

SKRIPSI

IMPLEMENTASI KESEHATAN GRATIS DI PUSKESMAS BATUA RAYA KOTA MAKASSAR

LILIS HANDAYANI

K 111 09 362



*Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**BAGIAN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2013

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Lilis Handayani
NIM : K111 09 362
Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan tulisan atau karya orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti bahwa pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Makassar, Mei 2013

Yang Membuat Pernyataan

Lilis Handayani

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah yang tiada henti sehingga penulisan skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik yang sekaligus menjadi syarat untuk menyelesaikan studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Oleh karena itu perkenankanlah penulis dengan segala kerendahan hati menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada Bapak ***Dr.dr.H.Noer Bahry Noor, M.Sc*** selaku pembimbing pertama dan Ibu ***dr.Hj.A.Indahwaty Sidin, MHSM*** selaku pembimbing kedua yang dengan penuh keikhlasan meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya untuk mengarahkan dan membimbing penulis dari awal hingga selesainya penulisan skripsi ini.

Dalam proses penyusunan skripsi ini berbagai hambatan, rintangan dan kesulitan penulis hadapi. Namun, atas bantuan dari berbagai pihak hal tersebut dapat diatasi. Dalam kesempatan ini perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada :

1. Bapak *Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH*, Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
2. Bapak *M. Arsyad Rahman SKM, M.Kes* selaku Penasehat Akademik selama menuntut ilmu di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. Ibu *dr.Hj.Indahwaty Sidin, MHSM* selaku Ketua Jurusan Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

4. Ibu *Balqis, SKM, MSc.PH*, bapak *Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH*, dan bapak *Dr. Mappeaty Nyorong, MPH* selaku tim penguji selama proposal, hasil dan ujian skripsi yang telah memberikan kritikan serta saran yang sangat bermanfaat.
5. KM FKM Unhas yang telah memberikan banyak nilai bermakna bagi penulis dari awal menginjakkan kaki di FKM Unhas.
6. Firnasrudin Rahim yang selalu menjadi kritikus dan motivator bagi penulis.
7. Sahabat-sahabat terkasih Nike Andriani, Hersi Magan, Gabriellyn, Halimah Jahid, Steffi Barmo, Feny Mambelaa, dan Indriani L. Allo
8. Sahabat-sahabat tercinta Nursya'baniah Wardhani, Restu Suci Kartika, Nur Annisa, A. Kinarkas Argapati, Qalbia M. Nur, Agustina Pujulestari dan A. Patrisia Akbar
9. Sahabat-sahabat ***BEM FKM Unhas, HmI KOMISARIAT Kesmas Cabang Maktim, HMSC FKM Unhas, GALETER 2009, PBL Kelurahan Panambungan Kecamatan Mariso RW 004, KKN-PK 41 Kelurahan Tonrokassi Kabupaten Jeneponto*** yang tak sempat penulis sebut satu persatu, terima kasih atas bantuan, perhatian, tawa dan canda selama ini.
10. Sahabat-sahabat terbaik Dian Megawati, Sam Ratulangi, Noerafia Pratiwi, Nur Fadillah, Wahyuni AR, A. Ulfa, Eko Adi Saputra dan semua Taufik Rahmat Apartemen.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu kelancaran penelitian dan penulisan skripsi ini.

Selanjutnya untuk yang selalu ada dalam kata sayang, skripsi ini terkhusus penulis persembahkan kepada kedua orang tua tercinta Ayahanda ***H. Arifuddin*** dan Ibunda ***Hj. Nurfitriah*** atas segala pengorbanan bantuan baik moril maupun materil, kesabaran, dukungan, semangat, dan doa restu disetiap langkah ini, kiranya amanah yang diberikan kepada penulis tidak tersia-siakan. Terima kasih juga kepada saudara-saudaraku Nita

Anggriani, M. Taufik Arifnur dan seluruh keluarga besar yang tiada hentinya memberikan dukungan dan doa.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan oleh karena itu, besar harapan penulis kepada pembaca atas kontribusinya berupa saran dan kritik yang sifatnya membangun demi kesempurnaan skripsi ini.

Akhir kata, semoga segala bantuan dan amal ibadah dari pihak yang telah membantu penulis, kiranya mendapat pahala yang setimpal dari Allah SWT, semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada kita semua.

Makassar, Mei 2013

Lilis Handayani

ABSTRAK
IMPLEMENTASI KESEHATAN GRATIS DI PUSKESMAS BATUA RAYA
KOTA MAKASSAR TAHUN 2013

Lilis Handayani, Noer Bahry Noor, A. Indahwaty Sidin
Bagian Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin

Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan berupaya dengan jalan memberikan keringanan kepada penduduk di Sulawesi Selatan dalam hal biaya mengatasi masalah kesehatannya dengan melakukan membebaskan pelayanan kesehatan dasar sampai rawat inap kelas III di semua unit pelayanan kesehatan Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota. Kegiatan pelaksanaan program kesehatan gratis di Puskesmas Batua Makassar ada beberapa kondisi faktual yang dapat ditemui dilapangan yakni belum sepenuhnya masyarakat mengetahui adanya program & prosedur kesehatan gratis yang bergulir di masyarakat artinya jika tidak disosialisasikan dengan luas maka tujuan dari program ini tidak dapat sesegera mungkin dicapai.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan mendapatkan informasi lebih mendalam tentang pengimplementasian kesehatan gratis di Puskesmas Batua Raya Kota Makassar dari segi Komunikasi, Sumber Daya Kebijakan, Disposisi (Sikap para pelaksana) dan Struktur Birokrasi. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif yang bersifat deskriptif dengan melalui teknik wawancara mendalam dan observasi. Informan dari penelitian ini adalah staf P2PL, Kepala Bagian, Karyawan dan Pasien.

Hasil dari penelitian ini yaitu masih terdapat pasien yang belum mengetahui tentang kesehatan gratis dan pelaksana kebijakan masih memiliki kerancuan dan bias informasi. Sistem koordinasi yaitu dibukanya survey pengaduan kepada kepala puskesmas atau staf P2PL bagi pasien. pengangkatan birokrasi sudah berjalan cukup maksimal yaitu melalui Dinas Kesehatan dan telah di-SK-an oleh Walikota Makassar dan penerimaan sertifikat ISO 9001:2008 kepada Puskesmas Batua.

Melalui penelitian ini diharapkan kiranya saat implementasi kesehatan gratis di Puskesmas Batua Raya cakupannya sudah memenuhi target standar pelayanan minimal yang dikeluarkan oleh pemerintah, diharapkan puskesmas membuat indikator standar pelayanan sendiri agar bisa meningkatkan kinerja karyawan puskesmas.

Kata Kunci: Implementasi, Kesehatan Gratis

ABSTRACT
FREE HEALTH IMPLEMENTATION IN BATUA HEALTH CENTRE
MAKASSAR CITY 2013

Lilis Handayani, Noer Bahry Noor, A. Sidin Indahwaty
Bagian Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin

South Sulawesi Provincial Government seeks to provide relief to the residents of South Sulawesi in terms of costs to overcome health problems by freeing up primary health care inpatient grade III in all health care units of the Provincial Government and Regency / City. Activities free health programs in Makassar Health Center Batua there are some factual conditions that can be encountered in the field that is not yet fully aware of the public health programs and procedures are rolling free in the community means that if not socialized with the broad objectives of this program can not be achieved as soon as possible.

This study aims to identify and acquire more in-depth information about the free health care at the health center for implementing Batua Raya Makassar in terms of Communication, Resources Policy, disposition (attitude of the implementers) and Bureaucratic Structure. This type of research is descriptive qualitative research through in-depth interviews and observation techniques. Informants of this research is P2PL staff, Department Heads, employees and patients.

Results from this research that there are patients who do not know about the free health and policy implementers still have confusion and biased information. Coordinate system that is opening survey or complaint to the head of the health center staff P2PL for patients. Removal of bureaucracy has run the maximum through the Department of Health and has been SK's by the Mayor of Makassar and acceptance certificate ISO 9001:2008 Batua to the health center.

Through this study would be expected as the implementation of free health coverage in PHC Batua Kingdom has met the target minimum service standards issued by the government, is expected to make the clinic self-service standard indicators in order to improve the performance of the employee health clinic.

