

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI REVITALISASI PUSKESMAS DI KABUPATEN BANGKALAN

MUSTOFA ARIS

Abstrak

Berangkat dari sebuah fenomena yang berupa sebagian besar unsur pimpinan puskesmas di Kabupaten Bangkalan dijabat oleh pihak yang berkopetensi fungsional (dokter), sedangkan regulasi menyatakan bahwa kepala puskesmas harus seorang sarjana dibidang kesehatan yang kurikulum pendidikannya mencakup kesehatan masyarakat, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh instrumen implementasi kebijakan dan keterlibatan aktor terhadap kebijakan publik.

Penelitian ini termasuk jenis penelitian *survey* dengan rancangan *explanatory research* dan menggunakan pendekatan kuantitatif. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner kepada 138 responden. Responden kepala dinas kesehatan dan pegawai dinas kesehatan, tokoh agama, tokoh masyarakat, serta LSM yang ditentukan dengan menggunakan teknik *sampling purposive sampling* dan pegawai puskesmas yang ditentukan dengan teknik *sampling acak (area random sampling)*. Untuk menguji pola hubungan yang dibangun peneliti menggunakan alat analisis *Structural Equation Modelling (SEM)* dengan bantuan program SPSS (*statistical program for the social science*) versi 20.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa: 1. Semakin tersedia instrumen implementasi kebijakan publik, semakin bagus pula kebijakan dalam pengelolaan puskesmas; 2. Semakin tinggi keterlihatan aktor, semakin bagus pula kebijakan publik tentang pengelolaan puskesmas; 3. Semakin bagus implementasi kebijakan publik, semakin bagus pula revitalisasi puskesmas; 4. Semakin bagus kebijakan publik, semakin bagus pula revitalisasi publik; 5. Semakin tepat penempatan pejabat, semakin bagus pula revitalisasi puskesmas.

Kata kunci: instrumen kebijakan publik, keterlibatan aktor, kebijakan publik, implementasi kebijakan, kompetensi pejabat dan revitalisasi puskesmas.

Pendahuluan

Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan merupakan salah satu isu utama dalam pembangunan kesehatan, yang mendapatkan perhatian terutama yang terkait dengan jumlah, jenis distribusi, selain itu juga terkait dengan pembagian kewenangan dalam pengaturan SDM kesehatan (PP No. 38 Tahun 2000 dan PP No. 41 Tahun 2000). Oleh karena itu, diperlukan penanganan lebih seksama yang didukung dengan regulasi yang memadai dan pengsturan insentif, *reward-punishment*, dan sistem pengembangan karier. Puskesmas adalah penanggung jawab penyekengga upaya kesehatan untuk tingkat pertama. Puskesmas sebagai unit pelaksana pembangunan kesehatan diwilayah kecamatan merupakan ujung tombak dalam pelayanan kesehatan dalam menunjang keberhasilan untuk mencapai visi misi Indonesia Sehat 2010. Keberhasilan ini sangat dipengaruhi oleh penataan dan pengelolaan tenaga untuk melaksanakan kegiatan pokok puskesmas. Keberhasilan puskesmas dalam menjalankan program ditentukan oleh sumber daya manusia yang seimbang antara tenaga pengobatan disatu pihak dengan tenaga promotif dan preventif pihak lain.

Di puskesmas terdapat 2 (dua) jabatan karir, yaitu jabatan struktural dan jabatan fungsional. Yang dimaksud dengan jabatan struktural adalah suatu kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seseorang pegawai dalam rangka memimpin suatu satuan organisasi. Jabatan struktural kesehatan adalah suatu kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seorang pegawai dalam rangka memimpin suatu satuan organisasi Depkes (sekarang Kemkes). Sedangkan jabatan fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seorang Pegawai Negeri Sipil dalam suatu satuan organisasi dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian/ atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri. Jabatan fungsional pada hakekatnya adalah jabatan teknis yang tidak dalam struktur organisasi, namun sangat diperlukan dan tugas-tugas pokok dalam organisasi pemerintah. Jabatan fungsional Pegawai Negeri Sipil terdiri atas jabatan fungsional keahlian dan jabatan fungsional keterampilan. Dan jabatan fungsional kesehatan adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seorang kesehatan dalam satuan organisasi Depkes (sekarang Kemenkes) yang dalam melaksanakan tugasnya didasarkan pada keahlian atau keterampilan kesehatan yang bersifat mandiri.

Saat ini puskesmas lebih banyak dipimpin bukan oleh sarjana kesehatan masyarakat, melainkan dipimpin oleh tenaga medis dokter maupun dokter gigi. Sesuai dengan hasil penelusuran data di lapangan, menunjukkan bahwa dari 22 (dua puluh dua) puskesmas yang ada di Kabupaten Bangkalan hanya terdapat 5 (lima) puskesmas yang kepala puskesmasnya nonfungsional atau dari non dokter. Adapun 17 (tujuh belas) puskesmas yang lainnya dikepalai oleh dokter. Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa telah terjadi kesenjangan

empirik (*empirical gap*) atau ada ketidak sesuaian antara yang semestinya dengan yang senyatanya terjadi di Kabupaten Bangkalan. Dengan demikian ada alasan yang kuat untuk melakukan revitalisasi puskesmas yang ada di Kabupaten Bangkalan. Berdasarkan adanya kesenjangan teori atau *teoritical gap* maupun kesenjangan empirik atau *empirical gap*, maka dalam penelitian ini akan menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi revitalisasi puskesmas di Kabupaten Bangkalan. Diharapkan pada akhir penelitian ini nantinya dapat merekomendasikan implimentasi kebijakan yang sesuai sebagaimana fungsi puskesmas yang sebenarnya.

Sesuai dengan uraian latar belakang masalah sebagaimana diatas, maka dapat disusunlah *problem statement* atau permasalahannya, yaitu ada indikasi perlunya revitalisasi puskesmas. Adapun *research problem* atau permasalahan penelitiannya adalah mengapa perlu revitalisasi puskesmas. Dengan merujuk pada permasalahan dan permasalahan penelitian, maka dapat dirumuskan *research question* atau pertanyaan penelitian sebagai berikut: (1.) Adakah Pengaruh instrumen implementasi kebijakan terhadap kebijakan publik; (2.) adakah pengaruh keterlibatan aktor terhadap kebijakan publik; (3.) adakah pengaruh implementasi kebijakan terhadap revitalisasi puskesmas; (4.) adakah pengaruh kebijakan publik terhadap revitalisasi puskesmas; (5.) adakah pengaruh ketepatan kompetensi pejabat dengan jabatannya terhadap revitalisasi puskesmas.

Tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah (1.) untuk menganalisis pengaruh instrumen implementasi kebijakan terhadap kebijakan publik; (2.) untuk menganalisis pengaruh keterlibatan aktor terhadap kebijakan publik; (3.) untuk menganalisis pengaruh implementasi terhadap revitalisasi puskesmas; (4.) untuk mendeskripsikan dan menganalisis pengaruh kebijakan publik terhadap revitalisasi puskesmas; (5.) adakah pengaruh ketetapan kompetensi pejabat dengan jabatannya terhadap revitalisasi puskesmas.

Manfaat penelitian baik akademis maupun praktis antara lain adalah sebagai berikut: Manfaat akademis (1.) penelitian ini diharapkan dapat memperkaya khasanah keilmuan khususnya pengembangan studi administrasi publik dan studi implementasi kebijakan publik untuk mewujudkan kesetaraan dalam proses penerimaan dan penempatan pemangku jabatan publik sesuai dengan persyaratan dan kompetensi yang adil; (2.) penelitian ini diharapkan memberikan sumbangan pemikiran mengenai konsep placement atau penempatan pegawai, dalam hal ini penempatan pegawai dengan mengedepankan prinsip *the right man in the right place*; Manfaat Praktis (1.) penelitian ini diharapkan memberikan kontribusi bagi pemerintah kabupaten dalam mendesain implimentasi kebijakan bidang kesehatan khususnya terkait dengan persoalan penempatan pejabat di Puskesmas; (2.) penelitian ini diharapkan memberikan kontribusi secara menyeluruh dan komprehensif bagi pejabat struktural maupun fungsional dibidang kesehatan; (3.) penelitian ini diharapkan

memberikan kontribusi secara menyeluruh dan komprehensif bagi pejabat struktural maupun fungsional dalam merenvitalisasi puskesmas.

Tinjauan Pustaka

Penelitian tentang “Analisis Sistem Perencanaan Kebutuhan Tenaga Kesehatan Di Puskesmas”, 2011, oleh Sherly Marlinda, Dr. Dr. Hafni Bactiar, MPH dan dr, Adila Kasni, MARS., hasilnya sebagai berikut: sistem perencanaan belum berjalan dengan baik disebabkan karena kurang lengkapnya data yang tersedia dan data yang ada tidak akurat, kurangnya sosialisasi dan informasi tentang kebijakan yang digunakan dalam perencanaan tenaga kesehatan serta konsultasi dan koordiansasi yang kurang baik. Revitalisasinya dengan penelitian ini: dalam penelitian ini program dalam kebijakan dan kontruksi kebijakan dalm pengolaan puskesmas sudah relevan dengan kebutuhan masyarakat.

Penelitian tentang “Kompetensi Promosi Kesehatan Pada Petugas Penyuluh Kesehatan Puskesmas”, 2010, oleh Melliyani Agustini, Mappedaty Nyorong, dan Darmawansyah, hasilnya sebgai berikut: petugas promosi kesehatan di puskesmas sudah banyak mengerti media yang digunakan dalam promosi kesehatan terutama untuk penyuluhan. Sebagian puskesmas sudah bekerja sama dengan media untuk promosi kesehatan. Relevansinya dengan penelitian ini: persamaan dengan penelitian ini adalah sosialisasi kebijakan pengelolaan puskesmas sudah dilakukan secara memadai.

