

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang Masalah

Pada tanggal 25-27 September 2015 menjadi suatu momentum besar dalam pembangunan Global. Di New York, Amerika Serikat diadakan Sidang Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa yang dihadiri oleh 193 kepala negara dan menyepakati mengenai agenda pembangunan baru (*Sustainable Development Goals*) yang tertuang pada dokumen *Transforming Our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Agenda ini merupakan langkah lanjut dari agenda pembangunan sebelumnya (*Millenium Development Goals*) yang dimulai pada tahun 2000 hingga akhir tahun 2015. Terdapat perbedaan mendasar antara kedua agenda ini dimana MDGs hanya berisi 8 tujuan, 21 target, dan 60 indikator. Sedangkan pada agenda SDGs berisikan 17 tujuan dan 169 target, dan 300 indikator. Angka ini menandakan adanya kesadaran dari negara global akan suatu permasalahan yang lebih kompleks. Agenda ini bukan hanya menjadi agenda lanjutan dalam pengembangan dan penyempurnaan, namun komitmen untuk percepatan kemajuan bagi negara tertinggal. Itulah sebabnya SDGs dirancang untuk membawa dunia ke beberapa 'nol' yang mengubah kehidupan, termasuk nol kemiskinan, kelaparan, AIDS dan diskriminasi terhadap perempuan dan anak perempuan¹.

Dengan adanya inisiatif global ini, Indonesia sebagai salah satu negara anggota PBB melihat perlu adanya kesadaran implementasi pembangunan tingkat regional dan nasional berbasis kelanjutan. Peran negara sangatlah krusial dalam menciptakan pembangunan ekonomi, inklusi sosial, dan keberlanjutan lingkungan dengan tetap mengedepankan pada karakteristik bangsa. Berkaca pada agenda

¹ Undp.org. (2015). Sustainable Development Goals. diakses Maret 2, 2020, dari <https://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals.html>

MDGs dimana keterlambatan implementasi akibat pasca krisis 1998, kini Indonesia secara serius menyambut akan agenda SDGs. Pemerintah telah menyelaraskan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) dengan Nawacita yang dirumuskan dalam kebijakan, strategi, dan program pembangunan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 dengan diterbitkannya Peraturan Presiden Nomor 2 Tahun 2015 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019. Dalam pelaksanaannya, Indonesia memegang prinsip TPB/SDGs, yaitu (i) *universal development principles*, (ii) *integration*, (iii) *no one left behind*, dan (iv) *inclusive principles*². Wujud komitmen pelaksanaannya dipayungi dengan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB). Selanjutnya RPJM ini menjadi pedoman kementerian/lembaga dalam menyusun Rencana Strategis kementerian/lembaga (Renstra-KL) dan akan dijabarkan ke dalam Rencana Kerja Pemerintah (RKP) yang akan menjadi pedoman bagi penyusunan Rancangan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (RAPBN). Dalam pelaksanaan ini harus dikomunikasikan dengan tingkat daerah meliputi perencanaan pembangunan dan APBD yang sejalan dengan target SDGs.

Bila dilihat dari capaian target MDGs. Dari 8 goals dengan 18 target, terdapat 4 goals dengan 8 target di bidang kesehatan. Dari 31 indikator MDGs terkait kesehatan, sebanyak 7 tujuan-tujuan yang telah tercapai, 17 tujuan-tujuan yang pencapaiannya menunjukkan kemajuan signifikan dan diharapkan tercapainya sepenuhnya, dan 7 tujuan-tujuan yang pencapaiannya menunjukkan kemajuan, tetapi masih diperlukan kerja keras agar tercapai sepenuhnya. Melihat capaian ini berdampak pada meningkatkan kesadaran mengenai berbagai isu kesehatan. Sedangkan terdapat isu kesehatan dalam SDGs sebanyak 4 goals dengan 21 target. SDGs saat ini melihat bahwa tumbuh kembang anak menjadi penting demi menciptakan bibit yang berkualitas di kelak nanti, sehingga diperlukan penanganan

² ICCTF. (2018). Tentang SDGs. diakses Maret 2, 2020, dari <https://www.icctf.or.id/sdgs/>

husus dalam merawatnya. Salah satu tujuan SDGs ialah tanpa kelaparan dan mencapai ketahanan pangan serta nutrisi; dan kehidupan sehat sejahtera. Tujuan ini juga mengacu pada peningkatan gizi bayi dan anak.

Menurut WHO, stunting diartikan sebagai tinggi anak dibanding umur yang lebih dari dua standar deviasi di bawah median Standar Pertumbuhan Anak WHO. Stunting ini diukur dari panjang badan (PB/U) atau tinggi badan (TB/U) menurut umurnya dengan persentase usia 0 sampai 59 bulan dibandingkan dengan standar baku WHO-MGRS (*Multicentre Growth Reference Study*). Sedangkan stunting menurut Kementerian Kesehatan adalah anak balita dengan nilai z-scorenya kurang dari -2SD/standar deviasi (stunted) dan kurang dari -3SD (*severely stunted*)³. Istilah yang lebih dikenal adalah bayi kerdil dimana seorang balita pada masa tumbuh kembang terhitung 1.000 hari sejak pertama kelahiran menunjukkan angka tinggi badan dan berat badan yang tidak normal di seusianya. Anak-anak ini dapat menderita kerusakan fisik dan kognitif parah yang tidak dapat dipulihkan dan disertai gangguan pertumbuhan fisik. Bentuk pengkerdilan ini salah satunya disebabkan karena kecukupan gizi yang didapatkan, infeksi berulang, dan stimulasi psikososial yang tidak memadai. Dampak buruk dari pengkerdilan dapat berlangsung seumur hidup dan bahkan mempengaruhi generasi berikutnya. WHO memperkirakan bahwa prevalensi stunting secara keseluruhan menurun di negara berkembang⁴. Anak-anak yang lahir dari wanita yang terhambat memiliki risiko lebih besar meninggal daripada anak-anak dari ibu dengan tinggi normal. Sehingga stunting dijadikan masalah global yang krusial pada saat ini. Target prevalensi stunting yang telah ditetapkan oleh *World Health Assembly* (WHA) adalah menurunkan angka stunting sebanyak 40% pada tahun 2025 dari prevalensi 2013 menjadi 22%. Sedangkan pada tahun 2030, mengakhiri segala bentuk malnutrisi,

³ TNP2K. (2017). 100 Kabupaten/Kota Prioritas untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting). Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan.

⁴ Apriluana, G., & Fikawati, S. (2018). Analisis Faktor-Faktor Risiko terhadap Kejadian Stunting pada Balita (0-59 Bulan) di Negara Berkembang dan Asia Tenggara. *Media Litbangkes*, 28(4), 252.

termasuk mencapai target internasional 2025 untuk penurunan stunting dan wasting pada balita dan mengatasi kebutuhan gizi remaja perempuan, wanita hamil dan menyusui, serta lansia.

Fenomena malturasi sangat berkaitan dengan konsistensi kekurangan gizi maupun kelebihan berat badan yang berdampak pada timbulnya penyakit tidak menular (PTM). Bentuk malturasi dapat dilihat dari fenomena stunting (usia >5 tahun), anemia pada wanita usia reproduksi (15-49 tahun), kelebihan berat badan/obesitas pada wanita dewasa >18 tahun). Dari 143 negara pembandingan, setidaknya terdapat satu bentuk malturasi pada tingkat tinggi yang membebani negara. Terdapat 37 negara, termasuk afrika yang mengalami ketiga bentuk malturasi. Terdapat 87 negara yang mengalami kedua bentuk malturasi dan 19 negara yang memiliki satu bentuk malturasi⁵. Dari temuan ini menandakan banyak negara yang memiliki fenomena dua bentuk malturasi. Persebarannya dapat dilihat pada gambar 1.

Gambar 1. Peta Persebaran Negara dengan Tiga Bentuk Malturasi



Sumber : *Inequalities in the global burden of malnutrition: The double burden of malnutrition*⁶.

⁵ Global Nutrition Report. (2020, Mei). Global Nutrition Report. Diakses pada 22 Januari 2022, dari Chapter 02: Inequalities in the global burden of malnutrition: <https://globalnutritionreport.org/reports/2020-global-nutrition-report/inequalities-global-burden-malnutrition/>

⁶ *Ibid.*

Ricardo dalam Bhutta⁷ memaparkan balita stunting berkontribusi terhadap kematian anak balita di dunia sebesar 1,5 juta (15%) yang menyebabkan 55 juta balita kehilangan masa hidup setiap tahun (*Disability-Adjusted Life Years*). Menurut WHO, pada tahun 2016 prevalensi balita stunting dan keadaan gizi balita pendek menjadi penyebab 2,2 juta dari seluruh penyebab kematian balita di seluruh dunia. Bahkan setengah dari tingkat kematian anak tersebut berumur bawah lima tahun yang disebabkan oleh kekurangan gizi di Asia dan Afrika dimana menyebabkan kematian tiga juta anak per tahun⁸.

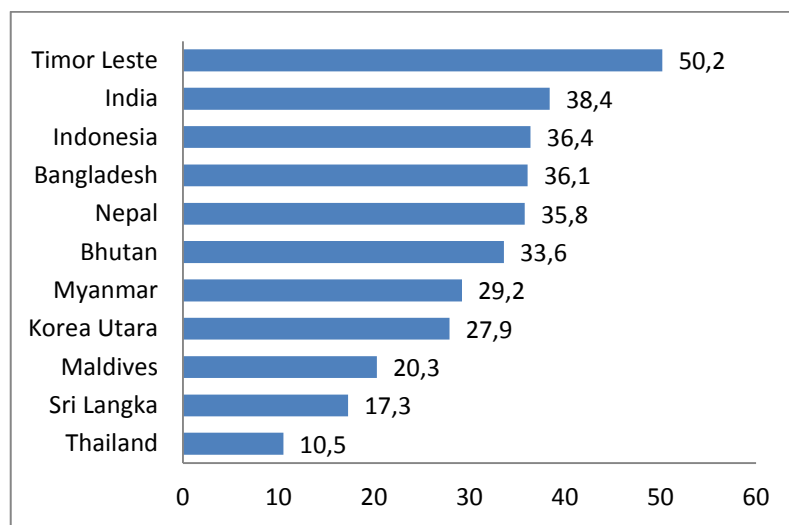
Pada tahun 2017, lebih dari setengah balita stunting di dunia berasal dari Asia (55%) sedangkan lebih dari sepertiganya (39%) tinggal di Afrika. Dari 83,6 juta balita stunting di Asia, proporsi terbanyak berasal dari Asia Selatan (58,7%), Asia Tenggara (14,9%), dan proporsi paling sedikit di Asia Tengah (0,9%). Sedangkan data Prevalensi balita stunting yang dikumpulkan World Health Organization (WHO) menunjukkan bahwa Indonesia termasuk ke dalam negara ketiga dengan prevalensi tertinggi di regional Asia Tenggara/South-East Asia Regional (SEAR) 2017. Rata-rata prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2005-2017 adalah 36,4%⁹. Menurut Jusuf Kalla dalam pembukaan Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi (WNPG) 2018, menuturkan bahwa Indonesia merupakan negara nomor empat dengan angka stunting tertinggi di dunia dibawah india pakistan. Lebih kurang sebanyak 9 juta atau 37 persen balita Indonesia mengalami stunting (kerdil) dari 159 juta di dunia.

Grafik 1. Rata-rata Prevalensi balita stunting di Regional Asia Tenggara (SEAR) tahun 2005-2017

⁷ Bhutta, Z. A., Das, J. K., Rizvi, A., Gaffey, M. F., Walker, N., Horton, S., et al. (2013). Evidence-based Interventions for Improvement of Maternal and Child Nutrition: What can be Done and at What Cost? *Maternal and Child Nutrition*, 2, 1-26.

⁸ Ohhyver, M., Moniaga, J. V., Yunidwi, K. R., & Setiawan, M. I. (2017). Logistic Regression and Growth Charts to Determine Children Nutritional and Stunting Status: A Review. *Procedia Computer Science*, 232-241.

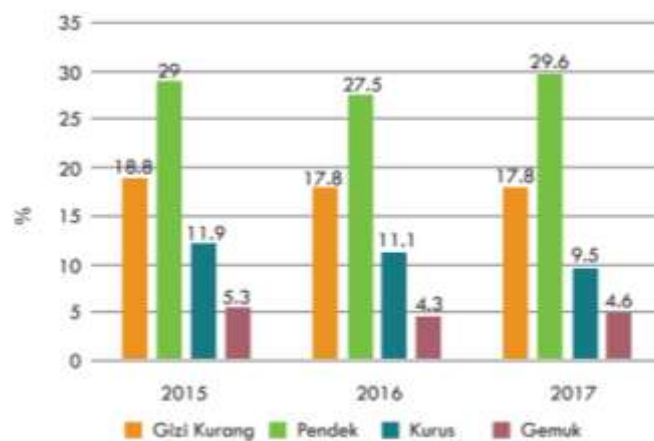
⁹ Atmarita. (2018). Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia. *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan*, hal 1



Sumber : Child Stunting data visualization dashboard.

Berdasarkan data Pemantauan Status Gizi (PSG) dalam kurun waktu 3 tahun terakhir, permasalahan bayi pendek mengalami peningkatan dibandingkan permasalahan gizi kurang, kurus, gemuk yang mengalami penurunan. Prevalensi balita pendek mengalami peningkatan dari tahun 2016 yaitu 27,5% menjadi 29,6% pada tahun 2017.

Grafik 2. Masalah Gizi di Indonesia



Sumber : Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia¹⁰

¹⁰ Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan. (2018). Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil. Jakarta: Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia, hal 2.

Bentuk komitmen pemerintah dalam pencegahan stunting sangat difokuskan pada penanganan gizi yang ditandai dengan tergabungnya Indonesia dalam Gerakan Global Scaling Up Nutrition (SUN) pada tahun 2011 yang diluncurkan dengan prinsip bahwa semua warga negara memiliki hak untuk mendapatkan akses terhadap makanan yang memadai dan bergizi. Dengan pengalaman global bahwa diperlukannya intervensi gizi yang terpadu, sehingga dilakukanlah sebuah langkah intervensi gizi spesifik, intervensi gizi sensitif, dan lingkungan yang mendukung. Sejalan dengan hal ini kemudian pemerintah mengeluarkannya landasan hukum Peraturan Presiden No. 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Gernas PPG) dalam kerangka 1.000 HPK

Upaya dalam meningkatkan gizi ini ditempuh dengan intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif. Intervensi gizi spesifik dilakukan dalam mengatasi permasalahan gizi secara langsung yang umumnya dilakukan oleh sektor kesehatan dengan memfokuskan kepada anak dalam 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Intervensi gizi spesifik ini berpengaruh sebesar 30% terhadap kejadian stunting. Sedangkan intervensi gizi sensitif dilakukan untuk permasalahan gizi secara tidak langsung yang dilakukan melalui berbagai kegiatan pembangunan diluar sektor kesehatan. Sasarannya lebih luas yaitu masyarakat umum. Intervensi gizi sensitif ini berpengaruh sebesar 70% terhadap kejadian stunting. Intervensi gizi spesifik ini mencakup kecukupan asupan makanan dan gizi; pemberian makan, perawatan dan pola asuh, pemberian koseling/ edukasi gizi, pengobatan infeksi/ penyakit, dll. Intervensi ini dibagi atas 3 kelompok intervensi, meliputi : Intervensi prioritas, Intervensi pendukung, dan Intervensi prioritas sesuai kondisi tertentu. Sedangkan kelompok prioritas ini meliputi ibu hamil, ibu menyusui dan anak usia 0-6 bulan serta, ibu menyusui dan anak usia 7-23 bulan. Pengalaman global menunjukkan bahwa penyelenggaraan intervensi yang terpadu untuk menysasar kelompok prioritas di lokasi prioritas merupakan kunci keberhasilan perbaikan gizi, tumbuh

kembang anak, dan pencegahan stunting¹¹. Sedangkan sensitif gizi spesifik meliputi akses air bersih, sanitasi, akses layanan sosial maupun kesehatan, hingga ketahanan pangan, dll.

