

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PROGRAM  
JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT ( JAMKESMAS )  
DI KECAMATAN BANYUMANIK SEMARANG**

Argo Baskoro Sasongko, Sri Suwitri.

Administrasi Publik Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik

Universitas Diponegoro

Jl. Prof. H. Soedarto, SH Tembalang Semarang Kotak Pos 1269

**ABSTRAK**

**Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat  
( Jamkesmas ) Di Kecamatan Banyumanik Semarang**

---

Penelitian ini dilatar belakangi oleh adanya salah satu kegiatan pemerintah yang berusaha untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan melalui program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin. Tujuan dari program Jamkesmas ini adalah untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu yang membutuhkan pelayanan kesehatan agar tercapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisa daya tanggap dan sikap masyarakat terhadap implementasi program Jamkesmas di Kecamatan Banyumanik Semarang. Teori yang digunakan sebagai landasan dalam penelitian ini adalah teori implementasi kebijakan dari Merilee S.Grindle dan Daniel A. Mazmanian dan Sabatier. Penelitian ini menggunakan tipe penelitian eksplanatori dengan sample sebanyak 44 responden. Pengujian hipotesis menggunakan rumus Korelasi Rank Kendall dan Konkordasi Kendall.

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh positif dan signifikan antara daya tanggap terhadap implementasi program Jamkesmas, pengaruh sikap masyarakat terhadap implementasi program Jamkesmas juga positif dan signifikan. Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa daya tanggap dan sikap masyarakat mempunyai pengaruh terhadap implementasi program Jamkesmas di Kecamatan Banyumanik Semarang. Diketahui pula dari hasil penelitian bahwa implementasi program Jamkesmas masuk dalam kategori kurang berhasil, karena kurangnya sosialisasi program kepada masyarakat miskin sebagai *target group*. Jadi rekomendasi untuk penelitian ini adalah: 1). Meningkatkan kinerja pelaksanaan program Jamkesmas 2). Meningkatkan frekuensi sosialisasi program Jamkesmas 3). Pengarahan berkelanjutan tentang program Jamkesmas.

Kata kunci : Implementasi, daya tanggap, dan sikap masyarakat.

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Deklarasi Universal hak asasi manusia oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) tahun 1948 dan Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin dan tidak mampu.

Kesehatan merupakan salah satu indikator dalam tingkat kesejahteraan seseorang pada khususnya, dan taraf hidup masyarakat pada umumnya. Sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan mengakibatkan tingkat kesehatan masyarakat Indonesia menjadi rendah. Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor ;

1. Seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan untuk saat ini memang mahal.
2. Peningkatan biaya kesehatan yang disebabkan oleh berbagai faktor seperti perubahan pola penyakit;
3. Perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran *out of pocket*.

4. Tingkat kesehatan yang rendah berpengaruh terhadap rendahnya produktivitas kerja yang pada akhirnya menjadi beban masyarakat dan pemerintah.

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Oleh karena itu, pembangunan kesehatan diarahkan untuk mempertinggi tingkat kesehatan, yang besar artinya bagi pembangunan dan pembinaan sumber daya manusia dan modal bagi pelaksanaan pembangunan yang pada dasarnya adalah pembangunan manusia seutuhnya dan pembangunan seluruh masyarakat Indonesia, merupakan tanggung jawab pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat tersebut.

Berkenaan dengan hal tersebut berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah untuk mencapai Indonesia sehat 2010 dan menjamin akses penduduk, khususnya penduduk miskin, terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas adil dan merata. Pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui pengembangan dan perluasan jaringan pelayanan kesehatan agar berada sedekat mungkin dengan penduduk yang membutuhkan. Salah satunya, adalah melalui program Jaminan pemeliharaan Kesehatan Masyarakat miskin (JPK-MM), yang sudah berjalan mulai tahun 2005 hingga tahun 2008, dengan SK Menkes RI No. 1241/2004 dan SK Menkes RI No. 56/2004. Program ini, merupakan lanjutan dari komitmen pemerintah untuk menyantuni pembiayaan kesehatan keluarga miskin. Program pemeliharaan masyarakat miskin (JPK-MM) ini, merupakan bentuk lain dari

kebijakan pemerintah, dalam pemberian kemudahan bagi masyarakat miskin dalam memperoleh pengobatan dan perawatan kesehatan. Sebelumnya, pemerintah menetapkan program jaringan pengaman sosial bidang kesehatan (JPS-BK) pada tahun 1998-2001, program dampak pengurangan subsidi energi (PDSPE) tahun 2002-2003, program kompensasi bahan bakar minyak (PKPS-BBM) tahun 2003-2004, program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin (JPK-MM) yang berupa Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (ASKESKIN) tahun 2004-2007.

Tujuan dari program Jamkesmas ini, adalah untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan, kepada seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu yang membutuhkan pelayanan kesehatan, agar tercapai tingkat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Sasaran dari program ini, adalah masyarakat miskin dan tidak mampu, yang membutuhkan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya, serta layanan rujukan medis rumah sakit pemerintah dan swasta yang ditunjuk. Kebijakan pemerintah kaitannya dengan pemberian subsidi kesehatan ini banyak memberikan keringanan biaya pengobatan terhadap masyarakat yang tidak mampu, dengan prosedur memberikan pengobatan gratis baik biaya pengobatan, biaya perawatan dan sebagainya. Bagi masyarakat yang mengajukan asuransi kesehatan masyarakat miskin atau Askeskin. Segala penyakit ditangani secara gratis oleh rumah sakit yang ditunjuk pemerintah sebagai pelaksana pelayanan kepada pasien yang mengajukan surat keterangan miskin dengan catatan prosedur pengobatan untuk pasien-pasien tersebut sudah ditentukan oleh pemerintah, antara lain kelas kamar perawatan yaitu kelas 3 dan

obat yang diberikan adalah obat generik. Sebaliknya itu jika pasien memakai kamar dan obat lain dengan harga yang lebih tinggi, yang tidak tercantum dalam paket program pengobatan yang ditetapkan pemerintah, maka pasien tersebut dikenakan biaya tambahan atas kelebihan tersebut.