Harold Laswell mendefinisikan kebijakn publik “sebagai program yang diproyeksikan dengan tujuan-tujuan tertentu, nilai-nilai, dan praktik-praktik tertentu” (dalam Riant Nugroho 2006:4). Kebijakn publik tidak ahanya sekedar berisi apa yang akan dan telah dikerjakan oleh pemerintah, tetapi lebih dari itu yakni sebagai perwujudan kepentingan publik (Farsari *et al.*, 2007). Kebijakan publik atau kebijakan egara dalah suatu tanggapan kewenangan kekuasaan pemerintah mengenai permasalahan atau kepentingan tetentu sehingga pemerintah memutuskan untuk diam dan melakukan rangkaian program tindakan yang mempunyai tujuan untuk seluruh masyarakat.

Bentuk kebijakan publik terkodifikasi merupakan sasaran terkodifikasi merupakan sasaran pembahasan yang hendak difokuskan. Sedangkan sifat kebijakan publik merupakan sebuah cara untuk memahami secara utuh kebijkan publik. Menurut Leo agustino (2006:9-10) kelima elemen tersebut dijelaskan sebagai berikut: a.) policy demands yaitu permintaan, kebutuhan atau klaim yang dibuat oleh warga masyarakat secara pribadi tau kelompok dengan resmi dengan sistem politik oleh karena adanya masalah yang mereka rasakan;b.) policy decision yaitu pemutusan yang dibuat oleh pejabat publik yang memerintah untuk memberikan arahan pada kegiatan-kegiatan kebijkam;c.) policy statements yaitu ungkapan secara formal atau artikulasi dari keputusan politik yang telah ditetapkan;d.) policy output yaitu hasil

kebijakan "perwujudan nyata" dan kebijakan publik; e.) policy outcomes yaitu akibat dari kebijakan yang merupakan konsekuensi kebijakan yang diterima masyarakat, baik yang diinginkan atau yang tidak diinginkan, yang bersal dari apa yang dikerjakan oleh pemerintah. Dari pernyataan tersebut disimpulkan bahwa bentuk kebijakan publik merupakan kategori dalam mengenali sebuah kebijakan. Sedangkan sifat dari kebijakan publik merupakan suatu proses didalam didalam kebijakan publik yang menjad dasar pemahaman bahwa kebijakan publik adalah proses yang tidak mampu dipisahkan antara perumusan, implementasi, evaluasi dan analisisnya.

James Anderson (1979;23-24) dalam Subarsono (2005) sebagai pakar kebijakan menetapkan dalam rangka memecahkan masalah ada beberapa tahap penting antara lain: 1.) Penetapan agenda kebijakan (Agenda setting). Memecahkan masalah publik yang perlu dipecahkan; 2.) Formulasi Kebijakan (policy formulation). Mengidentifikasi kemungkinan kebijakan yang mungkin digunakan dalam memecahkan masalah; 3.) adopsi kebijakan (policy adoption). Menentukan pilihan kebijakan melalui dukungan para administrator dan legislatif. Tahap ini ditentukan setelah melalui tahap suatu proses rekomendasi; 4.) Implementasi Kebijakan (policy Implementation). Merupakan suatu tahap dimana kebijakan yang telah diadopsi tadi dilaksanakan oleh unit-unit tertentu dengan memobilisasi dana dan sumber daya yang ada; 5.) Penilaian kebijakan (policy assessment). Berbagai unit yang telah ditentukan melakukan penilaian tentang apakah semua proses implementasi telah sesuai dengan apa yang telah ditentukan atau tidak.

Sesuai dengan yang telah diungkapkan Lester dan Stewart Jr. (2000:104), implementasi sebagai proses output. Keberhasilan implementasi kebijakan diukur dari proses dan pencapaian output, tercapai atau tidaknya tujuan yang ingin diraih. Model implementasi kebijakan dengan pendekatan top down dikemukakan Grindle dikenal Implementation as A Political and Administrative Process. Keberhasilannya ditentukan oleh tingkat implementability terdiri atas Content of Policy dan Context of policy (Grindle; 1980:5). Content of policy meliputi: 1.) interest affected (kepentingan yang mempengaruhi); 2.) type of benefits (tipe manfaat), kebijakan harus membawa dampak positif; 3.) extent of change envision (derajat perubahan yang dicapai); 4.) site of decision making (letak pengambilan keputusan); 5.) program implementer (pelaksana program) harus didukung dengan pelaksana kebijakan, sudah terdata dengan baik; 6.) resource committed (sumber daya yang digunakan) didukung oleh sumber daya agar pelaksanaannya berjalan dengan baik. context of policy meliputi: 1.) Power interest, and strategy of actor involved (kekuasaan, kepentingan, dan strategi dari aktor yang terlibat); 2.) institution and regime characteristic (karakteristik lembaga dan rezim yang berkuasa); 3.) lingkungan dimana kebijakan dilaksanakan berpengaruh terhadap keberhasilan, karakteristik lembaga yang turut mempengaruhi kebijakan; 4.) compliance and responsiveness (tingkat

kepatuhan dan adanya respon dari pelaksana); model tersebut bahwa asumsi implementasi kebijakan model top-down adalah kebijakan publik lebih banyak dijalankan oleh pemerintah untuk rakyat, dimana partisipasi lebih berbentuk mobilisasi. Sabatier (1982:22) sebagai salah satu pengagas model top-down menyatakan bahwa esensi pendekatan top-down adalah :it start with a policy decision by government (after central government) officials and the tasks.

Mazmanian dan Sabatier (1983:8) menekankan bahwa untuk memahami implementasi kebijakan ada dua hal yang perlu diperhatikan yaitu: pertama, ketika praktisi ingin mengetahui proses implementasi untuk memutuskan alat pengungkit yang perlu untuk mendorong pembuatan program kerja, atau program dalam rencana dan proses formulasi, mereka ingin mengetahui fitur-fitur yang seharusnya diambil dalam undang-undang atau pemerintah otoritatif untuk menjamin pencapaian tujuan secara terbaik. Kedua, ilmuwan sosial seharusnya sensitif terhadap fakta yang sering terjadi dalam perdebatan implementasi kebijakan publik yang tidak dapat diubah oleh pembuat kebijakan dan pelaksana kebijakan. Dalam pandangan Mazmanian dan Sabatier (1983), peran penting analisis implementasi adalah identifikasi variabel-variabel yang mempengaruhi pencapaian tujuan legal melalui beberapa proses. Variabel tersebut dapat diidentifikasi menjadi 3 kategori yaitu pertama, mudah tidaknya masalah yang akan dipecahkan; kedua, kemampuan keputusan untuk menstruktur secara tepat implementasi; ketiga, pengaruh langsung dimensi politik terhadap tujuan kebijakan.

Untuk memahami model implementasi kebijakan publik maka diperlukan pendekatan kebijakan. Pendekatan kebijakan secara umum dibagi menjadi tiga yaitu top-down, bottom-up dan gabungan top-down dengan bottom-up. Kedua konsep ini terkesan belum banyak dikaji secara mendalam sehingga perlu pengembangan dari berbagai sudut pandang. Sedangkan pada prakteknya fokus analisis implementasi kebijakan berkisar pada masalah pencapaian tujuan formal kebijakan yang telah ditentukan. sehingga jika terjadi permasalahan implementasi kebijakan; terdapat kemungkinan dikarenakan street-level bureaucrats tidak dilibatkan dalam formulasi kebijakan. Oleh karena itu perlu analisis implementasi kebijakan yang sesuai dengan permasalahan yang terjadi di lapangan sehingga kebijakan publik mampu disempurnakan bagi kesejahteraan masyarakat. Bahwa ini aliran top-down. Bottom-up dan kombinasi top-down dengan bottom-up.

Model direct and indirect on implementation dikemukakan oleh George C. Edward III. Variabel yang mempengaruhi keberhasilan dalam model ini adalah komunikasi, sumberdaya, disposisi, dan struktur birokrasi (Agustiono, 2006;149). Komunikasi merupakan faktor penting dalam implementasi kebijakan karena arus pertukaran informasi yang lancar diantara sistem kebijakan dapat menjamin konsistensi pelaksana kebijakan di masyarakat. Untuk mengukur keberhasilan komunikasi ada tiga faktor yang transmisi (penyalur komunikasi yang baik)

kejelasan informasi, dan konsistensi (tidak berubah-ubah) (Agustiono, 2006: 150-151). Variabel kedua yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan adalah sumber daya. Elemen yang terkandung dalam variabel ini menurut Edward III (dalam Agustiono, 2006:151-152) adalah: a.) staf. Kegagalan dalam implementasi kebijakan terjadi karena staf yang kurang memadai, ataupun yang tidak kompeten;b.) Informasi: dalam implementasi kebijakan, informasi memiliki dua bentuk yaitu informasi yang berhubungan dengan cara melaksanakan kebijakan dan informasi mengenai data kepatuhan dari pelaksana terhadap peraturan yang ditetapkan; c.) wewenang. Wewenang merupakan otoritas atau legitimasi bagi pelaksana dalam melaksanakan kebijakan yang ditetapkan;d.) fasilitas. Fasilitas dalam arti sarana dan prasarana yang dibutuhkan.

Kebijakan deliberatif merupakan implementasi dari pada Good Governance. Deliberatif lebih mengutamakan adanya musyawarah dan peran pihak analisis hanya sebagai fasilitator. Secara umum deliberatif adalah proses pengambilan keputusan yang didahului dengan diskusi tentang alasan dukungan atau penentangan terhadap sesuatu pandangan. Proses deliberatif mengansumsikan adanya pandangan yang berbeda, dan masing-masing pandangan harus dihargai. Deliberasi adalah hal yang inheren dalam proses pengambilan keputusan masyarakat yang demokratis (Sumarto, 2004:149). Peran pemerintah disini lebih sebagai legalisator "kehendak publik" sementara peran pendamping/analisis adalah sebagai fasilitator proses dialog publik. Keuntungan setiap pihak bertanggung jawab terhadap keberhasilan kebijakan publik. Dalam proses deliberatif dituntut adanya peran aktif masyarakat. Dalam hal ini, dapat digunakan metode teknik partisipasi dalam proses deliberatif. Sehingga memudahkan proses deliberatif dalam mengambil sebuah keputusan kebijakan

Dalam kombinasi implementasi top-down dengan bottom-up maka terdapat kebijakan yang digulirkan dari atas dan kebijakan dari bawah. Hal yang paling mendekati realitas dilapangan maka terdapat kebijakan makro dan kebijakan mikro. Kebijakan makro adalah kebijakan yang memberi batasan umum tentang bidang yang dibuat kebijakan dan diimplementasikan. Sedangkan kebijakan mikro merupakan kebijakan yang lebih spesifik berdasarkan permasalahan yang spesifik sesuai tipologi masyarakat. Namun implementasi top-down dengan bottom-up mempunyai faktor-faktor kebijka yang sama. Dalam hal ini kebijakan makro diwakili oleh pemerintah dan kebijakan mikro oleh masyarakat setempat.

