

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang Masalah**

Pembangunan kesehatan adalah bagian integral dari pembangunan suatu Provinsi khususnya Provinsi Jawa Barat yang pada hakekatnya merupakan upaya untuk mencapai kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar terwujud derajat kesehatan yang optimal, dan ditunjang dengan kualitas pelayanan yang lebih baik. Hal ini sejalan dengan Undang Undang Dasar 1945 yang tercantum pada Pasal 28 h ayat 1 menyatakan bahwa: “setiap orang berhak hidup sejahtera lahir batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan” dan Undang Undang Dasar Nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan, yaitu melalui pembangunan kesehatan, salah satu hak dasar masyarakat yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang sesuai dapat dipenuhi.

Pembangunan kesehatan dipandang sebagai investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang dapat diukur melalui Index Pembangunan Manusia (IPM). Salah satu penentuan IPM atau Human Development Indeks (HDI) adalah Usia Harapan Hidup (UHH) yang mampu menunjukkan pencapaian pada bidang kesehatan suatu negara.

Salah satu faktor utama dalam peningkatan IPM di Jawa Barat adalah dengan meningkatkan kesehatan masyarakat, agar terciptanya Sumber Daya Manusia (SDM) yang sehat, cerdas, terampil, dan ahli. Pemerintah Jawa Barat

sebagai administrator publik berkewajiban menyediakan pelayanan kesehatan yang bersifat *public goods* artinya pelayanan kesehatan harus dan dapat dijangkau oleh setiap orang untuk memperoleh peluang dan pengembangan hidup sehat.

Agar pelayanan kesehatan yang dilakukan Pemerintah dapat diakses secara luas dan berkualitas sehingga mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, maka pembangunan kesehatan di daerah tidak terlepas dari komitmen secara nasional dimana telah ditetapkan Visi Pembangunan Kesehatan “Indonesia Sehat 2010” dengan misinya yaitu :

1. Menggerakan pembangunan nasional berwawasan kesehatan
2. Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat
3. Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau
4. Memelihara dan meningkatkan kesehatan individual, keluarga, dan masyarakat beserta lingkungannya

Adapun untuk menghindari kesalahpahaman terhadap penjaminan kesehatan terhadap masyarakat miskin, maka pada bulan Februari tahun 2008, dikeluarkanlah Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 125/Menkes/SK/II/2008 tentang pedoman penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Pelayanan Jamkesmas dalam pelaksanaannya dilakukan oleh Puskesmas yang mana hal ini tercantum pada Keputusan Direktur Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat No.HK.02.04/BI.1/2708/09 tentang petunjuk Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan jaringannya tahun 2009.

Program Jamkesmas itu sendiri adalah program bantuan sosial untuk pelayanan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini dilaksanakan

secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin.

Tujuan program jamkesmas terbagi atas tujuan umum dan khusus. Adapun tujuan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Tujuan umum

Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat peserta Program Jamkesmas di Puskesmas dan jaringannya.

2. Tujuan khusus

- a. Terselenggaranya pelayanan kesehatan dasar oleh puskesmas dan jaringannya termasuk poskesdes bagi peserta program jamkesmas.
- b. Terselenggaranya proses pelayanan rujukan ke PPK rujukan.
- c. Terkendalinya mekanisme pembiayaan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di puskesmas dan jaringannya.
- d. Terselenggaranya manajemen pengelolaan program jamkesmas di puskesmas.
- e. Terselenggaranya pembinaan program jamkesmas setiap jenjang administrasi.

