



CATCHMENT AREA PADA PEMERINTAHAN DAERAH

Deasy Ariffiani, S.IP., M. Si.
Dr. Sri Umiyati, Dra, M.Si.
Dr. Sri Wahyuni, Dra, M.Si.

CATCHMENT AREA
PADA PEMERINTAHAN DAERAH

DEASY ARIFFIANI

SRI UMIYATI

SRI WAHYUNI



Penerbit:

AHLIMEDIA PRESS

CATCHMENT AREA PADA PEMERINTAHAN DAERAH

Penulis:

Deasy Ariffiani
Sri Umiyati
Sri Wahyuni

Editor:

Aurora Hawa Nadana

Penyunting:

Masyrifatul Khairiyah

Desain Cover:

Aditya Rendy T.

Penerbit:

Ahlimedia Press (Anggota IKAPI: 264/JTI/2020)
Jl. Ki Ageng Gribig, Gang Kaserin MU No. 36
Kota Malang 65138
Telp: +628523277747
www.ahlimediapress.com

ISBN: 978-623-413-033-1

Cetakan Pertama, Januari 2022

Hak cipta oleh Penulis dan Dilindungi Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2002 Tentang Hak Cipta, Pasal 72.

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, dengan rasa syukur yang mendalam, saya panjatkan ke hadirat *Illahi Robbi* yang telah menciptakan alam semesta beserta isinya, yang telah menciptakan kebaikan untuk mendapatkan apa yang dikehendaki-Nya sebagai jalan menuju jannah bagi hamba-hamba-Nya. Yang telah memberikan pedoman dan petunjuk bagi manusia sebagai kholifah di muka bumi dengan perantaraan kalam-Nya, yang telah memberikan karunia dan hidayahnya sehingga buku monograf ini yang berjudul *Catchment Area pada Pemerintahan Daerah* dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktu.

Buku ini membahas terkait *Catchment Area* pada Pemerintahan Daerah. Buku ini terdiri dari enam bab. Bab pertama membahas tentang pendahuluan, bab kedua membahas tentang desentralisasi dan pemerintahan daerah, bab ketiga membahas tentang penataan daerah, bab keempat membahas tentang *catchment area* dan pelayanan publik, bab kelima membahas tentang *catchment area* pelayanan publik dalam analisis *balanced scorecard*, dan bab keenam membahas tentang studi tentang *catchment area* pada pemerintahan daerah.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa buku ini jauh dari sempurna. Oleh karena itu, bagi siapa pun yang membaca, menyimak, dan mempelajarinya, berkenan memberikan kritik dan saran agar lebih baik untuk di masa yang akan datang, baik dari segi konten, bobot, maupun pendalaman materi yang telah disajikan sehingga proses *thalabul ilmi* bisa berlangsung lebih baik.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan buku ini, baik secara materil maupun nonmateril. Penulis berharap. Semoga Allah mencatat ini sebagai ladang pahala dan kebaikan kita semua. Aamiin.

Surabaya, Desember 2021
Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
BAB 1 Pendahuluan.....	1
BAB 2 Desentralisasi dan Pemerintahan Daerah	9
BAB 3 Penataan Daerah.....	14
BAB 4 Catchment Area dan Pelayanan Publik	21
BAB 5 Catchment Area Pelayanan Publik dalam Analisis Balanced Scorecard	31
BAB 6 Studi tentang Catchment Area pada Pemerintah Daerah	36
DAFTAR PUSTAKA	63
PROFIL PENULIS.....	70

BAB I

PENDAHULUAN

Otonomi merupakan wujud nyata pelaksanaan desentralisasi di Indonesia. Otonomi daerah digulirkan sebagai jawaban atas tuntutan masyarakat yang pada hakekatnya merupakan penerapan konsep *division of power* yang membagi kekuasaan negara secara vertikal (Utomo, 1997). Gagasan ini memberikan kesempatan dan keleluasaan kepada daerah dalam mewujudkan pemerintah daerah yang mandiri, mengatur rumah tangga daerahnya sendiri secara luas dan bertanggung jawab untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat berdasarkan prinsip-prinsip demokrasi, peran serta, prakarsa dan aspirasi masyarakat sendiri atas dasar pemerataan dan keadilan serta sesuai dengan kondisi, potensi dan keragaman daerahnya.

Konsep awal otonomi daerah di Indonesia pada awal pelaksanaannya adalah merupakan penyelenggaraan otonomi yang didasarkan pada otonomi yang luas dalam arti pengakuan terhadap kewenangan pemerintah secara nyata yang dilaksanakan di daerah (Darumurti dan Rauta, 2000). Pelaksanaan Otonomi daerah yang luas dan utuh diletakan pada kabupaten dan kota, sedangkan otonomi daerah Provinsi merupakan otonomi daerah yang terbatas. Sebagai bentuk

reformasi pelaksanaan pemerintah di Indonesia, konsep dan pelaksanaan otonomi daerah tentu saja memiliki tujuan tertentu tujuan tersebut tertera dalam penyempurnaan yang pertama dengan dikeluarkannya Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Adapun perubahan kedua ialah dengan dikeluarkannya Undang-Undang Nomor 9 Tahun

2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.

Serangkaian UU Nomor 23 Tahun 2014 beserta perubahan-perubahannya tersebut menyebutkan adanya perubahan susunan dan kewenangan pemerintahan daerah. Susunan pemerintahan daerah menurut UU ini meliputi pemerintahan daerah provinsi, pemerintahan daerah kabupaten, dan DPRD bahwa untuk kesinambungan kepemimpinan di provinsi, kabupaten/kota diperlukan mekanisme peralihan kepemimpinan daerah di masa jabatannya yang demokratis untuk dapat menjamin pembangunan dan pelayanan kepada masyarakat serta untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan pelayanan, pemberdayaan dan peran serta masyarakat, peningkatan daya saing daerah dengan memperhatikan prinsip demokrasi, pemerataan, keadilan, keistimewaan dan kekhususan suatu daerah dalam sistem NKRI.

Pemberian otonomi kepada daerah berkaitan erat dengan pelayanan publik. Sebagaimana yang dijelaskan sebelumnya bahwa salah satu tujuan pemberian otonomi daerah melalui desentralisasi adalah untuk meningkatkan pelayanan publik kepada masyarakat, disamping itu pelayanan merupakan tugas utama pemerintah. Lebih tegas hal tersebut dapat dilihat pada Undang-Undang Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintah daerah pasal 1 ayat 6 yang menyebutkan bahwa pemerintahan daerah menjalankan Otonomi Daerah adalah hak, wewenang, dan kewajiban daerah otonom untuk mengatur dan mengurus sendiri Urusan Pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat dengan tujuan meningkatkan kesejahteraan masyarakat, pelayanan umum dan daya saing daerah.

Luasnya ruang lingkup pelayanan dan jasa publik tersebut kemudian membutuhkan peran pemerintah yang

ekstra besar. Oleh karena itu dengan diberikannya otonomi, diharapkan agar masyarakat akan dapat menerima pelayanan yang lebih baik dari pemerintah dalam berbagai bidang, baik itu pelayanan kesehatan, pendidikan maupun pelayanan dalam bidang atau sector lainnya. Mengingat sebelum reformasi, banyak kesulitan yang ditemui terkait dengan pelayanan publik karena rentang kendali yang terlalu besar anatara pemerintah pusat dan pemerintah daerah, belum lagi program-program yang berkaitan dengan kemasyarakatan yang diatur langsung dari pemerintah pusat, sehingga lebih sering terhambat dalam proses pelaksanaannya atau bahkan gagal dilaksanakan. Hal-hal seperti ini menimbulkan keterlambatan dalam pemberian pelayanan publik kepada masyarakat.

Dengan demikian, maka tanggung jawab yang paling dekat untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berada pada pemerintah daerah yang telah diberikan otonomi. Selanjutnya yang perlu diperhatikan adalah bagaimana agar pelayanan publik tersebut dapat berjalan efektif dan efisien. Hal ini kemudian menimbulkan pertanyaan tentang sejauh mana pemerintah daerah telah menjalankan tugas dan tanggung jawabnya dalam memberikan pelayanan publik sampai saat ini? Untuk menjawab pertanyaan tersebut, perlu dilihat dan dipahami lebih jauh lagi bahwa Kebijakan moratorium merupakan imbas dari masifnya pemekaran daerah yang terjadi di era reformasi sejak diberlakukannya UU Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah. Undang-undang ini sendiri telah direvisi sebanyak empat kali dengan nama yang sama, menjadi UU Nomor 32/2004, UU Nomor 23/2014, dan terakhir UU Nomor 9/2015 tentang Pemerintahan Daerah. Jika di tahun 1999 Indonesia hanya memiliki 26 provinsi dan 293 kabupaten/kota, dalam rentang waktu 15 tahun jumlah tersebut kini menjadi 34 provinsi dan 508 kabupaten/ kota yang dibentuk melalui proses pemekaran

daerah. Banyaknya Daerah Otonom Baru (DOB) yang berhasil lahir telah menjadi stimulus bagi daerah lain untuk ikut menuntut pemekaran. Hingga saat ini, meskipun moratorium sedang berjalan, Kementerian Dalam Negeri (Kemendagri) bahkan masih menerima sebanyak 314 usulan pemekaran daerah setingkat provinsi dan kabupaten/kota dari seluruh Indonesia.

Apa hubungannya dengan pelayanan publik? Banyak hal yang melatar belakangi pembentukan daerah terus menjadi pilihan, salah satunya adalah persoalan pelayanan publik (*publik service*) kepada masyarakat. Persoalan pelayanan publik ini juga didorong oleh kondisi geografis Indonesia yang memang sangat luas dan terdiri dari pulau-pulau kecil, sehingga akses menuju daerah-daerah yang terpencil tersebut cukup sulit. Hal ini kemudian dapat menyebabkan kesulitan bagi pemerintah untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat dengan berbagai keterbatasan yang ada.

Oleh sebab itu, ada ketimpangan antara luas wilayah dan kondisi geografis dengan pelayanan yang harus diberikan. Di samping itu kapasitas pemerintah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang sangat terbatas. Hal ini menyebabkan pemberian pelayanan publik menjadi tidak efektif dan efisien terutama yang berkaitan dengan pelayanan kebutuhan dasar bagi masyarakat di antaranya dengan kesehatan dan pendidikan. Pelayanan di bidang kesehatan merupakan salah satu bagian penting yang memerlukan perhatian ekstra oleh pemerintah karena menyangkut kelangsungan hidup masyarakat. Bagaimana pemerintah dapat memberikan jaminan kesehatan kepada seluruh masyarakat, merupakan tanggung jawab pemerintah yang cukup besar dalam upaya meningkatkan kesejahteraan. Berdasarkan pra penelitian yang dilakukan, banyak persoalan yang ditemui berkaitan dengan pelayanan kesehatan,

misalnya berkaitan dengan penanganan kesehatan masyarakat yang kurang tanggap, terkesan membeda-bedakan sampai sikap dan perilaku aparaturnya yang kerap menjadi sorotan berbagai kalangan saat ini tak terkecuali masyarakat umum.

Persoalan luas wilayah dan kondisi geografis seperti yang dikemukakan sebelumnya juga tidak luput menjadi perhatian dan sering kali menjadi kendala, seperti halnya yang terjadi di Kabupaten Malang. Kabupaten Malang merupakan kabupaten yang terletak pada urutan luas terbesar ke dua setelah Kabupaten Banyuwangi dari 38 kabupaten/kota di wilayah Provinsi Jawa Timur (Kabupaten Malang dalam Angka Tahun 2011, 2012) dengan luas 3.530,65 km² (1,363,19 sq mi). Pada tahun 2011 tepatnya 12 tahun yang lalu Kabupaten Malang dimekarkan menjadi kota Batu. Geografis Kabupaten Malang pasca pemekaran yang terdiri dari 33 kecamatan, 12 kelurahan dan 378 desa dibelah oleh kota Malang dan Kota Batu terdapat tiga kecamatan di barat Kabupaten Malang yang terpisahkan oleh kota Malang dan Kota Batu. Dua kecamatan tersebut yakni Pujon dan Kasembon yang akan menjadi fokus penelitian ini. Kedua kecamatan ini merupakan kecamatan yang terletak di perbatasan Kabupaten Malang dengan kota dan kabupaten lainnya di Jawa Timur. Hal ini menyebabkan kecamatan tersebut lebih dekat dengan kota Batu, Kota Malang, Kediri dan Blitar. Disamping itu dengan daerah yang cukup luas, asumsi rentang kendali pelayanan yang cukup jauh bagi masyarakat untuk mengakses pelayanan publik baik itu yang berkaitan dengan layanan wajib dan layanan pilihan sangat mungkin muncul dalam prakteknya, khususnya dalam bidang pelayanan kesehatan. Hal ini menimbulkan kesulitan bagi masyarakat yang berdomisili di tiga kecamatan tersebut untuk mengakses pelayanan kesehatan dari pemerintah daerah kabupaten. Meskipun berbagai upaya untuk perbaikan layanan telah banyak dilakukan seperti perbaikan kualitas

layanan puskesmas termasuk sarana dan prasarana, pembentukan puskesmas pembantu di berbagai desa dalam satu kecamatan sosialisasi kepada masyarakat serta kontrol dari pemerintah daerah kabupaten sendiri.

Oleh karena itu, pemerintah membutuhkan pola penataan daerah yang akurat dan fokus pada perubahan masyarakat dari pola pelayanan publik yang kan diberikan. Untuk mewujudkan hal ini dimulai dengan penetapan batas daerah yang jelas bagi masing-masing daerah otonom. Smith (1985) menjelaskan bahwasanya ada beberapa aspek yang sangat mempengaruhi penataan daaerah, serta memerlukan penerapan prinsip-prinsip yang mewujudkan nilai-nilai administratif dan politik tertentu di dalamnya. Aspek penataan daerah tersebut berkaitan dengan batas daerah serta penentuan luas daerah yang menjadi dasar optimalnya pelayanan publik. Penentuan batas tersebut berkaitan dengan pola spasial kehidupan social dan ekonomi masyarakat, identitas politik efisiensi serta efektivitas pelayanan publik.

Hal tersebut kemudian diperkuat oleh Meligrana (2004) yang menjelalskan bahwa batas pemerintahan daerah harus menyesuaikan dengan kondisi ekonomi, lingkungan, social, kebutuhan lokal, serta arus urbanisasi. Konsep penentuan batas daerah tersebut yang kemudian dapat dijadikan sebagai suatu indikator untuk dapat menciptakan pemerintahan local yang disebut Muttalib dan Khan (1982) dibangun atas dasar 6 (enam) dimensi utama yakni: dimensi social, ekonomi, geografi, hukum, politik dan administrasi. Dimensi-dimensi ini menggambarkan secara tidak langsung aspek penataan daerah lainnya. Selain itu, penataan garis batas suatu daerah juga tidak lepas dari efisiensi ekonomi dan efektivitas demokrasi dalam pelayanan seperti halnya yang diuraikan oleh Norton (1994).

Namun apakah penataan daerah dilakukan dalam rangka mewujudkan efektivitas dan efisiensi pelayanan

publik tersebut sudah cukup dapat dijelaskan dengan beberapa indikator di atas? Ada indikator lain yang memiliki pengaruh cukup besar untuk melihat pelayanan publik yang kemudian juga sangat berpengaruh terhadap penataan daerah maupun sebaliknya, yakni catchment area.

Hoessien sebagaimana yang dijelaskan oleh Muluk (2009) mendefinisikan *catchment area* sebagai suatu wilayah yang optimal bagi proses pelayanan publik, pembangunan, penarikan sumber daya, partisipasi, dan kontrol yang dilakukan oleh masyarakat maupun birokrasi. Penentuan terhadap batas-batas daerah dimaksud sebelumnya dalam penataan daerah harus mampu mencapai catchment area. Jika suatu daerah tersebut cukup luas, maka jangkauan terhadap daerah tersebut akan semakin besar. Oleh karena itu, perlu ada ukuran optimal bagi suatu daerah agar semua dapat berfungsi dan berjalan secara optimal pula sesuai dengan apa yang diharapkan. Dengan demikian pelayanan kepada masyarakat juga dapat berjalan efektif dan efisien begitu juga sebaliknya.

Berdasarkan penelitian mengenai *catchment area* yang ada, membahas *catchment area* pada beberapa sektor tertentu. Hal ini menunjukkan bahwa *catchment area* masih bersifat parsial pada sektor tertentu. Belum terlihat penelitian yang mengkaji *catchment area* dalam tataran penyelenggaraan pemerintahan daerah terutama berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Banyak penelitian tentang pemerintahan daerah dan desentralisasi dilakukan selama ini, namun sebagian besar berkaitan dengan penantaan organisasi, aparatur, pengembangan sumber daya alam dan kinerja pemerintah. Begitu juga halnya dengan bidang pelayanan publik dilakukan dalam bidang perbaikan layanan dan manajemen pelayanan.