Howlett dan Rmesh (1995:52) mengatakan bahwa aktor-aktor dalam proses kebijakan mungkin berasal dari individu dan kelompok. Aktor-aktor tersebut terlibat dalam area kebijakan tertentu dapat disebut sebagai "sub-sistem kebijakan". Aktor-aktor dalam proses kebijakan Howlett dan Ramesh membuat kategori yaitu: 1.) pejabat terpilih: keterlibatan pejabat terpilih dalam proses dibagi menjadi dua kategori yaitu: eksekutif dan legislatif politik;2.) pejabat yang dirujuk: pejabat yang dirujuk berkenaan dengan kebijakan politik dan

administrasi sering kali disebut sebagai birokrasi. Birokrasi merupakan sumber kekuasaan pemerintah yang penting. Sebagai sumber kekuasaan pemerintah karena birokrasi merupakan simbol dan alat bagi kekuasaan pemerintah. Fungsi mereka adalah untuk membantu para eksekutif dalam menjalankan tugas, seperti diistilahkan sebagai "pelayanan publik" untuk mendeskripsikan mereka; 3.) kelompok kepentingan: pembuatan kebijakan seringkali identik dengan pemerintah, khususnya para eksekutif dan legislatif, namun realitas politik modern memberikan ruang kelompok kepentingan memainkan peran penting bagi proses kebijakan; 4.) Organisasi penelitian: aktor sosial lain yang memiliki peran signifikan dalam proses kebijakan adalah peran peneliti yang bekerja di lingkungan universitas dan think-tanks. Peneliti-peneliti universitas memiliki kepentingan teoritis dan filosofi dalam masalah publik yang mungkin hasil penelitiannya dapat diterjemahkan dalam tujuan kebijakan. Think tanks menurut McGann (2007:11); 5.) Media Massa: peran media massa dalam kebijakan terletak pada fakta bahwa dalam pelaporan masalah mereka yang memadukan peran reporter pasif dan analisis aktif sebagai penasihat untuk pemecahan masalah. Tidak dapat dipungkiri bahwa media massa merupakan penghubung penting antara Negara dan Masyarakat, sebuah oposisi yang memberi ruang bagi pemerintah dan masyarakat dalam memahami masalah sosial dan upaya jalan pemecahannya.

David Robotham (2003) Kompetensi dapat dibedakan menjadi empat macam, yakni: (1) Technical Competence, (2) Managerial competence, (3) interpersonal competence atau Social/Communication competence, dan (4) intellectual competence. Sementara itu, Lyle M. Spencer & Signe M. Spencer (1993) sebagaimana tertuang dalam Pedoman Penyusunan Standar Kompetensi Jabatan Pegawai Negeri Sipil, mengklasifikasikan jenis kompetensi ke dalam dua kategori yakni: threshold competencies dan differentiating competencies.

Terkait dengan kompetensi jabatan struktural dapat dicermati dalam beberapa kebijakan yang mengatur mengenai pokok-pokok standar kompetensi pejabat, diantaranya dalam Badan Kepegawaian Negara No. 46A tahun 2003 tentang pedoman Penyusunan Standar Kompetensi Jabatan Pegawai Negeri Sipil yang telah mengelompokkan jenis kompetensi berdasarkan 2 (dua) kelompok, yakni kompetensi dasar dan kompetensi bidang. Kompetensi dasar adalah kompetensi yang wajib atau mutlak harus dimiliki oleh setiap PNS yang menduduki jabatan struktural (pejabat struktural) di lingkungan instansi pemerintah. Kompetensi dasar yang harus dimiliki tersebut terdiri atas lima jenis yaitu: (1) integritas atau integrity; (2) kepemimpinan atau leadership; (3) perencanaan dan pengorganisasian atau planning and organizing; (4) kerjasama atau collaboration, dan (5) fleksibilitas atau flexibility (BKN RI, 2003).

Standar kompetensi ini terdiri dari: (1) kompetensi umum, kompetensi ini dimaksudkan mengetahui kemampuan dan karakteristik berupa pengetahuan dan perilaku yang dimiliki calon pejabat untuk diperlukan dalam pelaksanaan pejabat struktural yang dipangkunya.

Kompetensi ini dapat diperoleh melalui pendidikan formal maupun diklat kepemimpinan; (2) kompetensi khusus yaitu kemampuaan karakteristik yang dimiliki calon pejabat berupa keahlian untuk melaksanakan tugas pejabat struktural yang diembannya. Kompetensi ini dapat diperoleh melalui diklat teknis (Mashuri:22).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 71 tahun 2009 secara khusus mengatur tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan. Hal ini dilatar belakangi oleh pemahaman bahwa pengangkatan dan penempatan Sumber Daya Manusia dalam suatu jabatan struktural bidang kesehatan dilaksanakan berdasarkan prinsip profesionalisme sesuai dengan standar kompetensi yang jelas. Pasal 3 (1) menyebutkan pengangkatan pegawai ke dalam suatu jabatan struktural kesehatan dilakukan setelah memenuhi persyaratan kualifikasi serta standar kompetensi yang jabatan yang akan pangkunya melalui rekrutment dan seleksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Kompetensi pejabat struktural kesehatan yang dibahas dalam permenkes nomor 971 tahun 2009 diantaranya: (1) kompetensi pejabat struktural kesehatan rumah sakit meliputi: Direktur, wakil pelayanan medis/administrasi umum/keuangan/sumber daya manusia/pendidikan, kepala bidang/kepala bagian dan kepala seksi/ kepala sub bagian; (2) kompetensi pejabat struktural dinas kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota. Meliputi: kepala, sekretaris, kepala bidang/bagian, dan seksi/kepala subbagian; (3) kompetensi pejabat struktural puskesmas, mengatur tentang latar belakang pendidikan dan syarat-syarat yang harus dimiliki oleh kepala Puskesmas; (4) kompetensi pejabat struktural UPT/UPTD, mengatur tentang latar belakang pendidikan dan syarat-syarat yang harus dimiliki oleh kepala UPT/UPTD.

Berdasarkan Kepmenkes Nomor 128 tahun 2004, Puskesmas adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan disuatu wilayah kerja. Pokok-pokok yang harus dipahami dalam pengertian tersebut adalah: (a) puskesmas merupakan bagian dari dinas kesehatan kabupaten/kota, artinya puskesmas tidak berdiri sendiri. konsekuensi logis dari pion ini adalah yang bertanggung jawab secara keseluruhan adalah dinas kesehatan kabupaten/kota; (b) puskesmas hanya bertugas menyelenggarakan upaya kesehatan secara utuh dan menyeluruh untuk meningkatkan kesadaran, kemampuan dan kemauan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud kesehatan masyarakat yang optimal; (c) puskesmas memiliki wilayah kerja yang jelas secara nasional yakni satu kecamatan.

Fungsi puskesmas terdiri dari tiga yaitu sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat dan keluarga dalam pembangunan kesehatan, dan pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama. Dari fungsi puskesmas ini jelas peran puskesmas bukan saja persoalan teknis medis tetapi juga bagaimana keterampilan sumber daya manusia yang mampu mengorganisir modal sosial yang ada di masyarakat.

Fungsi dan peran puskesmas sebagai lembaga kesehatan yang menjangkau masyarakat di wilayah terkecil membutuhkan strategi dalam hal pengorganisasian masyarakat untuk terlibat dalam penyelenggaraan kesehatan secara mandiri (Sahria, 2007). Revitalisasi puskesmas melalui strategi pengorganisasian masyarakat mempunyai misi untuk mengoptimalkan fungsi dan kinerja puskesmas terutama dalam penyelenggaraan upaya kesehatan perorangan maupun upaya kesehatan masyarakat aras komunitas basis. Sumber daya manusia yang ada di puskesmas selain menguasai teknis mengenai penanganan permasalahan kesehatan sebaiknya juga dibekali dengan penguasaan keterampilan untuk melakukan pengorganisasian komunitas.

Keberhasilan puskesmas pun semestinya tidaklah diukur dari banyaknya masyarakat berbondong-bondong datang ke puskesmas untuk berobat, dan bukan pula seberapa besar pendapatan yang diperoleh puskesmas dari fungsi kuratif yang dijalankannya, namun yang harus diapresiasi adalah bagaimana puskesmas mampu menjadi agen pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan melalui pendidikan kesehatan masyarakat sejak dini dalam rangka proses pencegahan penyakit. Selain itu juga, puskesmas perlu melakukan sosialisasi kesehatan melalui program-program kemanusiaan, dengan melibatkan masyarakat sebagai pelaku kesehatan itu sendiri. Jadi, revitalisasi puskesmas harus menegaskan kembali tujuan utama puskesmas, yaitu pusat Kesehatan masyarakat dan bukan Pusat pengobatan masyarakat.

Menurut David Easton (dalam Wahab, 2001:6-7), kebijakan negara di artikan sebagai pengalokasian nilai secara paksa kepada anggota masyarakat. Ciri-ciri khusus yang melekat pada kebijakan negara, bahwa kebijakan itu dirumuskan oleh orang-orang atau aktor yang memiliki wewenang dalam sistem politik, yakni para ketua adat, ketua suku, eksekutif, legislatif, hakim, administrator, dan sebagainya. Sedangkan menurut Howlett dan Ramesh (1995:52), aktor dalam proses kebijakan publik berasal dari individu dan kelompok. Aktor dalam proses kebijakan antara lain pejabat terpilih, yang terdiri dari: eksekutif dan legislatif; lembaga non pemerintahan atau LSM; dan organisasi masyarakat. Dengan merujuk pada hubungan teoritik instrumen kebijakan dan keterlibatan aktor dengan kebijakan publik, maka dalam penelitian ini diasumsikan bahwa variabel instrumen implementasi kebijakan (X1) dan keterlibatan aktor (X2), dan masing-masing berpengaruh terhadap kebijakan publik (Y1).

