

KEBIJAKAN PEMERINTAH DALAM MENINGKATKAN AKSES PELAYANAN KESEHATAN DI DAERAH PERBATASAN NEGARA

dr.Cindy Saras Wati, M.K.M¹, Ricky Wiranata,SKM., MKM², Alfian Najmi,SKM.,MKM³

^{1 2 3} Institut Kesehatan Helvetia Pekanbaru, Riau

Korespondensi: cindysaraswati@helvetia.ac.id

Informasi Artikel

Riwayat artikel:

Diterima Sep 29th, 2025

Direvisi Sep 29th, 2025

Diterbitkan Sep 29th, 2025

Kata kunci:

Kebijakan Kesehatan, Pelayanan Kesehatan, Tenaga Kesehatan, Fasilitas Kesehatan, Daerah Terpencil Perbatasan Kepulauan.

ABSTRACT

Latar Belakang : Akses pelayanan kesehatan di wilayah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan terbentur pada situasi dan kondisi geografis yang sulit terjangkau, terbatasnya sarana dan prasarana kesehatan, serta ketersediaan dan kualitas SDM kesehatan yang rendah. Tujuan untuk mengetahui gambaran kebijakan yang dilakukan pemerintah dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan di daerah perbatasan Negara Indonesia. Hasil Isu Kebijakan: Daerah Perbatasan merupakan Etalase Negara; Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) memiliki topografi yang ekstrem; Peran infrastruktur; Ketersediaan pelayanan kesehatan dan sarana pendukungnya; dan Manajemen Tenaga Kesehatan DTPK yang Spesifik. Kesimpulan : Rendahnya keaktifan partisipasi tenaga kesehatan dan ketidaktersediaannya sarana transportasi dalam menuju fasilitas kesehatan; Ketidamampuan pengelolaan sarana dan tenaga kesehatan, dimana harus mampu memenuhi kebutuhan masyarakat akan layanan kesehatan sesuai di daerah DTPK; Manajemen tenaga kesehatan DTPK yang tidak spesifik; Ketidakjelasan jaminan pengembangan karir dan profesi tenaga kesehatan pasca penugasan di DPT. Rekomendasi : Perlu dilakukan upaya Pendekatan lintas sector dengan menggunakan pendekatan multi-sektor dan multi-level pemerintahan dengan perbaikan signifikan pada indikator-indikator pembangunan di luar sektor kesehatan, seperti pendidikan, infrastruktur dan lingkungan. diperlukan komitmen politik agar perumusan kebijakan publik di setiap sektor sejalan dengan prinsip paradigma sehat.



© 2025 Para Penulis. Diterbitkan oleh Institut Kesehatan Helvetia Pekanbaru Ini adalah artikel akses terbuka di bawah lisensi CC BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak asasi manusia yang harus dilindungi dan diperhatikan oleh Pemerintah. Selain kesejahteraan social ekonomi, kesehatan juga merupakan salah satu indikator kesejahteraan masyarakat dalam suatu negara. Kesehatan merupakan hak dasar yang di miliki oleh setiap warga Negara yang berada di Indonesia dan setiap lapisan masyarakat memiliki hak yang sama dalam menerima pelayanan kesehatan dari instansi yang memberikan pelayanan kesehatan. Hal tersebut tercantum dalam Undang-undang Dasar Republik Indonesia pada pasal 28H ayat 1 yang berbunyi “setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”.

Pemenuhan kebutuhan masyarakat dalam bidang kesehatan pemerintah wajib menjamin kebutuhan tersebut sebagaimana yang tercantum di dalam Undang – undang Dasar Republik Indonesia pada pasal 34 ayat 3 yang berbunyi “negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan pelayanan umum yang layak”. Di dalam Pasal 14 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan juga di tuliskan bahwa, “Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat”.

Dalam upaya peningkatan kesehatan, maka terbentuklah salah satu prioritas reformasi kesehatan dalam bentuk rencana strategis program pembangunan kesehatan, yaitu meningkatkan dan pemerataan pelayanan yang bermutu bagi masyarakat di daerah terpencil dan kepulauan dengan berbagai rencana aksinya. Terbentuknya rencana aksi tersebut diharapkan pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar semakin terpenuhi, sehingga masyarakat di wilayah terpencil dan kepulauan akan terjamin

kesehatannya. Kebijakan kesehatan di Daerah Tertinggal Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kebijakan rencana pembangunan kesehatan menuju Indonesia sehat.

Tetapi di dalam pelaksanaannya, pemerataan pelayanan kesehatan belum dapat di rasakan oleh seluruh masyarakat terutama di dalam kualitas pelayanan kesehatan yang dapat di berikan. Daerah perbatasan merupakan salah satu wilayah yang terkena efek dari kurangnya pemerataan di bidang kesehatan tersebut. Hal ini di disebabkan oleh karena kendala jarak, sehingga akses yang di gunakan untuk sampai ke daerah tersebut sangat sulit. Sehingga menyebabkan kesulitan dalam penyaluran obat – obatan dan peralatan serta kondisi fasilitas pelayanan kesehatan yang belum sepenuhnya dapat dijangkau oleh masyarakat, yang mana hal ini di perlukan demi terlaksananya pelayanan kesehatan yang baik dan berkualitas.