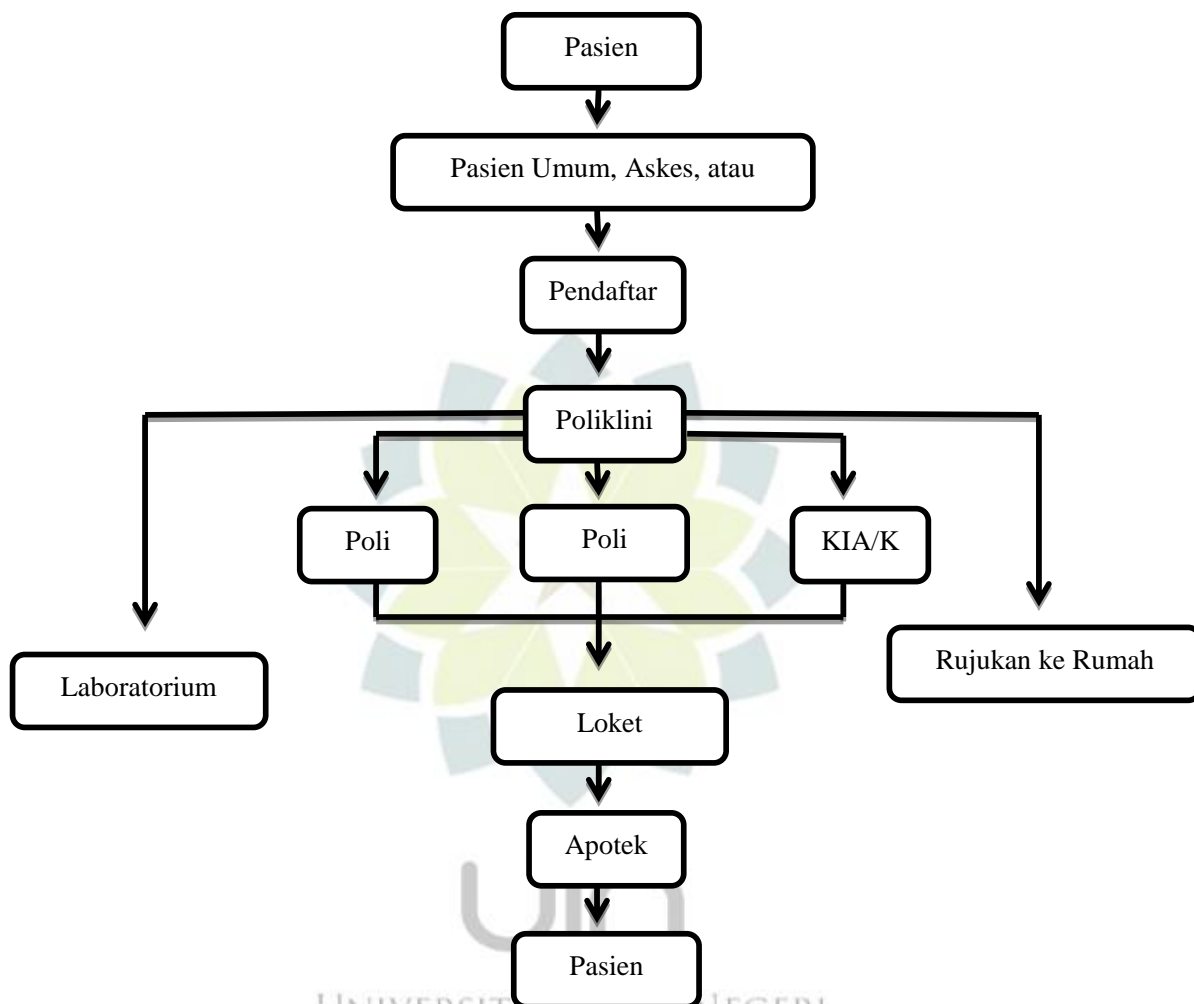
Sumber: Keputusan Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat No. HK.02.04/BI.1/2708/09: 3

Program Jamkesmas di Kota Cimahi baru berjalan pada tahun 2009 khususnya di Puskesmas Cibeber dimana program tersebut telah banyak memberikan manfaat bagi peningkatan akses serta kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Untuk dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan tersebut, masyarakat harus memiliki kartu peserta Jamkesmas, adapun masyarakat yang berhak memperoleh kartu Jamkesmas adalah masyarakat yang tercantum dalam keputusan Walikota Cimahi. Masyarakat miskin yang memperoleh bantuan program Jamkesmas adalah masyarakat yang memenuhi kriteria kemiskinan menurut Badan Pusat Statistik (BPS) yaitu :

1. Luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8 m<sup>2</sup> per orang
2. Jenis lantai tempat tinggal terbuat dari tanah, bambu, atau kayu murahan
3. Jenis dinding tempat tinggal dari bambu, rumbia, kayu berkualitas rendah, atau tembok tanpa diplester
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, mata air tidak terlindung, sungai, atau air hujan
7. Bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar, arang, atau minyak tanah
8. Hanya mengkonsumsi daging, susu, atau 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 luas lahan 500 m<sup>2</sup>, buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan dan atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan dibawah Rp. 600.000,- per bulan
13. Pendidikan tertinggi kepala rumah tangga : tidak sekolah, tidak tamat SD, atau hanya SD
14. Tidak memiliki tabungan, barang yang mudah dijual dengan minimal Rp. 500.000,- seperti sepeda motor kredit, atau non kredit, emas, ternak, kapal motor, atau barang modal lainnya.

