

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Kesehatan adalah hak dasar setiap warga negara . Semua warga berhak atas kesehatannya termasuk masyarakat miskin. Untuk itu diperlukan suatu sistem yang mengatur pelaksanaan bagi upaya pemenuhan hak warga negara untuk tetap hidup sehat dengan mengutamakan pada pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Seperti apa yang diamanatkan dalam batang tubuh UUD 1945 pasal 34 bahwa fakir miskin dan anak terlantar dipelihara oleh negara. Isi kandungan pasal ini menjelaskan bahwa negaralah yang seharusnya bertanggung jawab sepenuhnya terhadap kehidupan rakyat miskin baik itu dari pemenuhan kebutuhan pendidikan, kesehatan, ataupun kebutuhan lainnya.

Kemiskinan sangat berhubungan dengan tingginya angka kesakitan dan kematian. Tingkat pendapatan di bawah garis kemiskinan dan rendahnya kesempatan memperoleh berbagai fasilitas kesejahteraan sosial akan mempersulit terpenuhinya berbagai keperluan pangan bergizi atau kemampuan untuk menangkis penyakit, sehingga tidak mengherankan apabila dilingkungan mereka tingkat kematian cukup tinggi. Berbagai macam penyakit mengancam kehidupan masyarakat miskin seperti : malaria, tuberkulosis, demam berdarah, TBC, diare, asma, dan lain sebagainya. Hal ini terjadi sebagai akibat lemahnya daya resistensi tubuh untuk melawan virus-virus

tingkat kematian mereka cukup tinggi¹. Selain itu juga tingginya biaya pemenuhan hidup sehari-hari yang tidak diikuti dengan pendapatan yang tinggi menyebabkan tidak terpenuhinya gizi yang cukup bagi masyarakat miskin akibatnya banyak terjadi kasus busung lapar ataupun gizi buruk yang dialami oleh penduduk miskin.

Dalam hal kesehatan, ketika berhadapan dengan kemiskinan seperti yang terjadi pada masa krisis ekonomi sampai saat ini, reaksi masyarakat bermacam-macam, seperti :masyarakat miskin cenderung menghindari fasilitas pelayanan kesehatan baik itu rawat inap ataupun rawat jalan, menunda pelayanan Rumah Sakit, menghindari penggunaan jasa spesialis yang mahal, cenderung memperpendek rawat inap di Rumah Sakit ataupun di panti kesehatan lainnya, membeli separo obat atau bahkan sepertiga obat yang diresepkan sehingga tidak menjalani pengobatan secara total, mencari pengobatan lokal yang terkadang dapat menimbulkan efek berbahaya, para ibu cenderung melahirkan di rumah dengan bantuan dukun yang memperbesar resiko gagalnya persalinan bayi, penyakit menjadi kronis karena menghindari pengobatan yang mahal, pasien gagal ginjal cenderung menunda, membatalkan atau dibatalkan dari pengobatan , pasien cenderung mengobati sendiri yang berakibat terjadinya komplikasi, tingkat pengguguran kandungan meningkat karena biaya dan implikasi ekonomi, pasien menolak atau menunda prosedur operasi karena ketiadaan biaya². Semua permasalahan ini terkait dengan ketidak mampuan masyarakat miskin

dalam membiayai kebutuhan hidupnya khususnya dalam hal pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan.

Menyikapi hal ini maka dibuatlah kebijakan oleh pemerintah untuk memberikan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin melalui keputusan Menteri Kesehatan No 1241 Tahun 2004 tentang program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) sebagai tindak lanjut dari Undang Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Yang tujuan utamanya adalah untuk membiayai kebutuhan masyarakat miskin dalam memperoleh pelayanan kesehatan secara maksimal. Program Askeskin adalah program subsidi kesehatan bagi masyarakat miskin, pemerintah mengalihkan subsidi BBM untuk sektor kesehatan menjadi program tersebut, dari asuransi ini setiap penduduk miskin akan menerima bantuan untuk membayar premi asuransi sebesar Rp.5000,- / bulan. Dengan pemberian subsidi langsung seperti itu diharapkan akan dapat dirasakan langsung oleh mereka yang berhak menerimanya dalam hal ini adalah penduduk miskin. Semula subsidi seperti itu disalurkan melalui para Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yaitu Rumah Sakit dan Puskesmas. Dengan pemberian subsidi seperti itu sering dilaporkan salah arah, misalnya subsidi justru dimanfaatkan oleh mereka yang sebenarnya mampu membayar pelayanan kesehatan. Dengan pengalihan subsidi menjadi premi Askeskin penerima subsidi telah ditetapkan sebelumnya. Yang mana penanganannya

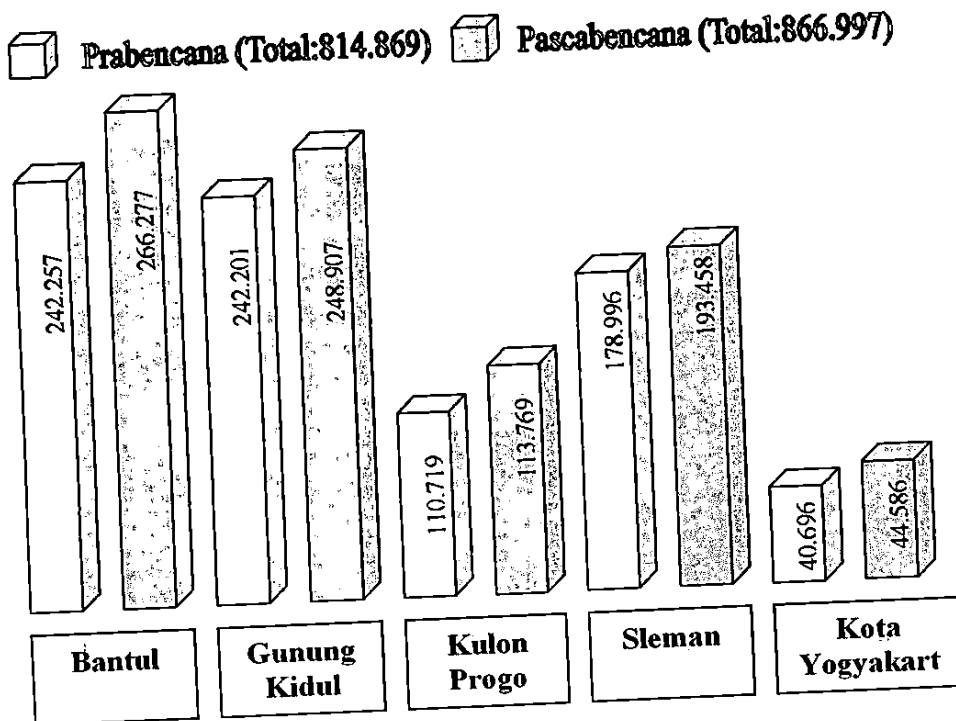
didasarkan pada kriteria dan syarat tertentu yang telah ditetapkan oleh pemerintah melalui perangkat-perangkatnya yang ada didaerah³.

Pemerintah menetapkan pemeliharaan kesehatan penduduk miskin dilakukan melalui pihak ketiga dengan menunjuk PT Asuransi Kesehatan (PT Askes) sebagai penyelenggara untuk bekerja sama dengan pihak-pihak terkait dalam pemanfaatan dan peningkatan pelayanan kesehatan penduduk miskin di seluruh Indonesia. Pihak-pihak tersebut adalah pemerintah pusat selaku penanggung jawab dalam hal pembayaran premi asuransi kepada PT Askes, yang kedua adalah pemerintah daerah sebagai pihak yang berperan dalam mensosialisasikan dan menetapkan masyarakat yang berhak menerima Askeskin setelah melalui pendataan oleh pihak terkait dan terakhir adalah Rumah Sakit Daerah ataupun Swasta yang ditunjuk pemerintah sebagai rumah sakit yang melayani pasien melalui program Askeskin.

