kepala Puskesmas di Kecamatan Kasemen.

Permasalahn kurang *update database* penerima program jamkesmas ini tidak saja menjadi sepenuhnya tanggung jawab Puskesmas yang mana dalam hal ini adalah Kepala Pusekesmas sebagai pengambil keputusan, tetapi perlu adanya keterlibatan aparat pemerintah tingkat Kelurahan. Dinas Kesehatan juga kurang cepat merespon masalah tersebut sehingga masalah itu berlarut-larut, sehingga permasalahan data penerima merupakan permasalahan yang sering timbul di dalam pelaksanaan program tidak saja program jamkesmas melainkan program-program pemerintah lainnya.

Selain itu diperkuat pula dengan pertanyaan nomor enam belas mengenai Dinas Kesehatan Kota Serang bertanggung jawab terhadap program jamkesmas di Kecamatan Kasemen. Mayoritas responden yaitu menjawab 77 responden (80,21%) menjawab tidak setuju mengenai Dinas Kesehatan bertanggung jawab terhadap program jamkesmas di Kecamatan Kasemen.

Berdasarkan data tersebut dapat diartikan bahwa keterlibatan Kepala Puskesmas di Kecamatan Kasemen dan Dinas Kesehatan Kota Serang dalam program jamkesmas di Kecamatan Kasemen belum dapat dikatakan baik

bahkan sangat buruk. Seharusnya Kepala Puskesmas sebagai pimpinan harus dapat menggerakkan bawahan untuk dapat melakukan pendataan masyarakat yang berhak mendapatkan program jamkesmas di Kecamatan Kasemen sebagai upaya keterlibatannya dalam pelaksanaan program jamkesmas selain melakukan sosialisasi mengenai program jamkesmas di Kecamatan Kasemen.

Hambatan mengenai sulitnya proses pendataan masyarakat penerima jamkesmas tersebut dikarenakan kurangnya pemahaman masyarakat mengenai program jamkesmas itu sendiri. Masyarakat tidak mengetahui proses penggunaan kartu jamkesmas, persyaratan yang dibutuhkan dalam pelaksanaan program jamkesmas dan lain sebagainya. Hal ini disebabkan karena sosialisasi program jamkesmas di Kecamatan Kasemen masih kurang baik.

Hal ini dapat dilihat dari pertanyaan nomor empat belas pada kuesioner. Mayoritas responden sebanyak 72 orang (75%) menjawab tidak setuju mengenai sosialisasi program jamkesmas kepada masyarakat miskin di Kecamatan Kasemen sudah berjalan dengan baik. Sosialisasi merupakan hal pertama yang perlu dilakukan dalam pelaksanaan program. Sosialisasi dapat diartikan sebagai proses informasi baik kepada aparaturnya pelaksana program, maupun masyarakat baik masyarakat penerima maupun masyarakat sebagai kontrol sosial. Maka disini lah letak pentingnya peranan sosialisasi, dimana sosialisasi merupakan proses penyampain visi dan misi sebuah program. Bagaimana program ini dilaksanakan, siapa saja yang melaksanakan, prosedur penggunaan program, peserta program dan manfaat program perlu

disampaikan tidak saja kepada aparaturnya pelaksana tetapi juga kepada masyarakat penerima.

Permasalahan sosialisasi, terutama sosialisasi mengenai program Jamkesmas di Kecamatan Kasemen masih kurang baik, hal tersebut didasari atas jawaban responden yang tidak setuju bahwa sosialisasi Jamkesmas berjalan baik. Lemahnya realisasi program Jamkesmas di Kecamatan Kasemen terutama dari sisi sosialisasi masyarakat penerima dan ditambah pula pada aparaturnya pelaksana seperti petugas pendataan masyarakat penerima yang tidak paham dengan mekanisme pendataan warga miskin yang akan menerima program ini, karena mereka tidak mengetahui kriteria yang pasti maka pendataannya pun terkesan asal-asalan.

Ketiga, mengenai tidak sesuainya pelayanan yang diberikan pihak puskesmas kepada masyarakat yang memiliki atau yang mendapat kartu jaminan kesehatan masyarakat. Hal ini dapat dilihat pada pertanyaan nomor sembilan belas pada kuesioner. Responden yang menjawab tidak setuju sebanyak 43 (44,8%) menjawab tidak setuju mengenai semua pelaksana program jamkesmas cepat tanggap dalam melayani masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan dengan menggunakan kartu jamkesmas. Selain itu diperkuat pula dengan pertanyaan nomor tiga belas pada kuesioner, Responden yang menjawab tidak setuju sebanyak 42 (43,75%) menjawab tidak setuju mengenai alat-alat kesehatan yang digunakan di Puskesmas dapat menunjang program jamkesmas. Ditambah dengan hasil yang diperoleh dari jawaban responden pada pertanyaan nomor dua puluh pada kuesioner

mengenai petugas pelaksana program jamkesmas bekerja sesuai dengan aturan yang berlaku mayoritas responden menjawab tidak setuju sebanyak 50 (52,1%) responden.

