

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

##### **1. Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional**

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah jaminan yang berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran dan iurannya dibayarkan oleh pemerintah (Zuhri et al., 2022).

##### **2. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional**

Berikut penjabaran manfaat jaminan kesehatan nasional berdasarkan Perpres No. 2 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan:

- a. Setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.
- b. Manfaat jaminan kesehatan yang dimaksud terdiri atas manfaat medis dan manfaat non medis
- c. Manfaat medis diberikan sesuai dengan indikasi medis dan standar pelayanan serta tidak dibedakan berdasarkan besaran iuran peserta.

- d. Manfaat jaminan kesehatan juga berlaku bagi bayi baru lahir dari peserta paling lama 28 hari sejak dilahirkan
- e. Pelayanan kesehatan yang dijamin bagi peserta menurut Perpres No. 2 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan terdiri atas :
  - 1) Pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan non spesialisik yang mencakup :
    - a) Administrasi Pelayanan
    - b) Pelayanan promotif dan preventif
    - c) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
    - d) Tindakan medis nonspesialistik, baik operatif maupun non operatif
    - e) Pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan habis pakai
    - f) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama dan
    - g) Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis
  - 2) Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup :
    - a) Administrasi pelayanan
    - b) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar
    - c) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis spesialisik
    - d) Tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis
    - e) Pelayanan obat, alkes, dan bahan medis habis pakai.

- f) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis
  - g) Rehabilitasi medis
  - h) Pelayanan darah
  - i) Pemulasaran jenazah peserta yang meninggal di fasilitas kesehatan
  - j) Pelayanan keluarga berencana
  - k) Perawatan inap non intensif, dan
  - l) Perawatan inap ruang intensif.
- f. Pelayanan ambulans darat atau air.

### **3. Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional**

Fasilitas kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan atau masyarakat.

### **4. Alur Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

Menguraikan secara sistematis alur pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia, sistematis alur memiliki banyak bentuk mekanisme. Mekanisme tersebut meliputi mekanisme rujukan bertingkat, ketentuan layanan rujukan, serta proses rujukan parsial dan rujuk balik. Pembahasan ini mengadopsi kerangka analisis yang terstruktur untuk memfasilitasi pemahaman yang mendalam mengenai operasional dan efektivitas dari sistem kesehatan publik ini.

Berikut adalah analisis lebih lanjut mengenai beberapa komponen kunci dari alur pelayanan JKN (BPJS Kesehatan, 2016):

a. Sistem Rujukan Berjenjang

1) Tingkat Pertama

Proses rujukan dimulai dari fasilitas kesehatan tingkat pertama, yang umumnya merupakan Puskesmas. Pasien yang memerlukan perawatan lebih lanjut akan dirujuk ke fasilitas tingkat kedua atau tingkat lanjutan berdasarkan evaluasi medis.

2) Tingkat Lanjutan

Pasien dengan kebutuhan medis yang lebih kompleks akan dirujuk ke rumah sakit atau fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, tempat layanan yang lebih spesialisasi tersedia.

3) Penanganan Khusus

Dalam situasi tertentu seperti keadaan gawat darurat, bencana, atau kekurangan fasilitas di lokasi terdekat, rujukan dapat langsung dilakukan ke fasilitas tingkat yang lebih tinggi tanpa melalui tingkat pertama.

b. Ketentuan Layanan Rujukan

Prosedur ini dirancang untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan akses cepat dan efisien ke layanan kesehatan yang sesuai dengan kondisi medisnya, terutama dalam keadaan darurat.

c. Rujukan Parsial dan Rujuk Balik

1) Rujukan Parsial

Ini terjadi ketika pasien memerlukan pemeriksaan lanjutan atau terapi khusus yang hanya bisa dilakukan di fasilitas kesehatan yang lebih besar. Ini termasuk pengiriman spesimen atau pasien untuk tindakan tertentu, namun pasien kembali ke fasilitas asal untuk perawatan lanjutan.

#### 2) Rujuk Balik

Mekanisme ini terlibat saat pasien dengan penyakit kronis atau yang telah stabil pasca perawatan intensif dikirim kembali ke fasilitas kesehatan tingkat yang lebih rendah untuk pemantauan rutin atau perawatan jangka panjang.

#### d. Mekanisme Pendaftaran dan Kontrol Pasien

Proses ini mencakup pendaftaran pasien pada sistem JKN, yang memfasilitasi administrasi medis melalui penggunaan buku kontrol. Buku ini membantu dalam memantau perawatan pasien dan memastikan kontinuitas layanan kesehatan.

## **B. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan**

### **1. Asas, Tujuan dan Prinsip BPJS.**

Sesuai dengan UU RI Nomor 24 Tahun 2011 BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan 3 asas yaitu asas kemanusiaan, asas manfaat dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. BPJS dibentuk dengan tujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan atau / anggota keluarganya.

## **2. Fungsi, Tugas, Wewenang, Hak dan Kewajiban**

a. Fungsi BPJS berdasarkan UU No. 40 Tahun 2011 tentang BPJS. BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan

b. Tugas

BPJS bertugas untuk memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada peserta dan masyarakat

c. Wewenang

BPJS memiliki wewenang untuk :

- 1) Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan jaminan sosial nasional
- 2) Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

d. Hak

BPJS berhak untuk, memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program Jaminan Sosial dari Dewan Jaminan Nasional setiap enam bulan

e. Kewajiban

BPJS memiliki beberapa kewajiban diantara lain, sebagai berikut :

- 1) Memberikan informasi melalui media masa cetak dan

elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pembangunannya

- 2) Memberikan informasi kepada peserta sesuai dengan Undang – Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- 3) Memberikan informasi kepada peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku
- 4) Memberikan informasi kepada peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya
- 5) Melakukan pembukuan sesuai dengan standar yang berlaku dalam penyelenggaraan jaminan sosial dan
- 6) Melaporkan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala enam bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada Dewan Jaminan Sosial Nasional

### **C. Sistem Rujukan**

#### **1. Sitem Rujukan Umum**

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pendelegasian tugas dan kewajiban pelayanan kesehatan timbal balik balik vertikal maupun horizontal dikenal dengan sistem rujukan (Permenkes RI No. 001 Tahun 2012). Pasien peserta jaminan kesehatan atau jaminan sosial wajib menggunakan sistem rujukan, seperti hanya penyedia layanan kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur tentang pendelegasian tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan timbal balik vertikal maupun horizontal

yang harus dilaksanakan oleh peserta jaminan sosial kesehatan, asuransi kesehatan sosial, serta seluruh fasilitas kesehatan dikenal dengan istilah sistem rujukan menurut BPJS Kesehatan.

