

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pemerintah berperan sentral dalam pelayanan publik dalam bidang kesehatan, yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Yang mendeskripsikan bahwa Pelayanan Kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/ atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif.

Kesehatan adalah kebutuhan dasar manusia untuk hidup layak dan produktif, dan pemerintah wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan sebagai salah satu hak mendasar masyarakat sebagaimana telah diamanatkan dalam Undang-undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan" dan pada Pasal 34 ayat (3) "Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan Kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak". Salah satu bentuk fasilitas pelayanan kesehatan untuk masyarakat yang diselenggarakan oleh pemerintah adalah puskesmas.

Permenkes No. 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, menegaskan bahwa Pusat Kesehatan Masyarakat, yang kemudian disebut Puskesmas, adalah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan layanan kesehatan masyarakat dan perseorangan, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Untuk mencapai keberhasilan fungsi puskesmas sebagai pusat pembangunan bidang kesehatan di daerah tersebut, keberadaan puskesmas ini harus menjadi faktor utama. Puskesmas memiliki tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Untuk mencapai tujuan pembangunan Kesehatan, Puskesmas mengintegrasikan program yang dilaksanakannya dengan pendekatan keluarga.

Program Kesehatan Lingkungan (Kesling) sebagai salah satu upaya kesehatan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik fisik, kimia, biologi, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, sebagaimana tercantum dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Pasal 162 tentang Kesehatan. Ketentuan mengenai penyelenggaraan kesehatan lingkungan selanjutnya diatur dalam Peraturan



66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan, yang kan dalam rangka terwujudnya kualitas lingkungan yang sehat ya pencegahan penyakit dan/atau gangguan kesehatan dari an lingkungan di permukiman, tempat kerja, tempat rekreasi litas umum berdasarkan Permenkes No. 13 Tahun 2015.

gkungan merupakan bagian penting dari sistem kesehatan

masyarakat yang bertujuan untuk menunjang terciptanya kualitas lingkungan yang nyaman dan sehat bagi masyarakat. Pemerintah memiliki payung hukum guna menjalankan program kesehatan, Hal ini penting untuk mendukung pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Sebagaimana tercantum dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 pada ayat 163 (1) tentang Kesehatan, yaitu pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat menjamin ketersediaan lingkungan yang sehat dan tidak mempunyai resiko buruk bagi kesehatan. Serta pada Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 diterbitkan peraturan tentang Kesehatan Lingkungan yaitu untuk mewujudkan lingkungan yang sehat diperlukan Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan, Persyaratan Kesehatan, dan pengaturan yang mengharuskan penyelenggaraan upaya Kesehatan Lingkungan yang meliputi Penyehatan, Pengamanan, dan Pengendalian faktor risiko lingkungan, termasuk pengaturan tentang proses pengolahan limbah.

Puskesmas memegang peranan penting dalam melaksanakan program kesehatan lingkungan. Program ini mencakup kegiatan konseling, inspeksi Kesehatan Lingkungan, dan Intervensi/tindakan kesehatan lingkungan yang bertujuan untuk mencegah dan mengendalikan penyakit akibat faktor risiko lingkungan. Dalam pelaksanaannya, program ini diatur melalui Permenkes Nomor 13 Tahun 2015 dan menjadi salah satu bagian penting dari pelayanan upaya kesehatan masyarakat di puskesmas.

Puskesmas Elat terletak di Kecamatan Kei Besar, Kabupaten Maluku Tenggara, Provinsi Maluku. Dengan luas wilayah 112,97 km² dan terletak pada ketinggian 0-750 meter di atas permukaan laut, Puskesmas Elat memiliki karakteristik geografis yang unik. Namun, akses terhadap layanan kesehatan dan infrastruktur dasar seperti air bersih dan sanitasi masih kurang memadai. Jumlah penduduk pada tahun 2021 di wilayah ini mencapai 12.996 jiwa, yang menjadikan kebutuhan akan layanan kesehatan yang efektif semakin mendesak. Transportasi dan distribusi sumber daya menjadi kendala signifikan, sehingga implementasi program kesehatan lingkungan di Puskesmas Elat menjadi tantangan yang kompleks.

Dalam upaya mengetahui implementasi Program Kesehatan Lingkungan (Kesling), Puskesmas Elat, Kecamatan Kei Besar, Maluku Tenggara telah melakukan berbagai upaya signifikan yang menjadi bagian integral dalam meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat dan lingkungan sekitarnya. Upaya tersebut meliputi memberikan Konseling, Inspeksi kesehatan lingkungan dan Intervensi/tindakan kesehatan lingkungan terhadap masyarakat dan lingkungan sekitar. Melalui ketiga upaya tersebut, Puskesmas Elat berusaha membangun sinergi



hatan dan masyarakat untuk mencapai tujuan bersama yaitu kesehatan lingkungan dan masyarakat.

