

BAB I PENDAHULUAN UMUM

1.1 Latar Belakang

Pelayanan publik merupakan instrumen fundamental dalam pelaksanaan fungsi negara modern karena menjadi sarana pemenuhan hak-hak dasar warga sekaligus instrumen peningkatan kesejahteraan sosial. Pemerintah memikul tanggung jawab moral dan konstitusional untuk memastikan bahwa setiap warga negara memperoleh pelayanan yang adil, berkualitas, dan berkeadilan sosial (Palmer, 2008; Sen, 1999). Dalam konteks *governance* kontemporer, pelayanan publik tidak lagi dipandang sekadar sebagai kegiatan administratif, tetapi sebagai refleksi hubungan negara dan warga negara yang menuntut kepekaan, empati, serta akuntabilitas sosial. Osborne dan Gaebler (1992) menegaskan bahwa pelayanan publik yang ideal bukan hanya yang efisien secara birokratis, tetapi juga yang mampu memberdayakan masyarakat sebagai subjek, bukan objek kebijakan.

Dalam sektor kesehatan, pelayanan publik memegang peran strategis karena menyangkut pemenuhan hak fundamental manusia untuk hidup sehat dan produktif. Penelitian-penelitian global menunjukkan bahwa sistem kesehatan di berbagai negara masih menghadapi tantangan serius terkait mutu, pemerataan, dan responsivitas layanan. Laporan *World Health Organization* (WHO, 2023) dan *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD, 2024) menunjukkan bahwa banyak negara berkembang masih mengalami ketimpangan akses antarwilayah, rendahnya mutu pelayanan primer, dan lemahnya partisipasi masyarakat dalam kebijakan kesehatan. Kruk et al. (2018) bahkan mencatat bahwa 60% kematian di negara berpendapatan menengah disebabkan bukan oleh ketiadaan layanan, tetapi oleh rendahnya kualitas layanan yang tersedia. Dengan demikian, reformasi tata kelola menjadi keharusan global agar sistem kesehatan lebih berpusat pada manusia (*human-centred health systems*).

Fenomena yang sama juga terlihat di Indonesia. Walaupun pemerintah telah melakukan berbagai reformasi melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan digitalisasi layanan publik, permasalahan mendasar seperti kesenjangan mutu, maldistribusi tenaga kesehatan, dan rendahnya kepuasan masyarakat masih berulang (World Bank, 2021; Kementerian Kesehatan RI, 2023). Survei nasional menunjukkan variasi yang signifikan dalam kualitas pelayanan antarwilayah, terutama terkait waktu tunggu, transparansi informasi, dan perilaku petugas. Kondisi ini mengindikasikan bahwa persoalan utama bukan hanya pada ketersediaan sumber daya, tetapi juga pada orientasi tata kelola yang belum sepenuhnya menempatkan manusia sebagai pusat pelayanan.



Kualitas pelayanan publik telah lama diidentifikasi sebagai determinan kesejahteraan masyarakat (Indrawan, 2020; Jazuli & Fatimah, 2019). Pemerintah telah amanat Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik yang mewajibkan menyediakan layanan yang efisien, transparan, dan responsif terhadap kebutuhan warga. Namun kenyataan di lapangan menunjukkan

kesenjangan antara norma kebijakan dan realitas implementasi. Banyak pemerintah daerah masih menghadapi kendala koordinasi antar-lembaga, keterbatasan kapasitas aparatur, serta partisipasi masyarakat yang minim dalam perencanaan dan evaluasi kebijakan (Kartika & Oktariyanda, 2022). Oleh karena itu, reformasi tata kelola pelayanan publik tidak cukup berhenti pada aspek struktural, tetapi juga harus menyentuh dimensi kultural dan orientasi nilai kemanusiaan.

Kondisi tersebut juga tercermin dalam konteks pelayanan kesehatan di Kabupaten Jeneponto. Meskipun pemerintah daerah telah melakukan berbagai upaya melalui penguatan kelembagaan dan kebijakan berbasis kinerja, tingkat kepuasan masyarakat masih tergolong moderat. Hasil Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) menunjukkan bahwa IKM sektor kesehatan berada pada rentang 70–75 poin dan bahkan menurun dari 79,59 pada tahun 2023 menjadi 76,10 pada tahun 2024. Angka ini menandakan bahwa masyarakat belum sepenuhnya puas terhadap layanan yang diterima, khususnya dalam aspek kecepatan pelayanan, keramahan petugas, dan aksesibilitas fasilitas kesehatan. Penurunan tersebut menjadi indikasi adanya kesenjangan antara rancangan kebijakan dan praktik implementasi di lapangan.

Permasalahan ini memperlihatkan bahwa pelayanan kesehatan di Jeneponto masih didominasi oleh pendekatan birokratis yang hierarkis dan prosedural. Paradigma pelayanan seperti ini cenderung menempatkan masyarakat sebagai penerima pasif, bukan mitra aktif dalam proses pelayanan. Akibatnya, muncul urgensi untuk mentransformasikan sistem pelayanan publik menuju pendekatan yang lebih humanistik, kolaboratif, dan adaptif terhadap kebutuhan masyarakat. Salah satu paradigma yang dianggap relevan dalam menjawab tantangan ini adalah *Human-Centred Governance* (HCG), sebagaimana dikembangkan oleh Bason (2017). Pendekatan ini menekankan empat prinsip utama, yaitu relasional, berjejaring (*networked*), interaktif, dan, reflektif, yang menempatkan manusia sebagai pusat dari setiap proses kebijakan dan layanan publik.

Bason dan Austin (2021) menegaskan bahwa tata kelola publik yang berpusat pada manusia mengharuskan pemerintah memahami kehidupan, pengalaman, dan aspirasi warga sebagai dasar perumusan kebijakan. Penelitian terkini menunjukkan bahwa penerapan HCG berkontribusi terhadap peningkatan kepercayaan publik dan kualitas layanan di sektor publik (Christensen & Laegreid, 2022; Adam et al., 2020; Holmes et al., 2022). Namun, berbagai negara termasuk Indonesia masih menghadapi tantangan dalam mengoperasionalkan prinsip tersebut secara nyata di lapangan. Hambatan utamanya terletak pada budaya birokrasi yang masih hierarkis, rendahnya partisipasi publik, dan keterbatasan kompetensi aparatur dalam mengimplementasikan inovasi yang berorientasi pada manusia (Sutriadi et al., 2023; Firman et al., 2020).



sep HCG berkembang sebagai respon terhadap keterbatasan a kelola publik tradisional yang cenderung berfokus pada efisiensi dan stabilitas sistem. Pendekatan ini menempatkan manusia baik uat kebijakan, pelaksana, maupun penerima layanan sebagai pusat

dari seluruh proses pemerintahan (Bason, 2017; Bason & Austin, 2021). Secara global, HCG telah dihubungkan dengan peningkatan kesetaraan kesehatan, pengalaman pengguna layanan yang lebih baik, dan penguatan kepercayaan antara institusi publik dan masyarakat (Adam et al., 2020). Namun demikian, tantangan besar masih dihadapi oleh banyak negara dalam mengoperasionalkan prinsip-prinsip tersebut secara nyata, terutama dalam menjamin akses layanan yang setara, memperbaiki efisiensi proses, dan mengakomodasi kelompok rentan yang sering kali tertinggal (George et al., 2018; Holmes et al., 2022). Kondisi ini menegaskan perlunya reformasi tata kelola publik yang benar-benar menempatkan kesejahteraan manusia sebagai inti dari kebijakan dan praktik pemerintahan.

Dalam konteks pelayanan kesehatan, penerapan tata kelola yang berpusat pada manusia menjadi sangat penting. Pendekatan ini tidak hanya menekankan efisiensi prosedural, tetapi juga memperhatikan interaksi sosial, empati, dan pengalaman pengguna layanan. HCG mendorong pemerintah untuk membangun sistem yang bersifat kolaboratif dan adaptif, di mana kebijakan tidak lagi dirancang untuk masyarakat, tetapi bersama masyarakat (Bason, 2023). Melalui partisipasi aktif, masyarakat berperan dalam menciptakan nilai publik bersama (*co-creation of public value*), sehingga kebijakan yang dihasilkan lebih kontekstual, responsif, dan berkelanjutan.

Penerapan prinsip HCG dalam konteks Jenepono diharapkan mampu mengubah paradigma pelayanan kesehatan dari sekadar administratif menjadi relasional dan partisipatif. Prinsip relasional mendorong terbentuknya hubungan yang empatik antara tenaga kesehatan dan masyarakat; prinsip interaktif menekankan pentingnya dialog dua arah antara pemerintah dan pengguna layanan; prinsip reflektif menuntut organisasi publik untuk terus belajar dari pengalaman dan memperbaiki diri; sedangkan prinsip berjejaring menegaskan pentingnya kolaborasi lintas sektor agar layanan kesehatan lebih inklusif dan berkeadilan sosial. Dengan demikian, tata kelola yang berorientasi pada manusia dapat menjadi strategi transformasi birokrasi menuju sistem pelayanan publik yang responsif, partisipatif, dan adaptif terhadap kebutuhan lokal.

Pemerintah memiliki peran strategis dalam mengorkestrasi kolaborasi antaraktor, menyebarkan informasi yang akurat, dan memastikan koordinasi lintas-sektor berjalan efektif (Panjaitan et al., 2023). Dalam kerangka ini, HCG bukan hanya sekadar pendekatan normatif, tetapi menjadi strategi transformasi birokrasi menuju sistem yang partisipatif, kolaboratif, dan adaptif terhadap kebutuhan manusia. Dengan menciptakan ruang dialog yang terbuka dan menghargai suara masyarakat, HCG berpotensi memperkuat legitimasi kebijakan publik serta meningkatkan hasil kesehatan masyarakat secara berkelanjutan.

Berbeda dengan model birokrasi tradisional yang kaku, *Human Centred Governance* menekankan fleksibilitas, kreativitas, dan empati sebagai fondasi dalam model birokrasi keberhasilan diukur melalui kepatuhan terhadap disiplin prosedur, maka dalam HCG keberhasilan diukur dari dampak dihasilkan terhadap kesejahteraan manusia (Bason, 2017). kedua paradigma ini dapat dilihat pada Tabel 1 berikut :



Tabel 1.1. Perbedaan Antara Tata Kelola Birokrasi Dan Tata Kelola Yang Berpusat Pada Manusia

Domain	<i>Bureaucratic Governance</i> Tata Kelola Birokrasi	<i>Human-Centred Governance</i> (Tata Kelola Yang Berpusat Pada Manusia)
<i>Citizens</i> (Warga Negara)	<i>Formal rules impersonal</i>	Relasional (<i>Relational</i>)
<i>Organization</i> (Organisasi)	<i>Division of responsibility</i> <i>Management Hierarchy</i>	Jaringan (<i>Networked</i>)
<i>Processes</i> (proses)	<i>Transactional</i>	Interaktif (<i>interactive</i>)
<i>Epistemology</i> (Epistemologi)	<i>Objective</i>	Reflektif (<i>Reflective</i>)

Sumber : Bason (2017:217)

Dari tabel tersebut terlihat perbedaan paradigma yang mendasar. Tata kelola birokrasi menekankan keteraturan dan kepatuhan, sedangkan tata kelola berpusat pada manusia berorientasi pada kolaborasi dan inovasi sosial. Dalam HCG, kebijakan publik tidak hanya dirancang untuk masyarakat, tetapi bersama masyarakat. Keberhasilan tata kelola diukur dari seberapa besar layanan publik mampu meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan manusia secara berkelanjutan.

Prinsip-prinsip utama HCG terdiri dari 4 (empat) elemen kunci yaitu :

1. Relasional

Prinsip relasional dalam HCG menegaskan pentingnya menempatkan manusia dan hubungannya dengan institusi publik sebagai inti dari proses tata kelola. Pendekatan ini menggeser paradigma pelayanan publik dari sistem yang berorientasi pada prosedur menjadi sistem yang berorientasi pada pengalaman dan kebutuhan pengguna layanan. Pemerintah dan organisasi publik dituntut untuk mengidentifikasi serta mengoptimalkan berbagai sumber daya sosial dalam jaringan kerja yang lebih luas guna mencapai tujuan yang berorientasi pada kesejahteraan masyarakat.

Dalam model relasional, masyarakat tidak hanya dipandang sebagai penerima manfaat, tetapi juga sebagai mitra aktif dalam menciptakan nilai publik. Setiap proses layanan perlu dirancang ulang dengan menjadikan pengguna sebagai pusat perhatian mulai dari interaksi awal hingga seluruh perjalanan mereka dalam sistem layanan. Dengan demikian, tujuan pelayanan publik bukan lagi sekadar penyelesaian administratif, melainkan pembentukan pengalaman yang bermakna bagi warga dan peningkatan perilaku kolektif menuju kesejahteraan bersama. Pendekatan ini memperdalam keterlibatan berbagai aktor, memperkuat kolaborasi lintas sektor, serta menciptakan ruang interaksi strategis antara pemerintah, masyarakat, dan lembaga lain yang



ilan dengan pandangan Paquet (2009), tata kelola publik yang efektif mampu mengubah praktik-praktik birokratis yang konvensional menjadi aktif dan adaptif. Pemerintah perlu membuka ruang bagi cara berpikir

lateral yaitu kemampuan untuk melihat masalah dari perspektif baru, belajar dari praktik baik di tempat lain, dan menyesuaikannya dengan konteks lokal. Pendekatan ini memungkinkan organisasi publik untuk menata kembali tujuannya, memperluas perspektif kebijakan, dan membangun orientasi pelayanan yang lebih manusiawi.

Dalam konteks pelayanan kesehatan, prinsip relasional menjadi dasar bagi terbentuknya sistem layanan yang responsif dan berkeadilan. Hubungan yang harmonis antara tenaga kesehatan dan pasien, komunikasi yang terbuka, serta kerja sama lintas lembaga merupakan faktor kunci dalam meningkatkan mutu pelayanan. Relasi ini mencakup beberapa bentuk: (1) Relasi antara pemerintah dan masyarakat, di mana pemerintah bertanggung jawab menyediakan layanan kesehatan yang adil dan masyarakat berperan aktif memberikan masukan; (2) Relasi antara penyedia layanan dan pasien, yang dibangun melalui empati, transparansi, dan komunikasi efektif; (3) Relasi antar sektor, seperti sinergi antara bidang kesehatan, pendidikan, dan sosial untuk menciptakan pendekatan yang lebih holistik; (4) Relasi dalam tim kesehatan, di mana kolaborasi antart tenaga medis memperkuat koordinasi layanan; (5) Relasi dengan organisasi non-pemerintah (LSM), yang memperluas jangkauan program kesehatan melalui kemitraan sosial; serta (6) Relasi dengan media, yang berperan penting dalam menyebarkan informasi kesehatan dan membangun kesadaran publik.

Dengan memperkuat dimensi relasional ini, pelayanan publik khususnya di bidang kesehatan dapat bertransformasi menjadi lebih inklusif, adaptif, dan berorientasi pada manusia. Relasi yang sehat antara seluruh aktor dalam ekosistem pelayanan publik akan mendorong peningkatan kualitas layanan, memperkuat kepercayaan masyarakat terhadap institusi pemerintah, serta memperluas dampak positif terhadap kesejahteraan sosial.

2. Berjejaring (*Networked*)

Prinsip jaringan (*networked*) dalam HCG menekankan pentingnya kolaborasi lintas sektor dan pengaktifan sumber daya yang lebih luas untuk mencapai hasil yang berorientasi pada kesejahteraan masyarakat. Dalam konteks tata kelola publik modern, pemerintah tidak lagi dapat bekerja secara terisolasi, melainkan harus membangun kemitraan yang kuat dengan berbagai pemangku kepentingan termasuk organisasi masyarakat sipil, sektor swasta, lembaga pendidikan, media, serta komunitas lokal guna menciptakan nilai publik bersama (*co-created public value*).

