RESPONSIVITAS PELAYANAN KESEHATAN MELALUI PENYELENGGARAAN PENYEDIAAN SARANA SANITASI DALAM MENINGKATKAN DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT

(Studi Pada Puskesmas Dinoyo Kecamatan Lowokwaru Kota Malang)

SKRIPSI

Diajukan Untuk Menempuh Gelar Sarjana
pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya

DIANA MASITA
NIM. 0510310034

DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
JURUSAN ADMINISTRASI PUBLIK
KONSENTRASI PEMERINTAHAN DAERAH
MALANG
2009

MOTTO

Sesungguhnya sembahyangku, ibadatku,
hidupku, dan matiku hanyalah untuk Allah,
Tuhan semesta alam
(Qs.Al-An'am 6:162)

TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI

Judul	:	**RESPONSIVITAS PELAYANAN KESEHATAN MELALUI PENYELENGGARAAN PENYEDIAAN SARANA SANITASI DALAM MENINGKATKAN DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT** (Studi pada Puskesmas Dinoyo Kecamatan Lowokwaru Kota Malang)
Disusun oleh	:	Diana Masita
NIM	:	0510310034
Fakultas	:	Ilmu Administrasi
Jurusan	:	Ilmu Administrasi Publik
Konsentrasi	:	Pemerintahan Daerah

Malang, Januari 2009

Komisi Pembimbing;

Ketua	Anggota
Dr. Sarwono, M.S	Dr. Siti Rochmah, M.Si
NIP: 131 410 386	NIP: 131 573 959

TANDA PENGESAHAN

Telah dipertahankan di depan majelis penguji skripsi, Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya, pada:

Hari	: Selasa
Tanggal	: 10 Februari 2009
Jam	: 09:00 WIB
Skripsi atas nama	: Diana Masita
Judul	: Responsivitas Pelayanan Kesehatan Melalui Penyelenggaraan Penyediaan Sarana Sanitasi dalam Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat (Studi pada Puskesmas Dinoyo Kecamatan Lowokwaru Kota Malang)

Dan dinyatakan **LULUS**

MAJELIS PENGUJI

Ketua	Anggota
Dr. Sarwono, M.S	Dr. Siti Rochmah, M.Si
NIP: 131 410 386	NIP: 131 573 959
Anggota	Anggota
Prof. Dr. Sumartono, M.S	Drs. Abdullah Said, M.Si
NIP. 131 131 092	NIP. 131 475 901

PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam naskah skripsi ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh pihak lain untuk mendapatkan karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebut dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam naskah skripsi ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur jiplakan, saya bersedia skripsi ini digugurkan dan gelar sarjana yang telah saya peroleh (S-1) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (UU No. 20 Tahun 2003, Pasal 25 ayat 2 dan pasal 70)

Malang, Februari 2009

DIANA MASITA
NIM. 0510310034

repository.ub.ac

RINGKASAN

Diana Masita, 2005, **Responsivitas Pelayanan Kesehatan Melalui Penyelenggaraan Penyediaan Sarana Sanitasi Dalam Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat** (Studi pada Puskesmas Dinoyo Kecamatan Lowokwaru Kota Malang), Dr. Sarwono, M.S, Dr. Siti Rochmah, M.Si. 94 hal + x

Desentralisasi yang terjadi di Indonesia menuntut adanya perubahan yang mendasar pada pemerintahan daerah menjadi pemerintah yang baik (*good governance*). Salah satu prinsip *good governance* adalah responsivitas. Responsivitas sebuah instansi seperti puskesmas terhadap penyediaan pelayanan sanitasi merupakan hal yang sangat penting, mengingat puskesmas adalah pusat pemberdayaan masyarakat dan keluarga dalam pembangunan kesehatan dan sebagai garda terdepan bagi masyarakat miskin. Sebuah penanganan yang cepat dan tepat menjadi kunci pelayanan yang berkualitas. Permasalahan yang akan diteliti dalam penelitian ini adalah bagaimanakah responsivitas penyediaan pelayanan sanitasi yang diberikan Puskesmas Dinoyo kepada masyarakat serta bagaimanakah upaya yang dilakukan Puskesmas Dinoyo dalam peningkatan responsivitas penyediaan pelayanan sanitasi kepada masyarakat.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif dengan jenis penelitian deskriptif. Adapun fokus dalam penelitian ini adalah Responsivitas dapat dilihat dari indikator responsivitas dan Prinsip-prinsip responsivitas. Indikator responsivitas terdiri dari: Terdapat tidaknya keluhan dan pengguna jasa selama satu tahun terakhir, Sikap aparat birokrasi dalam merespons keluhan dan pengguna jasa. Sedangkan prinsip responsivitas terdiri dari: Prinsip Akses, Prinsip Pilihan, Prinsip Informasi, Prinsip Perbaikan, Prinsip Keterwakilan. Upaya peningkatan responsivitas pelayanan kesehatan Puskesmas Dinoyo bila dilihat dari program-program yang dilaksanakan yang meliputi: Program Preventif (upaya pencegahan penyakit) dan Program Promotif (peningkatan kesehatan). Penelitian ini mengambil lokasi di Puskesmas Dinoyo Kecamtan Lowokwaru Kota Malang dengan situs penelitian Kantor Kepala Puskesmas, Kantor Bagian Klinik Sanitasi di Puskesmas Dinoyo Kecamatan Lowokwaru Kota Malang.

Dari penelitian tersebut dapat diketahui bahwa Puskesmas Dinoyo sudah tanggap terhadap kesehatan masyarakat khususnya tentang masalah sanitasi. Hal ini dapat dilihat dari indikator-indikator responsivitas dan prinsip-prinsip responsivitas. Dari indikator responsivitas, selama ini tidak ada keluhan dari masyarakat/pengguna jasa. Sedangkan dari prinsip-prinsip responsivitas sudah tanggap, misalnya akses sarana sanitasi sudah tersedia di setiap kelurahan, selalu melakukan perbaikan-perbaikan yang berkelanjutan, melakukan perwakilan dalam pengambilan keputusan, informasi tentang pentingnya kesehatan sudah dipublikasikan kepada masyarakat meskipun masih ada masyarakat yang belum menyadari akan pentingnya suatu kesehatan bagi kehidupan, masyarakat diberikan pilihan tentang model sarana sanitasi yang sesuai dengan kondisi masyarakat.

Selain dari indikator dan prinsip responsivitas, Puskesmas Dinoyo juga melakukan program-program seperti Program Preventif (upaya pencegahan penyakit) dan Program Promotif (peningkatan kesehatan). Program Preventif (upaya pencegahan penyakit) terdiri dari pengamanan kualitas air bersih,

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

penyehatan rumah sehat dan SPAL (Sarana Pembuangan Air Limbah), Pengamanan Sampah, pengamanan limbah domestik. Sedangkan Program promotif (Upaya Peningkatan Kesehatan) terdiri dari Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), Penyuluhan kesehatan. Program-program yang dilaksanakan oleh Puskesmas Dinoyo tersebut diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat menuju Indonesia Sehat 2010, membuat masyarakat bisa mandiri dalam berperilaku sehat sehingga tidak bergantung lagi kepada pemerintah yang sesuai dengan visi Puskesmas Dinoyo yaitu “Masyarakat Mandiri Untuk Hidup Sehat”, angka kesakitan dan angka kematian menjadi berkurang, menciptakan lingkungan yang sehat dan nyaman bebas dari pencemaran.

ABSTRACT

Diana Masita, 2005, The Responsiveness of health care service in supplying sanitation facilities to develop the health level of society (Study to Puskesmas Dinoyo Lowokwaru Distict Malang City), Dr. Sarwono, M.S, Dr. Siti Rochmah, M.Si. 96 hal + x

Decentralization in Indonesia requires basic changes especially in local government to gain the *good governance* level. One of the good governance principles is responsiveness. Responsiveness in an institution like Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat or Society Health center) in supplying sanitation service is very important because Puskesmas is a center of family and society empowerment in health developing beside as the front line for pre-prosperity people. The key of high quality service is to handle quickly and rightly. The problem in this research is how the responsiveness of sanitation service given by Puskesmas Dinoyo to the people and what are efforts conducted by Puskesmas Dinoyo in developing responsiveness of sanitation service to the people.

In this descriptive research, qualitative method is used. This research is focused on responsiveness viewed from the indicators and principles of responsiveness. Those indicators are: first, whether there are service consumers and complaints for the last one year and second, officers' attitude in responding service consumers and their complaints. Meanwhile, the principles of responsiveness consist of: principle of access, choice, information, improvement, and representative. The efforts to improve the responsiveness of health service in Puskesmas Dinoyo viewed from the conducted programs include preventive program (to prevent diseases) and promotion program (to promote or improve health). This research takes place in Puskesmas Dinoyo, Kecamatan Lowokwaru, Kota Malang with the research's site is Puskesmas Head Office, and Office of Sanitation Clinic in Puskesmas Dinoyo.

From the research, it is found that Puskesmas Dinoyo has been already responsive. For examples, the access to sanitation facilities is available in every village, improvement is conducted continuously, there are representatives in making decision, information about the important of health care has been publicized to the society although some people are still don't realize it, the people are also given choices about the model of sanitation facilities based to people's condition.Besides indicators and principles of responsiveness, Puskesmas Dinoyo also conducts programs such as preventive and promotion program as mentioned above. Preventive program consists of water quality protection, health house and SPAL (Sarana Pembuangan Air Limbah / water waste facility), trash waste protection, and domestic rubbish protection. Meanwhile, promotion program includes healthy and clean life attitude (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat / PHBS) and health instruction. Then, it is hoped, programs that are conducted by Puskesmas Dinoyo can improve the health level of society to reach Healthy Indonesia 2010 (Indonesia Sehat 2010), encourage people to behave healthily so they can stand by themselves and not depend on the government anymore, in the line with the visions of Puskesmas Dinoyo, "Freedom Society to Live Healthily", the number of suffering and mortality decrease, and create a healthy and comfortable life and free of pollution.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah S.W.T yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis pada akhirnya dapat menyelesaikan proposal penelitian skripsi ini dengan kendala yang tidak begitu berarti. Skripsi ini mengambil judul, "Responsivitas Pelayanan Kesehatan Melalui Penyelenggaraan Penyediaan Sarana Sanitasi Dalam Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat. (Studi Pada Puskesmas Dinoyo Kecamatan Lowokwaru Kota Malang)".

Skripsi ini merupakan tugas akhir yang diajukan untuk memenuhi syarat dalam memperoleh gelar Sarjana Ilmu Administrasi Publik pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Bapak dan Ibu tercinta yang telah membesarkan aku dari kecil sampai dewasa, Cak Soleh dan istrinya Mbak Yuni, Neng Luluk dan Suaminya Cak Usman serta Pras&Dafa yang selalu ngangenin, Adikku "Citu" yang telah memberi dukungan materiil maupun non materiil
2. Bapak Prof. DR. Suhadak, M.Ec selaku Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang.
3. Bapak Prof. Drs. Solichin Abdul Wahab, M.A, PhD selaku Ketua Jurusan Administrasi Publik
4. Bapak Dr. Sarwono, M.S dan Dr. Siti Rochmah, M.Si selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu, perhatian, pengarahan, dan dorongan kepada penulis dalam penyusunan skripsi ini.
5. Ibu Dra. Endang B. Mahadyawati selaku Kasubbag Akademik Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang.
6. Seluruh Bapak dan Ibu Dosen Fakultas Ilmu Administrasi terutama Administrasi Publik.
7. Seluruh pegawai Puskesmas Dinoyo Kecamatan Lowokwaru Kota Malang yang telah banyak membantu penulis dalam memperoleh data yang diperlukan.

8. Teman-teman "*Green House*" Kerto Asri 82B: Mbak Ninis, Mbak Risa, Mbak Icha, Kethut, Uki, Rika, Myta, Arofah, dan Rizka yang memberikan dorongan dan semangat. Aku tidak akan melupakan saat-saat kita bersama dalam suka maupun duka.
9. My Angel yang selalu menjaga dan menemaniku dalam menyelesaikan skripsi dari awal sampai akhir.
10. Mas Makrus yang telah memberi dukungan dan semangat kepadaku
11. Dan, Emi, Septi, teman-teman kelas B is the best, serta teman-teman yang di FIA Brawijaya yang tidak bisa saya sebutkan namanya satu persatu.

Sebagai manusia biasa, penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penulisan skripsi ini. Oleh karena itu, sebagai proses pembelajaran yang terus-menerus berkelanjutan, maka penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun dari semua pihak. Semoga skripsi ini bermanfaat dan dapat memberikan sumbangan yang berarti bagi fihak yang membutuhkan,

Malang, Februari 2009

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

DAFTAR ISI i
DAFTAR TABEL iv
DAFTAR GAMBAR v
DAFTAR BAGAN vi
DAFTAR LAMPIRAN vii

BAB I PENDAHULUAN
A. Latar Belakang 1
B. Perumusan Masalah 9
C. Tujuan Penelitian 10
D. Kontribusi Penelitian 10
E. Sistematika Pembahasan 11

BAB II KAJIAN PUSTAKA
A. Administrasi Pemerintahan Daerah 12
1. Pemerintahan Daerah 12
2. Pengertian Desentralisasi 13
3. Pengertian Otonomi Daerah 14
4. Konsep Desentralisasi dan Otonomi Daerah 15
5. Tujuan Otonomi Daerah 18
6. Konsep Desentralisasi Kesehatan 19
B. Responsivitas 23
1. Pengertian Responsivitas 23
2. Indikator Responsivitas 24
3. Prinsip-prinsip Responsivitas 25
C. Pelayanan Publik dan Pelayanan Kesehatan 28
1. Pelayanan Publik 28
(a) Pengertian Pelayanan Publik 28
(b) Asas-asas Pelayanan Publik 30
(c) Prinsip-prinsip Pelayanan Publik 30
(d) Standar Kualitas Pelayanan Publik 31
2. Pelayanan Kesehatan 32
(a) Pengertian Pelayanan Kesehatan 32
(b) Standar Pelayanan Kesehatan 33
(c) Macam-macam Pelayanan Kesehatan 34
D. Sanitasi 36
1. Pengertian Sanitasi 36
2. Prinsip-prinsip Sanitasi 36
3. Manfaat dan Pentingnya Sanitasi 37
E. Derajat Kesehatan Masyarakat 37
1. Pengertian Kesehatan Masyarakat 37
2. Faktor-faktor Derajat Kesehatan Masyarakat 38
3. Indikator Derajat Kesehatan 39

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian 41
B. Fokus Penelitian 42
C. Lokasi dan Situs Penelitian 43
D. Sumber Data 43
E. Teknik Pengumpulan data 44
F. Instrumen Penelitian 44
G. Analisis Data 45

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil 47
1. Gambaran Umum Puskesmas Dinoyo 47
(a) Sejarah Berdirinya Puskesmas di Indonesia 47
(b) Sejarah Berdirinya Puskesmas Dinoyo 49
(c) Visi, Misi, dan Motto 50
(d) Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo 51
(e) Lingkungan Puskesmas Dinoyo 51
(f) Kependudukan 52
(g) Pelayanan Yang Tersedia 52
(h) Sarana Pelayanan 53
(i) Pegawai di Puskesmas Dinoyo 54
(j) Struktur Organisasi dan tata kerja Puskesmas Dinoyo 54
(k) Prosedur Pelayanan Di Puskesmas Dinoyo 56
2. Responsivitas Pelayanan Kesehatan Terhadap Sanitasi Bila Dilihat Dari Indikator Responsivitas dan Prinsip Responsivitas 59
(a) Indikator Responsivitas 59
a) Terdapat tidaknya keluhan dari pengguna jasa 59
b) Sikap aparat birokrasi dalam merespons keluhan dari pengguna jasa 59
(b) Prinsip Responsivitas 60
a) Prinsip akses 60
b) Prinsip pilihan 63
c) Prinsip informasi 66
d) Prinsip perbaikan 67
e) Prinsip keterwakilan 67
3. Upaya Peningkatan Responsivitas Pelayanan Kesehatan Terhadap Sanitasi dengan Pelaksanaan beberapa program di Puskesmas Dinoyo 68
(a) Program Preventif 68
(b) Program Promotif 77
B. Pembahasan 79
1. Responsivitas Pelayanan Kesehatan Terhadap Sanitasi Bila Dilihat Dari Indikator Responsivitas dan Prinsip Responsivitas 81
(a) Indikator Responsivitas 81
a) Terdapat tidaknya keluhan dari pengguna jasa 81
b) Sikap aparat birokrasi dalam merespons keluhan dari pengguna jasa 81

(b) Prinsip Responsivitas 82
a) Prinsip akses 82
b) Prinsip pilihan 82
c) Prinsip informasi 83
d) Prinsip perbaikan 84
e) Prinsip keterwakilan 86
2. Upaya Peningkatan Responsivitas Pelayanan Kesehatan Terhadap Sanitasi dengan Pelaksanaan beberapa program di Puskesmas Dinoyo 87
(a) Program Preventif 87
(b) Program Promotif 88

BAB V PENUTUP
A. Kesimpulan 89
B. Saran 91

DAFTAR PUSTAKA 93
LAMPIRAN 97

DAFTAR TABEL

Halaman

1. Indikator Derajat Kesehatan 40
2. Jumlah Penduduk Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo Tahun 2007 52
3. Sarana kesehatan 53
4. Jumlah Pegawai Puskesmas Dinoyo Tahun 2008 54
5. Jumlah Akses Sarana Air Bersih Di Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo 60
6. Jumlah Akses Sarana Pembuangan Air Limbah (Drainase, Riol, Got, Sungai, Resapan)Di Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo 61
7. Jumlah Akses Sarana Sampah Di Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo ... 61
8. Jumlah Akses Sarana Limbah Domestik dengan Septick Tank Di Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo 62
9. Pengamanan sarana air bersih 70
10. Penyehatan rumah dan SPAL 73
11. Pengamanan sampah 74
12. Pengamanan limbah domestik 76

DAFTAR GAMBAR

Halaman

1. Model Jamban 63
2. Model Pengolahan Limbah Domestik 64
3. Model Pemipaan Saluran Air Limbah 65
4. Model Pembuangan Limbah Domestik 65

DAFTAR BAGAN

Halaman

1. Sistematika Pembahasan 11
2. Hubungan antara Dep. Dalam Negeri dengan Dep. Kesehatan 22
3. Paradigma Hidup Sehat..... 39
4. Komponen Analisis Data: Model Interaktif..... 46
5. Struktur Organisasi 55
6. Alur Kunjungan Pasien/Klien Klinik Sanitasi Puskesmas Dinoyo 57
7. Alur Penyuluhan Pasien 58

DAFTAR LAMPIRAN

1. Pedoman Wawancara 97
2. Surat Keterangan Penelitian 99

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Negara Indonesia merupakan Negara yang sangat luas yang terdiri dari beribu-ribu pulau besar dan kecil serta penduduknya yang beranekaragam suku, etnis, golongan. Melihat fenomena seperti itu maka pada awal tahun 2001 diterapkannya kebijakan otonomi daerah yang membawa konsekuensi pada banyak hal yang berkaitan dengan tata pemerintahan sekaligus pelayanan terhadap kebutuhan masyarakat. Otonomi daerah dilakukan untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat, pemerataan, keadilan, demokrasi, dan penghormatan terhadap nilai-nilai budaya lokal serta menggali potensi dan keanekaragaman daerah, mendekatkan pelayanan kepada masyarakat, memberikan peluang pemerintah untuk lebih mengetahui persoalan-persoalan di masyarakat.

Hal yang penting dalam otonomi daerah adalah berlakunya asas desentralisasi. Desentralisasi menurut Henry (dalam Nurcholis, 2007, h: 10) adalah penyerahan kekuasaan secara hukum untuk menangani bidang-bidang/fungsi-fungsi tertentu kepada daerah otonom. Daerah otonom, selanjutnya disebut daerah, adalah kesatuan masyarakat hukum yang mempunyai batas-batas wilayah yang berwenang mengatur dan mengurus urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia (UU No. 32 Tahun 2004)

Dalam penyerahan wewenang dari sebagian urusan pusat kepada daerah yang diwujudkannya dengan dikeluarkannya Undang-undang Nomor 32 Tentang Pemerintahan Daerah. Pada pasal 14 disebutkan bahwa yang menjadi urusan wajib pemerintah daerah untuk kabupaten/kota meliputi:

1. perencanaan dan pengendalian pembangunan;
2. perencanaan, pemanfaatan, dan pengawasan tata ruang;
3. penyelenggaraan ketertiban umum dan ketentraman masyarakat;
4. penyediaan sarana dan prasarana umum;
5. penanganan bidang kesehatan;
6. penyelenggaraan pendidikan;
7. penanggulangan masalah sosial;

8. pelayanan bidang ketenagakerjaan;
9. fasilitasi pengembangan koperasi, usaha kecil dan menengah;
10. pengendalian lingkungan hidup;
11. pelayanan pertanahan;
12. pelayanan kependudukan, dan catatan sipil;
13. pelayanan administrasi umum pemerintahan;
14. pelayanan administrasi penanaman modal;
15. penyelenggaraan pelayanan dasar lainnya; dan
16. urusan wajib lainnya yang diamanatkan oleh peraturan perundang-undangan.

Sedangkan Hubungan antara Pemerintah dan pemerintahan daerah dalam bidang pelayanan umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 meliputi:

1. Kewenangan, tanggung jawab, dan penentuan standar pelayanan minimal;
2. Pengalokasian pendanaan pelayanan umum yang menjadi kewenangan daerah; dan
3. Fasilitasi pelaksanaan kerja sama antarpemerintahan daerah dalam penyelenggaraan pelayanan umum

Menurut Smith (dalam Nurcholis, 2007, h: 45) ada keuntungan-keuntungan yang diperoleh dengan diterapkannya desentralisasi, yaitu:

1. Pendidikan politik
2. Pelatihan kepemimpinan politik
3. Stabilitas politik
4. Keadilan politik
5. Akuntabilitas
6. Responsivitas

Dengan adanya kebijakan desentralisasi, hal ini akan membawa implikasi luas, baik yang bersifat positif ataupun negatif. Salah satu hal yang positif adalah daerah sekarang lebih leluasa dalam menetapkan prioritas pembangunan yang lebih sesuai dengan kondisi dan kebutuhan daerah, serta semakin luasnya peran masyarakat dalam proses perencanaan dan implementasi program pembangunan khususnya dalam kebijakan yang berkaitan dengan penyediaan pelayanan sanitasi.

Secara umum tujuan dibentuknya Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana yang tercantum dalam Pembukaan UUD 1945 adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut

melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial. Untuk menciptakan masyarakat yang adil dan makmur dapat diselenggarakan melalui proses tertentu salah satunya adalah penyediaan pelayanan sanitasi.

Pembangunan kesehatan masyarakat adalah bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan tersebut merupakan upaya seluruh potensi bangsa Indonesia, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah, dengan mengembangkan infrastruktur diberbagai wilayah tanah air karena sejalan dengan tanggungjawab pemerintah yaitu "melindungi" masyarakat Indonesia dari gangguan kesehatan dan kesehatan merupakan hak asasi manusia yang juga tercantum dalam UUD 1945.

Kesehatan merupakan modal dasar pembangunan seutuhnya. Tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesehatan masyarakat, namun akibat proses pembangunan itu sendiri dapat menimbulkan penurunan kualitas lingkungan yang pada akhirnya akan menurunkan kualitas kesehatan masyarakat. Pengertian kesehatan masyarakat adalah menyangkut semua segi kehidupan, baik untuk perorangan, keluarga, kelompok manusia, masyarakat luas maupun bangsa.

Pelayanan kesehatan dalam hal penyediaan sanitasi merupakan bagian dari pelayanan publik. Menurut Nurcholis (2007, h: 287) pelayanan publik (*public service*) yaitu pelayanan yang diberikan oleh Negara dan perusahaan milik negara kepada masyarakat untuk memenuhi kebutuhan dasarnya dalam rangka menciptakan kesejahteraan masyarakat.

Jika dilihat dari segi dimensi-dimensi pelayanan dapat dibagi dalam beberapa jenis, apabila pelayanan publik dikaitkan dengan keadilan, maka bisa dibagi ke dalam tiga bentuk dasar, yaitu :

1. Pelayanan yang sama bagi semua. Misalnya pendidikan yang diwajibkan bagi penduduk usia muda.
2. Pelayanan yang sama secara proporsional bagi semua, yaitu distribusi pelayanan yang didasarkan atas suatu ciri tertentu yang berhubungan dengan kebutuhan. Misalnya jumlah polisi yang ditugaskan untuk

berpratoli dalam wilayah tertentu berbeda-beda berdasarkan angka kriminalitas.

3. Pelayanan-pelayanan yang tidak sama bagi individu-individu bersesuaian dengan perbedaan yang relevan. Ada beberapa kriteria mengapa pelayanan itu tidak sama antara lain: satu, pelayanan yang diberikan berdasarkan kemampuan untuk membayar dari penerima pelayanan. Dua, penyediaan pelayanan-pelayanan atas dasar kebutuhan-kebutuhan. (Chitwood dalam Frederickson dalam Suwondo, 2001, h: 29-30)

Supaya suatu pelayanan dapat berjalan sesuai dengan yang diharapkan maka perlu di terapkan prinsip-prinsip pelayanan publik. Prinsip-prinsip pelayanan publik sesuai dengan KepMenPad No. 63/Kep/M.PAN/7/2003 meliputi Kesederhanaan, Kejelasan dan kepastian waktu, Keamanan, Tanggung Jawab, Kelengkapan Sarana dan Prasarana, Kemudahan Akses, Kedisiplinan, Kesopanan dan Keramahan, Kenyamanan.

Isu kesehatan tidak hanya menjadi konsumsi dinegara miskin dan berkembang tetapi juga dinegara maju dan kaya, karena menyangkut produktivitas bangsa baik secara sosial maupun ekonomis, dan berpengaruh pada kemajuan sebuah negara.