lat telah melakukan berbagai upaya dalam implementasi Lingkungan (Kesling), terdapat beberapa kendala mendasar efektivitas program tersebut. Salah satu kendala yang signifikan ersihan air yang mencakup wilayah Kecamatan Kei Besar, Tenggara. Berdasarkan Statistik Daerah Kabupaten Maluku

Tenggara, akses rumah tangga terhadap sumber air utama leding (*piped water supply*) di daerah ini tercatat sekitar 28,81 % pada tahun 2023. Mayoritas rumah tangga masih mengandalkan sumur terlindung atau sumur tidak terlindung sebagai sumber air untuk mandi dan cuci (sekitar 39,26 %) (BPS,2024). Hal ini menunjukkan bahwa akses terhadap air bersih layak masih terbatas di wilayah kepulauan ini, yang berpotensi memengaruhi kesehatan masyarakat jika kualitas dan keberlanjutan pasokannya tidak optimal.

Keterbatasan akses air bersih dan sanitasi yang layak telah lama diidentifikasi sebagai faktor risiko utama munculnya penyakit berbasis lingkungan. Organisasi Kesehatan Dunia (*World Health Organization*) menyatakan bahwa air minum yang tidak aman, sanitasi yang buruk, dan praktik higiene yang tidak memadai berkontribusi signifikan terhadap tingginya beban penyakit diare, terutama di wilayah pedesaan dan kepulauan negara berkembang. WHO juga menegaskan bahwa peningkatan akses air bersih dan sanitasi dapat secara langsung menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit yang dapat dicegah (WHO, 2019).

Dalam perspektif administrasi publik, kinerja implementasi program tidak hanya diukur dari terpenuhinya target administratif, tetapi juga dari kemampuan pelaksana kebijakan dalam menyesuaikan program dengan konteks sosial, ekonomi, dan geografis masyarakat sasaran. Grindle (1980) menyatakan bahwa keberhasilan implementasi kebijakan sangat dipengaruhi oleh *content of policy dan context of implementation*, yang mencakup kepentingan aktor, kapasitas institusi, serta karakteristik lingkungan tempat kebijakan dijalankan. Hal ini menunjukkan bahwa kinerja implementasi program bersifat kontekstual dan tidak dapat dilepaskan dari kondisi objektif wilayah pelaksanaan kebijakan.

Pada sektor kesehatan lingkungan, kinerja implementasi program memiliki kompleksitas yang lebih tinggi karena menyentuh langsung perilaku masyarakat dan kondisi lingkungan fisik. Pressman dan Wildavsky (1984) menjelaskan bahwa semakin banyak aktor dan tahapan dalam implementasi kebijakan, semakin besar potensi terjadinya kesenjangan antara tujuan kebijakan dan hasil pelaksanaan. Dalam konteks program kesehatan lingkungan di tingkat puskesmas, hal ini terlihat dari keterlibatan berbagai pihak seperti tenaga kesehatan, pemerintah desa, dan masyarakat, yang masing-masing memiliki kepentingan dan kapasitas berbeda dalam mendukung keberhasilan program.

Selain itu, Lipsky (1980) melalui konsep *street-level bureaucracy* menegaskan bahwa kinerja implementasi kebijakan sangat ditentukan oleh perilaku aparatur pelaksana di garis depan pelayanan. Aparatur tingkat bawah memiliki ruang diskresi yang besar dalam menafsirkan dan menjalankan kebijakan, sehingga sikap, nilai,



dan pelaksana menjadi faktor penentu keberhasilan program. Dalam konteks program kesehatan lingkungan di puskesmas, peran tenaga *street-level bureaucrats* menjadi krusial karena mereka berinteraksi langsung dengan masyarakat dan menentukan bagaimana kebijakan diterapkan dalam praktik sehari-hari.

Penelitian ini melakukan kajian terhadap beberapa penelitian terdahulu yang bertujuan untuk memahami berbagai perspektif dan hasil

penelitian terkait implementasi program di berbagai lokasi. (Irfan R, 2017) Dalam Dari hasil penilaian terhadap program rumah sakit keliling pada daerah operasional Kabupaten Pesisir Barat melalui tujuh dimensi tersebut, maka penulis memberikan penilaian bahwa, terdapat empat dimensi yang sudah berjalan dengan baik, sedangkan tiga lainnya belum berjalan secara maksimal sepenuhnya. Terdapat dua faktor yang menjadi penghambat program rumah sakit keliling termasuk di dalam operasional pada kabupaten pesisir barat, yaitu faktor pendanaan dan keterbatasan tenaga dokter spesialis. Dinas kesehatan Provinsi Lampung diharapkan menambah jumlah kunjungan program, memaksimalkan kembali koordinasi antar pihak-pihak terkait, menggandeng lebih banyak lagi dokter-dokter spesialis serta membuat sistem penganggaran yang matang untuk program rumah sakit keliling tersebut.