Pergantian nama dari ASKESKIN menjadi JAMKESMAS adalah keterlibatan PT. ASKES dalam pengelolaannya. Jika dalam ASKESKIN, PT ASKES bertanggungjawab atas pendataan peserta dan pengelolaannya baik keuangan dan program maka dalam JAMKESMAS, PT. ASKES hanya bertindak melegalkan peserta program yang namanya tercantum dalam SK Bupati /Walikota dengan membuat dan mendistribusikan kartu Jamkesmas.

Hal ini dilakukan agar tidak ada kesan bahwa program Jamkesmas ini adalah monopoli dari PT. Askes. BPS Provinsi Jawa Tengah menyajikan bahwa jumlah keluarga miskin di Kecamatan Banyumanik adalah 5.186 KK dari 32.373 KK se Kecamatan Banyumanik Semarang.

Persebaran jumlah warga miskin di Kecamatan Banyumanik Semarang adalah sebagai berikut :

**TABEL 1.1**  
**JUMLAH WARGA MISKIN KELURAHAN SE KECAMATAN BANYUMANIK**  
 ( Data warga miskin : Bappeda 2010, Data Raskin dari BPS 2010, Data Jamkesmas: BPS 2010 )

No	Kelurahan	Jumlah		Jumlah Warga Miskin		Penerima Raskin (KK)	Penerima Jamkesmas	Penerima BLT
		KK	Jiwa	KK	Jiwa			
1	Pudakpayung	5.301	19.711	657	2.462	593	1.228	1.119
2	Gedawang	1.838	5.289	227	883	200	442	444
3	Jabungan	963	2.924	522	1.929	279	980	838
4	Banyumanik	2.698	9.766	558	1.135	244	1.416	666
5	Pedalangan	3.205	10.193	374	1.528	284	1.092	1.481
6	Padangsari	2.513	12.840	280	1.088	131	809	664
7	Srondol Wetan	5.069	19.782	786	3.035	595	1.996	2.193
8	Srondol Kulon	3.112	11.555	324	1.135	451	747	631
9	Sumurboto	2.620	10.152	270	1.118	187	375	565
10	Ngesrep	2.969	14.525	548	2.031	417	1.399	1.082
11	Tinjomoyo	2.085	9.172	640	2.423	496	1.226	1.600
<b>Jumlah</b>		<b>32.373</b>	<b>125.902</b>	<b>5.186</b>	<b>19.769</b>	<b>3.877</b>	<b>11.710</b>	<b>11.283</b>

Sumber: Kecamatan Banyumanik Semarang.

Dari tabel 1.1 tersebut diketahui bahwa jumlah penduduk miskin terbesar di Kecamatan Banyumanik adalah Kelurahan Sronol Wetan ( 786 KK / 3035 Jiwa ) dan yang terkecil adalah Kelurahan Gedawang ( 227 KK / 883 Jiwa ).

Sementara jumlah penerima Jamkesmas terbanyak adalah Kelurahan Sronol Wetan yaitu 1.996 KK. Untuk Kelurahan dengan penerima Jamkesmas terkecil adalah Kelurahan Gedawang yaitu 442 KK. Kecamatan Banyumanik sendiri jumlah penduduknya adalah 32.373 KK / 125.902 Jiwa. Jumlah warga miskinnya adalah 5.186 KK / 19.769 Jiwa.

Kriteria masyarakat miskin / keluarga miskin berdasarkan Badan Pusat Statistik ( BPS ) adalah sebagai berikut :

1. Luas bangunan tempat tinggal kurang dari 8 m<sup>2</sup> per orang
2. Jenis lantai tempat tinggal terbuat dari tanah/bambu/kayu murah
3. Jenis dinding tempat tinggal dari bambu/rumbia/kayu berkualitas rendah / tembok tidak diplester
4. Tidak memiliki fasilitas buang air besar/bersama-sama dengan rumah tangga lain
5. Sumber penerangan rumah tangga tidak memakai listrik
6. Sumber air minum berasal dari sumur/mata air tidak terlindungi/sungai/ air hujan
7. Bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu baka/arang/minyak tanah
8. Hanya mengonsumsi daging/susu/ayam satu kali dalam seminggu
9. Hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun
10. Hanya sanggup makan satu/dua kali dalam sehari
11. Tidak sanggup membayar biaya pengobatan di Puskesmas/Poliklinik

12. Sumber penghasilan kepala keluarga adalah Petani dengan luas lahan 500 m<sup>2</sup>, buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan, dan atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan di bawah Rp. 600.000,- ( Enam Ratus Ribu ) per bulan.

13. Pendidikan tertinggi kepala keluarga : tidak bersekolah/tidak tamat sekolah dasar

14. Tidak memiliki tabungan/barang yang mudah dijual dengan nilai minimal Rp. 500.000 ,- (Lima Ratus Ribu), seperti sepeda motor kredit / non kredit, emas, perak, ternak, kapal motor, atau barang modal lainnya.

( Jika minimal 9 Kriteria tersebut terpenuhi, maka dapat dikategorikan sebagai rumah tangga miskin ).

Keberhasilan implementasi program Jamkesmas ini sangat diharapkan karena program ini berpihak pada masyarakat miskin. Keberhasilan program ini akan membantu masyarakat miskin dalam mengurangi beban hidup dan meningkatkan derajat kesehatan .