Salah satu yang menjadi persoalan dewasa ini adalah persoalan air dan sanitasi. Di Indonesia ternyata masalah sanitasi tidak dianggap penting. Padahal sanitasi merupakan salah satu persoalan di Indonesia. Hal ini ditunjukkan dengan tidak adanya perhatian terhadap sanitasi dalam rencana kerja pemerintah. Dari 100.000 kematian anak balita di Indonesia per tahun, yang meninggal karena diare sebanyak 31.200 anak. Ini berkaitan dengan sanitasi (Kompas, 23 januari 2008).

Menurut Bappenas 2005, Indonesia menduduki posisi keenam di Asia Tenggara dalam soal sanitasi. Dari 206 juta penduduk Indonesia tahun 2005, baru 55,43 persen yang terlayani fasilitas sanitasi.

Banyak hal yang menjadi penyebab masih tingginya jumlah keluarga yang tidak memiliki fasilitas sanitasi yaitu: kendala internal dan kendala eksternal. Kendala internal antara lain: (a) kendala pengetahuan, yaitu masih rendahnya pengetahuan masyarakat mengenai sanitasi dan dampaknya terhadap kesehatan dan kesejahteraan masyarakat, (b) kendala perilaku, yaitu perilaku masyarakat belum mendukung perilaku hidup bersih dan sehat, dan

(c) kendala ekonomi, yaitu keterbatasan kemampuan ekonomi masyarakat yang menyebabkan mereka tidak mampu sama sekali membeli atau membangun fasilitas sanitasi.

Kendala eksternal antara lain: (a) kendala kerangka kebijakan, yaitu masih rendahnya kepedulian dan wawasan pemerintah, politisi, bahkan dunia usaha terhadap persoalan sanitasi yang menyebabkan kebijakan sanitasi selalu berada dalam prioritas bawah, (b) kendala persepsi, yaitu persepsi keliru yang menyatakan bahwa persoalan sanitasi adalah persoalan individu bukan persoalan masyarakat padahal dengan melihat dampaknya maka sanitasi merupakan tanggungjawab bersama masyarakat bukan tanggungjawab individu, (c) kendala gender, yaitu adanya kesenjangan gender dalam proses pengambilan keputusan selalu menempatkan sanitasi pada urutan bawah dalam kebijakan publik, (d) kendala teknologi, yaitu beragamnya teknologi dalam sanitasi yang kadangkala menyebabkan munculnya ketidak-cocokkan antara kebutuhan masyarakat dengan yang disediakan oleh pemerintah, selain itu varian teknologi tertinggi (yang ideal) masih cukup mahal untuk diterapkan di Indonesia (http://www.waspola.org/web/file/pdf/ksn07_paper_menteri.pdf) diakses pada tanggal 7 Juni.

Pelayanan sanitasi merupakan salah satu kebutuhan dasar yang penting bagi masyarakat untuk dipenuhi. Dengan terpenuhinya kebutuhan dasar tersebut, diharapkan kesejahteraan masyarakat dapat meningkat. Pelayanan air minum dan sanitasi yang tidak memadai dapat menyebabkan mudah berjangkitnya penyakit yang berdampak pada menurunnya produktivitas masyarakat, yang pada akhirnya mengarah pada kemiskinan.

Tak mengherankan, pembangunan sanitasi seperti jalan di tempat. Padahal sanitasi sangat mempengaruhi kualitas kehidupan masyarakat. Rendahnya kualitas dan kuantitas prasarana dan sarana sanitasi serta dampak negatif kepada mereka. Selain itu, UNICEF memperkirakan, bahwa saat ini terdapat 1.6 juta anak meninggal karena tidak mendapat akses untuk air bersih. Dengan penyediaan air bersih saja dan perbaikan sanitasi, kita dapat menurunkan, angka kemiskinan, angka kesakitan, dan meningkatkan pendidikan anak-anak, demikian halnya dengan masalah cacingan pada anak-anak. Saat ini puluhan

juta, bahkan ratusan juta anak menderita cacingan karena masalah air bersih, sanitasi dan perumahan yang buruk. Akibatnya mereka menderita kekurangan gizi, yang berdampak pada kesehatan dan pendidikan mereka.

Dalam menghadapi persoalan diatas, peran pemerintah dan masyarakat sangat dibutuhkan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat ketingkat optimal bahkan maksimal. Ada dua peran pemerintah di bidang kesehatan. Pertama, melindungi kesehatan penduduk miskin dengan mengidentifikasi jumlahnya serta menyediakan dana untuk itu. Mekanismenya bisa langusung diberikan kepada pelayanan kesehatan atau lewat asuransi. Kedua, tugas pemerintah adalah melaksanakan program kesehatan yang bersifat kesehatan masyarakat (*public goods health services*). Yaitu pelayanan yang mempunyai dampak luas kepada masyarakat, seperti konterol vektor, pencegahan polusi, sanitasi, imunisasi, penanganan penyakit yang mengancam kesehatan masyarakat.

Sedangkan menurut Undang-undang No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan tugas dan tanggung jawab pemerintah adalah mengatur, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan. Menyelenggarakan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat. Menggerakkan peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan dan pembiayaan kesehatan, dengan memperhatikan fungsi sosial sehingga pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang kurang mampu tetap terjamin. Bertanggung jawab untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Di Jawa Timur, Untuk PAB (Persediaan Air Bersih), jumlah KK yang diperiksa sebesar 5.415.710 dan KK yang memiliki sebanyak 4.054.349 (74,86 %). Untuk Jamban, jumlah KK diperiksa sebanyak 6.904.166 dan yang memiliki Jamban sebanyak 3.753.604 atau sebesar 54,37 %. Untuk Tempat Sampah, jumlah KK yang diperiksa sebanyak 4.486.268 dan yang memilikinya sebanyak 3.171.819 atau sebesar 70,70 %. Sedangkan untuk PAL (pengelolaan Air Limbah), jumlah KK yang diperiksa sebanyak 3.697.187 dan yang memiliki PAL sebanyak 1.956.888 atau sebesar 52,93 % (http://www.dinkesjatim.go.id/).

Puskesmas Dinoyo merupakan sebuah puskesmas yang berada di Kecamatan Lowokwaru Kota Malang. Kecamatan Lowokwaru masih menyimpan persoalan tentang sanitasi, dimana penduduknya masih kurang terhadap kesadaran lingkungan yang sehat, sedikit penduduk yang memiliki fasilitas sanitasi, membuang sampah disungai.

Selain itu, menurut laporan Tujuan Pembangunan Millenium 2007 terdata 30,7 persen masyarakat Indonesia tanpa sanitasi layak. Itu artinya sekitar 72,5 juta warga Indonesia hidup dengan sanitasi buruk, membuang tinja di luar rumah (Kompas, 15 Maret 2008).

Dengan fenomena diatas bila dibiarkan terus menerus maka akan mengakibatkan bibit penyakit dan kesehatan masyarakat lambat laun akan berkurang. Sedikitnya 928 orang warga Kota Malang, Jawa Timur, pada bulan Mei 2008 tercatat terserang diare yang disebabkan salah satunya karena masalah sanitasi (Media Indonesia, 16 Juli 2008).

Pakar sanitasi Universitas Merdeka Malang (UMM), Gunawan Wibisono menyatakan, sanitasi yang disiapkan oleh Pemerintah Kota (Pemkot) Malang hanya bisa menampung sekitar 5 ribu penduduk saja sedangkan total masyarakat kota Malang jumlahnya sekitar 800 ribu - 1 juta penduduk. Hal ini membuktikan bahwa sisanya belum tercover oleh sistem sanitasi yang sehat atau yang cukup, dan tentunya pasti akan berpengaruh pada sistem kesehatan dari masyarakat itu sendiri. (http://www.pustakalewi.info/).

Dengan bertambahnya jumlah penduduk yang tidak sebanding dengan area pemukiman, masalah sanitasi akan semakin meningkat. Dilihat dari segi kesehatan masyarakat, masalah sanitasi merupakan masalah yang sangat pokok untuk segera diatasi. Karena sanitasi merupakan sumber penyebaran penyakit yang multi kompleks.

Kesehatan lingkungan sangat penting karena kesehatan lingkungan pada hakikatnya adalah suatu kondisi atau keadaan lingkungan yang optimum sehingga berpengaruh positif terhadap terwujudnya status kesehatan yang optimum pula (Notoatmodjo, 2003, h: 147).

Kesehatan yang sesungguhnya sesuai dengan Undang-Undang No.23 tahun 1992 tentang Kesehatan dapat terwujud, yaitu keadaan sejahtera dari

badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Sedangkan menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) bahwa kesehatan adalah keadaan sempurna, baik fisik, mental, maupun sosial, dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat.

Jadi, dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera badan, jiwa, dan keadaan yang sempurna baik fisik mental maupun sosial.

Pusat Kesehatan Masyarakat, disingkat Puskesmas, adalah Organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat, dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan (http://id.wikipedia.org/wiki/Pukesmas) diakses pada tanggal 15 April 2008.

Puskesmas sebagai pelayan kesehatan terdepan dan melayani masyarakat miskin bertugas untuk melaksanakan tugas *preventif* (pencegahan) dan *promotif* (peningkatan kesehatan), mensosialisasikan pencegahan dan pemberantasan penyakit kepada masyarakat. Pengembangan pelayanan di tingkat Puskesmas di era desentralisasi sepenuhnya menjadi tanggung jawab dan wewenang Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, disesuaikan dengan potensi yang dimiliki oleh Kabupaten/Kota dan masalah kesehatan yang potensial berkembang di masing-masing wilayah kerja Puskesmas.

Instansi kesehatan seperti puskesmas tidak terlepas dari tuntutan masyarakat yang menginginkan sebuah instansi yang baik (*good governance*) dimana dalam pemberian pelayanan publik menganut prinsp-prinsip transparansi, akuntabel, responsif, partisipatif serta demokratis. Namun dalam hal itu peneliti akan lebih menekankan pada prinsip responsivitas dimana pihak puskesmas sebagai bagian dari pemerintah daerah dituntut untuk

memberikan pelayanan yang optimal dan tanggap dalam situasi atau kondisi bagaimanapun.

Dalam operasionalisasinya, responsivitas pelayanan publik dijabarkan menjadi beberapa indikator, seperti meliputi (1) terdapat tidaknya keluhan dan pengguna jasa selama satu tahun terakhir; (2) sikap aparat birokrasi dalam merespons keluhan dan pengguna jasa; (3) penggunaan keluhan dan pengguna jasa sebagai referensi bagi perbaikan penyelenggaraan pelayanan pada masa mendatang (4) berbagai tindakan aparat birokrasi untuk memberikan kepuasan pelayanan kepada pengguna jasa; serta (5) penempatan pengguna jasa oleh aparat birokrasi dalam sistem pelayanan yang berlaku (Dwiyanto, 2002).

Pada umunya masyarakat menginginkan pelayanan publik yang efisien, mudah dijangkau, aman, serta memuaskan. Namun fasilitas yang disediakan oleh pemerintah selama ini masih kurang dan kualitasnya sangat rendah, sehingga masyarakat memiliki kesan bahwa pemerintah tidak pernah memperhatikan masyarakat khususnya masyarakat golongan menengah ke bawah.

Responsivitas sebuah instansi seperti puskesmas terhadap penyediaan pelayanan sanitasi merupakan hal yang sangat penting, mengingat puskesmas adalah pusat pemberdayaan masyarakat dan keluarga dalam pembangunan kesehatan dan sebagai garda terdepan bagi masyarakat miskin. Sebuah penanganan yang cepat dan tepat menjadi kunci pelayanan yang berkualitas.

B. PERUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang yang telah di kemukakan di atas, maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimanakah responsivitas penyediaan pelayanan sanitasi yang diberikan Puskesmas Dinoyo kepada masyarakat?
2. Bagaimanakah upaya yang dilakukan Puskesmas Dinoyo dalam peningkatan responsivitas penyediaan pelayanan sanitasi kepada masyarakat?

C. TUJUAN PENELITIAN

Sesuai dengan permasalahan diatas, maka tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Untuk mendiskripsikan dan menganalisis responsivitas penyediaan pelayanan sanitasi yang diberikan Puskesmas Dinoyo kepada masyarakat.
2. Untuk mendiskripsikan dan menganalisis upaya yang dilakukan Puskesmas Dinoyo dalam peningkatan responsivitas penyediaan pelayanan sanitasi kepada masyarakat.

D. KONTRIBUSI PENELITIAN

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah:

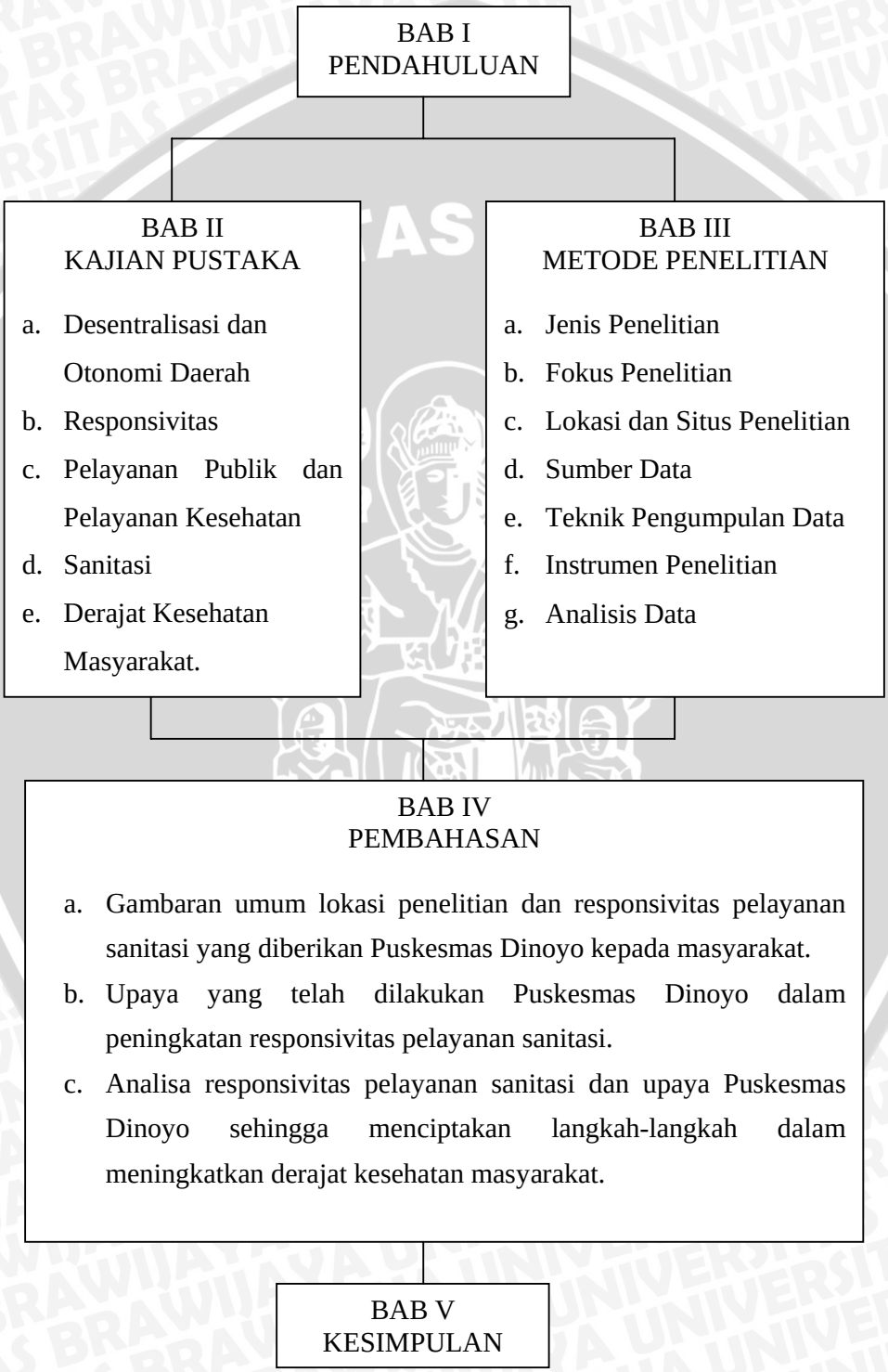
1. Kontribusi Akademis
   (a) Dengan adanya desentralisasi dibidang kesehatan diharapkan pemerintah dapat mengembangkan konsep otonomi daerah yang lebih bersifat mementingkan kepentingan masyarakat dan lebih dekat dengan masyarakat sehingga tidak ada jarak yang memisahkan antara pemerintah dengan masyarakat.
   (b) Dengan adanya otonomi daerah diharapkan program-program yang dilaksanakan Puskesmas Dinoyo yang menyangkut sanitasi lebih bermanfaat bagi masyarakat.

b. Kontribusi Praktis
   (a) Program preventif (Pelayanan upaya pencegahan) dan program promotif (upaya peningkatan kesehatan) yang dilaksanakan oleh Puskesmas Dinoyo diharapkan bisa lebih responsif kepada masyarakat.
   (b) Dengan adanya Otonomi Daerah diharapkan masyarakat lebih mandiri dalam peningkatan kesehatan

E. SISTEMATIKA PEMBAHASAN

Kerangka pemikiran sebagai arahan dalam penelitian ini adalah:

Bagan: 1
Sistematika Pembahasan



BAB II
KAJIAN PUSTAKA

A. ADMINISTRASI PEMERINTAHAN DAERAH

1. Pemerintahan Daerah

Local government menurut Benyamin yang dikutip oleh Nurcholis (2007, h: 24) dapat mengandung tiga arti, yaitu pemerintah lokal, pemerintahan lokal yang dilakukan oleh pemeirntah lokal, dan yang terakhir yaitu daerah otonom. *Local government* dalam arti pertama menunjuk pada lembaga/organnya. Maksudnya *Local government* adalah organ/badan/organisasi pemerintah di tingkat daerah atau wadah yang menyelenggarakan kegiatan pemerintahan di daerah. *Local government* dalam arti kedua meunujuk pada fungsi/kegiatannya. Dalam arti ini *Local government* sama dengan pemerintahan daerah. Dalam konteks Indonesia pemerintah daerah dibedakan dengan istilah pemerintahan daerah. Pemerintah daerah adalah bandan atau organisasi yang lebih merupakan bentuk pasif-nya, sedangkan Pemerintahan daerah merupakan bentuk aktifnya. Dengan, kata lain, pemerintahan daerah adalah kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah daerah. *Local government* dalam pengertian ketiga yaitu sebagai daerah otonom. Dalam pengertian ini *Local government* memiliki otonomi (lokal), dalam arti self government. Yaitu mempunyai kewenangan mengatur (*rules making = regelling*) dan mengurus (*rules application = bestuur*) kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri.

Menurut Harris yang dikutip oleh Nurcholis (2007, h: 26) pemerintahan daerah adalah pemerintahan yang diselenggarakan oleh badan-badan daerah yang dipilih secara bebas dengan tetap mengakui supremasi pemerintahan nasional. Pemerintahan ini diberi kekuasaan, diskresi (kebebasan mengambil kebijakan), dan tanggung jawab tanpa dikontrol oleh kekuasaan yang lebih tinggi.

Dari beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa pemerintahan daerah adalah organ/badan/organisasi pemerintah di tingkat daerah atau wadah yang menyelenggarakan fungsi/kegiatan pemerintahan di daerah yang mempunyai kewenangan untuk mengatur dan mengurus kepentingan

masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri yang dipilih secara bebas dengan tetap mengakui supremasi pemerintahan nasional.

Dalam rangka menyelenggarakan pemerintahan daerah diperlukan administrasi pemerintahan daerah. Administrasi pemerintahan daerah menurut Nurcholis adalah proses-proses kegiatan yang terdapat pada pemerintahan daerah yang mencakup masukan, keluaran, tujuan, lingkungan, dan umpan balik untuk mencapai tujuan. Semua proses itu tersebut dimulai dari proses politik, proses pemerintahan, dan proses administrasi. Proses politik menghasilkan peraturan, proses pemerintahan menghasilkan kebijakan publik, dan proses administrasi menghasilkan layanan publik.

2. Pengertian Desentralisasi

Secara harfiah, kata desentralisasi berasal dari dua penggalan bahasa Latin, yakni: *de* berarti lepas, *centrum* berarti pusat, jadi dapat dikatakan bahwa desentralisasi berarti lepas dari pusat atau mandiri, diakses pada tanggal 26 Juni 2008 dari (http://bhariwibowo.blogspot.com). Menurut Rondinelli yang dikutip oleh Suwondo (2001, h: 30) menyatakan bahwa desentralisasi sebagai : "*The transfer or delegatian of legal and outhority to plan, make decisions and manage public functions from the central governmental its agencies to field organizations of those agencies, subordinate units of government, semi autonomous public corporation, areawide or regional development authorities; functional authorities, autonomous local government, or non-governmental organizational*". (Desentralisasi merupakan transfer atau pendelegasian wewenang politik dan hukum untuk merencanakan, membuat keputusan dan memanage fungsi-fungsi publik dari pemerintah pusat dan lembagalembaganya terhadap organisasi-organisasi di lapangan dari lembaga-lembaga tersebut, unit-unit pemerintah, otoritas pembangunan regional; wewenang fungsional; pemerintah-pemerintah otonomi lokal; atau lembaga-lembaga non-pemerintahan).

Selanjutnya desentralisasi dapat dimengerti dalam dua jenis yang berbeda menurut Conyers yang dikutip oleh Muluk (2002, h: 59) yang mendasarkan

pada berbagai literatur berbahasa Inggris, yakni *devolution* yang menunjuk pada kewenangan politik yang ditetapkan secara legal dan dipilih secara lokal; dan *deconcentration* yang menunjuk pada kewenangan administratif yang diberikan pada perwakilan badan-badan pemerintah pusat.

Selanjutnya Rondinelli dan kawan-kawan lebih luas lagi dalam mengungkapkan jenis desentralisasi yang dikutip oleh Muluk (2002, h: 61) yakni : *deconcentration* (penyerahan sejumlah kewenangan atau tanggung jawab administrasi kepada tingkatan yang lebih rendah dalam kementerian atau badan pemerintah), *delegation* (perpindahan tanggung jawab fungsi-fungsi tertentu kepada organisasi di luar struktur birokrasi reguler dan hanya secara tidak langsung dikontrol oleh pemerintah pusat), *devolution* (pembentukan dan penguatan unit-unit pemerintahan sub-nasional dengan aktivitas yang secara substansial berada di luar kontrol pemerintah pusat), dan *privatization* (memberikan semua tanggung jawab atas ftmgsifungsi kepada organisasi non pemerintah atau perusahaan swasta yang independen dari pemerintah).

Menurut Undang-undang nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah Desentralisasi adalah penyerahan wewenang pemerintahan oleh Pemerintah kepada daerah otonom untuk mengatur dan mengurus urusan pemerintahan dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Dari beberapa pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa desentralisasi adalah penyerahan wewenang dari organisasi yang lebih tinggi ke organisasi yang lebih rendah yang menyangkut urusan pemerintahan, kemasyarakatan, politik, hukum, pengembangan ekonomi, fungsi administratif.

3. Pengertian Otonomi Daerah

Otonomi daerah secara etimologis berasal dari bahasa Latin, yaitu otonomi *"Autos"* yang berarti sendiri dan *"Nomos"* yang berarti aturan, diakses pada tanggal 26 Juni 2008 dari http://pamitaonline.wordpress.com/page/3/. Menurut Charles yang dikutip oleh Nurcholis (2007, h: 30) Otonomi adalah kebebasan untuk membuat keputusan sendiri dengan tetap menghormati perundang-undangan. Menurut

Syarifuddin yang dikutip oleh Yuwono dkk (2008, h: 14) mengatakan bahwa otonomi daerah sebagai kebebasan atau kemandirin tetapi bukan kemerdekaan.

Otonomi daerah dapat diwujudkan sebagai hasil dari pendelegasian sebagian urusan pusat berdasarkan prospektif yang bertujuan mencapai kesejahteraan bagi seluruh lapisan masyarakat (Yuwono, 2008, h: 16). Selain itu menurut The Liang Gie yang dikutip oleh Nurcholis (2007, h: 30) menjelaskan otonomi daerah adalah wewenang untuk menyelenggarakan kepentingan sekelompok penduduk yang berdiam dalam sutau lingkungan wilayah tertentu yang mencakup mengatur, mengurus, mengendalikan, dan mengembangkan berbagai hal yang perlu bagi kehidupan penduduk.

Sedangkan Suparmoko (2002, h: 18) mengartikan otonomi daerah sebagai kewenangan daerah otonom untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat. Otonomi daerah menurut Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah adalah hak, wewenang, dan kewajiban daerah otonom untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Dari pemaparan di atas dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud otonomi daerah adalah hak, wewenang, kewajiban, kebebasan untuk menyelenggarakan kepentingan sekelompok penduduk yang berdiam dalam sutau lingkungan wilayah tertentu yang mencakup mengatur, mengurus, mengendalikan, dan mengembangkan berbagai hal yang perlu bagi kehidupan penduduk dengan tetap menghormati perundang-undangan.

4. Konsep Desentralisasi dan Otonomi Daerah

Asas desentralisasi, maka akan melahirkan Daerah Otonom yang selanjutnya disebut daerah. Pemberian otonomi daerah sebagai perwujudan dari desentralisasi Dengan otonomi sesungguhnya daerah diberikan kebebasan untuk membuat dan melaksanakan keputusan yang terbaik bagi masyarakatnya. Dengan otonomi diharpkan akan tercipta masyarakat yang

tumbuh atas dasar inisiatif/prakarsa sendiri, sehingga akan melahirkan masyarakat yang kreatif – inovatif tanpa ada kekangan dari pemerintah pusat. Desentralisai merupakan keharusan dan kebutuhan setiap masyarakat apapun bentuk dan ideologi negaranya. Praktek penyelenggaraan sentralisasi yang berlebihan terbukti menimbulkan kekecewaan dan ketidakpuasan warga masyarakat terhadap pemerintahannya.