Sistem rujukan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dalam Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia beroperasi dengan prinsip bertingkat, di mana pasien akan melewati beberapa tingkat pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis yang spesifik. Berikut adalah penjelasan tentang proses dan tata cara pelaksanaan sistem rujukan ini (Menteri Kesehatan, 2012):

a. Pelayanan Awal di FKTP

Semua pelayanan kesehatan dimulai di fasilitas kesehatan tingkat pertama, yang melayani kebutuhan dasar dan umum. Ini termasuk diagnosis awal dan perawatan non-spesialis.

b. Rujukan ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Kedua (Faskes Sekunder)

Apabila dibutuhkan pelayanan lebih lanjut yang melibatkan spesialisasi, pasien akan dirujuk dari FKTP ke fasilitas kesehatan tingkat kedua. Rujukan ini harus dilakukan dengan surat rujukan dari FKTP yang menyatakan kebutuhan medis untuk pelayanan spesialis.

c. Pelayanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Ketiga (Faskes Tersier)

Untuk kasus yang lebih kompleks, pasien mungkin perlu dirujuk lebih lanjut ke fasilitas kesehatan tingkat ketiga, yang memerlukan rujukan dari Faskes sekunder serta konfirmasi diagnosis dan

rencana terapi dari Faskes primer.

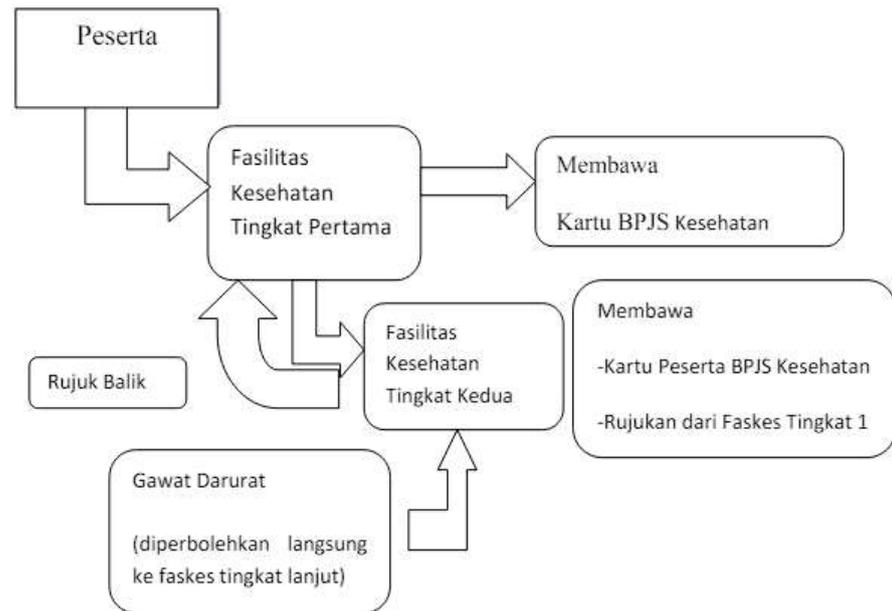
d. Rujukan Langsung ke Faskes Tersier

Dalam situasi tertentu, pasien di FKTP dapat dirujuk langsung ke fasilitas kesehatan tingkat tersier tanpa melewati tingkat kedua. Ini biasanya untuk kasus-kasus yang diagnosis dan rencana terapinya telah jelas dan memerlukan pelayanan yang hanya tersedia di tingkat tersier, seperti pelayanan berulang atau sangat spesifik.

e. Pengecualian dalam Sistem Rujukan

Ada kondisi-kondisi tertentu di mana sistem rujukan berjenjang bisa dikecualikan, seperti:

- 1) Kegawatdaruratan: Dimana pasien membutuhkan intervensi medis segera dan dapat langsung dirujuk ke tingkat yang paling sesuai tanpa melalui rujukan bertingkat.
- 2) Bencana: Situasi bencana yang mendesak bisa memerlukan rujukan langsung ke fasilitas yang lebih mampu.
- 3) Kekhususan Permasalahan Kesehatan: Kasus tertentu dengan kondisi spesifik bisa membutuhkan penanganan langsung oleh fasilitas lanjutan.
- 4) Pertimbangan Geografis: Dalam kondisi geografis yang menghambat akses ke Faskes primer atau sekunder, pasien dapat dirujuk langsung ke fasilitas yang lebih dapat dijangkau.
- 5) Ketersediaan Fasilitas: Ketersediaan dan kapasitas fasilitas juga mempengaruhi keputusan rujukan langsung.



**Gambar 2.1 Sistem Rujukan FKTP**  
Sumber: Menteri Kesehatan RI No. 001 Tahun 2012

## 2. Tujuan dan Manfaat Rujukan Sebagai Pelayanan Kesehatan

Tujuan sistem rujukan umum adalah untuk meningkatkan efektivitas, cakupan dan pelayanan kesehatan terpadu. Rujukan umumnya digunakan untuk memberikan pedoman kepada petugas tentang cara melaksanakan rujukan medis. Untuk menangani situasi rujukan darurat beresiko tinggi dan rujukan di wilayah kerja Klinik Pratama, tujuan khusus sistem rujukan adalah untuk meningkatkan kapasitas organisasi dan meningkatkan kemampuannya.

Menurut Asibuan (2020), beberapa manfaat / keuntungan yang akan diperoleh ditinjau dari unsur pembentuk pelayanan kesehatan terlihat sebagai berikut:

- a. Sudut pandang pemerintah sebagai penentu kebijakan

Jika ditinjau dari sudut pemerintah sebagai penentu kebijakan kesehatan (*policy maker*), manfaat yang akan diperoleh antara lain membantu penghematan dana, karena tidak perlu menyediakan berbagai macam peralatan kedokteran pada setiap sarana kesehatan, memperjelas sistem pelayanan kesehatan, karena terdapat hubungan kerja antara berbagai sarana kesehatan yang tersedia dan memudahkan pekerjaan administrasi terutama pada aspek perencanaan.

b. Sudut pandang masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan

Jika ditinjau dari sudut masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan (*health consumer*), manfaat yang akan diperoleh antara lain meringankan biaya pengobatan, karena dapat dihindari pemeriksaan yang sama secara berulang – ulang dan mempermudah masyarakat dalam mendapatkan pelayanan, karena diketahui dengan jelas fungsi dan wewenang sarana pelayanan kesehatan.

c. Sudut pandang kalangan kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan

Jika ditinjau dari sudut kalangan kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan (*health provider*), manfaat yang diperoleh antara lain memperjelas jenjang karir tenaga kesehatan dengan berbagai akibat positif lainnya seperti semangat kerja, ketekunan, dan dedikasi membantu peningkatan

pengetahuan dan keterampilan yakni melalui kerjasama yang terjalin memudahkan dan atau meringankan beban tugas, karena setiap sarana kesehatan mempunyai tugas dan kewajiban tertentu

