

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan adalah hak fundamental setiap warga oleh karena itu pemerintah mempunyai kewajiban untuk menyalenggarakan pelayanan kesehatan yang merata adil dan terjangkau bagi masyarakat serta negara bertanggung jawab mengatur sepenuhnya hak hidup sehat bagi setiap penduduk termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu sebagaimana di amanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28H ayat (1) menyebutkan bahwa “setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”¹. Kemudian Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada pasal 5 ayat (1) menegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan. Selanjutnya pada ayat (2) ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Kemudian pada ayat (3) bahwa setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya. Selanjutnya pada pasal 6 ditegaskan bahwa setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan².

¹ Anonymous, Undang-Undang Dasar 1945, Sekretariat Jenderal dan Kepaniteraan Mahkamah Konstitusi RI, 2010, Hal:49

² Anonymous, Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Tanpa Penerbit, Hal: 5

Kesehatan merupakan hal yang melekat dalam diri setiap orang. Ia tidak bisa dirampas oleh siapa pun. Kondisi fisik ini ditakdirkan secara alamiah pada tubuh. Baik atau buruk kondisi tubuh, pemilik tubuh nyalah yang merasakan. Oleh karena itu, kebutuhan untuk mendapat kesehatan dan bebas dari keadaan tidak sehat adalah hak bagi setiap orang, semenjak lahir sampai azal menjemputnya. Tidak ada sedikit pengecualian apapun, bagi warga kelas menengah, atas, dan bawah, sama derajat haknya mendapat perlindungan kesehatan dari negara. Seharusnya setiap warga Negara Indonesia mendapatkan pelayanan kesehatan yang gratis. Derajat kesehatan Indonesia saat ini masih sangat rendah dilihat dari indikator keberhasilan program secara umum yaitu masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 228/100.000 kelahiran hidup, Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 34/1000 kelahiran hidup, serta umur harapan hidup 70,5 tahun³.

Kabupaten Cianjur merupakan salah satu Kabupaten di Provinsi Jawa Barat dengan luas wilayah 350, 148 Ha dan memiliki jumlah penduduk sebanyak 2.192.151 jiwa terdiri dari 1.148.195 jiwa laki-laki dan 1.043.956 jiwa perempuan berdasarkan data BPS tahun 2010. Jumlah masyarakat miskin di Kabupaten Cianjur adalah 818.836 jiwa (37%) dan sebanyak 693.654 jiwa (23,7%) adalah masyarakat miskin yang tercatat sebagai peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat dengan SK Bupati No. 440/ Kep. 222-Ks/2007 tanggal 13 desember 2007 tentang penetapan jumlah mayarakat. Masyarakat sasaran program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin (Askeskin) di Kabupaten Cianjur tahun 2007 dan surat pernyataan Bupati Cianjur No. 440/1223/Ks/2008 tanggal 12 Mei 2008

³ Anonimous, Pedoman Teknis Program JAMKESMAS, JAMPERSAL, JAMKESDA, dan BOK di Kabupaten Cianjur, Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur, 2011, Hal: 1

tentang penetapan jumlah sasaran program JAMKESMAS bagi masyarakat miskin di Kabupaten Cianjur tahun 2008⁴.

Derajat kesehatan yang masih rendah tersebut terutama terdapat pada masyarakat miskin. Hal ini tergambar dari angka kematian bayi pada kelompok masyarakat miskin empat kali lebih tinggi dari kelompok masyarakat miskin. Masyarakat miskin biasanya lebih rentan terhadap penyakit dan mudah menjadi penularan penyakit karena kondisi yang kurangnya kebersihan lingkungan dan perumahan yang sempit, perilaku hidup bersih di masyarakat yang kurang pengetahuan terhadap kesehatan dan pendidikan yang pada umumnya rendah.

Derajat kesehatan masyarakat miskin yang masih rendah tersebut diakibatkan karena sulitnya akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan dan kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti ketidakmampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan yang cukup mahal sementara peningkatan biaya kesehatan diakibatkan oleh berbagai faktor seperti perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan yang berbasis *out of pocket*, serta kondisi geografis yang sulit untuk menjangkau sarana kesehatan. Derajat kesehatan yang rendah sangatlah berpengaruh terhadap rendahnya produktivitas kerja yang pada akhirnya menjadi beban bagi masyarakat dan pemerintah.