Desentralisasi menurut berbagai pakar memiliki segi positif, diantaranya: secara ekonomi, meningkatkan efisiensi dalam penyediaan jasa dan barang publik yang dibutuhkan masyarakat setempat, mengurangi biaya, meningkatkan *output* dan lebih efektif dalam penggunaan sumber daya manusia. Secara politis, desentralisasi dianggap memperkuat akuntabilitas, *political skills* dan integrasi nasional. Menurut B.C. Smith yang dikutip oleh Susilih (2002, h: 36) Desentralisasi lebih mendekatkan pemerintah dengan masyarakatnya, memberikan/menyediakan layanan lebih baik, mengembangkan kebebasan, persamaan dan kesejahteraan

Desentralisasi/otonomi adalah persoalan yang menyangkut hak asasi manusia, oleh karena dalam desentralisasi/otonomi individu diberikan kebebasan untuk berpikir dan bertindak atas dasar aspirasi masing-masing, tiap individu dipenuhi kebutuhan hidupnya dengan cara dan kualitas yang terbaik, berpartisipasi dalam kehidupan sosial, ekonomi dan politik, dengan tidak ada kontrol langsung dari pemerintah pusat. (Susilih, 2002, h: 37). Dalam era otonomi daerah, dituntut peranan pemerintah daerah untuk memberikan kesejahteraan kepada masyarakat daerahnya dengan penyediaan *public services* yang sangat dibutuhkan. Pergeseran paradigma dari *good government* menuju *good governance* (*local governance*), akan melibatkan hubungan antara pemerintah daerah dengan masyarakatnya dalam kegiatan/urusan urusan pemerintahan. Dalam *good governance* harus ada keseimbangan antara publik, privat dan sosial/ masyarakat.

Menurut B. Hoessien yang dikutip oleh Susilih (2002, h: 37). Desentralisasi melahirkan *local government*. Konsep *local government* dapat mengandung tiga arti : Pertama, penggunaan istilah *local government* sering kali saling dipertukarkan dengan istilah *local authority*. Namun kedua istilah

tersebut mengacu pada *council* (DPRD) dan *major* (KDH) yang rekruitment pejabatnya atas dasar pemilihan. Kedua, *local government* berarti pemerintahan lokal yang dilakukan oleh pemerintahan lokal (mengacu pada fungsi). Ketiga, *local government* berarti daerah otonom. *Local government* memiliki otonomi (lokal),dalam arti *self governmet*.

Menurut Rondinelli yang dikutip oleh Soeprapto (2003, h:) mengemukakan adanya beberapa faktor yang mempengaruhi derajat otonomi daerah yaitu *:"1) the degree to which central political leaders and bureaucrats support decentralization and the organization to which responsibilities are transferred, 2) the degree to which the dominant behaviour, attitudes, and culture are conducive to decentralized decision making and administration, 3) the degree to which policies and programs are appropriately designed and organized to promote decentralized decision making and management, and 4) the degree to which adequate financial, human and physical resources are made available to the organization to which responsibilities are transferred)".* Dari uraian tersebut dapat dikemukakan bahwa derajat otonomi dapat tergantung pada : 1) derajat di mana kepemimpinan politik pusat, dukungan desentralisasi, birokrat, dan organisasi di mana terjadi transfer tanggung jawab; 2) derajat di mana perilaku dominan, sikap, dan kebudayaan kondusif terhadap pembuatan keputusan terdesentralisasi dan administrasi; 3) derajat di mana kebijakan-kebijakan dan programprogram direncanakan dan diorganisasikan dengan tepat untuk mempromosikan pembuatan keputusan terdesentralisasi dan manajemen; 4) derajat kecukupan dana, manusia, dan sumber daya fisik dibuat dan tersedia untuk organisasi di mana tanggung jawab ditransfer.

Di Indonesia istilah *local government* berarti pemerintah daerah yang memiliki otonomi daerah. Pemerintah daerah diselenggarakan oleh Kepala Daerah (KDH) selaku penyelenggara pemerintahan tertinggi. Bersama dengan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) KDH melaksanakan fungsi *policy making* dan sekaligus melakukan fungsi *policy execuring* dengan menggunakan instrumen perangkat birokrasi lokal (*local burcaucracy*). Dalam

hal yang menyangkut *public services* dilaksanakan oleh dinas-dinas daerah, BUMD (Badan Usaha Milik Daerah).

5. Tujuan Otonomi Daerah

Menurut Suparmoko (2002, h: 18) tujuan pengembangan otonomi daerah meliputi memberdayakan mayarakat, menumbuhkan prakarsa dan kreativitas, meningkatkan peran serta masyarakat, serta mengembangkan peran dan fungsi DPR. Berdasarkan penjelasan Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah bahwa tujuan pemberian otonomi daerah, berupa peningkatan pelayanan dan kesejahteraan masyarakat yang semakin baik, pengembangan kehidupan demokrasi, keadilan, dan pemerataan, serta pemeliharaan hubungan yang serasi antara Pusat dan Daerah serta antar Daerah dalam rangka menjaga keutuhan Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Sedangkan tujuan otonomi daerah yang dikemukakan oleh Syarif Hidayat yang dikutip oleh Halim (2001, h: 23) dibedakan dari dua sisi kepentingan yaitu kepentingan Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Dari kepentingan Pemerintah Pusat tujuan utamanya adalah pendidikan politik, pelatihan kepemimpinan, menciptakan stabilitas politik dan mewujudkan demokratisasi sistem pemerintahan di daerah. Sedangkan bila dilihat dari kepentingan Pemerintah Daerah terdapat tiga tujuan yaitu:

a. Untuk mewujudkan apa yang disebut sebagai *political equality*, artinya melalui otonomi daerah diharapkan akan lebih membuka kesempatan bagi masyarakat untuk berpartisipasi dalam berbagai aktivitas politik ditingakt lokal atau daerah.
b. Untuk menciptakan *local accountability*, artinya dengan otonomi akan meningkatkan kemampuan pemerintah daerah dalam memperhatikan hak-hak masyarakat.
c. Untuk mewujudkan *local responsiveness*, artinya dengan otonomi akan meningkatkan akselerasi pembagunan sosial dan ekonomi.

Menurut Maskun (1996, h: 43) tujuan pemberian otonom kepada daerah adalah sebagai berikut:

a. Peningkatan ekonomi masyarakat setempat.
b. Meningkatkan pelayanan kepada masyarakat.
c. Meningkatkan sosial budaya masyarakat.
d. Untuk demokratisasi.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa otonomi daerah bertujuan untuk meningkatkan pelayanan, kesejahteraan, sosial budaya dan peranserta masyarakat, pengembangan kehidupan demokrasi, keadilan, dan pemerataan, serta pemeliharaan hubungan yang serasi antara Pusat dan Daerah serta antar Daerah dalam rangka menjaga keutuhan Negara Kesatuan Republik Indonesia.

6. Konsep Desentralisasi Kesehatan

Berkembangnya pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia tidak terlepas dari sejarah kehidupan bangsa. Setelah Indonesia merdeka, pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*) dikembangkan sejalan dengan tanggung jawab pemerintah "melindungi" masyarakat Indonesia dari gangguan kesehatan. Pemerintah mengembangkan infrastruktur di berbagai wilayah tanah air untuk melaksanakan kewajiban melindungi masyarakat dari gangguan kesehatan. Program kesehatan yang dikembangkan adalah yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat (*public health services*) terutama oleh penduduk miskin.

Menurut Hartono yang dikutip oleh Mardiasmo (2002, h: 75).Desentralisasi di sektor kesehatan akan menimbulkan perubahan-perubahan dalam sistem kesehatan nasional. Ada beberapa bentuk desentralisasi kesehatan, meliputi:

(a) Struktur otoritas kesehatan

Adanya kejelasan wewenang dan bertanggung jawab mengurusi masalah kesehatan.

(b) Jaringan dan fungsi-fungsi penting

Berdasarkan PP No. 45 tahun 1992 terdapat perbedaan fungsi yang jelas berkenaan dengan fungsi pemerintah provinsi dan kabupaten.

(c) Tanggungjawab dan wewenang yang didelegasikan

Berdasarkan PP No. 7 tahun 1987 urusan-urusan kesehatan dan fasilitasnya dilaksanakan dan dimiliki pemerintah daerah menjadi tanggungjawabnya sendiri.

(d) Akuntabilitas

Ada beberapa jenis pengawasan yang menjamin akuntabilitas administrasi pemerintahan secara rutin dan usaha-usaha pembangunan, sebagai berikut:

1) Pengawasan internal yaitu pengawasan yang dijalankan oleh pengawasan terhadap bawahannya dalam unit kerjanya.
2) Pengawasan fungsional yaitu pengawasan yang dilaksanakan oleh sebuah lembaga yang kewajiban utamanya adalah mengawasi seperti unit pengawasan internal.
3) Pengawasan Legislatif yaitu pengawasan yang dijalankan oleh DPR dan DPRD. Berdasarkan UUD 1945, DPR memiliki kewajiban untuk menjalankan pengawasan terhadap pemerintah.
4) Pengawasan masyarakat yaitu pengawasan yang dilakukan oleh masyarakat seperti media massa, LSM, ormas, dan lain-lain.
5) Pengawasan hukum yaitu pengawasan yang dilakukan oleh Mahkamah Agung (MA).

Desentralisasi di bidang kesehatan khususnya dalam hal pelayanan sanitasi telah membawa perubahan yang sangat besar. Ada beberapa keuntungan dalam desntralisasi dalam bidang kesehatan, yaitu:

(a) Pelayanan lebih terarah sesuai dengan keadaan daerah
(b) Peningkatan pelaksanaan program kesehatan
(c) Menghindari adanya duplikasi pelayanan seperti target kependudukan akan lebih spesifik
(d) Mengurangi ketidakadilan antara pedesaaan dengan perkotaan
(e) Lebih banyak partisipasi masyarakat dlam pembiayaan dan lebih banyak melibatkan masyarakat daerah setempat
(f) Semakin banyak keikutsertaan dari agen-agen masyarakat dan swasta
(g) Peningkatan koordinasi antara sektor khususnya pada pemerintahan daerah dan aktivitas pembangunan pedesaan (STIEP yang dikutip oleh Khusaini, 2006).

Ada perubahan-perubahan yang terjadi pada sistem kesehatan nasional akibat dari pelaksanaan desentralisasi kesehatan meliputi:

(a) Perubahan dalam sistem dan proses organisasional, terdiri dari:
    1) Pembangunan kebijakan kesehatan (*health policy development*)
    2) Kebutuhan penghitungan dan informasi (*needs assesment and information*)
    3) Perencanaan dan alokasi sumber daya (*planning and resource allocation*)
    4) Pembiayaan dan manajemen keuangan (*financing and financial management*)
    5) Perencanaan dan manajemen sumber daya manusia (*human resources planning and management*)
    6) Koordinasi antar sektoral (*intersectoral coordination*)
    7) Partisipasi masyarakat (*public participation*)

(b) Keadilan, efisiensi, dan kualitas pelayanan ditentukan oleh faktor-faktor sebagai berikut:
    1) Sumber daya keuangan sektor publik
    2) Pola alokasi sumber daya secara keseluruhan
    3) Distribusi sumber daya manusia
    4) Pemanfaatan pelayanan
    5) Jangkauan dan ketersediaan pelayanan
    6) Perubahan dalam sistem-sistem pendukung
    7) Ketersediaan obat-obatan dasar. (Mardiasmo, 2002, h: 80)

Penerapan koordinasi antar sektor-sektor terkait dengan sektor kesehatan dapat dikaji melalui mekanisme kerja sama antara Departemen Kesehatan dengan Departemen Dalam Negeri. Ada tiga asas kerja sama antara Depkes dan Depdagri yang telah dibakukan di Indonesia.

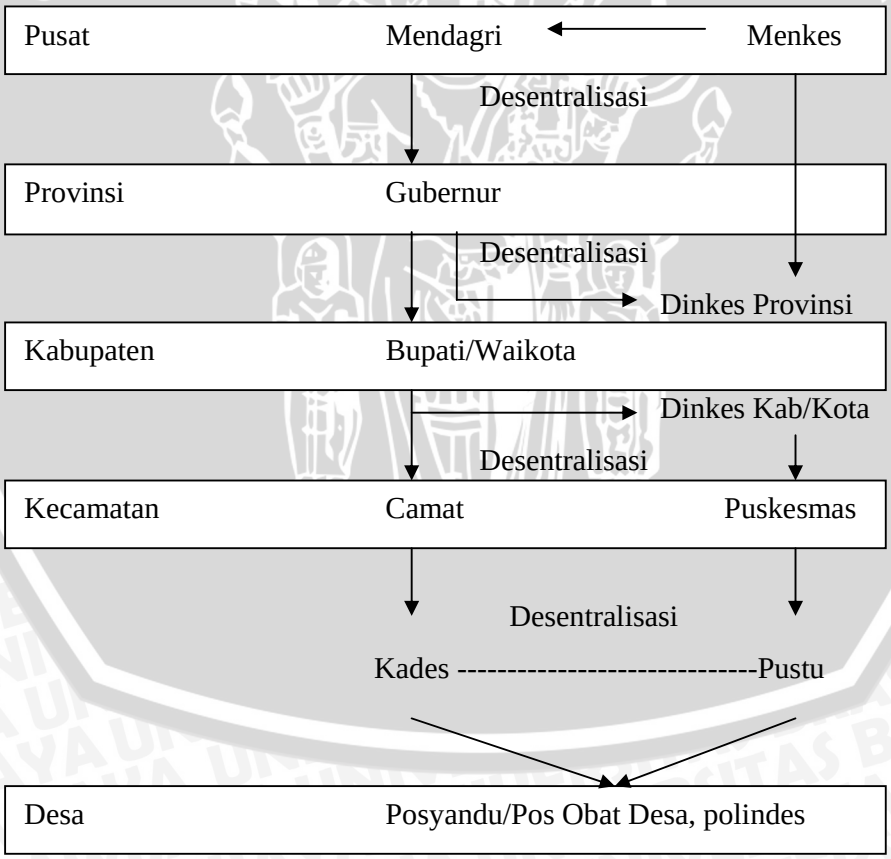
(a) Asas Desentralisasi. Sebagian tanggungjawab program kesehatan diserahkan kepada Departemen Dalam Negeri. Pelaksanaan program di tingkat provinsi, kabupaten dan kecamatan (pengelolaan, pembinaan, dan pembiayaannya) diserahkan oleh Mendagri kepada gubernur, bupati, dan camat.

(b) Asas Dekonsentrasi. Sebagian tanggungjawab program kesehatan yang dilaksanakan di daerah masih tetap menjadi tanggungjawab Depkes. Pembinaannya ditingkat provinsi dikoordinasikan oleh Kanwil Depkes. Dengan belakunya UU No. 22 dan 25 tahun 1999, asas desentralisasi dan dekonsentrasi ini lebih dikembangkan.

(c) Asas Pembantuan (*medebewind*). Program kesehatan didaerah dilaksanakan oleh daerah (Dinas Kesehatan Provinsi dan Kab/Kota) tetapi biaya dan personalianya masih tetap menjadi tanggungjawab Depkes Pusat (Muninjaya, 2004, h: 46).

Untuk menggambarkan mekanisme kerja sama (asas pelimpahan wewenang) antara Dep. Dalam Negeri dan Dep. Kesehatan tersebut dapat dilihat di bawah ini:

Bagan 2
Hubungan antara Dep. Dalam Negeri dengan Dep. Kesehatan



Sumber: Muninjaya, 2004, h: 47

Urusan yang diserahkan kepada daerah tentang urusan upaya pelayanan kesehatan dasar dan upaya pelayanan kesehatan rujukan yang diselenggarakan melalui kegiatan yang meliputi:

(a) Kesejahteraan lbu dan Anak serta Keluarga Berencana;
(b) Perbaikan gizi;
(c) Hygiene dan sanitasi;
(d) Penyehatan lingkungan pernukiman;
(e) Pencegahan penyakit dan pemberantasan penyakit;
(f) Penyuluhan kesehatan masyarakat;
(g) Pengobatan termasuk pelayanan kesehatan karena kecelakaan;
(h) Kesehatan sekolah;
(i) Perawatan kesehatan masyarakat;
(j) Kesehatan gigi dan mulut;
(k) Laboratorium sederhana;
(l) Pengamatan penyakit;
(m) Pembinaan dan pengembangan peranserta masyarakat;
(n) Pelayanan medik;
(o) Rehabilitasi medik;
(p) Perawatan;
(q) Kesehatan rujukan;
(r) Pengadaan obat dan alat kesehatan (PP No. 7 Tahun 1987 Tentang Penyerahan Sebagian Urusan Pemerintahan Dalam Bidang Kesehatan Kepada Daerah)

B. RESPONSIVITAS

1. Pengertian Responsivitas

Menurut Dwiyanto yang dikutip oleh Supriyono (2001, h:20), bahwa dalam manajemen pelayanan publik responsivitas adalah kemampuan organisasi untuk mengenali kebutuhan masyarakat, menyusun agenda dan prioritas pelayanan, dan mengembangkan program-program pelayanan publik sesuai dengan kebutuhan dan aspirasi masyarakat. Siagian (2000, http://www.papuaweb.org/) dalam pembahasannya mengenai Teori

Pengembangan Organisasi mengindikasikan bahwa responsivitas menyangkut kemampuan aparatur dalam menghadapi dan mengantisipasi aspirasi baru, perkembangan baru, tuntutan baru, dan pengetahuan baru.

Menurut Dilulio yang dikutip oleh Supriyono (2001, h: 20) Responsivitas adalah kemampuan birokrasi untuk mengenal kebutuhan masyarakat, menyusun agenda dan prioritas pelayanan, serta mengembangkan program-program pelayanan sesuai dcngan kebutuhan dan aspirasi masyarakat. Sedangkan menurut Palfrey dan Vigoda yang dikutip oleh Eko Suharto (2006, h: 52) responsivitas adalah kemampuan birokrasi untuk mengenali kebutuhan masyarakat, menyusun agenda dan prioritas pelayanan, serta mengembangkan program-program pelayanan sesuai dengan kebutuhan dan aspirasi masyarakat serta memperkirakan tingkat kepuasan.

Dari beberapa pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa responsivitas adalah kemampuan birokrasi untuk tanggap terhadap harapan, keinginan, aspirasi, tuntutan, dan kebutuhan masyarakat, pengetahuan baru, perkembangan baru, menyusun agenda dan prioritas pelayanan, dan mengembangkan program-program pelayanan publik sesuai dengan kebutuhan dan aspirasi masyarakat serta memperkirakan tingkat kepuasan.

2. Indikator Responsivitas

Menurut Dilulio yang dikutip oleh Dwiyanto (2002:60), http://www.papuaweb.org) diakses pada tanggal 15 April 2008 menekankan bahwa responsivitas sangat diperlukan dalam pelayanan publik karena hal tersebut merupakan bukti kemampuan organisasi untuk mengenali kebutuhan masyarakat, menyusun agenda dan prioritas pelayanan serta mengembangkan program-program pelayanan publik sesuai dengan kebutuhan dan aspirasi masyarakat. Selanjutnya, dalam studinya tentang reformasi birokrasi**,** Dwiyanto (2002 : 60-61 http://www.papuaweb.org) diakses pada tanggal 15 April 2008 mengembangkan beberapa indikator responsivitas pelayanan publik, yaitu : keluhan pengguna jasa, sikap aparat birokrasi dalam merespon keluhan pengguna jasa, penggunaan keluhan pengguna jasa sebagai referensi perbaikan layanan publik, berbagai tindakan aparat birokrasi dalam

memberikan pelayanan, dan penempatan pengguna jasa oleh aparat birokrasi dalam sistem pelayanan yang berlaku.

Dalam operasionalisasinya, responsivitas pelayanan publik dijabarkan menjadi beberapa indikator, seperti meliputi (1) terdapat tidaknya keluhan dan pengguna jasa selama satu tahun terakhir; (2) sikap aparat birokrasi dalam merespons keluhan dan pengguna jasa; (3) penggnaan keluhan dan pengguna jasa sebagai referensi bagi perbaikan penyelenggaraan pelayanan pada masa mendatang (4) berbagai tindakan aparat birokrasi untuk memberikan kepuasan pelayanan kepada pengguna jasa; serta (5) penempatan pengguna jasa oleh aparat birokrasi dalam sistem pelayanan yang berlaku. Keluhan yang disampaikan oleh masyarakat pengguna jasa merupakan indikator pelayanan yang memperlihatkan bahwa produk pelayanan yang selama ini dihasilkan oleh birokrasi belum dapat memenuhi harapan pengguna layanan.

3. Prinsip-prinsip Responsivitas

Agar organisasi publik memiliki responsivitas dalam memberikan pelayanan perlu menempatkan masyrakat sebagai *customer* dalam posisi yang seimbang dengan pemerintah sebagai *provider*. Menurut Jenny Potter yang dikutip oleh Supriyono (2001, h: 21-22) dalam teori konsumerismenya mengemukakan bahwa posisi seimbang antara *provider* dengan *customer* hanya dapat dicapai apabila menerapkan prinsip-prinsip akses, pilihan, informasi, perbaikan, dan keterwakilan.

(a) Akses (*Access*)

Semua lapisan masyarakat harus memilih akses yang sama terhadap produk layanan barang dan jasa yang diberikan oleh organisasi publik. Pemahaman ini didasarkan kenyataan bahwa mereka adalah yang membayar pelayanan publik melalui pajak atau pungutan lain, sementara keuntungan dari pelayanan yang dimiliki setiap orang tidaklah sama. Sehingga akses tidak dapat dianggap secara otomatis sebagai hak masyarakat, melainkan pemerintah wajib memberikan pelayanan yang dapat diakses oleh semua lapisan masyarakat.

Dalam hal ini pihak pemerintah perlu mendefinisikan secara jelas mengenai kriteria mendasar melalui suatu keputusan bahwa akses dapat dimiliki oleh semua lapisan masyarakat, termasuk proses distribusi pelayanan sehingga masyarakat dapat memahami atau menolak keputusan tersebut. Disamping itu perlu adanya aksesbilitas artinya instansi pemerintah sebagai penyedia jasa pelayanan perlu menciptakan hubungan keorganisasian yang memungkinkan sumber daya langka dapat terdistribusikan kepada masyarakat secara merata.

(b) Pilihan (*Choice*)

Dalam kerangka pelayanan publik, pilihan bukanlah hak masyarakat sebagai konsumen/pelanggan secara absolut. Pemerintah setiap saat perlu memperbanyak pilihan dalam pelayanan diberbagai bagian sektot publik. Semakin banyak pilihan yang diberikan kepada masyarakat untuk suatu jasa pelayanan maka pelayanan itu akan semakin berkualitas. Dengan demikian pilihan konsumen sebagai individu bukan merupakan satu-satunya kendali dalam proses pelayanan, melainkan harus mengakomodasikan kepentingan berbagai lapisan.

Apabila masyarakat tidak dapat menyampaikan preferensi secara langsung mengenai pilihan mereka, maka pemerintah harus membuat mekanisme lain agar masyarakat yakin bahwa kepentingan mereka telah diakomodasi oleh pemerintah. Untuk itu pemerintah perlu mengidentifikasi preferensi masyarakat, adanya batasan pilihan yang jelas, tujuan politis yang dapat diukur, mengembangkan kriteria untuk mengevaluasi aspek-aspek kualitas pelayanan bagi masyarakat, dan menginformasikan kepada masyarakat mengenai kinerja disektor pelayanan.

(c) Informasi (*Information*)

Informasi yang dimaksud adalah berkaitan dengan tujuan dan sasaran pelayanan, standar pelayanan yang disediakan, standar pencapain, hak dan tanggungjawab sehubungan dengan jasa layanan, penggunaan kewenangan dalam proses pengambilan keputusan, mengapa suatu keputusan diambil dan apakah keputusan tersebut sudah benar. Berbagai informasi tersebut sangat diperlukan agar masyarakat dapat mengetahui bagaimana cara pelayanan

publik itu dilaksanakan, membuat keputusan terbaik tentang pelayanan apa yang ingin digunakan dan bagaimana cara memeperoleh keuntungan maksimal dari pelayanan tersebut.

Jasa pelayanan disektor publik sangat terkait dengan kesejahteraan masyarakat, sementara banyak terjadi ketidakseimbangan sejumlah informasi yang dimiliki pemerintah sebagai produsen dengan informasi yang dimiliki masyarakat sebagai konsumen. Sehingga diperlukan upaya menyebarluaskan informasi jasa pelayanan. Informasi tidak hanya disebarluaskan terhadap pengguna jasa pelayanan (*user*), tetapi juga harus disebarluaskan kepada aparat pelayanan pada tingkatan yang paling bawah.

(d) Perbaikan (*Redress*)

Perbaikan sangat diperlukan bagi kinerja organisasi publik maupun aparaturnya dalam memberikan pelayanan karena masyarakat sebagai konsumen selalu memerlukan mekanisme pelayanan yang cepat, ringkas, dan jujur. Untuk itu perlu peningkatan kualitas dengan dukungan aparat pelayanan dilevel *back office*. Seperti diungkapkan oleh Flyn dan Mellon yang dikutip oleh Supriyono (2001, h:) bahwa pelayanan yang baik bagi konsumen apabila diantaranya memenuhi prinsip: *one moment of truth at a time, don't forget the extras, the people side of things, are you people service or not?,* dan *how big a change is this going to be?*

Perbaikan mekanisme pelayanan ini akan memberikan keuntungan yang lebih luas tidak saja bagi konsumen akan tetapi juga sekaligus menyangkut eksistensi lembaga pelayanan. Untuk itu perbaikan dapat dilakukan diantaranya melalui kontrol kualitas terhadap penyedia pelayanan oleh berbagai lapisan masyarakat. Disamping itu, pemerintah juga dapat melakukan perbaikan dengan identifikasi masalah pelayanan, sistem manajemen pelayanan, dan implementasi kebijakan pelayanan, perbaikan ini tentunya harus dilakukan dengan memperhatikan masukan berbagai pihak secara proporsional dengan seimbang.

