STUDI KASUS KINERJA OERGANISASI DINAS KESEHATAN KOTA SEMARANG DALAM PENCEGAHAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE DARI PERSPEKTIF PROSES INTERNAL DAN PERSPEKTIF PEMBELAJARAN

TESIS

Untuk memenuhi persyaratan
mencapai derajat Sarjana S2

Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Oleh
WIWIK TRAPSILOWATI
NIM : E4A003025

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2005

UPT-PUSTAK-UNDIP
No. Daft: 4545/T/M155/04
Tgl. : 11-8-08

PENGESAHAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul :

STUDI KASUS KINERJA ORGANISASI DINAS KESEHATAN KOTA SEMARANG DALAM PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH DENGUE DARI PERSPEKTIF PROSES INTERNAL DAN PERSPEKTIF PEMBELAJARAN

Dipersiapkan dan disusun Oleh :
Nama : Wiwik Trapsilowati
NIM : E4A003025

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 29 Desember 2005 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing Utama

Dr. Sudiro, MPH., Dr. PH
NIP. 131 252 965

Pembimbing Pendamping

dr. Anneke Suparwati, MPH
NIP. 131 610 340

Penguji

Dr. H. Hadi Wibowo, MMR

Penguji

Dra. Ayun Sriatmi, M. Kes
NIP. 131 958 815

Semarang, Januari 2005
Universitas Diponegoro
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Ketua Program

dr. Sudiro, MPH., Dr. PH
NIP. 131 252 965

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : Wiwik Trapsilowati
N I M : E4A003025

Menyatakan bahwa tesis dengan judul : "STUDI KASUS KINERJA ORGANISASI DINAS KESEHATAN KOTA SEMARANG DALAM PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH DENGUE DARI PERSPEKTIF PROSES INTERNAL DAN PERSPEKTIF PEMBELAJARAN"

Merupakan :

1. Hasil kerja yang dipersiapkan dan disusun sendiri
2. Belum pernah disampaikan untuk mendapatkan gelar pada program Magister ini ataupun pada program lainnya.

Oleh karena itu pertanggungjawaban tesis ini sepenuhnya berada pada diri saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Semarang, 29 Desember 2005

Penyusun,

Wiwik Trapsilowati
NIM. E4A003025

RIWAYAT HIDUP

N a m a	: Wiwik Trapsilowati
Tempat, tanggal lahir	: Nganjuk, 17 Maret 1968
Jenis Kelamin	: Perempuan
A g a m a	: I s l a m
Alamat	: RT. 02, RW. 01 Kelurahan Kalibening, Kecamatan Tingkir, Kota Salatiga.

Riwayat Pendidikan :

Tahun 1980	: Tamat SDN Tanjungrejo, Nganjuk.
Tahun 1983	: Tamat SMP Negeri 2 Nganjuk.
Tahun 1986	: Tamat SMA Negeri 1 Nganjuk.
Tahun 1990	: Tamat S1 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, Surabaya.
Tahun 2003	: Masuk Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang.

Riwayat Pekerjaan :

Tahun 1992-1997	: Staf Sie Pengamatan Penyakit Dinkes Kodya Salatiga
Tahun 1997-1999	: Ynt. Kasie Pembinaan Kesehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Kodya Salatiga.
Tahun 1999-2000	: Fungsional Peneliti pada Stasiun Penelitian Vektor Penyakit Salatiga.
Tahun 2000-2004	: Kepala Sub Bagian Tata Usaha Balai Penelitian Vektor dan Reservoir Penyakit Salatiga.
Tahun 2004-sekarang:	Fungsional Peneliti pada Balai Penelitian Vektor dan Reservoir Penyakit Salatiga.

KATA PENGANTAR

Segala puji penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala limpahan kasih sayang serta pertolonganNya, sehingga tesis dengan judul : "Studi Kasus Kinerja Organisasi Dinas Kesehatan Kota Semarang dalam Pencegahan Demam Berdarah Dengue dari Perspektif Proses Internal dan Perspektif Pembelajaran" dapat penulis susun untuk memenuhi persyaratan mencapai derajat Sarjana S2 pada Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, konsenstrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.

Terselesaikannya tesis tersebut tidak lepas dari bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, sehubungan dengan hal tersebut penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. dr. Sudiro, MPH, Dr. PH , yang telah membimbing penulis sehingga dapat menyelesaikan tesis ini dan selaku Ketua Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat.
2. dr. Anneke Suparwati, MPH, yang telah membimbing penulis dalam menyelesaikan penyusunan tesis ini.
3. dr. H. Hadi Wibowo, MMR, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang yang telah memberikan ijin untuk penelitian, serta sebagai penguji serta memberi masukan dalam penyusunan tesis ini.
4. Dra. Ayun Sriatmi, M. Kes, selaku penguji dan pemberi masukan dalam penyusunan tesis ini.
5. Segenap pejabat dan staf Dinas Kesehatan Kota Semarang, yang telah memberikan bantuan dalam memberikan segala informasi berkaitan dengan pengumpulan data tesis ini.
6. Segenap dosen pada MIKM, yang telah memberikan bekal ilmu yang mendukung penyelesaian tesis ini.

7. Segenap pengelola Program MIKM, yang telah memberikan bantuan administrasi selama proses penyusunan tesis ini.
8. Teman-teman sejawad pada MIKM, yang selalu memberi semangat dan dukungan hingga selesainya penyusunan tesis ini.

Selama penulis studi dan penyusunan tesis ini tentunya tidak lepas dari dukungan, semangat dan bantuan dari suami dan anak-anak tercinta, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih.

Dalam penyusunan tesis ini tentunya masih jauh dari sempurna, sehingga penulis berharap berbagai masukan dari para pembaca untuk sempurnanya. Dan semoga tesis ini dapat berguna bagi pembaca. Amin.

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PENGESAHAN ii
PERNYATAAN iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP iv
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI vii
DAFTAR TABEL x
DAFTAR GAMBAR xi
DAFTAR LAMPIRAN xii
DAFTAR SINGKATAN xiii
ABSTRAK xv

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang 1
B. Perumusan Masalah 14
C. Tujuan Penelitian 15
D. Manfaat Penelitian 16
E. Keaslian Penelitian 17
F. Ruang Lingkup Penelitian 19

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Penyakit Demam Berdarah Dengue 21
B. Permasalahan Demam Berdarah Dengue di Kota Semarang..... 22
C. Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue 23
D. Tindakan Pencegahan Demam Berdarah Dengue 27
E. Peran Serta Masyarakat Dalam Pengendalian Vektor DBD 29
F. Organisasi 31
G. Kinerja Organisasi 32
H. Manajemen Pemerintahan Berfokus Masyarakat .. 41

I. Implementasi *Balanced Scorecard* pada Organisasi Pemerintah 44
J. Proses Pelayanan Kesehatan 47
K. Pembelajaran dalam Organisasi 52
L. Kebijakan-kebiajakan yang mendukung 56
M. Kerangka Teori 58

BAB III METODE PENELITIAN
A. Jenis dan Rancangan Penelitian 59
B. Kerangka Konsep 60
C. Definisi Istilah 60
D. Teknik Pengumpulan data 65
E. Unit Analisis Data /Subyek Penelitian 66
F. Cara Penentuan Subyek Penelitian 66
G. Analisis Data 67
H. Uji Validitas Data 67

BAB IV H A S I L
A. Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kota Semarang.. 70
B. Pembangunan Kesehatan Kota Semarang 72
C. *Inputs* (masukan) Program Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Dengue 75
D. Perspektif Proses Internal 80
E. Perspektif Pembelajaran 92
F. *Outputs* (keluaran) Program P2 DBD Tahun 2004 ... 98

BAB V PEMBAHASAN
A. Indikator *Inputs* Program Pencegahan DBD 103
B. Perspektif Proses Internal 104
C. Perspektif Pembelajaran 110
D. Indikator *Outputs* Program P2 DBD 114
E. Evaluasi Kinerja dalam penanggulangan DBD 115
F. Keterbatasan Penelitian 117

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan 118

B. Saran 120

DAFTAR PUSTAKA 124

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 : Paradigma Baru dari Manajemen Pemerintah Berfokus Masyarakat 42

Tabel 4.1 : Data Ketenagaan Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2003 71

Tabel 4.2 : Data Sarana Kesehatan Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2003 71

Tabel 4.3 : Alokasi Anggaran Pencegahan DBD DKK Kota Semarang Tahun 2003 dan Tahun 2004 76

Tabel 4.4 : Program dan Sektor Terkait dan Bentuk Kerjasama Dalam Program Pencegahan DBD Kota Semarang Tahun 2004 84

Tabel 4.5 : Hasil Kegiatan Program P2 DBD Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2003 dan 2004 98

DAFTAR GAMBAR

Grafik 1.1 : Trend Kasus DBD di Indonesia, Jawa Tengah dan Kota Semarang Tahun 1999-2003 3

Kerangka Teori 58

Kerangka Konsep 60

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	: Pedoman Focus Group Discussion (FGD)
Lampiran 2	: Kuesioner Wawancara Mendalam
Lampiran 3	: Hasil Focus Group Discussion (FGD)
Lampiran 4	: Hasil Wawancara Mendalam
Lampiran 5	: Standar Pelayanan Minimal (SPM) Program Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue Dinas Kesehatan Kota Semarang.

DAFTAR SINGKATAN

ABJ	: Angka Bebas Jentik
API	: Annual Parasite Incidence
AS	: Abatisasi Selektif
BSC	: Balanced Score Card
CFR	: Case Fatality Rate
DBD	: Demam Berdarah Dengue
DD	: Demam Dengue
DHF	: Dengue Haemorhagic Fever
FGD	: Focus Group Discussion
HI	: House Index
IR	: Incidence Rate
KLB	: Kejadian Luar Biasa
LAN	: Lembaga Administrasi Negara
LAKIP	: Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
P2MPL	: Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan
P2DBD	: Program Pemberantasan Demam Berdarah Dengue
PE	: Penyelidikan Epidemiologi
PPJ	: Petugas Pemantau Jentik
PSN	: Pemberantasan Sarang nyamuk
PSN AS	: Pemberantasan Sarang Nyamuk Anak Sekolah
P2B2	: Pemberantasan Penyakit Bersumber Binatang
P2P	: Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit
UKI	: Usaha Kesehatan Institusi

PPI	: Perencanaan dan Perijinan dan Informasi
PMKL	: Pemberdayaan Masyarakat dan Kesehatan Lingkungan
PSM	: Peran Serta Masyarakat
PMTTU	: Penyehatan Makanan dan Tempat-tempat Umum
PKK	: Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga
SDM	: Sumber Daya Manusia

Master's Degree of Public Health Program
Majoring in Administration and Health Policy
Diponegoro University
2005

ABSTRACT

Wiwik Trapsilowati

Case Study about Performance of Organization at Semarang City Health Office to Prevent Dengue Haemorrhagic Fever from Internal Process Perspective and Learning Perspective
xvi + 123 pages + 6 tables + 3 pictures + 5 enclosures

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) is a potential disease to be an outbreak event. Trend of Dengue Haemorrhagic Fever cases was increasing in the last five years in Indonesia, Central Java Province, and Semarang City. Nowadays, measurement of performance in government institution specifically in preventing Dengue Haemorrhagic Fever uses LAKIP that comprises in the following indicators : inputs, outputs, outcomes, benefits, and impacts. LAKIP has not comprised a process indicator. *Balanced Scorecard* (BSC) could measure a process indicator especially in perspective of internal process and learning.

Aim of this research was to now the service procedure, handling of complaint, and improving the services continually in perspective of internal process. Beside that, this research was to know training, guiding, and empowering of officer from perspective of learning as an effort to prevent Dengue Haemorrhagic Feyer at Semarang City Health Office.

In the perspective of an internal process, preventing of Dengue Haemorrhagic Fever is done by referring to SPM; service process is made by a flow chart; improving of service is done by making a handling team of community complaint; improving a quality of services is done by eradicating of the mosquito's breeding place and improving the officer's professionalism. In the perspective of learning, gradually guiding and giving an opportunity of study are done to improve profesionalism and capability of an officer. Giving a task and delegating an authority for employee empowerment has been already done. Feedback and reward are given to improve motivation of an officer.

To improve prevention program of Dengue Haemorrhagic Fever, Health Office should advocate a decision maker in order to increase a budget, to make communication with other sectors, and to integrate programs. Government of Semarang City should make legislation about protection of the health officer and determination of health budget equal to 15% from total of budget in Semarang city.

Key Word : Prevention of DHF, Performance of Health Office, Percpective of Internal Process and Learning, and Balanced Scorecard
Bibliography : 40 (1986-2004)

Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang
Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

ABSTRAK

Wiwik Trapsilowati
Studi Kasus Kinerja Organisasi Dinas Kesehatan Kota Semarang
Dalam Pencegahan Demam Berdarah Dengue
Dari Perspektif Proses Internal dan Perspektif Pembelajaran
xvi +123 halaman + 6 tabel + 3 gambar + 5 lampiran

Demam berdarah dengue merupakan penyakit yang berpotensi terjadinya kejadian luar biasa (KLB) secara siklis. Trend kasus DBD mengalami peningkatan baik Nasional, Propinsi Jawa Tengah, maupun Kota Semarang dalam lima tahun terakhir. Pengukuran kinerja pada instansi pemerintah khususnya dalam pencegahan DBD pada saat ini menggunakan LAKIP dengan indikator *inputs, outputs, outcomes, benefits* dan *impacts*. LAKIP tersebut belum melihat adanya indikator proses. Pada pemerintahan yang berfokus masyarakat, indikator proses tersebut dapat diukur dengan menggunakan *Balanced Scorecard* (BSC), khususnya pada perspektif proses internal dan perspektif pembelajaran.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui prosedur pelayanan, penanganan keluhan dan peningkatan pelayanan secara berkelanjutan dalam perspektif proses internal, serta mengetahui pelatihan dan pembimbingan serta pemberdayaan karyawan dari perspektif pembelajaran dalam pencegahan DBD pada Dinas Kesehatan Kota Semarang.

Hasil penelitian diketahui bahwa dari perspektif proses internal pencegahan DBD dilakukan dengan mengacu pada SPM, proses pelayanan dituangkan dalam bentuk *flow chart,* dan untuk memberikan pelayanan yang bermutu telah dibentuk tim penanganan keluhan masyarakat. Peningkatan mutu pelayanan secara berkelanjutan dilakukan berbagai terobosan untuk penggerakan PSN, serta peningkatan profesionalisme petugas. Dari perspektif pembelajaran diketahui bahwa peningkatan profesionalisme dan kemampuan karyawan dilakukan dengan pembimbingan secara berjenjang dan memberikan kesempatan kepada karyawan untuk studi lanjut. Pemberian tugas dan pendelegasian wewenang dalam pemberdayaan karyawan sudah dilakukan dengan melihat permasalahan dan kemampuan karyawan, umpan balik dan penghargaan diberikan sebagai upaya peningkatan motivasi karyawan.

Untuk peningkatan pelayanan program pencegahan DBD, Dinkes diharapkan agar melakukan advokasi kepada pengambil keputusan untuk peningkatan anggaran, menjalin komunikasi dengan sektor terkait untuk memadukan program dan kegiatan dalam rangka pencegahan DBD dan Pemerintah Kota Semarang diharapkan membuat perundangan tentang perlindungan petugas kesehatan dan penetapan anggaran kesehatan sebesar 15% dari total anggaran Kota Semarang.

Kata Kunci : Pencegahan DBD, Kinerja Dinas Kesehatan, Perspektif Proses Internal dan Perspektif Pembelajaran, *Balanced Scorecard.*
Kepustakaan : 40 (1986-2004)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Beberapa penyakit menular yang diamati memperlihatkan kecenderungan peningkatan morbiditas, seperti malaria, demam berdarah dengue dan HIV/AIDS. *Annual Parasite Incidence* (API) malaria menurun dari 0,21 per 1.000 penduduk pada tahun 1989 menjadi 0,09 per 1.000 penduduk pada tahun 1996 di Jawa-Bali, untuk kemudian meningkat lagi menjadi 0,20 per 1.000 penduduk pada tahun 1998. *Incidence Rate* demam berdarah dengue (DBD) yang tercatat sebesar 23,22 per 100.000 penduduk pada tahun 1996 meningkat menjadi 35,19 per 100.000 penduduk pada tahun 1998. [1)]

Pada bulan Mei 1993, Kongres Kesehatan Dunia yang ke-46 menyetujui sebuah resolusi tentang upaya pencegahan Dengue dan pemberantasannya yang kemudian memicu lahirnya pemikiran bahwa pemberdayaan program-program pencegahan dan pemberantasan Demam Dengue (DD), Demam Berdarah Dengue (DBD) dan Syndrom Syock Dengue (SSD) berskala nasional maupun lokal haruslah menjadi program prioritas bagi negara-negara anggota WHO dimana penyakit tersebut bersifat endemis. Dari stratifikasi yang ditetapkan WHO Indonesia, Myanmar dan Thailand termasuk kategori A di wilayah Asia Tenggara dengan ciri-ciri DBD merupakan : (1) masalah kesehatan yang penting, (2) penyebab utama banyaknya pasien rawat inap di rumah sakit serta kematian anak, (3) KLB/wabah siklis (terulang pada jangka waktu tertentu) di pusat-pusat perkotaan dengan tenggang waktu antara 3 sampai 5 tahun, (4) menyebar sampai

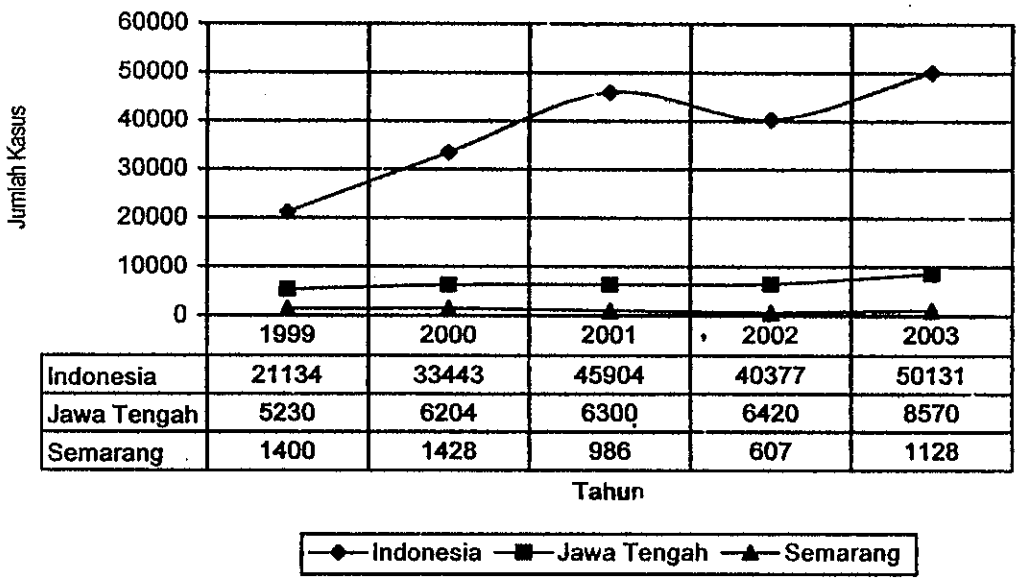
daerah pedesaan, (5) sirkulasi serotipe virus beragam dan (6) *Aedes aegypti* merupakan vektor utamanya.[2)]

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan adanya infeksi oleh empat virus serotipe DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEN-4 yang secara genetik tidak ada hubungan antara satu dengan yang lainnya. Infeksi virus dengue ditularkan oleh nyamuk betina *Aedes spp* terutama *Aedes aegypti* yang berkembang di daerah tropis. [3)] Kasus penyakit ini pertama kali ditemukan pada tahun 1953 yang terjangkit di Manila ibukota Filipina . Pertama kali di Indonesia ditemukan di Surabaya pada tahun 1968 akan tetapi konfirmasi virologis baru pada tahun 1972. Sejak itu penyakit tersebut menyebar ke berbagai daerah, sehingga sampai tahun 1980 seluruh propinsi di Indonesia kecuali Timor Timur telah terjangkit penyakit DBD. [4)]

Jumlah kasus DBD di Indonesia lima tahun terakhir menunjukkan trend yang semakin meningkat, demikian juga jumlah kasus tingkat Propinsi Jawa Tengah.

Hal tersebut seperti tampak pada grafik berikut :

Grafik 1.1 : Trend Kasus DBD di Indonesia dan Jawa Tengah dan Kota Semarang Tahun 1999 - 2003



	1999	2000	2001	2002	2003
Indonesia	21134	33443	45904	40377	50131
Jawa Tengah	5230	6204	6300	6420	8570
Semarang	1400	1428	986	607	1128

Sumber : Depkes, Dinkes Prop Jateng dan Dinkes Kota Semarang

Pada grafik di atas tampak bahwa trend kasus DBD secara nasional menunjukkan kenaikan selama lima tahun terakhir. Pada tahun 2002 ada penurunan jumlah kasus, akan tetapi jumlah tersebut meningkat lagi pada tahun 2003.[5)] Pada awal tahun 2004 telah terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) di banyak kota di Indonesia. Kasus DBD pada tahun 2004 sampai dengan tanggal 5 Maret jumlah kasus sudah mencapai 26.015 orang dengan kematian sebanyak 389 orang.[4)]

Dari laporan program DBD Direktotat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular – Penyehatan Lingkungan (P2M-PL) Departemen Kesehatan RI tahun 2002, Jawa Tengah menunjukkan jumlah kasus yang tertinggi diantara 30 propinsi dengan jumlah penderita sebanyak 6.420 kasus dan kematian 119 kasus. [6)] Data dari Program Pencegahan dan Pemberantasan DBD Dinas Kesehatan Propinsi

Jawa Tengah menunjukkan bahwa trend penyakit DBD Jawa Tengah selama lima tahun terakhir juga menunjukkan angka yang cenderung meningkat.[7)]

Dari data 5 tahun terakhir pada program P2-DBD Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, Kota Semarang merupakan wilayah yang paling tinggi jumlah kasusnya pada tahun 1999 sebanyak 1400 penderita, tahun 2000 sebanyak 1428 penderita, tahun 2001 sebanyak 986 penderita dan tahun 2003 sebanyak 1128 penderita. Kondisi kasus DBD pada Kota Semarang selama lima tahun terakhir menunjukkan trend yang naik turun seperti tampak pada grafik 1.1.[8)]

Berdasarkan Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor : 581/MENKES/SK/VII/1992, tanggal 27 Juli 1992 tentang Upaya Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue, bahwa upaya pemberantasan penyakit DBD dilaksanakan dengan cara tepat guna oleh pemerintah dengan peran serta masyarakat yang meliputi : (1) pencegahan, (2) penemuan kasus, pertolongan dan pelaporan, (3) penyelidikan epidemiologi dan pengamatan penyakit DBD, (4) penanggulangan seperlunya, (5) penanggulangan lain dan (6) penyuluhan.[9)]

Secara epidemiologi ada tiga tingkatan pencegahan penyakit secara umum, yakni ; pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*) didasarkan pada hubungan interaksi antara pejamu (*host*), penyebab (*agent*) dan lingkungan serta proses terjadinya penyakit. Adapun sasarannya adalah orang yang sehat dengan peningkatan derajat kesehatan (*health promotion*) dan pencegahan khusus terhadap penyakit tertentu (*specific protection*). Pencegahan tingkat kedua (*secondary prevention*) bertujuan untuk mencegah meluasnya

penyakit/terjadinya wabah pada penyakit menular dan menghentikan proses penyakit lebih lanjut dan mencegah komplikasi. Sedangkan pencegahan tingkat ketiga (*tertiary prevention*) bertujuan untuk mencegah cacat, kematian karena penyakit tertentu serta rehabilitasi, mencegah proses penyakit lebih lanjut dan rehabilitasi. [10)]

Sampai saat ini belum ada vaksin untuk pencegahan DBD dan belum ada obat-obatan khusus untuk pengobatannya. Dengan demikian pengendalian DBD tergantung pada pengendalian nyamuk *Ae. aegypti*. Untuk itu perlu diterapkan pendekatan yang terpadu terhadap pengendalian nyamuk dengan menggunakan metode yang tepat baik secara biologi, kimia maupun pengelolaan lingkungan yang aman, murah dan ramah lingkungan. Untuk pencegahan dan pemberantasan secara berkesinambungan harus melibatkan kerjasama antara lembaga pemerintah yang terkait dan peran serta masyarakat.[2)]

Dari laporan hasil kegiatan Seksi Pemberantasan Penyakit Bersumber Binatang (P2B2) yang disampaikan dalam Rapat Kerja Kesehatan Kota Semarang tahun 2004 diketahui bahwa kegiatan program P2 DBD adalah Penyelidikan Epidemiologi (PE), fogging penanggulangan fokus, pemantauan jentik berkala (PJB), Abatisasi Selektif (AS), pelatihan kader, penggerakan pemberantasan sarang nyamuk (PSN), pembelian insektisida dan pembelian mesin fogging. Tujuan dari seksi Pemberantasan Penyakit Bersumber Binatang (P2B2) adalah : (1) menurunkan angka kesakitan dan angka kematian DBD; (2). Mencegah dan menanggulangi kasus dan KLB/Wabah DBD ; (3).Meningkatkan peran serta masyarakat dalam PSN. [11)] Dari kegiatan-kegiatan Program DBD tersebut di atas terlihat bahwa

penekanan kegiatan tersebut adalah pada kegiatan pencegahan agar tidak terjadi kesakitan DBD (*primary prevention*) dan mencegah adanya perluasan penyakit dan wabah.

