

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pembangunan Berkelanjutan

Pembangunan dengan pencemaran serta kerusakan lingkungan berkembang secara bersamaan dan berlangsung cepat di Indonesia. Hal ini telah melampaui kemampuan pemerintah dalam memanfaatkan potensi dan mengendalikan sumber daya alam yang terus berkurang (Haqqi, 2022). Maka, sebaiknya dilakukan upaya untuk meningkatkan kualitas hidup yang tidak melewati batas kemampuan daya dukung lingkungan pada kegiatan pembangunan yang dilakukan, hal ini dinamakan pembangunan berkelanjutan (Ferawati, 2018).

Konsep pembangunan berkelanjutan pada awalnya bertujuan untuk meminimalisir dampak pencemaran dan kerusakan dari pembangunan konvensional. Namun pada akhirnya tercipta konsep pembangunan berkelanjutan yang telah disetujui secara bersama-sama pada Deklarasi Rio di tahun 1992 oleh beberapa negara di dunia. Kemudian *WCED* mengembangkan konsep *sustainable development*, yang mengartikan pembangunan berkelanjutan sebagai paradigma pembangunan yang bertujuan bagi generasi saat ini memenuhi kebutuhannya dengan tidak mengganggu potensi generasi berikutnya memenuhi kebutuhan mereka (Haqqi, 2022).

Konsep pembangunan berkelanjutan berlandaskan konsep *Triple Bottom Line*, yang membahas tentang keseimbangan antara tiga hal, yaitu pendapatan keuntungan, kepedulian sosial dan lingkungan. Keseimbangan dari tiga hal tersebut dapat menciptakan pembangunan berkelanjutan yang kompleks (Solechah & Sugito, 2023). Hubungan antara faktor ekonomi dan sosial dapat dikatakan sebagai *equitable*; hubungan antara faktor lingkungan dan sosial dapat dikatakan sebagai *livable*; kaitan antara faktor ekonomi dengan lingkungan bisa dikatakan sebagai *viable*; serta kaitan faktor sosial, ekonomi serta lingkungan bisa dikatakan sebagai *sustainable* (Pratiwi *et al.*, 2018).

Dua hal yang menjadi fokus dalam konsep pembangunan berkelanjutan yaitu: (a) pola pembangunan dan konsumsi terhadap lingkungan serta SDA; (b) ketersediaan potensi SDA serta kelestarian lingkungan untuk generasi

berikutnya. Sehingga prinsip pembangunan berkelanjutan menghasilkan 3 kaidah yaitu: (a) menempatkan nilai positif dalam jangka waktu yang lama, harus memikirkan generasi berikutnya; (b) menyadari bahwa kesejahteraan ekonomi sangat bergantung pada aset lingkungan; dan (c) memahami hambatan akibat keterkaitan yang timbul pada aset lingkungan (Solechah & Sugito, 2023). Terdapat 17 (tujuh belas) tujuan pembangunan berkelanjutan, yang dapat dilihat pada gambar 3.



Gambar 3. 17 (tujuh belas) tujuan pembangunan berkelanjutan

Sumber: <https://sdgs.bappenas.go.id/>

Jika tujuan pembangunan berkelanjutan ditelaah lebih lanjut, terdapat 3 tujuan yang berkaitan dengan pengelolaan lingkungan khususnya terkait sampah, limbah B3 dan air limbah, yaitu tujuan 3, 6 dan 12. Tujuan 3 yaitu “menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan seluruh penduduk semua usia”, tujuan 6 yaitu “menjamin ketersediaan serta pengelolaan air bersih dan sanitasi yang berkelanjutan untuk semua”, serta tujuan 12 yaitu “menjamin pola produksi dan konsumsi yang berkelanjutan”.

2.2 Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Pelayanan pada pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) terdiri atas penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat serta perawatan individu tingkat

dasar, sehingga dapat dikatakan bahwa puskesmas sebagai fasilitas dasar layanan kesehatan atau tingkat primer (Alasmari *et al.*, 2021). Puskesmas dapat dikatakan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat tingkat kecamatan, memberikan pelayanan kuratif, preventif, promotif untuk memperoleh tingkat kesehatan masyarakat yang optimum serta merujuk kasus yang membutuhkan pelayanan lebih lanjut ke tingkat sekunder atau tersier (Limato *et al.*, 2019). Mengacu Pasal 1 Angka 9 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan bahwa “puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan dan mengkoordinasikan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan mengutamakan promotif dan preventif di wilayah kerjanya”.

Puskesmas merupakan bagian dari Dinas Kesehatan tingkat Kabupaten atau Kota, puskesmas dapat berbentuk BLUD ataupun UPT. Pelayanan yang diberikan oleh puskesmas terdiri dari rawat inap beserta rawat jalan atau yang biasa disebut non rawat inap. Menurut Irmawati *et al.* (2019), fungsi dari puskesmas yaitu sebagai inisiator pembangunan di bidang kesehatan, peningkatan kualitas masyarakat serta sebagai tempat yang memberikan layanan kesehatan di tingkat dasar.

Berdasarkan Pasal 1 Angka 3, 4 dan 9 serta Pasal 5 Permenkes Nomor 43 Tahun 2019 bahwa “pelayanan kesehatan adalah upaya yang diberikan oleh puskesmas kepada masyarakat mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pencatatan, dan pelaporan yang dituangkan dalam suatu sistem. Pada pelaksanaan tugasnya, puskesmas mempunyai fungsi penyelenggaraan UKM serta UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya. UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat. Sedangkan UKP adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perorangan”.

UKM yang wajib diselenggarakan oleh puskesmas terdiri atas pelayanan promosi kesehatan, pelayanan kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan keluarga, pelayanan gizi serta pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit. Sedangkan UKP terdiri atas pelayanan rawat inap, pelayanan non rawat inap (kunjungan sehat maupun kunjungan sakit), pelayanan gawat darurat, pelayanan persalinan normal, dan perawatan di rumah (*home care*) (Wulansari, 2020).

2.3 Limbah dari Kegiatan Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan Permenkes Nomor 2 Tahun 2023 bahwa “limbah yang dihasilkan dari fasyankes meliputi limbah padat, air limbah, dan limbah gas”. Limbah padat terbagi menjadi limbah padat domestik serta B3.

a. Limbah padat domestik

adalah limbah padat yang dihasilkan dari kegiatan fasyankes yang tidak termasuk dalam kategori limbah B3 dan disebut sebagai sampah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Limbah padat B3

adalah limbah padat yang mengandung B3, mencakup limbah padat B3 medis serta limbah padat B3 non medis.

- Limbah padat B3 medis

merupakan limbah hasil dari tindakan diagnosa dan/atau medis. Menurut Zamparas *et al.* (2019) & Simarmata *et al.* (2018), limbah padat medis mencakup: (a) limbah infeksius terdiri atas limbah yang terkontaminasi darah, cairan tubuh, kultur yang dihasilkan laboratorium, dan stok agen infeksius atau dihasilkan melalui bangsal dan peralatan medis; (b) limbah patologis terdiri atas jaringan, organ, cairan, atau bagian asal manusia; (c) limbah benda tajam, seperti alat infus, jarum suntik, spuit, pipet pasteur, pisau bedah, serta pecahan kaca; (d) limbah kimia terdiri atas bekas penggunaan laboratorium, pelarut, reagen, desinfektan, bahan sterilisasi; (e) limbah farmasi terdiri atas obat-obatan yang terkontaminasi dan/atau obat kedaluwarsa yang tidak diperlukan serta vaksin yang tidak digunakan; (f) limbah sitotoksik terdiri atas zat dengan sifat genotoksik (mutagenik, teratogenik, atau karsinogenik), dan obat sitotoksik untuk pengobatan

kanker; serta (g) limbah radioaktif terdiri atas radionuklida, radioaktif, dan radio-bahan terapi.