(e) Keterwakilan (*Representation*)

Dalam teori konsumerisme prinsip ini mengandung pengertian bahwa konsumen seharusnya cukup terwakili dalam sistem pengambilan keputusan

yang dibuat oleh pemerintah mengenai suatu jasa layanan, artinya suatu keputusan dibuat dengan mempertimbangkan keterwakilan semua lapisan masyarakat. Hal ini disebabkan karena konsumen disektor publik umumnya merupakan sumber daya yang bersifat homogen, oleh sebab itu pejabat publik seharusnya menghargai kebutuhan mereka dengan jalan melembagakan kepentingan konsumen dalam bentuk keterwakilan.

C. PELAYANAN PUBLIK DAN PELAYANAN KESEHATAN

1. Pelayanan Publik

(a) Pengertian Pelayanan Publik

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia dijelaskan pelayanan sebagai usaha melayani kebutuhan orang lain. Menurut Dwiyanto (2005, h: 141). Pelayanan publik dapat didefinisikan sebagai serangkaian aktivitas yang dilakukan oleh birokrasi publik untuk memenuhi kebutuhan warga pengguna.

Menurut Suparto (2008, h: 4) yang dimaksud dengan Pelayanan Publik adalah pemberian layanan yang dilakukan oleh pemerintah sebagai penyelenggaran negara untuk memenuhi kebutuhan masyarakat (publik) sesuai dengan peraturan yang berlaku. Sedangkan menurut Zauhar (2001, h: 4) bahwa pelayanan publik merupakan suatu upaya membantu atau memberi manfaat kepada publik melalui penyediaan barang dan atau jasa yang diperlukan oleh mereka.

Menurut Peraturan Daerah Prorinsi Jawa Timur tentang Pelayanan Publik, yang dimaksud dengan Pelayanan Publik adalah segala kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan dasar setiap warga negara dan penduduk atas suatu barang, jasa dan atau pelayanan administrasi yang diselenggarakan oleh penyelenggara pelayanan yang terkait dengan kepentingan publik.

Dalam Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No. 63KEP/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik, yang disebut pelayanan publik adalah segala kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan publik

sebagai upaya pemenuhan kebutuhan penerima layanan maupun pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-Undangan. Menurut Kurniawan dkk (2005, h: 4) menjelaskan bahwa pelayanan publik dapat diartikan sebagai pemberian layanan (melayani) keperluan orang atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan.

Berdasarkan beberapa teori di atas dapat ditarik simpulan bahwa yang dimaksud dengan pelayanan publik merupakan serangkaian aktivitas pelayanan yang dilaksanakan oleh birokrasi publik untuk memenuhi kebutuhan masyarakat berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan dan tata cara yang telah ditetapkan.

Jika dilihat dari segi dimensi-dimensi pelayanan dapat dibagi dalam beberapa jenis, misalnya Chitwood yang dikutip oleh Suwondo (2001, h: 29-30), menyebutkan apabila pelayanan publik dikaitkan dengan keadilan, maka bisa dibagi ke dalam tiga bentuk dasar, yaitu :

1) Pelayanan yang sama bagi semua. Misalnya pendidikan yang diwajibkan bagi penduduk usia muda.
2) Pelayanan yang sama secara proporsional bagi semua, yaitu distribusi pelayanan yang didasarkan atas suatu ciri tertentu yang berhubungan dengan kebutuhan. Misalnya jumlah polisi yang ditugaskan untuk berpratoli dalam wilayah tertentu berbeda-beda berdasarkan angka kriminalitas.
3) Pelayanan-pelayanan yang tidak sama bagi individu-individu bersesuaian dengan perbedaan yang relevan. Ada beberapa kriteria mengapa pelayanan itu tidak sama antara lain: satu, pelayanan yang diberikan berdasarkan kemampuan untuk membayar dari penerima pelayanan. Dua, penyediaan pelayanan-pelayanan atas dasar kebutuhan-kebutuhan.

(b) Asas-asas Pelayanan Publik

Berdasarkan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/KEP/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik disebutkan azas-azas pelayanan publik sebagai berikut :

1) Transparansi, yaitu bersifat terbuka dan mudah diakses oleh semua pihak yang membutuhkan, disediakan secara memadai serta mudah dimengerti.
2) Akuntabilitas, yaitu dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.
3) Kondisional, yaitu sesuai dengan kondisi dan kemampuan pemberi dan penerima layanan dengan tetap berpegang pada prinsip efisiensi dan efektivitas.
4) Partisipatif, yaitu mendorong peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik.
5) Kesamaan hak, yaitu tidak diskriminatif dalam artian tidak membedakan suku, agama, rasa, gender ataupun golongan status ekonomi.
6) Keseimbangan hak dan kewajiban yaitu antara pemberi dan penerima layanan publik harus memenuhi hak dan kewajiban masing-masing pihak.

(c) Prinsip-Prinsip Pelayanan Publik

Prinsip-prinsip pelayanan publik sesuai dengan KepMenPan No. 63/Kep/M.PAN/7/2003) tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik meliputi:

1) Kesederhanaan yaitu prosedur/tatacara pelayanan diselenggarakan secara mudah, lancar, cepat, tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan.
2) Kejelasan mengenai:
   a. Persyaratan teknis dan administratif pelayanan publik;

b. Unit kerja/pejabat yang berwenang dan bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan dan penyelesaian keluhan/persoalan/sengketa dalam pelaksanaan pelayanan publik;
c. Rincian biaya pelayanan publik dan tata cara pembayaran

3) Kepastian waktu yaitu Pelaksanaan pelayanan publik dapat diselesaikan dalam kurun wakrtu yang telah ditentukan.
4) Akurasi yaitu Produk pelayanan publik diterima dengan benar, tepat, dan sah.
5) Keamanan yaitu proses dan produk pelayanan publik memberikan rasa aman dan kepastian hukum.
6) Tanggung Jawab yaitu Pimpinan penyelenggara pelayanan publik atau pejabat yang ditunjuk bertanggungjawab atas penyelenggaraan pelayanan dan penyelesaian keluhan/ persoalan dalam pelaksanaan pelayanan publik
7) Kelengkapan Sarana dan Prasarana yaitu Tersedianya sarana dan prasarana kerja, peralatan kerja dan pendukung lainnya yang memadai termasuk penyediaan sarana teknologi telekomunikasi dan informatika (telematika)
8) Kemudahan Akses yaitu Tempat dan lokasi serta sarana pelayanan yang memadai, mudah dijangkau oleh masyarakat, dan dapat memanfaatkan teknologi telekomunikasi dan informatika
9) Kedisiplinan, Kesopanan, dan Keramahan yaitu Pemberi pelayanan harus bersikap disiplin, sopan dan santun, ramah, serta memberikan pelayanan dengan ikhlas.
10) Kenyamanan yaitu Lingkungan pelayanan harus tertib, teratur, disediakan ruang tunggu yang nyaman, bersih, rapi, lingkungan yang indah dan sehat serta dilengkapi dengan fasilitas pendukung pelayanan, seperti parkir, toilet, tempat ibadah dan lain-lain

(d) Standar Kualitas Pelayanan Publik

Berdasarkan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/KEP/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan

Pelayanan Publik disebutkan ada enam standar pelayanan publik sekurang-kurangnya meliputi :

1) Prosedur pelayanan.
   Prosedur pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima layanan termasuk pengaduan
2) Waktu pelayanan.
   Waktu penyelesaian yang ditetapkan sejak saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian pelayanan termasuk pengaduan.
3) Biaya pelayanan
   Biaya pelayanan termasuk rinciannya yang ditetapkan dalam pross pemberian layanan.
4) Produk layanan
   Hasil pelayanan yang akan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.
5) Sarana dan prasarana
   Penyediaan sarana dan prasarana yang memadai oleh penyelenggara pelayanan publik.
6) Kompetensi
   Kompetensi petuga pemberi pelayanan harus ditetapkan dengan tepat berdasarkan pengetahuan, keahlian, keterampilan, sikap dan perilaku yang dibutuhkan.

2. Pelayanan Kesehatan

(a) Pengertian Pelayanan Kesehatan

Kesehatan yang sesungguhnya sesuai dengan Undang-Undang No.23 tahun 1992 tentang Kesehatan dapat terwujud, yaitu keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Sedangkan menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) bahwa kesehatan adalah keadaan sempurna, baik fisik, mental, maupun sosial, dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat.

Jadi, dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera badan, jiwa, dan keadaan yang sempurna baik fisik mental maupun sosial.

Menurut Levey dan Loomba yang dikutip oleh Azwar (1996, h: 34) pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organiasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencengah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan perseorangan, keluarga kelompok dan ataupun masyarakat. Sedangkan dalam UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan Pasal 1, yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan yaitu setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat. Upaya kesehatan yang dimaksud adalah yang merata dan terjangkau oleh masyarakat di seluruh wilayah termasuk fakir miskin dan orang terlantar.

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat yang merata dan terjangkau oleh masyarakat di seluruh wilayah termasuk fakir miskin dan orang terlantar.

(b) Standar Pelayanan Kesehatan

Menurut Azwar (1996, h: 56) standar pelayanan kesehatan adalah spesifikasi dari fungsi dan tujuan yang harus dipenuhi oleh penyedian layanan kesehatan agar pemakai jasa pelayanan dapat memperoleh keuntungan maksimal dari pelayanan yang diselenggarakan. Adapun standar pelayanan yang diberlakukan adalah sebagai berikut :

1) Standar persyaratan minimal

   Adalah keadaan minimal yang harus dipenuhi untuk dapat menjamin terselenggaranya pelayanan medis yang bermutu. Terdiri dari :

a) Standar masukan
   1. Tenaga pelaksana baik kualitas maupun kuantitas
   2. Sarana, jenis, jumlah, spesifikasi sarana yang tersedia baik medis dan non medis.
   3. dana, jumlah dan alokasi penggunaan.

b) Standar lingkungan
   1. Garis besar kebijakan yang dipakai sebagai pedoman oleh sarana pelayanan dalam menyelenggarakan kegiatannya.
   2. Struktur dan pola organisasi yang diterapkan oleh sarana pelayanan.
   3. Sistem manajemen yang dianut oleh sarana pelayanan.

c) Standar proses (standar tindakan)
   1. Tindakan medis *(medical prosedure)* yang diselenggarakan oleh sarana pelayanan.
   2. Tindakan non medis.

2) Standar penampilan minimal

Adalah menunjuk pada penampilan pelayanan medis yang masih dapat diterima, terdiri dari :

a) Penampilan aspek medis yaitu kepuasan pasien terhadap pelayanan medis.
b) Penampilan aspek non medis.

(c) Macam-macam Pelayanan Kesehatan

Menurut Azwar (1996, h: 363) Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dibagi dalam empat, yaitu:

1) Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan penduduk (*public health*) pada umumnya menyangkut:

a) Pengendalian penyakit menular (infeksi)
b) Sanitasi
c) Kesehatan ibu dan anak
d) Perawatan kesehatan masyarakat

e) Penyuluhan kesehatan masyarakat
f) Statistik vital (angka kelahiran dan angka kematian)
g) Penetapan kebijaksanaan dan perencanaan kesehatan
h) Pemeliharaan kesehatan
i) Penilaian yang kontinue terhadap masyarakat, ekologi, dan sumberdaya
j) Pengurangan bahaya-bahaya terhadap kesehatan

2) Pelayanan Kesehatan Lingkungan

Program kesehatan lingkungan berhubungan dengan kesehatan masyarakat tetapi lebih daripada kesehatan masyarakat. Kesehatan lingkungan mencakup:

a) Penyediaan air bersih
b) Pengendalian pencemaran
c) Pembuangan sampah
d) Pengendalian insekta dan tikus
e) Sanitasi makanan dan susu
f) Pengendalian pencemaran kebisingan
g) Pengendalian bahaya radiasi
h) Pengawasan perumahan dan tanah
i) Kesehatan kerja

3) Pelayanan Kesehatan Perorangan

Pelayanan kesehatan perorangan biasanya diselenggarakan oleh dokter privat, rumah sakit, balai pengobatan, dan sebagainya. Pelayanan kesehatan perorangan pada umumnya berkaitan dengan:

a) Promosi kesehatan
b) Pencegahan penyakit
c) Penyembuhan dan pengobatan
d) Rehabilitasi adanya pelayanan restoratif dan perlindungan

4) Pelayanan Sosial dan sistem pendidikan

D. SANITASI

1. Pengertian sanitasi

Kata sanitasi berasal dari kata latin “sanus” yang berarti bersih dan sehat (Widyati, 2002, h: 43). Menurut organisasi kesehatan dunia (WHO), sanitasi didefinisikan sebagai pengawasan faktor–faktor dalam lingkungan fisik manusia yang dapat menimbulkan pengaruh yang merugikan terhadap perkembangan jasmani, maka berarti pula suatu usaha untuk menurunkan jumlah penyakit manusia sedemikian rupa sehinga derajat kesehatan yang optimal dapat dicapai. Sedangkan menurut Ehlers dan Steele yang dikutip oleh Sri (1988, h: 1) sanitasi sebagai pencegahan penyakit dengan cara menghilangkan atau mengatur faktor-faktor lingkungan yang berkaitan dalam rantai perpindahan penyakit tersebut.

Selanjutnya menurut Fakultas Kedokteran yang dikutip oleh Galba (1989, h: 25) Sanitasi adalah pencegahan penyakit dengan mengontrol faktor lingkungan yang merupakan salah satu mata rantai penyebaran penyakit. Menurut Widyati sanitasi adalah suatu usaha pencegahan penyakit yang menitikberatkan kegiatan pada usaha kesehatan lingkungan hidup manusia. (2002, h: 14)

Dari beberapa pengertian di atas dapat diambil kesimpulan, bahwa yang dimaksud dengan sanitasi yaitu pencegahan penyakit dengan melakukan pengawasan, menghilangkan atau mengatur faktor–faktor dalam lingkungan fisik manusia yang merupakan salah satu mata rantai penyebaran penyakit sehingga derajat kesehatan yang optimal dapat dicapai.

2. Prinsip Sanitasi

Prinsip sanitasi yaitu bersih secara fisik, bersih secara kimiawi (tidak mengandung bahan kimia yang membahayakan) dan bersih secara mikrobiologis.
(http://pertanian/budidaya_ternak/general/tehnik_kesehatan_ternak.pdf).

3. Manfaat dan Pentingnya Sanitasi

Beberapa manfaat yang dirasakan apabila kita menjaga sanitasi di lingkungan kita, misalnya:

(a) Mencegah penyakit menular
(b) Mencegah kecelakaan
(c) Mencegah timbulnya bau yang tidak sedap
(d) Menghindari pencemaran
(e) Mengurangi jumlah (persentase) sakit
(f) Lingkungan menjadi bersih, sehat, dan nyaman (Widyati, 2002, h: 14).

E. DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT

1. Pengertian Kesehatan Masyarakat

Menurut Winslow yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003, h: 10) bahwa Kesehatan Masyarakat (*Public Health*) adalah Ilmu dan Seni : mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan, melalui "Usaha-usaha Pengorganisasian masyarakat " untuk :

(a) Perbaikan sanitasi lingkungan
(b) Pemberantasan penyakit-penyakit menular
(c) Pendidikan untuk kebersihan perorangan
(d) Pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan.
(e) Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya.

Menurut Ikatan Dokter Amerika yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003, h: 11) Kesehatan Masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat.

Dari pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni dalalm mencegah dan melindungi dari penyakit, memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat misalnya dalam bentuk Perbaikan sanitasi

lingkungan, Pemberantasan penyakit-penyakit menular, Pendidikan untuk kebersihan perorangan, Pengorganisasian pelayanan pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan, Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya.

2. Faktor-faktor Derajat Kesehatan Masyarakat

Untuk dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, banyak hal yang perlu dilakukan. Salah satunya yang dipandang mempunyai peranan yang cukup penting adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan, selain itu Blum yang dikutip oleh Muninjaya (2004, h: 184) menjelaskan empat faktor utama yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan individu/masyarakat, yaitu:

(a) Faktor Perilaku/gaya hidup (*life style*) individu atau kelompok masyarakat.
Faktor ini terutama di Negara berkembang paling besar pengaruhnya terhadap munculnya gangguan kesehatan atau masalah kesehatan di masyarakat. Tersedianya jasa pelayanan kesehatan tanpa disertai perubahan perilaku (peran serta) masyarakat akan mengakibatkan masalah kesehatan tetap potensial berkembang di masyarakat. Perilaku individu atau kelompok masyarakat yang kurang sehat juga akan mempengaruhi pada sektor lingkungan yang memudahkan timbulnya suatu penyakit.

(b) Faktor Lingkungan (sosial ekonomi, fisik, politik)
Lingkungan yang terkendali, akibat sikap hidup dan perilaku masyarakat yang baik akan dapat menekan berkembangnya masalah kesehatan.

(c) Faktor Genetik (keturunan)
Faktor ini paling kecil pengaruhnya terhadap kesehatan perorangan atau masyarakat dibandingkan dengan ketiga faktor yang lain. Pengaruhnya pada status kesehatan perorangan terjadi secara evolutif dan paling sukar dideteksi. Untuk kepentingan kesehatan masyarakat atau keluarga, faktor genetik perlu mendapat perhatian dibidang pencegahan penyakit.

(d) Faktor Pelayanan kesehatan (jenis, cakupan, dan kualitasnya)

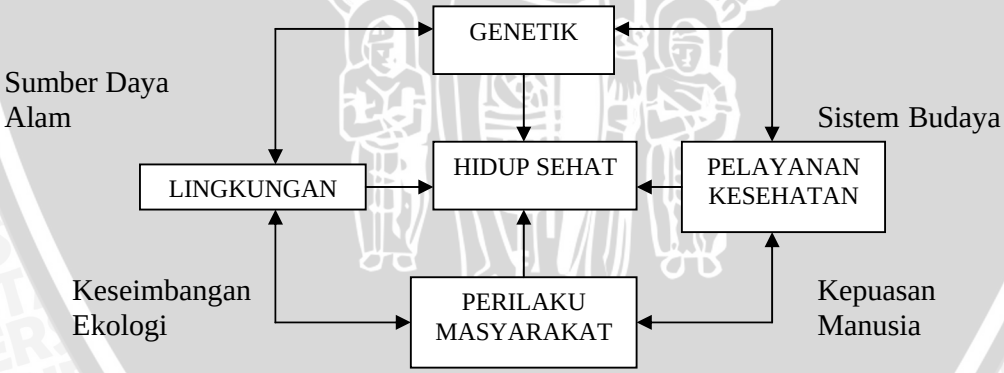
Ketersediaan sarana pelayanan, tenaga kesehatan, dan pelayanan kesehatan yang berkualitas akan berpengaruh pada derajat kesehatan masyarakat. Pengetahuan dan keterampilan petugas kesehatan yang diimbangi dengan kelengkapan sarana/prasarana, dan dana akan menjamin kualitas pelayanan kesehatan. Pelayan seperti ini akan mampu mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan yang berkembang di suatu wilayah atau kelompok masyarakat.

Paradigma hidup sehat dapat dilihat pada bagan 4, halaman 38.

3. Indikator Derajat Kesehatan Masyarakat

Menurut Kepmen Kesehatan No 1202/Menkes/Sk/VII/2003 tentang indikator indonesia sehat 2010 dan pedoman penetapan indikator provinsi sehat dan kabupaten/kota disebutkan bahwa Indikator derajat kesehatan meliputi, lihat pada tabel 1 halaman 38:

Bagan: 3
Paradigma Hidup Sehat



Sumber: H.L. Blum yang dikutip oleh Muninjaya, 2004, h: 185

Tabel 1
Indikator derajat kesehatan

INDIKATOR	TARGET 2010
MORTALITAS:	
1. Angka kematian bayi per-1000 kelahiran hidup	40
2. Angka kematian balita per-1000 kelahiran hidup	58
3. Angka kematian ibu melahirkan per-1000 kelahiran hidup	150
4. Angka harapan hidup waktu lahir	67,9
MORBIDITAS	
1. Angka kesakitan malaria per-1000 penduduk	5
2. Angka kesembuhan penderita TB Paru BTA+	85
3. Prevalensi HIV (presentase kasus terhadap penduduk berisiko)	0,9
4. Angka ”Acute Flaccid Paralysis”(AFP) pada anak usia <15 tahun per-100.000 anak	0,9
5. Angka kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) per-100.000 penduduk.	2
STATUS GIZI	
1. Persentase balita dengan gizi buruk.	15
2. Persentase kecamatan bebas rawan gizi	80

Sumber: Kepmen Kesehatan No 1202/Menkes/Sk/VII/2003

BAB III
METODE PENELITIAN

A. JENIS PENELITIAN

Penelitian merupakan suatu cara atau tata kerja yang kita terapkan dal;am upaya pemecahan masalah secara hati-hati, teliti, dan mendalam berdasarkqan bukti-bukti yang pasti meyakinkan (Siswantoro, 2005, h: 54). Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan metode kualitatif. Kountur (2004, h: 105) memberikan pengertian mengenai penelitian deskriptif yaitu jenis penelitian yang memberikan gambaran atau uraian atas suatu keadaan sejelas mungkin tanpa ada perlakuan terhadap obyek yang diteliti. Sedangkan ciri-ciri penelitian deskriptif adalah:

1. Berhubungan dengan keadaan yang terjadi saat itu
2. Menguraikan satu variabel saja atau beberapa variabel namun di uraikan satu persatu
3. Variabel yang diteliti tidak di manipulasi (Kountur, 2004, h: 105)

Sedangkan metode kualitatif dilakukan dengan metode pencatatan atas pengamatan fakta yang berhasil dilihat. Metode dapat diartikan sebagai prosedur atau tata cara yang sistematis yang dilakukan seorang peneliti dalam upaya mencapai tujuan seperti memecahkan masalah atau menguak kebenaran atas fenomena tertentu (siswantoro, 2005, h: 55).

Bogdan dan Tailor yang dikutip oleh Moleong (2007, h: 4) mendefinisikan metode kualitatif sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan pelaku yang dapat diamati.

Sedangkan menurut Kirk dan Miller yang dikutip oleh Moleong (2007, h: 4) bahwa penelitian kualitatif adalah tradisi tertentu dalam ilmu pengetahuan sosial yang secara fundamental bergantung pada pengamatan manusia dalam kawasannya sendiri dan berhubungan dengan orang-orang tersebut dalam bahasannya dan dalam peristilahannya**.**

Jenis penelitian deskriptif dengan metode kualitatif digunakan dalam penelitian ini dengan tujuan supaya mengetahui dan mengungkapkan fakta tentang pelayanan kesehatan dalam hal penyediaan prasarana sanitasi yang

dilaksanakan di Puskesmas Dinoyo Kecamatan Lowokwaru. Penyajiannya adalah dalam bentuk penggambaran, penguraian dan penarikan kesimpulan dari data yang telah dikumpulkan menjadi sebuah bentuk tulisan yang sistematis.

B. FOKUS PENELITIAN

Menurut Moleong (2007, h: 94), ada dua tujuan penentuan fokus suatu penelitian antara lain:

1. Penetapan fokus membatasi studi yang berarti bahwa dengan adanya fokus, penentuan tempat penelitian menjadi layak.
2. Penentuan fokus secara efektif menetapkan kriteria inklusi-eksklusi untuk menyaring informasi yang mengalir masuk. Sehingga, bagi peneliti, penetapan fokus ini akan mempermudah penelitian dalam mengumpulkan data.

Sehubungan dengan topik penelitian maka peneliti memberi fokus pada penelitian ini sebagai berikut:

1. Responsivitas dapat dilihat dari indikator responsivitas dan Prinsip-prinsip responsivitas. Indikator responsivitas terdiri dari:
   (a) Terdapat tidaknya keluhan dari pengguna jasa selama satu tahun terakhir
   (b) Sikap aparat birokrasi dalam merespons keluhan dari pengguna jasa

   Sedangkan prinsip responsivitas terdiri dari:
   (a) Prinsip Akses
   (b) Prinsip Pilihan
   (c) Prinsip Informasi
   (d) Prinsip Perbaikan
   (e) Prinsip Keterwakilan
2. Upaya peningkatan responsivitas pelayanan kesehatan Puskesmas Dinoyo bila dilihat dari program-program yang dilaksanakan yang meliputi:
   (a) Program Preventif (upaya pencegahan penyakit)
   (b) Program Promotif (peningkatan kesehatan)

C. LOKASI DAN SITUS PENELITIAN

Lokasi penelitian merupakan tempat atau letak dimana peneliti akan melakukan penelitian. Berdasarkan lokasi penelitian ini peneliti nantinya akan memperoleh data dan informasi yang berkaitan dengan tema, masalah serta fokus penelitian yang ditetapkan. Lokasi dari penelitian ini adalah Puskesmas Dinoyo Kecamatan Lowokwaru Kota Malang.

Situs penelitian adalah saat berlangsungnya atau tempat terjadinya proses pengamatan obyek yang diteliti. Situs dari penelitian ini adalah Kantor Kepala Puskesmas, Kantor Bagian Klinik Sanitasi di Puskesmas Dinoyo Kecamatan Lowokwaru Kota Malang.

D. SUMBER DATA

Semua data diperoleh melalui sumber dokumentasi merupakan informasi yang dapat dijadikan narasumber data, karena dianggap menguasai bidang permasalahan dan berhubungan erat dengan pelaksana seluruh kegiatan untuk mempermudah penyelesaian masalah dalam penelitian ini. Menurut Lofland dan Lofland yang dikutip oleh Moleong (2007, h: 157), sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah kata-kata dan tindakan. Selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain.