Penelitian dari (Erlando P,2021) menunjukkan bahwa implementasi kebijakan program kesehatan lingkungan kesehatan lingkungan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan di hotel dan restoran di wilayah Sangkanhurip dan Linggarjati belum optimal, karena faktor-faktor yang dikemukakan oleh Edwards III(1980) belum terlaksana secara efektif. Hal ini dapat dilihat dari berbagai aspek, seperti sosialisasi yang kurang memadai kepada pemilik hotel dan pemilik hotel dan restoran, fasilitas dan anggaran yang sangat minim, masih ada beberapa respon negatif dari negatif dari para pelaksana, dan kegagalan komunikasi antar pelaksana kebijakan, serta pelaksanaan kebijakan yang tidak sesuai dengan SOP. Hal ini dapat menyebabkan tujuan dari kebijakan program kesehatan lingkungan tidak dapat terlaksana secara optimal.

Temuan serupa juga di jelaskan oleh (Ulfa R,2022) menunjukkan bahwa dari 12 kegiatan program pelayanan KIA hanya dua program yang tercapai. Sumber daya manusia untuk melakukan pelaksanaan program pelayanan KIA masih kurang memadai. Pelaksana sudah melaksanakan tugas dan fungsi sesuai peraturan yang berlaku. Pelaksana semua netral dalam melakukan tugas dan adanya dukungan positif dari masyarakat. Komunikasi antar organisasi sudah berjalan dengan baik dengan selalu berkoordinasi antar organisasi internal maupun eksternal. Kondisi sosial, ekonomi, dan politik di wilayah kerja puskesmas dupak ini kurang mendukung dikarenakan kurangnya kesadaran masyarakat tentang kesehatan ibu dan anak. Saran penambahan jumlah sumber daya manusia, menjaga komunikasi dan koordinasi antara pihak- pihak yang terlibat, dan meningkatkan sikap positif dalam pelaksanaan program.

Penelitian mengenai implementasi melalui program kesehatan lingkungan (Kesling) di Puskesmas Elat, Kecamatan Kei Besar, Kabupaten Maluku Tenggara, tentunya memiliki persamaan dan perbedaan dari penelitian terdahulu. Persamaan



n penelitian terdahulu adalah sama-sama meneliti terkait an dalam pelayanan kesehatan di organisasi publik. Kebaruan dilakukan peneliti adalah mengenai penerapan indikator-si kebijakan dalam program kesehatan lingkungan. Penelitian i Van Horn dan Van Meter (1975), yang mengidentifikasi 6 m Kinerja Implementasi Kebijakan, yaitu standar dan tujuan ndards and Objectives), sumber daya (Resources), komunikasi

antar badan pelaksana (*Interorganizational Communication*), karakteristik badan pelaksana (*Characteristics of the Implementing Agencies*), kondisi sosial, ekonomi, dan politik (*Economic, Social, and Political Conditions*), serta sikap pelaksana (*Disposition of the Implementers*).

Berdasarkan uraian di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Kinerja Implementasi Program Kesehatan Lingkungan (Kesling) Di Puskesmas Elat, Kecamatan Kei Besar, Kabupaten Maluku Tenggara”.

1.2 Tinjauan Teori

Konsep implementasi berasal dari bahasa Inggris *to implement*, yang berarti menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu (*to provide the means for carrying out*) serta memberikan dampak atau akibat nyata terhadap sesuatu (*to give practical effect to*), sebagaimana dikemukakan oleh Webster (Wahab, 2004). Dengan demikian, implementasi tidak hanya dimaknai sebagai pelaksanaan secara teknis, tetapi juga sebagai proses penerjemahan suatu rencana atau keputusan ke dalam tindakan nyata yang mampu menghasilkan perubahan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.

Pengertian implementasi juga dijelaskan oleh Van Meter dan Van Horn (1975) yang mendefinisikannya sebagai tindakan-tindakan yang dilakukan oleh individu, pejabat, atau kelompok, baik dari sektor pemerintah maupun swasta, yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam suatu keputusan kebijakan. Sejalan dengan itu, Edward III (1980) menyatakan bahwa implementasi kebijakan merupakan salah satu tahapan penting dalam kebijakan publik, yang berada di antara proses perumusan kebijakan dan munculnya konsekuensi atau dampak kebijakan bagi masyarakat yang dipengaruhi. Tahap ini menjadi penentu keberhasilan suatu kebijakan dalam menjawab permasalahan publik secara nyata.