Di sisi lain, kurangnya minat tenaga kesehatan yang bersedia ditempatkan di wilayah DTPK turut menyumbang status kesehatan masyarakat yang tergolong rendah. Biaya hidup yang besar dan juga fasilitas umum yang kurang memadai membuat tenaga kerja kesehatan dalam hal ini seperti dokter, perawat, dan bidan enggan untuk tinggal di tempat tersebut. Permasalahan ketidakmerataan upaya kesehatan ini juga disebabkan permasalahan sosial yaitu tingkat kemiskinan masyarakat setempat sehingga tidak dapat menjangkau pelayanan kesehatan.

Tujuan

1. Tujuan Umum

Adapun tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kebijakan yang dilakukan pemerintah dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan di daerah perbatasan Negara Indonesia.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui Issue- issue public tentang akses pelayanan kesehatan di daerah perbatasan / DPTK
- b. Untuk mengetahui Issue- issue kebijakan public tentang akses pelayanan kesehatan di daerah perbatasan / DPTK
- c. Untuk menganalisis peran internasional didalam kebijakan akses pelayanan kesehatan di daerah perbatasan / DPTK
- d. Untuk menganalisis keterlibatan/peran politik terhadap kebijakan akses pelayanan kesehatan di daerah perbatasan / DPTK
- e. Untuk menganalisis implementasi kebijakan akses pelayanan kesehatan di daerah perbatasan / DPTK

METODE PENELITIAN

Kebijakan Kesehatan

Secara terminologi, kita sudah lazim mendengar kebijakan publik. Pada dasarnya, kebijakan publik dapat pula bertransformasi menjadi perangkat kebijakan kesehatan. Kebijakan kesehatan ini dapat pula menghasilkan seperangkat aturan kesehatan atau dikenal dengan sistem kesehatan yang akan diterapkan. Kebijakan kesehatan dapat dikatakan pula sebagai sebuah kebijakan yang berorientasi pada sektor kesehatan dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan setiap warga Negara. Definisi kebijakan kesehatan menurut Bank Dunia yaitu pengalokasian sumberdaya yang terbatas di bidang kesehatan. Kemudian dapat pula diartikan sebagai sebuah proses dan kekuasaan, termasuk didalamnya siapa mempengaruhi siapa pada pembuatan kebijakan kesehatan dan bagaimana kebijakan itu akhirnya terjadi.

Pelayanan Kesehatan

Menurut Levey dalam Azwar, pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan seseorang, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat. Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan bermacam-macam, tetapi kesemuanya ditentukan oleh :

1. Pengorganisasian pelayanan, apakah dilaksanakan secara sendiri atau berkesamaan dalam suatu organisasi.

2. Ruang lingkup kegiatan, apakah hanya mencakup kegiatan pemeliharaan kesehatan, penelitian meningkatkan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemeliharaan kesehatan atau kombinasi daripadanya.
3. Sasaran pelayanan kesehatan, apakah untuk perseorangan, keluarga, kelompok, ataupun untuk masyarakat keseluruhan.

Kualitas Pelayanan Kesehatan

Kualitas pelayanan kesehatan adalah menunjukkan kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien. Adapun dimensi-dimensi kualitas pelayanan kesehatan adalah:

1. Kinerja (*performance*) yaitu perbuatan atau pelaksanaan pekerjaan yang berdaya guna, misalnya kecepatan, jumlah pasien, kemudahan dalam pembayaran/pendaftaran, kenyamanan, dan sebagainya.
2. Ciri-ciri atau keistimewaan tambahan (*features*), yaitu karakteristik sekunder atau pelengkap, misalnya kelengkapan interior dan eksterior rumah sakit/puskesmas.
3. Kehandalan (*reliability*) yaitu kemampuan untuk memberikan pelayanan yang tepat, misalnya diagnosa tepat, terapi cepat, dll.
4. Kesesuaian dengan spesifikasi (*conformance to specification*) yaitu sejauh mana karakteristik desain dan operasi memenuhi standar-standar yang telah ditetapkan sebelumnya. Misalnya standar keamanan, tindakan sesuai prosedur, pendaftaran sesuai prosedur.
5. Daya Tahan (*durability*) yaitu berapa lama suatu produk dapat terus digunakan.
6. Kemampuan melayani (*service ability*) yaitu pelayanan yang diberikan tidak terbatas bukan hanya sebelum penjelasan, tetap juga selama proses penjualan hingga purna jual. Seperti misalnya kecepatan, kenyamanan, serta penanganan keluhan yang memuaskan.
7. Estetika (*Easthetic*) yaitu daya tarik panca indera, misalnya bentuk gedung, warna, ruang tunggu, desain kamar rawat inap, dll.

Kualitas yang dipersepsikan (*perceived quality*) adalah keseluruhan ciri-ciri dan karakteristik dari suatu produk atau jasa dalam hal kemampuannya untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan yang telah ditentukan. Seperti misalnya citra dan reputasi produk serta tanggung jawab organisasi pelayanan kesehatan terhadapnya. Biasanya karena kurangnya pengetahuan pasien akan pelayanan yang akan diperoleh, maka mempersepsikan kualitasnya dari aspek harga, nama organisasi pelayanan kesehatan, iklan, reputasi organisasi pelayanan kesehatan.