Upaya dalam meningkatkan aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan bagi setiap penduduk terutama masyarakat miskin sejak tahun 1998 pemerintah telah melaksanakan berbagai upaya jaminan pemeliharaan kesehatan bagi

⁴Ibid, Hal: 3

masyarakat miskin. Salah satu bentuk tanggungjawab pemerintah dalam pembangunan kesehatan bagi masyarakat khususnya dalam upaya kesehatan *promotif* dan *preventif* guna tercapainya target Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan sehingga masyarakat akan mendapatkan pelayanan kesehatan yang merata, berkualitas dan berkeadilan melalui dukungan pemerintah untuk meningkatkan peran dan fungsi Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan dasar dengan diluncurkannya Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS).

Jumlah masyarakat miskin sasaran peserta JAMKESMAS saat ini tercatat sebanyak 76,4 juta jiwa yang tersebar dari kepulauan Sabang sampai Merauke di Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) termasuk didalamnya adalah masyarakat miskin di Provinsi Jawa Barat sebanyak 10,7 juta jiwa⁵. JAMKESMAS adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan melalui penugasan kepada PT Askes (Persero) berdasarkan SK Nomor 1241/MENKES/SK/XI/2004, tentang penugasan PT Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan terdepan yang bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya secara *proaktif* dan *responsif* dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada masyarakat. Puskesmas juga merupakan salah satu sarana pelayanan kesehatan yang menjadi andalan atau tolak ukur dari pembangunan kesehatan,

⁵ Ibid, Hal: 4

sarana peran serta masyarakat, dan pusat pelayanan pertama yang menyeluruh dari suatu wilayah.⁶

Puskesmas Kadupandak Kecamatan Kadupandak Kabupaten Cianjur juga mempunyai peran dan fungsi sebagai penyedia pelayanan kesehatan bagi masyarakat Kecamatan Kadupandak, sehingga penulis tertarik untuk melakukan penelitian di Puskesmas Kadupandak Kecamatan Kadupandak Kabupaten Cianjur. Karena Puskesmas Kadupandak merupakan satu-satunya Puskesmas yang diakses oleh semua desa yang ada di Kecamatan Kadupandak yaitu berjumlah 14 (empat belas) Desa.

Berdasarkan pengamatan awal di Puskesmas Kecamatan Kadupandak penulis menemukan beberapa kendala dalam pelaksanaan kebijakan program JAMKESMAS yaitu sosialisasi tentang program JAMKESMAS yang masih kurang merata ini dilihat dari masih banyaknya masyarakat miskin yang menggunakan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) untuk mendapatkan rujukan ke rumah sakit guna mendapatkan pelayanan kesehatan.

Pegawai Puskesmas masih terlihat bersifat pasif dalam hal memberikan informasi mengenai pelayanan bagi peserta JAMKESMAS, kebanyakan dari mereka menginformasikan sesuatu yang berkaitan dengan masalah kesehatan hanya ketika masyarakat yang bersangkutan bertanya. Kemasan informasi pelayanan kesehatan melalui poster-poster pun kurang menarik perhatian masyarakat karena kurang tertata dengan baik.

⁶Dedi Alamsyah, *Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Nuha Medika, Yogyakarta, 2011, Hal: 43

Sumber daya manusia (SDM) kesehatan di Puskesmas masih kurang. Berdasarkan hasil wawancara dengan pegawai Puskesmas, jumlah tenaga administrasi dan bidan tidak seimbang. Jumlah bidan lebih banyak di bandingkan dengan tenaga kesehatan yang lain sehingga banyak tugas rangkap yang harus diembannya. Idealnya jumlah tenaga kesehatan berjumlah Jumlah 35 (tiga puluh lima), tenaga kesehatan yang tidak seimbang ini dilihat dari jumlah tenaga medis yang berjumlah 1 (satu) orang dan tenaga bidan dan perawat yang 19 (Sembilan belas) orang sehingga apabila ada masyarakat yang berobat ke Puskesmas dengan keluhan sakit biasa apabila tenaga medisnya tidak ada maka dilayani oleh bidan tersebut yang kebetulan lagi jadwalnya piket. Ini dapat mengakibatkan kurang efektifnya dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Berikut tabel mengenai keadaan ketenagaan di Puskesmas Kadupandak.