Kegiatan yang dibiayai oleh Pemerintah Kota Semarang diantaranya fogging fokus sebanyak 56 fokus dari 364 fokus yang direncanakan, pelatihan kader untuk 40 kader, penggerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) untuk 40 kelurahan dari 177 kelurahan yang ada, evaluasi PSN untuk 7 Puskesmas dari 37 Puskesmas yang ada dan pembelian sarana fogging berupa insektisida sebanyak 227 liter dan mesin fogging sebanyak 10 unit. Sedangkan kegiatan penyelidikan epidemiologi, pemantauan jentik berkala (PJB) dan abatisasi selektif yang tidak dibiayai dari program P2 DBD pelaksanaan dan pembiayaannya diintegrasikan dengan kegiatan luar gedung yang dilaksanakan oleh Puskesmas. [11]

Peran serta masyarakat dalam program P2-DBD juga turut menunjang. Bentuk peran serta tersebut diantaranya fogging swadaya yaitu masyarakat membiayai sendiri kegiatan fogging dengan menunjuk perusahaan *pest control* yang berijin sebagai pelaksananya. Peran serta masyarakat yang lain sebagai upaya pencegahan DBD adalah PSN baik di lingkungan permukiman maupun di Sekolah. Pemantauan jentik di masyarakat dilakukan oleh petugas pemantau jentik (PPJ), yaitu kader kesehatan yang diberi tugas untuk memantau wilayah tertentu disekitarnya. Sedang pemantauan di sekolah dilakukan oleh anak sekolah, pemantauan tersebut disamping di lingkungan sekolah juga di rumah murid yang kemudian dimasukan pada buku catatan dengan membuat formulir sesuai yang diberikan Dinas Kesehatan. Dan sekolah secara berjenjang melaporkan ke

Kantor Cabang Pendidikan di Kecamatan dan petugas Puskesmas mengambil laporan tersebut setiap bulan yang selanjutnya dikompilasi di Dinas Kesehatan Kota Semarang. Bentuk lain dari peran serta masyarakat berupa kerjasama antara Dinas Kesehatan dengan LSM Rotary Club dalam pencegahan DBD yang melibatkan PKK yang dalam hal ini adalah Dasa Wisma. Untuk pemantauan jentik di tempat kerja dan di tempat-tempat umum (*public services*) dilakukan oleh Puskesmas.[8)]

Dalam rangka pelaksanaan pembangunan di kota Semarang, Dinas Kesehatan Kota menetapkan visi pembangunan kesehatan sebagai berikut : " Terwujudnya Kota Pantai Metropolitan yang Sehat Didukung oleh Profesionalisme dan Kinerja yang Tinggi. Dan menetapkan misi : (1). Memberi perlindungan kesehatan dan memberi pelayanan kesehatan paripurna yang terbaik kepada seluruh lapisan masyarakat, agar tercapai derajat kesehatan yang optimal, dan (2). Melibatkan peran serta masyarakat melalui upaya di bidang kesehatan dengan cara efektif dan efisien.[12)]

Kinerja merupakan terjemahan dari *performance* yang sering diartikan oleh cendekiawan sebagai penampilan, unjuk kerja atau prestasi. [13)] Kinerja organisasi merupakan efektivitas organisasi secara menyeluruh untuk memenuhi kebutuhan yang ditetapkan dari setiap kelompok melalui usaha-usaha yang sistematik dan meningkatkan kemampuan organisasi secara terus menerus untuk mencapai kebutuhannya secara efektif. [14)] Ada banyak faktor yang mempengaruhi kinerja organisasi, menurut Soesilo (2000) kinerja organisasi birokrasi dipengaruhi oleh struktur organisasi, kebijakan pengelolaan, sumber daya manusia, sistem informasi manajemen dan

sarana prasarana. Sedang menurut Atmosoeprapto (2001) kinerja suatu organisasi dipengaruhi faktor internal maupun faktor eksternal, faktor internal terdiri dari tujuan organisasi, struktur organisasi, sumber daya manusia dan budaya organisasi. Sedang faktor eksternal terdiri dari faktor politik, faktor ekonomi dan faktor sosial.[15)]

Sistem pengukuran kinerja sektor publik adalah suatu sistem yang bertujuan untuk membantu manajer publik menilai pencapaian suatu strategi melalui alat ukur finansial dan non finansial. Pengukuran kinerja sektor publik menurut Mardiasmo (2001) mempunyai tiga tujuan: (1) membantu memperbaiki kinerja pemerintahan agar kegiatan pemerintah terfokus pada tujuan dan sasaran program, (2) pengalokasian sumber daya dan pembuatan keputusan, (3) mewujudkan pertanggungjawaban publik dan memperbaiki komunikasi kelembagaan.[14)] Pengukuran kinerja tidak dimaksudkan untuk berperan sebagai mekanisme untuk memberikan penghargaan/hukuman (*reward/punishment*), akan tetapi pengukuran kinerja berperan sebagai alat komunikasi dan alat manajemen untuk memperbaiki kinerja organisasi.[15)]

Metode yang digunakan untuk pengukuran kinerja organisasi pemerintah adalah Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP). Akuntabilitas secara tidak langsung menyatakan bahwa pegawai pemerintah harus bertanggung jawab terhadap publik. Akuntabilitas menurut *The Oxford Edvance Leaner's Dictionary* yang dikutip Lembaga Administrasi Negara (LAN) diartikan sebagai sesuatu yang diperlukan atau diharapkan untuk memberikan penjelasan atas apa yang telah dilakukan.[14)] Laporan tersebut sebagai tindak lanjut Undang-undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan

negara yang bersih dan bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme, maka melalui Inpres Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah telah mewajibkan setiap instansi pemerintah sebagai unsur penyelenggaraan pemerintahan negara untuk mempertanggungjawabkan pelaksanaan tugas pokok dan fungsi serta kewenangan pengelolaan sumber daya dan kebijaksanaan yang dipercayakan kepadanya berdasarkan perencanaan stratejik yang telah dirumuskan. Tujuan penyusunan LAKIP adalah untuk meningkatkan *good governance* pemerintah dan sebagai bentuk perwujudan akuntabilitas publik kepada para *stakeholders*, dalam hal ini adalah masyarakat dan wakil masyarakat di Dewan Perwakilan Rakyat (DPR). [16)]

Sebagai bentuk pertanggung-jawaban atas kinerja Dinas Kesehatan Kota Semarang baik keberhasilan atau kegagalan dalam mencapai tujuan organisasi, juga telah melaksanakan penyusunan LAKIP yang dikoordinir oleh Seksi Perencanaan pada Sub Dinas Perencanaan, Perijinan dan Informasi (PPI) melalui program Perencaaan Kesehatan dan Penyusunan LAKIP yang dilaksanakan secara lintas program secara periodik satu kali dalam setahun.

Dalam LAKIP tersebut digunakan indikator kinerja masukan (*inputs*), keluaran (*outputs*), hasil (*outcomes*), manfaat (*benefits*), dan dampak (*impacts*). Indikator masukan (*inputs*) adalah segala sesuatu yang dibutuhkan agar pelaksanaan kegiatan dapat berjalan untuk menghasilkan keluaran. Indikator keluaran (*outputs*) adalah sesuatu yang diharapkan langsung dicapai dari suatu kegiatan yang dapat berupa fisik atau nonfisik. Indikator hasil (*outcomes*) adalah sesuatu yang mencerminkan berfungsinya keluaran kegiatan pada jangka

menengah (efek langsung). Indikator manfaat (*benefits*) adalah sesuatu yang terkait dengan tujuan akhir dari pelaksanaan kegiatan. Dan indikator dampak (*impacts*) adalah pengaruh yang ditimbulkan baik positif maupun negatif pada setiap tingkatan indikator berdasarkan asumsi yang telah ditetapkan.[17] Dari indikator di atas orientasi tampak bahwa indikator ditekankan pada hasil, belum ada indikator yang mengukur mengenai cara atau proses pencapaian hasil tersebut.

Hasil pengukuran yang telah dilakukan dengan menggunakan LAKIP, untuk kegiatan Program Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue indikator yang digunakan hanya satu indikator yaitu Angka Kematian karena Demam Berdarah Dengue. LAKIP tersebut bersifat menyeluruh atas semua program yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan, akan tetapi indikator yang digunakan untuk masing-masing program hanya terbatas pada indikator utama. Berkaitan dengan Program P2 DBD, dalam melakukan perencanaan program masih diperlukan data hasil kegiatan yang lain yang lebih operasional seperti Angka Bebas Jentik (ABJ), *Incidence Rate* dan lain sebagainya yang tidak dapat diperoleh dari LAKIP.[18]

Berdasarkan Penjelasan Undang-undang nomor 32 Tahun 2004 pasal 7 ayat 3 bahwa ketentuan tentang laporan penyelenggaraan pemerintahan daerah tidak menutup adanya laporan lain baik atas kehendak Kepala Daerah atau atas permintaan Pemerintah. [19] Dan pada pelaksanaannya, Dinas Kesehatan Kota Semarang disamping menyusun LAKIP juga menyusun laporan lainnya seperti Laporan Kegiatan setiap Sub Dinas yang digunakan

sebagai dasar perencanaan kegiatan pada tahun berikutnya. Hal tersebut disebabkan laporan yang dimuat dalam LAKIP belum memberikan informasi yang luas.

Kaplan dan Norton (1992) telah melakukan penelitian pada multi perusahaan dan memperkenalkan suatu metodologi penilaian kerja yang berorientasi pada pandangan strategis ke masa depan yang disebut *Balanced Scorecard*. Terdapat empat perspektif *Balanced Scorecard* yang dikaitkan dengan visi, misi dan strategi organisasi yaitu ; (1). perspektif finansial, (2). Perspektif pelanggan (*costumer*), (3). perspektif proses bisnis internal (*internal buisness process*) dan (4) perspektif pembelajaran dan pertumbuhan karyawan, manajemen dan organisasi (*learning and growth*). [20] Perspektif keuangan mengukur hasil tertinggi yang dapat diberikan kepada pemegang sahamnya. Perspektif pelanggan adalah fokus terhadap kebutuhan kepuasan pelanggan, termasuk pangsa pasarnya. Perspektif proses bisnis internal memfokuskan perhatiannya pada kinerja kunci proses internal yang mendorong bisnis perusahaan, sedang perspektif pembelajaran dan pertumbuhan memperhatikan langsung bisnis seluruh infrastruktur dan orang-orang dalam organisasi. [21]

Diberlakukannya Undang-undang No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah dan Undang-undang nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pusat dan Daerah, maka paradigma manajemen Pemerintah Daerah mengalami pergeseran yang sangat drastis, dari yang sebelumnya sentralistik menuju sistem yang desentralistik. [17] Paradigma baru dari manajemen pemerintahan yang berfokus masyarakat diantaranya; (1). pemerintah harus bekerja

sama dengan elemen-elemen utama dalam masyarakat untuk menentukan visi, misi dan tujuan bersama untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat yang kemudian dilaksanakan oleh masyarakat dengan pengarahan dan bimbingan pemerintah, (2). pemerintah harus memberdayakan masyarakat untuk mengambil alih tanggung jawab, (3). pemerintah harus menumbuh kembangkan kreativitas aparat bawahannya dengan tetap melakukan pengarahan dan bimbingan untuk menuju tujuan bersama meningkatkan kesejahteraan masyarakat,dan (4). pemerintah harus menetapkan indikator-indikator pengukuran kinerja dan target kinerja yang berfokus pada kepuasan masyarakat, yang secara transparan dapat dievaluasi oleh semua pihak yang berkepentingan (*stakeholders*). Dengan memperhatikan paradigma baru dalam manajemen pemerintahan berfokus masyarakat diatas, sistem manajemen kinerja *Balanced Scorecard* dapat diterapkan dalam organisasi pemerintahan di Indonesia. [20)]

Perspektif finansial merupakan alat pengukuran tradisional yang digunakan oleh sektor swasta (organisasi bisnis) dan menjadi fokus bagi tujuan dan ukuran semua perspektif dalam *balanced scorecard*, akan tetapi menurut Kaplan dan Norton, tujuan finansial merupakan ukuran yang tidak memadai untuk organisasi pemerintah.[20)] Berdasarkan konsep akuntabilitas dan *good governance* bahwa pihak-pihak yang berkepetingan dalam pelayanan publik (*stakeholders*) ada tiga pihak yang meliputi; pertama, terdiri dari konsumen pelayanan, kedua, terdiri dari pemimpin dan pengawas, dan ketiga, adalah penyaji pelayanan itu sendiri.[22)] Dengan konsep *Balanced Scorecard* pada perspektif pelanggan yang hanya

mengutamakan pelanggan yang dalam hal ini konsumen publik, maka pengukuran kinerja untuk organisasi pemerintah membutuhkan definisi yang jelas dari ukuran dan target, serta pandangan dan kepedulian yang tinggi sebagai konsekuensi dari peran organisasi pemerintah.[20)]

Perspektif proses internal pada organisasi pemerintah diantaranya mekanisme kerja serta program peningkatan kinerja untuk mencapai tujuan dalam memberikan pelayanan secara terus menerus (*continous quality improvement*) kepada masyarakat. Perspektif pembelajaran dan pertumbuhan dilakukan aparat agar mampu merespon perubahan yang sangat cepat. Sehingga pemberdayaan karyawan (*employee empowerment*) melalui proses pembelajaran (*learning*) yang dilakukan secara terus menerus untuk mencapai pertumbuhan yang diinginkan.[17)]

Dengan memperhatikan adanya kekurangan pada LAKIP serta kelemahan dan keuntungan pengukuran kinerja dengan menggunakan *Balanced Scorecard* bila diterapkan pada organisasi pemerintah, maka perlu dilakukan kajian menenai pengukuran kinerja organisasi pemerintah dengan menggunakan *Balanced Scorecard* dengan perspektif yang dapat diterapkan pada organisasi pemerintah yang tidak berorientasi pada keuntungan, yaitu perspektif proses internal dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan. Dengan harapan dapat melengkapi laporan yang telah disusun sebagai dasar untuk perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi khususnya program pencegahan Demam Berdarah Dengue yang sering menimbulkan keresahan pada masyarakat.

B. Perumusan Masalah.

Kota Semarang merupakan wilayah perkotaan yang sangat berpotensi untuk terjadinya KLB / wabah siklis DBD dan pada tahun 2003 kasus DBD di Kota Semarang mencapai jumlah yang paling tinggi diantara 35 kabupaten/kota di Propinsi Jawa Tengah dengan jumlah kasus 1.128 penderita dan Incidence Rate sebesar 8,25/10.000 penduduk.[7)]

Berbagai kegiatan telah dilaksanakan dalam rangka penanggulangan DBD yaitu pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dengan peran serta masyarakat dan anak sekolah, penyelidikan epidemiologi, pemantauan jentik berkala (PJB), abatisasi selektif (AS), fogging serta pelatihan dan refreshing kader maupun petugas Puskesmas. Upaya tersebut ditujukan antara lain untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian karena DBD serta mencegah dan menanggulangi kejadian luar biasa (KLB) DBD.[11)]

Sebagai bentuk pertanggungjawaban tugas pokok dan fungsi organisasi pemerintah termasuk kegiatan tersebut di atas, Dinas Kesehatan Kota semarang telah menyusun LAKIP setiap tahun, sebagai tindak lanjut Undang-undang nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (KKN), serta Inpres nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah telah mewajibkan instansi pemerintah sebagai unsur penyelenggara negara untuk menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP). Indikator kinerja dalam LAKIP adalah masukan (*inputs*), keluaran (*outputs*), hasil (*outcomes*), manfaat (*benefits*) dan dampak (*impacts*).[16)]

Balanced Scorecard merupakan sistem manajemen strategis dan juga sebagai suatu sistem pengukuran kinerja organisasi yang berorientasi pada visi, misi, dan strategi ke masa depan yang mengukur kinerja dengan melihat empat perspektif yang seimbang antara perspektif finansial, perspektif pelanggan, perspektif proses internal dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan. Dari empat perspektif tersebut, perspektif proses internal serta pembelajaran dan pertumbuhan dapat diterapkan pada organisasi pemerintah yang tidak berorientasi pada keuntungan, sebagai upaya untuk melengkapi laporan hasil kegiatan yang telah disusun yang mana masih belum tampak mengukur kedua perspektif tersebut.

Dengan memperhatikan uraian di atas, maka rumusan masalah yang ingin diketahui oleh peneliti adalah : Bagaimana pelaksanaan prosedur pelayanan dan program peningkatan pelayanan secara berkelanjutan dalam perspektif proses internal, bagaimana pelatihan, pembimbingan dan pemberdayaan karyawan dalam perspektif pembelajaran, serta *inputs* dan *outputs* dalam pencegahan penyakit Demam Berdarah Dengue pada organisasi Dinas Kesehatan Kota Semarang.

C. Tujuan Penelitian

1). Tujuan Umum.

Mengetahui kinerja Dinas Kesehatan Kota Semarang dalam pencegahan penyakit DBD dari perspektif proses internal dan perspektif pembelajaran.

2). Tujuan Khusus

(a). Mengetahui pelaksanaan prosedur kerja pada Dinas kesehatan Kota Semarang dalam pencegahan penyakit DBD pada perspektif proses internal.

(b). Mengetahui upaya penanganan keluhan masyarakat terhadap prosedur pelayanan yang diberikan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang dalam pencegahan penyakit DBD.

(c). Mengetahui program peningkatan kualitas pelayanan secara berkelanjutan pada Dinas kesehatan Kota Semarang dalam pencegahan penyakit DBD pada perspektif proses internal.

(d). Mengetahui pelatihan dan pembimbingan karyawan yang dilakukan Dinas Kesehatan Semarang dalam pencegahan penyakit DBD pada perspektif pembelajaran.

(e). Mengetahui pemberdayaan karyawan pada Dinas Kesehatan Kota Semarang dalam pencegahan penyakit DBD pada perspektif pembelajaran.

(f). Mengetahui *inputs* dan *outputs* dalam pencegahan penyakit DBD Dinas Kesehatan Kota Semarang.

D. Manfaat Penelitian.

1). Bagi Dinas Kesehatan Kota Semarang

a. Memberikan masukan kepada Dinas Kesehatan Kota Semarang mengenai kinerja organisasi khususnya dalam pencegahan DBD dengan menggunakan perspektif proses internal dan pembelajaran, sehingga dapat digunakan untuk memperbaiki dan meningkatkan kinerja organisasi dimasa mendatang.

b. Melengkapi LAKIP dan Laporan Hasil Kegiatan lainya yang telah disusun sebagai dasar untuk penyusunan perencanaan strategis di masa mendatang.

c. Memberikan masukan kepada Dinas Kesehatan Kota Semarang untuk pengambilan keputusan serta sebagai alat manajemen untuk memperbaiki kinerja organisasi khususnya dalam pencegahan DBD.

2). Bagi Peneliti

Sebagai wahana untuk menerapkan ilmu yang telah diperoleh serta pengalaman langsung dalam mengukur kinerja organisasi publik di bidang kesehatan.

3) Bagi Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat.

Sebagai sarana evaluasi dan materi ilmu yang telah diberikan kepada mahasiswa serta pengembangan ilmu pengetahuan khususnya manajemen kesehatan.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian lain yang telah dilakukan berkaitan dengan pengukuran kinerja organisasi publik adalah :

1). Penelitian yang dilakukan oleh Marzoeki Soeradidjaja, 2003 dengan judul Kinerja Organisasi Publik (Kasus di Dinas Pertanian, Perkebunan dan Perhutanan Kabupaten Tegal). Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang positif dan signifikan antara struktur organisasi dengan kinerja organisasi, sumber daya manusia dengan kinerja organisasi dan finansial dengan kinerja organisasi.

Secara bersama-sama yaitu struktur organisasi, sumber daya manusia dan finansial berhubungan dengan kinerja organisasi. Perbedaan dengan penelitian ini adalah pada metode pengukurannya, karena pada penelitian ini metode pengukuran kinerja yang digunakan adalah dengan melihat perspektif proses internal dan perspektif pembelajaran, sedang penelitian di atas dengan mengukur kinerja dari aspek struktur organisasi, sumber daya manusia dan finansial.

2). Penelitian lain adalah yang dilakukan oleh Hery Yuliyanto pada tahun 2002, dengan judul : Analisis Efektifitas Organisasi (Studi Kasus di Kecamatan Kalinyamatan Kabupaten Jepara). Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan positif dan signifikan antara iklim organisasi dengan efektivitas organisasi, antara prestasi kerja dengan efektifitas organisasi dan antara gaya kepemimpinan dengan efektifitas organisasi. Secara bersama-sama yaitu iklim organisasi, prestasi kerja dan gaya kepemimpinan ada hubungan yang positif dan signifikan dengan efektifitas organisasi. Penelitian ini berbeda dengan penelitian di atas, karena pada penelitian ini metode pengukuran kinerja yang digunakan adalah dengan melihat perspektif proses internal dan perspektif pembelajaran.

3). Penelitian yang dilakukan oleh Abdurrauf. K pada tahun 2000, dengan judul: Evaluasi kinerja Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Umum Banjar berdasarkan *Balanced Scorecard*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa indikator sumber daya manusia di Instalasi Gawat Darurat belum baik yaitu mereka tidak puas dan tidak komitmen terhadap IGD. Akibat dari indikator sumber daya manusia yang belum

baik tersebut mempengaruhi proses pelayanan pasien di IGD. Indikator proses pelayanan yang belum baik tersebut mempengaruhi kepuasan pasien IGD. Ketidakpuasan pasien IGD terutama terhadap waktu tunggu rawat dan waktu tunggu rujukan. Pasien yang tidak puas terhadap pelayanan yang diterima di IGD memberi dampak kurang baik terhadap pemasukan keuangan IGD ke rumah sakit, sehingga rumah sakit tidak mampu memberi subsidi sebesar subsidi yang diharapkan para *provider* IGD.

Persamaan penelitian ini adalah menggunakan *Balanced Scorecard* dalam pengukuran kinerjanya, akan tetapi ada perbedaan pada metode pengukurannya. Penelitian yang dilakukan oleh Abdurrauf. K untuk pengukuran kinerja menggunakan cheklist dan quesioner yang dianalisis dengan menggunakan metode kuantitatif, sedang dalam penelitian ini analisis yang digunakan adalah metode kualitatif.

F. Ruang Lingkup Penelitian

1). Ruang Lingkup Keilmuan

Penelitian dilakukan merupakan penerapan teori evaluasi program kesehatan masyarakat pada organisasi publik yaitu Dinas Kesehatan Kota Semarang dalam lingkup Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya pada konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.

2). Ruang Lingkup Materi

Materi yang dibahas dalam penelitian ini adalah mengenai kinerja organisasi Dinas Kesehatan Kota Semarang dalam pencegahan penyakit Demam Berdarah Dengue.

3). Ruang Lingkup Lokasi

Lokasi pada penelitian ini adalah Dinas Kesehatan Kota Semarang.

4). Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilakukan pada tahun 2005, dengan mengevaluasi kinerja tahun 2004.

5). Ruang Lingkup Metode

Metode yang digunakan dengan mengevaluasi proses internal serta program pembelajaran sebagai upaya pencapaian tujuan kegiatan program pencegahan penyakit DBD.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Penyakit Demam Berdarah Dengue

Dalam lampiran keputusan Menteri Kesehatan R.I Nomor : 581/MENKES/SK/VII/1992 tanggal 27 Juli 1992 pada Bab IV disebutkan bahwa Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) atau *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti,* yang ditandai dengan demam mendadak 2 sampai 7 hari tanpa penyebab yang jelas, lemah/lesu, gelisah, nyeri ulu hati, disertai tanda perdarahan di kulit berupa bintik perdarahan (*ptechiae*), lebam (*echymosis*) atau ruam (*purpura*). Kadang-kadang mimisan, berak darah, muntah darah, kesadaran menurun atau renjatan (*shock*).[9)]

Menurut WHO kasus DBD digolongkan dalam empat besar manifestasi klinik yaitu panas tinggi terus menerus berlangsung 2-7 hari, fenomena perdarahan (uji *torniquet* positif, purpura, perdarahan gusi, melena, dan sering *hepatomegaly* (pembesaran hati) dan kegagalan sirkulasi darah. Pemeriksaan laboratorium : *Trombositopenia* (100.000/ml atau kurang) dan hemokonsentrasi; hematokrit meningkat sampai 20% atau lebih. Dua kriteria klinis yang pertama ditambah *trombositopenia* dan *hemokonsentrasi* atau naiknya *hematokrit* cukup untuk menegakkan diagnosis DBD.[2)]

Virus dengue yang menyebabkan penyakit DBD ada empat serotipe yaitu DEN-1, DEN-2,DEN-3 dan DEN-4 yang secara antigen tidak berhubungan antara satu dengan lainnya. DBD/DHF terutama menyerang anak-anak dibawah 15 tahun meskipun dapat menyerang

anak-anak yang lebih tua atau orang dewasa. Gejala secara klinis antara anak-anak dan orang dewasa berbeda-beda tergantung dari tipe virus yang menginfeksi, status imunisasi, umur, dan latar belakang genetik dari pasien.[3)]

B. Permasalahan Demam Berdarah Dengue di Kota semarang

Jumlah penderita DBD pada tahun 2003 di Kota Semarang sebanyak 1.128 penderita. Jumlah tersebut mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun 2002 sebanyak 607 penderita. Incidence Rate (IR) tahun 2003 sebesar 8,5 per 10.000 penduduk, IR tertinggi terjadi di wilayah kerja Puskesmas Pudak Payung sebesar 17,1 per 10.000 penduduk dan IR terendah terjadi di wilayah Puskesmas Karang Malang sebesar 1,2 per 10.000 penduduk. IR penyakit DBD Kota Semarang pada tahun 2003 masih melebihi target yang ditetapkan yaitu 7,5 per 10.000 penduduk. IR penyakit DBD Kota Semarang selama lima tahun terakhir menunjukkan kecenderungan yang naik turun, pada tahun 1999 IR DBD sebesar 7,4 per 10.000 penduduk, tahun 2000 sebesar 11,01 per 10.000 penduduk, tahun 2001 IR DBD sebesar 7,5 per 10.000 penduduk, tahun 2002 IR DBD sebesar 3,36 per 10.000 penduduk dan tahun 2003 IR DBD sebesar 8,5 per 10.000 penduduk.

Angka kematian yang disebabkan oleh penyakit DBD (*Case Fatality Rate*/CFR) pada lima tahun terakhir cenderung menunjukkan peningkatan. Pada tahun 1999 CFR penyakit DBD sebesar 0,2%, pada tahun 2000 sebesar 0,56%, tahun 2001 sebesar 1,01%, tahun 2002 sebesar 0,45% dan tahun 2003 sebesar 0,85%. Di Kota Semarang pada tahun 2003, CFR tertinggi terjadi di wilayah

Puskesmas Gunungpati sebesar 8,33%, sedangkan CFR terendah terjadi di wilayah Puskesmas Tlogosari Wetan sebesar 1,33%. Angka kematian karena DBD di Kota Semarang pada tahun 2003 belum melampaui batas yang sudah ditetapkan yaitu sebesar 2%.

Dilihat dari waktu kejadian, rata-rata setiap bulannya pada tahun 2002 mengalami peningkatan apabila dibandingkan dengan tahun 2003, kecuali pada bulan Januari, Pebruari dan Nopember 2003 jumlah penderita yang ditemukan lebih sedikit dibandingkan dengan tahun 2002. Angka penderita terendah pada tahun 2002 pada bulan Oktober dan angka tertinggi pada bulan Januari, sedangkan pada tahun 2003 angka terendah pada bulan Nopember dan angka tertinggi pada bulan Mei 2003.[8, 11)]

C. Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue

Pemberantasan penyakit Demam Berdarah Dengue adalah semua upaya untuk mencegah dan menangani kejadian DBD termasuk tindakan untuk membatasi penyebaran penyakit DBD. Upaya pemberantasan penyakit DBD dilaksanakan dengan cara tepat guna oleh pemerintah dengan peran serta masyarakat yang meliputi : (1) pencegahan, (2) penemuan penderita, pertolongan dan pelaporan, (3) penyelidikan epidemiologi dan pengamatan penyakit DBD, (4) penanggulangan seperlunya, (5) penanggulangan lain dan (6) penyuluhan.

1. Pencegahan

Pencegahan dilaksanakan oleh masyarakat di rumah dan Tempat Umum dengan melakukan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) yang meliputi :

a. menguras tempat penampungan air sekurang-kurangnya seminggu sekali atau menutupnya rapat-rapat,
b. mengubur barang bekas yang dapat menampung air,
c. menaburkan racun pembasmi jentik (abatisasi),
d. memelihara ikan dan
e. cara lain untuk membasmi jentik.

2. Penemuan, Pertolongan dan Pelaporan

Penemuan, pertolongan dan pelaporan penderita penyakit DBD dilaksanakan oleh petugas kesehatan dan masyarakat dengan cara-cara sebagai berikut :

a. keluarga yang anggotanya menunjukkan gejala penyakit DBD memberikan pertolongan pertama seperti memberi minum yang banyak, memberikan penurun panas atau kompres dingin,
b. petugas kesehatan melakukan pemeriksaan, penentuan diagnosa dan pengobatan / perawatan sesuai dengan keadaan penderita dan wajib melaporkan kepada Puskesmas
c. Kepala keluarga/warga diwajibkan lapor ke Kepala Desa dan Kepala Desa melanjutkan laporan tersebut kepada Puskesmas
d. Puskesmas yang menerima laporan wajib melakukan penyelidikan epidemiologi dan pengamatan penyakit.