Model implementasi yang dikembangkan oleh Van Meter dan Van Horn (1975) merupakan pendekatan konseptual yang menempatkan implementasi kebijakan sebagai suatu proses yang dipengaruhi oleh berbagai variabel yang saling berkaitan. Mereka menyatakan bahwa implementasi adalah aktivitas yang diarahkan pada pencapaian tujuan kebijakan sebagaimana telah ditetapkan oleh pembuat kebijakan. Dalam model ini, Van Meter dan Van Horn mengidentifikasi enam variabel utama yang secara kolektif memengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan, yaitu: standar dan tujuan kebijakan (*Policy Standards and Objectives*), sumber daya (*Resources*), komunikasi antar badan pelaksana (*Interorganizational Communication*), karakteristik badan pelaksana (*Characteristics of the Implementing Agencies*), kondisi sosial, ekonomi, dan politik (*Economic, Social, and Political Conditions*), serta sikap pelaksana (*Disposition of the Implementers*).



Meter dan Van Horn (1975) menyatakan bahwa ada enam variabel yang memengaruhi kinerja implementasi yaitu :

1. Standar Kebijakan (*Policy Standards and Objectives*)

Standar merupakan elemen utama dalam kebijakan yang berfungsi sebagai acuan bagi pelaksana untuk memahami apa yang diharapkan dari

konteks implementasi, standar dan tujuan harus dirumuskan

secara jelas, konsisten, dan terukur agar tidak menimbulkan multitafsir di lapangan. Ketidakjelasan dalam perumusan tujuan kebijakan dapat mengakibatkan perbedaan interpretasi, yang pada akhirnya menyebabkan pelaksanaan yang tidak sinkron antara satu pelaksana dengan pelaksana lainnya. Apabila tujuan kebijakan bersifat kabur atau saling bertentangan, maka pelaksana akan kesulitan dalam menentukan prioritas tindakan. Standar kebijakan juga harus dapat diterjemahkan ke dalam indikator-indikator operasional yang realistis, yang dapat dievaluasi. Dalam praktiknya, tujuan kebijakan yang baik akan menumbuhkan kesamaan pemahaman di antara aktor-aktor implementasi, serta memperlancar proses monitoring dan evaluasi kebijakan.

2) Sumber Daya (*Resources*)

Sumber daya merupakan prasyarat utama dalam menjalankan kebijakan secara efektif. Yang dimaksud dengan sumber daya dalam konteks implementasi tidak terbatas pada dana, tetapi juga mencakup jumlah dan kapasitas SDM, informasi, otoritas, serta waktu yang tersedia untuk pelaksanaan. Tanpa adanya alokasi sumber daya yang memadai, pelaksana akan menghadapi kendala struktural dalam menjalankan tugasnya, meskipun kebijakan tersebut sudah dirancang dengan baik. ketersediaan sumber daya merupakan penentu langsung terhadap keberhasilan atau kegagalan implementasi. Dalam beberapa studi empiris, ditemukan bahwa banyak kebijakan publik gagal bukan karena kebijakan tersebut buruk, tetapi karena tidak didukung oleh sumber daya yang cukup. Sumber daya juga perlu dialokasikan secara tepat sasaran agar tidak terjadi pemborosan dan ketidakefisienan dalam pelaksanaan kebijakan.

3) Komunikasi Antar Badan Pelaksana (*Interorganizational Communication*)

Implementasi kebijakan menuntut adanya komunikasi yang jelas, terbuka, dan berkesinambungan antara pembuat kebijakan dan pelaksana di lapangan. Informasi mengenai substansi kebijakan, peraturan pelaksanaan, dan prosedur teknis harus disampaikan secara tepat waktu dan tidak menimbulkan ambiguitas. Komunikasi yang efektif akan memperkuat koordinasi lintas instansi dan membantu mencegah terjadinya konflik atau inkonsistensi dalam implementasi. Kegagalan dalam komunikasi dapat menyebabkan distorsi makna kebijakan, yang pada akhirnya mengarah pada pelaksanaan yang menyimpang dari tujuan awal. Selain komunikasi, diperlukan pula pengawasan dan pengendalian secara sistematis terhadap proses implementasi. Fungsi pengawasan ini bertujuan untuk memastikan bahwa pelaksanaan kebijakan tetap berada di jalur yang telah ditentukan, serta memberikan umpan balik untuk perbaikan berkelanjutan.



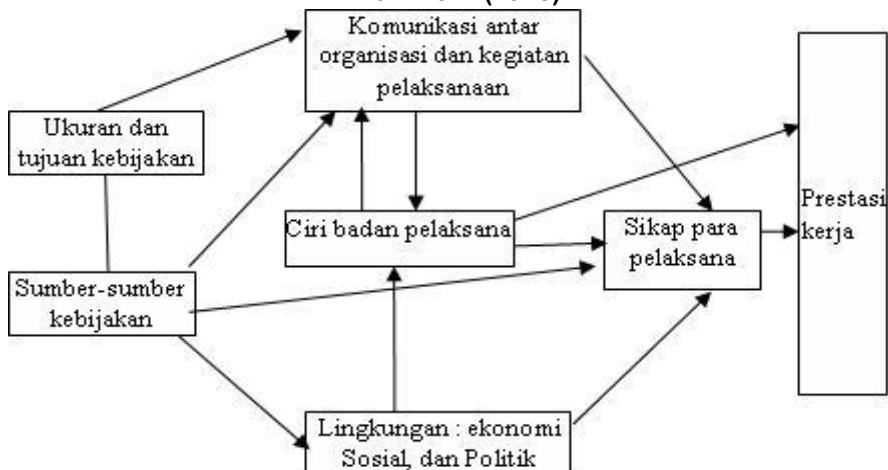
an Pelaksana (*Characteristics of the Implementing Agencies*)

