

2. GAMBARAN UMUM WILAYAH PENELITIAN

2.1. Gambaran Umum Wilayah Jakarta Pusat

2.1.1. Kondisi Geografis dan Topografi

Wilayah Kotamadya Jakarta Pusat terletak antara 106.22', 42" BT sampai dengan 106. 58', 18" dan 5, 19', 12" LS. Lokasi ini termasuk dataran rendah sekitar 4 meter di atas permukaan laut. Jakarta Pusat memiliki luas 48,15 km² dan merupakan wilayah yang berada ditengah-tengah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta. Sebagai jantung kota wilayah ini memiliki karakteristik khusus sebagai pusat pemerintahan nasional, pusat perdagangan dan ekonomi. (Bapekodya Jakarta Pusat).

2.1.2. Administrasi Wilayah

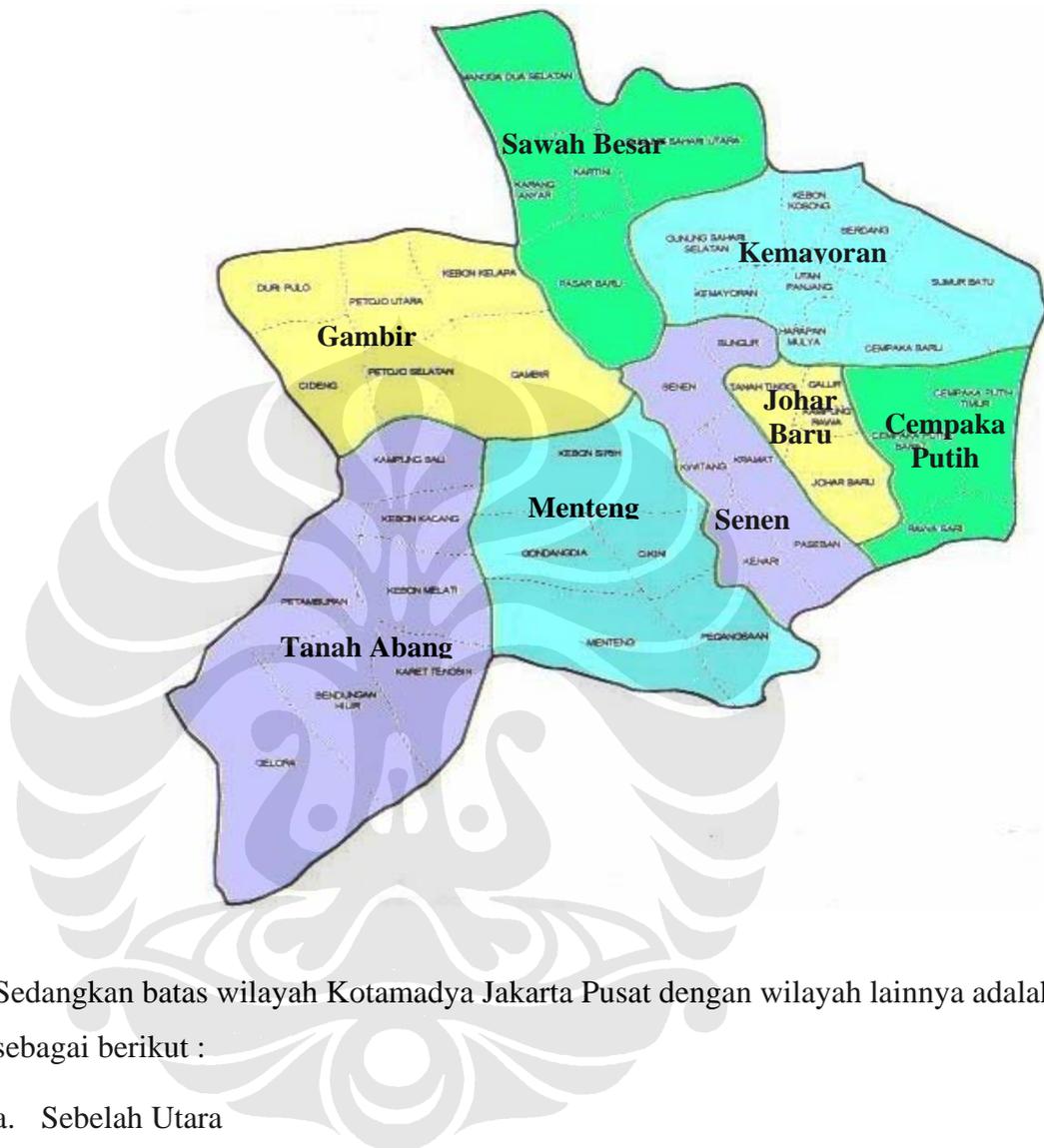
Secara administratif wilayah Kotamadya Jakarta Pusat dibagi dalam 8 kecamatan yang mencakup 44 kelurahan, dengan luas wilayah masing-masing sebagai berikut :

Tabel.2.1
Luas Wilayah Jakarta Pusat

KECAMATAN	LUAS (Km2)	KELURAHAN
GAMBIR	7,59	6
SAWAH BESAR	6,15	5
KEMAYORAN	7,26	8
SEZEN	4,24	6
CEMPAKA PUTIH	4,69	3
MENTENG	6,55	5
TANAH ABANG	9,30	7
JOHAR BARU	2,37	4
JAKARTA PUSAT	48,15	44

Sumber : Bapekodya Jakarta Pusat 2006

Gambar 2.1
Peta Administrasi Wilayah Kodya Jakarta Pusat
Tahun 2007



Sedangkan batas wilayah Kotamadya Jakarta Pusat dengan wilayah lainnya adalah sebagai berikut :

a. Sebelah Utara

Berbatasan dengan Jakarta Barat,

- 1). Dari Jln. KH. Zainal Arifin dan Jln. Sukarjo Wiryopranoto sampai dengan rel kereta api Jln. Krekot Raya,
- 2). Dari Jln.. Karang Anyar dan Jln. Mangga Besar 13 sampai dengan Jln. Mangga Dua Raya,
- 3). Rel kereta api eks AIP, Jln. Rajawali Selatan 12 dan Jln. Jenderal Ahmad Yani.

b. Sebelah Selatan

Berbatasan dengan wilayah Jakarta Timur,

- 1). Dari Jln. Pramuka dan dan Jln. Matraman Dalam
- 2). Kali Ciliwung sampai dengan Selatan Pintu Air Manggarai.

Berbatasan dengan wilayah Jakarta Selatan,

- 1). Dari Banjir Kanal Barat sampai dengan Jln. Jend . Sudirman
- 2). Bunderan Senayan Pintu Gelora IX dan Kali Grogol.

c. Sebelah Timur

Berbatasan dengan wilayah Jakarta Timur, Jln. Jend. A. Yani sampai dengan Jln. Pramuka.

d. Sebelah Barat

Berbatasan dengan wilayah Jakarta Barat

- 1). Dari Kali Grogol, Jln. Pal Merah Utara dan Jln. KS Tubun.
- 2). Dari Jembatan Tinggi Banjir Kanal sampai dengan rel kereta api Duri Barat.

2.1.3. Demografi

Jumlah penduduk wilayah Jakarta Pusat Tahun 2006 adalah 878.918 jiwa dengan rincian sebagai berikut :

Laki-laki	:	441.026 jiwa
Perempuan	:	437.892 jiwa
Kepadatan penduduk	:	18.254 jiwa/km ²
Kepadatan tertinggi	:	45.443 jiwa/km ² di Kecamatan Johar Baru
Kepadatan terendah	:	11.312 jiwa / km ² di Kecamatan Gambir

(sumber : Sudin Kependudukan Kodya Jakarta Pusat, 2006)

Sedangkan rincian jumlah penduduk berdasarkan wilayah kecamatan adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2
Data Penduduk Per Kecamatan
Di Wilayah Jakarta Pusat
Tahun 2006

No	Kecamatan	Pria	Wanita	Total
1	Gambir	43.348	42.512.	85.860
2	Sawah Besar	54.996	57.424	112.420
3	Kemayoran	95.649	98.869	194.518
4	Senen	53.266	47.164	100.430
5	Cempaka Putih	39.355	38.754	78.109
6	Menteng	40.266	37.889	78.155
7	Tanah Abang	61.658	60.067	121.725
8	Johar Baru	53.275	54.426	107.701
JUMLAH		441.026	437.892	878.918