Keywords: Implementation, Free Health

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	iv
ABSTRAK.....	v
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Implementasi	8
B. Konsep Kesehatan Gratis.....	23
C. Konsep Puskesmas	33
D. Kerangka Teori.....	35
 BAB III KERANGKA KONSEP	
A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti.....	38
B. Kerangka Variabel yang Diteliti	39
C. Definisi Konseptual dan Kriteria Objektif.....	39
 BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian.....	40
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	40
C. Teknik Pengambilan Informan.....	40
D. Teknik Pengumpulan Data.....	41
E. Teknik Analisis	43
 BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Deskripsi Lokasi Penelitian	45
B. Hasil dan Pembahasan Penelitian.....	50
 BAB VI PENUTUP	
A. Kesimpulan	65

B. Saran	66
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

- Tabel 1 Matriks Pengumpulan Data
- Tabel 2 Distribusi Penduduk Berdasarkan Kelurahan di Puskesmas Batua Tahun 2012
- Tabel 3 Distribusi Penduduk Berdasarkan Jenis Kelamin di Puskesmas Batua Tahun 2012
- Tabel 4 Distribusi Penduduk Berdasarkan Umur di Puskesmas Batua Tahun 2012
- Tabel 5 Karakteristik Informasi di Puskesmas Batua
- Tabel 6 Standar Minimal Karyawan Menurut Pekerjaan di Puskesmas Batua
- Tabel 7 Standar Minimal Karyawan menurut Jabatan di Puskesmas Batua

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Kerangka Teori.....	37
Gambar 2	Kerangka Konsep.....	39

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Pedoman Wawancara
- Lampiran 2 Matriks Hasil Wawancara
- Lampiran 3 Matriks Metode Triangulasi Data Hasil Penelitian
- Lampiran 4 Matriks Pengumpulan Data Penelitian
- Lampiran 5 Dokumentasi Kegiatan
- Lampiran 6 Surat Izin Penelitian dari Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin Makassar
- Lampiran 7 Surat Izin Penelitian dari Gubernur Provinsi Sulawesi Selatan
- Lampiran 8 Surat Izin Penelitian dari Walikota Kota Makassar
- Lampiran 9 Surat Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Makassar
- Lampiran 10 Surat Keterangan Selesai Melakukan Penelitian
- Lampiran 11 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia untuk dapat hidup layak dan produktif, untuk itu diperlukan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terkendali biaya dan terkendali mutu. Undang-undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhinya hak hidup sehat bagi penduduknya.

Pembangunan kesehatan merupakan faktor ketiga yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat karena keberadaan fasilitas kesehatan sangat menentukan dalam promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. (*Teori Hendrik L. Blum tentang Kesehatan Masyarakat*)

Selain itu, perlu pula dilakukan perbaikan pembiayaan kesehatan sehingga sistem pembiayaan akan menjadi lebih jelas, sarana dan prasarana kesehatan dan kualitas sumber daya manusia serta peningkatan mutu pelayanan juga perlu mendapat perhatian.

Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan berupaya dengan jalan memberikan keringanan kepada penduduk di Sulawesi Selatan dalam hal biaya mengatasi masalah kesehatannya dengan melakukan membebaskan pelayanan kesehatan dasar sampai rawat inap kelas III di semua unit pelayanan kesehatan Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota. Melalui kebijakan ini maka diharapkan tidak ada lagi masyarakat di

Sulawesi Selatan yang tidak dapat mengatasi masalah kesehatannya karena alasan ekonomi atau tidak punya biaya.

Pemerintah mengubah program jaminan kesehatan dari Asuransi Kesehatan untuk Warga Miskin (Askeskin) menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Pemerintah mengklaim perubahan program ini bakal lebih mempermudah pelayanan, khususnya soal klaim pembayaran. Untuk mengoptimalkan program tersebut, pemerintah menyiapkan dana Rp 46.000.000.000,00. Anggaran sebesar itu diperuntukkan bagi 76,4 juta warga miskin di seluruh Indonesia, khusus di Sulawesi Selatan. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, jumlah penduduk miskin saat ini mencapai 2.523.277 jiwa. Mereka tersebar pada 23 kabupaten/kota di Sulawesi Selatan. Dinas Kesehatan Sulawesi Selatan menargetkan sebanyak 4.298.100 masyarakat di Sulawesi Selatan masuk dalam daftar kesehatan gratis.

Berdasarkan pengalaman penanganan kesehatan di Sulsel menyebutkan, dari data 4,2 juta lebih penduduk yang tidak masuk dalam klien asuransi kesehatan ini, setiap tahunnya sekira 25-30 persen di antara mereka sakit. Dinas Kesehatan mengasumsikan bahwa setiap tahun jumlah masyarakat yang dibiayai dalam program kesehatan gratis setiap tahun sebanyak 1,5 juta hingga 2 juta orang. Anggaran yang dibutuhkan untuk setengah tahun terakhir ini sekira Rp 40 miliar hingga Rp 50 miliar. Dananya ditanggung oleh Pemprov Sulawesi Selatan dan masing-masing pemkab/pemkot se – Sulawesi Selatan.

Dana kesehatan Pemerintah Kota Makassar untuk layanan program kesehatan gratis pada 2011 mencapai Rp38,7 miliar. "Alokasi anggaran kesehatan gratis ini merupakan dana sharing APBD Kota Makassar sebesar 60 persen dan APBD Provinsi Sulawesi Selatan 40 persen," kata Kadis Kesehatan Makassar dr Naisyah tun Asikin,

Dia mengatakan, program kesehatan gratis mulai digulirkan pada 2003 sesuai kebijakan Pemkot Makassar tentang pembebasan biaya pelayanan kesehatan, mulai tingkat pelayanan kesehatan dasar hingga rujukan kelas tiga di rumah sakit.

Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan adalah penting dan menjadi tuntutan karena adanya berbagai faktor yang berhubungan dengan upaya peningkatan mutu pelayanan. Dalam mencapai kualitas yang lebih baik, maka upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan harus dilaksanakan secara terpadu multi disiplin, dengan melibatkan seluruh karyawan yang terkait baik pasien dan keluarga serta pemerintah daerah setempat.

Dalam meningkatkan pelayanan kesehatan pada masyarakat di kota berjulukan "Angin Mammiri" ini, dari 38 puskesmas yang tersebar di 14 kecamatan, delapan puskesmas diantaranya telah memberikan pelayanan rawatinap, sekaligus unit gawat darurat 24 jam. Kedelapan puskesmas yang dimaksud adalah Puskesmas Patingalloang, Minasa Upa, Barranglompo, Bara-baraya, **Batua**, Kassi-Kassi, Ujung Pandang Baru dan Mamajang.

Kegiatan pelaksanaan program kesehatan gratis di Puskesmas Batua Makassar ada beberapa kondisi faktual yang dapat ditemui dilapangan yakni belum sepenuhnya masyarakat mengetahui adanya program & prosedur kesehatan gratis yang bergulir di masyarakat artinya jika tidak disosialisasikan dengan luas maka tujuan dari program ini tidak dapat sesegera mungkin dicapai. Masalah lain yang muncul adalah kurangnya penyuluhan kesehatan kepada warga masyarakat sehingga tatanan untuk hidup bersih dan sehat sangat sulit tercapai. Adanya faktor kemiskinan dan kurangnya kesadaran masyarakat juga mempengaruhi hasil dari implementasi program kesehatan gratis.

Hal ini didukung pula dengan hasil penelitian dari Putra (2012) dengan mewawancarai NI, salah seseorang keluarga pasien yang berobat di puskesmas batua, beliau mengatakan:

“Dapat informasi kesehatan gratis dari sinijie semenjak berobat, ndak pernah ada sosialisasi di posyandu dan sekitar rumah”. (Wawancara, 16 Maret 2012).

Selain itu, adapun hasil wawancara dengan petugas Puskesmas Batua tentang sistem pembiayaan yang mengatakan:

“Pasien yang berlaku umum akan diberikan biaya Rp 10.000/karcis dan akan dibawa langsung ke Dinkes”. (Wawancara, 18 Januari 2013)

Padahal dalam Perda No. 7 Tahun 2009 tentang Pelayanan Kesehatan di Kota Makassar, tercantum bahwa pelayanan kesehatan lanjutan di puskesmas bagi penduduk kota dan pelayanan kesehatan bagi penduduk luar kota dikenakan biaya pelayanan yang sesuai dengan jenis pelayanannya.