Dengan tidak tanggapnya pelaksana program jamkesmas dalam melayani masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan dengan menggunakan kartu jamkesmas di Kecamatan Kasemen menunjukkan bahwa subindikator dari kepatuhan dan respon dari pelaksana dalam melaksanakan program jamkesmas menunjukkan kurang berhasilnya dalam Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (jamkesmas) di Kecamatan Kasemen. Salah satu indikator keberhasilan suatu implementasi kebijakan dapat dilihat dari kepatuhan dan respon dari pelaksana dalam melaksanakan program jamkesmas. Kepatuhan dan respon para pelaksana program jamkesmas di Kecamatan kasemen masih kurang baik, seperti tidak ramahnya petugas puskesmas dalam melayani masyarakat penerima program, selain itu lambanya penanganan pasien bagi pemegang kartu jamkesmas.

Proses pendataan masyarakat penerima program jamkesmas khususnya di Kecamatan Kasemen perlu dikaji ulang demi keberhasilan implementasi program jamkesmas di Kota Serang khususnya Kecamatan Kasemen, sehingga tidak lagi ditemukan masalah pendataan masyarakat penerima program. Masalah pendataan masyarakat penerima program jamkesmas hanya melibatkan pihak Puskesmas tanpa melakukan koordinasi dengan pihak aparat pemerintah tingkat Kelurahan.

Berdasarkan informasi yang peneliti peroleh ketika melakukan observasi awal, pihak Kelurahan tidak dilibatkan didalam proses pendataan masyarakat penerima program. Petugas pendataan masyarakat penerima program dilakukan oleh para Kader Posyandu, yang mana antara lain kaki tangan pihak Puskesmas. Petugas pendata masyarakat penerima masih terdapat yang tidak paham dengan mekanisme pendataan warga miskin yang akan menerima program ini, karena mereka tidak mengetahui kriteria yang pasti maka pendataanya pun terkesan asal-asalan. Sedangkan berdasarkan aturan yang berlaku, masyarakat penerima program jamkesmas merupakan masyarakat yang termasuk kedalam kategori rumah tangga miskin yang berdasarkan Dinas Sosial memiliki 14 kriteria. Dimana masyarakat penerima program harus memiliki minimal 8 dari kriteria yang sudah ditentukan.

Berdasarkan pemaparan di atas mengenai hambatan-hambatan yang terjadi pada implementasi program jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) di Kecamatan Kasemen tersebut maka peneliti mempertegas kembali tentang pengujian hipotesis, dimana dalam pengujian hipotesis didapat bahwa H_0 ditolak dan H_a diterima. Berdasarkan data tersebut dijelaskan bahwa Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Kecamatan Kasemen baru mencapai angka 61,71% dari angka yang ditetapkan. Artinya Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Kecamatan Kasemen kurang berhasil.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Penelitian mengenai Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen, dimana penelitian ini dikaji dengan menggunakan pendekatan kuantitatif dengan teori implementasi kebijakan publik model Grindel. Pendekatan implementasi ini dikenal dengan *Implementation as a Political and Administrative Proses*.

Berdasarkan hasil penelitian yang didasarkan atas jawaban responden sebagai berikut:

1. Program jamkesmas di Kecamatan Kasemen tidak tepat sasaran selanjutnya . Hal ini menunjukkan indikator konteks kebijakan program jamkesmas itu sendiri masih belum berhasil, dimana dapat dilihat pada subindikator kekuasaan, kepentingan dan strategi yang terlibat dalam program pelaksanaan jamkesmas di Kecamatan Kasemen. Tidak tepat sarannya pelaksanaan program jamkesmas di Kecamatan Kasemen dikarenakan masih ada para aktor kebijakan yang memanfaatkan kekuasaan serta masih adanya kepentingan dari pada aktor tersebut yang lebih mementingkan kepentingan pribadi.
2. Kurang terlibatnya Kepala Puskesmas dalam pelaksanaan program jamkesmas di Kecamatan Kasemen. Dengan tidak terlibatnya Kepala Puskesmas dalam pelaksanaan program jamkesmas di Kecamatan Kasemen menunjukkan bahwa subindikator dari karakteristik dan rezim

yang berkuasa dalam melaksanakan program jamkesmas menunjukkan kurang berhasilnya Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (jamkesmas) di Kecamatan Kasemen. Karakteristik dan rezim yang berkuasa dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan di Kecamatan Kasemen dapat dilihat dari keterlibatan Kepala Puskesmas di dalam pelaksanaan program jamkesmas.