Calon indikator yang ditetapkan sangat terfokus pada prevalensi balita stunting dan wasting. Nampak pemerintah dalam menangani stunting ini memberikan perhatian besar. Sehingga pencegahan angka stunting ini menjadi salah satu asaran pembangunan pada RPJMN 2015-2019. Terdapat indikator dan target pada Sasaran Pokok RPJMN pembangunan manusia dan masyarakat di bidang kesehatan dengan meningatkan status kesehatan dan gizi masyarakat. Sebelumnya pada tahun 2013, tingkat prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek) pada anak baduta (bawah dua tahun) (persen) sebesar 32,9% yang kemudian ditetapkan target nasional 2019 menjadi 28%. Adapun strategi percepatan perbaikan gizi dalam dokumen perencanaan RPJMN 2015-2019¹², meliputi :

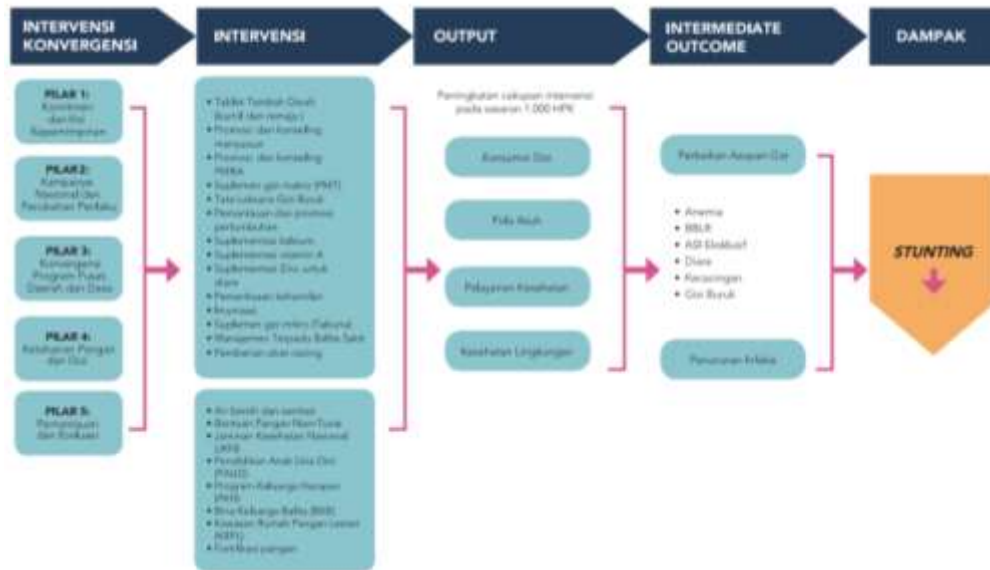
- a. Peningkatan surveilans gizi termasuk pemantauan pertumbuhan
- b. Peningkatan akses dan mutu paket pelayanan kesehatan dan gizi dengan fokus utama pada 1.000 hari pertama kehidupan (ibu hamil hingga anak usia 23 bulan), balita, remaja, dan calon pengantin
- c. Peningkatan promosi perilaku masyarakat tentang kesehatan, gizi, sanitasi, higiene, dan pengasuhan
- d. Peningkatan peran masyarakat dalam perbaikan gizi termasuk melalui Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat/UKBM (Posyandu dan Pos PAUD)
- e. Penguatan pelaksanaan, dan pengawasan regulasi dan standar gizi
- f. Pengembangan fortifikasi pangan

¹¹ Levinson, F. J., Balarajan, Y., & Marini, A. (2013). Addressing Malnutrition Multisectorally: What Have We Learned From Recent International Experience? New York: UNICEF and MDG Achievement Fund.

¹² Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. (2014). Peraturan Presiden Nomor 2 Tahun 2015 tentang RPJMN 2015-2019. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional, hal 76.

- g. Penguatan peran lintas sektor dalam rangka intervensi sensitif dan spesifik yang didukung oleh peningkatan kapasitas pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/kota dalam pelaksanaan rencana aksi pangan dan gizi.

Bagan 1. Kerangka Konseptual Intervensi Pencegahan Stunting Terintegrasi



Sumber : Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil¹³

Dikutip dari hasil RAKORKOP Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2015 dengan tema Kesehatan dalam kerangka Sustainable Development Goals, Kemenkes RI pada poin kedua “nol kelaparan” memfokuskan diri pada pangan dan segala bentuk malnutrisi yang diakibatkan oleh kekurangan gizi. Bentuk komitmen pemerintah dalam penanganan ini di implementasikan dalam “Percepatan Pencegahan Stunting”. Pada 12 Juli 2017 dilakukan Rapat Koordinasi tingkat Menteri dalam menangani stunting. Dalam ratas ini Pemerintah melihat bahwa pentingnya dilakukan langkah dengan pendekatan multi-sektor melalui sinkronisasi program-program nasional, lokal, dan masyarakat di tingkat pusat maupun daerah. Sehingga sinkronisasi dalam tingkat pusat ini menghasilkan Lima Pilar Strategi Nasional Pencegahan Stunting, yaitu :

¹³ Ibid., hal 41.

- a. Pilar 1. Komitmen dan Visi Kepemimpinan. Tujuan dari pilar ini ialah Memastikan pencegahan stunting menjad prioritas pemerintah dan masyarakat di semua tingkatan. Sehingga pada pilar ini menitikberatkan dari kepemimpinan presiden/wakil presiden yang kemudian diterjemahkan hingga pemerintah desa. Pilar ini dikoordinasikan oleh Sekretariat Wakil Presiden/ TNP2K
- b. Pilar 2. Kampanye Nasional dan Komunikasi Perubahan Perilaku. Tujuan dari pilar ini ialah Meningkatkan kesadaran publik dan perubahan perilaku masyarakat untuk pencegahan stunting. Langkah ini diambil dengan cara kampanye perubahan perilaku yang konsisten dan berkelanjutan sesuai konteks dan kelompok sasaran. Pilar ini dikoordinasikan oleh Menteri Kesehatan dan Menteri Komunikasi dan Informasi
- c. Pilar 3. Konvergensi, Koordinasi, dan Konsolidasi Program Pusat, Daerah, dan Desa. Tujuan pilar ini ialah Memperkuat konvergensi melalui koordinasi dan konsolidasi program dan kegiatan pusat, daerah, dan desa. Disini ditekankan pada mendesain pengelolaan perencanaan dan penganggaran program yang baik antar lintas sektor maupun tingkat pemerintah samapai desa. Pilar ini dikoordinasikan oleh Menteri Bappenas dan Menteri Dalam Negeri.
- d. Pilar 4. Ketahanan Pangan dan Gizi. Tujuan pilar ini ialah Meningkatkan akses terhadap makanan bergizi dan mendorong ketahanan pangan. Di pilar ini memastikan mengenai ketersediaan pangan dan gizi yang cukup sesuai dengan kebutuhan masyarakat diberbagai lapisan. Pilar ini dikoordinasikan oleh Menteri Pertanian dan Menteri Kesehatan.
- e. Pilar 5. Pemantauan dan Evaluasi. Tujuan pilar ini ialah Meningkatkan pemantauan dan evaluasi sebagai dasar untuk memastikan pemberian layanan yang bermutu, peningkatan akuntabilitas, dan percepatan

pembelajaran. Pilar ini dikoordinasikan oleh Sekretariat Wakil Presiden/TNP2K dan Bappenas¹⁴.

Dalam pelaksanaannya diperlukan sinergi antara multistakeholder agar tujuan tercapai. Kebijakan ini kemudian diterjemahkan hingga tingkat kabupaten/kota. Disini diperlukan peran Pemerintah Daerah dengan wewenangnya yang dilaksanakan melalui BPMD atau OPD yang terkait. Untuk ditingkat lokal dilakukan pemberdayaan masyarakat dan desa terkait peran desa dalam upaya pencegahan stunting terintegrasi di tingkat Desa. Pemerintah menetapkan pencegahan stunting sebagai prioritas nasional yang dilaksanakan di berbagai tingkatan sampai dengan tingkat desa. Berdasarkan Undang Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa, desa berkewajiban untuk mendukung kegiatan-kegiatan pembangunan yang menjadi program prioritas nasional. Sehingga pemerintah desa dituntut untuk menyusun kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan pencegahan stunting terutama dengan pemanfaatan Dana Desa-nya.

Dalam memastikan efektivitas pelaksanaan intervensi pencegahan stunting terintegrasi di daerah, perlu pembagian peran dan tanggung jawab yang jelas antar pemerintah tingkat daerah¹⁵. Pengorganisasian ini selanjutnya diimplementasikan hingga ke tingkat daerah, salah satunya dengan dilakukan kerja sama bersama Kader Pembangunan Manusia (KPM), pendamping Program Keluarga Harapan (PKH), petugas Puskesmas dan bidan desa, serta petugas Keluarga Berencana (KB)¹⁶. Untuk tingkat yang lebih kecil dan terfokus pada ibu, bayi, dan balita terdapat posyandu yang diselenggarakan oleh kader. KPM ini nantinya akan membantu desa dalam memfasilitasi integrasi intervensi pencegahan stunting di tingkat desa. Kader tersebut berasal dari masyarakat sendiri seperti kader Posyandu, guru PAUD, dan kader lainnya yang terdapat di desa yang dipilih,

¹⁴ Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan. Op.cit, hal 28-39.

¹⁵ Bappenas. (2018). Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi Di Kabupaten Kota. Jakarta: Kementerian Perencanaan dan Pembangunan Nasional, hal 15.

¹⁶ *Ibid.*, hal 16.

bersedia, mampu dan memiliki waktu untuk melakukan kegiatan Posyandu. Tidak dapat dipungkiri bahwa kader posyandu haruslah ber asal dari orang yang memahami karakteristik wilayah tersebut. Sehingga para KPM ini akan diberikan pembinaan agar memastikan efektivitas mobilisasi kader. Secara lebih lanjut Kader yang ada di tingkat lokal ini akan berkerjasama denan Posyandu dan Puskesmas. Dalam pembinaan Kader Pembangunan Manusia ini dapat dilakukan dengan beberapa tahapan, meliputi:

1. Memahami tugas KPM
2. Mengidentifikasi ketersediaan sumber daya dan pembiayaan KPM
3. Mengembangkan dukungan sistem untuk mengoptimalkan kinerja KPM
4. Mensinergikan kinerja KPM dengan program OPD¹⁷

Percepatan pencegahan stunting ini dilakukan di seluruh kabupaten/kota bertahap. Penetapan kabupaten/kota ini didasarkan pada prevalensi stunting dengan jumlah penduduk miskin di daerah bersangkutan. Pemerintah pusat akan menetapkan prioritas kabupaten/kota dengan tingkan prevalensi yang tinggi. Karena dengan tingginya angka tersebut mengindikasikan besarnya kasus kekurangan gizi akut yang beresiko kematian yang sangat tinggi pula. Percepatan pencegahan ini dilakukan dalam beberapa tahapan. Tahap pertama (2018), pemerintah menyelenggarakan intervensi ke 1.000 desa fokus di 100 kabupaten/kota. Tahap kedua (2019), kegiatan intervensi diperluas ke 1.600 desa fokus di 160 kabupaten/kota. Tahap ketiga (2020-2024), kegiatan akan diperluas ke seluruh kabupaten/kota secara bertahap dengan mempertimbangkan beberapa elemen penting

Di kawasan provinsi Jawa Timur terdapat 12 dari 38 kabupaten/kota yang telah ditetapkan sebagai prirotas percepatan pencegahan stunting. Daerah ini ditetapkan berdasar tingkat prevalensi stunting dan tingkat kemiskinan. Bila

¹⁷ *Ibid.*, hal 36-37.

ditinjau dari dokumen “100 Kabupaten/Kota Prioritas Untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting)” dengan didasarkan pada data IPKM 2013, daerah tersebut meliputi dari yang tertinggi : Bondowoso , Sumenep, Probolinggo, Lamongan, Pamekasan, Nganjuk, Jember, Bangkalan, Sampang, Trenggalek, Malang. Bondowoso mencapai angka di 56.30, disusul Sumenep dengan 44.6, hingga Kabupaten Malang dengan angka 27.28. Sedangkan Magetan mencapai angka di 30.21 dengan rata-rata prevalensi stunting di Jawa Timur sebesar 35.81

Magetan menjadi salah satu kabupaten di Jawa Timur yang memiliki PAD yang cukup kecil dibandingkan daerah lain di Jawa Timur. Selain PAD yang cukup rendah, terdapat permasalahan angka stunting cukup tinggi yang menyita perhatian dari Bupati Magetan. Bentuk perhatian Magetan dalam permasalahan stunting ini nampak pada Rencana Strategis Dinas Kesehatan Magetan tahun 2018-2023 dimana isu strategis yang dipaparkan ialah pencegahan stunting dan gizi buruk; masih adanya kasus kematian ibu, bayi dan balita; serta penguatan pelayanan akses kesehatan di puskesmas dan RSUD¹⁸. Kemudian isu stunting ini menjadi dasar dibuatnya program dan kegiatan prioritas pembangunan kesehatan pada Rancangan Kerja 2019 dan tahun setelahnya. Meskipun Magetan memiliki tingkat prevalensi dibawah rata-rata prevalensi provinsi, namun terjadi peningkatan jumlah prevalensi stunting tiap tahunnya.

Salah satu penyebab stunting ialah Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). BBLR menjadi faktor dominan beresiko terhadap stunting pada anak. BBLR adalah bayi yang lahir cukup bulan namun memiliki berat yang kurang dari 2.500 gram. Kasus ini pada umumnya disebabkan status gizi ibu hamil atau sakit yang diderita. Mengutip dari Profil Kesehatan Magetan tahun 2014 hingga 2019, kasus BBLR di Magetan relatif mengalami penurunan dari tahun 2014 sebesar 468 bayi hingga tahun 2017 sebanyak 349 bayi. Namun dari terjadi kenaikan pada tahun

¹⁸ Dinas Kesehatan Magetan. (2019). Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Magetan Tahun 2018-2023. Magetan: Dinas Kesehatan Magetan, hal 141-142.

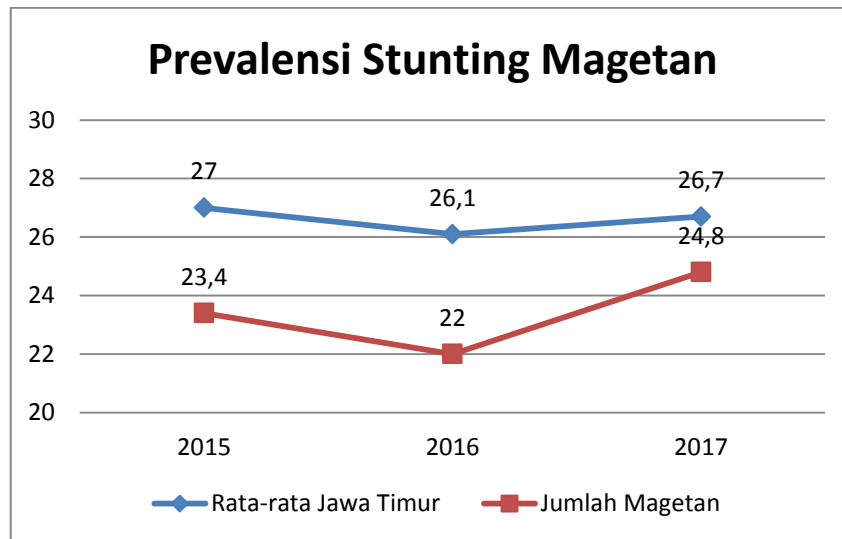
2018 hingga 2019 sebanyak 359 dan 373 bayi. Sedangkan untuk angka status gizi balita merupakan salah satu indikator tingkat kesejahteraan masyarakat. Untuk menilai status gizi balita dilakukan pengukuran tubuh dibandingkan umur (BB/U atau TB/U). Nampak terjadi peningkatan status gizi buruk mulai tahun 2014 sebanyak 184 bayi hingga tahun 2018 sebanyak 406 bayi, namun pada tahun 2019 mengalami penurunan menjadi 249 bayi. Tentu perubahan angka yang cukup signifikan ini menjadi permasalahan tersendiri.