- Limbah padat B3 non medis

biasanya bersumber dari aktivitas perkantoran dan kegiatan lainnya, seperti *catridge printer*, lampu TL bekas mengandung merkuri, baterai bekas dan lain-lain.

c. Air limbah

Air limbah adalah sisa dari suatu usaha dan/atau kegiatan yang berwujud cair, dapat berupa air limbah dapur gizi dan kantin, air limbah laundry, air limbah laboratorium, air limbah *rontgen*, air limbah radioterapi serta air limbah dari kamar mandi dan wastafel.

d. Limbah gas

Limbah gas adalah semua limbah berwujud gas yang dari kegiatan pelayanan kesehatan. Dimana sumber emisi gas buang dominan berasal dari cerobong Insinerator, cerobong genset, cerobong boiler serta emisi kendaraan.

2.4 Dampak Limbah dari Kegiatan Pelayanan Kesehatan

Limbah dari pemeriksaan, perawatan, pemulihan dan/atau imunisasi pada manusia atau hewan merupakan hasil pengelompokan limbah medis oleh WHO. Limbah medis jika ditangani dengan buruk serta dibuang sembarangan menunjukkan risiko infeksi dan/atau luka bagi pekerja serta berisiko untuk masyarakat umum karena penyebaran mikroba dari fasyankes ke lingkungan (Windfeld & Brooks, 2015).

Limbah dari kegiatan pelayanan rumah sakit memiliki konsekuensi yang berbahaya jika pengelolaannya buruk. Limbah berbahaya dari aktivitas rumah sakit $\pm$ sebanyak 15%. Penanganan yang tidak tepat terhadap limbah akan menyebabkan sisa limbah menjadi menular dan berbahaya bagi kesehatan pekerja rumah sakit, pasien, pengunjung, dan bahkan masyarakat. Paparan limbah berbahaya seperti merkuri dan obat-obatan kedaluwarsa khususnya obat sitotoksik, sitostatik dan antibiotik dapat menyebabkan kanker, mutasi, efek teratogenik pada mata, pernafasan dan infeksi kulit. Cedera akibat benda tajam yang terkontaminasi seperti jarum suntik, pipet, pecahan kaca, dan pisau bedah

merupakan risiko kesehatan yang paling umum di kalangan petugas kesehatan. Cedera akibat benda tajam sering mengakibatkan infeksi akut seperti HIV, tetanus, HBV serta HCV (Dei *et al.*, 2023).

Dan hasil penelitian Osman *et al.* (2023) di rumah sakit rujukan Mulago, Uganda menunjukkan konsentrasi Timbal, Nitrat, COD, dan BOD pada limbah cair melebihi batas ketentuan maksimum, dan tetap dialirkan ke lingkungan, sehingga direkomendasikan pengolahan awal air limbah tersebut secara biokimia untuk pengurangan polutan sebelum dibuang ke lingkungan. Merujuk dari hasil penelitian Amri (2015) pada sarkes rawat inap di Kabupaten Brebes, bahwa pada sarana kesehatan rawat inap agar pengelolaan air limbahnya dapat memenuhi baku mutu lingkungan yang ada, maka harus dilakukannya peningkatan manajemen pengelolaan limbah yang baik, Menerapkan peraturan dan kebijakan secara konsisten serta pentingnya kepedulian dari penanggung jawab sarana kesehatan rawat inap terhadap kualitas lingkungan.

2.5 Pengelolaan dan Pemantauan Lingkungan

Menurut Pasal 1 Angka 1 Peraturan Menteri LHK No 1 Tahun 2021 tentang Program Peringkat Kinerja Pengelolaan Lingkungan Hidup bahwa “Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup adalah evaluasi kinerja penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan di bidang pengelolaan lingkungan hidup”. Salah satu kewajiban puskesmas yang tertuang pada izin lingkungan/persetujuan lingkungan dan dokumen lingkungan adalah melakukan pengelolaan dan pemantauan lingkungan.

Menurut Goesty (2012), dari kualitas lingkungan ambien maupun kualitas limbah yang dihasilkan dapat menggambarkan hasil kinerja pengelolaan lingkungan. Untuk menghindari kegagalan pengelolaan lingkungan, pelaksanaan pemantauan harus dilakukan secara kontinu sejak awal kegiatan. Dan berdasarkan pasal 16 Ayat (2) Huruf a Peraturan Menteri LHK No 1 Tahun 2021 bahwa “kinerja penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan dalam menaati ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang lingkungan hidup meliputi pengendalian pencemaran air, pemeliharaan sumber air, pengendalian pencemaran udara, pengelolaan limbah B3, pengelolaan limbah non B3, pengelolaan B3,

pengendalian kerusakan lahan dan/atau pengelolaan sampah”. Dan menurut Hendra (2016), sistem pengolahan limbah padat merupakan proses pengelolaan limbah yang meliputi lima aspek, yaitu (a) aspek teknis operasional; (b) aspek kelembagaan; (c) aspek hukum dan peraturan; (d) aspek pembiayaan; (e) aspek peran serta masyarakat.

2.5.1 Aspek Teknis Operasional

2.5.1.1 Limbah Padat Domestik (Sampah)

Menurut Pasal 1 dan 2 Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2008 tentang Pengelolaan Sampah bahwa “sampah adalah sisa kegiatan sehari-hari manusia dan/atau proses alam yang berbentuk padat. Sampah terdiri atas sampah rumah tangga, sampah sejenis sampah rumah tangga dan sampah spesifik. Sampah rumah tangga berasal dari kegiatan sehari-hari dalam rumah tangga, tidak termasuk tinja dan sampah spesifik. Sampah sejenis sampah rumah tangga berasal dari kawasan komersial, kawasan industri, kawasan khusus, fasilitas sosial, fasilitas umum, dan/atau fasilitas lainnya. Sedangkan sampah spesifik meliputi: (a) sampah yang mengandung bahan berbahaya dan beracun; (b) sampah yang mengandung limbah bahan berbahaya dan beracun; (c) sampah yang timbul akibat bencana; (d) puing bongkaran bangunan; (e) sampah yang secara teknologi belum dapat diolah; dan/atau (f) sampah yang timbul secara tidak periodik. Sedangkan pengelolaan sampah adalah kegiatan yang sistematis, menyeluruh, dan berkesinambungan yang meliputi pengurangan dan penanganan sampah”.

Berdasarkan Pasal 25 ayat (2) Permenkes 2 Tahun 2023 bahwa “kegiatan pengelolaan limbah non medis atau domestik yang dihasilkan dari kegiatan fasyankes dilakukan melalui tahapan pengurangan, pemilahan, pengumpulan, pengangkutan, pengolahan dan/atau pemrosesan akhir. Pengangkutan dan pemrosesan akhir dapat dilakukan secara mandiri atau bekerja sama dengan pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan”. Dan menurut Pasal 20 dan 22 Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2008 bahwa “kegiatan pengelolaan sampah terdiri atas: (a) pengurangan sampah, meliputi kegiatan pembatasan timbulan sampah, pendauran ulang sampah dan/atau pemanfaatan kembali sampah; (b) penanganan sampah, meliputi: (1) pemilahan dalam bentuk

pengelompokan dan pemisahan sampah sesuai dengan jenis, jumlah, dan/atau sifat sampah; (2) pengumpulan dalam bentuk pengambilan dan pemindahan sampah dari sumber sampah ke tempat penampungan sementara atau tempat pengolahan sampah terpadu; (3) pengangkutan dalam bentuk membawa sampah dari sumber dan/atau dari tempat penampungan sampah sementara atau dari tempat pengolahan sampah terpadu menuju ke tempat pemrosesan akhir; (4) pengolahan dalam bentuk mengubah karakteristik, komposisi, dan jumlah sampah; dan/atau (5) pemrosesan akhir sampah dalam bentuk pengembalian sampah dan/atau residu hasil pengolahan sebelumnya ke media lingkungan secara aman”.