Jenis dan sumber data ada dua, yaitu:

1. Data Primer

   Data primer yaitu data yang diperoleh secara langsung pada saat kita melakukan penelitian, sumber data yang diperoleh secara langsung dari orang-orang atau responden yang secara sengaja dipilih untuk memperoleh data-data atau informasi yang ada relefansinya dengan permasalahan penelitian. Adapun yang menjadi data primer dalam penelitian ini yaitu:

   (a) Informan
      a) Kepala Puskesmas Dinoyo
      b) Kepala Bagian Klinik Sanitasi Puskesmas Dinoyo
      c) Masyarakat

   (b) Peristiwa
      a) Kondisi di lapangan

2. Data Sekunder

   Data sekunder adalah data yang mendukung data primer, yang berupa catatan-catatan resmi, laporan-laporan, dokumen, arsip-arsip yang ada di Puskesmas Dinoyo.

E. TEKNIK PENGUMPULAN DATA

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan beberapa teknik pengumpulan data sebagai berikut:

1. Wawancara (*Interview*).

   Menurut Moleong (2007, h: 186) wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu. Percakapan dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara (yang mengajukan pertanyaan) dan terwawancara (yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu). Dalam wawancara, persoalan yang ditanyakan adalah seputar permasalahan Sanitasi.

2. Observasi

   adalah pengamatan dan pencatatan yang sistematis terhadap gejala-gejala yang diteliti (Usman dkk, 2003, h: 54). Dimana yang diteliti adalah keadaan dan kenyataan yang sebenarnya dan untuk memperoleh jawaban permasalahan yang dihadapi instansi tersebut.

3. Dokumentasi.

   Adalah pengambilan data yang diperoleh melalui dokumen-dokumen (Usman dkk, 2003, h: 73). Dokumentasi merupakan salah satu metode untuk mengumpulkan informasi dan memperoleh data sekunder daerah penelitian yang berupa data-data tertulis seperti dokumen-dokumen, arsip-arsip, khususnya yang berkaitan dengan permasalahan penelitian.

F. INSTRUMEN PENELITIAN

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk memperoleh atau mengumpulkan data dalam rangka memecahkan masalah dan mencapai tujuan penelitian. Menurut Moleong (2007, h: 168), kedudukan peneliti dalam penelitian kualitatif cukup rumit, karena ia sekaligus sebagai perencana,

pelaksana, pengumpul data, analisis, penafsir data, dan pada akhirnya menjadi pelopor hasil penelitian.

Sehubungan dengan hal di atas, maka instrumen penelitian untuk mendapatkan data dan informasi yang digunakan dalam penelitian ini yaitu:

1. Peneliti sendiri.

   Yaitu dengan mengamati fenomena-fenomena dan wawancara dengan kelompok sasaran yang berkaitan dengan fokus penelitian.

2. Pedoman wawancara (*interview guide*).

   Yaitu berupa materi atau poin-poin yang menjadi dasar dan acuan dalam melakukan wawancara dengan narasumber. Digunakannya pedoman wawancara dimaksudkan agar wawancara yang dilakukan benar-benar memperoleh informasi yang dibutuhkan dan sesuai dengan topik penelitian yang telah ditetapkan.

3. Catatan lapangan (*field note*).

   Yaitu catatan dilapangan untuk mencatat hasil wawancara dan pengamatan selama melakukan penelitian.

4. Instrumen penelitian lainnya

   Seperti buku-buku catatan, alat tulis, tape recorder, dan lain-lain.

G. ANALISIS DATA

Menurut Moleong (2007, h: 280) Analisis data adalah proses mengorganisasikan dan mengurutkan data kedalam pola, kategori, dan satuan uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesis kerja seperti yang disarankan oleh data.

Analisis data kualitatif menurut Bogdan dan Biklen yang dikutip oleh Moleong (2007, h: 248), adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, mengorganisasikan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola mensintesiskannya, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain.

Dalam penelitian ini data yang diperoleh akan dianalisis dan diinterpretasikan dimana data yang digunakan adalah analisa kualitatif yang

menurut Miles dan Huberman diterjemahkan oleh Rohidi (1992, h: 16) bahwa analisa data terdiri dari tiga alur kegiatan, yaitu:

1. Reduksi data (Data *reduction*)

   Adalah data lapangan diuraikan dalam uraian atau laporan yang lengkap dan terinci. Laporan lapangan akan direduksi, dirangkum, dipilih hal-hal pokok, difokuskan pada hal-hal yang penting kemudian dicari tema atau polanya.

2. Penyajian data (Data *display*)

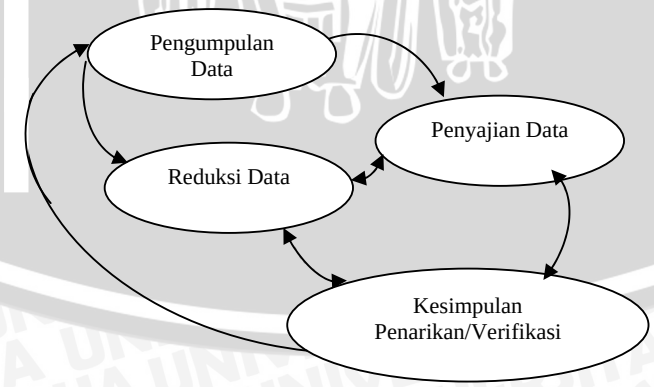
   Adalah berupa sekumpulan informasi tersusun memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan, dengan melihat penyajian data, kita dapat memahami apa yang sedang terjadi dan apa yang harus dilakukan.

3. Menarik kesimpulan atau verifikasi (*Conclusion/Verification*)

   Adalah peneliti berusaha untuk menggambarkan dari data yang disimpulkan yang dituangkan dalam kesimpulan yang bersifat entatif.

Dalam analisa kualitatif, maka analisa data nantinya akan lebih banyak didominasi oleh kata-kata dan data yang berupa angka-angka. Meskipun demikian hal ini tidak menutup kemungkinan dikumpulkannya tabel maupun gambar grafik untuk mendukung kelengkapan data.

Bagan: 4
Komponen Analisis Data: Model Interaktif



Sumber: Miles dan Huberman, diterjemahkan oleh Rohidi, 1992, h: 20

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL

1. Gambaran Umum Puskesmas Dinoyo

(a) Sejarah Berdirinya Puskesmas di Indonesia

Puskesmas berasal dari *Primary Health Care* (PHC) yang pertama kali lahir di Inggris pada tahun 1920. Di Indonesia sejarah puskesmas di mulai pada tahun 1951 bersamaan dengan Bandung Plan. Pada tahun 1986 dalam rapat kerja nasional Departemen Kesehatan Republik Indonesia, gagasan-gagasan baru dimunculkan untuk merealisasikan puskesmas yang sempat berhenti sejak tahun 1951.

Sebagai kelanjutan rapat kerja tersebut disusunlah apa yang disebut dengan "*Plan of Action for Strengthening of National Health Service in Indonesia*" sebagai dokumen yang ditandatangani antara pemerintah Indonesia, WHO serta UNICEF. Dari Master Plan tersebut dikenal empat tipe puskesmas, yaitu:

1) Puskesmas tingkat desa/kelurahan yang dikenal denagn pos kesehatan
2) Puskesmas tingkat kecamatan
3) Puskesmas pembina ditingkat kawedanan
4) Puskesmas tingkat Kabupaten/Kota

Selanjutnya landasan puskesmas makin mendekati sempurna sesuai dengan hasil rapat kerja yang berkembang sebagai berikut:

1) Rapat Kerja Kesehatan Nasional III tahun 1970 menghasilkan kerja puskesmas sebagaimana di atas tadi
2) Landasan puskesmas berdasarkan seminar *Health Management* di Celoto tahun 1972 yang menghasilkan konsep-konsep sebagai berikut:
   a) Luas area suatu kecamatan menjadi wilayah hukum puskesmas
   b) Usaha-usaha pokok kesehatan yang harus diterapkan adalah *Basic Seven* WHO yaitu tujuh pelayanaan pokok kesehatan
   c) Tenaga-tenaga inti puskesmas mengandalkan tenaga bidan dan mantri yang sudah ada, karena pada saat itu tenaga dokter masih belum menjangkau kecamatan.

3) Berlandaskan pada Pelita II (1974-1979) konsep puskesmas lebih terarah dan ternecana serta adanya dukungan anggaran dari pemerintah. Didalam Pelita II telah ditetapkan ketentuan-ketentuan yang menyangkut puskesmas, sebagai berikut:
   a) Tiap-tiap kecamatan diharapkan mempunyai satu puskesmas
   b) Kegiatan-kegiatan puskesmas diperluas dengan kegiatan diluar gedung puskesmas
   c) Penempatan personil khususnya tenaga dokter sebagai pimpinan puskesmas
4) Pengembangan puskesmas berlandaskan pada Pelita III (1979-1984) mulai agak cerah berkat stabilitas nasional yang mantap serta dukungan anggaran pemerintah yang semakin meningkat. Dalam Pelita III dikenal dengan adanya Inpres puskesmas dan puskesmas yang dikembangkan sebagai berikut:
   a) Pembentukan puskesmas baru berlandaskan kepada orientasi jumlah penduduk yaitu satu kecamatan dengan penduduk lebih dari 30.000 jiwa akan didirikan puskesmas baru
   b) Puskesmas itu akan dibantu oleh dua sampai lima puskesmas pembantu yang letaknya di Desa
   c) Bagi penduduk yang sulit dijangkau akan dibuka pos pelayanan kesehatan yang akan mengadakan pelayanan sewaktu-waktu dan didukung oleh puskesmas keliling
5) Selanjutnya dalam Pelita IV dimana setiap puskesmas akan melayani sekitar 30.000 penduduk, sedangkan kecamatan yang luas dapat mempunyai lebih dari satu puskesmas
6) Dalam Pelita V sejumlah puskesmas memerlukan perbaikan dan peningkatan fungsi karena meningkatnya permintaan akan pelayanan kesehatan yang bermutu. Disamping itu ada beberapa daerah yang memerlukan penambahan puskesmas karena meningkatnya jumlah penduduk
7) Sasaran pembangunan kesehatan berikutnya adalah terselenggaranya pelayanan kesehatan yang makin bermutu

Puskesmas memberikan pelayanan kesehatan. Adapun jenis pelayanan kesehatan yang diberikan meliputi:

1) Pelayanan upaya pencegahan (preventif)
2) Pelayanan pengobatan (kuratif)
3) Pelayanan peningkatan kesehatan (promotif)
4) Pelayanan pemulihan kesehatan (rehabilitatif)

Semua jenis pelayanan yang diberikan kepada masyarakat tidak membedakan jenis kelamin, umur, pekerjaan, status sosial ekonomi, dan sebagainya.

Sebelum adanya puskesmas, pelayanan kesehatan dalam satu wilayah kecamatan disediakan Balai Pengobatan, BKIA (Balai Kesehatan Ibu dan Anak), Usaha Hygiene dan Sanitasi Lingkungan, Pemberantasan Penyakit Menular, dan sebagainya. Usaha tersebut masing-masing bekerja sendiri-sendiri dan langsung bertanggungjawab pada Dinas Kesehatan Daerah Tingkat II.

Dengan adanya puskesmas yang menciptakan sistem pelayanan kesehatan, maka berbagai kegiatan pokok kesehatan dapat dilaksanakan dibawah satu koordinasi dan satu pimpinan.

(b) Sejarah Berdirinya Puskesmas Dinoyo

Puskesmas Dinoyo berdiri pada tahun 1965 yang dimulai dengan berdirinya BKIA, semakin luasnya bidang kerja yang harus ditangani (dari layanan kesehatan Ibu dan Anak menjadi layanan kesehatan untuk masyarakat umum), sampai pada tahun 1974 berubah menjadi Balai Pengobatan untuk Kecamatan Klojen. Pada tahun 1978 berubah menjadi Puskesmas Dinoyo yang terletak di Jalan MT. Haryono nomor 131 Kecamatan Lowokwaru Kota Malang, dengan luas tanah 189m^2 dan luas bangunan 440m^2. Pada tahun 1999, BKIA Dinoyo Kota Malang pindah lokasi ke Jalan MT. Haryono IX/13 Kelurahan Dinoyo Kecamatan Lowokwaru Kota Malang dan berubah namanya menjadi Pusat Kesehatan Masyarakat atau yang biasanya disingkat dengan Puskesmas Dinoyo.

Puskesmas Dinoyo Kota Malang adalah Puskesmas milik Pemerintah Kota Malang yang berada dibawah naungan Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Malang yang merupakan salah satu lembaga yang bergerak dibidang pelayanan kesehatan masyarakat. Program kerja pokok yang dilakukan oleh Puskesmas Dinoyo adalah pelayanan kesehatan Ibu dan Anak. Pada waktu itu ketenagaan dan fasilitas yang dimiliki masih sangat terbatas dan ruang keperawatan yang dimiliki hanya ruang KIA dan ruang bersalin.

(c) Visi, Misi, dan Motto

Dalam kedudukannya sebagai organisasi di Bidang Kesehatan serta dengan memperhatikan tuntutan kinerja dan kualitas aparatur yang diharapkan dalam era globalisasi maka puskesmas Dinoyo merumuskan visi dan misinya sebagai satu kesatuan. Berdasarkan hal tersebut Puskesmas Dinoyo memerlukan adanya visi yang diharapkan mampu memainkan peran yang menentukan dalam dinamika perubahan lingkungan strategik sehingga dalam mengemban tugas pokok dan fungsinya dapat bergerak maju menuju masa depan yang lebih baik. Visi dan Misi dari Puskesmas Dinoyo adalah :

1) Visi:

   "Masyarakat Mandiri Untuk Hidup Sehat"

2) Misi:

   Guna mewujudkan visi yang telah ditetapkan, maka Puskesmas Dinoyo selanjutnya menjabarkan misinya secara jelas sebagai suatu pernyataan yang menetapkan tujuan dan sasaran yang ingin dicapai. Maka Puskesmas Dinoyo merumuskan misinya sebagai berikut: *"Membuat Rakyat Sehat"*

3) Motto:

   "Kesehatan Anda Adalah Dambaan Kami"

(d) Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo

Dalam melaksanakan sebuah pelayanan seperti pelayanan kesehatan yang ada di Puskesmas Dinoyo, ada batasan-batasan tertentu yang diberikan salah satunya yaitu batasan wilayah kerja. Adapun Luas wilayah kerja Puskesmas Dinoyo adalah 10,37 Km^2 (1.005,79 Ha), terdiri dari 6 kelurahan yaitu:

1) Kelurahan Merjosari
2) Kelurahan Dinoyo
3) Kelurahan Sumbersari
4) Kelurahan Ketawanggede
5) Kelurahan Tunggulwulung, dan
6) Kelurahan Tlogomas

Sedangkan batas-batas wilayah kerja Puskesmas Dinoyo adalah sebagai berikut:

1) Sebelah Utara : Kelurahan Tasikmadu dan Jatimulyo
2) Sebelah Timur : Kelurahan Penanggungan dan Jatimulyo
3) Sebelah Selatan : Kelurahan Gading Kasri/Karang Besuki
4) Sebelah Barat : Kelurahan/desa Jetis Kecamatan Dau

(e) Lingkungan Puskesmas Dinoyo

Puskesmas Dinoyo terletak di bagian barat kota Malang, yang merupakan daerah yang sejuk dan dikelilingi industri keramik Dinoyo yang terkenal akan keindahannya. Selain itu di kawasan ini banyak terdapat perguruan tinggi terkemuka seperti Unibraw, UM, UMM, ITN, UNISMA, UIN, dan perguruan tinggi lainnya. Puskesmas dinoyo terletak di Kelurahan Dinoyo tepatnya pada Jalan MT Haryono IX/13 Malang, merupakan batas sebelah barat Kota Malang dan berjarak $\pm$ 5 Km dari pusat Kota. Umumnya tanahnya subur, terletak pada ketinggian 450-460m diatas permukaan air laut, beriklim tropis, hawanya sejuk dengan temperatur rata-rata 24^0C dengan kelembaban 73%. Jadi, tempat Puskesmas Dinoyo sangat strategis sekali karena mudah dijangkau oleh masyarakat setempat. Selain itu adanya sarana transportasi yang mudah

dijangkau oleh masyarakat setempat. Untuk menuju ke lokasi puskesmas Dinoyo tidaklah susah karena dekat dengan banyak jalur angkot.

(f) Kependudukan

Dari tahun ke tahun jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo semakin bertambah. Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo pada tahun 2007 dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel: 2
Jumlah Penduduk Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo Keadaan Tahun 2007

NO.	KELURAHAN	JUMLAH	JUMLAH KK
1.	Merjosari	13.414 Jiwa	3.589
2.	Dinoyo	10.957 Jiwa	2.510
3.	Sumbersari	9.172 Jiwa	2.775
4.	Ketawanggede	6.158 Jiwa	2.046
5.	Tunggulwulung	6.482 Jiwa	1.266
6.	Tlogomas	13.245 Jiwa	2.882
	Jumlah	59.428 Jiwa	15.068

Sumber: Puskesmas Dinoyo

Dari tabel diatas dapat disimpulkan bahwa jumlah penduduk yang paling banyak terdapat di Kelurahan Merjosari sebesar 13.414 jiwa, sedangkan jumlah penduduk yang paling sedikit terdapat di Kelurahan Ketawanggede yaitu sebesar 6.158 jiwa. Demikian pula halnya dengan jumlah Kepala Keluarga (KK) yang paling banyak terdapat di Kelurahan Merjosari yakni berjumlah 3.589 KK, sedangkan jumlah Kepala Keluarga (KK) yang paling sedikit terdapat di Kelurahan Tunggulwulung yaitu sebesar 1.266 KK.

(g) Pelayanan Yang Tersedia

Berbagai macam pelayanan yang tersedia di Puskesmas Dinoyo untuk memenuhi kebutuhan masyarakat, meliputi:

1) Pelayanan Dasar, terdiri atas:
   (1) Poliklinik Umum;
   (2) Poliklinik KIA; dan
   (3) Poliklinik Gigi.

2) Pelayanan Penunjang, terdiri atas:
   (1) Apotik, Laboratorium;
   (2) Klinik Sanitasi;
   (3) Klinik Gizi;
   (4) Klinik IMS (Infeksi Menular Sexual)/IMAI;
   (5) Klinik KPR (Kesehatan Peduli Remaja);
   (6) Klinik IMAI (Perawatan kronik HIV-AIDS);
   (7) Klinik ILI (Influenza Like Illness).
3) Pelayanan Khusus, terdiri atas:
   (1) Pemeriksaan kesehatan calon jamaah Haji;
   (2) Pemeriksaan kesehatan untuk memperoleh keterangan sehat;
   (3) Immunisasi calon pengantin wanita;
   (4) Pap smear;
   (5) Pengembangan poli Gigi & Ro" foto gigi.

(h) Sarana Pelayanan

Untuk melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan diperlukan sarana penunjang lainnya yang memudahkan masyarakat untuk berobat. Adapun sarana kesehatan yang ada di lingkungan wilayah kerja Puskesmas Dinoyo adalah sebagai berikut:

Tabel: 3
Sarana kesehatan

NO.	SARANA	JUMLAH
1.	Rumah sakit umum	1 buah
2.	Rumah bersalin	1 buah
3.	Puskesmas pembantu	4 buah
4.	Poliklinik swasta	5 buah
5.	Praktik bidan swasta	7 buah
	Jumlah	18 buah

Sumber: Puskesmas Dinoyo

(i) Pegawai di Puskesmas Dinoyo

Untuk memudahkan pelaksanaan dan pengawasan dalam suatu organisasi maka dibutuhkan Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas. Manusia adalah alat utama dalam menggerakkan suatu organisasi. Dengan adanya manusia maka tujuan organisasi akan tercapai. Di Puskesmas Dinoyo terdapat tenaga manusia yang terdiri dari tenaga medis, paramedis perawatan, paramedis non perawatan, pekarya kesehatan, dan non medis (administrasi, rumah tangga, teknik, sopir). Bila dilihat dari segi jenis tenaga, maka dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel: 4
Jumlah Pegawai di Puskesmas Dinoyo Tahun 2008

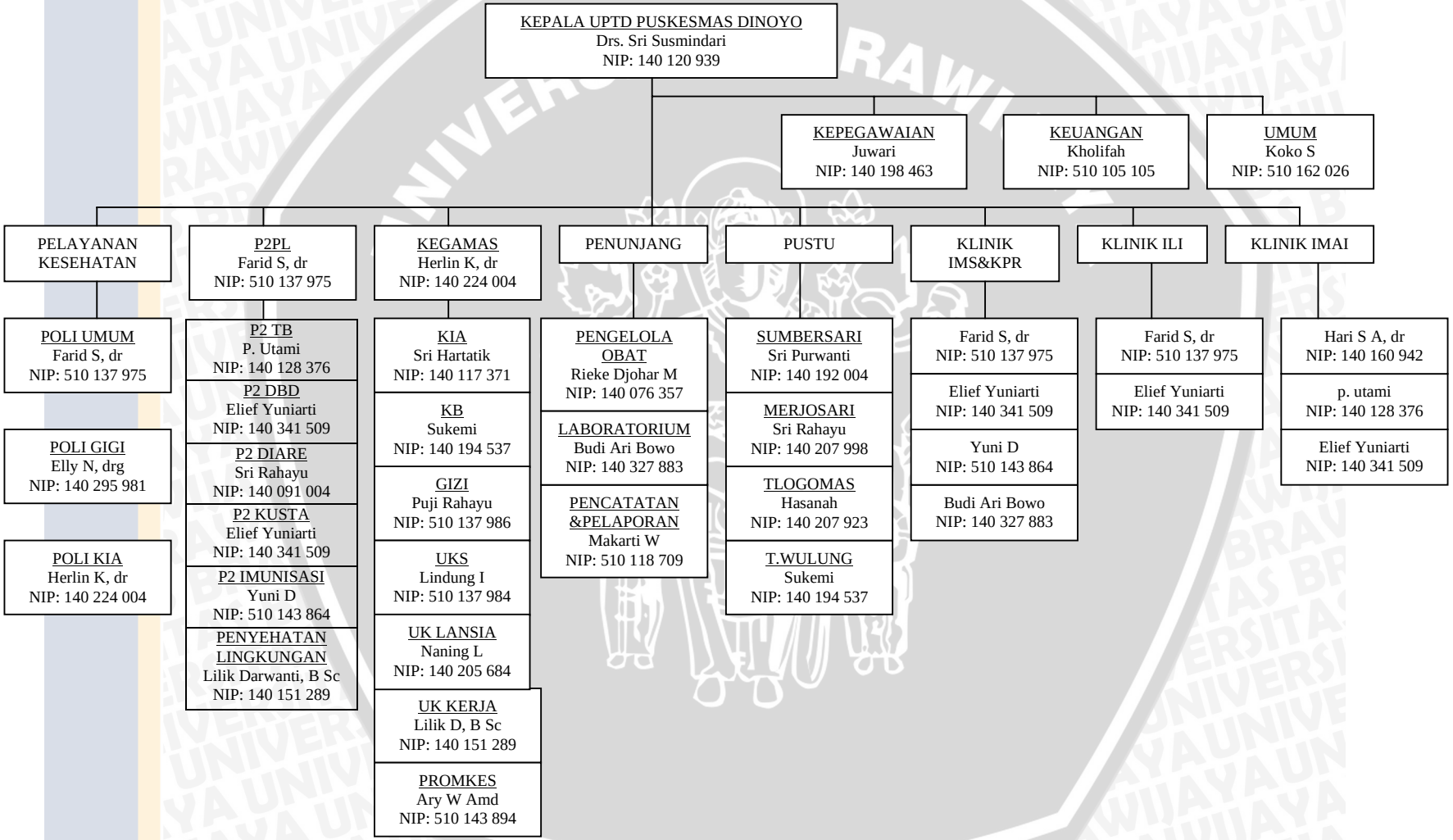
NO.	JABATAN	JUMLAH
1.	Dokter	3 Orang
2.	Dokter gigi	3 Orang
3.	Bidan	5 Orang
4.	Perawat	5 Orang
5.	Perawat gigi	2 Orang
6.	Tekniker gigi	1 Orang
7.	Sanitarian	1 Orang
8.	Petugas gizi	1 Orang
9.	Asisten apoteker	2 Orang
10.	Analis laboratorium	1 Orang
11.	Tenaga administrasi	7 Orang
12.	Sopir, penjaga	1 Orang
	Jumlah	32 Orang

Sumber: Puskesmas Dinoyo

(j) Struktur Organisasi dan tata kerja Puskesmas Dinoyo

Untuk memudahkan kinerja maka organisasi seperti Puskesmas Dinoyo tidak lepas dari yang namanya struktur organisasi. Berikut struktur organisasi Puskesmas Dinoyo:

Gambar:
Struktuk Organisasi Puskesmas Dinoyo



(k) Prosedur Pelayanan Di Puskesmas Dinoyo

Dalam melayani masyarakat, Puskesmas Dinoyo mempunyai mekanisme pelayanan yang harus di laksanakan yaitu:

1) Retribusi pelayanan mengacu pada Peraturan Daerah Kota Malang No 20 Tahun 2005, yakni sebesar Rp 3.000,-.
2) Jam buka loket :

   Senin-Kamis : Jam 07.30 - 12.00 WIB
   Jum'at : Jam 07.30 - 10.00 WIB
   Sabtu : Jam 07.30 - 11.00 WIB
3) Hari buka Puskesmas Pembantu (Pustu) :

   Senin dan Kamis : Pustu Merjosari dan Sumbersari
   Rabu : Pustu Tunggul Wulung dan Tlogomas
4) Pelayanan imunisasi di Puskesmas :

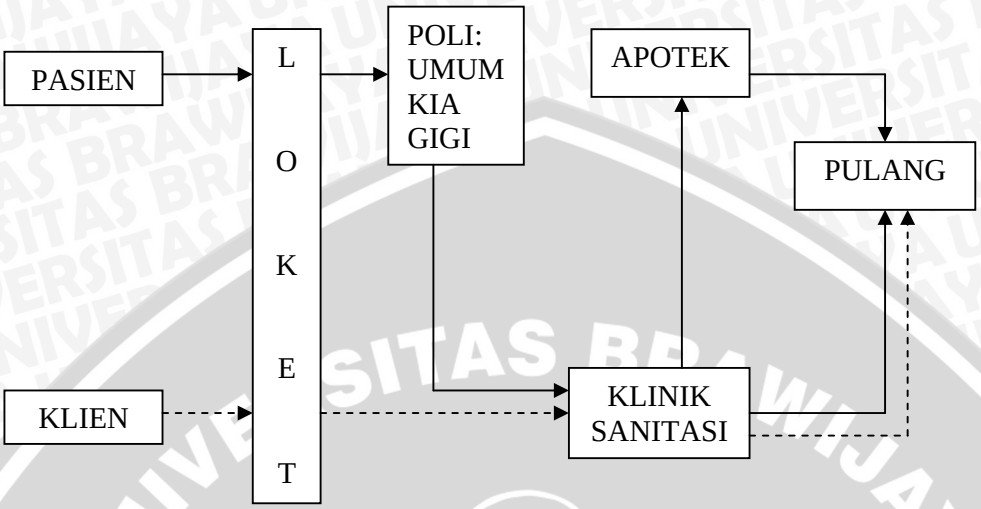
   Hari Senin : Campak & BCG
   Setiap hari : DPT, Polio, Hepatitis, TT

Selain mekanisme pelayanan, ada dua (2) alur pelayanan di Puskesmas Dinoyo yaitu Klinik Sanitasi dan Penyuluhan Pasien.