Daerah Perbatasan

Kawasan Perbatasan adalah bagian dari Wilayah Negara yang terletak pada sisi dalam sepanjang batas wilayah Indonesia dengan negara lain, dalam hal Batas Wilayah Negara di darat, Kawasan Perbatasan berada di kecamatan. (UU Nomor 43 Tahun 2008 Tentang Wilayah Negara).

Wilayah perbatasan merupakan daerah yang berbatasan langsung dengan perbatasan suatu negara. Selain definisi informal, daerah perbatasan mungkin memiliki definisi hukum dan delineasi baik di dalam negeri dan karena perjanjian bilateral. Alasan untuk definisi hukum dari daerah perbatasan meliputi peningkatan keamanan dan ketentuan khusus bagi penduduk daerah perbatasan untuk menyeberang perbatasan.

Kondisi Pelayanan Kesehatan Di Daerah Perbatasan Indonesia

Isu prioritas yang harus segera ditangani di DTPK di antaranya adalah masalah akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu, pemenuhan SDM Kesehatan yang diikuti dengan distribusi SDM tersebut secara merata, serta sistem rujukan di instalasi kesehatan. Permasalahan utama sistem rujukan terletak pada pelayanan kesehatan tambahan seperti puskesmas pembantu (pustu) dan puskesmas dengan rumah sakit terdekat seperti yang ditemui di salah satu Kabupaten, yaitu Kabupaten Raja Ampat, sebagai salah satu daerah tertinggal dan minim fasilitas kesehatan.

Kondisi sarana pelayanan kesehatan masih terbatas pada puskesmas (ada di setiap distrik), pustu, poliklinik desa (polindes), pos malaria desa (posmalades) dan puskesmas keliling (baru dimiliki 4 unit) yang berfungsi untuk memberikan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat yang kesulitan untuk pergi ke puskesmas di ibukota distrik. Sedangkan untuk rumah sakit, baru dimiliki sebuah Rumah Sakit bergerak (Tipe D) di Waisai.

Keberadaan dokter umum juga masih jauh dari yang diharapkan (pada tahun 2009 rasio dokter per 100.000 penduduk adalah 0,03 yang idealnya 40) dan sebagian besar yang bekerja di puskesmas adalah dokter PTT, sedangkan dokter gigi dan dokter spesialis belum ada. Jumlah bidan yang ada di Puskesmas, RS, dan Sarana Kesehatan sangat terbatas dengan tingkat pendidikan D3 Kebidanan dan lulusan D1 Kebidanan. Sedangkan Jumlah tenaga perawat kesehatan baik di Puskesmas, RS, dan Sarana Kesehatan Lain sebanyak 85 orang yang terdiri dari D3 keperawatan sejumlah 63 dan SPK sejumlah 22 orang. Padahal, idealnya di setiap Puskesmas tersedia dokter dan di setiap kampung tersedia bidan.

Keterbatasan sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut menyebabkan kualitas kesehatan masyarakat di wilayah perbatasan masih tergolong rendah, selain dikarenakan kondisi lingkungan permukiman dan cara hidup masyarakat yang kurang sehat. Contoh, penyakit yang umum diderita penduduk Raja Ampat adalah malaria klinis, infeksi saluran pernapasan akut, dan penyakit kulit. Selain itu, juga masih ditemukan kasus kematian ibu waktu melahirkan, dan kematian neonatal. Pada tahun 2009 jumlah kematian ibu waktu melahirkan sebanyak 4 per 100.000 kelahiran hidup. Kasus kematian bayi waktu dan pasca dilahirkan tercatat 33,8 per 1000 kelahiran hidup. Kematian bayi di bawah 1 bulan ini masih didominasi oleh berat bayi yang lahir rendah (< 2500 gram), keadaan bayi yang sesak nafas (*aspeksia*), dan infeksi akibat pemotongan tali pusar bayi dengan menggunakan peralatan yang tidak bersih.

Kebijakan Daerah Perbatasan

Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan kebijakan kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK) yang merupakan bagian tak terpisahkan dari kebijakan Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat. Beberapa program khusus yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan dalam mendukung pelayanan kesehatan di DTPK, antara lain

1. Pendayagunaan tenaga kesehatan berupa peningkatan ketersediaan, pemerataan, dan kualitas SDM
2. Peningkatan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan di DTPK misal: rumah sakit bergerak, pelayanan dokter terbang, pelayanan perairan
3. Dukungan pembiayaan kesehatan seperti Jamkesmas, Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), Dana Alokasi Khusus (DAK), Jampersal, dan bantuan social
4. dukungan peningkatan akses pelayanan berupa pengadaan persediaan, obat dan alat kesehatan
5. Pemberdayaan masyarakat di DTPK melalui kegiatan Posyandu, Desa Siaga, Tanaman Obat Keluarga serta kegiatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)
6. Kerja sama antar- Kementerian Kesehatan dengan kementerian lainnya
7. Berbagai program lainnya.