2.5.1.2 Limbah Padat B3

Berdasarkan Bab V Lampiran Permenkes Nomor 2 tahun 2023 bahwa “pengelolaan limbah padat B3 di fasyankes meliputi pengurangan, pemilahan dan pewadahan, pengangkutan internal, penyimpanan sementara, serta pengolahan atau penimbunan”.

a. Pengurangan

Mengacu pada Bab V Lampiran Permenkes Nomor 2 tahun 2023 bahwa “setiap fasyankes diharapkan dapat seminimal mungkin menghasilkan limbah B3. Pengurangan limbah B3 dilakukan dengan cara: (1) tersedianya Standar Prosedur Operasional (SPO) untuk pengurangan limbah B3 yang dihasilkan, dan SPO tersebut diimplementasikan; (2) minimalisasi menggunakan bahan mengandung B3; (3) agar penumpukan serta kedaluwarsa bahan kimia dan farmasi tidak terjadi, dilakukan tata kelola pengadaan dengan baik; (4) prioritas penggunaan produk yang dapat digunakan kembali daripada produk sekali pakai; (5) melakukan tata kelola bahan/material yang berpotensi menyebabkan pencemaran dan/atau gangguan kesehatan dengan baik”.

b. Pemilahan dan pewadahan

Pemilahan dan pewadahan limbah B3 menyesuaikan dengan jenis dan karakteristik limbah. Menurut Bab V Lampiran Permenkes Nomor 2 tahun 2023 bahwa “beberapa hal yang dilakukan pada pemilahan dan pewadahan antara lain: (1) pemilahan dilakukan mulai dari sumber dihasilkannya limbah hingga ke TPS limbah B3. Hal ini bertujuan untuk memisahkan antara limbah

B3, limbah non B3 dan sampah; (2) pemilahan limbah B3 dilakukan dengan meletakkan limbah ke dalam wadah yang dilapisi kantong plastik dan wadah dengan warna dan simbol B3 atau sesuai dengan jenis, kelompok, dan/atau karakteristik limbah B3; (3) pewadahan limbah B3 di ruangan sumber sebelum dibawa ke TPS harus ditempatkan pada wadah yang kuat, anti karat, kedap air, dilengkapi penutup dan diletakkan pada tempat yang jauh dari jangkauan orang umum”. Karakteristik limbah B3 serta warna wadah dan kantong plastik serta simbol yang digunakan ditampilkan pada Tabel 2.

Tabel 2. Karakteristik limbah, warna, simbol dan kemasan limbah B3

No	Karakteristik limbah	Warna	Simbol	Kemasan
1.	Limbah infeksius	Kuning		Kantong plastik kuat dan anti bocor atau kontainer
2.	Limbah patologis	Kuning		Kantong plastik kuat dan anti bocor atau kontainer
3.	Limbah tajam	Kuning		Kantong plastik kuat dan anti bocor atau kontainer
4.	Limbah bahan kimia kedaluwarsa, tumpahan atau sisa kemasan	Cokelat		Kantong plastik kuat dan anti bocor atau kontainer
5.	Limbah radioaktif	Merah		Kantong boks timbal (Pb)
6.	Limbah farmasi	Cokelat		Kantong plastik atau kontainer

7.	Limbah sitotoksik	Ungu		Kantong plastik kuat dan anti bocor atau kontainer
8.	Limbah mengandung logam berat	Cokelat		Kantong plastik kuat dan anti bocor atau kontainer
9.	Limbah kontainer bertekanan tinggi	-		Kantong plastik

Sumber: Permenkes Nomor 2 Tahun 2023

c. Pengangkutan internal

Pengangkutan internal limbah B3 adalah proses pemindahan ke Tempat Penyimpanan Sementara dari tempat dihasilkannya limbah B3 tersebut. Berdasarkan Bab V Lampiran Permenkes Nomor 2 tahun 2023 bahwa “beberapa hal yang harus dipenuhi untuk kegiatan pengangkutan internal limbah B3 antara lain: (1) alat angkut memiliki roda dan dibuat dari bahan yang kuat serta tidak berkarat, dilengkapi simbol serta tulisan “limbah B3”, disimpan di TPS dan dilakukan pembersihan alat angkut secara periodik; (2) tersedianya jalur khusus untuk pengangkutan. Atau pengangkutan dilakukan pada saat jam pelayanan selesai/kunjungan sepi; (3) petugas pengangkut diwajibkan telah mendapatkan pelatihan penanganan limbah B3 dan pada saat melakukan pengangkutan alat pelindung diri wajib digunakan; (4) pengumpulan limbah B3 dari sumber dilakukan setelah kantong limbah terisi $\frac{3}{4}$ (tiga perempat) dari volume maksimal atau paling lama 24 jam”.

d. Penyimpanan sementara

Menurut Bab V Lampiran Permenkes Nomor 2 tahun 2023 bahwa “penyimpanan sementara limbah B3 dilakukan dengan cara sebagai berikut: (1) tersedianya SPO penanganan limbah B3 dan SPO kondisi darurat; (2) limbah B3 disimpan di TPS limbah B3 sebelum dilakukan pengangkutan eksternal, pengolahan dan/atau penimbunan limbah B3; (3) penyimpanan

limbah B3 menggunakan wadah dengan desain dan bahan sesuai dengan kelompok atau karakteristik limbah B3. Dan berikut beberapa ketentuan teknis bangunan TPS limbah B3 di fasyankes: (1) lokasi di area servis, lingkungan bebas banjir dan tidak berdekatan dengan kegiatan pelayanan dan permukiman penduduk; (2) berbentuk bangunan tertutup dilengkapi pintu, ventilasi yang cukup, sistem penghawaan, sistem saluran dan jalan akses kendaraan angkut limbah B3; (3) setiap jenis limbah B3 ditempatkan dengan wadah yang berbeda serta pada wadah tersebut ditempel label dan simbol; (4) jarak penempatan antara tempat pewadahan limbah B3 sekitar 50 cm; (5) TPS dilengkapi fasilitas keselamatan, penerangan, dan sirkulasi udara yang cukup; (6) TPS dilengkapi fasilitas keamanan dengan memasang pagar pengaman dan gembok pengunci pintu TPS, penerangan area luar TPS serta tersedianya nomor telepon darurat seperti kantor satpam, kantor pemadam kebakaran, fasyankes dan kantor polisi terdekat; (7) TPS dilengkapi papan nama TPS limbah B3, tanda larangan masuk bagi yang tidak berkepentingan, simbol B3 sesuai dengan jenis limbah B3 serta titik koordinat lokasi TPS; (8) tersedianya SPO penanganan limbah B3, SPO kondisi darurat dan pencatatan (*logbook*) limbah B3”.