Rujukan dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.001 Tahun 2012 :

- a. Pasien atau keluarganya harus memberikan persetujuan sebelum rujukan dapat dilakukan
- b. Setelah pasien atau keluarga mendengar dari petugas kesehatan yang ditunjuk, persetujuan diberikan
- c. Justifikasi ini paling sedikit harus memuat
  - 1) Kebutuhan akan diagnosis, pengobatan, dan / atau tindakan medis
  - 2) Motif dan tujuan rujukan
  - 3) Resiko yang dapat timbul karena tidak melakukan rujukan
  - 4) Transportasi rujukan

Rujukan dilakukan dengan syarat sebagai berikut menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.001 Tahun 2012:

- a. Sebelum melakukan rujukan, keluarga pasien harus memberikan persetujuan
- b. Setelah mendapat penjelasan dari tenaga kesehatan yang dipekerjakan kepada pasien atau keluarganya, persetujuan diberikan.

c. Penjelasan tersebut paling sedikit harus memuat:

- 1) Diagnosis, terapi, atau aktivitas medis lain yang diperlukan
- 2) Dasar dan tujuan rujukan
- 3) Resiko yang mungkin timbul jika rekomendasi tidak dibuat
- 4) Transportasi untuk rujukan
- 5) Selain itu, ada beberapa pertimbangan yang harus dilakukan oleh perujuk sebelum melakukan rujukan, antara lain memberikan pertolongan pertama atau menstabilkan kondisi pasien sesuai indikasi medis dan dengan cara yang menjamin keselamatan pasien selama rujukan, berkomunikasi dengan penerima rujukan, rujukan memastikan penerima rujukan dapat menerima pasien dalam keadaan pasien darurat, dan membuat surat. Penerima rujukan memiliki kewajiban untuk :
  - a) Memberikan gambaran kondisi infrastruktur dan fasilitas, serta keterampilan dan aksesibilitas staf medis
  - b) Mempertimbangkan kondisi pasien dari sudut pandang medis.

Jika pasien diterima oleh penerima rujukan, rujukan dianggap telah terjadi. Setelah menerima rujukan, penerima rujukan bertanggung jawab untuk memberikan perawatan medis tambahan. Setelah layanan selesai, penerima rujukan diharapkan memberi tahu pemberi rujukan tentang kemajuan pasien

Baik secara vertikal maupun horizontal rujukan dapat

dilaksanakan. Rujukan antar pelayanan kesehatan berbagai tingkatan disebut sebagai rujukan vertikal. Rujukan vertikal adalah rujukan yang berpindah dari satu tingkat layanan ke tingkat layanan lainnya, atau sebaliknya. Jika pasien membutuhkan perawatan medis khusus atau subspecialis, rujukan vertikal dapat dilakukan. Rujukan antar pelayanan kesehatan pada satu tingkat disebut dengan rujukan horizontal. Jika fasilitas perujuk, sumber dayanya, dan / atau tingkat staf tidak memungkinkan bagi mereka untuk memenuhi permintaan pasien akan perawatan, mereka dapat membuat rujukan horizontal.

### **3. Pihak Yang Terlibat Dalam Proses Rujukan Kesehatan**

Pihak yang terlibat dalam proses merujuk dan menerima referensi terdiri dari dua orang yaitu pihak yang melakukan rujukan dan pihak penerima rujukan, dengan aturan sebagai berikut Prosedur Standar Merujuk Pasien:

#### **a. Prosedur Klinis**

- 1) Melaksanakan pemeriksaan kesehatan amnesti, fisik dan penunjang
- 2) Menetapkan diagnosis primer dan alternatif
- 3) Mengambil tindakan pra – rujukan sesuai dengan keadaan
- 4) Memilih departemen layanan rujukan
- 5) Petugas medis atau paramedis yang ahli di bidangnya dan mengetahui kondisi pasien harus hadir dalam keadaan darurat
- 6) Jika pasien didampingi oleh ambulans atau puskesmas keliling,

petugas dan kendaraan harus tetap menunggu pasien di UGD tujuan sampai ditetapkan bahwa pasien akan dirawat dirumah sakit atau menerima rawat jalan

b. Prosedur Administratif

- 1) Pasien selesai melaksanakan tindakan pra – rujukan
- 2) Mencatat riwayat kesehatan pasien
- 3) Memberikan *informed consent* (penerimaan atau penolakan rujukan)
- 4) Membuat dua rangkap surat rujukan pasien yang pertama dikirim bersama pasien ke lokasi rujukan. Salinan lembar kedua diarsipkan. Paada buku rujukan identitas pasien dicatat
- 5) Selalu menjaga komunikasi dengan tempat tujuan rujukan dan transportasi untuk mengirim pasien disiapkan
- 6) Penerimaan pasien dilakukan setelah penyelesaian administrasi terkait

c. Prosedur Standar Menerima Rujukan Pasien

- 1) Prosedur Klinis
  - a) Stabilisasi pasien rujukan saat menerimanya
  - b) Jika sudah stabil, pasien diteruskan ke ruang perawatan agar dapat dilakukan penindakan lebih lanjut ataupun mengarahkan pasien ke sarana kesehatan yang lebih memadai agar dilakukan pengobatan lebih lanjut
  - c) Memantau dan menilai perkembangan klinis pasien

## 2) Prosedur Administratif

- a) Surat rujukan diterima, diperiksa, dan dirujuk sebelum ditempelkan pada kartu status pasien
- b) Jika pasien setuju, buat tanda terima untuk pasien sesuai dengan peraturan fasilitas
- c) Catat hasil pemeriksaan dan pengobatan, serta lokasi perawatan tambahan yang diperlukan berdasarkan kondisi pasien, pada kartu rekam medis.
- d) Berikan informed consent
- e) Segera memberitahukan kepada petugas dan keluarga pasien yang sedang menjemput pasien tentang pilihan tindakan atau pengobatan yang akan dilakukan
- f) Jika tidak mampu mengatasinya, kirimkan duplikat surat rujukan ke RSUD yang lebih mampu
- g) Catat identitas pasien

## 4. Faktor Yang Mempengaruhi Sistem Kesehatan

Anderson mendeskripsikan model sistem kesehatan merupakan suatu model kepercayaan kesehatan yang disebut sebagai model perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan (*behavioral model of health service utilization*). Anderson mengelompokan faktor determinan dalam pelayanan kesehatan ke dalam 3 kategori utama, yaitu :

a. Karakteristik predisposisi (*Presdiposing Characteristics*)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda – beda. Hal ini disebabkan karena adanya ciri – ciri individu yang digolongkan dalam 3 kelompok, yaitu :