Kebijakan mengenai pembatasan kuota tersebut dinilai menyulitkan pihak kelurahan dalam mengalokasikannya, karena pihak kelurahanlah yang bertanggung jawab dalam proses ini. Menurut penuturan ketua RT Spondol Wetan, “ Pihak RT/Kelurahan yang terjun langsung dalam proses pendataan merasa kesulitan dalam penerapan kriteria yang ada, kriteria dari pemerintah pusat tidak bisa murni disamakan untuk setiap daerah, karena tentunya masing-masing daerah mempunyai tingkat kesejahteraan yang berbeda.” Dengan demikian, ketua RT Spondol wetan mengambil kebijakan untuk memasukan keluarga Prasejahtera saja sebagai penerima kartu Jamkesmas, dengan cara mengalokasikan kuota tersebut hanya pada RW yang dinilai lebih banyak KK prasejahteranya yang menjadi prioritas utama. Disini terlihat ketidakadilan bila kebijakan



program Jamkesmas dilakukan dengan sistem pembatasan kuota, padahal seharusnya kebijakan ini ditunjukkan untuk seluruh masyarakat miskin.

Meskipun sebagian besar warga di Kecamatan Banyumanik sudah terdata dan mendapat kartu Askeskin, tetapi tidak sedikit juga dari mereka yang justru tidak pernah memakai kartu tersebut untuk berobat maupun memeriksakan kesehatan mereka

Dari tabel 1.1 dapat diketahui pula perbedaan antara jumlah warga miskin dengan jumlah warga penerima Jamkesmas. Jumlah warga miskin di Kecamatan Banyumanik sebanyak 19.769 jiwa sedangkan penerima Jamkesmas hanya 11.710 jiwa, jadi ada 8.059 jiwa yang tidak mendapat Jamkesmas di Kecamatan Banyumanik Semarang. Perbedaan juga dapat dilihat antara penerima BLT, Raskin, dan Jamkesmas. Padahal sasaran dari ketiga program tersebut adalah sama, yaitu masyarakat miskin dan tidak mampu. Dan data yang digunakan sebagai acuan BLT dan Jamkesmas adalah sama, yaitu data dari BPS. Pada beberapa kelurahan dapat kita lihat bahwa penerima BLT lebih banyak daripada jamkesmas antara lain: kelurahan Gedawang, Srandol Wetan, Sumurboto, dan Tinjomoyo. Dari sini dapat dilihat bahwa ada beberapa warga miskin yang tidak dicantumkan namanya sebagai penerima Jamkesmas. Dan pada 7 kelurahan yang tersisa yaitu Kelurahan Pudak Payung, Jabungan, Banyumanik, Pedalangan, Padangsari, Srandol Kulon, dan Ngesrep justru memiliki jumlah peserta Jamkesmas lebih banyak daripada penerima BLT. Berarti terjadi penggelembungan masyarakat miskin.

Program Jamkesmas ini tidak hanya diharapkan keberhasilan pelaksanaannya saja, namun juga diharapkan mampu menjangkau seluruh warga miskin/ tidak mampu, sehingga program ini bisa dikatakan tepat sasaran. Namun kenyataannya, setelah program ini berjalan ada beberapa permasalahan yang muncul. Masalah yang muncul

adalah mengenai jumlah peserta Jamkesmas dengan jumlah masyarakat miskin yang tercatat di BPS mengalami perbedaan yang cukup signifikan. Sikap kekekurangtahuan masyarakat terhadap program Jamkesmas, dimana masih banyak masyarakat yang belum menyadari sepenuhnya bahwa siapa yang berhak dalam kepesertaan Program Jamkesmas ini. Selain itu, masyarakat miskin untuk mendapatkan jaminan kesehatan dari PT. Askes cukup dengan menunjukkan surat keterangan tanda miskin (SKTM) dari kelurahan, sehingga banyak warga yang mendadak menjadi miskin. Masyarakat melakukan pengurusan untuk memperoleh kartu miskin hanya pada saat kondisi mendesak, terutama dalam hal biaya pengobatan bila ada anggota keluarga yang sakit. Hal ini menunjukkan masih rendahnya sikap masyarakat di kecamatan banyumanik terhadap program Jamkesmas ini. Selain itu banyak masyarakat miskin pengguna Jamkesmas, belum memahami bagaimana cara mendapatkan kartu Jamkesmas serta prosedur penggunaan kartu tersebut. Dari sini dapat terlihat bahwa daya tanggap masyarakat terhadap program Jamkesmas ini masih sangat kurang.

Ada beberapa hal yang perlu mendapat pertimbangan dalam implementasi program Jamkesmas di kecamatan banyumanik semarang agar tepat jumlah, tepat sasaran dan tepat waktu, yaitu :

1. Pasar dan mekanisme penentuan kelompok sasaran di tingkat kelurahan, yang mencakup sumber data dan informasi yang akurat;
2. Koordinasi pelaksanaan program ditingkat propinsi , kabupaten/kota sampai pada tingkat paling bawah;
3. Materi dan strategi sosialisasi yang mudah dimengerti dan dipahami oleh masyarakat luas.

Berdasarkan uraian diatas dan melihat keadaan yang terjadi di lokasi penelitian maka diduga keberhasilan implementasi program jamkesmas di kecamatan Banyumanik semarang dipengaruhi oleh faktor daya tanggap dan sikap masyarakat, sehingga dalam penelitian ini variabel daya tanggap dan sikap masyarakat menjadi fokus di dalam penelitian ini.

Dari permasalahan yang telah disebutkan, maka penulis mengambil judul penelitian dengan judul : “ *Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Di Kecamatan Banyumanik Semarang* “.

## **B. Tujuan dan Kegunaan Penelitian**

Di dalam suatu penelitian perlu untuk diketahui apa yang menjadi tujuan dan kegunaan dari penelitian yang dilakukan.

### **B.1. Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian ini mengacu pada perumusan masalah yang ada dan merupakan kelanjutan dari perumusan masalah tersebut. Adapun tujuan yang hendak dicapai dalam penelitian ini adalah:

1. Untuk mengetahui besar pengaruh variabel daya tanggap masyarakat terhadap implementasi kebijakan program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Banyumanik Semarang.
2. Untuk mengetahui besar pengaruh variabel sikap masyarakat terhadap implementasi kebijakan program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Kota Semarang.

3. Untuk mengetahui besar pengaruh variabel daya tanggap dan sikap masyarakat terhadap implementasi kebijakan program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Banyumanik Kota Semarang.