Sumber : Sudin Kependudukan Kodya Jakarta Pusat, 2006

2.2. Gambaran Umum Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Wilayah Jakarta Pusat

Pada prinsipnya pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang dari upaya kesehatan dasar sampai dengan upaya rujukan yang lebih canggih. Sarana pelayanan kesehatan dasar yang dimaksud antara lain, praktik dokter umum, dokter gigi, praktik dokter bersama, balai pengobatan/klinik, laboratorium kesehatan dan puskesmas kecamatan/ kelurahan. Berkaitan dengan fasilitas pelayanan kesehatan dasar tersebut, maka data fasilitas atau sarana kesehatan dasar di wilayah Jakarta Pusat Tahun 2006 adalah sebagai berikut :

Tabel 2.3
Sarana Kesehatan Dasar Menurut Kecamatan
Di Kotamadya Jakarta Pusat
Tahun 2006

No	Kecamatan	Praktek dr/drg	Praktek Dokter Bersama	Balai Pengobatan/ Klinik	Lab. Kes	Puskesmas	
						Kec	Kel
1	Gambir	112	10	23	11	1	3
2	Sawah Besar	102	4	19	6	1	2
3	Kemayoran	83	7	8	2	1	7
4	Senen	123	3	6	7	1	5
5	Cempaka Putih	64	6	10	5	1	3
6	Menteng	101	15	12	17	1	2
7	Tanah Abang	26	5	8	1	1	6
8	Johar Baru	72	8	12	7	1	5
Jakarta Pusat		683	58	98	56	8	33

Sumber : Profil Kesehatan Masyarakat Kodya Jakarta Pusat, 2006

Berdasarkan data tersebut, fasilitas puskesmas kelurahan merupakan bagian dari puskesmas kecamatan dengan lingkup layanan sesuai dengan daerah kerja puskesmas. Tidak semua kelurahan di wilayah Jakarta Pusat memiliki puskesmas, hal ini disebabkan karena terbatasnya ketersediaan lahan untuk membangun fasilitas sehingga secara operasional pembinaan wilayah bidang kesehatan ada dibawah tanggung jawab puskesmas kecamatan. Terdapat 15 kelurahan (dari 44 kelurahan) yang tidak memiliki puskesmas tingkat kelurahan, yaitu :

1. Kecamatan Gambir :
 - (1) Kelurahan Cideng;
 - (2) Kelurahan Kebon Kelapa;
 - (3) Kelurahan Gambir.

2. Kecamatan Sawah Besar :
 - (1) Kelurahan Gunung Sahari Utara;
 - (2) Kelurahan Karang Anyar;
 - (3) Kelurahan Kartini (sedang dibangun akhir 2007).

3. Kecamatan Kemayoran :
 - (1) Kelurahan Gunung Sahari Selatan;
 - (2) Kelurahan Kemayoran.
4. Kecamatan Senen ;
 - (1). Kelurahan Senen.
5. Kecamatan Cempaka Putih :
 - (1). Cempaka Putih Timur.
6. Kecamatan Menteng;
 - (1) Kelurahan Cikini;
 - (2) Kelurahan Kebon Sirih;
 - (3) Kelurahan Menteng.
7. Kecamatan Tanah Abang ;
 - (1) Kelurahan Kebon Melati;
 - (2) Kelurahan Kebon Kacang.

Dari 33 puskesmas kelurahan terdapat 2 kelurahan yang memiliki puskesmas lebih dari satu fasilitas, yaitu ;

1. Kelurahan Johar Baru, dengan 3 fasilitas ; Puskesmas Kelurahan Johar Baru I, Johar Baru II, dan Johar Baru III. Hal ini disebabkan Tahun 1995 dibangun puskesmas tingkat kecamatan pada lokasi yang baru sedangkan lokasi yang lama tetap dipertahankan menjadi puskesmas tingkat kelurahan. Tingkat kepadatan penduduk yang tinggi di wilayah tersebut (lebih kurang 46.036/km²) merupakan salah satu alasan dipertahankannya fasilitas tersebut.
2. Kelurahan Cempaka Putih Barat, dengan 2 fasilitas : Puskesmas Kelurahan Cempaka Putih Barat I dan Cempaka Putih Barat II. Puskesmas Cempaka Putih Barat II juga merupakan puskesmas tingkat kecamatan yang dipertahankan, karena pada Tahun 1990 dibangun puskesmas tingkat kecamatan yang baru.

Tabel 2.4
Data Nama dan Alamat Puskesmas Kecamatan dan Kelurahan
Di Wilayah Jakarta Pusat Tahun 2007

No	Nama Puskesmas	Alamat
1	Kecamatan GAMBIR	Jl. Tanah Abang I / 10, Kel. Petojo Selatan
2	Kelurahan Duri Pulo	Jl. Pemadam Kebakaran no.71
3	Kelurahan Petojo Utara	Jl. Petojo Selatan II
4	Kelurahan Petojo Selatan	Jl. Taman Tanah Abang III
5	Kecamatan SAWAH BESAR	Jl. Dwi Warna Raya No.6-7, Kel. Kr. Anyar
6	Kelurahan Pasar Baru	Jl. Krekot Bunder Raya
7	Kelurahan Mangga Dua Selatan	Jl. Mangga Dua RT.001/013
8	Kecamatan KEMAYORAN	Jl. Serdang Baru I No.1, Kel. Serdang
9	Kelurahan Serdang	Jl. Eka V RT.009/03
10	Kelurahan Sumur Batu	Jl. Sumur Batu RT.007/01
11	Kelurahan Utan Panjang	Jl. Bendungan Jago RT.09/01
12	Kelurahan Kebon Kosong I	Jl. Galindra
13	Kelurahan Kebon Kosong II	Jl. Kemayoran Gempol RT.006/06
14	Kelurahan Cempaka Baru	Jl. Cempaka Baru Tengah
15	Kelurahan Harapan Mulia	Jl. Harapan Mulia
16	Kecamatan SENEN	Jl. Kramat VII, Kel. Kenari
17	Kelurahan Kwitang	Jl. Kwitang
18	Kelurahan Kramat	Jl. Kramat Sentiong Ujung
19	Kelurahan Paseban	Jl. Kramat Sawah VII
20	Kelurahan Bungur	Jl. Bungur Besar IX
21	Kelurahan Kenari	Jl. Jambrut
22	Kecamatan CEMPAKA PUTIH	Jl. Rawasari Selatan, Kel. Cpk Putih Timur
23	Kelurahan Cempaka Putih Barat I	Jl. Percetakan Negara D 695
24	Kelurahan Cempaka Putih Barat II	Jl. D RT.002/03 No.10A
25	Kelurahan Rawasari	Jl. Pramuka Sari No.1
26	Kecamatan MENTENG	Jl. Pegangsaan Barat No.14, Kel. Menteng
27	Kelurahan Gondangdia	Jl. Sumatera No.50
28	Kelurahan Pegangsaan	Jl. Tambak
29	Kecamatan TANAH ABANG	Jl. KH Mas Mansyur No.30, Kel. Kb. Kacang
30	Kelurahan Karet Tengsin	Jl. Karet Pasar Baru Barat VII No.9
31	Kelurahan Petamburan	Jl. Petamburan IV
32	Kelurahan Gelora	Jl. Lapangan embak 2
33	Kelurahan Bendungan Hilir	Jl. Danau Toba Blok A No.1
34	Kelurahan Kampung Bali	Jl. Kampung Bali Gg. XXIII
35	Kecamatan JOHAR BARU	Jl. Tanah Tinggi XII, Kel. Tanah Tinggi
36	Kelurahan Tanah Tinggi	Jl. Tanah Tinggi VII No,12
37	Kelurahan Johar Baru I	Jl. Mardani Raya
38	Kelurahan Johar Baru II	Jl. Percetakan Negara II
39	Kelurahan Johar Baru III	Jl. Kramat Jaya XII
40	Kelurahan Kampung Rawa	Jl. Rawa Selatan V
41	Kelurahan Galur	Jl. Kampung Rawa Tengah IX

Sumber: *Sie Pendataan dan Program Sudin Kesmas Kodya Jakarta Pusat 2007*

2.3. Visi, Misi, dan Fungsi Puskesmas Kecamatan di Wilayah Jakarta Pusat

Puskesmas pada dasarnya adalah kesatuan organisasi kesehatan fungsional milik pemerintah yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja, pada umumnya di tingkat wilayah administrasi pemerintahan kecamatan. Puskesmas memiliki visi sebagai berikut (Depkes, 2006:5) sebagai berikut :

1. Mewujudkan status kecamatan sehat 2010 melalui pembangunan kesehatan yang meliputi :
 - a. melaksanakan 6 (enam) program wajib
 - b. melaksanakan program lain yang sesuai dengan keadaan setempat
 - c. melaksanakan program pengembangan yang sesuai dengan keadaan setempat.
2. Dalam lingkup nasional, pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan nasional.

Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan Puskesmas adalah mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional, sebagai berikut :

1. menggerakkan pembangunan kesehatan berwawasan kesehatan,
2. mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat,
3. memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan bagi masyarakat,
4. memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya.

Puskesmas yang memiliki tugas pokok dalam bentuk pelayanan dan kegiatan pokok berdasarkan Depkes RI (1998:2) sebagai berikut :

1. Kesehatan Ibu dan Anak,
2. Keluarga Berencana,
3. Usaha Peningkatan Gizi,
4. Kesehatan Lingkungan,
5. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular,
6. Pengobatan termasuk Pelayanan Darurat Kecelakaan,
7. Penyuluhan Kesehatan Masyarakat,
8. Kesehatan Sekolah,
9. Kesehatan Olah Raga,
10. Perawatan Kesehatan Masyarakat,
11. Kesehatan Kerja,
12. Kesehatan Gigi dan Mulut,
13. Kesehatan Jiwa,

14. Kesehatan Mata,
15. Laboratorium Sederhana,
16. Pencatatan dan Pelaporan,
17. Kesehatan Usia Lanjut,
18. Pembinaan Pengobatan Tradisional,
19. Pembinaan Kesehatan Remaja,
20. Pembinaan Dana Sehat

Kegiatan pokok tersebut diarahkan untuk kepentingan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Berdasarkan tugas pokok diatas, maka fungsi puskesmas adalah;

- a. Sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya,
- b. Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat,
- c. Memberikan pelayanan kesehatan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

Dalam hal memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, Puskesmas sesungguhnya tidak saja hanya melayani masyarakat di wilayah kerjanya tetapi juga mampu melayani warga kota yang beraktivitas di wilayah kerjanya.

Berdasarkan Pedoman Kerja Puskesmas (1998:4), susunan organisasi puskesmas terdiri dari :

1. Unsur pimpinan : Kepala Puskesmas
2. Unsur pembantu pimpinan : Urusan Tata Usaha
3. Unsur pelaksana yang terdiri dari tenaga/pegawai dalam jabatan fungsional.

Selain unsur tersebut di atas, Puskesmas Kecamatan di Jakarta Pusat juga memiliki unit pelayanan kesehatan yang termasuk dalam tata kerja organisasi, yaitu ;

1. Rumah Bersalin adalah unit pelayanan persalinan dengan fasilitas rawat inap yang berfungsi khusus melayani perawatan persalinan dan terdapat di setiap puskesmas kecamatan.
2. Puskesmas Tingkat Kelurahan, sebagai bagian dari unit puskesmas kecamatan yang lingkup kerjanya wilayah kelurahan (tabel 2.3).

2.4. Kondisi Eksisting Puskesmas Kecamatan di Wilayah Jakarta Pusat

Sebelumnya Puskesmas Kecamatan di wilayah Jakarta Pusat merupakan Unit Swadana Daerah sesuai Surat Keputusan Gubernur DKI Jakarta Nomor 15 Tahun 2001 yang diharapkan mampu secara mandiri meningkatkan kualitas pelayanannya masing-masing. Namun sejak 2006 status ini ditingkatkan menjadi Unit Kerja Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Secara Bertahap sesuai Surat Keputusan Gubernur DKI Jakarta Nomor 2086 Tahun 2006. Pola pengelolaan tersebut berdasarkan Peraturan Gubernur Nomor 29 Tahun 2006 tentang Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Provinsi DKI Jakarta.

Sebagai pusat pelayanan kesehatan strata pertama, puskesmas kecamatan di wilayah Jakarta Pusat menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan (*private goods*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public goods*). Ketersediaan sarana dalam bentuk sumber daya fisik merupakan kebutuhan mutlak di wilayah perkotaan agar pelayanan kesehatan yang diberikan kepada warga kotanya dapat lebih efektif dan efisien.

Saat ini seluruh puskesmas kecamatan termasuk Puskesmas Dengan Tempat Perawatan (DTP) yang dilengkapi juga dengan fasilitas kamar operasi dan persalinan, sehingga fungsi puskesmas perawatan adalah;

- (1). Observasi penyakit;
- (2). Pertolongan pertama pada kecelakaan/penyakit;
- (3). Perawatan pasien yang memungkinkan sembuh dalam waktu singkat;
- (4). Tindakan keluarga berencana dan operasi.

Di wilayah Jakarta Pusat dapat terdapat 8 puskesmas tingkat kecamatan dengan rawat inap, namun 50% kondisi aset tersebut dalam keadaan rusak ringan yang menandakan ketersediaan sarana fisik puskesmas kecamatan di wilayah Jakarta Pusat belum terpelihara/terawat dengan baik.

Tabel 2.5
Data Fisik Puskesmas Kecamatan Di Kotamadya Jakarta Pusat
Tahun 2006

No	Puskesmas Kecamatan	Lokasi		Kondisi Fisk	Keterangan Dibangun
		Tanah	Gedung		
1	TANAH ABANG	2500 m2	1500 m2 (3 lantai)	Baik	Tahun 1992
2	GAMBIR	1000 m2	1500 m2 (3 lantai)	Baik	Tahun 1987
3	SENEN	1422 m2	1500 m2 (3 lantai)	Rusak ringan	Tahun 2000
4	JOHAR BARU	1300 m2	1500 m2 (3 lantai)	Baik	Tahun 1995
5	CEMPAKA PUTIH	1350 m2	1500 m2 (3 lantai)	Rusak ringan	Tahun 1990
6	SAWAH BESAR	1116 m2	1500 m2 (3 lantai)	Rusak ringan	Tahun 1987
7	KEMAYORAN	2430 m2	1500 m2 (3 lantai)	Baik	Tahun 2006
8	MENTENG	1300 m2	1500 m2 (3 lantai)	Rusak ringan	Tahun 1987

Sumber : Pendataan dan Program Sudin Kesmas Jakarta Pusat Tahun 2006.

Dengan kondisi sarana fisik tersebut, terkait dengan pemanfaatan puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan, dalam periode tahun 2005 dan 2006 di tiap puskesmas kecamatan yang ada di Jakarta Pusat pengguna jasa yang memanfaatkan fasilitas tersebut adalah sebagai berikut:

Tabel 2.6
Data Kunjungan Puskesmas Kecamatan
Di Wilayah Jakarta Pusat Tahun 2005 - 2006

No	Puskesmas Kecamatan	Kunjungan / Tahun		Rata-Rata / Tahun	RataRata Kunjungan/Bln
		2005	2006		
1	TANAH ABANG	100.056	169.705	134.880	11.200
2	GAMBIR	48.476	50.788	49.632	4.136
3	SENEN	68.367	43.830	56.098	4.674
4	JOHAR BARU	33.169	73.377	53.273	4.439
5	CEMPAKA PUTIH	42.627	60.344	51.485	4.290
6	SAWAH BESAR	51.350	43.332	47.341	3.945
7	KEMAYORAN	179.284	152.769	166.026	13.835
8	MENTENG	49.929	64.001	56.965	4.747
Jakarta Pusat					51.268

Sumber : diolah dari data Profil Kesehatan Wilayah Jakarta Pusat Tahun 2005-2006.

3. TINJAUAN LITERATUR

3.1 Kerangka Teori

3.1.1. Pengertian Kota dan Fasilitas Perkotaan

Berdasarkan kajian para ahli terkait dengan pengertian kota Parsudi Suparlan (2004:50-51) secara ringkas menyatakan bahwa :

Kota dapat diartikan sebagai sebuah tempat pemukiman yang dihuni secara permanen yang warga atau penduduknya membentuk sebuah kesatuan hidup yang lebih besar pengelompokannya dari pada sebuah klen atau marga atau keluarga luas. Kota juga merupakan sebuah tempat dimana terdapat adanya kesempatan-kesempatan dan permintaan-permintaan yang mewujudkan adanya sistem pembagian kerja, dan pasar kerja, barang, uang dan jasa.

Melalui pendekatan geografis dan demografis dapat digambarkan kota sebagai tempat konsentrasi penduduk yang mempengaruhi perubahan perkembangan kota dan warga kota. Wirth (1969) yang dikutip oleh Nas (1984:49) menyatakan bahwa makin bertambah besar kota, maka makin heterogen sifatnya, makin besar adanya diferensiasi dan spesialisasi yang menyebabkan terpisahnya manusia dan fungsi, termasuk terpisahnya tempat tinggal dan tempat kerja.