Pendekatan jaringan bertujuan untuk mengidentifikasi, menghubungkan, dan memobilisasi beragam aktor yang memiliki peran dalam penyelenggaraan pelayanan publik. Kolaborasi ini membuka peluang untuk berbagi sumber daya, kuat kapasitas kelembagaan, dan memperluas jangkauan pelayanan. mengintegrasikan peran berbagai pihak, tata kelola publik dapat lebih inklusif, efisien, dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat. Dengan pandangan ini, HCG memandang jaringan sebagai ruang



kolaboratif yang mempertemukan kepentingan dan keahlian lintas sektor dalam upaya mencapai tujuan pembangunan sosial yang lebih luas.

Dalam konteks pelayanan kesehatan, prinsip jaringan memiliki peran yang sangat krusial. Sistem kesehatan yang terfragmentasi sering kali menyebabkan pelayanan tidak optimal dan sulit menjangkau kelompok masyarakat tertentu. Melalui penguatan jaringan kolaboratif, pemerintah daerah dapat memperluas akses layanan kesehatan hingga ke daerah terpencil, memastikan ketersediaan tenaga medis, serta memanfaatkan potensi mitra non-pemerintah dalam penyuluhan, edukasi, dan pendampingan masyarakat. Kemitraan dengan lembaga swasta dan organisasi non-pemerintah juga memungkinkan penyediaan layanan kesehatan yang lebih inovatif dan berkelanjutan.

Selain memperluas jangkauan pelayanan, jaringan juga berfungsi sebagai wadah pertukaran pengetahuan dan inovasi. Melalui interaksi lintas lembaga dan sektor, berbagai praktik terbaik (*best practices*) dapat disebarluaskan, diadaptasi, dan dikembangkan untuk meningkatkan efektivitas sistem pelayanan publik. Dalam hal ini, jaringan berperan sebagai katalis pembelajaran kolektif yang memperkuat kapasitas adaptif lembaga pemerintah. Di sisi lain, keberadaan jaringan yang solid juga dapat memperkuat advokasi kebijakan publik memberikan ruang bagi masyarakat untuk menyuarakan kebutuhan dan memastikan kebijakan kesehatan disusun berdasarkan masukan nyata dari berbagai kelompok sosial.

Secara keseluruhan, prinsip jaringan dalam HCG mendorong pemerintah untuk berpindah dari pendekatan tertutup menuju tata kelola kolaboratif yang terbuka, partisipatif, dan saling bergantung. Dengan membangun jejaring yang kuat dan dinamis, organisasi publik dapat menciptakan sistem pelayanan yang lebih terintegrasi, memperluas akses bagi kelompok rentan, serta memperkuat kepercayaan antara pemerintah dan masyarakat. Dalam konteks Kabupaten Jeneponto, penerapan prinsip ini menjadi penting untuk memperkuat sinergi antara instansi kesehatan, komunitas lokal, dan sektor swasta agar pelayanan kesehatan dapat dirasakan secara merata dan berkelanjutan oleh seluruh lapisan masyarakat.

3. Interaktif

Prinsip interaktif dalam HCG menggambarkan pergeseran paradigma dari hubungan yang bersifat transaksional menjadi kolaboratif dan partisipatif. Dalam model tata kelola yang berpusat pada manusia, keberhasilan tidak hanya diukur melalui efisiensi prosedural, tetapi juga melalui kualitas interaksi yang terjadi antara pemerintah, masyarakat, dan berbagai pemangku kepentingan lainnya. Prinsip ini menekankan bahwa tata kelola publik yang relasional dan berjejaring hanya dapat berfungsi secara optimal apabila didukung oleh mekanisme interaksi yang aktif, terbuka, dan saling menguatkan di seluruh level layanan publik.

Di dalam praktiknya, prinsip interaktif berperan sebagai jembatan yang menghubungkan antarpelaku tata kelola mulai dari birokrat, tenaga teknis, penyedia layanan, hingga warga sebagai pengguna akhir. Proses ini menuntut



pemerintah untuk menciptakan ruang partisipatif yang mendorong terjadinya dialog dua arah, baik secara langsung melalui forum publik maupun secara digital melalui platform daring. Interaksi semacam ini memungkinkan munculnya gagasan baru, pertukaran informasi yang transparan, serta pembentukan kesepahaman kolektif tentang arah kebijakan yang paling sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Dengan kata lain, keterlibatan masyarakat dalam tata kelola publik tidak lagi bersifat simbolis, tetapi menjadi bagian integral dalam penciptaan nilai bersama (*co-production of public value*).

Bason (2017) menegaskan bahwa karakter interaktif merupakan inti dari tata kelola yang berorientasi pada manusia, karena melalui interaksi yang bermakna, pemerintah dapat memahami secara mendalam konteks sosial, budaya, dan psikologis dari masyarakat yang dilayaninya. Interaksi yang intensif juga membantu mengonversi kebijakan yang bersifat abstrak menjadi tindakan nyata yang berakar pada kebutuhan warga. Dengan demikian, prinsip ini tidak hanya berfungsi sebagai sarana komunikasi, tetapi juga sebagai alat transformasi perilaku organisasi menuju pemerintahan yang lebih empatik, terbuka, dan adaptif.

Dalam konteks operasional, prinsip interaktif mencakup beberapa elemen utama. **Pertama**, kolaborasi dan partisipasi aktif, yaitu keterlibatan masyarakat, sektor swasta, dan organisasi non-pemerintah dalam proses desain, implementasi, dan evaluasi kebijakan publik. Pendekatan ini menempatkan warga sebagai mitra sejajar, bukan sekadar penerima layanan. **Kedua**, empati dan pemahaman mendalam, yang menuntut pejabat publik untuk memahami realitas dan tantangan masyarakat melalui pendekatan humanis, seperti *co-creation workshops*, diskusi kelompok, atau survei pengalaman pengguna. **Ketiga**, dialog yang terbuka dan berkelanjutan, yang memastikan komunikasi dua arah terus berlangsung sehingga kebijakan dapat menyesuaikan diri dengan perubahan sosial dan ekonomi. **Keempat**, pendekatan iteratif dan eksperimental, yang menekankan pentingnya siklus pembelajaran berkelanjutan di mana kebijakan dan layanan diuji, dievaluasi, dan diperbaiki berdasarkan masukan nyata dari masyarakat.

Dalam sektor kesehatan, penerapan prinsip interaktif menjadi sangat relevan. Pemerintah daerah dan tenaga kesehatan dapat membangun sistem komunikasi partisipatif dengan masyarakat untuk memahami kebutuhan lokal, meningkatkan kesadaran kesehatan, serta mengembangkan inovasi pelayanan berbasis umpan balik pengguna. Misalnya, melalui forum diskusi publik, survei kepuasan pasien, atau sistem pengaduan digital yang transparan. Pendekatan seperti ini tidak hanya meningkatkan efektivitas pelayanan, tetapi juga memperkuat rasa kepemilikan masyarakat terhadap sistem kesehatan yang ada.



Secara keseluruhan, prinsip interaktif berfungsi sebagai fondasi untuk membangun *trust-based governance*, yaitu tata kelola yang didasari oleh rasa percaya antara pemerintah dan masyarakat. Ketika interaksi dilakukan yang terbuka, empatik, dan berkelanjutan, maka partisipasi warga tidak lagi

menjadi beban administratif, melainkan menjadi kekuatan sosial yang mendorong terciptanya inovasi, transparansi, serta akuntabilitas dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang berorientasi pada manusia.

4. Reflektif

Prinsip reflektif dalam HCG menekankan pentingnya kemampuan pemerintahan untuk terus belajar, beradaptasi, dan memperbaiki diri berdasarkan pengalaman serta bukti empiris. Pendekatan ini menggeser paradigma birokrasi tradisional yang cenderung statis menuju model pemerintahan yang adaptif dan berbasis pengetahuan. Dalam konteks ini, refleksi tidak hanya dipahami sebagai kegiatan evaluatif, tetapi juga sebagai proses epistemologis sebuah cara baru dalam memahami, menilai, dan mengelola realitas sosial. Seperti dijelaskan oleh Bason (2017), proses desain dalam tata kelola publik mendorong perubahan dalam cara berpikir, cara memimpin, dan cara memperoleh pengetahuan, sehingga menghasilkan pemerintahan yang lebih sadar konteks dan berorientasi pada pembelajaran terus-menerus.

Pendekatan reflektif menuntut pemerintah untuk melihat kembali praktik dan kebijakan yang telah dijalankan dengan sikap terbuka terhadap umpan balik dan perubahan. Proses ini memungkinkan organisasi publik untuk mengenali keberhasilan, mengidentifikasi kegagalan, serta mengekstraksi pelajaran dari setiap pengalaman. Dengan demikian, kebijakan publik tidak hanya menjadi hasil dari keputusan administratif, tetapi juga buah dari pembelajaran kolektif yang berkelanjutan. Prinsip reflektif menuntun pada pembentukan sistem tata kelola yang dinamis yang tidak berhenti pada pencapaian tujuan jangka pendek, melainkan terus berkembang seiring perubahan sosial dan teknologi.

Secara substantif, prinsip reflektif meliputi beberapa dimensi utama. **Pertama**, pembelajaran dari pengalaman, di mana keberhasilan dan kegagalan sama-sama menjadi sumber nilai untuk perbaikan. Evaluasi kinerja pelayanan publik dilakukan bukan sekadar untuk akuntabilitas administratif, tetapi juga sebagai sarana memahami pola dan peluang inovasi. **Kedua**, pengambilan keputusan berbasis data dan bukti empiris, yang menjamin bahwa setiap kebijakan memiliki dasar yang kuat dan terukur. Pendekatan ini menggantikan praktik pengambilan keputusan berbasis intuisi atau kepentingan politik dengan kebijakan yang lebih objektif dan transparan.

Ketiga, peningkatan kemampuan adaptif, di mana refleksi membantu pemerintah menyesuaikan strategi dan kebijakan terhadap dinamika kebutuhan masyarakat yang terus berubah. Dalam konteks pelayanan publik bidang kesehatan, kemampuan beradaptasi ini penting untuk merespons isu-isu seperti perubahan demografi, pandemi, atau tantangan infrastruktur. **Keempat**, penguatan pemikiran kritis, yakni kemampuan untuk mempertanyakan asumsi, cara kerja yang sudah lama diadopsi. Dengan berpikir kritis, kita dapat menghindari jebakan rutinitas birokrasi dan membuka ruang untuk ide-ide inovatif yang lebih relevan dengan kebutuhan masyarakat.



Kelima, pembangunan budaya pembelajaran organisasi, yang menempatkan refleksi sebagai bagian dari sistem kerja institusional. Pemerintah dan aparatur publik perlu membangun mekanisme internal yang mendukung proses refleksi, seperti forum evaluasi, riset kebijakan, serta program pengembangan kapasitas berbasis pengalaman. Budaya reflektif ini menjadi fondasi untuk menciptakan pemerintahan yang lebih responsif, transparan, dan akuntabel.

Selanjutnya, dalam konteks pelayanan publik di bidang kesehatan, pemerintah memiliki tanggung jawab konstitusional untuk menjamin bahwa setiap warga negara memperoleh layanan kesehatan yang layak, adil, dan berkualitas. Seperti dikemukakan oleh Amartya Sen (1999), pelayanan publik termasuk kesehatan yang merupakan bagian dari *basic capabilities* yang harus disediakan negara agar setiap individu dapat menjalani kehidupan yang bermartabat serta memiliki kesempatan yang sama untuk mengembangkan potensinya. Dengan demikian, pelayanan kesehatan bukan semata persoalan teknis atau administratif, tetapi merupakan wujud dari hak dasar manusia untuk hidup sehat dan sejahtera.

Kebijakan pelayanan kesehatan di Kabupaten Jenepono diatur dalam Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2018 tentang Sistem Pelayanan Kesehatan, yang menegaskan bahwa seluruh kegiatan penyelenggaraan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pemerintah daerah memiliki tanggung jawab dalam mengelola berbagai fasilitas layanan, yang meliputi dua rumah sakit utama RSUD Lanto Dg. Pasewang dan RS Pratama Rumbia serta 20 Puskesmas yang tersebar di berbagai kecamatan. Berdasarkan Peraturan Bupati Nomor 9 Tahun 2022, seluruh unit pelaksana teknis tersebut menjadi bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan daerah yang berorientasi pada pemerataan akses dan peningkatan mutu layanan.

Kualitas pelayanan publik di sektor kesehatan menjadi indikator utama dalam menilai efektivitas tata kelola pemerintahan. Menurut Donabedian (1988), kualitas pelayanan kesehatan dapat diukur melalui tiga komponen utama, yakni struktur, proses, dan hasil. Struktur mencakup sumber daya, fasilitas, dan sistem organisasi yang mendukung layanan; proses melibatkan interaksi langsung antara penyedia layanan dan pengguna, termasuk komunikasi dan empati; sedangkan hasil mencerminkan dampak pelayanan terhadap status kesehatan dan tingkat kepuasan masyarakat. Dengan demikian, kualitas pelayanan tidak hanya diukur dari hasil akhir (seperti angka kesembuhan), tetapi juga dari etika, kepekaan sosial, dan penghargaan terhadap martabat pasien selama proses pelayanan berlangsung.

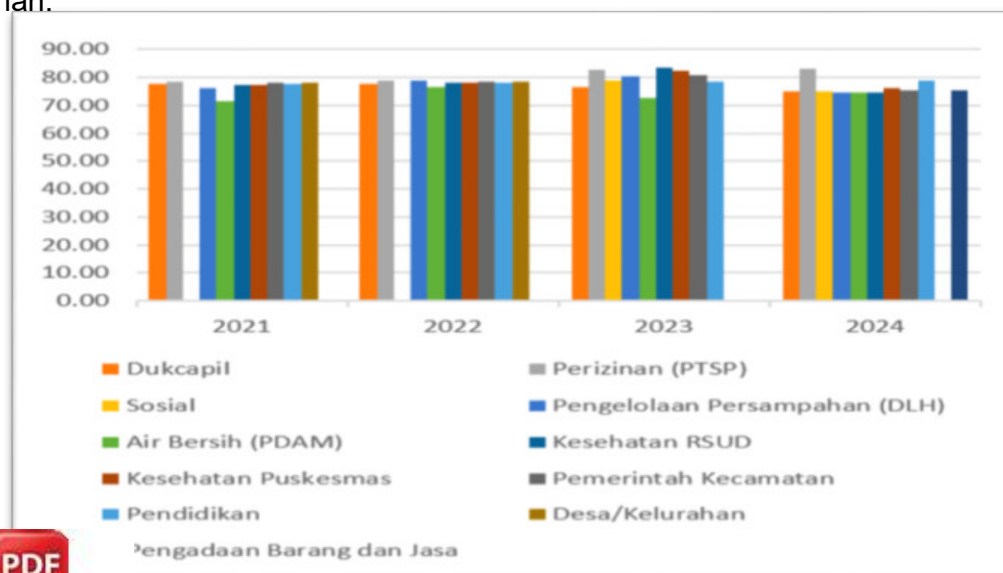
Untuk memastikan kualitas pelayanan publik yang terukur, pemerintah Indonesia menerapkan Survei Kepuasan Masyarakat (IKM) sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri PAN-RB Nomor 14 Tahun 2017. Instrumen ini menjadi alat evaluasi terhadap sembilan unsur pelayanan mulai dari persyaratan, prosedur, waktu, biaya, hingga penanganan pengaduan masyarakat. Hasil IKM mencerminkan persepsi publik terhadap layanan, tetapi juga berfungsi dalam penyusunan strategi peningkatan kinerja, penganggaran, dan



pengembangan kompetensi sumber daya manusia di sektor publik. Dalam konteks pelayanan kesehatan di Jeneponto, IKM menjadi alat penting untuk menilai dimensi interaktif dan relasional antara tenaga medis dan pasien, serta mengidentifikasi area yang masih membutuhkan perbaikan dari sisi kecepatan layanan, keramahan petugas, dan transparansi prosedur.