Upaya mengimplementasikan kebijakan tersebut secara khusus akan menjadikan kawasan perbatasan sebagai kawasan beranda depan yang berinteraksi positif dengan negara tetangga dan secara umum meningkatkan akses pelayanan kesehatan di DTPK. Untuk itu diperlukan upaya dan komitmen seluruh komponen bangsa, mulai dari pemerintah pusat dan daerah, legislatif, dunia usaha, masyarakat adat, dan sebagainya.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Isu Publik

1. Pelayanan kesehatan primer di daerah perbatasan masih rendah

Puskesmas sebagai pemberi pelayanan primer yang menjadi andalan utama pelayanan bagi masyarakat, belum mampu memberikan pelayanan bagi daerah terpencil perbatasan dan kepulauan khususnya di daerah perbatasan. Wilayah kerja puskesmas cukup luas, secara geografis sebagian sulit dijangkau, jumlah penduduk sedikit, tersebar dalam kelompok-kelompok kecil yang saling berjauhan.

2. Sarana transportasi sangat terbatas dengan biaya yang mahal baik darat, sungai, laut maupun udara

Permasalahan pelayanan kesehatan di daerah terpencil dapat diatasi dengan adanya pelayanan kesehatan yang terintegrasi yaitu kombinasi antara seluruh kegiatan pelayanan kesehatan terhadap pasien dengan kepastian koordinasi dan hubungan antar individual di dalamnya. Sistem kesehatan yang terintegrasi ini terbagi atas dua pendekatan yaitu pendekatan institusi dan pendekatan sistem. Tiga

kontributor yang dapat membuat integrasi berjalan dengan baik adalah pemerintah, teknologi dan transportasi.

Di daerah Kepulauan Riau, keterbatasan alat transportasi dari pemerintah seperti kapal puskel dan ambulans, memaksa mereka menggunakan alat transportasi berupa “pompong” dan *speedboat* sebagai alat transportasi rujukan yang sangat relevan dan penting meskipun belum sepenuhnya memberikan kenyamanan dan keamanan.

3. Status dokter PNS dan PTT menjadi masalah terkait dengan reward

Dokter PNS sebagai kepala puskesmas yang mempunyai tugas dan tanggung jawab yang lebih besar tetapi memperoleh *reward* yang lebih sedikit dibanding dengan dokter PTT dengan tanggung jawab serta pengalaman yang lebih sedikit. Keberlangsungan dokter PTT yang sering berganti akan memengaruhi manajemen puskesmas. Dokter PTT dengan masa kontrak selama 1 tahun ternyata terlalu singkat untuk bisa mengelola puskesmas dengan baik karena dengan kurun waktu tersebut belum menguasai program puskesmas. Di samping itu dokter perlu adaptasi terhadap lingkungan serta dibutuhkan waktu agar masyarakat bisa mengenalnya.

4. Tidak Ada Standar Pelayanan Kesehatan Yang Spesifik di DTPK

Kebijakan yang ada saat ini adalah Kepmenkes tentang kebijakan standar pelayanan kesehatan secara umum. Kebijakan tersebut tidak secara jelas mengatur standar pelayanan kesehatan spesifik untuk DTPK khususnya untuk pulau dan gugus pulau, padahal permasalahan dan kebutuhan pelayanan kesehatan di daerah tersebut sangat berbeda. Variasi sarana kesehatan yang dibutuhkan pada daerah perbatasan, dan pulau-pulau atau gugus pulau mengharuskan tersedianya tenaga kesehatan dengan standar yang spesifik baik jenis maupun kompetensinya.

Dalam Peraturan Pemerintah nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota dinyatakan tentang pengelolaan tenaga strategis namun tidak ditegaskan tenaga kesehatan apa saja yang termasuk dalam kategori tenaga strategis, terlebih lagi jika dikaitkan dengan spesifikasi tenaga kesehatan strategis untuk DTPK.

Dalam PP tersebut juga tidak dijelaskan tentang kompetensi minimum, hak dan kewenangan khusus bagi tenaga kesehatan strategis di DTPK untuk boleh melakukan tindakan medik spesialisik tertentu yang didukung dengan aspek legal yang mempunyai kekuatan hukum.

5. Kompetensi Tenaga Kesehatan Tidak Dapat Memenuhi Pelayanan di DTPK.

Tenaga kesehatan yang baru lulus, kompetensinya tidak dapat memenuhi kebutuhan untuk DTPK, karena kurikulum pendidikan tenaga kesehatan bersifat umum tidak ada muatan khusus untuk dapat memenuhi pelayanan kesehatan di DTPK. Kompetensi tenaga kesehatan yang sudah ditempatkan pun tidak disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan kesehatan spesifik untuk DTPK.

6. Manajemen Tenaga Kesehatan DTPK Tidak Spesifik

Manajemen tenaga kesehatan untuk daerah perbatasan, dan kepulauan tidak didukung dengan kebijakan yang mengatur secara spesifik. Sebagaimana dipahami di dalam PP 38/2007 hanya mengatur secara umum tentang pengelolaan, penempatan dan pemanfaatan tenaga kesehatan strategis di tiap tingkatan pemerintahan.

Pola penempatan tenaga kesehatan di DTPK saat ini tidak efektif dan tidak efisien karena durasi penempatannya relatif pendek sehingga pemahaman lapangan relatif kurang. Selain itu *turn over* tenaga kesehatan tinggi, periode tanpa tenaga lebih panjang dibanding periode dengan tenaga.