Dari pengertian tersebut, maka dapat diartikan pula bahwa dalam kota mengandung beberapa unsur yang saling terkait, yaitu ;

- a. adanya batas dalam bentuk keluasan wilayah dan besaran jumlah warga kota yang beraktivitas di dalam kota tersebut.

- b. adanya *demand and supply* terkait dengan kebutuhan dan spesialisasi sebagai

4. METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini berdasarkan penerapan metodologi penelitian mencakup penjelasan mengenai jenis atau format penelitian yang digunakan, mencakup metode penelitian, alat pengumpul data dan teknik analisis data yang digunakan serta populasi dan teknik pengambilan sampel penelitian (Sanapiah, 1997). Berkaitan dengan metode penelitian, maka dalam penelitian ini penulis menggunakan metode survai.

Metode survai yang dimaksud dapat diartikan sebagai penelitian yang mengambil sampel dari satu populasi dan menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpul data pokok. Metode ini dipilih sesuai dengan tujuan penelitian untuk menjelaskan hubungan antar variabel dan pengujian hipotesa serta prediksi atau meramalkan kejadian tertentu di masa yang akan datang. (Singarimbun, 1989:1-2).

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kuantitatif yang menggunakan perhitungan statistik, khususnya koefisien korelasi untuk mengetahui sampai seberapa jauh tingkat keterkaitan antara variabel yang diteliti (Irdham, dkk, 2000). Pendekatan kuantitatif tersebut digunakan agar pembahasan menjadi lebih terarah dan mempermudah menganalisis hasil penelitian, karena berdasarkan pada pengukuran variabel dengan menggunakan alat ukur yang obyektif.

4.2. Populasi, Sample dan Responden

4.2.1. Populasi

Populasi dalam penelitian merupakan sasaran dari penelitian. Populasi penting diketahui agar data-data yang berkaitan dengan analisis penelitian dapat diketahui sumbernya. Sugiyono (2001 :57) menyatakan bahwa :
perwujudan pembagian kerja sesuai perannya masing-masing.

- c. adanya sarana dan prasarana perkotaan yang dibutuhkan untuk menunjang segala aktivitas yang ada dalam lingkup kota tersebut.

Salah satu unsur yang penting dalam wilayah perkotaan tersebut di atas adalah sarana dan prasarana perkotaan. Kota sebagai pusat aktivitas jelas membutuhkan fasilitas perkotaan untuk memudahkan pelayanan bagi warga kotanya, antara lain; pelayanan urusan jasa pemerintahan/swasta, transportasi, air bersih, listrik, kesehatan, pendidikan, perdagangan, perbankan, hiburan, dan lain-lain.

Fasilitas perkotaan tersebut merupakan utilitas umum yang dibutuhkan dalam sistem pelayanan perkotaan yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun swasta. Fasilitas perkotaan dapat juga disebut fasilitas umum dan sosial. Fasilitas sosial dimaksudkan guna memberikan pelayanan kepada masyarakat yang terdiri atas bangunan atau bentuk fisik lainnya (Koestoer, 1997). Terpenuhinya fasilitas perkotaan yang dapat dimanfaatkan secara optimal oleh warganya merupakan ukuran terhadap performa kota yang baik, karena penyelenggara kota mampu memenuhi kebutuhan warga kotanya.

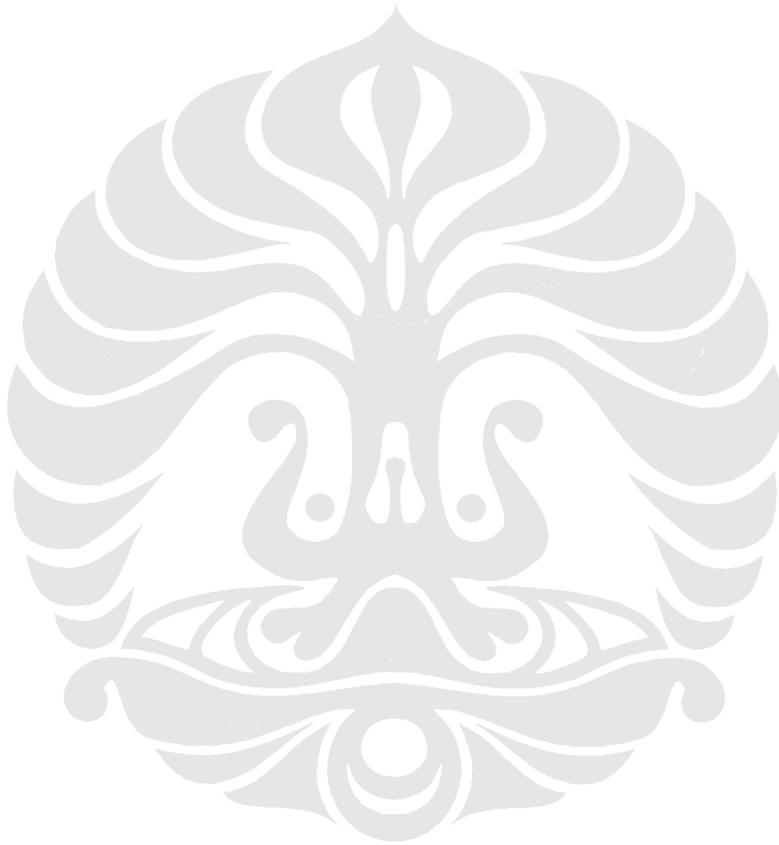
Pembangunan fasilitas untuk kepentingan umum terkait erat dengan *demand and supply*. *Demand* yang dimaksud adalah permintaan warga kota atas kebutuhan terhadap jenis pelayanan, sedangkan *supply* harus ada pihak yang menyediakan baik dari pemerintah kota maupun pihak swasta yang bidang usahanya berhubungan dengan produk/jasa yang dibutuhkan oleh warga kota. Dalam hal penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan perkotaan pihak swasta membangun Rumah Sakit, Klinik Kesehatan, Laboratorium Kesehatan, dan sebagainya. Sedangkan pihak pemerintah kota membangun; Puskesmas/Rumah Bersalin, dan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD).

Salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di wilayah perkotaan adalah Puskesmas. Keberadaan puskesmas yang dibangun oleh pemerintah kota atau pemerintah daerah merupakan aset. Sebagai aset milik pemerintah, maka puskesmas harus dikelola sesuai dengan konsep pengelolaan aset perkotaan khususnya manajemen fasilitas.

3.1.2. Pengertian Aset dan Manajemen Fasilitas

Untuk memahami secara jelas tentang manajemen fasilitas, maka perlu diketahui pengertian tentang aset itu sendiri. Doli D. Siregar (2000:178) menjelaskan pengertian aset, yaitu :

Pengertian aset secara umum adalah barang (*thing*) atau sesuatu barang (*anything*) yang mempunyai nilai ekonomi (*economic value*) atau nilai tukar (*exchange value*) yang dimiliki oleh badan usaha, instansi atau individu (perorangan).



Dari pengertian tersebut, maka dapat diartikan bahwa aset merupakan sesuatu yang memiliki nilai (*valuable thing*), namun ditinjau dari wujudnya aset dapat dibagi menjadi aset yang *tangible* (ada bentuk fisik misalnya ; tanah, bangunan, dan sebagainya) dan *intangible* (non fisik, misal; hak cipta, hak paten, dan sejenisnya) yang pada dasarnya dapat dimiliki oleh individu atau kelompok.

Aset memiliki potensi yang apabila dimanfaatkan secara optimal akan memberikan keuntungan baik dalam bentuk profit maupun benefit bagi pemiliknya. Karena itu aset perlu dikelola agar efektifitas pemanfaatannya dapat menunjang tercapainya tujuan individu maupun organisasi yang memilikinya. Doli D. Siregar (2004:519) menjelaskan "Optimalisasi aset merupakan proses kerja dalam manajemen aset yang bertujuan untuk mengoptimalkan potensi fisik, lokasi, nilai, jumlah/volume, legal dan ekonomi yang dimiliki aset tersebut".

Potensi tersebut memberikan kontribusi bila pemanfaatannya dilakukan secara optimal sesuai dengan fungsinya. Manfaat tersebut dalam aset adalah potensi aset yang memberikan sumbangan, baik langsung maupun tidak langsung, bagi kegiatan operasional pemerintah dalam bentuk aliran pendapatan ataupun penghematan, (Atep, 1995).