### **C. Teori Penelitian**

Berkaitan dengan model implementasi yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu model implementasi yang disampaikan oleh Merilee S. Grindle serta Mazmanian dan Sabatier dapat diketahui bahwa keduanya memiliki kerangka yang pikir yang tidak jauh berbeda. Mereka sama-sama melihat implementasi dalam keterpengaruhannya dengan daya tanggap dan sikap kelompok sasaran (masyarakat).

#### **1. Model teori implementasi menurut Grindle (1980).**

Keberhasilan implementasi menurut Merilee Grindle dipengaruhi oleh dua variabel besar, yakni isi kebijakan (*content of policy*) dan lingkungan implementasi (*context of implementation*).

##### **Variabel isi kebijakan mencakup:**

1. Sejauh mana kepentingan kelompok sasaran atau *target groups* termuat dalam isi kebijakan; individu atau kelompok yang bersentuhan dalam implementasi kebijakan mungkin merasa diuntungkan tetapi dapat pula sebaliknya merasa dirugikan. Dengan demikian, yang merasa dirugikan akan melakukan perlawanan.
2. Jenis manfaat yang diterima oleh *target groups*;  
Manfaat yang diperoleh bisa secara kolektif maupun terpisah, kebijakan yang bermanfaat secara kolektif, biasanya lebih mudah untuk diimplementasikan.

3. Sejauhmana perubahan yang diinginkan dari sebuah kebijakan;  
Derajat perubahan menyangkut perubahan perilaku dari pihak yang memperoleh manfaat. Tingkat perubahan perilaku dipengaruhi oleh manfaat kebijakan maupun waktu untuk mencapai tujuan kebijakan.
4. Apakah letak sebuah program sudah tepat;  
Kedudukan pengambil keputusan terkait dengan jabatan organisasi secara struktural.
5. Apakah sebuah kebijakan telah menyebutkan implementornya dengan rinci;  
Keahlian, keaktifan dan tanggung jawab pelaksana program menentukan keberhasilan implementasi kebijakan.
6. Apakah sebuah program didukung oleh sumberdaya yang memadai.

**Variabel lingkungan kebijakan mencakup:**

1. Seberapa besar kekuasaan, kepentingan, dan strategi yang dimiliki oleh para aktor yang terlibat dalam implementasi kebijakan:  
Implementasi kebijakan melibatkan berbagai aktor yang mempunyai proses administrasi pengambilan keputusan. Masing-masing aktor mempunyai posisi dan kepentingan khusus yang dapat menyebabkan konflik kepentingan melalui strategi yang digunakan.
2. Karakteristik institusi dan rezim yang sedang berkuasa:  
Interaksi dalam persaingan aktor memperebutkan sumber daya, tanggapan dari pejabat pelaksana dan elit politik dipengaruhi oleh karakteristik dari lembaga dan penguasa yang terkait.

3. *Responsivitas* (Daya tanggap) kelompok sasaran:

Adalah bentuk partisipasi masyarakat yang berupa sikap mengerti dan mendukung terhadap program yang diimplementasikan.

**2. Model teori implementasi menurut Mazmanian dan Sabatier**

Menurut Daniel A. Mazmanian dan Sabatier (dalam Suwitri, 2008:82), kerangka kerja analisa implementasi kebijakan publik mencakup 4 variabel, yaitu 3 variabel dependen. Di dalam analisa implementasi kebijakan publik, yang berperan penting adalah pengidentifikasian dari seluruh variabel, baik variabel pengaruh maupun variabel terpengaruh. Keseluruhan variabel dan unsur-unsur pokok dari masing-masing variabel beserta hubungan pengaruhnya satu sama lain adalah sebagai berikut :

Variabel – variabel bebas (*independent variables*) terbagi dalam tiga kategori besar, yaitu ;

1. *Tractability Variabel of the problems* (tingkat kesederhanaan dari masalah), banyak masalah sosial yang tidak dapat didefinisikan secara jelas dan dari beberapa masalah yang dapat didefinisikan tersebut, relatif sedikit yang dapat dipecahkan secara total. Semakin masalah publik menunjukkan keteraturan dan kesederhanaan semakin mudah pemecahannya.
2. *Ability of statute to structure implementation* (kemampuan undang-undang untuk menstrukturkan proses implementasi), berisi variabel-variabel yang mampu mendiskripsikan kemampuan sebuah kebijakan, baik berupa peraturan, konsep program. Kebijakan yang mampu mengontrol,

membentuk struktur yang kondusif dan memberi petunjuk dalam implementasi.

3. *Nonstatutory variables affecting implementation* (Variabel diluar perundang-undangan yang mempengaruhi implementasi).

Variabel – variabel tergantung (*dependent variables*) merupakan tahap – tahap dalam proses implementasi. lima tahapan dalam implementasi kebijakan adalah :

1. Output kebijakan yaitu hasil formulasi kebijakan yang telah mendapat hasil dari perumusan masalah sebelumnya.
2. Pengesahan kesesuaian pelaksanaan output kebijakan dengan yang telah disahkan.
3. Hasil pelaksanaan senyatanya
4. Pengaruh yang ditimbulkan oleh pelaksanaan output kebijakan dan tingkat penerimaan kelompok sasaran terhadap pengaruh tersebut.
5. Evaluasi dari pelaksanaan kebijakan sebagai *feedback* bagi isi kebijakan.

Terdapat beberapa prinsip implementasi yang terkandung dalam kerangka kerja implementasi kebijakan publik Mazmanian dan Sabatier, yaitu :

1. Proses implementasi tidak hanya dipengaruhi oleh faktor atau kekuatan yang dimiliki lembaga-lembaga administratif penanggungjawab pelaksanaan program, melainkan juga dipengaruhi oleh kekuatan lain diluar lembaga yaitu kekuatan yang termasuk dalam tractability variabel dan non statutory variabel.