Di Kabupaten Bantul penanganan masalah kesehatan melalui program Askeskin sudah mendapat perhatian serius dari pemerintah daerah. Tingginya penduduk miskin di Bantul, apalagi setelah terjadi Gempa Bumi yang terjadi pada 27 Mei 2006 menjadi problematika yang harus disikapi secara serius oleh Pemerintah Daerah atau Pemerintah Pusat . Banyaknya korban jiwa, luka parah ,luka ringan ataupun korban harta benda akibat gempa bumi di Bantul menyebabkan pula meningkatnya angka kemiskinan di Bantul. Berdasarkan data dari Badan Kesejahteraan Keluarga Bantul (BKK Bantul), jumlah keluarga miskin di Bantul

mencapai 81.318 kk atau lebih dari 200.000 jiwa. Jumlah ini naik sekitar 75% dibanding data sebelum gempa.⁴ Berikut ini grafis perbandingan perkiraan jumlah penduduk miskin prabencana gempa bumi dan pascabencana gempabumi di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

Grafik 1.1
Perkiraan Jumlah penduduk miskin Pascagempa (jiwa)



Sumber : Kompas , Selasa 5 Juni 2007 dari Badan Perencanaan Pembangunan Nasional , Provinsi DIY

Angka kemiskinan inilah yang menjadi patokan pelaksanaan program Askeskin di Bantul. Harapan pemerintah dengan adanya program Askeskin

⁴ Koran Kompas, Indikator Kompas. Pemulihan Aspek Ekonomi Masyarakat Masih Tercecer. Selasa, 5 Juni 2007, kolom Yogyakarta hal a

diharapkan mampu menekan jumlah kemiskinan yang ada di Bantul, selain itu juga harapan masyarakat Bantul dengan adanya program Askeskin dapat membantu meringankan beban hidup yang ditanggung khususnya dalam memperoleh pelayanan kesehatan secara baik. Tolak ukur keberhasilan program di Bantul adalah terlayannya masyarakat Bantul secara maksimal dalam memperoleh pelayanan kesehatan melalui program Askeskin, baik itu kemudahan dalam memperoleh kartu Askeskin, prosedur pelaksanaan dan pengurusan Askeskin ataupun tercapainya kepuasan pasien dalam memperoleh pelayanan yang dilakukan oleh Puskesmas ataupun Rumah Sakit yang ditunjuk sebagai mitra PT Askes. Hal-hal tersebut terkadang memang tidak dapat terlaksana dengan baik ditingkatan masyarakat, banyak permasalahan yang dialami oleh sebagian masyarakat miskin untuk memperoleh pelayanan kesehatan sebagaimana mestinya, yang pertama mulai dari masih belum optimalnya sosialisasi dan penyampaian informasi mengenai program Askeskin di masyarakat sehingga menyebabkan sebagian besar masyarakat di Bantul belum mengerti dan paham akan program ini, yang kedua permasalahan pelayanan di rumah sakit sendiri, masih seringnya terjadi keterlambatan PT Askes dalam menyalurkan dana pembayaran klaim sebagai biaya operasional yang dikeluarkan oleh rumah sakit untuk menanggung pemeriksaan, perawatan dan pengobatan pasien menjadi pertimbangan bagi pihak rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, karena itu ada anggapan bahwa terkadang rumah sakit memberikan pelayanan yang berbeda antara pasien yang menggunakan Askeskin (masyarakat

Hal-hal tersebutlah yang menjadi kendala dalam peimplementasian program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin di Bantul.

Di Bantul terdapat dua Rumah Sakit yang ditunjuk dalam pengimplementasian Program Askeskin yaitu Rumah Sakit Daerah Panembahan Senopati (RSD Panembahan Senopati) dan RS PKU Muhammadiyah Bantul. RSD Panembahan Senopati merupakan Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah yang sekaligus menjadi rumah sakit harapan masyarakat Bantul untuk memperoleh pelayanan kesehatan secara murah atau gratis bagi kalangan tidak mampu , yang kedua RSD Panembahan Senopati menjadi rumah sakit rujukan dari setiap Puskesmas-puskesmas yang ada di Kabupaten Bantul yang mana sebagian besar masyarakat miskin di Bantul memilih Puskesmas sebagai tempat pertama untuk memeriksakan kesehatannya karena dinilai lebih murah dalam pembiayaannya bila dibandingkan dengan langsung ke Rumah Sakit. Dan terakhir Rumah Sakit Panembahan Senopati pada tahun 2007 melalui SK Menkes Nomor 142/Menkes/SK/2007 naik statusnya dari Rumah Sakit kelas C menjadi Rumah Sakit kelas B yang mana bentuk-bentuk pelayanan kesehatan terhadap pasien secara langsungpun ikut meningkat baik itu peningkatan kualitas SDM Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit ataupun peningkatan sarana prasarana penunjang pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Berikut ini perbandingan pelayanan kesehatan peserta Askeskin yang ditangani RSD Panembahan Senopati dengan RS PKU Muhammadiyah Bantul pada tahun

**Tabel. 1.1 Pelayanan Kesehatan
Peserta Askeskin di RSD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2006**

| Bulan | Jenis pelayanan | | | |
|--------------|----------------------------|--------------|---------------------------------|-----------------|
| | Rawat Jalan Tingkat Lanjut | Rawat Inap | Obat Rawat Jalan Tingkat lanjut | Obat Rawat Inap |
| Januari | 1.233 | 360 | 757 | 271 |
| Februari | 1.237 | 339 | 751 | 372 |
| Maret | 1.549 | 466 | 1.065 | 407 |
| April | 1.480 | 499 | 961 | 457 |
| Mei | 1.425 | 445 | 984 | 971 |
| Juni | 548 | 127 | 371 | 366 |
| July | 1.454 | 458 | 583 | 786 |
| Agustus | 2.444 | 590 | 835 | 709 |
| September | 2.391 | 632 | 1.139 | 1.183 |
| Oktober | 2.407 | 667 | 1.390 | 1.635 |
| November | 2.762 | 705 | 1.543 | 1.876 |
| Desember | 2.606 | 677 | 1.632 | 2.330 |
| Total | 21.606 | 5.965 | 12.011 | 11.092 |

Sumber Data :PT Askes Bantul

**Tabel. 1.2 Pelayanan Kesehatan
Peserta Askeskin di RSD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2007**

| Bulan | Jenis pelayanan | | | |
|--------------|----------------------------|--------------|---------------------------------|-----------------|
| | Rawat Jalan Tingkat Lanjut | Rawat Inap | Obat Rawat Jalan Tingkat lanjut | Obat Rawat Inap |
| Januari | 2.225 | 647 | 1.260 | 2.448 |
| Februari | 2.151 | 609 | 1.252 | 1.949 |
| Maret | 2.458 | 682 | 1.520 | 2.384 |
| April | 2.475 | 690 | 1.545 | 2.446 |
| Mei | 2.755 | 750 | 1.765 | 2.601 |
| Juni | 2.456 | 683 | 1.580 | 2.538 |
| July | 2.365 | 498 | 1.440 | 1.743 |
| Agustus | 2.000 | 451 | 1.358 | 1.646 |
| September | 1.757 | 422 | 1.230 | 1.600 |
| Oktober | 1.821 | 406 | 1.289 | 1.576 |
| November | 2.105 | 531 | 1.410 | 1.864 |
| Desember | - | - | - | - |
| Total | 24.598 | 6.369 | 15.649 | 22.795 |