Daerah mulai mencari peluang pemanfaatan tenaga kesehatan asing dalam rangka memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan di daerahnya, hal ini merupakan fenomena ketidakpuasan daerah terhadap cara penanganan tenaga kesehatan oleh Pusat. Padahal daerah tidak memiliki kewenangan memberikan izin kepada tenaga kesehatan asing untuk bekerja di DTPK.

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota kesulitan memperoleh formasi tenaga kesehatan terutama untuk DTPK karena tidak jelas mekanisme pengusulannya, sementara itu kriteria prioritas ketenagaan/kepegawaian dan penetapannya dilakukan oleh Badan Kepegawaian Daerah.

Pengorbanan finansial dari tenaga kesehatan selama pendidikan merupakan hambatan untuk menerima penempatan di DTPK karena kompensasi dan insentif yang disediakan dianggap tidak

memadai dan tidak atraktif atau menarik. Disamping itu juga tidak cukup menjamin tenaga kesehatan mau dan mampu memberikan pelayanan berkualitas di DTPK.

7. Ketidakjelasan Jaminan Pengembangan Karir dan Profesi Pasca Penugasan di DTPK

Selama menjalankan tugas di Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan, tenaga kesehatan telah kehilangan kesempatan mengumpulkan dana untuk biaya melanjutkan pendidikan. Selain itu tenaga kesehatan tersebut juga kehilangan akses untuk mendapatkan peningkatan keilmuan baik melalui internet, mengikuti seminar, ataupun memperoleh literatur/referensi serta keteringgalan informasi tentang perijinan kemandirian penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Demikian juga hal yang terkait dengan kepastian pengembangan karir sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS).

8. Perolehan obat pada umumnya tidak sesuai dengan permintaan

Banyak keluhan petugas kesehatan tentang ketidaksesuaian antara jenis dan jumlah obat dengan kasus penyakit yang ditangani merupakan hal yang perlu diperhatikan. Seharusnya di dalam pemenuhan kebutuhan obat perlu disesuaikan dengan epidemiologi yang ada di wilayah puskesmas (Baker,TD, William A. Reinke, 1994). Epidemiologi penyakit sangat penting dalam menetapkan prioritas dan populasi yang menjadi sasaran. Dengan mempelajari penyebaran penyakit yang ada di wilayah puskesmas dapat dipakai untuk menentukan titik fokus pelayanan yang terkait dengan jenis dan jumlah obat serta jenis peralatan kesehatan.

9. Peralatan kesehatan dan sarana penunjang kesehatan (laboratorium) di puskesmas kurang mencukupi

Kurangnya peralatan kesehatan dan sarana penunjang kesehatan (laboratorium) di puskesmas sering mengecewakan masyarakat yang harus menempuh perjalanan yang jauh dan sulit. Keadaan ini semakin menguatkan minat masyarakat untuk tidak berobat ke puskesmas. Ketersediaan alat kesehatan, bahan habis pakai, obat perlu ditambah disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing puskesmas. Alat komunikasi dan transportasi harus dipenuhi untuk mengefektifkan keterjangkauan puskesmas ke masyarakat. Oleh karena itu perlu kelengkapan alat kesehatan dan bahan habis pakai yang menunjang pelayanan kesehatan khususnya untuk kasus penyakit yang banyak terjadi di puskesmas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa peralatan untuk bidan di polindes tidak tercukupi sepenuhnya, padahal bidan di desa mendapat beban kegiatan pengobatan dan program-program yang lain selain KIA. Kekurangan peralatan ini dipenuhi dengan dibeli sendiri oleh bidan desa. Keadaan ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ristrini dkk. (2004) dan Handayani dkk. (2006) yang menunjukkan kurangnya pemenuhan kebutuhan peralatan kesehatan di polindes. Banyaknya kasus kegawatdaruratan membutuhkan peralatan dan keterampilan khusus, tetapi dalam kenyataannya masih kurang. Mengingat puskesmas dan jaringannya (pustu, polindes) adalah sasaran pertama untuk menangani kasus darurat maka penyediaan peralatan gawat darurat perlu tersedia di semua jaringan puskesmas dan perlu pemberian keterampilan kepada tenaga kesehatan yang bertanggung jawab di fasilitas kesehatan tersebut.

Isu Kebijakan

1. Daerah Perbatasan merupakan Jendela Negara

Daerah perbatasan selayaknya Etalase Negara atau bagian terdepan wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) seharusnya terlihat bagus karena terletak di bagian depan (beranda), tetapi selama ini di daerah perbatasan masih terjadi disparitas antara daerah kita dengan negara tetangga.

Daerah perbatasan bagi Indonesia masih layaknya halaman belakang, perbatasan identik dengan kemiskinan dan keterbelakangan. Infrastruktur perbatasan sangat minim, di samping itu kondisi warga kita juga masih terbelit dengan pelbagai keterbatasan. Mereka masih sulit mengakses kebutuhan dasar, semacam pendidikan, kesehatan, kecukupan gizi dan lapangan kerja. Kondisi mereka serba papa, tidak demikian dengan negeri tetangga. Sarana dan prasarana patroli bagi TNI di perbatasan Kalimantan Barat, sangat minim. Adapun militer Malaysia amat modern dan baik. Warga Kabupaten Karimun lebih memilih bekerja di Malaysia atau Singapura sebab menjanjikan pendapatan lebih baik, selain juga bias mereka tempuh dalam waktu singkat.