2. *Tractability variabel* mempengaruhi *statutory variabel* dan *non statutory variabel*, selanjutnya secara bersama-sama ketiga variabel ini mempengaruhi proses implementasi yang dipandang sebagai dependen
3. Dalam proses implementasi, terdapat lima tahap yang masing-masing tahap tersebut dapat dipandang sebagai variabel dependen bagi tahapan berikutnya
4. Dalam independent variabel, fokus perhatian terutama terhadap potensi penstrukturan resmi dari proses implementasi dan terhadap kebutuhan secara terus menerus. Juga dengan mempertahankan dukungan politik.

Terdapat dua alasan untuk memperhatikan adanya struktur legal, yaitu :

1. Kegagalan mewujudkan berbagai perilaku birokrasi kemungkinan dapat dijelaskan melalui struktur legal sebagaimana yang ditentukan oleh suatu ketentuan (perundang-undangan). Sekaligus hal ini menunjukkan kelemahan dari struktur legal.
2. Keputusan-keputusan kebijakan dalam sistem demokrasi seharusnya dibuat oleh pejabat khusus yang dipilih dan bukan dibuat oleh para aparat sipil.

Prinsip-prinsip tersebut menunjukkan bahwa untuk dapat mencapai hasil seperti yang ditetapkan dalam tujuan, maka perlu bagi legislator dan pimpinan esekutif untuk mempengaruhi proses implementasi melalui penyusunan perundang-undangan (*statutory*), maupun melalui usaha mengidentifikasi *nonstatutory variabel*.



## **D. Metode Penelitian**

Penelitian adalah sebuah proses yang bisa diartikan sebagai langkah yang dilakukan secara berencana dan sistematis karena berguna untuk mendapatkan suatu pemecahan masalah atau jawaban atas pertanyaan yang diajukan. Setiap penelitian dalam menentukan hasil harus didasarkan pada metode tertentu sehingga penelitian dapat terarah pada tujuan yang telah ditentukan sebelumnya.

### **D.1. Tipe penelitian**

Pada dasarnya tipe penelitian di bagi menjadi tiga, yaitu :

- a. Deskriptif, adalah suatu usaha pemecahan masalah dengan cara membandingkan gejala-gejala yang ditemukan mengadakan klasifikasi gejala dan menetapkan hubungan gejala yang ditetapkan.
- b. Penelitian Eksploratif adalah suatu penelitian yang bertujuan untuk menguji hipotesis tentang memperdalam pengetahuan mengenai gejala tersebut, dengan maksud untuk merumuskan masalah secara lebih terperinci.
- c. Penelitian Eksplanatory adalah suatu penelitian yang bertujuan untuk menguji hipotesis tentang hubungan antara variabel dari hipotesis yang telah dirumuskan.

Berdasar uraian di atas, tipe penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Explanatory. Karena dalam penelitian ini terdapat hipotesis yang akan diuji.

### **D.2. Populasi dan Sampel penelitian**

1. Populasi

Populasi adalah seluruh jumlah elemen penelitian yang akan diteliti. Populasi dapat berupa individu, orang / area wilayah. Dalam penelitian ini populasinya adalah para peserta Jamkesmas di Kecamatan Banyumanik Semarang.

## 2. Sampel

Sample adalah bagian dari populasi dimana harus memiliki ciri-ciri dari populasi itu sendiri. Dalam penelitian ini, sample diambil dari sebagian dari peserta Jamkesmas yang terdapat di Kecamatan Banyumanik yaitu 44 Sample. Di dalam penentuan jumlah sample digunakan rumus Slovin dan metode multi stage random sampling atau pengambilan sample secara bertingkat acak,

### **D.3. Jenis dan Sumber Data**

Salah satu bagian terpenting dalam suatu penelitian adalah sumber data, karena dalam mencapai tujuan penelitian diperlukan bukti-bukti empiris yang dihasilkan melalui observasi yang sistematis dengan memakai panca indera manusia dan peralatan Bantu yang ada. Sumber data di dalam penelitian ini ada 2, yaitu :

#### a. Data Primer

Merupakan data yang didapat dari sumber pertama yang diperoleh dari lapangan penelitian, misalnya melalui wawancara, observasi, kuesioner, dan lain-lain. Data primer diperoleh dari para responden yaitu : Masyarakat pemilik kartu Jamkesmas.

#### b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh melalui dokumen-dokumen, laporan hasil penelitian, monografi, kepustakaan, serta bentuk lain yang merupakan hasil penelitian pihak terdahulu yang dapat memberikan informasi dalam

kaitannya dalam penelitian implementasi kebijakan ini.

#### **D.4. Skala Pengukuran**

Skala pengukuran yang digunakan dalam penelitian ini bersifat ordinal karena peneliti mengurutkan respondennya dari tingkatan paling rendah ke tingkatan paling tinggi. Ukuran ordinal banyak digunakan dalam penelitian sosial terutama untuk mengukur kepentingan, sikap, atau persepsi. Data yang diperoleh dari jawaban responden tersebut dikodekan dalam angka-angka kemudian diberi skor seperti halnya dalam skala likert. Untuk memberikan skor atas jawaban responden dikategorikan menjadi 4 alternatif, yaitu sebagai berikut :

- a. Kategori untuk jawaban tidak mendukung diberi skor 1
- b. Kategori untuk jawaban kurang mendukung diberi skor 2
- c. Kategori untuk jawaban mendukung diberi skor 3
- d. Kategori untuk jawaban sangat mendukung diberi skor 4

#### **D.5. Teknik Pengumpulan Data**

Untuk memperoleh keterangan atau data yang dibutuhkan dalam suatu penelitian, maka dibutuhkan cara agar keterangan atau data yang diperoleh sesuai dengan yang diharapkan. Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti antara lain melalui : Dokumentasi, wawancara, dan pengamatan langsung.