3. Tidak tanggapnya pelaksana program jamkesmas dalam melayani masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan dengan menggunakan kartu jamkesmas di Kecamatan Kasemen menunjukkan bahwa subindikator dari kepatuhan dan respon dari pelaksana dalam melaksanakan program jamkesmas menunjukkan kurang berhasilnya dalam Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (jamkesmas) di Kecamatan Kasemen. Salah satu indikator keberhasilan suatu implementasi kebijakan dapat dilihat dari kepatuhan dan respon dari pelaksana dalam melaksanakan program jamkesmas. Kepatuhan dan respon para pelaksana program jamkesmas di Kecamatan kasemen masih kurang baik, seperti tidak ramahnya petugas puskesmas dalam melayani masyarakat penerima program, selain itu lambanya penanganan pasien bagi pemegang kartu jamkesmas.

Berdasarkan perumusan masalah penelitian, maka peneliti melakukan penyimpulan berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai implementasi program yang berjudul "Implementasi Program Jaminan

Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen, maka peneliti menarik kesimpulan.

“Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen kurang berjalan baik karena hanya mencapai angka 61,71,% dari angka yang peneliti hipotesiskan yakni minimal 65%”

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan yang telah dipaparkan di atas dengan judul ”Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kasemen” masih dikatakan kurang baik yaitu hanya mencapai 61,71% dari hipotesis yang dibuat oleh peneliti sebelumnya yaitu sebesar 65%. Oleh karena itu, maka peneliti mencoba memberikan saran-saran mengenai hasil penelitiannya agar dapat membantu para aktor kebijakan program Jamkesmas di Kecamatan Kasemen dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat sebagai berikut:

1. Melakukan pendataan kepada penerima program secara berkala dengan maksud melakukan validasi ulang terhadap data-data penerima program jamkesmas, misalnya tiga bulan sekali. Para petugas pendata seperti Kader Posyandu dan PLKB hendaknya diinformasikan terlebih dahulu mengenai kriteria-kriteria masyarakat penerima program, sehingga tidak lagi ditemukan masyarakat yang sesuai dengan kriteria tidak menerima program.

2. Perlunya dilakukan pengawasan, baik dari pihak Puskesmas maupun pihak Kelurahan kepada masyarakat penerima program. Pelaksanaan program Jamkesmas selama ini hanya melibatkan pihak Puskesmas saja, tidak melibatkan pihak Kelurahan sehingga penerima program tidak tepat sasaran.
3. Perlu adanya koordinasi yang baik antara pihak Puskesmas dan pihak Kelurahan didalam penentuan penerima program.
4. Perlunya mengadakan sosialisasi kepada masyarakat penerima program mengenai proses penggunaan program dan manfaat program. Sosialisasi tidak saja dilakukan terhadap para petugas pelaksana saja tetapi pada masyarakat perlu diadakan sosialisasi mengenai proses penggunaan program.
5. Perlunya meningkatkan sarana dan prasarana kesehatan di Puskesmas. Seperti memperbanyak obat-obatan yang layak bagi masyarakat penerima program jamkesmas.
6. Memberikan sanksi tegas kepada petugas yang tidak melayani masyarakat penerima dengan baik. Hal ini dapat dilakukan dengan membuka tempat pengaduan masyarakat terhadap pelayanan yang diterima bagi masyarakat.
7. Perlunya pembinaan terhadap para kader-kader Puseksmas mengenai prosedur penggunaan kartu program jamkesmas. Kader-kader puskesmas memiliki peranan penting, karena para kader puskesmas yang dapat membantu masyarakat penerima program jamkesmas jika mendapatkan rujukan pengobatan dari puskesmas ke Rumah Sakit pemerintah.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, Hamzah dan Ananda Santoso. 1996. *Kamus Pintar Bahasa Indonesia*. Surabaya : Fajar Mulya
- Agustino, Leo. 2006. *Dasar-dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta
- _____. 2006. *Politik dan Kebijakan Publik*. Bandung: AIPI
- _____. 2007. *Memahami ilmu Politik*. Bandung: AIPI
- Dunn, William N. 2003. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik Edisi kedua*. Yogyakarta : Gajah Mada University Press
- Hartomo dan Arnicon Aziz. 2001. *Ilmu Sosial Dasar*. Jakarta: PT. Bumi Aksara
- Islamy, M. Irfan. 1991. *Prinsip-Prinsip Perumusan Kebijaksanaan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara
- Kencana, Inu dkk. 1999. *Ilmu Administrasi Publik*. Jakarta. PT Rinerka Cipta
- Kountur, Ronny. 2004. *Metode Penelitian Untuk Penulisan Skripsi dan Tesis*. Jakarta: PPM
- Nugroho, Riant. D. 2003. *Kebijakan Publik “Formulasi, Implementasi dan Evaluasi”*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo
- _____. 2008. *Analisis Kebijakan*. Jakarta : Elex Media Komputindo
- Parson, Wayne. 2005. *Public Policy: Pengantar Teori dan Praktik Analisis Kebijakan*. Jakarta: Prenada Media
- Prasetyo, Bambang dan Lina Miftahul Jannah. 2005. *Metode Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Purwanto. 2007. *Instrumen Penelitian Sosial dan Pendidikan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Purwanto Agus E dan Sulistiyawati. 2007. *Metode Penelitian Kuantitatif Untuk Administrasi Public dan Masalah-Masalah Sosial*. Yogyakarta : Gava Media
- Silalahi, Ulber. 2009. *Metode Penelitian Sosial*. Bandung Refika Aditama
- Singarimbun, Masri dan Sofian Effendi. 1989. *Metode Penelitian Survei*. Jakarta : LP3ES
- Soelaemen, Munandar. 2001. *Ilmu Sosial Dasar (Teori dan Konsep ilmu Sosial)*. Bandung: PT. Refika Aditama
- Sugiyono. 2003. *Metode Penelitian Administrasi*. Alfa Beta: Bandung
- Suharto, Edi.2008. *Kebijakan Sosial Sebagai Kebijakan Publik*. Bandung : Alfabeta
- Sumodiningrat, Gunawan. 1998. *Membangun Perekonomian Rakyat*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar

- Suryabrata, Sumadi. 2006. *Metodelogi Penelitian*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Perdas
- Usman, Husaini dan Purnomo Setiady. A. 2006. *Metodelogi Penelitian Sosial*. Jakarta: Bumi Aksara
- Wahab, Abdul Solichin. 2005 *Analisis Kebijakan (Dari Formulasi Ke Implementasi Kebijakan Negara)*. Jakarta: Bumi Aksara
- Wicaksono, Krtistian. 2006. *Administrasi dan Birokrasi Pemerintah*. Jogjakarta: Graha ilmu
- Widodo. *Good Governance: Akuntability dan Kontrol Birokrasi*. Surabaya: Insan Cendikian
- Winarno, Budi. 2002. *Kebijakan Publik: Teori dan Proses*. Yogyakarta: Media Pressindo.

Sumber Lain:

- Departemen Kesehatan RI. 2002
[.http://www.jpkmonline.net/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=89](http://www.jpkmonline.net/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=89). [14 April 2010]
- Dinsos Kota Serang. Data Penerima Raskin Kota Serang Tahun 2009
- Dinkes Kota Serang. *Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas 2009*. Jakarta : Departemen Kesehatan R.I
- Thanbrany,Hasbullah.SejarahAskes.[http://docs.google.com/satff.ui.ac.id/internal/140163956/material/StrategiPendanaanJaminanKesehatanIndonesia.Bappen as.08](http://docs.google.com/satff.ui.ac.id/internal/140163956/material/StrategiPendanaanJaminanKesehatanIndonesia.Bappen.as.08).
- Umajah. M, Siti. 2007. Tesis dengan judul: *Perbaikan Kampung Komprehensif dan Dampaknya Terhadap Kesejahteraan Sosial Serta Kemandirian Masyarakat Miskin Kampung Kumuh Di Kota Surabaya*. Universitas Airlangga. Hal 45. [Diakses 8 Juni 2010]

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

1. Identitas Pribadi

Nama : Nusman Bundru
NIM : 061513
Tempat Tanggal Lahir : Jakarta, 17 Desember 1987
Agama : Islam
Suku : Bugis
Alamat : Jl. Warakas VI Gg.21 No.5 RT/RW 008/05
Kel.Papanggo, Kec,Tg.Priok Jakarta Utara
14340
Hobi : Membaca,Diskusi dan Demonstrasi
Moto Hidup : Berani Berbuat Berani Bertanggung Jawab

2. Identitas Orang Tua

Nama Ayah : Chaeruddin Bundru (Alm)
Nama Ibu : Nurhaedah

3. Riwayat Pendidikan

SD : SDN Papanggo 01 Pagi (1994-2000)
SMP : SMP.N 129 Jakarta (2000-2003)
SMA : SMA.N 18 Jakarta (2003-2006)
Perguruan Tinggi (S1) : Adm. Negara-UNTIRTA (2006-2010)