Bagi organisasi (pemerintah/swasta) untuk mengoptimalkan aset sesuai potensinya, maka dalam operasional pemanfaatan aset sebagai fasilitas diperlukan manajemen fasilitas (*facilities management*). Manajemen fasilitas diperlukan agar dapat memberikan kontribusi dalam mencapai tujuan organisasi. Hal ini sesuai dengan pendapat Amaratunga (Shahabudin, 2006:97) yang menyatakan "*Facilities management is an umbrella term under a wide range of property an user related function may be brought together for benefit of the organization as a whole as well its employees*".

Selanjutnya Keith Alexander (Shahabudin, 2006:15) yang menjelaskan pula bahwa :

For the organization, facilities management means :

- *reating a facilities policy that expresses corporate values;*
- *giving the authority to the facilities business unit to improve service quality;*
- *developing facilities to meet business objectives;*
- *recognizing the value that facilities add to the business.*

Dari pengertian tersebut diatas, maka dapat dikatakan bahwa salah satu potensi yang dimiliki aset adalah lokasi, sedangkan salah satu fungsi aset adalah pelayanan (*asset service*). Hal ini dapat diartikan bahwa dalam perencanaan membangun suatu fasilitas serta mengoptimalkan aset organisasi perlu memperhatikan aspek lokasi fasilitas agar pelayanan yang diberikan dapat sesuai dengan sasaran. (*user / customer*).

Dalam perencanaan membangun suatu fasilitas harus diperhatikan karakteristik fasilitas itu sendiri, diantaranya adalah penyediaan fasilitas memiliki tujuan menyediakan pelayanan dan mengarahkan pembangunan, serta adanya pemilihan fasilitas oleh pengguna (Kaiser, 1995). Bila dihubungkan dengan pembangunan fasilitas kesehatan, maka keberadaan puskesmas di suatu wilayah perkotaan dapat dikatakan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan perkotaan yang dibangun untuk dimanfaatkan oleh warga kota yang tinggal di wilayah perkotaan tersebut.

3.1.3. Pemanfaatan Puskesmas sebagai Fasilitas Pelayanan Kesehatan Perkotaan

Dalam penelitian ini, maka konteks aset diwujudkan dalam bentuk aset sebagai sarana atau fasilitas pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan oleh masyarakat untuk memenuhi kebutuhan di bidang kesehatan (*asset service*). Melalui pendekatan organisasi puskesmas dapat dikatakan sebagai organisasi yang memberikan pelayanan "*service management is a total organizational approach that make quality of service, as a perceived by the customer, the number one driving force the operation of the business*". (Albrecht.K, 1995 : 52).

Hal tersebut sesuai dengan Undang-Undang RI Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan Pasal 1 ayat 4 menjelaskan bahwa "sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan".. Dalam konsep property, keberadaan gedung puskesmas dapat dikatakan sebagai *non residential property*, yaitu *special purpose property* (Maisel,1976) yang dibangun untuk tujuan pelayanan kesehatan.

Dalam kegiatan pelayanan terjadi interaksi antara pemberi pelayanan dan yang diberi pelayanan. Dalam konteks *asset service* sasaran pelayanan puskesmas adalah masyarakat sebagai pelanggan (*customer*) atau pengguna jasa. Pengguna jasa puskesmas termasuk dalam klasifikasi pelanggan eksternal :

Pelanggan eksternal, adalah mereka yang terkena dampak produk tetapi bukan anggota organisasi penghasil produk tersebut dan bukan dari organisasi di lingkungan organisasi pemerintah, pelanggan eksternal disini adalah masyarakat (Soetopo, et.al, 1999:6)

Dengan demikian jelas bahwa puskesmas kecamatan merupakan aset atau fasilitas perkotaan yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat sebagai pengguna jasa untuk pelayanan kesehatan. Bentuk pemanfaatan fasilitas dapat dibedakan sebagai berikut (Tarigan, 2005 : 239) :

... Manfaat utama (*primary benefits*) dan manfaat lanjutan (*secondary benefits*) . Manfaat utama dapat bersifat langsung (*direct benefits*) dan tidak langsung (*indirect benefits*)... Dalam proyek pembuatan jalan baru, manfaat langsung adalah berkurangnya biaya operasi kendaraan per trip ... manfaat tidak langsung adalah bertambahnya berbagai kegiatan baru di sepanjang jalan (makin ramai perdagangan) ... manfaat lanjutan antara lain terdorongnya sektor lain untuk berkembang.

Masyarakat yang mendapatkan manfaat dengan adanya fasilitas puskesmas (*Beneficeries*) dengan berbagai jenis pelayanan yang sesuai dengan kebutuhannya. Dalam lingkup wilayah kotamadya, puskesmas kecamatan adalah unit pelaksana teknis yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah administrasi kecamatan. Puskesmas melaksanakan pelayanan kesehatan dasar (tingkat pertama) yang terdiri dari upaya kesehatan perorangan dan kesehatan masyarakat, yang dikelompokkan menjadi dua, yaitu (Depkes, 2006: 6) :

1. Upaya kesehatan wajib, meliputi :
 - a. Upaya promosi kesehatan,
 - b. Upaya kesehatan lingkungan,
 - c. Upaya kesehatan ibu dan anak (KIA) serta keluarga berencana (KB),
 - d. Upaya perbaikan gizi masyarakat,
 - e. Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular,
 - f. Upaya pengobatan dasar.

2. Upaya kesehatan pengembangan, meliputi :
 - a. Upaya kesehatan sekolah (UKS),
 - b. Upaya kesehatan olah raga,
 - c. Upaya perawatan kesehatan masyarakat,
 - d. Upaya kesehatan kerja,
 - e. Upaya kesehatan gigi dan mulut,
 - f. Upaya kesehatan jiwa,
 - g. Upaya kesehatan mata,
 - h. Upaya kesehatan usia lanjut,
 - i. Upaya pembinaan pengobatan tradisional.

Disamping upaya-upaya dalam kedua kelompok tersebut, puskesmas juga menyelenggarakan upaya penunjang yaitu laboratorium medis, laboratorium kesehatan masyarakat serta pencatatan dan pelaporan. Upaya tersebut di atas beberapa diantaranya merupakan upaya yang langsung dapat dimanfaatkan oleh pengguna jasa dalam bentuk jenis pelayanan. Jenis pelayanan yang dimaksud adalah :

- a. *Pengobatan Umum,*
Merupakan kegiatan pelayanan kesehatan kuratif yang dilakukan oleh tenaga medis dan para medis kesehatan umum puskesmas kecamatan mencakup; penyakit menular, tidak menular dan gawat darurat kecelakaan;
- b. *Pengobatan Gigi,*
Merupakan kegiatan pelayanan kesehatan kuratif dan rehabilitatif yang dilakukan oleh tenaga medis dan para medis kesehatan gigi, mencakup; kesehatan gigi dan mulut, operasi kecil kesehatan gigi dan mulut;
- c. *Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak,*
Merupakan kegiatan pelayanan kesehatan mencakup; Kesehatan Ibu Hamil/Menyusui, Persalinan/Rawat Inap, Spesialis Anak, Imunisasi.
- d. *Keluarga Berencana,*
Merupakan kegiatan pelayanan kesehatan, mencakup ; Pelayanan Keluarga Berencana, dan Operasi Kecil (vasektomi dan Tubektomi);

e. *Laboratorium Sederhana,*

Merupakan kegiatan pelayanan kesehatan, mencakup ; laboratorium klinis dan rontgent;

f. *Konsultasi Kesehatan*

Merupakan kegiatan pelayanan kesehatan dalam bentuk konsultasi, mencakup; konsultasi kesehatan jiwa, gizi, narkoba dan konsultasi kesehatan lainnya.

Pemanfaatan terhadap jenis pelayanan tersebut oleh pengguna jasa dapat diukur dari seberapa banyak atau sering pengguna jasa termasuk keluarganya datang berkunjung ke puskesmas untuk berobat. Dalam konteks ini intensitas kunjungan tersebut dapat dikatakan sebagai frekuensi pemanfaatan, yaitu jumlah kunjungan pengguna jasa maupun keluarganya untuk setiap kasus pengobatan ke puskesmas dalam periode tertentu (Depkes, 1988).

Dalam memanfaatkan puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan perkotaan, pengguna jasa memiliki pertimbangan yang berhubungan dengan kemampuan internal pengguna jasa itu sendiri. Terdapat konsep yang dapat menjelaskan beberapa hal yang menjadi dasar pertimbangan tersebut.

3.1.4. Pertimbangan Pengguna Jasa Memanfaatkan Puskesmas sebagai Fasilitas Pelayanan Kesehatan Perkotaan

Dalam memanfaatkan jenis pelayanan dan fasilitas tersebut, masyarakat sebagai pelanggan eksternal, memiliki berbagai pertimbangan dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Pertimbangan tersebut berhubungan perilaku yang didasari atas tiga faktor, (Green,1980) menyatakan faktor tersebut adalah ; *predisposing* (predisposisi), *enabling* (pemungkin), dan *reinforcing* (penguat).