Dengan merujuk pada hubungan secara teoritik kebijakan publik, implementasi kebijakan, variabel-variabel yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan yakni staf atau pejabat yang kompeten serta adanya pengawasan atau kontrol, maka dalam penelitian ini diasumsikan bahwa implementasi kebijakan (X3), dan kompetensi pejabat (X5), masing-masing berpengaruh terhadap revitalisasi puskesmas (Y2). Selanjutnya kebijakan publik (Y1) diasumsikan berpengaruh terhadap revitalisasi puskesmas (Y2).

Berdasarkan kajian teori dan kajian penelitian terdahulu, hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini sebagai berikut: (1) ada pengaruh instrumen implemtasi kebijakan terhadap kebijakan publik; (2) ada pengaruh keterlibatan aktor terhadap kebijakan piblik; (3) ada pengaruh implementasi kebijakan terhadap revitalisasi puskesmas; (4) ada pengaruh kebijakan publik terhadap revitalisasi puskesmas; (5) ada pengaruh ketepatan kompetensi pejabat dengan jabatannya terhadap revitalisasi puskesmas

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan format eksplanasi, karena penelitian ini menjelaskan mengapa gejala, peristiwa, atau fenomena terjadi. Didasarkan pada asumsi, bahwa gejala, peristiwa, atau fenomena itu tidak berdiri sendiri, pasti ada faktor-faktor yang mendahului (antecedent) atau penyebabnya. Format eksplanasi dimaksud untuk menjelaskan suatu generalisasi sampel terhadap populasinya atau menjelaskan hubungan, perbedaan atau pengaruh suatu variabel dengan variabel yang lain. (Bungin: 2007). Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif, yaitu penelitian yang analisis datanya sangat dipengaruhi oleh variabel variabel yang dianalisis. Jenis penelitian ini termasuk jenis penelitian survei yaitu penelitin yang mengambil sampel dari suatu populasi dan menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpul data utamanya.

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah Kabupaten Bangkalan, Madura, Jawa Timur yang mengelola sebanyak 22 (dua puluh dua) Puskesmas. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pemangku kepentingan di bidang kesehatan, yaitu Pegawai Puskesmas yang berjumlah 1.929 orang yang tersebar di 22 (dua puluh dua) Puskesmas, populasi Pegawai Ninas Kesehatan Kabupaten Bangkalan yang terdiri dari 100 orang, dan populasi yang terdiri dari Tokoh Agama, Tokoh Masyarakat, dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) pemerhati kesehatan di Kabupaten Bangkalan yang berjumlah 288 orang. Sampel diambil dengan teknik area sampling acak (*area random sampling*) sebesar 138 (seratus tiga puluh delapan). Mengingat jumlah populasi pada masing-masing subpopulasi (Puskesmas, Dinas Kesehatan, dan Tokoh Agama, Tokoh Masyarakat, dan LSM) tidak sama dan agar penentuan jumlah sampel representatif/cukup terwakili pada tiap tiap subpopulasi, maka sampel diambil dengan menggunakan teknik area sampling acak (*area random sampling*). (a) ukuran sampel ialah Penelitaian yang analisis datanya menggunakan SEM (*Structural Equation Modelling*), maka jumlah sampelnya paling sedikit 5 kali jumlah varibel indikator yang digunakan. Karena dalam penelitian ini terdapat 22 (dua puluh dua) variabel indikator maka membutuhkan sampel sebanyak 22×5 atau 110 sampel (Ferdinand, 2006). (b) Kerangka sampel (*sampling frame*) yang diperlukan dalam penelitian ini meliputi: 1) semua pegawai Puskesmas yang

terdiri dari Dokter, Dokter Gigi, Bidan, Perawat, Analis, Asisten Apoteker, Tenaga Gizi, Tenaga Sanitasi, dan Tenaga Administrasi yang tersebar di 22 Puskesmas di Kabupaten Bangkalan yang berjumlah 1.929 orang; 2) Semua Pegawai Dinas Kesehatan Kabupaten Bangkalan yang berjumlah 100 orang; dan 3) Tokoh Agama, Tokoh Masyarakat, dan LSM pemerhat kesehatan di Kabupaten Bangkalan yang berjumlah 288 orang.

Untuk menentukan jumlah sampel pada tiap tiap subpopulasi, diperlukan satuan yang disebut *sample fraction* (f_i) (Umar, 1998). Nilai f_i dihitung dengan rumus sebagai berikut :

$$f_i = \frac{N_i}{N}$$

Keterangan :

f_i = sampel fraction tiap tiap subpopulasi

N_i = subpopulasi (populasi tiap-tiap kecamatan)

N = populasi (1.929)

Untuk menentukan jumlah sampel pada tiap tiap subpopulasi dilakukan dengan cara mengalikan *sample fraction* (f_i) dengan sampel (138).

Berdasarkan keterkaitan antara responden dengan jawaban yang diberikan, maka jenis kuesioner yang diajukan bersifat langsung dan dengan pertanyaan bersifat tertutup, dengan maksud memberikan keleluasaan responden memberikan jawaban-jawabannya. Pada tiap-tiap item kuesioner disediakan alternatif jawaban sebanyak lima buah dan dijenjang pembobotan skornya, sehingga masing-masing variabel terukur menurut skala interval. Instrumen pengumpul data untuk masing-masing vriabel dalam penelitian ini dikembangkan berangkat dari konstruk/variabel laten, variabel indikator/dimensi, dan selanjutnya dari variabel butir/indikator yang pengembangannya didasarkan pada hasil kajian teoritis, kerangka berpikir, dan definisi operasional variabel. Kuesioner dalam penelitian ini terdiri dari sejumlah pertanyaan obyektif maupun pernyataan yang mengandung responden untuk menjawab salah satu dari lima alternatif jawaban dengan menggunakan skala Likert, yaitu : Sangat Tidak Setuju (STS), Tidak Setuju (TS), Netral (N), Setuju (S), dan Sangat Setuju (SS), dengan pembobotan skor satu sampai dengan lima.

Berdasarkan besarnya jumlah sampel dan sebaran lokasi tempat tinggal responden, maka prosedur pengumpulan data mengikuti langkah langkah sebagai berikut: 1) mengidentifikasi responden. Responden dalam penelitian ini adalah kepala dinas kesehatan, pegawai dinas kesehatan, kepala puskesmas, pegawai puskesmas, tokoh agama, tokoh masyarakat, dan LSM pemerhati kesehatan, sebanyak 138 (seratus tiga puluh delapan) orang responden yang proporsi sebarannya sesuai dengan proposi sebaran dalam penetapan sampel. Identifikasi ini dilakukan oleh peneliti bersama calon petugas lapangan. Calon petugas lapangan semuanya

direkrut dari teman-teman peneliti yang rata-rata berstatus sebagai mahasiswa dan ada sebagian yang sudah lulus sarjana. Dalam rangka melengkapi data dan dalam rangka memperkuat temuan data yang diperoleh melalui instrument penelitian baik yang berupa angket maupun melalui wawancara, peneliti juga melakukan pengumpulan data melalui teknik pengumpulan data dokumentasi. Sumber data yang dipergunakan antara lain adalah Bangkalan Dalam Angka (2012).

Variabel independent/laten/eksogen yang tidak diobservasi terdiri atas: (a) X_1 = Instrumen implementasi kebijakan; (b) X_2 = actor; (c) X_3 = implementasi; (d) X_4 = pengawasan; (e) X_5 = kompetensi pejabat. Variabel dependent/laten/endogen yang tidak diobservasi terdiri atas: (a) Y_1 = kebijakan public; (b) Y_2 = revitalisasi puskesmas. Variabel independent/eksogen instrumen implementasi kebijakan (X_1) terdiri dari 6 (enam) indikator/manifest variabel sebagai berikut: (a) $X_{1.1}$. WHO (*World Health Organization*); (b) $X_{1.2}$. Permenkes Nomor 439 tahun 2009; (c) $X_{1.3}$. Kepmenkes Nomor 128 tahun 2004; (d) $X_{1.4}$. Kepmenkes Nomor 585 tahun 2007; (e) $X_{1.5}$. Pemenkes Nomor 1097 tahun 2011; (f) $X_{1.6}$. Undang-undang Nomor 36 tahun 2009. Variabel independen/eksogen keterlibatan aktor (X_2) terdiri dari 2 (dua) indikator/manifest variabel sebagai berikut: (a) $X_{2.1}$. pemerintah; (b) $X_{2.2}$. non pemerintah

Variabel independen/eksogen pengawasan (X_3) terdiri dari 2 (dua) indikator/manifest variabel sebagai berikut: (a) $X_{3.1}$. faktor pendukung; (b) $X_{3.2}$. faktor penghambat. Variabel independen/eksogen kompetensi pejabat (X_5) terdiri dari 2 (dua) indikator/manifest variabel sebagai berikut: (a) $X_{5.1}$. structural; (b) $X_{5.2}$. fungsional. Variabel dependen/endogen kebijakan publik (Y_1) terdiri dari 3 (tiga) indikator/manifest variabel sebagai berikut: (a) $Y_{1.1}$. = program; (b) $Y_{1.2}$. = konstruksi; (c) $Y_{1.3}$. = sosialisasi. Variabel dependen/endogen revitalisasi puskesmas (Y_2) terdiri dari 4 (tiga) indikator/manifest variabel sebagai berikut: (a) $Y_{2.1}$. = kepemimpinan; (b) $Y_{2.2}$. = pendanaan; (c) $Y_{2.3}$. = pengadaan obat; (d) $Y_{2.4}$. = pelayanan.