1) Klinik Sanitasi

   Klinik sanitasi merupakan suatu sarana untuk mengatasi kesehatan masyarakat melalui upaya terintegrasi antara kesehatan lingkungan dan pemberantasan penyakit, dengan bimbingan, penyuluhan dan bantuan teknis dari petugas Puskesmas. Suatu pelayanan terdapat prosedur-prosedur yang harus dilalui oleh pasien/klien. Klinik sanitasi di Puskesmas Dinoyo mempunyai prosedur yang harus dilaksanakan oleh pasien yaitu pertama pasien menuju loket kemudian dilanjutkan ke poli umum kia gigi, atau bisa langsung ke klinik sanitasi, apabila sudah selesai ke klinik sanitasi dialnjutkan ke apotek bila perlu, kemudian prosedur yang terakhir adalah pulang. Untuk lebih jelasnya lihat gambar dibawah ini:

Bagan: 5
Alur Kunjungan Pasien/Klien Klinik Sanitasi Puskesmas Dinoyo



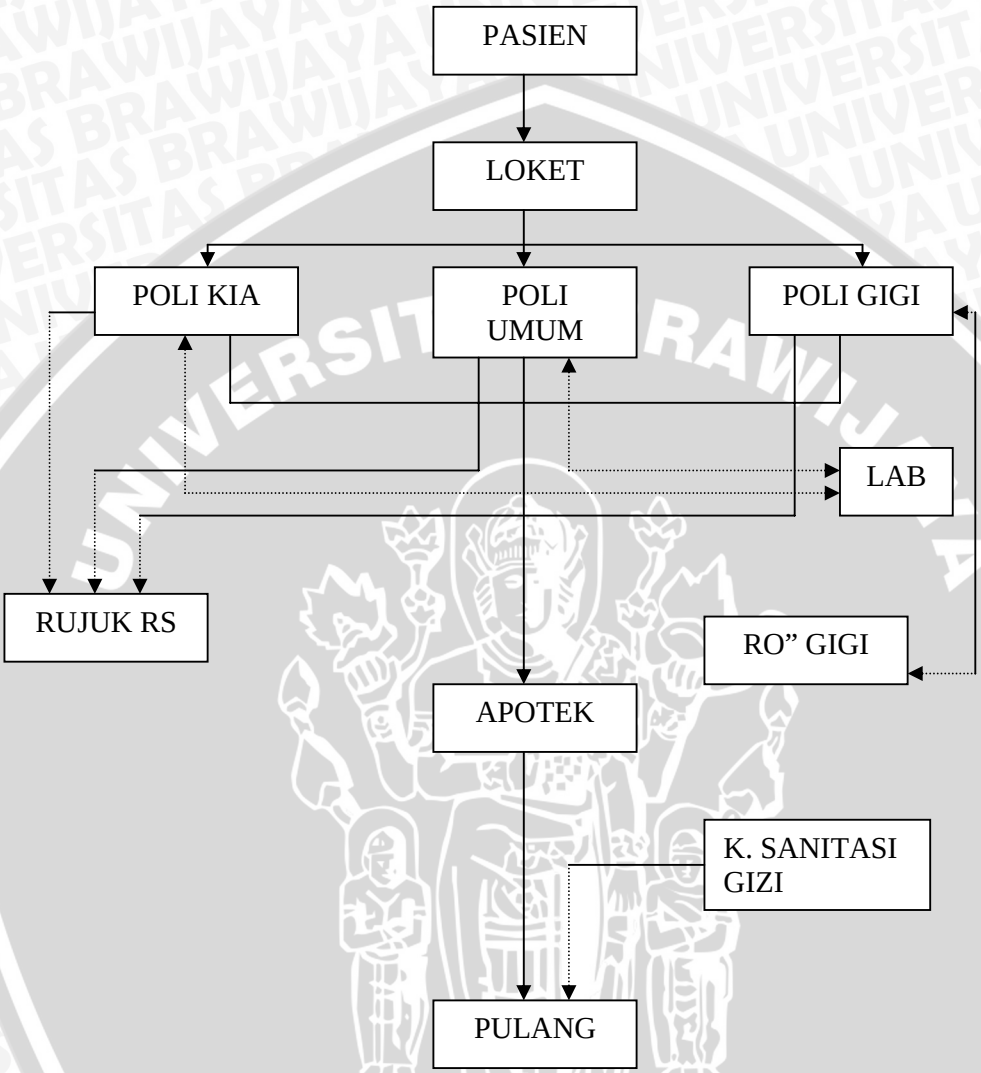
Keterangan:
Hari Pelayanan:
- Senin
- Kamis

Sumber : Puskesmas Dinoyo

2) Penyuluhan Pasien

Tenaga Puskesmas Dinoyo akan melakukan penyuluhan terhadap pasien/masyarakat tentang kesehatan maupun tentang penyakit yang diderita oleh pasien tersebut. Pertama yang dilakukan oleh pasien dalam penyuluhan yaitu pasien menuju loket kemudian dari loket dilanjutkan menuju poli KIA atau poli umum atau poli gigi ataupun klinik sanitasi, sesuai dengan kebutuhan pasien. Bila di poli KIA maka dilanjutkan ke rujukan ke rumah sakit. Bila di poli umum maka bisa dilanjutkan ke rujukan ke rumah sakit seperti di poli KIA dan bisa juga ke apotek kemudian bisa langsung pulang. Untuk poli gigi bisa dilanjutkan rujukan ke rumah sakit dan bisa di Ro'Gigi. Untuk lebih jelasnya adapun alur penyuluhan pasien adalah sebagai berikut:

Bagan: 6
Alur Penyuluhan Pasien



Keterangan:
Calon Jamaah Haji, CPNS, Beasiswa, Nikah, Melamar Pekerjaan, dll → Langsung Poli Umum

Sumber: Puskesmas Dinoyo

2. Responsivitas Pelayanan Kesehatan Terhadap Sanitasi Bila Dilihat Dari Indikator Responsivitas dan Prinsip Responsivitas

(a) Indikator Responsivitas

1) Terdapat tidaknya keluhan dari pengguna jasa

Untuk mengetahui bagaimana pelayanan tersebut sudah memuaskan bagi masyarkat/pengguna jasa adalah dengan cara salah satunya yaitu ada atau tidak keluhan dari masyarkat/pengguna jasa. Di Puskesmas Dinoyo khususnya di klinik sanitasi selama ini belum ada keluhan dari masyarakat, hal ini dibuktikan dari hasil wawancara dengan salah satu masyarakat:

"pelayanan yang selama ini saya terima sangat baik dan mudah untuk diterapkan dalam kehidupan sehari-hari bahkan saya justru kangen, kapan ada penyuluhan lagi mengenai kesehatan sanitasi karena sudah lama tidak ada kegiatan penyuluhan lagi dan pegawainya ramah dan sopan" (hasil wawancara pada tanggal 17 Desember 2008).

Hal senada juga dikatakan oleh petugas sanitarian yaitu Bu Lilik:

"selama ini saya tidak pernah menerima keluhan dari masyarakat baik dari kotak pengaduan maupun secara langsung, justru masyarakat bertanya kepada saya, kapan diadakan kegiatan penyuluhan lagi, karena keterbatasan biaya maka kami tidak bisa melakukan kegiatan penyuluhan sesuai dengan target yang kami inginkan" (hasil wawancara pada tanggal 17 Desember 2008).

2) Sikap aparat birokrasi dalam merespons keluhan dari pengguna jasa

Karena tidak ada keluhan dari masyarakat mengenai pelayanan sanitasi, maka aparat birokrasi tidak pernah merespons keluhan dari pengguna jasa. Kalaupun ada keluhan dari masyarakat mengenai pelayanan sanitasi yang diberikan, menurut hasil wawancara dengan Kepala Puskesmas Bu Sri:

"bila ada keluhan dari masyarakat mengenai pelayanan sanitasi yang diberikan maka kami akan mengadakan musyawarah dengan perwakilan dari masyarakat untuk membahas keluhan serta mencari solusi yang terbaik" (hasil wawancara pada tanggal 17 Desember 2008).

Dari pernyataan diatas, maka dapat dikatakan bahwa Pegawai Puskesmas dinoyo berusaha untuk tanggap terhadap keluhan dari

masyarakat dan berusaha supaya tidak ada keluhan yang timbul dari masyarakat dengan meningkatkan pelayanan sanitasi.

(b) Prinsip Responsivitas

1) Prinsip akses

Semua lapisan masyarakat harus memilih akses yang sama terhadap produk layanan barang dan jasa yang diberikan oleh organisasi publik. Dalam hal sarana sanitasi terdapat beberapa sarana yang disediakan oleh pemerintah sehingga akses mudah dijangkau oleh pengguna, disini penggunanya adalah masyarakat/konsumen, seperti disediakannya jamban umum, tempat pembuangan sampah umum, saluran air limbah. Akses sanitasi tersebar di enam kelurahan yang menjadi wilayah kerja Puskesmas Dinoyo. Untuk lebih jelasnya tentang akses sarana sanitasi di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo , lihat pada tabel dibawah ini:

Tabel: 5
Jumlah Akses Sarana Air Bersih Di Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo

NO	KELURAHAN	JENIS SARANA		
		Perpipaan (non PDAM)	SPT Dangkal/Dalam	Sumur Gali/ABT Perpipaan
1.	Merjosari	2 Buah	2 Buah	1289 Buah
2.	Dinoyo		38 Buah	190 Buah
3.	Sumbersari		137 Buah	518 Buah
4.	Ketawanggede		154 Buah	46 Buah
5.	Tunggulwulung		15 Buah	1046 Buah
6.	Tlogomas		37 Buah	1598 Buah
	Jumlah	2 Buah	383 Buah	4687 Buah

Sumber: Puskesmas Dinoyo

Dari tabel diatas dapat disimpulkan bahwa jumlah akses untuk sarana air bersih yang paling banyak adalah sarana jenis Sumur Gali/ABT Perpipaan yang berjumlah 4.687 buah sedangkan jenis perpipaan (non PDAM) di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo sangat minim sekali yakni hanya 2 (dua) buah saja yang terdapat pada Kelurahan Merjosari, padahal jumlah penduduk sangat banyak sekali. Sehingga antara

jumlah penduduk dengan jumlah akses yang disediakan tidak seimbang. Untuk Akses Sarana Air Bersih jenis SPT Dangkal/Dalam berjumlah 383 Buah, dimana Kelurahan Ketawanggede yang paling banyak jumlah aksesnya yaitu berjumlah 154 Buah, sedangkan yang paling sedikit aksesnya yaitu pada Kelurahan Merjosari yaitu berjumlah 2 Buah saja.

Berikutnya yaitu tabel akses untuk sarana SPAL Sarana Pembuangan Air Limbah:

Tabel: 6
Jumlah Akses Sarana Pembuangan Air Limbah (Drainase, Riol, Got, Sungai, Resapan)Di Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo

NO	KELURAHAN	JUMLAH SPAL
1.	Merjosari	510 Buah
2.	Dinoyo	664 Buah
3.	Sumbersari	760 Buah
4.	Ketawanggede	240 Buah
5.	Tunggulwulung	174 Buah
6.	Tlogomas	577 Buah
	Jumlah	2.925 Buah

Sumber: Puskesmas Dinoyo

Dari tabel diatas dapat disimpulkan bahwa jumlah akses SPAL (Sarana Pembuangan Air Limbah) di Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo cukup banyak jumlahnya yaitu 2.925 buah, sehingga masyarakat mudah untuk menikmati sarana yang disediakan.

Tabel: 7
Jumlah Akses Sarana Sampah Di Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo

NO	KELURAHAN	TPS Umum
1.	Merjosari	2 Tempat
2.	Dinoyo	1 Tempat
3.	Sumbersari	1 Tempat
4.	Ketawanggede	1 Tempat
5.	Tunggulwulung	1 Tempat
6.	Tlogomas	1 Tempat
	Jumlah	7 Tempat

Sumber: Puskesmas Dinoyo

Dari tabel diatas dapat disimpulkan bahwa jumlah akses sarana Tempat Pembuangan Sampah (TPS) umum Di Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo sebanyak 7 tempat, dengan jumlah sebanyak itu maka masyarakat tiap kelurahan dapat dengan mudah membuang sampah mereka ke Tempat Pembuangan Sampah (TPS) umum dengan dikoordinir tiap RT/RW setempat. Selain tempat pembuangan sampah umum, ada tempat sampah yang terbuat dari tong-tong yang diletakkan di depan rumah warga yang kemudian diambil oleh pengumpul sampah dengan menggunakan gerobak. Tiap rumah ditarik Rp. 2.000,- tiap bulan untuk fasilitas sarana sampah.

Sedangkan untuk akses jamban umum sudah tidak ada karena hampir setiap rumah sudah mempunyai jamban sendiri. Hal ini dibuktikan dari data yang didapatkan oleh peneliti. Bahwa dari 14672 rumah yang ada di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo, yang mempunyai jamban berjumlah 13.859 rumah, berarti yang tidak memepunyai jamban berjumlah 813 rumah.

Tabel: 8
Jumlah Akses Sarana Limbah Domestik dengan Septick Tank
Di Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo

NO	KELURAHAN	JAMBAN DENGAN SEPTICK TANK
1.	Merjosari	3.008 Buah
2.	Dinoyo	2.156 Buah
3.	Sumbersari	3.212 Buah
4.	Ketawanggede	1.818 Buah
5.	Tunggulwulung	1.003 Buah
6.	Tlogomas	2.662 Buah
	Jumlah	13.859 Buah

Sumber: Puskesmas Dinoyo

Dari tabel diatas dapat disimpulkan bahwa jumlah akses untuk sarana Limbah Domestik dengan Septick Tank sebanyak 13.859 buah, dengan jumlah sebanyak itu masyarakat dapat dengan mudah untuk membuang limbah domestik mereka.

Akses yang mudah dijangkau sangat penting karena masyarakat menginginkan sebuah pelayanan yang mudah dijangkau. Hal senada di sampaikan oleh salah satu warga, berdasarkan hasil wawancara menyebutkan bahwa:

"akses sarana air bersih, sampah, Sarana Pembuangan Air Limbah (SPAL), dan limbah domestik mudah dijangkau karena tempatnya yang strategis yang dekat dengan pemukiman warga. Sedangkan retribusi untuk sampah juga murah sesuai dengan kondisi ekonomi masyarakat setempat" (hasil wawancara pada tanggal 1 desember 2008)

2) Prinsip Pilihan

Dalam pemberdayaan masyarakat ada beberapa pilihan yang diberikan dalam hal pilihan teknologi yang digunakan. Pilihan tersebut dituangkan dalam bentuk pilihan yang diinformasikan *(informed choice)*, yang mencakup aspek teknis, lingkungan, pembiayaan, sosial budaya, serta bentuk kelembagaan. Sehingga sesuai dengan kondisi geografis, sosial budaya, dan ekonomi masyarakat dan pemerintah daerah itu sendiri. Adapun bentuk pilihan teknologi yang disediakan misalnya dalam bentuk teknologi jamban/pembuangan limbah domestik dapat dilihat pada gambar dibawah ini:

Gambar: 1
Model Jamban

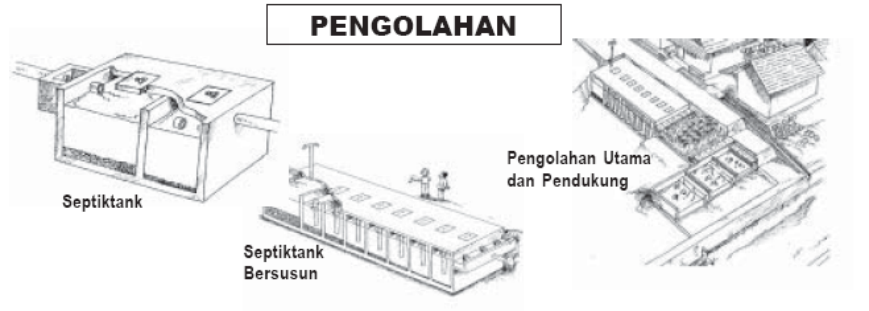
Sumber: Dokumentasi

Dari beberapa jenis toilet seperti gambar diatas, menurut Bu Lilik selaku pegawai sanitarian mengatakan bahwa:

"Sebagian besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo memilih jenis WC sentor di dalam rumah karena dianggap lebih mudah dijangkau sehingga tidak repot untuk keluar rumah dan mudah untuk merawatnya. Sedangkan masyarakat yang menggunakan wc sentor di luar rumah sudah mulai jarang kelihatan". (hasil wawancara pada tanggal 8 Oktober 2008).

Sedangkan bentuk pilihan teknologi untuk pengolahan limbah domestik dapat dilihat pada gambar dibawah ini:

Gambar: 2
Model Pengolahan Limbah Domestik



Sumber: Dokumentasi

Dari beberapa jenis pengolahan hasil limbah domestik seperti gambar diatas, menurut Bu Lilik selaku pegawai sanitarian mengatakan bahwa:

"Sebagian besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo lebih memilih menggunakan septiktank dengan sistem serapan dalam pengolahan limbah domestik karena tidak menimbulkan bau yang menggangu masyarakat dan tidak menimbulkan bibit penyakit". (hasil wawancara pada tanggal 8 Oktober 2008)

Sedangkan bentuk pilihan teknologi untuk pemipaan saluran air limbah dapat dilihat pada gambar dibawah ini:

Gambar: 3
Model Pemipaan Saluran Air Limbah

Sumber: Dokumentasi

Dari beberapa jenis saluran pemipaan limbah domestik seperti gambar diatas, menurut Bu Lilik selaku pegawai sanitarian mengatakan bahwa:

"Sebagian besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo lebih memilih menggunakan sistem pemipaan kombinasi dari pada menggunakan saluran terbuka dan sistem kondominial karena lebih praktis, tidak menimbulkan bibit penyakit karena salurannya lewat pemipaan, bila menggunakan saluran terbuka akan mudah tumbuh bibit penyakit seperti nyamuk demam berdarah selain itu dapat menimbulkan bau yang tidak sedap dan tidak enak dipandang, saluran terbuka biasanya digunakan oleh masyarakat yang rumahnya dekat sungai sehingga air limbahnya langsung dibuang di sungai". (hasil wawancara pada tanggal 8 Oktober 2008).

Sedangkan bentuk pilihan teknologi untuk pembuangan limbah domestik dapat dilihat pada gambar dibawah ini:

Gambar: 4
Model Pembuangan Limbah Domestik

Sumber: Dokumentasi

Dari beberapa jenis model pembuangan limbah domestik seperti gambar diatas, menurut Bu Lilik selaku pegawai sanitarian mengatakan bahwa:

"Sebagian besar masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo lebih memilih menggunakan sistem dibuang dengan truk tinja karena lebih praktis dan tidak menimbulkan bau yang tidak sedap, ini biasanya dilakukan oleh masyarakat perkotaan karena terbatasnya lahan yang di miliki, selain dengan menggunakan sistem truk tinja bisa dilakukan dengan serapan, dimana dalam pembuatan septicktank itu seperti membuat lubang kemudian ditutup dengan beton. Sedangkan di pinggiran kota seperti di Kelurahan Tlogomas masyarakatnya lebih memilih membuang limbah domestik dengan dibuang langsung kesungai karena minimnya kesadaran masyarakat tentang kesehatan". (hasil wawancara pada tanggal 8 Oktober 2008).

Dalam sistem pengelolaan sampah menggunakan sistem pengelolaan individu secara tidak langsung yaitu dengan menggunakan jasa pasukan kuning. Sampah dari rumah tangga dikumpulkan di tong sampah depan rumah atau dibungkus dengan tas plastik kemudian pasukan kuning, dari RW melakukan cara *door to door* maupun komunal dengan alat angkut berupa gerobak sampah. Kemudian sampah tersebut diangkut ke TPS terdekat.

3) Prinsip Informasi

Dalam penyampaian informasi tentang pentingnya suatu kesehatan atau promosi kesehatan khususnya masalah sanitasi, Puskesmas Dinoyo melakukan beberapa informasi kepada masyarakat yaitu melalui media poster, lomba rumah sehat, penyuluhan kesehatan, lomba, leafler, dan kampanye tentang pentingnya kesehatan lingkungan dan masyarakat. Supaya tidak terjadi komunikasi yang salah maka Puskesmas Dinoyo melakukan pemberian informasi yang terbuka bagi masyarakat dan tidak berbelit-belit. Staf Puskesmas Dinoyo siap memberikan informasi sesuai yang diinginkan oleh masyarakat. Berdasarkan hasil wawancara dengan Bu Lilik selaku pegawai sanitarian mengatakan:

"kami sudah sering menyampaikan kepada masyarakat bahwa dilarang membuang sampah disembarang tempat seperti di sungai, namun

masih banyak masyarakat yang membuang sampah di sungai, saya sangat prihatin sekali melihat kondisi seperti ini" (hasil wawancara pada tanggal 10 Desember 2008).

4) Prinsip Perbaikan

Perbaikan sangat diperlukan bagi kinerja organisasi publik maupun aparaturnya dalam memberikan pelayanan karena masyarakat sebagai konsumen selalu memerlukan mekanisme pelayanan yang cepat, ringkas, dan jujur. Klinik sanitasi melakukan perbaikan secara terus menerus, diantaranya:

a. Menambah jam buka klinik sanitasi, yang awalnya hanya satu hari dalam seminggu yaitu pada hari kamis jam 07.00 sampai dengan jam 12.00, sekarang ditambah satu hari menjadi dua hari dalam seminggu yaitu pada hari senin dan kamis.
b. Meningkatkan koordinasi dengan petugas dan kader kesehatan dalam inspeksi SAB (Saluran Air Bersih)
c. Untuk perbaikan sarana sanitasi yang rusak dilakukan oleh masyarakat itu sendiri karena anggaran untuk perbaikan sarana sanitasi sangat minim sekali.

5) Prinsip Keterwakilan

Dalam teori konsumerisme prinsip ini mengandung pengertian bahwa konsumen seharusnya cukup terwakili dalam sistem pengambilan keputusan yang dibuat oleh pemerintah mengenai suatu jasa layanan, artinya suatu keputusan dibuat dengan mempertimbangkan keterwakilan semua lapisan masyarakat. Dalam hal ini klinik sanitasi bekerjasama dengan kelurahan siaga yang dibantu oleh para ibu-ibu PKK dan kader-kader posyandu. Selain ada kelurahan siaga, ada LSm yang ikt bermitra dengan puskesmas Dinoyo antara lain LSM Amantirta yang berupa sosialisasi cuci tangan, air bersih, sampah. Selain LSM Amantirta ada LSM lain yaitu Layanan Jasa lingkungan (ESP) yang merupakan program lima tahun yang dikembangkan oleh USAID Indonesia sebagai tanggapan dari inisiatif presiden pada tahun

2002 untuk memperbaiki manajemen sumber daya air yang berkelanjutan. Inisiatif ini mendukung kegiatan di tiga bidang utama yaitu:

a. Akses kepada air bersih dan layanan sanitasi
b. Manajemen daerah Aliran Sungai yang lebih baik
c. Meningkatkan produktivitas air

3. Upaya Peningkatan Responsivitas Pelayanan Kesehatan Terhadap Sanitasi melalui Program Preventif (Upaya Pencegahan) dan Program Promotif (Upaya Peningkatan Kesehatan)

Ada dua program yang dilakukan oleh Puskesmas Dinoyo yang sesuai dengan fungsinya sebagai Puskesmas yaitu Program Preventif (Upaya Pencegahan) dan Program Promotif (Upaya Peningkatan Kesehatan)

(a) Program Preventif (Upaya Pencegahan)

Program Preventif (upaya pencegahan) yang dilakukan oleh Puskesmas Dinoyo terdiri dari beberapa kegiatan yaitu:

1) Pengamanan kualitas air bersih

Dalam kegiatan pengamanan kualitas air bersih, Puskesmas Dinoyo melakukan pemeriksaan terhadap sarana air bersih yang ada dengan melakukan inspeksi sanitasi SAB (Sarana Air Bersih), mengambil sampel air bersih dari air isi ulang, air PDAM, dan air sumur. Inspeksi sanitasi adalah melaksanakan pengamatan yang berkaitan langsung dengan sarana kesehatan lingkungan sekaligus mencatat hal-hal yang ditemukan dalam pengamatan tersebut ke dalam formulir isian yang penilaiannya berdasarkan pada tingkat resiko pencemaran. Ada dua jenis sarana air bersih yang diperiksa yaitu Pompa tangan dangkal/dalam, dan sumur gali/ABT perpipaan. Adapun syarat yang dijadikan indikator oleh Puskesmas Dinoyo untuk sarana air bersih yang baik adalah:

a) Sumur gali
   (a) Jarak dari sumber pencemar 10 M
   (b) Lantai dengan radius 1 M keliling kedap air

(c) Dinding sumur kedalam 3 M dari atas permukaan tanah kedap air
(d) Bibir sumur kedap air
(e) Saluran pembuang air kedap air
(f) Kualitas air : Jernih tidak berwarna, tidak berbau, tidak berasa

b) Sumur Pompa Tangan
(a) Jarak dari sumber pencemar 10 M
(b) Lantai dengan radius 1 M keliling kedap air
(c) Saluran pembuang air kedap air
(d) Kualitas air : Jernih tidak berwarna, tidak berbau, tidak berasa

Hasil dari kegiatan pengamanan sarana air bersih yang dilakukan oleh Puskesmas Dinoyo dapat dikatakan bahwa sarana air bersih untuk jenis perpipaan (non PDAM) tingkat resikonya rendah. Jadi sarana air bersih jenis perpipaan (non PDAM) sudah mendekati syarat yang ditentukan. Sedangkan untuk sarana air bersih jenis Sumur gali tingkat resikonya juga rendah, dimana dari 205 sumur yang diperiksa, yang termasuk resiko rendah berjumlah 195, sisanya yang 2 termasuk resiko sedang, dan yang 8 sumur termasuk resiko tinggi. Beresiko tinggi karena dari 8 sumur tersebut hanya ada dua atau lebih syarat fisik yang tidak terpenuhi. Untuk lebih jelasnya lihat pada tabel 9 halaman 67.