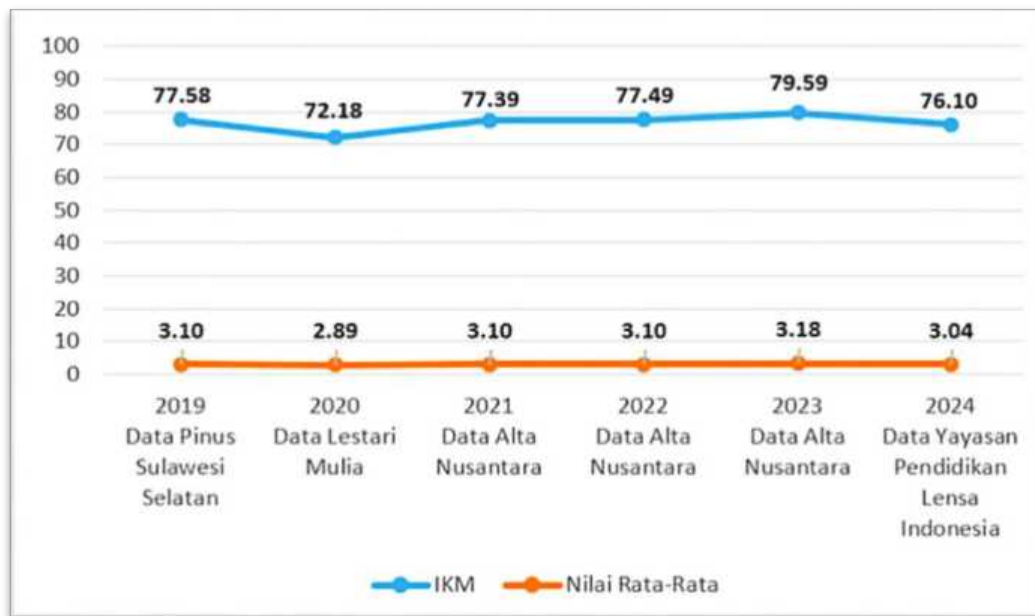
Pelayanan publik di bidang kesehatan di Kabupaten Jeneponto hingga kini masih menghadapi tantangan serius dalam mewujudkan kualitas layanan yang efisien, merata, dan berorientasi pada kebutuhan masyarakat. Meskipun pemerintah daerah telah melakukan berbagai upaya perbaikan melalui kebijakan, program, dan penguatan sistem kelembagaan, namun kinerja pelayanan kesehatan belum mencapai tingkat efisiensi yang optimal. Hal ini ditandai oleh masih adanya keterbatasan sumber daya manusia, rendahnya mutu layanan, ketimpangan akses antarwilayah, serta belum optimalnya keterlibatan masyarakat dalam proses pengambilan keputusan publik. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa tata kelola pelayanan kesehatan di Jeneponto masih berpusat pada aspek administratif dan prosedural, bukan pada manusia sebagai pengguna utama layanan.

Indikator penting yang mencerminkan kondisi tersebut dapat dilihat melalui hasil Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) pada sektor kesehatan. Berdasarkan Laporan Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) Kabupaten Jeneponto Tahun 2024, tingkat kepuasan masyarakat terhadap layanan kesehatan menunjukkan kecenderungan stagnan bahkan menurun dibandingkan periode sebelumnya. Data time series yang tersaji pada Gambar 1.1. memperlihatkan bahwa nilai IKM sektor kesehatan, baik di Puskesmas maupun RSUD, masih berada pada rentang 70–75 poin, dan belum mencapai kategori “sangat baik”. Bila dibandingkan dengan sektor pelayanan publik lainnya seperti perizinan (PTSP) atau administrasi kependudukan (Dukcapil), sektor kesehatan tampak mengalami perlambatan peningkatan kualitas layanan.



Gambar 1.1. Data Time Series Perkembangan Nilai IKM Layanan Publik OPD tahun 2021-2024 Kab. Jeneponto
Lampiran IKM Kab. Jeneponto tahun 2024

Gambar 1.1. menunjukkan penurunan nilai IKM sektor kesehatan di Kabupaten Jeneponto mengindikasikan perlunya evaluasi mendalam terhadap paradigma pelayanan yang selama ini dijalankan. Ketika prinsip-prinsip HCG belum terinternalisasi dengan baik, maka reformasi kebijakan publik tidak akan efektif dalam meningkatkan kepercayaan dan kepuasan masyarakat. Penelitian ini berangkat dari kesadaran bahwa persoalan pelayanan publik tidak hanya terletak pada ketersediaan sumber daya, tetapi juga pada nilai-nilai yang mendasari praktik tata kelola itu sendiri. Oleh karena itu, kajian ini bertujuan untuk mengkaji dan merumuskan model ideal tata kelola pelayanan publik bidang kesehatan berbasis prinsip HCG yang sesuai dengan konteks sosial dan kelembagaan daerah.



Gambar 1.2. Data *time series* perkembangan nilai IKM Kabupaten Jeneponto
Sumber : Laporan IKM Kabupaten Jeneponto tahun 2024

Lebih lanjut, Gambar 1.2. menunjukkan perkembangan nilai IKM Kabupaten Jeneponto secara agregat dalam kurun waktu 2019–2024. Data tersebut memperlihatkan bahwa nilai IKM cenderung fluktuatif dan menurun pada tahun 2024, dari 79,59 pada tahun 2023 menjadi 76,10 pada tahun 2024, sementara nilai rata-rata kepuasan hanya berada pada kisaran 3,04 (kategori “C” atau kurang baik). Penurunan ini terjadi pada masa pemerintahan transisi di daerah, yang memperlihatkan adanya kesenjangan antara kebijakan yang dirancang pemerintah dengan pengalaman nyata masyarakat dalam menerima layanan publik. Capaian tersebut mengindikasikan bahwa ekspektasi masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, khususnya dalam hal kecepatan, kejelasan informasi, keramahan petugas, dan aksesibilitas layanan, belum sepenuhnya terpenuhi. Kondisi tersebut adanya masalah mendasar dalam tata kelola pelayanan publik bidang Kabupaten Jeneponto. Masih rendahnya partisipasi masyarakat dalam pelayanan dan pengambilan keputusan publik memperlihatkan bahwa pelayanan masih bersifat top-down dan birokratis. Masyarakat seringkali



hanya ditempatkan sebagai penerima layanan, bukan sebagai mitra aktif dalam pengelolaan pelayanan kesehatan. Akibatnya, muncul ketidaksesuaian antara desain layanan yang dibuat pemerintah dengan kebutuhan dan pengalaman pengguna layanan. Situasi ini memperlemah rasa memiliki masyarakat terhadap sistem pelayanan, sekaligus menghambat proses perbaikan kualitas layanan secara berkelanjutan.

Dengan memadukan perspektif teoritis dan temuan empiris, penelitian ini berupaya menjembatani kesenjangan antara *good governance* yang bersifat sistemik dengan *human-centred governance* yang bersifat humanistik. Jika *good governance* menekankan transparansi, akuntabilitas, dan efisiensi, maka HCG menambahkan dimensi empati, refleksi, dan partisipasi aktif sebagai pilar utama keberlanjutan pelayanan publik (Bovaird & Loeffler, 2023). Pendekatan ini tidak hanya memperkuat legitimasi pemerintah, tetapi juga meningkatkan rasa memiliki masyarakat terhadap sistem pelayanan yang ada. Dengan demikian, penelitian ini memiliki kontribusi teoretis dalam memperluas paradigma tata kelola publik menuju model yang lebih inklusif, partisipatif, dan berbasis nilai kemanusiaan.

Oleh karena itu, topik penelitian yang diteliti dan analisis yakni meliputi hal fundamental, sebagai berikut :

1. Tata kelola pelayanan publik bidang kesehatan berbasis prinsip-prinsip HCG di Kabupaten Jeneponto. Topik pertama menelaah tata kelola pelayanan publik kesehatan sebagai kerangka struktural dan kelembagaan yang membentuk praktik layanan. Kajian ini memeriksa secara kritis mekanisme regulasi dan koordinasi melalui Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2018 tentang Sistem Pelayanan Kesehatan, Peraturan Bupati terkait pengelolaan puskesmas dan rumah sakit, serta kebijakan nasional yang menjadi payung pelaksanaannya. Analisis mencakup dimensi struktural, seperti pola koordinasi vertikal dan horizontal antarunit kesehatan; dimensi kelembagaan, meliputi kapasitas birokrasi dan manajemen layanan; serta dimensi partisipatif, yang melihat bagaimana masyarakat dilibatkan dalam proses perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan layanan kesehatan. Penilaian terhadap tiga dimensi ini menjadi landasan awal untuk memahami kesenjangan antara desain kebijakan dan realitas praktik tata kelola di lapangan.
2. Internalisasi dan Implementasi Prinsip HCG dalam Pelayanan Publik Bidang Kesehatan di Kabupaten Jeneponto. Topik ini berfokus pada proses internalisasi dan implementasi prinsip HCG (relasional, jaringan, interaktif, dan reflektif) dalam penyelenggaraan pelayanan publik bidang kesehatan. Fokus analisis diarahkan tidak hanya pada keberadaan prinsip-prinsip ini dalam dokumen formal seperti regulasi dan SOP, tetapi juga pada bagaimana prinsip tersebut diterjemahkan, dinegosiasikan, dan dioperasionalkan oleh aktor-aktor birokrasi dalam interaksi sehari-hari. Dengan demikian, topik ini bertujuan mengidentifikasi kesenjangan antara konsep normatif HCG dan praktik pelayanan publik yang aktual, serta menilai kontribusinya terhadap peningkatan transparansi, dan keberlanjutan layanan publik.



3. Model ideal tata kelola pelayanan publik bidang kesehatan berbasis *Human Centred Governance*. Berangkat dari identifikasi kesenjangan antara kerangka konseptual HCG dan realitas empirik di lapangan. Model ini diharapkan tidak hanya menjadi panduan kebijakan daerah, tetapi juga memberikan kontribusi konseptual terhadap pengembangan paradigma *Human-Centred Governance* dalam kajian tata kelola pelayanan publik di Indonesia yang bidang kesehatan khususnya dalam sektor kesehatan.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini berangkat dari kondisi empiris pelayanan publik bidang kesehatan di Kabupaten Jeneponto yang menunjukkan adanya ketidaksesuaian antara idealitas kebijakan dengan realitas implementasi di lapangan. Penurunan nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) dari 79,59 pada tahun 2023 menjadi 76,10 pada tahun 2024 menandakan bahwa masyarakat belum memperoleh layanan kesehatan yang memenuhi harapan, baik dari segi mutu, aksesibilitas, maupun empati pelayanan. Dengan demikian, permasalahan yang dikaji dalam penelitian ini berakar pada kesenjangan antara paradigma *bureaucratic governance* yang masih dominan dan paradigma *human-centred governance* yang menempatkan manusia sebagai inti dari kebijakan dan pelayanan publik.

Dalam konteks itu, penelitian ini berupaya menjawab tiga pertanyaan mendasar, yaitu :

1. Bagaimana tata kelola pelayanan publik bidang kesehatan di Kabupaten Jeneponto dilaksanakan dalam praktik birokrasi pelayanan kesehatan, khususnya pada aspek struktural, kelembagaan dan partisipatif sesuai kerangka regulasi daerah dan nasional yang berlaku ?
2. Bagaimana prinsip-prinsip *Human Centred Governance* (relasional, interaktif, reflektif dan berjejaring) diinternalisasikan dan diimplementasikan dalam tata kelola pelayanan publik bidang kesehatan di Kabupaten Jeneponto ?
3. Bagaimana model tata kelola pelayanan publik yang bersifat integratif dan adaptif berbasis *Human Centred Governance* dapat dirumuskan untuk menghasilkan model ideal pelayanan publik bidang kesehatan yang berkualitas dan humanis di Jeneponto?

1.3 Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis secara mendalam tata kelola pelayanan publik bidang kesehatan di Kabupaten Jeneponto dalam kerangka *Human-Centred Governance* (HCG). Secara lebih rinci, tujuan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Menganalisis pelaksanaan tata kelola pelayanan publik bidang kesehatan di Jeneponto dalam praktik birokrasi pelayanan kesehatan, khususnya aspek struktural, kelembagaan, dan partisipatif, serta menilai relevansinya dengan kerangka regulasi daerah dan nasional yang berlaku.



2. Mengidentifikasi dan mengevaluasi proses internalisasi dan implementasi prinsip-prinsip *Human-Centred Governance* dalam tata kelola pelayanan publik bidang kesehatan di Kabupaten Jeneponto.
3. Merumuskan model tata kelola pelayanan publik bidang kesehatan yang integratif dan adaptif berbasis *Human-Centred Governance* sebagai model ideal pelayanan publik bidang kesehatan yang berkualitas dan humanis di Kabupaten Jeneponto.

1.4 Kegunaan Penelitian

Kegunaan penelitian menggambarkan manfaat yang diperoleh dari pencapaian sasaran hasil penelitian, baik dihubungkan dengan perkembangan bidang ilmu yang diteliti (kegunaan teoritis) atau Pengembangan konsep yang telah ada, ataupun hasil yang berkaitan dengan dunia praktis (kegunaan praktis).

1. Secara Teoritis

- a. Memberikan kontribusi pada pengembangan kajian tata kelola pelayanan publik khususnya sektor kesehatan melalui penguatan pemahaman tentang dimensi struktural, kelembagaan, dan partisipatif dalam praktik birokrasi layanan kesehatan daerah.
- b. Memperkaya literatur *Human-Centred Governance* dengan bukti empiris tentang proses internalisasi dan implementasi prinsip relasional, interaktif, reflektif, dan berjejaring dalam konteks pelayanan kesehatan daerah.
- c. Menghasilkan perumusan model tata kelola integratif–adaptif berbasis HCG sebagai pengembangan konseptual yang menghubungkan prinsip-prinsip HCG dengan peningkatan kualitas pelayanan dan orientasi humanis dalam birokrasi kesehatan

2. Secara praktis

- a. Menjadi bahan masukan bagi Pemerintah Kabupaten Jeneponto dan Dinas Kesehatan dalam perbaikan tata kelola layanan kesehatan agar lebih terkoordinasi, responsif, partisipatif, dan berorientasi pada kebutuhan masyarakat.
- b. Menjadi pedoman bagi puskesmas, rumah sakit, dan unit layanan terkait dalam memperkuat kualitas layanan melalui penguatan relasi pelayanan, perbaikan proses interaksi layanan, pembelajaran perbaikan berkelanjutan, serta kolaborasi jejaring lintas-aktor.
- c. Memberikan dasar rekomendasi penyusunan kebijakan dan program peningkatan kualitas pelayanan yang berdampak pada peningkatan kepuasan masyarakat, termasuk perbaikan aspek-aspek yang paling dirasakan pengguna layanan (misalnya kecepatan layanan, kejelasan informasi, dan sikap pelayanan).

1.5 Ruang Lingkup Penelitian



Ruang lingkup penelitian ini difokuskan pada tata kelola pelayanan publik di Kabupaten Jeneponto dengan menelaah secara mendalam praktik birokrasi kesehatan dijalankan pada level struktural, relasional, dan partisipatif, sesuai kerangka regulasi daerah dan nasional.

Analisis mencakup struktur organisasi layanan kesehatan, pola koordinasi vertikal dan horizontal, kapasitas manajerial birokrasi, sistem supervisi, serta mekanisme pelibatan masyarakat dalam proses perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan layanan. Ruang lingkup ini juga mencakup kajian penerapan prinsip-prinsip HCG (relasional, interaktif, reflektif, dan berjejaring) sebagai kerangka normatif untuk mengevaluasi kualitas tata kelola pelayanan kesehatan.