Buku ini mencoba menjelaskan *Catchment Area* pada Pemerintahan Daerah. Buku ini memiliki tujuan untuk

menganalisis dan menginterpretasikan *catchment area* dalam pelayanan kesehatan di Kabupaten Malang, dan; menganalisis dan menginterpretasikan tantangan yang dihadapi dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan berdasarkan pespektif *catchment area*.

BAB II

DESENTRALISASI DAN PEMERINTAHAN DAERAH

Dari asal bahasanya, *desentralization* diartikan dengan menjauh dari pusat, memancarkan atau menyebarkan (Ratnawati, 2003; Spooner, 2002). Desentralisasi menurut kamus seperti yang dituliskan oleh Smith (1985) berarti fenomena politik yang menyertakan administrasi dan pemerintahan. Conyers (1986) mendefinisikan desentralisasi sebagai transfer otoritas mengenai proses perencanaan, pengambilan keputusan dari tingkatan yang lebih tinggi kepada organisasi atau agensi yang tingkatannya lebih rendah. Lalu Conyes (1986) membagi desentralisasi berdasarkan pertimbangan yakni: aktivitas fungsional dari kewenangan yang di transfer, jenis kewenangan atau kekuasaan yang ditransfer pada setiap aktivitas pada fungsional, tingkatan atau area kewenangan yang ditransfer, kewenangan atas individu organisasi, atau badan yang ditransfer pada setiap tingkatan, dan kewenangan yang ditransfer dengan cara legal atau administratif.

Makna desentralisasi dapat dipahami secara luas dan sempit. Cheema dan Rondinelli (1983) mendefinisikan: "*Decentralitation is the transfer of planning, decision-making, or administrative authority from central government to its field organizations, local administrative units, semi autonomous and parastatal organizations, local government organisations*". Munthalib dan Ali Khan (1982) mengatakan bahwa: "*Decentralitation is a more coveted form of transfer of a authority from the point of view of the subordinate in relation to the superior, while delegation has an aura of responsibility of the subordinate to the superior*". Sedikit

berbeda dengan yang disampaikan oleh Munthalid dan Ali Khan. Adisasmita (2011) menjelaskan bahwa desentralisasi merupakan pelimpangan tanggung jawab administrasi kebijakan, fiskal, dan politik dari pemerintahan pusat kepada pemerintahan daerah.

Desentralisasi meyertakan delegasi kekuasaan kepada level terendah dalam hirarki pemerintahan sepeprti pemberian kewenangan secara luas baik politis maupun birokrasi (Smith, 1985). Sejalan dengan itu desentralisasi juga merupakan penyerahan wewenang politik dan administrasi dari puncak hirarki organisasi (pemerintahan pusat) kepada jenjang hirarkhi di bawahnya yakni pemerintahan daerah (Nurcholis, 2009). Pemerintahan daerah yang dimaksud di sini meliputi pemerintahan provinsi dn pemerintahan kabupaten/kota.

Adapun beberapa karakteristik dari desentralisasi yang diuraikan USAID (2009) antara lain adalah: pertama, kewenangan yang berkaiatan dengan kewenangan kepada pemerintah daerah oleh pemerintah pusat dalam fungsi spesifik; kedua, otonomi yang berkaoitan dengan pemberian otonomi sepenuhnya dan bertanggung jawab serta responsif terhadap kondisi lokal dan kebutuhan masyarakat lokal; ketiga, pertanggungjawaban yang berkenaan dengan penciptaan tingkatan pertanggungjawaban dalam rangka menumbuhkan kepercayaan publik; keempat, kapasitas yang erat kaitannya dengan kapasitas pemerintah daerah untuk dapat menggunakan wewenang dan otoritas yang dimikinya agar dapat responsif terhadap masyarakat lokal.

Proses Desentralisasi melahirkan pemerintahan lokal di daerah atau juga sering disebut dengan Daerah Otonom. *Local government* yang disebut juga pemerintah daerah, yang dalam kamus oxford (2012) diartikan *the administration of a particular, town, county or district, with representatives elected by those who live there*. Pemerintahan lokal merupakan adminstrasi kota tertentu, negara, atau distrik

tertentu dengan wakil pemerintahan yang dipilih oleh masyarakat/warga negara yang tinggal di wilayah tersebut.

Hoessein sebagaimana yang dikutip oleh Syamsiar (2008) mengungkapkan bahwa *local government* merupakan sebuah konsep yang dapat mengandung tiga pengertian, yaitu: pertama, *local government* dalam pemerintahan lokal yang sering dipertukarkan dengan *local authority* yang mengacu pada organ atau struktur, yakni council atau DPRD dan mayor (Kepala Daerah: Bupati/Walikota) di mana rekrutmen pejabatnya didasarkan pada pemilihan.

Kedua, *local government* dalam pengertian pemerintahan lokal yang dilakukan oleh pemerintah lokal sesuai kewenangan yang diberikan oleh pemerintah pusat (untuk negara kesatuan) atau pemerintah negara bagian (untuk pemerintah federal). Hal ini menyangkut dan mengacu pada fungsi yang menjadi kewenangan pemerintah daerah, di mana dalam menentukannya digunakan dua prinsip, yaitu: (1) *the ultra vires doctrine* yang menunjukkan bahwa pemerintah daerah dapat bertindak pada hal-hal tertentu atau memberikan pelayanan tertentu saja. Fungsi atau urusan pemerintah bagi pemerintah daerah dirinci sedangkan fungsi pemerintah yang tersisa menjadi kompetensi pemerintah pusat; (2) prinsip *general competence atau open end arrangement*, di mana pemerintah daerah harus melakukan apa saja yang dipandang perlu dalam memenuhi kebutuhan daerahnya sebagaimana yang ditentukan oleh pengambil keputusan daerah itu. Pemerintah pusat telah mempunyai atau fungsi yang rinci, sementara sisanya merupakan fungsi atau urusan yang menjadi tanggung jawab pemerintah daerah.

Ketiga, *local government* dalam pengertian sebagai daerah otonom, yaitu sebagai kesatuan masyarakat hukum yang berada pada batas-batas wilayah tertentu yang berwenang mengatur dan mengurus urusan pemerintah menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat.

Seperti yang diiskripsikan oleh *The United Nation Of Public Administration* tentang *local government*, yaitu *a political subdivision of nation (or in federal system, a state) which is constituted by law and has substantial control of local affairs, including the powers to impose taxes or to extract labour for prescribed purpose. The governing body of such an entity is elected or otherwise locally selected.*

Local Government merupakan satu institusi kuno dengan konsep baru yang mewujudkan kepribadian dari aktivitas sekelompok orang dan mencerminkan semangat kebebasan. *Local government* juga merupakan bagian yang terpisahkan dari suatu negara yang dikenali, diakui, dan dibentuk melalui produk hukum (konstitusi maupun undang-undang) untuk mengatur urusan-urusan lokal dari berbagai permasalahan yang mendiami suatu batas geografi tertentu (Muntalib dan Ali Khan, 1982).

Kemudian Muttalib dan Ali Khan (1982, h.259-261) menjelaskan bahwa *local government* juga memiliki banyak makna, di antaranya adalah: pertama secara filosofisnya *local government* bermakna sebagai *self government* dan *good government*. Filosofis *self government* merupakan kebutuhan secara filosofis dan pragmatis. Preferensi tersebut muncul secara ilmiah dari masing-masing individu yang membentuk kelompok masyarakat yang hidup bersama; kedua, secara operational, *local government* dapat memastikan terpenuhinya kewajiban yang diimban secara bertanggung jawab dan efisien melalui manajemen publik yang baik. Hal ini memungkinkan karena yang menjalankan menyatunya pengetahuan dan pengalaman dari ketiga aktor manajemen yang menjalankan roda pemerintahan lokal (*local government*) baik itu politisi, administrator maupun teknokrat, ketiga, sebagai suatu konsep *local government* adalah suatu yang multi dimensi, seperti tingkatan lain dalam pemerintahan, *local government* terbentuk karena adanya kebebasan yang

diterima sebagai bentuk representasi totalitas penduduknya secara keseluruhan. *Local Government* juga dibentuk karena adanya otoritas atau kewenangan yang diperoleh oleh penduduk setempat. Keempat, secara sosial *local government* merupakan sebuah entitas independen yang menggabungkan kecenderungan berlawanan terhadap rasa kebersamaan dan keberadaan secara diametrik. Rasa kebersamaan muncul karena masyarakat hidup dalam satu lingkungan yang sama. Semakin kuat rasa kebersamaan tersebut maka akan semakin dalam akar legitimasi dari otoritas yang ada di tempat itu.

Local Government di Indonesia ditandai dengan diberikannya otonomi kepada setiap daerah di Indonesia. Hal tersebut dilakukan dalam rangka penyelenggaraan pemerintah daerah yang mampu mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan menurut asas otonomi dan tugas pembantuan, diarahkan untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan pelayanan publik, pemberdayaan dan peran serta masyarakat serta peningkatan daya saing daerah dengan memperhatikan prinsip demokrasi, pemerataan, keadilan, keistimewaan dan kekhususan daerah dalam system NKRI (UU32/04, Tentang Pemerintahan Daerah 2004).

Pelaksanaan otonomi daerah merupakan sebuah upaya untuk dapat meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat. Pada prinsipnya dengan diberikannya otonomi melalui desentralisasi, pelayanan menjadi lebih dekat dengan masyarakat dan kemudian akhirnya akan menciptakan kesejahteraan masyarakat. Namun sampai saat ini, meskipun telah dilaksanakan desentralisasi persoalan pelayanan publik masih menjadi pekerjaan rumah yang cukup besar bagi daerah untuk menyelesaikannya.

BAB III

PENATAAN DAERAH

Untuk dapat memberikan pelayanan publik yang lebih baik, maka konsep penataan daerah tidak dapat dipisahkan. Penataan daerah sangat erat hubungannya dengan penentuan batas daerah, sementara itu penentuan batas daerah memiliki peranan yang sangat penting dalam proses pemberian layanan publik oleh pemerintah kepada masyarakat karena serta merta mencerminkan wilayah kerja pemerintah daerah. Penataan daerah merupakan kegiatan pembinaan, pembentukan, penghapusan, dan pembentukan daerah yang menjadi bagian integral dari kebijakan desentralisasi pemerintahan kepada daerah otonom yang meliputi, (a) pemekaran, dan pembentukan daerah; (b) penghapusan dan penggabungan daerah; (c) penyesuaian perbatasan daerah; dan (d) pengalihan status daerah (aspek administratif/politik); serta (e) pemindahan ibu kota (Djojosoekarto dan Harjanto, 2008). Secara teoritis, Michael A. Trueblood dan Beth Walter Honadly sebagaimana yang dikutip Djojosoekarto dan Harijanto (2008) menjelaskan bahwa: terdapat empat restrukturisasi yang dapat dilakukan oleh pemerintah daerah yakni:

- a. Aneksasi (*annexation*), yaitu memperluas wilayah perbatasan daerahnya dengan memasukkan wilayah yang sebelumnya tidak masuk dalam wilayah yang ditangani;
- b. Penggabungan (*consolisation*) atau *amalgamation*, atau *merger*, yaitu penggabungan antara dua atau lebih pemerintahan daerah yang berdampingan dan membentuk menjadi satu pemerintahan daerah;
- c. Pemekaran (*fragmentation*), yaitu pemecahan dari suatu pemerintahan daerah menjadi dua atau lebih pemerintahan daerah;

d. Pelepasan (*detachment*), penataan ulang terhadap perbatasan wilayah dengan melepaskan beberapa bagian wilayah dari wilayah yang dilingkupinya.

Dari keempat restrukturisasi diatas, wujud penataan daerah di Indonesia sebagaimana yang telah diatur dalam peraturan pemerintah terdiri dari penggabungan, penghapusan dan pembentukan daerah otonom baru. Namun sampai pada saat ini pembentukan daerah cenderung dianggap sebagai satu-satunya cara yang dapat dilakukan dalam upaya penataan daerah. Hal tersebut terbukti dengan begitu banyak daerah otonom baru yang sudah dibentuk sejak tahun 1999-2009, sementara saat ini belum pernah ada dalam sejarah di Indonesia yang melakukan penggabungan atau penghapusan daerah sebagai bentuk penataan daerah, meskipun dinilai banyak Daerah Otonomi Baru (DOB) yang dianggap belum mampu menjalankan tugasnya dengan baik seperti yang telah dijelaskan.

Proses penataan daerah menyertakan desentralisasi di dalamnya, Smith (1985) menjelaskan bahwa dalam penataan daerah memerlukan prinsip-prinsip yang dapat mewujudkan nilai administratif dan politik tertentu. Konsep penataan daerah erat kaitannya dengan pembentukan batas daerah. Lebih lanjut ia menguraikan jika tujuan desentralisasi adalah sebagai upaya untuk mencerminkan kebutuhan serta harapan masyarakat lokal, maka batas daerah harus melihat beberapa aspek penting. Hal ini disebabkan karena antara pembentukan batas daerah dengan aspek-aspek ini saling berpengaruh satu sama lain.

Adapun aspek penting dalam penetapan batas daerah yang berpengaruh terhadap penataan daerah menurut Smith (1985) adalah sebagai berikut. Pertama, pola spasial kehidupan sosial dan ekonomi masyarakat. Hal ini berkaitan dengan interaksi sosial di antara mereka dan interaksi ekonominya. Interaksi sosial berkaitan pula dengan interaksi

individu dan individu, individu dan kelompok serta interaksi antara kelompok dengan kelompok. Muluk (2009) menguraikan “pembedaan daerah berdasarkan karakteristik kawasan pedesaan (rural) dan kawasan perkotaan (urban) pada dasarnya merupakan salah satu contoh penentuan batas daerah berdasarkan pola spasial kehidupan sosial dan ekonomi”. Karakteristik kawasan pedesaan dengan karakteristik kawasan perkotaan jelas sangat berbeda. Kawasan pedesaan memiliki karakteristik sosial dan ekonomi yang bersifat paguyuban, berkumpul dan didasarkan pada sektor agraris, sementara kawasan perkotaan memiliki karakteristik sosial dan ekonomi yang bersifat sebaliknya yakni petembayan dan sangat dominan pada sektor jasa (Muluk, 2009).

Kedua, Identitas Politik. Identitas politik berkaitan dengan rasa persamaan yang dimiliki masyarakat dalam politik, dengan adanya persamaan tersebut terbentuklah suatu komunitas atau kelompok. Identitas politik ini biasanya terbentuk dari ikatan-ikatan atau proses sosial yang sangat erat antara masyarakat. Identitas politik terkait dengan banyak faktor, di antaranya adalah kesamaan dalam bahasa, budaya, sejarah, lokasi pemukiman, agama dan lainnya yang memiliki pengaruh kuat sehingga meminta sebagai daerah otonomi sendiri. Sebagaimana yang dijelaskan oleh Muluk (2009) bahwa identitas politik ini bertujuan untuk menghadirkan keterwakilan dalam masyarakat politik, dengan demikian aspirasi masyarakat dalam identitas politik tersebut dapat didengar dan dapat terwakili dalam proses pembuatan keputusan. Semakin besar suatu daerah serta didukung oleh jumlah penduduk yang juga relatif besar akan menyebabkan komunitas tertentu menjadi kurang terwakili, hal ini memicu mereka menuntut untuk mendapatkan otonomi (Muluk).

Ketiga, efisiensi pelayanan publik. Hal ini berkaitan dengan sejauh mana pelayanan publik dapat diberikan kepada masyarakat. Hal ini kemudian menyiratkan batas daerah sebagai gagasan ukuran optimal pelayanan publik secara teknis. Smith (1985) juga menerangkan bahwa terdapat beberapa kriteria dalam menentukan besaran wilayah pemerintahan: *“The Choice of criteria for delimiting governmental areas will depend upon both the form of decentralization chosen (political or bureaucratic) and the functions to be performed by subnational institutions. At the level of local government, prominence may be given to the definition of communities. Social geography rather than government function then creates political boundaries, though it may necessary to define a hierarchy of communities corresponding to the different scale of operations demanded by different devolved functions. Hence, the efficiency principle by means of which areas are defined according to assumptions about the scale of operations necessary for optimum performance. A third principle is managerial, when areas are defined according to the management structure of the decentralized organization. A fourth principle of delimitation is determined by the landscape or economy: watersheds, climate, soil conditions, topography, and the location of natural resources and the and the distribution of industry. Finally, there is the social principle, when areas define themselves regardless of administrative rationality. The following discussion is based on this classification”*.