an atau organisasi pelaksana kebijakan sangat menentukan akan dijalankan. Faktor-faktor seperti struktur birokrasi, budaya at profesionalisme, serta kualitas kepemimpinan sangat nadap efektivitas pelaksanaan. Organisasi pelaksana yang dan memiliki kapasitas manajerial yang baik cenderung lebih si hambatan-hambatan implementasi di lapangan. Organisasi

pelaksana bukan sekadar saluran pasif dari perintah pusat, tetapi sebagai entitas aktif yang memiliki peran dalam menerjemahkan kebijakan. Oleh karena itu, penting untuk menilai kesiapan dan kecocokan organisasi pelaksana terhadap karakteristik kebijakan yang akan dijalankan.

- 5) Kondisi sosial, ekonomi dan politik (*Economic, Social, and Political Conditions*) Lingkungan eksternal sangat memengaruhi implementasi kebijakan. Variabel ini mencakup aspek sosial seperti nilai-nilai budaya, norma masyarakat, partisipasi publik, serta aspek ekonomi dan politik seperti stabilitas ekonomi, dukungan politik, dan tekanan dari kelompok kepentingan. Van Meter dan Van Horn menekankan bahwa kebijakan yang dijalankan dalam kondisi sosial-politik yang mendukung akan lebih mudah diimplementasikan, dibandingkan dengan kebijakan yang dijalankan dalam lingkungan yang penuh resistensi.
- 6) Sikap pelaksanaan (*Disposition of the Implementers*) Disposisi pelaksana mengacu pada sikap, persepsi, motivasi, dan tingkat komitmen individu atau kelompok yang terlibat langsung dalam pelaksanaan kebijakan. Pelaksana yang memiliki pemahaman yang kuat serta sikap positif terhadap kebijakan cenderung lebih proaktif dan berinisiatif dalam pelaksanaan. Sebaliknya, pelaksana yang bersikap skeptis, apatis, atau bahkan menentang kebijakan akan menjadi penghambat proses implementasi.

Gambar 1.1 Model Kinerja Implementasi Kebijakan menurut Van Meter dan Van Horn (1975)



Sumber: Van Meter and Van Horn (1975 : 463)



dirancang untuk membantu mengidentifikasi hambatan dan es pelaksanaan kebijakan. Model ini sangat berguna untuk a pelaksanaan kebijakan publik sesuai dengan tujuan yang mbuat kebijakan. Keunggulan utama model ini adalah am menggabungkan elemen struktural dan perilaku dalam Dalam studi implementasi kontemporer, model Van Meter dan

Van Horn (1975) tetap relevan karena menyediakan pendekatan yang sistematis dan terukur terhadap proses pelaksanaan kebijakan.

Penelitian ini menempatkan teori Van Meter dan Van Horn (1975) sebagai kerangka utama karena model kinerja dianggap paling relevan untuk menjelaskan implementasi program kesling khususnya pada Puskesmas Elat, Kecamatan Kei Besar, Kabupaten Maluku Tenggara. Melalui pandangan Van Meter dan Van Horn, keberhasilan kinerja implementasi kebijakan tidak hanya dipahami sebagai tercapainya target formal kebijakan, tetapi juga sebagai proses yang dipengaruhi oleh berbagai faktor struktural, organisasi, dan lingkungan. Enam variabel implementasi, yaitu standar dan tujuan kebijakan (*Policy Standards and Objectives*), sumber daya (*Resources*), komunikasi antar badan pelaksana (*Interorganizational Communication*), karakteristik agen pelaksana (*Characteristics of the Implementing Agencies*), kondisi sosial, ekonomi, dan politik (*Economic, Social, and Political Conditions*), memberikan kerangka konseptual untuk menilai sejauh mana program kesehatan lingkungan di tingkat puskesmas dapat dilaksanakan secara efektif, konsisten, dan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Pendekatan ini menekankan bahwa kualitas implementasi kebijakan sangat bergantung pada keselarasan antara perumusan kebijakan dan praktik pelaksanaannya di lapangan, serta dukungan lingkungan yang memengaruhinya.

