

PELAYANAN KESEHATAN DI DAERAH TERTINGGAL, PERBATASAN, DAN KEPULAUAN

Tri Rini Puji Lestari^{*)}



Abstrak

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. Perlu dilakukan upaya mendasar guna meningkatkan akses pelayanan kesehatan, sehingga masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan dengan mutu yang dapat dipertanggungjawabkan. Untuk itu diperlukan komitmen dan kerja sama dari berbagai pihak terkait.

A. Pendahuluan

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai cita-cita bangsa Indonesia. Sesuai amanat Pasal 14 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, “Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat.” Namun, pemerataan upaya kesehatan di Indonesia belum dapat dilaksanakan secara optimal karena kendala geografis dan sosial, yaitu mereka yang tinggal di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK).

Di satu sisi, sebagai negara kepulauan dengan wilayah yang luas masih ditemukan keterbatasan sarana prasarana pelayanan

kesehatan khususnya di DTPK sehingga akses masyarakat ke sarana pelayanan kesehatan rendah. Di sisi lain, kurangnya minat tenaga kesehatan yang bersedia ditempatkan di wilayah DTPK turut menyumbang status kesehatan masyarakat yang tergolong rendah. Permasalahan ketidakmerataan upaya kesehatan ini juga disebabkan permasalahan sosial yaitu tingkat kemiskinan masyarakat setempat sehingga tidak dapat menjangkau pelayanan kesehatan.

Terkait hal tersebut, Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan kebijakan kesehatan di 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

^{*)} Peneliti bidang Kebijakan dan Manajemen Kesehatan pada Pusat Pengkajian, Pengolahan Data dan Informasi (P3DI) Setjen DPR RI, e-mail: tririni74@yahoo.com



DTPK, antara lain: a. pendayagunaan tenaga kesehatan berupa peningkatan ketersediaan, pemerataan, dan kualitas SDM; b. peningkatan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan di DTPK misal: rumah sakit bergerak, pelayanan dokter terbang, pelayanan perairan; c. dukungan pembiayaan kesehatan seperti Jamkesmas, Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), Dana Alokasi Khusus (DAK), Jampersal, dan bantuan sosial; d. dukungan peningkatan akses pelayanan berupa pengadaan perbekalan, obat dan alat kesehatan; e. pemberdayaan masyarakat di DTPK melalui kegiatan Posyandu, Desa Siaga, Tanaman Obat Keluarga serta kegiatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS); f. Kerja sama antar-Kementerian Kesehatan dengan kementerian lainnya; g. dan 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.

B. Kondisi Pelayanan Kesehatan

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/kampung (polindes), pos malaria desa (posmaldes) 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.

C. Upaya yang Perlu Dilakukan

Arah kebijakan Pembangunan Kesehatan tahun 2010-2014 adalah peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi kelompok miskin dan daerah tertinggal.

Ada 8 fokus prioritas reformasi kesehatan di daerah perbatasan yaitu Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Pelayanan Kesehatan, Ketersediaan Obat, Saintifikasi Jamu, Reformasi Birokrasi, Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), Penanganan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK), dan Rumah Sakit Indonesia Kelas Dunia (*World Class Hospital*). Tahun 2014, kebijakan ini berakhir dan diharapkan sudah membuahkan hasil yang positif.

Upaya peningkatan pelayanan kesehatan di wilayah perbatasan intinya meliputi: a. Perencanaan yang difokuskan untuk menciptakan pelayanan kesehatan yang mampu berperan sebagai “*gate keeper*”. Rujukan kesehatan dan *show window* pelayanan kesehatan dengan pembangunan unit pelayanan kesehatan yang responsif dan kompetitif terhadap pelayanan kesehatan di wilayah perbatasan; b. Membangun kerja sama dengan negara tetangga dalam rujukan gawat darurat; c. Adanya koordinasi pelayanan kesehatan antara Pemda/Dinas Kesehatan dengan Kantor Kesehatan Pelabuhan; d. Tersedia radio medik.