Tabel. 1.1
Data Ketenagaan Puskesmas Kadupandak tahun 2010

NO	JENIS KETENAGAAN	STANDAR	TENAGA YANG ADA	KEKURANGAN
1	Dokter Umum	2	1	1
2	Dokter Gigi	1	0	1
3	Sarjana Kes Masyarakat	3	2	1
4	Sarjana Komputer	1	0	1
5	Sarjana Keperawatan	1	0	1
6	Ahli Madya Keperawatan	8	7	1
7	Ahli Madya Kebidanan	14	12	2
8	Ahli madya Perawat Gigi	1	0	1
9	Ahli madya Gizi	1	0	1
10	Bidan D1			
11	Perawat SPK			
12	Perawat Gigi			

13	Ahli madya analis	1	0	1
14	Asisten apoteker	1	0	1
15	Pekarya Kesehatan	1	0	1
16	Pelaksana Tata Usaha	2	1	1
17	Petugas RR	2	1	1
18	Pengemudi	1	0	1
19	Office Boy	2	0	2
20	Lain-lain			

Sumber : LSD PKM 2010

Berdasarkan uraian tersebut di atas, penulis merasa tertarik untuk mengadakan penelitian lebih lanjut yang pembahasannya dituangkan dalam bentuk skripsi dengan judul **PENGARUH IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN DI PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT KECAMATAN KADUPANDAK KABUPATEN CIANJUR.**

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis beranggapan bahwa pelayanan kesehatan keluarga miskin di Puskesmas Kecamatan Kadupandak belum efektif yang diakibatkan implementasi kebijakan program JAMKESMAS masih menemui kendala atau masalah. Berdasarkan hasil pengamatan, observasi awal penulis menemukan beberapa indikasi masalah yang terjadi pada proses implementasi program JAMKESMAS sebagai berikut:

1. Sosialisasi mengenai program JAMKESMAS kepada masyarakat miskin tidak dilakukan dengan optimal. Hal ini terlihat dari masih banyaknya masyarakat miskin di Kecamatan Kadupandak yang tidak mengetahui

seluruh kegunaan dari program JAMKESMAS. Masyarakat miskin belum mengetahui keuntungan-keuntungan yang bisa diperoleh dengan menggunakan kartu JAMKESMAS tersebut. Kebanyakan dari mereka hanya mengetahui satu keuntungannya yaitu untuk berobat gratis ketika sakit. Padahal ada hal lain seperti abate gratis, konsultasi gratis, trasfortasi menuju PPK (pemberi palayanan kesehatan) gratis, mendapat tambahan makanan sehat gratis, vitamin dan lainnya. Oleh karenanya pelayanan kesehatan yang diakses masyarakat miskin hanya sebatas pada hal pengobatan *kuratif* saja yaitu untuk mendapatkan kesembuhan fisik.

2. Kurangnya sumber daya manusia mengakibatkan proses implementasi kebijakan program JAMKESMAS terhambat yaitu dengan jumlah tenaga medis yang masih kurang dengan jumlah 1 (satu) orang tenaga medis dan Bidan serta perawat 19 (Sembilan belas) orang bagian sanitasi 1 (satu) orang dan kesmas 3 (tiga) orang jadi total nya ada 24 (dua puluh empat) jumlah tenaga kesehatan.

1.3 Rumusan Masalah

Dari latar belakang di atas maka penulis merumuskan beberapa permasalahan diantaranya:

1. Seberapa besar pengaruh implementasi kebijakan program JAMKESMAS dilihat dari komunikasi terhadap pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas Kecamatan Kadupandak?