**Tabel. 1.3 Pelayanan Kesehatan
Peserta Askeskin di RS PKU Muhammadiyah Bantul Tahun 2006**

| Bulan | Jenis pelayanan | | | |
|--------------|----------------------------|------------|---------------------------------|-----------------|
| | Rawat Jalan Tingkat Lanjut | Rawat Inap | Obat Rawat Jalan Tingkat lanjut | Obat Rawat Inap |
| Januari | - | - | - | - |
| Februari | - | - | - | - |
| Maret | - | - | - | - |
| April | - | - | - | - |
| Mei | - | - | - | - |
| Juni | - | 22 | - | 20 |
| July | - | 7 | - | 7 |
| Agustus | - | 152 | - | 123 |
| September | - | 150 | - | 269 |
| Oktober | - | 191 | - | 177 |
| November | - | 180 | - | 182 |
| Desember | - | 169 | - | 162 |
| Total | - | 871 | - | 940 |

Sumber Data : PT Askes Bantul

**Tabel. 1.4 Pelayanan Kesehatan
Peserta Askeskin di RS PKU Muhammadiyah Bantul Tahun 2007**

| Bulan | Jenis pelayanan | | | |
|--------------|----------------------------|--------------|---------------------------------|-----------------|
| | Rawat Jalan Tingkat Lanjut | Rawat Inap | Obat Rawat Jalan Tingkat lanjut | Obat Rawat Inap |
| Januari | - | 135 | - | 122 |
| Februari | - | 151 | - | 150 |
| Maret | - | 158 | - | 157 |
| April | - | 170 | - | 162 |
| Mei | - | 128 | - | 110 |
| Juni | - | 129 | - | 114 |
| July | - | 99 | - | 91 |
| Agustus | - | 88 | - | 84 |
| September | - | 86 | - | 82 |
| Oktober | - | 75 | - | 55 |
| November | - | 63 | - | 60 |
| Desember | - | - | - | - |
| Total | - | 1.282 | - | 1.187 |

Melalui data tabel perbandingan pelayanan kesehatan antara RSD Panembahan Senopati dan RS PKU Muhammadiyah tersebut dapat dianalisa bahwa animo masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Daerah lebih besar bila dibandingkan dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit Swasta dalam hal ini adalah RS PKU Muhammadiyah Bantul.

Alasan-alasan inilah yang menjadi dasar untuk mengadakan penelitian di Rumah Sakit Daerah Panembahan Senopati tentang implementasi program Askeskin pada tahun 2006-2007.

Berbagai macam bentuk pelayanan kesehatan diberikan RSD Panembahan Senopati kepada masyarakat mulai dari peyembuhan penyakit dalam, penyakit anak, penyakit bedah, kebidanan dan kandungan, penyakit kulit, penyakit mata, penyakit THT, penyakit syaraf, penyakit jiwa dan poli tumbuh kembang. Dengan mengusung filosofi "*Kesembuhan, Keselamatan jiwa dan Kepuasan pelayanan merupakan kebahagiaan bagi kami*" dan dengan visi "*mewujudkan Rumah Sakit yang Unggul dan Berkualitas*" RSD Panembahan Senopati selalu terus berbenah baik itu dari segi peningkatan sarana dan prasarana, SDM ataupun dari segi pelayanan kepada masyarakat.

Memberikan kepuasan pelayanan kepada seluruh lapisan masyarakat menjadi sebuah kewajiban bagi RSD Panembahan Senopati yang harus terus dilaksanakan, selain itu juga , Adanya kepercayaan Pemerintah Daerah kepada RSD Panembahan Senopati untuk menjalankan program Askeskin mengandung arti bahwa RSD Panembahan Senopati merupakan Rumah Sakit untuk semua kalangan tak terkecuali

masyarakat miskin. Program kerja sama dalam pelaksanaan program Askeskin diharapkan dapat memberikan kepuasan pelayanan kepada semua pihak khususnya masyarakat miskin dan kurang mampu sehingga mereka dapat tertolong dalam pemenuhan kebutuhan kesehatannya , pelayanan yang maksimal kepada pasien tanpa membedakan status ekonomi pasien dari kalangan miskin atau kaya menjadi standar baku pelayanan yang harus dijalankan RSD Panembahan Senopati Bantul kepada pasien dalam hal ini adalah masyarakat pada umumnya dan masyarakat Bantul pada khususnya.

B. RUMUSAN MASALAH

Pelayanan yang baik di Rumah Sakit menjadi harapan masyarakat tak terkecuali masyarakat miskin. Program pemerintah melalui Askeskin diharapkan mampu membantu masyarakat miskin untuk memperoleh pelayanan yang baik di Rumah Sakit. Begitu juga di RSD Panembahan Senopati Bantul, banyaknya masyarakat miskin di Bantul setelah peristiwa Gempa Bumi mengharuskan RSD Panembahan Senopati Bantul menyuguhkan pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat miskin melalui program Askeskin.

Dari uraian yang telah dipaparkan dalam latar belakang masalah diatas maka kami merumuskan permasalahan sebagai berikut :*“Bagaimana implementasi program Askeskin di Kabupaten Bantul dengan Studi Kasus di Rumah Sakit Daerah Panembahan Senopati Bantul pada tahun 2006-2007 ?”*

C. TUJUAN PENELITIAN

Mengetahui tahap Implementasi program Askeskin di Kabupaten Bantul khususnya pelayanan Askeskin di RSD Panembahan Senopati Bantul pada tahun 2006 -2007

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Memberi masukan pendapat dan saran kepada Pemerintah Daerah Bantul dan kepada Pihak RSD Panembahan Senopati Bantul apabila terjadi kekurangan dalam pengimplementasian program Askeskin di RSD Panembahan Senopati Bantul pada tahun 2006-2007
2. Menambah pengetahuan kita tentang implementasi kebijakan yang dilakukan Pemerintah khususnya permasalahan pelayanan kesehatan bagi masyarakat

E. KERANGKA DASAR TEORI

Kerangka dasar teori merupakan rangkaian beberapa uraian tentang berbagai konsep atau teori yang dibutuhkan dan relevan dengan penelitian sebagai kejelasan titik tolak atau landasan berpikir dalam memecahkan masalah yang memuat pokok-pokok pikiran yang menggambarkan dari sudut mana masalah penelitian akan disoroti. Selain itu juga kerangka dasar teori merupakan bagian yang menjelaskan variabel-variabel dan hubungan-hubungan antar variabel yang berdasarkan pada konsep atau definisi tertentu. Menurut F.M Kerlinger dalam bukunya yang dikutip oleh Sofian Efendi : teori adalah serangkaian konsep, kontrak, definisi dan proporsi untuk menerangkan suatu fenomena sosial secara sistematis dengan merumuskan hubungan antar konsep.⁵

Dengan demikian dalam penelitian ini teori yang akan dikemukakan adalah sebagai berikut :

1. Implementasi Kebijakan

a. Pengertian Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan adalah suatu proses pelaksanaan kebijakan agar sebuah kebijakan yang telah dibuat dapat mencapai tujuannya. Implementasi kebijakan merupakan rangkaian kegiatan setelah suatu kebijakan dirumuskan. Setelah adanya perumusan kebijakan maka langkah kedua adalah tahap pengimplementasian. Tanpa adanya tahap implementasi

maka suatu kebijakan yang telah dirumuskan akan sia-sia belaka. Oleh karena itu tahap implementasi kebijakan mempunyai kedudukan yang penting di dalam kebijakan publik.