Jika minimal 9 variabel terpenuhi maka suatu rumah tangga dikategorikan sebagai rumah tangga miskin.

Adapun alur Pelayanan Kesehatan Program Jamkesmas di Puskesmas Cibeber adalah sebagai berikut:



UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
SUNAN GUNUNG DJATI

**Gambar 1.1**

### **Alur Pelayanan Kesehatan Puskesmas Cibeber**

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang baik maka Puskesmas Cibeber mempunyai alur tersendiri dalam melayani pasien, khususnya bagi pasien Jamkesmas di Kelurahan Cibeber. Bagi pasien yang datang mereka harus daftar terlebih dahulu baik itu dengan menggunakan Askes maupun Jamkesmas. Selanjutnya pasien diperiksa oleh dokter sesuai dengan keluhan pasien masing-masing, jika keluhan pasien memerlukan pemeriksaan jangka

panjang maka akan dirujuk kerumah sakit, yang sebelumnya di periksa di laboratorium. Namun jika pemeriksaan pasien hanya berjangka pendek maka pasien tinggal melakukan pembayaran dan mengambil obat di apotek.

Keberhasilan program Jamkesmas ini ini dilihat dari tiga indikatornya yaitu, (1) indikator input, (2) indikator proses, dan (3) indikator output. Untuk indikator input, keberhasilan program Jamkesmas ini adalah adanya implementor secara lengkap, tersedianya anggaran, dan APBD untuk masyarakat miskin diluar peserta Jamkesmas. Untuk indikator proses, adalah adanya *database* kepesertaan 100% di Kabupaten atau Kota, penyampaian klaim yang tepat waktu, dan pelaporan yang tepat waktu. Dan indikator output adalah peningkatan cakupan kepesertaan, kecepatan pembayaran klaim, dan meminimalisasi penyimpangan.

Penyaluran dana untuk kegiatan pelayanan kesehatan program Jamkesmas di Puskesmas dan jaringannya disalurkan melalui PT. Pos Indonesia (Persero) dengan mekanisme sebagai berikut:

1. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota akan menerima pemberitahuan dari Departemen Kesehatan dan PT. Pos Indonesia (Persero) perihal alokasi dana ke Kabupaten/Kota untuk pelayanan kesehatan program Jamkesmas.
2. Berdasarkan surat tersebut dengan menggunakan rumus dan ketentuan dengan butir-butir alokasi dana diatas maka Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menerbitkan surat keputusan tentang Puskesmas penerima dana, penanggungjawab, dan besaran alokasi dan setiap Puskesmas.
3. Selanjutnya SK Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dikirim ke Depkes Sekretariat Ditjen Bina Kesmas dan PT. Pos Indonesia (Persero) di Kabupaten dan Puskesmas.
4. Setelah pihak Puskesmas menerima SK Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota kemudian mengisi aplikasi rekening giro pos di kantor pos bayar terdekat atau kalau sudah memiliki giro pos maka otomatis oleh PT. Pos dana Jamkesmas Puskesmas langsung ditransfer ke rekening giro Pos Puskesmas.
5. PT. Pos Indonesia (persero) menerbitkan nomor rekening giro pos Puskesmas yang baru atau ada perubahan rekening setiap Puskesmas dan

menyalurkan dana setiap rekening giro pos Puskesmas sesuai SK Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Sumber: buku petunjuk program Jamkesmas, 2008.

Adapun bentuk mekanisme kerja pelaksanaan program Jamkesmas di Puskesmas Cibeber adalah sebagai berikut:

1. Masyarakat miskin yang sudah masuk data dan mendapatkan kartu peserta Jamkesmas.
2. Masyarakat miskin yang membutuhkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Cibeber.
3. Puskesmas Cibeber sebagai penyedia pelayanan kesehatan dasar bagi peserta Jamkesmas baik untuk rawat jalan maupun rawat inap ringan.
4. Rumah sakit, apabila peserta Jamkesmas membutuhkan pelayanan kesehatan lanjutan baik dalam bentuk rawat jalan maupun inap, untuk rawat inap disediakan rawat inap kelas III.