- 1) Ciri – ciri demografi, seperti jenis kelamin, umur, dan status perkawinan
- 2) Struktur sosial, seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, hobi, ras, agama, dan sebagainya.
- 3) Kepercayaan kesehatan (*health belief*), seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit.

b. Karakteristik kemampuan (*Enabling Characteristics*)

Karakteristik kemampuan (*enabling characteristics*) adalah sebagai keadaan atau kondisi yang membuat seseorang mampu untuk melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan. Andersen 1975 dalam Agustino (2017) membaginya ke dalam 2 golongan, yaitu :

- 1) Sumber daya keluarga

Yang termasuk sumber daya keluarga adalah penghasilan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemauan membeli jasa pelayanan kesehatan dan pengetahuan

tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

2) Sumber daya masyarakat

Yang termasuk sumber daya masyarakat adalah jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia dalam wilayah tersebut, rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan, dan lokasi pemukiman penduduk. Asumsi Andersen adalah semakin banyak sarana dan jumlah tenaga kesehatan maka tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan suatu masyarakat akan semakin bertambah

c. Karakteristik kebutuhan. (*Need Characteristics*)

Karakteristik kebutuhan, dalam hal ini merupakan komponen yang paling langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Andersen (1975) menggunakan istilah kesakitan untuk mewakili kebutuhan pelayanan Kesehatan (Fitriani et al., 2021). Penilaian terhadap suatu penyakit merupakan bagian dari faktor kebutuhan. Penilaian terhadap suatu penyakit merupakan bagian dari faktor kebutuhan. Penilaian kebutuhan ini dapat dinilai dari dua sumber, yaitu :

1) Penilaian individu (*perceived need*)

Merupakan penilaian keadaan kesehatan yang dirasakan oleh individu, besarnya ketakutan terhadap penyakit dan hebatnya rasa sakit yang diderita.

## 2) Penilaian klinik (*evaluated need*)

Merupakan penilaian beratnya penyakit oleh dokter yang merawatnya. Hal ini tercermin antara lain dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter.

Zschock menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang menggunakan pelayanan kesehatan, yaitu :

### a. Status Kesehatan, Pendapatan, Pendidikan

Faktor status kesehatan mempunyai hubungan yang erat dengan penggunaan pelayanan kesehatan meskipun tidak selalu demikian fenomenanya. Artinya, makin tinggi status kesehatan, maka ada kecenderungan orang tersebut banyak menggunakan pelayanan kesehatan. Tingkat pendapatan seseorang yang tidak memiliki pendapatan dan biaya yang cukup akan sangat sulit mendapatkan pelayanan kesehatan meskipun dia sangat membutuhkan pelayanan tersebut. Akibatnya adalah tidak terdapatnya kesesuaian antara kebutuhan dan permintaan (*demand*) terhadap pelayanan kesehatan. Disamping itu, tingkat pendidikan seseorang juga akan mempengaruhi tingkat utilisasi pelayanan kesehatan. Biasanya orang dengan tingkat pendidikan formal yang lebih tinggi akan mempunyai tingkat pengetahuan akan informasi tentang layanan kesehatan yang lebih baik dan pada akhirnya akan mempengaruhi status kesehatan seseorang.

b. Faktor Konsumen dan Pemberi Pelayanan Kesehatan

Provider sebagai pemberi jasa pelayanan kesehatan mempunyai peranan yang lebih besar dalam menentukan tingkat dan jenis pelayanan yang akan dikonsumsi bila dibandingkan dengan konsumen sebagai pembeli jasa pelayanan. Hal ini sangat menguntungkan provider melakukan pemeriksaan dan tindakan yang sebenarnya tidak diperlukan bagi pasien. Pada beberapa daerah yang sudah maju dan sarana pelayanan kesehatan yang banyak, masyarakat dapat menentukan pilihan terhadap provider yang sesuai dengan keinginan konsumen/ pasien. Tetapi bagi masyarakat dengan sarana dan fasilitas kesehatan yang terbatas maka tidak ada pilihan lain kecuali menyerahkan semua keputusan tersebut kepada provider yang ada.

c. Kemampuan dan Penerimaan Pelayanan Kesehatan

Kemampuan membayar pelayanan kesehatan berhubungan erat dengan tingkat pelayanan kesehatan. Pihak ketiga (perusahaan asuransi) pada umumnya cenderung membayar pembiayaan kesehatan bertanggung lebih besar dibanding dengan perorangan. Sebab itu, pada Negara dimana asuransi kesehatan sosial lebih dominan atas komersial atau sistem asuransi kesehatan nasional, peranan asuransi sangat penting dalam menentukan penggunaan pelayanan kesehatan

#### d. Resiko Sakit dan Lingkungan

Faktor resiko dan lingkungan juga mempengaruhi tingkat utilisasi pelayanan kesehatan seseorang. Resiko sakit tidak akan pernah sama pada setiap individu dan datangnya penyakit tidak terduga pada masing – masing individu. Disamping itu, faktor lingkungan sangat mempengaruhi status kesehatan individu maupun masyarakat. Lingkungan hidup yang memenuhi persyaratan kesehatan memberikan resiko sakit yang lebih rendah kepada individu dan masyarakat.

#### **D. Efektivitas Pelayanan Kesehatan**

Efektivitas mengacu pada penggunaan efisien sumber daya, uang, fasilitas, dan infrastruktur dalam jumlah yang telah ditentukan sebelumnya untuk menciptakan barang atau layanan tertentu dengan kualitas yang diinginkan dan dalam jadwal yang telah ditetapkan. Menurut Siagian (2004:151), efektivitas berkaitan dengan orientasi kerja yang memfokuskan pada empat aspek penting, yaitu:

1. Penggunaan sumber daya, dana, fasilitas, dan infrastruktur yang telah ditentukan dan dibatasi,
2. Kuantitas dan kualitas barang atau layanan yang harus diproduksi sudah ditetapkan,
3. Waktu yang diberikan untuk menghasilkan barang atau layanan tersebut telah diatur,
4. Prosedur yang harus diikuti untuk menyelesaikan tugas telah

dirancang.

Berdasarkan berbagai teori dan pandangan tentang efektivitas yang telah diuraikan, kita dapat menyimpulkan bahwa ada beberapa indikator penting yang perlu diperhatikan dalam mengukur efektivitas suatu kegiatan atau aktivitas, menurut Sutrisno (2007:125-126). Indikator-indikator tersebut adalah:

1. Pemahaman Program

Ini menyangkut bagaimana sebuah organisasi, terutama dalam sektor pemerintahan, menyusun dan menjalankan kebijakan. Pentingnya pemahaman ini tidak hanya bagi individu di dalam organisasi tetapi juga masyarakat luas. Efektivitas dalam hal ini termasuk proses sosialisasi kepada masyarakat untuk memastikan mereka mengerti manfaat dari program yang sedang dijalankan, yang tujuannya dibuat untuk kepentingan mereka.

