

~BAB I~

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pembangunan nasional merupakan pembangunan manusia seutuhnya dan pembangunan seluruh masyarakat Indonesia. Berbagai program pembangunan yang dilaksanakan oleh pemerintah pada hakekatnya merupakan upaya peningkatan kualitas hidup masyarakat Indonesia. Begitu pula dengan pembangunan di bidang kesehatan, bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan setiap penduduk dalam rangka menciptakan manusia Indonesia yang berkualitas dan memiliki produktivitas tinggi yang nantinya akan menjadi modal pembangunan yang tangguh.

Kesehatan menjadi salah satu indikator keberhasilan pembangunan yang diselenggarakan, apabila derajat kesehatan tinggi yang ditunjukkan oleh rendahnya angka kesakitan, rendahnya angka kematian dan meningkatnya kualitas gizi masyarakat, maka dapat dikatakan pembangunan suatu negara berhasil. Sebaliknya apabila derajat kesehatan rendah dapat dikatakan pembangunan yang dilaksanakan belum berhasil. Dalam melaksanakan pembangunan di bidang kesehatan perlu peran serta aktif masyarakat dan swasta dalam meningkatkan derajat kesehatan, mendukung upaya pengembangan dan pelayanan kesehatan serta peningkatan sarana dan prasarana kesehatan bagi

masyarakat. Dalam hal ini pemerintah mempunyai peranan dan tanggung jawab penting dalam masalah pelayanan kesehatan. Ketidakberesan dalam memberikan pelayanan kesehatan akan membawa dampak hukum bagi pejabat terkait ataupun pemerintah. Mekanisme pelayanan kesehatan memerlukan manajemen yang solid yang mampu mengatur secara baik antara pihak-pihak yang terlibat di dalam penyediaan pelayanan publik. Rendahnya kualitas pelayanan akan menyebabkan ketidakpuasan konsumen atau masyarakat yang lebih lanjut mereka akan memilih pelayanan dengan sistem alternatif dan efisien.

Salah satu upaya pemerintah dalam meningkatkan kualitas pelayanan publik adalah dengan dikeluarkannya Standar Pelayanan Minimal atau disingkat SPM. Istilah ini muncul sejak bergulirnya era otonomi daerah (*Desentralisasi*) dimana regulasi mengenai pelaksanaan SPM diatur dalam Peraturan Pemerintah No.25 Tahun 2000 yang menyatakan bahwa kewenangan telah diserahkan kepada pemerintah kabupaten dan kota. Dengan demikian daerah mempunyai peluang untuk menyusun rencana yang lebih spesifik dalam mengembangkan sistem pelayanan termasuk di dalamnya sistem pelayanan kesehatan yang mandiri. Pelayanan Minimal dilaksanakan sesuai standar yang ditentukan berdasarkan pedoman yang ditetapkan pemerintah. Apalagi sekarang otonomi daerah sudah diberlakukan, berarti kemungkinan tuntutan mutu atau kualitas akan pelayanan publik yang bagus akan semakin meningkat. Karena pada dasarnya inti dari pelaksanaan otonomi daerah adalah untuk meningkatkan kualitas

Dalam hal ini SPM sebagai perangkat untuk menjamin bahwa masyarakat yang berdiam di suatu kabupaten atau kota akan mendapatkan pelayanan yang sama dengan masyarakat kabupaten atau kota lain, khususnya dalam propinsi yang sama. Bagi instansi pemerintah, SPM merupakan pedoman standar sekaligus kewajiban yang harus dilakukan dalam pelayanan publik, serta berfungsi untuk menentukan jumlah anggaran yang dibutuhkan agar pelayanan publik dapat berjalan dengan baik. Adanya SPM akan memungkinkan pemerintah daerah untuk menentukan *Standard Spending Assesment* yang berguna untuk menghitung besarnya *cost* yang dikeluarkan pada sebuah aktivitas pelayanan. Jika penyelenggaraan pelayanan dapat dihitung biayanya maka pemerintah daerah dapat dengan mudah menghitung jumlah kebutuhan minimal untuk pembiayaan daerah.

Untuk keberhasilan pembangunan kesehatan, penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan harus berangkat dari masalah dan potensi spesifik masing-masing daerah. Desentralisasi yang inti pokoknya adalah pendelegasian wewenang yang lebih besar kepada pemerintah daerah untuk mengatur sistem pemerintahan dan rumah tangga sendiri dipandang lebih sesuai untuk pengelolaan berbagai pembangunan nasional di masa mendatang. Untuk keberhasilan desentralisasi ini berbagai persiapan perlu dilakukan analisis dan penentuan peran pemerintah pusat dan pemerintah daerah dibidang kesehatan. Penentuan kegiatan upaya kesehatan yang wajib dilakukan oleh daerah, pengembangan sumber daya

manusia, pelatihan, penempatan kembali tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensinya sehingga benar-benar didapatkan sumber daya yang berkualitas.

Sesuai dengan Pasal 11 Undang-undang No. 22 Tahun 1999, Pemerintah Daerah wajib melaksanakan SPM untuk sebelas bidang kewenangan dimana kebijakan bidang kesehatan merupakan salah satu prioritas utama dalam pelayanan publik. Dalam hal ini, pelaksanaan SPM bidang kesehatan lebih menitikberatkan pada peningkatan aksesibilitas dan pemerataan dengan cara memperluas akses pelayanan kesehatan serta adanya jaminan pemerintah untuk memberikan kemudahan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat misalnya dengan adanya subsidi kesehatan.

Pelaksanaan SPM berkaitan erat dengan kebijakan pemerintah mengenai otonomi daerah. Pada dasarnya otonomi daerah merupakan desentralisasi kekuasaan yang memperluas wewenang daerah untuk membangun daerahnya masing-masing. Munculah istilah desentralisasi bidang kesehatan yang sangat berkaitan dengan pelaksanaan otonomi daerah. Desentralisasi merupakan peluang untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat karena Kabupaten / kota memiliki wewenang lebih luas untuk mengatur kebijakannya sendiri di bidang kesehatan. Tujuan desentralisasi di bidang kesehatan adalah mewujudkan pembangunan nasional di bidang kesehatan yang berlandaskan prakarsa dan aspirasi masyarakat dengan cara memberdayakan, menghimpun, dan mengoptimalkan potensi daerah untuk kepentingan daerah dan prioritas nasional dalam mencapai "Indonesia Sehat 2010" (Dekas RI 2002)

Ketika desentralisasi diterapkan maka urusan pelayanan publik merupakan kewenangan daerah dalam penyelenggaraannya. Karena potensi dan kemampuan daerah yang tidak sama, menyebabkan pelayanan publik tidak sama pula dan masing-masing daerah menerapkan pelayanan publik yang terkesan apa adanya. Atas dasar latar belakang inilah perlu adanya standarisasi pelayanan publik termasuk dalam bidang kesehatan. Program tersebut dimaksudkan untuk mencapai "Indonesia Sehat 2010" dimana bangsa Indonesia sudah hidup dalam lingkungan yang sehat, berperilaku hidup bersih dan sehat serta dapat memilih, menjangkau dan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan berkeadilan sehingga memiliki derajat kesehatan yang optimal (Depkes RI, 2002).

Pemerintah berupaya untuk mengoptimalkan pelayanan kesehatan walaupun masih terdapat keterbatasan dalam hal sumber daya kesehatan maupun pendanaan yang disediakan oleh pemerintah yakni melalui penerapan SPM di bidang kesehatan. Pelaksanaan SPM bidang kesehatan tersebut diharapkan dapat memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat walaupun dalam keterbatasan dana maupun sumber daya kesehatan yang tersedia. Adapun penerapan SPM di lapangan terutama di bidang kesehatan memberikan wewenang kepada pemerintah daerah untuk menyesuaikan pelayanan kesehatan berdasarkan kemampuan yang dimiliki oleh masing-masing daerah tersebut.

Dalam era otonomi daerah, pelayanan kesehatan sebagaimana yang diemban oleh RSUD dan Puskesmas dibiayai oleh pemerintah daerah masing-

untuk memberikan pelayanan kesehatan karena keterbatasan dana yang disediakan. Oleh karena itu sebagai bentuk penghematan biaya, RSUD dan Puskesmas terkadang berorientasi pada terpenuhinya pelayanan kesehatan secara kuantitas dan cenderung kurang memperhatikan pelayanan kesehatan secara kualitas karena berorientasi pada terpenuhinya pelayanan kesehatan kepada semua lapisan masyarakat sehingga terkadang ditemui pelayanan kesehatan yang kurang optimal.

Sebagai bentuk keprihatinan pemerintah terhadap kondisi pelayanan kesehatan, maka pemerintah daerah diharuskan menerapkan SPM bidang kesehatan di daerahnya masing-masing. Penerapan SPM ini diharapkan dapat menjamin peningkatan pelayanan kesehatan baik secara kuantitas maupun kualitas dengan keterbatasan dana yang tersedia. Untuk mensiasati keterbatasan dana, unit pelaksana pelayanan kesehatan milik pemerintah tidak hanya berorientasi pada pelayanan universal saja melainkan telah mengkombinasikan antara pelayanan sosial dan profit, bahkan ada kemungkinan dijadikan sebagai pendapatan asli daerah. Pada umumnya pelaksanaan SPM yang menuntut adanya peningkatan pelayanan kesehatan berdampak pula pada meningkatnya biaya kesehatan.