3. Pengamatan Penyakit dan Penyelidikan Epidemiologi

a. Pengamatan penyakit dilaksanakan oleh Puskesmas yang menemukan atau menerima laporan penderita tersangka untuk:

1). Memantau situsi penyakit DBD secara teratur sehingga Kejadian Luar Biasa (KLB) dapat diketahui sedini mungkin.

2). Menentukan adanya desa rawan penyakit DBD.

b. Penyelidikan epidemiologi dilaksanakan oleh petugas kesehatan dibantu oleh masyarakat, untuk mengetahui luasnya penyebaran dan langkah-langkah untuk membatasi penyebaran penyakit, sebagai berikut :

1). Petugas Puskesmas melakukan penyelidikan epidemiologi

2). Keluarga penderita dan keluarga disekitarnya membantu kelancaran penyelidikan epidemiologi

3). Kader / Ketua RT / RW membantu petugas dengan menunjukkan rumah penderita/tersangka dan mendampingi dalam pelaksanaan penyelidikan epidemiologi.

c. Kepala Puskesmas melaporkan hasil penyelidikan epidemiologi atau adanya KLB kepada Camat dan Dinas Kesehatan Daerah disertai rencana penanggulangan seperlunya.

4. Penanggulangan Seperlunya

a. Penanggulangan seperlunya dilakukan oleh petugas kesehatan dibantu oleh masyarakat untuk membatasi penyebaran penyakit.

b. Jenis kegiatan yang dilakukan disesuaikan dengan hasil penyelidikan epidemiologi sebagai berikut :

1). Bila ditemukan penderita/tersangka Demam Berdarah Dengue lainnya atau ditemukan 3 atau lebih penderita panas tanpa sebab yang jelas dan ditemukan jentik, dilakukan penyemprotan insektisida (2 siklus dengan interval 1 minggu) disertai penyuluhan di rumah penderita / tersangka dan sekitarnya dalam radius 200 meter dan sekolah yang bersangkutan bila penderita/tersangka adalah anak sekolah.

2). Bila terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) atau wabah, dilakukan penyemprotan insektisida (2 siklus dengan interval 1 minggu) dan penyuluhan di seluruh wilayah yang terjangkit.

3) Bila tidak ditemukan keadaan seperti di atas, dilakukan penyuluhan di RW/Dusun yang bersangkutan.

5. Penanggulangan Lain

a. Penyemprotan masal, yang dilaksanakan oleh petugas kesehatan atau tenaga terlatih dengan penyemprotan insektisida 2 siklus dengan interval seminggu, sebelum musim penularan di sebagian atau seluruh wilayah desa.

b. Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) di rumah dan Tempat Umum, dilaksanakan oleh kader atau tenaga pemeriksa jentik secara swadaya, di tempat umum oleh petugas kesehatan.

6. Penyuluhan

   a. Penyuluhan dilakukan agar masyarakat berpartisipasi aktif dalam pencegahan dan pemberantasan penyakit Demam Berdarah Dengue.

   b. Penyuluhan dilaksanakan oleh petugas / pejabat kesehatan dan sektor lain serta warga masyarakat yang mempunyai pengetahuan tentang penyakit DBD pada berbagai kesempatan, melalui berbagai jalur informasi dan komunikasi kepada masyarakat secara intensif sebelum musim penularan penyakit DBD terutama di daerah rawan.[9]

D. Tindakan Pencegahan Demam Berdarah Dengue

Belum ada vaksin untuk pencegahan penyakit DBD, dan belum ada obat-obatan khusus untuk pengobatannya. Dengan demikian pengendalian DBD tergantung pada pengendalian nyamuk *Ae. aegypti*. Untuk itu, perlu diterapkan pendekatan yang terpadu terhadap pengendalian nyamuk dengan menggunakan semua metode yang tepat (lingkungan, biologi dan kimia) aman, murah, dan ramah lingkungan. Program pemberantasan *Ae. aegypti* yang sukses dan berkesinambungan haruslah melibatkan kerjasama antara lembaga pemerintah yang terkait serta masyarakat. Adapun metode yang dapat digunakan dalam upaya pencegahan adalah sebagai berikut :

a. Pengelolaan Lingkungan

   Pengelolaan lingkungan meliputi berbagai perubahan yang menyangkut upaya pencegahan atau mengurangi kontak antara vektor dengan manusia. Metode lingkungan untuk mengendalikan *Ae. aegypti* serta mengurangi kontak manusia-vektor adalah

dengan melakukan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), modifikasi tempat perkembangbiakan buatan manusia dan perbaikan desain rumah.

b. Perlindungan Diri

Pemakaian obat anti nyamuk merupakan suatu cara yang paling umum bagi seseorang untuk melindungi dirinya dari gigitan nyamuk dan serangga lainnya. Produk insektisida rumah tangga, seperti obat nyamuk bakar, semprotan *pyrentrum* dan *aerosol* banyak digunakan sebagai alat perlindungan diri terhadap nyamuk. Kelambu dapat digunakan secara efektif untuk melindungi bayi dan pekerja malam yang sedang tidur siang. Kelambu tersebut dapat juga secara efektif digunakan untuk orang-orang yang biasa tidur siang.

c. Pengendalian Biologis

Penerapan pengendalian biologis yang ditujukan langsung terhadap jentik vektor di Asia Tenggara hanya terbatas pada operasi berskala kecil. Ikan *Larvivorus* (*Gambusia affinis* dan *Poecilia reticulata*) telah banyak digunakan untuk mengendalikan *Ae. aegypti* pada tempat penyimpanan air yang besar. Pengendalian biologis lainnya dengan menggunakan *Bacillus thuringiensis serotype* H-14, Bt. H-14 memiliki tingkat racun terhadap mamalia yang sangat rendah dan dapat diterima sebagai bahan pengendali nyamuk dalam wadah penampungan air di rumah.

d. Pengendalian dengan Bahan Kimia

Pengendalian dengan menggunakan bahan kimia dapat dilakukan terhadap jentik maupun nyamuk dewasa. Pengendalian jentik *Ae*

aegypti dengan bahan kimia biasanya terbatas untuk wadah peralatan rumah tangga yang tidak dapat dimusnahkan atau diatur. Bahan kimia yang digunakan adalah *temephos* (*abate 1%*) dengan dosis 1 ppm, dosis ini telah terbukti efektif selama 8-12 minggu khususnya dalam gentong tanah liat dengan pola pemakaian air normal. Sedangkan untuk mengendalikan nyamuk dewasa dilakukan dengan penyemprotan insektisida. Pada umumnya, terdapat dua jenis penyemprotan yang telah digunakan untuk pengendalian *Ae. aegypti* yaitu pengasapan (pengasapan termal/panas) dan *cold fogs* (pengasapan dingin). Keduanya dapat digunakan dengan mesin tangan atau mesin yang dipasang pada kendaraan. Insektisida yang digunakan adalah insektisida *organofosfat* meliputi *fenthion*, *malathion*, dan *fenithrothion*.[4]

E. Peran Serta Masyarakat dalam Pengendalian Vektor DBD

Peningkatan partisipasi masyarakat adalah suatu proses dimana individu, keluarga dan masyarakat dilibatkan dalam perencanaan dan pelaksanaan pemberantasan vektor di wilayahnya. Kegiatan ini dimaksudkan untuk meyakinkan masyarakat bahwa program ini perlu dilaksanakan oleh masyarakat untuk mengatasi masalah yang ada di lingkungannya. Melalui kegiatan ini dapat meningkatkan rasa percaya diri masyarakat untuk ikut melaksanakan pembangunan. Peningkatan partisipasi masyarakat menumbuhkan berbagai peluang yang memungkinkan seluruh anggota masyarakat untuk secara aktif berkontribusi dalam pembangunan sehingga dapat menghasilkan manfaat yang merata bagi seluruh warganya.[4]

Sebagai pengalaman tentang keberhasilan atas peran serta masyarakat dalam pengendalian vektor DBD dilaksanakan di Kota Purwokerto, yang pelaksanaannya melalui piket mingguan oleh anggota Pendidikan dan Kesejahteraan Keluarga (PKK). Kegiatan tersebut diprakarsai oleh Rotary Club dan didukung adanya kerjasama dengan seluruh jajaran PKK dari tingkat Kota sampai pada unit terkecil yaitu Dasawisma. Dasawisma terdiri 10 sampai 25 keluarga yang masing-masing mendapatkan giliran untuk memantau jentik di wilayah satu Dasawisma. Hasil pemantauan dilaporkan pada PKK tingkat Rukun Tetangga (RT) dan selanjutnya dilaporkan secara berjenjang sampai pada PKK tingkat Kota. Kader kesehatan berfungsi sebagai supervisor dalam pematauan tersebut.

Masyarakat dilibatkan dari proses perencanaan kegiatan sampai evaluasinya. Hasil dari kegiatan piket bersama tersebut tampak pada penurunan kasus DBD dari tahun 1996 sampai dengan 1998 masing-masing 114 kasus, 103 kasus dan 87 kasus, pada tahun 1999 turun menjadi 4 kasus dan meskipun pada tahun 2000 ada peningkatan menjadi 18 kasus, akan tetapi masih jauh di bawah jumlah kasus pada tahun 1996 sampai 1998.

Faktor pendorong keberhasilan sistem piket mingguan tersebut adanya dukungan dari semua infrastruktur yang ada di Purwokerto terutama istri Walikota beserta istri camat yang ada di Purwokerto. Dari pihak Rotary Club mendukung dengan pengadaan leaflet dan formulir pemantauan jentik. Hambatan yang ditemui dari kegiatan tersebut, ibu PKK Dasawisma biasanya tidak mau memeriksa jentik pada pertokoan dan perkantoran yang ada di wilayahnya. Hal tersebut diantisipasi

dengan melaksanakan pemantauan jentik oleh petugas dari Dinas Kesehatan. [23)]

F. Organisasi

Definisi tentang organisasi yang digunakan Robbins (1990) adalah suatu kesatuan sosial yang dikoordinasikan secara sadar, dengan suatu batasan yang relatif jelas, yang berfungsi secara relatif teratur dalam rangka mencapai suatu atau serangkaian tujuan. Istilah "terkoordinasi secara sadar" menggambarkan adanya manajemen, sedangkan kesatuan sosial menggambarkan kumpulan orang yang berinteraksi satu sama lain. "Batasan yang relatif jelas" menunjukkan bahwa ada kontrak antara organisasi dengan anggotanya sehingga orang dapat membedakan mana yang menjadi anggota dan mana yang bukan anggota. "Berfungsi relatif teratur" menggambarkan bahwa anggotanya bekerja secara teratur misalnya 8 jam per hari atau lima hari per minggu. Dan "tujuan" menggambarkan apa yang dicari oleh organisasi, yang membuat atau mendorong anggota-anggotanya bekerja.

Definisi lain yaitu organisasi adalah suatu kelompok orang yang bekerja sama untuk mencapai tujuan tertentu (Shafritz dan Russel,1997). Dalam pengertian ini organisasi merupakan kumpulan orang-orang yang dikelompokan dalam suatu kerjasama untuk mencapai tujuan bersama. Pengelompokan orang-orang tersebut didasarkan kepada prinsip-prinsip pembagian kerja, peranan dan fungsi, hubungan, prosedur, aturan, standard kerja, tanggung jawab dan otoritas tertentu. Wujud pengelompokan tersebut dapat diamati

dari suatu struktur dan hirarki. Karena itu menyusun suatu struktur sering diidentikkan dengan membuat desain organisasi.[13)]

G. Kinerja Organisasi

1. Pengertian dan Ruang Lingkup Kinerja Organisasi

Istilah "kinerja" merupakan terjemahan dari *performance* yang sering diartikan oelh para cendekiawan sebagai "penampilan", "unjuk kerja", atau "prestasi".[13)] Menurut Murphy dan Cleveland, 1995 kinerja berarti kualitas perilaku yang berorientasi pada tugas dan pekerjaan. Beberapa pendapat lain menyatakan bahwa kinerja sebagai prestasi kerja atau tingkat keberhasilan atau prestasi penyelenggaraan organisasi.(Rue dan Byars, 1981; Wibawa, 1992; Atmosudirdjo, 1997 dalam Chaizi N, 2004). Kinerja organisasi didefinisikan juga sebagai efektifitas organisasi secara menyeluruh untuk memenuhi kebutuhan yang ditetapkan dari setiap kelompok yang berkenaan melalui usaha-usaha yang sistematik dan meningkatkan kemampuan organisasi secara terus menerus untuk mencapai kebutuhannya secara efektif.[14)]

Pencapaian hasil dapat dinilai menurut pelaku, yaitu hasil yang diraih oleh individu (kinerja individu), dan oleh kelompok (kinerja kelompok), oleh institusi (kinerja organisasi), dan oleh suatu program atau kebijakan (kinerja program / kebijakan). Kinerja individu menggambarkan sampai seberapa jauh seseorang telah melaksanakan tugas pokoknya sehingga dapat memberikan hasil yang ditetapkan oleh kelompok atau institusi. Kinerja kelompok menggambarkan sampai seberapa jauh suatu kelompok telah melaksanakan kegiatan-kegiatan pokoknya sehingga mencapai

hasil sebagaimana ditetapkan oleh institusi. Kinerja institusi berkenaan dengan sampai seberapa jauh suatu institusi telah melaksanakan semua kegiatan pokok sehingga mencapai misi atau visi institusi. Sedangkan kinerja program atau kebijakan berkenaan dengan sampai seberapa jauh kegiatan-kegiatan dalam program atau kebijakan telah dilaksanakan sehingga dapat mencapai tujuan program atau kebijakan tersebut.[13)]

Kinerja organisasi dapat dibedakan berdasarkan penyelenggaraanya menjadi organisasi bisnis dan organisasi publik. Konsep kinerja organisasi bisnis didasarkan asumsi sebagai badan yang mampu menentukan nasibnya sehingga apabila produktif akan dapat bersaing dengan organisasi lainnya. Kesehatan organisasi bisnis diukur berdasarkan gambaran keuntungan yang diperoleh. Sedangkan konsep organisai sektor publik menurut Balk dalam Chaizi N, 2004 didasarkan asumsi-asumsi normatif yang menyatakan bahwa organisasi publik tidak otonom, tetapi dikuasai oleh faktor-faktor eksterior. Organisasi publik secara hukum diadakan untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat dan tidak dimaksudkan untuk bersaing dengan organisasi publik lainnya. Kesehatan organisasi publik diukur berdasarkan kontribusinya terhadap tujuan politik dan kemampuannya mencapai hasil yang maksimal dengan sumber daya yang tersedia.[14)] Pengukuran kinerja merupakan suatu alat manajemen untuk meningkatkan kualitas pengambilan keputusan dan akuntabilitas.[22)]

2. Tujuan dan Manfaat Pengukuran Kinerja Sektor Publik

Pengukuran kinerja sektor publik menurut Mardiasmo, 2001 mempunyai tiga tujuan sebagai berikut :

a. Membantu memperbaiki kinerja pemerintahan agar kegiatan pemerintah terfokus pada tujuan dan sasaranprogramunit kerja.
b. Pengalokasian sumber daya dan pembuatan keputusan.
c. Mewujudkan pertanggungjawaban publik dan memperbaiki komunikasi kelembagaan.[14)]

Menurut Mc Mann dan Nanni,1994 dalam Zainal S dan Hessel Nogi, 2004 mengemukakan manfaat pengukuran kinerja sebagai berikut :

a. Menelusuri kinerja organisasi terhadap harapan pelanggan sehingga akan membawa organisasi dekat pada pelanggannya dan membuat seluruh anggota organisasi terlibat dalamupaya memberi kepuasan kepada pelanggan.
b. Memotivasi pegawai untuk melakukan pelayanan kepada para pelanggan secara maksimal.
c. Mengidentifikasi berbagai faktor yang ada secara langsung mempengaruhi hasil kinerja organisasi yang dapat dicapai.
d. Membuat suatu tujuan strategis yang dapat dicapai untuk mempertinggi kepuasan pelanggan yang dapat dicapai.
e. Membangun konsensus bagi intervensi terencana bagi pengembangan organisasi.[15)]

Menurut Lynch dan Cross (1993), manfaat sistem pengukuran kinerja adalah sebagai berikut :

a. Menelusuri kinerja terhadap harapan pelanggan sehingga akan membawa perusahaan lebih dekat dengan pelanggannya dan

membuat seluruh orang dalam organisasi terlibat dalam upaya memberi kepuasan kepada pelanggan,

b. Memotivasi pegawai untuk melakukan pelayanan sebagai bagian dari mata rantai pelanggan dan pemasok internal,
c. Mengidentifikasi berbagai pemborosan sekaligus mendorong upaya-upaya pengurangan terhadap pemborosan tersebut,
d. Membuat suatu tujuan strategis yang biasanya masih kabur menjadi lebih konkret sehingga mempercepat proses pembelajaran organisasi,
e. Membangun konsensus untuk melakukan suatu perubahan dengan memberi *"reward"* atas perilaku yang diharapkan tersebut.[21)]

3. Pendekatan Pengukuran Kinerja

Secara umum untuk mengukur kinerja telah dikembangkan pendekatan utama, yaitu pendekatan yang menilai perilaku atau yang dikenal dengan *pendekatan perilaku*, dan pendekatan yang menilai hasil dan manfaat yang diberikan atau disebut *pendekatan hasil.* Keduanya sama-sama penting dalam rangka pengembangan organisasi dlam jangka panjang.

Pendekatan perilaku mempelajari perilaku yang relevan atau yang berhubungan langsung dengan pelaksanaan tugas pekerjaan seseorang. Pendekatan ini menekankan *quality of task-oriented behavior.* Yang diamati dalam pendekatan ini adalah apakah perilaku atau cara tertentu mampu memberikan hasil tertentu, yang kemudian dapat dijadikan bahan pembelajaran bagi pengembangan metode kerja selanjutnya. Perubahan perilaku,

pengembangan metode dan teknik yang digunakan, menjadi pusat perhatian utama dalam rangka perbaikan kinerja.

Sementara itu, pendekatan hasil atau yang lebih dikenal dengan *result-oriented criteria* mempelajari apakah hasil yang diperoleh telah sesuai dengan tuntutan dari pihak yang membutuhkan dan telah diberikan dengan kualitas terbaik atau didistribusikan secara adil kepada mereka yang membutuhkan. Dalam pendekatan ini, kesesuaian antara nilai yang hendak dihasilkan atau didistribusikan, dengan nilai dari pihak yang membutuhkan, serta kualitas dari cara memberi atau mendistribusikan nilai tersebut, merupakan pusat perhatian. Bahkan akhir-akhir ini, menurut Martin dan Kettner (1996), orientasi kepada kualitas benar-benar ditekankan karena adanya tuntutan publik akan kualitas pelayanan publik yang diberikan oleh pemerintah di sektor publik secara prima. [15)]

Kombinasi kedua pendekatan di atas dapat dilihat pada prinsip *Good Governance* yang pada saat ini sedang dipromosikan untuk diterapkan disemua tataran kepemerintahan termasuk pemerintahan daerah. Nilai-nilai *Good Governance* tersebut menggabungkan pendekatan cara dan hasil yang sebaiknya digunakan untuk menilai kinerja pemerintahan. Untuk itu, diperlukan suatu upaya untuk mengakomodasi nilai-nilai tersebut kedalam standar penilaian kinerja pemerintahan baik menyangkut aparaturnya, lembaganya maupun program serta kebijakan-kebijakannya. [14)]

4. Indikator Kinerja Organisasi

Pengukuran kinerja dilakukan dengan menggunakan indikator kinerja kegiatan. Pengukuran ini dilakukan dengan memanfaatkan data kinerja yang lazimnya dapat diperoleh melalui dua sumber, yaitu : (1) data internal, berasal dari sistem informasi yang diterapkan pada instansi, dan (2) data eksternal, berasal dari luar instansi baik data primer maupun data sekunder.[16)] Indikator kinerja organisasi adalah ukuran kuantitatif dankualitatif yang menggambarkan tingkat pencapaian sasaran atau tujuan yang telah ditetapkan.[15)]

Untuk organisasi yang berorientasi keuntungan (*profit oriented*) menurut Bastian (2001) ada tiga indikator yang umumnya dipergunakan, yaitu :

a. Efisiensi, yaitu hubungan antara *input* dan *output*, dimana penggunaan barang dan jasa dipakai organisasi untuk mencapai output tertentu.
b. Efektivitas, yaitu hubungan antara *output* dan tujuan, dimana efektivitas diukur berdasarkan seberapa jauh tingkat *output*, kebijakan, dan prosedur dari organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.
c. Ekonomis, yaitu hubungan antara pasar dan *input*, dimana pembelian barang dan jasa pada kualitas yang diinginkan dan pada harga yang terbaik yang dimungkinkan.

Indikator untuk mengukur kegiatan yang dilakukan oleh instansi pemerintah berdasarkan Undang-undang nomor 28 tahun 1999 dengan menggunakan Laporan Akuntabilitas

Kinerja Instansi Pemerintah, yang disusun setiap akhir tahun anggaran. Adapun indikator tersebut sebagai berikut :

a. Masukan (*Inputs*) adalah segala sesuatu yang dibutuhkan agar pelaksanaan kegiatan dan program dapat berjalan atau dalam rangka menghasilkan output, misalnya sumber daya manusia, dana, material, waktu, teknologi dan sebagainya.
b. Keluaran (*Outputs*) adalah segala sesuatu berupa produk / jasa (fisik dan/atau non fisik) sebagai hasil langsung dari pelaksanaan suatu kegiatan dan program berdasarkan masukan yang digunakan.
c. Hasil (*Outcomes*) adalah segala sesuatu yang mencerminkan berfungsinya keluaran kegiatan pada jangka menengah. *Outcomes* merupakan ukuran seberapa jauh setiap produk/jasa dapat memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat.
d. Manfaat (*Benefits*) adalah kegunaan suatu keluaran (*outputs*) yang dirasakan langsung oleh masyarakat. Dapat berupa tersedianya fasilitas yang dapat diakses oleh publik.
e. Dampak (*Impacts*) adalah ukuran tingkat pengaruh sosial, ekonomi, lingkungan atau kepentingan umum lainnya yang dimulai oleh capaian kinerja setiap indikator dalam suatu kegiatan.[16)]

Pencapaian indikator-indikator kinerja tersebut tidak terlepas dari proses yang merupakan kegiatan mengolah *inputs* menjadi *outputs*, atau proses penyusunan kebijaksanaan/program/kegiatan yang dianggap penting dan berpengaruh terhadap pencapaian sasaran dan tujuan. Dengan demikian indikator tersebut dapat digunakan untuk evaluasi baik

dalam tahap perencanaan (*ex-ante*), tahap pelaksanaan (*on-going*) ataupun tahap setelah kegiatan selesai dan berfungsi (*ex-post*). Perlu dicatat bahwa untuk indikator kinerja *inputs* dan *outputs* dapat dinilai sebelum kegiatan yang dilakukan selesai. Sedangkan untuk indikator *outcomes*, *benefits* dan *impacts* mungkin baru diperoleh setelah beberapa waktu kegiatan berlalu.[22)]

Indikator lain yang dapat digunakan untuk mengukur kinerja organisasi bisnis[21)] dan pada perkembangan berikutnya juga dapat diterapkan pada organisasi pemerintah yang tidak berorientasi pada keuntungan[20)] adalah pengukuran kinerja yang dikembangkan oleh Kaplan dan Norton yaitu *Balanced Scorecard.* Terdapat 4 perspektif dalam *Balanced Scorecard* Kaplan dan Norton di atas , yaitu :

a. Perspektif keuangan (*financial perspective*)

   Mengukur kemampulabaan dan nilai pasar (*market value*) di antara perusahaan-perusahaan lain, sebagai indikator seberapa baik perusahaa memuaskan pemilik dan pemegang saham.

b. Perspektif pelanggan (*customer perspective*)

   Mengukur mutu, pelayanan, dan rendahnya biaya dibandingkan dengan perusahaan lainnya, sebagai indikator seberapa baik perusahaan memuaskan pelanggannya.

c. Perspektif proses bisnis internal(*internal bussines process perspective*)

   Mengukur efisiensi dan efektivitas perusahaan dalam memproduksi barang dan jasa.

d. Perspektif pembelajaran dan pertumbuhan (*learning and growth perspective*)

Mengukur kemampuan perusahaan mengembangkan dan memanfaatkan sumber daya manusia sehingga tujuan strategik perusahaan dapat tercapai untuk waktu sekarang dan masa yang akan datang.[24)]

5. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Kinerja Organisasi

Soesilo (2000) mengemukakan kinerja suatu organisasi dipengaruhi oleh faktor-faktor berikut :

a. Struktur organisasi sebagai hubungan internal yang berkaitan dengan fungsi yang menjalankan aktivitas organisasi.
b. Kebijakan pengelolaan,berupa visi dan misi organisasi.
c. Sumber daya manusia, yang berkaitan dengan kualitas karyawan untuk bekerja dan berkarya secara optimal.
d. Sistem informasi manajemen, yang berhubungan dengan pengelolaan data base untuk digunakan dalam mempertinggi kinerja organisasi.
e. Sarana dan prasarana yang dimiliki, yang berhubungan dengan penggunaan teknologi bagi penyelenggaraan organisasi pada setiap aktivitas organisasi.

Sedangkan Atmosoeprapto (2001), mengemukakan kinerja suatu organisasi akan sangat dipengaruhi oleh faktor internal maupun faktor eksternal berikut :

a. Faktor eksternal yang terdiri dari :
    1). Faktor politik, yaitu hal yang berhubungan dengan keseimbangan kekuasaan negara yang berpengaruh

pada keamanan dan ketertiban yang akan mempengaruhi ketenangan organisasi untuk berkarya secara maksimal.

2). Faktor ekonomi, yaitu tingginya perkembangan ekonomi yang berpengaruh pada tingkat pendapatan masyarakat sebagai daya beli untuk menggerakkan sektor-sektor lainnya sebagai suatu sistem ekonomi yang lebih besar.

3). Faktor sosial, yaitu orientasi nilai yang berkembanng di tengah masyarakat yang mempengaruhi pandangan mereka terhadap etos kerja yang dibutuhkan bagi peningkatan kinerja organisasi.

b. Faktor internal yang terdiri dari :

1). Tujuan organisasi, yaitu apa yang ingin dicapai dan apa yang ingin diproduksi oleh suatu organisasi.

2). Struktur organisasi, sebagai hasil desain antara fungsi yang akan dijalankan oleh unit organisasi dengan struktur formal yang ada.

3). Sumber daya manusia, yaitu kualitas dan pengelolaan anggota organisasi sebagai penggerak jalannya organisasi secara keseluruhan.

4). Budaya organisasi, yaitu gaya dan identitas suatu organisasi dalam pola kerja yang baku dan menjadi citra organisasi yang bersangkutan.[15)]

H. Manajemen Pemerintahan Berfokus Masyarakat

Aparatur pemerintah merupakan orang yang dipercaya dan diberi mandat oleh negara dan rakyat untuk mengelola pemerintahannya guna meningkatkan kesejahteraan rakyat. Dengan

demikian, aktivitasnya harus diukur berdasarkan sejauh mana kemampuan pemerintah meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Hal ini dapat diukur menggunakan kriteria peningkatan pendidikan, pelayanan kesehatan, pendapatan ekonomi, keamanan lingkungan, dan lain-lain. Penilaian kinerja pemerintah secara komprehensif ini dapat menggunakan manajemen kinerja *Balanced Scorecard*.