2. Seberapa besar pengaruh implementasi kebijakan program JAMKESMAS dilihat dari sumber daya terhadap pelayanan kesehatan Masyarakat di Puskesmas Kecamatan Kadupandak?
3. Seberapa besar pengaruh implementasi kebijakan program JAMKESMAS dilihat dari komunikasi dan sumber daya terhadap pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas Kecamatan Kadupandak?

1.4 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini diantaranya adalah :

1. Untuk menganalisis dan mengetahui pengaruh implementasi kebijakan program JAMKESMAS dilihat dari komunikasi terhadap pelayanan kesehatan Masyarakat di Puskesmas Kecamatan Kadupandak.
2. Untuk menganalisis dan mengetahui pengaruh implementasi kebijakan program JAMKESMAS dilihat dari sumber daya terhadap pelayanan kesehatan Masyarakat di Puskesmas Kecamatan Kadupandak.
3. Untuk menganalisis dan mengetahui pengaruh implementasi kebijakan program JAMKESMAS dilihat dari komunikasi dan sumber daya terhadap pelayanan kesehatan Masyarakat di Puskesmas Kecamatan Kadupandak.

1.5 Kegunaan Penelitian

Kegunaan dari penelitian ini dapat di lihat dari dua sisi, yaitu sebagai berikut:

1.5.1 Dari sisi Akademis, dengan dilakukannya penelitian ini semoga dapat :

- 1) Mengembangkan dan memperluas wawasan dalam menerapkan teori-teori yang peneliti peroleh selama kuliah di jurusan administrasi negara.
- 2) Memberikan sumbangan pemikiran dan memperkaya kepustakaan dalam administrasi negara khususnya tentang implementasi kebijakan.
- 3) Melatih kemampuan peneliti dalam menganalisis suatu masalah serta mencari cara-cara menyelesaikannya.

1.5.2 Dari sisi praktis, yaitu :

- 1) Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi sumbangan sebagai bahan kajian dan pemikiran bagi pihak-pihak yang terkait serta pihak lain yang mempunyai perhatian terhadap masalah implementasi kebijakan publik.
- 2) Untuk memenuhi salah satu syarat dalam menempuh ujian sarjana pada Jurusan Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik (FISIP) Universitas Islam Negeri Sunan Gunung Djati Bandung.

1.6 Kerangka Pemikiran

Teori sistem mengatakan bahwa pembuatan kebijakan tidak dapat dipisahkan dari lingkungan sekitarnya. Demikian pula halnya dengan kebijakan publik. Kebijakan publik pasti akan dibentuk dan pembentukan lingkungan sekitarnya (sosial, politik, ekonomi maupun budaya). Dimana pada satu saat kebijakan menyalurkan masukannya pada lingkungan sekitarnya, namun pada saat yang sama atau yang lain, lingkungan sekitar membatasi dan memaksakannya

pada perilaku yang harus dikerjakan oleh para pengambil keputusan atau pembuat kebijakan. Artinya, interaksi antara lingkungan kebijakan dan kegiatan kebijakan publik itu sendiri memiliki hubungan yang saling mempengaruhi.⁷ Mark Considine mengungkapkan bahwa kebijakan selalu mencakup struktur yang mendua. Disatu sisi kebijakan mempunyai dimensi instrumental dalam menghasilkan keputusan, program dan hasil lainnya dengan nilai-nilai yang diyakini oleh para aktor pengambil kebijakan, adanya seperangkat hubungan dalam kebijakan yang merupakan jalur komunikasi norma-norma etika dan moral, proses pembangunan jalinanan kepercayaan (*trust*) dan solidaritas antar aktor. Sedangkan di sisi lain kebijakan dapat menghasilkan nilai-nilai yang anti nilai seperti dominasi dan proses *non-developmental*.⁸

1.6.1 Kebijakan dan klasifikasi kebijakan publik

Menurut Carl Friedrich mengungkapkan bahwa kebijakan publik adalah suatu arah tindakan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu yang memberikan hambatan-hambatan dan kesempatan-kesempatan terhadap kebijakan yang diusulkan untuk menggunakan dan mengatasi dalam rangka mencapai suatu tujuan atau merealisasikan suatu sasaran atau maksud tertentu.⁹