Sumber: Puskesmas Cibeber, 2013

Dengan adanya program Jamkesmas ini, maka masyarakat miskin di Kelurahan Cibeber dapat dengan mudah untuk memeriksakan dirinya ke Puskesmas khususnya Puskesmas Cibeber tanpa memikirkan biaya karena semua biaya kesehatan ditanggung oleh Pemerintah. Selain itu dengan program ini maka diharapkan masyarakat miskin mampu mendapatkan pelayanan yang berkualitas.

Namun dengan adanya kebijakan program Jamkesmas ini belum mampu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Hal ini karena adanya indikasi sebagai berikut:

1. Masih kurangnya kesadaran masyarakat terhadap program Jamkesmas, hal ini disebabkan kurangnya kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan di Puskesmas menurun setiap tahunnya.



**Tabel 1.1**  
**Jumlah Kunjungan Pasien Puskesmas Cibeber**

No	Kunjungan	Tahun			Trend
		2010	2011	2012	
1	Pasien umum	8567	17053	16311	Turun
2	Pasien askes	5352	4306	5012	Meningkat
3	Pasien jamkesmas	6614	7500	6133	Turun
<b>Jumlah</b>		<b>20533</b>	<b>28859</b>	<b>27456</b>	<b>Turun</b>

*Sumber: Puskesmas Cibeber, 2013*

2. Stock obat-obatan masih sering habis sehingga para pasien jaminan kesehatan masyarakat terpaksa harus membeli obat diluar dengan resep yang telah diberikan oleh pihak Puskesmas. Terlihat apabila pasien sedang banyak stock obat sudah habis sebelum akhir bulan.
3. Pegawai Puskesmas di Kelurahan Cibeber masih terlihat bersifat pasif dalam hal membeikan informasi mengenai Pelayanan Kesehatan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat bagi warga miskin. Kebanyakan dari mereka menginformasikan sesuatu yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan hanya ketika masyarakat yang bersangkutan bertanya.
4. Masih kurangnya sosialisasi cara kepemilikan kartu peserta Jamkesmas. Hal ini terlihat dari masih banyaknya masyarakat miskin di Puskesmas Cibeber yang belum mendapatkan kartu peserta, tetapi dilain pihak penerbitan kartu peserta sering terjadi pendataan yang menyimpang. Hal tersebut dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :



**Tabel 1.2**  
**Rekapitulasi Penerimaan Kartu Jamkesmas Puskesmas Cibeber**

Pusk esm as	Jumlah kuota (orang)	Jumlah kartu diterim a	Jumlah kekura ngan kartu	Dari kartu yang diterima		Dari kartu yang diterimabaik						
				Jumlah kartubaik	Jumlah karturu sak	Jumlah kartu yang didistrib sikan	Jumlahkartu yang tidakdapatdidistribusikan					Jum ah
							Menin ggal	Pind ah alam at	PNS/ ASKES/ JAMSOST EK	Bukan kelompo k miskin	Lain-lain (penduduk musiman, salah cetak alamat/nama, kartu tidak ada)	
Cibe ber	6.609	6.359	282	6.359	-	5.553	28	59	83	3	70	243

*Sumber : Puskesmas Cibeber, 2013*

5. Tidak ada pegawai Puskesmas Cibeber yang khusus untuk mensosialisasikan kepemilikan kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat, terbukti masih banyak warga yang belum memilikidan belum paham bagaimana cara kepemilikan kartu peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat.

Berdasarkan uraian latar belakang penelitian di atas, maka peneliti tertarik untuk mengkaji dan menuangkannya dalam bentuk laporan dengan judul :  
**“Pengaruh Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Terhadap Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi”.**

## 1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas maka penulis merumuskan identifikasi masalah dengan indikasi-indikasi masalah sebagai berikut:

1. Pengorganisasian, peran dan fungsi pemerintah daerah, tim pengelola dan tim koordinasi Provinsi, Kabupaten, atau Kota dirasakan masih belum

dapat berjalan secara optimal. Kendala yang dihadapi adalah operasional kegiatan seperti kegiatan sosialisasi, advokasi, monitoring, evaluasi dan pelaporan dalam keuangan serta kinerja pelayanan kesehatan masih belum berjalan sebagaimana mestinya.