2) Penyehatan rumah dan SPAL (Sarana Pembuangan Air Limbah)

Dalam kegiatan penyehatan rumah dan SPAL (Sarana Pembuangan Air Limbah), Puskesmas Dinoyo melakukan pemeriksaan terhadap rumah yang memenuhi syarat rumah sehat. Syarat yang dijadikan indikator oleh Puskesmas Dinoyo untuk sarana rumah sehat meliputi:

a) Lantai kedap air, mudah dibersihkan
b) Tata ruang sesuai fungsinya
c) Dapur dilengkapi sarana pembuangan asap

Tabel: 9
Pengamanan Sarana Air Bersih

NO	KELURAHAN	JENIS SARANA																				
		PERPIPAAN (NON PDAM)							SPT DANGKAL/DALAM							SUMUR GALI/ABT PERPIPAAN						
		JML	DIP	RR	RS	RT	CAK KK	CAK JIWA	JML	DIP	RR	RS	RT	CAK KK	CAK JIWA	JML	DIP	RR	RS	RT	CAK KK	CAK JIWA
1.	Merjosari	2	2	2			390	1950	2							1289	60	56	2	2		
2.	Dinoyo								38							190	35	34		1		
3.	Sumbersari								137							518	15	15				
4.	Ketawanggede								154							46	10	10				
5.	Tunggulwulung								15							1046	75	70		5		
6.	Tlogomas								37							1598	10	10				
	Pusk. Dinoyo	2	2	2			390	1950	383							4667	205	195	2	8		

DIP : Sarana Yang Diperiksa
RENDAH : Kondisi Air Bersih Secara Fisik Terpenuhi (Bau, Rasa, Warna, Kekeruhan)
SEDANG : Ada Salah Satu Syarat Fisik Tak Terpenuhi
TINGGI : Ada Dua Atau Lebih Syarat Fisik Tak Terpenuhi

Sumber: Puskesmas Dinoyo

d) Pencahayaan Minimal 60 Lux
e) Bumbungan rumah yang memiliki tinggi 10 M, dilengkapi penangkal petir.
f) Ventilasi, ada dua macam ventilasi yaitu Ventilasi alamiah & permanen minimal 10 % luas lantai. Ventilasi alamiah, dimana aliran udara didalam ruangan tersebut terjadi secara alamiah melalui jendela, pintu, lubang angin, lubang-lubang pada dinding dan sebagainya. Disamping ventilasi alamiah ada ventilasi buatan yaitu dengan mempergunakan alat-alat khusus untuk mengalirkan udara tersebut, mislanya kipas angin, dan mesin penghisap udara, alat ini tidak cocok untuk kondisi rumah di pedesaan.
g) Kualitas Udara:
   (a) Gas berbau (H2S & NH3) secara biologis tidak terdeteksi
   (b) Suhu udara nyaman : 18° - 30° C
   (c) Kelembaban : 40 % - 70 %
   (d) Konsentrasi SO2 < 0,10 ppm/24 jam
   (e) Konsentrasi CO < 100 ppm/8 jam
h) Jendela Ruang Tidur Bagian dinding dapat dibuka sehingga udara segar dapat masuk
i) Kepadatan hunian ruang tidur dianjurkan tidak digunakan lebih dari 2 orang dalam satu ruang tidur, kecuali anak dibawah umur 5 tahun, luasnya minimal 8 m2
j) Ruang tidur tidak lembab
k) Lantai atau dinding tidak basah, dan tidak terlihat tubuh lumut dan jamur
l) Luas bangunan rumah disesuaikan dengan jumlah penghuninya.
m) Fasilitas-fasilitas didalam rumah sehat:
   (a) Penyediaan air bersih yang cukup
   (b) Pembuangan tinja
   (c) Pembuangan air limah

(d) Pembuangan sampah
(e) Fasilitas dapur
(f) Ruang berkumpul keluarga

Sedangkan syarat yang dijadikan indikator oleh Puskesmas Dinoyo untuk sarana Pembuangan Air Limbah yang baik adalah sebagai berikut:

a) Sumur resapan jauh (10 M) dari sarana air bersih
b) Saluran kedap air
c) Aliran lancar, tidak ada genangan air
d) Dialirkan ke selokan tertutup (saluran kotak) untuk diolah lebih lanjut

Hasil dari kegiatan penyehatan rumah dan SPAL (Sarana Pembuangan Air Limbah) yang dilakukan oleh Puskesmas Dinoyo dapat di lihat pada tabel 10 halaman 70.

3) Pengamanan sampah

Dalam kegiatan pengamanan sampah, Puskesmas Dinoyo melakukan pemeriksaan terhadap Tempat Pembuangan Sampah, adapun syarat yang dijadikan indikator oleh Puskesmas Dinoyo untuk sarana sampah yang baik adalah:

a) Terbuat dari bahan yang cukup kuat, ringan, kedap air dan mempunyai permukaan yang halus pada bagian dalamnya
b) Mempunyai tutup yang mudah dibuka dan ditutup
c) Mudah diisi dan dikosongkan serta mudah dibersihkan

Hasil dari kegiatan pengamanan sampah yang dilakukan oleh Puskesmas Dinoyo dapat dilihat pada tabel 11 halaman 71.

Tabel: 10
Penyehatan Rumah dan SPAL (Sarana Pembuangan Air Limbah)

NO.	KELURAHAN/ PUSKESMAS KECAMATAN	JUMLAH PENDUDUK BPS 2007	JUMLAH KK	JUMLAH RUMAH							MENGGUNAKAN SPAL MEMENUHI SYARAT			JML POKMA IR
				SELURUHNYA	RUMAH DIPERIKSA	CAKUPAN KK DIPERIKSA	CAKUPAN JIWA	RUMAH MS	CAKUPAN KK MS	CAKUPAN JIWA MS	RUMAH	KK	JIWA	
1.	Merjosari	13414	3589	3304	547	547	2735	510	510	2550	3254	3254	13016	
2.	Dinoyo	10957	2510	2348	806	806	4030	664	664	2656	2342	2342	9368	
3.	Sumbersari	9172	2775	3083	843	843	3372	760	760	3040	3062	3062	12248	
4.	Ketawanggede	6158	2046	1846	500	250	1000	240	240	960	1840	1840	7360	
5.	Tunggulwulung	6482	1266	1174	282	282	1128	174	174	696	1123	1123	4496	
6.	Tlogomas	13245	2882	2917	871	871	3484	577	577	2308	2910	2910	11640	
	Pusk. dinoyo	59428	15068	14672	3849	3599	15749	2925	2925	12210	14531	14531	58128	

RUMAH DIPERIKSA : Rumah Diperiksa Dengan Kartu Rumah
SPAL MS Meliputi : Drainase, Riol, Got, Sungai, Resapan

Sumber: Puskesmas Dinoyo

Tabel: 11
Pengamanan Sampah

NO.	KELURAHAN/ PUSKESMAS KECAMATAN	SISTEM PENGOLAHAN SAMPAH RUMAH TANGGA									TPS UMUM			TPA			PENGELOLAAN SAMPAH DOMESTIK			
		RUMAH PAKAI TPS			KK PAKAI TPS			JIWA PAKAI TPS												
		JUMLAH	DIP	MS	JUMLAH	DIP	MS	JUMLAH	DIP	MS	JUMLAH	DIP	MS	JUMLAH	DIP	MS	RUMAH DIBINA	KK DI BINA	RUMAH PENGHASIL KOMPOS	KK PENGHASIL KOMPOS
1.	Merjosari	3304	547	547	3304	547	547				2	2								
2.	Dinoyo	2348	806	806	2348	806	806				1	1					140	85	85	85
3.	Sumbersari	3083	843	843	3083	843	843				1	1								
4.	Ketawanggede	1846	500	500	1846	500	500				1	1					10	10	6	6
5.	Tunggulwulung	1174	282	282	1174	282	282				1	1								
6.	Tlogomas	2917	871	871	2917	871	871				1	1								
	JUMLAH	14672	3849	3849	14672	3849	3849				7	7					150	95	91	91

Sumber: Puskesmas Dinoyo

Dari tabel 10 halaman 70dapat dikatakan bahwa dari 14672 rumah yang ada di lingkungan wilayah kerja Puskesmas Dinoyo, rumah yang memenuhi syarat SPAL (Sarana Pembuangan Air Limbah) yang baik berjumlah 14531 rumah. Hal ini berarti 99,04% rumah di lingkungan Puskesmas Dinoyo sudah memenuhi syarat SPAL (Sarana Pembuangan Air Limbah) yang baik.

Sedangkan dari tabel 11 pada halaman 71 dapat disimpulkan bahwa dari jumlah 3849 rumah yang diperiksa, semuanya memenuhi syarat sampah yang baik.

4) Pengamanan limbah domestik

Kegiatan pengamanan limbah domestik ini dilakukan untuk mengetahui cakupan keluarga yang memiliki jamban keluarga dan mengetahui jamban keluarga yang sehat dan yang tidak sehat. Adapun syarat yang dijadikan indikator oleh Puskesmas Dinoyo untuk sarana jamban yang baik adalah:

a) Lantai kedap air
b) Lubang jamban dalam keadaan tertutup
c) Tidak ada vektor penyakit
d) Bebas dari serangga
e) Tidak menimbulkan pandangan yang tidak sopan
f) Tidak mencemari tanah permukaan
g) Tersedia air yang cukup dan bebas jentik
h) Jarak resapan/ lubang jamban terhadap sumber air > 10 M
i) Tidak berbau

Hasil dari kegiatan pengamanan limbah domestik yang dilakukan oleh Puskesmas Dinoyo dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

repository.ub.ac
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

Tabel: 12
Program Pengamanan Limbah Domestik

NO.	KELURAHAN/ PUSKESMAS KECAMATAN	JENIS JAMBAN																			
		SEMPLUNG					PLENGSENGAN					LEHER ANGSA DG SEPTIC TANK						LEHER ANGSA TANPA SEPTIC TANK				
		JML	RUMAH TERCAKUP		KK TERCAKUP	JIWA TERCAKUP	JML	RUMAH TERCAKUP		KK TERCAKUP	JIWA TERCAKUP	JML	RUMAH TERCAKUP		KK TERCAKUP	JIWA TERCAKUP		JML	RUMAH TERCAKUP		KK TERCAKUP	JIWA TERCAKUP
			DIP	MS	MS	MS		DIP	MS	MS	MS		DIP	MS	MS	MS			DIP	MS	MS	MS
1.	Merjosari										3304	3008	547	510	510	2735		254				
2.	Dinoyo										2348	2156	806	664	664	4030		122				
3.	Sumbersari										3083	3212	843	760	760	39621		64				
4.	Ketawanggede										1846	1818	500	240	240	1000		28				
5.	Tunggulwulung										1174	1003	282	174	174	1128		50				
6.	Tlogomas										2917	2662	871	577	577	3484		252				
	JUMLAH										14672	13859	3849	2925	2925	51998		770				

Sumber: Puskesmas Dinoyo

Dari tabel di atas dapat disimpulkan bahwa dari 3849 jamban yang diperiksa, jamban yang memenuhi syarat berjumlah 2925. Hal ini membuktikan bahwa sekitar 30% jamban tidak memenuhi syarat. Dengan adanya program pengamanan ini dapat diketahui jamban yang tidak memenuhi syarat dan jamban yang memenuhi syarat sehingga masyarakat dapat melakukan perbaikan terhadap jamban yang tidam memenuhi syarat tersebut.

Dari program preventif (upaya pencegahan penyakit) yang dilakukan oleh Puskesmas Dinoyo yang terdiri dari kegiatan pengamanan kualitas air bersih, pengamanan sampah, pengamanan rumah sehat dan SPAL (Sarana Pembuangan Air Limbah), pengamanan limbah domestik ini dapat dikatakan bahwa pihak Puskesmas sudah tanggap terhadap kesehatan masyarakat, prgogramnya berjalan dengan baik, masyarakat sudah mulai menyadari akan pentingnya sebuah kesehatan.

(b) Program Promotif (Upaya Peningkatan Kesehatan)

Program promotif, untuk meningkatkan kemandirian dan peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan yang terdiri dari beberapa kegiatan yang meliputi:

1) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat, dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku melalui pendekatan pimpinan (advocacy), Advokasi adalah upaya atau proses yang strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak-pihak yang terkait (stakeholders). Pihak-pihak yang terkait ini berupa tokoh masyarakat formal yang umumnya berperan sebagai penentu kebijakan pemerintahan dan penyandang dana pemerintah. Dan juga tokoh-tokoh masyarakat informal seperti tokoh agama, tokoh pengusaha, dan lain-lain yang umumnya dapat

berperan sebagai penentu ”kebijakan” (tidak tertulis) dibidangnya dan atau sebagai penyandang dana non pemerintah. Kedua melalui bina suasana (social support), bina suasana adalah upaya menciptakan lingkungan sosial yang mendorong individu anggota masyarakat untuk mau melakukan perilaku yang diperkenalkan. Seseorang akan terdorong untuk mau melakukan sesuatu apabila lingkungan sosial dimana pun ia berada (keluarga di rumah, orang-orang yang menjadi panutan/idolanya, kelompok arisan, majelis agama, dan lain-lain, dan bahkan masyarakat umum) menyetujui atau mendukung perilaku tersebut. Oleh karena itu, untuk mendukung proses pemberdayaan masyarakat, khususnya dalam upaya meningkatkan para individu dari fase tahu ke fase mau, perlu dilakukan Bina Suasana. Terdapat tiga pendekatan dalam Bina Suasana, yaitu :

a. Pendekatan Individu
b. Pendekatan Kelompok
c. Pendekatan Masyarakat Umum

yang ketiga adalah melalui pemberdayaan masyarakat (empowerment) sebagai suatu upaya untuk membantu masyarakat mengenali dan mengetahui masalahnya sendiri, dalam tatanan rumah tangga, agar dapat menerapkan cara-cara hidup sehat dalam rangka menjaga, memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Sasaran PHBS tentang perubahan lingkungan fisik, lingkungan biologi dan lingkungan sosial-budaya masyarakat. Lingkungan fisik seperti sanitasi dan hygiene perorangan, keluarga dan masyarakat, tersedianya air bersih, lingkungan perumahan, fasilitas mandi, cuci dan kakus (MCK) dan pembuangan sampah serta limbah. Lingkungan biologi adalah flora dan fauna.

Dalam kegiatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), Puskesmas Dinoyo melakukan survey kepada 435 rumah tangga dari total keseluruhan jumlah rumah tangga yang ada 15028. Setelah melakukan pengkajian, ditemukan tiga masalah utama yakni merokok dalam rumah sebesar 82,53%,

2) Penyuluhan kesehatan

Merupakan kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan. Penyuluhan kesehatan diberikan kepada masyarakat luas dengan tujuan agar mereka mempunyai sikap dan perilaku yang menunjang terciptanya hidup sehat.

Kegiatan penyuluhan yang dilakukan oleh Puskesmas Dinoyo kepada masyarakat sudah baik dan juga mendapat respons yang baik dari masyarakat hal ini dapat dibuktikan pada saat kegiatan

Semua kegiatan tersebut diharapkan dapat menurunkan angka kesakitan dan menciptakan lingkungan yang sehat dan nyaman bebas dari pencemaran serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

B. PEMBAHASAN

Sejak diberlakukannya otonomi daerah pada awal tahun 2001. Telah melahirkan desentralisasi, dimana Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota harus mengurusi rumah tangganya sendiri. Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah menyebutkan bahwa tujuan pemberian otonomi daerah, berupa peningkatan pelayanan dan kesejahteraan masyarakat yang semakin baik, pengembangan kehidupan demokrasi, keadilan, dan pemerataan, serta pemeliharaan hubungan yang serasi antara Pusat dan Daerah serta antar Daerah dalam rangka menjaga keutuhan Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Dalam penyerahan kekuasaan ada 14 (empat belas) yang menjadi urusan wajib Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, yaitu:

1. Perencanaan dan pengendalian pembangunan;
2. Perencanaan, pemanfaatan, dan pengawasan tata ruang;
3. Penyelenggaraan ketertiban umum dan ketentraman masyarakat;
4. Penyediaan sarana dan prasarana umum;
5. Penanganan bidang kesehatan;
6. Penyelenggaraan pendidikan;
7. Penanggulangan masalah sosial;
8. Pelayanan bidang ketenagakerjaan;

9. Fasilitasi pengembangan koperasi, usaha kecil dan menengah;
10. Pengendalian lingkungan hidup;
11. Pelayanan pertanahan;
12. Pelayanan kependudukan, dan catatan sipil;
13. Pelayanan administrasi umum pemerintahan;
14. Pelayanan administrasi penanaman modal;
15. Penyelenggaraan pelayanan dasar lainnya; dan
16. Urusan wajib lainnya yang diamanatkan oleh peraturan perundang-undangan.

Di bidang kesehatan mengalami desentralisasi. Dimana ada 17 (tujuh belas) urusan yang diserahkan kepada daerah tentang urusan upaya pelayanan kesehatan dasar dan upaya pelayanan kesehatan rujukan yang diselenggarakan melalui kegiatan yang meliputi:

1. Kesejahteraan lbu dan Anak serta Keluarga Berencana;
2. Perbaikan gizi;
3. Hygiene dan sanitasi;
4. Penyehatan lingkungan pernukiman;
5. Pencegahan penyakit dan pemberantasan penyakit;
6. Penyuluhan kesehatan masyarakat;
7. Pengobatan termasuk pelayanan kesehatan karena kecelakaan;
8. Kesehatan sekolah;
9. Perawatan kesehatan masyarakat;
10. Kesehatan gigi dan mulut;
11. Laboratorium sederhana;
12. Pengamatan penyakit;
13. Pembinaan dan pengembangan peranserta masyarakat;
14. Pelayanan medik;
15. Rehabilitasi medik;
16. Perawatan;
17. Kesehatan rujukan;
18. Pengadaan obat dan alat kesehatan.

(PP No. 7 Tahun 1987 Tentang Penyerahan Sebagian Urusan Pemerintahan Dalam Bidang Kesehatan Kepada Daerah).

Dengan adanya desentralisasi dibidang kesehatan, maka Puskesmas Dinoyo yang merupakan organisasi yang bergerak dibidang kesehatan sebagai pihak *provider* memiliki tugas yang harus dilaksanakan dengan memberikan pelayanan kesehatan khususnya dibidang sanitasi yang semaksimal mungkin kepada *customer* dengan tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Agar organisasi publik seperti Puskesmas Dinoyo yang dibawah naungan Dinas Kesehatan Kota Malang memiliki responsivitas dalam memberikan pelayanan perlu menempatkan masyarakat sebagai *customer* dalam posisi yang seimbang dengan pemerintah sebagai *provider*.

Menurut Jenny Potter yang dikutip oleh Supriyono (2001, h: 21-22) dalam teori konsumerismenya mengemukakan bahwa posisi seimbang antara *provider* dengan *customer* hanya dapat dicapai apabila menerapkan prinsip akses, prinsip pilihan, prinsip informasi, prinsip perbaikan, dan prinsip keterwakilan

1. Responsivitas Pelayanan Kesehatan Terhadap Sanitasi Bila Dilihat Dari Indikator Responsivitas dan Prinsip Responsivitas

(a) Indikator Responsivitas

1) Terdapat tidaknya keluhan dari pengguna jasa

Suatu pelayanan dapat dikatakan berkualitas bila tidak ada keluhan dari masyarakat. Berdasarkan pengamatan penulis, pelayanan sanitasi di Puskesmas Dinoyo sudah baik dan tanggap terhadap kebutuhan masyarakat. Hal ini dibuktikan dengan tidak ada keluhan dari masyarakat, bahkan masyarakat senang bila diajak penyuluhan untuk meningkatkan kesehatan.

2) Sikap aparat birokrasi dalam merespons keluhan dari pengguna jasa

Selain ada tidaknya keluhan dari masyarakat, sikap aparat birokrasi dalam merespons keluhan dari pengguna jasa juga menentukan pelayanan itu berkualitas atau tidak. Menurut hasil pengamatan penulis, dapat dikatakan bahwa dalam menanggapi keluhan dari pengguna jasa, Puskesmas Dinoyo sudah baik, artinya keluhan dari masyarakat ditanggapi dengan baik kemudian dimusyawarahkan bersama yaitu dengan dilakukan rapat pertemuan antara warga dengan para pegawai serta tokoh masyarakat yang

berpengaruh di tingkat kelurahan untuk mencari solusi yang baik demi kepentingan bersama. Hasil dari rapat tersebut diharapkan tidak ada lagi keluhan dari penguna jasa mengenai pelayanan kesehatan.

(b) Prinsip Responsivitas

1) Prinsip akses

Jauh dekatnya sebuah akses pelayanan sangat mempengaruhi kepuasan pelanggan. Sebagaimana disebutkan dalam KepMenPan No. 63/Kep/M.PAN/7/2003) tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik yang salah satu prinsipnya adalah Kemudahan Akses yaitu Tempat dan lokasi serta sarana pelayanan yang memadai, mudah dijangkau oleh masyarakat, dan dapat memanfaatkan teknologi telekomunikasi dan informatika. Mengacu pada peraturan tersebut dan melihat fakta yang terjadi di lapangan, maka penulis berpendapat bahwa klinik sanitasi sebagai salah satu bagian yang terpenting dari Puskesmas Dinoyo sudah cukup mampu memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada semua lapisan masyarakat sesuai dengan asas pelayanan publik yang menyebutkan bahwa harus adanya Kesamaan hak, yaitu tidak diskriminatif dalam artian tidak membedakan suku, agama, ras, gender ataupun golongan status ekonomi.

1) Prinsip Pilihan

Pilihan sebuah pelayanan kepada masyarakat sangat penting karena mengingat kondisi setiap masyarakat berbeda-beda. Seperti yang diungkapkan oleh Jenny yang dikutip oleh Supriyono bahwa semakin banyak pilihan yang diberikan kepada masyarakat untuk suatu jasa pelayanan maka pelayanan itu akan semakin berkualitas. Puskesmas Dinoyo sebagai sarana penunjang kesehatan masyarakat yang paling terdepan berperan sangat penting dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang senantiasa memiliki banyak sekali kebutuhan di bidang kesehatan. Pengguna jasa sanitasi adalah masyarakat yang kurang paham tentang pentingya sebuah sarana sanitasi sehingga diperlukan penanganan

yang cepat dan tepat. Pilihan yang diberikan harus sesuai dengan kondisi dan kemampuan masyarakat setempat. Hal ini senada dengan peraturan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/KEP/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik disebutkan bahwa Kondisional, yaitu sesuai dengan kondisi dan kemampuan pemberi dan penerima layanan dengan tetap berpegang pada prinsip efisiensi dan efektivitas.

Sehubungan dengan perannya sebagai klinik yang secara khusus dan terlatih menangani masyarakat yang kurang paham terhadap pentingnya sebuah sanitasi, maka upaya dan tugas yang dilakukan untuk lebih meningkatkan responsivitas pelayanan adalah dengan melaksanakan program. Menurut pengamatan penulis, sejauh ini upaya peningkatan responsivitas yang dilakukan oleh klinik sanitasi mengenai pilihan masyarakat sudah cukup baik yang dapat dibuktikan dengan pelayanan yang disesuaikan dengan tingkat masalah, tingkat kebutuhan, dan tempat.

3) Prinsip Informasi

Menurut Jenny yang dikutip oleh Supriyono bahwa Informasi yang disampaikan harus berkaitan dengan tujuan dan sasaran pelayanan, standar pelayanan yang disediakan, standar pencapaian, hak dan tanggungjawab sehubungan dengan jasa layanan, penggunaan kewenangan dalam proses pengambilan keputusan, mengapa suatu keputusan diambil dan apakah keputusan tersebut sudah benar. Sehingga diperlukan upaya menyebarluaskan informasi jasa pelayanan. Hal senada juga disebutkan dalam Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/KEP/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik salah satu azas pelayanan publik yaitu Transparansi, yaitu bersifat terbuka dan mudah diakses oleh semua pihak yang membutuhkan, disediakan secara memadai serta mudah dimengerti. Adanya Kesamaan hak, yaitu tidak diskriminatif dalam artian tidak membedakan suku, agama, rasa, gender ataupun golongan status ekonomi.