- a. Telaah Dokumen ( Dokumentasi )

Dokumen sebagai sumber data dapat dimanfaatkan untuk melengkapi pengetahuan yang mendalam tentang suatu kasus yang berguna untuk melengkapi data dan memperkuat kesimpulan yang bisa ditarik dari penelitian ini. Dokumen yang akan

dimanfaatkan dalam penelitian ini bisa berasal dari mana saja, sepanjang berhubungan dengan masalah yang diteliti. misalnya dokumen berupa : statistik, arsip, dan laporan pada lembaga pemerintah yang terkait.

b. Wawancara

Yaitu mengumpulkan data dengan cara tanya jawab langsung dengan pihak-pihak yang sekiranya dapat memberikan keterangan yang berhubungan dengan penelitian.

c. Pengamatan Langsung / Observasi

Teknik pengamatan langsung digunakan untuk memperdalam pemahaman tentang peran masing-masing stakeholder sehubungan dengan penerapan kebijakan Jamkesmas. Hal ini diharapkan dapat memberikan suatu penjelasan/keterangan yang diperlukan guna melengkapi data yang diperoleh serta memberikan penjelasan dan gambaran menyeluruh tentang factor eksternal dalam kebijakan yang diambil.

#### **D.6. Instrumen Penelitian**

Instrumen penelitian adalah pedoman tertulis tentang wawancara, atau pengamatan atau daftar pertanyaan yang dipersiapkan untuk mendapatkan informasi dari responden. Alat pengumpul data meliputi kuesioner ( tertutup, semi tertutup ), pedoman wawancara, panduan observasi dan alat pengumpul data lainnya. Item kuesioner tertutup harus diuji tingkat validitas dan reliabilitasnya.

#### **D.7. Teknik Analisis Data**

Analisis data yang dilakukan dengan dua cara, yaitu:

1. Analisis data Kuantitatif

Analisis data kuantitatif juga disebut sebagai suatu penelitian yang menekankan

analisisnya pada data-data numerical (angka) yang diolah dengan metode statistika. Pada dasarnya pendekatan kuantitatif dilakukan inferensial, dalam rangka pengujian hipotesis dan menyandarkan kesimpulan hasilnya pada suatu probabilitas kesalahan penolakan hipotesis nihil. Dengan metode kuantitatif akan diperoleh signifikansi perbedaan kelompok atau signifikansi hubungan antar variable yang diteliti. Pada umumnya, penelitian kuantitatif merupakan penelitian sample besar.

## 2. Analisis Data Kualitatif

Adalah analisis dengan teknik telaah. Untuk menyimpulkan data yang bersifat kualitatif diperlukan data yang sulit diukur dengan angka yaitu apabila data yang dikumpulkan hanya sedikit, berupa kasus-kasus sehingga dengan analisis tersebut memberikan penafsiran yang baik. Analisis data kualitatif juga disebut sebagai suatu penelitian yang menekankan analisisnya pada proses penyimpulan deduktif dan induktif serta pada analisis terhadap dinamika hubungan antarfenomena yang diamati dengan memakai logika ilmiah.

### **D.8. Pengujian Hipotesis**

Pengujian hipotesis pada dasarnya untuk menguji hipotesis yang telah diajukan sebelumnya. Adapun rumus-rumus yang dipakai adalah sebagai berikut :

#### a. Koefisien Korelasi Rank Kendall

Koefisien ini dipakai untuk mengatur tingkat hubungan antara variable X dan variable Y yang didasarkan pada rangking dalam dua rangkaian yang berurutan,

untuk pertimbangan manual dan SPSS.

b. Koefisien Konkordasi Kendall

Koefisien ini digunakan untuk mengukur derajat asosiasi antara variabel X1, X2, dan Y secara bersama-sama melalui program pengukuran terhadap himpunan-himpunan rangking masing-masing variabel yang diasosiasikan secara bersama-sama.

c. Koefisien Determinasi

Koefisien determinasi ini digunakan untuk mengetahui berapa persentase (%) pengaruh variabel Daya tanggap (X1) serta variabel sikap masyarakat (X2) secara bersama-sama mempengaruhi variabel implementasi kebijakan (Y).

## HASIL PENELITIAN

### **Variabel Implementasi (Y)**

Dari perhitungan tabel rekapitulasi penilaian variabel implementasi program Jamkesmas (Y) di atas, secara universal dapat diketahui bahwa implementasi program Jamkesmas di Kecamatan Banyumanik Semarang dinilai kurang berhasil. Hal ini dapat terlihat dari keseluruhan responden (44), dimana ada 17 responden (38,6%) menyatakan bahwa implementasi program Jamkesmas tersebut tidak berhasil, ditambah 17 responden yang sama (38,6%) menyatakan bahwa implementasi program Jamkesmas di Kecamatan Banyumanik Semarang kurang berhasil.

### **Variabel Daya Tanggap (X1)**

Dari perhitungan tabel rekapitulasi penilaian variabel daya tanggap (X1) tersebut, serta jika kita analisis menggunakan elaborasi tabel menjadi 2 kategori yaitu rendah dan tinggi, maka dapat diketahui bahwa daya tanggap masyarakat terhadap program Jamkesmas di Kecamatan Banyumanik Semarang dinilai rendah. Hal ini dapat terlihat dari 44 responden, 35 responden (79,5%) diantaranya (gabungan 1 dan 2) menyatakan bahwa daya tanggap masyarakat terhadap program ini termasuk dalam kategori rendah.

### **Variabel Sikap Masyarakat (X2)**

Dari perhitungan tabel rekapitulasi variabel sikap masyarakat (X2) tersebut dapat diketahui bahwa sikap masyarakat di Kecamatan Banyumanik Semarang dinilai mendukung pelaksanaan program Jamkesmas. Hal ini dapat dilihat dari 44 responden, 17

responden (38,6%) dinilai mendukung pelaksanaan program Jamkesmas, ditambah 16 responden (36,4%) dinilai sangat mendukung pelaksanaan program Jamkesmas ini.