Oleh karena itu daerah perbatasan harus menjadi ruang antar muka sosial di mana kosmopolitanisme masyarakat perbatasan dilihat sebagai kekuatan untuk membangun halaman muka NKRI yang sejahtera

2. Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) memiliki topografi yang ekstrem

Topografi berbukit-bukit terdapat di sepanjang perbatasan di wilayah perbatasan wilayah Republik Indonesia dengan Malaysia khususnya di pulau Kalimantan. Di samping itu kondisi geografis yang masih terisolir karena keterbatasan prasarana jalan, transportasi darat, sungai serta fasilitas publik lainnya. Kondisi ini berdampak pada kondisi kesejahteraan sosial, ekonomi, pendidikan dan *skill* masyarakat daerah perbatasan yang masih tertinggal disbanding dengan masyarakat daerah Serawak. Oleh karena itu daerah perbatasan harus menjadi prioritas utama untuk pembangunan infrastruktur karena jika tidak diperhatikan tidak menutup kemungkinan masyarakat di daerah perbatasan akan berpindah kewarganegaraan negara tetangga.

3. Peran infrastruktur

Peran infrastruktur menjadi salah satu komponen fisik yang penting bagi wilayah perbatasan. Sebab, terdapat korelasi yang signifikan antara kondisi infrastruktur dengan denyut kegiatan sosial ekonomi masyarakat, dan juga kesejahteraan masyarakat di perbatasan. Pengembangan infrastruktur yang sistematis, konsisten dan terarah, akan mengarah pada peningkatan kesejahteraan masyarakat perbatasan.

4. Ketersediaan pelayanan kesehatan dan sarana pendukungnya

Ketersediaan pelayanan kesehatan dan sarana pendukungnya di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) masih rendah. Jika dilihat dari sumber daya yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang diperlukan, baik yang bergerak di bidang promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitative masih banyak yang terpusat di kota-kota besar saja. Meskipun jumlah tenaga kesehatan sudah mencukupi, namun persebarannya kurang merata. Penyebaran tenaga-tenaga kesehatan lokal harus dioptimalkan, khususnya ke daerah-daerah terpencil. Optimalisasi tenaga kesehatan merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan ketersediaan, pemerataan, dan kualitas tenaga kesehatan, terutama di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan, dan kepulauan (DTPK).

5. Manajemen Tenaga Kesehatan DTPK yang Spesifik

Perlu ditetapkan kebijakan tentang pedoman perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan di DTPK yang spesifik, mencakup jenis, jumlah maupun keterampilan yang dibutuhkan dalam bentuk paket (*skill mixed*) dengan mempertimbangkan permasalahan geografi, spasial dan densitas tenaga kesehatan per wilayah. Pemenuhan kebutuhan berdasarkan rencana tersebut harus memperhitungkan tenaga kesehatan sejak dalam masa pendidikan.

Diperlukan penyempurnaan kebijakan rekrutmen tenaga kesehatan yang ada saat ini sehingga mampu mengikat tenaga kesehatan yang baru lulus secara sukarela untuk ditempatkan di DTPK. Kebijakan rekrutmen yang baru ini harus mencakup persetujuan sukarela untuk ditempatkan di DTPK dengan menggunakan strategi sejak pertengahan masa pendidikan dan pada saat baru lulus. Untuk pelaksanaannya diperlukan kebijakan tentang standar insentif yang dikaitkan dengan kesediaannya mengikatkan diri untuk jangka waktu tertentu. Makin lama jangka waktu penempatannya, makin besar insentif per bulan yang akan diterimanya sejak bulan pertama. Bagi yang direkrut sejak dalam pendidikan perlu dipertimbangkan subsidi beasiswa.

Analisis Peran Internasional Didalam Kebijakan

1. World Bank

Bank Dunia memberikan dukungan kepada Indonesia sejak 2004 melalui serangkaian pinjaman tahunan melalui program Pinjaman Kebijakan Pembangunan Indonesia (Indonesia Development Policy Loans/DPL). Development Policy Loans membantu Bappenas (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional) menyiapkan sistem internal untuk evaluasi program. Bappenas dalam hal ini juga berfungsi dalam perencanaan, penganggaran, pemantauan dan evaluasi dari pelaksanaan rencana pembangunan nasional.

Adapun peranan Bank Dunia dalam perumusan kebijakan kesehatan di Indonesia dapat dilihat melalui “Pemberian Pinjaman Proyek” dan “Pemberian Dana Penyesuaian”. Kedua strategi tersebut terbukti menjadi pintu masuk Bank Dunia untuk turut berperan membantu pemerintah Indonesia dalam merumuskan Kebijakan Kesehatan Nasional.

Bentuk sumbangsih Bank Dunia terhadap perumusan kebijakan kesehatan Indonesia dapat dilihat melalui pemberian desain skema desentralisasi kesehatan kepada Pemerintah Indonesia untuk meningkatkan kapasitas pemerintah di level provinsi maupun kabupaten atau kota (*Capacity Building*). Tujuan dari kegiatan ini adalah membantu pemerintah daerah melakukan pengelolaan dan pengambilan kebijakan yang berorientasi pada desain pembangunan kesehatan secara mandiri. Selain itu, dari desain skema desentralisasi kesehatan yang diberikan, Bank Dunia turut pula membantu pemerintah melakukan pemerataan pendistribusian tenaga kesehatan nasional.