Lima aspek penting dalam menentukan besaran wilayah administrasi menurut Smith tersebut yakni; (i) komunitas yang berkaitan dengan sosial geografi yang kemudian membentuk suatu batas politik, meskipun hal tersebut diperlukan untuk mendefinisikan hierarki komunitas yang sesuai untuk skala yang berbeda dari tuntutan dan menyerahkan tanggung jawab; (ii) efisiensi berkaitan

dengan area yang dapat melaksanakan tugas dan kewajibannya secara optimal; (iii) manajerial berkaitan dengan struktur management dalam organisasi yang terdesentralisasikan; (iv) teknis berkaitan dengan di mana daerah optimum untuk fungsi pemerintahan berupa sumber daya dan ekonomi; (v) sosial berkaitan dengan administrasi. Aspek penting yang ditemukan oleh Smith di atas dapat dijadikan alat analisis dalam penelitian ini.

Norton (1994) juga memaparkan bahwa penetapan garis batas suatu daerah dalam proses penataan daerah sangat penting, dan hal tersebut menyangkut efektivitas demokrasi yang secara politis silakukan dengan menjamin apa yang sebenarnya dibutuhkan oleh pemilih (*voters*), keterwakilan yang adil terhadap kaum minoritas, kemudahan akses bagi penduduk dalam memilih anggota-anggota badan perwakilan dan lembaga negara lainnya, pemahaman publik tentang sistim dan tujuan pemerintah daerah dirancang, dan suatu model kekuasaan dan tanggung jawab untuk memperkuat wewenang pemerintah daerah untuk merespon kebutuhan penduduk lokal saat ini dan yang akan datang serta menyediakan dan menciptakan pilihan-pilihan bagi satu jenis layanan publik dengan layanan lainnya. Hal ini sejalan dengan yang diuraikan oleh Paddison (2004) bahwa dalam sistem pemerintahan lokal untuk merestrukturisasi batas pemerintah lokal diperlukan 3 (tiga) preposisi yakni restrukturisasi pemerintah lokal yang berarti pilihan lokal yang berdasarkan pada kebutuhan lokal, bagaimana perbaikan batas pemerintahan lokal tersebut dapat dipertanggungjawabkan secara terbuka dan transparan serta menjadi sebuah proses yang dapat diakses oleh semua kalangan serta lepas dari campur tangan elit lokal dan pusat.

Tujuan tersebut dalam prakteknya selalu berbenturan dengan permasalahan efisien ekonomi yang pada prinsipnya mempertimbangkan dua hal penting, yakni: pertama, yang

berkaitan dengan stabilitas, yaitu seberapa jauh sistem yang diterapkan atau dilakukan akan berjalan baik, stabil dan dapat menghindari biaya-biaya yang semakin bertambah seiring dengan perubahan organisasi; kedua, fleksibilitas dan tingkat tanggap yang berkaitan dengan seberapa jauh sistem memiliki kemampuan menyesuaikan diri dalam memenuhi masa depan dengan perubahan inkremental yang ada dan menghindari perubahan-perubahan radikal (Norton, 1994).

Kajian batas daerah menjadi sangat penting dalam proses penataan daerah terutama dalam menciptakan pelayanan publik yang lebih baik dalam satu pemerintahan daerah yang dibangun dalam enam dimensi penting sebagaimana yang diuraikan oleh Muttalib dan Ali Khan (1982) yakni: pertama, dimensi sosial di mana sebuah kelompok terorganisasi oleh masyarakat yang berada dalam batas-batas geografis tertentu mengembangkan perasaan kesatuan bersama dengan fitur sosial ekonomi tertentu yang khas, dan merupakan entitas sosial yang berbeda. Dimensi sosial terdiri dari dimensi sosial ekonomi dan sosial pemerintahan; kedua, dimensi ekonomi. Ekonomi suatu daerah mencerminkan otoritas lokal. Otoritas lokal dapat menciptakan kinerja yang baik, jika wilayahnya secara ekonomi telah mampu; ketiga, dimensi geografis yang dilihat berdasarkan kondisi demografi berkaitan dengan kependudukan yang dilihat melalui geografisnya, dengan penyebaran pemukiman yang disebut dengan *geo-demographic* serta berkaitan dengan fitur ekonomi masyarakat setempat. Keempat, dimensi hukum di mana sebagai suatu lembaga, pemerintah tentu saja harus memperhatikan tiga kualifikasi, yakni; 1) sebagai suatu entitas yang terorganisasi, memiliki organisasi dan beberapa kekuatan minimum; (ii) karakter pemerintah, seperti lembaga publik yang harus dipilih oleh masyarakat dan kepada siapa harus bertanggungjawab; (iii) kewenangan untuk memiliki

serta membuang properti. Kelima, dimensi politik. Singkatnya, aspek politik pemerintah daerah menyajikan dimensi yang paling berbeda. Kebebasan operasional untuk memenuhi kebutuhan dan aspirasi lokal ; keenam, dimensi administratif. Pemerintah daerah secara operasional dijalankan oleh organisasi administrasi. Itulah kenapa dimensi ini sangat penting dalam suatu pemerintahan daerah. Tanpa penataan administrasi yang baik, maka daerah dapat terkelola dengan baik pula dan teratur, demikian pula sebaliknya.

BAB IV

CATCHMENT AREA DAN PELAYANAN PUBLIK

Aspek-aspek penting dalam menciptakan pelayanan publik tentu tidak hanya terbatas mengetahui bagaimana kewenangan untuk memberikan pelayanan publik telah diberikan, tidak hanya melihat sejauh mana program pelayanan tersebut berjalan, namun juga berkaitan dengan batas-batas daerah sebagai unsur utama penentu luas daerah yang menjadi dasar terciptanya catchment area dalam menggambarkan pelayanan publik.

Hoessien sebagaimana yang dikutip oleh Muluk (2009) menjelaskan bahwa *catchment area* merupakan luas awilayah yang optimal bagi terselenggaranya pelayanan publik, pembangunan, penarikan sumber daya, partisipasi dan kontrol baik oleh masyarakat maupun birokrasi. Penjelasan tersebut berarti, jika pelayanan publik dapat dijangkau oleh pemerintah dalam luas wilayah tertentu berarti, jika pelayanan publik dapat dijangkau oleh pemerintah dalam luas wilayah tertentu berarti kondisi ini dapat dikategorikan sebagai kondisi *catchment area*. Begitu juga dengan halnya dengan keterjangkauan pembangunan yang dapat dilakukan oleh pemerintah dalam luas wilayah optimalnya, juga menggambarkan kondisi *catchment area*. Kondisi ini juga akan diperlihatkan oleh besarnya pemanfaatan sumber daya yang dapat dikelola oleh pemerintah serta pengawasan antara kedua sektor tersebut.

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi *catchment area* antara lain adalah fungsi wilayah terhadap kondisi perekonomian daerahnya dan juga perekonomian nasional yang khas sifatnya, sumber-sumber pajak yang dapat digali secara potensial dan riil untuk dapat mencapai keseimbangan

di antara berbagai daerah, efisiensi dan efektivitas pelayanan terhadap masyarakat dalam suatu daerah yang dilihat berdasarkan luas optimal bagi pelayanan itu sendiri, partisipasi yang dapat diraih secara efektif serta pengawasan timbal balik antara warga dan birokrasi daerah (Hoessein, 1993) merujuk pendapat Schnur (1969) yang diikuti oleh Leach dkk (1996) dan Smith (1985), sebagaimana yang dikutip oleh Salomo dkk, 2008. Keempat faktor tersebut merupakan wilayah optimal yang mampu dipetakan dan merupakan referensi berharga untuk menentukan batas-batas daerah dalam menciptakan pelayanan publik.

Lebih lanjut Muluk (2009) menjelaskan bahwa *catchment area* merupakan daya jangkauan layanan yang bisa dilakukan oleh institusi publik tertentu yang berbeda satu sama lainnya. Perbedaan tersebut disebabkan oleh faktor-faktor yang mempengaruhinya seperti yang telah dijelaskan di atas. Pentingnya batas daerah dalam *catchment area* erat hubungannya dengan optimalisasi pemerintahan daerah untuk dapat memenuhi berbagai aspek krusial yang menyangkut hajat hidup orang banyak/masyarakat yang ada di daerah tersebut dan juga berkaitan dengan kinerja pemerintah itu sendiri. Berbagai aspek penting tersebut di antaranya adalah pelayanan publik, pembangunan, penarikan sumber daya, partisipasi dan kontrol masyarakat maupun birokrasi pemerintah agar dapat mencapai tujuan bersama untuk menciptakan kesejahteraan masyarakat. Oleh karena itu, dalam proses penataan daerah perlu ada penetapan batas daerah sebagai ukuran terhadap kondisi optimal terhadap aspek yang diinginkan.

Idealnya *catchment area* menurut Muluk (2009) adalah ketika seluruh masyarakat dapat dijangkau oleh pelayanan publik. Jika kapasitas pemerintah daerah benar-benar tidak mampu menjangkau seluruh masyarakat, maka batas-batas daerah yang sudah ada perlu dipertimbangkan kembali.

Dalam kondisi seperti ini, penataan ulang daerah merupakan salah satu solusi yang perlu dilakukan mengingat setiap masyarakat berhak untuk mendapatkan pelayanan dasar oleh Negara (Muluk, 2009).

Berbicara tentang pemberian pelayanan publik yang maksimal kepada masyarakat di daerah, maka pemerintah daerah adalah kuncinya karena pemerintah daerah adalah aktor utama dari penyedia layanan publik yang ada di daerah tersebut. Pemerintah daerah digerakkan oleh birokrasi serta administrasi yang merupakan proses kerjanya. Oleh karena itu, untuk mencapai dan mewujudkan pelayanan publik sebagaimana yang diinginkan oleh masyarakat, diperlukan birokrasi pemerintahan dan administrasi yang berjalan efektif dan efisien. Kondisi *catchment area* juga akan terbentuk apabila birokrasi dan administrasi dapat berjalan efektif dan efisien dalam menjalankan tugasnya untuk memberikan pelayanan publik.

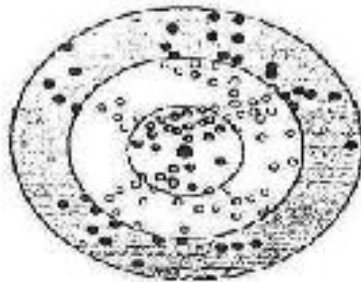
Jika *catchment area* gagal dicapai, maka akan muncul kondisi *discatchment area*. Kondisi *discatchment area* menggambarkan rendahnya daya jangkauan lembaga dan aparat pemerintah terhadap masyarakat, hal ini yang kemudian menyebabkan pemerintah tidak mampu memberikan pelayanan publik kepada masyarakat secara maksimal (Muluk, 2009). Kondisi ini dapat mempengaruhi beberapa sektor lainnya, di antaranya adalah sektor ekonomi, keamanan lingkungan dan lainnya. Selain itu, *discatchment area* dapat diartikan sebagai ruang kosong (tanpa) pelayanan publik (Muluk, 2009). Kondisi *discatchment area* ini kemudian memungkinkan pemerintah daerah untuk merancang dan melahirkan penetapan batas daerah yang baru, dengan harapan dengan penetapan batas daerah yang baru yang sesuai dengan kemampuan pemerintah untuk dapat melayani masyarakat di daerah tersebut, masyarakat akan tersentuh oleh pelayanan secara maksimal.

Maksum (2000) dalam tesisnya yang berjudul studi penataan organisasi dan batas daerah di Kota Depok menyimpulkan bahwa terbentuknya *catchment area* dipengaruhi oleh kondisi optimal beberapa aspek. Berikut ini: pertama, sosio administratif yang terdiri dari komunitas yakni kohesi masyarakat (sosio demografi dan kehidupan sosial masyarakat termasuk interaksi sosial), efisiensi dan manajerial terkait dengan fungsi dan kewenangan pemerintah untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam berbagai bidang efisiensi administrasi berkaitan dengan sejauh mana pemerintah mampu memberikan pelayanan publik dalam konteks administrasi kepada masyarakat dan keterlibatan serta keterwakilan masyarakat; kedua, ekonomi geografis yang berkaitan dengan perekonomian daerah, luas optimal daerah dalam memberikan pelayanan publik yang optimal dan penggalan sumber pajak yang potensial dan riil. Hal ini juga diperkuat oleh Smith (1985) seperti yang dijelaskan pada bagian sebelumnya bahwa ada 5 (lima) aspek penting dalam menentukan besaran wilayah administrasi. Kelima aspek penting ini memiliki pengaruh terhadap pelayanan publik dan munculnya tuntutan akan penataan daerah. Aspek-aspek penting tersebut di antaranya adalah komunitas, efisiensi, manajerial, teknis dan sosial yang apabila dalam keadaan optimal sebagaimana yang dijelaskan oleh Maksum (2008) disebut Smith sebagai *catchment area*. Aspek-aspek penting tersebut merupakan sesuatu yang dapat berubah-ubah dari waktu ke waktu dan dapat berubah dari tempat ke tempat.

Banyak metode yang dapat dilakukan untuk mengukur ukuran *catchment area* selama ini. Kendatipun *catchment area* dibahas dalam bidang/sector yang berbeda-beda, namun beberapa penelitian menggunakan metode yang hampir sama untuk melihat *catchment area*. Metode tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut.

a. *The Buffer Zone Method* (Metode Zona Penyangga)

Jerman sebagaimana yang dikutip oleh Fulop, Kopetsch & Schope (2009) menjelaskan bahwa besarnya *catchment area* diwakili oleh lingkaran-lingkaran konsentrik yang memiliki satu ini sebagai pusatnya. Suatu daerah terdiri dari beberapa bagian penting yang merupakan inti dari daerah itu sendiri, daerah yang jaraknya paling dekat dengan inti serta area terluar dalam satu lingkaran konsentrik. Jermann sebagaimana yang ditulis oleh Fulop, Kopetsch & Schope (2009) menggambarkan metode tersebut sebagai berikut.

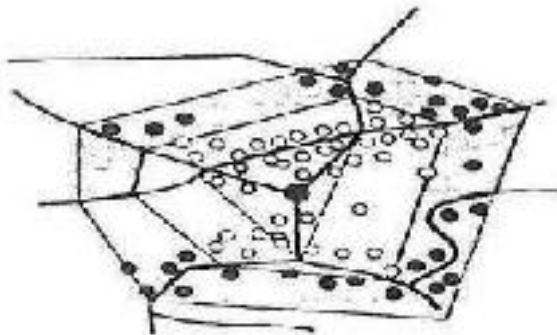


Gambar 4.1 *Delineation of catchment areas using the buffer zone method* (Jermann dalam Fulop, Kopetsch & Schope, 2009)

b. *The Isochrones Method* (Metode Isokron)

Jermann dalam Fulop, Kopetsch, & Schope (2009) menjelaskan bahwa keunggulan metode ini terlihat pada perhitungan jarak yang tidak diperhitungkan sebelumnya. Perhitungan jarak didasarkan pada akses jalan yang aktual dan bukan berdasarkan pengambilan garis lurus. Di samping itu, metode ini juga melihat kalkulasi waktu dan jarak yang ditempuh untuk mencapai tempat pelayanan yang dituju. Bila dihubungkan antara waktu dan jarak, maka dapat menciptakan kontur waktu yang disebut sebagai isokron (Jermann dalam Fulop, Kopetsch & Schope 2009). Metode ini dinilai oleh Jermann lebih kuat dari pada metode yang

menghitung berdasarkan jarak kilometernya, karena perilaku interaktif lebih dipengaruhi oleh waktu yang diperlukan untuk mencapai tempat yang diinginkan dari pada hitungan sederhana dalam kilometer. Metode pengukuran *catchment area* yang kedua ini dapat digambarkan berikut.



Gambar 4.2. *Delineation of catchment areas using the isochrones method* (Jermann dalam Fulop, Kopetsch, & Schope, 2009)

- c. *Catchment Area Based on The Criterion of Nearest Proximity of Provider Locations (Catchment Area Berdasarkan Kondisi Terdekat terhadap Lokasi Penyedia Layanan)*

Menggunakan asumsi tentang tipe ideal natural catchment area yang digambarkan dalam skala kecil dengan menetapkan jarak terdekat pemukiman masyarakat terhadap lokasi penyedia layanan publik yang ada. Bagian penting dalam model ini adalah penggunaan akses digital jalan. Pada akses digital jalan terdapat perhitungan kecepatan rata-rata, selain itu juga bisa mengukur panjangnya ruas jalan yang akan di tempuh, sehingga masyarakat dapat memperhitungkan sendiri waktu yang diperlukan/dibutuhkan untuk dapat mencapai daerah di mana lokasi pelayanan

tersebut berada (Fulop, Kopetsch & Schope, 2009) lebih jelas digambarkan sebagai berikut.