Predisposisi merupakan faktor yang mendahului terjadinya minat terhadap sesuatu berdasarkan pengetahuan, sikap, kepercayaan dan nilai termasuk didalamnya status ekonomi, umur, jenis kelamin, dan keluarga. Faktor Pemungkin adalah faktor yang mendorong terwujudnya minat tersebut, dalam hal ini antara lain ; ketersediaan jenis pelayanan, aksesibilitas, dan prioritas. Sedangkan Penguat

merupakan faktor yang bersumber dari keyakinan terwujudnya keinginan dan keuntungan yang diperoleh secara sosial maupun fisik, dalam hal ini keyakinan terhadap hasil pelayanan.

Terdapat hubungan antara puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan dan masyarakat sebagai pengguna jasa, yaitu aspek *utility asset* dan *needs*. Andersen (1975) dalam Yuniati (2004) menyatakan bahwa *need* atau kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan termasuk dalam faktor pemungkin yang didasari atas persepsi evaluasi (*perceived evaluated*). Kebutuhan persepsi seseorang terhadap kesehatannya dan evaluasi terhadap hasil diagnosa penyakitnya. Persepsi sendiri dapat diartikan sebagai :

“ ... proses pengamatan seseorang secara psikologis dengan dunia obyek materi melalui proses pengamatan atau pandangan terhadap sasaran, peristiwa/kebijakan tertentu melalui proses kognisi dengan melakukan penilaian, interpretasi/penyimpulan dimana seseorang dipengaruhi oleh perhatian, kebutuhan sistem nilai dan kepribadian” (Sarlito, 1992:47).

Dengan demikian jelas pemanfaatan puskesmas oleh masyarakat dapat diukur dari persepsi evaluasi sebagai pengguna jasa dapat didasari pada beberapa hal, antara lain;

1. *Pengetahuan Jenis Pelayanan,*

Pengetahuan pengguna jasa terhadap jenis pelayanan yang ada di puskesmas merupakan salah satu faktor predisposisi, yang menimbulkan minat seseorang untuk memanfaatkan suatu fasilitas. Sedangkan ketersediaan jenis pelayanan sesuai dengan yang dibutuhkan merupakan faktor pemungkin, semakin pengguna jasa mengetahui jenis pelayanan dan sesuai kebutuhannya, maka makin besar minat untuk memanfaatkan fasilitas tersebut.

2. *Biaya Pemanfaatan,*

Kemampuan membayar merupakan faktor predisposisi ditinjau dari status ekonomi. Pada prinsipnya biaya pemanfaatan suatu fasilitas merupakan bagian dari pertimbangan pengguna jasa memanfaatkan fasilitas. Ukuran dari biaya dapat dipersepsikan dalam bentuk murah atau mahal nya biaya yang dikeluarkan untun mendapatkan pelayanan.

3. *Keyakinan Hasil Pelayanan,*

Keyakinan pengguna jasa dalam memanfaatkan jenis pelayanan di puskesmas merupakan faktor penguat yang bersumber dari keinginan untuk sembuh. Semakin yakin terhadap hasil pelayanan yang diberikan, maka pengguna jasa akan lebih sering memanfaatkan jenis pelayanan yang tersedia di puskesmas pada saat membutuhkan pengobatan.

Ketiga pertimbangan atau alasan tersebut dapat berpengaruh terhadap keinginan pengguna jasa memanfaatkan jenis pelayanan yang ada di puskesmas. Pengaruh tersebut secara langsung dapat dilihat dari intensitas (frekuensi) kunjungan pengguna jasa maupun keluarganya pada fasilitas kesehatan atau puskesmas. Dalam hal ini adalah frekuensi kunjungan, yang mencakup ; kunjungan berobat, pemeriksaan kesehatan lain / laboratorium, atau konsultasi kesehatan.

Selain pertimbangan-pertimbangan yang telah disebutkan di atas, maka apabila alasan-alasan internal tersebut terpenuhi terdapat beberapa kondisi eksternal yang juga berhubungan dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan. Salah satu faktor eksternal tersebut adalah aksesibilitas, yang merupakan bagian dari konsep perkotaan yang berhubungan dengan lokasi dan pencapaian ke suatu lokasi.

3.1.5. Pengertian Aksesibilitas

Aksesibilitas merupakan salah satu bagian yang terdapat dalam lokasi selain keadaan lingkungan. Kenneth M Lusht (1997: 45) menyatakan "*The two categories of locational factors are accesibility and neighborhood*". Aksesibilitas dapat dikatakan suatu kondisi atau keadaan yang terkait dengan kemudahan seseorang mencapai ke suatu lokasi. Hal ini sesuai dengan pendapat Harjanto (2000;6) yang menyatakan :

Aksesibilitas bermakna kemudahan pencapaian yang bermuara pada jarak-waktu tempuh dari lokasi tanah ke utilitas dan fasilitas yang tersedia. Aksesibilitas juga mencakup fasilitas dan kondisi jalan, angkutan yang tersedia, volume lalu lintas, tingkat kebisingan, debu dan polusi serta jalur lalu lintas.

Hal ini didukung oleh pendapat Nourse (1990:61) yang menjelaskan tentang aksesibilitas terhadap suatu lokasi :

- a. *Proximity to major traffic. Retailing requires accessibility to customers. Therefore, the direct linkage is the road system for their trip patterns from home to job or other location. To have this access and visibility the store should be located on a high-volume traffic artery.*
- b. *Moving traffic lanes. To be a major artery there should be four lanes of moving traffic.*
- c. *Local congestion at peak buying periods. The traffic volume should be heavy; during the open hours of the store. Too much congestion, however, might reduce sales because access is made difficult ...*

Dari pengertian tersebut jelas bahwa aksesibilitas erat kaitannya dengan kondisi transportasi dan lalu lintas. Namun tingkat aksesibilitas suatu wilayah dapat pula diukur menurut baik tidaknya kondisi jalan di wilayah tersebut (Koestoeer, 1997) misalnya ; jalan beraspal dan lebar. Sedangkan ditinjau dari sisi letak suatu fasilitas atau tempat kegiatan (produksi barang/jasa), aksesnya dapat dikatakan baik bila mudah ditemukan dan adanya petunjuk arah untuk mencapai fasilitas tersebut.

Disamping kemudahan dan fasilitas, aksesibilitas juga berhubungan dengan rasa. Dalam Kamus Tata Ruang (1997:2) dijelaskan :

Aksesibilitas adalah : keadaan atau ketersediaan hubungan dari suatu tempat ke tempat yang lainnya, juga kemudahan seseorang atau kendaraan untuk bergerak dari satu tempat ke tempat yang lain dengan aman, nyaman dan dengan kecepatan yang wajar.

Pada hubungan antara aksesibilitas dan tempat, Christaller mengembangkan Teori Tempat Pusat (*Central Place Theory*) tentang pola lokasi berbagai tempat yang masing-masing merupakan pusat kegiatan jasa tertentu termasuk jasa pelayanan kesehatan. Berdasarkan teori tersebut Djoyodipuro (1992:135) menyatakan :

Jangkauan pasar suatu aktivitas jasa adalah jarak seseorang bersedia untuk menempuhnya untuk mendapatkan jasa yang bersangkutan; lebih jauh daripada jarak ini, orang yang bersangkutan akan mencari tempat lain yang lebih dekat untuk memenuhi kebutuhan akan jasa yang sama... Jangkauan pasar tidak hanya sekedar ditentukan oleh jarak, akan tetapi lebih banyak dipengaruhi oleh faktor waktu yang terbuang dan biaya yang dikeluarkan untuk mencapai pasar tertentu.

Dari penjelasan-penjelasan tersebut di atas, maka dapat dikatakan bahwa aksesibilitas adalah kondisi lingkungan yang mengandung unsur letak/lokasi, kondisi jalan, transportasi dan jarak.

Untuk lebih jelas, dibawah ini diuraikan mengenai unsur-unsur yang ada dalam cakupan aksesibilitas serta beberapa konsep yang berhubungan dengan unsur tersebut, yaitu sebagai berikut :

(1). *Letak*

Posisi letak suatu bangunan/fasilitas merupakan bagian dari aksesibilitas, berdasarkan pendekatan geografis letak tempat (*surface*) dapat diartikan letak suatu tempat yang dapat diidentifikasi atas dasar ukuran ketinggian diatas permukaan laut. Selain itu berkaitan dengan letak, arah (*direction*) menunjukan suatu tempat atas dasar petunjuk alat (Parlin,1995).