4. Riwayat Organisasi

- a. Kordinator Departemen Aksi, Advokasi dan Opini Media Badan Eksekutif Mahasiswa FISIP 2009
- b. Kordinator Lintas Organisasi Untirta Movment Community (UMC) 2009

LAMPIRAN

PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER

1. Pengisian ini dilakukan dengan memberi tanda (x) pada jawaban menurut yang Bapak/Ibu/Saudara/i anggap sesuai
2. Setiap pertanyaan hanya memiliki satu alternatif jawaban

Identitas Responden:

No Responden : (diisi oleh peneliti)

Jenis Kelamin : Pria/Wanita

Usia : Tahun

Alamat :

Pendidikan Terakhir :

Pendapatan :

Pekerjaan :

Keterangan :

SS = Sangat Setuju

S = Setuju

RG = Ragu-Ragu

TS = Tidak Setuju

STS = Sangat Tidak Setuju

NO	PERTANYAAN	SS	S	RG	TS	STS
<i>Content Of Policy (Isi Kebijakan)</i>						
I. Kepentingan-Kepentingan yang Mempengaruhi Program Jamkesmas						
1	Program Jamkesmas untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin					
2	Program Jamkesmas untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat miskin					
3	Program Jamkesmas untuk mengurangi beban biaya masyarakat miskin di bidang					

	kesehatan					
II. Manfaat Program Jamkesmas di Kecamatan Kasemen						
4	Program Jamkesmas untuk kemudahan pelayanan kesehatan masyarakat miskin					
5	Program Jamkesmas untuk meningkatkan kesehatan masyarakat miskin					
6	Program Jamkesmas membantu masyarakat miskin dalam mendapatkan pelayanan kesehatan					
III. Derajat Perubahan Yang Ingin Dicapai						
7	Program Jamkesmas berdampak pada peningkatan kesehatan masyarakat miskin					
8	Program Jamkesmas dapat meningkatkan umur harapan hidup masyarakat miskin					
9	Program Jamkesmas mampu meningkatkan ekonomi masyarakat miskin					
IV. Letak Pengambilan Keputusan						
10	Puskesmas memiliki hak dalam pendataan masyarakat penerima program Jamkesmas					
V. Pelaksana Program Jamkesmas						
11	Semua pelaksana program Jamkesmas di Kecamatan Kasemen sudah memahami kebijakan Jamkesmas					
12	Semua pelaksana program Jamkesmas memiliki kemampuan di bidang kesehatan					
VI. Sumber-Sumber Daya Yang Digunakan Dalam Program Jamkesmas						
13	Alat-alat kesehatan yang digunakan di Puskesmas dapat menunjang program Jamkesmas					

Context of Policy (Konteks Kebijakan)

I. Kekuasaan, kepentingan dan strategi yang terlibat dalam Program Jamkesmas

14	Sosialisasi program Jamkesmas kepada masyarakat miskin di Kecamatan Kasemen sudah berjalan baik					
15	Semua masyarakat yang berhak sudah mendapatkan program jamkesmas					
16	Dinas kesehatan bertanggung jawab terhadap program Jamkesmas di Kecamatan Kasemen					

II. Karakteristik dan rezim yang berkuasa dalam melaksanakan program Jamkesmas

17	Kepala Puskesmas ikut berperan dalam pelaksanaan program Jamkesmas					
18	Kondisi masyarakat dan lingkungan di Kecamatan Kasemen mendukung dalam pelaksanaan program Jamkesmas					

III. Kepatuhan dan respon dari pelaksana dalam melaksanakan program Jamkesmas

19	Semua pelaksana program Jamkesmas cepat tanggap dalam melayani masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan dengan menggunakan kartu Jamkesmas					
20	Petugas pelaksana program Jamkesmas bekerja sesuai dengan aturan yang berlaku					