2. Tepat Sasaran

Indikator ini mengukur apakah pelaksanaan program benar-benar menargetkan dan memenuhi kebutuhan yang paling mendesak di masyarakat. Program yang efektif harus bisa mengidentifikasi dan mengutamakan kebutuhan yang paling kritis untuk ditangani.

3. Tepat Waktu

Keefektifan suatu program juga diukur dari kepatuhannya terhadap jadwal yang telah ditetapkan. Program harus dilaksanakan sesuai dengan timeline yang telah direncanakan. Ketepatan waktu ini

penting untuk menentukan efektivitas, karena keterlambatan bisa mengurangi dampak atau relevansi dari kegiatan tersebut.

#### 4. Tercapainya Tujuan

Suatu program dikatakan efektif jika mampu mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Ini berarti setelah pelaksanaan, hasil yang dicapai harus sesuai dengan apa yang diharapkan atau bahkan lebih. Pencapaian ini adalah ukuran utama dari suksesnya sebuah program.

#### 5. Perubahan Nyata

Indikator terakhir adalah melihat perubahan yang terjadi sebelum dan sesudah pelaksanaan program. Ini mencakup evaluasi dari hasil yang dicapai—apakah ada perubahan substantif yang menggambarkan kemajuan atau peningkatan dari kondisi awal. Perubahan nyata ini adalah bukti konkret dari efektivitas program.

### **E. Konsep Kebijakan Publik**

Dalam bukunya Analisis Kebijakan Publik, Dunn memperkenalkan gagasan analisis kebijakan. Dia mengklaim bahwa proses politik melibatkan aktivitas intelektual analisis kebijakan (Ravyansah et. al., 2022). Analisis kebijakan adalah proses belajar lebih banyak tentang dan berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan untuk kebijakan dalam kaitannya dengan topik yang dibahas oleh pendapat ahli di atas. Ada tiga langkah yang dapat digunakan untuk menghasilkan analisis pembuatan kebijakan yang sukses (Ravyansah et. al., 2022):

1. Metodologi untuk analisis kebijakan disajikan selama proses tinjauan kebijakan. Di sini, metodologi mengacu pada seperangkat kriteria, pedoman, dan praktik untuk memproduksi, mengevaluasi secara kritis, dan menyebarkan pengetahuan yang berkaitan dengan kebijakan.
2. Agenda *setting*, perumusan kebijakan, adopsi kebijakan, pelaksanaan kebijakan, dan penilaian kebijakan adalah proses berurutan yang membentuk proses pembuatan kebijakan.
3. Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan proses pembuatan kebijakan dan hasilnya melalui proses komunikasi kebijakan. Produksi dan evaluasi pengetahuan yang relevan dengan kebijakan. (Dunn, 2003).

#### **F. Konsep Implementasi Kebijakan**

Implementasi kebijakan publik merupakan suatu kajian mengenai pelaksanaan dari suatu kebijakan pemerintah setelah sebuah kebijakan dirumuskan dan disetujui, langkah berikutnya adalah bagaimana agar kebijakan tersebut dapat mencapai tujuan. Untuk mengimplementasikan kebijakan publik maka ada dua pilihan langkah yang ada, yaitu langsung mengimplementasikan dalam bentuk program-program atau melalui formulasi kebijakan derivat atau turunan dari kebijakan publik tersebut.

Menurut Eugene Bardach dalam Agustino (2006: 138) seorang ahli studi kebijakan menggambarkan tentang kerumitan dalam proses implementasi tersebut, yaitu:

“Adalah cukup untuk membuat sebuah program dan kebijakan umum yang kelihatannya bagus di atas kertas. Lebih sulit lagi merumuskannya dalam kata-kata dan slogan-slogan yang kedengarannya mengena bagi telinga para pemimpin dan para pemilih yang mendengarkannya. Dan lebih sulit lagi untuk melaksanakannya dalam bentuk dan cara yang memuaskan semua orang termasuk mereka yang dianggap sebagai *klien*.”

Sedangkan menurut Mazmanian dan Sabatier dalam Agustino (2006:139) implementasi kebijakan adalah

“Pelaksanaan keputusan kebijakan dasar, biasanya dalam bentuk undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan. Keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan atau sasaran yang ingin dicapai dan berbagai cara untuk menstrukturkan atau mengatur proses implementasinya.”

Berdasarkan definisi di atas dapat diketahui bahwa implementasi kebijakan menyangkut tiga hal yaitu: (1) adanya tujuan atau sasaran kebijakan, (2) adanya aktivitas atau kegiatan pencapaian tujuan, dan (3) adanya hasil kegiatan.

Hal ini tidak jauh berbeda dengan apa yang diutarakan oleh Grindle, yaitu pengukuran keberhasilan implementasi kebijakan dapat dilihat dari prosesnya, dengan mempertanyakan apakah pelaksanaan program sesuai dengan yang telah ditentukan yaitu melihat pada *action* program dari *individual projects* dan yang kedua apakah tujuan program tersebut tercapai (Agustino, 2006: 154).

Berdasarkan beberapa definisi para ahli di atas, dapat disimpulkan

bahwa implementasi kebijakan merupakan suatu kegiatan atau usaha yang dilakukan oleh pelaksana kebijakan dengan harapan akan memperoleh suatu hasil yang sesuai dengan tujuan atau sasaran dari suatu kebijakan itu sendiri.

## **G. Model Implementasi Kebijakan**

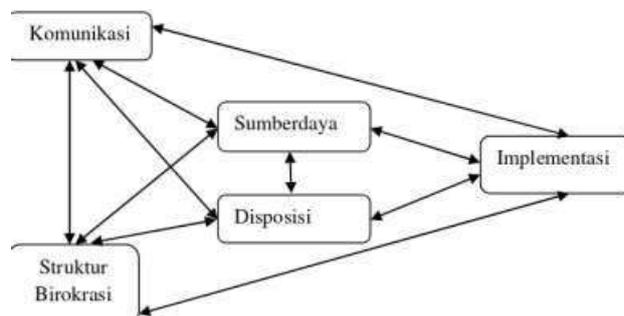
### **1. Teori Implementasi Kebijakan Sabatier dan Mazmanian**