Selain itu, Bank Dunia melalui program PHP (*Provincial Health Project*) memberikan desain penyelenggaraan sistem kesehatan berbasis paradigma HFA (*Healthy for All*) kepada Pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan. Desain yang diberikan salah satunya merujuk kepada pengembangan sistem kesehatan yang mandiri dan berbasis masyarakat, dalam hal ini yaitu jaminan kesehatan yang menjadi rujukan atau dasar pemerintah menyelenggarakan jaminan kesehatan mulai dari Jamkesda, Jamkesmas dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

2. UNICEF

Program UNICEF untuk tahun 2011-2015 fokus untuk memperkecil ketidaksetaraan untuk anak-anak Indonesia. UNICEF sekarang bekerja dengan para pembuatan keputusan untuk memastikan bahwa keputusan-keputusan politik, sosial, dan ekonomi yang tepat dibuat dan untuk melakukan advokasi untuk kebijakan, anggaran dan program yang dilakukan demi anak-anak di DPTK mendapatkan pelayanan kesehatan, status gizi dan air bersih yang setara dengan mereka yang telah menikmati hasil kemajuan.

UNICEF dalam peningkatan status gizi, meluncurkan program Gerakan Sadar Gizi Nasional (*Scaling Up Nutrition – SUN*) dan mendukung pengembangan regulasi tentang pemberian ASI eksklusif, rencana nasional untuk mengendalikan gangguan kekurangan iodine, panduan tentang pencegahan dan pengendalian parasit intestinal dan panduan tentang suplementasi multi-nutrient perempuan dan anak di Klaten, Jawa Tengah. Di samping gizi, intervensi kesehatan berdampak besar lainnya didukung dari UNICEF, *Cluster Island Approach*, yang mengintegrasikan pelayanan kesehatan ibu dan anak di semua kelompok di pulau-pulau terpencil, dijadikan model di Maluku Tengah Barat.

Analisis Keterlibatan atau Peran Politik Terhadap Kebijakan

Adanya Komitmen Politik yang kuat. Fenomena pergantian kabinet baru dan Kepala Daerah berisiko terhadap berhentinya kebijakan secara nasional ataupun lokal daerah. Karena adanya perubahan peran dan fungsi birokrasi mulai dari tingkat Pusat sampai ke Daerah. Sehingga diperlukannya RPJMN dan RPJMD untuk meneruskan kebijakan dari pemegang tampuk kekuasaan sebelumnya. Dalam RPJMN 2015-2019/Perpers No.2/2015, salah satu indikator sasaran RPJMN ini adalah meningkatkan pemerataan akses dan mutu pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Dalam suatu Instruksi Presiden dalam mewujudkan upaya peningkatan derajat kesehatan, melalui Inpres nomor 1 tahun 2010 disebutkan tentang Percepatan Pelaksanaan Prioritas Pembangunan Nasional Tahun 2010 menekankan upaya penempatan tenaga kesehatan strategis di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan dan kepulauan (DTPK) dalam rangka peningkatan pemerataan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Serta Inpres nomor 3 tahun 2010 tentang Program Pembangunan Yang Berkeadilan dijelaskan upaya penanganan masalah tenaga kesehatan diprioritaskan mulai dari pemetaan kebutuhan nakes dan peningkatan persentase formasi nakes yang harus disediakan untuk DTPK. Hal ini semua harus adanya komitmen yang kesinambungan agar terwujudnya pembangunan nasional. Komitmen politis tersebut perlu ditindaklanjuti dengan peran aktif para aparat teknis yang melaksanakan proyek agar upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat dapat terwujud.

Analisis Implementasi Kebijakan

Lahirnya program Nusantara Sehat adalah salah satu bentuk kebijakan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan di DPTK yang tidak merata. Pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan, melaksanakan Program Nusantara Sehat dengan tujuan untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan dasar di DTPK dan DBK yang bekerja secara TIM. Kebijakan ini sangat tepat dilihat dari segi Efisien dan segi Efektifnya. Dari segi keefisiennya dinilai baik, yaitu dengan anggaran

yang cukup jelas meliputi pemberian Insentif bagi tenaga kesehatan yang bekerja meliputi gaji tenaga dokter 7.850.000,-/perbulan, dan tenaga kesehatan lain 4.400.000,-/bulan. Sedangkan dari segi keefektifannya, pelaksanaan Nusantara Sehat ini memiliki tujuan program pelayanan kesehatan yang terintegrasi. Program ini tidak hanya berfokus pada upaya kuratif, tetapi promotif, dan preventif pada daerah-daerah yang paling membutuhkan.