Selain enam variabel implementasi kebijakan yang dijelaskan oleh Van Meter dan Van Horn (1975), pemahaman mengenai keberhasilan implementasi kebijakan dalam konteks pelayanan publik juga perlu dilihat dari perspektif yang lebih relasional. Menurut (Ripley, 1986), kualitas *policy output* merupakan gambaran dari bagaimana suatu kebijakan diwujudkan dalam bentuk program atau layanan nyata yang dapat dirasakan oleh masyarakat, sehingga penilaiannya tidak hanya berfokus pada rumusan kebijakan, tetapi pada hasil langsung dari proses implementasi. Dalam konteks ini, Ripley mengemukakan sejumlah indikator untuk menilai kualitas *policy output*, yaitu akses, cakupan, frekuensi, bias, ketepatan penyampaian layanan (*service delivery*), dan kesesuaian program dengan kebutuhan masyarakat.

Akses berkaitan dengan kemudahan masyarakat dalam memperoleh layanan, cakupan menunjukkan sejauh mana kebijakan menjangkau kelompok sasaran, frekuensi menggambarkan intensitas pemberian layanan, bias menilai ada tidaknya perlakuan diskriminatif dalam pelaksanaan kebijakan, *service delivery* menekankan ketepatan waktu dan prosedur layanan, sedangkan kesesuaian program dengan kebutuhan menunjukkan relevansi program terhadap permasalahan yang dihadapi masyarakat. Secara keseluruhan, indikator-indikator tersebut digunakan untuk menilai efektivitas kebijakan dalam menghasilkan layanan publik yang adil, tepat, dan kebijakan.

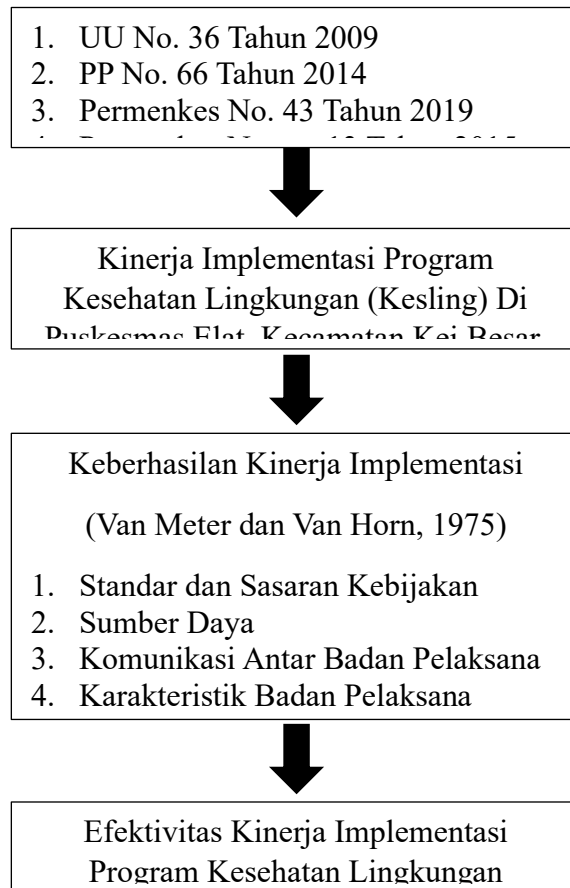
10) menekankan studi implementasi kebijakan yang krusial bagi dan *public policy*. Implementasi kebijakan adalah salah satu publik, antara pembentukan kebijakan dan konsekuensi-n bagi masyarakat yang dipengaruhinya. Teori ini menekankan kebijakan tidak hanya bergantung pada perumusan kebijakan juga pada berbagai faktor yang mempengaruhi proses



implementasi. George Edward III mengidentifikasi empat variabel kunci yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan, yaitu Komunikasi, Sumber Daya, Disposisi, dan Struktur Birokrasi.

Penelitian ini menjadikan model implementasi kebijakan Van Meter dan Van Horn (1975) sebagai kerangka konseptual utama dalam merumuskan variabel dan hubungan antarkomponen yang dianalisis. Pemilihan model ini didasarkan pada pertimbangan bahwa kerangka Van Meter dan Van Horn menawarkan variabel-variabel yang komprehensif dan operasional untuk menjelaskan dinamika implementasi kebijakan publik di tingkat pelaksana. Oleh karena itu, kerangka pikir penelitian difokuskan pada standar dan tujuan kebijakan (*Policy Standards and Objectives*), sumber daya (*Resources*), komunikasi antar badan pelaksana (*Interorganizational Communication*), karakteristik agen pelaksana (*Characteristics of the Implementing Agencies*), kondisi sosial, ekonomi, dan politik (*Economic, Social, and Political Conditions*), serta sikap pelaksana (*Disposition of the Implementers*), yang dinilai paling relevan dengan tujuan penelitian dan karakteristik pelayanan kesehatan lingkungan di wilayah kepulauan Kabupaten Maluku Tenggara.