Menurut Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sebartier konsep implementasi kebijakan adalah “ Berusaha untuk memahami apa yang senyatanya terjadi sesudah suatu program diberlakukan atau dirumuskan. Yakni peristiwa-peristiwa dan kegiatan-kegiatan yang terjadi setelah proses pengesahan kebijakan negara, baik itu menyangkut usaha-usaha pengadministrasian maupun usaha-usaha untuk memberikan dampak tertentu pada masyarakat atau peristiwa-peristiwa”⁶

Sementara itu , Van Meter dan Van Horn membatasi implementasi kebijakan sebagai tindakan-tindakan yang dilakukan oleh individu-individu atau kelompok-kelompok, pemerintah atau swasta yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan-keputusan kebijakan sebelumnya. Tindakan-tindakan ini mencakup usaha-usaha untuk mengubah keputusan-keputusan menjadi tindakan-tindakan operasional dalam kurun waktu tertentu maupun dalam rangka melanjutkan usaha-usaha untuk mencapai perubahan-perubahan besar dan kecil yang ditetapkan oleh keputusan-keputusan kebijakan⁷

⁶ Mazmanian dan sebartier, dalam solikin, *Analisis Kebijakan Negara*, Rineka Cipta, Jakarta, 1990, hal

Sedangkan menurut Udoji menyatakan bahwa :”Pelaksanaan kebijaksanaan adalah sesuatu yang penting bahkan mungkin jauh lebih penting dari pada pembuatan kebijakan-kebijakan, akan sekedar berupa impian atau rencana bagus yang tersimpan rapi dalam arsip kalau tidak di implementasikan”⁸

Jadi, dari beberapa pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa Implementasi adalah suatu tahap pelaksanaan kebijakan yang dilakukan oleh individu, kelompok, pemerintah ataupun pihak swasta yang telah dirumuskan dan disyahkan, agar apa yang terkandung dalam kebijakan tersebut dapat diwujudkan secara nyata dan dapat mencapai tujuan-tujuan yang direncanakan sebelumnya. Baik itu usaha menyangkut pengadministrasian maupun usaha-usaha yang akan membawa dampak perubahan di masyarakat.

b. Model Implementasi

1). A Model of The Policy Implementation Proces

Model ini dikembangkan oleh Van Metter dan Van Horn (1975) yang disebut “*A Model of The Policy Implementation Proces*” (Model Proses Implementasi Kebijakan)

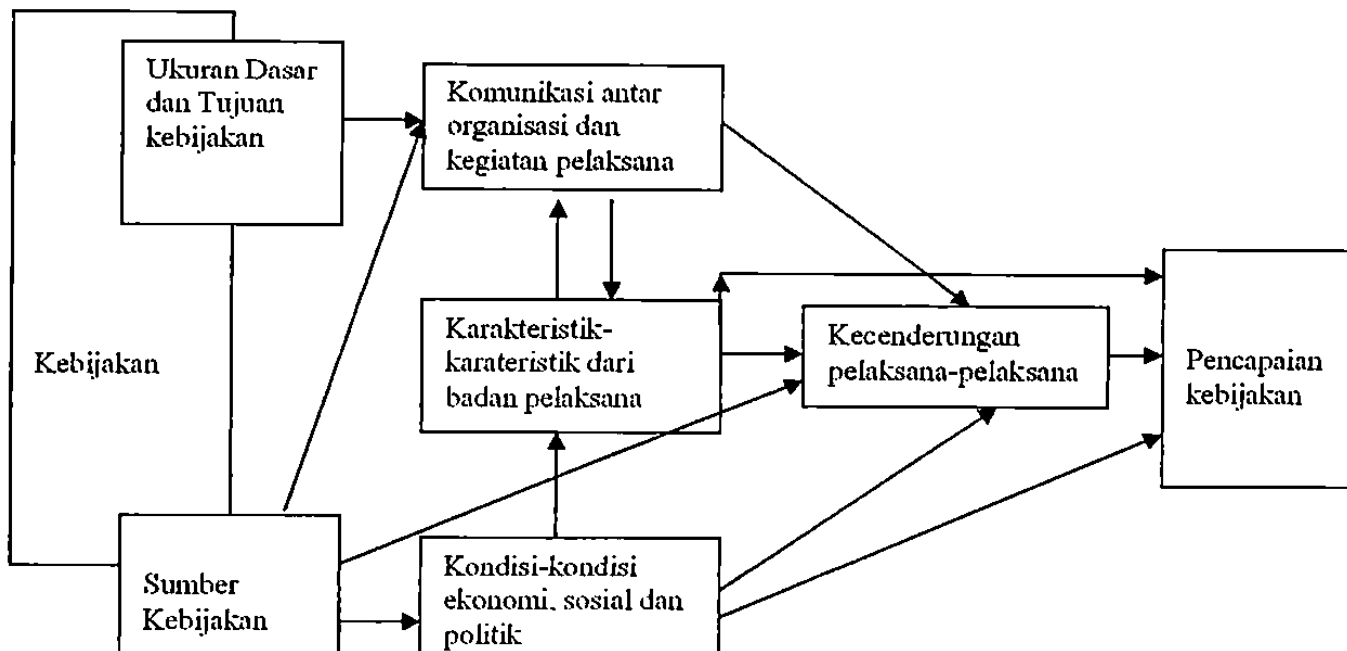
Van Meter dan Van Horn menawarkan suatu model dasar yang dilukiskan dalam gambar di bawah. Model yang ditawarkan mempunyai

enam variabel yang membentuk ikatan antara kebijakan dan pencapaian (performance). Variabel-variabel tersebut antara lain:

- a) Ukuran-ukuran dasar dan tujuan-tujuan kebijakan
- b) Sumber-sumber kebijakan
- c) Komunikasi antar organisasi dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan
- d) Karakteristik badan-badan pelaksana
- e) Kondisi-kondisi ekonomi, sosial dan politik.

Gambar 1.1

Model Proses Implementasi Kebijakan Van Meter dan Van Horn



2) Top Down Approach

Model yang dikembangkan oleh Brian W Hogwood dan Lewis A Gunn (1978,1986). Model mereka ini 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.

Kebijakan didasari hubungan sebab-akibat (*kausalitas*)

- Hubungan bersifat langsung
- Kecilnya hubungan saling ketergantungan
- Pemahaman dan kesepakatan terhadap tujuan
- Terdapat perincian dan penempatan tugas
- Komunikasi dan koordinasi yang sempurna
- Pihak yang memiliki wewenang kekuasaan dapat menuntut danmendapatkan kepatuhan yang sempurna.