Dari sisi geografis, penelitian dilaksanakan di wilayah Kabupaten Jeneponto dengan fokus pada institusi dan unit layanan kesehatan yang relevan, seperti Dinas Kesehatan, UPT Puskesmas, RSUD Lanto Daeng Pasewang, RS Pratama Rumbia, serta unit layanan lain yang terkait. Rentang waktu analisis meliputi regulasi dan kebijakan yang berlaku sejak tahun 2018–2024, serta kondisi faktual tata kelola kesehatan pada periode penelitian. Sumber data mencakup data primer melalui wawancara mendalam, observasi, dan FGD dengan aparatur serta masyarakat penerima layanan, serta data sekunder berupa dokumen kebijakan, SOP, laporan kinerja, dan literatur akademik.

Secara analitis, ruang lingkup penelitian diarahkan pada: (1) evaluasi tata kelola yang berjalan; (2) identifikasi kesenjangan antara kerangka normatif dan realitas empiris; (3) penilaian internalisasi dan implementasi prinsip-prinsip HCG dalam praktik pelayanan; serta (4) perumusan model tata kelola pelayanan publik bidang kesehatan yang integratif dan adaptif berbasis HCG. Ruang lingkup ini diharapkan menghasilkan model tata kelola ideal yang partisipatif, kolaboratif, humanis, transparan, dan berkeadilan sosial sesuai konteks kebutuhan masyarakat Jeneponto.

1.5.1. Desain Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif naturalistik untuk memahami secara mendalam praktik tata kelola pelayanan publik bidang kesehatan di Kabupaten Jeneponto dalam konteks nyata (*natural setting*). Pendekatan ini dipilih karena fokus penelitian tidak hanya menilai kepatuhan prosedural, tetapi menelaah makna, pengalaman, relasi, dan praktik birokrasi yang berlangsung dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, khususnya pada aspek struktural, kelembagaan, dan partisipatif—sebagaimana tercermin dalam rumusan masalah pertama. Pendekatan naturalistik memungkinkan peneliti menangkap realitas empiris secara utuh melalui keterlibatan langsung dengan aktor dan situasi layanan (Lincoln & Guba, 1985).

Penelitian ini berangkat dari paradigma interpretatif yang menempatkan peneliti sebagai instrumen utama dalam proses pengumpulan dan analisis data. Dalam paradigma ini, realitas tata kelola dipahami sebagai konstruksi sosial yang dibentuk oleh pengalaman, persepsi, dan interaksi aktor-aktor layanan. Karena itu, peneliti menafsirkan makna di balik tindakan birokrasi, kebijakan, dan perilaku



akan menjelaskan bagaimana prinsip-prinsip HCG diinternalisasikan dan diterapkan dalam praktik layanan.

Penelitian menggunakan studi kasus (*case study*) pada sektor kesehatan di Kabupaten Jeneponto. Studi kasus dipilih karena mampu

menggali fenomena tata kelola pelayanan kesehatan secara holistik dan kontekstual, termasuk hubungan antara konteks kebijakan, struktur kelembagaan, dinamika aktor, serta pengalaman masyarakat sebagai pengguna layanan. Dengan desain ini, penelitian dapat menelaah penerapan prinsip HCG dalam berbagai arena layanan dan level organisasi, sekaligus menjadi dasar untuk merumuskan model tata kelola integratif–adaptif.

Pengumpulan data dilakukan secara triangulatif melalui wawancara mendalam, observasi partisipatif, dan analisis dokumen kebijakan/regulasi. Wawancara mendalam digunakan untuk menggali persepsi, pengalaman, dan pemaknaan aktor mengenai: (1) praktik tata kelola pada dimensi struktural–kelembagaan–partisipatif; serta (2) internalisasi dan implementasi prinsip HCG dalam layanan. Observasi partisipatif digunakan untuk menangkap praktik pelayanan dan interaksi layanan secara langsung. Analisis dokumen digunakan untuk menelaah kebijakan, regulasi, SOP, serta laporan resmi yang terkait tata kelola pelayanan kesehatan. Triangulasi metode ini memastikan keutuhan data sekaligus memperkuat keabsahan temuan.

Analisis data menggunakan analisis tematik reflektif, yaitu mengidentifikasi pola dan tema-tema kunci dari hasil wawancara, observasi, dan dokumen. Tema-tema disusun mengikuti fokus rumusan masalah tema tata kelola (struktural–kelembagaan–partisipatif), tema implementasi prinsip HCG, lalu tema sintesis untuk merumuskan model tata kelola integratif–adaptif. Proses analisis dilakukan secara iteratif (reduksi data–penyajian data–penarikan kesimpulan) sebagaimana model analisis interaktif Miles, Huberman, dan Saldaña (2014).

1.5.2. Sumber Data

Penelitian ini menggunakan beragam sumber data primer, sekunder, dan digital untuk memperoleh pemahaman yang komprehensif mengenai tata kelola pelayanan publik bidang kesehatan di Kabupaten Jeneponto berdasarkan prinsip HCG. Penggunaan sumber data yang beragam dimaksudkan agar analisis tidak hanya merepresentasikan perspektif institusional penyelenggara layanan, tetapi juga menangkap pengalaman, persepsi, dan aspirasi masyarakat sebagai pengguna utama layanan kesehatan. Dengan demikian, pemahaman yang dihasilkan bersifat holistik dan multidimensional.

Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) dan observasi langsung. Wawancara dilakukan dengan informan kunci yang meliputi pejabat Dinas Kesehatan Kabupaten Jeneponto, kepala puskesmas, tenaga kesehatan, serta tokoh masyarakat yang memahami dinamika pelayanan kesehatan lokal. Wawancara difokuskan untuk menggali pemaknaan aktor terhadap pelaksanaan tata kelola layanan serta internalisasi dan implementasi prinsip-prinsip HCG (relasional, interaktif, reflektif, dan berjejaring) dalam praktik pelayanan.



Observasi dilakukan pada fasilitas pelayanan kesehatan untuk secara langsung praktik pelayanan, dinamika interaksi penyediaan masyarakat, pola komunikasi, respons layanan, serta bentuk arpelaku layanan dalam konteks nyata.

Data sekunder digunakan untuk memperkuat triangulasi temuan sekaligus memberikan konteks regulatif dan kelembagaan yang melandasi tata kelola pelayanan kesehatan. Sumber data sekunder meliputi dokumen resmi pemerintah seperti Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Jeneponto, laporan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM), laporan kinerja organisasi, peraturan daerah, peraturan bupati, SOP pelayanan, serta dokumen kebijakan lain yang relevan. Selain itu, literatur ilmiah, jurnal internasional, dan penelitian terdahulu yang membahas tata kelola dan pelayanan publik dianalisis untuk memperkuat landasan teoretis penelitian.

Penelitian ini juga menggunakan data digital publik sebagai sumber data pendukung untuk menangkap persepsi masyarakat secara lebih luas dan real-time. Data digital mencakup ulasan masyarakat pada platform *Google Reviews* dan media sosial terkait layanan puskesmas maupun rumah sakit di Kabupaten Jeneponto. Data tersebut digunakan untuk mengidentifikasi isu-isu pengalaman layanan, seperti kualitas pelayanan, keramahan petugas, waktu respons, serta indikasi kepuasan pengguna layanan. Analisis data digital memberikan dimensi empiris tambahan yang membantu membaca kesenjangan antara kebijakan formal dan pengalaman nyata di lapangan.

Selain itu, berita media daring (*online news*) baik lokal maupun nasional digunakan sebagai data pendukung untuk menelusuri isu-isu aktual terkait pelayanan kesehatan, respons pemerintah daerah terhadap pengaduan warga, inovasi pelayanan, serta persoalan struktural yang muncul dalam penyelenggaraan layanan publik. Informasi ini memperkaya konteks sosial-kebijakan sehingga interpretasi terhadap fenomena tata kelola menjadi lebih reflektif dan komprehensif.

Kombinasi antara data primer, sekunder, dan digital menjadikan penelitian ini triangulatif dan berlapis, sehingga memungkinkan analisis yang lebih kuat, valid, dan representatif. Pendekatan ini memberikan gambaran menyeluruh mengenai keterkaitan antara kebijakan, praktik birokrasi, dinamika interaksi layanan, dan persepsi masyarakat dalam penerapan prinsip-prinsip HCG pada pelayanan publik bidang kesehatan di Kabupaten Jeneponto.

1.5.3. Teknik Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, teknik pengumpulan data dirancang secara komprehensif untuk menggali praktik tata kelola pelayanan publik bidang kesehatan di Kabupaten Jeneponto berdasarkan prinsip HCG. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif naturalistik dengan orientasi interpretatif, maka pengumpulan data diarahkan untuk memahami realitas sosial dalam konteks nyata, dinamika interaksi antaraktor, serta pengalaman empiris aparatur dan masyarakat dalam proses pelayanan kesehatan secara langsung dan mendalam.

Teknik pertama yang digunakan adalah wawancara mendalam (*in-depth*) dengan 25 orang informan kunci yang meliputi pejabat Dinas Kesehatan Jeneponto, kepala puskesmas, Direktur rumah sakit, tenaga kesehatan, relawan, dan pengguna layanan kesehatan. Wawancara dilakukan secara terstruktur untuk memberikan ruang bagi informan menjelaskan pengalaman,



persepsi, dan makna yang mereka bangun terkait pelaksanaan tata kelola pelayanan kesehatan, serta internalisasi dan implementasi prinsip-prinsip HCG dalam praktik pelayanan. Teknik ini memungkinkan peneliti menelusuri secara mendalam bagaimana hubungan pelayanan, kualitas interaksi, proses pembelajaran perbaikan, dan kolaborasi lintas-aktor terwujud dalam penyelenggaraan layanan publik kesehatan.

Selain wawancara, penelitian ini menerapkan observasi partisipatif (*participant observation*) pada berbagai fasilitas kesehatan seperti RSUD Lanto Daeng Pasewang, RS Pratama Rumbia, dan sejumlah puskesmas. Observasi dilakukan untuk menangkap dinamika pelayanan secara langsung, termasuk pola komunikasi antara tenaga kesehatan dan masyarakat, alur dan waktu proses pelayanan, cara petugas merespons kebutuhan pengguna, bentuk koordinasi internal antarunit, serta praktik-praktik pelayanan yang mencerminkan orientasi pada kebutuhan masyarakat. Data hasil observasi dicatat dalam bentuk catatan lapangan (*field notes*) untuk memperkaya dan mengontekstualisasikan temuan dari wawancara.

Selanjutnya, penelitian ini melakukan analisis dokumentasi terhadap dokumen regulatif dan dokumen kinerja/layanan yang relevan, seperti peraturan daerah dan peraturan bupati, SOP pelayanan, laporan kinerja, serta dokumen perencanaan sektor kesehatan. Secara khusus, penelitian ini menggunakan Laporan Survei Kepuasan Masyarakat/Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Pemerintah Kabupaten Jeneponto sebagai salah satu sumber data sekunder utama untuk: (1) memetakan tren kepuasan masyarakat pada layanan kesehatan dari waktu ke waktu; (2) mengidentifikasi unsur-unsur pelayanan yang memperoleh penilaian rendah/tinggi; dan (3) mengaitkan temuan kuantitatif tersebut dengan hasil wawancara dan observasi dalam rangka membaca kesenjangan antara desain kebijakan dan pengalaman layanan yang dirasakan masyarakat.

Sebagai penguatan data, penelitian ini juga memanfaatkan data digital publik. Data ini mencakup ulasan masyarakat pada *platform Google Reviews* terhadap layanan puskesmas dan rumah sakit di Jeneponto. Ulasan dianalisis menggunakan teknik analisis tematik (*thematic content analysis*) untuk mengidentifikasi persepsi masyarakat mengenai mutu layanan, keramahan petugas, waktu pelayanan, transparansi informasi, serta tingkat kepuasan pengguna. Selain itu, media daring (*online news*) baik lokal maupun nasional.

Untuk memastikan keabsahan dan kredibilitas data, penelitian ini menerapkan triangulasi sumber dan metode, yaitu membandingkan hasil wawancara, observasi, dokumentasi (termasuk laporan IKM Pemkab Jeneponto), serta data digital publik guna mengonfirmasi konsistensi temuan. Sesuai prinsip *credibility*, *transferability*, *dependability*, dan *confirmability* (Lincoln & Guba, 1985), triangulasi dilakukan agar interpretasi peneliti mencerminkan realitas sosial yang kontekstual, dan dapat dipertanggungjawabkan.

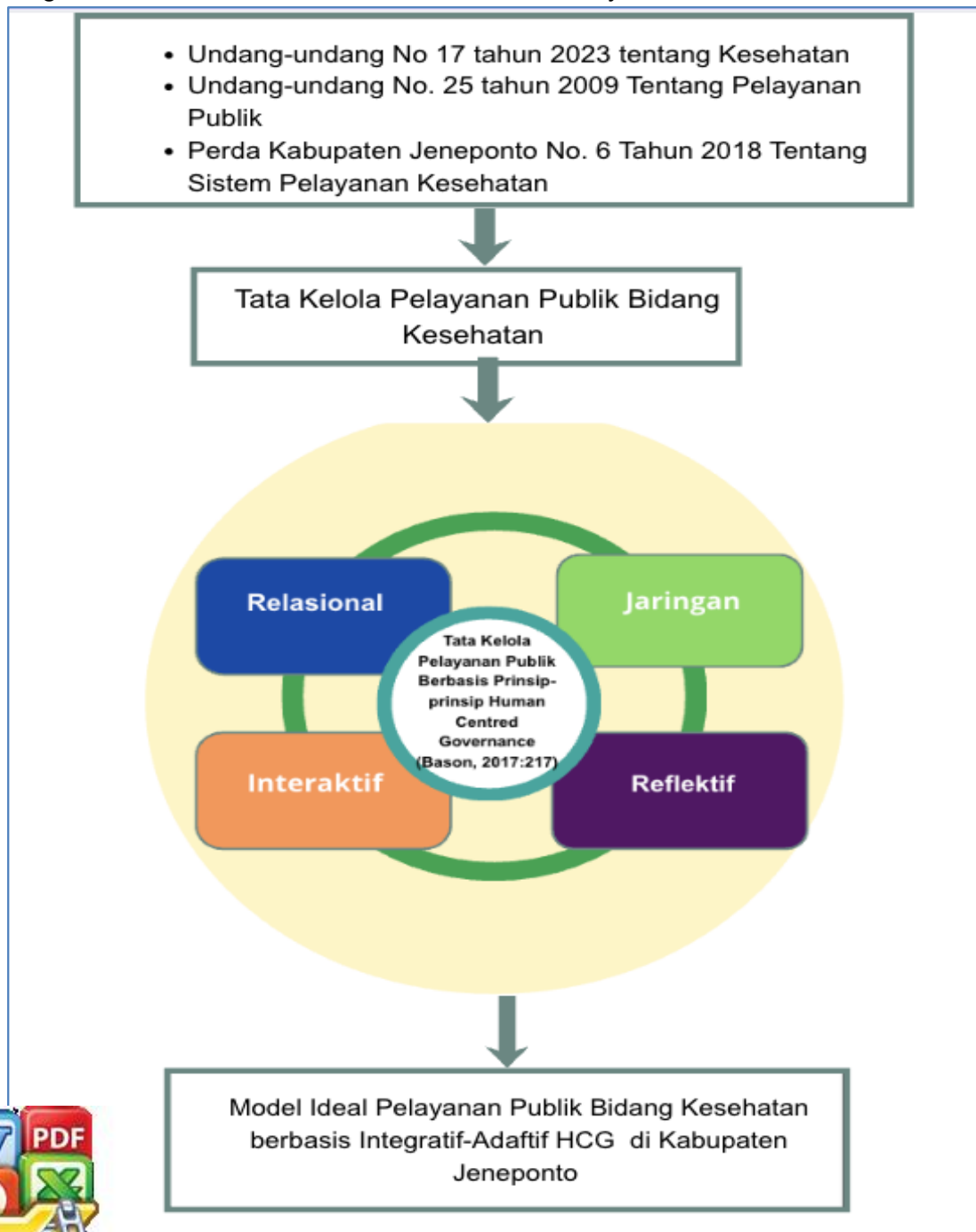


Selanjutnya, proses pengumpulan data juga diarahkan untuk menangkap aktor empirik yang relevan dengan pengembangan model tata kelola publik bidang kesehatan berbasis HCG. Oleh karena itu, peneliti

memperhatikan secara khusus tanda-tanda praktik pelayanan yang berorientasi pada pengguna layanan, seperti kualitas komunikasi dan interaksi pelayanan, tingkat keterbukaan informasi, mekanisme penanganan keluhan, pola koordinasi antarunit, serta kemampuan organisasi layanan menyesuaikan proses pelayanan terhadap kebutuhan masyarakat yang dinamis.