Menurut James, A. Anderson, “.....*a purposive course of action followed by an actor or set of actors in dealing with a problem or matter concern.*” (serangkaian tindakan yang mempunyai tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang pelaku atau sekelompok pelaku guna memecahkan

⁷ Leo Agustino, *Dasar-dasar Kebijakan Publik*, ALFABETA, Bandung, 2008, hal: 45

⁸ Ibid, hal: iii

⁹ Ibid, hal: 7

suatu masalah. Beberapa literatur menggunakan dua konsep kebijakan. Kebijakan publik didefinisikan oleh Dye sebagai apapun yang dipilih oleh pemerintah untuk dilakukan atau sesuatu, maka harus ada tujuannya dan kebijakan publik atau kebijakan negara itu harus meliputi semua tindakan pemerintah.¹⁰ Dengan demikian, kebijakan publik bukan semata-mata merupakan pernyataan atau keinginan pemerintah ataupun pejabat pemerintah saja.

Berbagai implikasi dari pengertian di atas ini adalah bahwa kebijakan publik memiliki karakteristik sebagai berikut :

1. Selalu mempunyai tujuan tertentu atau merupakan suatu tindakan yang berorientasi tujuan.
2. Berisi tindakan-tindakan atau pola tindakan pejabat pemerintah.
3. Merupakan apa yang benar-benar dilakukan oleh pemerintah.
4. Bersifat positif dalam arti suatu tindakan hanya dilakukan dan negatif dalam arti keputusan itu bermaksud untuk tidak melakukan sesuatu.
5. Kebijakan itu didasarkan pada peraturan atau perundang-undangan yang bersifat memaksa.

Meskipun terdapat berbagai definisi kebijakan negara (*Public policy*), seperti yang telah dikemukakan sebelumnya, dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa kebijakan publik adalah serangkaian tindakan yang ditetapkan oleh pemerintah yang mempunyai tujuan atau berorientasi pada tujuan tertentu demi kepentingan seluruh masyarakat. Kebijakan publik dibaca dalam lingkaran otoritas

¹⁰Edi Suhartono, *Analisis Kebijakan Publik (paduan praktis mengkaji masalah dan kebijakan sosial)*. Alfabeta. Bandung, 2010, hal: 44

negara, persoalan yang muncul selama ini disebabkan oleh kompetensi aparat yang tidak memadai atau juga karena pilihan agenda setting yang kurang tepat.

1.6.2 Syarat sukses implementasi kebijakan

Implementasi kebijakan merupakan bagian yang tak terpisahkan dari perencanaan kebijakan. Kesuksesan implementasi sangat dipengaruhi oleh bagaimana sebuah desain kebijakan mampu merumuskan secara komprehensif aspek pelaksanaan sekaligus metode evaluasi yang akan dilaksanakan. Pemahaman ini harus ditekankan agar dalam pelaksanaan dan evaluasi kebijakan nantinya akan terjadi suatu aliran proses yang mengalir dan setidaknya tidaknya dapat dievaluasi secara baik pada akhir prosesnya.

Teori implementasi yang sering dikenal yaitu yang di kemukakan oleh George C. Edward, Beliau mengemukakan suatu kebijakan terimplementasi dengan baik dapat dilihat dari beberapa indikator diantaranya yaitu :

1. Komunikasi

Komunikasi menunjukkan bahwa setiap kebijakan akan dapat dilaksanakan dengan baik jika terjadi komunikasi efektif antara pelaksana program (kebijakan) dengan para kelompok sasaran (*target group*). Tujuan dan sasaran dari program/kebijakan dapat di sosialisasikan secara baik sehingga dapat menghindari adanya distorsi atas kebijakan dan program. Ini menjadi penting karena semakin tinggi pengetahuan kelompok sasaran atas program maka akan mengurangi tingkat penolakan dan kekeliruan dalam mengaplikasikan program dan kebijakan dalam ranah yang sesungguhnya.