Berdasarkan konsep tersebut, maka jelas bahwa dalam indikator letak terdapat unsur letak tempat dan petunjuk arah. Berkaitan dengan rencana letak/lokasi suatu bangunan sebagai fasilitas pelayanan, berdasarkan konsep manajemen fasilitas salah satu kriteria dari sisi perspektif pelanggan terkait dengan aspek lokasi adalah visibilitas yaitu petunjuk visual yang jelas yang menandai keberadaan suatu fasilitas untuk memudahkan konsumen menemukan fasilitas tersebut. Hal ini sesuai dengan pendapat Amaratunga (Shahabudin, 2006:143) yang menyatakan “*... environment assessment criteria cover : ... signage – adequacy and visibility..*”.

Dengan demikian, keberadaan fasilitas puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan perkotaan yang baik adalah letak fasilitasnya harus dekat dengan pengguna jasa tinggal / dekat dengan permukiman, adanya bentuk bangunan yang khas atau berbeda dengan bangunan lain sehingga mudah terlihat dan mudah ditemukan, adanya petunjuk jalan atau petunjuk arah menuju lokasi dari berbagai arah agar mudah ditemukan keberadaannya.

(2). *Kondisi Jalan*

Dalam Undang-Undang RI Nomor 38 Tahun 2004 tentang Jalan dijelaskan bahwa "Jalan adalah sarana transportasi darat yang meliputi segala bagian jalan termasuk bangunan pelengkap dan perlengkapannya yang diperuntukan bagi lalu lintas, yang berada pada permukaan tanah..". Selanjut dalam Pasal 8 dijelaskan pula mengenai pengertian jalan umum sebagai menurut fungsinya dikelompokkan menjadi jalan arteri, jalan kolektor, jalan lokal dan jalan lingkungan dengan ciri masing-masing.

Jalan arteri memiliki ciri ; dilewati angkutan umum untuk perjalanan jarak jauh, kecepatan rata-rata tinggi. Jalan kolektor memiliki ciri ; dilewati angkutan umum untuk jarak sedang, kecepatan rata-rata sedang. Jalan lokal memiliki ciri ; dilewati angkutan setempat dengan jarak ciri perjalanan jarak dekat dan kecepatan rendah. Jalan lingkungan memiliki ciri : dilewati angkutan lingkungan dengan ciri perjalanan jarak dekat serta kecepatan rendah.

Ditinjau dari kondisi jalan, tingkat aksesibilitas suatu wilayah dapat diukur menurut baik tidaknya kondisi jalan di wilayah tersebut (Koester, 1997). Kondisi jalan yang baik adalah jalan dengan ruas jalan yang memadai (lebar), permukaan rata (tidak rusak dan berlubang). Disamping itu aman dan nyaman dilalui oleh masyarakat yang memanfaatkannya baik dengan berjalan kaki maupun berkendara.

(3). *Transportasi*

Transportasi adalah suatu faktor kunci yang menstimulasi akses ke jasa (Koestoer, 1997 : 38). Ketersediaan berbagai jenis angkutan umum untuk mencapai lokasi merupakan ukuran dari mudahnya akses. Namun untuk memanfaatkan fasilitas transportasi yang tersedia jelas diperlukan biaya, besar kecilnya biaya yang dikeluarkan dapat dijadikan ukuran tingkat aksesibilitas terkait dengan transportasi.

Selain kemudahan memanfaatkan angkutan umum dan besarnya biaya yang dikeluarkan banyaknya berbagai jenis kendaraan yang melintasi suatu lokasi dapat pula mengakibatkan gangguan pada aksesibilitas. Semakin banyak berbagai jenis kendaraan yang melintas menuju suatu lokasi akan mengakibatkan padatnya volume lalu lintas di wilayah sekitarnya.

(4). *Jarak*

Rondinelli (1985) oleh Koestoer (1997:69) menyatakan "aksesibilitas dihitung berdasarkan jarak yang dibutuhkan oleh seseorang dalam menempuh perjalanan antara tempat-tempat dimana dia bertempat tinggal dan dimana fungsi-fungsi fasilitas berada".

Hal di atas mengimplikasikan bahwa tingkat aksesibilitas suatu fasilitas dapat diukur dari ; jarak tempuh menuju lokasi dan kecepatan seseorang mencapai suatu lokasi. Semakin dekat jarak yang ditempuh seseorang sampai pada lokasi tujuan, semakin baik tingkat aksesibilitasnya. Demikian pula yang berkaitan dengan waktu tempuh, semakin cepat sampai, semakin baik tingkat aksesibilitasnya.

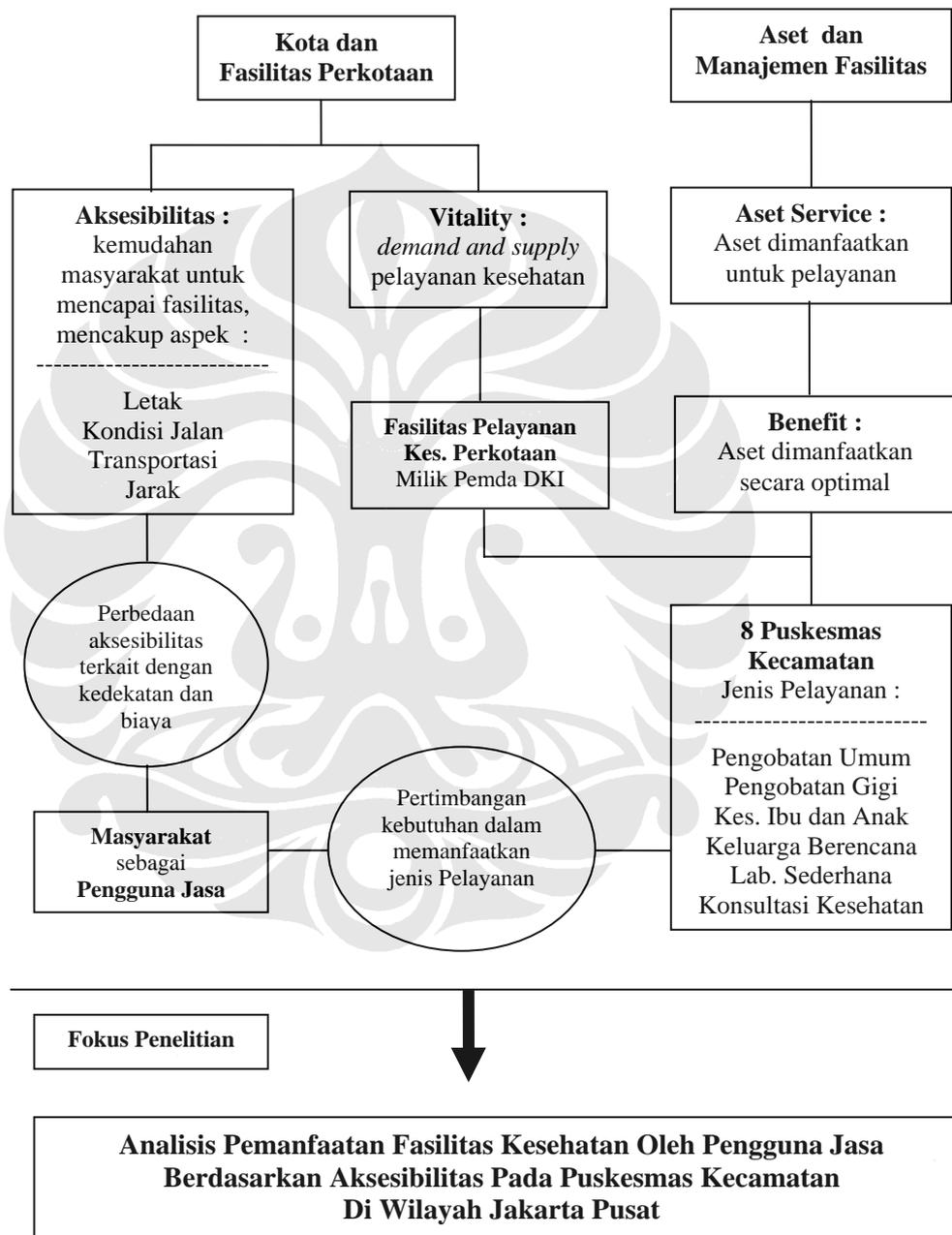
Salah satu unsur ruang adalah jarak. Jarak menciptakan "gangguan" ketika manusia berhubungan/bepergian dari suatu tempat ke tempat lainnya (Tarigan, 2005). Gangguan yang dimaksud lebih mengarah pada aspek psikis seseorang terkait dengan seberapa jauh atau seberapa cepat untuk sampai ke tempat tujuan.