Selain itu juga ada kebijakan khusus di DTPK, yaitu menggerakkan dan memberdayakan masyarakat; meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas; meningkatkan pembiayaan pelayanan kesehatan; meningkatkan pemberdayaan SDM Kesehatan; meningkatkan ketersediaan obat dan alkes; meningkatkan sistem *surveillance*, *monev* dan Sistem Informasi Kesehatan (SIK); dan meningkatkan manajemen kesehatan.

Dalam pelaksanaan manajemen kesehatan masyarakat ke depan, perlu diawali dengan pemetaan masalah dan potensi kesehatan yang tersedia. Selain itu, keberpihakan pemerintah kabupaten melalui penyelenggaraan pembangunan daerah yang berorientasi pada kesehatan dan peningkatan dukungan biaya dari pemerintah pusat yang lebih berorientasi pada kebutuhan dan kondisi khusus daerah (tidak bersifat *top down*) juga sangat diperlukan.

Melalui program-program kerjanya, Kementerian Kesehatan sejak tahun 2011 telah melakukan beberapa upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di DTPK,

di antaranya melalui peningkatan ketersediaan kualitas serta pemerataan tenaga kesehatan di DTPK, peningkatan sarana dan prasarana kesehatan di Puskesmas dan rumah sakit di DTPK, peningkatan pembiayaan kesehatan, pengadaan perbekalan, obat dan alkes. Selain itu, dilakukan pula upaya inovatif lewat penyediaan Rumah Sakit bergerak, pelayanan dokter terbang, penyediaan puskesmas keliling untuk wilayah daratan dan perairan, serta pengembangan dokter dengan kewenangan tambahan. Serta anggaran bidang kesehatan yang dialokasikan minimal sebesar 10% dari APBD diluar gaji dan 50% di antaranya untuk program promotif dan preventif.

Untuk mengatasi disparitas tenaga kesehatan yang lebih terkonsentrasi di perkotaan, sehingga masih ada daerah-daerah yang kekurangan tenaga kesehatan, terutama di Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan terluar (DTPK), Dewan pada saat Rapat Dengar Pendapat Umum (RDPU) Panja Uji Kompetensi dan Penempatan Tenaga Dokter tanggal 17 Januari 2011, telah meminta Kementerian Kesehatan (Kemenkes) untuk membuat program terobosan guna pemerataan dokter, tenaga kesehatan (bidan dan perawat), sarana pelayanan kesehatan di DTPK. Selain itu pada saat Rapat Kerja (Raker) dengan Kemenkes pada tanggal 18 Januari 2012, Dewan juga telah mendorong Kemenkes RI agar melakukan upaya terobosan guna meningkatkan jumlah, mutu, distribusi, retensi dan pendayagunaan SDM Kesehatan untuk mendukung pelayanan kesehatan di DTPK.

Terkait kebijakan tersebut, kini banyak pemerintah daerah dengan DTPK berupaya meningkatkan pelayanan kesehatan. Misal, kebijakan kesehatan di Kabupaten Sorong dan Raja Ampat pada tahun terakhir difokuskan dalam rangka pengembangan sarana dan prasarana kesehatan yaitu peningkatan status rumah sakit, dan pelayanan kesehatan masyarakat terpadu. Selain pengadaan tenaga kesehatan, pemerintah daerah juga menyediakan insentif bagi dokter dan paramedis serta pemberian pelatihan bagi tenaga kesehatan.

Bentuk dukungan lain dari Pemerintah Daerah Raja Ampat adalah program pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan

prasarana puskesmas/pustu dan jaringannya. Untuk memenuhi kebutuhan bidan desa, Pemerintah Daerah Morotai Maluku Utara juga memberikan beasiswa bagi 15 orang putra daerah berjenis kelamin perempuan lulusan SMA/SLTA yang sudah menikah, berumur tidak lebih dari 30 tahun, mendapat restu dari keluarga dan suaminya, bersedia mengabdikan diri di desa sebagai bidan desa (tiap desa 2 orang), dan lulus seleksi. Dalam hal ini, Pemerintah daerah bekerja sama dengan salah satu akademi kebidanan swasta di Tobelo. Para peserta didik D3 Kebidanan tersebut mendapatkan beasiswa penuh dari APBD.