Dihimpun dari Studi Status Gizi Balita Terintegrasi Susenas (SSGBI) 2019, terdapat angka prevalensi stunting dari berbagai sumber dengan metode masing-masing. Pada Riskesdas tahun 2013 hanya terintegrasi BPS dan tidak terintegrasi dengan rumah tangga Susenas. Namun pada Riskesdas tahun 2018 dan SSGBI tahun 2019 sudah terintegrasi dengan rumah tangga Susenas. Sedangkan pada buku saku hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) sudah terintegrasi secara meluruh. Dalam data ini ditemukan terjadinya penurunan prevalensi stunting di Jawa Timur pada tahun 2013 (35,51%), 2018 (32,8%), 2019 (26,86%), dan tahun 2021 (23,5%). Sedangkan ditingkat Kabupaten Magetan mengalami fluktuatif pada tahun 2013 (30,21%), 2018 (30,3%), dan tahun 2021(17,2%).

Sedangkan dihimpun dari Buku Saku Hasil, terjadi penurunan prevalensi stunting di Provinsi Jawa timur pada 2015 sebesar 27% menjadi 26,1% pada 2016, namun terjadi peningkatan menjadi 26.7% di tahun 2017. Berdasarkan Renstra Dinkes Magetan 2018-2023 juga terjadi peningkatan prevalensi stunting di tahun 2017 sebesar 24,8 dari angka 22,1 di tahun 2016¹⁹. Sehingga dengan adanya kenaikan signifikan dibandingkan kenaikan di tingkat provinsi, menjadikan fenomena menarik yang akan diteliti mengenai bagaimana kualitas pelayanan puskesmas dalam pencegahan stunting.

Grafik 3. Prevalensi Stunting Magetan 2015-2017

¹⁹ *Op.cit.*, hal 74.



Sumber : Diolah peneliti dari Buku Saku Pemantauan Status Gizi tahun 2015, 2016, dan 2017

Dalam pencegahan stunting ini menjadi peran tiap fasilitas kesehatan tingkat lokal yaitu puskesmas. Mengingat dalam intervensi spesifik berkaitan erat mengenai kebijakan maupun program intervensi dalam sektor kesehatan yang dilaksanakan oleh puskesmas. Menghimpun dari Keputusan Menteri Kesehatan tentang data Pusat Kesehatan Masyarakat per Juni 2019, Jawa timur memiliki jumlah puskesmas sebanyak 968 unit dari 10.062 unit di Indonesia dengan rincian 415 dengan fasilitas non rawat inap dan 553 dengan fasilitas rawat inap. Magetan memiliki jumlah puskesmas yang terbilang sedikit yaitu 22 unit dengan rincian 17 rawat inap dan 5 non-rawat inap. Angka ini dapat dikatakan paling kecil untuk lingkup kabupaten setelah Situbondo, Nganjuk, dan Sampang. Sedangkan untuk jumlah taman posyandu sudah mencakup setiap daerah. Dari total 542 unit, sebesar 70,85% atau 384 sudah dikatakan optimal dan 29,15% atau 158 belum dikatakan optimal. Untuk periode november 2019, sebanyak 934 unit posyandu mayoritas telah mengalami peningkatan dengan mentas dari status pratama. Perincian angkanya pada tingkat madya sebesar 14,6% atau 136, tingkat purnama 77,2% atau 721, dan tingkat mandiri sebesar 8,2% atau 77²⁰.

²⁰ Magetantoday.com. (2019). Rakor Taman Posyandu, Ini Targetnya. Retrieved Maret 3, 2020, from <https://magetantoday.com/rakor-taman-posyandu-ini-targetnya/>

Dalam penelitian ini, peneliti menentukan informan puskesmas di Kabupaten Magetan berdasarkan perwakilan tiap akreditasi. Sedangkan untuk menentukan puskesmas di tiap akreditasi di dasarkan pada banyaknya jumlah penduduk dan jumlah penduduk jenis kelamin perempuan di tiap akreditasi tersebut. Kabupaten Magetan sendiri memiliki 22 puskesmas dengan rincian 3 puskesmas terakreditasi Paripurna, 12 puskesmas terakreditasi Utama, dan 7 puskesmas terakreditasi Madya. Diharapkan dengan memilih puskesmas dengan populasi terbanyak, dapat mewakili puskesmas di Kabupaten Magetan. Sehingga penelitian ini dilakukan di Puskesmas Candirejo dan Puskesmas Plaosan yang mewakili puskesmas dengan akreditasi paripurna, Puskesmas Ngariboyo yang mewakili puskesmas dengan akreditasi utama, dan Puskesmas Taji sebagai perwakilan dari puskesmas dengan akreditasi Madya.

Tabel 1. Data Puskesmas yang Diteliti

No	Nama Puskesmas	Status Akreditasi	Jumlah Penduduk (jiwa)	Jumlah Penduduk Perempuan (jiwa)
1	Candirejo	Paripurna	42.959	22.410
2	Plaosan	Paripurna	31.920	24.521
3	Ngariboyo	Utama	36.985	18.750
4	Taji	Madya	36.775	15.147

Sumber : Diolah peneliti dari Dinas Kesehatan Kabupaten Magetan dalam Angka 2019²¹

Intervensi Spesifik sangat berkaitan erat dengan pemberian pelayanan oleh pihak puskesmas dengan berbagai macam jenis pelayanan dalam pencegahan stunting. Dalam Laporan Kinerja Dinkes Magetan 2019²², terdapat Indikator Kinerja Utama (IKU) dan Indikator Tujuan yang telah mencapai capaian kinerja.

²¹ Dinas Kesehatan Kabupaten Magetan. (2019). Dinas Kesehatan Kabupaten Magetan Dalam Angka 2019. Magetan.

²² Dinas Kesehatan Magetan. (2020). Laporan Kinerja Dinas Kesehatan Tahun 2019. Magetan: Dinas Kesehatan Magetan.

Peneliti mengacu 8 indikator dari 14 Indikator Kinerja Prioritas yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan guna pencegahan stunting. Nampak dari 8 indikator tersebut hanya 2 indikator yang telah mencapai capaian kinerja

Tabel 2. Indikator Kinerja Prioritas

No	Indikator Kinerja Priotitas	Target Tahun 2019	Realisasi Tahun 2019	Capaian Kinerja Tahun 2019
1	Pelayanan kesehatan ibu hamil sesuai standar	100%	97,05%	97,05%
2	Pelayanan kesehatan ibu bersalin sesuai standar	100%	98,52%	98,52%
3	Pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai standar	100%	101,62%	100%
4	Pelayanan kesehatan balita sesuai standar	100%	98,06%	98,06%
5	Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar	100%	97,16%	97,16%
6	Pelayanan kesehatan pada usia produktif sesuai standar skrining kesehatan usia produktif	100%	84,06%	84,06%
7	Angka Kematian Ibu per 100.000 kelahiran hidup	102%	100,58%	92,24%
8	Prevalensi balita stunting	< 30,2%	10,8%	100%

Sumber : Diolah peneliti dari Laporan Kinerja Dinas Kesehatan Tahun 2019²³

Urgensi dalam penelitian ini yaitu melihat kualitas puskesmas dalam pencegahan stunting di Kabupaten Magetan. Peneliti melihat terdapat trends

²³ *Ibid.*, hal 23-24.

penurunan angka prevalensi stunting di tingkat nasional maupun provinsi. Namun hal ini berbanding terbalik dengan prevalensi stunting di Magetan yang mengalami fluktuatif maupun peningkatan. Disamping itu intervensi pencegahan stunting yang dilakukan oleh puskesmas berkaitan dengan pemberian pelayanan guna pencegahan stunting yang terdapat pada Indikator Kinerja Prioritas belum mencapai target. Sehingga dalam penelitian ini, peneliti ingin mengetahui kualitas pelayanan puskesmas maupun posyandu dalam pencegahan stunting di Magetan melalui berbagai intervensi maupun kegiatan yang telah di amanatkan oleh pemerintah pusat maupun daerah.

Terdapat penelitian sebelumnya yang serupa menjadi yang dapat menjadi rujukan peneliti yang ditulis oleh Oktaviana Taek, dkk²⁴ yang berjudul Kualitas Pelayanan Stunting di Puskesmas Tetaf Kecamatan Kuantana Kabupaten Timor Tengah Selatan tahun 2021. Latar belakang penelitian ini didasarkan pada NTT merupakan salah satu provinsi yang memiliki kasus Stunting tertinggi pada tahun 2018-2020 meskipun telah mengalami penurunan. Sedangkan Kecamatan Kuantana memiliki prevalensi stunting yang tinggi dan meningkat pada tahun 2019- 2020 yang disebabkan oleh kejadian stunting yang sudah terlanjur tinggi; pendistribusian PMT terhambat; pasien tidak berada di rumah ketika dikunjungi; kurangnya sosialisasi dan penyuluhan mengenai stunting karena SDM kader cukup rendah; dan kurangnya pengetahuan dan sikap acuh masyarakat. Fokus penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan menganalisis kualitas pelayanan penanganan Stunting di Puskesmas Tetaf dengan menggunakan metode penelitian deskriptif kualitatif. Peneliti mengkaji kualitas pelayanan penanganan stunting ini menggunakan empat indikator *reliability*, *assurance*, *responsiveness*, dan *tangible*.

Perbedaan penelitian sebelumnya dengan penelitian ini ialah indikator yang digunakan dalam mengkaji. Penelitian sebelumnya menggunakan empat indikator

²⁴ Taek, O., Pandie, D. B., & Adam, C. V. (2021). Kualitas Pelayanan Stunting di Puskesmas Tetaf, Kecamatan Kuantana, Kabupaten Timor Tengah. *Jurnal Administrasi Publik*, 17(1), 34-51.

reliability, assurance, responsiveness, dan tangible. Sedangkan peneliti menggunakan lima indikator menurut Parasuraman,dkk yaitu *tangibles, reliability, responsiveness, assurance, dan empathy.* Kemudian locus penelitian ini berada di Puskesmas Tetaf Kecamatan Kuantana Kabupaten Timor Tengah Selatan, sedangkan locus peneliti berada di seluruh Puskesmas di Magetan

Kemudian terdapat juga penelitian yang serupa, yakni ditulis oleh Sri Irmawati,dkk²⁵ yang berjudul Kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Sangurara Kecamatan Tatang Kota Palu tahun 2017. Latar belakang dari penelitian ini ialah kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas Sangurara menunjukkan belum mencapai tujuan yang diinginkan dengan banyaknya kelemahan. Ketidakpuasan pasien disebabkan oleh adanya ketidakpastian pelayanan dimana transparansi pelayanan; kurangnya daya tanggap pihak puskesmas; kurangnya kuantitas dan kualitas sumber daya manusia; peralatan operasional medis; dan kurangnya partisipasi masyarakat. Fokus penelitian ini untuk mengetahui kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Sangurara menggunakan metode penelitian deskriptif kualitatif dengan analisis data induktif. Penelitian ini mengacu pada teori Zeithaml,dkk dalam Ratminto dan Winarsih untuk mengevaluasi kualitas pelayanan publik menggunakan lima dimensi, yaitu *reliability, responsiveness, assurance, empathy, dan tangibles* (bukti fisik).

Perbedaan penelitian sebelumnya dengan penelitian ini ialah fokus penelitian sebelumnya yang sebatas untuk untuk mengetahui kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Sangurara secara umum. Sedangkan fokus peneliti bertujuan untuk menggambarkan kualitas pelayanan puskesmas secara khusus dalam pencegahan angka stunting. Kemudian locus penelitian ini berada di Puskesmas Sangurara Kecamatan Tatanga Kota Palu, sedangkan locus peneliti berada di seluruh Puskesmas di Magetan.

²⁵ Irmawati, S., M, H. S., & Nurhannis. (2017). Kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Sangurara, Kecamatan Tatang, Kota Palu. e Jurnal Katalogis, 5(1), 188-197.

Adapun studi penelitian lain sebelumnya yang berkaitan erat yang ditulis oleh Dessy Vabriningtyas²⁶ dengan judul Kualitas Pelayanan Kesehatan Lansia (Studi Deskriptif Tentang Kualitas Pelayanan Kesehatan Lansia di Puskesmas Bendo, Desa Tegalarum, Kabupaten Magetan tahun 2013. Latar belakang penelitian ini dilakukan karena didasarkan pada banyaknya pasien lansia yang berkunjung ke Puskesmas Bendo, Desa Tegalarum, Kabupaten Magetan. Fokus penelitian ini ialah menggambarkan bagaimana kualitas pelayanan kesehatan lansia di Puskesmas dengan menggunakan metode kualitatif deskriptif. Penelitian ini menggunakan lima dimesi karakteristik menurut A. Parasuraman, dkk yaitu *tangibles*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, dan *empathy*. Locus penelitian berada di Puskesmas Bendo, Desa Tegalarum, Kabupaten Magetan.

Perbedaan penelitian sebelumnya dengan penelitian ini ialah fokus penelitian sebelumnya menggambarkan mengenai kualitas pelayanan kesehatan lansia. Sedangkan fokus peneliti menggambarkan mengenai kualitas pelayanan kesehatan stunting. Kemudian locus penelitian sebelumnya berada di Puskesmas Bendo Magetan, sedangkan locus peneliti pada seluruh puskesmas yang berada di Magetan yang telah dipilih peneliti.

Studi terdahulu terakhir yang digunakan acuan oleh peneliti, yakni ditulis oleh Hendrik Riyadi²⁷ yang berjudul Kualitas Pelayanan Kesehatan (Studi Deskriptif Tentang Pelayanan Publik Bagi Penerima Jamkesmas di RSUD Sidoarjo) tahun 2014. Latar belakang penelitiannya didasarkan pada pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Sidoarjo masih belum optimal yang didukung survey dan aduan masyarakat serta pelayanan RSUD Sidoarjo masih belum sesuai dengan harapan pengguna Jamkesmas. Aduan ini berupa kurang optimalnya tim

²⁶ Vabriningtyas, D. (2013). Kualitas Pelayanan Kesehatan Lansia (Studi Deskriptif Tentang Kualitas Pelayanan Kesehatan Lansia di Puskesmas Bendo, Desa Tegalarum, Kabupaten Magetan. Surabaya: Universitas Airlangga.

²⁷ Riyadi, H. (2014). Kualitas Pelayanan Kesehatan (Studi Deskriptif Tentang Pelayanan Publik Bagi Penerima Jamkesmas di RSUD Sidoarjo). Surabaya: Universitas Airlangga.

dalam melakukan sosialisasi dan validasi data; terdapat masyarakat miskin yang masih belum mendapatkan kartu Jamkesmas; pihak RSUD yang kurang cepat tanggap; dan sikap pilih kasih antara pengguna Jamkesmas dan non-Jamkesmas. Fokus penelitian ini ialah mendeskripsikan bagaimana kualitas pelayanan kesehatan bagi penerima jamkesmas di RSUD Sidoarjo dengan menggunakan metode penelitian kualitatif deskriptif. Peneliti menggunakan acuan enam dari sepuluh determinan indikator kualitas pelayanan menurut Zeithmal,dkk yang meliputi *tagible*, *responsiveness*, *competence*, *credibility*, *acces*, dan *comminication*.

Perbedaan penelitian sebelumnya dengan penelitian ini ialah fokus penelitan sebelumnya ialah mendeskripsikan kualitas pelayanan kesehatan yang diterima oleh penerima Jamkesmas. Selain itu penelitian sebelumnya menggunakan acuan enam dari sepuluh determinan kualitas pelayanan (*Service Quality Determinants*) meliputi *tagible*, *responsiveness*, *competence*, *credibility*, *acces*, dan *comminication*. Sedangkan peneliti menggunakan penyederhanaan sepuluh determinan kualitas pelayanan yang disebut dengan lima dimensi *SERVQUAL* yang meliputi *tangibles*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, dan *empathy*. Kemudian locus penelitian ini berada di RSUD Sidoarjo, sedangkan locus peneliti berada di seluruh Puskesmas di Magetan.