Pada Uji Validitas Sebab dan akibat antar hubungan hanya akan dinyatakan bilamana ada kovarian yang benar antara variabel-variabel yang sedang diteliti, menggunakan prosedur pengumpulan data yang didemonstrasikan yang mendahului sebab dari akibat, dan alternative penjelasan yang telah ada sebelumnya (Sacket & Larson, 1990 dalam Scandura & Williams, 2000). Reliabilitas seringkali disamakan dengan keandalan. Keterandalan dari suatu alat pengukuran didefinisikan sebagai kemampuan alat ukur mengukur gejala secara konsisten yang dirancang untuk mengukur sesuatu (Selltiz, et.al., 1995 dalam Black & Champion, 1992).

Pilihan instrumen implementasi kebijakan (X_1) dan keterlibatan aktor (X_2), masing-masing dilihat pengaruhnya terhadap kebijakan publik (Y_1). Implementasi (X_3), pengawasan (X_4) dan kompetensi pejabat (X_5), masing-masing dilihat pengaruhnya terhadap revitalisasi puskesmas (Y_2). Kebijakan publik (Y_1) dilihat pengaruhnya terhadap revitalisasi puskesmas (Y_2). Beberapa

langkah SEM menurut Ferdinand, A. (2006) sebagai berikut: (1) Pengembangan model berbasis teori; (2) Pengembangan diagram alur untuk menunjukkan hubungan kausalitas; (3) Konversi diagram alur kedalam serangkaian persamaan struktural dan spesifikasi model pengukuran; (4) Pemilihan matriks input dan teknik estimasi atas model yang dibangun; (5) Menilai problem identifikasi; (6) Evaluasi model; (7) Interpretasi dan modifikasi model.

Hasil Penelitian

Bangkalan merupakan salah satu Kabupaten di Provinsi Jawa Timur yang berada di bagian barat pulau Madura sekaligus merupakan pintu gerbang utama menuju ke wilayah kabupaten lain, yaitu: Kabupaten Sampang, Kabupaten Pamekasan, dan Kabupaten Sumenep. Wilayah kabupaten Bangkalan berada pada posisi 112o 40' 06" sampai 113o 08' 04" Bujur Timur (east longitude) dan pada posisi 6o 51' 39" sampai dengan 7o 11' 39" Lintang Selatan (south longitude), dengan luas wilayah mencapai 1.261,81 KM² atau sama dengan 126, 181 Hektar. Wilayah Kabupaten Bangkalan berada pada ketinggian 2-100 meter diatas permukaan laut (dpl). Dua pertiga daratan terdiri dari pegunungan kapur (kawasan karst) dan perbukitan. Beriklim tropis dengan musim hujan dan musim kemarau, rata-rata curah hujan tertinggi mencapai 28,44 Milimeter pertahun dan 31oC. Wilayah selatan Kabupaten Bangkalan yang semula hanya dibatasi oleh selat Madura. Sedangkan batas-batas wilayah yang lainnya sebagai berikut: (1) sebelah utara wilayah kabupaten bangkalan berbatasan dengan laut Jawa; (2) sebelah timur wilayah kabupaten bangkalan berbatasan langsung dengan wilayah kabupaten sampang; (3) sebelah barat wilayah kabupaten bangkalan berbatasan langsung dengan selat Madura.

Pada penjelasan umum kondisi kesehatan di kabupaten bangkalan yaitu jumlah bayi lahir dan hidup pada tahun 2012 sebesar 18.281 jiwa, dengan rincian 8.373 laki-laki dan 9.544 perempuan. Angka kematian balita 3,99 per seribu kelahiran, sedangkan angka kematian ibu 32,82 per 100.000 kelahiran. Jumlah kasus baru HIV sebesar 7 kasus, sedangkan jumlah kasus baru AIDS sebesar 7 kasus. Balita dengan gizi baik sebesar 74,44% balita dengan gizi kurang sebesar 2,97% dan balita dengan gizi buruk sebesar 0,33%. Jumlah sakit pada 2 unit, dan rumah sakit khusus ada 1 unit. Jumlah puskesmas perawatan ada 22 unit, dan 36 apotek, serta didukung oleh 60 orang dokter umum, 26 dokter spesialis, 17 dokter gigi, 221 orang bidan, dan 346 orang perawat.

Berdasarkan data yang diperoleh dari lapangan melalui penyebaran kuisioner, diperoleh gambaran tentang responden ditinjau dari berbagai karakteristik. Deskripsi karakteristik tersebut adalah sebagai berikut. Karakteristik responden ditinjau dari usia bahwa responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini sebagian besar (52%) berusia dibawah 35 tahun. Karakteristik responden ditinjau dari jenis kelamin bahwa responden yang berpartisipasi

dalam penelitian ini sebesar (60%) berjenis kelamin perempuan. Karakteristik responden ditinjau dari status perkawinan bahwa responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini sebagian besar (80%) sudah menikah. Karakteristik responden ditinjau dari pendidikan bahwa responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini sebagian besar (67%) berpendidikan SD sampai dengan Diploma. Karakteristik responden ditinjau dari masa kerja bahwa responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini sebagian besar (69%) memiliki masa kerja diatas 5 tahun. Karakteristik responden ditinjau dari jenis jabatan bahwa responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini sebagian besar (74%) adalah memiliki jabatan fungsional (perawat, bidan, dokter,dll). Karakteristik responden ditinjau dari hirarki struktural bahwa responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini sebagian besar (73%) hirarki strukturalnya adalah staff. Karakteristik responden ditinjau dari jenis jabatan fungsional bahwa responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini sebagian besar (89%) adalah perawat, bidan, apoteker, bagian gizi, dll.

Asumsi-asumsi yang harus dipenuhi dalam prosedur pengumpulan data dan pengolahan data yang dianalisis dengan pemodelan SEM adalah sebagai berikut : Penelitian yang analisis datanya menggunakan SEM (*Structural Equation Modelling*), maka jumlah sampelnya paling sedikit 5 kali jumlah indikator. Karena dalam penelitian ini terdapat 22 (dua puluh dua) indikator maka membutuhkan sampel sebanyak 22×5 atau 110 sampel (Ferdinand, 2006). Sedangkan menurut Hair *et al.* (1995) bahwa jumlah sampel yang disarankan jika menggunakan teknik analisis SEM adalah sebesar antara 100 s.d 200, dan jika terlalu besar misalnya antara 400 s.d 500, maka metode analisis ini terlalu sensitif. Berdasarkan pertimbangan tersebut di atas, maka jumlah sampel dalam penelitian ini ditetapkan sebesar 138 (seratus tiga puluh delapan) responden. Sehingga dari evaluasi terhadap ukuran sampel, data dalam penelitian ini bisa dilanjutkan untuk dianalisis dengan menggunakan SEM.

Pengujian normalitas dilakukan untuk mengetahui apakah sebaran data memenuhi asumsi normalitas. Bila data dinyatakan normalitas, maka data tersebut dapat diolah lebih lanjut dengan SEM. Karena data sampel besar ($n \geq 100$) dengan menggunakan permasalahan SEM, pada metode estimasi dalam SEM tidak sensitif terhadap ketidaknormalan data (Solimun, 2002). Uji normalitas sebaran dilakukan dengan *kurtosis value* dari data yang digunakan yang biasanya disajikan dalam statistik deskriptif. Nilai statistik untuk menguji normalitas itu disebut *Z-value*. Bila nilai *Z-value* lebih besar dari nilai kritis maka dapat diduga bahwa distribusi data tidak normal. Nilai kritis dapat ditentukan berdasarkan tingkat signifikansi 0,01 (1%) yaitu sebesar ± 2.58 . Hasil uji normalitas menunjukkan *c.r multivariate* sebesar 0,732 yang berada di dalam rentang -2,58 hingga +2,58, sehingga menunjukkan data secara *multivariate* berdistribusi normal, dan dapat dilakukan analisis selanjutnya.

Pengujian atas data outlier dalam analisis SEM dilakukan secara *univariate* dan *multivariate*. Uji *univariate outlier* didasarkan atas nilai *Z-Score* untuk tip indikator yang harus berada di rentang -3 sampai dengan +3. Berdasarkan hasil nilai *Z-Score* untuk tiap indikator diperoleh informasi bahwa tidak terdapat nilai *Z-Score* yang berada di luar rentang ± 3 , maka di dalam data dideteksi tidak terdapat *univariate outlier*. *Outlier* adalah observasi atau data yang memiliki karakteristik unik yang terlihat sangat berbeda jauh dari observasi-observasi lainnya dan muncul dalam bentuk nilai ekstrim untuk variabel kombinasi atau multivariat. Uji terhadap *outlier multivariate* dilakukan dengan menggunakan Jarak Mahalanobis. Jarak Mahalanobis yang dihasilkan dievaluasi dengan menggunakan χ^2 (*chi-square*) pada derajat bebas sebesar jumlah indikator yang digunakan dalam model struktural. Apabila *mahalanobis d-squared* ada yang lebih besar dari nilai *chisquare* pada $df = \text{jumlah indikator}$ dan tingkat signifikansi 0,001, maka data tersebut menunjukkan adanya *multivariate outliers*. Dari hasil perhitungan diperoleh nilai *chi-square* ($22 \sim 0,001$) = 48,27. Hasil uji outlier diketahui semua observasi memiliki nilai *mahalanobis dsquared* di bawah 48,27, sehingga dapat disimpulkan semua observasi dalam penelitian ini tidak ada yang diindikasikan sebagai *outliers*. sehingga semua observasi dapat digunakan untuk analisis selanjutnya.

Multicolinearity dapat dideteksi melalui nilai determinan matriks kovarians. Nilai determinan yang sangat kecil merupakan indikasi adanya permasalahan *multicolinearity* atau *singularity*. Secara umum, program komputer SEM akan mengeluarkan *warning* bila terdapat indikasi *multicolinearity* atau *singularity*. Pengujian multikolinearitas juga bisa dilakukan dengan melihat nilai *Variance Inflation Factor* (VIF). Nilai VIF dihasilkan dari estimasi persamaan model. Dalam model yang dikembangkan dalam penelitian ini, dapat dipecah menjadi dua (2) persamaan pengaruh X3, X4, X5, dan Y1 terhadap Y2. Suatu persamaan dikatakan bebas dari efek multikolinearitas apabila memiliki nilai VIF kurang dari 10 atau nilai *tolerance* lebih dari 0,10. Hasil uji multikolinearitas menghasilkan nilai VIF untuk semua variabel lebih kecil dari 10, sehingga disimpulkan bahwa model yang dikembangkan dalam penelitian ini bebas dari multikolinearitas.