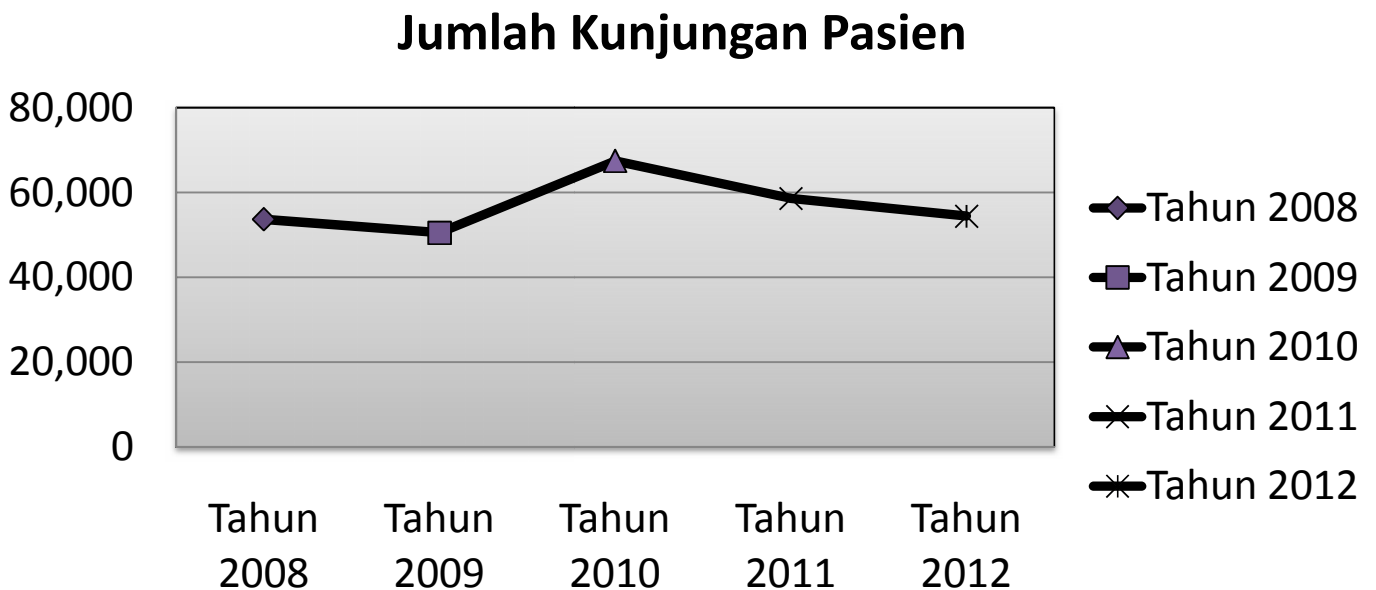
Selain itu, berdasarkan penelitian Putra (2012) hasil wawancara dengan SA, beliau mengatakan:

“Untuk pengobatan umum di sini ndak dibayar, tapi kalau cabut gigi dibayar Rp. 10. 000.” (Wawancara, 17 Maret 2012)

Padahal dalam Perda Kota Makassar Nomor 7 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Kesehatan Di Kota Makassar, tercantum bahwa salah satu pemeriksaan dan tindakan medik yang di bebaskan biaya adalah pencabutan gigi dewasa dan pencabutan gigi anak.

Walaupun Puskesmas Batua telah menerapkan Sistem Manajemen Mutu ISO 9001:2008 dan telah memberikan jaminan kesehatan gratis untuk masyarakat di wilayah kerjanya, tetapi masih terdapat banyak masalah dalam pelaksanaan kebijakan kesehatan gratis tersebut. Berdasarkan data yang didapatkan bahwa jumlah kunjungan

pasien yang mendapatkan jaminan kesehatan gratis di Puskesmas Batua mengalami penurunan. Hal ini dapat dilihat pada tabel grafik di bawah ini



Pada tahun 2008 yaitu 53.679 jiwa, tahun 2009 yaitu 50.518 jiwa, tahun 2010 yaitu 67.409 jiwa, tahun 2011 yaitu 58.580 jiwa dan tahun 2012 yaitu 54.416 jiwa kecuali dari tahun 2009 ke tahun 2010 mengalami kenaikan yaitu 16.891 jiwa.

Berdasarkan jumlah kunjungan tersebut bisa diketahui bahwa implementasi dari program kesehatan gratis yang ada di Puskesmas Batua Makassar belum sepenuhnya berjalan dengan baik. Sedangkan penelitian Inria (2008), bahwa kepuasan pasien peserta Askes terhadap pelayanan rawat jalan di Puskesmas Batua kurang baik (53,6%).

Suatu pertanyaan yang perlu mendapatkan jawaban ialah mengapa pelanggan tidak mendapatkan pelayanan seperti yang diharapkan? Apakah semua persyaratan yang diperlukan telah dilengkapi? Jika semua persyaratan-persyaratan telah dilengkapi tetapi pelanggan tidak mendapatkan pelayanan yang memuaskan, maka dapat disimpulkan bahwa mungkin terdapat sesuatu yang belum terbaca / atau belum

terdapat dalam suatu *memorandum of understanding* antara pelayanan di suatu pihak dan pelanggan yang sedang dalam proses pelayanan di lain pihak. Untuk mendapatkan jawaban kepastian kualitas pelayanan, diperlukan kesepahaman tentang aturan main pelayanan yang diberikan, baik dari sisi aparatur pelayanan maupun pelanggan.

Hal ini tentunya menjadikan peneliti tertarik untuk mengetahui Implementasi Kesehatan Gratis di Puskesmas Batua Tahun 2013.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan diatas maka dalam penelitian ini dirumuskan masalah yaitu bagaimana implementasi kesehatan gratis di Puskesmas Batua yang ditinjau dari konsep implementasi menurut George C. Edward?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui implementasi kebijakan kesehatan kesehatan gratis di Puskesmas Batua tahun 2013.

2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui dan mendapatkan informasi lebih mendalam tentang pelaksanaan kegiatan implementasi kebijakan kesehatan gratis di Puskesmas Batua Raya Kota Makassar dari segi Komunikasi
2. Untuk mengetahui dan mendapatkan informasi lebih mendalam tentang pelaksanaan kegiatan implementasi kebijakan kesehatan gratis di Puskesmas Batua Raya Kota Makassar dari segi Sumber Daya Kebijakan

3. Untuk mengetahui dan mendapatkan informasi lebih mendalam tentang pelaksanaan kegiatan implementasi kebijakan kesehatan gratis di Puskesmas Batua Raya Kota Makassar dari segi Disposisi (Sikap para pelaksana)
4. Untuk mengetahui dan mendapatkan informasi lebih mendalam tentang pelaksanaan kegiatan implementasi kebijakan kesehatan gratis di Puskesmas Batua Raya Kota Makassar dari segi Struktur Birokrasi

D. Manfaat Penelitian

1. Sebagai masukan kepada kepala puskesmas dalam upaya meningkatkan peran dan kualitas pelayanan kepada masyarakat dalam pelaksanaan program kesehatan gratis.
2. Hasil dari penelitian diharapkan dapat memperkaya khasanah kepustakaan pendidikan, khususnya mengenai implementasi program jaminan persalinan, serta dapat menjadi bahan masukan bagi mereka yang berminat menindaklanjuti hasil penelitian ini dengan mengambil kancan penelitian yang berbeda dan dengan informan penelitian yang lebih banyak

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Implementasi

Secara garis besar, implementasi merupakan setiap kegiatan yang dilakukan menurut rencana untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Upaya untuk memahami adanya perbedaan antara yang diharapkan dengan fakta yang telah terjadi telah menimbulkan kesadaran mengenai pentingnya suatu pelaksanaan. Untuk lebih jelas mengenai arti implementasi, berikut beberapa pendapat ahli.

Udoji dalam Sholichin A. Wahab, (2008:59), mengatakan bahwa :

“The execution of policies is as important if not more important than policy making. Policies will remain dreams or blue prints file jackets unless they are implemented”. (Pelaksanaan kebijaksanaan adalah suatu yang penting bahkan mungkin jauh lebih penting dari pada pembuatan kebijaksanaan. Kebijaksanaan akan sekedar berupa impian atau rencana bagus yang tersimpan rapi dalam arsip kalau tidak diimplementasikan).

Implementasi kebijakan menurut Van Metern dan Van Horn dalam Ismail Nawawi (2009) adalah

Those actions by public or private individual (or group) that are directed at the achievement of objectives set forth in prior policy decision”, yang artinya tindakan-tindakan yang dilakukan baik individu-individu maupun pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijaksanaan.

Menurut Van Meter dan Van Horn dalam teorinya ini beranjak dari suatu argumen bahwa perbedaan-perbedaan dalam proses implementasi akan dipengaruhi oleh sifat kebijaksanaan yang dilaksanakan. Selanjutnya mereka menawarkan suatu pendekatan yang mencoba untuk menghubungkan antara isu kebijakan dengan implementasi dan suatu model konseptual yang mempertalikan kebijaksanaan dengan prestasi kerja (performance).

Kedua ahli ini menegaskan pula pendiriannya bahwa perubahan, control dan kepatuhan bertindak merupakan konsep-konsep penting dalam prosedur-prosedur implementasi. Problema implementasi diasumsikan sebagai sebuah deretan keputusan dan interaksi sehari-hari yang tidak perlu mendapat perhatian dari para sarjana yang mempelajari politik. Implementasi itu dianggap sederhana meski anggapan ini dianggap menyesatkan. Dengan kata lain, kelihatannya tidak mengandung isu-isu besar.

Definisi Konsep implementasi yang dikemukakan Mazmanian dan Sabatier yaitu, implementasi adalah melaksanakan sebuah keputusan kebijakan, biasanya dikaitkan dengan sebuah perundang-undangan, disusun oleh pemerintahan baik eksekutif maupun keputusan peradilan.