Sebuah model pengendalian dan pencapaian yang efisien diciptakan oleh Sabatier dan Mazmanian. Ia menegaskan bahwa pendekatan tahapan kebijakan tidak dapat membantu dalam memahami proses perumusan kebijakan karena memisahkan proses menjadi sejumlah komponen alami dan akurat. Oleh karena itu, dari perspektif ini, proses implementasi dan pembuatan kebijakan adalah sama. Agar tujuan kebijakan dapat diterapkan secara efektif, Sabatier dan Mazmanian mendukung sintesis ide – ide teoritis *top – down* dan *bottom – up* kedalam enam kriteria. Keenam kriteria tersebut antara lain:

- a. Interspesifik
- b. Teori kausal
- c. Struktur pelaksanaan yang dibentuk secara hukum
- d. Pelaksana dengan keahlian dan komitmen
- e. Dorongan dari organisasi kepentingan khusus
- f. Kondisi dan perkembangan sosial dan ekonomi yang tidak melemahkan otoritas kelompok

## 2. Teori Implementasi Kebijakan Menurut Edwards III

Model Edwards III memperhitungkan empat variabel atau komponen penting untuk menerapkan kebijakan publik, termasuk karakteristik internal organisasi yang memiliki dampak langsung pada implementasi tetapi juga bergantung satu sama lain. Menurut Edward, kurangnya fokus pada implementasi adalah masalah utama administrasi publik. Dalam kerangka model implementasi, Edward III mengidentifikasi empat isu sebagai masalah utama (*determining factor*) yang harus diatasi agar implementasi kebijakan berhasil.



**Gambar 2.2 Teori Implementasi Kebijakan : Teori Edwards III**

Proses implementasi dijelaskan oleh model implementasi Edward III dengan menggunakan elemen – elemen tertentu dari sistem politik. Fokus pada proses ini didasarkan pada gagasan bahwa keluaran dan hasil kebijakan yang diinginkan akan terwujud secara otomatis asalkan para pelaksana secara ketat mematuhi kriteria implementasi yang ditetapkan oleh para pembuat kebijakan. Fakta menunjukkan bahwa sebagian besar program pemerintah tidak pernah ideal dan tidak

lepas dari kekuatan – kekuatan pendukung sosial, ekonomi dan politik.

Hipotesis yang dikemukakan oleh George C. Edwards III adalah metode yang digunakan dalam mengkaji pelaksanaan kebijakan konservasi energi. Menurut George C. Edwards III, ada empat variabel dalam kebijakan publik : komunikasi (*communications*), sumber daya, (*resources*), sikap (*attitudes* atau *dispositions*), dan struktur birokrasi.

### **3. Teori Implementasi Kebijakan Van Meter dan Van Horn**

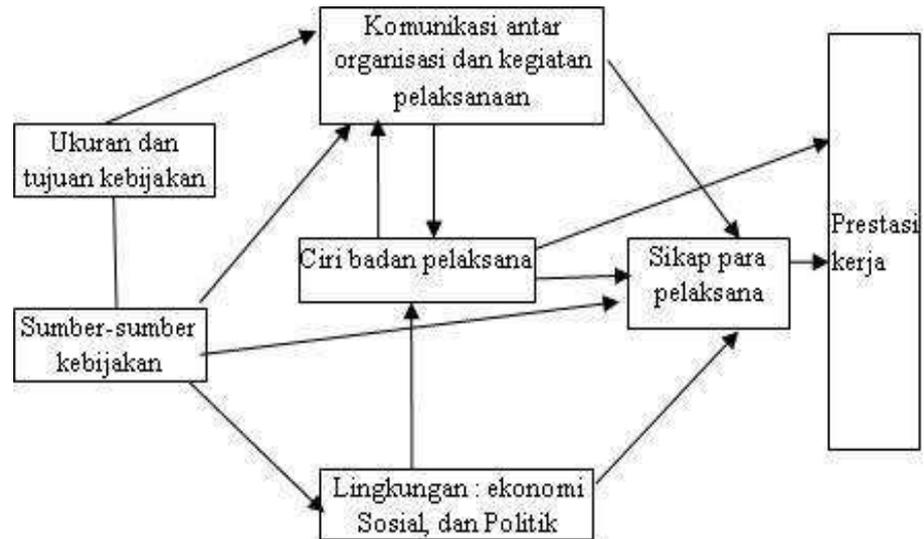
Menurut Van Meter dan Van Horn 1975 dalam Agustino (2017; 133), implementasi kebijakan adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh seseorang atau sekelompok pejabat publik atau swasta dengan maksud untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Sudut pandang kedua mengasumsikan bahwa kebijakan publik, pelaksana, dan kinerja kebijakan semuanya mengikuti jalur linier menuju implementasi kebijakan. Enam variabel yang membentuk hubungan antara kebijakan dan kinerja termasuk dalam model fundamental yang diusulkan oleh Meter dan Horn.

Adapun faktor – faktor berikut menentukan bagaimana kebijakan dan kinerja terkait :

- a. Standar dan tujuan
- b. Sumber daya
- c. Karakteristik organisasi pelaksana
- d. Komunikasi antar organisasi
- e. Sikap para pelaksana/ Disposisi

f. Lingkungan sosial dan politik

Selain berdampak pada efektivitas kebijakan, faktor – faktor tersebut saling terkait satu sama lain. Gambar berikut menggambarkan model implementasi yang disarankan oleh Van Meter & Van Horn :



**Gambar 2.3 Teori Implementasi Kebijakan,  
Teori Van Meter dan Van Horn**

Istilah “model implementasi kebijakan” ini merupakan karya dari Van Meter dan Van Horn. Fungsi utama dari prosedur ini adalah untuk mengabstraksikan perwujudan kebijakan dan implementasi kebijakan yang berlangsung dalam berbagai variabel. Model ini dapat menunjukkan hubungan linier antara penilaian politik, mereka yang menjalankan kebijakan dan kebijakan itu sendiri.

Berikut ini adalah uraian tentang variabel – variabel yang mempengaruhi implementasi kebijakan publik menurut Van Meter dan Van Horn :

a. Standar dan tujuan kebijakan

Efektivitas implementasi kebijakan dievaluasi berdasarkan tingkat keberhasilan, skala, dan tujuan kebijakan yang dapat dicapai, dengan mempertimbangkan konteks sosial budaya di tingkat pelaksana kebijakan. Strategi akan sulit diterapkan jika metrik dan tujuannya terlalu ideal (utopia).

Van Meter dan Van Horn mengklaim bahwa ada tolok ukur dan tujuan khusus yang harus dicapai oleh para pelaksana kebijakan untuk mengukur efektivitas implementasi kebijakan. Evaluasi tingkat pencapaian tujuan dan sasaran ini pada dasarnya adalah kinerja kebijakan.