Pemerintah di tingkat pusat pernah menyatakan bahwa ia akan mengambil prakarsa untuk mengevaluasi konsep dan pelaksanaan otonomi daerah. Acuannya sederhana, yaitu otonomi daerah harus diarahkan agar kehidupan bangsa Indonesia secara keseluruhan semakin sejahtera, maju dan mandiri dalam wadah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI). Agar manajemen pemerintahan berfokus masyarakat terselenggara dengan sukses memerlukan sikap mental dan niat baik serta kebanggaan bahwa aparatur negara bekerja semata-mata untuk masyarakat. Konsep manajemen pemerintahan berfokus masyarakat ini membutuhkan paradigma baru yang harus dipahami dan dilaksanakan, serta harus menghilangkan paradigma lama yang masih banyak dianut oleh aparatur pemerintahan di Indonesia. Paradigma baru dan paradigma lama itu seperti dalam tabel berikut :

Tabel 2.1 : Paradigma Baru dari Manajemen Pemerintahan Berfokus Masyarakat

Paradigma Baru	Paradigma Lama
Pemerintah harus bekerja sama dengan elemen-elemen utama dalam masyarakat untuk menentukan visi, misi, dan tujuan bersama untuk meningkatakan kesejahteraan masyarakat, yang kemudian dilaksanakan oleh masyarakat dengan pengarahan dan bimbingan masyarakat.	Pemerintah membuat semua kebijakan dan melaksanakan sendiri sesuai keinginannya.

Pemerintah harus memberdayakan masyarakat untuk mengambil alih tanggung jawab, misalnya : keamanan dan kebersihan lingkungan dll.	Pemerintah terus-menerus melayani masyarakat dalam segala hal dan urusan.
Pemerintah harus menumbuhkembangkan semangat kompetisi yang sehat di segala bidang kehidupan.	Pemerintah tidak menumbuhkembangkan semangat kompetisi yang sehat.
Pemerintah harus menumbuhkembangkan kreativitas aparat bawahannya dengan tetap melakukan pengarahan dan bimbingan untuk menuju tujuan bersama meningkatkan kesejahteraan masyarakat.	Pemerintah menerbitkan segala bentuk petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis secara ketat dan kaku kepada aparat bawahannya.
Pemerintah harus berorientasi pada manfaat proyek-proyek pembangunan untuk mencapai tujuan bersama meningkatkan kesejahteraan masyarakat (*benefit oriented*)	Pemerintah hanya berorientasi pada pelaksanaan proyek-proyek pembangunan tanpa memikirkan manfaatnya bagi masyarakat (*cost or budget oriented*).
Pemerintah harus berorientasi kepuasan masyarakat.	Pemerintah hanya berorientasi kepuasan diri sendiri atau kepuasan birokrat.
Pemerintah harus kreatif untuk mencari dana pembangunan melalui kerjasama yang saling menguntungkan dengan berbagai pihak yang potensial dalam masyarakat.	Pemerintah tidak kreatif mencari dana pembangunan, hanya mengharapkan dana dari anggaran yang diperoleh, kemudian membelanjakan anggaran itu secara boros.
Pemerintah harus memiliki daya antisipasi dan proaktif untuk mencegah masalah-masalah potensial yang diperkirakan akan muncul dengan membangun komunikasi dan interaksi aktif dengan berbagai elemen penting dalam masyarakat.	Pemerintah bersikap reaktif, hanya untuk menyelesaikan masalah-masalah yang telah muncul.
Pemerintah harus berorientasi pola kerjasama dan partisipasi aktif dengan membentuk dan mengembangkan kelompok-kelompok pengendalian kualitas pelayanan publik.	Pemerintah hanya berorientasi pola kerja berhirarki ketat, hubungan atasan-bawahan yang kaku serta birokrasi yang tidak efisien.
Pemerintah harus menetapkan indikator-indikator pengukuran dan target kinerja yang berfokus pada kepuasan masyarakat, yang secara transparan	Pemerintah tidak memiliki indikator pengukuran dan target kinerja kepuasan masyarakat yang jelas, sehingga sulit untuk menentukan

dapat dievaluasi oleh semua pihak yang berkepentingan (*stakeholder*).	efektivitas dan efisiensi pemerintahan.

Sumber : Gaspersz, 2002

Dengan memperhatikan paradigma baru dalam manajemen berfokus masyarakat di atas, sistem manajemen kinerja *Balanced Scorecard* dapat diterapkan dalam organisasi pemerintahan di Indonesia.[20)]

I. Implementasi *Balanced Scorecard* pada Organisasi Pemerintah

Pemerintah seharusnya menjembatani antara ekspektasi publik atau kebutuhan sosial dan penyerahan pelayanan publik yang diberikannya. Organisasi pemerintah merupakan sistem penyerahan pelayanan publik (*public service delivery system*). Terdapat perbedaan-perbedaan perspektif *balanced scorecard* yang diterapkan pada organisasi bisnis (*private sector*) yang berorientasi keuntungan dan yang diterapkan pada organisasi pemerintah yang berorientasi pelayanan publik (*public sector*).[20)]

Untuk penerapan *Balanced Scorecard* pada organisasi pemerintah memerlukan beberapa penyesuaian, karena :

a. Fokus utama sektor publik adalah masyarakat (publik) dan kelompok-kelompok tertentu (*interest groups*), sedangkan fokus utama sektor bisnis adalah pelanggan dan pemegang saham.
b. Tujuan utama organisasi publik adalah bukan maksimalisasi hasil-hasil finansial, tetapi keseimbangan pertanggungjawaban finansial (anggaran) melalui pelayanan kepada pihak-pihak yang bekepentingan (*stakeholders*) sesuai dengan visi dan misi organisasi pemerintah.

c. Mendefinisikan ukuran dan target dalam perspektif *customer/stakeholder* membutuhkan pandangan dan kepedulian yang tinggi, sebagai konsekuensi dari peran kepengurusan organisasi pemerintah, dan membutuhkan definisi yang jelas serta hasil strategis yang diinginkan.[20)]

Dari perspektif *financial*, karena organisasi pemerintahan tidak berorientasi profit, maka ukuran kinerjanya jelas bukan profit atau hasil atas investasi sebagaimana digunakan dalam organisasi bisnis. Akan tetapi digunakan efisiensi dan efektivitas penggunaan sumber-sumber dana yang ada.[(17)] Perspektif finansial merupakan alat pengukuran tradisional yang digunakan oleh sektor swasta (organisasi bisnis) dan menjadi fokus bagi tujuan dan ukuran semua perspektif dalam *balanced scorecard*, akan tetapi menurut Kaplan dan Norton, tujuan finansial merupakan ukuran yang tidak memadai untuk organisasi pemerintah.[20)]

Yang dimaksud *customer* (pelanggan) dalam sektor publik adalah masyarakat secara luas yang membutuhkan barang dan jasa[17)], disamping itu juga pemimpin dan pengawas serta pelanggan internal yaitu karyawan.[22)] Dengan konsep *Balanced Scorecard* pada perspektif pelanggan yang hanya mengutamakan pelanggan yang dalam hal ini konsumen publik, maka pengukuran kinerja untuk organisasi pemerintah membutuhkan definisi yang jelas dari ukuran dan target, serta pandangan dan kepedulian yang tinggi sebagai konsekuensi dari peran organisasi pemerintah.[20)]

Intisari dari perspektif *proses bisnis internal* adalah inovasi. Dalam organisasi bisnis, proses inovasi berkelanjutan (*ongoing inovation*) diperlukan perusahaan agar dadat memenangkan

persaingan masa depan. Artinya adalah bahwa dalam setiap rangkaian aktivitas yang dilakukan oleh organisasi dalam menghasilkan barang dan jasa harus senantiasa meningkatkan nilai (*value*) bagi *customer*. Pada organisasi pemerintah, pemikiran ini harus diterjemahkan sebagai upaya untuk melakukan peningkatan kualitas layanan secara berkelanjutan (*continous quality improvement*) kepada masyarakat, disamping itu penyampaian informasi seluas-luasnya tentang berbagai layanan publik mutlak harus dilakukan.[17] Dalam perspektif ini mekanisme kerja dan proses pembuatan keputusan perlu diidentifikasi dan ditingkatkan. Kunci dari perspektif proses internal dalam organisasi pemerintah adalah mengidentifikasi proses kunci, mengukur dan menganalisis, menentukan target kinerja, dan melaksanakan inisiatif atau program peningkatan kinerja untuk meningkatkan tujuan utama dalam memberikan pelayanan.[20]

Berbagai upaya untuk mewujudkan perspektif sebelumnya hanya dapat dilakukan oleh aparat yang mampu merespon perubahan yang sangat cepat. Oleh sebab itu dalam perspektif keempat, pemberdayaan karyawan (*employee empowerment*) melalui proses pembelajaran (*learning*) yang dilakukan secara terus menerus harus dilakukan untuk mencapai pertumbuhan yang diinginkan.[17] Hal ini berkaitan dengan pengembangan kemampuan sumber daya manusia yang bekerja dalam organisasi pemerintah, kemampuan sistem informasi untuk pembuatan keputusan, peningkatan motivasi dan pemberdayaan karyawan (aparatur pemerintah). Investasi yang tepat dalam area ini akan memberikan posisi yang lebih baik kepada organisasi pemerintah untuk menjamin tercapainya misi dan tujuan

jangka panjang dalam memberikan pelayanan publik yang bernilai tambah (berkualitas) kepada pelanggan.[20)]

J. Proses Pelayanan Kesehatan

Menurut Avedis Donabedian menilai mutu pelayanan adalah suatu keputusan yang berhubungan dengan proses pelayanan, yang berdasarkan tingkat dimana pelayanan memberikan kontribusi terhadap nilai *outcomes*. [25)]. Pengembangan proses merupakan istilah paripurna yang mencakup kegiatan peninjauan rancangan produk, penyediaan fasilitas dan penyediaan perangkat lunak termasuk metode dan prosedur.[26)]

Sedangkan pada organisasi pemerintah, akuntabilitas kinerja pelayanan publik dapat dilihat berdasarkan proses yang antara lain meliputi tingkat ketelitian, profesionalisme petugas, kelengkapan sarana dan prasarana, kejelasan aturan (termasuk kebijakan dan perundang-undangan) dan kedisiplinan. Disamping itu harus sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan.[27)]

1. Prosedur Pelayanan

Prosedur pelayanan adalah rangkaian proses atau tata kerja yang berkaitan satu sama lain, sehingga menunjukkan adanya tahapan secara jelas dan pasti serta cara-cara yang harus ditempuh dalam rangka penyelesaian suatu pelayanan. Prosedur pelayanan publik harus sederhana, tidak berbelit-belit, mudah dipahami, dan mudah dilaksanakan, serta diwujudkan dalam bentuk Bagan Alir (*Flow Chart*) yang dipampang dalam ruangan pelayanan. Bagan alir harus mampu menggambarkan proses pelayanan, petugas/pejabat yang bertanggungjawab untuk setiap

tahap pelayanan, unit kerja terkait, dokumen yang diperlukan, dan waktu dalam penyelesaian proses pelayanan. Bagan Alir sangat penting dalam penyelenggaraan pelayanan publik karena berfungsi sebagai :

a. Petunjuk kerja bagi pemberi pelayanan
b. Informasi bagi penerima pelayanan
c. Media publikasi secara terbuka pada semua unit kerja pelayanan mengenai prosedur pelayanan kepada penerima pelayanan
d. Pendorong terwujudnya system dan mekanisme kerja yang efektif dan efisien
e. Pengendali (*control*) dan acuan bagi masyarakat dan aparat pengawasan untuk melakukan penilaian/pemeriksaan terhadap konsistensi pelaksanaan kerja.[27)]

2. Penanganan Keluhan Masyarakat

Untuk memperoleh umpan balik dari masyarakat atas pelayanan yang diberikan aparatur pemerintah, perlu disediakan akses kepada masyarakat untuk memberikan informasi, saran/pendapat/tanggapan, complaint/pengaduan dalam bentuk kotak saran, kotak pos, atau satuan tugas penerima pengaduan yang berfungsi menerima dan menyelesaikan pengaduan masyarakat.[27)]

Penanganan keluhan memberikan peluang untuk mengubah seorang pelanggan atau masyarakat yang tidak puas menjadi pelanggan yang puas. Proses penanganan keluhan yang efektif dimulai dari identifikasi dan penemuan sumber masalah

yang menyebabkan masyarakat mengeluh. Langkah ini merupakan langkah yang sangat vital, karena menentukan efektivitas langkah-langkah selanjutnya. Sumber masalah ini perlu diatasi, ditindaklanjuti dan diupayakan agar dimasa mendatang tidak timbul masalah yang sama.

Dalam penanganan keluhan karyawan harus diberdayakan untuk mengambil keputusan dalam rangka menangani keluhan masyarakat. Disamping itu, keterlibatan manajemen puncak dalam menangani keluhan masyarakat memberikan dampak yang positif, karena masyarakat akan merasa bahwa pemerintah menaruh perhatian besar pada masyarakat. Langkah selanjutnya yang tidak kalah penting adalah mengembangkan system informasi manajemen, sehingga organisasi pemerintah dapat mendata setiap keluhan yang diterima dan belajar dari kesalahan yang pernah dilakukan. Ada empat aspek penanganan keluhan yang penting, yaitu :

a. Empati kepada masyarakat
b. Kecepatan dalam penanganan keluhan
c. Keadilan dalam penanganan keluhan
d. Kemudahan bagi masyarakat untuk menghubungi pemberi pelayanan.[28)]

3. Peningkatan Pelayanan Secara Berkelanjutan

Continous improvement yang berkembang pada masyarakat industri Jepang dipengaruhi oleh pemikiran William Edward Deming dan J.M. Juran yang menemukan bahwa masalah-masalah dan peluang-peluang untuk meningkatkan mutu secara

langsung terjadi sejak produksi, dan bahwa kekurangan atau kecacatan pada mutu tidak jarang terjadi adanya kekurangan kemauan, keterampilan atau perhatian yang rendah diantara orang-orang yang mengerjakan pada tahap proses.

Donabedian menyatakan bahwa bidang kesehatan dapat belajar dari model industri diantaranya sebagai berikut :

a. Penghargaan yang merupakan kekuatan dasar dari tradisi mutu pelayanan kesehatan.
b. Kehendak untuk memperbesar perhatian kepada permintaan pelanggan, nilai-nilai dan harapan.
c. Memperbesar perhatian terhadap desain dan proses seperti memakai *quality assurance*.
d. Kebutuhan untuk mengembangkan penempatan yang tepat dari metode kontrol statistik terhadap monitoring pelayanan kesehatan.
e. Kebutuhan untuk memperbesar pendidikan dan latihan dalam monitoring mutu dan menjaga mutu harus diperhatikan.[25)]

Peningkatan kinerja juga berasal dari perbaikan system/proses, tidak hanya merupakan peningkatan kemampuan sumber daya. Untuk meningkatkan system/proses, manajer harus mencari sumber penyebab masalah, karena sering kali lebih banyak menekankan aspek pemecahan masalah daripada mencari sumber penyebab masalah tersebut. Ada lima aktivitas pokok dalam perbaikan berkesinambungan, yaitu :

a. Komunikasi, merupakan aspek yang sangat penting dalam perbaikan berkesinambungan. Semua orang yang terlibat langsung dan orang atau unit yang mungkin terkena pengaruh

perbaikan yang direncanakan harus mengetahui apa yang sedang terjadi, mengapa dan bagaimana pengaruhnya terhadap mereka.

b. Memperbaiki masalah yang nyata/jelas, permasalahan yang terjadi seringkali tidak jelas, sehingga diperlukan penelitian untuk mengidentifikasi dan mengatasinya dan pendekatan ilmiah (siklus PDSA) sangat penting.

c. Memandang ke hulu, yang berarti mencari penyebab suatu masalah, bukan gejalanya.

d. Mendokumentasi kemajuan dan masalah, dilakukan agar apabila di kemudian hari kita menjumpai masalah yang sama, maka pemecahannya dapat dilakukan dengan cepat.

e. Memantau perubahan, pemantauan secara objektif terhadap kinerja suatu proses setelah diadakan perubahan perlu dilakukan, karena kadang-kala solusi yang diajukan untuk suatu masalah belum tentu memecahkan masalah tersebut secara tuntas.[29)]

Perbaikan kualitas pelayanan terus-menerus dapat dilakukan dengan menggunakan model USE PDSA, yaitu :

U *Understand service quality improvement needs* (memahami kebutuhan perbaikan kualitas pelayanan)

S *State the service quality problems* (menyatakan masalah kualitas pelayanan yang ada)

E *Evaluate the root causes* (mengevaluasi akar penyebab masalah kualitas pelayanan)

P *Plan the solutions* (merencanakan penyelesaian masalah kualitas pelayanan)

D *Do or implement the solutions* (melaksanakan atau menerapkan rencana solusi terhadap masalah kualitas pelayanan)

S *Study the solutions results* (mempelajari hasil-hasil solusi terhadap masalah kualitas pelayanan)

A *Act to standardize the solutions* (bertindak untuk menstandarisasikan solusi terhadap masalah kualitas pelayanan).

Beberapa strategi untuk menerapkan perbaikan kualitas pelayanan terus-menerus adalah :

a. Analisis variasi dari semua proses pelayanan
b. Memperhatikan proses, tidak hanya hasil
c. Membuat proses pelayanan menjadi lebih sederhana
d. Mengusahakan untuk secara konstan melakukan investasi dalam teknologi baru
e. Memandang masalah dan kegagalan sebagai suatu kesempatan untuk perbaikan pelayanan.[30]

K. Pembelajaran dalam Organisasi

Pembelajaran merupakan elemen penting dalam perbaikan dan memberikan dasar rasional untuk bertindak. Tingkat dan luasnya perbaikan dapat ditingkatkan dengan membuat perbaikan proses dan sistem sebagai bagian dari strategi organisasi. Sistem tersebut harus mendukung pengembangan keterampilan dan pengetahuan anggota organisasi.[29]

1). Pelatihan dan Pembimbingan

Salah satu unsur yang paling fundamental dari peningkatan mutu pelayanan adalah pengembangan personil secara terus-menerus. Hal ini membutuhkan pendidikan, pelatihan dan pembelajaran. Pelatihan merupakan bagian dari pendidikan, pendidikan lebih bersifat filosofis dan teoritis, sedang pelatihan bersifat spesifik, praktis dan segera. Spesifik disini maksudnya berhubungan secara spesifik dengan pekerjaan yang dilakukan. Sedang praktis dan segera maksudnya hasil pelatihan tersebut dapat diaplikasikan dengan segera. Pendidikan dan pelatihan mempunyai tujuan yang sama yaitu pembelajaran.[29] Ciri-ciri pelatihan yaitu :

a. Diselenggarakan di luar tempat kerja
b. Biasanya berlangsung di ruang kelas atau laboratorium pelatihan, jauh dari tempat kerja
c. Diadakan dalam bentuk kuliah atau lokakarya
d. Dipimpin oleh seorang pelatih professional atau seorang yang mempunyai spesialisasi dalam suatu topik
e. Pelatih bukan anggota kelompok kerja, kecuali secara kebetulan.

Pembimbingan adalah penyediaan tuntunan dan dorongan untuk membantu orang belajar sendiri dengan melakukan pekerjaan. Ciri-ciri pembimbingan adalah :

a. Diselenggarakan pada saat bekerja
b. Biasanya berlangsung di tempat kerja
c. Digabungkan ke dalam pekerjaan normal, dan jika dilakukan tidak dibedakan sebagai kegiatan khusus yang terpisah

d. Dipimpin oleh manajer atau rekan kerja yang biasanya merupakan anggota kelompok kerja.

Kursus pelatihan sering merupakan jawaban terbaik untuk kebutuhan belajar, tetapi sebaiknya diikuti secara rutin dengan pendelegasian sehingga orang dapat mempraktekkan apa yang telah dia pelajari. Dengan demikian, pendelegasian seharusnya disertai oleh pembimbingan sehingga orang dapat semakin memperdalam pengetahuan dan keterampilan baru. Oleh karena pembimbingan merupakan soal mengarahkan upaya yang dipikirkan dengan mendalam untuk meningkatkan pembelajaran sambil melakukan pekerjaan, maka hal ini mengandung dua hal sebagai berikut :

a. Manajer memainkan peran yang sangat penting dalam mengembangkan pengetahuan, ketrampilan dan sikap stafnya,
b. Jika manajer memahami bagaimana stafnya belajar, mereka akan lebih mahir dalam memberikan pembimbingan.

David Kolb menggambarkan belajar dari pengalaman untuk memperbaiki atau meningkatkan segala sesuatu, sebagi suatu siklus :

a) Mengerjakan atau mengalami sesuatu,
b) Berpikir atau merenungkan, mempertanyakan, dan mengkaji ulang pengalaman tersebut,
c) Menarik kesimpulan atau menarik generalisasi,
d) Memutuskan apa yang harus dilakukan lain kali dan bereksperimen dengan rencana tersebut.[31)]

2). Pemberdayaan Karyawan

Secara konseptual, pemberdayaan adalah upaya memberikan otonomi, wewenang, dan kepercayaan kepada setiap individu dalam suatu organisasi, serta mendorong mereka untuk kreatif agar dapat merampungkan tugasnya sebaik mungkin. Karyawan diberi keleluasaan untuk mengambil tindakan-tindakan yang dipandang tepat dalam rangka melayani pelanggan, termasuk menangani keluhan mereka.[28)]

Pemberdayaan merupakan kunci utama dalam motivasi dan produktivitas. Seorang karyawan yang merasa dirinya dihargai dan memiliki kontribusi akan berkembang secara pribadi dan professional sehingga kontribusinya bagi organisasi dapat dimaksimalkan. Pemberdayaan berbeda dengan istilah manajemen partisipatif. Manajemen partisipatif adalah cara kerja di mana manajer dan penyelia selalu meminta bantuan karyawan untuk melakukan tugas pengambilan keputusan, pemecahan masalah dan lain-lain. Sedangkan pemberdayan mengarahkan para karyawan untuk membantu dirinya sendiri, saling membantu, dan membantu perusahaan. Hal inilah yang menyebabkan pemberdayaan sangat efektif dalam mempertahankan tingkat motivasi karyawan yang tinggi. Selain itu pemberdayaan karyawan dapat menimbulkan rasa memiliki karyawan terhadap suatu pekerjaan yang pada gilirannya mengarah pada keinginan karyawan yang lebih besar dalam mengambil keputusan, menanggung resiko dalam usaha perbaikan, dan menyampaikan ketidaksetujuannya.[29)]

Untuk memicu inisiatif karyawan dibutuhkan lingkungan dan kondisi yang kondusif. Agar lingkungan seperti itu dapat terbentuk, maka seorang manajer perlu melakukan hal-hal berikut terhadap para karyawan:

a. Mempercayai kemampuan mereka untuk mencapai keberhasilan
b. Bersifat sabar dan memberikan mereka waktu untuk belajar
c. Memberikan bimbingan dan struktur
d. Mengajarkan ketrampilan baru kepada mereka dalam langkah kecil dan *incremental* (bertahap)
e. Mengajukan pertanyaan yang menantang mereka untuk berpikir dengan cara baru
f. Membagi informasi dengan mereka untuk menjalin hubungan
g. Memberikan umpan balik yang tepat waktu dan dapat dipahami dan membantu mereka selama proses belajar.[29)]

L. Kebijakan-kebijakan Yang Mendukung

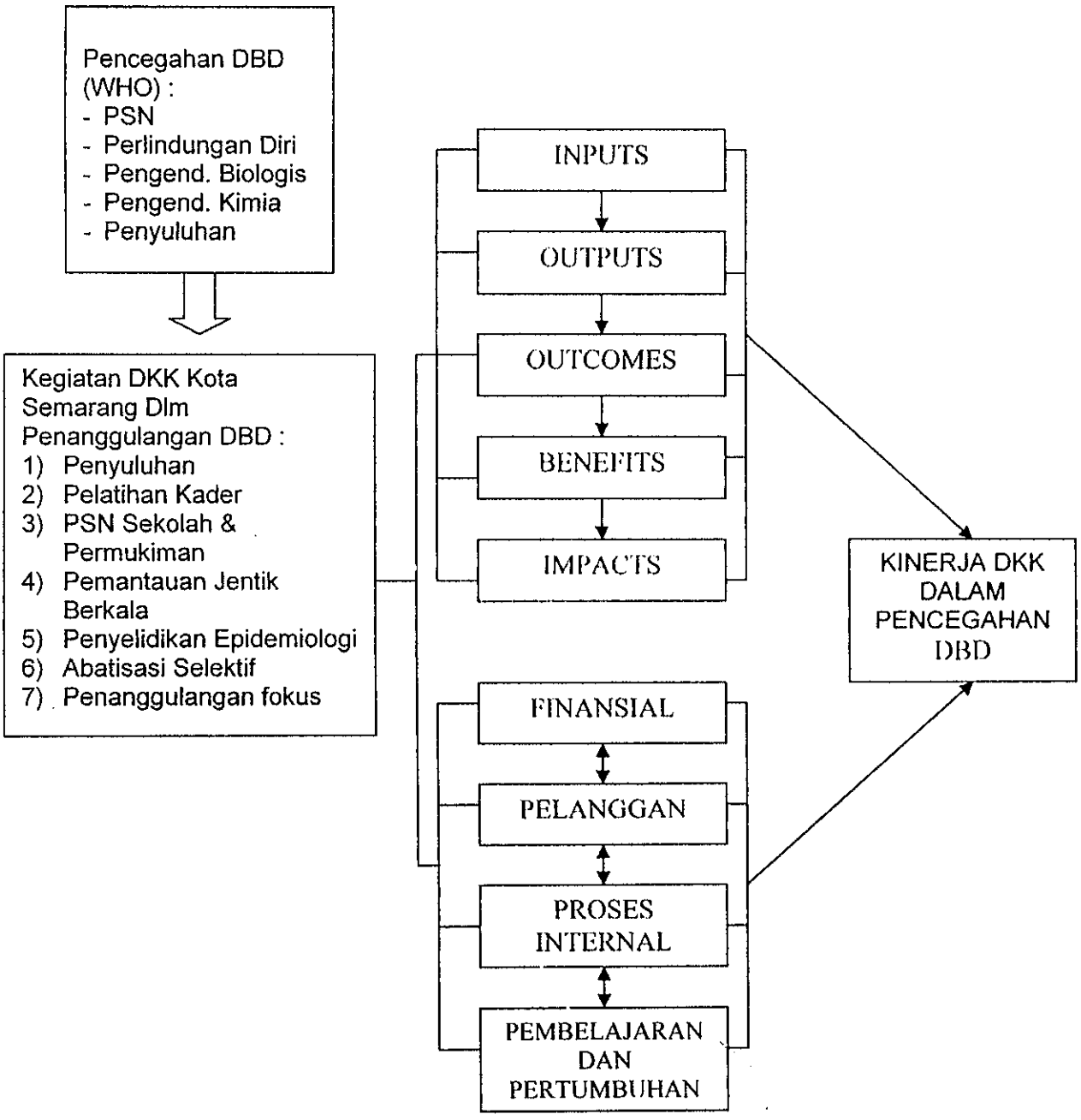
Sejalan dengan paradigma baru dalam administrasi negara dan untuk memberantas korupsi, kolusi dan nepotisme berdasarkan TAP MPR No. XI/MPR/1998 telah diterbitkan Undang-undang No. 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara Yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme yang menetapkan asas-asas umum penyelenggaraan negara, yaitu asas kepastian hukum, asas tertib penyelenggaraan negara, asas kepentingan umum, asas keterbukaan, asas proporsionalitas, dan asas akuntabilitas. Disamping itu untuk meningkatkan kinerja aparatur pemerintah telah diterbitkan Inpres No. 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi

Pemerintah. Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban suatu instansi pemerintah untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan visi dan misi organisasi dalam mencapai tujuan-tujuan dan sasaran-sasaran yang telah ditetapkan melalui alat pertanggungjawaban secara periodik.[32)]

Berdasarkan Undang-undang No. 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintah Daerah pasal 27 ayat 2 dan ayat 3 bahwa kepala daerah mempunyai kewajiban memberikan laporan penyelenggaraan pemerintahan daerah kepada Pemerintah, yang disampaikan kepada Presiden melalui Gubernur. Dalam penjelasan Undang-undang No.32/2004 pasal 27 ayat 3 disebutkan bahwa ketentuan tentang laporan penyelenggaraan pemerintahan daerah tidak menutup adanya laporan lain baik atas kehendak kepala daerah atau atas permintaan Pemerintah.[19)]

Untuk mendorong dilaksanakannya transparansi dan akuntabilitas dalam penyelenggaraan pelayanan publik perlu dilakukan evaluasi dan audit kinerja pelayanan publik secara berkala baik oleh unit pengawasan intern maupun ekstern. Transparansi dan akuntabilitas dalam penyelenggaraan pelayanan publik utamanya diwujudkan pada aspek-aspek pembiayaan, waktu, persyaratan, prosedur, informasi, pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab, mekanisme pengaduan masyarakat, standar dan lokasi pelayanan.[27)]

M. Kerangka Teori



Sumber : WHO (2003), Gasperzs (2002) dan LAN & BPKP (2000).