George C. Edward III dalam Ismail Nawawi (2009), bahwa berhasil atau terhambatnya suatu proses implementasi dipengaruhi oleh empat faktor, yaitu :

1. Komunikasi

Menurut Agustino (2006:157); "komunikasi merupakan salah-satu variabel penting yang mempengaruhi implementasi kebijakan publik, komunikasi sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dari implementasi kebijakan publik". Implementasi yang efektif akan terlaksana, jika para pembuat keputusan mengetahui mengenai apa yang akan mereka kerjakan. Informasi yang diketahui

para pengambil keputusan hanya bisa didapat melalui komunikasi yang baik. Terdapat tiga indikator yang dapat digunakan dalam mengukur keberhasilan variabel komunikasi. Edward III dalam Agustino (2006:157-158) mengemukakan variabel tersebut yaitu:

a) Transmisi

Penyaluran komunikasi yang baik akan dapat menghasilkan suatu implementasi yang baik pula. Seringkali terjadi masalah dalam penyaluran komunikasi yaitu adanya salah pengertian (miskomunikasi) yang disebabkan banyaknya tingkatan birokrasi yang harus dilalui dalam proses komunikasi, sehingga apa yang diharapkan terdistorsi di tengah jalan.

b) Kejelasan

Komunikasi yang diterima oleh pelaksana kebijakan (*streetlevel-bureaucrats*) harus jelas dan tidak membingungkan atau tidak ambigu/mendua. Berdasarkan hasil penelitian Edward III yang dirangkum dalam Winarno (2005:127) Terdapat beberapa hambatan umum yang biasa terjadi dalam transmisi komunikasi yaitu:

Pertama, terdapat pertentangan antara pelaksana kebijakan dengan perintah yang dikeluarkan oleh pembuat kebijakan. Pertentangan seperti ini akan mengakibatkan distorsi dan hambatan yang langsung dalam komunikasi kebijakan.

Kedua, informasi yang disampaikan melalui berlapis-lapis hierarki birokrasi. Distorsi komunikasi dapat terjadi karena panjangnya rantai informasi yang dapat mengakibatkan bias informasi.

Ketiga, masalah penangkapan informasi juga diakibatkan oleh persepsi dan ketidakmampuan para pelaksana dalam memahami persyaratan-persyaratan suatu kebijakan”.

Menurut Winarno (2005:128) Faktor-faktor yang mendorong ketidakjelasan informasi dalam implementasi kebijakan publik biasanya karena kompleksitas kebijakan, kurangnya konsensus mengenai tujuan-tujuan kebijakan publik, adanya masalah-masalah dalam memulai kebijakan yang baru serta adanya kecenderungan menghindari pertanggungjawaban kebijakan. Proses implementasi kebijakan terdiri dari berbagai aktor yang terlibat mulai dari manajemen puncak sampai pada birokrasi tingkat bawah. Komunikasi yang efektif menuntut proses pengorganisasian komunikasi yang jelas ke semua tahap tadi. Jika terdapat pertentangan dari pelaksana, maka kebijakan tersebut akan diabaikan dan terdistorsi. Untuk itu, Winarno (2005:129) menyimpulkan: “semakin banyak lapisan atau aktor pelaksana yang terlibat dalam implementasi kebijakan, semakin besar kemungkinan hambatan dan distorsi yang dihadapi”.

Dalam mengelola komunikasi yang baik perlu dibangun dan dikembangkan saluran-saluran komunikasi yang efektif. Semakin baik pengembangan saluran-saluran komunikasi yang dibangun, maka semakin tinggi probabilitas perintah-perintah tersebut diteruskan secara benar. Dalam kejelasan informasi biasanya terdapat kecenderungan untuk mengaburkan tujuan-tujuan informasi oleh pelaku kebijakan atas dasar kepentingan sendiri dengan cara mengintrepetasikan informasi berdasarkan pemahaman sendiri-sendiri. Cara untuk mengantisipasi tindakan tersebut

adalah dengan membuat prosedur melalui pernyataan yang jelas mengenai persyaratan, tujuan, menghilangkan pilihan dari multi intepetasi, melaksanakan prosedur dengan hati-hati dan mekanisme pelaporan secara terinci.

Faktor komunikasi sangat berpengaruh terhadap penerimaan kebijakan oleh kelompok sasaran, sehingga kualitas komunikasi akan mempengaruhi dalam mencapai efektivitas implementasi kebijakan publik. Dengan demikian, penyebaran isi kebijakan melalui proses komunikasi yang baik akan mempengaruhi terhadap implementasi kebijakan. Dalam hal ini, media komunikasi yang digunakan untuk menyebarluaskan isi kebijakan kepada kelompok sasaran akan sangat berperan.

2. Sumber Daya

Sumber daya diposisikan sebagai *input* dalam organisasi sebagai suatu sistem yang mempunyai implikasi yang bersifat ekonomis dan teknologis. Secara ekonomis, sumber daya bertalian dengan biaya atau pengorbanan langsung yang dikeluarkan oleh organisasi yang merefleksikan nilai atau kegunaan potensial dalam transformasinya ke dalam *output*. Sedang secara teknologis, sumberdaya bertalian dengan kemampuan transformasi dari organisasi (Tachjan, 2006:135)

Menurut Edward III dalam Agustino (2006:158-159), sumberdaya merupakan hal penting dalam implementasi kebijakan yang baik. Indikator yang digunakan untuk melihat sejauhmana sumberdaya mempengaruhi implementasi kebijakan terdiri dari:

a) Staf

Sumber daya utama dalam implementasi kebijakan adalah staf atau pegawai (*street-level bureaucrats*). Kegagalan yang sering terjadi dalam

implementasi kebijakan, salah-satunya disebabkan oleh staf/pegawai yang tidak cukup memadai, mencukupi, ataupun tidak kompeten dalam bidangnya. Penambahan jumlah staf dan *implementor* saja tidak cukup menyelesaikan persoalan implementasi kebijakan, tetapi diperlukan sebuah kecukupan staf dengan keahlian dan kemampuan yang diperlukan (kompeten dan kapabel) dalam mengimplementasikan kebijakan.

b) Informasi

Dalam implementasi kebijakan, informasi mempunyai dua bentuk yaitu: pertama, informasi yang berhubungan dengan cara melaksanakan kebijakan. Kedua, informasi mengenai data kepatuhan dari para pelaksana terhadap peraturan dan regulasi pemerintah yang telah ditetapkan.

c) Wewenang

Pada umumnya kewenangan harus bersifat formal agar perintah dapat dilaksanakan secara efektif. Kewenangan merupakan otoritas atau legitimasi bagi para pelaksana dalam melaksanakan kebijakan yang ditetapkan secara politik. Ketika wewenang tidak ada, maka kekuatan para *implementor* di mata publik tidak dilegitimasi, sehingga dapat menggagalkan implementasi kebijakan publik. Tetapi dalam konteks yang lain, ketika wewenang formal tersedia, maka sering terjadi kesalahan dalam melihat efektivitas kewenangan. Di satu pihak, efektivitas kewenangan diperlukan dalam implementasi kebijakan; tetapi di sisi lain, efektivitas akan menyusut manakala wewenang diselewengkan oleh para pelaksana demi kepentingannya sendiri atau kelompoknya.

d) Fasilitas

Fasilitas fisik merupakan faktor penting dalam implementasi kebijakan. Implementor mungkin mempunyai staf yang mencukupi, kapabel dan kompeten, tetapi tanpa adanya fasilitas pendukung (sarana dan prasarana) maka implementasi kebijakan tersebut tidak akan berhasil.

3. Disposisi atau Sikap

Salah satu faktor yang memengaruhi efektifitas implementasi kebijakan adalah sikap implementor. Jika implementor setuju dengan bagian-bagian isi dari kebijakan maka mereka akan melaksanakan dengan senang hati tetapi jika pandangan mereka berbeda dengan pembuat kebijakan maka proses implementasi akan mengalami banyak masalah.

Menurut Edward III dalam Winarno (2005:142-143) mengemukakan kecenderungan-kecenderungan atau disposisi merupakan salah-satu faktor yang mempunyai konsekuensi penting bagi implementasi kebijakan yang efektif". Jika para pelaksana mempunyai kecenderungan atau sikap positif atau adanya dukungan terhadap implementasi kebijakan maka terdapat kemungkinan yang besar implementasi kebijakan akan terlaksana sesuai dengan keputusan awal.

Demikian sebaliknya, jika para pelaksana bersikap negatif atau menolak terhadap implementasi kebijakan karena konflik kepentingan maka implementasi kebijakan akan menghadapi kendala yang serius. Bentuk penolakan dapat bermacam-macam seperti yang dikemukakan

Edward III tentang "zona ketidakacuhan" dimana para pelaksana kebijakan melalui keleluasaanya (diskresi) dengan cara yang halus menghambat implementasi kebijakan dengan cara mengacuhkan, menunda dan tindakan penghambatan lainnya.

Menurut pendapat Van Metter dan Van Horn dalam Agustinus (2006:162):

”Sikap penerimaan atau penolakan dari agen pelaksana kebijakan sangat mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan publik. Hal ini sangat mungkin terjadi karena kebijakan yang dilaksanakan bukanlah hasil formulasi warga setempat yang mengenal betul permasalahan dan persoalan yang mereka rasakan. Tetapi kebijakan publik biasanya bersifat *top down* yang sangat mungkin para pengambil keputusan tidak mengetahui bahkan tak mampu menyentuh kebutuhan, keinginan atau permasalahan yang harus diselesaikan”.