Gambar: 4.3. *Catchment areas-based Co the criterion of nearest proximity of provider locations* (Fulop, Kopetsch, & Schope, 2009)

d. *Gravity Models* (Model Gravitasi)

Model ini berusaha menjelaskan fenomena sosial dengan analogi hukum gravitasi yang didirikan oleh Isaac Newton (1687). Gravity models menjelaskan perbedaan antara pendekatan deterministik dan probabilistik. Kunci dari pendekatan ini adalah biaya yang akan ditimbulkan oleh jarak. Dalam kasus administrasi publik dapat digambarkan sebagai tingginya biaya yang akan dikeluarkan oleh masyarakat disebabkan oleh faktor jarak yang terlalu jauh antara tempat tinggal mereka dengan pusat layanan yang dituju. Gravity models melihatnya dari dua pendekatan yakni; pertama, pendekatan deterministik yang didasarkan pada teori perilaku ekonomi tradisional yang menganggap bahwa semua kegiatan ekonomi berada pada prinsip rasionalitas. Akibatnya, baik itu pelanggan yang berdiam di pusat maupun yang berada di daerah catchment area tetap harus melaksanakan transaksi di daerah pusat. Kedua, pendekatan

probabilistik bekerja pada pola yang berbeda. Hal ini dikembangkan oleh Huff sebagaimana yang dikutip oleh Fulop, Kpetsch & Schope (2009) yang menjelaskan bahwa perilaku ekonomi dilihat probabilistik yang lebih mempertimbangkan konsumen sehingga ada ketersediaan layanan yang tidak hanya berada pada satu titik saja namun memiliki pilihan pada beberapa titik lainnya. Sehingga lebih mudah untuk dijangkau oleh masyarakat yang berada pada daerah tersebut.

Catchment area pada buku ini akan dilihat melalui dua indikator penting. Indikator ini disimpulkan dan dikembangkan berdasarkan teori-teori yang telah diuraikan di atas. Dua indikator yang digunakan adalah menyangkut kapasitas layanan yang dapat diberikan oleh pemerintah daerah dan akses serta rentang kendali pelayanan publik. Indikator *catchment area* tersebut terangkum dalam analisis *balanced scorecard* dalam melihat pelayanan kesehatan di Kabupaten Malang.

Pelayanan publik dapat diartikan sebagai upaya yang dilakukan untuk memberikan pelayanan bagi keperluan masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan (Kurniawan, 2005) Negara didirikan oleh publik (masyarakat) dengan tujuan untuk dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakatnya, oleh karena itu pemerintah haruslah dapat memenuhi kebutuhan masyarakat yang bukan kebutuhan individual, akan tetapi berbagai kebutuhan yang sesungguhnya yang diharapkan oleh masyarakat itu sendiri, seperti kesehatan, pendidikan dan lainnya (Sinambela 2006).

Zeithaml menyederhanakan kualitas pelayanan yakni *tangible* (berwujud), *reliability* (kehandalan), *responsiveness* (respon/ketanggapan), *assurance* (jaminan) and *empathy* (empati). Sejalan yang diungkapkan Zeithaml, Gaspersz

(2001) menyebutkan adanya beberapa dimensi yang harus diperhatikan dalam meningkatkan kualitas pelayanan, yaitu:

- 1) Ketepatan waktu pelayanan;
- 2) Akurasi pelayanan yang berkaitan dengan reliabilitas;
- 3) Kesopanan dan kerahmaan dalam memberikan pelayanan;
- 4) Tanggung jawab yang berkaitan dengan penerimaan keluhan;
- 5) Kelengkapan yang menyangkut ketersediaan sarana prasarana pendukung;
- 6) Kemudahan dalam mendapat pelayanan;
- 7) Variasi model pelayanan;
- 8) Pelayanan pribadi berkaitan dengan fleksibilitas/ penanganan permintaan khusus;
- 9) Kenyamanan dalam memperoleh pelayanan terkait dengan lokasi, ruang, kemudahan dan informasi, dan;
- 10) Atribut pendukung pelayanan.

Pelayanan publik yang harus diberikan pemerintah kepada masyarakat dapat diklasifikasikan ke dalam dua kategori utama yaitu: pertama, pelayanan kebutuhan dasar yang meliputi pelayanan kesehatan, pendidikan dan bahan kebutuhan pokok masyarakat. Kedua, pelayanan umum. Pelayanan umum ini dapat berupa pelayanan administratif, pelayanan barang dan pelayanan jasa (Mahmudi, 2010). Mahmudi (2010) menjelaskan bahwa pelayanan publik harus mengikuti azas transparansi, akuntabilitas, kondisional, partisipatif, tidak diskriminatif dan ada keseimbangan antara hak dan kewajiban bagi pemberi dan penerima layanan. Selain beberapa azas pelayanan yang harus dipenuhi, pelayanan publik juga harus memperhatikan prinsip-prinsip layanan publik yang menyangkut kesederhanaan prosedur layanan, kejelasan layanan, kepastian waktu, akurasi produk pelayanan publik, kelengkapan sarana dan prasarana,

kemanan, tanggung jawab, kemudahan akses, kedisiplinan, kesopanan, dan keramahan, serta kenyamanan (Mahmudi, 2010).

Cakupan standar pelayanan puublik dijelaskan lebih lanjut oleh Mahmudi (2010) meliputi (1) prosedur pelayanan. hal ini berkaitan dengan penetapan prosoedur layanan bagi penerima mapun pemberi layanan serta prosedur pengaduan; (2) Waktu penyelesaian. Penetapan standar untuk waktu pelayanan merupakan hal yang penting dalam pemberi layanan publik; (3) Biaya pelayanan yang berhubungan dengan standart biata/tariff yang harus dikenakan dalam proses pemberian layanan yang ditentukan; (4) Produk Pelayanan. Penting untuk menentukan standar produk layanan dengan ketentuan yang telah ditetapkan; (5) Sarana dan Prasarana. penetapan standar terhadap sarana dan prasarana merupakan suatu keharusan dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan publik; (6) Kompetensi petugas pemberi layanan. Petugas yang memberikan pelayanan langsung kepada masyarakat memiliki peranan yang sangat penting.

BAB V

CATCHMENT AREA PELAYANAN PUBLIK DALAM ANALISIS BALANCED SCORECARD

Pelayanan Publik merupakan hal mendasar yang menjadi tugas penting pemerintah karena menyangkut hajat hidup masyarakat. Untuk itu efektivitas dan efisiensi pelayanan publik yang diberikan merupakan salah satu kunci keberhasilan pemerintah di samping pembangunan, sebagai upaya untuk mensejahterakan masyarakatnya. Banyak pendapat yang menyatakan bahwa suatu pelayanan dikatakan puas dengan pelayanan yang telah diberikan. Terpenuhinya pelayanan publik yang dimaksud tentu saja sangat luas, tidak hanya untuk daerah-daerah yang maju dan menjadi pusat pemerintah, tetapi juga bagi daerah-daerah yang memiliki kondisi/keadaan yang berbeda baik secara geografi, demografinya bahkan penduduknya. Kemampuan pemerintah untuk dapat mengoptimalkan pelayanan publik merata di seluruh daerahnya, terutama pada daerah yang jangkauannya jauh menciptakan apa yang disebut dengan *catchment area*. Optimalisasi pelayanan, kapasitas, dan kapabilitas unit pelayanan serta jangkauan layanan merupakan cerminan dari pelayanan publik yang efektif dan efisien.

Efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan yang diberikan dan yang berusaha diwujudkan oleh pemerintah tersebut juga akan memperhatikan dan menggambarkan kondisi daerah tersebut. Apakah daerah yang menjadi wilayah kerja suatu pemerintah daerah tersebut sudah benar-benar tersentuh oleh pelayanan publik, sejauh mana mereka mendapatkannya, permasalahannya, sehingga kemudian daerah tersebut dapat dikatakan *catchment area*, atau malah

tergolong *discatchment area*. Persoalan *catchment area*, sebagaimana yang telah dijelaskan sebelumnya tidak hanya menyangkut kondisi geografis yang kemudian menciptakan jarak yang berbeda-beda antara daerah yang asatu dengan daerah yang lainnya, begitu juga antara daerah yang ada di perbatasan dengan ibu kota kabupatennya /kotanya. Namun, juga salah satunya berkaitan dengan optimalisasi pelayanan publik yang ada di daerah tersebut yang dipengaruhi oleh berbagai factor dan kondisi. Oleh karena itu, melihat *catchment area* melalui pelayanan kesehatan dapat dukungan salah satunya dengan menggunakan konsep *balanced scorecard*.

Balanced scorecard tidak hanya dijadikan sebagai alat ukur kinerja tapi juga sebagai sistem manajemen strategic perusahaan yang digunakan untuk mengelola strategi jangka panjang untuk menghasilkan berbagai proses manajemen penting yakni: memperjelas dan menerjemahkan visi dan strategi, mengkomunikasikan dan mengaitkan berbagai tujuan dan strategis serta meningkatkan umpan balik dan pembelajaran strategi (Kaplan dan Norton, 2000). *Balanced scorecard* menerangkan visi dan strategi jangka panjang suatu perusahaan yang berfokus pada upaya perubahan (Niven, 2003).

Tujuan/ sasaran dari *balanced scorecard* sendiri adalah social tanpa harus mengkhawatirkan tentang finansial lainnya (Cole & Parston, 2006). Sementara, nilai dari pelayanan adalah hasil atau wujud dari pelayanan itu sendiri (Cole & Person, 2006). Hal ini tentu sangat berkaitan bahwa untuk menciptakan pelayanan kepada masyarakat, dibutuhkan visi dan strategi yang jelas pemerintahan untuk menjaga keberlangsungan pelayanan yang diberikan, dan tentu dengan proses, efisiensi biaya serta outcome yang diharapkan. Semua hal ini harus dapat berjalan seimbang satu dengan yang lainnya. Pendekatan *balanced scorecard* menjawab beberapa

bidang dan menterjemahkan misi dan strategi ke dalam berbagai tujuan dan ukuran yang kemudian tersusun ke dalam empat perspektif yakni perspektif finansial melihat kinerja dari sudut pandang profitabilitas dan ketercapaian target keuangan. Ukuran kinerja finansial memberikan petunjuk apakah strategi perusahaan, implementasi dan pelaksanaannya memberikan kontribusi atau tidak kepada peningkatan laba perusahaan (Kalan dan Norton, 2000).

Perspektif keuangan melalui organisasi sektor publik berkaitan melalui upaya meningkatkan pendapatan dan mengurangi biaya. Upaya mengurangi pendapatan dan mengurangi biaya ini ditujukan untuk dapat meningkatkan kapasitas fiskal yang akan digunakan untuk meningkatkan pelayanan (Mahmudi, 2010). Beberapa ukuran yang dapat digunakan misalnya, penghematan anggaran dan kinerja keuangan organisasi, serta indikator lainnya seperti biaya pelayanan dan sebagainya.

Perspektif internal berkaitan dengan pengidentifikasian faktor kritis dalam internal organisasi dengan berfokus pada pengembangan proses baru yang menjadi kebutuhan pelanggan (Kaplan dan Norton, 2000). Beberapa tujuan dari proses internal ini dilakukan dalam organisasi publik adalah untuk peningkatan proses layanan, perbaikan siklus layanan, peningkatan kapabilitas infrastruktur, pemutakhiran teknologi dan pengintegrasian proses layanan yang mempengaruhi secara langsung kepuasan masyarakat terhadap pelayanan dan kinerja pemerintah (Mahmudi, 2010).

Perspektif Inovasi dan pembelajaran mengukur faktor-faktor yang berhubungan dengan teknologi, pengembangan pegawai, sistem dan prosedur, informasi dan faktor lainnya yang perlu diperbaharui. Perspektif ini mengidentifikasi parameter-parameter untuk membangun keunggulan, perlu melakukan perbaikan terus menerus dan menciptakan

pertumbuhan secara berkelanjutan untuk dapat memberikan pelayanan yang efektif.

Perspektif pelanggan terdiri atas beberapa ukuran utama keberhasilan perusahaan yakni berkaitan dengan factor-faktor seperti *customer retention*, *customer profitability*, dan *market share*. Disamping itu perspektif pelanggan memungkinkan para manajer unit bisnis untuk mengartikulasikan strategi yang berorientasi kepada pelanggan dan pasar yang akan memberikan keuangan finansial masa depan yang lebih besar (Kaplan dan Norton, 2000). Dalam perspektif pelanggan, organisasi sector publik fokus pada upaya untuk memenuhi kebutuhan dan kepuasan masyarakat melalui penyediaan layanan publik yang berkualitas dengan harga yang terjangkau (Mahmudi, 2010).

Balanced scorecard sebagai manajemen strategis mempunyai 4 (empat) proses dan step yang sangat penting, yakni: pertama, *translating the vision* (menerjemahkan visi). Setiap karyawan yang berada dalam organisasi tersebut harus mengetahui dengan jelas tentang visi organisasi tersebut (Sinha, 2006). Dengan menerjemahkan visi maka akan membantu manajer atau pimpinan untuk membangun consensus yang berkaitan dengan visi dan strategi organisasi (Kaplan & Norton, 2007). Kedua *communicating and linking*. Ini berarti bahwa manager mengkomunikasikan strategi organisasi dan menghubungkannya dengan tujuan dari organisasi serta tujuan individu untuk mewujudkan tujuan bersama (Kaplan & Norton, 2007). Ketiga, *business planning*. *Business planning* berkaitan dengan upaya mengintegrasikan bisnis dengan rencana finansial. Jika pada organisasi publik khususnya pemerintah, ini dapat dikatakan sebagai proses mengintegrasikan rencana dan program yang ada dengan kemampuan finansial dan keuangan pemerintah, tetapi tentunya juga harus memperhatikan keuangan masyarakat juga. Dalam tahapan proses ini juga ada proses pengalokasian

sumber daya dan menyusun target (Sinha, 2008). Keempat, *feedback and learning*. Tahapan ini merupakan proses pembelajaran *strategic dan feedback* (Kaplan & Norton, 2007) dan yang lebih penting lagi adalah ada *couse and effect* (penyebab dan efek) dari proses yang dilakukan.

BAB VI

STUDI TENTANG *CATCHMENT AREA* PADA PEMERINTAHAN DAERAH

A. Dinamika Desentralisasi Layanan Kesehatan di Kecamatan Kasembon dan Pujon, Malang

Desentralisasi adalah proses pelimpahan wewenang dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah, yang mana salah satunya berupa adanya pola otonomi yang dilimpahkan dari pusat ke daerah. Indonesia secara umum telah memberlakukan otonomi sejak Era Reformasi dengan menerbitkan Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 Tentang Pemerintah Daerah dan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1999 Tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah. Selama berjalannya implementasi kebijakan undang-undang otonomi daerah tersebut, pemerintah merevisi Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 Tentang Pemerintah Daerah menjadi Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintah Daerah, dan; Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1999 Tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah menjadi Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 Tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah. Pada tahun 2014 dan 2015, pemerintah kembali merevisi keduanya berupa menjadikan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintah Daerah menjadi Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah serta merevisi kembali menjadi Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 Tentang Pemerintah Daerah. Pada konteks regulasi terbaru seputar otonomi daerah, garis besar perubahan terletak pada harapan dan upaya yang lebih luas terhadap kepastian hukum, kedaulatan rakyat, dan demokrasi

penyelenggaraan pemerintahan daerah baik dari model kepemimpinan pemerintah maupun penjabaran dalam pelaksanaannya di seluruh wilayah provinsi, kabupaten, dan kota di Indonesia.