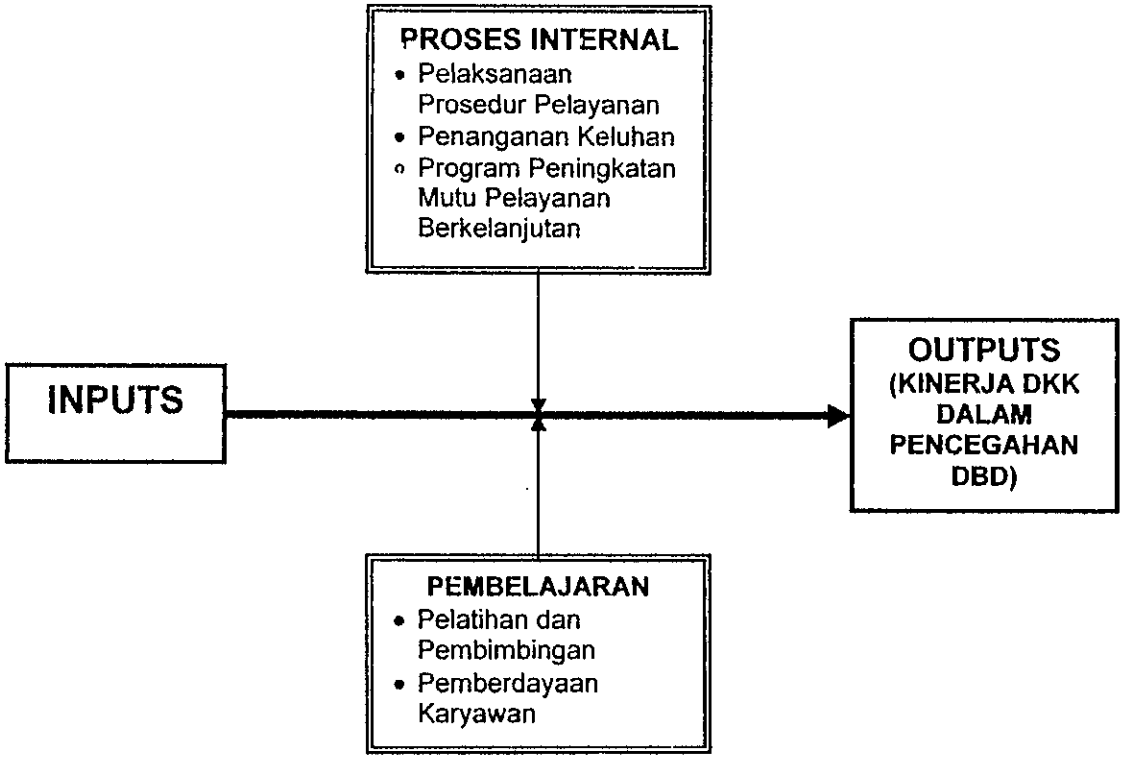
BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian observasional, dengan rancangan penelitian yang digunakan adalah penelitian studi kasus (*case study*). Studi kasus merupakan penelitian mendalam mengenai unit sosial tertentu yang hasilnya merupakan gambaran yang lengkap dan terorganisasi baik mengenai unit tersebut. [34] Studi kasus ini dilakukan pada Unit Pelayanan Publik berupa lembaga yaitu Dinas Kesehatan Kota Semarang. Menurut Sudarwan (2002) studi kasus merupakan salah satu metode penelitian kualitatif. Studi kasus atau penelitian kasus merupakan studi mendalam mengenai unit sosial tertentu, yang hasilnya memberikan gambaran luas dan mendalam mengenai unit sosial tersebut. [35]

B. Kerangka konsep



C. Definisi Istilah

1). *Inputs* adalah segala sesuatu yang dibutuhkan agar pelaksanaan kegiatan dapat berjalan, dalam penelitian ini diukur dengan melihat anggaran baik sumber maupun besar anggaran, sumber daya manusia yang meliputi jumlah dan tingkat pendidikan, material, teknologi, peraturan atau kebijakan, serta metode yang dipergunakan untuk menunjang semua kegiatan pencegahan DBD. Data tersebut diambil dari data sekunder yang dikumpulkan dari laporan program maupun kegiatan yang disusun oleh Dinas Kesehatan. Laporan tersebut diantaranya adalah Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP), Laporan Kegiatan Sub Dinas Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit

dan Sub Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Kesehatan Lingkungan.

2). Proses internal meliputi hal-hal yang berkaitan dengan proses pelayanan kepada masyarakat dalam pencegahan DBD. Dalam penelitian ini proses internal yang digali informasinya adalah mengenai prosedur pelayanan serta program peningkatan mutu pelayanan kepada masyarakat dalam pencegahan DBD secara berkelanjutan.

- ❖ Pelaksanaan prosedur pelayanan dilihat mengenai ada atu tidaknya prosedur pelayanan ataupun standart pelayanan yang digunakan sebagai acuan dalam pencegahan atau penanggulangan DBD. Sosialisasi prosedur pelayanan kepada petugas / pelaksana digali sebagai upaya untuk mengetahui proses komunikasi yang dilakukan dalam lingkungan Dinas Kesehatan. Untuk melindungi petugas apabila terjadi masalah dalam pelayanan,maka digali mengenai resmi atau tidaknya prosedur pelayanan tersebut yang dituangkan ke dalam bentuk Surat Keputusan atau Peraturan Daerah. Untuk mengetahui kinerja karyawan dalam melayani masyarakat digali informasi mengenai pelaksanaan prosedur pelayanan, masalah dan kendala yang ditemui, keterlibatan lintas program dan lintas sektor dalam pencegahan DBD, serta kebijakan yang mendukung pelaksanaan prosedur pelayanan tersebut. Disamping itu digali juga informasi mengenai penggunaan atau pedoman selain prosedur pelayanan yang resmi sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan dalam pencegahan DBD.

- ❖ Adanya kemungkinan pelayanan yang diberikan masih belum sesuai dengan yang diharapkan oleh masyarakat, digali juga informasi mengenai penanganan keluhan masyarakat, kebijakan yang mendukung dan proses dari pelaksanaan kebijakan tersebut.

- ❖ Program peningkatan pelayanan secara berkelanjutan digali untuk mengetahui kinerja Dinas Kesehatan dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat dalam pencegahan DBD secara terus-menerus atau berkelanjutan. Untuk mengetahui upaya tersebut digali informasi mengenai masalah yang pernah ditemukan dalam rangka pelaksanaan program pencegahan atau penanggulangan DBD, cara mengidentifikasi masalah, proses pemecahan masalah dan karyawan yang terlibat dalam pemecahan masalah. Disamping itu digali juga informasi mengenai program yang dikembangkan untuk peningkatan mutu pelayanan, kebijakan yang mendukung, peran atasan dalam program peningkatan mutu pelayanan, hambatan serta dukungan yang ada dalam pelaksanaan program tersebut.

Data tersebut merupakan data primer yang diambil dengan *Focus Group Discussion*.

3). Pembelajaran, dalam penelitian ini diukur dengan melihat pelatihan dan pembimbingan kepada petugas pelaksana program pencegahan atau penanggulangan DBD, serta pendelegasian

wewenang dengan pemberdayaan karyawan pada Dinas Kesehatan yang ditunjuk untuk menangani program pencegahan atau penanggulangan DBD.

- Pelatihan dan pembimbingan diukur sebagai upaya untuk mengumpulkan data dan informasi mengenai kegiatan pelatihan serta pembimbingan yang diterima oleh karyawan sebagai upaya untuk melaksanakan program pencegahan atau penanggulangan DBD menjadi lebih bermutu dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pada konsep ini pelatihan dan pembimbingan informasi yang digali meliputi pelatihan yang telah diberikan kepada penanggung jawab maupun pelaksana program pencegahan atau penanggulangan DBD, materi yang diterima dalam pelatihan, materi yang diterima dalam mendukung kelancaran tugas serta masalah dan hal-hal yang mendukung penerapan hasil pelatihan. Disamping itu sebagai kelanjutan dari hasil pelatihan digali juga mengenai dukungan atasan dalam hal ini wewenang atau tanggung jawab yang diberikan berkaitan dengan hasil pelatihan yang telah diperoleh.

- Selain pelatihan di atas digali juga mengenai pembimbingan yang diperoleh dari atasan kepada karyawan sebagai proses pembelajaran dalam organisasi. Hal-hal yang digali informasinya meliputi ada atau tidaknya proses pembimbingan yang dilakukan oleh atasan, kualitas dan kuantitas pembimbingan, bentuk pembimbingan, kebijakan yang mendukung mengenai pembimbingan tersebut, fasilitas

maupun kesempatan yang diberikan dalam upaya pembelajaran melalui pengalaman serta program atau upaya apa saja yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan dalam rangka menunjang kemampuan SDM melalui proses pembelajaran.

- Pemberdayaan karyawan, dalam penelitian ini diukur dengan melihat pendelegasian tugas wewenang dari atasan kepada bawahan, dorongan dari atasan yang mendukung karyawan agar kreatif dan bertanggung jawab dalam melaksanakan tugas, kewenangan yang diberikan dalam pengambilan keputusan apakah sesuai dengan kemampuan karyawan dalam program pencegahan atau penanggulangan DBD, serta komunikasi yang terjalin baik secara individu maupun kelompok/tim. Disamping itu umpan balik dari atasan serta penghargaan atas keberhasilan karyawan juga digali untuk mengetahui upaya yang diberikan atasan dalam rangka meningkatkan motivasi karyawannya.

Data di atas merupakan data primer yang diambil melalui *Focus Group Discussion.*

4). *Outputs* adalah segala sesuatu berupa produk/jasa sebagai hasil langsung dari pelaksanaan suatu kegiatan, dalam penelitian diukur dengan melihat hasil kegiatan secara langsung dari proses yang telah dilakukan. *Outputs* tersebut meliputi jumlah masyarakat atau kader yang telah diberi penyuluhan, jumlah kader yang dilatih mengenai pencegahan DBD, PSN yang dilakukan baik di sekolah maupun pada permukiman, pemantauan jentik berkala dan angka

bebas jentik, penyelidikan epidemiologi yang dilakukan dan *fogging* penanggulangan fokus sebagai upaya pencegahan DBD. Sumber data pada *outputs* ini adalah data sekunder yang diperoleh dari Laporan Kegiatan Program, Profil Kesehatan serta Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah yang telah disusun oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang.

5). Kinerja Dinas Kesehatan dalam pencegahan DBD dalam penelitian ini adalah gambaran mengenai upaya yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan untuk mencapai tujuan yang telah direncanakan. Dalam penelitian ini upaya tersebut ditekankan pada proses baik proses internal maupun pembelajaran yang merupakan upaya untuk mengolah *inputs* menjadi *outputs* dalam pencegahan DBD.

D. Teknik Pengumpulan Data

1. Data Primer

Pengumpulan data dilakukan dengan *Focus Group Discussion* (FGD) untuk menggali informasi sebanyak-banyaknya dari informan. FGD atau diskusi kelompok terfokus adalah salah satu teknik dalam mengumpulkan data kualitatif dimana sekelompok orang berdiskusi dengan pengarahan dari seorang moderator atau fasilitator mengenai suatu topik. Adapun keuntungan menggunakan FGD ini adalah terjadinya interaksi kelompok, sehingga memungkinkan munculnya respons yang lebih kaya dan juga memungkinkan timbulnya pemikiran-pemikiran baru yang berharga.[36] FGD dalam penelitian ini dilakukan dengan melibatkan penanggung jawab, pengelola program DBD dan lintas

program terkait yaitu , Kepala Seksi P2B2 dan 3 orang stafnya, Kepala Seksi Peningkatan Peran Serta Masyarakat (PSM) dengan 1 orang staf, serta Kepala Seksi Penyehatan Makanan dan Tempat-tempat Umum (PMTTU) dengan 1 orang staf dan Kepala Seksi Usaha Kesehatan Institusi (UKI) dengan 1 orang staf. Jumlah peserta FGD seluruhnya 10 orang. Dalam pelaksanaan FGD tersebut mengacu pada pedoman yang telah disusun untuk memperlancar terlaksananya diskusi, sehingga tidak menyimpang dari pokok bahasan.

2. Data Sekunder

Untuk mengetahui hasil-hasil kegiatan yang telah dilaksanakan pada tahun 2004 dilakukan pengumpulan data sekunder yaitu rencana strategik dari Dinas Kesehatan Kota Semarang, LAKIP, dan Laporan Hasil Kegiatan Program P2 DBD khususnya mengenai kegiatan pencegahan DBD serta laporan kegiatan lainnya yang mendukung.

E. Unit Analisis Data / Subjek Penelitian

Unit analisis adalah satuan yang diteliti, dapat berupa individu, kelompok dan lembaga sebagai subjek penelitian.[35] Subjek penelitian dalam penelitian ini yaitu lembaga organisasi Dinas Kesehatan Kota Semarang.

F. Cara Penentuan Subyek Penelitian

Cara penentuan subyek penelitian dengan menggunakan *non-probabilistic* atau *purposive sampling.* Disebut *purposive* oleh karena

cara samplingnya memang bertujuan (*purpose*) tertentu, yaitu memilih sampel yang kaya informasi.

G. Analisis Data

Analisis dilakukan terhadap data atau hasil FGD dan hasil wawancara yang telah terkumpul dengan maksud peneliti dapat menyempurnakan pemahaman terhadap data tersebut untuk kemudian menyajikannya dalam suatu laporan hasil penelitian dengan lebih jelas tentang apa yang telah ditemukan dari lapangan.[34]

Analisis dilakukan dengan mereduksi sekian banyak data yang diperoleh dari responden menjadi informasi yang punya makna dan lebih ringkas. Caranya adalah dengan melakukan koding, yaitu proses untuk memecah data menjadi unit yang lebih kecil (kode), memahami unit tersebut, dan kemudian merangkum unit tersebut. Unit koding dapat berupa kata, kalimat atau paragraf, atau bagian dari data yang mempunyai makna.

H. Uji Validitas Data

Untuk memperoleh data yang sahih dapat ditempuh melalui triangulasi yaitu triangulasi sumber (*sources triangulation*), triangulasi metode (*methods triangulation*), triangulasi peneliti (*investigators triangulation*), dan triangulasi teori (*theories triangulation*).[37] Dalam penelitian teknik triangulasi yang dipakai adalah triangulasi metode yaitu pengumpulan data yang telah dilakukan melalui FGD dikonfirmasi dengan metode lain yaitu wawancara mendalam. Wawancara dilakukan terhadap pengambil keputusan dan penanggung jawab dari pelaksanaan program pencegahan DBD yaitu Kepala Dinas

Kesehatan, Kepala Subdin P2P selaku penanggungjawab program DBD, Kepala Subdin Pemberdayaan Masyarakat dan Kesehatan Lingkungan (PMKL). Jumlah informan dalam wawancara mendalam sebanyak 3 orang. Dalam melakukan wawancara tersebut dibantu dengan instrument berupa pedoman wawancara, sehingga fokus pembicaraan tidak menyimpang dari pokok bahasan.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. GAMBARAN UMUM DINAS KESEHATAN KOTA SEMARANG

1. Luas Wilayah Kota Semarang

Secara administratif, Kota Semarang terbagi atas 16 wilayah Kecamatan dan 177 Kelurahan. Dari 16 kecamatan yang ada, Kecamatan Mijen (57,55 Km2) dan Kecamatan Gunungpati (54,11 Km2) sebagian besar wilayahnya terdiri dari persawahan dan perkebunan. Sedangkan kecamatan dengan luas wilayah terkecil adalah Semarang Selatan (5,93 Km2) dan Semarng Tengah (6,14 Km2) sebagian besar wilayahnya berupa pusat perekonomian dan bisnis Kota Semarang, seperti bangunan toko/ mall, pasar, perkantoran dan sebagainya.

2. Kependudukan

Jumlah penduduk Kota Semarang menurut registrasi sampai dengan akhir Desember 2003 sebesar 1.378.193 jiwa, terdiri dari 684.705 jiwa penduduk laki-laki dan 693.488 jiwa penduduk perempuan. Tingkat pertumbuhan penduduk tahun 2001-2003 sebesar 2,09%. Angka Kelahiran Kasar (*Crude Birth Rate* / CBR) pada tahun 2003 sebesar 12,86/1.000 penduduk dan Angka Kematian Kasar (*Crude Death Rate* / CDR) pada tahun 2003 sebesar 5,09/1.000 penduduk.

3. Ketenagaan

Data tenaga kesehatan dan non kesehatan di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Semarang adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1 : Data Ketenagaan Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2003

NO	JENIS KETENAGAAN	JUMLAH
1.	Pasca Sarjana	12
2.	Dokter Umum	44
3.	Dokter Gigi	39
4.	Sarjana Kesehatan Masyarakat	22
5.	Apoteker	5
6.	Perawat Kesehatan	127
7.	Perawat Gigi	43
8.	Bidan	135
9.	Asisten Apoteker	37
10.	Hygiene Sanitasi	46
11.	Analis	39
12.	Pekarya Kesehatan	73
13.	Pelaksana Gizi	46
14.	Tenaga Administrasi	119
15.	Harian Lepas	109

Sumber : Rapat Kerja Kesehatan Kota Semarang Tahun 2004

4. Sarana Kesehatan

Sarana kesehatan yang ada di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Semarang pada tabel berikut :

Tabel 4.2 : Data Sarana Kesehatan Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2003

NO	JENIS SARANA	JUMLAH
1.	Puskesmas :	
	a. Perawatan	11
	b. Non Perawatan	26
	c. Pembantu	34
	d. Keliling	17

2.	Rumah Sakit : a. Umum b. Khusus	 14 2
3.	Rumah Sakit Ibu dan Anak	4
4.	Balai Pengobatan (BP) Umum Swasta	111
5.	BP Gigi Swasta	10
6.	Rumah Bersalin, BKIA	31
7.	Laboratorium Kesehatan Swasta	44
8.	Apotek	230
9.	Mobil Roda 4	12
10.	Kendaraan Roda 2	146
11.	Klino Mobil	2
12.	Ambulance	1

Sumber : Rapat Kerja Kesehatan Kota Semarang Tahun 2004

B. PEMBANGUNAN KESEHATAN KOTA SEMARANG

1. Dasar

Dasar Pembangunan Kesehatan adalah nilai kebenaran dan aturan pokok yang menjadi landasan untuk berpikir dan bertindak dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Dasar-dasar berikut ini merupakan landasan dalam penyusunan visi, misi dan strategi sebagai petunjuk pokok pelaksanaan pembangunan kesehatan :

a). Perikemanusiaan

Setiap kegiatan proyek, program kesehatan harus berlandaskan perikemanusiaan yang dijiwai, digerakkan dan dikendalikan oleh keimanan dan ketakwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa.

b). Pemberdayaan dan Kemandirian

Individu, keluarga, masyarakat beserta lingkungannya bukan saja sebagai obyek, namun sekaligus sebagai subyek kegiatan, proyek, program kesehatan. Setiap kegiatan, proyek, program kesehatan harus mampu membangkitkan peran serta individu, keluarga dan masyarakat sedemikian rupa sehingga setiap individu, keluarga dan masyarakat dapat menolong dirinya sendiri. Warga masyarakat harus mau bahu membahu menolong siapa saja yang membutuhkan pertolongan agar dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang sesuai kebutuhan dalam waktu yang sesingkat mungkin. Di lain pihak, fasilitas pelayanan kesehatan yang ada perlu terus diberdayakan agar mampu memberikan pertolongan kesehatan yang berkualitas, terjangkau, sesuai dengan norma sosial budaya setempat serta tepat waktu.

c). Adil dan Merata

Setiap individu, keluarga dan masyarakat mempunyai kesempatan yang sama untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan sehingga dapat mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan yang cenderung *urban-based* harus terus diimbangi dengan upaya-upaya yang bersifat rujukan maupun bersifat luar gedung. Dengan demikian pembangunan kesehatan dapat menjangkau kantong-kantong penduduk beresiko tinggi yang merupakan penyumbang terbesar kejadian sakit dan kematian. Kelompok-kelompok penduduk inilah yang sesungguhnya lebih membutuhkan pertolongan karena selain lebih rentan terhadap penyakit kemampuan membayar mereka jauh lebih sedikit.

d). Pengutamaan dan Manfaat

Pemanfaatan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran dan atau kesehatan dalam kegiatan, proyek, program kesehatan harus mengutamakan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Kegiatan, proyek dan program kesehatan diselenggarakan agar memberi manfaat yang sebesar-besarnya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Kegiatan, proyek, program kesehatan diselenggarakan dengan penuh tanggung jawab, sesuai dengan standar profesi dan peraturan perundang-undangan yang berlaku serta mempertimbangkan dengan sungguh-sungguh kebutuhan dan kondisi spesifik daerah.

2. Visi, Misi dan Strategi

a). V i s i

Gambaran masyarakat Kota Semarang masa depan yang ingin dicapai oleh segenap komponen masyarakat melalui Pembangunan Kesehatan Kota Semarang adalah :

"Terwujudnya Masyarakat Kota Pantai Metropolitan yang Sehat Didukung dengan Profesionalisme dan Kinerja Yang Tinggi".

b). M i s i

Untuk mewujudkan visi tersebut ditetapkan misi yang diemban oleh seluruh jajaran petugas kesehatan dimasing-masing jenjang administrasi pemerintahan, yaitu :

1). Memberi perlindungan kesehatan dan memberi pelayanan kesehatan paripurna yang terbaik kepada seluruh lapisan masyarakat agar tercapai derajat kesehatan yang optimal.

2). Melibatkan peran serta masyarakat melalui upaya di bisang kesehatan dengan cara efektif dan efisien.

c). Strategi

Sebagai upaya untuk merealisasikan Visi dan Misi Dinas Kesehatan Kota Semarang perlu didukung strategi pembangunan kesehatan meliputi :

1). Mengoptimalkan fungsi sarana pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan.

2). Mengoptimalkan sarana pencegahan dan pemberantasan penyakit untuk mengatasi endemis DBD.

3). Mengoptimalkan pengawasan obat dan makanan untuk mengatasi banyaknya peredaran obat dan makanan yang tidak memenuhi standar.

4). Mengoptimalkan program kesehatan untuk mengatasi adanya kasus kematian ibu maternal dan perinatal.

5). Mengoptimalkan Peraturan Daerah untuk mengatasi adanya promosi Pengobat Tradisional (Battra) yang menyesatkan.

6). Mengatasi tuntutan professional pegawai dengan mengoptimalkan kualitas dan kuantitas pegawai.

C. *INPUTS* (MASUKAN) PROGRAM PENCEGAHAN PENYAKIT DBD

Dari data sekunder diperoleh hasil bahwa untuk indikator *inputs* program Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue (P2 DBD) adalah :

1. D a n a

Alokasi anggaran untuk program pencegahan DBD pada Dinas Kesehatan Kota Semarang pada tahun 2004 mengalami penurunan

dibandingkan dengan tahun 2003. Adapun besar alokasi anggaran untuk program pencegahan penyakit DBD pada tahun 2003 dan 2004 dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.3 : Alokasi Anggaran Pencegahan DBD DKK Kota Semarang Tahun 2003 dan Tahun 2004

SUMBER	ALOKASI ANGGARAN	
	TAHUN 2003	TAHUN 2004
APBD I	Rp. 185.000.000,-	Rp. 35.822.000,-
APBD II	Rp. 325.000.000,-	Rp. 167.830.000,-

Sumber : Seksi P2B2 DKK Kota Semarang

Bila dilihat secara total dana APBD II tersebut mengalami penurunan dibanding tahun 2003 sebesar Rp. 325.000.000,- akan tetapi dana tersebut dipergunakan untuk pengadaan sarana berupa swingfog sebesar Rp. 240.000.000,- dan yang untuk operasional hanya Rp. 85.000.000,-. Sedangkan dana dari APBD I mengalami penurunan dibanding tahun 2003 sebesar Rp. 185.000.000,- menjadi Rp. 35.822.000,- pada tahun 2004. Sehingga total anggaran untuk program P2 DBD Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2004 sebesar Rp. 203.652.000,-.

Anggaran tersebut bila dibandingkan dengan jumlah kelurahan yang ada yaitu sebanyak 177 kelurahan, maka setiap kelurahan memperoleh alokasi kurang lebih Rp. 1.150.000,-. Sedangkan dari standar pelayanan diketahui bahwa biaya untuk penanggulangan satu fokus sebesar Rp. 2.573.700,-, sehingga dana tersebut sudah tidak akan mencukupi bila rata-rata dalam satu tahun ada satu fokus pada satu kelurahan. Kegiatan yang membutuhkan anggaran tentunya tidak hanya fogging, akan tetapi kegiatan penggerakan PSN baik di masyarakat maupun di sekolah juga pada tempat-tempat

umum juga membutuhkan anggaran yang tidak sedikit, seperti untuk penyuluhan, pemantauan jentik, pengadaan format dan lain sebagainya. Sehingga anggaran yang dialokasikan untuk tahun 2004 dapat dikatakan masih jauh dari cukup.