e. Pengolahan

Pengolahan limbah B3 terdiri atas pengolahan internal (*on site*) dan pengolahan eksternal. Mengacu pada Bab V Lampiran Permenkes Nomor 2 tahun 2023 bahwa “pengolahan internal dilakukan di lingkungan fasyankes dengan menggunakan alat insinerator atau alat pengolah limbah B3 lainnya yang disediakan sendiri oleh pihak fasyankes, seperti *autoclave*, *microwave*, penguburan, enkapsulasi, inertisasi yang mendapatkan izin operasional, dan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dan jika pihak fasyankes tidak dapat mengolah limbah B3 yang dihasilkan, maka pengolahan limbah B3 dapat dilakukan melalui kerja sama dengan pihak pengolah atau penimbun limbah B3 yang telah memiliki izin. Fasyankes (penghasil) wajib bekerja sama dengan pihak ketiga yakni pengangkut dan pengolah limbah B3 yang dilakukan secara terintegrasi dengan pengangkut yang dituangkan dalam satu nota kesepakatan antara fasyankes, pengangkut

dan pengolah akhir limbah B3. Dalam kegiatan pengolahan limbah B3, pihak fasyankes harus memastikan bahwa: (1) pihak pengangkut dan pengolah atau penimbun limbah B3 memiliki perizinan yang lengkap sesuai dengan ketentuan perundang-undangan; (2) jenis kendaraan dan nomor polisi kendaraan pengangkut limbah B3 yang digunakan harus sesuai dengan yang tercantum dalam perizinan; (3) setiap penyerahan limbah B3 ke pengolah akhir dan/atau penimbun limbah B3 wajib dilengkapi *manifest*; (4) pihak pengangkut menetapkan jadwal pengangkutan; (5) kendaraan angkut layak pakai, serta pada kendaraan tersebut memuat informasi terkait nama pihak pengangkut dan simbol limbah B3”.

2.5.1.3 Air Limbah

Berdasarkan Permenkes Nomor 2 Tahun 2023 bahwa “pengelolaan limbah yang berbentuk cair mencakup kegiatan penyaluran dari sumber dihasilkannya ke IPAL, pengolahan pada IPAL, pemeriksaan *effluent* serta pelaporan”.

1. Penyaluran

Penyaluran harus memenuhi standar baku mutu air limbah sebelum dibuang ke badan air permukaan. Jaringan pipa yang digunakan untuk penyaluran air limbah dari sumber dihasilkannya menuju ke IPAL harus tertutup serta aman dari kebocoran. Dan berdasarkan lampiran I Permen LHK No 1 Tahun 2021 bahwa “ketentuan teknis saluran pembuangan air limbah yaitu kedap air serta tidak tercampur dengan limpasan air hujan”.

2. Pengolahan

Pengolahan bertujuan agar risiko pencemaran lingkungan serta gangguan kesehatan akibat air limbah dapat diminimalisir. Mengacu pada Bab V Lampiran Permenkes Nomor 2 tahun 2023 bahwa “sistem pengelolaan air limbah terdiri atas: (1) air limbah dari seluruh sumber dari bangunan/kegiatan fasyankes harus diolah; (2) fasyankes harus memiliki IPAL dengan teknologi yang tepat dan desain kapasitas olah air limbah yang sesuai dengan volume air limbah yang dihasilkan; (3) untuk air limbah dengan karakteristik khusus, IPAL dilengkapi dengan pengolahan awal; (4) tersedianya kelengkapan fasilitas penunjang IPAL yaitu alat ukur debit, papan tulisan titik koordinat

IPAL, pagar pengaman area IPAL, fasilitas keselamatan IPAL serta bak pengambilan sampel.

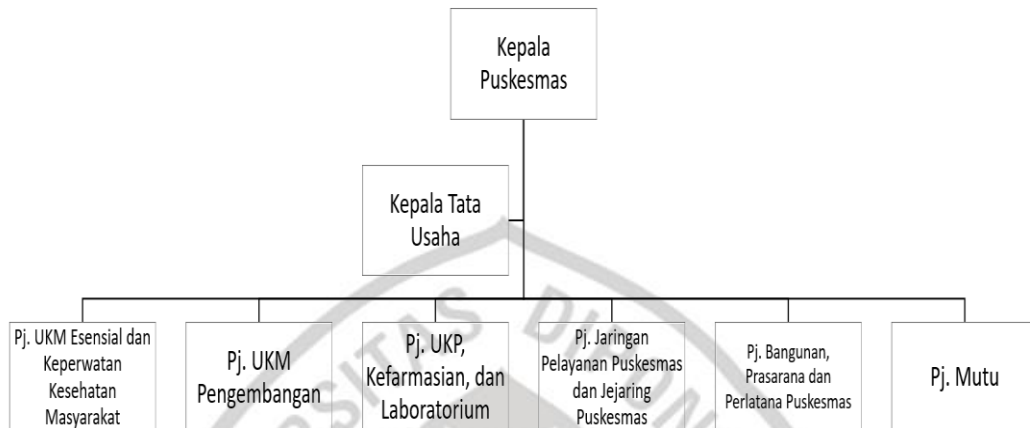
3. Pemeriksaan

Pemeriksaan bertujuan untuk membuktikan bahwa semua parameter air limbah hasil pengolahan sesuai dengan BML yang telah ditetapkan. Berdasarkan Bab V Lampiran Permenkes Nomor 2 tahun 2023 bahwa “pemeriksaan kualitas air limbah harus memenuhi ketentuan sebagai berikut: (1) frekuensi pengambilan dan pemeriksaan sampel air limbah yakni 1 (satu) kali per bulan; (2) baku mutu effluen air limbah sesuai dengan ketentuan perundang-undangan; (3) pelaporan hasil uji laboratorium air limbah kepada instansi pemerintah sesuai ketentuan minimum 1 (satu) kali per 3 (tiga) bulan; (4) apabila hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan kualitas air limbah tidak memenuhi baku mutu, segera lakukan analisis dan penyelesaian masalah, dilanjutkan dengan pengiriman ulang air limbah ke laboratorium pada bulan yang sama; (5) seluruh parameter pemeriksaan air limbah, baik fisika, kimia maupun mikrobiologi yang disyaratkan, harus dilakukan uji laboratorium; (6) pemeriksaan sampel air limbah harus menggunakan laboratorium yang telah terakreditasi secara nasional; (7) pewadahan sampel air limbah menggunakan jeriken warna putih atau botol plastik bersih dengan volume minimal 2 (dua) liter; (8) fasyankes wajib melakukan swapantau harian air limbah dengan parameter minimal DO, suhu dan pH; (9) petugas kesehatan lingkungan atau teknisi terlatih harus melakukan pemantauan dan pemeliharaan terhadap fungsi dan kinerja mesin, alat penunjang proses IPAL, peralatan mekanikal dan elektrik IPAL, serta pemeliharaan proses biologi IPAL agar tetap optimal; (10) dilarang melakukan pengenceran dalam pengolahan dan pemeriksaan air limbah (11) melakukan pembersihan sampah yang masuk bak penyaring kasar pada IPAL”.

2.5.2 Aspek Kelembagaan

Status kelembagaan puskesmas terdiri atas Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (FKTP BPJS) dan Pola Pengelolaan Keuangan-

Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD). Contoh struktur organisasi puskesmas sebagai berikut.