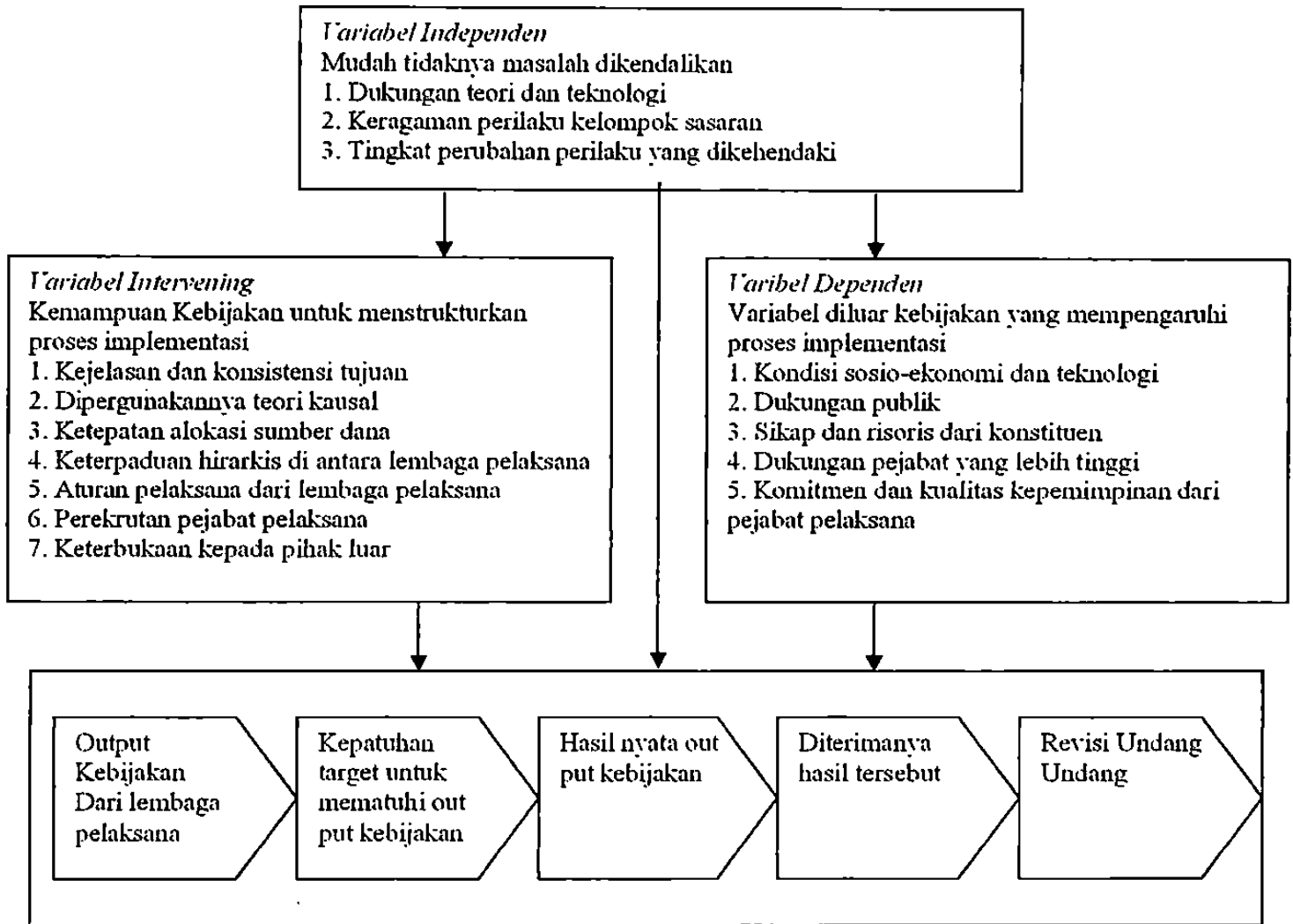
3) A Framework For Implementation Analysis

Model yang dikembangkan oleh Daniel Mazmanian dan Paul A. Sebatier yang disebut "*A Framework For Implementation Analysis*" (Kerangka Analisis Implementasi)

Peran penting dari analisis implementasi kebijakan ialah mengidentifikasi variabel-variabel yang mempengaruhi tercapainya tujuan formal pada kebutuhan proses implementasi. Variabel-variabel tersebut dapat dikategorikan sebagai berikut:

- a) Variabel independen, yaitu mudah tidaknya masalah yang akan dikendalikan yang berkenaan dengan indikator-indikator masalah teori dan teknis pelaksana, keragaman obyek, dan perubahan seperti apa yang dikehendaki.
- b) Variabel intervening, yaitu kemampuan keputusan kebijakan untuk menstrukturkan secara tepat proses implementasinya dengan indikator kejelasan dan konsistensi tujuan, dipergunakannya teori kausal, ketepatan alokasi sumberdana, keterpaduan hierarkis diantara lembaga pelaksana, aturan pelaksana dari lembaga pelaksana, dan perekrutan pejabat pelaksana dan keterbukaan kepada pihak luar.
- c) Variabel Dependen, yaitu tahapan dalam proses implementasi dengan lima tahapan, yaitu pemahaman dari lembaga/badan pelaksana dalam bentuk disusunnya kebijakan pelaksana, kepatuhan obyek, hasil nyata, penerimaan atas hasil nyata tersebut dan akhirnya mengarah kepada revisi atas kebijakan yang dibuat dan dilaksanakan tersebut ataupun keseluruhan kebijakan yang bersifat mendasar.

Gambar 1.2
Variabel-variabel proses Implementasi kebijakan Model Daniel
Mazmanian dan Paul A. Sebatier



c. Pendekatan Implementasi

1) Struktur Approaches

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

- a) Perencanaan mengenai perubahan (*planing of change*) yaitu perubahan yang ditimbulkan dari dalam organisasi atau sepenuhnya
- b) Perencanaan untuk melakukan perubahan berlangsung jika perubahan dipaksakan oleh pihak dari luar atau jika proses perubahan sukar diramalkan, dikontrol dan dibendung (membutuhkan pendekatan yang lebih adaptif)

2) Prosedural and Managerial Approaches

Perwujudan dari pendekatan ini ialah perencanaan jaringan kerja dan pengawasan (*Network Planing and Control*) yang menyakinkan kerangka kerja dimana proyek dapat direncanakan dan implementasinya dapat diawasi dengan cara mengidentifikasi tugas-tugas tersebut dan urutan logis pelaksanaan tugas-tugas tersebut.

3) Behaviour Approaches

Diawali kesadaran bahwa seringkali terjadi penolakan terhadap perubahan (*resistensi to change*). Perilaku manusia harus dipengaruhi jika kebijakan ingin diimplentasikan secara baik. Dalam realitas obyektif, berbagai alternatif yang tersedia tidak hanya sekedar diterima. Berbagai alternatif yang tersedia tidak hanya sekedar diterima atau ditolak, tetapi terbentang suatu spectrum kemungkinan rekasi, mulai dari penerimaan aktif maupun pasif. Penerapan analisis perilaku ini yang paling terkenal adalah pengembangan organisasi melalui penerapan ilmu ilmu keperilakuan bentuk lain adalah

Management by Obyektif (MBO), pendekatan yang menggabungkan unsur-unsur yang termuat dalam pendekatan prosedural /manajerial dengan analisis perilaku.

4) Political Approaches

Memandang bahwa keberhasilan suatu kebijakan akan tergantung pada kesediaan dan kemampuan kelompok-kelompok dominan (koalisi kelompok-kelompok ini) untuk memaksakan kehendaknya, jika tidak ada kelompok dominan, maka kebijakan hanya akan tercapai melalui proses panjang yang bersifat inkremental pada situasi tertentu, distribusi kekuatan dapat memungkinkan terjadinya kemacetan implementasi kebijakan walaupun kebijakan tersebut telah disahkan.