2. Sumber Daya

Sumber daya yaitu menunjukkan setiap kebijakan harus didukung oleh sumber daya yang memadai, baik sumber daya manusia maupun sumber daya financial. Sumber daya manusia adalah kecukupan baik kualitas maupun kuantitas implementor yang dapat melingkupi seluruh kelompok sasaran. Sumber daya financial adalah kecukupan modal investasi atas sebuah program atau kebijakan.

3. Disposisi

Yaitu menunjukkan karakteristik yang menempel erat kepada implementor kebijakan/ program. Karakter yang penting dimiliki oleh implementor adalah kejujuran, komitmen dan demokratis. Implementor yang memiliki komitmen tinggi dan jujur akan senantiasa bertahan diantara hambatan yang ditemui dalam program/ kebijakan. Kejujuran mengarahkan implementor untuk tetap berada dalam arah program yang telah digariskan dalam *guideline* program. Komitmen dan kejujurannya membawanya semakin antusias dalam melaksanakan tahap program secara konsisten. Sikap yang demokratis akan meningkatkan kesan baik implementor dan kebijakan di hadapan anggota kelompok sasaran.

4. Stuktur Birokrasi

Stuktur birokrasi mencakup dua hal penting, pertama adalah mekanisme dan stuktur organisasi pelaksana sendiri. Mekanisme implementasi program biasanya sudah di tetapkan melalui *standar operating procedur* (SOP).¹¹

¹¹ Dwiyanto Indiahono, *Perbandingan administrasi publik (model, konsep dan aplikasi)*. Gava media. Yogyakarta, 2009, hal: 47

1.6.3 Pelayanan kesehatan

Ada beberapa pengertian pelayanan kesehatan yang banyak diungkapkan oleh para ahli, salah satunya adalah seperti yang di jabarkan oleh lovey dan loomba yang di maksud dengan pelayanan kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.¹² Pengertian pelayanan kesehatan lainnya dikemukakan oleh Gani bahwa pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan masyarakat berupa tindakan penyembuhan, pencegahan, pengobatan dan pemulihan fungsi organ tubuh seperti sedia kala.¹³

Dari pengertian di atas bahwa pelayanan kesehatan dapat dilihat dari beberapa hal diantaranya:

- a. Pengorganisasian pelayanan, apakah dilaksanakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi.
- b. Ruang lingkup kegiatan, apakah hanya mencakup kegiatan pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan atau kombinasi dari padanya.
- c. Sasaran pelayanan kesehatan, apakah untuk perorangan, keluarga, kelompok ataupun untuk masyarakat secara keseluruhan.

¹² Azrul Azwar, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Binarupa Aksara Publisher, Tangerang, 2010, hal:42

¹³ Makasar: S1 Administrasi Negara Universitas Muhamaddiyah. Tersedia dalam: <http://datastudi.files.wordpress.com> [diakses 19/03/2012 jam 10.37]