Gambar 4. Struktur organisasi puskesmas

Sumber: Permenkes Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas

a. UPT Dinas Kesehatan

UPT bertugas melakukan beberapa kegiatan teknis operasional dan/atau penunjang. Puskesmas berkoordinasi dengan bidang-bidang terkait pelaksanaan program, namun untuk pertanggungjawabannya langsung kepada Kepala Dinas Kesehatan. Pengelolaan keuangan UPT dilaksanakan pada proses pelaksanaan dan pelaporan. Kepala UPT sebagai PPTK, sehingga pertanggungjawaban untuk dana BOK, dana kapitasi, dan/atau dana lainnya langsung kepada KPA (Kementerian Keuangan RI, 2017).

b. FKTP BPJS

Berdasarkan Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional bahwa “terkait sistem pembayaran pelayanan kesehatan, BPJS kesehatan melakukan pembayaran kepada fasilitas kesehatan yang memberikan layanan kepada peserta BPJS kesehatan. Besaran pembayaran yang dilakukan BPJS kesehatan kepada fasilitas kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah fasilitas kesehatan tersebut berada serta mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri”.

c. PPK-BLUD

Mengacu pada Permendagri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah bahwa “BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan. Belanja BLUD terdiri atas belanja operasi dan belanja modal. Belanja operasi mencakup seluruh belanja BLUD untuk menjalankan tugas dan fungsi, yang meliputi belanja pegawai, belanja barang dan jasa, belanja bunga dan belanja lain. Sedangkan belanja modal mencakup perolehan aset tetap dan aset lainnya yang memberi manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan BLUD. Belanja modal meliputi belanja tanah, belanja peralatan dan mesin, belanja gedung dan bangunan, belanja jalan, irigasi dan jaringan, serta belanja aset tetap lainnya”.

2.5.3 Aspek Hukum dan Peraturan

2.5.3.1 Limbah Padat Domestik (Sampah)

Mengacu pada pasal 20 Ayat (1) dan pasal 22 Ayat (1) UU Nomor 18 Tahun 2008 bahwa “pengurangan sampah meliputi kegiatan pembatasan timbulan sampah, pendauran ulang sampah dan/atau pemanfaatan kembali sampah. Sedangkan penanganan sampah meliputi: (a) pemilahan dalam bentuk pengelompokan dan pemisahan sampah sesuai dengan jenis, jumlah, dan/atau sifat sampah; (b) pengumpulan dalam bentuk pengambilan dan pemindahan sampah dari sumber sampah ke tempat penampungan sementara atau tempat pengolahan sampah terpadu; (c) pengangkutan dalam bentuk membawa sampah dari sumber dan/atau dari tempat penampungan sampah sementara atau dari tempat pengolahan sampah terpadu menuju ke tempat pemrosesan akhir; (d) pengolahan dalam bentuk mengubah karakteristik, komposisi, dan jumlah sampah; dan/atau (e) pemrosesan akhir sampah dalam bentuk pengembalian sampah dan/atau residu hasil pengolahan sebelumnya ke media lingkungan secara aman”.

Penanganan sampah diawali dengan kegiatan pemilahan sampah sesuai dengan jenisnya. Mengacu pada Pasal 17 Ayat (1) PP Nomor 81 Tahun 2012

bahwa “pemilahan sampah dilakukan oleh: (a) setiap orang pada sumbernya; (b) pengelola kawasan permukiman, kawasan komersial, kawasan industri, kawasan khusus, fasilitas umum, fasilitas sosial, dan fasilitas lainnya; dan (c) pemerintah kabupaten/kota”. Sehingga, berdasarkan pasal 13 UU Nomor 18 Tahun 2008, “pengelola kawasan permukiman, kawasan komersial, kawasan industri, kawasan khusus, fasilitas umum, fasilitas sosial, dan fasilitas lainnya wajib menyediakan fasilitas pemilahan sampah”.

2.5.3.2 Limbah Padat B3

Mengacu pada Bab II Lampiran Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/165/2023 bahwa “limbah B3 perlu diidentifikasi dan dikendalikan secara aman, dilakukan inventarisasi serta dilakukan pengelolaan terhadap limbah B3 tersebut sesuai dengan standar yang mencakup pemilahan, pewadahan dan penyimpanan/tempat penampungan sementara, transportasi, pengolahan akhir serta wajib menggunakan APD sesuai dengan ketentuan yang berlaku ketika melakukan pengelolaan limbah B3 tersebut”. Dan berdasarkan Pasal 5 Permen LHK Nomor: P.56/Menlhk-Setjen/2015 bahwa “pengelolaan limbah B3 yang timbul dari fasilitas pelayanan kesehatan meliputi tahapan: (a) pengurangan dan pemilahan limbah B3; (b) penyimpanan limbah B3; (c) pengangkutan limbah B3; (d) pengolahan limbah B3; (e) penguburan limbah B3; dan/atau (f) penimbunan limbah B3”.

Terhadap limbah B3 yang telah dilakukan pengurangan dan pemilahan, wajib dilakukan penyimpanan limbah B3. Terkait penyimpanan limbah B3, mengacu pada Pasal 51 Ayat (4) Permen LHK Nomor 6 Tahun 2021 bahwa “untuk dapat melakukan penyimpanan limbah B3, setiap orang yang menghasilkan limbah B3 wajib memenuhi: (a) standar penyimpanan limbah B3 yang diintegrasikan ke dalam nomor induk berusaha, bagi penghasil limbah B3 dari usaha dan/atau kegiatan wajib SPPL; dan/atau (b) rincian teknis penyimpanan limbah B3 yang dimuat dalam persetujuan lingkungan, bagi penghasil limbah B3 dari usaha dan/atau kegiatan wajib Amdal atau UKL-UPL; dan Instansi Pemerintah yang menghasilkan limbah B3”. Dan berdasarkan Bab V Lampiran Permenkes Nomor 2 Tahun 2023 bahwa “setiap fasilitas penanganan limbah B3 di

fasyankes harus dilengkapi persetujuan teknis dari instansi pemerintah yang berwenang. Fasilitas tersebut adalah TPS limbah B3 dan alat pengolah limbah B3 insinerator dan/atau alat/fasilitas pengolah limbah B3 lainnya”.

Menurut Pasal 54 dan Pasal 55 Permen LHK Nomor 6 Tahun 2021 bahwa “kegiatan penyimpanan limbah B3 wajib memenuhi ketentuan tata cara penyimpanan limbah B3 serta pemantauan dan pelaporan. Tata cara penyimpanan limbah B3 meliputi tempat penyimpanan limbah B3, cara penyimpanan limbah B3 dan waktu penyimpanan limbah B3”. Dan berdasarkan Pasal 8 Ayat (2) Permen LHK Nomor: P.56/Menlhk-Setjen/2015 bahwa “penyimpanan limbah B3 dilakukan dengan ketentuan: (a) limbah B3 dengan karakteristik infeksius, benda tajam dan patologis, disimpan di tempat penyimpanan limbah B3 sebelum dilakukan pengangkutan limbah B3, pengolahan limbah B3, dan/atau penimbunan limbah B3 paling lama 2 (dua) hari pada temperatur lebih besar dari 0°C (nol derajat celsius) atau 90 (sembilan puluh) hari, pada temperatur sama dengan atau lebih kecil dari 0°C (nol derajat celsius) sejak Limbah B3 dihasilkan; (b) limbah B3 yang berupa bahan kimia kedaluwarsa, tumpahan, atau sisa kemasan, limbah radioaktif, limbah farmasi, limbah sitotoksik, peralatan medis yang memiliki kandungan logam berat tinggi, serta tabung gas atau kontainer bertekanan disimpan di tempat penyimpanan limbah B3 paling lama 90 (sembilan puluh) hari, untuk limbah B3 yang dihasilkan sebesar ≥ 50 kg (lima puluh kilogram) per hari atau 180 (seratus delapan puluh) hari untuk limbah B3 yang dihasilkan kurang dari 50 kg (lima puluh kilogram) per hari untuk limbah B3 kategori 1 sejak limbah B3 dihasilkan”.