KESIMPULAN

Rendahnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan terjadi akibat:

- a. Rendahnya keaktifan partisipasi tenaga kesehatan dan ketidak tersediaannya sarana transportasi dalam menuju fasilitas kesehatan.
- b. Ketidakmampuan pengelolaan sarana dan tenaga kesehatan, dimana harus mampu memenuhi kebutuhan masyarakat akan layanan kesehatan sesuai di daerah DPTK.
- c. Manajemen tenaga kesehatan DTPK yang tidak spesifik
- d. Ketidakjelasan jaminan pengembangan karir dan profesi tenaga kesehatan pasca penugasan di DPTK

REKOMENDASI

Pendekatan lintas sector menjadi pemecah masala kesehatan dengan menggunakan pendekatan multi-sektor dan multi-level pemerintahan. Permasalahan yang sering terjadi di DPTK seperti seputar akses jalan menuju fasilitas layanan kesehatan, ketiadaan sumber air bersih dan rendahnya pengetahuan ibu mengenai kehamilan dan persalinan secara nyata berkontribusi pada tingginya Angka Kematian Ibu. Tanpa perbaikan signifikan pada indikator-indikator pembangunan di luar sektor kesehatan, seperti pendidikan, infrastruktur dan lingkungan maka paradigma *Healthy for All* (HFA) akan sulit terwujud.

Sejalan dengan hal tersebut, perumusan kebijakan publik di setiap sektor pun harus sejalan dengan prinsip paradigma sehat. Keputusan yang memperhitungkan implikasinya pada kesehatan masyarakat akan memastikan bahwa lingkaran upaya pencapaian kesejahteraan tidak terputus. Kompleksitas penanganan kawasan perbatasan tersebut perlu didukung dengan:

- a. Komitmen politik yang kuat dari semua pihak di berbagai tingkatan pemerintahan dan para stakeholders.
- b. Master plan yang komprehensif.
- c. Alokasi pembiayaan yang khusus bagi tenaga kesehatan di DPTK sebagai stimulan dan *reward*

Dengan demikian penanganan pembangunan di wilayah perbatasan dapat lebih holistik (baik perbatasan laut maupun darat) dan dilandasi konsep penataan ruang wilayah perbatasan (strategi pengembangan wilayah), sehingga perumusan program pembangunan pada kawasan perbatasan ini dapat mengangkat kualitas kesejahteraan masyarakat.

REFERENSI

- Dengo, Fiqhi R. 2014. Peranan Bank Dunia Terhadap Kebijakan Kesehatan Di Indonesia. Universitas Hassanudin, Makasar.
- Ignasius, Luti, dkk. 2012. Kebijakan Pemerintah Daerah Dalam Meningkatkan Sistem`Rujukan Kesehatan Daerah Kepulauan`Di Kabupaten Lingga Provinsi Kepulauan Riau. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta
- Kementerian Kesehatan RI. 2012. Pedoman Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan di DPTK. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010.Penempatan Tenaga Kesehatan Strategis Di Daerah Terpencil. Pusat Komunikasi Publik, Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. Pedoman Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Terpencil dan Sangat Terpencil di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan. Jakarta.
- Laksmiarti, Turniani. dkk. 2014. Pilihan Pelayanan Kesehatan oleh Masyarakat Perbatasan Negara. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan. Vol. 17 No. 4 Oktober 2014: 353–362.

- Lestari, Tri RP, 2013. Pelayanan Kesehatan Di Daerah Tertinggal, Perbatasan, Dan Kepulauan. Pusat Pengkajian, Pengolahan Data dan Informasi (P3DI) Sekretariat Jenderal DPR RI, Info Singkat. Vol. V, No. 12/II/P3DI/Juni/2013, Jakarta.
- Mariga, Leo I, 2015. Peran Dinas Kesehatan Dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Daerah Perbatasan (Studi Kasus Di Kecamatan Krayan Kabupaten Nunukan). eJournal Pemerintahan Integratif, Samarinda.
- Suharmiati, dkk. 2013. Review Kebijakan Tentang Pelayanan Kesehatan Puskesmas Di Daerah Terpencil Perbatasan. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan. Vol. 16 No. 2 April 2013: 109–116, Surabaya.
- Suharmiati, Lestari H, dkk. 2012. Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Daerah Terpencil Perbatasan Di Kabupaten Sambas (Studi Kasus Di Puskesmas Sajingan Besar). Buletin Penelitian Sistem Kesehatan . Vol. 15 No. 3 Juli 2012: 223–231, Surabaya.
- (<http://www.bappenas.go.id/id/profil-bappenas/visi/>) Visi, Misi dan Tujuan Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). Diakses tanggal 20 Februari 2017.
- ([https://www.unicef.org/indonesia/id/UNICEF_Annual_Report_\(Ind\)_130731.pdf](https://www.unicef.org/indonesia/id/UNICEF_Annual_Report_(Ind)_130731.pdf)) Unicef Indonesia. Laporan Tahunan 2012. Diakses tanggal 20 Februari 2017.
- (<http://www.worldbank.org/in/results/2012/04/17/indonesia-development-policy-loans-5-and-6>) Pinjaman Kebijakan Pembangunan Indonesia 5 & 6 (DPL 5 & DPL 6). Diakses tanggal 20 Februari 2017.
- (<http://documents.worldbank.org/curated/en/423031468040552806/pdf/683480WP0P11840ment0of0Border0Areas.pdf>) Naskah Kebijakan Pengelolaan Perbatasan Secara Terpadu. Diakses tanggal 19 Februari 2017.