Mengacu pada visi yang ingin diwujudkan pada "Indonesia Sehat 2010", upaya pelayanan kesehatan lebih menekankan pada upaya peningkatan pelayanan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif). Ini semua dilakukan

melalui berbagai sasaran kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas ataupun apotek yang diselenggarakan baik oleh pemerintah maupun oleh masyarakat termasuk pihak swasta. (Brotowasisto, 1990).

Pembangunan kesehatan masyarakat pada dasarnya diarahkan agar masyarakat dapat menentukan dan mengetahui masalah-masalah yang menyangkut kesehatan serta jenis-jenis pelayanan kesehatan yang diperlukan untuk mengatasi masalah-masalah tersebut. Dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan ini haruslah mendapat pengarahan dan bantuan teknis dari pemerintah.

Pelayanan kesehatan masyarakat tergantung dari tingkat kesadaran masyarakat itu

sendiri untuk berperan serta dalam pembangunan pelayanan kesehatan, selain itu juga tergantung dari kemampuan Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat, dan kondisi sosial, ekonomi, budaya dan lingkungan masyarakat itu.

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) sebagai unit pelayanan kesehatan yang terdepan dan terdekat dengan masyarakat menjadi tumpuan harapan masyarakat atas pelayanan yang berkualitas. Puskesmas diharapkan dapat mengelola kegiatan kesehatan di wilayah kerjanya melalui penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan medis pertama dan pelayanan kesehatan masyarakat. Mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas harus dapat menjamin kepuasan. Pelayanan yang bermutu tidak akan terlepas dari keseriusan

memberian pelayanan terhadap kepuasan pasien

Untuk merealisasikan pelayanan kesehatan maka peran serta dari aparat kesehatan sangat diperlukan dengan memaksimalkan jasa pelayanan kesehatan dan pengelolaan pelayanan kesehatan. Pengelolaan pelayanan kesehatan berkualitas dirasakan sebagai kebutuhan yang perlu diperhatikan karena kegiatan pelayanan kesehatan bukan hanya kegiatan yang melakukan pelayanan rutin semata tapi harus ada katanggapan petugas dalam kebutuhan pasien, keprihatinan, dan keramahan petugas dalam melayani pasien dan kesembuhan penyakit yang diderita pasien. Di samping itu, kualitas pelayanan kesehatan juga terkait pada dimensi kesesuaian pelayanan yang diselenggarakan dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran serta prosedur pelayanan yang berlaku.

Kualitas pelayanan kesehatan senantiasa dituntut peningkatannya baik oleh konsumen (*health consumens*), oleh pemberi pelayanan kesehatan (*health provider*) dan pihak lain, misalnya pihak yang membiayai pelayanan kesehatan. Konsumen senantiasa mengharapkan peningkatan kualitas pelayanan seperti memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, kecepatan, dan ketepatan pelayanan. Kepuasan pasien merupakan keseimbangan antara harapan, persepsi dan yang dialami sehingga dapat terpenuhi harapan-harapan pasien dari penyedia pelayanan kesehatan.

Mulai tahun 2005 terjadi peningkatan tarif pelayanan kesehatan di Puskesmas. Hal tersebut memunculkan kekhawatiran tentang penerapan SPM bidang kesehatan sebagai bagian dari pelayanan sosial ataukah hanya sebagai

alat dari kepentingan pasar. Dalam kerangka pemikiran pelayanan sosial, adanya SPM bidang kesehatan memberikan tuntutan kepada setiap unit pelayanan kesehatan untuk mengadakan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, misalnya tersedianya dana untuk keluarga miskin. Sedangkan dari pemikiran kepentingan pasar, saat ini dapat dilihat adanya kenaikan tarif pelayanan kesehatan baik di Puskesmas atau di RSUD. Kenaikan tarif yang tinggi dan belum sebanding dengan kenaikan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan.

Selama ini sering muncul keluhan-keluhan dari masyarakat sebagai wujud ketidakpuasan masyarakat terhadap kinerja pemerintah dalam memberikan pelayanan kepada publik. Hal ini berkaitan dengan kinerja pemerintah daerah selama ini, dimana tidak ada aturan baku yang mengatur tentang standar pelayanan, kurangnya informasi yang diberikan kepada masyarakat tentang prosedur ketika mengurus suatu hal di instansi pemerintah, tidak adanya sanksi tegas dan kontrol perilaku pegawai yang menyalahgunakan wewenang.

Keluhan yang timbul di kalangan masyarakat akibat ketidakpuasan terhadap pelaksanaan pelayanan publik oleh instansi pemerintah mendorong dikeluarkannya Standar Pelayanan Minimal (SPM). Pelayanan publik berkualitas yang diberikan oleh instansi pemerintah merupakan kunci sukses untuk mendapatkan dukungan dan kepercayaan masyarakat dalam menjalankan pemerintahan dan pembangunan. Dalam pelaksanaan otonomi daerah sekarang ini kualitas pelayanan terhadap publik menjadi tolok ukur keberhasilan

pembenahan terhadap prosedur dan mekanisme pelayanan publik yang telah berjalan selama ini. Dengan demikian Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan agenda pemerintah dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan terhadap publik. Walaupun demikian tidak dipungkiri adanya kemungkinan bahwa SPM hanya sebagai instrument untuk mendapatkan pengakuan ataupun legitimasi dari masyarakat terhadap kinerja pemerintah. Di lain pihak, Indonesia berada di percaturan pasar internasional yang semakin mengglobal. Maka dari itu, institusi pelayanan publik seperti halnya institusi pelayanan kesehatan tidak bisa lepas dari pengaruh kepentingan pasar tersebut. Bahkan ada kecenderungan bahwa penyusunan draft SPM lebih didasarkan pada tuntutan global dibandingkan dengan tuntutan riil yang mendesak dari masyarakat luas. Pelaksanaan SPM akan mewujudkan *good governance* dan berujung pada efisiensi birokrasi yang pada akhirnya akan menguntungkan pelaku ekonomi atau kepentingan pasar. Dengan demikian, pelayanan publik yang berwujud peningkatan kualitas pelayanan sosial secara universal kepada masyarakat luas menjadi terancam oleh adanya kepentingan pasar yang berorientasi pada keuntungan maksimal secara material. Permasalahan inilah yang menjadikan pelaksanaan SPM menjadi hal yang sangat serius untuk dikaji secara lebih mendalam, sehingga pada nantinya bisa dilakukan evaluasi maupun monitoring dari publik terhadap pelaksanaan SPM di lapangan.

Permasalahan mengenai pelaksanaan SPM tersebut, selama ini belum banyak dikaji secara mendalam oleh beberapa pakar, meskipun demikian sudah bermunculan berbagai opini masyarakat mengenai pelaksanaan SPM tersebut. Dengan demikian, pelaksanaan SPM tersebut merupakan permasalahan yang aktual dan menarik untuk dilakukan sebuah kajian yang berbentuk penelitian.

SPM akan dimaknai sebagai konsep pembangunan masyarakat, seandainya betul-betul sebagai agenda perubahan untuk peningkatan pelayanan pemerintah terhadap kepentingan publik dan bisa juga dimaknai sebagai konsep kebijakan sosial, apabila produk keputusan politik yang dihasilkan sebagai usaha untuk menciptakan kesejahteraan masyarakat. Dengan demikian adanya SPM bisa dijadikan sebagai sebuah harapan terjadinya agenda perubahan pelayanan yang lebih baik, namun bisa juga hanya menjadi kebijakan politik bagi pemerintah untuk mengeksploitasi kepentingan publik dan memanipulasi makna SPM sesungguhnya. Selain itu SPM bisa dipahami sebagai wujud dari kebijakan sosial untuk mengatasi masalah sosial yang sedang terjadi.

Peneliti menyadari bahwa SPM yang dilaksanakan oleh pemerintah cukup luas dan kompleks. Oleh karena itu, perlu adanya batasan untuk mempersempit permasalahan sehingga lebih terfokus pada sebuah permasalahan yang konkret di lapangan. Dalam hal ini peneliti berupaya untuk mendalami permasalahan di sekitar pelaksanaan SPM dalam bidang kesehatan khususnya di

relatif dekat dengan domisili peneliti dan selalu banyak dikunjungi oleh para pengguna jasa pelayanan kesehatan.

Berdasarkan pengamatan pribadi masih ditemukan keluhan-keluhan dari masyarakat yang menggunakan jasa pelayanan kesehatan baik di Puskesmas Godean I maupun Godean II. Kebanyakan masyarakat mengeluh akan lambannya pelayanan baik pada bagian administrasi maupun pemeriksaan sehingga pasien harus menunggu lama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Hal ini disebabkan oleh kurang efektif dan efisiennya staf pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam memanfaatkan waktu mengingat banyaknya pasien yang menggunakan jasa pelayanan kesehatan di Puskesmas Godean I dan Godean II. Terkadang ditemukan sikap kurang ramahnya staf dalam memberikan pelayanan kesehatan. Setiap harinya masih terdapat pasien yang tidak mendapatkan tempat duduk (berdiri) saat menunggu mendapatkan pelayanan mengingat selalu membanjirnya masyarakat pengguna jasa pelayanan kesehatan di Puskesmas. Hal ini menunjukkan kurang memadainya sarana ruang tunggu pasien baik di Puskesmas Godean I maupun Godean II.