Desentralisasi dalam bentuk pelimpahan otonomi dilaksanakan untuk melaksanakan akselerasi pembangunan lokal/regional (Cahyaningsih & Fitriady, 2019; Efriandi et al, 2019); mereduksi disparitas antar wilayah (Lane, 2011); menstabilkan kondisi politik pemerintahan (Rosenfield et al, 2014; Harding, 2017; Isra et al, 2019), serta; memenuhi tuntutan masyarakat local terkait distribusi dan alokasi sumber daya melalui pelayanan publik (Chien & Zhao, 2015; Li & Chan, 2017; Aritenang, 2019; Rahmatunnisa, 2013). Namun sayangnya pada proses pelayanan publik dalam kerangka desentralisasi di negara berkembang, hal tersebut seringkali terkendala oleh lemahnya mekanisme kelembagaan, minimnya ruang partisipasi, rendahnya kemauan politik dan sipil, sulitnya pengembangan kapasitas tingkat lokal, dan pemerintahan yang kurang demokratis (Olum, 2014). Di Indonesia sendiri, kajian yang dilaksanakan oleh Purwanto dan Pramusinto (2018) menyebutkan bahwa prasyarat keberhasilan dan kesuksesan penyelenggaraan otonomi khusus tercapai bilamana peran dan tanggung jawab fungsional pemerintah daerah mampu terlaksana dalam memberikan layanan dasar terbaik bagi masyarakat secara kontekstual yang disertai dengan kecukupan sarana prasarana pembangunan layanan dasar oleh pemerintah daerah secara langsung, bukan pemerintah (Purwanto & Pramusinto, 2018).

Pada konteks regulasi seputar otonomi dan desentralisasi, hal tersebut berkaitan erat dengan upaya improvisasi layanan publik oleh pemerintah, termasuk pada layanan dasar kesehatan. Sebagaimana disampaikan Sutiyo dan Maharjan (2017) bahwa desentralisasi menjadi kunci keberhasilan kebijakan dalam upaya fasilitasi demokrasi

tingkat lokal di Indonesia. Artinya bahwa terdapat pelimpahan kewenangan yang diperoleh daerah terkait pengimplementasian program-program serta hak-hal dalam pelaksanaan proses pembangunan yang dimiliki berdasarkan prinsip kebhinekaan, partisipasi, otonomi sejati, dan pemberdayaan masyarakat sehingga berpeluang meningkatkan partisipasi masyarakat, lokal, kapasitas, transparansi, akuntabilitas, daya tanggap, dan akurasi sasaran program pemerintah. Di samping itu, desentralisasi juga diharapkan dapat memberikan pelayanan yang lebih baik guna meningkatkan kesejahteraan masyarakat sebagaimana tertuang dalam Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Sebagai konsekuensi dari luasnya cakupan kebijakan publik, maka pemerintah dituntut agar mampu memfasilitasi masyarakat melalui layanan publik terutama salah satunya terhadap pemenuhan layanan dasar Kesehatan dengan skema desentralisasi atau pelimpahan kewenangan terhadap penyelenggaraan layanan Kesehatan.

Kajian seputar kebijakan dan program layanan kesehatan pada dasarnya telah banyak dilakukan, namun belum terlalu banyak yang membahas dari perspektif “desentralisasi kesehatan” dan “*catchment area*”. Kajian yang dilakukan oleh Suwulan et al (2019) melalui pendekatan metode fonomenologi dan berfokus pada aspek kewenangan, sumber daya daerah, dan akses menunjukkan hasil berupa penyelenggaraan desentralisasi kesehatan di Tasikmalaya cenderung menunjukkan adanya kemampuan yang rendah dengan minimnya PAD, tidak membangkitkan inovasi dan kreativitas daerah dalam mengelaborasi potensi, masih tergantung pada anggaran pusat, dan kemandirian daerah dalam pembiayaan kesehatan yang belum optimal. Fulop et al (2011) mengkaji *catchment area* pada area keputusan pemilihan layanan dokter (kesehatan) oleh pasien melalui pendekatan kualitatif analitik yang menghasilkan temuan

bahwa optimalisasi layanan kesehatan dilakukan dengan mempersingkat jangkauan dan akses layanan secara geografis dengan ukuran “*buffer zone method* atau *metode zona penyangga*”; “*isochrones method* atau *metode isokron*”; “*nearest proximity of provider locations* atau kondisi terdekat terhadap lokasi penyedia layanan”, dan; “*gravity model* atau *model gravitasi*”. Hasil kajian yang dilakukan oleh Jones et al (2011) melalui pendekatan studi kasus menghasilkan temuan bahwa penyediaan layanan sekunder kesehatan berdasar pada kondisi demografi dan geografis kewilayaan untuk dapat memberikan optimasi layanan tersebut. Lebih lanjut lagi bahwa Jones et al (2011) menyampaikan bahwa pada kerangka “*catchment area*”, penelitian tersebut menggunakan konteks *first past the post, propotional flow* (arus propotional), dan *gravity model* sebagai penilaian atas urgensi *catchment area* dalam optimalisasi layanan kesehatan.



Gambar 6.1. Aksesibilitas Pusat Kecamatan Kasembon (1) & Pujon (2) ke Pusat Kabupaten Malang Sumber. Maps (2021)



Gambar 6.2. Aksesibilitas Pusat Kecamatan Kasembon (1) & Pujon (2) ke Pusat Kota Batu & Kota Malang Sumber. Maps (2021)

Kecamatan Pujon dan Kecamatan Kasembon di merupakan bagian dari Kabupaten Malang yang terletak lebih dekat dengan kawasan perbatasan dari 2 wilayah yang masih dalam satu kabupaten namun sudah berbeda dalam konteks wilayah pelayanan secara fungsi administrasi kewilayahan: pertama, wilayah pemekaran dari Kabupaten Malang yakni Kota Batu, dan; kedua, yakni Kota Malang. Kecamatan Kasembon dan Kecamatan Pujon yang secara administrative masuk dalam wilayah Kabupaten Malang, namun pada konteks fungsional pemenuhan layanan kesehatan, keduanya memiliki kemudahan akses jarak yang lebih dekat dengan Kota Batu dan Kota Malang. Hal ini kemudian membawa konsekuensi bahwa masyarakat yang berada di wilayah Kecamatan Kasembon dan Kecamatan Pujon akan cenderung lebih memilih fasilitas Kesehatan yang berada di Kota Batu dan Kota Malang. Di sisi lain bagi Pemerintah Kabupaten Malang, dengan adanya daerah yang cukup luas, maka asumsi terkait rentang kendali pelayanan yang cukup jauh bagi masyarakat untuk mengakses pelayanan publik baik itu yang

berkaitan dengan layanan wajib dan layanan pilihan sangat mungkin muncul dalam prakteknya, khususnya dalam bidang pelayanan kesehatan. Hal ini menimbulkan kesulitan bagi masyarakat yang berdomisili di dua kecamatan tersebut untuk mengakses pelayanan kesehatan dari pemerintah daerah kabupaten.

Meskipun upaya perbaikan layanan telah banyak dilakukan seperti perbaikan kualitas layanan puskesmas termasuk sarana dan prasarana, pembentukan puskesmas pembantu di berbagai desa dalam satu kecamatan sosialisasi kepada masyarakat serta kontrol dari pemerintah daerah kabupaten sendiri, namun fakta terkait aksesibilitas tersebut sangat sulit bahkan mustahil untuk dirubah. Oleh karena itu, pemerintah membutuhkan pola penataan daerah yang akurat dan fokus pada perubahan masyarakat dari pola pelayanan publik yang akan diberikan sehingga apa yang disampaikan Hoessien dalam Muluk (2009) terkait *catchment area* memiliki peluang dalam mengoptimalkan proses pelayanan publik, pembangunan, penarikan sumber daya, partisipasi dan kontrol yang dilakukan oleh masyarakat maupun birokrasi.

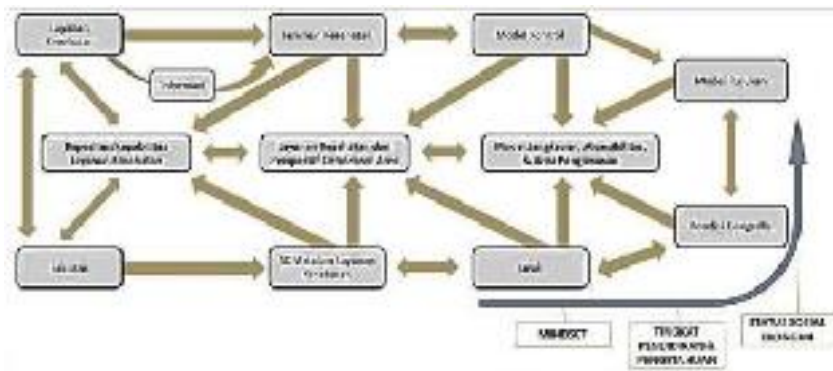
Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di dua kecamatan di Kabupaten Malang yakni Kecamatan Pujon dan Kasembon menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan dapat dikatakan belum mencerminkan kondisi yang disebut dengan *catchment area* di mana pelayanan kesehatan dapat dijangkau dan diakses oleh seluruh masyarakat secara maksimal dan merata (Muluk, 2009, h.108). Keadaan ini disimpulkan dan didapat dari pengamatan yang dilakukan di lapangan. *Catchment area* di Kecamatan Pujon dan Kasembon dianalisis dalam empat perspektif *balanced scorecard* yakni perspektif pelanggan, finansial, proses internal, dan pembelajaran dan pertumbuhan. Penting melihat *catchment area* dalam empat perspektif ini untuk menggambarkan kemampuan pemerintah dalam memberikan dalam

menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat disamping melihat jarak serta faktor geografis daerah itu sendiri.

Proses pelayanan kesehatan sampai saat ini masih mengalami kompleksitas permasalahan. Permasalahan yang kompleks tersebut meliputi keterjangkauan pelayanan kesehatan, aksesibilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat, kurangnya SDM, dan minimna sarana dan prasarana kesehatan yang dimiliki puskesmas sebagai perpanjangan tangan dinas kesehatan untuk melaksanakan pelayanan kesehatan di tingkat kecamatan. Permasalahan inilah yang dicari jalan keluarnya dengan metodologi sistem lunak (*soft system methodology*).

B. Uraian Masalah Komprehensif tentang Layanan Kesehatan Berdasarkan Perspektif *Catchment Area*

Tahap pertama dalam pendekatan *Metode Soft System* (SSM) antara lain berupa penguraian dan penjabaran masalah yang tidak terstruktur dan menyeluruh untuk kemudian dilakukan strukturisasi di dalamnya. Hal ini guna memahami masalah secara mendalam terkait kondisi riil bagaimana kendala, hambatan, serta fakta-fakta yang terjadi di lapangan terkait layanan kesehatan di Kecamatan Kasembon dan Kecamatan Pujon secara sistemik dan terstruktur. Dari uraian terkait implementasi layanan kesehatan di Kecamatan Kasembon dan Kecamatan Pujon tersebut, maka dilakukan analisis dalam bentuk analisis *balance scorecard* dan analisis jangkauan layanan kesehatan dari pemerintah (termasuk pada upaya monitoring dan evaluasi pemerintah setemat) selaku pihak otoritas dalam proses pelayanan Kesehatan. Hasil dari upaya tersebut digambarkan melalui skema di bawah ini.



Gambar 6.3. Skema Permasalahan Layanan Kesehatan di Kecamatan Kasembon dan Pujon Sumber. Analisis (2021)

Struktur isu permasalahan berkenaan dengan penyediaan layanan kesehatan oleh Pemerintah Kabupaten Malang di Kecamatan Kasembon dan Kecamatan Pujon dalam perspektif catchment area kepada masyarakat lokal dilakukan melalui analisis *balanced scorecard* dan kemampuan jangkauan dan area pengawasan (termasuk kemampuan monitoring) oleh pemerintah otoritas terhadap layanan kesehatan. Analisis *balanced scorecard* dalam hal ini bertujuan menganalisis apakah visi misi yang kemudian dijabarkan pada kebijakan, rumusan strategis, dan program telah tercapai sepenuhnya serta mendukung dalam kaitannya dengan lanjutan pengembangan dalam layanan Kesehatan yang diberikan (Kollberg & Elg, 2011), yang mana dalam hal ini menguji bagaimana keselarasan antara pola penerapan layanan kesehatan pada 2 kecamatan (Kasembon dan Pujon) dengan kondisi kelembagaan di tataran atas dari Pemerintah Kabupaten Malang. Hasil dari rumusan penjabaran permasalahan yakni berupa:

1. Problem pertama, layanan kesehatan yang diberikan oleh puskesmas lokal di Kecamatan Kasembon dan Kecamatan Pujon secara teknis masih bersifat promotif dan preventif, tetapi kurang berkelanjutan dalam mengantisipasi kawasan yang notabene merupakan kawasan bencana serta pada konteks lainnya masih membutuhkan aspek yang bersifat signifikan dalam meningkatkan keberdayaan pasien;
2. Problem kedua, proses dan mekanisme pelayanan kesehatan masih kurang ramah, tanggap, cepat dan tepat yang mana dapat dilihat dari kelengkapan keterangan-keterangan yang disampaikan (baik diminta atau tidak diminta oleh pasien/keluarga pasien) terhadap tindakan medis yang diberikan;
3. Problem ketiga, minimnya penyaluran dan jaringan informasi layanan kesehatan di Kabupaten Malang khususnya bagi Kecamatan Kasembon dan Pujon tentang bagaimana pelayanan kesehatan itu diberikan dari pemerintah daerah kepada masyarakat, serta belum mengoptimalkan penggunaan teknologi informasi dan komunikasi;
4. Problem keempat, ketersediaan dan kelengkapan personil dan fasilitas layanan kesehatan yang masih belum optimal dalam menyediakan layanan bagi masyarakat yang berobat dan mengakses layanan kesehatan;
5. Problem kelima, optimasi dalam hal pemenuhan jaminan kesehatan bagi masyarakat di Kecamatan Kasembon dan Pujon masih belum sepenuhnya berjalan secara kongkrit;
6. Problem keenam, masyarakat di Kecamatan Kasembon dan Pujon lebih cenderung memilih rumah sakit dengan aksesibilitas jarak terdekat (baik dalam pemenuhan layanan kesehatan oleh puskesmas, rumah sakit umum, atau rumah sakit umum/milik pemerintah);

7. Problem ketujuh, masalah rujukan yang kemudian muncul berkaitan dengan prosedur yang tidak konsisten, mempersulit akses masyarakat dalam memperoleh layanan kesehatan, berbelit-belit hingga menghilangkan pemenuhan akses layanan kesehatan, dan sebagainya;
8. Problem kedelapan, masyarakat di Kecamatan Kasembon dan Pujon membutuhkan banyak waktu dan usaha yang kemudian berdampak pada tingginya biaya dalam kaitannya dengan jangkauan akses layanan kesehatan yang notabene berada di pusat kabupaten yang kemudian dikaitkan dengan problem sebelumnya maka akan dibutuhkan koordinasi yang lebih lama;
9. Problem kesembilan, masyarakat tidak mampu mengakses informasi yang baik tentang layanan kesehatan yang disediakan oleh pihak otoritas;
10. Problem kesepuluh, beberapa lapisan masyarakat mengalami masalah tingkat ekonomi/pendapatan yang cukup rendah sehingga akses kemampuan dalam pembiayaan layanan kesehatan tidak terjangkau pada kondisi yang mumpuni;
11. Problem kesebelas, kemampuan pengendalian (monitoring dan evaluasi) pihak otoritas yang dalam hal ini adalah Pemerintah Kabupaten Malang sangat minim dalam konteks pelayanan kesehatan di Kecamatan Kasembon dan Pujon.