Pada uji kesesuaian Model (*Goodness of Fit Test*) Yang dilakukan pada tahap ini adalah pengujian terhadap kesesuaian model melalui telaah terhadap berbagai *criteria goodness of fit*. Pengujian yang dilakukan dengan menggunakan beberapa *fit indeks* tersebut dimaksudkan untuk mengukur "kebenaran" model yang diajukan. Tabel berikut ini menyajikan beberapa indeks kesesuaian dan *cut-off value* nya untuk digunakan dalam menguji apakah sebuah model pertama dapat diterima atau ditolak. Hasil perhitungan *goodness of fit* menunjukkan semua kriteria kesesuaian model memberikan indeks yang sesuai dengan yang direkomendasikan (*fit* dan *marginal fit*). Di dalam SEM, reliabilitas instrumen diperiksa menggunakan *construct reliability* harus lebih besar dari 0,70, dan nilai 0,60 - 0,70 masih dapat diterima. Namun

sesungguhnya uji konsistensi internal (*reliability*) tidak mutlak untuk dilakukan jika validitas indikator telah terpenuhi, karena yang reliabel belum tentu valid (Cooper dan Schindler, 2006). Dari hasil uji reliabilitas, dapat dijelaskan bahwa semua variabel penelitian memiliki nilai *construct reliability* lebih memenuhi syarat, sehingga dapat dikatakan variabel-variabel tersebut adalah reliabel.

Setelah tahap *measurement* model terpenuhi tahap berikutnya adalah *structural* model. Tahapan *structural* model berfungsi untuk memastikan mode telah sesuai dengan data dan memastikan ada tidaknya pengaruh antar variabel yang diteliti. Pada pengujian *structural* model ini akan menggunakan metode estimasi *Maximum Likelihood estimation* (MLE). Pada tahapan ini pertama kali yang dilakukan adalah memastikan bahwa model telah sesuai dengan data atau model telah fit. Kemudian apabila model telah fit maka pengujian hipotesis dapat dilakukan. Sebelum dilakukan perhitungan selanjutnya terlebih dahulu dilakukan pengujian untuk memastikan bahwa model *structural* yang dibangun sudah bisa digunakan.

Setelah diketahui besarnya nilai koefisien dari masing-masing variabel tahap selanjutnya adalah menguji hipotesis dengan menggunakan nilai *CR* dan probabilitasnya. Parameter ada tidaknya pengaruh secara parsial dapat diketahui berdasarkan nilai *CR* (*Critical Ratio*). Untuk menentukan ada tidaknya pengaruh variabel eksogen terhadap variabel endogen dan variabel endogen terhadap variabel endogen. (1) Hipotesis 1: Instrumen implementasi kebijakan berpengaruh signifikan terhadap kebijakan publik. Hasil estimasi parameter variabel Instrumen Implementasi Kebijakan terhadap Kebijakan Publik berdasarkan indikator-indikatornya menunjukkan hasil yang signifikan dengan nilai *CR* 2,946. Nilai ini lebih besar dari 1,96. Disamping itu diperoleh taraf signifikansi 0,003 ($P \leq 0,05$). Sehingga hipotesis pertama Instrumen Implementasi Kebijakan berpengaruh signifikan terhadap Kebijakan Publik dapat diterima. (2) Hipotesis 2: Keterlibatan aktor berpengaruh signifikan terhadap kebijakan public. Hasil estimasi parameter variabel Keterlibatan Aktor berpengaruh signifikan terhadap Kebijakan Publik berdasarkan indikator-indikatornya menunjukkan hasil yang juga signifikan dengan nilai *CR* 4,085 nilai ini lebih besar dari 1,96. Disamping itu diperoleh taraf signifikansi 0,000 ($p \leq 0,05$). Sehingga hipotesis kedua Keterlibatan Aktor berpengaruh signifikan terhadap Kebijakan Publik juga dapat diterima. (3) Hipotesis 3: Implementasi Kebijakan berpengaruh signifikan terhadap revitalisasi puskesmas. Hasil estimasi parameter variabel Implementasi Kebijakan terhadap Revitalisasi Puskesmas berdasarkan indikator-indikatornya juga menunjukkan hasil yang signifikan dengan *CR* 2,059. Nilai ini lebih besar dari 1,96. Disamping itu diperoleh taraf signifikansi 0,039 ($p \leq 0,005$). Sehingga hipotesis ketiga Implementasi Kebijakan berpengaruh signifikan terhadap Revitalisasi Puskesmas juga dapat diterima. (4) Hipotesis 4: kebijakan publik berpengaruh signifikan terhadap revitalisasi puskesmas. Hasil estimasi parameter variabel Kebijakan Publik terhadap Revitalisasi Puskesmas

berdasarkan indikator-indikatornya juga menunjukkan hasil yang signifikan dengan CR 3,803. Nilai ini lebih besar dari 1,96. Disamping itu diperoleh taraf signifikansi 0,000 ($p \leq 0,005$). Sehingga hipotesis keempat Kebijakan Publik berpengaruh signifikan terhadap Revitalisasi Puskesmas juga dapat diterima. (5) Hipotesis 5: Kompetensi pejabat berpengaruh signifikan terhadap revitalisasi puskesmas. Hasil estimasi parameter variabel Kompetensi Pejabat terhadap Revitalisasi Puskesmas berdasarkan indikator-indikatornya juga menunjukkan hasil yang signifikan dengan CR 4,975. Nilai ini lebih besar dari 1,96. Disamping itu diperoleh taraf signifikansi 0,000 ($p \leq 0,005$). Sehingga hipotesis keenam Kompetensi Pejabat berpengaruh signifikan terhadap Revitalisasi Puskesmas juga dapat diterima.

Kontribusi variabel instrumen implementasi kebijakan dan variabel keterlibatan aktor terhadap variabel kebijakan publik (Y_1), hasil analisisnya dapat dijelaskan sebagai berikut: (a) Kebijakan publik = 0,33 instrumen kebijakan publik + error; (b) Kebijakan publik = 0,58 keterlibatan aktor + error; (c) Kebijakan publik = 0,33 instrumen kebijakan publik + 0,58 keterlibatan aktor + error. Dari persamaan tersebut di atas diperoleh informasi bahwa variabel kebijakan publik (Y_1) kontribusi terbesar atau pengaruh terbesar secara berurutan diberikan oleh: (1) Keterlibatan aktor (X_2) sebesar 0,58; (2) Instrumen kebijakan publik (X_1) sebesar 0,33

Sehingga secara matematis variabel yang berpengaruh terhadap pendapatan rumah tangga (Y_3) dapat dijelaskan sebagai berikut: (1) Koefisien X_2 , sebesar 0,58 bermakna bahwa variabel keterlibatan aktor mampu menjelaskan kontribusinya terhadap variabel kebijakan publik (Y_1) sebesar $(0,58)^2 = 33,60\%$; dan; (2) Koefisien X_1 sebesar 0,33 bermakna bahwa instrumen implementasi kebijakan mampu menjelaskan kontribusinya terhadap variabel kebijakan publik (Y_1) sebesar $(0,33)^2 = 10,89\%$.

Dengan demikian total kontribusi variabel yang terlihat terhadap variabel kebijakan publik (Y_1) sebesar 44,49%. Ini berarti bahwa masih terdapat 55,51% variabel lain yang belum mampu dijelaskan oleh variabel yang terlibat dalam membentuk variabel kebijakan publik (Y_1). Kontribusi variabel implementasi kebijakan, variabel pengawasan, variabel kompetensi pejabat dan variabel kebijakan publik terhadap variabel revitalisasi puskesmas (Y_2), hasil analisisnya dapat dijelaskan sebagai berikut: (a) Revitalisasi puskesmas = 0,29 implementasi kebijakan + error; (b) Revitalisasi puskesmas = 0,26 pengawasan + error; (c) Revitalisasi puskesmas = 0,48 kompetensi pejabat + error; (d) Revitalisasi puskesmas = 0,43 kebijakan publik + error; (e) Revitalisasi puskesmas = 0,29 implementasi kebijakan + 0,26 pengawasan + 0,48 kompetensi pejabat + 0,43 kebijakan publik

Dari persamaan tersebut di atas diperoleh informasi bahwa variabel revitalisasi puskesmas (Y_2) kontribusi terbesar atau pengaruh terbesar secara berurutan diberikan oleh: (1) Kompetensi pejabat (X_5) sebesar 0,48; (2) Kebijakan publik (Y_1) sebesar 0,43; (3) Implementasi kebijakan (X_3) sebesar 0,29; (4) Pengawasan (X_4) sebesar 0,26

Sehingga secara matematis variabel yang berpengaruh terhadap revitalisasi puskesmas (Y_2) dapat dijelaskan sebagai berikut: (1) Koefisien X_5 sebesar 0,48 bermakna bahwa variabel kompetensi pejabat mampu menjelaskan kontribusinya terhadap variabel revitalisasi (Y_2) sebesar $(0,48)^2 = 23,04\%$; (2) Koefisien Y_1 sebesar 0,43 bermakna bahwa variabel kebijakan publik mampu menjelaskan kontribusinya terhadap variabel revitalisasi (Y_2) sebesar $(0,43)^2 = 18,49\%$; (3) Koefisien X_3 sebesar 0,29 bermakna bahwa variabel implementasi kebijakan mampu menjelaskan kontribusinya terhadap variabel revitalisasi (Y_2) sebesar $(0,29)^2 = 8,41\%$; dan; (4) Koefisien X_4 sebesar 0,26 bermakna bahwa variabel pengawasan mampu menjelaskan kontribusinya terhadap variabel revitalisasi (Y_2) sebesar $(0,26)^2 = 6,76\%$. Dengan demikian total kontribusi variabel yang terlibat terhadap variabel revitalisasi puskesmas (Y_2) sebesar 56,70%. Ini berarti bahwa masih terdapat 43,30% variabel yang belum mampu dijelaskan oleh variabel yang terlibat dalam bentuk variabel revitalisasi puskesmas.