Dengan demikian judul penelitian ini dirumuskan sebagai berikut :

IMPLEMENTASI DESENTRALISASI PELAYANAN KESEHATAN
(*Studi Kasus Mengenai Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Puskesmas I dan II Kecamatan Godean Kabupaten Sleman*)

B. Tujuan dan Manfaat Penelitian

Tujuan Substansial

- Untuk mengetahui pelaksanaan SPM bidang kesehatan secara riil dalam pelayanan kepada masyarakat khususnya di Puskesmas I dan II Kecamatan Godean, Kabupaten Sleman, Yogyakarta.
- Untuk mengetahui makna di balik pelaksanaan SPM bidang kesehatan di Puskesmas Kecamatan Godean

Tujuan Operasional

- Penelitian ini dilakukan untuk memenuhi syarat pencapaian gelar Sarjana Strata I dalam Ilmu Sosial dan Ilmu Politik dengan Jurusan Ilmu Pemerintahan.
- Hasil Penelitian ini diharapkan dapat memperluas wawasan para peneliti lainnya, sehingga dapat melakukan studi yang lebih baik, mendalam dan komprehensif.

C. Perumusan Masalah

Dari penjelasan tersebut di atas dapat dirumuskan beberapa pertanyaan sebagai berikut :

1. Bagaimanakah implementasi SPM bidang kesehatan di Puskesmas I dan II Kecamatan Godean Kabupaten Sleman ?

2. Faktor-faktor apakah yang mempengaruhi implementasi SPM bidang kesehatan di Puskesmas I dan II Kecamatan Godean Kabupaten Sleman ?

D. Kerangka Dasar Teori

1. Implementasi Kebijakan

a. Pengertian Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan dapat dipandang sebagai suatu proses pelaksanaan kebijakan / keputusan yang biasanya dalam bentuk Undang-undang, Peraturan Pemerintah, Instruksi Presiden, Keputusan Gubernur, Keputusan Bupati dan lain-lain. Lebih lanjut Mazmanian dan Sabatier menjelaskan konsep implementasi kebijakan sebagai berikut :

“Memahami apa yang senyatanya terjadi sesudah suatu program diberlakukan atau dirumuskan, yakni peristiwa-peristiwa dan kegiatan-kegiatan yang terjadi setelah proses pengesahan kebijaksanaan negara, baik itu menyangkut usaha-usaha pengadministrasian maupun usaha-usaha untuk memberikan dampak tertentu pada masyarakat ataupun peristiwa-peristiwa”.¹

Pelaksanaan kebijaksanaan adalah sesuatu yang lebih penting dari pembuatan kebijakan. Kebijakan akan sekedar rencana bagus yang tersimpan rapi dalam arsip apabila tidak diimplementasikan (Udoji, 1991).

¹ Mazmanian dan Sabatier, dalam Solichin, *Analisis Kebijakan Negara*, Jakarta, Rieneka Cipta, 1990.

Dari berbagai pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa implementasi kebijakan adalah pelaksanaan dari kebijakan negara yang telah disahkan, agar apa yang terkandung dalam kebijakan tersebut dapat diwujudkan dalam keadaan nyata sesuai dengan rencana yang ada, baik

menyangkut usaha-usaha pengadministrasian maupun usaha-usaha yang memberikan dampak pada masyarakat.

b. Model-model Implementasi Kebijakan

1. Model yang dikembangkan oleh Van Metter dan Van Horn (1975) yang disebut sebagai *A Model of Policy Implementation Process* (Model Proses Implementasi Kebijakan). Implementasi akan dipengaruhi oleh kebijakan :

- (1) Jumlah masing- masing perusahaan yang akan dihasilkan
- (2) Jangkauan/lingkup kesepakatan terhadap tujuan diantar pihak-pihak yang terlibat dalam proses implementasi.

Dengan demikian tingkat keberhasilan implementasi akan lebih tinggi jika perubahan yang dikehendaki relatif sedikit sementara kesepakatan terhadap tujuan terutama dari mereka yang mengoperasikan program di lapangan relatif tinggi.

2. Model yang dikembangkan oleh Daniel Mazmanian dan Paul A Sabatier yang disebut *A Framework For Implementation Analysis*. Peran penting dari analisa implementasi adalah mengidentifikasi variabel-variabel

- (1) Mudah tidaknya masalah yang akan dikendalikan.
 - (2) Kemampuan keputusan kebijakan untuk menstrukturkan secara tepat proses implementasinya.
 - (3) Pengaruh langsung berbagai variabel politik terhadap kesinambungan dukungan, tujuan yang termuat dalam keputusan kebijakan tersebut.
3. Model yang dikembangkan oleh Brian W. Hogwood dan Lewis A. Gunn yang disebut sebagai *The Top Down Approach*. Untuk mengimplementasikan kebijakan secara baik maka harus dipenuhi beberapa persyaratan yaitu :
- a. Kondisi eksternal yang dihadapi instansi pelaksana tidak akan menimbulkan kendala serius.
 - b. Tersedia waktu dan sumber- sumber yang memadai.
 - c. Perpaduan sumber- sumber yang diperlukan benar-benar tersedia.
 - d. Kebijaksanaan didasari sebab akibat (kausalitas) :
 - Hubungan bersifat langsung dan kecilnya hubungan saling ketergantungan.
 - Pemahaman kesepakatan terhadap tujuan terdapat perincian serta penempatan tugas.
 - Komunikasi dan koordinasi yang sempurna.
 - Pihak yang memiliki wewenang kekuasaan aparat menuntut dan mendapat kebutuhan sempurna.

c. Pendekatan Implementasi

(1) *Struktural Approaches*

Didasari pada keyakinan bahwa struktur organisasi tertentu hanya cocok pada tipe tugas dan lingkungan tertentu. Untuk memperjelas hal tersebut perlu dibedakan antara:

- Perencanaan mengenai perubahan yaitu perubahan yang ditimbulkan dari dalam organisasi-organisasi atau sepenuhnya berada di bawah kendali organisasi implementasi dipandang semata-mata persoalan teknis/ managerial.
- Perencanaan untuk melakukan perubahan berlangsung jika perubahan dipaksakan oleh pihak dari luar atau jika proses perubahan sukar diperkirakan, dikontrol dan dibandung.

(2) *Procedural dan Managerial Approaches*

Perwujudan dari pendekatan ini adalah perencanaan kerja dan pengawasan yang menyajikan kerangka kerja dimana proyek dapat direncanakan dan diimplementasikan, dapat diawasi dengan cara mengidentifikasi tugas yang harus diselesaikan, hubungannya di antara tugas-tugas tersebut dan urutan logis pelaksanaan tugas-tugas tersebut.

(3) *Behavioural Approaches*

Diawali kesadaran bahwa sering terjadi penolakan terhadap perubahan perilaku manusia harus dipengaruhi jika kebijakan ingin diimplementasikan secara baik. Dalam realitas obyektif berbagai alternatif yang tersedia tidak hanya diterima atau ditolak tetapi terbentang suatu spectrum kemungkinan reaksi mulai dari penerimaan aktif hingga pasif, acuh tak acuh dan penolakan aktif hingga pasif.

(4) *Political Approaches*

Memandang bahwa keberhasilan suatu kebijakan tergantung pada ketersediaan dan kemampuan-kemampuan kelompok-kelompok dominan untuk memaksakan kehendaknya, jika tidak hanya kelompok dominan, maka kebijakan hanya akan dicapai melalui proses panjang yang bersifat incremental pada situasi tertentu, distribusi kekuasaan memungkinkan terjadinya kemacetan implementasi kebijakan meskipun kebijakan sudah disahkan.

Amir Santoso (1990) mengutip pendapat Van Metter dan Van Horn tentang variabel- variabel yang mempengaruhi implentasi suatu kebijakan. Variabel-variabel tersebut antara lain : tujuan dan ukuran, kebijakan, sumber daya, aktivitas komunikasi antara organisasi dan aktivitas pelaksanaan (*enforcement*) karakteristik dari agen pelaksana, kondisi sosial politik dan ekonomi, disposisi dari pelaksana dan penyelenggaraannya.

Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa dalam implementasi suatu kebijakan harus memperhatikan faktor-faktor yang memungkinkan tujuan dan maksud pelaksanaan kebijakan tersebut dapat dicapai. Faktor-faktor tersebut adalah : komunikasi, sumber daya, sikap pelaksana/ disposisi, dan struktur birokrasi.

2. Pelayanan Publik

Pelayanan publik adalah segala bentuk kegiatan pelayanan yang dilakukan oleh suatu badan atau lembaga pemerintah maupun non pemerintah dalam bentuk barang maupun jasa baik dalam rangka pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan perundang-undangan (Ahmad, 1996).

