

BAB 2

KONSEP PERENCANAAN

2.1 Kajian Literatur

2.1.1 Delineasi Kawasan Perdesaan

Menurut Undang-Undang RI No. 6 Tahun 2014 tentang Desa, Kawasan perdesaan adalah kawasan yang mempunyai kegiatan utama pertanian, termasuk pengelolaan sumber daya alam, dengan susunan fungsi kawasan sebagai tempat permukiman perdesaan, pelayanan jasa dan kegiatan ekonomi yang saling terkait dengan tempat permukiman dan kegiatan ekonomi di kawasan perdesaan. Klasifikasi kawasan perdesaan dan perkotaan dapat dilakukan dengan pendekatan GIS yaitu simbologi raster dan klasifikasi raster dimana Derajat Urbanisasi yang diolah melalui *Global Human Settlement Layer*. Hasil pengolahan pada GHS *Degree of Urbanization Grid* berupa deliniasi dengan klasifikasi oleh Badan Pusat Statistik, jumlah populasi dari pengolahan GHS *Degree of Urbanization*, lahan terbangun hasil digitasi citra satelit resolusi tinggi (CSRT) wilayah studi (Fitri, 2024).

2.1.2 Sarana Kesehatan

Menurut Undang-Undang RI No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Sarana kesehatan di kawasan perdesaan dapat didefinisikan sebagai tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan di wilayah perdesaan. Upaya kolaboratif dalam penyediaan fasilitas kesehatan telah dilakukan oleh pemerintah maupun sektor swasta. Namun, Sebagian besar masyarakat perdesaan masih memiliki akses yang buruk terhadap layanan kesehatan dasar. Di perdesaan Ghana, kondisi jalan antara tempat tinggal dan fasilitas kesehatan merupakan kunci untuk memastikan aksesibilitas terhadap layanan kesehatan. Kondisi jalan yang buruk merupakan hambatan utama akses masyarakat ke rumah sakit (Agbenyo et al., 2017).

1) Jangkauan Pelayanan Kesehatan

Jangkauan pelayanan kesehatan adalah kemampuan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan, kapan dan di mana mereka membutuhkannya. Penelitian ini mengamati pelayanan kesehatan yang dapat ditinjau dengan bagaimana fasilitas kesehatan terdistribusi secara geografis, seberapa luas populasi yang dapat

dijangkau, dan seberapa mudah masyarakat dapat mengaksesnya (Widayanti, 2022). Aksesibilitas sarana kesehatan adalah kemudahan masyarakat mencapai setiap tujuan mencakup jarak geografis antara asal dan tujuan serta jarak dalam hal waktu yang dihabiskan untuk mencapai lokasi berikutnya (Agbenyo et al., 2017). Spatial Accessibility (SA) merupakan alat yang dapat digunakan dalam studi aksesibilitas, terutama dalam mempertimbangkan aspek-aspek spasialnya (Hansun et al., 2019). Analisis aksesibilitas dapat dilakukan dengan teknik analisis GIS. GIS dapat digunakan di sektor kesehatan dimana metode ini sudah dimanfaatkan untuk mengetahui disparitas fasilitas kesehatan dengan menghitung parameter ambang batas dan jangkauan pelayanan (Geofana, 2021).. Aksesibilitas memerlukan ukuran nilai yang pasti untuk daerah yang memiliki keterbatasan layanan kesehatan sehingga dapat dijadikan pertimbangan dalam pengambilan keputusan kebijakan pemerintah. Masyarakat cenderung beralih ke layanan swasta setempat karena rendahnya kualitas pelayanan dan terbatas pada sub-pusat dan pusat layanan kesehatan primer (Kanuganti et al., 2016). Akses ke fasilitas kesehatan di daerah perdesaan umumnya lebih sulit karena fasilitas kesehatan dan infrastruktur pendukungnya masih kurang memadai. Lokasi merupakan aspek krusial dalam menyelenggarakan pelayanan optimal dan memenuhi kepuasan masyarakat, terutama dalam sektor kesehatan, karena lokasi fasilitas kesehatan memengaruhi akses layanan dasar. Topografi yang khas suatu wilayah dapat menjadi hambatan bagi penduduk dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan, dan faktor ini memainkan peran kunci dalam menentukan kinerja fasilitas tersebut. Pada penelitian sebelumnya, Sistem Informasi Geografis (SIG) digunakan sebagai pendekatan untuk mengidentifikasi ketersediaan dan distribusi permintaan layanan fasilitas kesehatan, serta untuk menilai ketidaksetaraan fasilitas kesehatan dengan menghitung parameter ambang batas dan jangkauan pelayanan (Geofana, 2021). Analisis keterjangkauan sarana kesehatan di sebuah wilayah dilakukan secara kuantitatif dengan bantuan alat geospasial QGIS. Observasi lapangan melengkapi analisis ini untuk memahami kondisi fisik. Teknik spasial QGIS memanfaatkan peta dasar OSM dan pendekatan isochrone melalui ORS Tools. Berdasarkan hasilnya, peta isochrone jangkauan jarak dan waktu tempuh menggunakan akses kendaraan bermotor dan berjalan kaki, terdapat area permukiman yang tidak terjangkau jarak pelayanan (Widayanti, 2022).