2. Ketepatan waktu pengiriman klaim, yaitu ketidaktepatan waktu dalam mengirimkan pertanggungjawaban klaim. Sehingga hal ini dapat menghambat pelayanan kesehatan.
3. Peserta masih dikenakan urun biaya dalam mendapatkan obat, alat medis habis pakai atau darah, sehingga hal ini dapat menyebabkan minimnya tingkat kualitas pelayanan kesehatan.
4. Belum semua pelayan kesehatan menerapkan kendali mutu dan kendali biaya.
5. Penyediaan dan distribusi obat belum mengakomodasi kebutuhan pelayanan obat program Jamkesmas, sehingga hal ini dapat memperhambat pelayanan kesehatan.
6. Masih terdapatnya penyalahgunaan rekomendasi dari institusi yang berwenang, penyalahgunaan kartu oleh yang tidak berhak. Permasalahan tersebut disebabkan masih belum adanya kesamaan persepsi antara verifikator independen, petugas askes di lapangan dan fasilitas kesehatan.

### 1.3 Rumusan Masalah

Bertitik tolak pada identifikasi masalah tersebut, maka penulis merumuskan masalah sebagai berikut :

1. Seberapa besar pengaruh komunikasi terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi?
2. Seberapa besar pengaruh sumberdaya terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi?
3. Seberapa besar pengaruh disposisi terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi?
4. Seberapa besar pengaruh struktur birokrasi terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi?
5. Seberapa besar pengaruh komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi secara simultan terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi?

### 1.4 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penulisan penelitian ini adalah:

1. Untuk mengetahui besaran pengaruh komunikasi terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi.

2. Untuk mengetahui besaran pengaruh sumber daya terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi.
3. Untuk mengetahui besaran pengaruh disposisi terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi.
4. Untuk mengetahui besaran pengaruh struktur birokrasi terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi.
5. Untuk mengetahui besaran pengaruh komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi secara simultan terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi.

### **1.5 Kegunaan Penelitian**

1. Kegunaan Praktis, bahwa penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan dan menginterpretasikan data agar memperoleh informasi yang dibutuhkan mengenai implementasi kebijakan program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) terhadap peningkatan kualitas pelayanan bagi masyarakat miskin Di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi.
2. Kegunaan Teoritis, diharapkan dari penelitian ini adalah mampu memberikan sumbangan konsep teoritis dalam pembangunan wilayah melalui penerapan implementasi kebijakan program jaminan kesehatan

masyarakat (Jamkesmas) terhadap peningkatan kualitas pelayanan bagi masyarakat miskin Di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi.

3. Bagi penulis, penelitian ini diharapkan bermanfaat untuk menambahkan wawasan pengetahuan dan pengalaman yang berharga dalam menganalisis suatu fenomena administrasi dan membandingkan dengan teori-teori yang diperoleh sebelumnya.

## **1.6 Kerangka Pemikiran**

Fokus dan lokus terhadap suatu sasaran dalam memecahkan masalah yang dikemukakan peneliti, diperlukan adanya suatu anggapan dasar atau kerangka pemikiran yang berupa dalil, hukum, teori serta pendapat dari para ahli yang kebenarannya dapat dipertanggungjawabkan. Berkaitan dengan topik yang peneliti ajukan, maka peneliti mengemukakan pengertian yang berpedoman kepada pendapat para ahli.

Menurut pendapat dari Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabatier yang dikutip oleh Solihin Abdul Wahab (2001:65) dalam bukunya : Analisis Kebijakan Dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara sebagai berikut:

“Implementasi adalah memahami apa yang senyatanya terjadi sesudah suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan merupakan fokus perhatian implementasi kebijakan, yakni kejadian-kejadian dan kegiatan- kegiatan yang timbul sesudah disahkannya pedoman-pedoman kebijakan negara, yang mencakup baik usaha-usaha untuk mengadministrasikannya maupun untuk menimbulkan akibat nyata pada masyarakat atau kejadian-kejadian”.