Pelayanan publik memiliki ciri-ciri :

- a. tidak dapat memilih konsumen
- b. pelayanan dibatasi oleh peraturan perundang-undangan
- c. politik menginstitusikan konflik
- d. pertanggungjawaban yang kompleks
- e. semua tindakan harus mendapatkan justifikasi
- f. tujuan dan output dapat diukur atau ditentukan (Ahmad, 1996)

Sementara itu A.S. Moenir (1998) mendefinisikan pelayanan publik / umum sebagai suatu proses / kegiatan yang dilakukan oleh seseorang atau sekelompok orang dengan landasan faktor material melalui

sistem , prosedur dan metode tertentu dalam rangka memenuhi kepentingan orang lain sesuai dengan haknya.

Pelaksanaan pelayanan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah bagaimana penerapan SPM bidang kesehatan di Puskesmas sehingga pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan harapan masyarakat, yaitu :

1. Adanya kemudahan dalam pengurusan kepentingan dengan pelayanan yang cepat dalam arti tanpa hambatan yang kadangkala dibuat-buat
2. Memperoleh pelayanan secara wajar tanpa gerutu atau sindiran
3. Mendapatkan perlakuan yang sama dalam pelayanan terhadap kepentingan yang sama, tertib dan tidak pandang bulu
4. Pelayanan jujur dan terus terang, artinya memberitahukan apabila terdapat hambatan sehingga orang lain tidak menunggu-nunggu sesuatu yang tak menentu (Moenir, 1998).

Secara ekonomi desentralisasi berarti mengefisiensikan pelayanan dan fasilitas publik dengan penyediaannya di tingkat lokal daerah. Hal ini dianggap menurunkan pengeluaran negara dan efektif sehubungan dengan pemanfaatan sumber daya manusia. Secara politik, desentralisasi akan memperkuat akuntabilitas, political skills dan integrasi nasional. Selain itu pemerintah akan lebih dekat dengan masyarakat dan mendapatkan pelayanan

Dalam kaitannya dengan desentralisasi dan pemerintahan daerah, Albert Hirschman (1976) mengemukakan konsep *exit* dan *voice*. *Exit* merupakan kemampuan masyarakat untuk memilih pelayanan publik sesuai keinginannya dimana masyarakat dapat memilih pelayanan selain yang disediakan oleh pemerintah apabila tidak memuaskan dalam kualitas, sehingga diperlukan alternatif pelayanan publik selain pelayanan yang disediakan pemerintah. Dalam hal ini, pemerintah tidak melakukan monopoli pelayanan publik tetapi tergantung sepenuhnya oleh mekanisme pasar. Sedangkan *voice* adalah kemampuan masyarakat untuk menyuarakan atau mengekspresikan ketidakpuasan terhadap bentuk pelayanan publik. Konsep *exit* dan *voice* mempunyai kaitan erat dalam implementasi dan artikulasi terhadap pilihan pelayanan publik (Bailey, 1999).

Pemerintah lokal sebagai *stakeholders* pelayanan publik diharapkan dapat mengimplementasikan *exit* dan *voice* secara seimbang sebagai pemanfaatan dari potensi daerah untuk menghasilkan dana yang besar. Kelebihan dana tersebut dapat digunakan untuk mensubsidi pelayanan publik terutama pada masyarakat miskin (Bailey, 1999).

Dalam upaya peningkatan pelayanan publik, pemerintah Indonesia menempuh berbagai kebijakan publik yang diantaranya adalah adanya standarisasi dalam pelaksanaan pelayanan publik atau yang dikenal sebagai

3. Desentralisasi Bidang Kesehatan

Pada dasarnya otonomi daerah merupakan desentralisasi kekuasaan yang memperluas wewenang daerah untuk membangun daerahnya masing-masing. Munculah istilah desentralisasi bidang kesehatan yang berkaitan dengan pelaksanaan otonomi daerah. Desentralisasi merupakan peluang untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat karena Kabupaten / Kota memiliki wewenang lebih luas untuk mengatur kebijakannya sendiri di bidang kesehatan. Tujuan desentralisasi bidang kesehatan adalah mewujudkan pembangunan nasional di bidang kesehatan yang berlandaskan prakarsa dan aspirasi masyarakat dengan cara memberdayakan, menghimpun dan mengoptimalkan potensi daerah untuk kepentingan daerah dan prioritas nasional dalam mencapai "Indonesia Sehat 2010".

Menurut Smith (1985), desentralisasi mencakup pendelegasian kekuasaan dan kewenangan kepada tingkatan yang lebih rendah, dalam hal ini merujuk pada distribusi kekuasaan suatu daerah. Desentralisasi di sini dapat berarti dua hal, yaitu *self-government* dan demokrasi. *Self-government* berkaitan dengan pemerintah yang dilakukan oleh daerah, dan demokrasi menjelaskan politik yang dilakukan, yang mendasari pembentukan institusi yang akan memerintah. Secara ekonomi desentralisasi berarti mengefisienkan pelayanan dan fasilitas publik dengan penyediaannya di tingkat lokal daerah. Hal ini dianggap menurunkan pengeluaran negara dan dianggap efektif sebab dengan memanfaatkan sumber daya manusia

Secara politik, desentralisasi akan memperkuat akuntabilitas, political skills, dan integrasi nasional. Selain itu pemerintah akan lebih dekat dengan masyarakatnya dan mengadakan pelayanan publik dengan lebih baik (Smith, 1985).

Desentralisasi pelayanan publik merupakan salah satu langkah strategis untuk menciptakan *good governance*. Kebijakan tersebut berpandangan bahwa sistem pemerintahan sentralistik terbukti tidak mampu mendorong terciptanya suasana kondusif bagi partisipasi aktif masyarakat dalam melakukan pembangunan. Menguatnya kesadaran akan berbagai kelemahan dan hambatan dalam pemerintahan sentralistik, telah mendorong terciptanya kebijakan desentralisasi. Pelaksanaan desentralisasi tersebut diharapkan dapat sebagai momentum terciptanya efisiensi serta peran aktif masyarakat dalam penyediaan pelayanan publik.

Secara fisiologis dan ideologis, desentralisasi dianggap sebagai tujuan politik yang penting. Hal ini dikarenakan desentralisasi telah memberikam kesempatan munculnya partisipasi masyarakat dan kemandirian pemerintah daerah. Selain itu kebijakan desentralisasi juga untuk menjamin kecermatan aparatur pemerintah daerah terhadap masyarakat. Dalam berbagai hal, desentralisasi juga dianggap sebagai suatu cara untuk mengalihkan beberapa tanggung jawab pemerintah pusat ke daerah. Sementara itu tujuan desentralisasi bidang kesehatan adalah mewujudkan pembangunan nasional di bidang kesehatan yang berdasarkan prakarsa dan inisiatif masyarakat daerah

untuk kepentingan daerah dan prioritas nasional dalam mencapai “ Indonesia Sehat 2010 “.

Kebijakan desentralisasi bidang kesehatan merupakan momentum perubahan yang nyata dalam pembiayaan pelayanan kesehatan. Perubahan tersebut berkaitan dengan pembiayaan pelayanan kesehatan yakni mengenai alokasi anggaran kesehatan. Sebelum dikeluarkannya kebijakan desentralisasi, dana kesehatan adalah dana sektoral yang jumlah dan penggunaannya telah ditentukan oleh pemerintah pusat. Sistem yang demikian terkadang menyebabkan ketidaksesuaian anggaran yang diterima dengan kebutuhan riil di daerah. Hal ini terjadi karena perencanaan yang sentralistik seringkali tidak memperhatikan atau mengakomodasi berbagai variasi daerah secara baik. Setelah dikeluarkannya kebijakan desentralisasi, biaya kesehatan tidak lagi berupa dana sektoral tetapi harus diperjuangkan dari dana alokasi umum yang diterima oleh masing-masing pemerintah daerah. Yang menjadi permasalahan selanjutnya adalah adanya beberapa pemerintah daerah yang tidak menaruh perhatian cukup di bidang kesehatan, sehingga dana yang dialokasikan relatif kecil.

Di sisi lain dengan masih besarnya proporsi anggaran yang ada di tingkat pusat menuntut adanya kriteria objektif dalam proses pengalokasiannya. Sampai saat ini masih dipertanyakan formula apa yang dipakai oleh pemerintah pusat untuk menentukan besaran alokasi yang

diterima oleh daerah. Dalam berbagai hal terjadi ketimpangan yang nyata mengenai besaran alokasi dana kesehatan terhadap beberapa daerah.

Dana Alokasi Khusus (DAK) yang diberikan kepada daerah ternyata juga tidak steril dari kepentingan politik. Kepentingan politik semakin menonjol tatkala pemerintah pusat mencampuri urusan yang sangat detail, misalnya dalam perbaikan fisik Puskesmas atau pengadaan *ambulance* yang ujung-ujungnya mengarah pada rekanan tertentu saja.

Permasalahan dikeluarkannya kebijakan desentralisasi bidang kesehatan tidak hanya mengenai pengalokasian dana pelayanan kesehatan, selain itu muncul permasalahan baru semisal dengan adanya desentralisasi bidang kesehatan maka Puskesmas sebagai lembaga pelayanan kesehatan dituntut untuk bisa lebih mandiri dalam hal pembiayaan. Sehingga tidak mengherankan jika di beberapa daerah terjadi peningkatan tarif pelayanan kesehatan yang pada akhirnya justru menurunkan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat terutama penduduk miskin. Oleh karena itu tujuan dari adanya desentralisasi bidang kesehatan untuk meningkatkan kualitas kesehatan penduduk Indonesia menjadi perlu dipertanyakan kembali. Hal ini disebabkan oleh adanya sebuah ancaman tidak teraksesnya pelayanan kesehatan secara optimal oleh penduduk miskin karena besarnya biaya tarif pelayanan kesehatan, padahal jumlah penduduk miskin di Indonesia cukup banyak.