1.6 Kerangka Pikir

Kerangka pikir penelitian ini dibangun untuk menjelaskan hubungan logis dan sistematis antara kerangka regulatif, mekanisme tata kelola pelayanan publik bidang kesehatan, dan Model Ideal Tata Kelola Pelayanan Publik.



erangka pikir

1.7 Kebaruan Penelitian

Kebaruan (*novelty*) penelitian ini terletak pada pengembangan Model Tata Kelola Pelayanan Publik Bidang Kesehatan berbasis HCG yang dirumuskan secara sistematis dari hasil analisis empiris di Kabupaten Jeneponto. Secara teoretis, penelitian ini memperkuat operasionalisasi HCG dengan menunjukkan bagaimana empat prinsip utamanya yaitu relasional, interaktif, reflektif, dan berjejaring dapat digunakan bukan hanya sebagai kerangka normatif, tetapi juga sebagai lensa analitis untuk membaca dan mengevaluasi tata kelola pelayanan kesehatan dalam konteks birokrasi daerah. Secara konseptual, penelitian ini merumuskan model tata kelola yang bercorak integratif–adaptif berbasis HCG melalui sintesis antara kerangka regulatif, praktik tata kelola existing pada aspek struktural, kelembagaan, dan partisipatif, serta temuan lapangan, sehingga menghasilkan arah transformasi tata kelola menuju pelayanan yang lebih humanis, partisipatif, transparan, dan berkeadilan sosial sesuai konteks Kabupaten Jeneponto.

Dari sisi metodologis, kebaruan penelitian ini ditopang oleh penggunaan pendekatan triangulatif multidimensi yang menggabungkan data primer (wawancara, observasi, dan FGD), data sekunder (dokumen kebijakan, SOP, laporan kinerja, dan laporan IKM), serta data digital (ulasan publik dan berita daring). Kombinasi sumber data tersebut memungkinkan penelitian menangkap realitas tata kelola layanan kesehatan secara lebih utuh, sekaligus memperkuat validitas temuan melalui pembacaan lintas-sumber terhadap persepsi masyarakat, responsivitas layanan, dinamika interaksi birokrasi, dan kesenjangan antara kebijakan formal dengan pengalaman pelayanan yang terjadi di lapangan.



BAB II

TATA KELOLA PELAYANAN PUBLIK BIDANG KESEHATAN BERBASIS PRINSIP *HUMAN CENTRED GOVERNANCE* DI KABUPATEN JENEPONTO

2.1 Abstrak

Latar belakang Tata kelola pelayanan kesehatan di Kabupaten Jeneponto menunjukkan adanya kesenjangan antara kerangka regulatif/perencanaan yang cukup kuat dengan praktik pelayanan yang belum konsisten lintas unit dan wilayah, sehingga orientasi berpusat pada pengguna belum sepenuhnya terinternalisasi dalam pengalaman layanan. **Tujuan Penelitian:** (1) menganalisis kondisi tata kelola pelayanan publik bidang kesehatan di Kabupaten Jeneponto; (2) menganalisis internalisasi dan implementasi prinsip *Human-Centred Governance* (relasional, berjejaring, interaktif, dan reflektif) dalam kebijakan, sistem, dan praktik pelayanan; serta (3) merumuskan model ideal tata kelola pelayanan kesehatan yang lebih berorientasi masyarakat berdasarkan prinsip HCG. **Metode Penelitian** menggunakan pendekatan kualitatif melalui wawancara, observasi, dan analisis dokumen. Data dianalisis dengan analisis tematik (Braun & Clarke, 2006) melalui pengkodean dan pengelompokan tema, serta ditriangulasi menggunakan data Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) tahun 2024 sebagai indikator persepsi publik terkait komunikasi, prosedur, dan penanganan keluhan. **Hasil Temuan** menunjukkan tata kelola berada pada kondisi transisi asimetris: perangkat formal telah menyediakan ruang partisipasi dan koordinasi, namun implementasi prinsip HCG masih parsial. Pada prinsip relasional, kualitas komunikasi dan empati layanan bervariasi. Pada prinsip berjejaring, jejaring perencanaan dan kemitraan sudah berjalan, tetapi keterhubungan operasional dan umpan balik belum menghasilkan layanan yang terintegrasi. Pada prinsip interaktif, kanal dialog dan pengaduan tersedia, namun partisipasi cenderung prosedural dan tindak lanjut tidak merata; nilai IKM 2024 berada pada kategori C (Kurang Baik) untuk RSUD, RS Pratama, dan puskesmas. Pada prinsip reflektif, evaluasi dan pemanfaatan data telah dilakukan, tetapi belum membentuk pembelajaran layanan yang konsisten dirasakan pengguna. **Kesimpulan** Diperlukan penguatan kapasitas kelembagaan, partisipasi bermakna, integrasi jejaring operasional, dan pemanfaatan umpan balik sebagai dasar perbaikan berkelanjutan agar tata kelola lebih responsif terhadap pengalaman pengguna.

Kata kunci: kepuasan pasien; ko-produksi layanan; koordinasi lintas fasilitas; pembelajaran organisasi; mutu komunikasi;

2.2 Pendahuluan

Tata kelola pelayanan publik bidang kesehatan merupakan fondasi penting dalam mewujudkan sistem kesehatan yang adil, efektif, dan berkelanjutan (Araújo et al., 2023; Clarke et al., 2023; Saillaja et al., 2024). Sejumlah penelitian menegaskan bahwa kualitas tata kelola berpengaruh langsung terhadap akses layanan, mutu pelayanan, serta pencapaian target pembangunan global, termasuk *Universal Health*



C) dan *Sustainable Development Goals* (SDGs) (Clarke et al., 2023; al., 2020; Odugleh-Kolev & Parrish-Sprowl, 2018; Yanful et al., 2023). ktif ini, tata kelola dipahami tidak sekadar sebagai instrumen hukum, proses yang mencakup kejelasan peran aktor, mekanisme koordinasi

yang berfungsi, dan pengelolaan informasi untuk memperkuat akuntabilitas (Alvarez-Rosete, 2025; Jarrett et al., 2021; Schulmann et al., 2024).

Tata kelola pelayanan publik bidang kesehatan merupakan prasyarat penting untuk memastikan sistem kesehatan berjalan adil, efektif, dan berkelanjutan (Araújo et al., 2023; Clarke et al., 2023; Saillaja et al., 2024). Sejumlah kajian menunjukkan bahwa kualitas tata kelola berpengaruh nyata terhadap akses layanan, mutu pelayanan, serta capaian agenda Universal Health Coverage (UHC) dan Sustainable Development Goals (SDGs) (Clarke et al., 2023; McCormick et al., 2020; Odugleh-Kolev & Parrish-Sprowl, 2018; Yanful et al., 2023). Dalam kerangka tersebut, tata kelola tidak hanya dimaknai sebagai kepatuhan pada aturan, tetapi juga sebagai proses yang menuntut kejelasan peran aktor, koordinasi antarlembaga yang fungsional, serta pengelolaan informasi yang memperkuat akuntabilitas layanan (Alvarez-Rosete, 2025; Jarrett et al., 2021; Schulmann et al., 2024).

Literatur mutakhir menekankan dua area strategis yang sering menjadi “titik penentu” kualitas tata kelola layanan kesehatan publik. Pertama, kolaborasi lintas lembaga dipandang krusial karena layanan kesehatan tidak berjalan melalui satu institusi saja, tetapi membutuhkan sinergi antarpelaksana layanan dan pemangku kepentingan lain dalam satu ekosistem pelayanan (Aivalli et al., 2025; Bäck et al., 2025; Belrhiti et al., 2024). Faktor seperti forum komunikasi reguler, kepemimpinan fasilitatif, serta kepercayaan institusional terbukti memengaruhi konsistensi dan kualitas pelaksanaan pelayanan (Alderwick et al., 2024; Amir et al., 2023). Kedua, tata kelola digital menjadi pilar penting dalam penguatan akuntabilitas melalui interoperabilitas sistem informasi, arsitektur data, serta kejelasan peran regulator; meskipun demikian, tantangan implementatif masih kuat terutama pada konteks kapasitas teknis dan fragmentasi kelembagaan (Malik et al., 2023; Saldanha et al., 2022; Kar & Ram, 2024; Popa et al., 2024).

Dalam konteks Indonesia, mandat penyelenggaraan layanan kesehatan daerah ditegaskan melalui Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik dan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Kerangka teknis penyelenggaraan layanan primer juga diperkuat melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat. Pada level daerah, Kabupaten Jeneponto menetapkan Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2018 tentang Sistem Pelayanan Kesehatan serta Peraturan Bupati yang mengatur unit pelaksana teknis layanan, yakni Perbup Nomor 9 Tahun 2022 (UPT Puskesmas), Perbup Nomor 53 Tahun 2024 (UPT RSUD Lanto Daeng Pasewang), dan Perbup Nomor 7 Tahun 2020 (UPT RS Pratama Rumbia). Namun demikian, keberadaan regulasi tidak otomatis menjamin efektivitas tata kelola, karena kualitas pelaksanaan tetap sangat ditentukan oleh kapasitas kelembagaan, koordinasi antarunit, dan praktik akuntabilitas publik di titik layanan.



Secara empiris, Jeneponto menghadirkan konteks penting untuk dianalisis dijumpai indikasi kesenjangan antara mandat regulatif dan kapasitas

Data Profil Kesehatan Kabupaten Jeneponto Tahun 2024 rasio dokter umum sebesar 0,21 per 1.000 penduduk, serta masih Puskesmas dengan fasilitas laboratorium dasar yang berfungsi optimal

(12 dari 20 puskesmas). Kondisi ini mengisyaratkan tantangan pada aspek kelembagaan dan dukungan sistem layanan dalam pelaksanaan pelayanan. Pada saat yang sama, kajian tata kelola kesehatan pada level kabupaten/kota—terutama daerah dengan kapasitas birokrasi terbatas—masih relatif minim, dan penelitian sebelumnya cenderung membahas aspek regulasi, birokrasi, maupun partisipasi publik secara terpisah (Kristiadi et al., 2021; Yuniar et al., 2025).

2.3 Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif naturalistik untuk memahami tata kelola pelayanan publik bidang kesehatan secara mendalam dan kontekstual dalam lingkungan alami (natural setting). Pendekatan ini relevan karena fenomena tata kelola dipengaruhi struktur organisasi, budaya birokrasi, serta interaksi sosial antara aparatur dan masyarakat, sehingga memerlukan penafsiran atas proses dan pengalaman, bukan sekadar pengukuran angka (Lincoln & Guba, 1985; Creswell, 2014; Patton, 2015).

Penelitian dilaksanakan di Kabupaten Jeneponto, Sulawesi Selatan dengan lokus pada Dinas Kesehatan, RSUD Lanto Daeng Pasewang, RS Pratama Rumbia, dan 20 Puskesmas sebagai unit pelaksana teknis, sesuai kerangka kelembagaan daerah (Perbup Jeneponto Nomor 9 Tahun 2022, Nomor 53 Tahun 2024, dan Nomor 7 Tahun 2020). Informan ditentukan secara purposif berdasarkan peran dan keterlibatan dalam tata kelola layanan. Informan kunci berjumlah 25 orang, meliputi pimpinan Dinas Kesehatan, pimpinan rumah sakit, serta kepala puskesmas di beberapa kecamatan strategis (Binamu, Bangkala, Turatea, Rumbia, Arungkeke), didukung oleh tenaga kesehatan dan masyarakat pengguna layanan.

Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam semi-terstruktur, observasi pada proses pelayanan, dan studi dokumentasi. Studi dokumentasi mencakup regulasi, SOP, profil kesehatan daerah, laporan kinerja, serta laporan Survei Kepuasan Masyarakat/IKM Pemkab Jeneponto sebagai data sekunder untuk memperkuat konteks dan triangulasi temuan. Analisis data menggunakan model interaktif Miles, Huberman, dan Saldaña (2014) melalui reduksi data, penyajian data, serta penarikan kesimpulan/verifikasi, dengan pengelompokan temuan pada aspek struktural, kelembagaan, dan partisipatif serta pemaknaan melalui lensa Human-Centred Governance.

Untuk menjamin keabsahan data, penelitian menerapkan triangulasi sumber dan metode (Denzin, 1978) serta member checking pada informan kunci guna memastikan ketepatan interpretasi peneliti (Lincoln & Guba, 1985). Proses analisis juga dijaga melalui pencatatan jejak penelitian (*audit trail*) dan diskusi sejawat (*peer debriefing*) untuk memastikan konsistensi analitis (Creswell, 2014).

2.4 Hasil Penelitian



2.4.1 Struktur dalam Tata Kelola Pelayanan Publik Bidang Kesehatan

Struktur struktural menggambarkan bagaimana pengaturan organisasi, alur mekanisme koordinasi, sistem rujukan, dan integrasi sistem informasi

dijalankan dalam praktik pelayanan kesehatan di Kabupaten Jeneponto. Hasil penelitian pada dimensi ini disajikan berdasarkan temuan lapangan yang ditopang oleh dokumen regulasi, observasi, dan kutipan informan.

1. Struktur Organisasi dan Pembagian Kewenangan

Struktur pelayanan kesehatan Kabupaten Jeneponto merujuk pada kerangka kelembagaan yang ditetapkan melalui Peraturan Bupati Jeneponto Nomor 9 Tahun 2022 tentang UPT Pusat Kesehatan Masyarakat pada Dinas Kesehatan, Peraturan Bupati Nomor 53 Tahun 2024 tentang UPT RSUD Lanto Daeng Pasewang, dan Peraturan Bupati Nomor 7 Tahun 2020 tentang UPT RS Pratama Rumbia. Secara operasional, struktur pelayanan kesehatan berjalan dalam tiga level utama: (a) Dinas Kesehatan sebagai pengendali dan koordinator; (b) RSUD Lanto Daeng Pasewang dan RS Pratama Rumbia sebagai layanan rujukan sekunder; dan (c) 20 Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan primer. Dalam pelaksanaan di lapangan, komunikasi kerja antara Dinas Kesehatan dan UPT berlangsung melalui pelaporan berkala dan rapat koordinasi. Salah satu informan menyatakan:

“Setiap program kesehatan dari Dinas Kesehatan kami tindak lanjuti dengan pelaporan bulanan dan rapat koordinasi, agar kebijakan pusat bisa diimplementasikan sesuai kondisi wilayah,”

(Wawancara dengan Kepala Puskesmas Binamu kota, 2025).

Struktur ini divisualisasikan pada gambar berikut yang menggambarkan sistem tata kelola pelayanan publik bidang kesehatan di Kabupaten Jeneponto berdasarkan peraturan bupati tersebut.



Gambar 2.1. Struktur Jaringan Pelayanan Kesehatan Kabupaten Jeneponto

Sumber : Diolah Oleh Peneliti



Gambar di atas menunjukkan hubungan hierarkis dan koordinatif antara dinas, rumah sakit umum daerah, serta Puskesmas sebagai pelaksana layanan kesehatan primer. Panah dua arah menunjukkan adanya koordinasi administratif dan komunikasi kerja antara setiap unit organisasi, baik dalam bentuk supervisi, rujukan pelayanan, maupun koordinasi lintas program.