Menurut pendapat Carl Fredrich mengenai kebijakan dalam Analisis Kebijakan Dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara, yang dikutip oleh Solihin Abdul Wahab (2001:3) mengemukakan sebagai berikut "Kebijakan adalah suatu tindakan yang mengarah pada tujuan yang diusulkan oleh seorang, kelompok atau pemerintah dalam lingkungan tertentu sehubungan dengan adanya hambatan-hambatan tertentu seraya mencari peluang-peluang untuk mencapai tujuan atau mewujudkan sasaran yang diinginkan."

Menurut George C. Edward III yang dikutip oleh Nugroho dalam bukunya Public Policy (2011:165), mengemukakan beberapa model yang dapat mempengaruhi keberhasilan suatu implementasi kebijakan, yaitu:

1. Komunikasi

Menurut George C. Edward III komunikasi sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dari implementasi kebijakan publik. Implementasi yang efektif terjadi apabila pembuat keputusan sudah mengetahui apa yang akan mereka kerjakan. Pengetahuan atas apa yang akan mereka kerjakan dapat berjalan bila komunikasi berjalan dengan baik, sehingga setiap keputusan kebijakan dan peraturan implementasi harus ditransmisikan (atau) dikomunikasikan kepada bagian personalia yang tepat. Selain itu kebijakan yang dikomunikasikan pun harus tepat, akurat dan konsisten. Komunikasi diperlukan agar para pembuat keputusan dan para implementor akan semakin konsisten dalam melaksanakan setiap kebijakan yang akan diterapkan dalam masyarakat.

2. Sumberdaya

Jika implementasi kebijakan ingin dilaksanakan dengan efektif, maka pelaksana kebijakan bukan hanya harus mengetahui bagaimana cara mengerjakannya, tetapi juga harus mempunyai kemauan untuk melaksanakan kebijakan tersebut. Selain itu, pelaksana kebijakan harus dapat melaksanakan kebijakan sesuai dengan keinginan pembuat kebijakan.

### 3. Disposisi

Disposisi atau sikap dari pelaksana kebijakan adalah faktor penting ketiga dalam pendekatan mengenai pelaksanaan suatu kebijakan publik. Jika pelaksanaan suatu kebijakan ingin efektif, maka para pelaksana kebijakan tidak hanya harus mengetahui apa yang akan dilakukan tetapi juga harus memiliki kemampuan untuk melaksanakannya, sehingga dalam praktiknya tidak terjadi bias.

### 4. Struktur Birokrasi

Kebijakan yang begitu kompleks menuntut adanya kerjasama banyak orang, ketika struktur birokrasi tidak kondusif pada kebijakan yang tersedia, maka hal ini akan menyebarkan sumberdaya-sumberdaya menjadi tidak efektif dan menghambat jalannya kebijakan. Dua karakteristik yang dapat mendongkrak kinerja struktur birokrasi/organisasi kearah yang lebih baik, adalah: melakukan *Standar Operating Prosedur* dan melaksanakan *Fragmentasi*. SOPs adalah suatu kegiatan rutin yang memungkinkan para pegawai (atau pelaksana kebijakan/administrator/birokrat) untuk melaksanakan kegiatan-



kegiatannya pada tiap harinya sesuai dengan standar yang ditetapkan. Sedangkan pelaksanaan fragmentasi adalah upaya penyebaran tanggungjawab kegiatan-kegiatan aktivitas-aktivitas pegawai diantara beberapa unit kerja.

Keempat faktor tersebut menjelaskan keberhasilan pelaksanaan suatu kebijakan ditentukan oleh kemampuan pelaksana untuk mengkomunikasikan isi kebijakan, adanya pelaksana dengan keahliannya serta fasilitas yang ada, sikap dari pelaksana serta kemampuan untuk menyusun struktur birokrasi pelaksana yang sesuai dengan sasaran kebijakan. Keempat faktor ini saling berinteraksi satu sama lain dalam pelaksanaan kebijakan.

Berkaitan dengan pelayanan, dalam administrasi publik peran pelayanan merupakan hal yang sangat penting. Pelayanan adalah suatu bentuk pemenuhan kepentingan seseorang atau sekelompok orang sesuai dengan haknya yang mengacu kepada ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan sesuai dengan tujuan organisasi.

Pemerintah sebagai abdi negara harus mampu menyediakan pelayanan publik yang terbaik karena tujuan dari administrasi publik semata-mata untuk mencapai cita-cita negara dalam mewujudkan kesejahteraan rakyat. Hal inilah yang cenderung berorientasi profit.