Untuk sebuah kebijakan, sangat penting untuk memahami norma dan tujuan. Jika para pelaksana (pejabat) sama sekali tidak mengetahui standar dan tujuan kebijakan, implementasi biasanya akan gagal. Sikap tentang pelaksana berkaitan erat dengan standar dan tujuan kebijakan. Faktor penting lainnya adalah sikap (disposisi) pelaksana terhadap standar dan tujuan kebijakan, jika mereka menolak atau tidak memahami apa tujuan dari suatu kebijakan, para pelaksana mungkin gagal untuk mewujudkan kebijakan tersebut.

b. Sumber daya

Untuk menyelesaikan tugas – tugas yang diberikan oleh kebijakan yang ditetapkan secara demokratis, setiap tingkat

pelaksanaan membutuhkan kehadiran sumber daya manusia yang berkualitas. Kemampuan untuk menggunakan sumber daya yang tersedia, terutama sumber daya manusia, adalah faktor yang akan memiliki dampak terbesar pada keberhasilan implementasi kebijakan, menjadikan orang sebagai sumber daya yang paling penting. Selain sumber daya manusia, sumber finansial dan waktu juga merupakan faktor penting dalam menentukan seberapa sukses suatu program diimplementasikan.

Komunikasi sama pentingnya dengan sumber daya kebijakan. Sumber daya harus tersedia dalam kebijakan ini untuk membantu administrasi dan implementasi. Sumber daya ini datang dalam bentuk uang atau imbalan lain yang membantu implementasi kebijakan. Faktor signifikan dalam kegagalan implementasi kebijakan adalah kurangnya pendanaan atau insentif lain yang memadai.

c. Karakteristik organisasi pelaksana

Organisasi resmi dan informal yang akan terlibat dalam implementasi kebijakan menjadi pusat perhatian ketika berbicara tentang agen pelaksana. Hal ini penting karena kualitas yang sangat relevan dan cocok untuk agen pelaksana akan berdampak signifikan terhadap kinerja implementasi kebijakan. Hal ini berkaitan dengan konteks kerja kebijakan yang akan dilakukan pada berbagai kebijakan yang dituntut pelaksana kebijakan. Agen

yang meyakinkan dan pelaksana demokratis diperlukan dalam situasi lain. Cakupan atau area merupakan faktor penting ketika memilih agen pelaksana untuk kebijakan.

Dalam situasi ini, Standar Operasional Prosedur (SOP) dan fragmentasi adalah dua karakteristik utama dari struktur birokrasi, yang merupakan dua karakteristik organisasi pelaksana :

- 1) *Standard Operating Procedures* (SOP). SOP dibuat sebagai tanggapan internal terhadap kurangnya waktu dan sumber daya pelaksana dan kebutuhan akan keseragaman dalam pekerjaan organisasi besar yang rumit. SOP ini sering dibuat sehingga keadaan umum dari masa lalu yang tidak sesuai dengan skenario atau program saat ini dapat mencegah modifikasi kebijakan. SOP kemungkinan besar akan mencegah penerapan kebijakan baru yang memerlukan metode kerja yang berbeda atau jenis staf yang berbeda. Kemungkinan SOP akan menghalangi implementasi kebijakan meningkat seiring dengan sejauh mana praktik reguler organisasi harus berubah.
- 2) Fragmentasi. Fragmentasi lebih banyak disebabkan oleh kekuatan dari luar unit birokrasi, termasuk kelompok kepentingan, pejabat eksekutif, badan legislatif konstitusional, negara, dan karakteristik kebijakan yang dapat mempengaruhi bagaimana birokrasi publik diatur. Pembagian wilayah tanggung jawab kebijakan diantara berbagai divisi organisasi

dikenal sebagai fragmentasi. “*Fragmentation is the dispersion of responsibility for a policy area among several organizational units*” Semakin kecil kemungkinan suatu kebijakan akan berhasil diimplementasikan, semakin banyak orang dan lembaga yang terlibat, semakin saling keterkaitan tindakan mereka. Secara umum menurut Edward, semakin kecil kemungkinan keberhasilan semakin banyak koordinasi yang diperlukan untuk menerapkan suatu kebijakan.

d. Komunikasi antar organisasi terkait

Menurut Van Meter dan Van Horn, standar dan tujuan harus dikomunikasikan kepada para pemangku kepentingan agar kebijakan publik dapat dilaksanakan secara efektif. Individu (pelaksana) yang akan bertugas untuk mencapai suatu standar dan tujuan kebijakan juga harus memahami apa yang akan menjadi standar tujuan. Sumber konsistensi dan keseragaman diperlukan dalam informasi yang diberikan kepada pelaksana kebijakan tentang standar dan tujuan, dan komunikasi ini harus terjadi dalam kerangka kerja ini. Suatu norma dan tujuan kebijakan akan menjadi sesuatu yang sulit dicapai jika tidak ada konsistensi dan keseragaman. Pelaksana kebijakan akan mengetahui apa yang diminta dari mereka dan apa yang harus dilakukan dengan kejelasan mengenai harapan ini. Suatu saat, para pelaksana kebijakna akan menemukan suatu peristiwa yang lebih menantang

untuk dilaksanakan jika berbagai sumber komunikasi dapat memberikan interpretasi yang tidak konsisten terhadap suatu standar dan tujuan atau jika sumber informasi yang sama dapat memberikan interpretasi yang kontradiktif.

Oleh karena itu, komunikasi yang akurat dan konsisten kepada pelaksana kebijakan merupakan faktor kunci dalam kemungkinan implementasi kebijakan yang efektif (akurasi dan konsistensi). Koordinasi adalah alat lain yang efektif untuk menerapkan kebijakan. Semakin rendah ketidaktepatan dan sebaliknya, semakin baik koordinasi komunikasi antara pihak – pihak yang terlibat dalam implementasi kebijakan.

e. Disposisi atau sikap para pelaksana

Menurut Van Meter dan Van Horn, penerimaan atau penolakan agen pelaksana kebijakan akan berdampak signifikan terhadap berhasil tidaknya kebijakan publik. Hal ini sangat mungkin terjadi karena kebijakan yang diterapkan tidak dikembangkan oleh penduduk setempat yang paham betul dengan masalah dan keprihatinan mereka sendiri. Kebijakan publik, bagaimanapun, biasanya bersifat *top-down*, sehingga sangat mungkin bahwa pembuat keputusan tidak menyadari atau mungkin tidak dapat mempengaruhi kebutuhan, keinginan, atau masalah yang harus ditangani. Dengan mempertimbangkan bagaimana suatu kebijakan akan mempengaruhi kepentingan organisasi dan

pribadi mereka, mereka dapat menentukan bagaimana suatu kebijakan akan mempengaruhi sikap mereka.