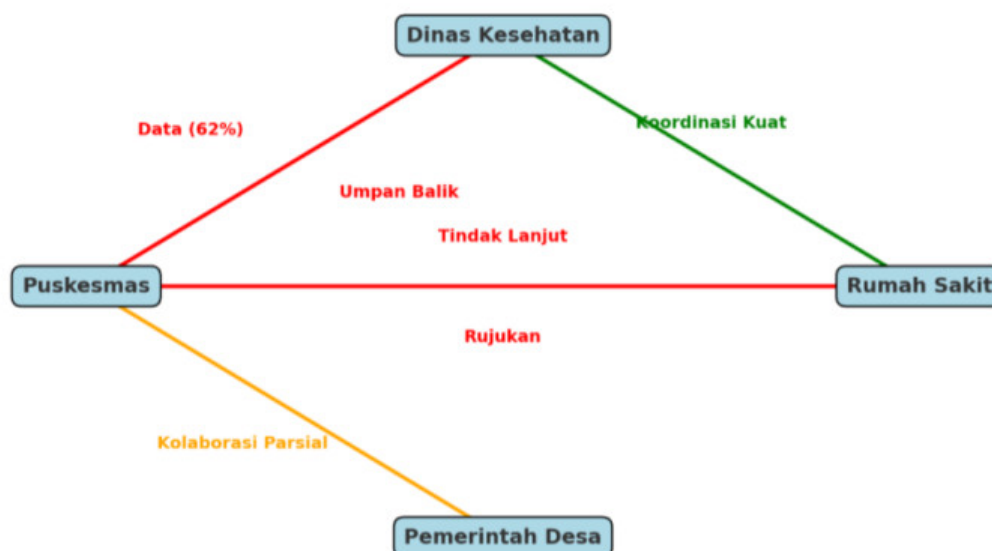
Sebagaimana hasil wawancara dengan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Jeneponto, bahwa:

“Struktur organisasi yang sudah ditetapkan dalam Perbup membuat koordinasi lebih mudah, hanya saja masih ada hambatan dalam keterpaduan pelaporan antar UPT.”

(Wawancara, 2025).

2. Mekanisme Koordinasi dan kolaborasi Antar Unit dan sektor lain

Peraturan Daerah Kabupaten Jeneponto Nomor 6 Tahun 2018 menegaskan pentingnya koordinasi lintas sektor dan kolaborasi antar lembaga dalam tata kelola pelayanan publik bidang kesehatan. Regulasi ini menuntut agar pelayanan kesehatan tidak dijalankan secara parsial, melainkan bersifat sinergis antara berbagai unit pelayanan dan aktor kelembagaan. Dalam konteks tata kelola kesehatan daerah, koordinasi menjadi kunci untuk menjamin keterpaduan antara puskesmas, rumah sakit rujukan, Dinas Kesehatan, serta lembaga penunjang seperti pemerintah desa dan sektor swasta.



Gambar 2.2. Diagram Alur Koordinasi Pelayanan Kesehatan di Jeneponto

Visualisasi hubungan antaraktor digambarkan pada Gambar 2.2. menunjukkan bahwa koordinasi yang kuat hanya terjadi antara Dinas Kesehatan dan rumah sakit (ditandai dengan garis hijau), sementara hubungan antara Dinas Kesehatan–puskesmas serta puskesmas–rumah sakit masih lemah (garis merah). Hubungan antara puskesmas dan pemerintah desa pun bersifat parsial (garis oranye), yang menunjukkan bahwa koordinasi dan kolaborasi belum sepenuhnya terlembaga.



t digambarkan terkait mekanisme koordinasi dan kelembagaan di am tabel berikut ini:

Tabel 2.1. Mekanisme Koordinasi dan Kolaborasi kelembagaan di Kabupaten Jeneponto

Indikator Koordinasi & Kolaborasi	Kondisi Empiris di Kabupaten Jeneponto	Analisis Tata Kelola Pelayanan Publik Bidang Kesehatan	Keterkaitan dengan HCG
Kelembagaan Forum Koordinasi	Forum koordinasi lintas lembaga tidak rutin dan bersifat ad hoc.	Menunjukkan lemahnya kelembagaan <i>collaborative governance</i> ; koordinasi belum terinstitusionalisasi dan sangat bergantung pada inisiatif individu.	Berjejaring – HCG menekankan jejaring koordinatif yang kuat, berkelanjutan, serta didukung struktur formal, bukan forum ad hoc.
Sinkronisasi Kebijakan Antarlevel	Dinas Kesehatan dan rumah sakit cenderung berjalan paralel tanpa sinkronisasi kebijakan dengan puskesmas dan pemerintah desa.	Fragmentasi kebijakan antarlevel birokrasi memperlihatkan lemahnya <i>policy coherence</i> , sebagaimana dijelaskan dalam teori <i>multi-level governance</i> .	Berjejaring – HCG menekankan jejaring koordinatif yang kuat, berkelanjutan, serta didukung struktur formal, bukan forum ad hoc.
Kolaborasi Pemerintah Desa dan Tenaga Kesehatan	Pemerintah desa hanya terlibat dalam kegiatan imunisasi dan sanitasi, tidak dalam perencanaan dan pengawasan layanan kesehatan.	Kolaborasi masih bersifat prosedural; peran desa belum mencerminkan <i>collaborative network governance</i> yang sejajar antaraktor.	Berjejaring – HCG menekankan jejaring koordinatif yang kuat, berkelanjutan, serta didukung struktur formal, bukan forum ad hoc
Integrasi dan Pemanfaatan Data	Laporan digital telah berjalan di sebagian besar puskesmas, namun belum terintegrasi antarunit dan umpan balik dari Dinas Kesehatan masih lambat.	<i>Digital governance</i> belum optimal sebagai instrumen kolaborasi; sistem informasi belum berfungsi sebagai mekanisme akuntabilitas lintas lembaga.	Berjejaring – HCG menekankan jejaring koordinatif yang kuat, berkelanjutan, serta didukung struktur formal, bukan forum ad hoc.

Sumber: Olahan Penelitian, 2025

Data pada Tabel 2.1. menunjukkan bahwa koordinasi antar lembaga di Kabupaten Jeneponto masih bersifat sporadis dan tidak terlembaga. Mekanisme belum menjadi bagian dari sistem tata kelola yang berkelanjutan. Peran antaraktor memperlemah integrasi kebijakan kesehatan daerah, bergantung pada kepemimpinan personal membuat kolaborasi tidak waktu ke waktu.



3. Sistem Rujukan dan Integrasi Layanan

Temuan penelitian menunjukkan aktivitas rujukan berjalan intensif, tetapi terdapat kendala pada lairan informasi rujukan keseragaman SOP. dan dukungan sarana. Salah seorang informan menyatakan:

"Kalau mau rujuk pasien, kami harus telepon dulu, dan sering kali informasinya tidak langsung didapat. Kadang rumah sakit bilang penuh setelah pasien tiba. Itu membuat kami serba salah."

(Wawancara, Perawat Puskesmas Bontomatenne, 2025)

Temuan lain terkait variasi penerapan SOP rujukan disampaikan oleh informan:

"SOP sebenarnya ada, tetapi penerapannya berbeda-beda. Ada puskesmas yang mewajibkan administrasi lengkap sebelum rujukan, ada juga yang lebih fleksibel. Akhirnya tidak seragam."

(Wawancara, Kepala Puskesmas Tompobulu, 2025)

Data rujukan berbasis Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) RSUD Lanto Daeng Pasewang ditampilkan pada Gambar 6. Dalam periode 1 Januari 2025 hingga 10 Oktober 2025, tampilan sistem menunjukkan 2.495 data rujukan keluar (*outgoing referrals*). Tujuan rujukan tercatat menuju beberapa rumah sakit tingkat lanjut, termasuk rumah sakit pemerintah maupun swasta di Makassar. Diagnosis rujukan beragam, meliputi kasus penyakit kronis, kasus bedah, kasus jantung, hingga kasus yang memerlukan layanan spesialisasi lanjutan.

No Rujukan	No Rawat	No R.M.	Nama Pasien	Tempat Rujuk	Tgl Rujuk	Jen Rujuk	Keterangan Diagnosis	Dokter Rujuk	Kategori Rujuk	Atribut Rujuk	Keterangan
1000010001...	2025/01/01/000211	100036	HANAKKA	RSUD DR. WAHIDIN S HUSO...	2025-01-02	12-00-01	N40 - Hyperplasia of p... dr. H. ISMAIL, JAYA, Sp.B, M...				HYPERPLASIA PROSTAT
1000010001...	2025/01/02/000301	100008	SANJASA	RSUD DR. WAHIDIN S HUSO...	2025-01-03	12-00-01	C30 - Malignant neop... dr. Handayani Sirewardani, ...				PENATALAKSANAAN
1000010001...	2025/01/03/000303	250031	ABRIANIKTI ABIP	RSIA AMANAT - KOTA MAK...	2025-01-02	12-00-01	Z35.1 - Supervision of... dr. H. Handaby Baby, Sp OG				BUTUH PENANGANAN
1000010001...	2025/01/03/000324	250031	SETI ZALWA NUR AULIAH Y...	RSUD DR. WAHIDIN S HUSO...	2025-01-02	12-00-01	U31 - Hypertrophic d... dr. M.Ramal.N, Sp.pD				KONTROL
1000010001...	2025/01/03/000343	221008	IRHAYANTI	RS BHAYANGKARA MAKAS...	2025-01-02	12-00-01	N20.0 - Calculus of bl... dr. M.Ramal.N, Sp.pD				TINDAK LANJUT
1000010001...	2025/01/03/000308	257008	SYIFA FALZAH ADI	RS TK DI PELAMONGA KESD...	2025-01-03	12-00-01	Z25 - Chronic disease... dr. Handayani Sirewardani, ...				Makan Penatalaksanaan
1000010001...	2025/01/03/000302	124008	WISUDION, SPO	RSUD DR. WAHIDIN S HUSO...	2025-01-03	12-00-01	Z25.0 - Atheroscleroti... dr. Bambang Gunawan, Sp.SP				KLINIK JANTUNG
1000010001...	2025/01/03/000311	041008	DHARANA OG MAKKA	RS.AKADEMIS JAUHY JUSU...	2025-01-03	12-00-01	Z25.0 - Atheroscleroti... dr. Bambang Gunawan, Sp.SP				KLINIK JANTUNG
1000010001...	2025/01/03/000301	223211	NURUL SAGINA ARMAN	SILIGAM HOSPITALS MAKAS...	2025-01-03	12-00-01	K31.0 - Ulcerative col... dr. M.Ramal.N, Sp.pD				Kontrol
1000010001...	2025/01/04/000316	211008	WINCIA WHYYONE SKRM	SILIGAM HOSPITALS MAKAS...	2025-01-04	12-00-01	K01.1 - Impacted teeth... dr. R. SRI WAHYU PUTEK...				POLI GIGI BEDAH MUL
1000010001...	2025/01/04/000370	120008	SKAMUSUDON	RS DR. TADJUDIN CHALID...	2025-01-04	12-00-01	N40 - Hyperplasia of p... dr. H. ISMAIL, JAYA, Sp.B, M...				POLI UROLOGI
1000010001...	2025/01/04/000318	255108	HARTINI	RS BHAYANGKARA MAKAS...	2025-01-04	12-00-01	C50.0 - Malignant ne... dr. H. ISMAIL, JAYA, Sp.B, M...				BEDAH ONKOLOGI
1000010001...	2025/01/04/000357	140822	MUK SYAKRUDIN, STP	RSU HOKAH - KOTA MAK...	2025-01-04	12-00-01	D10.0 - Benign neopl... dr. H. ISMAIL, JAYA, Sp.B, M...				TINDAK LANJUT
1000010001...	2025/01/04/000341	190309	NUR ANNISA	RSUD DR. WAHIDIN S HUSO...	2025-01-04	12-00-01	R10.4 - Other and uns... dr. M.Ramal.N, Sp.pD				GASTROENTEROLOG
1000010001...	2025/01/04/000680	140008	MAKARATANG, SHE	KLINIK APOTIK DHANI - K...	2025-01-06	12-00-01	M79.0 - Soft tissue d... dr. Muhammad Jamil, Sp.B				POLI BEDAH
1000010001...	2025/01/04/000704	245709	RUMALAN OG RUMBA	RSUD DR. WAHIDIN S HUSO...	2025-01-06	12-00-01	B18.1 - Chronic viral ... dr. M.Ramal.N, Sp.pD				POLI GASTRO
1000010001...	2025/01/06/000025	129033	KATNARIATI	RUMAH SAKIT UNHAS - KO...	2025-01-06	12-00-01	N60.2 - Fibroadenoma... dr. Muhammad Jamil, Sp.B				POLI BEDAH TUMOR
1000010001...	2025/01/06/000037	123236	NAURAH KHORANI RUMAT...	RS BHAYANGKARA MAKAS...	2025-01-06	12-00-01	M70.00 - Soft tissue d... dr. Muhammad Jamil, Sp.B				POLI BEDAH TUMOR



Screen shoot Aplikasi SIM RSUD Lanto Dg. Pasewang terkait jumlah rujukan pasien

4. Integrasi Sistem Informasi

Hasil penelitian menunjukkan pemanfaatan sistem informasi layanan telah berjalan, tetapi integrasi data antarunit belum optimal. Puskesmas menggunakan SIMPUS, sementara rumah sakit menggunakan SIMRS, namun kedua sistem belum sepenuhnya terhubung. Beberapa unit layanan masih melakukan pencatatan manual ketika jaringan tidak stabil. Informan menyampaikan :

“Kami sudah pakai sistem digital, tapi kalau jaringan lambat atau mati, kami terpaksa kembali ke pencatatan manual. Data baru bisa diinput besok atau lusa ketika jaringan pulih.”

(Wawancara, Staf Puskesmas Binamu Kota, 2025)

Dari sisi rumah sakit, informasi rujukan dan kelengkapan data sering dikonfirmasi ulang secara manual:

“Kadang puskesmas mengirim pasien tanpa informasi lengkap karena datanya belum masuk ke sistem. Kami harus konfirmasi ulang lewat telepon, dan itu memakan waktu.” (Wawancara, Tenaga Administrasi RSUD Lanto, 2025).

Temuan ringkas dimensi struktural disajikan pada Tabel 2.2, meliputi kondisi struktur organisasi, koordinasi antarunit, sistem rujukan beserta implikasi pada kelancaran layanan.

Tabel 2.2. Analisis Dimensi Struktural Tata Kelola Pelayanan Publik Bidang Kesehatan di Kabupaten Jeneponto

Aspek Struktural	Kondisi Empiris di Kabupaten Jeneponto	Analisis Tata Kelola Pelayanan Publik Bidang Kesehatan	Keterkaitan dengan HCG
Struktur Organisasi	Tumpang tindih kewenangan antarunit; tidak semua peran berjalan sesuai mandat	struktur tidak operasional sesuai desain formal, terjadi <i>role ambiguity</i> dan <i>rule overlap</i>	Relasional – membutuhkan relasi kerja yang selaras dan saling memahami antar aktor dalam struktur organisasi
Mekanisme koordinasi	Koordinasi antarunit tidak konsisten ; forum koordinasi bersifat ad hoc	Koordinasi administratif belum substantif; jejaring kerja belum terinstitusionalisasi.	Berjejaring – memerlukan jejaring kolaboratif yang stabil, bukan koordinasi sporadis
Sistem Rujukan	Terjadi keterlambatan rujukan; informasi kesiapan layanan sering tidak sinkron	terdapat <i>gap</i> antara struktur formal rujukan dan praktik implementasi lapangan.	interaktif – menuntut komunikasi cepat, responsif, dan dua arah antar unit rujukan



an Penelitian , 2025

2.4.2. Dimensi Kelembagaan Dalam Tata Kelola Pelayanan Publik Bidang Kesehatan

Dimensi kelembagaan mencakup kapasitas sumber daya manusia, pengembangan kompetensi, supervisi/pengawasan, dan dukungan sistem informasi pada tingkat organisasi. Hasil penelitian menunjukkan adanya variasi kapasitas antarunit serta keterbatasan pada beberapa aspek kelembagaan.