Keseimbangan hak dan kewajiban yaitu antara pemberi dan penerima layanan publik harus memenuhi hak dan kewajiban masing-masing pihak.

Berdasarkan data dari hasil wawancara dengan pegawai, ternyata masih ada beberapa masyarakat yang belum paham terhadap informasi yang disampaikan, padahal dari pihak puskesmas telah memberikan informasi yang jelas dan terbuka mengenai sanitasi, PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat), dan sebagainya. Hal tersebut dikarenakan kurangnya kesadaran masyarakat terhadap kesehatan. Sehingga masih banyak masyarakat itu membuang sampah di sembarang tempat misalnya di sungai, perilaku tersebut harus dihilangkan. Selain itu dari pengamatan penulis melihat bahwa pihak Puskesmas Dinoyo telah menginformasikan tentang pentingnya suatu sanitasi dan pentingnya sebuah kesehatan kepada masyarakat luas secara terbuka melalui penyuluhan kepada masyarakat sehingga dapat melakukan interaktif secara langsung dengan masyarakat. Namun dari pihak masyarakat itu sendiri masih kurang begitu memahami pentingnya sebuah kesehatan. Jadi informasi-informasi yang disampaikan oleh Puskesmas dianggap masyarakat sebagai angin lalu yakni masuk telinga kanan dan keluar telinga kiri. Bahkan setiap kali petugas Puskesmas datang untuk memberikan penyuluhan tidak jarang di usir oleh masyarakat karena dianggap minta sumbangan, padahal petugas datang adalah untuk memberikan informasi .

Adapun prinsip informasi kesehatan yakni mencakup ketersediaan data yang akurat, cepat dan tepat sesuai kebutuhan, dan terpadu, untuk mendukung proses pengambilan keputusan dengan tetap memperhatikan aspek kerahasiaan yang berlaku di bidang kesehatan.

4) Prinsip Perbaikan

Menurut Jenny yang dikutip oleh Supriyono bahwa perbaikan sangat diperlukan bagi kinerja organisasi publik maupun aparaturnya dalam memberikan pelayanan karena masyarakat sebagai konsumen selalu memerlukan mekanisme pelayanan yang cepat, ringkas, dan jujur. Namun dalam hal sanitasi, Pemerintah baik pusat maupun daerah, dan wakil rakyat tidak memandang persoalan sanitasi sebagai prioritas. Hal ini

tecermin dari alokasi anggaran yang sangat sedikit untuk pembangunan sanitasi dasar. LSM yang bergerak di bidang sanitasi pun masih sangat sedikit. Selain kurangnya pemahaman akan pentingnya sanitasi, kondisi ini juga disebabkan terbatasnya dana yang tersedia untuk membiayai kegiatan sanitasi. Padahal dalam KepMenPan No. 63/Kep/M.PAN/7/2003) tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik disebutkan bahwa dalam suatu pelayanan harus ada Tanggung Jawab Pimpinan penyelenggara pelayanan publik atau pejabat yang ditunjuk bertanggungjawab atas penyelenggaraan pelayanan dan penyelesaian keluhan/persoalan dalam pelaksanaan pelayanan publik. Banyak manfaat yang akan didapat bila sarana sanitasi di jaga dan diperbaiki. Adapun manfaat yang dirasakan apabila kita menjaga sanitasi di lingkungan kita, misalnya:

a. Mencegah penyakit menular
b. Mencegah kecelakaan
c. Mencegah timbulnya bau yang tidak sedap
d. Menghindari pencemaran
e. Mengurangi jumlah (persentase) sakit
f. Lingkungan menjadi bersih, sehat, dan nyaman. (Widyati, 2002, h: 14)

Dari pengamatan penulis, Puskesmas Dinoyo sudah melakukan perbaikan-perbaikan untuk peningkatan pelayanan sanitasi supaya lebih responsif kepada masyarakat, misalnya:

a. Menambah jam buka klinik sanitasi, yang awalnya hanya satu hari dalam seminggu yaitu pada hari kamis jam 07.00 sampai dengan jam 12.00, sekarang ditambah satu hari menjadi dua hari dalam seminggu yaitu pada hari senin dan kamis.
b. Meningkatkan koordinasi dengan petugas dan kader kesehatan dalam inspeksi SAB (Saluran Air Bersih)
c. Meningkatkan kualitas pencatatan dan pelaporan,

d. Untuk perbaikan sarana sanitasi yang rusak dilakukan oleh masyarakat itu sendiri karena anggaran untuk perbaikan sarana sanitasi sangat minim sekali.

5) Prinsip Keterwakilan

Menurut jenny yang dikutip oleh Supriyono menyebutkan dalam teori konsumerisme prinsip ini mengandung pengertian bahwa konsumen seharusnya cukup terwakili dalam sistem pengambilan keputusan yang dibuat oleh pemerintah mengenai suatu jasa layanan, artinya suatu keputusan dibuat dengan mempertimbangkan keterwakilan semua lapisan masyarakat. Hal ini disebabkan karena konsumen disektor publik umumnya merupakan sumber daya yang bersifat homogen, oleh sebab itu pejabat publik seharusnya menghargai kebutuhan mereka dengan jalan melembagakan kepentingan konsumen dalam bentuk keterwakilan. Menurut pengamatan penulis, Di Puskesmas Dinoyo sudah melakukan kerjasama yang baik dengan kelurahan siaga, LSM yang ada di bidang sanitasi seperti LSM ESP, LSM Amantirta, Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) yang mewakili aspirasi masyarakat daerah setempat dalam setiap pengambilan keputusan. Sedangkan untuk menampung aspirasi masyarakat secara langsung, Puskesmas Dinoyo telah menyediakan kotak pengaduan sehingga masyarakat dapat secara langsung mengajukan keluhan atau pengaduan terhadap pelayanan Puskesmas Dinoyo yang dinilai kurang maksimal dan perlu ditindak lanjuti oleh pihak Puskesmas agar di perbaiki.

Berdasarkan pengamatan penulis bahwa tingkat partisipasi masyarakat terhadap pengambilan keputusan dinilai masih kurang, karena masyarakat bersikap acuh tak acuh dan tidak tanggap. Hal ini dibuktikan pada saat diadakan pelatihan dasar bagi pengurus dan anggota Kelurahan Siaga "Tegar Mandiri" di Kelurahan Tlogomas pada tanggal 9 Desember 2008, dari 50 undangan yang disebarkan namun yang datang hanya sekitar 18 orang saja yang hadir.

Padahal suatu pembangunan yang dilaksanakan oleh pemerintah, berhasil atau gagalnya sangat ditentukan oleh partisipasi masyarakat baik partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan, pelaksanaan pembangunan, pengawasan pembangunan maupun dalam menikmati hasil-hasil pembangunan.

2. Upaya Peningkatan Responsivitas Pelayanan Kesehatan Terhadap Sanitasi melalui Program Preventif (Upaya Pencegahan) dan Program Promotif (Upaya Peningkatan Kesehatan)

Otonomi daerah yang terjadi di Indonesia telah mengakibatkan perubahan secara besar-besaran. Dalam bidang kesehatan, pemerintah daerah diwajibkan untuk mengurus rumah tangganya sendiri. Menurut Dilulio yang dikutip oleh Supriyono (2001, h: 20) Responsivitas adalah kemampuan birokrasi untuk mengenal kebutuhan masyarakat, menyusun agenda dan prioritas pelayanan, serta mengembangkan program-program pelayanan sesuai dengan kebutuhan dan aspirasi masyarakat.

Berbagai upaya yang dilakukan oleh Puskesmas Dinoyo untuk meningkatkan responsivitas kepada masyarakat yaitu melaksanakan program yang sesuai dengan fungsi dari Puskesmas itu sendiri yaitu Program Preventif (upaya pencegahan) dan Program Promotif (upaya peningkatan kesehatan). Program yang dilaksanakan tersebut diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan bermanfaat bagi masyarakat setempat dengan tujuan untuk menekan angka kesakitan. Hal senada dikemukakan oleh Dwiyanto yang dikutip oleh Supriyono (2001, h:20), bahwa dalam manajemen pelayanan publik responsivitas adalah kemampuan organisasi untuk mengenali kebutuhan masyarakat, menyusun agenda dan prioritas pelayanan, dan mengembangkan program-program pelayanan publik sesuai dengan kebutuhan dan aspirasi masyarakat. Program-program tersebut antara lain:

(a) Program Preventif (Upaya Pencegahan)

1) Melaksanakan pengadaan dan pembinaan terhadap jamban keluarga.

2) Mengadakan pengawasan dan pembinaan terhadap penyuluhan kesehatan lingkungan perumahan dan SPAL (Sarana Pembuangan Air Limbah).
3) Pengawasan pengamanan kualitas air bersih dengan melakukan kegiatan inspeksi sanitasi SAB, pengambilan dan pengiriman sampel air isi ulang, air PDAM, dan air sumur.
4) Pengamanan Sampah

(b) Program promotif (Upaya Peningkatan Kesehatan)

1) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)
2) Penyuluhan kesehatan

Program-program yang dilaksanakan oleh Puskesmas Dinoyo tersebut diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat menuju Indonesia Sehat 2010, membuat masyarakat bisa mandiri dalam berperilaku sehat sehingga tidak bergantung lagi kepada pemerintah yang sesuai dengan visi Puskesmas Dinoyo yaitu “Masyarakat Mandiri Untuk Hidup Sehat”, angka kesakitan dan angka kematian menjadi berkurang, menciptakan lingkungan yang sehat dan nyaman bebas dari pencemaran

BAB V
PENUTUP

A. KESIMPULAN

Dari hasil penelitian "Responsivitas Pelayanan Kesehatan Melalui Penyelenggaraan Penyediaan Sarana Sanitasi Dalam Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat" (Studi Pada Puskesmas Dinoyo Kecamatan Lowokwaru Kota Malang) dapat disimpulkan bahwa:

1. Responsivitas pelayanan kesehatan melalui penyelenggaraan penyediaan sarana sanitasi dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (studi pada puskesmas dinoyo kecamatan lowokwaru kota malang) dapat dilihat dari segi indikator responivitas dan prinsip responsivitas. Indikator responsivitas terdiri dari dua yaitu terdapat tidaknya keluhan dari pengguna jasa serta sikap aparat birokrasi dalam merespons keluhan dari pengguna jasa. Untuk indikator terdapat tidaknya keluhan dari penguna jasa dapat dikatakan bahwa di klinik sanitasi selama ini tidak ada keluhan yang datang dari masyarakat. Serta sikap aparat birokrasi dalam merespons keluhan dari pengguna jasa juga sangat sopan dan ramah. Sedangkan prinsip responsivitas terdiri dari lima prinsip yaitu prinsip akses, prinsip pilihan, prinsip informasi, prinsip perbaikan, dan prinsip keterwakilan. Prinsip akses klinik sanitasi sebagai salah satu bagian yang terpenting dari Puskesmas Dinoyo sudah cukup mampu memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada semua lapisan masyarakat dari segi tempat dan sesuai dengan asas pelayanan publik yang menyebutkan bahwa harus adanya Kesamaan hak, yaitu tidak diskriminatif dalam artian tidak membedakan suku, agama, ras, gender ataupun golongan status ekonomi. Prinsip pilihan dilakukan dengan upaya peningkatan responsivitas yang dilakukan oleh klinik sanitasi mengenai pilihan masyarakat sudah cukup baik yang dapat dibuktikan dengan pelayanan yang disesuaikan dengan tingkat masalah, tingkat kebutuhan, dan tempat. Prinsip informasi di Puskesmas Dinoyo telah menginformasikan tentang pentingnya suatu sanitasi dan pentingnya sebuah kesehatan kepada masyarakat luas secara terbuka melalui penyuluhan kepada masyarakat

sehingga dapat melakukan interaktif secara langsung dengan masyarakat. Namun dari pihak masyarakat itu sendiri masih kurang begitu memahami pentingnya sebuah kesehatan. Prinsip perbaikan di Puskesmas Dinoyo sudah melakukan perbaikan-perbaikan untuk peningkatan pelayanan sanitasi supaya lebih responsif kepada masyarakat, misalnya: Menambah jam buka klinik sanitasi, yang awalnya hanya satu hari dalam seminggu yaitu pada hari kamis jam 07.00 sampai dengan jam 12.00, sekarang ditambah satu hari menjadi dua hari dalam seminggu yaitu pada hari senin dan kamis; Meningkatkan koordinasi dengan petugas dan kader kesehatan dalam inspeksi SAB (Saluran Air Bersih); Meningkatkan kualitas pencatatan dan pelaporan; Untuk perbaikan sarana sanitasi yang rusak dilakukan oleh masyarakat itu sendiri. Dan prinsip keterwakilan Di Puskesmas Dinoyo sudah melakukan kerjasama yang baik dengan kelurahan siaga, LSM yang ada di bidang sanitasi seperti LSM ESP dan LSM Amantirta, serta PKK yang mewakili aspirasi masyarakat daerah setempat dalam setiap pengambilan keputusan. Sedangkan untuk menampung aspirasi masyarakat secara langsung, Puskesmas Dinoyo telah menyediakan kotak pengaduan sehingga masyarakat dapat secara langsung mengajukan keluhan atau pengaduan terhadap pelayanan Puskesmas Dinoyo yang dinilai kurang maksimal dan perlu ditindak lanjuti oleh pihak Puskesmas agar di perbaiki.

2. Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan responsivitas melalui program preventif dan program promotif yang sesuai dengan fungsi Puskesmas. Dengan adanya desentralisasi kesehatan, maka pemerintah daerah dituntut untuk mengurus rumah tangganya sendiri. Program Preventif (Upaya Pencegahan) terdiri dari Pemeriksaan/Pembinaan Sanitasi Hotel dan sertifikat Laik Sehat Hotel; Pengawasan Kesehatan Kolam Renang dan Pemandian Umum dengan mengambil sampel air; Melaksanakan pengadaan dan pembinaan terhadap jamban keluarga; Mengadakan pengawasan dan pembinaan terhadap penyuluhan kesehatan lingkungan perumahan dan SPAL (Sarana Pembuangan Air Limbah); Pengawasan pengamanan kualitas air bersih dengan melakukan kegiatan inspeksi

sanitasi SAB, pengambilan dan pengiriman sampel air isi ulang, air PDAM, dan air sumur; Pengamanan Sampah. Sedangkan Program promotif (Upaya Peningkatan Kesehatan) terdiri dari Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS); Penyuluhan kesehatan. Program-program yang dilaksanakan oleh Puskesmas Dinoyo tersebut diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat menuju Indonesia Sehat 2010, membuat masyarakat bisa mandiri dalam berperilaku sehat sehingga tidak bergantung lagi kepada pemerintah yang sesuai dengan visi Puskesmas Dinoyo yaitu "Masyarakat Mandiri Untuk Hidup Sehat", angka kesakitan dan angka kematian menjadi berkurang, menciptakan lingkungan yang sehat dan nyaman bebas dari pencemaran

3. Masalah yang dihadapi pihak Puskesmas Dinoyo antara lain Pemerintah menganggap masalah sanitasi tidak penting dan anggaran untuk sanitasi tidak sebanding dengan masalah yang dihadapi; Hubungan antara pihak petugas dengan masyarakat kurang kondusif, kekurangan tenaga sanitarian karena masalah sanitasi sangat kompleks sekali; tidak adanya alat-alat medis yang mengenai sanitasi, terjadinya kesalah pahaman mengenai Informasi kesehatan antara masyarakat dengan petugas Puskesmas

B. SARAN

Berdasarkan hasil analisis dan fakta yang ada di lapangan, maka saran yang ingin disampaikan penulis yaitu:

1. Pemerintah menempatkan masalah sanitasi sebagai prioritas utama dalam program pembangunan dan anggaran untuk sanitasi ditingkatkan lagi karena selama ini anggaran untuk sanitasi tidak sebanding dengan masalah yang dihadapi.
2. Hubungan antara pihak petugas dengan masyarakat lebih ditingkatkan lagi supaya masyarakat mau untuk diajak bekerjasama dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
3. Jumlah tenaga sanitarian ditambah lagi karena masalah sanitasi sangat kompleks sekali.

4. Disediakan alat-alat medis yang mengenai sanitasi, karena di Puskesmas Dinoyo alat medis sanitasi belum ada.
5. Informasi mengenai kesehatan perlu ditingkakan lagi karena mengingat masih banyak masyarakat yang belum sadar akan pentingnya kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

BUKU:

Azwar, Azrul. 1996. *Menuju Pelayanan Kesehatan yang Lebih Bermutu*. Jakarta: Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia.

Dwiyanto, Agus, dkk. 2002. *Reformasi Birokrasi Publik di Indonesia.* Yogyakarta : Penerbit PSKK-UGM http://www.papuaweb.org/dlib/uncen/silo/birokrasi-layanan-publik.doc diakses tanggal 15 April 2008

Dwiyanto, Agus. 2005. *Mewujudkan Good Governance* Melalui Pelayanan Publik. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.

Eko Suharto, Bambang. 2006. *Responsivitas dan Akuntabilitas Pemerintah Lokal untuk Menuju Goog Governance*, Disertasi S-3, Program Doktor, Unibraw, Malang (tidak dipublikasikan).

FIA. 2005. *Pedoman Penyusunan Skr*psi Fakultas Ilmu Administrasi. Malang : FIA Unibraw.

Galba, Shindu dkk. 1989. *Pola Kehidupan Sosial Budaya Dalam Hubungan Dengan Konsep Sanitasi Pada Masyarakat Tengger*. Jakarta: Departemen Pendidikan dan Kebudayaan.

Halim, Abdul. 2001. *Akuntansi Keuangan Daerah*. Jakarta: Salemba Empat.

Khusaini, Muhammad. 2006. *Ekonomi Publik (Desentralisasi Fiskal dan Pembangunan Daerah)*. Malang: Badan Penerbit Fakultas Ekonomi Unibraw.

Kountur, Ronny. 2004. *Metode Penelitian Untuk Penulisan Skripsi dan Tesis*. Jakarta: PPM.

Kurniawan J. Lutfi dan Hesti Puspitosari, Autho, Ahmad Makki. 2005. *Menakar Perbaikan Pelayanan Publik. http://www.penulislepas.com (Diakses Desember 2008)*

Mardiasmo. 2002. *Otonomi dan Manajemen Kuangan Daerah. Jogyakarta*: Andi.

Maskun, Soemitro. 1996. *Pembangunan Masyarakat Desa (Azas, Kebijaksanaan, dan Manajemen)*. Yogyakarta: Widjaya Mandala.

Miles, B. Mattew dan Huberman. A. Michael. 1992. *Analisis Data Kualitatif*: *Buku Sumber tentang Metode-Metode Baru*, diterjemahkan oleh Tjetjep Rohendi Rohidi. Jakarta: UI Press.

Moleong, J. Lexy. 2007. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Edisi Revisi. Bandung: Remaja Rosdakarya.

Muninjaya, Gde. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran.

Notoatmodjo, Soekidjo.2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat; Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta : Rineka Cipta

Nurcholis, Hanif. 2007. *Teori dan Praktik Pemerintahan dan Otonomi Daerah*. Edisi Revisi. Jakarta: PT. Grasindo.

Poerwadarminto, W, J, S. 1991. *Kamus Umum Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka.

Siagian, Sondang P. 2000. T*eori Pengembangan Organisasi.* Jakarta : Penerbit Bumi Aksara http://www.papuaweb.org (diakses tanggal 5 Juni 2008).

Siswantoro. 2005. *Metode Penelitian Sastra: Analisis Psikologis*. Surakarta: Muhammadiyah University Press.

Sri, Betty Laksmi Jenie. 1988. *Sanitasi Dalam Industri Pangan*. Bogor: Pusat Antar Universitas IPB.

Suparmoko,M. 2002. *Ekonomi Publik Untuk Keuangan dan Pembangunan Daerah*. Yogyakarta: Andi.

Suparto, Peni. 2008. *Paradigma & Implementasi Pelayanan Publik*. Malang : Kanisius.

Usman, H, dkk. 2003. *Metodologi Penelitian Sosial*. Jakarta. PT Bumi Aksara.

Widyati, Retno dan Yuliarsih. 2002. *Higiene dan Sanitasi: umum dan Perhotelan*. Jakarta: PT Gramedia Widiasarana Indonesia.

Yuwono, Sony, dkk. 2008. *Memahami APBD dan Permasalahannya: Panduan Pengelolaan Keuangan Daerah*. Malang: Banyumedia.

JURNAL:

Muluk, Khairul. 2002. Local Government, *Desentralisasi Teori, Cakupan, dan Elemen*. (59 dan 61) Jurnal Administrasi Negara Vol. II, No. 02. Malang. FIA.

Soeprapto, Riyadi**.** 2003. *Pengembangan Kapasitas Pemerintah Daerah Menuju Good Governance*. Jurnal Administrasi Negara Vol. IV, No. 1. Malang. FIA.

Supriyono, Bambang. 2001. Manajemen Pelayanan Publik, *Responsivitas dan Akuntabilitas Sektor Publik*. (20-22) Jurnal Administrasi Negara Vol 1 No. 2. Malang. FIA.

Susilih, Sri. 2002. Local Government, *Desentralisasi Public Service Dalam Era Otonomi Daerah*. (36-37)Jurnal Administrasi Negara Vol. II, No. 2.. Malang. FIA.

Suwondo. 2001. Manajemen Pelayanan Publik**,** *Desentralisasi Pelayanan Publik : Hubungan Komplementer Antara Sektor Negara, Mekanisme Pasar Dan Organisasi Non-Pemerintah*. (29-30) Jurnal Administrasi Negara Jurnal Vol. I, No. 2. Malang. FIA.

Zauhar, Susilo. 2001. Manajemen Pelayanan Publik, *Administrasi Pelayanan Publik: Sebuah Perbincangan Awal*. (4). Jurnal Administrasi Negara Jurnal Vol. I, No. 2. Malang. FIA.

PERATURAN DAN UNDANG-UNDANG :

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No. 63KEP/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik.

Keputusan Menteri Kesehatan No 1202/MENKES/SK/VII/2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 Dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat Dan Kabupaten/Kota. Diakses pada tanggal 26 Juni dari http://www.dinkes-kotasemarang.go.id/

Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2005 Tentang Pelayanan Publik di Jawa Timur (http://beritalingkungan.blogspot.com) diakses tanggal 26 Mei.

Peraturan Pemerintah Nomor. 7 Tahun 1987 Tentang Penyerahan Sebagian Urusan Pemerintahan Dalam Bidang Kesehatan Kepada Daerah. (http://www.unej.ac.id/fakultas/hukum1/hukum/pp/1987/PP%207%201987.rtf) diakses tanggal 26 Mei.

Undang-Undang Dasar 1945.

Undang-Undang No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan.

Undang-undang nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah.

SURAT KABAR:

Media Indonesia, 16 Juli 2008.
Kompas, 23 januari 2008
Kompas, 15 Maret 2008

INTERNET:

http://www.waspola.org/web/file/pdf/ksn07_paper_menteri.pdf.diakses tanggal 7 juni 2008.

http://www.dinkesjatim.go.id/ diakses pada tanggal 15 April 2008

http://pamitaonline.wordpress.com/page/3/ diakses tanggal 26 Juni 2008

http://bhariwibowo.blogspot.com/2007/11/desentralisasi.html diakses tanggal 26 Juni 2008

http://id.wikipedia.org/wiki/Pukesmas diakses pada tanggal 15 April 2008.

http://dinkesbonebolango.org/index.php?option=com_content&task=view&id=64&Itemid=2 diakses pada tanggal 26 Juni 2008

http://rahmaline.blogspot.com/2008/06/indikator-kesehatan.html diakses pada tanggal 26 Juni 2008.

http://www.pustakalewi.info/detail.asp?section=rubrikberitadetail&rubrikberitamingguanid=1005 diakses pada tanggal 26 Juni 2008

PEDOMAN WAWANCARA

1. Apakah ada keluhan dari masyarakat tentang pelayanan yang diberikan? Bagaimana sikap menanggulangi keluhan tersebut?
2. Bagaimana upaya yang dilakukan oleh klinik sanitasi untuk meningkatkan responsivitas pelayanan kepada masyarkat?
3. Apakah dalam menentukan kebijakan organisasi melibatan partisipasi masyarakat/lembaga swadaya masyarakat?
4. Apakah menyebarkan informasi kesehatan kepada masyarakat? Melalui apa?
5. Apakah memberikan pilihan tentang model sanitasi kepada masyarakat?

Nama :

Pekerjaan :

Umur :

Pekerjaan :

1. Menurut anda apakah pelayanan di klinik sanitasi sudah responsif (cepat dan tanggap) dalam melayani?
2. Menurut anda pakah pegawai di klinik sanitasi ini ramah dan sopan dalam melayani?
3. Apakah informasi yang disampaikan tentang kesehatan sudah jelas?
4. Apakah akses sanitasi sudah terjangkau?

CURRUCULUM VITAE

Nama : DIANA MASITA
NIM : 0510310034
Tempat Tanggal lahir : Mojokerto, 26 Maret 1987
Alamat : Ds. Pesanggrahan, Kec. Kutorejo, Kab. Mojokerto
No. Hp : 085649103468

PENDIDIKAN FORMAL

1993 – 1999 : SDN 1 Ketidur Kec. Kutorejo, Kab. Mojokerto
1999 – 2002 : SLTP Negeri 1 Pacet, Kab. Mojokerto
2002 – 2005 : MAN Mojosari, Kab. Mojokerto
2005 – 2009 : S1 Administrasi Publik Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang

repository.ub.ac
UNIVERSITAS BRAWIJAYA