Jika limbah B3 tidak dapat dikelola sendiri oleh penghasil, maka penghasil dapat menjalin kerja sama dengan pihak lain untuk pengangkutan dan pengolahan akhir. Dan mengacu pada Bab V Lampiran Permenkes Nomor 2 Tahun 2023 bahwa “pengangkutan limbah B3 harus dilengkapi dengan perjanjian kerja sama secara *three parted* yang ditandatangani oleh pimpinan dari pihak fasyankes, pihak pengangkut limbah B3 dan pengolah atau penimbun limbah B3”.

2.5.3.3 Air Limbah

Berdasarkan Bab II Lampiran Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/165/2023 bahwa “ketentuan yang harus dilakukan oleh fasyankes terkait pengelolaan air limbah yang dihasilkan yaitu tersedianya instalasi pengolahan air limbah (IPAL) di fasyankes sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan”. Dan mengacu pada Pasal 3 Ayat (1) Peraturan Menteri LHK No 5 Tahun 2021 bahwa “kegiatan pembuangan dan/atau pemanfaatan air limbah wajib memiliki Persetujuan Teknis dan Surat Kelayakan Operasional (SLO)”. Dan menurut Pasal 21 Ayat (2) Peraturan Menteri LHK No 5 Tahun 2021 bahwa “kesesuaian standar teknis pemenuhan baku mutu air limbah untuk kegiatan pembuangan air limbah ke badan air permukaan meliputi: (a) desain sistem instalasi pengolahan air limbah dan lumpur hasil pengolahan air limbah; (b) kapasitas instalasi pengolahan air limbah; (c) alat ukur debit atau alat ukur yang setara pada titik penataan; (d) titik penataan dengan nama dan titik koordinat; (e) titik pembuangan dengan nama dan titik koordinat; dan (f) titik pemantauan pada badan air permukaan dan/atau air laut dengan nama dan titik koordinat”.

Berdasarkan Bab V Lampiran Permenkes Nomor 2 Tahun 2023 bahwa “untuk air limbah dari sumber tertentu di fasyankes yang memiliki karakteristik khusus harus dilengkapi dengan pengolahan awal sebelum disalurkan menuju IPAL. Air limbah tersebut meliputi: (a) air limbah dapur gizi dan kantin yang memiliki kandungan minyak dan lemak tinggi harus dilengkapi *pretreatment* berupa bak penangkap lemak/minyak; (b) air limbah *laundry* yang memiliki kandungan bahan kimia dan deterjen tinggi harus dilengkapi *pretreatment* berupa bak pengolah deterjen dan bahan kimia; (c) air limbah laboratorium yang memiliki kandungan bahan kimia tinggi harus dilengkapi *pretreatment* berupa bak pengolah bahan kimia; (d) air limbah *rontgen* yang memiliki kandungan perak tinggi harus dilengkapi penampungan sementara dan tahapan penanganan selanjutnya diperlakukan sebagai limbah B3; dan (e) air limbah radioterapi yang memiliki materi bahan radioaktif tertentu harus dilengkapi *pretreatment* berupa

bak penampung untuk meluruhkan waktu paruhnya sesuai dengan jenis bahan radioaktifnya dengan mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan”.

Mengacu pada Pasal 16 Peraturan Menteri LH Nomor 5 Tahun 2014 bahwa “fasyankes wajib melakukan pemantauan kualitas air limbah paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulannya sesuai dengan parameter yang telah ditetapkan dalam izin pembuangan air limbah. Serta wajib melaporkan hasil pemantauan sekurang-kurangnya 3 (tiga) bulan sekali kepada penerbit izin pembuangan air limbah, dengan tembusan kepada Menteri dan Gubernur sesuai dengan kewenangannya”. Hal ini sejalan dengan ketentuan pada Bab V Lampiran Permenkes Nomor 2 Tahun 2023 bahwa “fasyankes wajib menyampaikan laporan hasil uji laboratorium air limbah *effluent* IPAL minimum setiap 1 (satu) kali per 3 (tiga) bulan ke KLHK, DLH provinsi atau Kabupaten/Kota serta Dinas Kesehatan provinsi atau Kabupaten/Kota”.

2.5.4 Aspek Pembiayaan

Sumber anggaran operasional Puskesmas yang berbentuk UPT yaitu Dana Alokasi Khusus fisik, BOK, APBD tingkat provinsi serta kabupaten/kota, dana kapitasi maupun non kapitasi dari BPJS serta dana CSR dari institusi di luar pemerintah. Menurut Kementerian Keuangan (2017), BOK disalurkan ke puskesmas dengan tujuan agar program kesehatan prioritas nasional dapat tercapai. Untuk layanan kesehatan yang bersifat dasar, layanan kesehatan tingkat lanjut, serta obat-obatan dapat menggunakan BOK. Untuk dana kapitasi, dana yang dibayarkan oleh BPJS kepada puskesmas setiap bulannya yang besarnya didasari atas banyaknya peserta yang terdaftar di puskesmas tersebut. Sedangkan besaran dana non kapitasi didasari dari klaim puskesmas. Sehingga dapat dikatakan bahwa besaran dana kapitasi puskesmas tergantung dari banyaknya peserta BPJS yang tercatat di puskesmas yang bersangkutan.

Untuk puskesmas berstatus BLUD, perencanaan dan penggunaan anggaran dapat disesuaikan dengan kebutuhan dan permasalahan dari masing-masing puskesmas. Menurut Kementerian PPN/Bappenas (2018), status BLUD akan memberi kesempatan lebih leluasa kepada puskesmas untuk dapat mengelola anggaran yang ada sesuai dengan prioritas kebutuhan pada kegiatan UKM dan

UKP yang harus segera ditangani. Seperti penggunaan 40% anggaran kegiatan dari kapitasi untuk dapat mempekerjakan tenaga kontrak yang memiliki kompetensi di bidang yang dibutuhkan.

2.5.5 Aspek Peran Serta Masyarakat

Keberhasilan pembangunan bergantung pada peran serta masyarakat, salah satunya pembangunan kesehatan. Pada penelitian Muhtar *et al.* (2022), menunjukkan keberhasilan peran serta masyarakat pada kegiatan pembangunan kesehatan, yaitu dimana setelah melakukan pelatihan kader dan pembentukan kelompok peduli paru sehat (KPPS), kunjungan rumah, pengamatan dan penjangkaran wilayah untuk penemuan kasus Tb paru, didapatkan hasil bahwa adanya peningkatan peran serta penderita, keluarga, dan masyarakat dalam upaya perawatan dan pemberantasan penyakit Tb paru yaitu berupa peningkatan pengetahuan tentang penyakit Tb paru, peningkatan keterampilan perawatan diri yang meliputi tindakan pemberian kompres hangat, teknik napas dalam, teknik batuk efektif serta cara pembuatan wadah penampungan dahak (sputum) bagi penderita. Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa peran serta masyarakat dapat mendorong peningkatan keberhasilan pembangunan di bidang kesehatan.