Perencanaan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang sudah berdasarkan atas data serta situasi dan kondisi wilayah Kota Semarang, akan tetapi anggaran dari Pemerintah Kota Semarang turun secara global mencakup seluruh anggaran semua program dan kegiatan bidang kesehatan dan anggaran tersebut pada tahun 2003 sebesar 5,55% dari total anggaran APBD II . Anggaran yang dialokasikan untuk pencegahan dan pemberantasan DBD pada DKK Kota Semarang mendapat prioritas tertinggi setelah pengadaan obat, akan tetapi dari Pemerintah Kota Semarang tidak ada kebijakan khusus untuk menentukan prosentase anggaran kesehatan dan lebih khusus lagi di lingkungan Dinas Kesehatan sendiri juga tidak ada kebijakan untuk menentukan prosentase besar anggaran pencegahan penyakit DBD.

2. Tenaga

Tenaga yang menangani program P2 DBD pada Dinas Kesehatan Kota Semarang sebanyak 11 orang dengan pendidikan S2 sebanyak 1 orang, D3 Keperawatan 1 orang, SLTA sebanyak 7 orang dan SLTP sebanyak 2 orang. Dari 11 orang tersebut yang berstatus PNS sebanyak 8 orang dan 3 orang merupakan tenaga honorer.

Apabila dilihat dari uraian tugas masing-masing staf pada Seksi P2B2, jumlah tenaga tersebut dapat dikatakan cukup, karena masing-

masing staf mempunyai tugas yang tidak terlalu berat dan sudah diatur sedemikian rupa sehingga setiap staf mendapat beban kerja sesuai dengan latar belakang pendidikan dan kemampuannya. Disamping itu untuk meningkatkan kinerja pada Sub Dinas Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit setiap tahun telah disusun *job description* dari masing-masing staf, sehingga mereka dapat konsentrasi pada pembagian tugas yang diberikan. Namun demikian perlu dipikirkan masalah status kepegawaian Tenaga Pelaksana Harian Lepas (TPHL) sebagai upaya untuk meningkatkan tanggung jawab dan kinerjanya.

3. Sarana

Sarana yang dipergunakan untuk mendukung kelancaran pelaksanaan program P2 DBD adalah sebagai berikut :

a). Kendaraan roda 4 sebanyak 3 unit.

b). Komputer sebanyak 1 unit.

c). ULV sebanyak 5 unit, dengan kondisi 4 unit dalam keadaan baik dan 1 unit dalam keadaan rusak.

d). Swingfog yang digunakan untuk kegiatan fogging seluruhnya ada 65 unit. Adapun jumlah swingfog yang berada pada Dinas Kesehatan sendiri ada 13 unit dengan kondisi baik 6 unit dan kondisi rusak 7 unit, namun pada alokasi anggaran belum tampak adanya anggaran untuk perbaikan dan pemeliharaan. Sedangkan jumlah swingfog yang ada di 37 Puskesmas seluruhnya ada 52 unit dengan kondisi baik sebanyak 51 unit dan rusak 1 unit. Jumlah swingfog yang berada di Puskesmas mengalami penambahan 10 unit dibandingkan tahun 2003 sebanyak 42 unit.

Secara ideal satu tim penyemprot terdiri dari empat orang penyemprot dan 1 orang pengawas dan dalam 15-30 menit penyemprotan, tenaga penyemprot harus istirahat dan diganti dengan tenaga yang lain. Untuk memenuhi syarat tersebut satu tim idealnya terdapat 2 unit mesin fogging, sehingga pada setiap Puskesmas seharusnya memiliki sarana berupa swingfog sebanyak 2 unit. Dengan demikian jumlah sarana berupa swingfog yang berada di Puskesmas masih kurang, akan tetapi sarana berupa ULV maupun swingfog yang berada di Dinas Kesehatan sudah memadai mengingat Dinas Kesehatan berfungsi sebagai koordinator dan operasional merupakan tanggung jawab Puskesmas.

4. Pedoman

Pedoman yang digunakan dalam pelayanan P2 DBD di Dinas Kesehatan Kota Semarang adalah Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang sudah ditetapkan oleh Walikota Semarang dalam Keputusan Walikota Semarang nomor : 065/314 tentang Standar Pelayanan Minimal Dinas Kesehatan Kota Semarang dan ditetapkan pada tanggal 29 Desember 2003. Dalam SPM tersebut sudah cukup lengkap memuat mengenai pokok-pokok pelayanan termasuk penanggulangan DBD yang mengacu dari pedoman Departemen Kesehatan maupun Dinas Kesehatan Propinsi serta sudah disesuaikan dengan situasi dan kondisi wilayah Kota Semarang. Dalam pedoman tersebut memuat mengenai :

a. Pengertian Penyakit DBD
b. Dasar Hukum

c. Kompetensi petugas dan persyaratan sarana untuk penanganan penderita serta fogging penanggulangan fokus
d. Prosedur pelayanan dan alir proses mengenai penanganan penderita, penyelidikan epidemiologi, fogging focus dan PSN
e. Target pencapaian
f. Pembiayaan
g. Mekanisme penanganan pengaduan, dan
h. Sistem Kewaspadaan dan Tindakan Dini (SKTD) penyakit DBD.

Indikator inputs yang dilaporkan dalam LAKIP Dinas Kesehatan Tahun 2004 adalah dana, tenaga dan sarana yang berupa kendaraan roda 4 dan komputer, sedangkan saran berupa swingfog dan ULV serta pedoman yang digunakan sebagai acuan pelaksanaan program belum dilaporkan.

D. PERSPEKTIF PROSES INTERNAL

1. PELAKSANAAN PROSEDUR PELAYANAN PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH DENGUE

Dalam melaksanakan program Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue (P2 DBD) di Kota Semarang ada standar yang digunakan sebagai pedoman pelayanan kepada masyarakat yaitu dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang sudah ditetapkan dengan Keputusan Walikota nomor 065/314 tanggal 29 Desember 2003. Dan pada prinsipnya semua karyawan khususnya pengelola program P2 DBD sudah mengetahui keberadaan dan tentang prosedur pelayanan yang harus dilakukan, karena sebelum SPM tersebut diputuskan, penyusunan SPM tersebut

dilakukan oleh Sub Dinas P2P, khususnya Seksi P2B2. Hal tersebut seperti yang disampaikan informan 1, sebagai berikut :

Kotak : 1

. . . Sebelumnya kita rapatkan dulu, kita bicarakan dulu. Setelah itu kita menyusun SPM tersebut, kemudian kita serahkan ke Kasubdin untuk dikoreksi, setelah betul kita serahkan ke Subdin PPI untuk disebarluaskan.

Informan 1

Untuk sosialisasi pada pengelola program P2 DBD mengenai SPM tersebut dilakukan secara berjenjang melalui rapat intern tingkat Dinas Kesehatan, kemudian diteruskan dalam rapat intern tingkat Sub Dinas. Hal tersebut diperoleh dari jawaban peserta FGD dan ditegaskan oleh Kepala Dinas Kesehatan melalui wawancara mendalam bahwa setiap hari Senin ada rapat di DKK dengan pejabat struktural Dinas, dan setiap hari Rabu rapat dengan Kepala Puskesmas. Sehingga sosialisasi itu bisa diberikan melalui Kasubdin dan Kasi kemudian ditindaklanjuti kepada para staf atau pelaksana program dan ke Puskesmas. Sedangkan sosialisasi untuk masyarakat dilakukan pada saat penyuluhan tentang DBD di masyarakat.

Adapun prosedur pelayanan dalam pencegahan DBD ada dua pokok kegiatan yaitu penemuan tersangka / penderita DBD di Puskesmas dan tindak lanjut dari hasil penemuan tersangka / penderita DBD. Adapun prosedur untuk penemuan tersangka / penderita DBD adalah :

a. Petugas melaksanakan anamnesa sesuai dengan Buku Pedoman Tatalaksana DBD
b. Pemeriksaan fisik : tanda-tanda vital

c. Merujuk ke laboratorium untuk pemeriksaan darah untuk menentukan kriteria derajat penyakit
d. Memberikan pengobatan, perawatan dan penyuluhan
e. Bila ditemukan tersangka / penderita DBD yang diperkuat dengan surat keterangan dokter yang merawat, maka dilakukan penyelidikan epidemiologi (PE).

Adapun kegiatan sebagai tindak lanjut dari penemuan tersangka / penderita DBD adalah fogging fokus dan pemberantasan sarang nyamuk (PSN), dengan kriteria sebagai berikut :

a. Fogging fokus, dilakukan bila hasil PE :
    1. Ditemukan tambahan kasus DBD 2 atau lebih
    2. Ditemukan tambahan kasus DBD yang meninggal
    3. Indeks kasus meninggal dan ada tambahan kasus DBD
    4. Ditemukan tambahan kasus DBD satu atau lebih atau tambahan tiga kasus panas yang belum diketahui penyebabnya, dengan *House Index* > 5%.
b. Pemberantasan sarang nyamuk (PSN), dilakukan apabila hasil PE:
    1. Ditemukan tambahan satu kasus DBD dengan HI < 5%
    2. Indeks kasus meninggal tanpa ada tambahan kasus DBD dan HI < 5%
    3. Dilakukan PSN ke II setelah 3 minggu setelah tanggal sakit indeks kasus
    4. Bila pada PSN ke II ditemukan tambahan kasus DBD sebanyak satu atau lebih

Pelaksanaan prosedur di atas ada dua alur proses yang dilakukan yaitu secara makro meliputi penanganan penderita di Puskesmas dan secara mikro meliputi kegiatan pencegahan di

lapangan. Pelaksanaan prosedur secara makro adalah penderita dating ke loket, kemuadian diperiksa dan dikonfirmasi dengan pemeriksaan laboratorium, bila dari hasil pemeriksaan dinyatakan penderita DBD maka dirujuk ke Puskesmas Perawatan atau Rumas Sakit, sedang bila bukan penderita maka diberikan pengobatan dan selanjutnya diperbolehkan pulang. Pelaksanaan prosedur secara mikro di lapangan adalah bila ditemukan penderita DBD dilakukan penyelidikan epidemiologi, dari hasil PE bila memenuhi kriteria untuk fogging dilakukan fogging fokus dan PSN, sedang bila tidak memenuhi kriteria fogging hanya dilakukan PSN saja.

Dari hasil FGD diketahui bahwa dalam melaksanakan tugasnya pengelola berusaha untuk selalu mengacu pada SPM yang ada, karena untuk meminimalisir apabila ada komplain atau keluhan dari masyarakat.

Dalam pelaksanaan prosedur pelayanan dapat dikatakan bahwa tidak ada kendala, disebabkan prosedur pelayanan tersebut sebelum ditetapkan telah dibicarakan dan yang menyusun pengelola program sendiri, hal tersebut seperti diutarakan oleh informan 1, sebagai berikut :

Kotak : 2

Kalau kendala dalam pelaksanaan prosedur pelayanan sih saya kira tidak ada, karena yang menyusun prosedur itu kan kita sendiri, jadi kita sudah menyesuaikan dengan situasi serta acuan yang lebih tinggi seperti acuan dari Depkes.

Informan 1

Dalam pelaksanaan program P2 DBD tidak ada prosedur lain yang diacu selain SPM. Hal tersebut seperti disampaikan oleh

informan 1 bahwa SPM yang dipakai sebagai acuan itu sumbernya dari Depkes dan Dinas Kesehatan Propinsi.

Sedangkan informasi mengenai sosialisasi prosedur pelayanan kepada masyarakat dapat dilakukan pada saat penyuluhan, disamping itu juga melalui brosur yang dicetak oleh Dinas Kesehatan yaitu pada Sub Dinas Perencanaan, Perijinan dan Informasi (PPI).

Dari uraian tersebut di atas disimpulkan bahwa dalam proses pelayanan untuk program penanggulangan DBD yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang mengacu pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencakup berbagai prosedur pelayanan di dalamnya. Dan semua staf pelaksana program telah mengetahui dan memahami prosedur tersebut sebagai acuan dalam melaksanakan tugas sehari-hari karena telah dilakukan sosialisasi secara berjenjang dan dalam penyusunan prosedur telah melibatkan pelaksana program P2 DBD.

Dari hasil FGD diketahui bahwa dalam melaksanakan program P2 DBD tidak terlepas dari kerjasama baik lintas program maupun lintas sektor. Adapun hasil diskusi secara ringkas mengenai program dan sektor terkait serta bentuk kerjasamanya seperti tampak pada table berikut :

Tabel 4.4 : Program dan Sektor Terkait dan Bentuk Kerjasamanya dalam Program Pencegahan DBD Kota Semarang Tahun 2004

Informan	Peran Lintas Program	Bentuk Kerjasama LP	Sektor Terkait	Bentuk Kerjasama LS
Informan 1	Pasti itu, kita di sini kerjasama lintas program dan lintas sektor	PSN anak sekolah dengan Seksi UKI, PJB di TTU dengan Seksi	Sektor-sektor baik tingkat Kota, Kecamatan maupun Kelurahan.	Pembentukan Pokjanal dan Pokja DBD.

		PMTTU, sosialisasi PSN di *masyarakat* dengan Seksi PSM		
Informan 6	Kami memegang tolok ukur untuk memberikan ijin operasional *pest control*, selanjutnya diinformasikan ke P2P.	Memberi arahan ke *pest control* bahwa H-2 sebelum fogging PSN harus dilaksanakan, PJB ditempat umum dan industri.	Dinas Pariwisata, Disperindag dan Dinas Perindustrian.	Pemeriksaan tempat wisata, hotel, sanitasi industri termasuk industri rumah tangga.
Informan 2	Dari PSM ikut membantu PSN, yaitu dengan pemantauan jentiknya, melakukan PHBS dimana di situ salah satu indikatornya adalah masy. tahu tentang PSN . Jadi di PHBS ada 16 indikator salah satunya adalah PSN.	Penyuluhan kepada masyarakat mengenai PHBS yang didalamnya ada indikator kebersihan lingkungan rumah termasuk bebas jentik.	PKK, Pemerintahan Kecamatan, Kelurahan dan BKKBN.	Pertemuan, monitoring dan evaluasi ke lapangan dari tingkat Kota sampai kelurahan dalam program Pokjanal Posyandu dan PHBS.
Informan 7	Dari UKI, ada PSN Anak Sekolah. Jadi anak sekolah mengamati jentik di rumah masing-masing dan di sekolah.	Pertemuan koordinasi, inspeksi bersama ke sekolah.	Dinas Pendidikan, Depag, Bagian Sosial Pemkot, Kecamatan dan PKK.	Pertemuan dan inspeksi bersama ke sekolah.

Sumber : Focus Group Discussion.

Dari tabel di atas dapat disimpulkan bahwa kerjasama secara lintas sektor dalam program pencegahan DBD sudah dilakukan

oleh Dinas Kesehatan baik oleh Seksi P2B2 maupun seksi lain yang terkait dengan program pencegahan DBD.

Keterkaitan lintas program maupun lintas sektor, seperti diutarakan oleh atasan para peserta diskusi, diantaranya dari Kasubdin P2P menyebutkan antara lain bahwa untuk program PSN di masyarakat melibatkan Seksi PSM, PSN untuk Anak Sekolah melibatkan Seksi UKI dan pemantauan jentik di tempat umum maupun pembinaan perusahaan penyemprot swasta bekerjasama dengan Seksi PMTTU. Sedangkan untuk lintas sektor yang terlibat seperti disebutkan oleh Kasubdin PMKL adalah Diknas dan Depag terlibat dalam PSN Anak Sekolah, PKK, BKKBN, Pemerintahan Kecamatan, Kelurahan ke bawah terlibat dalam PSN di masyarakat melalui program PHBS.

Dalam pelaksanaan program penanggulangan DBD pada Dinas Kesehatan Kota Semarang dilakukan dengan menjalin kerjasama, baik kerjasama lintas program maupun lintas sektor (pemerintah dan swasta).

2. PENANGANAN KELUHAN PROGRAM PENCEGAHAN DEMAM BERDARAH DENGUE

Dalam pelaksanaan program DBD juga pernah mendapat keluhan dari masyarakat seperti yang disampaikan oleh informan 1, informan 3 dan informan 5. Adapun keluhan tersebut terutama masalah pelayanan fogging, karena harapan masyarakat begitu ada kasus langsung difogging meskipun hanya satu kasus. Di satu sisi fogging dilakukan bila memenuhi kriteria yang sudah ditentukan dalam Sistem Kewaspadaan Dini yang tercantum dalam SPM. Hal tersebut

juga disampaikan oleh Kasubdin P2P bahwa menurut persepsi masyarakat fogging dilakukan dengan menunggu korban terlebih dahulu. Keluhan yang lain adalah dari sekolah yang meliputi sistem pelaporan untuk PSN Anak Sekolah. Keluhan tersebut disebabkan adanya volume kegiatan yang padat di sekolah dan kurangnya tenaga. Hal tersebut dibenarkan oleh Kepala Dinas Kesehatan sehingga alternatif terakhir sekolah hanya dibebani absensi saja, sudah melaksanakan PSN atau belum. Dan Kasubdin PMKL juga mengemukakan bahwa keluhan yang pernah ada yaitu masalah pelaporan PSN Anak Sekolah.

Karena keluhan dari masyarakat terutama masalah fogging, sehingga dalam penanganan keluhannya juga diberikan solusi agar masyarakat dapat melakukan fogging secara swadaya, mengingat keterbatasan anggaran fogging fokus yang ada pada Dinas Kesehatan Kota Semarang.

Dalam penanganan keluhanpun juga tetap melibatkan program terkait, hal tersebut seperti disampaikan informan 6 sebagai berikut :

Kotak : 3

. . . kami informasikan dari awal bahwa perusahaan pest control yang terdaftar adalah ini, ini dan dari Seksi P2B2 bisa menyampaikan informasi ke masyarakat kalau mereka akan fogging secara swadaya, . . . pest control sudah kami tekankan bahwa pada H-2 harus dilakukan PSN . . .

Informan 6

Mengenai kebijakan dalam rangka menanggapi keluhan dari masyarakat telah diterbitkan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan mengenai Pembentukan Tim Penanganan Keluhan yang

diketuai oleh Kasubdin PPI. Adapun Tim tersebut ditetapkan berdasarkan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang Nomor : 300.05/10556, pada tanggal 29 Desember 2003, sebagai upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat dan menindaklanjuti diterbitkannya Keputusan Walikota tentang SPM. Hal tersebut disampaikan oleh informan 6, sebagai berikut :

Kotak : 4

Kebijakan itu terbit sebagai upaya untuk memberikan pelayanan yang sudah ditetapkan pada Standar Pelayanan Minimal yang diputuskan oleh Walikota Semarang. Masyarakat dipersilahkan mengajukan komplain apabila dalam memberikan pelayanan kesehatan baik dari Dinas maupun Puskesmas, bisa melalui telepon maupun melalui surat.

Informan 6

Dengan demikian keluhan dari masyarakat atas pelayanan yang diberikan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang khususnya program penanggulangan penyakit DBD dapat disampaikan kepada tim tersebut, atau sesuai dengan prosedur penyampaian keluhan yang tersurat dalam SPM Dinas Kesehatan Kota Semarang. Disamping itu masyarakat dapat menilai setiap tahap penanganan keluhan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan, karena sudah ada alur proses penanganan keluhan masyarakat dalam SPM tersebut.

3. PENINGKATAN MUTU PELAYANAN PENCEGAHAN DBD SECARA BERKELANJUTAN.

Dari hasil FGD diketahui bahwa banyak permasalahan yang ditemui dalam pelaksanaan program pencegahan DBD terutama kegiatan PSN. Dari jawaban-jawaban informan dapat diketahui bahwa

secara garis besar permasalahannya adalah kurangnya peran sektor lain di luar kesehatan. Diantaranya adalah kurang berperannya kepala wilayah dari kecamatan sampai tingkat RT dan sektor lain dalam Pokjanal DBD baik tingkat kecamatan maupun tingkat kelurahan. Hal tersebut tampak pada gerakan-gerakan PSN yang hanya berjalan beberapa saat dan kadang pelaksanaan gerakan tersebut tidak sesuai dengan gerakan yang mengarah pada PSN, seperti disampaikan informan 9 sebagai berikut :

Kotak : 5

. . . himbauan Walikota untuk bebas jentik melalui Pemerintah Kelurahan, itupun berjalan beberapa bulan saja kemudian tidak jalan lagi. Waktu mengambil datanya ke Pemkel, itu saya bilang nggak pas, karena di situ laporannya hari ini, tanggal ini kerja bakti seperti di halaman kantor kecamatan, itu kan nggak pas ya, jadi kita tidak bisa mengevaluasi PSN-nya.

Informan 9

Dengan melihat hasil kerjasama yang berlum optimal di atas merupakan tantangan bagi Dinas Kesehatan Kota Semarang untuk lebih intensif dalam menjalin komunikasi dengan sektor terkait, sehingga program yang dilakukan dapat diterima dan tidak terjadi kesalahan persepsi.

Untuk mengatasi masalah-masalah yang ditemui tersebut dilakukan pemecahan secara bersama baik secara intern Subdin maupun melibatkan program lain pada pertemuan yang dilakukan secara rutin setiap hari Senin. Hasilnya diantaranya adanya terobosan untuk mempermudah sektor lain seperti Dinas Pendidikan dalam pelaporan hasil kegiatan PSN pada anak sekolah. Apabila masalah yang ditemui sifatnya operasional cukup diselesaikan sendiri secara intern Subdin P2P, akan tetapi apabila masalah tersebut menyangkut

program lain dan merupakan masalah kebijakan yang bersifat lebih umum diselesaikan pada saat pertemuan. Hal tersebut tampak dengan adanya kebijakan dan himbauan untuk meningkatkan program PSN di masyarakat.

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat secara berkelanjutan khususnya dalam hal pencegahan DBD, yaitu dengan melalui kebijakan berupa surat keputusan maupun surat himbauan baik dari Walikota maupun Kepala Dinas Kesehatan. Akan tetapi pelaksanaan dari kebijakan tersebut yang banyak menemui kendala yaitu kurangnya dukungan baik dari masyarakat maupun sektor lain di luar kesehatan. Disatu sisi sebetulnya Dinas Kesehatan sudah melakukan berbagai terobosan agar PSN itu dapat berjalan dengan baik melalui berbagai media seperti pada saat pembekalan Camat dan Lurah, hal tersebut dapat dilihat dari jawaban informan 1 sebagai berikut :

Kotak : 6

Sebetulnya kita sosialisasinya seperti sudah tidak kurang-kurang, namun pejabat di tingkat Kota atau Kecamatan dan Kelurahan itupun harus peduli dengan PSN ini, bahkan Kepala Dinas sendiri yang sering menyampaikan dalam pembekalan camat atau lurah, mereka seolah-olah karena saking biasanya mungkin jadi tidak peduli, tapi mungkin kalau gizi buruk, kemudian kasus polio, flu burung, mungkin itu hal-hal yang lagi ngetrend mereka antusias sekali.

Informan 1

Secara operasional peningkatan mutu pelayanan secara berkelanjutan seperti disampaikan oleh Kepala Subdin P2P adalah perbaikan SOP penyemprotan, peningkatan profesionalisme petugas penyemprot melalui pelatihan teknis atau *refreshing* cara-cara fogging,

pembuatan *job description* intern P2P yang selalu ditinjau ulang, dan penyusunan SPM dibuat lebih rinci.

Komunikasi sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan secara berkelanjutan pada Dinas Kesehatan baik untuk program pencegahan DBD maupun program lain berjalan dengan baik, baik itu komunikasi antara atasan dan karyawan maupun antar Subdin dan antar Seksi. Dan komunikasi itu dilakukan secara formal dan informal.

Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan secara berkelanjutan khususnya dalam upaya penanggulangan penyakit DBD bertitik tolak pada permasalahan yang dihadapi dan upaya yang dilakukan untuk pemecahannya, kemudian kebijakan yang ada dan pelaksanaan kebijakan tersebut, serta komunikasi yang terjalin dalam organisasi. Permasalahan utama yang dihadapi dalam upaya pencegahan penyakit DBD adalah kurangnya peran serta masyarakat serta kerjasama lintas sektor. Selama ini untuk mengatasi masalah tersebut dilakukan dengan membuat terobosan baru melalui kebijakan Kepala Dinas Kesehatan maupun Walikota dan belum dilakukan suatu pengkajian atas kegagalan kebijakan yang terdahulu yang menyebabkan suatu kebijakan tidak berjalan. Sehingga kebijakan yang barupun juga tidak berjalan seperti yang diharapkan. Sedangkan komunikasi intern sudah cukup bagus, baik secara formal maupun informal. Dengan demikian upaya pokok yang perlu ditingkatkan adalah mengajak dan memotivasi baik masyarakat maupun lintas sektor dalam rangka melakukan PSN sebagai upaya pencegahan penyakit DBD.

E. PERSPEKTIF PEMBELAJARAN

1. PELATIHAN DAN PEMBIMBINGAN

Dari hasil FGD diketahui bahwa belum pernah ada pelatihan khusus mengenai pelaksanaan program DBD bagi pengelola program. Akan tetapi mereka ada yang belajar sendiri dari buku pedoman, disamping itu dilakukan *refreshing* cara melakukan fogging, bagaimana melakukan penyelidikan epidemiologi dan lainnya dilakukan pada saat pertemuan koordinasi dalam waktu 2 sampai 3 hari. Jadi bukan melalui pelatihan khusus.

Proses pembelajaran juga dilakukan dengan pembimbingan. Dari hasil FGD diperoleh informasi bahwa dalam program pencegahan DBD pembimbingan dilakukan setiap saat, dalam arti apabila dalam melaksanakan tugas seorang staf Seksi P2B2 khususnya belum mengetahui atau masih baru pembimbingan dilakukan sedikit demi sedikit pada saat bekerja. Hal tersebut bisa dilakukan langsung oleh atasan dalam hal Kepala Seksi P2B2 atau sesama staf P2B2 yang lebih senior dan mampu. Disamping pembimbingan intern juga dilakukan pembimbingan dari instansi yang lebih tinggi yaitu Dinas Kesehatan Propinsi pada saat rapat koordinasi maupun bimbingan teknis.

Adapun bentuk pembimbingan pada Dinas Kesehatan bisa dalam bentuk formal dan tidak formal. Bentuk formal dilakukan misalnya pada saat pertemuan dengan mengundang Puskesmas untuk diberikan bimbingan teknis mengenai program pencegahan DBD yang dilakukan oleh Seksi P2B2 dengan melibatkan program terkait dalam memberikan materi. Materi berisi tentang refreshing program secara teknis maupun evaluasi program yang telah dilakukan untuk

peningkatan pelayanan dengan metode cermah, tanya jawab, diskusi dan praktek. Sedangkan untuk pembimbingan yang tidak formal dapat dilakukan secara intern Seksi P2B2 pada saat melakukan tugas, dari Kepala Seksi P2B2 kepada staf P2B2. Hal tersebut seperti disampaikan oleh informan 1 sebagai berikut :

Kotak : 7

Bentuknya bisa formal dan tidak, kalau formal biasanya kita ke Propinsi atau kita mengundang Puskesmas dan memberikan bimbingan teknis penanggulangan DBD yang mana pelaksanaannya biasanya kita tidak sendiri tapi juga melibatkan program lain yang berkaitan dengan DBD untuk memberi materi. Kalau tidak formal sih, sambil kerja kalau ada yang belum pas kita arahkan dan kalau belum tahu ya boleh bertanya sewaktu-waktu.

Informan 1

Sebagai upaya yang dilakukan institusi untuk meningkatkan kemampuan dan profesionalisme karyawan diantaranya adanya dukungan dari Kepala Dinas kepada stafnya yang berminat studi lanjut, dengan memberikan kesempatan yang seluas-luasnya, seperti disampaikan oleh informan 6 sebagai berikut :

Kotak : 8

Untuk peningkatan SDM dibuka luas-luas, jadi siapapun yang mau, menghendaki untuk studi lanjut diberi kesempatan misalkan untuk PSN DBD mungkin Epidemiologi, Entomologi itu dibuka lebar sehingga dengan itu kemampuan beliau yang sekolah itu bertambah.