Dalam memanfaatkan suatu fasilitas, maka kondisi jalan yang memadai akan memudahkan pencapaian seseorang ke lokasi tersebut dengan kecepatan/waktu tempuh yang wajar.

3.2. Kerangka Pikir

Berdasarkan uraian yang telah dijelaskan sesuai konsep dan alur pikir yang digunakan, maka kerangka pikir dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

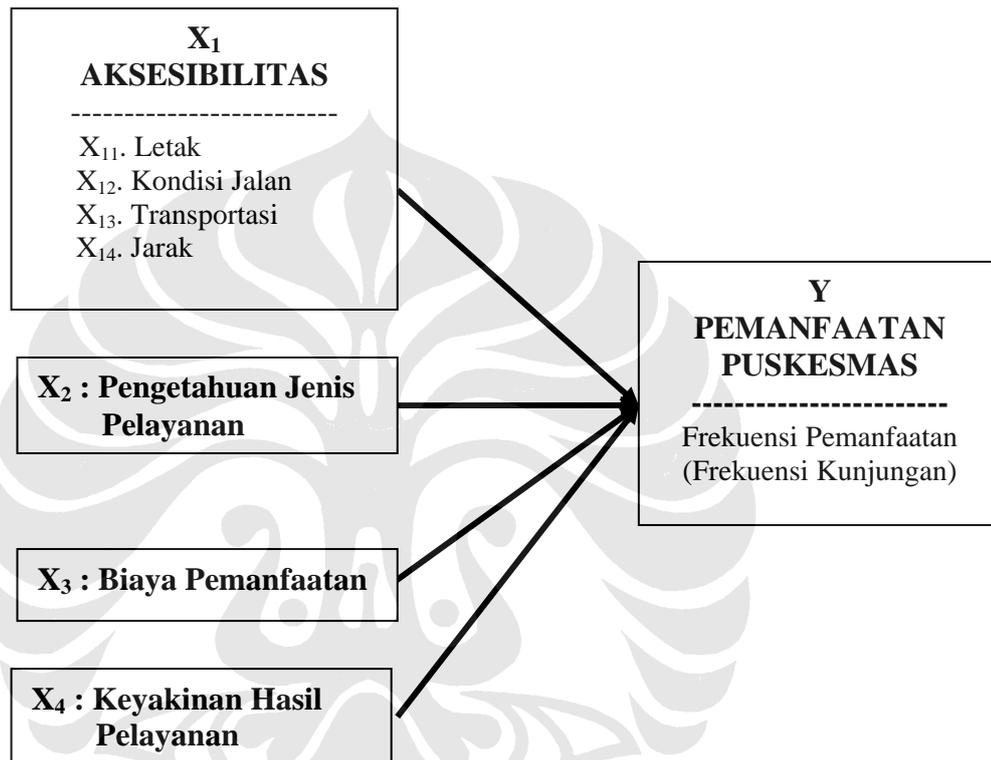
Gambar 3.1
Kerangka Pikir



3.3. Kerangka Konsep :

Berdasarkan pada alur yang dikembangkan pada kerangka pikir, maka model konseptual penelitian yang ditetapkan adalah sebagai berikut :

Gambar 3.2
Model Penelitian



3.4. Variabel dan Definisi Operasional Variabel

Dari kerangka pikir dan konsep yang dipilih, maka pola hubungan antar variabel yang dimaksud adalah :

1. Yang dimaksud Variabel Independen **Aksesibilitas (X_1)**, yaitu adalah faktor eksternal lingkungan puskesmas yang terkait dengan prediktor sebagai berikut :
 - a. *Letak ($X_{1,1}$)*,
 - *Strategis*, Letak puskesmas dekat dengan rumah tinggal pengguna jasa.
 - *Visibility*, Puskesmas mudah terlihat / mudah diketahui.
 - *Direction*, Adanya petunjuk arah (marka) menuju ke lokasi puskesmas.
 - b. *Kondisi Jalan ($X_{1,2}$)*,
 - Ruas jalan menuju lokasi mendukung (lebar).
 - Kondisi Jalan beraspal dan bagus / tidak rusak
 - Terdapat trotoar, sehingga aman dilalui oleh pengguna jasa yang berjalan kaki.
 - c. *Transportasi ($X_{1,3}$)*,
 - Tersedia / mudah menemukan angkutan umum menuju lokasi
 - Volume lalu lintas tidak padat (tidak macet)
 - Biaya transportasi yang murah
 - d. *Jarak ($X_{1,4}$)*,
 - Kedekatan jarak tempuh menuju lokasi
 - Kecepatan waktu mencapai lokasi
 - Nyaman, tidak terdapat gangguan secara psikis

2. Yang dimaksud dengan Variabel Independen **Pengetahuan Jenis Pelayanan (X_2)** adalah faktor internal yang bersumber dari persepsi pengguna jasa yang berhubungan dengan tingkat pengetahuan terhadap jenis pelayanan yang tersedia pada puskesmas yang dikunjungi, mencakup ; Pengobatan Umum, Pengobatan Gigi, Kesehatan Ibu dan Anak, Keluarga Berencana, Laboratorium Sederhana, dan Konsultasi Kesehatan.

3. Yang dimaksud dengan Variabel Independen **Biaya Pemanfaatan (X₃)** adalah faktor internal yang bersumber dari persepsi pengguna jasa tentang besarnya biaya yang dikeluarkan untuk mendapatkan pelayanan sesuai jenis pelayanan yang dibutuhkan dalam tingkatan murah/mahal.
4. Yang dimaksud dengan Variabel Independen **Keyakinan Hasil Pelayanan (X₄)** adalah faktor internal yang bersumber dari persepsi pengguna jasa tentang tingkat keyakinan hasil pelayanan yang diberikan oleh puskesmas terhadap jenis pelayanan yang dibutuhkan dalam ukuran yakin dan kurang yakin.
4. Yang dimaksud Variabel Dependen (Y) adalah **Pemanfaatan Puskesmas** adalah intensitas pengguna jasa dalam memanfaatkan berbagai jenis pelayanan yang tersedia di puskesmas, yang dapat diukur dari frekuensi kunjungan dalam periode satu bulan terakhir.

3.5. Penelitian Yang Pernah Dilakukan

Terdapat beberapa penelitian terdahulu mengenai aksesibilitas dan fasilitas pelayanan kesehatan, antara lain sebagai berikut :

1. Yuniati Situmorang (2004), meneliti tentang “Aksesibilitas dan Faktor Lain Yang Berhubungan Dengan Utilisasi Pelayanan Pengobatan Di Puskesmas Baros oleh Masyarakat Baros Kecamatan Sukabumi April 2004”. Tujuan penelitiannya adalah untuk memperoleh gambaran tentang utilisasi pelayanan pengobatan di Puskesmas Baros oleh masyarakat Kecamatan Baros Sukabumi Tahun 2004. Rancangan penelitian dalam bentuk *Cross Sectional* yang ditujukan untuk melihat hubungan antara aksesibilitas, alasan kualitas, pendidikan, kebutuhan pelayanan, sumber biaya, dan pendapatan keluarga dengan utilisasi pelayanan pengobatan di puskesmas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor aksesibilitas, pendidikan dan pendapatan keluarga berhubungan dengan utilisasi pelayanan pengobatan di puskesmas sedangkan faktor alasan kualitas, kebutuhan pelayanan, dan sumber biaya tidak berhubungan dengan utilisasi pelayanan pengobatan di puskesmas.

2. Tarjono (2000), meneliti tentang “Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Yayasan Masyarakat Sehat oleh Peserta Dana Sehat Kotamadya Bandung”. Faktor-faktor yang diteliti meliputi; faktor pemudah (umur, pendidikan, pekerjaan, persepsi, pengetahuan, dan kebiasaan), faktor penunjang (jarak tempuh, waktu tunggu, dan ketersediaan sarana pelayanan) dan faktor penguat (sikap dan perilaku petugas). Dengan menggunakan analisis univariat untuk melihat gambaran deskriptif dan Uji *Chi Square* untuk melihat hubungan antar faktor, maka dihasilkan penelitian bahwa faktor umur, pekerjaan, dan pendidikan tidak berhubungan dengan tidak berhubungan dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan YMS sedangkan faktor yang berhubungan adalah pengetahuan, persepsi, kebiasaan, waktu tunggu, jarak tempuh, sikap dan perilaku petugas.