2.6 Akreditasi

Akreditasi di Indonesia lahir pada tahun 1995 yang diawali dengan terbentuknya program akreditasi rumah sakit. Setahun kemudian Kementerian Kesehatan meluncurkan Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Lalu mulai terjadinya proses reformasi dan penguatan regulasi sistem kesehatan pada tahun 2000. Pada tahun 2010 hingga 2012, Kementerian Kesehatan dan KARS meninjau standar akreditasi yang ada dan mengembangkan standar akreditasi baru. Hasilnya, sekitar 42% dari 2300 rumah sakit yang ada di Indonesia telah terakreditasi pada tahun 2011 (Mansour, 2018). Sejak tahun 2014, akreditasi telah diperluas ke fasilitas pelayanan primer yaitu Puskesmas (Limato *et al.*, 2019).

Akreditasi merupakan kegiatan pemantauan serta penilaian yang berkesinambungan, kegiatan ini diterapkan pada standar baku suatu organisasi kesehatan seperti evaluasi diri, *interview*, dan/atau dokumentasi pengawasan. Evaluasi dilaksanakan tim ahli di bidang kesehatan yang terdiri atas beragam

disiplin ilmu. Setelah dilakukannya evaluasi, akreditasi sudah dapat diberikan atau diberikan waktu bagi rumah sakit untuk mengoreksi hal yang telah diberi masukan oleh tim penilai, atau status akreditasi yang sudah dimiliki saat ini akan hilang ketika kinerja rumah sakit tidak memenuhi standar. Akreditasi merupakan sarana untuk memungkinkan masyarakat menyadari bahwa standar mutu nasional telah terpenuhi oleh fasilitas pelayanan kesehatan (Alotaibi, 2023).

Akreditasi didasarkan pada ide terkait kepatuhan terhadap standar berbasis bukti yang bertujuan menciptakan layanan kesehatan yang baik serta lingkungan kerja yang aman. Maka, program akreditasi dapat digunakan sebagai upaya peningkatan kualitas layanan dan pemenuhan standar mutu. Sehingga, badan akreditasi pelayanan kesehatan didirikan dengan tujuan untuk menjaga keberlanjutan kepatuhan dari fasilitas pelayanan kesehatan terhadap standar mutu dan keselamatan pasien (Alasmari *et al.*, 2021).

Sifat akreditasi adalah menilai kinerja fasilitas kesehatan melalui proses inspeksi eksternal, dengan menggunakan serangkaian standar yang ditetapkan. Ketika membandingkan lembaga terakreditasi dan non-akreditasi, akreditasi terbukti mendukung peningkatan kesehatan dan keselamatan pasien, meningkatkan kualitas layanan kesehatan, mendorong perubahan organisasi, dan memungkinkan pengembangan profesional. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa akreditasi dapat memberikan dampak positif terhadap kualitas manajemen dan kepemimpinan pelayanan kesehatan (Alshamsi *et al.*, 2020).

Harapannya dengan akreditasi yang baik, mutu pelayanan kesehatan di puskesmas meningkat dan dampak lingkungan dari kegiatan puskesmas dapat dicegah/diminimalisasi. Hal ini diperkuat oleh hasil temuan Van Den Hombergh *et al.* yang tertuang dalam Riisgaard *et al.* (2020), yang menemukan hubungan signifikan antara akreditasi di praktek umum Belanda dan jumlah pasien yang memiliki pengalaman positif dengan dokter umum dan khususnya praktik umum. Namun dari hasil penelitian Riisgaard *et al.* (2020), tidak menemukan bukti bahwa akreditasi wajib praktik umum di Denmark meningkatkan kualitas pelayanan atau kepuasan pasien. Sebaliknya, kepuasan pasien terhadap praktik umum menurun ketika praktik umum baru saja diakreditasi.

Hasil penelitian Ghareeb *et al.* (2018) di Qatar menekankan pada dampak positif akreditasi terhadap kualitas layanan. Secara khusus, penelitian ini memberikan indikasi mengenai pentingnya keterlibatan pegawai dalam akreditasi dan dalam mempromosikan budaya kerja yang mendukung peningkatan kualitas layanan. Sedangkan penelitian Limato *et al.* (2019) mengkaji terkait faktor yang memberi pengaruh besar terhadap proses peningkatan kualitas pada tiga Puskesmas di Indonesia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses dari peningkatan kualitas dalam sistem desentralisasi Indonesia dipengaruhi oleh empat faktor, yaitu pada tingkat individu, tim, organisasi dan eksternal.

Di Indonesia, kegiatan akreditasi dibagi menjadi persiapan, pelaksanaan dan pasca akreditasi. Akreditasi dilakukan sesuai dengan standar akreditasi. Menurut Pasal 1 Angka 8 Permenkes Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi bahwa “standar akreditasi adalah pedoman yang berisi tingkat pencapaian yang harus dipenuhi oleh fasilitas pelayanan kesehatan dalam meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien”. Dan menurut Pasal 6 Ayat (2) dan (3) Permenkes Nomor 34 Tahun 2022 bahwa “Dalam rangka menyelenggarakan akreditasi, Menteri menetapkan lembaga penyelenggara akreditasi yang bertugas melaksanakan survei akreditasi”.

Kegiatan persiapan akreditasi merujuk pada Pasal 14 Ayat (2) Permenkes Nomor 34 Tahun 2022 terdiri atas “pengisian penilaian mandiri (*self assessment*); penyusunan program peningkatan mutu, penetapan dan pengukuran indikator mutu, serta pelaporan insiden keselamatan pasien”. Sedangkan pelaksanaan akreditasi merujuk pada Pasal 17 Permenkes Nomor 34 Tahun 2022 meliputi “survei dan penetapan status akreditasi”. Dan untuk kegiatan pasca akreditasi merujuk pada Pasal 22 Ayat (3) Permenkes Nomor 34 Tahun 2022 bahwa “kegiatan pasca akreditasi dilakukan dengan membuat dan menyampaikan perencanaan perbaikan strategis kepada lembaga penyelenggara akreditasi, dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, dan dinas kesehatan daerah provinsi

berdasarkan rekomendasi perbaikan hasil survei dari Kementerian Kesehatan, dengan memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi”.

2.7 Pengawasan Lingkungan

Pengawasan lingkungan wajib dilakukan terhadap setiap usaha/kegiatan yang telah mempunyai perizinan berusaha, untuk usaha/kegiatan milik swasta atau persetujuan pemerintah untuk usaha/kegiatan yang dikelola oleh instansi pemerintah. Pengawasan dapat dilakukan secara langsung (reguler/terjadwal dan insidental) serta secara tidak langsung melalui evaluasi laporan rutin penataan usaha/kegiatan. Berdasarkan pasal 71 Ayat (3) dan pasal 72 Perubahan UU Nomor 32 Tahun 2009 pada UU Nomor 6 Tahun 2023 bahwa “pemerintah pusat atau pemerintah daerah sesuai dengan kewenangannya berdasarkan norma, standar, prosedur, dan kriteria yang ditetapkan oleh pemerintah pusat wajib melakukan pengawasan ketaatan penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan terhadap perizinan berusaha, atau persetujuan pemerintah pusat atau pemerintah daerah. Dalam melaksanakan pengawasan, Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah menetapkan pejabat pengawas lingkungan hidup yang merupakan pejabat fungsional”.

Dan berdasarkan Pasal 112 Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2009 bahwa “setiap pejabat berwenang yang dengan sengaja tidak melakukan pengawasan terhadap ketaatan penanggung jawab usaha dan/atau kegiatan terhadap peraturan perundang-undangan dan izin lingkungan, yang mengakibatkan terjadinya pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan yang mengakibatkan hilangnya nyawa manusia, dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun atau denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)”. Maka, kegiatan pengawasan wajib untuk dilakukan agar pencemaran ataupun kerusakan lingkungan sejak dini dicegah/diminimalisasi.