### **Pengaruh antara variabel daya tanggap dengan variabel implementasi program Jamkesmas.**

Dari hasil perhitungan Koefisien Determinasi (KD) disimpulkan bahwa besarnya nilai KD yang diperoleh menunjukkan bahwa pada variabel implementasi program Jamkesmas (Y) terjadi perubahan sebesar 44,36% yang disebabkan oleh variabel daya tanggap (X1), sedangkan sisanya 55,64% dipengaruhi oleh faktor-faktor lain seperti sikap masyarakat, kepemimpinan, kondisi social masyarakat, dan sebagainya, sehingga tidak hanya daya tanggap saja yang mendeterminasikan variabel implementasi program Jamkesmas ini.

### **Pengaruh Antara Variabel Sikap Masyarakat (X2) dengan Variabel Implementasi Program Jamkesmas (Y).**

Dari hasil perhitungan Koefisien Determinasi (KD) disimpulkan, bahwa besarnya nilai KD yang diperoleh menunjukkan bahwa pada variabel implementasi program Jamkesmas (Y) terjadi perubahan sebesar 9,80% yang disebabkan oleh variabel sikap masyarakat (X2), sedangkan sisanya 90,2% dipengaruhi oleh faktor-faktor lain seperti daya tanggap masyarakat, kepemimpinan, kondisi sosial masyarakat, dan sebagainya, sehingga tidak hanya sikap masyarakat saja yang mendeterminasikan variabel implementasi program Jamkesmas ini.



**Pengaruh Antara Variabel Daya Tanggap (X1) dan Sikap Masyarakat (X2) dengan Variabel Implementasi Program Jamkesmas (Y).**

Dari analisis dengan perhitungan program SPSS diketahui bahwa  $W = 0,483$  sebagai koefisien konkordasi Kendall, sedangkan untuk uji signifikansi  $W$  pada sample ( $N > 1$ ) dapat digunakan nilai  $X$  pada rumus Chi kuadrat sebagai berikut :

$$\begin{aligned}\chi^2 &= K (N - 1) W \\ &= 3 (44 - 1) 0,483 \\ &= 62,307\end{aligned}$$

Nilai Chi kuadrat kemudian dikonsultasikan dengan harga kritis Chi kuadrat dengan  $df=2$ . pada taraf signifikansi 5% menunjukkan angka 5,99. berdasarkan hasil konsultasi tersebut dapat diketahui bahwa nilai  $X^2$  hitung  $> X^2$  tabel pada taraf signifikan 5%, yaitu :  $42,538 > 5,99$ .

Berdasarkan analisis data tersebut dapat disimpulkan bahwa antara variabel daya tanggap (X1) dan Sikap Masyarakat (X2) mempunyai pengaruh yang positif, dengan variabel implementasi program Jamkesmas (Y) di Kecamatan Banyumanik Semarang. Dengan demikian, hipotesis yang menyatakan adanya pengaruh daya tanggap dan sikap masyarakat terhadap implementasi program Jamkesmas dapat diterima. Adapun besar pengaruh variabel X1 dan X2 terhadap variabel Y dapat diketahui melalui rumus Koefisien Determinasi (KD) sebagai berikut :

$$\begin{aligned}KD &= W^2 \cdot 100\% \\ &= (0,483)^2 \cdot 100\% \\ &= 23,33 \%\end{aligned}$$

Sesuai perhitungan tersebut, dapat disimpulkan bahwa implementasi program Jamkesmas berubah sebesar 23,33% sebagai akibat adanya pengaruh dari daya tanggap dan sikap masyarakat, serta pengaruh variabel lainnya sebesar 76,67%. Dengan demikian, hipotesis yang menyatakan bahwa daya tanggap dan sikap masyarakat merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi program Jamkesmas dapat diterima. Hal ini dapat dibuktikan melalui pengujian hipotesis dalam bentuk analisis tabel silang, koefisien korelasi Rank Kendall, koefisien konkordasi Kendall, dan Koefisien Determinasi (KD) dimana **Hipotesis dapat diterima secara signifikan.**

## KESIMPULAN

Berdasarkan analisis dan pengujian data serta pengujian hipotesis yang dilakukan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Implementasi program Jamkesmas di Kecamatan Banyumanik Semarang masih kurang berhasil. Hal ini dapat dilihat pada tabel rekapitulasi implementasi yaitu sebesar 38,6% responden yang menyatakan kurang berhasil. Hal ini dikarenakan oleh beberapa faktor yakni program Jamkesmas ini belum tepat sasaran, masyarakat kurang puas dengan pelayanan yang diberikan selama ini melalui program Jamkesmas.
2. Daya tanggap masyarakat terhadap implementasi program Jamkesmas ini masih kurang tinggi. Hal ini dapat dilihat pada tabel rekapitulasi daya tanggap yaitu sebesar 40,9% responden menyatakan kurang tinggi. Hal ini dikarenakan sebagian besar dari responden hanya berpendidikan sampai jenjang sekolah dasar (SD) saja, sehingga rata-rata dari mereka kurang bisa memahami apa maksud yang disampaikan oleh petugas pelaksana, selain itu kurangnya kemudahan informasi program yang diterima, kurang mampunya masyarakat menerima penyampaian informasi program, kehadiran masyarakat yang jarang saat sosialisasi, dan sedikitnya intensitas sosialisasi yang diadakan oleh petugas pelaksana. Hal ini terjadi karena petugas pelaksana tidak secara menyeluruh mengunjungi setiap RT/RW/Kelurahan untuk melakukan sosialisasi.
3. Sikap masyarakat terhadap implementasi program Jamkesmas dinilai mendukung. Hal ini dapat dilihat pada tabel rekapitulasi penilaian variabel sikap masyarakat yaitu sebesar 38,6% yang menyatakan mendukung terhadap program Jamkesmas ini. Hal

ini dikarenakan oleh beberapa faktor yakni mereka berpendapat bahwa program Jamkesmas ini secara langsung dapat meringankan beban hidup masyarakat miskin, meningkatkan kesejahteraan masyarakat miskin, serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin.