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi Implementasi Kebijakan

Secara sederhana, implementasi merupakan tahapan yang menghubungkan antara rencana dengan tujuan yang telah ditetapkan. Dengan kata lain, implementasi merupakan proses penerjemahan pernyataan kebijakan dalam aksi kebijakan. Tahap-tahap dalam proses implementasi suatu kebijakan merupakan keputusan (*output kebijakan*) dari badan-badan pelaksana, kepatuhan kelompok-kelompok sasaran terhadap keputusan, dampak nyata keputusan-keputusan badan-badan pelaksana, persepsi terhadap dampak dan evaluasi sistem politik terhadap undang-undang berupa perbaikan

Proses implementasi biasanya terdiri dari atas serangkaian aktivitas yang sangat kompleks. Implementasi berkaitan dengan akumulasi dan akuisisi sumber daya yang dibutuhkan untuk menggerakkan suatu program. Sumber daya tersebut meliputi personil, perlengkapan, material dan yang terpenting anggaran. Badan-badan yang dipercaya untuk mengimplementasikan suatu kebijakan harus terlebih dahulu menterjemahkan kebijakan tersebut ke dalam arahan-arahan, peraturan serta desain dan rencana program yang riil. Badan pelaksana yang diberi otoritas sebagai implementator kebijakan harus mengatur perencanaan dan aktivitas dengan membentuk unit-unit pelaksana serta rincian kegiatan rutin sesuai dengan beban kerjanya. Sehingga berdasarkan penjelasan diatas, dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan adalah sebagai berikut :

- 1) Organisasi Pelaksana , yaitu unit organisasi atau petugas (implementator) yang terlibat dalam sebuah program ataupun kegiatan.
- 2) Sumber Daya Pelaksana, yaitu setiap potensi berupa dana, fasilitas, tenaga kerja, dan jasa yang dikerahkan dan dimanfaatkan untuk mengimplementasikan program ataupun kegiatan yang telah dimuskan

2. Implementasi Kebijakan Kesehatan

a. Pengertian implementasi kebijakan

Menurut Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sebartier konsep implementasi kebijakan adalah :“ Berusaha untuk memahami “apa” yang senyatanya terjadi sesudah suatu program diberlakukan atau dirumuskan. Yakni peristiwa-peristiwa dan kegiatan-kegiatan yang terjadi setelah proses pengesahan kebijakan negara, baik itu menyangkut usaha-usaha pengadministrasian maupun usaha-usaha untuk memberikan dampak tertentu pada masyarakat atau peristiwa-peristiwa”⁹

Sedangkan menurut Udoji menyatakan bahwa :”Pelaksanaan kebijaksanaan adalah sesuatu yang penting bahkan mungkin jauh lebih penting dari pada pembuatan kebijakan-kebijakan, akan sekedar berupa impian atau rencana bagus yang tersimpan rapi dalam arsip kalau tidak di implementasikan”¹⁰

Jadi menurut pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa :

Implementasi adalah suatu tahap pelaksanaan kebijakan yang telah dirumuskan dan disyahkan, agar apa yang terkandung dalam kebijakan tersebut dapat diwujudkan secara nyata dan dapat mencapai tujuan-tujuan

⁹ Mazmanian dan sebartier, dalam solikin, *Analisis Kebijakan Negara*, Rineka Cipta, Jakarta, 1990, hal 123

¹⁰ Udoji, *Implementasi Kebijakan*, Rineka Cipta, Jakarta, 1990, hal 123

yang direncanakan. Baik itu usaha menyangkut pengadministrasian maupun usaha-usaha yang akan membawa dampak di masyarakat.

b. Pengertian Kesehatan

Kesehatan itu sendiri menurut WHO dalam Maryati Sukarni didefinisikan sebagai berikut :

“Health is state of complete physically and social being and not merely the absence of disease and infirmity”. (sehat adalah sesuatu keadaan yang prima meliputi tidak hanya fisik, mental maupun sosial melainkan diartikan pula bebas dari sakit maupun cacat)

Selanjutnya Hanlon dalam Maryati Sukarni menyatakan bahwa sehat itu mencakup keadaan pada diri seseorang secara menyeluruh untuk tetap mempunyai kemampuan melakukan tugas fisiologis maupun psikologis penuh. Di dalam UU.No.9 Tahun 1960 tentang pokok-pokok kesehatan, pasal 2 disebutkan bahwa kesehatan ialah meliputi kesehatan badan, rohani (mental) dan sosial dan bukan hanya bebas dari penyakit, cacat, dan kelemahan.

Sedangkan definisi kesehatan berdasarkan naskah akademik Rancangan Undang-Undang (RUU) tentang ketentuan-ketentuan pokok kesehatan dalam Maryati Sukarni disebutkan sehat atau kesehatan adalah bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan yang memungkinkan setiap individu hidup produktif secara sosial, ekonomi dan intelektual.

Implementasi kebijakan kesehatan adalah pelaksanaan atau penerapan kebijakan kesehatan yang telah disahkan, agar apa yang terkandung di dalam kebijakan kesehatan tersebut dapat terwujud dalam keadaan nyata dan sesuai rencana yang ada.

3 Asuransi

a. Pengertian Asuransi

Kata asuransi berasal dari bahasa Belanda *assurantie*, yang dalam hukum Belanda disebut *verzekering* yang artinya pertanggungan dari peristilahan *assurantie* kemudian muncul istilah *assuradeur* bagi penanggung, dan *geassureerde* bagi tertanggung¹¹.

Sedangkan menurut Robert I Mehr¹² asuransi adalah "*a device for reducing risk by combining a sufficient number of exposure units to make their individual losses collectively predictable. The predictable loss is then shared by or distributed proportionately among all units in the combination.*" (suatu alat untuk mengurangi resiko dengan menggabungkan sejumlah unit-unit yang beresiko agar kerugian individu secara kolektif dapat diprediksi tersebut kemudian dibagi dan didistribusikan secara proporsional diantara semua unit-unit dalam gabungan tersebut.

¹¹ KH. Ali Yafie, *Asuransi Dalam Pandangan Syariat Islam Menggagas Fiqih Sosial*, Penerbit Mizan, Bandung, 1994, hal 205-206

¹² Robert I Mehr, *Life Insurance Theory and Practice, Business Publication*, 1985 lihat juga Emmy P Simanjuntak, *Hukum Pertanggungan*, UGM, Yogyakarta, 1982, Hal 7

Definisi asuransi menurut UU Nomor 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian¹³ “Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dimana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan, atau kehilangan keuntungan yang diharapkan atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti atau memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan”

b. Ruang Lingkup Usaha Asuransi.

Ruang lingkup usaha asuransi meliputi usaha jasa keuangan yang dengan menghimpun dana masyarakat melalui pengumpulan premi asuransi, memberi perlindungan kepada anggota masyarakat pemakai jasa asuransi terhadap kemungkinan timbulnya kerugian karena suatu peristiwa yang tidak pasti atau terhadap hidup atau meninggalnya seseorang.

4. Asuransi Kesehatan

Berdasarkan pengertian dan definisi-definisi diatas asuransi kesehatan merupakan perjanjian antara dua pihak atau lebih, dimana pihak penanggung (perusahaan asuransi) mengikatkan diri kepada tertanggung (nasabah) dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung

¹³ Dewan Asuransi Indonesia, Undang-Undang RI Nomor 2 Tahun 1992, dan Peraturan Pelaksana Tentang Usaha Perasuransian, Edisi 2002, DAJ, hal 2-3

kebutuhan dasar. Masalah kemiskinan adalah masalah pemenuhan kebutuhan dasar.