I.2 Rumusan Masalah

Dari uraian di atas telah dikemukakan, maka yang menjadi rumusan masalah yang akan di bahas dalam penelitian ini adalah bagaimana kualitas pelayanan puskesmas dalam pencegahan angka stunting di Kabupaten Magetan?

I.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka tujuan yang ingin dicapai oleh peneliti yaitu mendeskripsikan kualitas pelayanan puskesmas dalam pencegahan stunting di Kabupaten Magetan.

I.4 Manfaat Peneliti

I.4.1 Manfaat Praktis

Diharapkan dengan adanya penelitian ini maka dapat memberikan masukan, saran, dan dapat dijadikan referensi sekaligus acuan untuk berbagai pihak terkait khususnya untuk meningkatkan kualitas pelayanan puskesmas pencegahan stunting di Kabupaten Magetan.

I.4.2 Manfaat Akademis

Diharapkan dengan adanya penelitian ini dapat memberikan informasi bagi civitas akademik dan menjadi acuan dalam menganalisis permasalahan kualitas pelayanan puskesmas pencegahan angka stunting.

I.5 Kerangka Konseptual

I.5.1 Good Governance

Istilah *governance* dan *good governance* belakangan ini semakin digunakan dalam literature pembangunan. Hingga banyak negara-negara melakukan bantuan maupun pinjaman dalam memastikan keterwujudan reformasi “pemerintahan yang baik”. Konsep *good governance* merupakan pembaruan yang diawali dengan pergeseran paradigma *Old Public Administration* menjadi *New Public Manajemen*, *New Public Services* hingga saat ini. Konsep “*governance*” merujuk pada proses pengambilan keputusan dan proses penerapan keputusan (atau tidak diterapkan). *Governance* menurut World Bank adalah langkah penggunaan kekuatan negara dalam mengelola sumber daya ekonomi dan sosial untuk pengembangan masyarakat. Sementara UNDP mendefinisikan sebagai pelaksanaan otoritas politik, ekonomi, dan administrasi untuk mengelola urusan negara di semua tingkat. *Governance* menekankan penggunaan wewenang ekonomi, politik dan administrasi guna mengelola urusan-urusan negara pada semua tingkat. *Governance* dapat diterapkan dalam berbagai konteks, dimana terdapat keterlibatan berbagai aktor

formal (public) maupun informal (privat). Pemerintah merupakan salah satu aktor yang terlibat dalam “*governance*” yang berada pada berbagai lapisan. Sedangkan aktor selain pemerintah dan militer, dikelompokkan pada bagian *civil society*. Oleh karena itu, *governance* juga sebagai kualitas hubungan antara pemerintah dan masyarakat yang dilayani dan dilindungi. Aktor institusi dari *governance* meliputi tiga domain, yaitu state (negara atau pemerintah), private sector (sektor swasta), dan society (masyarakat) yang saling berinteraksi dan menjalankan fungsinya masing-masing

Menurut Frederickson²⁸, interpretasi *governance* dapat dilihat pada empat termologi dalam administrasi publik. Pertama, terjadi bersatunya sejumlah organisasi publik maupun privat untuk menangani kegiatan-kegiatan publik secara bersama. Kedua, dapat menjadi tempat berhimpunnya berbagai pelaku yang sangat plural untuk membangun sebuah tatanan antar pihak terkait secara langsung maupun tidak langsung. Ketiga, *governance* sangat berkaitan dalam literatur manajemen kebijakan publik kekinian yang membahas mengenai relasi multi organisasional antar aktor implementasi kebijakan. Keempat, *governance* pada konteks administrasi publik sangat berkaitan dengan sistem nilai-nilai kepublikan. Sehingga dalam termologi tersebut, *governance* merupakan proses perumusan dan pengimplementasian oleh berbagai aktor hiper-pruralitas untuk mencapai tujuan publik.

Pada dasarnya UNDP melihat *good governance* merupakan suatu hubungan yang sinergis dan konstruktif di antara negara, sektor swasta dan masyarakat (*society*). Tentu kegiatan *good governance* dalam suatu lembaga pemerintah harus dijalankan berdasarkan kepentingan rakyat dan norma yang berlaku untuk mewujudkan cita-cita negara²⁹. Meskipun istilah ini masih awam bagi masyarakat

²⁸ Frederickson, H. G. (1997). *The Spirit of Public Administration*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, hal 84-87

²⁹ Sadjijono. (2007). *Fungsi Kepolisian dalam Pelaksanaan Good Governance*. LAKSBANG, hal 203

Indonesia, konsep *good governance* dapat dijalankan bila terjadi kerjasama antara pemerintah dan masyarakat untuk mencapai dua tujuan pemerintah yang bersih dan demokratis³⁰. Penyelenggaraan *good governance* juga menilik secara lebih luas lagi. Kristiadi³¹ mengemukakan *good governance* dapat menciptakan suatu keseimbangan antara proses optimalisasi peran administrasi publik dengan peran mekanisme pasar, karena kebutuhan *good governance* dalam pelayanan dan administrasi publik adalah pentingnya dengan kebutuhan efisiensi mekanisme pasar. *Good governance* seolah juga menjadi pedoman negara dalam mengatur kegiatan mekanisme pasar. OECD dan World Bank³² melihat *good governance* sebagai konsep penyelenggaraan manajemen pembangunan yang solid dan bertanggung jawab, sejalan dengan demokrasi dan pasar yang efisien, penghindaran salah alokasi dana investasi yang langka, dan pencegahan korupsi, baik secara politik maupun administratif, menjalankan disiplin anggaran serta penciptaan *legal and political framework* bagi tumbuhnya aktivitas kewiraswastaan. Hal ini dapat digunakan sebagai arah pemerintah untuk memaksimalkan prioritas alokasi dana dalam menciptakan iklim ekonomi yang sehat. Tentu iklim tersebut memerlukan peran *good governance* sebagai sebuah pendekatan yang berorientasi pada pembangunan sektor publik oleh pemerintahan yang baik dengan berbagai fasilitas penunjang³³. Sedangkan *good governance* menurut Healy dan Robinson³⁴, bermakna tingkat efektivitas organisasi yang tinggi dalam hubungan dengan formulasi kebijakan dan kebijakan yang nyata dilaksanakan, khususnya dalam pelaksanaan kebijakan ekonomi dan kontribusinya pada pertumbuhan, stabilitas dan kesejahteraan rakyat. Sehingga dapat diambil

³⁰ Zulkarnain, & Annisa. (2014). *Komitmen Terhadap Organisasi Ditinjau Dari Kesejahteraan Psikologis Pekerja*. INSAN.

³¹ Suaib, M. R. (2018). Etika Birokrasi (Studi Pelayanan di Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kota Sorong). *Jurnal Noken: Ilmu-Ilmu Sosial*, 3(2), 1-10.

³² Wahab, S. A. (2017). *Analisis Kebijakan Dari Formulasi ke Penyusunan Model-Model Implementasi Kebijakan Publik*. Jakarta: Bumi Aksara.

³³ Mardiasmo. (2004). *Otonomi and Manajemen Keuangan Daerah*. Penerbit Andi.

³⁴ Istianto, B. (2011). *Manajemen Pemerintahan Dalam Perspektif Pelayanan Publik*. Jakarta: Mitra Wacana Media, hal 89

dasar pemerintahan yang baik yang kompleks. Menurut Sedarmayanti³⁵, *governance* dapat berfungsi sebagai *economic governance* sebagai proses pembuatan keputusan yang memfasilitasi *equity*, *poverty*, dan *quality of live*; *political governance* sebagai proses keputusan untuk formulasi kebijakan; dan *administrative governance* sebagai sistem implementasi proses kebijakan.

Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2000, *good governance* dirumuskan sebagai sebuah pemerintahan yang dapat diselenggarakan dan dikembangkan melalui prinsip-prinsip pemerintahan yang baik, meliputi:

- a. Profesionalitas, meningkatkan kemampuan dan moral penyelenggara pemerintahan agar mampu memberikan pelayanan yang mudah, cepat, tepat, dengan biaya terjangkau.
- b. Akuntabilitas, meningkatkan akuntabilitas para pengambil keputusan dalam segala bidang yang menyangkut kepentingan masyarakat.
- c. Transparansi, menciptakan kepercayaan timbal balik antara pemerintah dan masyarakat melalui penyediaan informasi dan menjadi kemudahan di dalam memperoleh informasi yang akurat dan memadai.
- d. Pelayanan prima, penyelenggaraan pelayanan publik yang mencakup prosedur yang baik, kejelasan tarif, kepastian waktu, kemudahan akses, kelengkapan sarana dan prasarana serta pelayanan yang ramah dan disiplin.
- e. Demokrasi dan partisipasi, mendorong setiap warga untuk mempergunakan hak dalam menyampaikan pendapat dalam proses pengambilan keputusan, yang menyangkut kepentingan masyarakat baik secara langsung maupun tidak langsung.
- f. Efisiensi dan efektivitas, menjamin terselenggaranya pelayanan terhadap masyarakat dengan menggunakan sumber daya yang tersedia secara optimal dan bertanggung jawab.

³⁵ Sedarmayanti. (2003). *Good Governance (Keperintahan Yang Baik) Dalam Rangka Otonomi Daerah*. Bandung: Mandar Maju, hal 4-5

- g. Supremasi hukum dan dapat diterima oleh seluruh masyarakat, mewujudkan adanya penegakkan hukum yang adil bagi semua pihak tanpa pengecualian, menjunjung tinggi HAM dan memperhatikan nilai-nilai yang hidup dalam masyarakat penjasanatas³⁶.

Adapun beberapa prinsip *good governance* lain yang dapat menciptakan penyelenggaraan pemerintahan yang baik menurut UNDP dalam Sedarmayanti³⁷, meliputi :

- a. Partisipasi: Setiap warga masyarakat harus memiliki hak suara yang sama dalam proses pengambilan keputusan, baik secara langsung maupun melalui lembaga perwakilan, sesuai dengan kepentingan dan aspirasinya masing-masing
- b. Aturan hukum: Kerangka aturan hukum dan perundang-undangan haruslah berkeadilan, ditegakkan, dan dipatuhi secara utuh terutama aturan hukum tentang hak-hak asasi manusia.
- c. Transparansi: Harus dibangun dalam kerangka kebebasan aliran informasi. Berbagai proses, kelembagaan, dan informasi harus dapat diakses secara bebas oleh mereka yang membutuhkannya.
- d. Daya tanggap: Setiap institusi dan prosesnya harus di arahkan pada upaya untuk melayani berbagai pihak yang berkepentingan (stakeholders).
- e. Berorientasi Konsensus: Bertindak sebagai penengah (mediator) bagi berbagai kepentingan yang berbeda untuk mencapai konsensus atau kepentingan yang disepakati bersama.
- f. Berkeadilan: Pemerintahan yang baik akan memberikan kesempatan yang sama baik terhadap laki-laki maupun perempuan dalam upaya mereka untuk meningkatkan dan memelihara kualitas hidupnya.

³⁶ Penjelasan atas Peraturan Pemerintah RI Nomor 101 Tahun 2000 Tentang Pendidikan dan Pelatihan Jabatan Pegawai Negeri Sipil, hal 2.

³⁷ Sedarmayanti. (2009). *Reformasi Administrasi Publik, Reformasi Birokasi, dan Kepemimpinan Masa Depan*. Bandung: Refika Aditama, hal 20-23

- g. Efektivitas dan Efisiensi: Setiap proses kegiatan dan kelembagaan diarahkan untuk menghasilkan sesuatu yang benar-benar sesuai dengan kebutuhan melalui pemanfaatan yang sebaik-baiknya berbagai sumber yang tersedia.
- h. Akuntabilitas: Para pengambil keputusan dalam organisasi sektor publik (Pemerintah), swasta, dan masyarakat madani memiliki pertanggungjawaban (akuntabilitas) kepada publik, sebagaimana halnya kepada para pemilik (stakeholders).
- i. Bervisi strategis: Para pemimpin dan masyarakat memiliki perspektif yang luas dan jangka panjang tentang penyelenggaraan pemerintahan yang baik dan pembangunan manusia (Human Development).
- j. Saling Keterkaitan: Keseluruhan ciri *good governance* tersebut di dapat saling memperkuat dan saling terkait dan tidak berdiri sendiri

I.5.2 Pelayanan Publik

Pengertian pelayanan publik secara konseptual dapat dipahami dengan terlebih dahulu didefinisikan secara terpisah antara pelayanan dan publik. Pelayanan sendiri berasal dari kata *service* yang berarti melayani. Sampara³⁸ menjelaskan pelayanan adalah suatu kegiatan atau urutan kegiatan yang terjadi dalam interaksi langsung antar seseorang dengan orang lain atau mesin secara fisik, dan menyediakan kepuasan pelanggan. Sedangkan Ivancevich, Lorenzi, Skinner dan Crosby³⁹ mendefinisikan pelayanan sebagai produk-produk yang tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang melibatkan usaha-usaha manusia dan menggunakan peralatan. Hal ini juga senada dengan pendefinisian Gronroos dalam Ratminto dan Atik⁴⁰ dimana pelayanan ialah suatu aktivitas atau serangkaian aktivitas yang

³⁸ Sinambela, L. P. (2010). Reformasi Pelayanan Publik : Teori, Kebijakan dan Implementasi. Jakarta: Bumi Aksara, hal 5.

³⁹ Ivancevich, J. M., Lorenzi, P., Skinner, S. J., & Crosby, P. B. (1997). Manajemen Quality and Competitiveness. Chicago: Irwin, hal 488.

⁴⁰ Ratminto, & Winarsih, A. S. (2005). Manajemen Pelayanan. Yogyakarta: Pustaka Belajar, hal 2.

bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang terjadi sebagai akibat adanya interaksi antara konsumen dengan karyawan atau hal-hal lain yang disediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang dimaksudkan untuk memecahkan permasalahan konsumen/pelanggan. Sedangkan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) dijelaskan pelayanan sebagai perihal atau cara melayani dan hasil pekerjaan melayani. Sedangkan melayani diartikan membantu menyiapkan apa yang diperlukan seseorang, meladeni, menerima, mengiyakan, dan melaksanakan penggunaannya.

Terminologi Publik telah mengalami pergeseran makna dimana menekankan publik sebagai negara, menjadi publik sebagai masyarakat. Pergeseran berorientasi pada aktivitas menjadi oleh, untuk dan kepada masyarakat yang dapat diartikan sebagai masyarakat atau rakyat⁴¹. Inu⁴² mendefinisikan publik sebagai sejumlah manusia yang memiliki kebersamaan berpikir, perasaan, harapan, sikap, dan tindakan yang benar dan baik berdasarkan nilai-nilai norma yang merasa memiliki.

Banyak para ahli memberikan pengertian pelayanan publik secara beragam yang memiliki kesamaan arti. Mereka mengembangkan definisi tersebut dengan penekanan yang berbeda. Pelayanan publik merupakan kegiatan yang dilakukan oleh seseorang atau sekelompok orang dengan landasan faktor material melalui sistem, prosedur, dan metode tertentu dalam usaha memenuhi kepentingan orang lain sesuai dengan haknya⁴³. Dasar dan hakekat pelayanan publik menurut Hardiyansyah⁴⁴ merupakan kegiatan yang tidak berwujud serta tidak menghasilkan kepemilikan sesuatu. Pelayanan publik juga dapat didefinisikan sebagai kegiatan

⁴¹ Rohman, A. A., Sa'id, M., Arif, S., & Purnomo. (2010). Reformasi Pelayanan Publik. Malang: Program Sekolah Demokrasi, hal 25.

⁴² Sinambela, L. P. (2010). Reformasi Pelayanan Publik : Teori, Kebijakan dan Implementasi. Jakarta: Bumi Aksara.

⁴³ Abdullah, M. (2010). Pendidikan Karakter Membangun Karakter Anak Sejak dari Rumah. Yogyakarta: Pedagogia.