Informan 6

Dalam upaya peningkatan profesionalisme petugas di Dinas Kesehatan juga dilakukan *learning organization*, seperti yang disampaikan oleh Kepala Dinas Kesehatan maupun Kasubdin P2P

melalui presentasi mengenai hasil kegiatan yang telah dilakukan secara berkala untuk didiskusikan sebagai wacana ke depan secara berkesinambungan. Sehingga untuk pelaksanaan program selanjutnya diharapkan lebih baik dan lebih professional. Disamping itu juga dilakukan dengan pemanfaatan teknologi informasi seperti pengembangan LAN pada Dinas Kesehatan, SIMPUS dan dalam waktu dekat dibuka *website* yang nantinya masyarakat bisa mengakses informasi mengenai DBD dan program lainnya. Dengan demikian setiap karyawan juga dituntut mampu mengoperasionalkan dan memanfaatkan teknologi informasi yang sudah dipersiapkan.

Dari uraian di atas, dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa pelatihan formal untuk petugas pengelola program P2 DBD tidak pernah didapatkan, akan tetapi melalui pertemuan koordinasi maupun bimbingan teknis secara berjenjang diberikan suatu materi mengenai program P2 DBD. Disamping itu untuk meningkatkan kemampuan dan profesionalisme karyawan dari Dinas Kesehatan telah mengupayakan berbagai kegiatan seperti pemaparan kegiatan serta pemanfaatan teknologi informasi untuk peningkatan pelayanan kepada masyarakat.

2. PEMBERDAYAAN KARYAWAN

Proses pembelajaran karyawan pada Dinas Kesehatan Kota Semarang diikuti dengan pendelegasian wewenang. Dari hasil FGD diketahui bahwa program-program yang sifatnya rutin secara langsung didelegasikan dan menjadi tanggung jawab masing-masing Sub Dinas atau Seksi. Demikian juga dengan program pencegahan DBD yang sifatnya rutin dan prosedur pelayanannya jelas, kewenangan langsung diberikan kepada Kepala Seksi P2B2. Kecuali

ada hal lain yang sifatnya kejadian luar biasa dan menggunakan langkah-langkah strategis harus melapor kepada atasannya secara berjenjang sampai kepada Kepala Dinas Kesehatan.

Dalam memberikan atau mendelegasikan wewenang kepada karyawan sifatnya berjenjang serta melihat pada permasalahan yang dihadapi. Kalau bersifat operasional dilimpahkan kepada Kepala Seksi atau Kepala Sub Dinas, dan bila bersifat kebijakan yang menyangkut kepentingan masyarakat luas menjadi tanggung jawab dari Kepala Dinas Kesehatan. Dalam pelimpahan wewenang tersebut seorang atasan juga mempertimbangkan kemampuan karyawannya dan melihat permasalahan yang ada, seperti disampaikan informan 7 sebagai berikut :

Kotak : 9

. . . dalam pelimpahan wewenang tentunya Kepala Dinas atau pejabat struktural lainnya sudah mempunyai pertimbangan sendiri, orang yang diberi tugas tersebut mampu atau tidak melaksanakannya. Disamping itu mestinya juga harus dipertimbangkan permasalahannya, misalnya masalah DB ya tentunya diserahkan kepada Kasubdin P2P atau Kasi P2B2.

Informan 7

Dinas Kesehatan cenderung untuk menyerahkan kepada suatu tim daripada individu. Hal ini tampak pada adanya tim-tim yang telah dibentuk seperti Tim Penanganan Keluhan Masyarakat, Tim Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan lain sebagainya. Akan tetapi pelimpahan tersebut juga diberikan kepada individu, yang dalam hal ini biasanya berkaitan dengan jabatan dan tanggung jawabnya, seperti menghadiri rapat yang tidak memungkinkan diserahkan pada tim.

Dalam rangka pemberdayaan karyawan di Dinas Kesehatan komunikasi antara karyawan dengan atasan terjalin dengan baik. Hal tersebut tampak pada adanya pertemuan intern masing-masing Sub Dinas untuk membicarakan segala sesuatu yang berhubungan dengan pelaksanaan tugas dan tanggung jawabnya, juga pertemuan rutin pejabat struktural setiap Senin, yang merupakan bentuk komunikasi formal. Sedang komunikasi antar karyawan sendiri juga berjalan dengan baik melalui komunikasi informal yang dapat dilakukan sewaktu-waktu.

Untuk mengevaluasi dari pendelegasian wewenang yang diberikan maupun pelimpahan tugas kepada bawahan dilakukan upaya pemberian umpan balik (*feed back*). Umpan balik mengenai pelaksanaan tugas dan kedisiplinan secara umum melalui penilaian DP3. Sebelum dituangkan pada DP3 ada catatan-catatan khusus dalam buku merah dimana setiap karyawan dipegang dan diisi masing-masing atasan langsung. Sedangkan untuk pelaksanaan program atau proyek, masing-masing penanggung jawab menyusun laporan berkala untuk pengawasan dan evaluasi pelaksanaan program. Akan tetapi umpan balik itu juga diberikan secara langsung, misalnya apabila dalam melaksanakan tugas ada yang tidak benar maka bisa diberikan teguran secara langsung, seperti yang disampaikan oleh informan 8 berikut ini :

Kotak : 10

Yang sifatnya emergency mungkin ya, misalnya kalau pas pelaksanaan event apa gitu kok nggak beres biasanya langsung ditegur oleh Kepala Dinas, jadi faktor pengawasan itu tetap ada, setiap tahun kita melaporkan kegiatan program atau kegiatan proyek selalu dievaluasi untuk pelaksanaan tahun yang akan datang.

Informan 8

Umpan balik ini dilakukan juga sebagai upaya untuk memberikan motivasi kepada karyawan. Hal tersebut seperti disampaikan oleh Kepala Dinas bahwa beliau membuat absensi sendiri mengenai kinerja atau pencapaian target dari program-program yang ada di Puskesmas, sehingga setiap saat dapat memberikan penilaian, pengawasan maupun umpan balik. Sebagai upaya untuk meningkatkan motivasi karyawan juga dilakukan dengan memberikan suatu penghargaan. Dari hasil FGD diketahui bahwa penghargaan tersebut sebagian besar sifatnya tidak formal, misalnya dengan ucapan terima kasih atau makan bersama. Seperti disampaikan informan 1 berikut ini :

Kotak : 11

Seperti ada kejadian luar biasa DB kemarin itu, secara langsung Kasubdin berterima kasih kepada kita-kita ya, begitu pula Kepala Dinas, termasuk suatu penghargaan atas kerja kita, ucapan terima kasih itu sudah cukup dan tidak dimarahi.
Sedang kalau saya memberi penghargaan kepada staf saya selain terima kasih juga ada pendekatan pribadi, bar do kesel mesakke, bar KLB saya ajak makan, terus terang itu saya ajak makan bareng-bareng itu saja, jadi tidak memberi penghargaan khusus, biasanya awake kesel, stress ya udah, ya jalan-jalan bareng mangan bareng gitu aja.

Informan 1

Disamping penghargaan yang tidak formal juga diberikan penghargaan yang formal seperti peningkatan penilaian pada DP3 juga penghargaan lain seperti pengusulan untuk mendapatkan penghargaan pegawai berprestasi dari Pemerintahan Kota Semarang.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa pemberdayaan karyawan telah dilakukan dengan baik, dengan pemberian tugas dan wewenang secara berjenjang, disamping itu dalam pelimpahan suatu tugas, atasan cenderung memberikan tugas kepada suatu tim dan

bukan semata-mata individu dengan melihat kemampuan dan tanggungjawabnya pada suatu program. Umpan balik atas pelimpahan tugas dan wewenang dilakukan secara langsung maupun berkala. Dan penghargaan sebagai upaya memotivasi karyawan dilakukan baik secara formal maupun non formal.

F. *OUTPUTS* (KELUARAN) PROGRAM PENCEGAHAN DBD TAHUN 2004

Indikator kinerja *output*s (keluaran) dalam penanggulangan DBD merupakan hasil kegiatan yang langsung dapat dievaluasi pada akhir tahun anggaran. Adapun pencapaian indikator *output*s program P2 DBD pada Dinas Kesehatan Kota Semarang pada tahun 2003 dan 2004 adalah seperti pada tabel berikut :

Tabel 4.5 : Hasil Kegiatan Program P2 DBD Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2003 dan 2004.

No.	Output	Satuan	Tahun 2003		Tahun 2004	
			Target	Realisasi	Target	Realisasi
1.	Dilaksanakannya fogging fokus	Kasus	364	56	677	188
2.	Dilaksanakannya supervisi P2 DBD di Pusk.	Kali/Th	-	-	2	2
3.	Dilaksanakannya refreshing Petugas Pusk.	Kali/Th	-	-	1	1
4.	Dilaksanakannya PSN Anak Sekolah	SD	-	-	752	725
5.	Dilaksanakannya penggandaan form PSN	Lembar	-	-	70.300	70.300
6.	Dilaksanakannya Penyelidikan Epidemiologi	Kasus	Semua/ 1.126	934	Semua/ 1.621	1.580
7.	Dilaksanakannya PJB dan Abatisasi Selektif	Kelurahan	131	134	154	154

8.	Dilaksanakannya evaluasi PSN	Puskesmas	37	7	-	-
9.	Dilaksanakannya penggerakan PSN	Kelurahan	177	40	-	-
10.	Dilaksanakannya Pelatihan Kader	Kader	177	40	-	-
11.	Dilaksanakannya pembelian insektisida	Liter	250	227	-	-
12.	Dilaksanakannya pembelian mesin fogging	Unit	10	10	-	-

Sumber : Hasil Kegiatan 2003 dan Rencana Kegiatan 2004, Hasil Kegiatan 2004 dan Rencana Kegiatan 2005 Subdin P2P, LAKIP 2004.

Dari tabel di atas tampak bahwa tidak semua kegiatan dapat dilakukan secara bersama dalam satu tahun anggaran. Adapun kagiatan yang dapat dilakukan tiap tahun adalah fogging fokus, penyelidikan epidemiologi serta pemantauan jentik berkala dan abatisasi selektif. Kegiatan fogging fokus dan penyelidikan epidemiologi merupakan kegiatan yang berkaitan dengan adanya kasus DBD, sehingga apabila kegiatan tersebut bertambah pasti diikuti dengan bertambahnya kasus DBD. Sedangkan untuk kegiatan pemantauan jentik berkala dan abatisasi selektif merupakan kegiatan dalam rangka pencegahan DBD yang perlu dipertahankan, dan pada tabel di atas tampak adanya peningkatan wilayah yang terjangkau dalam kegiatan PJB dan abatisasi selektif.

Kegiatan penggerakan PSN pada masyarakat yang dilakukan pada tahun 2003 tidak dilanjutkan pada tahun 2004, sedangkan kegiatan yang baru dilaksanakan pada tahun 2004 adalah PSN pada anak sekolah. Untuk meningkatkan peran serta masyarakat, sebaiknya kegiatan penggerakan PSN masyarakat tidak dihentikan akan tetapi tetap dibina dan bahkan ditingkatkan. Menurut informasi tambahan dari pengelola

program P2 DBD, pada tahun 2004 Dinas Kesehatan Kota Semarang akan membuat suatu terobosan dengan mengunggulkan PSN anak sekolah, namun hal tersebut lebih baik juga bila tetap diikuti dengan meningkatnya peran masyarakat.

B A B V

PEMBAHASAN

A. INDIKATOR *INPUTS* PROGRAM PENCEGAHAN DBD

Masukan (*inputs*) adalah segala sesuatu yang dibutuhkan agar pelaksanaan kegiatan dan program dapat berjalan atau dalam rangka menghasilkan output, misalnya sumber daya manusia, dana, material, waktu, teknologi, dan sebagainya . [16] Dari hasil penelitian diketahui bahwa *inputs* yang digunakan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang dalam mendukung kelancaran program P2 DBD berupa sarana untuk fogging serta pedoman atau peraturan yang dipakai untuk acuan pelaksanaan program belum dimasukan dalam LAKIP.

Pembiayaan untuk program pencegahan DBD memerlukan alokasi pembiayaan yang kompleks yaitu biaya untuk pemberantasan vektor baik secara kimiawi maupun dengan pengelolaan lingkungan melalui PSN, biaya untuk surveilans, biaya penyuluhan kesehatan dan KIE sebagai upaya meningkatkan partisipasi masyarakat dan biaya koordinasi dengan pihak di luar Dinas kesehatan.[2] Dari alokasi dana yang dibutuhkan di atas, Dinas Kesehatan Kota Semarang untuk program P2 DBD hanya teralokasi pada pemberantasan vektor dan peningkatan kemampuan petugas Puskesmas melalui refreshing. Biaya pemberantasan vektor itupun masih jauh dari cukup dari 677 (60 % kasus tahun lalu) direncanakan pada tahun 2004 hanya dibiayai 75 fokus. Dengan berbagai upaya serta adanya insektisida tahun lalu, maka dana tersebut dapat digunakan untuk memberantas vektor dengan fogging sebanyak 188 fokus. Dari hasil tersebut dapat diketahui bahwa upaya

yang telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang dalam meningkatkan pelayanan pencegahan DBD pada masyarakat telah dilakukan dengan baik, yaitu dengan mengefisienkan penggunaan anggaran khususnya untuk fogging fokus.

Dari hasil penelitian diketahui bahwa anggaran untuk bidang kesehatan sebesar 5,55% dari total anggaran Pemerintah Kota Semarang. Hal tersebut masih terlalu kecil dibandingkan dengan kesepakatan antara Menteri Kesehatan dengan Bupati/Walikota seluruh Indonesia yaitu sebesar 15% dari total anggaran daerah. Dengan demikian dari Dinas Kesehatan Kota Semarang perlu melakukan advokasi kepada pihak-pihak pemegang kewenangan dalam penentuan anggaran seperti DPRD, BAPPEDA dan Dinas Pengelola Keuangan Daerah (DPKD), dengan menyampaikan materi tentang pentingnya masalah kesehatan dan pengaruhnya terhadap kualitas sumber daya manusia (SDM) dan bidang lain di luar kesehatan dengan metode dan bahasa yang menarik serta mudah dipahami. Untuk memberikan suatu kepastian hokum juga perlu dipertimbangkan mengenai peraturan atau kebijakan yang mengatur mengenai persentase penganggaran khususnya untuk sektor kesehatan agar mencapai 15% dari total anggaran daerah. Kemampuan Dinas Kesehatan Daerah dalam advokasi kepada pemerintah Daerah akan pentingnya pembangunan kesehatan wilayah, perlu ditingkatkan. Selain itu penyelenggaraan pemerintahan yang baik (*good governance*) merupakan suatu prakondisi untuk dapat terciptanya sistem pembiayaan yang baik.[1)]

Dalam Rencana Strategi (Renstra) Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2002-2005 untuk masalah tenaga tidak disebutkan mengenai kebutuhan tenaga yang ideal untuk Dinas Kesehatan dan hanya disebutkan untuk kebutuhan ideal untuk tenaga di Puskesmas.[38)]

Akan tetapi apabila dilihat dari uraian tugas dari masing-masing staf pada seksi P2B2 sebagai penanggung jawab program P2 DBD dapat dikatakan cukup, karena beban kerja yang telah dibagikan tidak terlalu berat. Akan tetapi perlu upaya lebih lanjut agar tenaga harian lepas dapat ditingkatkan statusnya menjadi PNS, karena menurut Maslow manusia membutuhkan keamanan dan rasa aman yang dalam penerapannya bahwa kepastian status karyawan akan meningkatkan motivasi kerja dari karyawan.[39)]

Untuk *inputs* berupa sarana dari segi kuantitas masih belum mencukupi, disamping itu biaya untuk pemeliharaan sarana tersebut tidak tampak pada anggaran Program P2 DBD, disatu sisi alat-alat penyemprot seperti ULV dan mesin fogging membutuhkan perawatan dan biaya kaliberasi secara teratur untuk mengatur daya semprot serta besarnya partikel yang harus dikeluarkan.[2)]

Dalam penyelenggaraan pelayanan publik setiap unit pelayanan instansi pemerintah wajib menyusun standar pelayanan masing-masing sesuai dengan tugas dan kewenangannya dan dipublikasikan kepada masyarakat sebagai jaminan adanya kepastian bagi penerima pelayanan.[27)] Hal tersebut telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang dengan penetapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) oleh Walikota Semarang No.065/314 sebagai upaya memberikan pelayanan yang transparan dan akuntabel kepada masyarakat.

Indikator *inputs* tersebut perlu diperhatikan, karena menurut Soesilo (2000) kinerja suatu organisasi diantaranya dipengaruhi oleh faktor sumber daya manusia, kebijaksanaan pengelolaan serta sarana dan prasarana.[15)]

B. PERSPEKTIF PROSES INTERNAL

1. Pelaksanaan Prosedur Pelayanan Program Pencegahan Penyakit DBD.

Dalam rangka memberikan kepastian pelayanan kepada masyarakat serta sebagai acuan dalam melaksanakan pelayanan petugas kesehatan Kota Semarang khususnya dalam program penanggulangan Penyakit DBD, telah ditetapkan Standar Pelayanan Minimal dengan Keputusan Walikota Semarang nomor 065 / 314. Avedis Donabedian menilai mutu pelayanan adalah suatu keputusan yang berhubungan dengan proses pelayanan.[25] Pengembangan proses diantaranya mencakup mengenai penyediaan fasilitas dan penyediaan perangkat lunak termasuk metode dan prosedur.[26] Dari *inputs* yang ada Dinas Kesehatan Kota Semarang melakukan proses pelayanan kepada masyarakat sebagai upaya untuk pencegahan DBD dengan mengacu prosedur berupa standar pelayanan minimal yang sudah ditetapkan. Prosedur pelayanan tersebut cukup sederhana, tidak berbelit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan dan diwujudkan dalam bentuk bagan alir (*flow chart*), hal tersebut sesuai dengan Petunjuk Teknis Transparansi dan Akuntabilitas dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik.[27]

Dari hasil FGD sosialisasi SPM tersebut kepada petugas pelaksana dilakukan secara berjenjang sehingga merupakan pedoman bagi pemberi pelayanan, disamping itu juga dilakukan sosialisasi kepada masyarakat pada saat penyuluhan maupun pembagian brosur sebagai upaya untuk memberikan informasi bagi penerima pelayanan . Hal tersebut sesuai dengan keputusan Menpan, bahwa prosedur pelayanan yang diwujudkan dalam bagan alir sangat penting dalam

penyelengaraan pelayanan publik karena diantaranya berfungsi untuk petunjuk kerja bagi pemberi pelayanan serta informasi bagi penerima pelayanan.[27)]

Dalam pelaksanaan prosedur pelayanan tersebut pada prinsipnya tidak ada kesulitan bagi petugas pelaksana karena penanggungjawab program serta beberapa staf dilibatkan dalam penyusunan prosedur tersebut. Sehingga telah disesuaikan dengan situasi dan kondisi wilayah kerja. Akan tetapi seperti yang dikatakan Atmo Soeprapto (2001) bahwa faktor politik dapat mempengaruhi kinerja suatu organisasi[15)], hal tersebut tampak pada adanya fogging yang dilakukan tidak sesuai kriteria tetapi dilakukan karena permintaan pejabat politis seperti Gubernur dan pejabat tinggi lainnya.

Dalam arah kebijakan Dinas Kesehatan Kota Semarang diantaranya adalah memantapkan dan meningkatkan kerja sama lintas program dan lintas sektoral[38)], dalam kebijaksanaan pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 juga menyebutkan adanya pemantapan kerja sama lintas sektoral untuk mengoptimalkan hasil pembangunan berwawasan kesehatan[1)]. Berkaitan dengan program P2 DBD, maka hal tersebut sudah dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang, bahwa dalam melaksanakan program pencegahan DBD telah dijalin kerja sama lintas program dan lintas sektoral. Berbagai kegiatan dalam rangka pencegahan penyakit DBD, baik yang dilakukan oleh Seksi P2B2 maupun Seksi lain yang terkait telah dilakukan dengan melibatkan pihak di luar sektor kesehatan. Dan untuk kesinambungan kerjasama tersebut perlu dilakukan suatu koordinasi dan sinkronisasi program maupun kegiatan secara teratur

dan terevaluasi. Sehingga hasilnya dapat dievaluasi untuk peningkatan menjadi yang lebih baik.

2. Penanganan Keluhan dalam Program Pencegahan DB D

Untuk memperoleh umpan balik dari masyarakat atas pelayanan yang diberikan perlu disediakan akses kepada masyarakat untuk memberikan informasi, saran/pendapat /tanggapan/*complaint*/ pengaduan dalam bentuk kotak saran, kotak pos atau satuan tugas penerima pengaduan yang berfungsi menerima dan menyelesaikan pengaduan masyarakat.[27)] Dari hasil penelitian, Dinas Kesehatan Kota Semarang khususnya dalam pelaksanaan program P2 DBD sering juga mendapat keluhan terutama masalah fogging, dimana masyarakat menghendaki setiap ada kasus harus difogging sedangkan berdasarkan kriteria mungkin tidak harus fogging.

Hal tersebut disebabkan ketidaktahuan dari masyarakat mengenai program pencegahan DBD. Dengan demikian Dinas Kesehatan Kota Semarang harus melakukan penyuluhan yang lebih intensif dan mencakup masyarakat yang lebih luas, dan dengan metode yang menarik serta mudah dipahami berbagai kalangan. Dalam hal penyuluhan ini, Dinas Kesehatan Kota Semarang harus lebih kreatif dalam mengembangkan berbagai metode yang menarik, karena sasaran masyarakatnya cukup kompleks. Dari informasi Kepala Seksi P2B2 sudah ada pemikiran untuk merekrut *event organizer* dalam penyebaran informasi mengenai pencegahan DBD dan dapat mengundang *public figure* seperti artis untuk lebih menarik perhatian. Hal tersebut perlu kiranya direalisasikan dan diupayakan dengan pendekatan kepada berbagai pihak Pemerintah Kota Semarang dan

Kepala Dinas Kesehatan Kota sendiri untuk memperoleh dukungan dana, serta pihak-pihak lain yang akan terlibat dalam kegiatan tersebut.

Keluhan lainnya adalah kesulitan dari sekolah karena kurangnya tenaga di sekolah dalam melaksanakan dan melaporkan PSN di sekolah. Keluhan tersebut sudah diupayakan pemecahannya dengan mempermudah bentuk evaluasi kegiatan PSN anak sekolah dengan cara sekolah hanya dibebani absensi kegiatan PSN tersebut, untuk selanjutnya Petugas Puskesmas yang akan memeriksa absensi tersebut dan melaporkan kepada Dinas Kesehatan Kota Semarang.

Salah satu aspek penanganan yang penting adalah kemudahan bagi masyarakat untuk menghubungi pemberi pelayanan[26], hal tersebut telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang dengan kebijakan Kepala Dinas yang ditetapkan dalam surat Keputusan Kepala Dinas Kota Semarang Nomor 300.05 / 10556 tertanggal 29 Desember 2003 tentang Pembentukan Tim Penangan Keluhan . Dalam Penangan Keluhan juga tetap melibatkan lintas program, seperti keterlibatan seksi PMTTU dalam memberikan informasi mengenai perusahaan *pest control* yang berijin serta pembinaan-pembinaan opoerasional perusahaan tersebut . Seperti dikemukakan oleh Fandy Tjiptono (1997) bahwa dalam penangan keluhan, karyawan harus diperdayakan untuk mengambil keputusan dalam rangka menangani keluhan masyarakat.[28]

Sektor kesehatan sudah berupaya memberikan pelayanan yang baik kepada masyarakat, namun upaya pencegahan DBD bukan merupakan tanggung jawab sektor kesehatan semata, tetapi masyarakat juga dituntut untuk berpartisipasi dan bertanggung jawab

dalam mencegah terjadinya kasus DBD.[2)] Berdasarkan informasi tambahan dari Kepala Sub Dinas P2P, telah direncanakan suatu peraturan mengenai sanksi bagi masyarakat yang rumahnya positif jentik. Hal tersebut merupakan suatu terobosan yang baik sebagai upaya untuk meningkatkan partisipasi masyarakat tanpa memandang status. Dan sebagai masukan perlu ditambahkan juga mengenai sanksi kepada masyarakat yang menolak untuk dikunjungi petugas kesehatan ataupun menghambat upaya petugas kesehatan dalam melaksanakan tugas, sehingga peraturan tersebut dapat digunakan sebagai upaya perlindungan bagi *health provider* khususnya dalam pencegahan DBD.

3. Peningkatan Mutu Pelayanan dalam Pencegahan DBD Secara Berkelanjutan

Peningkatan kinerja tidak hanya merupakan peningkatan sumber daya tetapi juga berasal dari perbaikan sistem/proses. Guna meningkatkan system/ proses harus dicari sumber masalah karena sering lebih banyak menekankan aspek pemecahan masalah daripada mencari sumber masalah.[29)] Berkaitan dengan program pencegahan DBD di Kota Semarang, permasalahan umum yang dihadapi adalah kurangnya peran sektor di luar kesehatan. Banyak dikeluarkan kebijakan baik dari Kepala Dinas Kesehatan maupun Walikota Semarang dalam rangka pemberantasan sarang nyamuk akan tetapi tidak jalan atau jalan hanya beberapa saat saja. Sehingga perlu dicari penyebab kurangnya peran lintas sektor tersebut. Karena peran lintas sektor akan mempengaruhi juga peningkatan motivasi serta peran serta masyarakat.[1)]

Untuk mewujudkan kerjasama ini, perlu dipahami pentingnya pelaksanaan koordinasi, integrasi dan sinkronisasi kegiatan-kegiatan dalam rangka pendekatan sistem dan kerjasama yang dinamis. Integrasi kegiatan akan dapat dilaksanakan dan dikembangkan apabila koordinasinya jelas.[1)] Dengan demikian komunikasi ekstern harus lebih ditingkatkan dan sikap keterbukaan mutlak diperlukan, karena komunikasi merupakan aspek yang sangat penting dalam perbaikan berkesinambungan.[29)] Komunikasi tersebut sangat diperlukan guna memperoleh informasi mengenai program maupun kegiatan sektor terkait yang pelaksanaannya dapat diintegrasikan dengan program pencegahan DBD. Namun hal tersebut perlu suatu koordinasi dan komunikasi yang lebih intensif dan teratur, sehingga Dinas Kesehatan Kota Semarang selaku *leading sector* harus melakukan pendekatan khususnya untuk pendanaannya kepada Pemerintah Kota Semarang. Disamping itu juga perencanaan kegiatan pertemuan dan evaluasi program yang melibatkan sektor di luar kesehatan. Pemerintah Kota Semarang sebagai penanggung jawab dan pemegang wewenang dalam penyelenggaraan pelayanan umum dalam hal ini adalah pencegahan DBD, hendaknya memfasilitasi baik berupa anggaran maupun upaya koordinasi dan evaluasi dari pelaksanaan kerjasama lintas sektor dalam pencegahan DBD tersebut. Komunikasi intern organisasi Dinas Kesehatan Kota Semarang sudah berjalan dengan baik, baik secara formal melalui forum pertemuan rutin maupun secara non formal dalam pelaksanaan kerja sehari-hari.