Menurut Chambers, inti dari kemiskinan terletak pada apa yang disebut sebagai *deprivation trap* atau jebakan kekurangan. *Deprivation trap* terdiri dari lima ketidakberuntungan yang melilit kehidupan keluarga miskin. Yaitu :

- 1) Kemiskinan itu sendiri
- 2) Kelemahan fisik
- 3) Keterasingan
- 4) Kerentanan
- 5) Ketidakberdayaan

dari 5 ketidakberuntungan ada dua yang harus diperhatikan dengan serius

- 1) Kerentanam

Ketidakmampuan dari keluarga msiskin untuk menyediakan sesuatu untuk menghadapi situasi darurat seperti bencana alam atau penyakit yang tiba-tiba menimpa keluarga itu.

- 2). Ketidakberdayaan

ketidakberdayaan dimanifestasikan dalam hal seringnya keluarga msiskin ditipu oleh orang yang mempunyai kekuasaan baik dalam bidang politik,ekonomi, dan lemahnya keluarga miskin to bargain.

b. Metode Pengukuran Kemiskinan

Metode pengukuran tingkat kemiskinan yang digunakan berdasarkan :

- 1) Biro Pusat Statistik (BPS) :Tingkat kemiskinan didasarkan pada jumlah rupiah konsumsi berupa makanan yaitu kurang dari 2100 kalori per orang per hari (dari 52 jenis komoditi yang dianggap mewakili pola konsumsi penduduk yang berada di lapisan bawah), dan konsumsi non makanan (dari 45 komoditi makanan sesuai kesepakatan nasional dan tidak dibedakan antara wilayah pedesaan dan perkotaan)
- 2) Sayogyo : tingkat kemiskinan didasarkan jumlah rupiah pengeluaran rumah tangga yang disetarakan dengan jumlah kilogram konsumsi beras per orang per tahun dan dibagi wilayah pedesaan dan perkotaan.

Daerah pedesaan :

- a) Miskin :bila pengeluaran keluarga lebih kecil dari pada 320 kg nilai tukar beras per orang per tahun
- b) Miskin sekali : bila pengeluaran keluarga lebih kecil dari pada 240 kg nilai tukar beras per orang per tahun
- c) Paling miskin : bila pengeluaran keluarga lebih kecil dari pada 180 kg nilai tukar beras per orang per tahun.

Daerah perkotaan :

- a) Miskin : bila pengeluaran keluarga lebih kecil dari pada 480 kg nilai tukar beras per orang per tahun.
- b) Miskin sekali : bila pengeluaran keluarga lebih kecil dari pada 380 kg nilai tukar beras per orang per tahun.

- c) Paling miskin : bila pengeluaran keluarga lebih kecil dari pada 180 kg nilai tukar beras per orang per tahun.
- 3) Bank Dunia : Bank Dunia mengukur garis kemiskinan berdasarkan pada pendapatan seseorang kurang dari US\$ 1 per hari
- 4) Badan Koordinasi Keluarga Berencana (BKKBN) : mengukur kemiskinan berdasarkan kriteria keluarga Pra sejahtera (Pra KS) dan Keluarga Sejahtera I KS 1) kriteria keluarga pra sejahtera yaitu keluarga yang tidak mempunyai kemampuan untuk menjalankan perintah agama dengan baik, minimum makan dua kali sehari, membeli lebih dari stu steel pakaian per orang per tahun, lantai rumah bersemen lebih dari 80%, dan berobat ke puskesmas apabila sakit. Kriteria keluarga sejahtera I yaitu keluarga yang tidak berkemampuan untuk melaksanakan perintah agama dengan baik, minimal satu kali per minggu makan daging/telor/ikan, membeli satu steel pakaian per tahun, rata-rata luas lantai 8 m² per anggota keluarga, tidak ada anggota keluarga umur 10 sampai 60 tahun yang buta huruf, semua anak berumur antara 15 sampai 15 tahun bersekolah, satu dari anggota keluarga berpenghasilan rutin atau tetap, tidak ada yang sakit selama tiga bulan.
- 5) Departemen Kesehatan
- Kriteria masyarakat miskin menurut Departemen Kesehatan
- a) Tidak bisa makan dua kali sehari

- b) Tidak dapat membawa anggota keluarga yang sakit kesarana pelayanan kesehatan dasar (puskesmas)
- c) Tidak mampu membeli pakaian satu stel dalam satu tahun
- d) Dalam keluarga terdapat anak putus sekolah dari Sekolah Dasar
- e) Kepala keluarga terkena PHK massal
- f) Ada anggota keluarga berpenyakit kronis termasuk TBC, atau Gizi buruk.

6. Asuransi Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (Askeskin)

a. Pengertian Askeskin

Adalah asuransi kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah secara serentak di seluruh Indonesia dengan bekerjasama dengan PT. Askes selaku pihak pengelola jaminan kesehatan, penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin yang meliputi pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya serta pelayanan kesehatan rujukan di Rumah Sakit dikelola sepenuhnya melalui mekanisme asuransi sosial oleh PT. Askes.¹⁵

b. Dasar Hukum Pelaksanaan Program

Secara tingkatan nasional dasar hukum pelaksanaan program Askeskin adalah Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1241/Sk/Menkes/11/2004 yaitu isinya menugaskan PT. Askes (Persero). Yang kemudian pada tahun 2005 Pedoman pelaksanaan program Askeskin didasarkan pada Surat Keputusan Menteri Kesehatan (SK Menkes) Nomor 56/Menkes/SK/I/2005, tahun 2006

berdasarkan berpedoman pada SK Menkes Nomor 332/Menkes/SK/V/2006 dan terakhir pada tahun 2007 program Askeskin berpedoman pada SK Menkes Nomor :417/Menkes/SK/IV/2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin atau Askeskin tahun 2007

Untuk tingkatan pelaksanaan di lapangan dalam hal ini Pemberi Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut atau Rumah Sakit, agar terbentuk komitmen untuk pengimplementasian program sesuai amat Surat Keputusan Menteri Kesehatan maka dibuatlah Perjanjian Kerjasama antara keduanya yaitu antara Rumah Sakit dengan PT Askes agar dalam pengimplementasian program dapat berjalan dengan maksimal dan optimal.

Di Kabupaten Bantul khususnya di Rumah Sakit Panembahan Senopati Kabupaten Bantul implementasi program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin didasarkan pada Perjanjian Kerjasama antara Rumah Sakit Daerah Panembahan Senopati dengan PT Askes (Persero) Nomor : 06/PKS/1201/0106 tentang Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Askes Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPK-MM) Askeskin

c. Tujuan

1) Umum :

Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien

- a) Meningkatnya jumlah masyarakat miskin yang mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya.
- b) Meningkatnya jumlah masyarakat miskin yang mendapatkan pelayanan kesehatan rujukan di Rumah Sakit, BP4 dan BKMM/BKIM.
- c) Terselenggaranya pelayanan kesehatan masyarakat miskin sesuai standart.
- d) Meningkatnya kepuasan masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan.
- e) Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang akuntabel.
- f) Terselenggaranya kegiatan safeguarding .
- g) Terselenggaranya kegiatan pendukung pelayanan kesehatan

d) Sasaran

Sasaran program Askeskin adalah masyarakat di seluruh Indonesia. Masyarakat miskin sebagai peserta Askeskin pada tahun 2005 adalah 36.146.700 Jiwa, pada tahun 2006 sekitar 60.000.000 Jiwa dan pada tahun 2007 mencapai 76,4 juta jiwa berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS)

F. DEFINISI KONSEPTUAL

Merupakan suatu pengertian dari gejala atas sesuatu yang menjadi pokok perhatian. Definisi konseptual dimaksudkan untuk memberikan gambaran yang jelas untuk menghindari kesalahpahaman terhadap pengertian atau bahasan tentang apa yang ada di dalam pokok permasalahan.