⁴⁴ Hardiyansyah. (2011). Kualitas Pelayanan Publik. Yogyakarta: Gava Media.

yang memberikan keuntungan kepada masyarakat dengan menawarkan kepuasan dan hasilnya tidak terikat pada suatu produk tertentu⁴⁵. Hasil dari pemberian pelayanan kebanyakan tidak terikat pada sebuah fisik, meskipun di beberapa hal juga berupa fisik. Menurut Robert⁴⁶ pelayanan publik merupakan segala bentuk kegiatan pelayanan umum yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah pusat, di daerah dan lingkungan badan usaha milik negara atau daerah dalam barang atau jasa baik dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketertiban-ketertiban. Menurut Sinambela⁴⁷ pelayanan publik diartikan sebagai pemberian layanan atau melayani keperluan masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi yang sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan. Sehingga Sinambela menyimpulkan bahwa pelayanan publik adalah pemenuhan keinginan dan kebutuhan masyarakat oleh penyelenggara negara⁴⁸. Pelayanan ini perlu disediakan karena kebanyakan masyarakat tidak dapat memenuhi kebutuhan sendiri secara pribadi dibandingkan secara kolektif. Dalam Kepmenpan Nomor 63 Tahun 2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik, pelayanan publik diartikan segala kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan publik sebagai upaya pemenuhan kebutuhan penerima pelayanan maupun pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan⁴⁹. Sedangkan dalam Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, didefinisikan kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik⁵⁰.

⁴⁵ Sinambela, L. P. *Op.cit.*

⁴⁶ Robert. (1996). *Pelayanan Publik*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, hal 30.

⁴⁷ *Op.cit.*, hal 5.

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ Keputusan Menpan Nomor 63 Tahun 2003 Tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik, hal 3.

⁵⁰ Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik, hal 3.

Meskipun pemberian pelayanan tidak terikat fisik dengan produk, namun dalam pemberiannya sangat beragam dengan berbagai bentuk hasil juga. Adapun ruang lingkup pelayanan publik dalam Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 meliputi:

a. Pelayanan barang publik

Kegiatan pengadaan dan penyaluran barang publik yang dilakukan oleh instansi pemerintah atau suatu badan usaha yang pembiayaan maupun modal pendiriannya sebagian atau seluruh dananya bersumber dari APBN dan/atau APBD; kekayaan negara dan/atau kekayaan daerah yang dipisahkan; atau tidak tetapi ketersediaannya menjadi misi negara yang ditetapkan dalam peraturan perundangundangan. Hasil produk berupa bentuk barang yang dapat digunakan oleh publik. Pelayanan ini menghasilkan suatu bentuk jenis barang yang nampak dan digunakan oleh publik.

b. Pelayanan Atas Jasa Publik

Kegiatan penyediaan jasa publik yang dilakukan oleh instansi pemerintah atau suatu badan usaha dengan hasil produk berupa jasa yang tidak nampak yang dapat dimanfaatkan oleh publik.

c. Pelayanan Administratif

Suatu tindakan administratif pemerintah maupun oleh instansi nonpemerintah yang diwajibkan oleh negara dan diatur dalam peraturan perundang-undangan dalam rangka mewujudkan perlindungan pribadi, keluarga, kehormatan, martabat, harta benda warga negara, serta diterapkan berdasarkan perjanjian dengan penerima pelayanan. Hasil produk berupa dokumen resmi yang digunakan oleh publik⁵¹.

⁵¹ *Ibid.*, hal 7-8.

I.5.2.1 Asas-Asas Pelayanan Publik

Pelayanan Publik dilaksanakan dalam suatu rangkaian kegiatan terpadu yang berdasarkan asas sebagai tumpuan dasar berpikir. Untuk memberikan pelayanan publik yang memuaskan, adapun asas-asas yang diperhatikan menurut Kepmenpan Nomor 63 tahun 2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara sebagai berikut :

- a. Transparansi
Bersifat terbuka, mudah dan dapat diakses oleh semua pihak yang membutuhkan dan disediakan secara memadai serta mudah dimengerti
- b. Akuntabilitas
Dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan kebutuhan peraturan perundang-undangan.
- c. Kondisional
Sesuai dengan kondisi dan kemampuan pemberi dan penerima pelayanan dengan tetap berpegang pada prinsip efisiensi dan efektivitas.
- d. Partisipatif
Mendorong peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan dan harapan masyarakat.
- e. Kesamaan Hak
Tidak diskriminatif dalam arti tidak membedakan suku, ras, agama, golongan, gender, dan status ekonomi.
- f. Keseimbangan Hak dan Kewajiban
Pemberi dan penerima pelayanan publik harus memenuhi hak dan kewajiban masing-masing pihak⁵².

⁵² Keputusan Menpan. *Op.cit.*, hal 4-5.

Sedangkan beberapa asas-asas Penyelenggaraan publik yang didasarkan pada Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009, meliputi : kepentingan umum; kepastian hukum; kesamaan hak; keseimbangan hak dan kewajiban; keprofesionalan; partisipatif; persamaan perlakuan/ tidak diskriminatif; keterbukaan; akuntabilitas; fasilitas dan perlakuan khusus bagi kelompok rentan; ketepatan waktu; dan kecepatan, kemudahan, dan keterjangkauan⁵³.

I.5.2.2 Prinsip Pelayanan Publik

Dalam penyelenggaraan publik diharuskan menerapkan suatu prinsip yang berfungsi menguatkan isi asas-asas dan berlaku serta diterima masyarakat. Adapun prinsip yang diterapkan berdasarkan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 62 Tahun 2003, seperti :

- a. Kesederhanaan, yaitu prosedur pelayanan publik tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan.
- b. Kejelasan, kejelasan ini meliputi persyaratan teknis dan administratif pelayanan publik; unit kerja/pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan dan penyelesaian keluhan/persoalan/sengketa dalam pelaksanaan pelayanan public; serta rincian biaya pelayanan publik dan tata cara pembayaran.
- c. Kepastian waktu, yaitu pelaksanaan pelayanan publik harus dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan.
- d. Akurasi, yaitu produk pelayanan publik diterima dengan benar, tepat dan sah.
- e. Keamanan, yaitu proses dan produk pelayanan publik memberikan rasa aman dan kepastian hukum.

⁵³ *Op.cit.*, hal 6-7.

- f. Tanggung jawab, yaitu pimpinan penyelenggara pelayanan publik atau pejabat yang ditunjuk bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan dan penyelesaian keluhan/persoalan dalam pelaksanaan pelayanan publik.
- g. 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).
- h. Kemudahan akses, yaitu bahwa tempat dan lokasi serta sarana pelayanan yang memadai, mudah dijangkau oleh masyarakat, dan dapat memanfaatkan teknologi telekomunikasi dan informatika.
- i. Kedisiplinan, kesopanan dan keramahan, yaitu pemberi layanan harus bersikap disiplin, sopan dan santun, ramah, serta memberikan pelayanan dengan ikhlas.
- j. 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-lain⁵⁴.

I.5.2.3 Standar Pelayanan Publik

Penyelenggaraan pelayanan publik memiliki suatu standar pelayanan sebagai jaminan adanya kepastian bagi penerima layanan dan dapat berfungsi menjadi tolak ukur digunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan oleh pemberi terhadap penerima pelayanan. Menurut Kepmenpan Nomor 63 Tahun 2003, adapun standar pelayanan yang dipenuhi sekurang-kurangnya meliputi:

- a. Prosedur pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan termasuk pengaduan.

⁵⁴ *Op.cit.*, hal 6-7.

- b. Waktu penyelesaian yang ditetapkan sejak saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian pelayanan termasuk pengaduan.
- c. Biaya/tarif pelayanan termasuk rinciannya yang ditetapkan dalam proses pemberian pelayanan.
- d. Hasil produk pelayanan yang akan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan
- e. Sarana dan prasarana pelayanan yang memadai oleh penyelenggara pelayanan publik
- f. Kompetensi petugas pemberi pelayanan harus ditetapkan dengan tepat berdasarkan pengetahuan, keahlian, ketrampilan, sikap dan perilaku yang dibutuhkan⁵⁵.

Adapun komponen-komponen standar pelayanan menurut Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, sekurang-kurangnya meliputi:

- a. Dasar Hukum
- b. Persyaratan
- c. Prosedur Pelayanan
- d. Waktu Penyelesaian
- e. Biaya Pelayanan
- f. Produk Pelayanan
- g. Sarana dan Prasarana
- h. Kompetensi Petugas Pelayanan
- i. Pengawasan Intern
- j. Pengawasan Ekstern
- k. Penanganan Pengaduan, saran dan masukan
- l. Jaminan pelayanan yang memberikan kepastian pelayanan dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan

⁵⁵ *Ibid.*, hal 8.

- m. Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan dalam bentuk komitmen untuk memberikan rasa aman, bebas dari bahaya, dan risiko keraguan
- n. Evaluasi kinerja pelaksana⁵⁶

Kemudian revisi komponen standar pelayanan tersebut sebagaimana diatur dalam Peraturan MENPAN-RB Nomor 15 tahun 2014 Tentang Pedoman Standar pelayanan karena karena peraturan yang sebelumnya dipandang kurang sesuai dengan perkembangan teknologi informasi. Komponen standar pelayanan dibedakan menjadi dua bagian, yaitu :

- a. Komponen berkaitan proses penyampaian pelayanan (*service point*): persyaratan; sistem, mekanisme, dan prosedur; jangka waktu pelayanan; biaya/tarif; produk pelayanan; serta penanganan pengaduan, saran dan masukan/apresiasi
- b. Komponen berkaitan proses pengelolaan pelayanan (*manufacturing*): dasar hukum; sarana dan prasarana, dan/atau fasilitas; kompetensi pelaksana; pengawasan internal; jumlah pelaksana; jaminan pelayanan; jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan; serta evaluasi kinerja pelaksana⁵⁷.

I.5.3 Pelayanan Kesehatan

Sehat merupakan kondisi penting yang diinginkan oleh semua orang. White mendefinisikan sehat sebagai keadaan dimana seseorang ketika diperiksa oleh ahlinya tidak mempunyai keluhan ataupun tidak terdapat tanda-tanda penyakit atau kelainan⁵⁸. WHO mendefinisikan kesehatan sebagai suatu keadaan sejahtera sempurna yang lengkap meliputi kesejahteraan fisik, mental dan sosial bukan

⁵⁶ Undang-Undang *Op.cit.* hal 20-21.

⁵⁷ Peraturan Menpan-RB Nomor 15 Tahun 2014 Tentang Pedoman Standar Pelayanan, hal 6.

⁵⁸ Napitupulu, P. (2007). *Pelayanan Publik dan Customer Satisfaction*. Bandung: PT. Alumni, hal 173

semata-mata bebas dari penyakit atau kelemahan. Sedangkan dalam UU Nomor 36 Tahun 2009, kesehatan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Sehingga kesehatan menjadi suatu tujuan yang ditempuh agar dapat melakukan aktivitas secara maksimal.

Sistem kesehatan merupakan suatu hal yang kompleks dan saling berhubungan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam suatu negara⁵⁹. Pemerintah Indonesia menerapkan sistem ini dengan menggunakan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) sebagai bentuk perwujudan pengupayaan kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal sesuai amanat Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009. Subsistem kesehatan merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan yang mengandung arti luas dari pengertian sehat. Subsistem ini dapat berhubungan dengan health related activities atau aktivitas yang berhubungan dan mempengaruhi. Sedangkan dalam ilmu teknologi kedokteran lebih dikenal dengan pelayanan kesehatan (health service).

Pelayanan kesehatan (health care service) merupakan pemberian jasa pelayanan dalam menjamin pemenuhan hak setiap warga negara untuk meningkatkan derajat kesehatan seseorang maupun kelompok. Pelayanan kesehatan menjadi suatu upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat⁶⁰. Pelayanan kesehatan merupakan kegiatan dinamis berupa membantu menyiapkan, menyediakan dan memproses serta membantu keperluan orang lain⁶¹. Mubarak dan Chayatin⁶² memberikan pengertian pelayanan

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ Mubarak, W. I. (2005). *Pengantar Keperawatan Komunitas I*. Jakarta: Sagung Seto, hal 89

⁶¹ Napitupulu, P. *Op.cit.*

dalam arti luas sebagai upaya-upaya yang dilakukan oleh pemerintah, swasta dan institusi dalam rangka untuk meningkatkan, memelihara, serta memulihkan kesehatan individu atau masyarakat melalui health promotion and prevention yang mencakup primary prevention, secondary prevention, dan tertiary prevention. Sedangkan dalam artian sempit dapat melalui promosi kesehatan dengan berbagai program perilaku hidup sehat, prevensi, dan pengobatan. Pada UU Nomor 36 Tahun 2009 mengatur mengenai hak warga negara untuk memperoleh akses sumber daya kesehatan dengan hak pelayanan yang sama, aman, bermutu, terjangkau, dan dapat menentukan secara mandiri pelayanan yang diperlukan⁶³. Dengan ini tingkat kesehatan merupakan hal penting karena menjadi salah satu indikator kesejahteraan suatu negara selain pendidikan. Sehingga saat ini orientasi pelayanan bukan pada kesehatan masyarakat lagi, namun penyediaan layanan yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat. Kegiatan Pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat dapat ditempuh dengan berbagai pendekatan yang diatur dalam UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, meliputi :

- a. Pelayanan kesehatan promotif, suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.
- b. Pelayanan kesehatan preventif, suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.
- c. Pelayanan kesehatan kuratif, suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.
- d. Pelayanan kesehatan rehabilitatif, kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat

⁶² Mubarak, W. I., & Chayatin, N. (2009). *Ilmu Kesehatan Masyarakat : Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.

⁶³ Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, hal 5-6 .

berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat, semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya⁶⁴.

Dalam memberikan pelayanan juga harus melihat mengenai kelompok sasaran. Pemberian pelayanan kemudian dapat dilihat atas pendekatan orientasi sasaran atau kategori penerima pelayanan yang berdasarkan pada UU No. 36 Tahun 2009 dan pendapat Notoatmodjo⁶⁵, meliputi :

1. Pelayanan kesehatan berorientasi pada masyarakat (*public health service*).

Pelayanan kesehatan masyarakat diselenggarakan dengan cara pengorganisasian oleh kelompok dan masyarakat secara bersama-sama yang berfokus untuk melayani kelompok dan masyarakat. Pelayanan ini ditujukan untuk memelihara, meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit melalui pencegahan (*preventif*) dan peningkatan kesehatan masyarakat (*promotif*). Kegiatan ini dilaksanakan pada pusat-pusat kesehatan masyarakat tertentu seperti puskesmas seperti sanitasi lingkungan (air bersih, sarana pembuangan limbah, imunisasi, dll).

2. Pelayanan kesehatan berorientasi pada perseorangan (*medical service*).

Pelayanan kesehatan perseorangan diselenggarakan dengan cara pengorganisasian secara mandiri (*self care*) dan keluarga (*family care*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi yang berfokus untuk melayani kesehatan individu. Pelayanan ini ditujukan pada masalah kesehatan yang membutuhkan pelayanan kesehatan yang intensif melalui penyembuhan dan pengobatan (*kuratif*), serta pemulihan (*rehabilitatif*) yang berfokus diberikan langsung kepada individu yang membutuhkan. Kegiatan ini dapat dilaksanakan pada institusi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, klinik bersalin, praktik mandiri.

⁶⁴ *Ibid.*, hal 4.

⁶⁵ Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta, hal 109

Secara umum penyakit dapat dibagi menjadi tiga tingkat, yakni: sakit ringan (*mid*), sakit sedang (*moderate*), dan sakit parah (*severe*). Pengelompokan tingkat penyakit juga memerlukan tingkat pelayanan kesehatan yang berbeda dan sesuai dalam penanganannya. Tiap negara memiliki tingkatan pelayanan kesehatan masing-masing. Menurut Notoatmodjo⁶⁶, Indonesia mengelompokkan tingkatan pelayanan kesehatan menjadi tiga tingkat, yaitu :

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health care*)

Tingkat pelayanan kesehatan ini diperlukan masyarakat yang sehat maupun yang memiliki sakit ringan untuk meningkatkan derajat kesehatan melalui promosi kesehatan. Pelayanan tingkat pertama ini bersifat dasar/pokok (*basic health service*), sehingga dibutuhkan oleh populasi besar didalam masyarakat yang mempunyai nilai strategis⁶⁷. Pelayanan kesehatan ini berupa perawatan rawat jalan (*ambulatory/out patient service*) yang tersedia pada Puskesmas, Puskesmas Pembantu, dan Balai Kesehatan Masyarakat (*balkesmas*).