Faktor-faktor yang menjadi perhatian Edward III dalam Agustinus (2006:159-160) mengenai disposisi dalam implementasi kebijakan terdiri dari:

a) Pengangkatan birokrasi

Disposisi atau sikap pelaksana akan menimbulkan hambatan-hambatan yang nyata terhadap implementasi kebijakan bila personel yang ada tidak melaksanakan kebijakan yang diinginkan oleh pejabat-pejabat yang lebih atas. Karena itu, pengangkatan dan pemilihan personel pelaksana kebijakan haruslah orang-orang yang memiliki dedikasi pada kebijakan yang telah ditetapkan, lebih khusus lagi pada kepentingan warga masyarakat.

b) Insentif

Salah-satu teknik yang disarankan untuk mengatasi masalah sikap para pelaksana kebijakan dengan memanipulasi insentif. Pada dasarnya orang bergerak berdasarkan kepentingan dirinya sendiri, maka memanipulasi insentif oleh para pembuat kebijakan mempengaruhi tindakan para pelaksana kebijakan. Dengan cara menambah keuntungan atau biaya tertentu mungkin akan menjadi faktor pendorong yang membuat para pelaksana menjalankan

perintah dengan baik. Hal ini dilakukan sebagai upaya memenuhi kepentingan pribadi atau organisasi.

4. Struktur birokrasi

Membahas badan pelaksana suatu kebijakan, tidak dapat dilepaskan dari struktur birokrasi. Struktur birokrasi adalah karakteristik, norma-norma, dan pola-pola hubungan yang terjadi berulang-ulang dalam badan-badan eksekutif yang mempunyai hubungan baik potensial maupun nyata dengan apa yang mereka miliki dalam menjalankan kebijakan.

Birokrasi merupakan salah-satu institusi yang paling sering bahkan secara keseluruhan menjadi pelaksana kegiatan. Keberadaan birokrasi tidak hanya dalam struktur pemerintah, tetapi juga ada dalam organisasi-organisasi swasta, institusi pendidikan dan sebagainya. Bahkan dalam kasus-kasus tertentu birokrasi diciptakan hanya untuk menjalankan suatu kebijakan tertentu. Ripley dan Franklin dalam Winarno (2005:149-160) mengidentifikasi enam karakteristik birokrasi sebagai hasil pengamatan terhadap birokrasi di Amerika Serikat, yaitu:

- a) Birokrasi diciptakan sebagai instrumen dalam menangani keperluan keperluan publik (*public affair*).
- b) Birokrasi merupakan institusi yang dominan dalam implementasi kebijakan publik yang mempunyai kepentingan yang berbeda-beda dalam setiap hierarkinya.
- c) Birokrasi mempunyai sejumlah tujuan yang berbeda.
- d) Fungsi birokrasi berada dalam lingkungan yang kompleks dan luas.
- e) Birokrasi mempunyai naluri bertahan hidup yang tinggi dengan begitu jarang ditemukan birokrasi yang mati.

- f) Birokrasi bukan kekuatan yang netral dan tidak dalam kendali penuh dari pihak luar.

Implementasi kebijakan yang bersifat kompleks menuntut adanya kerjasama banyak pihak. Ketika struktur birokrasi tidak kondusif terhadap implementasi suatu kebijakan, maka hal ini akan menyebabkan ketidakefektifan dan menghambat jalanya pelaksanaan kebijakan. Berdasarkan penjelasan di atas, maka memahami struktur birokrasi merupakan faktor yang fundamental untuk mengkaji implementasi kebijakan publik. Menurut Edwards III dalam Winarno (2005:150) terdapat dua karakteristik utama dari birokrasi yakni: "*Standard Operational Procedure* (SOP) dan fragmentasi".

"*Standard operational procedure* (SOP) merupakan perkembangan dari tuntutan internal akan kepastian waktu, sumber daya serta kebutuhan penyeragaman dalam organisasi kerja yang kompleks dan luas". (Winarno, 2005:150). Ukuran dasar SOP atau prosedur kerja ini biasa digunakan untuk menanggulangi keadaan-keadaan umum diberbagai sektor publik dan swasta.

Dengan menggunakan SOP, para pelaksana dapat mengoptimalkan waktu yang tersedia dan dapat berfungsi untuk menyeragamkan tindakan-tindakan pejabat dalam organisasi yang kompleks dan tersebar luas, sehingga dapat menimbulkan fleksibilitas yang besar dan kesamaan yang besar dalam penerapan peraturan.

Berdasarkan hasil penelitian Edward III yang dirangkum oleh Winarno (2005:152) menjelaskan bahwa:

SOP sangat mungkin dapat menjadi kendala bagi implementasi kebijakan baru yang membutuhkan cara-cara kerja baru atau tipe-tipe personil baru untuk melaksanakan kebijakan-kebijakan. Dengan begitu, semakin besar kebijakan

membutuhkan perubahan dalam cara-cara yang lazim dalam suatu organisasi, semakin besar pula probabilitas SOP menghambat implementasi.

Namun demikian, di samping menghambat implementasi kebijakan SOP juga mempunyai manfaat. Organisasi-organisasi dengan prosedur-prosedur perencanaan yang luwes dan kontrol yang besar atas program yang bersifat fleksibel mungkin lebih dapat menyesuaikan tanggung jawab yang baru daripada birokrasi-birokrasi tanpa mempunyai ciri-ciri seperti ini.

Sifat kedua dari struktur birokrasi yang berpengaruh dalam pelaksanaan kebijakan adalah fragmentasi. Edward III dalam Winarno (2005:155) menjelaskan bahwa "fragmentasi merupakan penyebaran tanggung jawab suatu kebijakan kepada beberapa badan yang berbeda sehingga memerlukan koordinasi". Pada umumnya, semakin besar koordinasi yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan, semakin berkurang kemungkinan keberhasilan program atau kebijakan.

Fragmentasi mengakibatkan pandangan-pandangan yang sempit dari banyak lembaga birokrasi. Hal ini akan menimbulkan konsekuensi pokok yang merugikan bagi keberhasilan implementasi kebijakan. Berikut hambatan-hambatan yang terjadi dalam fragmentasi birokrasi berhubungan dengan implementasi kebijakan publik (Budi Winarno,2005:153-154):

Pertama, tidak ada otoritas yang kuat dalam implementasi kebijakan karena terpecahnya fungsi-fungsi tertentu ke dalam lembaga atau badan yang berbeda-beda. Di samping itu, masing-masing badan mempunyai yurisdiksi yang terbatas atas suatu bidang, maka tugas-tugas yang penting mungkin akan terlantarkan dalam berbagai agenda birokrasi yang menumpuk.

Kedua, pandangan yang sempit dari badan yang mungkin juga akan menghambat perubahan. Jika suatu badan mempunyai fleksibilitas yang rendah dalam misimisinya, maka badan itu akan berusaha mempertahankan esensinya dan besar kemungkinan akan menentang kebijakan-kebijakan baru yang membutuhkan perubahan.

Merilee S. Grindle dalam Ismail Nawawi (2009) mengatakan bahwa implementasi : Merupakan proses umum tindakan administratif yang dapat diteliti pada tingkat program tertentu. Grindle menambahkan bahwa proses implementasi baru akan dimulai apabila tujuan dan sasaran telah ditetapkan, program kegiatan telah tersusun dan dana telah siap dan telah disalurkan untuk mencapai sasaran. Memahami apa yang senyatanya terjadi sesudah suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan merupakan fokus perhatian implementasi kebijaksanaan, yakni kejadian-kejadian dan kegiatan-kegiatan yang timbul sesudah disahkannya pedoman-pedoman kebijaksanaan Negara yang mencakup baik usaha-usaha untuk mengadministrasikannya maupun untuk menimbulkan akibat atau dampak nyata pada masyarakat atau kejadian-kejadian.

Implementasi kebanyakan akan berhasil apabila perubahan yang dikehendaki relative sedikit, sementara kesepakatan terhadap tujuan, terutama mereka yang mengoperasikan program di lapangan relatif tinggi. Hal ini dikemukakan oleh Mazmanian dan Sabatier dalam Ismail Nawawi (2009) bahwa jalan yang menghubungkan antara kebijaksanaan dan prestasi kerja dipisahkan oleh sejumlah variable bebas (independent variable) yang saling berkaitan.

Variabel-variable bebas itu adalah :

- a. Ukuran dan tujuan kebijakan
- b. Sumberdaya

- c. Karakteristik agen pelaksana
- d. Sikap/kecenderungan (disposition) para pelaksana
- e. Komunikasi antarorganisasi dan aktivitas pelaksana
- f. Kondisi sosial, ekonomi dan politik

Berdasarkan penjelasan akan konsep implementasi di atas, maka penelitian ini berlandaskan pada satu acuan teori dari beberapa teori implementasi kebijakan yang telah dikemukakan oleh beberapa pakar implementasi kebijakan di atas. Grindle memperkenalkan model implementasi sebagai proses politik dan administrasi.