C. Pendefinisian Permasalahan dan Konseptualisasi

Pendefinisian permasalahan dalam konteks layanan kesehatan di Kecamatan Kasembon dan Kecamatan Pujon dilaksanakan melalui berbagai *statement*, *argument*, serta keterangan-keterangan *stakeholder* (otoritas pemerintah) atau pelaksana teknis (puskesmas) dalam kaitannya dengan penyediaan layanan kesehatan bagi masyarakat di Kecamatan Kasembon dan Kecamatan Pujon. Guna menstrukturisasikan

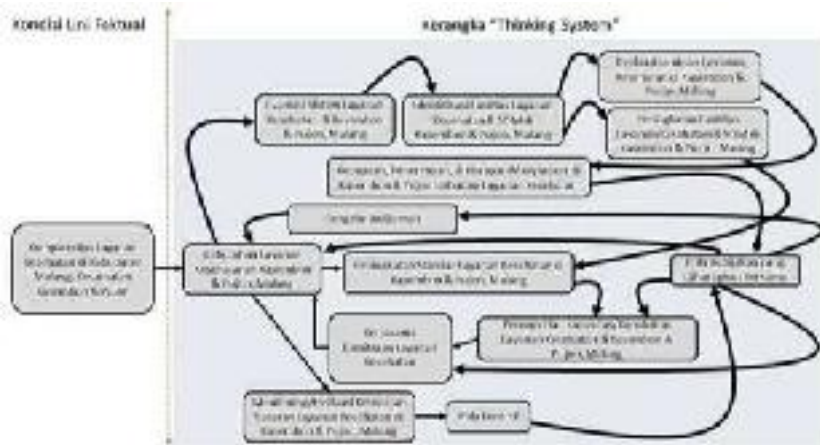
hasil yang diperoleh, maka digunakan konsep elemen kunci berupa *customer* (pelanggan), *actor* (aktor/penyelenggara), *transformation* (transformasi), *worldview* (pandangan dunia), *owner* (pemilik), dan *environmental constrain* (kendala lingkungan) atau secara populer disingkat CATWOE (Nair, 2015). Penjabaran masing-masing antara lain: *customer* (pelanggan), merupakan pihak yang mendapatkan keuntungan atau kerugian dalam proses timbal balik interaksi akses layanan kesehatan dari segi transformasi dan pemecahan masalah; *actor* (aktor/ penyelenggara), merupakan penyelenggara dan pelaksana utama yang memiliki tanggung jawab dalam upaya pemecahan masalah dan terjadinya perubahan pada konteks layanan kesehatan di Kabupaten Malang; *transformation* (transformasi), merupakan proses perubahan system dan solusi dalam penanganan temuan masalah lapangan untuk kemudian menuju pada kondisi yang ideal dan normatif di wilayah berlakunya fenomena; *worldview* (pandangan dunia), merupakan ketajaman pemahaman multi-perspektif dari pihak-pihak pada konteks layanan kesehatan di Kabupaten Malang; *owner* (pemilik), yang merupakan pihak dengan kapasitas dalam memulai atau mengakhiri sistem beserta regulasinya pada konteks layanan kesehatan di Kabupaten Malang, dan; *environmental constrain* (kendala lingkungan), yang merupakan pengaruh dari lingkungan baik internal atau eksternal yang dapat berdampak selama berjalannya layanan kesehatan di Kabupaten Malang. Pendefinisian masalah secara teknis dijelaskan dalam tabel berikut.

Tabel 6.1. Penerapan Indikator CATWOE pada Catchment Area Layanan Kesehatan

Aspek	Indikator	Titik Ghassam & Tanjung
C	Pihak yang mendapatkan keuntungan/pandukannya adalah pihak-pihak tertentu dalam layanan kesehatan	Pemerintah (daerah) Masyarakat Kendaraan transportasi lokal
A	Permasalahan & tindakan utama yang bertanggung jawab dalam menyelesaikan masalah dan melakukan perubahan. Program dalam proses perubahan sistem dan solusi dalam penanganan masalah	Dinas Kesehatan Kecamatan Kaembon UKP Puskesmas Kecamatan Kaembon UKP Puskesmas Kecamatan Pujon Program-program berbasis pengembangan dan peningkatan kualitas layanan kesehatan di Kabupaten Malang
W	Stakeholder yang memengaruhi dan diengaruhi	Komunitas masalah layanan kesehatan Kendala/pemangku masyarakat atas layanan kesehatan Indikator pelayanan publik atas program layanan kesehatan
E	Pihak dengan kapasitas dalam melaksanakan program sistem layanan kesehatan	Pemerintah Kecamatan Kaembon Pemerintah Kecamatan Pujon Masyarakat lokal SDM (Fasilitas & pengetahuan masyarakat lokal) Morfologi sosial ekonomi Perencanaan/kegiatan layanan kesehatan Kondisi geografis layanan kesehatan
O	Pengaruh dari lingkungan internal/external	

Sumber: Analisis GUT1

Guna mendapatkan sintesis dalam bentuk alternatif strategi yang tepat dan akurat, maka dilakukan permodelan secara konseptual dalam bentuk penjabaran poin-poin CATWOE pada fenomena layanan kesehatan di Kecamatan Kaembon dan Pujon dalam kerangka catchment area. Justifikasi dilaksanakan melalui tahapan penilaian terhadap realita berkenaan dengan apa yang telah dilakukan oleh pemerintah (dalam hal ini dinas kesehatan) di Kabupaten Malang selaku pemilik otoritas penyelenggaraan layanan kesehatan. Berdasarkan hasil penilaian, maka kembali dijabarkan pada skema berikut.



Gambar 6.4. Skema Permasalahan Layanan Kesehatan di Kecamatan Kasembon dan Pujon, Malang Sumber. Analisis (2021)

Berdasarkan skema di atas, maka konseptualisasi berada pada 2 wilayah penting yakni kondisi pada lini faktual dan kondisi pada lini kerangka “*thinking system*”, yang mana pada kondisi lini factual menjelaskan berbagai kompleksitas permasalahan layanan kesehatan dalam perspektif *catchment area* di 2 kecamatan, sedangkan kondisi pada lini kerangka “*thinking system*” menjelaskan detail penjabaran terkait konseptualisasi permasalahan. Penjabaran dari kedua bagian penting di atas dapat dijelaskan dan dijabarkan sebagai berikut.

1. Upaya menjadikan layanan kesehatan agar lebih baik berawal dari kompleksitas permasalahan layanan kesehatan di Kabupaten Malang (Kecamatan Kasembon dan Pujon) yang terjadi secara faktual membawa konsekuensi pada harapan menyediakan kebutuhan layanan kesehatan yang lebih baik yang kemudian menghasilkan berbagai aspek sebagai upaya dan strategi peningkatan;

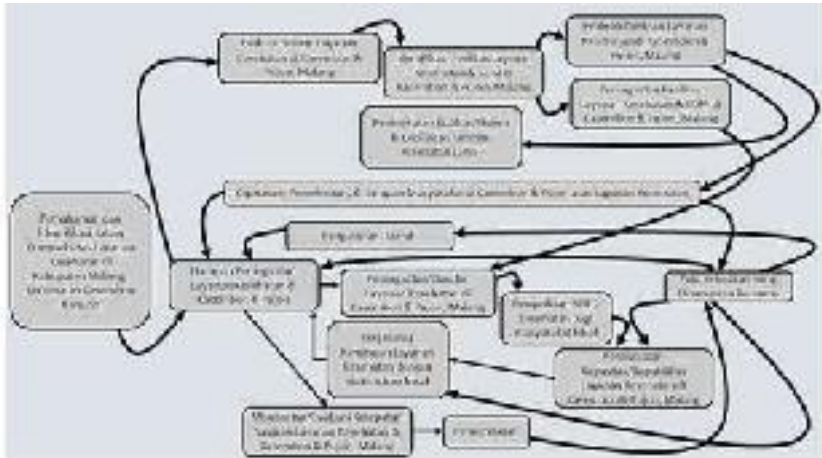
2. Selanjutnya, aspek kebutuhan layanan kesehatan yang lebih baik membutuhkan upaya pemahaman atas dasar kebutuhan berupa identifikasi dan analisis evaluasi sistem layanan kesehatan di Kecamatan Kasembon dan Pujon sehingga memperkuat aspek peningkatan standar layanan kesehatan. Seiring dengan penerapan standar layanan kesehatan, maka selama berjalan proses tersebut, dilaksanakan aspek monitoring dan evaluasi ketepatan sasaran dan tujuan dari adanya penyediaan layanan kesehatan di Kecamatan Kasembon dan Pujon;
3. Aspek pemahaman atas dasar kebutuhan berupa identifikasi dan analisis evaluasi sistem layanan kesehatan di Kecamatan Kasembon dan Pujon dilakukan pada aspek fasilitas layanan kesehatan dan SDM pada 2 kecamatan tersebut, yang kemudian berlanjut pada menganalisis bagaimana upaya penyediaan jaminan layanan kesehatan, peningkatan fasilitas layanan kesehatan, dan SDM serta menghasilkan justifikasi bagaimana model kepuasan, penerimaan, dan kesesuaian harapan masyarakat atas layanan kesehatan. Hasil dari aspek kepuasan, penerimaan, dan kesesuaian harapan masyarakat atas layanan kesehatan kemudian menjadi rekomendasi atas pola kebijakan sebagai harapan bersama;
4. Aspek peningkatan standar layanan kesehatan selain berangkat dari harapan menyediakan kebutuhan layanan kesehatan yang lebih baik, juga bertolak dari kebutuhan peningkatan fasilitas layanan kesehatan dan SDM. Aspek peningkatan standar layanan kesehatan kemudian berlanjut pada Peningkatan Kapasitas/Kapabilitas Layanan Kesehatan di Kasembon dan Pujon, Malang yang kemudian kembali berlanjut pada pola pembangunan Peningkatan kerja sama Kemitraan Layanan Kesehatan di Kasembon dan Pujon;

5. Aspek monitoring dan evaluasi ketepatan sasaran dan tujuan dari adanya penyediaan layanan kesehatan di Kecamatan Kasembon dan Pujon berlanjut pada model kontrol pengawasan yang kemudian diteruskan pada rekomendasi atas pola kebijakan sebagai harapan bersama, dan;
6. Terakhir pada pola kebijakan sebagai harapan bersama, bahwa hal tersebut merupakan sintesis dan konseptualisasi ketiga aspek yang kemudian menitikberatkan pada 3 hal sebelum masuk pada aspek upaya menjadikan layanan kesehatan agar lebih baik. 3 hal tersebut antara lain: secara langsung berlanjut pada upaya menjadikan layanan kesehatan agar lebih baik, secara tidak langsung melalui aspek otoritas berupa pengaturan daerah, serta melalui upaya peningkatan kerja sama kemitraan layanan kesehatan di Kasembon dan Pujon.

D. Model Sistem Layanan Kesehatan Berdasarkan Perspektif *Catchment Area*

Upaya permodelan dalam sistem layanan kesehatan di Kecamatan Kasembon dan Pujon berdasarkan perspektif “*catchment area*” kembali ditinjau dan diperdalam melalui pengumpulan data dan keterangan dalam bentuk observasi dan diskusi bersama (FGD). Observasi dan diskusi bersama (FGD) tersebut dilaksanakan dengan stakeholder antara lain pegawai/staf dari dinas kesehatan di Kabupaten Malang (serta jajaran representasinya), Kepala Puskesmas Kasembon, Kepala Puskesmas Pujon, Sekertaris Kecamatan di Kecamatan Kasembon, Sekertaris Kecamatan di Kecamatan Pujon, dan beberapa pejabat desa sebagai representasi dari Kecamatan Kasembon dan Pujon. Untuk selanjutnya, maka hasil rumusan berkenaan dengan model sistem layanan

kehatan di Kecamatan Kasembon dan Pujon digambarkan dalam skema berikut.

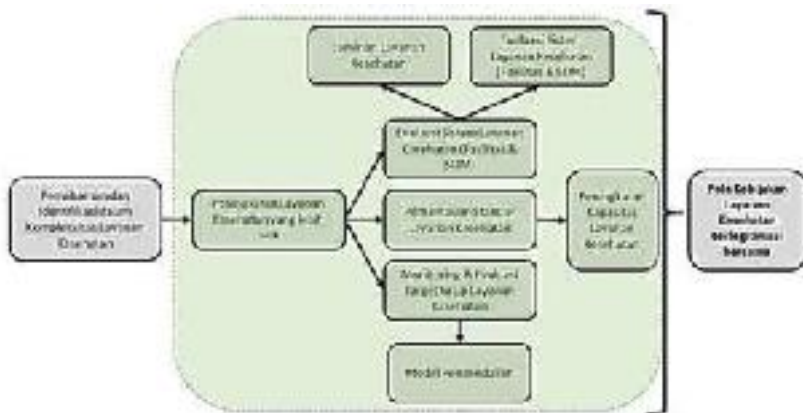


Gambar 6.5. Rumusan Skema Layanan Kesehatan di Kecamatan Kasembon dan Pujon berdasarkan Perspektif Catchment Area
Sumber. Analisis (2021)

Upaya penyediaan alternatif solusi berkaitan dengan model sistem layanan kesehatan di Kecamatan Kasembon dan Pujon dari perspektif *catchment area* pada dasarnya tidak jauh berbeda dengan model konseptualisasi faktual yang telah dijelaskan pada sub-bab sebelumnya. Transformasi terjadi pada pengintegrasian antara ranah factual dengan ranah thinking system sehingga menjadi pola terintegrasi antar satu komponen dengan komponen lainnya. Di samping itu sebagai sintesis dari kondisi sebelumnya seputar masalah dan konseptualisasi faktual, maka pada tahap ini dilakukan melalui 2 hal yakni: pertama bahwa di level atas (pengambil kebijakan), upaya dilakukan dengan melakukan optimasi terutama pada peningkatan kualitas standar pelayanan kesehatan bagi masyarakat lokal di Kasembon dan Pujon,

dan; kedua bahwa di level bawah, secara partisipatif dengan mengoptimalkan badan layanan umum daerah (BLUD) pada tataran masyarakat melalui sinergitas masyarakat dengan berbagai lembaga dan pemerintah di tingkat bawah.

Perumusan alternatif solusi berangkat dari adanya identifikasi dan pemahaman atas kompleksitas masalah sistem layanan kesehatan di Kecamatan Kasembon dan Pujon secara faktual. Realitas yang ada memunculkan adanya berbagai varietas problem masyarakat lokal mulai dari kondisi masyarakat itu sendiri (akseptabilitas, kepuasan, dan harapan), kemampuan pembiayaan, kelembagaan, sistem, prosedur standar kualitas, aksesibilitas, hingga hambatan yang terjadi. Eksplorasi secara komprehensif terkait berbagai komponen tersebut akan berdampak pada munculnya permasalahan, fenomena dan gejala, hingga secara teknis menghasilkan alternatif-alternatif perumusan strategi guna mengatasi masalah akses layanan kesehatan. Hal ini sekaligus berkaitan dengan adanya tuntutan masyarakat akan perlunya layanan kesehatan yang lebih baik sebagai hak masyarakat lokal di Kecamatan Kasembon dan Kecamatan Pujon.



Gambar 6.6. Identifikasi Perbaikan Komponen Layanan Kesehatan Sumber. Analisis (2021)

Identifikasi selain menghasilkan harapan menjadikan layanan kesehatan yang lebih baik, juga kembali teruraikan dalam berbagai aspek perhatian utama. Harapan layanan yang lebih baik kemudian memasukkan 3 aspek perhatian yakni: pertama, evaluasi sistem layanan kesehatan; kedua, berkenaan dengan standar layanan, dan; ketiga, ketepatan sasaran program layanan kesehatan. detail Pada aspek evaluasi sistem layanan kesehatan di Kasembon dan Pujon, maka pendalaman evaluasi diprioritaskan pada kondisi jaminan kesehatan bagi masyarakat lokal untuk dapat terakomodir secara optimal. Sedangkan evaluasi selanjutnya juga meninjau dari sisi fasilitas dan SDM. Ketiga hal berupa jaminan kesehatan, fasilitas layanan kesehatan, dan SDM merupakan aspek prioritas evaluasi yang diukur melalui kepuasan dan penerimaan, serta kemudian diwujudkan dalam bentuk peningkatan standar layanan, kebijakan, serta akses masyarakat pada jaminan kesehatan. Di samping itu, perhatian terhadap ketiganya menjadi penting untuk menghindarkan adanya konflik atau perselisihan akibat kurangnya pemenuhan fasilitas, minimnya keterampilan/skill dari personel dalam layanan kesehatan, serta ketidak konsistenan atau maladministrasi akan kebijakan jaminan kesehatan yang telah dipenuhi oleh masyarakat pengguna layanan melalui iuan BPJS atau jaminan kesehatan lainnya.

Selanjutnya berkaitan dengan pemantauan terhadap capaian standar layanan kesehatan yang diberikan pada pengguna layanan. Di samping tuntutan pada penyelenggara layanan untuk memperbaiki penyediaan layanan kesehatan, maka pengguna khususnya di Kecamatan Kasembon dan Pujon juga harus menjadikan standar ini sebagai pemenuhan prosedur sebagai penerima layanan. Melalui peran BLUD, maka diharapkan peran dari stakeholder di tingkat lokal mampu optimal serta terdapat sinergitas dengan stakeholder di tataran pemerintah dan penyelenggara layanan.