Gambar 1.2 Kerangka Berpikir

Sumber: Olahan peneliti (2025)

1.3 Tujuan dan Manfaat

1.3.1 Tujuan

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis bagaimana Kinerja Implementasi Program Kesehatan Lingkungan (kesling) di Puskesmas Elat, Kei Besar, Maluku Tenggara yang dilihat dari 6 Indikator yaitu standar dan tujuan kebijakan (*Policy Standards and Objectives*), sumber daya, komunikasi antar badan pelaksana (*Interorganizational on*), karakteristik agen pelaksana (*Characteristics of the Agencies*), kondisi sosial, ekonomi, dan politik (*Economic, olitical Conditions*).



1.3.2 Manfaat

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah:

1) Manfaat Akademis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pengembangan Ilmu Administrasi Publik, khususnya dalam bidang Pelayanan Publik. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan implementasi program kesehatan di Puskesmas, serta memberikan pemahaman yang lebih mendalam mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan program kesehatan lingkungan di daerah terpencil.

2) Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Maluku Tenggara, khususnya Puskesmas Elat di Kecamatan Kei Besar, dalam meningkatkan kinerja implementasi program kesehatan lingkungan. Melalui pemahaman terhadap faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan implementasi program, penelitian ini dapat membantu pihak puskesmas dan pemangku kepentingan terkait dalam memperkuat kapasitas kelembagaan, meningkatkan kompetensi dan komitmen petugas kesehatan lingkungan, serta memperbaiki pola koordinasi dan pelaksanaan program di lapangan. Selain itu, penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi pemerintah daerah dalam merumuskan kebijakan dan strategi pelayanan kesehatan lingkungan yang lebih efektif, berkelanjutan, dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat, sehingga mampu mendukung peningkatan derajat kesehatan lingkungan dan kualitas hidup masyarakat setempat.



BAB II

METODE PENELITIAN

2.1 Pendekatan Penelitian

Pendekatan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kualitatif deskriptif. (Creswell & Creswell, 2018) mendefinisikan bahwa pendekatan kualitatif merupakan suatu pendekatan untuk mengeksplorasi dan memahami makna yang dianggap berasal dari suatu masalah sosial atau kemanusiaan oleh individu atau kelompok. Peneliti dapat mendapatkan pemahaman yang lebih mendalam tentang fenomena yang diteliti dan memberikan konteks yang lebih kaya terhadap pengalaman dan perspektif subjek penelitian melalui pendekatan kualitatif. Dengan metode ini, peneliti dapat menyajikan hasil penelitian yang lebih komprehensif.

2.2 Desain Penelitian

(Creswell & Creswell, 2018) mengidentifikasi beberapa strategi dalam pendekatan penelitian kualitatif antara lain penelitian naratif, fenomenologis, grounded theory, etnografi dan studi kasus. Strategi studi kasus menekankan pada desain penyelidikan yang banyak digunakan dalam berbagai bidang khususnya evaluasi di mana peneliti mengembangkan analisis mendalam terhadap suatu kasus. Kasus tersebut dapat berupa program, peristiwa, aktivitas atau proses yang melibatkan satu atau lebih individu. Batasan kasus ditentukan oleh waktu dan aktivitas tertentu sementara peneliti mengumpulkan informasi terperinci melalui berbagai prosedur pengumpulan data dalam periode waktu yang berkelanjutan. Penelitian ini bersifat analisis deskriptif yang berarti data yang diperoleh dilaporkan dalam bentuk narasi atau gambar bukan dalam bentuk angka. Berdasarkan pertimbangan tersebut, peneliti memilih pendekatan kualitatif dengan strategi studi kasus.

Berdasarkan penjelasan studi kasus, peneliti berpendapat bahwa desain penelitian studi kasus adalah pendekatan yang tepat untuk menganalisis “Implementasi Program Kesehatan Lingkungan (Kesling) Di Puskesmas Elat, Kecamatan Kei Besar, Kabupaten Maluku Tenggara”.

2.3 Prosedur Penelitian

2.3.1 Penentuan Informan

Informan penelitian ini adalah individu yang dipilih berdasarkan relevansi, kredibilitas dan kapasitas mereka dalam memberikan informasi terkait permasalahan yang dikaji. Informan yang terlibat dalam penelitian ini meliputi



Tabel 2.1 Informan Penelitian

No	Informan Penelitian
1.	Kepala Puskesmas Elat, Kei Besar, Kabupaten Maluku Tenggara
2.	Staff Puskesmas Elat, Kei Besar, Kabupaten Maluku Tenggara
3.	Kepala Desa pada Desa Binaan Puskesmas Elat, Kec. Kei Besar, Kabupaten Maluku Tenggara
4.	Masyarakat pada Desa Binaan Puskesmas Elat, Kei Besar, Kabupaten Maluku Tenggara

Sumber: Olahan peneliti (2025)