Secara operasional peningkatan mutu pelayanan secara berkelanjutan sudah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang melalui terobosan-terobosan sebagai upaya meningkatkan peran lintas

sektor dan partisipasi masyarakat melalui himbauan maupun surat keputusan Walikota Semarang maupun Kepala Dinas Kesehatan. Disamping itu juga dilakukan dengan penyusunan prosedur pelayanan menjadi lebih sederhana, pelatihan teknis, *refreshing* dan pemberian kesempatan untuk studi lanjut bagi karyawan yang berminat sebagai upaya untuk peningkatan profesionalisme petugas serta peninjauan secara berkala *job discription* para staf pelaksana program P2 DBD.

Program lain dalam rangka peningkatan pelayanan secara berkelanjutan adalah dilakukannya investasi dalam penggunaan teknologi informasi dengan membuka *web site*, membuat *Local Area Network* (LAN) di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Semarang serta mengaktifkan Sistem Informasi Puskesmas (SIMPUS) sebagai upaya peningkatan pelayanan kepada masyarakat. Hal tersebut sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Gaspersz (1997), bahwa strategi untuk menerapkan perbaikan kualitas pelayanan terus menerus diantaranya adalah memperhatikan proses (tidak hanya hasil), membuat proses pelayanan menjadi lebih sederhana, mengusahakan untuk melakukan investasi dalam teknologi baru, serta memandang masalah dan kegagalan sebagai kesempatan untuk perbaikan pelayanan.[30)]

C. PERSPEKTIF PEMBELAJARAN

1. Pelatihan dan Pembimbingan

Pembelajaran merupakan elemen penting dalam perbaikan dan memberikan dasar rasional untuk bertindak. Upaya tersebut dapat ditempuh melalui pendidikan dan pelatihan. Tujuan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan ketrampilan dan sikap karyawan serta

meningkatkan kualitas dan produktivitas organisasi secara keseluruhan sehingga organisasi menjadi lebih kompetitif.[29] Dari hasil penelitian diketahui bahwa petugas pengelola program P2 DBD sampai saat ini belum pernah mendapatkan pelatihan khusus tentang program pencegahan DBD, akan tetapi petugas sudah cukup menguasai program tersebut dengan mempelajari pedomannya secara mandiri. Meskipun tidak melalui suatu pelatihan, namun untuk proses pembelajaran tetap berjalan melalui pembimbingan . Pembimbingan adalah penyediaan tuntunan dan dorongan untuk membantu orang belajar sendiri dengan melakukan pekerjaan. [31] Untuk peningkatan pengetahuan dan ketrampilan dari penanggung jawab program dilakukan pada saat pertemuan evaluasi atau bimbingan teknis yang diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan atau Dinas Kesehatan Propinsi. Untuk selanjutnya Kepala Seksi P2B2 yang mengikuti pertemuan tersebut akan memberikan pengarahan kepada para staf P2B2 pada saat melakukan pekerjaan. Disamping itu Dinas Kesehatan juga mengadakan bimbingan teknis atau *refreshing* atau supervisi sebagai bentuk pembelajaran untuk peningkatan pengetahuan dan keterampilan petugas puskesmas. Salah satu kelebihan pembimbingan dibanding pelatihan yaitu adanya hubungan dan rasa percaya yang membantu membangun hubungan antara pembimbing dan orang yang dibimbing.[31]

Upaya lain yang ditempuh guna peningkatan pengetahuan dan profesionalisme petugas, Kepala Dinas Kesehatan memberikan kesempatan seluas-luasnya bagi stafnya yang berminat studi lanjut ke jenjang yang lebih tinggi. Hal tersebut sesuai dengan kebijakan Departemen Kesehatan bahwa pada masa yang akan datang tenaga

kesehatan profesional akan dikembangkan menjadi tenaga kesehatan tingkat madya dan tingkat sarjana sebagai upaya untuk meningkatkan mutu tenaga serta sebagai upaya pengembangan karir tenaga kesehatan .[1)]

2. Pemberdayaan Karyawan

Pemberdayaan merupakan kunci utama dalam motivasi dan produktivitas, seorang karyawan merasa dirinya dihargai dan memiliki kontribusi akan berkembang secara pribadi dan professional sehingga kontribusinya bagi organisasi dapat dimaksimalkan.[29)] Pada Dinas Kesehatan Kota Semarang untuk program yang bersifat rutin dan prosedurnya jelas wewenang untuk pengambilan keputusan serta tanggungjawab diserahkan kepada Kepala Sub Dinas maupun Kepala Seksi. Untuk program penanggulangan DBD sebagai penanggungjawab operasional adalah Kepala Seksi P2B2 dibawah Sub Dinas P2P. Sesuai dengan prinsip organisasi bahwa individu-individu seharusnya diberi wewenang untuk melaksanakan tugasnya, pendelegasian wewenang dan tanggung jawab merupakan proses yang diperlukan organisasi agar dapat berfungsi lebih efisien yang memungkinkan manager dapat memusatkan tenaganya untuk tugas-tugas yang lebih penting serta memungkinkan bawahannya tumbuh dan berkembang bahkan dapat digunakan sebagai alat untuk belajar dari kesalahan.[39)]

Organisasi yang menerapkan pemberdayaan salah satu ciri pokok adalah dalam melaksanakan proses kerja baik perencanaan, pengendalian dan perbaikan proses dilakukan oleh tim kerja.[28)] Hal tersebut juga dilakukan pada Dinas Kesehatan Kota Semarang bahwa

untuk melaksanakan tugas-tugas tertentu Kepala Dinas cenderung menyerahkan suatu tim, seperti penanggulangan kejadian luar biasa telah dibentuk Tim Gerak Cepat, perencanaan program juga diserahkan kepada tim. Untuk tugas yang tidak memungkinkan untuk diserahkan tim diserahkan pada Kepala Sub Dinas atau Kepala Seksi yang bertanggung jawab terhadap program tertentu. Program pencegahan DBD diserahkan kepada Kepala Sub Dinas P2P atau Kepala Seksi P2B2.

Pengembangan komunikasi antara atasan dan bawahan akan meningkatkan saling pengertian dan membuat delegasi lebih efektif.[39)] Untuk komunikasi Dinas kesehatan Kota Semarang terjalin cukup baik, antara Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Sub Dinas, Kepala Seksi dengan staf maupun secara horinzontal sesama karyawan. Komunikasi secara formal cukup banyak wadah pertemuan yang dijadikan sarana komunikasi seperti pertemuan rutin, evaluasi program maupun pertemuan yang bersifat penting mengenai program tertentu. Disamping itu komunikasi informal yang dilakukan dalam melaksanakan tugas sehari-hari terjalin dengan baik. Dengan komunikasi tersebut seorang atasan akan mengetahui kemampuan bawahannya sehingga dapat lebih realistis menentukan tugas yang dapat didelegasikan kepada bawahannya. [39)] Hal tersebut tampak pada pendelegasian tugas-tugas tertentu kepada Pejabat Struktural di bawah Kepala Dinas Kesehatan sesuai dengan kemampuan dan tanggung jawabnya pada Dinas Kesehatan Kota Semarang.

Untuk memacu inisiatif karyawan dibutuhkan lingkungan dan kondisi yang kondusif dan itu menjadi tugas seorang atasan melalui upaya diantaranya memberikan umpan balik yang tepat waktu dan

dapat dipahami sehingga membantu mereka selama proses belajar.[29] Pemberian umpan balik tersebut selalu diberikan secara berkala oleh Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang untuk menunjukkan kinerja dari pejabat struktural baik di Dinas Kesehatan maupun Puskesmas, disamping itu juga dilakukan umpan balik dari Kepala Sub Dinas P2P atau Kepala Seksi P2B2 pada saat pertemuan rutin intern Sub Dinas P2P khususnya mengenai program pencegahan DBD. Menurut McClelland , orang yang termotivasi untuk berprestasi mempunyai karateristik diantaranya mempunyai kebutuhan yang kuat akan umpan balik tentang apa yang telah dikerjakan.[39]

Disamping itu penghargaan dapat memotivasi karyawan untuk berprestasi, disini atasan mempunyai peranan penting dalam proses motivasi.[39] Pada Dinas Kesehatan Kota Semarang khususya Sub Dinas P2P dan Seksi P2B2 yang menangani program pencegahan DBD penghargaan sudah diberikan walaupun belum ada mekanisme khusus yang dibuat namun penghargaan tersebut bersifat non formal seperti ucapan terima kasih, makan bersama, pembelian pakaian olah raga serta kemudahan penggunaan komputer dan lain sebagainya. Perlu kiranya dipertimbangkan mekanisme khusus tingkat Dinas Kesehatan untuk memberikan penghargaan sebagai upaya peningkatan motivasi karyawan.

D. INDIKATOR *OUTPUTS* PROGRAM PENCEGAHAN DBD

Keluaran (*outputs*) adalah segala sesuatu berupa produk/jasa (fisik dan / atau non fisik) sebagai hasil langsung dari pelaksanaan suatu kegiatan dan program berdasarkan masukan yang digunakan.[16] *Outputs* yang dihasilkan Dinas Kesehatan Kota Semarang dalam program

penanggulangan DBD tahun 2004 dititik beratkan pada pelaksanaan PSN Anak Sekolah serta pemberantasan vektor melalui fogging fokus. Dari indikator *outputs* tersebut kelihatan bahwa tidak ada laporan adanya kegiatan pertemuan koordinasi lintas sektoral serta penggerakan PSN pada masyarakat, sehingga sulit untuk melakukan koordinasi serta sinkronisasi kegiatan karena hal tersebut memerlukan sarana komunikasi yang membutuhkan dana. Dan tentunya untuk kegiatan penggerakan PSN di masyarakat juga kurang memperoleh hasil yang memuaskan mengingat penggerakan memerlukan banyak biaya sebagai upaya penyuluhan dan KIE di masyarakat mengenai penanggulangan DBD.[2)] Dengan melihat permasalahan di atas, maka Dinas Kesehatan perlu menyusun suatu kegiatan dan penganggarannya terutama untuk penggerakan masyarakat dalam PSN, serta upaya menjalin kerjasama yang lebih intensif melalui pertemuan secara berkala dengan sektor yang terkait dengan pencegahan DBD. Apabila dibandingkan *outputs* dengan kegiatan yang direncanakan sudah tercapai dengan baik, akan tetapi perlu dipertimbangkan bahwa apa yang direncanakan khususnya pada tahun 2004 belum mencakup seluruh kegiatan pencegahan DBD. Kegiatan penyuluhan kepada masyarakat, penggerakan PSN di masyarakat, pertemuan lintas sektor, serta pelatihan kader kesehatan dalam pencegahan DBD belum direncanakan.

E. EVALUASI KINERJA PENCEGAHAN DBD

Dalam melakukan evaluasi kinerja digunakan perbandingan-perbandingan antara lain membandingkan kinerja nyata dengan kinerja yang direncanakan, bisa juga dilakukan dengan membandingkan kinerja nyata dengan kinerja tahun-tahun sebelumnya.[16)] Dari indikator *inputs* anggaran tahun 2004 mengalami penurunan dibandingkan dengan tahun

2003, sumber daya manusia sudah cukup bila dilihat dari beban kerjanya untuk sarana ada peningkatan berupa mesin fogging dibandingkan tahun 2003, sedangkan untuk metode atau pedoman yang dipakai pada tahun 2004 ada peningkatan yang sangat bagus karena pada akhir 2003 telah ditetapkan Standar Pelayanan Minimal.

Indikator *output*s tidak semua kegiatan dapat dibandingkan antara tahun 2003 dan 2004, karena kegiatan penggerakan PSN sasarannya berbeda, pada tahun 2003 sasarannya masyarakat sedang tahun 2004 sasarannya anak sekolah. Sedangkan untuk hasil kegiatan fogging fokus bila dibandingkan dengan tahun 2003 ada peningkatan, akan tetapi terlaksananya fogging fokus masih jauh dari rencana target yang telah ditetapkan yaitu 60% dari kasus tahun sebelumnya. Pencapaian indikator-indikator kinerja diatas tidak terlepas dari proses yang merupakan kegiatan mengolah *inputs* atau proses penyusunan kebijaksanaan/program/ kegiatan yang penting dan berpengaruh terhadap pencapaian sasaran dan tujuan.[27)] Dari dua perspektif yang diteliti yaitu proses internal dan proses pembelajaran dapat dikatakan bahwa indikator proses dilaksanakan dengan baik karena indikator proses digunakan untuk menunjukkan proses manajemen kegiatan yang telah terjadi.[22)] Hal tersebut tampak pada upaya Dinas Kesehatan dalam meningkatkan pelayanannya, meskipun anggaran yang dialokasikan untuk pencegahan DBD sangat jauh dari yang direncanakan. Disamping itu adanya kegiatan-kegiatan yang tidak diberi anggaran namun pelaksanaannya diintegrasikan dengan kegiatan luar gedung lainnya seperti penyelidikan epidemiologi dan abatisasi selektif.

Untuk program P2 DBD indikator sasaran yang digunakan adalah angka kesakitan demam berdarah dan angka bebas jentik.

DBD sangat jauh dari yang direncanakan. Disamping itu adanya kegiatan-kegiatan yang tidak diberi anggaran namun pelaksanaannya diintegrasikan dengan kegiatan luar gedung lainnya seperti penyelidikan epidemiologi dan abatisasi selektif.

Untuk program P2 DBD indikator sasaran yang digunakan adalah angka kesakitan demam berdarah dan angka bebas jentik. Berdasarkan LAKIP Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2004 dilaporkan bahwa angka kesakitan DBD per 10.000 penduduk mengalami kenaikan dari 8,5/10.000 penduduk pada tahun 2003 menjadi 11,5/10.000 penduduk pada tahun 2004, dengan demikian dapat dikatakan hasil kinerjanya menurun. Apabila dibandingkan dengan sasaran Indonesia Sehat 2010 masih sangat jauh yaitu 5/100.000 penduduk, sedangkan target yang ditetapkan oleh DKK dalam Renstra 2002-2005 di bawah 7/10.000 penduduk.. Sedangkan untuk angka bebas jentik indikator sasaran pada tahun 2004 tercapai 85,79% angka tersebut mengalami penurunan dibanding tahun 2003 sebesar 88,2%, dari hasil tersebut dapat dikatakan menurun. Target yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan untuk angka bebas jentik sebesar lebih 85% sedangkan menurut Departemen Kesehatan suatu wilayah rawan terjangkit DBD apabila angka bebas jentik kurang dari 95%.[9]

F. KETERBATASAN PENELITIAN

Penelitian ini secara umum dapat berjalan dengan baik, akan tetapi dalam pelaksanaan pengumpulan data ditemui beberapa kendala yaitu :

1. Sehubungan dengan adanya kesibukan karyawan terutama pesertas FGD, maka tidak semua yang diundang dapat hadir seluruhnya . Dari 10 karyawan yang diundang yang tidak hadir satu orang yaitu staf

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

1. Kinerja Dinas Kesehatan Kota Semarang dalam melakukan proses pelayanan program pencegahan DBD sudah baik, dengan mengacu pada Standar Pelayanan Minimal (SPM). Prosedur pelayanan berbentuk bagan alir (*flow chart*) sesuai dengan Petunjuk Teknis Transparansi dan Akuntabilitas dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik.
2. Sebagai upaya meningkatkan pelayanan kepada masyarakat, Dinas Kesehatan Kota Semarang telah membentuk Tim Penanganan Keluhan Masyarakat. Petugas kesehatan dapat menangani keluhan dengan transparan dan masyarakat dapat menyampaikan keluhan tersebut dengan mudah, karena alur proses penyampaian keluhan dan penanganannya telah tercantum dalam Standar Pelayanan Minimal.
3. Dalam rangka peningkatan mutu pelayanan secara berkelanjutan program pencegahan penyakit DBD, telah dilakukan berbagai terobosan dengan melakukan penggerakan PSN melalui kebijakan Kepala Dinas Kesehatan maupun Walikota Semarang, namun dalam pelaksanaannya masih banyak ditemui kendala terutama kurangnya dukungan dari masyarakat dan lintas sektor baik pemerintah maupun swasta. Program yang lain adalah peningkatan profesionalisme petugas melalui studi lanjut dan *refreshing*

staf teknis, serta penyusunan pembagian tugas dan uraian tugas yang ditinjau ulang setiap tahun.

4. Pelatihan formal untuk petugas pengelola program P2 DBD belum pernah didapatkan, akan tetapi proses pembimbingan dari Kepala Sub Dinas P2P dan Kepala Seksi P2B2 dilakukan dengan baik kepada staf P2B2 saat melakukan tugas. Pembimbingan dari Dinas Kesehatan Propinsi melalui pertemuan koordinasi maupun bimbingan teknis, sedang pembimbingan untuk Puskesmas dilakukan melalui pertemuan teknis program pencegahan DBD.
5. Pemberdayaan karyawan telah dilakukan dengan baik dengan pemberian tugas dan wewenang secara berjenjang sesuai dengan kemampuan dan tanggungjawabnya pada suatu program. Umpan balik atas pelimpahan tugas dan wewenang dilakukan dengan baik, dengan penyampaian evaluasi secara langsung maupun berkala. Penghargaan sebagai upaya memotivasi karyawan secara non formal sudah baik, namun secara formal secara intern Dinas Kesehatan belum ada mekanisme pemberian penghargaan yang mengatur.
6. *Inputs* (masukan) untuk pelaksanaan program P2 DBD dari anggaran, jumlah sarana berupa mesin fogging dan pedoman yang dipakai (SPM) masih belum mencukupi, dan perlu diupayakan lebih lanjut untuk peningkatan program pencegahan DBD pada waktu mendatang.
7. Indikator *outputs* program penanggulangan DBD Kota Semarang pada tahun 2004 secara umum dapat tercapai bila dibandingkan dengan perencanaan tahunan yang telah

dilakukan, kecuali pelaksanaan fogging dalam penanggulangan kasus pencapaiannya masih jauh di bawah target disebabkan kurangnya dana untuk kegiatan tersebut.

B. S A R A N

1. Untuk Dinas Kesehatan Kota Semarang

   a. Untuk lebih meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam penanggulangan DBD, hendaknya Dinas Kesehatan melakukan *advocacy* kepada pihak-pihak yang berwenang dalam penetapan anggaran yaitu DPRD, BAPPEDA dan DPKD (Dinas Pengelola Keuangan Daerah) agar anggaran yang dibutuhkan dapat dialokasikan sesuai kebutuhan riil untuk pelaksanaan kegiatan seperti surveilans, rapat koordinasi, penyuluhan, penggerakan PSN dan penanggulangan fokus.

   b. Dalam rangka mengatasi permasalahan berkaitan dengan kurangnya peran sektor terkait dalam pelaksanaan program P2 DBD, perlu adanya suatu pertemuan koordinasi berkala dan komunikasi secara terbuka dengan penyampaian program maupun kegiatan masing-masing sektor yang dapat dipadukan dengan program pencegahan DBD. Sektor terkait tersebut adalah Dinas Pendidikan dan Departemen Agama untuk mendukung penggerakan PSN anak sekolah, Bagian Sosial Pemkot serta kepala wilayah kecamatan sampai

tingkat RT untuk mendukung penggerakan PSN di masyarakat.

c. Berkaitan dengan masalah kurangnya peran serta masyarakat dan keluhan masyarakat yang banyak berkaitan dengan permintaan fogging, maka Dinas Kesehatan perlu melakukan penyuluhan kepada masyarakat dengan metode yang inovatif serta melibatkan pihak swasta maupun masyarakat dengan melihat latar belakang penduduk pada suatu wilayah tertentu (*local specific*). Perlu juga dilakukan kampanye massa maupun penyuluhan dengan melibatkan *public figure* seperti artis pada tempat umum seperti mal sehingga lebih menarik, dan masyarakat mengetahui bahwa masalah DBD bukan hanya masalah Dinas Kesehatan.

2. Untuk Pemerintah Kota Semarang

a. Dalam rangka meningkatkan pelayanan di bidang kesehatan, khususnya untuk program pencegahan dan penanggulangan DBD perlu ditunjang dengan adanya anggaran yang memadai, sehingga perlu disusun perundangan tentang prosentase anggaran untuk bidang kesehatan sebesar 15% dari total anggaran APBD II.

b. Untuk melindungi petugas program P2 DBD saat melaksanakan tugas di lapangan serta meningkatkan peran serta seluruh masyarakat tanpa melihat adanya perbedaan status, maka perlu disusun perundangan

mengenai perlindungan petugas serta pemberian sanksi atau hukuman terhadap anggota masyarakat yang tidak mematuhi upaya tenaga kesehatan dalam menjalankan tugas khususnya dalam penanggulangan DBD.

c. Dalam rangka meningkatkan peran sektor terkait hendaknya dari pihak Pemerintah Kota mengkoordinir dan secara berkala melakukan evaluasi untuk mengetahui sampai sejauh mana keterpaduan masing-masing sektor yang dalam upaya pencegahan DBD, karena Pemerintah Kota yang mempunyai wewenang untuk mengatur sektor-sektor di wilayah Kota Semarang, terutama untuk kepala wilayah dari tingkat kecamatan sampai tingkat RT agar dapat mendukung penggerakan PSN di masyarakat.

3. Untuk Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat

Dengan semakin bertambahnya penelitian dengan menggunakan analisa secara kualitatif, maka agar ditambahkan materi mengenai metode penelitian kualitatif terutama materi mengenai analisa data dan penulisan hasil penelitian.

4. Untuk Peneliti Lain

a. Berkaitan dengan kurangnya peran lintas sektor dalam pencegahan DBD, maka perlu adanya kajian tersendiri mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi peran lintas sektor dalam program pencegahan DBD.

b. Untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pencegahan DBD perlu adanya kajian mengenai pengetahuan, sikap dan perilaku berdasarkan lokal spesifik suatu wilayah sehingga intervensi yang dilakukan dapat mengenai sasaran dan diterima oleh masyarakat.

c. Untuk mengetahui gambaran kinerja Dinas Kesehatan Kota Semarang khususnya dalam penanggulangan DBD dengan sasaran yang lebih luas, maka perlu adanya kajian mengenai kinerja Puskesmas dalam program penanggulangan dan pencegahan DBD, karena Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI. *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010.* 1999.

2. WHO & Depkes RI. *Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Dengue dan Demam Berdarah Dengue.*2003.

3. Duan, J. Gubler. *Epidemic Dengue/Dengue Haemorrhagic Fever : A Global Public Health Problem in The 21st Century.* Dengue Bulletin. 1997;21:1-2.

4. Kristina, Isminah, Leny Wulandari. Demam Berdarah Dengue.2004.Sumber : www.litbang.depkes.go.id\KajianMasalah Kesehatan.

5. Departemen Kesehatan. Kejadian Luar Biasa Demam Berdarah Dengue di Indonesia. *News Letter.*2004;2:1-2.

6. Dirjen P2M-PL Depkes RI. *Data Program Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue Tahun 2002.*

7. Dinkes Prop. Jateng. *Laporan Program P2 DBD Jawa Tengah Tahun 2003.*

8. Dinkes Kota Semarang. *Laporan Program P2 DBD Tahun 2003.*

9. Dirjen P2M-PL Depkes RI. *Kumpulan Surat Keputusan / Edaran tentang Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue.* Jakarta.1992.

10. Nur. Nasry Noor. *Dasar Epidemiologi.* Rineka Cipta. Jakarta. 1996.

11. Dinas Kesehatan Kota Semarang. *Rapat Kerja Kesehatan Kota Semarang Tahun 2004.*

12. Dinas Kesehatan Kota Semarang. *Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2002.*

13. T. Keban Yeremeas. *Enam Dimensi strategis Administrasi Publik : Konsep, Teori dan Isu.* Gava Media, Yogyakarta, 2004.

14. Nasucha, Chaizi. *Reformasi Administrasi Publik : Teori dan Praktek.* Grasindo, Jakarta, 2004.

15. Syarifudin. Zainal, Tangkilisan. HN. *Kinerja Organisasi Publik : Manajemen Publik untuk Menciptakan Kota Bersih dan Nyaman Dihuni.* YPAPI, Yogyakarta, 2004.

16. Lembaga Administrasi Negara. *Perbaikan Pedoman Penyusunan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.* 2003; Nomor : 239/IX/6/8/2003.

17. Nurkholis. *Perencanaan Stratejik Organisasi Pemerintah dengan Pendekatan Balanced Scorecard. Lintasan Ekonomi.* 2001;XVIII: 31-39.

18. Dinkes Kota Semarang. *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2003.*

19. Tim Redaksi Fokusmedia. *Undang-undang Otonomi Daerah 2004.* Fokusmedia. Bandung. 2004.

20. Gaspersz, Vincent. *Sistem Manajemen Kinerja Terintegrasi : Balanced Scorecard dengan Six Sigma untuk Organisasi Bisnis dan Pemerintah.* Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 2002.

21. Yuwono,S., Sukarno, E., Ichsan,M. *Petunjuk Praktis Penyusunan Balanced Scorecard : Menuju Organisasi yang Berfokus pada Strategi* Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 2004.

22. LAN & BPKP. *Akuntabilitas dan Good Gonervance* : Modul Sosialisasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP). Jakarta.2000.

23. Nalim, Sustriayu, dkk. *Community Partnership in Vector Control For Dengue.* Jurnal Ekologi Kesehatan, Vol 1, No. 2, September 2002, 19-24.

24. Widjaya T, Amin. *Memahami Konsep Balanced Scorecard.* Harvarindo, Jakarta, 2002.

25. Wijono, Djoko. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan.* Airlangga University Press. Surabaya,1999.

26. Juran, J.M. *Merancang Mutu.* Pustaka Binaman Pressindo. Jakarta. 1995.

27. Menpan. RI. *Petunjuk Teknis Transparansi dan Akuntabilitas Dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik. Keputusan Nomor : KEP/26/M.PAN/2/2004.*

28. Tjiptono, Fandy. *Prinsip-prinsip Total Quality Service.* Andi. Yogyakarta. 1997.

29. Tjiptono, Fandy & Diana, Anastasia. *Total Quality Manajemen.* Andi. Yogyakarta. 1995.

30. Gaspersz, Vincent. *Manajemen Kualitas Dalam Industri Jasa.* Gramedia Pustaka Utama. Jakarta. 1997.

31. Atherton,Tony. *Delegation and Coaching : Pendelegasian dan Pembimbingan.* Elex Media Komputindo. Jakarta. 1999.

32. Salamun S, Nasri E. *Sistem Penyelenggaraan Pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia*. LAN-RI.2003.

33. Program MIKM PPS Undip. *Buku Pedoman Penulisan Tesis*. Semarang.2004.

34. Hamidi. *Metode PenelitianKualitatif : Aplikasi Praktis Pembuatan Proposal dan laporan Penelitian*. UMM Press, Malang, 2004.

35. Danim, Sudarwan. *Menjadi Peneliti Kualitatif*. Pustaka Setia. Bandung. 2002.

36. Utarini, Adi,dkk. Kumpulan Materi Kuliah : *Metode Penelitian Kualitatif*. Program Pasca Sarjana UGM, Yogyakarta.

37. Sumadi, Suryabrata. *Metodologi penelitian*. Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2003.

38. Dinkes Kota Semarang. *Rencana Strategi Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2002-2005*.

39. Handoko. T, Hani. *Manajemen*. BPFE. Yogyakarta 1986.

40. Dinkes Kota Semarang. *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2004*.