Dapat disimpulkan bahwa dalam desentralisasi bidang kesehatan memiliki hubungan erat dengan sistem politik, pasar (swasta) dan kesejahteraan masyarakat. Adanya desentralisasi bidang kesehatan diharapkan membawa pada kemandirian daerah dalam menangani masalah kesehatan masyarakat. Inti dari desentralisasi bidang kesehatan ini adalah bagaimana daerah mengembangkan kemampuan mengelola berbagai potensi yang ada dan peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dalam pelaksanaannya pelibatan pihak swasta sangat penting dalam memberikan pilihan pelayanan terhadap publik dan kontrol kualitas lembaga pelayanan kesehatan milik pemerintah.

4. Kualitas Pelayanan Kesehatan

Pelayanan umum yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah pelayanan dalam bidang kesehatan. Kesehatan itu sendiri menurut WHO dalam Mariyati Sukarni (1994) dapat didefinisikan sebagai berikut : “ *Health is state of complete physically and social well being and not merely the absence of disease and infirmity* “ (Sehat adalah suatu keadaan yang prima meliputi tidak hanya fisik, mental, maupun sosial melainkan diartikan pula bebas dari sakit atau cacat).

Pelayanan pada dasarnya mempunyai sasaran yang sederhana yaitu kepuasan masyarakat, oleh karena itu pelayanan yang diberikan harus memperhatikan kualitas. Menurut Philip Kotler dalam Fandy Tjiptono (1997), definisi kualitas yang kerap kali dijumpai antara lain :

- Kesesuaian dengan persyaratan umum dan tuntutan
- Kecocokan untuk pemakaian
- Perbaikan / penyempurnaan yang berkelanjutan
- Bebas dari kerusakan atau cacat
- Pemenuhan kebutuhan pelanggan semenjak awal dan setiap saat
- Melakukan segala sesuatu secara benar semenjak awal
- Sesuatu yang bisa membahagiakan pelanggan

Anwar (1996) mengemukakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan adalah menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata- rata penduduk, serta di pihak lain prosedur penyelenggaraannya sesuai standar pelayanan profesi dan kode etik yang telah ditetapkan.

Kualitas pelayanan kesehatan sangat subyektif tergantung pada persepsi, sistem nilai, latar belakang masyarakat atau individu yang terkait dengan jasa pelayanan tersebut. Bagi seorang pasien kualitas yang baik berkaitan dengan kesembuhan dari penyakit, meningkatkan derajat kesehatan

kecepatan pelayanan, kepuasan terhadap lingkungan fisik Puskesmas dan tarif yang dianggapnya memadai.

Parasuraman et al. (1985) berhasil mengidentifikasi 10 faktor utama yang menentukan kualitas pelayanan yaitu :

- a. *Reliability*, merupakan kemampuan untuk melaksanakan pelayanan yang telah dijanjikan.
- b. *Responsibility* adalah kesediaan untuk membantu pelanggan dengan menyediakan pelayanan yang cocok seperti yang mereka harapkan
- c. *Competence*, menyangkut pengetahuan dan ketrampilan yang diperlukan untuk dapat melaksanakan pelayanan.
- d. *Access*, merupakan kemudahan untuk kontak dengan lembaga penyedia jasa.
- e. *Courtesy*, sikap sopan, ramah, menghargai orang lain, penuh pertimbangan dan persahabatan.
- f. *Communication*, selalu memberikan informasi yang tepat kepada pelanggan dalam bahasa yang mereka pahami, mau mendengarkan mereka yang berarti mau menjelaskan tentang pelayanan, kemungkinan pilihan, biaya, jaminan, pada pelanggan bahwa masalah mereka akan ditangani.
- g. *Credibility*, dapat dipercaya, jujur dan mengutamakan pelanggan.
- h. *Security*, bebas dari resiko, bahaya dan keragu-raguan.
- i. *Understanding the customer*, berusaha untuk mengenal dan memahami kebutuhan dan menaruh perhatian pada mereka secara individual.

- j. *Appearance presentation*, penampilan dari fasilitas fisik, penampilan personel dan peralatan yang digunakan.

Sedangkan Philip Kotler merinci ada lima kriteria yang menentukan kualitas pelayanan yaitu :

- a. Kehandalan (*reliability*)

Kemampuan untuk memberikan pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan. Berarti kinerja harus sesuai dengan harapan pelanggan, misalnya tepat waktu, pelayanan sama untuk semua pelanggan dan tanpa adanya kesalahan.

- b. Daya Tanggap (*responsive*)

Kebijakan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat kepada pelanggan.

- c. Keyakinan (*confidence*)

Pengetahuan dan kesopanan karyawan serta kemampuan mereka untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan.

- d. Jaminan (*assurance*)

Kemampuan pemberi layanan untuk melakukan pendekatan, memberikan perlindungan serta bahasa untuk mengetahui keinginan dan kebutuhan

e. Bukti Fisik (*tangibles*)

Penampilan fisik dari sarana dan prasarana yang dapat diandalkan, keadaan lingkungan sekitar adalah bukti dari pelayanan yang diberikan oleh pemberi pelayanan.

5. Standar Pelayanan Minimal (SPM) dalam Bidang Kesehatan

Pelaksanaan pelayanan publik yang dilakukan oleh pemerintah memerlukan standar kualitas maupun kuantitas demi terciptanya pelayanan terhadap masyarakat yang memuaskan. Maka dari itu pada setiap pelayanan publik ada standar tertentu untuk mengukur pelaksanaan pelayanan publik, atau yang dikenal dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM).

SPM dikeluarkan oleh pemerintah dengan maksud agar terjadi persamaan persepsi dan pemahaman serta tindak langkah antar daerah pada masing-masing institusi pemerintah dalam penyelenggaraan pelayanan minimal.

Prinsip-prinsip SPM menurut surat edaran Menteri Otonomi Daerah No. 100 / 757 / OTDA meliputi :

1. Standar Pelayanan Minimal diterapkan pada kewenangan wajib daerah saja, namun daerah dapat mengembangkan dan menerapkan standar kinerja untuk kewenangan daerah yang lain.
2. Standar Pelayanan Minimal ditetapkan pemerintah dan diberlakukan

3. Standar Pelayanan Minimal harus mampu menjalin terwujudnya hak-hak individu serta dapat menjamin akses masyarakat mendapat pelayanan dasar dari pemerintah daerah sesuai patokan dan ukuran yang ditetapkan oleh pemerintah.
4. Standar Pelayanan Minimal bersifat dinamis dan perlu dikaji ulang dan diperbaiki dari waktu ke waktu sesuai dengan perubahan kebutuhan nasional dan perkembangan kapasitas daerah.
5. Standar Pelayanan Minimal harus memenuhi beberapa ketentuan sebagai berikut :
 - a. Pemerintah pusat menentukan Standar Pelayanan Minimal secara jelas dan konkrit, sesederhana mungkin, tidak terlalu banyak dan mudah diukur untuk dipedomani oleh setiap unit organisasi perangkat daerah, atau badan usaha milik daerah atau lembaga mitra pemerintah daerah yang melaksanakan kewenangan wajib daerah.
 - b. Indikator Standar Pelayanan Minimal memberikan informasi kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah secara kualitas dan secara kuantitas dengan mempunyai nilai bobot.

c. Karakteristik Indikator meliputi :

- 1). Masukan (bagaimana tingkat atau besaran sumberdaya yang digunakan)
- 2). Proses yang digunakan, termasuk upaya pengukurannya seperti program atau kegiatan yang dilakukan, mencakup waktu, lokasi, isi program atau kegiatan, penerapan dan pengelolaannya.
- 3). Hasil, wujud pencapaian kinerja, termasuk pelayanan yang diberikan, persepsi publik terhadap pelayanan tersebut, perubahan perilaku publik.
- 4). Manfaat, tingkat kemanfaatan yang dirasakan sebagai nilai tambah, termasuk kualitas hidup, kepuasan konsumen / masyarakat, maupun pemerintah daerah.
- 5). Dampak, pengaruh pelayanan terhadap kondisi secara makro berdasarkan manfaat yang dihasilkan.

d. Indikator Standar Pelayanan Minimal menggambarkan indikasi variable pelayanan dasar yang digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan menggambarkan keseluruhan pengukuran terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu serta jenis pelaporan dasar kepada masyarakat terhadap kinerja unit organisasi perangkat daerah.