2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua (*secondary health services*)

Tingkat pelayanan kesehatan ini merupakan pelayanan tingkat lanjut yang bersifat perawatan inap (*in patient service*) dengan dibantu oleh tenaga-tenaga spesialis⁶⁸. Perawat inap diperlukan kelompok masyarakat karena sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan ini tersedia pada Rumah Sakit tipe C dan D

3. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (*tertiary health services*).

Tingkat pelayanan kesehatan ini diperlukan oleh kelompok masyarakat karena tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan tingkat kedua. Pelayanan tingkat ketiga bersifat lebih kompleks dan

⁶⁶ *Ibid.*, hal 104

⁶⁷ Azwar, A. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa, hal 41

⁶⁸ *Ibid.*

diselenggarakan oleh tenaga-tenaga subspesialis atau lebih spesifik⁶⁹. Pelayanan kesehatan ini tersedia pada Rumah Sakit dengan penanganan penyakit spesifik, Rumah Sakit tipe A dan B

Fasilitas pelayanan kesehatan pada dasarnya dapat diakses oleh semua masyarakat untuk memperoleh kesehatan. Pencapaian suatu tujuan pelayanan kesehatan yang baik dan diinginkan menjadi kewajiban. Adapun beberapa syarat pokok dimana pelayanan kesehatan dapat dikatakan baik meliputi⁷⁰:

1. Ketersediaan pelayanan kesehatan (available) Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan kesehatan tersebut tersedia di masyarakat
2. Kewajaran pelayanan kesehatan (appropriate) Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut bersifat wajar, dalam arti dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi
3. Kesiambungan pelayanan kesehatan (continue) Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut bersifat berkesinambungan, dalam arti tersedia setiap saat, baik menurut waktu atau kebutuhan pelayanan kesehatan
4. Penerimaan pelayanan kesehatan (acceptable) Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan kesehatan tersebut dapat diterima oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan
5. Ketercapaian pelayanan kesehatan (accessible) Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut dapat dicapai oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan tersebut
6. Keterjangkauan pelayanan kesehatan (affordable) Artinya pelayanan kesehatan yang bermutu apabila pelayanan tersebut dapat dijangkau oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan

⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁰ Mubarak, W. I. (2005). *Pengantar Keperawatan Komunitas I*. Jakarta: Sagung Seto, hal 95

7. Efisiensi pelayanan kesehatan (efficient) Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan kesehatan tersebut dapat diselenggarakan secara efisien
8. Mutu pelayanan kesehatan (quality) Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut dapat menyembuhkan pasien serta tindakan yang dilakukan aman

I.5.4 Puskesmas

Dalam rangka pencapaian pemerataan derajat kesehatan dan akses pelayanan kesehatan di dunia, WHO merekomendasikan setiap negara untuk melakukan pendekatan pelayanan kesehatan primer dan menyusun suatu sistem kesehatan nasional⁷¹. Dalam Deklarasi Alma Alta, WHO⁷² mendefinisikannya sebagai pelayanan kesehatan esensial yang secara ilmiah dapat dipertanggungjawabkan, dapat diterima secara sosial, dapat diakses oleh setiap individu/keluarga, diselenggarakan dengan peran serta masyarakat, secara ekonomis dapat ditanggung oleh masyarakat dan negara, disertai dengan semangat kemandirian (*self reliance and self-determination*).

Adapun Laura K. Wuldoon, William E. Hogg dan Miriam Levitt⁷³ mendefinisikan mengenai pelayanan kesehatan dasar. Pelayanan kesehatan dasar merupakan seperangkat sistem pelayanan kesehatan tingkat pertama dimana menjadi kontak pertama yang mudah diakses oleh penduduk secara universal mencakup kegiatan promosi kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penilaian kesehatan, diagnosis pengobatan (skrining), pengobatan perawatan (kuratif), pelayanan rehabilitasi, suportif, dan paliatif. Disamping itu

⁷¹ Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat. (2018). Penguatan Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas. Jakarta: Bappenas, hal 12

⁷² *Ibid.*

⁷³ *Ibid.*

juga dilihat dari pendekatan spektrum layanan di luar sistem pelayanan kesehatan tradisional yang berperan dalam kesehatan seperti halnya pendapatan, perumahan, pendidikan, dan lingkungan. Sehingga WHO memberikan kata kunci pendefinisinya sebagai acuan global meliputi ilmiah, dapat diterima secara sosial, dapat dijangkau, keterlibatan peran serta masyarakat, terjangkau secara ekonomis; dan semangat kemandirian (*self reliance*)⁷⁴. Meski begitu, penetapan pelayanan kesehatan dasar didasarkan pada dinamika kebutuhan dan masalah kesehatan (*the dynamic of health needs*). Permasalahan kesehatan mengikuti perubahan epidemiologi kesehatan penduduk sebagai akibat dari *host* (penduduk)- *agent* (penyebab gangguan kesehatan)- *environment* (lingkungan)⁷⁵.

Puskesmas atau pusat kesehatan masyarakat adalah suatu organisasi kesehatan fungsional sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh, terpadu, merata dan dapat diterima oleh masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Dalam Kepmenkes RI Nomor 128 Tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat, puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan (UPTD) kabupaten atau kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja⁷⁶. Puskesmas merupakan unit pelaksana tingkat pertama untuk menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional serta sebagai ujung tombak dalam meningkatkan kesadaran, kemauan, kemampuan hidup, dan derajat kesehatan yang optimal. Puskesmas bertanggung jawab sesuai beban yang diberikan dalam wilayah kerjanya yang berada pada satu kecamatan hingga desa/kelurahan atau RW dengan memperhatikan kebutuhan konsep wilayah. Sedangkan dalam Permenkes Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, puskesmas merupakan fasilitas

⁷⁴ *Ibid.*, hal 13

⁷⁵ *Ibid.*, hal 14

⁷⁶ Keputusan Menkes Nomor 128 Tahun 2004 Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat, hal 5.

pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya⁷⁷.

I.5.4.1 Tujuan

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas dalam Permenkes Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat adalah dalam rangka mewujudkan kecamatan dan mencapai kabupaten/kota sehat, dengan masyarakat yang memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat; mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu; hidup dalam lingkungan sehat; serta memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat⁷⁸.

I.5.4.2 Prinsip

Disamping tujuan yang telah ditetapkan, diperlukan suatu prinsip penyelenggaraan yang dilakukan puskesmas dalam Permenkes Permenkes Nomor 43 Tahun 2019, meliputi:

1. Paradigma sehat, artinya Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan berpartisipasi dalam upaya mencegah dan mengurangi risiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.
2. Pertanggungjawaban wilayah, artinya Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

⁷⁷ Peraturan Menkes Nomor 75 Tahun 2015 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, hal 3.

⁷⁸ Peraturan Menkes Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, hal 5.

3. Kemandirian masyarakat, artinya Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.
4. Ketersediaan akses pelayanan kesehatan, artinya Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan.
5. Teknologi tepat guna, artinya Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan, dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.
6. Keterpaduan dan kesinambungan, Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas⁷⁹.

I.5.4.3 Tugas

Kegiatan yang dilakukan puskesmas semata-mata juga memiliki suatu tujuan yang tertera pada Permenkes Nomor 43 Tahun 2019 dimana melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mengintegrasikan program yang dilaksanakannya dengan pendekatan keluarga untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan akses pelayanan dengan mendatangi keluarga⁸⁰.

I.5.4.4 Fungsi

Dengan pertunbuan zaman, membuat paradigma mengenai pelayanan menjadi bergeser termasuk fungsi puskesmas. Fungsi puskesmas saat ini tidak hanya menyembuhkan orang sakit, namun nampak menjadi pusat kesehatan dengan

⁷⁹ *Ibid.*, hal 5-6.

⁸⁰ *Ibid.*, hal 6-7.

berbagai kebutuhan. Sehingga puskesmas memiliki beberapa fungsi guna melakukan tugasnya dalam Permenkes Nomor 43 Tahun 2019, seperti :

1. Puskesmas melakukan penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya,
2. Puskesmas melakukan penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya,
3. Puskesmas melakukan pembinaan terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya,
4. Puskesmas sebagai wahana pendidikan bidang kesehatan, wahana program internsip, dan/atau sebagai jejaring rumah sakit pendidikan sesuai ketentuan⁸¹.

I.5.4.5 Visi dan Misi

Puskesmas memiliki sebuah visi dan misi dalam penyelenggaraannya yang tertuang pada Kepmenkes Nomor 128 Tahun 2004. Visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah tercapainya Kecamatan Sehat menuju terwujudnya Indonesia Sehat⁸². Kecamatan Sehat adalah gambaran masyarakat kecamatan masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan, yakni masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan berperilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Indikator Kecamatan Sehat yang dimaksudkan yaitu pencapaian lingkungan sehat, perilaku sehat, cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu, derajat kesehatan penduduk kecamatan. Tiap puskesmas harus memiliki rumusan visi terwujudnya kecamatan sehat yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi masyarakat serta wilayah kerjanya.

⁸¹ *Ibid.* hal 7-9.

⁸² Keputusan Menkes *Loc.cit.*.

Sedangkan untuk misi puskesmas dalam pembangunan kesehatan ialah mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional. Misi tersebut adalah:

1. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya. Puskesmas akan selalu menggerakkan pembangunan sektor lain yang diselenggarakan di wilayah kerjanya, agar memperhatikan aspek kesehatan, yakni pembangunan yang tidak menimbulkan dampak negatif terhadap kesehatan, setidaknya terhadap lingkungan dan perilaku masyarakat.
2. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya. Puskesmas akan selalu berupaya agar setiap keluarga dan masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya makin berdaya di bidang kesehatan, melalui peningkatan pengetahuan dan kemampuan menuju kemandirian untuk hidup sehat.
3. Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan. Puskesmas akan selalu berupaya menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar dan memuaskan masyarakat, mengupayakan pemerataan pelayanan kesehatan serta meningkatkan efisiensi pengelolaan dana sehingga dapat dijangkau oleh seluruh anggota masyarakat.
4. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya. Puskesmas akan selalu berupaya memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat yang berkunjung dan yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya, tanpa diskriminasi dan dengan menerapkan kemajuan ilmu dan teknologi kesehatan yang sesuai. Upaya pemeliharaan dan peningkatan

kesehatan yang dilakukan puskesmas mencakup pula aspek lingkungan dan yang bersangkutan⁸³.

I.5.4.6 Upaya Kesehatan

Dalam Permenkes Nomor 43 Tahun 2019, puskesmas bertanggungjawab melakukan upaya kesehatan dengan menyelenggarakan UKM dan UKP di tingkat pertama yang dilakukan secara terintegritas dan berkesinambungan. Penyelenggaran upaya kesehatan semata-mata dilakukan untuk mencapai pemenuhan standar pelayanan minimal kabupaten/kota bidang kesehatan; pelaksanaan Program Indonesia Sehat; dan pencapaian kinerja Puskesmas dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Puskesmas dapat menyelenggarakan upaya kesehatan melalui kegiatan manajemen Puskesmas; pelayanan kefarmasian; pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat; pelayanan laboratorium; dan kunjungan keluarga. Disamping itu puskesmas dapat mengembangkan dan meningkatkan sumber daya bidang kesehatan dengan memperhatikan kebutuhan masyarakat dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Penyelenggaraan upaya kesehatan melalui UKM di tingkat pertama dapat dikelompokkan atas UKM esensial/wajib dan UKM pengembangan. UKM esensial/ wajib merupakan upaya kesehatan yang harus diselenggarakan oleh setiap puskesmas karena telah ditetapkan berdasarkan komitmen nasional hingga global guna peningkatan derajat kesehatan masyarakat. UKM esensial dapat dilakukan dengan pelayanan promosi kesehatan, pelayanan kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan keluarga, pelayanan gizi, dan pelayanan pencegahan pengendalian penyakit. Sedangkan UKM pengembangan merupakan upaya kesehatan yang diselenggarakan secara inovatif atau berdasarkan prioritas permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat dan kekhususan wilayah kerja, yang disesuaikan dengan potensi kemampuan sumber daya puskesmas yang tersedia. Sejatinya UKM

⁸³ *Ibid.*, hal 5-6.

pengembangan dipilih dari daftar UKM esensial yang nantinya dapat berupa pelayanan kesehatan sekolah, pelayanan kesehatan kerja, pelayanan kesehatan jiwa, dll.

Penyelenggaraan upaya kesehatan melalui UKP di tingkat pertama dilaksanakan oleh dokter, dokter gigi, dan dokter layanan primer, serta tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya berdasarkan standar pelayanan, standar prosedur operasional, dan etika profesi. UKP dapat dilakukan dengan pelayanan rawat jalan, baik kunjungan sehat maupun kunjungan sakit; pelayanan gawat darurat; pelayanan persalinan normal; perawatan di rumah (home care); dan/atau rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan

I.5.4.7 Kategori Puskesmas

Demi penyelenggaraan pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan secara merata, adapun kategori puskesmas yang diatur dalam Permenkes Nomor 43 Tahun 2019 berdasarkan karakteristik wilayah kerja dan kemampuan pelayanan. Pada kategori karakteristik wilayah kerja dibagi atas puskesmas kawasan perkotaan, perdesaan, terpencil, dan sangat terpencil. Untuk kategori kemampuan pelayanan dilihat dari pelayanan rawat inap dimana adanya pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan rawat inap pada pelayanan persalinan normal dan pelayanan rawat inap pelayanan kesehatan lainnya. Puskesmas rawat inap merupakan puskesmas yang berada pada kawasan perdesaan, kawasan terpencil dan kawasan sangat terpencil, yang jauh dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan rujukan tingkat lanjut. Sedangkan pelayanan nonrawat inap dimungkinkan untuk menyelenggarakan pelayanan rawat jalan, perawatan di rumah (home care), dan pelayanan gawat darurat termasuk pada pelayanan persalinan normal.

Dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, Permenkes Nomor 46 Tahun 2015 mengatur mengenai dilakukannya akreditasi terhadap puskesmas yang

wajib dilakukan secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali. Akreditasi ini juga menjadi salah satu persyaratan kredensial sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS. Adapun status akreditasi tersebut meliputi :

- a. tidak terakreditasi
- b. terakreditasi dasar
- c. terakreditasi madya
- d. terakreditasi utama
- e. terakreditasi paripurna

I.5.5 Kualitas Pelayanan

Pelayanan ini merupakan suatu rangkaian aktivitas menawarkan kepuasan yang menguntungkan dalam sebuah interaksi dengan seseorang dimana hasilnya tidak terikat pada suatu produk secara fisik atau *intangible*⁸⁴. Pemanfaatan yang ditawarkan dapat dirasakan secara langsung maupun tidak kasat mata berupa jasa dan tidak mengakibatkan kepemilikan⁸⁵. Tiga karakteristik layanan yang baik menurut Zeithaml ialah tidak berwujud, heterogen, dan tidak dapat dipisahkan⁸⁶. Konsep kualitas tidak hanya menjadi tolak ukur keberhasilan organisasi privat, namun juga organisasi publik atau pemerintah sebagai penyedia pelayanan publik. Dalam penyelenggaraan negara diperlukan adanya evaluasi dan monitoring. Dwiyanto⁸⁷ mengukur kinerja organisasi pelayanan publik dengan indikator akuntabilitas, responsivitas, responsibilitas, orientasi terhadap tugas, dan kualitas pelayanan.

⁸⁴ Gronroos, C. (1990). *Service Management and Marketing*. Toronto: Lexington Books.

⁸⁵ Sinambela, L. P. (2011). *Reformasi Pelayanan Publik : Teori, Kebijakan dan Implementasi*. Jakarta: Bumi Aksara.