Correlations

		Item X ke 1	Item X Ke 2	Item X Ke 3	Item X Ke 4	Item X Ke 5	Item X Ke 6	Item X Ke 7	Item X Ke 8	Item X Ke 9	Item X Ke 10	Item X Ke 11	Item X Ke 12	Item X Ke 13	Item X Ke 14	Item X Ke 15	Item X Ke 16	Item X Ke 17	Item X Ke 18	Item X Ke 19	Item X Ke 20	Item X Ke 21	Item X Ke 22	TOTAL X
Item X ke 1	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	1 .000 32	.752 ** .000 32	.214 .120 32	.189 .151 32	.562 ** .000 32	.127 .245 32	.263 .073 32	.314 * .040 32	.340 * .028 32	-.219 .114 32	.050 .394 32	.058 .375 32	-.109 .276 32	.019 .459 32	.066 .361 32	-.027 .442 32	.095 .303 32	.216 .118 32	.290 .053 32	.209 .126 32	-.073 .346 32	.084 .323 32	.444 ** .005 32
Item X ke 2	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	.752 ** .000 32	1 .300 32	.096 .079 32	.255 .079 32	.416 ** .009 32	.007 .484 32	.173 .172 32	.512 ** .001 32	.247 .086 32	-.145 .214 32	.032 .431 32	.135 .231 32	-.091 .310 32	-.094 .305 32	.261 .075 32	.063 .365 32	-.142 .219 32	.270 .067 32	.150 .207 32	.434 ** .007 32	-.078 .336 32	-.018 .461 32	.423 ** .008 32
Item X ke 3	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	.214 .120 32	.096 .300 32	1 .016 32	.380 * .020 32	.364 * .024 32	.352 * .220 32	.142 .335 32	-.079 .077 32	.258 .495 32	-.002 .011 32	.406 * .065 32	.273 .113 32	.220 .497 32	.001 .289 32	.102 .073 32	.263 .007 32	.430 ** .021 32	.363 * .079 32	.255 .379 32	-.057 .469 32	.015 .043 32	.308 * .043 32	.585 ** .000 32
Item X ke 4	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	.189 .151 32	.255 .079 32	.380 * .016 32	1 .036 32	.321 * .000 32	.728 ** .264 32	.116 .020 32	.366 * .018 32	.372 * .018 32	-.154 .200 32	-.009 .480 32	.241 .092 32	.137 .228 32	.085 .322 32	.597 ** .000 32	.280 .061 32	.023 .451 32	.355 * .023 32	.145 .214 32	.197 .140 32	.389 * .014 32	.344 * .027 32	.723 ** .000 32
Item X ke 5	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	.562 ** .000 32	.416 ** .009 32	.364 * .020 32	.321 * .036 32	1 .052 32	.293 .002 32	.502 ** .002 32	.413 ** .009 32	.238 .094 32	-.143 .218 32	.337 * .030 32	-.123 .252 32	-.012 .475 32	.173 .171 32	-.040 .414 32	.233 .100 32	.320 * .037 32	.281 .060 32	.156 .198 32	.164 .185 32	.176 .168 32	.229 .103 32	.623 ** .000 32
Item X ke 6	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	.127 .245 32	.007 .484 32	.352 * .024 32	.728 ** .000 32	.293 .052 32	1 .181 32	.167 .036 32	.322 * .005 32	.445 ** .005 32	-.283 .058 32	.170 .176 32	.188 .152 32	.300 * .048 32	.093 .307 32	.494 ** .002 32	.327 * .034 32	.085 .323 32	.393 * .013 32	.154 .200 32	.324 * .035 32	.339 * .029 32	.183 .158 32	.713 ** .000 32
Item X ke 7	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	.263 .073 32	.173 .172 32	.142 .220 32	.116 .264 32	.502 ** .002 32	.167 .181 32	1 .048 32	.300 * .313 32	.089 .219 32	-.142 .472 32	-.013 .285 32	.104 .030 32	.337 * .439 32	-.028 .433 32	.031 .394 32	.050 .204 32	.151 .048 32	.300 * .304 32	.094 .199 32	.154 .056 32	.287 .359 32	.066 .009 32	.417 ** .000 32
Item X ke 8	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	.314 * .040 32	.512 ** .001 32	-.079 .335 32	.366 * .020 32	.413 ** .009 32	.322 * .036 32	.300 * .048 32	1 .044 32	.307 * .442 32	-.172 .173 32	.027 .442 32	-.027 .442 32	.167 .181 32	-.015 .468 32	.277 .063 32	.131 .237 32	-.202 .134 32	.272 .066 32	.003 .029 32	.328 * .038 32	.249 .085 32	-.056 .381 32	.476 ** .000 32
Item X ke 9	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	.340 * .028 32	.247 .086 32	.258 .077 32	.372 * .018 32	.238 .094 32	.445 ** .005 32	.089 .313 32	.307 * .044 32	1 .001 32	-.529 ** .001 32	.091 .310 32	.083 .325 32	.128 .243 32	-.128 .242 32	.121 .256 32	.347 * .026 32	.197 .139 32	.226 .106 32	.157 .196 32	.383 * .015 32	.223 .110 32	.103 .287 32	.519 ** .001 32
Item X ke 10	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-.219 .114 32	-.145 .214 32	-.002 .495 32	-.154 .200 32	-.143 .218 32	-.283 .058 32	-.142 .219 32	-.172 .173 32	-.529 ** .001 32	1 .467 32	.015 .204 32	.151 .114 32	.220 .330 32	.081 .136 32	-.200 .145 32	-.193 .158 32	.183 .062 32	-.278 .466 32	.016 .009 32	-.419 ** .193 32	-.158 .237 32	.131 .237 32	-.161 .189 32
Item X Ke 11	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	.050 .394 32	.032 .431 32	.406 * .011 32	-.009 .480 32	.337 * .030 32	.170 .176 32	-.013 .472 32	.027 .442 32	.091 .310 32	.015 .467 32	1 32	.044 .406 32	.013 .471 32	-.077 .338 32	.158 .193 32	.253 .081 32	.229 .104 32	.124 .249 32	.298 * .049 32	-.025 .445 32	.033 .430 32	-.264 .072 32	.334 * .031 32