Kualitas menurut Goetsch dan Davis yang dikutip Tjiptono (2007:110) , mendefinisikan kualitas sebagai suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan.

Pengertian kualitas menurut tjiptono (2001:59) adalah tingkat keunggulan yang diharapkan dan pengendalian untuk memenuhi keinginan pelanggan. Dengan kata lain ada dua faktor utama yang mempengaruhi kualitas pelayanan yaitu pelayanan yang diharapkan (expected service) dan pelayanan yang didapatkan (perceived service), maka kualitas pelayanan dipersepsikan sebagai kualitas yang ideal. Dengan demikian baik tidaknya pelayanan tergantung pada kemampuan penyedia layanan dalam memenuhi harapan pelanggan.

Menurut elhaitammy (1990) yang pendapatnya dikutip oleh tjiptono dalam bukunya “manajemen Jasa” mengemukakan bahwa:

“yang dimaksud dengan service excellent atau pelayan yang berkualitas adalah suatu sikap atau cara karyawan dalam melayani pelanggan secara memuaskan. Menurutnya ada empat unsur pokok yang harus dipenuhi dalam menciptakan pelayanan yang berkualitas yaitu : kecepatan, ketepatan, keramahan, dan kenyamanan” (Tjiptono, 2001:60).

Sejalan dengan pendapat elhaitammy tersebut, budiono (2003:6) mengemukakan bahwa:

“ untuk mencapai pelayanan umum yang berkualitas maka pelayanan tersebut harus dilaksanakan dalam satu rangkaian kegiatan terpadu yang bersifat : sederhana, terbuka, lancar, tepat, lengkap, wajar, dan terjangkau.”

Kesimpulan yang dapat diambil dari uraian di atas adalah kualitas pelayanan merupakan suatu keadaan yang dinamis, dimana penyedia pelayanan atau jasa berusaha untuk memenuhi kebutuhan pelanggan sehingga tidak terjadi kesenjangan antara harapan dengan kenyataan yang terjadi.

Dalam kaitannya dengan Peningkatan Kualitas Pelayanan kesehatan menurut Azwar (1996:45), ia menyatakan bahwa syarat suatu pelayanan kesehatan yang baik harus memenuhi ketentuan dengan ukuran-ukuran antara lain:

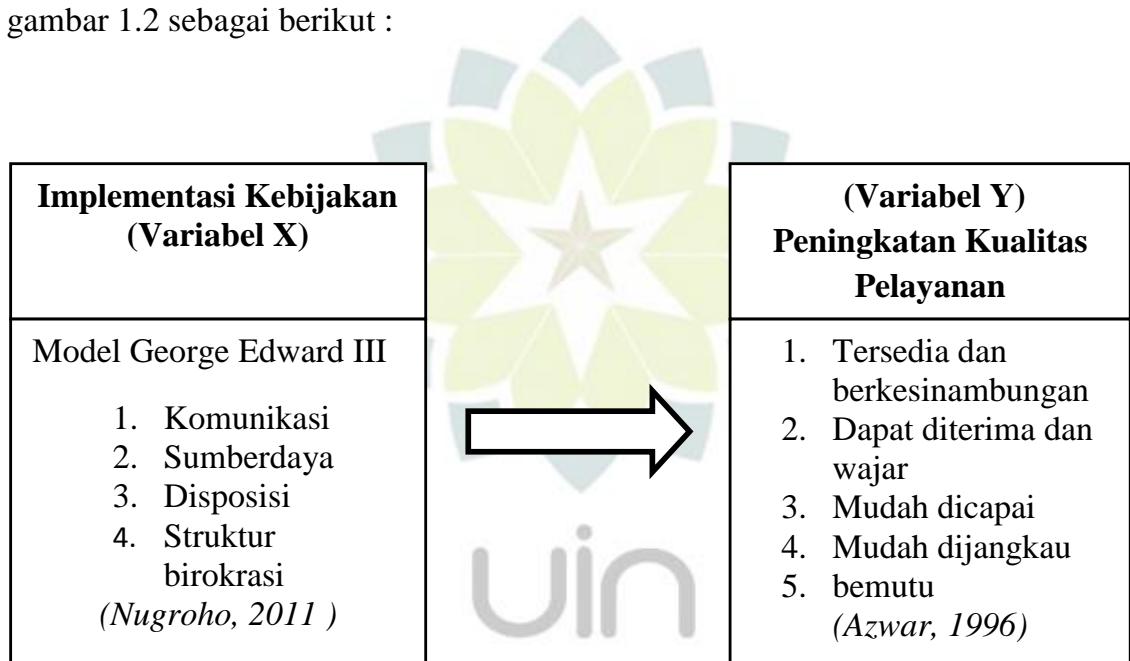
1. Tersedia dan berkesinambungan (*Available and Continous*), artinya semua jenis pelayanan dari yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah ada pada setiap yang dibutuhkan.
2. Dapat diterima dan wajar (*Acceptable and Appropriate*), artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat.
3. Mudah dicapai (*Accessible*), artinya tercapai dari sudut lokasi, pengaturan distribusi sarana kesehatan tidak terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja.
4. Mudah dijangkau (*Affordable*), artinya terjangkau dari sudut biaya, disesuaikan dengan kemampuan ekonomi masyarakat.
5. Bermutu (*Quality*), artinya menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, dapat memuaskan para pemakai jasa dan tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