2.3.2 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan melalui tiga metode yang saling melengkapi, yaitu wawancara mendalam, observasi lapangan, dan studi dokumentasi. Wawancara mendalam dilakukan dengan informan kunci seperti Kepala Puskesmas Elat, penanggung jawab program kesehatan lingkungan, Kepala desa serta masyarakat sebagai sasaran program, dengan menggunakan panduan semi-terstruktur yang disusun berdasarkan enam variabel implementasi kebijakan menurut teori Van Meter dan Van Horn (1975), yaitu standar dan tujuan kebijakan (*Policy Standards and Objectives*), sumber daya (*Resources*), komunikasi antar badan pelaksana (*Interorganizational Communication*), karakteristik agen pelaksana (*Characteristics of the Implementing Agencies*), kondisi sosial, ekonomi, dan politik (*Economic, Social, and Political Conditions*). Observasi non-partisipatif dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Elat Kecamatan Kei Besar untuk mengamati secara langsung pelaksanaan program kesehatan lingkungan, pola koordinasi petugas, serta kesesuaian antara prosedur dan praktik di lapangan. Studi dokumentasi meliputi telaah dokumen kebijakan dan administrasi, seperti laporan kegiatan program kesehatan lingkungan, data kesehatan lingkungan, standar operasional prosedur (SOP), laporan evaluasi kinerja puskesmas, serta peraturan perundang-undangan terkait bidang kesehatan. Kombinasi ketiga metode ini

peneliti memperoleh data yang valid, komprehensif, dan akurat menggambarkan kinerja implementasi program kesehatan lingkungan di Puskesmas Elat Kecamatan Kei Besar Kabupaten Maluku Tenggara.



2.3.3 Teknik Analisis Data

(Creswell & Creswell, 2018) menjelaskan bahwa tujuan utama analisis data dalam penelitian kualitatif adalah untuk memahami data teks dan gambar melalui proses yang melibatkan segmentasi, pemisahan, dan penyatuan kembali data. Mereka menguraikan beberapa tahapan dalam proses analisis data sebagai berikut:

- 1) Mengatur dan Mempersiapkan Data (*Organizing and Preparing Data*)
Tahap awal melibatkan pengorganisasian data melalui transkripsi wawancara, pemindaian dokumen, pengetikan catatan lapangan, dan pembuatan katalog bahan visual. Data kemudian disortir berdasarkan sumber informasi.
- 2) Membaca dan Memahami Data (*Reading Through All Data*)
Peneliti membaca seluruh data untuk mendapatkan gambaran umum dan merefleksikan makna keseluruhan, termasuk gagasan utama, ide-ide yang muncul, serta kedalaman dan kredibilitas informasi.
- 3) Mengkodekan Data (*Coding the Data*)
Proses pengorganisasian data dengan memberikan kode pada segmen tertentu. Data dikelompokkan ke dalam kategori dan diberi label, sering kali menggunakan bahasa asli informan untuk menjaga keaslian makna.
- 4) Menghasilkan Tema atau Deskripsi
Hasil pengkodean digunakan untuk menghasilkan deskripsi rinci dan mengidentifikasi tema-tema utama yang menjadi temuan utama penelitian kualitatif.

2.3.4 Validitas dan Reliabilitas Data

Gibbs dalam Creswell dan Creswell (2018) menjelaskan bahwa validitas dalam penelitian kualitatif merujuk pada upaya peneliti untuk memeriksa keakuratan temuan melalui prosedur tertentu. Validitas didasarkan pada penilaian apakah temuan akurat dari perspektif peneliti, partisipan, atau pembaca. Prosedur validitas meliputi:

- 1) Triangulasi sumber data dengan memeriksa bukti dari berbagai sumber untuk membangun justifikasi yang koheren terhadap tema.
- 2) Member checking dengan mengembalikan laporan akhir kepada partisipan untuk memastikan keakuratan temuan dan membuka peluang wawancara lanjutan.
- 3) Menggunakan deskripsi yang kaya dan mendalam untuk menyampaikan temuan secara detail.
- 4) Memperjelas bias peneliti untuk menciptakan narasi yang terbuka dan jujur.



Informasi yang bertentangan dengan tema utama untuk kompleksitas fenomena.

1) waktu yang cukup di lapangan untuk mengembangkan mendalam.

1) peer debriefing untuk meningkatkan keakuratan laporan.

auditor eksternal untuk meninjau keseluruhan proses

Gibbs juga menjelaskan bahwa reliabilitas dalam penelitian kualitatif menunjukkan konsistensi pendekatan yang dapat direplikasi oleh peneliti lain. Prosedur reliabilitas meliputi:

- 1) Memeriksa transkrip untuk memastikan tidak ada kesalahan transkripsi.
- 2) Memastikan tidak terjadi penyimpangan dalam definisi kode.
- 3) Melakukan koordinasi komunikasi antar pembuat kode melalui pertemuan rutin yang terdokumentasi.
- 4) Melakukan cross-check kode untuk membandingkan hasil yang diperoleh secara independen.