2) Arahan Lokasi

Arahan lokasi adalah serangkaian pedoman atau prinsip yang digunakan untuk menentukan tempat yang paling tepat untuk suatu kegiatan, pembangunan, atau fasilitas

tertentu. Arahan lokasi sarana kesehatan adalah pedoman yang diarahkan guna memastikan perencanaan sarana kesehatan dilakukan di tempat yang sesuai dengan pertimbangan kriteria dan syarat yang berlaku. Pada penelitian sebelumnya, digunakan permodelan SIG berupa metode *Network Analysis* dengan teknik analisis *Location Allocation*. Metode *Location-Allocation* digunakan untuk menemukan lokasi terbaik bagi fasilitas agar dapat memenuhi kebutuhan pelayanan dari populasi yang ada. Penerapan metode ini membutuhkan data jaringan yang mencakup informasi tentang batas kecepatan atau waktu tempuh (Salsabilah et al., 2023).

2.2 Standar dan Peraturan

Standar pelayanan sarana kesehatan merupakan kriteria atau pedoman yang dirancang untuk menjamin kualitas dan keamanan layanan yang disediakan oleh fasilitas kesehatan, termasuk rumah sakit, klinik, laboratorium, dan lainnya. Standar ini mencakup berbagai aspek operasional dan klinis yang penting untuk memberikan perawatan yang efektif dan aman kepada pasien. Standar pelayanan sarana kesehatan bertujuan untuk memastikan bahwa semua pasien menerima perawatan yang kompeten, aman, dan hormat, dan bahwa fasilitas kesehatan beroperasi secara efisien dan efektif untuk memenuhi kebutuhan masyarakat yang dilayani. Berdasarkan Dokumen Standar Nasional Indonesia (SNI) No. 03-1733-2004 terkait tata cara perencanaan lingkungan perumahan di perkotaan, standar kebutuhan sarana kesehatan tercantum pada **Tabel 2.1**.

Tabel 2.1. Standar Kebutuhan Sarana Kesehatan

No.	Jenis Sarana	Jumlah Penduduk Pendukung (Jiwa)	Kebutuhan Per Satuan Sarana		Standard (m ² /jiwa)	Kriteria		Keterangan
			Luas Lantai Min. (m ²)	Luas Lahan Min. (m ²)		Radius Pencapaian	Lokasi dan Penyelesaian	
1	BKIA/Klinik Bersalin	30000	1500	3000	0,1	4000m'	Dapat dijangkau dengan kendaraan umum	
2	Puskesmas Pembantu dan Balai Pengobatan Lingkungan	30000	150	300	0,006	1500m'	Dapat dijangkau dengan kendaraan umum	Dapat bergabung dalam lokasi kantor kelurahan
3	Puskesmas dan Balai Pengobatan	120000	420	1000	0,008	3000m'	Dapat dijangkau dengan kendaraan umum	Dapat bergabung dalam lokasi kantor kecamatan