Grindle Menyatakan, implementasi merupakan proses umum tindakan administratif yang dapat diteliti pada tingkat program tertentu. Grindle menambahkan bahwa proses implementasi baru akan dimulai apabila tujuan dan sasaran telah ditetapkan, program kegiatan telah tersusun dan dana telah siap dan telah di salurkan untuk mencapai sasaran. Grindle menyatakan, implementasi merupakan proses umum tindakan administratif yang dapat diteliti pada tingkat program tertentu. Grindle menambahkan bahwa proses implementasi baru akan dimulai apabila tujuan dan sasaran telah ditetapkan, program kegiatan telah tersusun dan dana telah siap dan telah disalurkan untuk mencapai sasaran.

Dalam proses implementasi suatu kebijakan, dipengaruhi oleh konten atau isi dan konteks kebijakan.

- a. Isi kebijakan
 1. Kepentingan yang dipengaruhi, bahwa setiap kebijakan yang akan diambil akan mempertimbangkan dampak terhadap aktivitas politik yang distimulasi oleh proses pengambilan keputusan.
 2. Tipe manfaat, bahwa program yang memberikan manfaat secara kolektif akan dapat mendapatkan dukungan dalam implementasinya dan sebaliknya.

3. Derajat perubahan yang diharapkan, bahwa program yang di tetapkan yang mengharapkan akan adanya sedikit perubahan perilaku di masyarakat akan mudah untuk diimplementasikan, tetapi untuk program yang mengharapkan adanya perubahan yang mendasar di masyarakat dalam jangka panjang akan sulit untuk diimplementasikan.
 4. Letak pengambilan keputusan, bahwa setiap keputusan akan mempertimbangkan dimana keputusan tersebut akan diambil, misalnya di tingkat Departemen (pemerintah pusat) atau ditingkat Dinas (pemerintahan daerah), dan akan berdampak pada tingkat implementasi dari kebijakan tersebut.
 5. Pelaksana program, bahwa keputusan yang dibuat dalam tahapan formulasi kebijakan akan mengindikasikan siapa yang akan ditugaskan untuk melaksanakan berbagai macam program, dan keputusan itu juga akan mempengaruhi bagaimana kebijakan tersebut akan dicapai.
 6. Sumber daya yang dilibatkan, bahwa setiap keputusan yang diambil akan berakibat pada pemenuhan sumber daya yan dibutuhkan untuk mengimplementasikan program yang telah ditetapkan.
- b. Konteks kebijakan
1. Kekuasaan, kepentingan dan strategi aktor yang terlibat, bahwa mereka yang akan mengimplementasikan program mungkin akan mencakup partisipasi tingkat pemerintah pusat dan pemerrintahan daerah, baik itu kalangan birokrat, pengusaha maupun masyarakat umum. Keseluruhan aktor tersebut mungkin secara intensif ataupun tidak, tergantung konten dari program dan strukturnya dimana kebijakan tersebut dilaksanakan. Mereka ikut terlibat dalam implementasi program, dan setiap masing-masing aktor memiliki kepentingan

tertentu terhadap program tersebut dan mereka berusaha mencapainya dengan membuat ketentuan-ketentuan dalam prosedur alokasinya.

2. Karakteristik lembaga dan penguasa, bahwa apa yang diimplementasikan mungkin merupakan hasil dari perhitungan politik dari kepentingan dan persaingan antar kelompok untuk mendapatkan sumber daya yang terbatas, respon dari petugas yang mengimplementasikan, dan tindakan-tindakan elit politik, semuanya berinteraksi dalam konteks kelembagaan masing-masing. Analisis atas implementasi dari program yang spesifik dalam interaksinya akan mempertimbangkan penilaian kapabilitas kekuasaan dari para aktor, kepentingan-kepentingannya, dan strategi untuk mencapainya, serta karakteristik dari penguasa.
3. Kepatuhan dan daya tanggap, bahwa dalam upanyanya untuk mencapai tujuan, birokrat berhadapan dengan dua masalah yang timbul dari interaksi antara lingkungan program dan administrasi program. Yang pertama, birokrat harus berhadapan dengan masalah yang berkaitan dengan bagaimana menjaga ketaatan agar hasil akhir dari kebijakan dapat dicapai walaupun mereka harus menangani berbagai interaksi diantara aktor yang berkepentingan dalam implementasi kebijakan tersebut. Yang kedua, bagaimana responsivitas dari birokrat terhadap keinginan-keinginan dari mereka yang akan menerima manfaat dari pelayanan yang diberikannya agar tujuan kebijakan dan program dapat tercapai. Agar efektif, maka implementor harus memiliki keahlian dalam seni berpolitik dan harus memahami dengan baik lingkungan dimana mereka akan merealisasikan kebijakan publik dan program-programnya.

B. Konsep Kesehatan Gratis

1. Definisi Kesehatan

Istilah kesehatan dalam kehidupan sehari-hari sering dipakai untuk menyatakan bahwa sesuatu dapat bekerja secara normal. Bahkan benda mati pun seperti kendaraan bermotor atau mesin, jika dapat berfungsi secara normal, maka seringkali oleh pemiliknya dikatakan bahwa kendaraannya dalam kondisi sehat.

Kebanyakan orang mengatakan sehat jika badannya merasa segar dan nyaman. Bahkan seorang dokterpun akan menyatakan pasiennya sehat manakala menurut hasil pemeriksaan yang dilakukannya mendapatkan seluruh tubuh pasien berfungsi secara normal. Berikut pengertian beberapa ahli mengenai kesehatan.

Menurut **World Health Organization (1974)**, Kesehatan adalah :

“a state of complete physical, mental, and social well being and not merely the absence of illness or indemnity. (sesuatu keadaan yang sejahtera menyeluruh baik fisik, mental, dan social dan tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan).”

Kesehatan Menurut **Depkes RI**:

“Konsep sehat dan sakit sesungguhnya tidak terlalu mutlak dan universal karena ada faktor -faktor lain di luar kenyataan klinis yang mempengaruhinya terutama faktor sosial budaya. Kedua pengertian saling mempengaruhi dan pengertian yang satu hanya dapat dipahami dalam konteks pengertian yang lain. Banyak ahli filsafat, biologi, antropologi, sosiologi, kedokteran, dan lain-lain bidang ilmu pengetahuan telah mencoba memberikan pengertian tentang konsep sehat dan sakit ditinjau dari masing-masing disiplin ilmu. Masalah sehat dan

sakit merupakan proses yang berkaitan dengan kemampuan atau ketidakmampuan manusia beradaptasi dengan lingkungan baik secara biologis, psikologis maupun sosio budaya.”

UU No.23 Tahun 1992 tentang Kesehatan menyatakan bahwa :

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Dalam pengertian ini maka kesehatan harus dilihat sebagai satu kesatuan yang utuh terdiri dari unsur-unsur fisik, mental dan sosial dan di dalamnya kesehatan jiwa merupakan bagian integral kesehatan.

2. Definisi Kesehatan Gratis

Kesehatan gratis adalah salah satu program yang dicanangkan oleh Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kota/Kabupaten guna membebaskan atau meringankan biaya kesehatan bagi penderita penyakit di Sulawesi Selatan. Salah satu janji yang paling dinantikan oleh masyarakat Sulawesi Selatan adalah tentang kesehatan gratis.

Janji tersebut memang menjadi program andalan sehingga bisa memenangkan pemilihan gubernur Sulawesi Selatan periode 2008 - 2013. Kesehatan gratis di Sulawesi Selatan merupakan program prioritas Gubernur Sulawesi Selatan periode 2008-2013.

Program ini merupakan janji Gubernur terpilih saat PILKADA 2008 yang harus diimplementasikan selama periode kepemimpinannya. Implementasi tersebut telah dituangkan dalam Peraturan Gubernur Sulawesi Selatan Nomor 13 Tahun 2008 Tentang Pelayanan Kesehatan Gratis.

Tujuan umum program pelayanan gratis ini adalah untuk meningkatkan akses, pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan. Sedangkan tujuan khusus

adalah meringankan beban pembiayaan masyarakat, meningkatkan cakupan pelayanan, pola jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat. Adapun azas pelayanan kesehatan gratis ini yaitu TATICCA , pelayanan terstruktur dan berjenjang, kendali mutu dan biaya.