Pembahasan

Penguji hipotesis dilakukan melalui uji signifikansi. Pembahasan hasil uji signifikansi memberikan informasi tentang tingkat keeratan hubungan kausalitas antara variabel latent/ variabel bentukan terhadap variabel latent/variabel bentukan lainnya. Tingkat keeratan hubungan kausalitas tersebut dapat dinyatakan melalui dua cara. Pertama, dengan membandingkan CR hitung/t hitung dengan t tabel. Jika CR hitung lebih besar dari t tabel ($> 1,96$) maka ada pengaruh variabel eksogen terhadap variabel endogen atau variabel endogen terhadap variabel endogen lainnya. Dengan demikian ada alasan yang kuat untuk menerima hipotesis 1 (H_1) dan menolak hipotesis 0 (H_0). Sebaliknya jika CR dihitng/t hitung lebih kecil dari 1,96 ($< 1,96$) maka tidak ada pengaruh variabel eksogen terhadap variabel endogen atau variabel endogen terhadap variabel endogen lainnya. Dengan demikian ada alasan yang kuat untuk menolak hipotesis 1 (H_1) dan menerima hipotesis 0 (H_0).

Kedua, dengan membandingkan besar kecilnya nilai P (P-Value). Jika P sama dengan atau lebih kecil dari 0,05 ($\leq 0,05$), ini berarti hubungan kualitas antara variabel latent terhadap variabel latent lainnya signifikan. Dengan demikian ada alasan yang kuat untuk menerima hipotesis 1 (H_1) dan menolak hipotesis 0 (H_0). Sebaliknya jika nilai P lebih besar dari 0,05 ($\geq 0,05$), ini berarti hubungan kausalitas antara variabel latent terhadap variabel latent lainnya tidak signifikan. Dengan demikian ada alasan yang kuat untuk menolak hipotesis 1 (H_1) dan menerima hipotesis 0 (H_0).

Sedangkan untuk menetapkan apakah hubungan kausalitas tersebut bersifat positif atau negatif, dapat dinyatakan berdasarkan positif atau negatifnya bobot nilai standardized estimate-nya. Jika bobot nilai estimate negatif, ini berarti hubungan kausalitas signifikan, tetapi signifikan negatif, begitu juga sebaliknya. Jika bobot nilai estimate positif, ini hubungan

kausalitas bersifat positif. Berikut rangkuman hasil pengujian hipotesis: (1) ada pengaruh instrumen implementasi kebijakan (X1) terhadap kebijakan publik (Y1) dengan *standardized estimate* 0,330 bahwa CR 2,946 dan P-Value 0,003 bahwa hasil uji hipotesis diterima; (2) ada pengaruh keterlibatan aktor (X2) terhadap kebijakan publik (Y1) dengan *standardized estimate* 0,577 bahwa CR 4,085 dan P-Value 0,000 bahwa hasil uji hipotesis diterima; (3) ada pengaruh implementasi kebijakan (X3) terhadap Revitalisasi puskesmas (Y2) dengan *standardized estimate* 0,285 bahwa CR 2,059 dan P-Value 0,039 bahwa hasil uji hipotesis diterima; (4) ada pengaruh kebijakan Publik (Y1) terhadap revitalisasi puskesmas (Y2) dengan *standardized estimate* 0,433 bahwa CR 3,803 dan P-Value 0,000 bahwa hasil uji hipotesis diterima; (5) ada pengaruh pengawasan implementasi kebijakan (X4) terhadap revitalisasi puskesmas (Y2) dengan *standardized estimate* 0,255 dengan CR 2,710 dan P-Value 0,007 bahwa hasil uji hipotesis diterima; (6) ada pengaruh ketepatan kompetensi pejabat dengan jabatannya (X5) terhadap revitalisasi puskesmas (Y2) dengan *standardized estimate* 0,483 dengan CR 4,975 dan P-Value 0,000 bahwa hasil uji hipotesis diterima.

Ada pengaruh instrumen implementasi kebijakan (X1) terhadap kebijakan publik (Y1) bahwa Dari hasil pengolahan data diperoleh informasi bahwa instrumen implementasi kebijakan berpengaruh secara positif signifikan terhadap kebijakan publik. Adapun pengaruh positif signifikan instrumen implementasi kebijakan terhadap kebijakan publik dinyatakan oleh bobot P sebesar 0,003 dan bobot nilai *estimate*-nya positif. Dengan mengamati hasil pengolahan data tersebut dapat dinyatakan bahwa instrumen implementasi kebijakan berpengaruh secara positif signifikan terhadap kebijakan publik. Dengan demikian instrumen implementasi kebijakan yang dalam penelitian ini dijelaskan oleh: regulasi yang diterbitkan oleh WHO dan yang diterbitkan oleh pemerintah, berupa: Permenkes Nomor 439 tahun 2009; Kepmenkes Nomor 128 tahun 2004; Kepmenkes Nomor 585 tahun 2007; Permenkes Nomor 1097 tahun 2011; dan Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009, berpengaruh secara positif signifikan terhadap kebijakan publik. Temuan penelitian ini dapat dimaknai bahwa semakin tersedia instrumen implementasi kebijakan publik, dan instrumen tersebut semakin sesuai. Atau cocok dengan yang dibutuhkan dalam pengelolaan puskesmas, maka semakin bagus pula kebijakan dalam pengelolaan puskesmas.

Ada pengaruh keterlibatan aktor (X2) terhadap kebijakan publik (Y1) bahwa Dari hasil pengolahan data di peroleh informasi bahwa keterlibatan aktor berpengaruh secara positif signifikan terhadap kebijakan publik. Adapun pengaruh positif signifikan keterlibatan aktor terhadap kebijakan publik dinyatakan oleh bobot nilai P sebesar 0,000 dan bobot nilai *estimate*-nya positif. Dengan mengamati hasil pengolahan data tersebut dapat dinyatakan bahwa keterlibatan aktor berpengaruh secara positif signifikan terhadap kebijakan publik. Dengan demikian aktor dalam penelitian ini dijelaskan oleh: keterlibatan dan peran aktor dari

unsur pemerintah (kepala dinas kesehatan dan staf; kepala puskesmas dan staf) dan unsur dari non pemerintah (tokoh agama, tokoh masyarakat, LSM()), berpengaruh positif signifikan terhadap kebijakan publik. Temuan ini bisa dimaknai bahwa semakin tinggi keterlibatan dan peran kepala dinas kesehatan dan stafnya, kepala puskesmas dan stafnya, tokoh agama, tokoh masyarakat, dan LSM maka semakin bagus pula kebijakan publik tentang pengelolaan puskesmas. Temuan penelitian ini menyatakan bahwa semakin tinggi peran atau keterlibatan aktor dari unsur pemerintah dalam penyusunan kebijakan publik yang terkait dengan pengelolaan puskesmas, maka semakin bagus pula kebijakan tersebut.

Ada pengaruh implementasi kebijakan (X3) terhadap revitalisasi puskesmas (Y2) bahwa Temuan penelitian ini menyatakan bahwa dari 5 (lima) indikator variabel faktor pendukung, yaitu kepala dinas kesehatan, kepala puskesmas, tokoh agama, tokoh masyarakat, dan LSM.; hanya tokoh agama dan tokoh LSM saja yang tingkat dukungannya masih tergolong rendah. Seangkan dukungan dari unsur pemerintah yaitu kepala dinas dan kepala puskesmas serta dukungan dari unsur non pemerintah yaitu tokoh masyarakat tergolong tinggi. Temuan penelitian ini menyatakan bahwa dari 5 (lima) indikator variabel faktor penghambat, yaitu kepala dinas kesehatan, kepala puskesmas, tokoh agama, tokoh masyarakat, dan LSM; seluruhnya tingkat penghambatnya masih tergolong rendah.

Dukungan dari tokoh agama, tokoh masyarakat, dan LSM terhadap implementasi kebijakan publik yang terkait dengan revitalisasi puskesmas, tidak terlepas dari posisi atau peran mereka sebagai individu maupun sebagai kelompok swasta. Dengan demikian penemuan penelitian yang menyatakan bahwa semakin tinggi dukungan dan semakin rendah penghambat dari tokoh agama, tokoh masyarakat, dan LSM maka semakin bagus pula implementasi kebijakan publik tentang revitalisasi puskesmas, sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Van Meter dan Van Horn (1975).

Ada pengaruh kebijakan publik (Y1) terhadap revitalisasi puskesmas (Y2) bahwa temuan penelitian ini menyatakan bahwa dari 3 (tiga) indikator variabel kebijakan publik yaitu, program (kesesuaian program dengan kebutuhan masyarakat/ revitalisasi puskesmas), kontruksi (kesesuaian susunan/isi kebijakan dengan semangat revitalisasi), dan sosialisasi (pelaksanaan sosialisasi kebijakan), sebagian besar responden menyatakan setuju dan sangat setuju. Ini artinya bahwa program di dalam kebijakan publik yang terkait dengan revitalisasi puskesmas sudah relevan, kontruksi atau susunan/ isi kebijakan publik sudah sesuai dengan semangat revitalisasi puskesmas, dan sosialisasi tentang kebijakn publik sudah dilaksanakan secara memadai. Dengan demikian temuan penelitian yang menyatakan bahwa semakin relevan program maupun kontruksi kebijakn publik dengan kebutuhan masyarakat/ revitalisasi puskesmas, dan semakin bagus atau semakin memadai pelaksanaan sosialisasi kebijakan publik, maka semakin bagus pula pelaksanaan revitalisasi puskesmas.