- e. Indikator (termasuk nilai) pelayanan minimal merupakan keadaan minimal yang diharapkan secara nasional untuk suatu jenis pelayanan tertentu. Yang dianggap minimal dapat merupakan kondisi rata-rata daerah.
- f. Indikator Standar Pelayanan Minimal seharusnya diacu dalam perencanaan daerah, penganggaran daerah dan pemekaran dan penggabungan lembaga perangkat daerah, pengawasan, pelaporan dan salah satu dokumen Laporan Pertanggungjawaban Kepala Daerah serta penilaian kapasitas daerah.
- g. Dalam pencapaian Standar Pelayanan Minimal untuk jangka waktu tertentu ditetapkan batas awal pelayanan minimal (*Minimum Service Baseline*) dan target pelayanan yang akan dicapai (*Minimum Service Target*).
- h. *Minimum Service Baseline* adalah spesifikasi kinerja pada tingkat awal berdasarkan data indikator Standar Pelayanan Minimal yang terakhir / terbaru.
- i. *Minimum Service Target* adalah spesifikasi peningkatan kinerja pelayanan yang harus dicapai dalam periode waktu tertentu dalam siklus perencanaan daerah multi tahun untuk mencapai atau melebihi Standar Pelayanan Minimal.

6. Standar Pelayanan Minimal berbeda dengan Standar Teknis, Standar Teknis merupakan faktor pendukung alat mengukur pencapaian Standar Pelayanan Minimal.

Dalam penelitian ini akan fokus pada penerapan SPM bidang kesehatan yang dilakukan di Puskesmas I dan II Kecamatan Godean Sleman. Adapun alasan penelitian dilakukan di Puskesmas karena Puskesmas merupakan salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang memiliki peran strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

SPM bidang kesehatan dimaksudkan agar terjadi peningkatan pelayanan publik terhadap masyarakat pada daerah. Selain itu, SPM bidang kesehatan bertujuan agar terjadi pemerataan baik secara horizontal maupun vertikal. Masyarakat mempunyai hak pemerataan (*equity*) yang mana dalam bidang kesehatan adalah mengacu pada pemerataan distribusi dalam pelayanan kesehatan baik dalam arti pemerataan wilayah maupun pemerataan pada semua lapisan masyarakat. Sedangkan hak untuk mengakses (*access*) merupakan hak untuk ikut serta dalam menentukan kebijakan sosial dan dapat menggunakan hak kendali terhadap sumber daya yang penting. Akses (*access*) dalam bidang kesehatan bukan hanya sekedar mendapatkan pelayanan medik, tetapi termasuk memperoleh akses terhadap jaminan sosial atau pekerjaan dan pendidikan yang layak. *Access* dan *equity* akan sulit diwujudkan bila terhalang oleh kurangnya dana. Dan dalam pelaksanaannya.

diperlukan juga keikutsertaan unsur sistem politik yang kondusif (Turshen, 1989).

Indikator sebagai tolok ukur yang dapat menunjukkan indikasi-indikasi terjadinya perubahan kinerja Puskesmas sebagai pelaksana pelayanan kesehatan anatar lain :

1. *Input* (masukan), misalkan jumlah dokter, kelengkapan alat, prosedur tetap, dan lain-lain.
2. *Process* (proses), misalnya kecepatan pelayanan, pelayanan dengan ramah, dan lain-lain.
3. *Output* (hasil), misalnya jumlah pasien yang dilayani, kebersihan lingkungan.
4. *Outcome* (manfaat), merupakan nilai tambah misalkan kepuasan pasien atas pelayanan, kualitas lingkungan Puskesmas, dan lain-lain.
5. *Benefit* (keuntungan), keuntungan yang diterima Puskesmas dan penerima pelayanan.
6. *Impact* (dampak), misalkan dampak lingkungan, masyarakat luas, dampak pada karyawan dan lain-lain.

Dengan berdasarkan indikator di atas, diharapkan mampu mengetahui bagaimana pelaksanaan SPM di Puskesmas Kecamatan Godean dan perubahan-perubahan yang terjadi serta manfaat yang telah dicapai.

6. Puskesmas

Menurut UU Kesehatan No. 23 Tahun 1992, pelayanan kesehatan di Indonesia diselenggarakan oleh :

1. Pemerintah, yaitu Puskesmas dan Rumah Sakit Pemerintah
2. Swasta, seperti praktek bidan, praktek dokter gigi, praktek dokter umum, poliklinik, balai pengobatan, praktek dokter spesialis dan Rumah Sakit swasta (Azwar, 1996). Puskesmas sebagai suatu system pelayanan kesehatan terpadu, suatu unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kuratif dan preventif, secara terpadu menyeluruh dan mudah dijangkau (Notoadmodjo, 1997).

Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Dengan kata lain Puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya (Depkes RI, 1991).

Peranan dan kedudukan Puskesmas adalah sebagai ujung tombak sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Sebagai sarana pelayanan kesehatan terdepan di Indonesia, maka Puskesmas bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang diberikan di Puskesmas adalah pelayanan kesehatan menyeluruh meliputi pelayanan kuratif

(pengobatan), preventif (pencegahan), promotif (peningkatan kesehatan), dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan). Selain itu pengelolaan program Puskesmas berpedoman pada 4 azas, yaitu : 1) azas pertanggungjawaban wilayah; 2) azas peran serta masyarakat; 3) azas keterpaduan; dan 4) azas rujukan (Anwar, 1996).

Fungsi Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan dijabarkan dalam 18 kegiatan pokok Puskesmas, yaitu : 1) Kesehatan ibu dan anak; 2) Keluarga Berencana; 3) Usaha peningkatan Gizi; 4) Kesehatan Lingkungan; 5) Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular; 6) Pengobatan termasuk Pelayanan Darurat Karena Kecelakaan; 7) Penyuluhan Kesehatan Masyarakat; 8) Kesehatan Sekolah; 9) Kesehatan Olahraga; 10) Perawatan Kesehatan Masyarakat; 11) Kesehatan Kerja; 12) Kesehatan Gigi dan Mulut; 13) Kesehatan Jiwa; 14) Kesehatan Mata; 15) Laboratorium Sederhanan; 16) Pencatatan dan Pelaporan dalam rangka system Informasi Kesehatan; 17) Kesehatan Usia Lanjut; dan 18) Pembinaan Pengobatan Tradisional (DepKes RI, 1991).

Pada hakekatnya Puskesmas harus melaksanakan seluruh program kesehatan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan dan gizi masyarakat, khususnya pada keluarga miskin di wilayah kerja, sesuai prioritas yang ada dan kemampuan yang dimiliki.

E. Definisi Konseptual

Definisi konseptual adalah unsur penelitian yang terpenting sebagai usaha untuk menjelaskan mengenai pembatasan pengertian antara konsep yang satu dengan yang lainnya, agar tidak terjadi kesalahpahaman.

1. Implementasi Kebijakan

Studi implementasi kebijakan usaha untuk mengetahui tingkat keberhasilan pelaksanaan kebijakan publik serta variabel-variabel yang mempengaruhinya. Dalam usaha memahami pelaksanaan kebijakan publik tersebut perlu diketahui faktor-faktor yang mempengaruhinya atau menentukan pelaksanaan kebijakan publik serta variabel-variabel yang mempengaruhinya.

2. Pelayanan Publik

Adalah suatu aspek tugas atau kewenangan organisasi publik yang berbentuk pemberian pelayanan kepada masyarakat.

3. Kualitas Pelayanan Kesehatan

Adalah kualitas dari pelayanan yang diberikan penyelenggara pelayanan kesehatan yang di dalamnya terkandung sekaligus pengertian akan adanya rasa aman terhadap tindakan dokter dan terpenuhinya harapan pasien.

4. Desentralisasi Pelayanan Kesehatan

Desentralisasi pada dasarnya adalah pelimpahan atau penyerahan wewenang atau kekuasaan di bidang tertentu kepada pejabat dan

pemerintahan yang lebih tinggi kepada pemerintahan di bawahnya untuk mengatur urusan rumah tangga daerahnya sendiri.

Dalam era otonomi daerah, seluruh biaya yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat sebagaimana yang diemban oleh Puskesmas menjadi tanggungan pemerintah daerah masing-masing. Untuk mensiasati keterbatasan dana yang disediakan, sebagai bentuk penghematan biaya, Puskesmas sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan terkadang berorientasi pada terpenuhinya pelayanan kesehatan secara kuantitas dan cenderung kurang memperhatikan pelayanan secara kualitas, sehingga terkadang sering ditemui pelayanan yang kurang optimal. Selain itu juga pelayanan yang diberikan tidak lagi hanya berorientasi pada pelayanan universal saja tetapi telah mengkombinasikan antara pelayanan sosial dan profit.

Adanya desentralisasi bidang kesehatan diharapkan mampu membawa pada kemandirian daerah dalam menangani kesehatan masyarakat. Inti dari desentralisasi bidang kesehatan adalah bagaimana mengembangkan kemampuan mengelola berbagai potensi yang ada dan peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

5. Standar Pelayanan Minimal di bidang Kesehatan

Adalah Standar pelaksanaan pelayanan publik di bidang kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah demi terciptanya pelayanan bidang kesehatan yang memuaskan sesuai dengan harapan masyarakat.

F. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan suatu tindak lanjut dari definisi konseptual yang mngoperasikan konsep yang dimaksud dalam definisi konseptual. Definisi operasional berfungsi untuk menjelaskan ukuran atau indikator- indikator penelitian agar data yang diperoleh lebih konkret.