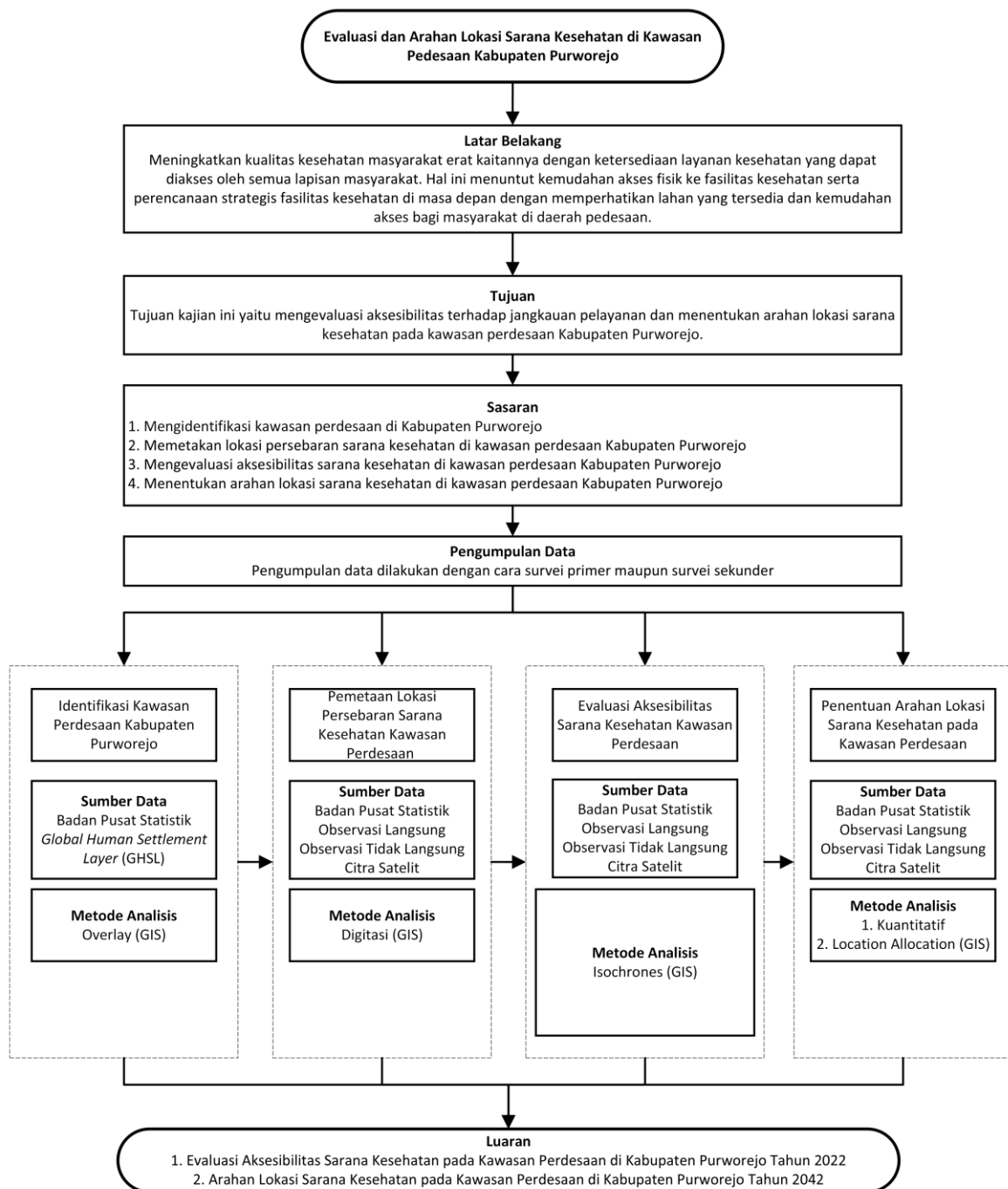
No.	Jenis Sarana	Jumlah Penduduk Pendukung (Jiwa)	Kebutuhan Per Satuan Sarana		Standard (m ² /jiwa)	Kriteria		Keterangan
			Luas Lantai Min. (m ²)	Luas Lahan Min. (m ²)		Radius Pencapaian	Lokasi dan Penyelesaian	
4	Apotik/Rumah Obat	30000	120	250	0,025	1500m'	Dapat dijangkau dengan kendaraan umum	

Sumber: SNI 03-1733-2004

Menurut Keputusan Menteri Pemukiman dan Prasarana Wilayah No. 534/KPTS/M/2001 tentang pedoman penentuan standar pelayanan minimal bidang penataan ruang, perumahan dan pekerjaan umum, menyatakan bahwa sebaran fasilitas pelayanan kesehatan dalam suatu wilayah kabupaten/kota minimal tersedia 1 unit balai pengobatan/3.000 jiwa; 1 unit BKIA/RS bersalin/10.000-30.000 jiwa; 1 unit puskesmas/120.000 jiwa; 1 unit rumah sakit/240.000 jiwa dengan kualitas lokasi berada di pusat lingkungan/kecamatan yang bersih, mudah dicapai, tenang, jauh dari sumber penyakit, sumber bau/sampah dan pencemaran lainnya. Kebijakan lain terkait puskesmas yaitu Keputusan Menteri Kesehatan No. 75 Tahun 2014 menyatakan bahwa puskesmas harus dibangun di setiap kecamatan dan dalam kondisi tertentu dapat dibangun lebih dari 1 (satu) dengan pertimbangan kebutuhan pelayanan, jumlah penduduk dan aksesibilitas. Selain itu, penelitian ini menggunakan pedoman Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, Peraturan Menteri Kesehatan RI NO 9 Tahun 2014 Tentang Klinik, dan Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 Tahun 2019 Tentang Puskesmas.

2.3 Kerangka Kerja Kajian

Kerangka kajian diperlukan dalam tugas akhir ini untuk mempermudah dalam membatasi ruang lingkup penelitian yang lebih terarah dan efisien serta membantu dalam membangun dasar pemikiran. Selain itu, kerangka kajian juga dapat membantu dalam menetapkan metodologi penelitian yang paling sesuai berdasarkan tinjauan literatur dan teori yang relevan dan memperkuat rasional penelitian tersebut. Kerangka kerja kajian mencakup tahapan masukan, proses, dan keluaran. Struktur kerangka kerja untuk penyusunan Tugas Akhir dapat diamati pada **Gambar 2.1**.



Sumber: Penulis, 2024.

Gambar 2.1. Kerangka Kerja Kajian

Kerangka kerja diatas digunakan sebagai panduan sistematis dalam melakukan penelitian mulai dari menetapkan dasar teoritis dan metodologis yang mengarah pada seluruh proses penelitian. Kerangka kajian diatas dimulai dari tahap input berupa perumusan masalah, tujuan, dan sasaran. Kemudian dilakukan tahap proses dengan pengumpulan data dan pengolahannya hingga tahap output berupa penyajian hasil.