Dalam pembahasan hasil uji kontribusi salah satunya ialah kebijakan publik bahwa dari hasil kontribusi diperoleh informasi bahwa variabel keterlibatan aktor memiliki nilai koefisien yang lebih besar dibanding nilai koefisien yang dimiliki oleh variabel instrumen kebijakan. Nilai koefisien variabel keterlibatan aktor sebesar 33,60%, sedangkan nilai koefisien variabel instrumen implementasi kebijakan sebesar 10,89% dari nilai koefisien secara keseluruhan sebesar 44,49%. Ini berarti bahwa variabel keterlibatan aktor memberi kontribusi lebih besar atau berpengaruh lebih besar terhadap variabel kebijakan publik dibanding variabel instrumen implementasi kebijakan. Dengan demikian jika menginginkan terciptanya sebuah kebijakan publik yang bagus, maka peran dan keterlibatan aktor lebih menentukan dibandingkan dengan instrumen implementasi kebijakan. Ini artinya, bahwa jika menginginkan proses kebijakan publik tentang revitalisasi puskesmas berjalan dengan baik, maka peran dan keterlibatan para aktor yaitu kepala dinas kesehatan dan staf, kepala dinas dan stafnya, tokoh agama, tokoh masyarakat, dan LSM dioptimalkan.

Penutup

Kesimpulan

Sesuai dengan *problem statement*, *research problem*, dan *research question*, hipotesis penelitian, hasil analisis data, dan pembahasan yang telah dilakukan pada bab-bab sebelumnya, maka penelitian ini dapat ditarik beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Dengan tersedianya instrumen implementasi kebijakan publik, dan instrumentasi tersebut sesuai atau cocok dengan yang dibutuhkan dalam pengelolaan puskesmas, maka bagus pula kebijakan dalam pengelolaan puskesmas.
2. Dengan tingginya keterlibatan dan peran aktor dalam kebijakan publik, yaitu kepala dinas kesehatan dan stafnya, kepala puskesmas dan stafnya, tokoh agama, tokoh masyarakat, maupun LSM, maka bagus pula kebijakan publik tentang pengelolaan puskesmas.
3. Dengan tingginya dukungan dan dengan rendahnya penghambat dari kepala dinas kesehatan, kepala puskesmas, tokoh agama, tokoh masyarakat, dan LSM, maka bagus pula implementasi kebijakan publik tentang revitalisasi puskesmas.
4. Semakin sesuai program dengan kebutuhan masyarakat yaitu berupa revitalisasi puskesmas, semakin sesuai konstruksi kebijakan dengan semangat revitalisasi, dan semakin bagus atau semakin memadahi pelaksanaan sosialisasi kebijakan publik yang terkait dengan revitalisasi puskesmas, maka revitalisasi puskesmas semakin bagus dan semakin cepat terrealisasi.
5. Dengan dilakukannya penempatan pejabat yang tepat dengan kompetensinya, maka revitalisasi puskesmas semakin bagus dan semakin cepat terrealisasi.

6. Variabel keterlibatan aktor memberi kontribusi lebih besar atau berpengaruh lebih besar terhadap variabel kebijakan publik dibanding dengan variabel instrumen implementasi kebijakan.
7. Variabel kompetensi pejabat memberi kontribusi lebih besar atau berpengaruh lebih besar terhadap variabel revitalisasi puskesmas dibanding variabel kebijakan publik, implementasi kebijakan, maupun variabel pengawasan.

Saran

Saran bagi Pemangku Kepentingan

1. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa variabel keterlibatan aktor memberi kontribusi paling besar terhadap variabel kebijakan publik dibanding variabel instrumen implementasi kebijakan, maka dalam proses revitalisasi puskesmas hendaknya keterlibatan aktor yang dalam hal ini adalah kepala dinas kesehatan, kepala puskesmas, tokoh agama, tokoh masyarakat, dan LSM lebih dikedepankan.
2. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa variabel kompetensi pejabat memberi kontribusi paling besar terhadap variabel revitalisasi puskesmas dibanding dengan variabel implementasi kebijakan, kebijakan publik, dan pengawasan, maka dalam melakukan revitalisasi puskesmas hendaknya komponen kompetensi pejabat atau sumber daya manusia (SDM) menjadi perhatian utama.
3. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebesar 63,77% responden menyatakan setuju unsur pimpinan di puskesmas dijabat oleh pihak yang berkompetensi struktural atau berkompetensi di bidang manajemen, maka dalam rangka revitalisasi puskesmas hendaknya menempatkan pihak yang berkompetensi struktural atau yang berkompetensi di bidang manajemen dalam posisi pimpinan di puskesmas.

Saran bagi Peneliti yang akan Datang

1. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa total kontribusi variabel yang terlibat dalam membentuk variabel kebijakan publik sebesar 44,49%. Ini berarti masih terdapat 55,51% variabel lain yang belum mampu dijelaskan oleh variabel yang terlibat dalam membentuk variabel kebijakan publik, maka disarankan dilakukan penelitian lanjutan untuk menemukan variabel-variabel lain di luar model ini yang pengaruhnya sangat besar terhadap kebijakan publik. Variabel tersebut misalnya kepentingan yang mempengaruhi, tipe manfaat atau dampak kebijakan publik, dan strategi atau pendekatan implementasi.
2. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa total kontribusi variabel yang terlibat dalam membentuk variabel revitalisasi puskesmas sebesar 56,70%. Ini berarti masih terdapat

43,30% variabel lain yang belum mampu dijelaskan oleh variabel yang terlibat dalam membentuk variabel revitalisasi puskesmas, maka disarankan dilakukan penelitian lanjutan untuk menemukan variabel-variabel lain di luar model ini yang pengaruhnya sangat besar terhadap revitalisasi puskesmas. Variabel tersebut misalnya pengerahan SDM, dan pengembangan jejaring dan manfaat.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustiono, L. 2008. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung, CV Alfabeta.
- BKN RI (Badan Kepegawaian Negara Republik Indonesia), 2001, Keputusan Kepala Badan Kepegawaian Negara Nomor 43/KEP/2001 tentang *Standar Kompetensi Jabatan Struktural Pegawai Negeri Sipil*. Jakarta, BAKN RI.
- Bappenas, FKM UI, *Kajian Nasional Health Account Indonesia 2001-2007*, Jakarta, 2008.
- Bungin, Burhan. 2007. *Penelitian Kualitatif : Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan Publik, dan Ilmu Sosial Lainnya*. Jakarta : Kencana Prenada Media Group.
- DEPDIKNAS RI (Departemen Pendidikan Nasional Republik Indonesia). 2003, *Pedoman Penyusunan Standar Kompetensi Jabatan Pegawai Negeri Sipil*, Jakarta, Depdiknas RI.
- Departemen Kesehatan RI. 2004. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. Sekretaris Jenderal. 2002. *Paradigma Sehat Menuju Indonesia Sehat 2010*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 1999. *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2003. *Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat* (Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1202/Menkes/SK/VIII/2003). Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2003. *Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan* (Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1457/Menkes/SK/X/2003). Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2004. *Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota* (Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1091/Menkes/SK/X/2004). Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2000. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang *Kebijakan Dasar Puskesmas*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2001. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, *Informasi Singkat Penyelenggaraan Puskesmas di Era Desentralisasi*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI Pusat Pendidikan dan Latihan Pegawai. 1989. *Pedoman Perencanaan Tingkat Puskesmas (Microplanning)*. Jakarta.

- Departemen Kesehatan RI. 1998. *Pedoman Lokakarya Mini Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta.
- Edwards, Edgar O. 1974. *Employment in Developing Nation*. Report on a Ford Foundation Study. New York and London : Colombia University Press.
- Ferdinan, Augusty. 2006. *Structural Equation Modelling Dalam Penelitian Manajemen : Aplikasi Model-model Rumit Dalam Penelitian Untuk Tesis Magister dan Disertasi Doktor*. Semarang : Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Grindle, Merilee S dan Thomas, John W. 1991. *Public Choices and Policy Change : The Political Economy of Reform in Developing Countries*. The John Hopkins University Press, Baltimore, USA.
- Hair, F.J. et al. 1995. *Multivariate data analysis* (Fifth edition). New Jersey Prentice-Hall.
- Howlett, Michael dan Ramesh, M. 1995. *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystem*. Oxford University Pres, New York.
- Kepmenkes Nomor 128 Tahun 2004 Tentang Kebijakan Dasar Puskesmas.
- Kepmenkes Nomor 585 Tahun 2007 Tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi.
- Lester, James P. dan Joseph Stewart, Jr. 2000. *Public Policy: An Evolutionary Approach*. Second Edition. Wadsworth. Australia.
- Mashuri, 2007, *Penetrasi Politik Dalam Rekrutmen Elit Birokrasi Studi kasus penataan jabatan Struktural di Kabupaten Kendal*, Tesis, Universitas Diponegoro. Semarang.
- MENKES RI (Menteri Kesehatan Republik Indonesia), 2009, Peraturan menteri kesehatan republik Indonesia Nomor 971/MENKES/PER/XI/2009 Tentang *Standar kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan*. Jakarta Menkes RI.
- Mazmanian, Daniel A. and Sabatier, Paul A, 1987. *Implementation and Public Policy*, Scott Foresman and Company. Al Davis, University of California.
- Nugroho Riyant. 2008, *Public Policy: Teori Kebijakan-Analisis Kebijakan-Proses Kebijakan-Perumusan, Implementasi, Evaluasi, Revisi Risk Management dalam Kebijakan Publik Kebijakan Sebagai The Fifth Estate-Metode Penelitian Kebijakan*. Gramedia Jakarta.
- Permenkes Nomor 439 Tahun 2009. Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/MENKES/PER/IX/2005. Tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan.
- Sabatier, PA., and Mazmanian, D. 1979, *The Conditions of Effective Implementation "dalam Policy Analysis*. 5, 481-504.
- Scandura, Terri A Ethlyn A, William. 2000. *Research Methodology in Management : Current Prctices, Trends, and Implication for Future Research*, *The Academy of Management Journal*, Vol. 43 No. 6. September 2000.

Subarsono, 2011, *Analisis Kebijakan Publik : Konsep, Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.

Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 Tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintahan Pusat dan Pemerintahan Daerah.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

William, Neil, 1998, *The Changing Face of Whitehall: Open Government, Policy Development and the Quest For Efficiency*.