1. Isi dari Kebijakan Pemerintah tentang pelaksanaan SPM bidang kesehatan, diukur dari :

- Pelaksanaan Kewenangan wajib SPM bidang kesehatan
- Menyediakan sarana dan prasarana kesehatan
- Menyediakan tenaga-tenaga kesehatan yang terampil
- Membuat koordinasi dalam melaksanakan tugas
- Menyediakan biaya yang dibutuhkan
- Meningkatkan kesehatan masyarakat
- Memberikan pelayanan kepada pasien yang berobat

2. Implementasi Kebijakan Pemerintah, diukur dari :

a. Pelaksanaan kebijakan yang tingkat keberhasilannya diukur dari :

- Ketersediaan sarana dan prasarana untuk meningkatkan kesehatan
- Ketersediaan barang-barang yang dibutuhkan dalam meningkatkan kesehatan

- Adanya koordinasi dalam pelaksanaan
 - Tersedianya biaya yang dibutuhkan
 - Penyuluhan yang dilakukan petugas
 - Pembinaan yang dilakukan petugas
 - Kedisiplinan petugas dalam menjalankan tugas
- b. Dampak dari kebijakan diukur dari :
- Segi Sosial
 - Segi Kesehatan
 - Segi Ekonomi
- c. Pelayanan Kesehatan Masyarakat diukur dari :
- Kecepatan pelayanan
 - Responsivitas dalam pelayanan
 - Keramahan dalam pelayanan
 - Kesopanan dalam pelayanan
 - Reliability dalam pelayanan
 - Emphaty dalam pelayanan

Dalam pelaksanaan suatu kebijakan, harus memperhatikan faktor-faktor yang memungkinkan tujuan dan maksud pelaksanaan kebijakan tersebut dapat tercapai.

Faktor-faktor tersebut adalah :

1. Komunikasi

Tersedianya informasi mengenai pelaksanaan suatu program ataupun informasi yang berkaitan dengan program tersebut sehingga komunikasi aktor-aktor pelaksanaanya sangat diperlukan untuk mengetahui informasi tersebut

2. Sumber daya

Pembagian potensi-potensi yang ada harus sesuai dengan kemampuan yang dimiliki oleh aktor-aktor pelaksanaanya.

3. Sikap pelaksana/ Disposisi

Sikap pelaksana yang akomodatif merupakan syarat yang diperlukan untuk lancarnya suatu program.

4. Struktur birokrasi

G. Metode Penelitian

1. Pendekatan Kualitatif sebagai pilihan

Pendekatan penelitian dalam ilmu- ilmu sosial terbagi menjadi dua bagian yakni pendekatan kuantitatif dan pendekatan kualitatif. Pendekatan kuantitatif merupakan turunan dari filsafat *positivistic*, sedangkan pendekatan kualitatif merupakan turunan dari filsafat *phenomenology* (Danim, 2002).

Penelitian ini dimaksudkan untuk memperoleh gambaran secara jelas mengenai pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan di Puskesmas I dan II Kecamatan Godean, Sleman. Maka jenis penelitian ini dapat dikategorikan ke dalam penelitian *deskriptif kualitatif* yang bermaksud membuat gambaran secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta- fakta dan sifat- sifat populasi tertentu (Usman et al., 2001). Pada prinsipnya metode deskriptif ini digunakan untuk memecahkan masalah dengan cara menyusun data, mengumpulkan , mengklasifikasi, menganalisis dan menginterpretasikan data tersebut.

Pada hakekatnya pemilihan terhadap metode kualitatif didasarkan pada alasan sebagai berikut : *Pertama*, lebih mudah apabila berhadapan dengan kenyataan-kenyataan ganda. *Kedua*, metode ini menyajikan secara langsung hakekat hubungan antara peneliti dan responden. *Ketiga*, metode ini lebih peka dan lebih dapat menyesuaikan diri dengan banyak penajaman pengaruh bersama dan terhadap pola-pola nilai yang dihadapi.

2. Metode Studi Kasus (*Case Study*) sebagai dasar Pendekatan

Salah satu jenis penelitian deskriptif adalah berupa penelitian studi kasus. Penelitian ini memusatkan diri secara intensif pada satu obyek tertentu yang mempelajarinya sebagai suatu kasus. Data studi kasus dapat diperoleh dari semua pihak yang bersangkutan, dengan kata lain data dalam studi ini dikumpulkan dari berbagai sumber (Nawawi, 2003).

Sebagai sebuah studi kasus maka data yang dikumpulkan berasal dari berbagai sumber dan hasil penelitian ini hanya berlaku pada kasus yang diselidiki. Lebih lanjut Arikunto (1986) mengemukakan bahwa metode studi kasus sebagai salah satu jenis pendekatan deskriptif, adalah penelitian yang dilakukan secara intensif, terperinci dan mendalam terhadap suatu organisme (individu), lembaga atau gejala tertentu dengan daerah atau subyek yang sempit.

Penelitian *case study* atau penelitian lapangan (*field study*) dimaksudkan untuk mempelajari secara intensif tentang latar belakang masalah keadaan dan posisi suatu peristiwa yang sedang berlangsung saat ini, serta interaksi lingkungan unit sosial tertentu yang bersifat apa adanya (*given*). Subyek penelitian dapat berupa individu, kelompok, institusi atau masyarakat. Penelitian *case study* merupakan studi mendalam mengenai unit sosial tertentu dan hasil penelitian tersebut memberikan gambaran luas serta mendalam mengenai unit sosial tertentu. Subyek yang diteliti relatif terbatas,

namun variabel-variabel dan fokus yang diteliti sangat luas dimensinya (Danim, 2002).

Subyek penelitian dalam penelitian ini terbatas pada orang-orang yang terlibat dalam kasus pelaksanaan SPM di Puskesmas Kecamatan Godean, Sleman antara lain yaitu aparat Puskesmas dan masyarakat pengguna jasa pelayanan kesehatan di Puskesmas I dan II Kecamatan Godean tersebut. Walaupun demikian, penelitian ini akan mencoba mengupas kasus penerapan SPM tersebut dari sudut pandang berbagai pelaku yang terlibat dalam penerapan SPM di Puskesmas I dan II Kecamatan Godean secara mendalam.

Penelitian studi kasus akan berkurang kedalamannya bilamana hanya dipusatkan pada fase tertentu saja atau salah satu aspek tertentu sebelum memperoleh gambaran umum tentang kasus tersebut. Sebaliknya studi kasus akan kehilangan artinya kalau hanya ditujukan sekedar untuk memperoleh gambaran umum namun tanpa menemukan sesuatu atau beberapa aspek khusus yang perlu dipelajari secara intensif dan mendalam. Di samping itu, studi kasus yang baik harus dilakukan secara langsung dalam kehidupan sebenarnya dari kasus yang diselidiki. Walaupun demikian, data studi kasus dapat diperoleh tidak saja dari kasus yang diteliti, tetapi juga dapat diperoleh dari semua pihak yang mengetahui dan mengenal kasus tersebut dengan baik. Dengan kata lain, data dalam studi kasus dapat diperoleh dari

berbagai sumber namun terbatas dalam kasus yang akan diteliti tersebut (Nawawi, 2003).

Pengertian yang lain, studi kasus bisa berarti metode atau strategi dalam penelitian, bisa juga berarti hasil dari suatu penelitian sebuah kasus tertentu. Dalam kajian kasus peneliti lebih menfokuskan pada pengertian yang pertama yaitu sebagai metode penelitian. Studi kasus adalah suatu pendekatan untuk mempelajari, menerangkan atau menginterpretasikan suatu kasus dalam konteksnya secara natural tanpa adanya intervensi pihak luar. Pada intinya studi ini berusaha untuk menyoroti suatu keputusan atau seperangkat keputusan, mengenai keputusan itu diambil, bagaimana diterapkan dan apakah hasilnya.

Berdasarkan pengertian di atas, dalam penelitian ini SPM dilihat sebagai suatu keputusan yang diterapkan pada bidang kesehatan. Untuk itu kajian terfokus pada mengapa SPM diambil sebagai suatu keputusan, bagaimana penerapannya dan bagaimana hasil dari SPM itu sendiri. Dan kajian ini peneliti berusaha untuk mempelajari, menerangkan atau menginterpretasikan SPM dalam konteksnya secara natural tanpa intervensi. Dalam konteks Puskesmas Godean sendiri SPM merupakan hal yang masih baru karena masih dalam taraf uji coba dalam lingkup DIY. Sehingga pengambilan metode studi kasus dalam konteks penelitian ini lebih disebabkan oleh SPM adalah sebuah keputusan dan Puskesmas Godean

dalam pelaksanaan SPM merupakan hal spesifik yang mempunyai batasan konsep dan batasan unit analisis.

3. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas I dan II Kecamatan Godean Kabupaten Sleman Yogyakarta. Pemilihan lokasi tersebut berdasarkan beberapa pertimbangan sebagai berikut :

- a. Berdasarkan hasil survey ditemukan beberapa keluhan dari pasien atau pengunjung tentang pelayanan kesehatan di Puskesmas I dan II Kecamatan Godean.
- b. Adanya upaya serius dari Puskesmas I dan II Kecamatan Godean untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

4. Unit Analisis

Secara esensial, unit analisis dalam suatu penelitian dapat berupa individu, kelompok, organisasi, lembaga sosial, dan lain sebagainya. Pemilihan unit analisis tergantung dengan permasalahan yang akan diteliti (Nugroho, 2001).