Program kesehatan gratis memiliki prinsip pelaksanaan subsidi silang yaitu wujud tanggung jawab bersama pemerintah provinsi, kabupaten/kota. Peserta dalam program ini adalah masyarakat yang belum mendapatkan jaminan pemeliharaan kesehatandan program lain, ditetapkan dengan keputusanBupati/Walikota dalam bentuk kartu peserta.

a. Hak Pemegang Kartu Peserta:

a) Jenis Pelayanan:

- Rawat jalan : Tingkat Pertama dan Tingkat Lanjutan
- Rawat Inap : Tingkat Pertama dan Tingkat Lanjutan
- Pelayanan Gawat Darurat

b) Tempat Pelayanan:

- Puskesmas dan jaringannya
- Rumah sakit Pemerintah, Provinsi, Kabupaten/Kota
- Puskesmas perawatan
- Rumah sakit (Kelas III) Pemerintah, Provinsi, Kabupaten/Kota

b. Obat dan Pelayanan Khusus:

a) Pelayanan Obat:

Pengadaan dan pendistribusian dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kab/Kota untuk Puskesmas dan jaringannya.

b) Pelayanan khusus dengan diagnosa/proseduryang belum tercantum dalam ketentuan:

Direktur RS/Kep. Balai memberikan keputusan tertulis tentang pertimbangan dan saran komite medik rumah sakit.

Departemen Kesehatan mempersiapkan Rancangan Undang-Undang SKN (Sistem Kesehatan Nasional). RUU ini akan menjadi acuan bagi peraturan kesehatan di Indonesia. Sebelumnya, SKN yang lama yaitu UU no.23 tahun 1992. “Tetapi untuk lebih menyempurnakan, maka dibuatlah UU SKN yang baru,” kata Menteri Kesehatan Achmad Sujudi, dalam jumpa persnya di kantornya, Kamis (31/7).

SKN ini merupakan acuan bagi upaya-upaya peningkatan kesehatan. Menurut Sujudi, nantinya akan ada UU kesehatan lain yang mengacu pada UU SKN baru. Misalnya UU tentang narkotika atau UU tentang obat yang kesemuanya menginduk pada UU SKN.

Saat ini RUU SKN masih berupa rancangan. Rancangan tersebut baru dari sektor kesehatan. “Tentunya nanti akan diikutsertakan dari sektor-sektor yang lain,” ujarnya. Diharapkan, UU SKN tersebut dapat diselesaikan dengan cepat sehingga tahun ini pula mudah-mudahan bisa mulai dijalankan. “Lebih cepat lebih bagus,” katanya.

Sujudi menjelaskan upaya sosialisasi UU SKN ini karena penegakan hukumnya akan menumbuhkan kesadaran masyarakat. Mengenai substansinya, Sujudi menjelaskan beberapa poin yang dijabarkan dalam UU SKN tersebut. Yaitu masalah sub sistemnya, baik perorangan maupun masyarakat. Kemudian masalah pembiayaannya. Lalu masalah pemberdayaan masyarakat dan perannya dalam SKN.

Peran masyarakat dalam SKN meliputi tiga hal, yaitu ikut memberikan pelayanan kesehatan, ikut memberikan advokasi untuk kesehatan, ikut

mengawasi pelayanan masyarakat dengan menggunakan potensi yang dimilikinya. Kemudian mengenai masalah sumber daya kesehatan. Dan selanjutnya adalah soal manajemen SKN. Diharapkan pembangunan kesehatan dapat terlaksana dengan baik sehingga dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

3. Daftar Pengobatan Kesehatan Gratis

Pelayanan kesehatan gratis di Puskesmas Kota Makassar berdasarkan keputusan Walikota Makassar nomor 660/732/32/Kep/IX/2009 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Makassar Nomor 7 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Kesehatan di Kota Makassar

- a. Pelayanan kesehatan dasar bagi penduduk kota di puskesmas dan jaringannya dibebaskan dari biaya pelayanan meliputi:
 - a) Pelayanan rawat inap persalinan dan rawat inap umum
 - b) Pemeriksaan dokter, pengobatan dan konsultasi kesehatan
 - c) Pelayanan laboratorium:
 - Pemeriksaan darah rutin
 - Pemeriksaan urin rutin
 - Pemeriksaan tinja
 - Pemeriksaan sputum
 - Pemeriksaan malaria/DDR
 - Pemeriksaan widal
 - Pemeriksaan golongan darah
 - Pemeriksaan kehamilan
 - d) Tindakan medik dasar:

- 1) Tindakan medik umum meliputi jahit luka, ganti verband, cros insisi, insisi abses, ekstraksi corpu salieum
 - 2) Tindakan medik gigi mulut dasar
 - Pencabutan gigi dewasa dan anak-anak
 - Tumpatan tetap dan tumpatan sementara
 - Insisi abses dan pembersihan karang gigi manual
- e) Pelayanan dasar KIA dan KB:
- Pelayanan ibu hamil (*antenatal care*), *Post Natal Care (PNC)*
 - Pelayanan imunisasi
 - Pelayanan KB: suntik,pil
 - Perawatan tali pusat dan payudara
 - Tindik telinga
- f) Surat Keterangan Lahir
- g) Surat Keterangan Sakit
- h) Surat Keterangan Kematian
- b. Persyaratan
- 1) Pelayanan Kesehatan Dasar
 - Penduduk Kota Makassar
 - KTP/KK
 - 2) Pelayanan Kesehatan Lanjutan
 - Surat rujukan dari puskesmas
 - KTP/KK
 - Rujukan berjenjang mulai dari RS tipe C-B-A

c. Persediaan

- a) Ibu yang belum memiliki anak berhak mendapatkan 2 kali pelayanan persalinan gratis
- b) Ibu yang sudah memiliki 2 anak berhak mendapatkan 1 kali pelayanan persalinan gratis
- c) Setiap pelayanan diwajibkan memeriksakan kehamilan mulai K1 sampai K4, dan diwajibkan mengikuti program KB
- d) Setiap ibu melahirkan wajib memberikan ASI selama 6 bulan (ASI Eksklusif) kecuali ada indikasi medis lain

4. Dasar Hukum Kesehatan Gratis

Beberapa dasar hukum yang melatarbelangi pelaksanaan program Kesehatan Gratis di Sulawesi Selatan, antara lain :

- a) Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- b) Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah.
- c) Peraturan Daerah Provinsi Sulsel Nomor 2 Tahun 2009 tentang Kerja Sama Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Gratis.
- d) Pergub Sulsel Nomor 13 Tahun 2008 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Gratis Di Provinsi Sulsel.
- e) Perda Kota Makassar Nomor 7 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Kesehatan Di Kota Makassar.

5. Sasaran Kesehatan Gratis

Sasaran program pelayanan kesehatan gratis Menurut Pergub Sulsel Nomor 13 Tahun 2008 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Gratis Di Provinsi Sulsel. Pada Bab II Tujuan dan Sasaran Bagian Kedua sasaran pasal 4 adalah seluruh penduduk Sulawesi Selatan yang

mempunyai identitas (KTP/Kartu Keluarga), tidak termasuk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya.

Sasaran atau peserta yang akan mendapatkan layanan kesehatan gratis melalui pembagian kartu anggota dilakukan melalui pendataan sasaran, registrasi peserta, dan penetapan oleh Bupati Atau Walikota. Pendataan sasaran dilakukan secara berjenjang, mulai dari tingkat Desa/ Kelurahan yang dilakukan oleh tim Desa/ Kelurahan selanjutnya dilaporkan ke tingkat Kecamatan, untuk dilakukan rekapitulasi (Pasal 10 Pergub Nomor 13 Tahun 2008).

6. Tujuan Kesehatan Gratis

Program kesehatan gratis yang dilaksanakan oleh pemerintah provinsi sulsel yang bertujuan (goal) untuk meningkatkan (improve) akses guna tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang optimal dan meningkatkan kualitas dan pemerataan untuk mendapatkan pelayanan yang meringankan beban penduduk dalam pembiayaan pelayanan (Pasal 3 Perda Nomor 2 Tahun 2009).

Tujuan pelayanan kesehatan gratis juga diperkuat lagi dalam Pasal 2 dan Pasal 3 Pergub Nomor 13 Tahun 2008 sebagai bentuk peraturan pelaksanaan, yang terdiri atas tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum pelaksanaan pelayanan kesehatan gratis adalah meningkatnya akses pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh penduduk Sulawesi Selatan guna tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Sementara tujuan khusus dari pelaksanaan pelayanan kesehatan gratis adalah:

- a. Membantu dan meringankan beban masyarakat dalam pembiayaan pelayanan kesehatan.
- b. Meningkatnya cakupan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya di rumah sakit milik pemerintah dan pemerintah daerah di wilayah Sulawesi Selatan.
- c. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat Sulawesi Selatan.
- d. Meningkatnya pemerataan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Sulawesi Selatan.
- e. Terselenggaranya pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat dengan pola jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat di Sulawesi Selatan.

7. Komponen Kesehatan Gratis Tiap Puskesmas

Komponen yang dibiayai kesehatan gratis pemerintah Sulawesi Selatan adalah Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Untuk mengoptimalkan program tersebut, pemerintah menyiapkan dana Rp 46.000.000.000,00. Anggaran sebesar itu diperuntukkan bagi 76,4 juta warga miskin di seluruh Indonesia, khusus di Sulsel. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulsel, jumlah penduduk miskin saat ini mencapai 2.523.277 jiwa. Mereka tersebar pada 23 kabupaten/kota di Sulsel.