Terpenuhinya standar ini kemudian menjadi salah satu dasar utama dalam peningkatan kapasitas dan kapabilitas layanan kesehatan di Kecamatan Kasembon dan Pujon. Adanya peningkatan sarana dan prasarana serta sumber daya manusia menyebabkan standar pelayanan juga meningkat. Peningkatan standar pelayanan ini dapat dilakukan melalui peningkatan kualitas pelayanan dan kinerja tenaga kesehatan, proses pelayanan yang singkat dan tidak berbelit-belit, aturan yang jelas serta implementasi dan penerapan dari prinsip pelayanan prima. Upaya peningkatan sarana dan prasarana kesehatan dan sumber daya manusia serta peningkatan standar pelayanan menuntut ketersediaan dana yang cukup untuk mendukungnya. Karena kebutuhan tersebut, maka pengadaan dan pemberian BLUD kepada unit puskesmas dilakukan. Diberlakukannya aturan oleh pemerintah pusat tentang penyerahan/penyetoran pendapatan yang diterima oleh puskesmas ke kas negara membuat dana yang dimiliki puskesmas terbatas karena semua kontrol terpusat di kabupaten, untuk pembiayaan hal-hal kecil yang seharusnya dapat dilakukan oleh puskesmas dalam menjalankan tugasnya jadi terhambat. Oleh karena itu dengan diadakannya dan diberikannya BLUD Unit, maka puskesmas sebagai unit pelaksana tugas dinas di kecamatan dapat mengelola keuangan sendiri. Dengan demikian, untuk urusan yang lingkungannya kecil dapat diselesaikan di tingkat puskesmas tanpa harus melaporkan ke dinas terlebih dahulu dan melalui proses yang panjang. Hal ini dapat membantu memperlancar proses pemberian layanan kesehatan di tingkat kecamatan.

Upaya ketiga berupa monitoring dan evaluasi penyelenggaraan layanan kesehatan yang berorientasi pada pengendalian aktivitas layanan. Hal ini melibatkan serta mensinergikan seluruh stakeholder guna memastikan layanan kesehatan di Kecamatan Kasembon dan Pujon telah sesuai dengan harapan bersama dan mampu mengakomodir

kebutuhan masyarakat lokal akan akses layanan kesehatan yang dibutuhkan. Selanjutnya, upaya yang perlu dilakukan adalah dengan membangun kerja sama antar daerah dalam bidang kesehatan. Proses menemukan dan menentukan kebijakan yang diinginkan terhadap pelayanan kesehatan yang telah dilakukan juga mewujudkan kerja sama antar daerah. Dengan adanya kerja sama bidang kesehatan antar daerah kabupaten/kota yang berdekatan proses pemberian layanan menjadi lebih mudah dan juga memberikan antar daerah yang berisi pointer-pointer tentang pengaturan penanganan kesehatan untuk wilayah terdekat yang berada di luar daerah. Oleh karena itulah, langkah dan upaya pemecahan masalah selanjutnya berdasarkan system thinking selanjutnya adalah dengan membangun kerja sama bidang kesehatan antar pemerintah kabupaten/kota yang wilayahnya berdekatan untuk mempermudah akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang berada di perbatasan. Upaya membangun kerja sama antar daerah secara spesifik dalam bidang kesehatan ini dapat mewujudkan pelayanan kesehatan sesuai dengan yang diharapkan semua pihak.

Evaluasi terhadap jaminan kesehatan masyarakat yang dilakukan sebelumnya menentukan arah perbaikan terhadap sistem dan kebijakan BPJS Kesehatan yang selama ini berlangsung. Peran BPJS Kesehatan sangat penting dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang lebih baik. Seperti yang telah dijelaskan dalam bab sebelumnya, bahwa semenjak diberlakukannya BPJS Kesehatan, proses pelayanan kesehatan menjadi sedikit lebih rumit, kesiapan daerah untuk bersama-sama menjalankan sistem ini masih dalam proses. Sosialisasi terhadap programnya belum dilakukan sebelumnya dan masih dalam tahap proses. Hal ini membuat permasalahan yang kompleks, oleh karena itu perbaikan sistem dan kebijakan BPJS Kesehatan perlu dalam mempermudah pelayanan. Upaya ini dapat dilakukan salah

satunya dengan menambah daftar rumah sakit rujukan yang dapat dituju oleh puskesmas-puskesmas yang ada berdasarkan keterjangkauan dan geografis yang terdekat di samping berdasarkan regional daerahnya. Ini bertujuan agar mempermudah masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan. Perubahan dan perbaikan sistem BPJS kesehatan ini akan menciptakan perubahan terhadap pelayanan ke arah pelayanan yang diinginkan.

Selanjutnya, upaya menemukan dan menentukan perubahan kebijakan menimbulkan dan memunculkan alternatif lain untuk menjawab persoalan pelayanan, yakni penataan daerah. Penataan daerah terdiri dari macam-macam bentuk. Trueblood dan Honadly dalam Djojosoekarto dan Harjanto (2008, h.15) menjelaskan bahwa bentuk penataan daerah tersebut dapat berupa: pertama, aneksasi (*annexation*) yaitu memperluas wilayah perbatasan daerah dengan memasukkan wilayah yang sebelumnya tidak termasuk ke dalam wilayah yang ditangani. Kedua, penggabungan (*consolidation amalgamation/merger*) yakni penggabungan antara dua atau lebih pemerintahan daerah yang berdampingan dan membentuk menjadi satu pemerintahan daerah yang berdampingan dan membentuknya menjadi satu pemerintahan daerah. Ketiga, pemekaran (*fragmentation*) yaitu berupa pemecahan dari satu pemerintahan daerah menjadi dua atau lebih pemerintahan daerah. Keempat, pelepasan (*detachment*) yakni penataan ulang terhadap perbatasan wilayah dengan melepaskan beberapa wilayah dari wilayah yang dilingkupinya. Untuk kasus Kabupaten Malang khususnya, mengingat keberadaan daerah penelitian yakni Kecamatan Pujon dan Kasembon dapat dilakukan *detachment* (pelepasan) melalui penetapan kembali batas daerah yang dapat dijangkau oleh pelayanan publik yang dapat diberikan oleh pemerintah secara maksimal karena wilayahnya sangat luas. Setelah penataan ulang terhadap batas daerah Kabupaten

Malang tersebut dilakukan, khusus di daerah Pujon dan Kasembon dapat dilakukan amalgamation (Penggabungan) daerah ke Kota Batu, karena secara geografis daerah ini lebih dekat dengan Batu. Hal ini bertujuan agar pelayanan kesehatan dapat lebih efektif dan efisien dirasakan oleh masyarakat yang ada di sana. Tujuan dan arah dari penataan daerah untuk meningkatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan yang diharapkan. Namun, proses penataan daerah tidaklah semudah membalikkan telapak tangan. Penataan daerah membutuhkan waktu yang cukup lama dan melalui tahapan-tahapan serta prosedur yang telah ditentukan dengan berbagai kajian. Bisa saja juga menyertakan kepentingan politik yang dapat mempengaruhi prosesnya. Meskipun peluang ini cukup baik agar dapat menciptakan catchment area pelayanan kesehatan. Sebagaimana yang telah diuraikan dalam model konseptual sebelumnya, proses monitor terhadap pelayanan kesehatan yang diinginkan perlu dilakukan. Tujuannya adalah menjaga agar setiap kebijakan yang dilakukan tetap berada dan berjalan sesuai dengan yang diinginkan dalam mencapai tujuan bersama. Melalui model sistemik ini akan dihasilkan efektivitas pelayanan kesehatan, efisien dan efisasi yang memenuhi syarat 3E' monitor terhadap penyelenggraan pelayanan kesehatan akan meningkatkan kontrol proses pelayanan tersebut dengan kontrol yang kuat, proses untuk menemukan kebijakan yang diinginkan sebagai langkah untuk memperbaiki kinerja pelayanan dapat terus dilaksanakan agar mewujudkan pelayanan kesehatan yang diinginkan oleh semua pihak.

Pada dasarnya, skema modeling yang dianjurkan sebagai alternatif perbaikan layanan kesehatan merupakan ipaya inkremetal dari kondisi factual yang terjadi, yakni dengan mengoptimalkan 2 poin berupa level atas (pengambil kebijakan) dengan melakukan optimasi terutama pada peningkatan kualitas standar pelayanan kesehatan bagi

masyarakat lokal di Kasembon dan Pujon, dan; level bawah, secara partisipatif dengan mengoptimalkan badan layanan umum daerah (BLUD) pada tataran masyarakat melalui sinergitas masyarakat dengan berbagai lembaga dan pemerintah di tingkat bawah. Kedua aspek yang merupakan alternatif solusi yang diperoleh melalui skema modelling, pada dasarnya memiliki tujuan yang sama yakni pemenuhan terhadap kepuasan, penerimaan, serta harapan masyarakat lokal agar dapat menerima layanan kesehatan yang lebih baik. Optimasi standar kualitas layanan kesehatan sendiri berangkat dari adanya pemantauan yang dilakukan peneliti selama berada di lokasi penelitian yang menunjukkan bahwa masih terdapat standar kualitas pelayanan yang belum dipenuhi sesuai dengan SOP pelayanan kesehatan. Sedangkan untuk aspek mengoptimalkan badan layanan umum daerah (BLUD) pada tataran masyarakat, artinya dalam hal ini terdapat peran partisipatif dari masyarakat (atau setidaknya dari pihak-pihak representasi dari masyarakat yang dalam hal ini pemerintah desa dan kecamatan) sebagai aspirator harapan masyarakat agar akses layanan kesehatan mampu terpenuhi dengan baik melalui komponen-komponen tata kelola anggaran, koordinasi kelembagaan, atau melakukan pengendalian atas kualitas layanan kesehatan yang diberikan oleh penyelenggara layanan kesehatan di Kecamatan Kasembon dan Pujon.

E. Diskusi dan Refleksi Teoretis

Pada konteks layanan kesehatan, sebagaimana diungkapkan oleh berbagai kajian bahwa peluang desentralisasi hari ini dapat dijadikan acuan sebagai upaya melakukan upaya pengoptimalan pembangunan. Berdasarkan argument Cahyaningsih dan Fitriady (2019) dan Efriandi et al (2019), maka dapat dilaksanakan akselerasi pembangunan layanan kesehatan di wilayah lokal/regional; argumen Lane

(2011) mampu digunakan sebagai acuan upaya mereduksi disparitas antar wilayah berkenaan dengan akses masyarakat pada layanan kesehatan; pendapat Rosenfield et al (2014), Harding (2017), dan Isra et al (2019) mampu digunakan sebagai acuan dalam menstabilkan kondisi politik pemerintahan di Kabupaten Malang terkait pemenuhan layanan kesehatan oleh penyelenggara secara berjenjang pada masyarakat selaku penerima layanan, serta; argumen Chien dan Zhao (2015), Li dan Chan (2017), Aritenang (2019), Rahmatunnisa (2013) memenuhi tuntutan masyarakat local terkait distribusi dan alokasi sumber daya melalui pelayanan publik bidang kesehatan khususnya di Kecamatan Kasembon dan Pujon, Malang.

Hasil kajian ini menemukan bahwa pada kondisi faktual, masalah terurai pada 11 poin masalah dengan penyertaan fenomena yang saling berkaitan. Mulai dari kondisi kelembagaan (lemahnya daya tanggap layanan kesehatan, mekanisme, fasilitas beserta personil, dan administrasi pelayanan), lemahnya partisipasi (kecenderungan pemilihan layanan kesehatan), kurangnya *political will* dan sipil (minimnya distribusi dan penyediaan layanan informasi, jaminan kesehatan, serta pengendalian teknis bidang kesehatan oleh pemerintah), serta sulitnya pemberdayaan pada kapasitas di tingkat lokal (tingkat sosial ekonomi rendah, kemampuan akses layanan kesehatan, informasi, serta daya literasi yang minim). Kondisi ini mendukung *statement* Olum (2014) yang menyatakan bahwa proses pelayanan publik dalam kerangka desentralisasi yang dilaksanakan di negara berkembang seringkali mengalami kendala yang disebabkan oleh lemahnya mekanisme kelembagaan, minimnya ruang partisipasi, rendahnya kemauan politik dan sipil, sulitnya pengembangan kapasitas tingkat lokal, dan pemerintahan yang kurang demokratis (Olum, 2014). Dari hasil penguraian tersebut, maka dibutuhkan improvisasi

beberapa aspek terkait layanan kesehatan dari perspektif *catchment area*.

Pada tahapan pendefinisian masalah dan konseptualisasi yang dilanjutkan pada skema perumusan model sistem, hal ini diawali dengan skema rumusan CATWOE (Nair, 2015) dengan menguraikan kembali layanan kesehatan di Kecamatan Kasembon dan Kecamatan Pujon yang dilaksanakan melalui berbagai statement, argument, serta keterangan-keterangan *stakeholder* (otoritas pemerintah) atau pelaksana teknis (puskesmas) dalam kaitannya dengan penyediaan layanan kesehatan bagi masyarakat secara terstruktur melalui komparasi konsep CATWOE dengan kondisi lapangan antara lain: customer (pelanggan) dengan melihat kondisi pihak yang diuntungkan atau dirugikan dalam proses timbal balik interaksi akses layanan kesehatan dari segi transformasi dan pemecahan masalah, actor (aktor/penyelenggara), dengan melihat kondisi penyelenggara dan pelaksana utama penanggungjawab pemecahan masalah dan perubahan layanan kesehatan, *transformation* (transformasi) dengan melihat kondisi proses perubahan system dan solusi penanganan temuan masalah lapangan menuju kondisi ideal dan normative di wilayah berlakunya fenomena; *worldview* (pandangan dunia) dengan melihat kondisi ketajaman pemahaman multi-perspektif dari pihak-pihak yang terlibat, owner (pemilik) dengan melihat kondisi kapasitas dalam memulai atau mengakhiri sistem beserta regulasinya, dan; *environmental constrain* (kendala lingkungan) dengan melihat kondisi pengaruh dari lingkungan baik internal atau eksternal yang dapat berdampak selama berjalannya layanan kesehatan. Berdasarkan skema tersebut, maka konseptualisasi berada pada 2 wilayah penting yakni kondisi pada lini faktual dan kondisi pada lini kerangka “thinking system”, yang mana pada kondisi lini factual menjelaskan berbagai kompleksitas permasalahan layanan

kesehatan dalam perspektif catchment area di 2 kecamatan, sedangkan kondisi pada lini kerangka “thinking system” menjelaskan detail penjabaran terkait konseptualisasi permasalahan.

Pada bagian akhir berupa skema modeling, alternatif perbaikan layanan kesehatan diberikan secara inkremental dari kondisi factual yang terjadi, yakni dengan mengoptimalkan poin berupa level atas (pengambil kebijakan) dengan melakukan optimasi terutama pada peningkatan kualitas standar pelayanan kesehatan bagi masyarakat lokal di Kasembon dan Pujon, dan; level bawah, secara partisipatif dengan mengoptimalkan badan layanan umum daerah (BLUD) pada tataran masyarakat melalui sinergitas masyarakat dengan berbagai lembaga dan pemerintah di tingkat bawah. Hal tersebut juga berangkat dari apa yang disampaikan oleh Purwanto dan Pramusinto (2018) bahwa di Indonesia, prasyarat keberhasilan dan kesuksesan penyelenggaraan otonomi akan tercapai bilamana peran dan tanggung jawab fungsional pemerintah daerah mampu terlaksana dalam memberikan layanan dasar terbaik bagi masyarakat secara kontekstual yang disertai dengan kecukupan sarana prasarana pembangunan layanan dasar pemerintah daerah secara langsung (Purwanto & Pramusinto, 2018).

Secara teoretis dalam konteks desentralisasi layanan kesehatan, penelitian ini menghasilkan simpulan yang bertolak belakang dari kajian Suwarlan et al (2019) yang menitikberatkan pada prioritas anggaran sebagai komponen penyangga keberhasilan desentralisasi layanan kesehatan. Penelitian ini lebih cenderung melihat faktor sinergitas penguatan *top-down* dan *bottom-up* sebagai skema utama dalam optimasi layanan kesehatan. Selain itu, penelitian ini juga berbeda dengan argumen Fullop (2011) yang menyimpulkan bahwa optimalisasi layanan kesehatan

dilakukan dengan mempersingkat jangkauan dan akses layanan secara geografis dengan ukuran “*buffer zone method* atau *metode zona penyangga*”; “*isochrones method* atau *metode isokron*”; “*nearest proximity of provider locations* atau kondisi terdekat terhadap lokasi penyedia layanan”, dan; “gravity model atau model gravitasi” dan Jones et al (2011) yang hampir sama dengan berbicara masalah geografis serta jangkauan akses secara fisik. Kajian ini lebih cenderung memberikan solusi teknis berupa peningkatan aspek-aspek teknis dalam layanan kesehatan secara inkremental.