⁸⁶ Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and its Implication for Future Research (SERVQUAL). *Journal of Marketing*, 49(4), 21.

⁸⁷ Dwiyanto, A. (2007). *Kinerja Tata Pemerintahan Daerah di Indonesia*. Yogyakarta: PSKK UGM.

Kolter⁸⁸ mendefinisikan kualitas pelayanan sebagai ciri atau sifat suatu produk pelayanan yang berpengaruh pada kemampuan untuk memuaskan kebutuhan yang dinyatakan atau yang tersirat. Kualitas pelayanan tidak dilihat oleh sudut pandang penyedia pelayanan, namun sangat terfokus pada konsumen atas penilaian produk pelayanan yang diberikan dapat memuaskan. Wykoff⁸⁹ memandang kualitas pelayanan sebagai pengendalian tingkat atau derajat keunggulan yang diharapkan ingin dicapai untuk memenuhi keinginan konsumen tersebut. Pelayanan yang diberikan tentu harus sesuai dengan standar pelayanan yang telah dibakukan sebagai pedoman pemberian pelayanan⁹⁰.

Gaspersz melihat kualitas pelayanan dengan mengacu pada dua pengertian pokok. Pertama terdiri atas sejumlah keistimewaan produk, baik keistimewaan langsung, maupun keistimewaan atraktif yang memenuhi keinginan konsumen dan memberikan kepuasan atas penggunaan produk. Kedua terdiri atas segala sesuatu yang bebas dari kekurangan atau kerusakan⁹¹. Dua hal ini menjadi penting karena pada negara berkembang, umumnya terjadi suatu kekurangan atau kerusakan. Syukri⁹² mengemukakan beberapa kekurangan dalam penyelenggaraan pelayanan publik seperti kurang responsif, kurang informatif, kurangnya akses keterjangkauan, kurang koordinasi, dan alur pelayanan yang terlalu birokratis. Terkadang penyedia layanan kurang memahami bagaimana cara memberikan pelayanan yang berkualitas disamping penyedia tidak terlatih atau tidak kompeten⁹³. Disamping itu, bentuk pelayanan yang tidak berwujud sebelumnya juga memungkinkan perusahaan sulit untuk memahami pandangan konsumen

⁸⁸ Ibrahim, A. (2008). *Teori dan Konsep Pelayanan Publik Serta Implementasinya*. Bandung: Mandar Maju, 49.

⁸⁹ Tjiptono, F. (1996). *Manajemen Jasa*. Yogyakarta: Penerbit Andi.

⁹⁰ Sampara, L. (1999). *Manajemen Kualitas Pelayanan*. Jakarta: STIA LAN Press.

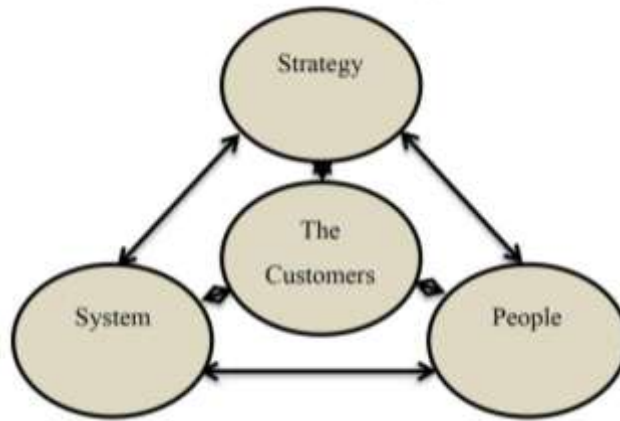
⁹¹ Hutasoit. (2011). *Pelayanan Publik Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Magnascript Publishing, 59.

⁹² Syukri, A. F. (2010). *Standar Pelayanan Publik Pemda*. Serpong: Indonesian Quality Research Agency (IQRA), 20

⁹³ Mulyawan, R. (2016). *Birokrasi dan Pelayanan Publik*. Bandung: UNPAD Press.

terhadap pelayanan dan mengevaluasi kualitas pelayanan⁹⁴. Sedangkan Goestch dan Davis⁹⁵ menitikberatkan kualitas pelayanan sebagai suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses, dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan. Kualitas pelayanan juga dapat didefinisikan dari segi konvensional dan strategis. Segi konvensional yang dapat digambarkan karakteristik produk secara langsung dan segi strategis yang berkaitan dengan segala sesuatu yang mampu memenuhi keinginan atau kebutuhan konsumen (*meeting the needs of customers*)⁹⁶.

Bagan 2. *The Service Triangle*



Sumber : Albrecht dan Zemke, 1990

Kualitas pelayanan merupakan hasil interaksi yang dipengaruhi oleh beberapa faktor untuk menentukan keberhasilan manajemen dan kinerja pelayanan organisasi. Albert dan Zemke⁹⁷ mengenalkan konsep *The Service Triangle* yang terdiri dari sistem pelayanan, sumber daya manusia, strategi, dan konsumen (*customers*). Pemberian pelayanan menempatkan konsumen sebagai panduan keputusan organisasi. Konsep ini memungkinkan penyatuan antara kebenaran kritis

⁹⁴ Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. *Op.cit.*, hal 42.

⁹⁵ Hardiansyah. (2011). *Kualitas Pelayanan Publik: Konsep, Dimensi, Indikator dan Implementasinya*. Yogyakarta: Gava Media, 35.

⁹⁶ Sinambela, L. P. (2011). *Reformasi Pelayanan Publik : Teori, Kebijakan dan Implementasi*. Jakarta: Bumi Aksara.

⁹⁷ Kuncoro, W. (2006). *Studi Pelayanan Publik dan Kualitas Pelayanan di Rumah Sakit Umum Dr. Soetomo*. Semarang: UNDIP Press, 21.

dari strategi, kebutuhan budaya, dan desain infrastruktur guna mencapai keberhasilan. Faktor sistem mengacu pada seluruh infrastruktur seperti struktur organisasi, hubungan fungsional, fasilitas fisik, sistem informasi, prosedur, aturan, dan regulasi. Dengan konsep ini, internal pemberi pelayanan akan memperlakukan karyawan satu sama lain sebagai pelanggan agar menciptakan budaya organisasi yang baik. Dengan begitu strategi unik dari organisasi akan ditawarkan untuk memenuhi kebutuhan konsumen⁹⁸.

Pada awalnya kualitas pelayanan didefinisikan secara substansial dengan hanya membandingkan antara harapan (*expectation*) dengan kinerja (*performance*). Lewis dan Booms⁹⁹ sendiri mendefinisikan kualitas pelayanan sebagai ukuran untuk melihat bagaimana baik tingkatan suatu pelayanan yang diberikan dapat menemukan kecocokan dengan harapan konsumen. Dalam perkembangan kualitas pelayanan, Parasuraman¹⁰⁰ membangun perbandingan antara harapan dan kinerja dengan beberapa faktor terkait yang mempengaruhinya seperti pelayanan yang diharapkan konsumen, persepsi manajemen, spesifikasi kualitas pelayanan, penyelenggaraan pelayanan, komunikasi eksternal, dan pelayanan yang diterima. Faktor terkait ini menciptakan beberapa kesenjangan gap meliputi :

1. Kesenjangan antara *consumer expectation* dan *management perception*;
2. Kesenjangan antara *management perception* dan *service-quality specification*
3. Kesenjangan antara *service-quality specification* dan *service delivery*
4. Kesenjangan antara *service delivery* dan *external communication*
5. Kesenjangan antara *perceived service* dan *expected service*.

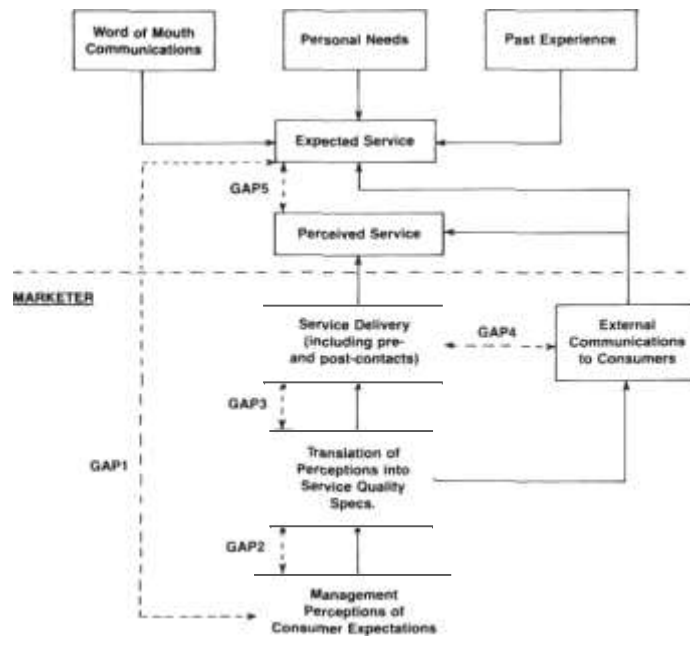
⁹⁸ Nedyalkov, A. (2010). Aspects of operations management of services. *University of Resita*, 17(1), 270-279.

⁹⁹ Booms, B. H., & Lewis, R. C. (1983). The Marketing Aspects of Service Quality. *Emerging Perspectives on Services Marketing*, 65(4), 99-107.

¹⁰⁰ Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. *Op.cit.*, hal 44.

Kemudian diajukan sebuah preposisi dimana, kesenjangan antara pelayanan yang diharapkan (*expected service*) dengan pelayanan yang diterima (*perceived service*) dipengaruhi oleh penilaian sudut pandang konsumen terhadap kesenjangan antara tiap faktor terkait¹⁰¹.

Bagan 3. Model Service Quality



Sumber : Parasuraman dan Zeithaml, 1985

Dengan menggunakan pendekatan kualitatif eksploratif. Parasuraman,dkk¹⁰² mengenalkan 10 kriteria kualitas pelayanan yang disebut dengan determinan kualitas pelayanan (*Service Quality Determinants*) sebagai berikut :

- **Reliability** melibatkan konsistensi dari kinerja dan keandalan. Hal ini berarti organisasi dapat melakukan pelayanan dengan tepat ketika pertama kali dan menghormati janjinya. Secara spesifik meliputi :
 - Ketepatan tagihan;
 - Penyimpanan catatan secara benar;

¹⁰¹ *Ibid.*, hal 46.

¹⁰² *Ibid.*, hal 47.

- Melakukan pelayanan pada waktu yang ditunjukkan.
- **Responsiveness** menyangkut kesediaan atau kesiapan karyawan dalam menyediakan pelayanan. Ini meliputi ketepatan waktu pelayanan dalam :
 - Pengiriman slip transaksi segera;
 - Menelpon kembali pelanggan dengan cepat;
 - Memberikan pelayanan yang cepat (mengatur janji secara cepat).
- **Competence** yang berarti memiliki keahlian dan pengetahuan untuk melakukan melakukan pelayanan. Ini berarti:
 - Pengetahuan dan keahlian dalam kontak personil;
 - Pengetahuan dan keahlian dalam personil pendukung operasional;
 - Kemampuan riset organisasi.
- **Access** meliputi kontak yang mudah dan dapat dijangkau. Ini berarti:
 - Pelayanan yang mudah diakses melalui telepon (saluran tidak sibuk dan tidak menunggu);
 - Waktu tunggu menerima pelayanan tidak lama;
 - Jam operasi yang nyaman;
 - Lokasi fasilitas pelayanan yang nyaman.
- **Courtesy** meliputi kesopanan, menghormati, mempertimbangkan, dan keramahan dalam kontak personil (termasuk resepsionis, operator telepon, dll). Ini termasuk:
 - Memperhatikan barang pribadi pelanggan;
 - Penampilan ruang pelayanan yang bersih dan rapi.
- **Communication** artinya memastikan pelanggan diinformasikan dalam bahasa yang mereka dapat pahami serta mendengarkan. Organisasi harus menyesuaikan bahasanya pada pelanggan yang berbeda-beda dengan meningkatkan pengalaman bersama pelanggan dengan pendidikan yang baik dengan berbicara sederhana terencana kepada orang awam. Ia meliputi:
 - Penjelasan atas layanan itu sendiri;
 - Penjelasan berapa banyak biaya suatu layanan;

- Penjelasan pertukaran antara pelayanan dan biaya;
- Meyakinkan pelanggan bahwa masalah akan ditangani.
- **Credibility** meliputi kepercayaan, keyakinan, kejujuran. Ini meliputi memberikan rasa kepentingan pelanggan di hati. Kontributor credibility seperti :
 - Nama organisasi;
 - Reputasi organisasi;
 - Karakteristik pribadi dari kontak personal;
 - Besaran nilai jual yang terlibat dalam interaksi dengan pelanggan.
- **Security** adalah bebas dari bahaya, resiko, atau keraguan. Ia meliputi:
 - Keamanan fisik;
 - Keamanan finansial;
 - Kerahasiaan.
- **Understanding/Knowing the Customer** meliputi melakukan usaha untuk memahami kebutuhan pelanggan. Ia meliputi:
 - Mempelajari kebutuhan khusus pelanggan;
 - Menyediakan perhatian pribadi;
 - Mengenali pelanggan reguler.
- **Tangibles** meliputi tampilan fisik pelayanan berupa:
 - Fasilitas fisik;
 - Penampilan personel;
 - Peralatan atau perlengkapan yang digunakan untuk menyediakan pelayanan;
 - Perwakilan fisik dari layanan;
 - Pelanggan lain dalam fasilitas pelayanan

10 determinan kualitas pelayanan tersebut menjadi variabel yang menentukan pelayanan yang diterima. Sedangkan pelayanan yang diharapkan bergantung pada informasi yang diperoleh dari komunikasi verbal (mulut ke mulut), kebutuhan pribadi konsumen, dan pengalaman masa lalu dalam

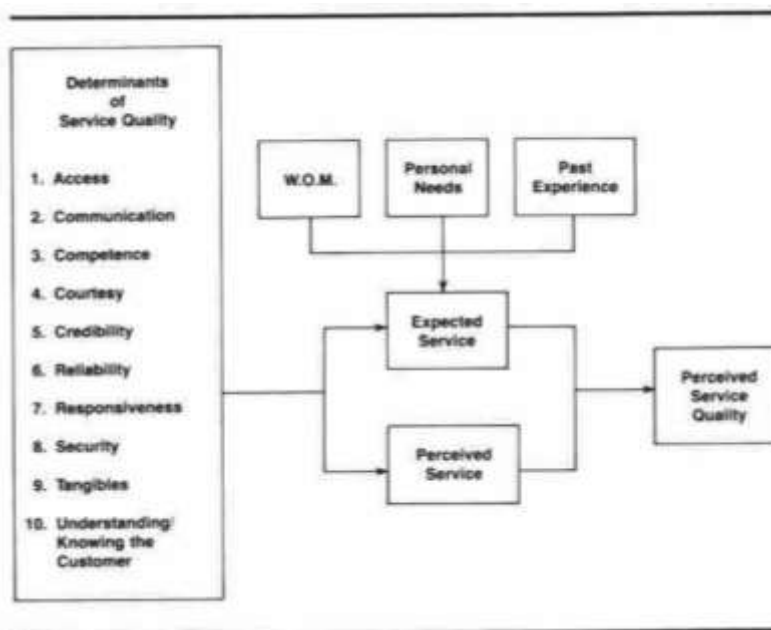
mengosumsi produk. Hal ini sesuai preposisi dimana konsumen biasanya mengandalkan unsur pengalaman yang dimiliki ketika menilai kualitas pelayanan¹⁰³. Kemudian perbandingan antara *Expected service* dan *Perceived service* memunculkan *Perceived Service Quality* yang kerap digunakan sebagai alat ukur kepuasan pelanggan dan kualitas pelayanan. Pelayanan dapat dikatakan berkualitas bila dapat memberikan kepuasan, memenuhi harapan dan kebutuhan konsumen. Keberhasilan penyelenggaraan pelayanan sangat ditentukan oleh tingkat kepuasan penerima pelayanan¹⁰⁴. Terlebih birokrat sebagai penyelenggara dituntut untuk memberikan kepuasan pada penyelenggaraan pelayanan yang prima. Sehingga preposisi yang terbentuk disini dapat dilihat dari kesenjangan jika pelayanan yang diharapkan (*expected*) lebih kecil dibandingkan pelayanan yang diterima (*perceived*), maka kualitas tidak dapat diterima secara total dan konsumen tidak puas ($ES < PS$). Jika pelayanan yang diharapkan (*expected*) sama dengan pelayanan yang diterima (*perceived*), maka kualitas yang diterima konsumen memuaskan ($ES = PS$). Jika pelayanan yang diharapkan (*expected*) lebih kecil dibandingkan pelayanan yang diterima (*perceived*), maka menghadirkan kualitas yang ideal ($ES > PS$). Sehingga baik buruknya kualitas pelayanan tergantung kepada penyedia pelayanan dalam memenuhi harapan pelanggan secara konsisten¹⁰⁵.