1.6.7 Syarat pokok pelayanan kesehatan

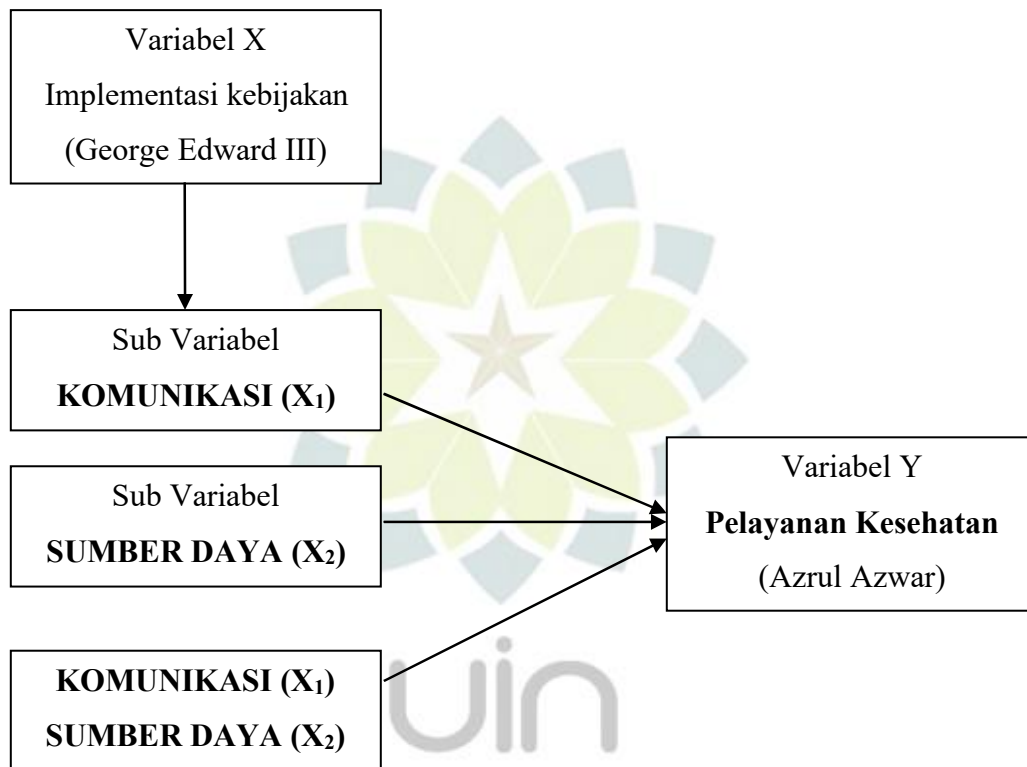
Untuk dapat disebut sebagai bentuk pelayanan kesehatan, baik dari jenis pelayanan kesehatan kedokteran maupun dari jenis pelayanan kesehatan masyarakat harus memiliki berbagai syarat pokok. Menurut Azwar syarat pokok yang dimaksud adalah sebagai berikut:

1. Tersedia dan berkesinambungan
Syarat pokok pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continous*), artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya di masyarakat adalah pada setiap saat dibutuhkan.
2. Dapat diterima dan wajar
Syarat pokok yang kedua pelayanan kesehatan yang baik adalah dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat serta bersifat wajar (*appropriate*). Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.
3. Mudah dicapai
Pengertian ketercapaian yang dimaksud di sini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja, dan sementara itu tidak ditemukan di daerah pedesaan, bukan pelayanan kesehatan yang baik.
4. Mudah dijangkau
Maksudnya keterjangkauan di sini terutama dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.
5. Bermutu
Pengertian mutu yang dimaksudkan disini adalah menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang di satu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan di pihak lain tatacara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.¹⁴

¹⁴ Azrul Azwar, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Binarupa Aksara Publisher, Tangerang, 2010, hal:45

Berdasarkan uraian diatas dapat digambarkan model kerangka pemikiran yang menerangkan antara keduanya sebagai berikut:

Gambar 1.1
Kerangka Pemikiran
Pengaruh Implementasi Program JAMKESMAS Terhadap Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Kecamatan Kadupandak



1.7 Hipotesis

Hipotesis merupakan pendapat atau pernyataan yang masih belum tentu kebenarannya, masih harus diuji lebih dahulu dan bersifat sementara atau hanya merupakan dugaan awal. Dalam penelitian ini hipotesis yang diajukan peneliti adalah sebagai berikut:

- 1 H_0 : Ada pengaruh antara implementasi kebijakan program JAMKESMAS dilihat dari komunikasi terhadap pelayanan Kesehatan
 H_a : Tidak ada pengaruh antara Implementasi kebijakan program JAMKESMAS dilihat dari komunikasi terhadap pelayanan Kesehatan
- 2 H_0 : Ada pengaruh antara implementasi kebijakan program JAMKESMAS dilihat dari sumber daya terhadap pelayanan kesehatan
 H_a : Tidak ada pengaruh antara implementasi kebijakan program JAMKESMAS dilihat dari sumber daya terhadap pelayanan kesehatan
- 3 H_0 : Ada pengaruh antara Implementasi kebijakan program JAMKESMAS dilihat dari komunikasi dan sumber daya terhadap pelayanan kesehatan
 H_a : Tidak ada pengaruh antara implementasi kebijakan program JAMKESMAS dilihat dari komunikasi dan sumber daya terhadap pelayanan kesehatan