1. Kapasitas dan Distribusi SDM Kesehatan

Berdasarkan data Bezetting Bagian Organisasi Setda Jeneponto Tahun 2025, Dinas Kesehatan mencatat 75 orang dokter (dokter umum 33 orang, dokter gigi 17 orang, dokter spesialis 25 orang) untuk melayani lebih dari 350.000 penduduk. Kondisi ini digambarkan dengan rasio dokter yang masih rendah dan distribusi yang tidak merata antarwilayah. Temuan lapangan juga memperlihatkan keterbatasan dokter spesialis pada rumah sakit tertentu sehingga beberapa kasus harus dirujuk pada fasilitas tingkat lanjut.

Wawancara lapangan menguatkan data tersebut, Direktur RSUD Pratama Rumbia mengeluhkan:

"Saya belum punya dokter spesialis, sementara pasien banyak, pelayanan jadi terhambat. Masyarakat akan lebih percaya kapasitas rumah sakit ini, kalo ada dokter spesialisnya." (Wawancara, 2025)

Ringkasan temuan SDM disajikan Tabel 4 berikut :

Tabel 2.3. Kapasitas dan Distribusi SDM Kesehatan di Jeneponto berdasarkan Indikator Perda Nomor 6 Tahun 2018

Indikator (Perda No. 6/2018)	Temuan Empiris Penelitian Jeneponto	Analisis Tata Kelola Pelayanan Publik Bidang Kesehatan
Rasio dokter per penduduk (Standar Pelayanan Minimal)	0,21/1.000 penduduk	Kapasitas birokrasi lemah dalam pemenuhan kewajiban dasar pelayanan kesehatan
Distribusi Tenaga Kesehatan	Timpang antar wilayah	Ketidakmerataan kualitas layanan; beban kerja tidak proporsional
Pemanfaatan Sistem Informasi Kesehatan	SIMPUS & SIM RS digunakan tetapi tidak terintegrasi; bekerja dalam silo	Sistem berjalan sendiri (silo); tidak mendukung koordinasi lintas unit; alur informasi lambat

Sumber: Data lapangan penelitian 2025



1. Pengembangan Kompetensi dan Pelatihan

Pengembangan kompetensi tenaga kesehatan ditemukan belum konsisten. Sebagian pelatihan bersumber dari program vertikal, dan belum memiliki pola pelatihan yang terencana. Temuan empiris terkait

cakupan pelatihan, kesesuaian pelatihan dengan kebutuhan lokal, pelatihan digital, serta pelatihan manajemen layanan dirangkum pada Tabel 2.4.

Tabel 2.4. Keterkaitan Pengembangan Kompetensi dengan Prinsip HCG

Aspek Pengembangan Kompetensi	Temuan Empiris di Jeneponto	Analisis Tata Kelola di aspek kelembagaan	Keterkaitan HCG
Pelatihan berkelanjutan (CPD)	Hanya $\pm 35\%$ tenaga kesehatan mengikuti pelatihan dalam 2 tahun terakhir.	Pelatihan tidak terencana; kualitas layanan berbeda antar-UPT.	Reflektif – HCG menekankan pembelajaran berkelanjutan sebagai dasar perbaikan mutu layanan.
Pelatihan sesuai kebutuhan lokal	Pelatihan lebih banyak berasal dari program vertikal, bukan berbasis kebutuhan wilayah.	Tidak ada <i>needs assessment</i> ; kompetensi tidak sesuai konteks lokal.	Relasional – kompetensi harus sesuai kebutuhan masyarakat
Pelatihan digital & aplikasi program	Banyak tenaga kesehatan kurang mahir SIMPUS, ASIK, dan aplikasi program.	Kapasitas digital rendah; pelaporan lambat; data tidak valid.	Reflektif– Berjejaring – data terintegrasi mendukung refleksi layanan dan jejaring informasi antar unit.
Pelatihan manajemen layanan	Minim pelatihan K3RS, manajemen risiko, dan manajemen mutu.	Lemahnya manajemen puskesmas dan RSUD; SOP tidak seragam.	Interaktif – pelatihan manajemen meningkatkan kemampuan tenaga berkomunikasi, mengkoordinasi, dan merespons.

Sumber: Data lapangan penelitian 2025

Pada tabel 2.4. menunjukkan bahwa kelemahan dalam pelatihan, kompetensi, dan pembelajaran institusional di Jeneponto berdampak langsung pada kualitas hubungan, komunikasi, refleksi organisasi, dan jejaring layanan kesehatan. Pelatihan yang tidak terstruktur melemahkan prinsip reflektif, karena organisasi kehilangan kesempatan untuk mengevaluasi dan meningkatkan kinerjanya secara



Ketidaksesuaian pelatihan dengan kebutuhan wilayah menghambational, yang menuntut pemahaman konteks sosial dan kebutuhan dalam penyusunan kebijakan layanan.

3. Sistem Supervisi dan Pengawasan

Hasil penelitian menunjukkan pemanfaatan sistem informasi layanan telah berjalan, tetapi integrasi data antarunit belum optimal. Puskesmas menggunakan SIMPUS, sementara rumah sakit menggunakan SIMRS, namun kedua sistem belum sepenuhnya terhubung. Beberapa unit layanan masih melakukan pencatatan manual ketika jaringan tidak stabil. Informan menyampaikan:

“Kami sudah pakai sistem digital, tapi kalau jaringan lambat atau mati, kami terpaksa kembali ke pencatatan manual. Data baru bisa diinput besok atau lusa ketika jaringan pulih.” (Wawancara, Staf Puskesmas Binamu Kota, 2025).

Tabel 2.5. Keterkaitan Sistem Supervisi dan Pengawasan dengan Prinsip HCG

Aspek Supervisi dan Pengawasan	Temuan Empiris di Jeneponto	Analisis Tata Kelola di aspek kelembagaan	Keterkaitan HCG
Frekuensi supervisi puskesmas	Supervisi tidak rutin; sering tertunda.	Pengawasan tidak terinstitusionalisasi; cenderung reaktif.	Reflektif – HCG menekankan pembelajaran berkelanjutan sebagai dasar perbaikan mutu layanan.
Supervisi RSUD	Audit mutu lebih bersifat administratif.	Evaluasi mutu klinis tidak konsisten; SOP diinterpretasi berbeda antar-unit.	Relasional – kompetensi harus sesuai kebutuhan masyarakat
Umpan balik dan tindak lanjut	Tidak ada mekanisme baku; tindak lanjut lambat..	Pengawasan tidak menghasilkan perbaikan sistemik.	Reflektif–Berjejaring – data terintegrasi mendukung refleksi layanan dan jejaring informasi antarunit.
Penggunaan data dalam pengawasan	Data tidak real-time; laporan sering terlambat.	Tidak ada <i>knowledge-sharing platform</i> .	Reflektif–Berjejaring – data yang terintegrasi penting untuk evaluasi dan jejaring koordinasi antarunit.
Koordinasi lintas level layanan	Dinkes–Puskesmas–RSUD tidak memiliki forum evaluasi rutin.	Tidak ada <i>knowledge-sharing platform</i> .	BerjejaringHCG memerlukan jejaring kolaboratif dalam pengawasan dan pembelajaran.

lapangan penelitian 2025



4. Sistem Informasi Kesehatan

Hasil wawancara menyatakan Kabupaten Jenepono belum memiliki Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA) sebagaimana amanat Perda 6/2018. Pada tingkat puskesmas, sistem informasi yang digunakan meliputi SIMPUS, ASIK, serta aplikasi program (TB, KIA, gizi, imunisasi), namun aplikasi tersebut berjalan terpisah dan belum terintegrasi. Seorang Kepala Puskesmas menyatakan:

“Kalau SIKDA memang belum ada di Jenepono. Yang ada itu SIMPUS, ASIK, dan aplikasi program. Jadi datanya banyak, tapi tidak terhubung satu sama lain. Pelaporan masih kami gabungkan manual.” (Wawancara, 2025).

Ringkasan temuan sistem informasi disajikan pada Tabel 2.6.

Tabel 2.6. Keterkaitan Sistem informasi dengan Prinsip HCG

Komponen sistem informasi	Temuan Empiris di Jenepono	Analisis Tata Kelola di aspek kelembagaan
Ketersediaan Sistem Informasi Daerah	Tidak ada SIKDA; regulasi belum terimplementasi.	Kesenjangan besar antara regulasi dan implementasi.
SIM Puskesmas (SIMPUS)	Digunakan sebagai rekam medis elektronik internal; tidak terhubung dengan RSUD/Dinkes.	Sistem berjalan sendiri (silo); tidak mendukung koordinasi lintas unit.
Aplikasi ASIK (Kemenkes)	Digunakan untuk pelaporan pelayanan primer; sering terkendala jaringan.	Ketergantungan pada sistem pusat; tidak memberi gambaran kondisi lokal secara utuh
Aplikasi Program (TB, KIA, Gizi, Imunisasi)	Banyak aplikasi terpisah; operator terbatas; beban pelaporan tinggi.	Fragmentasi data; beban administrasi mengurangi waktu pelayanan.
Integrasi dengan SIMRS RSUD	Tidak ada integrasi; rujukan dilakukan manual dan lewat telepon.	Sulit memonitor rujukan, kapasitas bed, dan kesiapan layanan.
Pelaporan ke Dinas Kesehatan	Semi-digital; banyak laporan disatukan manual	Lemahnya akuntabilitas dan validitas data.

Sumber: Data lapangan penelitian 2025

2.4.3. Dimensi Partisipasi dan Pemberdayaan Masyarakat



Penelitian menunjukkan partisipasi masyarakat memiliki dasar normatif Perda 6/2018, tetapi implementasinya belum berlangsung merata dan belum ada mekanisme partisipatif diketahui atau dimanfaatkan masyarakat. Temuan penelitian ini sejalan dengan temuan penelitian Kepuasan Masyarakat (IKM) oleh Lensa Indonesia (2024)

menunjukkan partisipasi warga dalam pengawasan dan evaluasi layanan sektor kesehatan masih rendah. Sebagian responden menyatakan belum pernah diundang untuk memberikan masukan, dan sebagian lainnya tidak mengetahui forum komunikasi publik di puskesmas.

Sementara itu, Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) internal RSUD Lanto Daeng Pasewang (2024) menunjukkan adanya peningkatan kepuasan pada aspek keterbukaan informasi dan responsivitas petugas, meskipun partisipasi formal dalam pengawasan masih terbatas.

Temuan lain menunjukkan pemanfaatan kanal pengaduan digital masih rendah. Berdasarkan data SP4N-Lapor, tidak ditemukan laporan pengaduan masyarakat yang masuk dari RSUD Lanto Daeng Pasewang sejak tahun 2021 hingga 2025. Temuan indikator partisipasi masyarakat terkait kualitas dialog, tingkat refleksi, dan dampak deliberasi terhadap kebijakan pelayanan disajikan pada Tabel 2.7.

Tabel 2.7. Indikator Partisipasi Masyarakat dalam Tata Kelola Kesehatan di Kabupaten Jeneponto

Aspek	Temuan Empiris di Jeneponto	Analisis Tata Kelola	Keterkaitan dengan HCG
Kualitas dialog	Komunikasi masih satu arah; forum MMD dan Lokakarya Mini (Lokmin) puskesmas tidak berjalan sebagai ruang deliberatif.	Interaksi bersifat informatif-konsultatif; warga pasif karena kurang memahami hak layanan dan mekanisme pengaduan.	Relasional & Interaktif – HCG menuntut dialog dua arah dan hubungan yang setara antara birokrasi dan masyarakat.
Tingkat refleksi	Refleksi kelembagaan tidak terstruktur; umpan balik masyarakat tidak masuk dalam evaluasi.	Evaluasi bersifat administratif; belum terjadi <i>double-loop learning</i> yang melibatkan warga.	Reflektif – HCG mendorong pembelajaran berkelanjutan berbasis masukan dari pengguna layanan.
Dampak deliberasi terhadap kebijakan pelayanan	Masukan masyarakat jarang mempengaruhi kebijakan; forum publik lebih banyak menjadi forum sosialisasi.	Partisipasi bersifat prosedural (<i>tokenism</i>); tidak ada saluran kebijakan yang mengakomodasi suara warga.	Berjejaring & Human-centred – kebijakan semestinya dibangun bersama melalui jejaring sosial dan orientasi kebutuhan manusia.

lapangan penelitian, 2025



2.5 Pembahasan

2.5.1 Pembahasan Dimensi Struktural

Pada dimensi struktural, temuan menunjukkan bahwa tata kelola pelayanan kesehatan di Jeneponto telah memiliki desain kelembagaan dan dasar regulatif yang jelas melalui Perda 6/2018 serta Perbup 9/2022, 53/2024, dan 7/2020. Namun, hasil empiris memperlihatkan adanya jarak antara struktur formal dan struktur operasional, terutama pada keterpaduan pelaporan antar-UPT, kesinambungan koordinasi lintas unit, serta integrasi sistem informasi. Kondisi ini memperlihatkan bahwa penguatan struktur organisasi belum otomatis menghasilkan layanan yang berjalan terpadu, karena efektivitas struktur sangat dipengaruhi oleh fungsi koordinasi, standar operasional yang seragam, dan dukungan sistem informasi yang bekerja real-time (WHO, 2007; Kooiman, 2003; Peters, 2019).

Dalam lensa HCG, masalah struktural tersebut berkaitan langsung dengan kualitas relasi dan interaksi antaraktor pelayanan. Koordinasi yang masih ad hoc dan komunikasi rujukan yang bergantung pada jalur manual memperlihatkan lemahnya dimensi interaktif dan berjejaring, karena arus informasi antarfasilitas belum menjadi jejaring kerja yang stabil. Sementara itu, temuan integrasi data yang belum sinkron berdampak pada lemahnya dimensi reflektif, sebab refleksi organisasi berbasis data sulit dilakukan ketika data tersebar pada “silo” sistem dan tertunda akibat kendala jaringan. Dengan demikian, penguatan struktural dalam tata kelola kesehatan Jeneponto tidak cukup berhenti pada pembentukan hierarki kelembagaan, tetapi harus bergerak pada integrasi alur layanan, standardisasi komunikasi rujukan, serta interoperabilitas data pelayanan sebagai prasyarat layanan yang responsif dan humanis.

2.5.2 Pembahasan Dimensi Kelembagaan

Temuan pada dimensi kelembagaan memperlihatkan bahwa tantangan terbesar terletak pada kapasitas SDM, pengembangan kompetensi, sistem supervisi, serta tata kelola informasi daerah. Rendahnya rasio dokter dan ketimpangan distribusi tenaga kesehatan menunjukkan keterbatasan kapasitas institusional untuk memenuhi mandat pelayanan dasar, yang pada praktiknya berimplikasi pada beban kerja, variasi mutu layanan, dan tingginya ketergantungan rujukan. Pada saat yang sama, pelatihan yang belum terencana dan supervisi yang cenderung reaktif menunjukkan bahwa pembelajaran organisasi belum terlembaga menjadi mekanisme rutin (Evans, 1995; Peters, 2019; Miles, Huberman, & Saldaña, 2014).

Jika dibaca melalui HCG, kondisi kelembagaan Jeneponto berhubungan dengan lemahnya pembentukan pengalaman layanan yang “memanusiakan” pengguna layanan. Kekurangan SDM dan pelatihan yang tidak merata membatasi kapasitas aparatur untuk membangun relasi layanan yang setara (relasional) dan respons yang cepat (interaktif). Supervisi yang tidak konsisten dan penggunaan data yang belum terintegrasi memperlemah kapasitas organisasi untuk belajar dari pengguna layanan (reflektif) dan memperbaiki standar layanan lintas (ig). Karena itu, perbaikan kelembagaan perlu diarahkan pada: (a) strategi redistribusi SDM dan pemenuhan formasi, (b) pelatihan berbasis kebutuhan lokal termasuk literasi digital layanan, (c) supervisi



suportif dan terjadwal dengan tindak lanjut yang jelas, serta (d) pembangunan mekanisme integrasi informasi daerah agar data menjadi basis pengambilan keputusan dan perbaikan mutu.