2.8 Persepsi Masyarakat

Persepsi merupakan proses menafsirkan informasi yang diperoleh panca indera (Achrayanti, 2013). Persepsi dapat mempengaruhi perilaku seseorang terhadap sesuatu hal. Perilaku seseorang dapat didasari oleh makna dari hasil

persepsi seseorang tersebut terhadap lingkungannya sendiri. Jadi, individu melakukan sesuatu atau tidak melakukannya didasari atas batas-batas yang merupakan hasil dari persepsinya sendiri (Mane *et al.*, 2018).

Masyarakat dapat dikatakan sebagai gabungan individu yang bermukim di area tertentu, mempunyai aturan, norma dan tradisi yang menjadi bagian dari kehidupan mereka serta mereka mempunyai tujuan dan/atau kepentingan bersama (Achrayanti, 2013). Sehingga disimpulkan bahwa persepsi masyarakat adalah respons dari sekelompok orang yang saling berhubungan dikarenakan memiliki aturan, norma dan tradisi yang menjadi kebutuhan bersama yang didapatkan melalui interpretasi dari panca indera.

Objek persepsi terdiri dari lingkungan fisik dan manusia. Persepsi seseorang dipengaruhi psikologi, famili, kebudayaan dan motivasi (Mus, 2020). Hasil penelitian Endika *et al.* (2023) di RSUD Siti Aisyah Kota Lubuklinggau menunjukkan hasil bahwa dampak yang dirasakan warga sekitar diwakili dari responden sebesar 47%, yang berhubungan dengan bau sebesar 64,29%, 83,93% responden dari jumlah ini mengakui bahwa bau dari rumah sakit terkadang tercium oleh mereka. Sehingga dapat ditarik kesimpulan jika pelaksanaan pengelolaan limbah medis belum optimal, karena warga sekitar yang rumahnya berdekatan dengan rumah sakit menyatakan bahwa mereka mencium bau yang bersumber dari rumah sakit

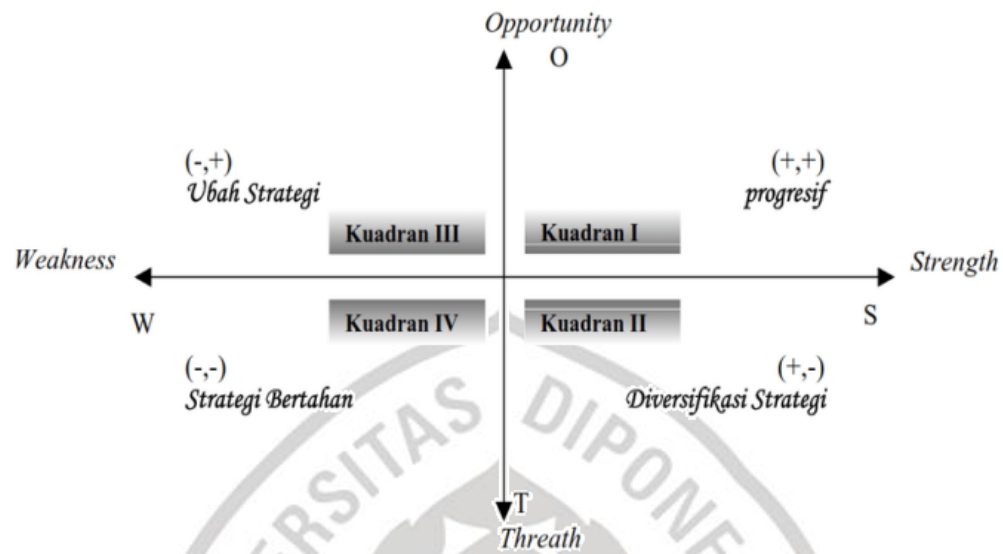
Persepsi masyarakat bisa saja tidak sejalan dengan kondisi yang sebenarnya. Masyarakat memiliki persepsi yang baik terhadap kinerja puskesmas yang sebenarnya belum cukup baik. Hal ini disebabkan oleh minimnya pengetahuan masyarakat terkait hal tersebut. Pernyataan diperkuat hasil penelitian Waang *et al.* (2016), persepsi masyarakat terutama pasien mempunyai persepsi baik terkait pelaksanaan kinerja pengolahan air limbah walaupun pengelolaan yang dilakukan oleh rumah sakit belum efektif, karena rata-rata persentase pengelolaan hanya 60%. Walaupun dalam pengolahan air limbah telah memanfaatkan semua sumber daya yang dimiliki, hal ini berarti pengolahan air limbah yang dilakukan efisien namun belum efektif.

Dan menurut Setyani (2020), bahwa pelaksanaan pengolahan air limbah oleh PT Z baik karena sebesar 71,36% masyarakat menilai IPAL PT Z bekerja secara optimal. Selain itu, masyarakat mengetahui PT Z telah melaksanakan pemeliharaan rutin terhadap IPAL, dengan tujuan lingkungan tidak tercemar dan tidak terjadi gangguan kesehatan akibat dari air limbah. Padahal hasil penilaian kinerja terkait hasil perhitungan dengan kondisi riil tidak sesuai, yang pada akhirnya sistem kerja IPAL kurang optimal, dimana hal ini dibuktikan dari nilai kualitas air limbah yang dikeluarkan dari IPAL terkadang melampaui baku mutu.

2.9 Analisis SWOT

Menurut Pearce & Robinson di dalam Rifa'i & Witriantino (2020), SWOT merupakan *strength*, *weakness*, *opportunities* serta *threat*. Analisis SWOT didasari atas pendekatan dengan meningkatkan *strength* dan *opportunities* serta membatasi *weakness* dan *threat*. Menurut Rangkuti (2008), penggunaan analisis SWOT saat ini sudah jauh berkembang, tidak hanya digunakan untuk penyusunan strategi kegiatan yang sedang berjalan, namun juga digunakan dalam penyusunan perencanaan kegiatan. Maksud penggunaan analisis SWOT pada penyusunan perencanaan kegiatan agar tujuan dari kegiatan tersebut dapat dicapai secara optimal. Penentuan prioritas strategi didasarkan pada posisi kuadran. Perbandingan faktor internal terhadap faktor eksternal yang menentukan posisi kuadran dalam diagram analisis SWOT. Berdasarkan posisi kuadran, terdapat 4 alternatif strategi yang berpeluang untuk dilakukan yaitu strategi peluang-kekuatan, strategi peluang-kelemahan, strategi ancaman-kekuatan serta strategi ancaman-kelemahan. Diagram dan matriks analisis SWOT dapat dilihat pada Gambar 4 dan Tabel 3.

Sekolah Pascasarjana



Gambar 5. Diagram analisis SWOT
Sumber: Rangkuti (2008)

Tabel 3. Matriks analisis SWOT

		Internal	
		Strength	Weakness
Eksternal	Opportunities	Kuadran I (S-O) Mengembangkan kekuatan dan memanfaatkan peluang	Kuadran III (W-O) Mengatasi kelemahan dan memanfaatkan peluang
		Kuadran II (S-T) Mengembangkan kekuatan dan menghindari ancaman	Kuadran IV (W-T) Mengatasi kelemahan dan menghindari ancaman
	Threat		

Sumber: Gu et al. (2023)

Sekolah Pascasarjana