Dinas Kesehatan Sulawesi Selatan menargetkan sebanyak 4.298.100 masyarakat di Sulawesi Selatan masuk dalam daftar kesehatan gratis. Berdasarkan pengalaman penanganan kesehatan di Sulsel menyebutkan, dari data 4,2 juta lebih penduduk yang tidak masuk dalam klien asuransi kesehatan ini, setiap tahunnya sekira 25-30 persen di antara mereka sakit. Dinas Kesehatan mengasumsikan bahwa setiap tahun jumlah masyarakat yang dibiayai dalam

program kesehatan gratis setiap tahun sebanyak 1,5 juta hingga 2 juta orang. Anggaran yang dibutuhkan untuk setengah tahun terakhir ini sekira Rp 40 miliar hingga Rp 50 miliar. Dananya ditanggung oleh Pemprov Sulawesi Selatan dan masing-masing pemkab/pemkot se – Sulawesi Selatan. Dana pelayanan kesehatan masyarakat miskin di Puskesmas dan jaringannya disalurkan langsung ke Puskesmas, sedangkan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dikelola Departemen Kesehatan dan pembayaran ke PPK langsung melalui kas negara. Penyaluran dana ini tetap dalam kerangka penjaminan kesehatan bagi penduduk miskin yang tidak terpisahkan sebagai kerangka jaringan dalam subsistem pelayanan yang seiring dengan subsistem pembiayaannya.

Jumlah penduduk Sulawesi Selatan tahun 2008 sebesar 7,5 juta jiwa, jumlah penduduk yang memiliki jaminan kesehatan, baik Askes, Jamsostek maupun Jamkesmas sebanyak 3,1 juta jiwa, sementara sisanya yakni sebanyak 4,4 juta jiwa, inilah yang kemudian ditanggung oleh pemerintah daerah melalui jaminan pemeliharaan kesehatan daerah yang merupakan wujud dari pelayanan kesehatan gratis yang dilakukan di Sulawesi Selatan. Selanjutnya dari Indikator Indonesia Sehat tentang Jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam Prabayar ditargetkan pemerintah Pusat sebesar 60 % di tahun 2008, dengan adanya program pelayanan gratis ini, target tersebut justru telah terlewati yakni sebesar 67,77 % atau mengalami peningkatan sebesar 7,8 %. Data inilah kemudian semakin menguatkan bahwa pelayanan kesehatan gratis menunjang program Jamkesmas.

Komitmen pemerintah Sulawesi Selatan untuk mensukseskan pelayanan kesehatan gratis ini dapat dilihat dari besarnya anggaran yang di alokasikan, dimana pada tahun 2008 anggaran yang disiapkan untuk itu sebesar Rp. 81,8

000.000.000,00. Pada tahun 2009 alokasi anggaran untuk Kabupaten dan Kota sebesar 30,4 Milyar dengan asumsi 40% bersumber dari propinsi dan 70% bersumber dari Kabupaten dan kota masing-masing. Dana kesehatan Pemerintah Kota Makassar untuk layanan program kesehatan gratis pada tahun 2011 mencapai Rp38,7 miliar. "Alokasi anggaran kesehatan gratis ini merupakan dana sharing APBD Kota Makassar sebesar 60 persen dan APBD Provinsi Sulawesi Selatan 40 persen," kata Kadis Kesehatan Makassar dr Naisyah tun Asikin, sementara itu besaran anggaran untuk Rumah Sakit Provinsi, Rumah Sakit Regional dan Balai Kesehatan mencapai angka 85,9 Milyar Rupiah.

C. Konsep Puskesmas

a. Pengertian Puskesmas

Puskesmas adalah pusat pengembangan pembinaan, dan pelayanan sekaligus merupakan pos pelayanan terdepan dalam pelayanan pembangunan kesehatan masyarakat yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan pada masyarakat yang bertempat tinggal dalam wilayah tertentu (Depkes RI, 2001).

b. Kedudukan dan Fungsi Puskesmas

1. Kedudukan

- a. Kedudukan dalam bidang administrasi, Puskesmas merupakan perangkat Pemda/Kota dan tanggung jawab langsung baik secara teknis medis maupun secara administratif kepada dinas kesehatan kota.
- b. Dalam hirarki pelayanan kesehatan, sesuai SKN maka Puskesmas berkedudukan pada tingkat fasilitas kesehatan pertama.

2. Fungsi

- a. Sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.

- b. Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat.
- c. Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

Untuk melakukan fungsi tersebut Puskesmas melakukan kegiatan:

- a. Perencanaan program kesehatan di wilayahnya.
 - b. Pergerakan pelaksanaan kegiatan.
 - c. Pengawasan, pengendalian dan penelitian kegiatan.
3. Upaya Pelayanan Kesehatan Puskesmas

Dalam SKN disebutkan bahwa upaya pelayanan kesehatan dilaksanakan dan dikembangkan berdasarkan suatu bentuk atau pola upaya pelayanan kesehatan Puskesmas, peran serta masyarakat dan rujukan upaya kesehatan. Pelayanan kesehatan melalui Puskesmas di kecamatan merupakan upaya menyeluruh dan terpadu, yang paling dekat dengan masyarakat, pengembangan pemulihan. Pembinaan, pengembangan dengan pelayanan Puskesmas diselenggarakan melalui 18 kegiatan kelompok.

Adapun program kesehatan dasar adalah minimal yang harus dilaksanakan setiap Puskesmas yang berkemas dalam Basic six yaitu :

- a. Promosi Kesehatan (Promkes)
- b. Kesehatan lingkungan (Kesling)
- c. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) termasuk KB
- d. Perbaikan Gizi
- e. Pemberantasan penyakit menular (P2M)
- f. Pengobatan

c. Stratifikasi Puskesmas

Stratifikasi Puskesmas adalah upaya untuk melaksanakan penilaian prestasi kerja Puskesmas, dalam rangka perkembangan fungsi Puskesmas, sehingga pembinaan dalam rangka perkembangan fungsi Puskesmas dapat dilaksanakan lebih terarah. Hal ini dapat menimbulkan gairah kerja, rasa tanggung jawab dan kreatifitas kerja yang dinamis melalui perkembangan falsafah mawas diri.

Ruang lingkup stratifikasi Puskesmas dikelompokkan dalam empat aspek yaitu:

- a. Hasil kegiatan Puskesmas dalam bentuk cakupan masing-masing kegiatan
- b. Hasil dan cara pelaksanaan manajemen kesehatan
- c. Sumber daya yang tersedia di Puskesmas
- d. Keadaan lingkungan yang mempengaruhi pencapaian hasil kegiatan Puskesmas.

D. Kerangka Teori

Dengan adanya penerapan Sistem Manajemen Mutu ISO 9001:2008 di Puskesmas Batua diharapkan mampu memberikan dampak positif terhadap kualitas pelayanan dalam implementasi dari kebijakan kesehatan gratis.

Secara garis besar, Implementasi merupakan setiap kegiatan yang dilakukan menurut rencana untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Upaya untuk memahami adanya perbedaan antara yang diharapkan dengan fakta yang telah terjadi dan menimbulkan kesadaran mengenai pentingnya suatu pelaksanaan.

Implementasi kebijakan kesehatan gratis ini dalam teori George C. Edward III dalam Ismail Nawawi (2009) dipengaruhi oleh komunikasi, sumber daya, disposisi atau sikap, dan struktur birokrasi.

- a) Komunikasi yaitu merupakan salah-satu variabel penting yang mempengaruhi implementasi kebijakan publik, komunikasi sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dari implementasi kebijakan publik”. Implementasi yang efektif akan terlaksana, jika para pembuat keputusan mengetahui mengenai apa yang akan mereka kerjakan. Informasi yang diketahui para pengambil keputusan hanya bisa didapat melalui komunikasi yang baik.
- b) Sumber daya diposisikan sebagai *input* dalam organisasi sebagai suatu sistem yang mempunyai implikasi yang bersifat ekonomis dan teknologis. Secara ekonomis, sumber daya bertalian dengan biaya atau pengorbanan langsung yang dikeluarkan oleh organisasi yang merefleksikan nilai atau kegunaan potensial dalam transformasinya ke dalam *output*.
- c) Menurut Edward III dalam Winarno (2005:142-143) mengemukakan kecenderungan-kecenderungan atau disposisi merupakan salah-satu faktor yang mempunyai konsekuensi penting bagi implementasi kebijakan yang efektif”. Jika para pelaksana mempunyai kecenderungan atau sikap positif atau adanya dukungan terhadap implementasi kebijakan maka terdapat kemungkinan yang besar implementasi kebijakan akan terlaksana sesuai dengan keputusan awal.
- d) Membahas badan pelaksana suatu kebijakan, tidak dapat dilepaskan dari struktur birokrasi. Struktur birokrasi adalah karakteristik, norma-norma, dan pola-pola hubungan yang terjadi berulang-ulang dalam badan-badan eksekutif yang mempunyai hubungan baik potensial maupun nyata dengan apa yang mereka miliki dalam menjalankan kebijakan.

Gambar 2.1

Model Implementasi George C. Edward dalam Ismail Nawawi (2009)