Bagan 4. Determinan Perceived Service Quality

¹⁰³ *Ibid.*, 48.

¹⁰⁴ Ratminto, & Winarsih, A. S. (2005). *Manajemen Pelayanan*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.

¹⁰⁵ Mulyawan, R. (2016). *Birokrasi dan Pelayanan Publik*. Bandung: UNPAD Press.



Sumber: Parasuraman dan Zeithaml, 1985

Kemudian Parasuraman¹⁰⁶ mengukur sikap konsumen dengan pendekatan kuantitatif menggunakan skala sangat setuju dan sangat tidak setuju. Sehingga berdasarkan preposisi sebelumnya dan pendekatan terbaru tersebut, Parasuraman menyederhanakan 10 determinan sebelumnya menjadi 5 determinan atau yang disebut dengan dimensi SERVQUAL¹⁰⁷. Adapun dua kombinasi dimensi SERVQUAL baru tersebut merespresentasikan tujuh dimensi sebelumnya seperti¹⁰⁸:

Tabel 3. Dimensi *Service Quality* (SERVQUAL)

SERVQUAL	Pengertian	10 Dimensi Asli Evaluasi Kualitas Pelayanan
<i>Tangible</i>	Penampilan fasilitas fisik, peralatan,	-

¹⁰⁶ Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple- Item Scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 17.

¹⁰⁷ *Ibid.*, hal 23.

¹⁰⁸ Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Berry, L. L. (1990). *Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations*. New York: The Free Press, 25-26.

	penampilan personel, dan materi komunikasi	
<i>Reliability</i>	Kemampuan untuk melakukan pelayanan yang dijanjikan secara andal dan akurat	-
<i>Responsiveness</i>	Kesediaan untuk membantu pelanggan dan menyediakan pelayanan yang cepat	-
<i>Assurance</i>	Pengetahuan dan kesopanan karyawan dan kemampuan mereka untuk memberikan rasa bisa dipercaya dan kepercayaan diri (keyakinan)	<i>Competence, Courtesy, Credibility, Security</i>
<i>Emphaty</i>	Peduli, perhatian secara pribadi yang diberikan perusahaan kepada pelanggannya	<i>Access, Communication, Understanding the customer</i>

Sumber: Zeithaml, Parasuraman dan Berry, 1990

Berdasarkan pemaparan mengenai kualitas pelayanan sebelumnya, peneliti menggunakan model SERVQUAL Zeithaml, Parasuraman dan Berry dalam menggammbarkan mengenai kualitas pelayanan puskesmas dalam pencegahan angka stunting. Adapun alasan digunakan model SERVQUAL tersebut dikarenakan dapat menjelaskan mengenai kualitas pelayanan puskesmas sebagai organisasi publik. Peneliti menggunakan 5 dimensi SERVQUAL yang telah disederhanakan meliputi *Tangible, Reliability, Responsiveness, Assurance, dan Emphaty*.

I.6 Definisi Konsep

- Konsep *Good Governance*

Good Governance atau pemerintahan yang baik merupakan hubungan sinergis antara negara, privat, dan masyarakat (*society*) sebagai bentuk penyelenggaraan kebijakan negara pada keseimbangan peran antara administrasi publik dengan efisiensi mekanisme pasar untuk memaksimalkan prioritas alokasi dana agar menciptakan iklim ekonomi yang sehat, *legal and*

political framework bagi tumbuhnya aktivitas kewiraswastaan, serta stabilitas dan kesejahteraan rakyat.

- Konsep Pelayanan Publik

Pelayanan publik merupakan penyelenggaraan negara untuk memberikan pemenuhan kebutuhan dan keperluan yang menguntungkan masyarakat dalam rangka melaksanakan peraturan dan hak masyarakat dimana hasilnya tidak terikat pada suatu produk, tidak berwujud, dan tidak menghasilkan kepemilikan.

- Konsep Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan upaya pemberian jasa pelayanan yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama organisasi sebagai bentuk pemenuhan hak setiap warga negara untuk memelihara, meningkatkan derajat kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat melalui promosi kesehatan (promotif); pencegahan (preventif); pengobatan (kuratif); dan pemulihan (rehabilitatif).

- Konsep Puskesmas

Puskesmas atau pusat kesehatan masyarakat merupakan fasilitas pelayanan kesehatan berbentuk organisasi Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan (UPTD) kabupaten/ kota tingkat pertama yang dapat diterima secara sosial, ekonomis, dan diakses oleh setiap individu/keluarga untuk menyelenggarakan pusat pengembangan pembangunan kesehatan, pembinaan pembinaan masyarakat, pelayanan yang berperan dalam kesehatan dalam suatu wilayah.

- Konsep Kualitas Pelayanan

Kualitas pelayanan menggambarkan suatu tingkat, derajat keunggulan, atau penilaian karakteristik keistimewaan produk yang mampu memuaskan dengan membandingkan antara harapan, keinginan dan kebutuhan konsumen (*meeting the needs of customers*) atas pelayanan (penggunaan produk) yang diberikan agar menemukan kecocokan. Metodologi

I.7 Metode Penelitian

Dalam penelitian ini, penulis menggunakan pendekatan kualitatif. Penelitian kualitatif dilihat sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data berupa kata-kata tertulis dan perilaku yang dapat diamati. Menurut Crewsell, dkk dalam Neuman¹⁰⁹ melihat pendekatan kualitatif dengan karakteristik membangun dan memaknai realitas sosial, berfokus pada proses interaktif dimana peneliti terlibat, nilai yang diteliti hadir secara eksplisit dan menggunakan analisis tematik. Menurut Bodgan dan Biklen dalam Sugiyono¹¹⁰. Penelitian kualitatif mengkaji ulang dan merefleksikan data dan konsep secara bersamaan secara interaktif. Penjelasan diatas sejalan dengan metode yang digunakan peneliti dalam melakukan penelitian tersebut. Peneliti akan mengumpulkan data yang berkaitan dengan Kualitas Pelayanan Puskesmas dalam Pencegahan Stunting di Kabupaten Magetan. Tujuan penulisan bab tersebut untuk menjelaskan cara peneliti dalam menganalisis dan mencari hasil penelitian tersebut¹¹¹.

I.7.1 Tipe Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan tipe penelitian deskriptif. Menurut Neuman¹¹² penelitian deskriptif bertujuan untuk membuat gambaran menggunakan kata-kata atau angka dan untuk menyajikan profil, klasifikasi jenis,

¹⁰⁹ Neuman, W. L. (2014). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. Harlow: Pearson Education Limited.

¹¹⁰ Sugiyono. (2005). *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabet, hal 9

¹¹¹ *Op.cit.*

¹¹² *Ibid.*

atau garis besar langkah-langkah untuk menjawab pertanyaan seperti siapa, kapan, di mana, dan bagaimana.. Dengan kata lain penelitian deskriptif bertujuan untuk memperoleh informasi-informasi mengenai keadaan saat ini yang sejalan dengan penelitian tersebut¹¹³. Alasan peneliti menggunakan metode penelitian kualitatif ini berangkat dari permasalahan yang bersifat holistik, kompleks, dinamis dan penuh makna sehingga tidak mungkin pada situasi sosial tersebut dijangkau dengan metode penelitian.

I.7.2 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian merupakan tempat peneliti untuk mencari dan mengumpulkan data informasi yang dibutuhkan sebagai penelitian. Dalam proses penelitian yang dilakukan oleh peneliti yang sesuai dengan tema dan rumusan permasalahan. Dimana sesuai dengan objek penelitian tersebut, yaitu tentang Kualitas Pelayanan Puskesmas dalam Pencegahan Stunting di Kabupaten Magetan, maka peneliti memilih lokasi penelitian pada Puskesmas di Kabupaten Magetan untuk melihat mengenai sejauh mana program stunting telah diterjemahkan kedalam tingkat lokal. Adapun lokasi penelitian ini dilakukan di beberapa puskesmas yang ada di Kabupaten Magetan dengan mempertimbangkan beberapa lokasi puskesmas yang relevan dengan topik penelitian.

I.7.3 Teknik Penentuan Informan

Adapun teknik penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive*, teknik ini didasarkan atas tujuan tertentu (orang yang dipilih betul-betul memiliki kriteria yang dibutuhkan peneliti)¹¹⁴. Informan yang dipilih peneliti merupakan pihak yang dianggap paham, dan mengetahui secara langsung akses pelayanan puskesmas agar mendapatkan informasi yang sesuai dan berkaitan dengan penelitian kualitas pelayanan Puskesmas dalam menurunkan angka

¹¹³ *Ibid.*

¹¹⁴ Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: PT Alfabet, hal 85.

stunting di Kabupaten Magetan. Oleh karena itu penulis memiliki kriteria teknik sesuai dengan fenomena yang diteliti. Dengan menetapkan pertimbangan dan kriteria tertentu harus dipenuhi informan dalam melakukan penelitian. Adapun kriteria dalam studi ini yaitu :

1. Diambil sejumlah satu sampai dua informan baik Bidan, Petugas Gizi maupun petugas informan yang mengetahui informasi mengenai pelayanan puskesmas berdasarkan tiap akreditasi yang mewakilkan di setiap puskesmas di Magetan
2. Di tiap akreditasi, diambil informan dari puskesmas berdasarkan jumlah penduduk dan jenis kelamaan perempuan paling banyak dibandingkan puskesmas lain ditiap akreditasi

Adapun kriteria yang ditentukan untuk mendapatkan informan penunjang yang termasuk dari sasaran pelayanan puskesmas, yaitu pasien ibu hamil. Adapaun informan penunjang yang peneliti wawancarai ini sebagai berikut :

1. Mendapatkan akses pelayanan dalam waktu 6 bulan atau intensitas tinggi dalam mengunjungi puskesmas
2. Umur subur remaja dan Ibu Hamil yang sering melakukan kunjungan di puskesmas.

I.7.4 Teknik Pengumpulan Data

Dalam penelitian kualitatif sangat diperlukan data sebagai dasar dilakukannya penelitian. Menurut sumbernya penelitian dibagi atas data primer dan data sekunder. Data primer yaitu data yang diperoleh secara langsung pada sumber data yaitu dari informan yang bersangkutan dengan cara wawancara dan pengamatan (observasi) pada informan. Data sekunder yaitu data yang diperoleh dari buku-buku, dokumen/catatan, tulisan-tulisan karya ilmiah dari berbagai media, arsip-arsip resmi yang dapat mendukung kelengkapan data primer. Dalam penelitian ini, penulis menggunakan tiga teknik pengumpulan data :

a. Wawancara mendalam (Indepth Interview)

Wawancara mendalam ini dilakukan dengan proses tanya jawab dua orang atau lebih, dan berhadapan secara fisik. Wawancara juga diartikan dengan percakapan yang dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara dan yang diwawancarai. Wawancara mendalam ini menggunakan pedoman wawancara terbuka dan menciptakan suasana dan keakraban dengan informan dan membuat informan bercerita lebih dalam agar mampu mengali informasi sebanyak mungkin untuk memancing anak jalanan dalam menceritakan pengalamannya. Metode wawancara dilakukan untuk mengumpulkan data primer yaitu memperoleh data atau informasi secara langsung untuk proses pengolahan selanjutnya.

b. Observasi

Observasi digunakan untuk menggali data dari sumber daya yang berupa lokasi, peristiwa, benda, tempat serta rekaman gambar berupa foto atau video. Tujuan dari observasi sendiri untuk memperoleh informasi yang relevan sehingga mempertajam dan mendukung hasil wawancara. Pada penelitian kali ini observasi disajikan dalam bentuk pemaparan mengenai objek kajian untuk mempertegas hasil wawancara yang dilakukan

c. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan dilakukan peneliti untuk mengumpulkan data dengan cara mencari informasi berupa studi literatur atau referensi, baik yang bersumber dari buku, dokumen, jurnal, majalah, makalah yang pernah diterbitkan. Artikel-artikel dari berbagai sumber termasuk internet maupun catatan penting yang berkaitan dengan kualitas pelayanan Puskesmas dalam menurunkan angka *stunting* di Kabupaten Magetan.

I.7.5 Teknis Analisis Data

Teknik analisis data adalah proses pengumpulan data secara sistematis untuk mempermudah peneliti dalam memperoleh kesimpulan. Menurut Miles & Huberman¹¹⁵ dalam melakukan penelitian terdapat 3 tahapan dalam menganalisis suatu data yaitu: reduksi data, penyajian data, penarikan kesimpulan/verifikasi.

1. Reduksi Data

Proses reduksi merupakan bagian dari analisis yang ini akan berlangsung mulai dari penelitian hingga laporan akhir tersusun. Selama pengumpulan data berlangsung, terjadinya tahapan reduksi setelahnya (membuat ringkasan, mengkode, menelusur tema, membuat gugusgugus, membuat partisi, membuat memo). Reduksi data merupakan suatu bentuk analisis yang menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, membuang yang tidak perlu, dan mengorganisasi data dengan cara sedemikian rupa hingga kesimpulan-kesimpulan finalnya dapat ditarik dan diverifikasi

2. Penyajian Data

Miles & Huberman¹¹⁶ membatasi suatu penyajian sebagai sekumpulan informasi tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Mereka meyakini bahwa penyajian-penyajian yang lebih baik merupakan suatu cara yang utama bagi analisis kualitatif yang valid, yang meliputi: berbagai jenis matrik, grafik, jaringan dan bagan. Semuanya dirancang guna menggabungkan informasi yang tersusun dalam suatu bentuk yang padu dan mudah diraih.

3. Penarikan Kesimpulan

¹¹⁵ Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1992). *Analisis Data Kualitatif: Buku Sumber tentang Metode-metode Baru*. (T. R. Rohidi, Trans.) Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-PRESS), hal 16.

¹¹⁶ *Ibid.*.

Penarikan kesimpulan menurut Miles & Huberman¹¹⁷ hanyalah sebagian dari satu kegiatan dari konfigurasi yang utuh. Kesimpulan-kesimpulan juga diverifikasi selama penelitian berlangsung. Verifikasi dimaksudkan bahwa makna-makna yang muncul dari data yang lain harus diuji kebenarannya, kekokohannya, dan kecocokannya, yakni yang merupakan validitasnya. Kesimpulan akhir tidak hanya terjadi pada waktu proses pengumpulan data saja, akan tetapi perlu diverifikasi agar benar-benar dapat dipertanggungjawabkan.

I.7.6 Teknis Keabsahan Data

Dalam suatu penelitian sangat diperlukan uji keabsahan data atau validitas dan reabilitas data untuk melihat keakuratan suatu data. Sehingga kemudian akan dilakukan suatu pembuktian keakuratan data. Dalam penelitian terdapat teknik triangulasi data yang digunakan oleh peneliti. Menurut Creswell¹¹⁸ Triangulasi merupakan pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Norman K. Denkin membagi triangulasi, yaitu : Triangulasi metode, Triangulasi sumber data, Triangulasi antar peneliti, Triangulasi teori. Peneliti disini menggunakan triangulasi sumber data dengan membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu data informasi yang diperoleh melalui beberapa narasumber dengan berbagai teknik

¹¹⁷ *Ibid.*

¹¹⁸ Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Pendekatan Metode Kualitatif, Kuantitatif dan Campuran*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.