Alasan pemilihan individu sebagai unit analisis dalam penelitian ini bersandar pada argument teoritis dan praktis. Secara teoritis, realitas sosial merupakan sesuatu yang dikonstruksikan oleh individu yang saling berinteraksi dan saling berbagi makna sosial. Dengan demikian, tindakan individu merupakan sumber informasi utama untuk memahami fenomena

sosial yang terjadi dalam masyarakat. Secara praktis, orang-orang yang terlibat sebagai pengguna jasa pelayanan kesehatan maupun aparat pelaksana SPM bidang kesehatan tersebut merupakan individu-individu yang secara langsung terlibat dalam pelaksanaan SPM bidang kesehatan (Nugroho, 2001).

Informasi yang diperoleh tidak hanya dari persepsi masyarakat luas, tetapi juga dari mereka yang secara langsung terlibat dalam urusan tersebut. Walaupun para pengguna jasa pelayanan kesehatan serta aparat Puskesmas sebagai pelaksana pelayanan kesehatan dijadikan sumber informasi utama, namun masih perlu informasi tambahan dari masyarakat secara luas dalam rangka mempertahankan objektivitas. Oleh karena itu, penelitian ini berusaha untuk memahami realitas sosial melalui konstruksi kategori pengetahuan para aktor utama tersebut maupun masyarakat di sekitarnya.

Sumber informasi dalam penelitian ini dapat diperoleh dari pihak-pihak, yakni :

1. Kepala unit dan staf (manajemen) Puskesmas Godean I dan II
2. Staf bagian pelayanan kesehatan (dokter dan perawat)
3. Beberapa masyarakat (pasien) selaku konsumen layanan kesehatan di Puskesmas Godean I dan II

5. Teknik Pengumpulan Data

Setiap penelitian sebuah cara yang sistematis untuk mengumpulkan berbagai data apa yang akan diteliti, penelitian ini menggunakan tiga cara untuk mengumpulkan data yakni :

a) Observasi

Observasi merupakan teknik pengumpulan data yang lazim digunakan dalam penelitian kualitatif. Dengan observasi, peneliti harus banyak memainkan peran selayaknya yang dilakukan oleh subyek penelitian (Danim, 2002). Menurut Bogdan dan Biklen dalam Danim (2002), Observasi menuntut peneliti untuk memperhatikan beberapa faktor penting, antara lain yaitu : kesabaran dan kehati-hatian, pemahaman atas situasi yang tampak, perasaan dan estimasi durasi observasi berlangsung. Sedangkan Lincoln dan Guba mengemukakan bahwa dalam penelitian kualitatif, observasi dimanfaatkan sebesar-besarnya sebagai berikut : *Pertama*, teknik observasi didasarkan atas pengalaman secara langsung. *Kedua*, teknik observasi memungkinkan melihat dan mengamati sendiri, kemudian mencatat perilaku dan kejadian sebagaimana yang terjadi pada keadaan sebenarnya. *Ketiga*, observasi memungkinkan peneliti mencatat peristiwa dalam situasi yang berkaitan dengan pengetahuan proporsional maupun pengetahuan yang langsung diperoleh dari data. Keempat, sering terjadi ada keraguan peneliti, jangan-jangan pada data yang dijanginkannya ada yang bias. Observasi merupakan jalan yang terbaik untuk mengecek kepercayaan data

tersebut. *Kelima*, teknik pengamatan memungkinkan peneliti mampu memahami situasi- situasi rumit. *Keenam*, dalam kasus- kasus tertentu dimana teknik komunikasi lainnya tidak dimungkinkan, pengamatan dapat menjadi alat yang sangat bermanfaat (Moleong, 2001).

b) Wawancara

Wawancara merupakan teknik pengumpulan data dengan cara mengadakan percakapan secara lisan untuk maksud tertentu antara dua pihak, yaitu pewawancara (*interviewer*) yang mengajukan pertanyaan dan yang diwawancarai (*interviewee*) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu. Wawancara juga merupakan sebuah proses dan komunikasi dari seseorang peneliti kepada responden dengan tujuan untuk mendapatkan informasi dengan cara bertanya langsung kepada responden (Singaribun dan Effendi, 1992). Menurut J. Vredenberg (1978) dasar dari metode wawancara adalah mengumpulkan data mengenai sikap dan kelakuan, pengalaman, cita- cita dan harapan seperti yang diungkapkan responden atas pertanyaan peneliti. Wawancara merupakan proses interaksi dan proses komunikasi antara peneliti dan responden. Kerjasama antara peneliti dan responden sangat penting yang berarti bahwa responden telah bersedia untuk menjawab pertanyaan atau memberi informasi sesuai dengan pandangannya dan keadaan sesungguhnya . Wawancara dilakukan dengan menggunakan model wawancara semi terstruktur, karena proses wawancara akan lebih partisipatif dengan memberikan kesempatan seluas-luasnya bagi

masyarakat untuk mengemukakan pendapatnya. Pertanyaan-pertanyaan disusun secara semi terbuka, artinya peneliti memiliki panduan wawancara (interview guide), namun pertanyaan dapat berkembang sesuai dengan jawaban responden.

c) Dokumentasi

Yaitu teknik pengumpulan data dengan menggunakan dokumen sebagai sumber data. Yang dimaksud dokumen adalah laporan tertulis atau suatu peristiwa yang terdiri dari penjelasan dan pemikiran terhadap peristiwa itu dan ditulis secara sengaja untuk menyimpan atau meneruskan keterangan mengenai dokumen resmi. Data-data yang diperoleh dapat dijadikan referensi yang menunjang proses penelitian.

5. Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan dua teknik sampling yaitu *purposive sampling* dan *random sampling*. Dalam *purposive sampling*, sampel dipilih secara pragmatis agar dapat diperbandingkan dan dapat diterjemahkan. *Purposive sampling* ini digunakan untuk menentukan pihak-pihak yang dianggap mampu memberikan informasi tentang SPM bidang kesehatan. Sedangkan *random sampling* digunakan dalam pengambilan data yang tidak ditentukan respondennya, dalam penelitian ini sampel diambil dari pihak pasien.

6. Teknik Analisis Data

Data yang dikumpulkan selama penelitian akan bermakna jika ditafsirkan atau dianalisis pada konteksnya (Danim, 2002). Penjelasan tersebut di atas menunjukkan bahwa data hanya akan bermakna jika dianalisis secara akurat dan seksama untuk diberi makna. Sebelum dilakukan penarikan kesimpulan, data yang telah dikumpulkan harus dianalisis terlebih dahulu. Dalam pendekatan kualitatif, proses analisis data dapat dilakukan sejak peneliti berada di lapangan. Walaupun demikian, analisis data yang intensif dan ekstensif dapat dilakukan setelah peneliti kembali dari lapangan penelitian atau ketika semua data penelitian terkumpul (Danim, 2002).

Beberapa cara untuk menganalisis data yang akan digunakan adalah sebagai berikut :

a. Reduksi Data

Dalam teknik reduksi yang dilakukan adalah dengan memilih hal-hal pokok atau membuang data-data yang tidak mendukung fokus penelitian, kemudian dicari temanya. Dapat juga diartikan sebagai bentuk analisis yang menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, membuang yang tidak perlu dan mengorganisasikan data dengan cara sedemikian rupa hingga kesimpulan akhirnya dapat ditarik dan diverifikasi. Data-data yang direduksi akan memberikan gambaran yang lebih tentang hasil pengamatan dan mempermudah peneliti untuk mencarinya jika sewaktu-waktu diperlukan.

b. Penyajian Data

Menyajikan data-data dalam bentuk matrik dan grafik, agar dapat melihat gambaran secara keseluruhan pada bagian-bagian tertentu dalam penelitian. Dengan cara ini peneliti dapat menguasai data dan tidak tenggelam dalam tumpukan detail yang ada, sehingga peneliti akan lebih mudah dalam menganalisis data yang diperoleh di lapangan.

c. Menarik Kesimpulan atau Verifikasi

Peneliti berusaha mencari makna dari data yang diperoleh dengan mencari pola, tema, hubungan, persamaan, hal-hal yang sering muncul, hipotesis dan sebagainya. Dari data yang didapat kemudian diambil kesimpulan. Mula-mula kesimpulan itu kabur, tetapi lama-kelamaan akan semakin jelas karena data yang diperoleh semakin banyak dan mendukung. verifikasi dilakukan dengan mengumpulkan data baru.

Analisis data yang digunakan adalah analisis kasus tunggal dengan menggunakan model analisis interaktif. Dalam model ini dibutuhkan tiga komponen yaitu reduksi data, penyajian data, penarikan kesimpulan atau verifikasi, aktifitasnya dilakukan dalam bentuk interaktif dengan proses pengumpulan data sebagai suatu siklus. Pengumpulan data, reduksi data dan penarikan kesimpulan atau verifikasi sebagai sesuatu yang berkaitan pada saat sebelumnya, selama dan sesudah pengumpulan data dalam bentuk yang siklus untuk membangun wawasan yang didapat analisis