Item X ke 12	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	.058 .375 32	.135 .231 32	.273 .065 32	.241 .092 32	-.123 .252 32	.188 .152 32	.104 .285 32	-.027 .442 32	.083 .325 32	.151 .204 32	.044 .406 32	1 32	.326 * .034 32	-.048 .397 32	.117 .261 32	.477 ** .003 32	-.008 .483 32	.383 * .015 32	.213 .121 32	.017 .464 32	-.072 .347 32	.172 .173 32	.405 * .011 32
Item X ke 13	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-.109 .276 32	-.091 .310 32	.220 .113 32	.137 .228 32	-.012 .475 32	.300 * .048 32	.337 * .030 32	.167 .181 32	.128 .243 32	.220 .114 32	.013 .471 32	.326 * 32	1 32	-.339 * .029 32	.166 .183 32	.239 .094 32	.293 .052 32	.223 .110 32	-.060 .373 32	.046 .402 32	.176 .168 32	.173 .172 32	.366 * .020 32
Item X ke 14	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	.019 .459 32	-.094 .305 32	.001 .497 32	.085 .322 32	.173 .171 32	.093 .307 32	-.028 .439 32	-.015 .468 32	-.128 .242 32	.081 .330 32	-.077 .378 32	-.048 .397 32	-.339 * .029 32	1 32	-.286 .056 32	.106 .281 32	-.066 .360 32	.069 .354 32	-.196 .141 32	.023 .451 32	-.245 .088 32	.082 .328 32	.040 .413 32
Item X ke 15	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	.066 .361 32	.261 .075 32	-.102 .289 32	.597 ** .000 32	-.040 .414 32	.494 ** .002 32	.031 .433 32	.277 .063 32	.121 .256 32	-.200 .136 32	.158 .193 32	.117 .261 32	.166 .183 32	-.286 .056 32	1 32	.010 .479 32	-.096 .300 32	.164 .185 32	.260 .075 32	.276 .063 32	.369 * .019 32	.030 .436 32	.449 ** .005 32
Item X ke 16	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-.027 .442 32	.063 .365 32	.263 .073 32	.280 .061 32	.233 .100 32	.327 * .034 32	.050 .394 32	.131 .237 32	.347 * .026 32	-.193 .145 32	.253 .081 32	.477 ** .003 32	.239 .094 32	.106 .281 32	.010 .479 32	1 32	.161 .189 32	.471 ** .003 32	.311 * .042 32	.207 .128 32	.018 .462 32	.184 .157 32	.554 ** .001 32
Item X ke 17	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	.095 .303 32	-.142 .219 32	.430 ** .007 32	.023 .451 32	.320 * .037 32	.085 .323 32	.151 .204 32	-.202 .134 32	.197 .139 32	.183 .158 32	.229 .104 32	-.008 .483 32	.293 .052 32	-.066 .360 32	-.096 .300 32	.161 .189 32	1 32	-.205 .130 32	.143 .218 32	-.042 .410 32	-.095 .302 32	.484 ** .003 32	.313 * .041 32
Item X ke 18	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	.216 .118 32	.270 .067 32	.363 * .021 32	.355 * .023 32	.281 .060 32	.393 * .013 32	.300 * .048 32	.272 .066 32	.226 .106 32	-.278 .062 32	.124 .249 32	.383 * .015 32	.223 .110 32	.069 .354 32	.164 .185 32	.471 ** .003 32	-.205 .130 32	1 .294 32	.099 .130 32	.205 .456 32	-.020 .450 32	-.023 .450 32	.531 ** .001 32
Item X ke 19	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	.290 .053 32	.150 .207 32	.255 .079 32	.145 .214 32	.156 .198 32	.154 .200 32	.094 .304 32	.003 .493 32	.157 .196 32	.016 .466 32	.298 * .049 32	.213 .121 32	-.060 .373 32	-.196 .141 32	.260 .075 32	.311 * .042 32	.143 .218 32	.099 .294 32	1 32	.114 .268 32	.168 .328 32	-.116 .263 32	.388 * .014 32
Item X ke 20	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-.209 .126 32	.434 ** .007 32	-.057 .379 32	.197 .140 32	.164 .185 32	.324 * .035 32	.154 .199 32	.338 * .029 32	.383 * .015 32	-.419 ** .009 32	-.025 .445 32	.017 .464 32	.046 .402 32	.023 .451 32	.276 .063 32	.207 .128 32	-.042 .410 32	.205 .130 32	.114 .268 32	1 32	-.137 .228 32	-.158 .194 32	.337 * .030 32
Item X ke 21	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	-.073 .346 32	-.078 .336 32	.015 .469 32	.389 * .014 32	.176 .168 32	.339 * .029 32	.287 .056 32	.249 .085 32	.223 .110 32	-.158 .193 32	.033 .430 32	-.072 .347 32	.176 .168 32	-.245 .088 32	.369 * .019 32	.018 .462 32	-.095 .302 32	-.020 .456 32	.168 .179 32	-.137 .228 32	1 32	.055 .382 32	.313 * .041 32
Item X ke 22	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	.084 .323 32	-.018 .461 32	.308 * .043 32	.344 * .027 32	.229 .103 32	.183 .158 32	.066 .359 32	-.056 .381 32	.103 .287 32	.131 .237 32	-.264 .072 32	.172 .173 32	.082 .172 32	.030 .328 32	.184 .157 32	.484 ** .003 32	-.023 .450 32	-.116 .263 32	-.158 .194 32	.055 .382 32	1 32	.335 * .030 32	
TOTAL X	Pearson Correlation Sig. (1-tailed) N	.444 ** .005 32	.423 ** .008 32	.585 ** .000 32	.723 ** .000 32	.623 ** .000 32	.713 ** .000 32	.417 ** .009 32	.476 ** .003 32	.519 ** .001 32	-.161 .189 32	.334 * .031 32	.405 * .011 32	.366 * .020 32	.040 .413 32	.449 ** .005 32	.554 ** .001 32	.313 * .041 32	.531 ** .001 32	.388 * .014 32	.337 * .030 32	.313 * .041 32	.335 * .030 32	1 32

** . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	96	100.0
	Excluded (a)	0	.0
	Total	96	100.0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.770	22

FREKUENSI KUESONER

TOTAL X

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	41	2	2.1	2.1	2.1
	42	1	1.0	1.0	3.1
	44	3	3.1	3.1	6.3
	45	1	1.0	1.0	7.3
	47	1	1.0	1.0	8.3
	48	1	1.0	1.0	9.4
	50	2	2.1	2.1	11.5
	52	1	1.0	1.0	12.5
	54	1	1.0	1.0	13.5
	55	2	2.1	2.1	15.6
	56	4	4.2	4.2	19.8
	57	5	5.2	5.2	25.0
	58	4	4.2	4.2	29.2
	59	2	2.1	2.1	31.3
	60	9	9.4	9.4	40.6
	61	4	4.2	4.2	44.8
	62	4	4.2	4.2	49.0
	63	4	4.2	4.2	53.1
	64	8	8.3	8.3	61.5
	65	4	4.2	4.2	65.6
	66	8	8.3	8.3	74.0
	67	4	4.2	4.2	78.1
	68	3	3.1	3.1	81.3
	69	5	5.2	5.2	86.5
	70	4	4.2	4.2	90.6
	72	2	2.1	2.1	92.7
	73	2	2.1	2.1	94.8
	74	2	2.1	2.1	96.9
	75	1	1.0	1.0	97.9
	76	1	1.0	1.0	99.0
	83	1	1.0	1.0	100.0
	Total	96	100.0	100.0	

FREKUENSI KUESIONER

STATISTICS

TOTAL X		
N	Valid	96
	Missing	0
Mean		61.71
Std. Error of Mean		.834
Median		63.00
Mode		60
Std. Deviation		8.170
Variance		66.756
Skewness		-.574
Std. Error of Skewness		.246
Kurtosis		.573
Std. Error of Kurtosis		.488
Range		42
Minimum		41
Maximum		83
Sum		5924

DIAGRAM FREKUENSI KUESONER

TOTAL