2.5.1 Pembahasan Dimensi Partisipasi dan Pemberdayaan Masyarakat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa partisipasi masyarakat dalam tata kelola kesehatan Jeneponto masih dominan berada pada bentuk pasif-reaktif melalui survei kepuasan (IKM/SKM) dan penilaian setelah layanan diterima. Rendahnya pemanfaatan kanal pengaduan digital dan terbatasnya warga yang mengetahui forum evaluasi layanan menunjukkan bahwa ruang partisipasi formal belum bertransformasi menjadi ruang partisipasi substantif. Kondisi ini penting karena partisipasi bukan hanya pelengkap tata kelola; ia adalah mekanisme akuntabilitas sosial yang memperkuat kualitas layanan dan legitimasi penyelenggara.

Dalam prinsip HCG, partisipasi yang bermakna menuntut relasi yang setara (relasional), komunikasi dua arah (interaktif), pemanfaatan umpan balik warga untuk pembelajaran (reflektif), dan jejaring warga–pemerintah–fasilitas layanan (berjejaring). Temuan Jeneponto menunjukkan keempat prasyarat ini belum sepenuhnya bekerja secara serentak. Karena itu, penguatan partisipasi tidak cukup melalui sosialisasi forum, tetapi membutuhkan: (a) penguatan literasi warga tentang hak layanan dan kanal pengaduan, (b) penguatan forum dialog di tingkat puskesmas dan desa agar deliberatif, serta (c) mekanisme formal agar hasil forum/IKM/SKM benar-benar ditindaklanjuti dalam perencanaan dan perbaikan mutu layanan.

2.6. Kesimpulan

Tata kelola pelayanan publik bidang kesehatan di Kabupaten Jeneponto telah memiliki kerangka regulatif dan struktur kelembagaan yang relatif jelas, terutama melalui Perda Kabupaten Jeneponto Nomor 6 Tahun 2018 tentang Sistem Pelayanan Kesehatan serta regulasi turunan berupa Peraturan Bupati Nomor 9 Tahun 2022 (UPT Puskesmas), Peraturan Bupati Nomor 53 Tahun 2024 (UPT RSUD Lanto Daeng Pasewang), dan Peraturan Bupati Nomor 7 Tahun 2020 (UPT RS Pratama Rumbia). Secara formal, pembagian peran antarlembaga telah ditetapkan: Dinas Kesehatan sebagai pengendali kebijakan dan koordinator, rumah sakit daerah sebagai layanan rujukan, dan puskesmas sebagai ujung tombak layanan primer. Praktik koordinasi juga telah berjalan melalui pelaporan berkala, rapat koordinasi, supervisi, dan mekanisme rujukan. Namun, temuan bab ini menunjukkan bahwa kekuatan normatif tersebut belum sepenuhnya bertransformasi menjadi keterpaduan operasional yang konsisten, terutama karena masih muncul hambatan pada keterpaduan pelaporan antar-UPT, ketidakteraturan forum koordinasi lintas aktor, dan lemahnya integrasi sistem informasi yang menyebabkan aliran data layanan tidak real-time dan masih berjalan dalam “silo” antarunit.

Ditinjau dari tiga dimensi tata kelola yang menjadi fokus penelitian, empirisnya adalah sebagai berikut. Pada dimensi struktural, persoalan entansi pada koordinasi yang belum terinstitusionalisasi kuat, sistem masih menghadapi hambatan informasi dan kesiapan layanan, serta n informasi yang belum menyatukan puskesmas–rumah sakit–Dinas



Kesehatan secara efektif. Pada dimensi kelembagaan, kapasitas layanan dibatasi oleh tantangan distribusi dan kecukupan SDM kesehatan (termasuk keterbatasan dokter spesialis), lemahnya pelembagaan pelatihan berkelanjutan yang masih cenderung ad hoc dan vertikal, serta supervisi/pengawasan yang belum berjalan rutin dan belum berbasis data sebagai mekanisme pembelajaran organisasi. Pada dimensi partisipatif, sekalipun partisipasi masyarakat telah diatur dalam regulasi daerah, implementasinya masih cenderung formal-konsultatif: forum-forum partisipasi belum sepenuhnya deliberatif, kanal pengaduan belum dimanfaatkan optimal, dan umpan balik warga belum terhubung secara kuat ke proses evaluasi serta perbaikan kebijakan layanan. Secara keseluruhan, penelitian ini menegaskan adanya kesenjangan antara desain tata kelola yang normatif dengan realitas implementasi, sehingga perbaikan tata kelola kesehatan Jeneponto membutuhkan penguatan yang tidak hanya administratif, tetapi juga menyentuh kualitas relasi layanan, komunikasi dua arah, refleksi berbasis data, dan jejaring kolaborasi lintas aktor agar layanan semakin responsif, akuntabel, dan berorientasi pada kebutuhan masyarakat.

2.7. Saran

Berdasarkan hasil analisis temuan penelitian, tata kelola pelayanan publik bidang kesehatan di Kabupaten Jeneponto perlu difokuskan pada penguatan dimensi struktural dan kelembagaan agar struktur formal benar-benar bekerja sebagai sistem operasional. Pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan perlu menstandarkan mekanisme koordinasi dan pelaporan lintas UPT (puskesmas–RS–Dinkes) dengan forum evaluasi rutin, indikator kinerja layanan yang seragam, serta prosedur rujukan yang menekankan kepastian informasi (ketersediaan layanan, dokter, dan ruang) sebelum pasien dirujuk. Penguatan integrasi sistem informasi juga perlu diarahkan pada penyatuan alur data pelayanan dan rujukan agar keputusan dapat diambil lebih cepat, sekaligus memperkuat supervisi yang terjadwal, suportif, dan berbasis data.

Pada dimensi partisipatif, partisipasi masyarakat perlu digeser dari sekadar konsultatif menjadi lebih substantif melalui penguatan ruang dialog di tingkat puskesmas/desa (MMD, lokmin) yang menghasilkan tindak lanjut terukur, serta optimalisasi kanal pengaduan dan umpan balik publik. Hasil IKM Pemkab Jeneponto dan SKM fasilitas kesehatan harus diposisikan sebagai instrumen perbaikan, diterjemahkan menjadi rencana aksi per unsur layanan, dan dipantau secara berkala. Pendekatan *Human-Centred Governance* dapat menjadi pengikat arah transformasi tersebut: memperkuat relasi layanan yang empatik (relasional), komunikasi dua arah yang responsif (interaktif), budaya evaluasi dan pembelajaran organisasi (reflektif), serta jejaring kolaboratif lintas aktor (berjejaring) untuk mendorong mutu layanan dan kepercayaan publik.



Referensi

- Aivalli, P., Dada, S., Gilmore, B., Srinivas, P. N., & De Brún, A. (2025). Power dynamics and intersectoral collaboration for health in low- and middle-income countries: A realist review. *Health Policy and Planning*, 40(6), 661–683. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaf022>
- Alderwick, H., Hutchings, A., & Mays, N. (2024). Cross-sector collaboration to reduce health inequalities: A qualitative study of local collaboration between health care, social services, and other sectors under health system reforms in England. *BMC Public Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20089-5>
- Alvarez-Rosete, A. (2025). An empirical investigation of governance arrangements in 5 leading international integrated care systems. *International Journal of Integrated Care*, 25, 262. <https://doi.org/10.5334/ijic.icic24118>
- Amir, M., Liwaul, Zaludin, Witjaksono, J., & Seerasarn, N. (2023). Consistency of public service management in implementing good governance in Indonesia: A case study in Kendari City. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*, 12(6), 176–186. <https://doi.org/10.36941/ajis-2023-0162>
- Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Ansell, C., & Gash, A. (2018). Collaborative platforms as a governance strategy. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 28(1), 16–32.
- Araújo, N., Reis, A. M., Borges, A. P., & Rosa, Á. (2023). Managing public health spending growth: Public's views. *Journal of Health Management*, 25(3), 579–586. <https://doi.org/10.1177/09720634231201698>
- Bäck, A., Modin Asper, M., Madsen, S., Eriksson, L., Costea, V. A., Hasson, H., & Bergström, A. (2025). Collaboration between local authorities and civil society organisations for improving health: A scoping review. *BMJ Open*, 15(3), 1–13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-092525>
- Belrhiti, Z., Bigdeli, M., Lakhal, A., Kaoutar, D., Zbiri, S., & Belabbes, S. (2024). Unravelling collaborative governance dynamics within healthcare networks: A scoping review. *Health Policy and Planning*, 39(4), 412–428. <https://doi.org/10.1093/heapol/czae005>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*, 9(1), 3–26.
- Bulthuis, S., Kok, M., Onvlee, O., O'Byrne, T., Amon, S., Namakula, J., Chikaphupha, K., Gerold, J., Mansour, W., Raven, J., Broerse, J. E. W., & Dieleman, M. (2023). How to scale-up: A comparative case study of scaling up a district health management strengthening intervention in Ghana, Malawi and Uganda. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09034-1>
- Byrne, E., & Heywood, A. (2023). Use of routine health information systems data in developing and monitoring district and facility health plans: A scoping review. *Health Services Research*, 23(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09034-1>
- Copleford, G., Coccozza, A., Thabet, A., & Bloom, G. (2023). The practice behaviours: A proposed approach for the alignment of the public and private sectors for better health outcomes. *BMJ Global Health*, 8, 1–8.



- <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-012528>
- De Brún, A. (lihat Aivalli et al., 2025). (Tidak perlu entri terpisah—sudah sebagai co-author.)
- Dunleavy, P., Margetts, H., Bastow, S., & Tinkler, J. (2006). *Digital era governance: IT corporations, the state, and e-government*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199296194.001.0001>
- Emerson, K., & Nabatchi, T. (2015). *Collaborative governance regimes*. Georgetown University Press.
- Feiock, R. C. (2013). The institutional collective action framework. *Policy Studies Journal*, 41(3), 397–425. <https://doi.org/10.1111/psj.12023>
- Fung, A. (2015). Putting the public back into governance: The challenges of citizen participation and its future. *Public Administration Review*, 75(4), 513–522. <https://doi.org/10.1111/puar.12361>
- George, B., Klijn, E. H., Ropes, E., & Sattlegger, A. (2024). Do network management and trust matter for network outcomes? A meta-analysis and research agenda. *Public Management Review*, 26(11), 3270–3297. <https://doi.org/10.1080/14719037.2024.2327629>
- Ghaffari Heshajin, S., Sedghi, S., Panahi, S., & Takian, A. (2024). A framework for health information governance: A scoping review. *Health Research Policy and Systems*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12961-024-01193-9>
- Hooghe, L., & Marks, G. (2020). A postfunctionalist theory of multilevel governance. *The British Journal of Politics and International Relations*, 22(4), 820–826. <https://doi.org/10.1177/1369148120935303>
- Jarrett, P., Fozdar, Y., Abdelmagid, N., & Checchi, F. (2021). Healthcare governance during humanitarian responses: A survey of current practice among international humanitarian actors. *Conflict and Health*, 15(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13031-021-00355-8>
- Kar, M., & Ram, S. (2024). Digital governance in transforming health systems and health policy in India. *The Journal of Community Health Management*, 11(1), 6–12. <https://doi.org/10.18231/j.jchm.2024.003>
- Kay, A. (2021). Implementation capacity and evaluation capacity. In *Oxford Research Encyclopedia of Politics*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228637.013.1377>
- Kristiadi, D. P., Hasanudin, M., Sutrisno, Jawahir, Sudarto, F., & Tarmizi, R. (2021). INDHCl: Indonesian districts health care information model. *Journal of Physics: Conference Series*, 1764, 1–10. <https://doi.org/10.1088/1742-6596/1764/1/012214>
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation. (Catatan: di data Anda tertulis “Michael, L.”—yang benar umumnya “Lipsky, M.”)
- Malik, V., Mittal, R., Mavaluru, D., Narapureddy, B. R., Goyal, S. B., Martin, R. J., Srinivasan, K., & Mittal, A. (2023). Building a secure platform for digital governance interoperability and data exchange using blockchain and deep learning-based frameworks. *IEEE Access*, 11, 70110–70131. <https://doi.org/10.1109/ACCESS.2023.3293529>
- Mactaggart, I., Bastawrous, A., Burton, M. J., & Ramke, J. (2020). Refractive error coverage: An eye health indicator to measure towards universal health coverage. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 40(1), 1–5. <https://doi.org/10.1111/opo.12662>
- 2005). The political evolution of principal-agent models. *Annual Review*



- of Political Science, 8, 203–225. <https://doi.org/10.1146/annurev.polisci.8.082103.104840>
- Odugleh-Kolev, A., & Parrish-Sprowl, J. (2018). Universal health coverage and community engagement. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(9), 660–661. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.202382>
- Orgill, M., Marchal, B., Harris, B., & Gilson, L. (2025). Initiating systemic capacity development for leadership from the bottom-up: A realist evaluation of a leadership innovation in a South African health district. *Health Policy and Planning*, 40(1), 31–41. <https://doi.org/10.1093/heapol/czae099>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice*. Sage Publications.
- Popa, V., Geissler, J., Vermeulen, R., Priest, E., Capperella, K., Susuzlu, G., Terry, S. F., & Brooke, N. (2024). Delivering digital health solutions that patients need: A call to action. *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*, 58(2), 236–241. <https://doi.org/10.1007/s43441-023-00592-4>
- Saillaja, D. V., Priyadharshini, D. B. I., Tiwari, D. P. A., Natarajan, D. S., Vanithamani, D. M. R., & Mishra, D. B. R. (2024). Sustainable management strategies for enhancing commercial growth in the public health sector. *South Eastern European Journal of Public Health*, 128–136. <https://doi.org/10.70135/seejph.vi.1653>
- Saldanha, D. M. F., Dias, C. N., & Guillaumon, S. (2022). Transparency and accountability in digital public services: Learning from the Brazilian cases. *Government Information Quarterly*, 39(2), 101680. <https://doi.org/10.1016/j.giq.2022.101680>
- Schulmann, K., Bruen, C., Parker, S., Siersbaek, R., Mac Conghail, L., & Burke, S. (2024). The role of governance in shaping health system reform: A case study of the design and implementation of new health regions in Ireland, 2018–2023. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11048-2>
- Sheikh, A., Anderson, M., Albala, S., Casadei, B., Franklin, B. D., Richards, M., Taylor, D., Tibble, H., & Mossialos, E. (2021). Health information technology and digital innovation for national learning health and care systems. *The Lancet Digital Health*, 3(6), e383–e396. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(21\)00005-4](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(21)00005-4)
- Sriram, V., Topp, S. M., Schaaf, M., Mishra, A., Flores, W., Rajasulochana, S. R., & Scott, K. (2018). 10 best resources on power in health policy and systems in low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning*, 33(4), 611–621. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy008>
- Yanful, B., Kirubarajan, A., Bhatia, D., Mishra, S., Allin, S., & Di Ruggiero, E. (2023). Quality of care in the context of universal health coverage: A scoping review. *Health Research Policy and Systems*, 21(1), 1–29. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00957-5>
- Yuniar, P., Trihandini, I., Muyassar, I., Khoiriyah, L., Minawati, Birjaman, F. A., Diana, T. S., Serafina, A., Putri, H. R., Maimunah, R., Setiawan, R., Ramadhanisa, N. A., & Diyanto, A. (2025). Five-year journey of technical assistance in health insurance reforms: A case report. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 20(1), 65–72. <https://doi.org/10.7454/kesmas.v20i1.2207>