Langkah pertama dalam implementasi suatu kebijakan adalah menyaring (memfilter) melalui penilaian pelaksana tentang seberapa baik kebijakan itu dijalankan. Tiga jenis faktor respon yang berbeda, antara lain pengetahuan (kognisi), pemahaman dan pemahaman kebijakan, kedua arah tanggapan mereka, apakah menerima, menetralsir, atau menolak (penerimaan, netralitas, dan penolakan), dan ketiga sikap terhadap kebijakan, dapat mempengaruhi kemampuan dan kemauan mereka untuk mengimplementasikan suatu kebijakan.

Memahami tujuan menyeluruh terkait standar dan tujuan kebijakan sangat penting. Ketika para pelaksana tidak sepenuhnya menyadari standar dan tujuan kebijakan, implementasi kebijakan yang baik mungkin gagal. Arah disposisi para pelaksana (*implementers*) terhadap standar dan tujuan kebijakan juga merupakan hal yang “*crucial*”. Apabila mereka tidak setuju dengan tujuan kebijakan, para pelaksana mungkin kesulitan untuk melaksanakan kebijakan, dikarenakan mereka menolak apa yang menjadi tujuan suatu kebijakan.

Di sisi lain, ada kemungkinan besar bahwa suatu kebijakan akan berhasil diimplementasikan jika standar dan tujuannya diterima secara luas dan menyeluruh oleh mereka yang

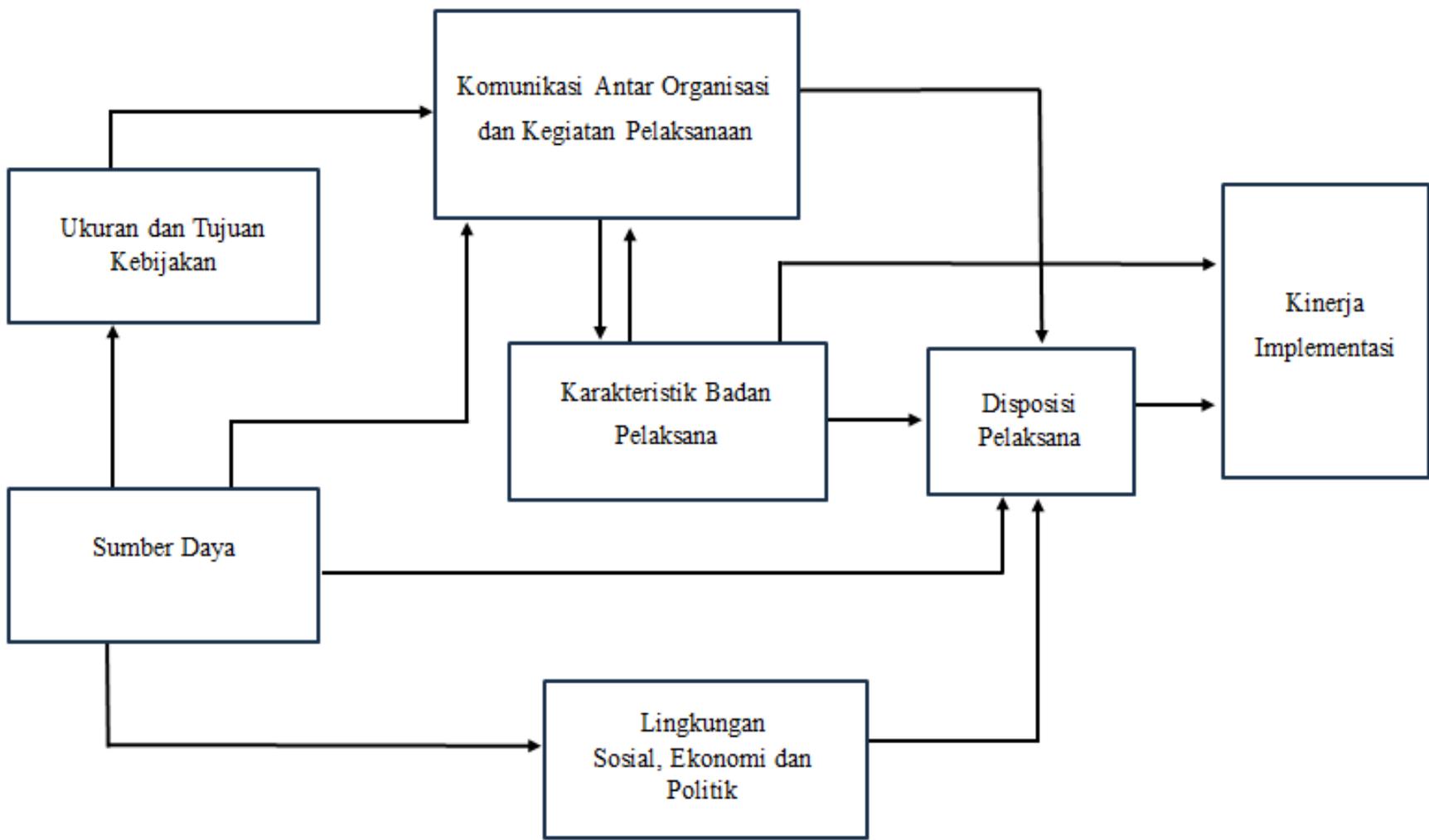
bertanggung jawab untuk melakukannya. Pada akhirnya, kinerja kebijakan dapat dipengaruhi oleh intensitas disposisi para pelaksana. Kegagalan untuk mengimplementasikan kebijakan mungkin disebabkan oleh tidak adanya disposisi atau intensitas yang tidak memadai.

f. Lingkungan

Faktor terakhir yang harus diperhitungkan ketika mengevaluasi kinerja implementasi adalah seberapa besar lingkungan eksternal mempengaruhi seberapa baik kebijakan publik di implementasikan. Kondisi sosial dan politik yang tidak menguntungkan dapat menyebabkan kinerja yang buruk dalam pelaksanaan kebijakan. Oleh karena itu, lingkungan eksternal yang menguntungkan diperlukan untuk upaya pelaksanaan kebijakan

## **H. Kerangka Teori**

Dari teori – teori yang telah dijelaskan sebelumnya, peneliti memilih teori Van Meter dan Van Horn. Teori ini beranggapan bahwa sebuah kebijakan dalam hal ini kebijakan mengenai pelayanan kesehatan rujukan dipengaruhi oleh standar dan tujuan, sumber daya, karakteristik organisasi pelaksana, komunikasi, disposisi dan lingkungan. Keenam faktor tersebut saling berhubungan satu sama lain, yang bisa mendukung bahkan menghambat pengimplementasian suatu kebijakan, sehingga keenam variabel ini cocok apabila digunakan untuk menganalisis dalam penelitian.



Gambar 2.4 Kerangka Teori Implementasi Kebijakan, Teori Van Meter dan Van Horn