Setelah dilakukan penghitungan dengan rumus statistic Koefisien Korelasi Rank Kendall dan Koefisien Konkordasi Kendall, maka diperoleh hasil sebagai berikut :

1. Pengaruh variabel daya tanggap dengan variabel implementasi program Jamkesmas :  
 Adanya penerimaan terhadap hipotesis yang menyatakan ada pengaruh positif dan signifikan antara daya tanggap (X1) dengan implementasi program Jamkesmas (Y) di Kecamatan Banyumanik Semarang, dimana korelasi antara daya tanggap (X1) dengan implementasi program Jamkesmas (Y) sebesar 0,666. Berdasarkan data-data yang diperoleh di lapangan, variabel daya tanggap (X1) yang dikorelasikan dengan variabel implementasi program Jamkesmas (Y) kemudian dihitung dengan menggunakan korelasi Rank Kendall sehingga diperoleh harga Z sebesar 6,37. Setelah diuji dengan tingkat signifikansinya 5% (1,96), maka diperoleh nilai Z hitung lebih besar dari harga Z tabel. Taraf signifikansi 5%:  $Z \text{ hitung} > Z \text{ tabel}$ , atau  $6,37 > 1,96$ . Dengan demikian, hipotesis dapat diterima. Selanjutnya untuk mengetahui besar pengaruh daya tanggap terhadap implementasi kebijakan digunakan rumus Koefisien Determinasi (KD) dengan hasil 44,36%, hal ini menunjukkan daya tanggap berpengaruh terhadap implementasi program Jamkesmas sebesar 44,36%. Sedangkan sisanya dipengaruhi oleh faktor-faktor lain.
2. Pengaruh variabel sikap masyarakat dengan variabel implementasi program Jamkesmas :

Adanya penerimaan terhadap hipotesis yang menyatakan ada pengaruh positif dan signifikan antara sikap masyarakat (X2) dengan implementasi program Jamkesmas (Y) di Kecamatan Banyumanik Semarang, dimana korelasi antara sikap masyarakat (X2) dengan implementasi program Jamkesmas (Y) sebesar 0,313. Berdasarkan data-data yang diperoleh di lapangan, variabel sikap masyarakat (X2) yang dikorelasikan dengan variabel implementasi program Jamkesmas (Y) kemudian dihitung dengan menggunakan korelasi Rank Kendall sehingga diperoleh harga Z sebesar 2,99. Setelah diuji dengan tingkat signifikansinya 5% (1,96), maka diperoleh nilai Z hitung lebih besar dari harga Z tabel. Taraf signifikansi 5%: Z hitung > Z tabel, atau  $2,99 > 1,96$ . Dengan demikian, hipotesis dapat diterima. Selanjutnya untuk mengetahui besar pengaruh sikap masyarakat terhadap implementasi kebijakan digunakan rumus Koefisien Determinasi (KD) dengan hasil 9,80%, hal ini menunjukkan sikap masyarakat berpengaruh terhadap implementasi program Jamkesmas sebesar 9,80%. Sedang sisanya dipengaruhi oleh faktor-faktor lain.

3. Pengaruh variabel daya tanggap dan sikap masyarakat dengan variabel implementasi program Jamkesmas :

Adanya penerimaan terhadap hipotesis yang menyatakan ada pengaruh positif dan signifikan antara daya tanggap (X1), sikap masyarakat (X2) dengan implementasi program Jamkesmas (Y) di Kecamatan Banyumanik Semarang, diperoleh dari hasil koefisien Konkordasi Kendall (W) sebesar 0,483 dan uji signifikansi menghasilkan nilai  $X^2$  sebesar 62,307. nilai  $X^2$  ini kemudian dikonsultasikan dengan harga kritis Chi kuadrat dengan derajat kebebasan  $df=2$  pada taraf 5% menunjukkan angka 5,99, maka diperoleh nilai  $X^2$  hitung >  $X^2$  tabel pada taraf signifikansi 5%, yaitu  $42,538 > 5,99$ .

Dapat disimpulkan bahwa hipotesis dapat diterima secara signifikan. Selanjutnya untuk mengetahui besar pengaruh daya tanggap dan sikap masyarakat bersama-sama terhadap implementasi kebijakan digunakan rumus Koefisien Determinasi (KD) dengan hasil 23,33%. Hal ini menunjukkan bahwa antara daya tanggap dan sikap masyarakat secara bersama-sama berpengaruh terhadap implementasi program Jamkesmas sebesar 23,33%. Sedang sisanya 76,67% dipengaruhi oleh faktor-faktor lain.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustino, Leo, 2006. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Departemen kesehatan RI, *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) 2011*. 2011. Jakarta : Departemen Kesehatan RI
- Dunn, William. 2003. *Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: PT. Hanindita Graha Wijaya
- Dwiyanto Indiahono, 2009. *Kebijakan Publik Berbasis Dynamic Policy Analisis*. Gava Media: Yogyakarta.
- Joko Widodo, 2007. *Analisis Kebijakan Publik*. Banyumedia Publishing: Malang.
- Kreitner, Robert & Kinicki, Angelo. 2003. *Perilaku Organisasi*. Jakarta; Salemba Empat.
- Mas Roro Lilik Ekowati, Ms. 2009. *Perencanaan, Implementasi, Dan Evaluasi Kebijakan atau Program*. Pustaka Cakra: Surakarta.
- Nugroho, Riant. 2004. *Kebijakan Publik: Formulasi, Implementasi, dan Evaluasi Kebijakan atau Program*. Pustaka Cakra: Surakarta.
- Robbins, Stephen P, 2008. *Perilaku Organisasi*. Jakarta: Salemba Empat.
- Subarsono, M.Si, Ma. 2005. *Analisis Kebijakan Publik Konsep,Teori, dan Aplikasi*. Pustaka Belajar: Yogyakarta.
- Sugiyono, 2004. *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung: Alfabeta
- Suwitri, Sri. 2008. *Konsep Dasar Kebijakan Publik*. Badan penerbit Universitas Diponegoro: Semarang
- Syafiie, Inu Kencana. 2006. *Ilmu Administrasi Publik*. Jakarta: PT Rineka cipta