1. Implementasi Kebijakan

Adalah pelaksanaan dari sebuah kebijakan pemerintah yang telah dirumuskan dan disahkan agar apa yang terkandung dalam kebijakan tersebut dapat diwujudkan dalam keadaan nyata dan sesuai dengan rencana yang ada, baik menyangkut usaha pengadministrasian maupun usaha-usaha yang memberikan dampak pada masyarakat.

2. Implementasi kebijakan kesehatan

Adalah pelaksanaan atau penerapan kebijakan kesehatan yang telah disahkan, agar apa yang terkandung di dalam kebijakan kesehatan tersebut dapat terwujud dalam keadaan nyata dan sesuai rencana yang ada.

3. Asuransi

Adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dimana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan, atau kehilangan keuntungan yang diharapkan atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang

pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungjawabkan

4. Asuransi Kesehatan

Perjanjian antara dua pihak atau lebih, dimana pihak penanggung (peusahaan asuransi) mengikatkan diri kepada tertanggung (nasabah) dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung dalam hal memperoleh pelayanan kesehatan sehingga nasabah tersebut bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan yang memungkinkan setiap individu hidup produktif secara sosial, ekonomi dan intelektual.

5. Masyarakat Miskin

Adalah suatu masyarakat yang mana masyarakat tersebut tidak dapat memenuhi kebutuhan pokok minimumnya, seperti :sandang, pangan, papan, kesehatan, dan pendidikan.

6. Asuransi Kesehatan bagi Masyarakat Miskin

asuransi kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah secara serentak di seluruh Indonesia dengan bekerjasama dengan PT Askes selaku pihak pengelola jaminan kesehatan, penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin yang meliputi pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya serta pelayanan kesehatan rujukan di Rumah Sakit dikelola sepenuhnya melalui mekanisme asuransi sosial oleh PT Askes

G. DEFINISI OPERASIONAL

Definisi operasional berfungsi untuk menjelaskan ukuran atau indikator-indikator penelitian agar data yang diperoleh lebih konkrit dalam penelitian. Definisi operasional dari Implementasi Program Askeskin di RSD Panembahan Senopati Kabupaten Bantul, yaitu suatu kondisi yang berhubungan dengan pelaksanaan program Askeskin RSD Panembahan Senopati Kabupaten Bantul pada tahun 2006-2007. Kebijakan pemerintah tentang implementasi program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin 2006-2007 di RSD Panembahan Senopati Bantul diukur dari beberapa variabel diantaranya :

1. Ukuran-ukuran dasar dan tujuan – tujuan kebijakan
2. Sumber-sumber kebijakan,
3. Komunikasi antar organisasi dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan,
4. Karakteristik badan-badan pelaksana,
5. Kondisi-kondisi ekonomi, sosial dan politik,
6. Kecenderungan pelaksana

H. METODELOGI PENELITIAN

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Menurut Whitney (1960). Metode Deskriptif adalah mencari fakta dengan interpretasi yang tepat. Sedangkan menurut Moh Nazir Ph,D, metode diskriptif adalah suatu metode dalam meneliti status, sekelompok orang, manusia, suatu objek, suatu set kondisi, suatu sistem pemikiran ataupun suatu kelas peristiwa pada masa sekarang. Penelitian diskriptif bertujuan untuk membuat deskriptis gambaran atau lukisan secara sistematis, faktual serta akurat mengenai fakta-fakta , sifat-sifat serta hubungan antar fenomena yang diteliti¹⁶

2. Lokasi Penelitian

Penelitian diadakan di RSD Panembahan Senopati Kabupaten Bantul, Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul dan PT Askes (Persero) Cabang Kabupaten Bantul

3. Jenis Data

- a. Data Primer ; yaitu semua informasi mengenai konsep penelitian yang diperoleh secara langsung dari unit analisa yang dijadikan sebagai obyek penelitian
- b. Data Sekunder: Semua informasi yang kita peroleh secara tidak langsung melalui dokumen-dokumen yang mencatat keadaan konsep penelitian didalam unit analisa yang dijadikan sebagai obyek penelitian

4. Unit Analisa Penelitian

¹⁶ Moh Nazir Ph. D. *Metode Penelitian*. Ghalia Indonesia, Jakarta 1988 hal 62

Yang menjadi analisis penelitian oleh penulis adalah RSD Panembahan Senopati Bantul , adapun pihak-pihak yang terkait dengan penelitian ini diantaranya :

- a. Direktur Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul
- b. Seksi pelayanan Askeskin
- c. Sub bagian keuangan dan program Rumah Sakit Panembahan Senopati
- d. Kepala Instalasi Rekam Medis
- e. Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul
- f. PT. Askes Cabang Kabupaten Bantul
- g. Masyarakat peserta Askeskin yang jumlah respondennya adalah 10 orang

Alasan pengambilan sample didasarkan pada teori metode pengampilan sample partisipasi atau sampe seadanya yaitu cara pengambilan sample berdasarkan pada apa adanya bahan yang tersedia dan kemudahan berlangsungnya pengambilan sample.¹⁷

5. Teknik Pengumpulan Data

Untuk memperoleh data primer dalam penelitian ini, peneliti menggunakan:

- a. Teknik wawancara yaitu pengumpulan data dengan mengajukan pertanyaan kepada pejabat, petugas atupun pihak yang terkait sebagai narasumber sehingga akan terjadi tanya jawab antara peneliti dan responden. Tekhnik wawancara yang digunakan adalah tehnik wawancara tak terstruktur atau wawancara mendalam yaitu wawancara yang bersifat luwes susunan kata

¹⁷ D. H. Sedarmayanti, M.Pd dan Drs. Sunifidya Hidayat, *Metodologi Penelitian*, Manda

dapat diubah saat wawancara disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi saat wawancara dan tidak ada kriteria baku mengenai berapa jumlah responden yang harus diwawancarai.¹⁸

- b. Teknik observasi ialah pengamatan dan pencatatan yang sistematis untuk melihat secara nyata kegiatan yang dilakukan di RSD Panembahan Senopati dalam kaitannya dengan pelaksanaan program Askeskin sebagai pertimbangan dan perbandingan dari data yang telah didapat.
- c. Teknik dokumentasi yang dilakukan oleh peneliti dalam penelitian ini dengan menggunakan bahan-bahan atau laporan-laporan tertulis yang berkaitan dengan penelitian. Adapun bahan-bahan tertulis tersebut dapat diperoleh dari sumber-sumber dokumen, seperti buku-buku, laporan penelitian, media massa, jurnal ilmiah, peraturan perundang-undangan dan sebagainya.

6. Teknik Analisa Data

Dalam menganalisis data penelitian ini, penulis menggunakan metode kualitatif dimana data yang terkumpul akan diinterpretasikan sesuai arti kata yang disesuaikan dengan tujuan dan kepentingan penelitian.

Teknik analisa data yang dibutuhkan adalah kualitatif, dimana data yang diperoleh diklasifikasikan digambar dengan kata-kata atau kalimat dipisah-pisahkan menurut kategori untuk memperoleh kesimpulan.

¹⁸ D. S. ...