Berdasarkan uraian yang telah dikemukakan, penulis merumuskan kerangka pemikiran sebagai berikut :

1. Implementasi kebijakan adalah kegiatan untuk merealisasikan suatu kebijakan yang telah dirumuskan dan disahkan sebelumnya, sehingga hasil kebijakan dapat tercapai sesuai dengan yang direncanakan. Implementasi kebijakan dapat terlaksana dengan baik bila sesuai dengan syarat implementasi, yaitu komunikasi, disposisi, sumber daya, dan struktur birokrasi.

2. Peningkatan Kualitas Pelayanan kesehatan dapat dicapai apabila memenuhi ketentuan yang meliputi tersedia dan berkesinambungan, dapat diterima dan wajar, mudah dicapai, mudah dijangkau, dan bermutu.
3. Implementasi kebijakan akan menentukan pencapaian Peningkatan Kualitas Pelayanan.

Untuk lebih jelasnya, model kerangka pemikiran dipaparkan dalam gambar 1.2 sebagai berikut :



**Gamabar 1.2**  
**Pengaruh Implementasi Kebijakan Terhadap kualitas Pelayanan**

Berdasarkan pada gambar 1.2 di atas menunjukkan bahwa terdapat pengaruh antara implementasi kebijakan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) terhadap peningkatan kualitas pelayanan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi.

## 1.7 Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian. Dikatakan sementara, karena jawaban yang diberikan baru didasarkan pada teori yang relevan, belum didasarkan pada fakta-fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data (Sugiyono, 2011:70).

Disini penulis akan menggunakan hipotesis nol ( $H_0$ ) dan hipotesis alternatif ( $H_a$ ), karena menurut Burhan Bungin dalam bukunya metodologi penelitian sosial hipotesis ini lebih mudah dan dimengerti untuk para pemula. (94:2001).  $H_0$  mempunyai bentuk dasar atau memiliki statement yang menyatakan tidak ada hubungan antara variable X dan Y sedang  $H_a$  adalah lawan dari hipotesis nol yang menyatakan ada hubungan yang berarti antara variabel X dan Y.

Berdasarkan kerangka pemikiran diatas maka penulis merumuskan hipotesis sebagai berikut:

1.  $H_0 : \rho = 0$ , Tidak terdapat pengaruh komunikasi terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi.  
 $H_a : \rho \neq 0$ , Terdapat pengaruh komunikasi terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi.
2.  $H_0 : \rho = 0$ , Tidak terdapat pengaruh sumber daya terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi.

$H_a : \rho \neq 0$ , Terdapat pengaruh sumberdaya terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi.

3.  $H_0 : \rho = 0$ , Tidak terdapat pengaruh disposisi terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi.

$H_a : \rho \neq 0$ , Terdapat pengaruh disposisi terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi.

4.  $H_0 : \rho = 0$ , Tidak terdapat pengaruh struktur birokrasi terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi.

$H_a : \rho \neq 0$ , Terdapat pengaruh birokrasi terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi.

5.  $H_a : \rho = 0$ , Tidak terdapat pengaruh secara simultan program jaminan kesehatan masyarakat terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi.

$H_0 : \rho \neq 0$ , Terdapat pengaruh secara simultan program jaminan kesehatan masyarakat terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Cibeber Kota Cimahi.