DAFTAR PUSTAKA

- Arisandy, W. (2015). Strategi Dinas Kesehatan dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan melalui Metode CRC (Citizen Report Card) di Kota Surabaya. *Kebijakan dan Manajemen Publik*. 3(2), 15-25.
- Aritenang, A. F. (2019). The Importance of Agglomeration Economies and Technological Level on Local Economic Growth: The Case of Indonesia. *Journal of the Knowledge Economy*, 12(2), 544-563. <https://doi.org/10.1080/13547860.2019.1675352>.
- Adisasmita, R. (2011). *Manajaemen Pemerintahan Daerah*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Abdullahi, D., & Mahuta, M. M. (2012). Local Government Creation and The Prospects of Area Development Board in Nigeria. *IISTE Journal*, 2(10), 41-47.
- Balle, M. (1994). *Managing With Systems Thinking: Making Dynamics work for You in Business Decision Making*. London: McGraw Hill Book Company.
- Budihardjo, A. (2011). *Menuju Pencapaian Kinerja Optimum: Sistem teori Untuk Mengungkap "kota Hitam" Organisasi*. Jakarta: Prasetya Mulya Publishing
- Bryani, C, & White, L. G. (1989). *Manajemen Pembangunan Untuk Negara Berkembang*. Jakarta: LP3ES.
- Cahyaningsih, A., & Fitrady, A. (2019). The Impact of Asymmetric Fiscal Decentralization on Education and Health Outcomes: Evidence from Papua Province, Indonesia. *Economics and Sociology*, 12(2), 48-63. <https://doi.org/10.14254/2071-789X.2019/12-2/3>
- Chien, S. S., & Zhao, L. T. (2015). *State-Mediated Knowledge Transfer and Resource Mobility: A Case Study of China Local Government Entrepreneurship*.

- Issues & Studies, 51(2), 39-78.
[https://doi.org/10.7033/ISE.201506_51\(2\).0002](https://doi.org/10.7033/ISE.201506_51(2).0002)
- Civil Aviation Authority. (2011). *Catchment Area Analysis*. London: Civil Aviation Authority.
- Cohen, J. M., & Peterson, S. B. (1999). *Administrative Decentralization "Strategies for Developing Countries*. Connecticut: *Kumarian Press*.
- Creswell, J. W. (2013). *Research Design: Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan Mixed*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Cheema, G. S., & Rondinelli, D. A. (1983). *Desentralization and Development, Policy Implementation in Developing Countries*. California: *Saga Publication Inc Beverly Hills*.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Malang. (2018). *Profil kesehatan Kabupaten Malang*.
- Direktorat Jendral Otonomi Daerah. (2013). *Proses pembentukan Daerah Otonom*. Jakarta: Kementerian Dalam Negeri.
- Darumurti, D. K., & Raula, U. (2000). *Otonomi Daerah: Perkembangan Pemikiran dan Pelaksanaan*, Jakarta: Citra Aditya Bakti.
- Efriandi, T., Couwenberg, O., & Holzhaecker, R.L. (2019). *Decentralization and Public Service Provision: A Case Study of the Education Sector in Jayawijaya District, Papua, Indonesia*. *Contemporary Southeast Asia*, 41(3), 364-389. <http://dx.doi.org/10.1355/cs41-3b>.
- Fukada, M. (2018). *Nursing Competency: Definition, Structure and Development*. *Yonago Acta Medica*, 61, 1-7.
- Fulop, G., Kopetsch, T., & Schope, P. (2011). *Catchment areas of medical practices and the role played by geographical distance in the patient's choice of doctor*. *The Annals of Regional Science*, 46, 691-706. <https://doi.org/10.1007/s00168-009-0347-y>.

- Harding, A. (2017). Devolution of Powers in Sarawak: A Dynamic Process of Redesigning Territorial Governance in a Federal System. *Asian Journal of Comparative Law*, 12(2), 257-279. <https://doi.org/10.1017/asjcl.2017.13>.
- Hoessien, B. (2011). *Perubahan Model, Pola, dan Bentuk Pemerintahan Daerah*. Jakarta: DIA FISIP UI.
- Hardiyansyah. (2011). *Kualitas Pelayanan Publik Konsep, Dimensi, Indikator dan Implementasinya*. Yogyakarta: Gava Media.
- Hamdi, M. (2008). *Naskah Akademik Tentang Pmbentukan dan Penghapusan daerah*. Jakarta: BPHN DEPKUMHAM RI.
- Isran, S., Villiers, B., & Arifin, Z. (2019). Asymmetry in a Decentralized, Unitary State: Lessons from the Special Regions of Indonesia. *Journal on Ethnopolitics and Minority Issues in Europe*, 18(2), 43-71. <http://www.ecmi.de/fileadmin/downloads/publications/JEMIE/2019/DeVilliers et al.pdf>.
- Jones, S., Wardlaw, J., Crouch, S., & Carolan, M. (2011). Modelling catchment areas for secondary care providers: a case study. *Health Care Manag Sci*, 14, 253-261. <https://doi.org/10.1007/s10729-011-9154-y>.
- Kaloh, J. (2007). *Mencari Bentuk Otonomi Daerah*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Kaplan, R. S., & David, P. N. (2000). *Balanced Scorecard Menerapkan Strategi Menjadi Aksi* Translet oleh Peter R. Pasla, Jakarta Erlangga, 2007. Using Balanced Scorecard as a Strategic management System. *Harvard Business Review*, Pg. 1-14.
- Kollberg, B., & Elg, M. H. (2011). The practices of the Balanced Scorecard in health care services. *International Journal of Productivity and Performance*

- Management*, 60(5), 427-445.
<https://doi.org/10.1108/17410401111140374>.
- Lane, J. E. (2011). *Rediscovering the unitary model: State format and transaction costs*. *French Politics*, 9, 87-96.
<https://doi.org/10.1057/fp.2010.23>.
- Li, L., & Chan, R. C. K. (2017). Contesting China's Engagement with Neoliberal Urbanism: An Overview of The Evolving Policy and Mismatches in Urban China. *Asian Education and Development Studies*, 6(1), 44-56. <https://doi.org/10.1108/AEDS-03-2016-0021>.
- McGinty, M. D., Brian C. C., & Debra M. R. (2018). Assessing the Knowledge, Skills, and Abilities of Public Health Professionals in Big City Governmental Health Departments. *Journal of Public Health Management and Practice*, 24(5), 1-13.
- Moleong, L. J. (2002). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Moleong, L. J. (2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Muluk, M. R. K. (2009). *Peta Konsep: Desentralisasi dan Pemerintahan Daerah*. Surabaya: ITS Press.
- Muttalib, M. A., & Khan, M. A. A. (1982). *Theory of Local Government*. New Delhi: *Starling Publisher Private Limited*.
- Maksum, R. I. (2008). *Seluk Beluk Pemerintahan Daerah Mencari Alternatif Memperkuat Negara Bangsa*. Jakarta: FISIP UI Press.
- Maani, E. K., & Canava, R. Y. (2020). *Systems Thinking and Modeling*. New Zealand: Pearson.
- Niven, R. P. (2003). *Balanced Scorecard Step by Step for Foverment and Nonprofit Agencies*. Canada: *John Wiley & Sons*.
- Nair, U. (2015). *Soft system methodology for personalize learning encvironment*. *E-Learning and Digital Media*,

- 12(1), 34-56.
<https://doi.org/10.1177/2042753014558375>.
- Norton, A. (1994). *International Handbook of Local and Regional Government*. UK: Edward Elgar.
- Nurcholis, H. (2009). *Teori & Praktek Pemerintahan Daerah & Otonomi Daerah*. Jakarta: Grasindo.
- Olum, Y. (2014). Decentralisation in developing countries: preconditions for successful implementation. *Commonwealth Journal of Local Governance*, 15, 23-38. <https://doi.org/10.5130/cjlg.v0i0.4061>.
- Pemerintahan Kabupaten Malang. (2017). Kabupaten Malang dalam Angka Tahun 2016. Malang.
- Pemerintahan Kabupaten Malang. (2016). *Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Malang Tahun 2015-2019*. Malang.
- Pemerintah Negara Republik Indonesia. Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah. Jakarta.
- Pemerintah Negara Republik Indonesia. Undang-undang Nomor 9 Tahun 2015 Tentang Pemerintahan Daerah. Jakarta.
- Page, E. C., & Goldsmith, M. J. (1987). *Central and Local Government Relation: A Comparative Analysis of West European Unitary States*. London: SAGE.
- Purwanto, E. A., & Pramusinto, A. (2018). *Decentralization and functional assignment in Indonesia: the case of health and education services*. *Policy Studies*, 39(6), 589-606.
<https://doi.org/10.1080/01442872.2018.1530413>.
- Rahmatunnisa, M., Hindersah, R., & Achmad, T. H. (2018). Why Regions with Archipelagic Characteristics in Indonesia Also Need Asymmetric Decentralization?. *Jurnal Bina Praja: Journal of Home Affairs*

- Governance*, 10 (2), 251-261.
<https://doi.org/10.21787/jbp.10.2018.251-261>.
- Rasyid, R. (2007). *Desentralisasi dan Otonomi Daerah: Otonomi Daerah, Latar Belakang dan Masa depannya*. Jakarta: LIPI Press.
- Rosenfield, S. S., Marks, G., & Hooghe, L. (2014). A Comparative Measure of Decentralization for Southeast Asia. *Journal of East Asian Studies*, 14(1), 85-108.
<https://doi.org/10.1017/S1598240800009590>.
- Sinambela, P. L. (2006). *Reformasi Pelayanan Publik: Teori, Kebijakan dan Implementasi*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Sjamsudin, S. (2008). *Administrasi Pemerintahan Lokal*. Malang: Agritek YPN.
- Smith, B.C. (1985). *Desentralization: The Territorial Dimension of The State*. London: British library cataloguing in Publication Data.
- Suryadi, (2009). *Pengembangan Kinerja Pelayanan Publik*. Bandung: Refika aditama
- Supriyono, B. (2007). *Pembangunan Institusi Pemerintahan Daerah Dalam Penyediaan Prasarana Perkotaan di Kota Malang*. Disertasi. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Sutiyo, & Maharjan, K. L. (2017). *Decentralization and Rural Development in Indonesia*. Singapore: Springer Nature Singapore PTE Ltd.
- Suwarlan, E., Suwaryo, U., & Mulyawan, R. (2019). Penyelenggaraan Desentralisasi Kesehatan oleh Pemerintah Kabupaten Tasikmalaya Provinsi Jawa Barat 2011-2017. *Jurnal Agregasi: Jurnal Aksi Reformasi Government dalam Demokrasi*, 7(2), 123-146. <https://doi.org/10.34010/agregasi.v7i2.2316>.
- USAID. (2009). *Democratic Decentralization programing Handbook*. Washington DC: ARD Inc.

- Williams, B. (2005). *Soft System Methodology*. Michigan, USA: *The Kellogg Foundation*. Diakses dari <http://users.actrix.com/bobwill/ssm.pdf>.
- Zen, K., et al. (2008). *Formulasi Dari Sudut Pandang Pertahanan Keamanan*. Dalam Agung Djojosoekarto, Rudiarto Sumarwono dan Cucu Suryaman (ed) *Grand Strategi Penataan daerah 2025*, Jakarta Kemitraan Patnership.

PROFIL PENULIS



Deasy Arieffiani, S.IP., M.Si. lahir di Kota Santri, Jombang pada 19 Februari 1974. Anak sulung dari 4 bersaudara. Tumbuh dan besar di Mojosari, Kabupaten Mojokerto. Pendidikan yang ditempuh dimulai dari SDN Mojosari II (1986) dilanjutkan ke SMPN I Mojosari (1989) dan SMAN Sooko, Mojokerto (1992). Menamatkan Pendidikan Strata 1 di FISIP Universitas Airlangga, Surabaya, Jurusan Ilmu Politik (1997) dan Pendidikan Magister ditempuh di universitas yang sama pada Program Pascasarjana dengan Jurusan Pengembangan Sumber Daya Manusia – Minat Studi Keluarga dan Masyarakat (2002). Tahun 2021 saat ini masih menempuh studi Doktor di FISIP Universitas Hang Tuah Surabaya pada Jurusan Doktor Administrasi Publik.

Penulis merupakan tenaga pendidik di FISIP Universitas Hang Tuah, Surabaya, pada Jurusan Administrasi Publik sejak Tahun 2003 hingga sekarang. Selain sebagai dosen, penulis pernah mendapatkan tugas tambahan pada kampus yang sama antara lain sebagai Sekretaris Program Studi Magister Administrasi Publik, Ketua Program Studi Administrasi Publik, Kepala Laboratorium Manajemen dan Kebijakan Publik, Kepala Pusat Pengabdian Masyarakat dan Wakil Dekan I FISIP.



Dr. Sri Umiyati., Dra., M.Si. lahir di Kota Surabaya (1963). Dosen pada Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hang Tuah (UHT). Memperoleh gelar Sarjana Administrasi Negara dari UNTAG 1945 Surabaya (1986). Magister Sains Bidang Pengembangan Sumber Daya Manusia (PSDM) Universitas Airlangga (2012) dan memperoleh

gelar Doktor Bidang Ilmu Administrasi pada Doktoral Universitas Brawijaya (UB) (2019).

Pernah menjabat sebagai Ketua Jurusan Ilmu Administrasi Negara FIA UHT sebagai Wakil Dekan II FISIP, Kepala Laboratorium Manajemen dan Kebijakan Publik. Saat ini sedang menjabat Ketua Program Studi Magister Administrasi Publik FISIP UHT. Selain itu, juga sedang menjadi Pengurus DPD IAPA Jawa Timur Bidang kerja sama sebagai Asesor Beban Kerja Dosen Bidang Ilmu Administrasi Kopertis Wilayah VII.



Dr. Sri Wahyuni, Dra., M.Si. lahir di Madiun pada 8 Mei 1963, tetapi dari usia 1 tahun dibesarkan di Surabaya. Pendidikan formal dimulai dari SDK “Stella Maris” Surabaya (1975) dilanjutkan ke SMPK “Stella Maris” Surabaya (1979) dan SMAK “Frateran” Surabaya (1982). Menamatkan Pendidikan Strata 1 di FISIP Universitas Airlangga, Surabaya,

Jurusan Politik dan Pemerintahan Indonesia (1986) dan Pendidikan Magister ditempuh di Universitas Airlangga Surabaya pada Program Pascasarjana Ilmu-ilmu Sosial dengan minat Kebijakan Publik (1997). Pendidikan Terakhir yang diraih pada Program Doktor Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang (2018).

Penulis merupakan tenaga pendidik di FISIP Universitas Hang Tuah, Surabaya, pada Jurusan Administrasi Publik sejak Tahun 1987 hingga sekarang. Selain sebagai dosen, penulis pernah mendapatkan tugas tambahan sebagai Ketua Program Studi S1 Administrasi Publik, Wakil Dekan III, Wakil Dekan I, dan Dekan FISIP UHT. Tugas tambahan penulis saat ini adalah Sekretaris Program Studi Doktoral Administrasi Publik Universitas Hang Tuah dan Kepala Gugus Kendali Mutu FISIP UHT.

Desentralisasi merupakan kebijakan yang dilakukan oleh pemerintah dalam mendelegasikan kewenangan kepada daerah untuk mengurus daerahnya sendiri. Tujuan desentralisasi dalam konteks otonomi daerah tersebut adalah untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan pelayanan, pemberdayaan, dan peran serta masyarakat. Dalam kajian ini, khususnya, berkenaan dengan pelayanan bidang kesehatan. Sejauh mana pelayanan kesehatan tersebut telah diberikan? Pertanyaan ini muncul mengingat sampai saat ini masih banyak permasalahan yang terjadi dalam upaya mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Perspektif *catchment area* dalam buku ini diangkat sebagai faktor penting untuk melihat efisiensi dan efektivitas pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan pemerintah daerah. Buku ini ditujukan untuk mengetahui dan menganalisis beberapa hal yang terkait. Buku ini membahas terkait dengan *catchment area* pada pemerintahan daerah. Buku ini terdiri dari enam bab. Bab pertama membahas tentang pendahuluan, bab kedua membahas tentang desentralisasi dan pemerintahan daerah, bab ketiga membahas tentang penataan daerah, bab keempat membahas tentang *catchment area* dan pelayanan publik, bab kelima membahas tentang *catchment area* pelayanan publik dalam analisis *balanced scorecard*, dan bab keenam membahas tentang studi tentang *catchment area* pada pemerintahan daerah.



Jember:

Ahlimedia Press (Anggota IKAPI)

Jl. Ki Ageng Gribig, Gunung Kesatri MU No. 35

Solo Selatan 55138, Telp. (0271) 2122222

www.ahlimedia.com

ISBN 978-602-7-13033-1



9 786234 130331