Selain pemberian beasiswa, pemerintah daerah juga bekerja sama dengan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Ternate, membuka kelas khusus (Sabtu–Minggu) yang diselenggarakan di Universitas Muhammadiyah Ternate. Program pendidikan ini ditujukan untuk karyawan tetap maupun honorer yang bekerja di sarana kesehatan (baik lulusan SMA, SPK, atau D3) yang ingin melanjutkan pendidikan ke jenjang D3 atau S1 dan biaya selama pendidikan ditanggung sendiri dan mereka hanya mendapatkan ijin belajar, namun setelah lulus harus kembali mengabdikan dirinya di Morotai.

Contoh lain, Pemerintah Kalimantan Timur mengarahkan lembaga-lembaga kesehatan yang ada di Kaltim untuk menempatkan tenaga medisnya di daerah perbatasan, pedalaman dan daerah terluar Kaltim sehingga menyentuh ke masyarakat yang terisolasi. Dalam hal ini, pemerintah menyediakan anggaran pemberian insentif kepada para tenaga medis, dan juga anggaran subsidi obat-obatan, perbaikan atau melengkapi fasilitas seperti puskesmas dengan layanan rawat inap yang perlu ditingkatkan.

Terkait upaya peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan di DTPK guna meningkatkan status kesehatan masyarakat, Pemerintah daerah Nusa Tenggara Timur melalui Dinas Kesehatan (Diskes) Provinsi pada 10–14 Juni 2013 mengadakan kunjungan ke Diskes Kalimantan Barat untuk melihat perbandingan antara pelayanan kesehatan di perbatasan Indonesia dengan pelayanan kesehatan perbatasan Malaysia.

D. Penutup

Upaya pelayanan kesehatan di DTPK perlu mendapat perhatian khusus guna meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan yang bermutu. Selain itu, terpenuhinya pelayanan kesehatan di DTPK akan turut mengkonsolidasi persatuan nasional dan menjaga keutuhan NKRI.

Terkait dengan hak tersebut, Kementerian Kesehatan telah melakukan beberapa upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di DTPK, meskipun tidak dapat dipungkiri bahwa disparitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan di DTPK masih ada.

DPR RI perlu terus mendorong Pemerintah untuk terus mengevaluasi dan meningkatkan keberhasilan capaian, serta melakukan upaya terobosan Pelayanan Kesehatan di DTPK, sehingga peningkatan akses pelayanan kesehatan yang bermutu dan bertanggung jawab di DTPK dapat segera terwujud.

Rujukan:

1. Kemenkes. 2012. *Pedoman Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan di DTPK*. Jakarta: Dirjen Bina Upaya Kesehatan.
2. Hadi Suprayoga. 2009. *Program Pembangunan Kawasan Perbatasan*. Jakarta: Bappenas.
3. Manurung Kisman, “Stategi Pembangunan Kawasan Perbatasan,” *Tabloid Demokrasi*, 16 Oktober 2011.
4. Nainggolan Poltak Partogi. Ed. 2012. *Potensi dan Masalah Pulau Perbatasan, Kabupaten Pulau Morotai dan Kabupaten Pulau Raja Ampat*. Jakarta: P3DI Setjen DPR Republik Indonesia dan Azza Grafika.
5. “Pelayanan Kesehatan di DTPK Perlu Perhatian Khusus,” *Kompas*, 25 Oktober 2011.
6. “Komisi IX Minta Kemenkes Buat Program Terobosan Pemerataan Dokter,” <http://www.dpr.go.id>, diakses 23 Juni 2013.
7. “Komisi IX Sekjen DPR RI, Laporan singkat Rapat kerja (Raker) dengan Kemenkes, tanggal 18 Januari 2012,” <http://www.dpr.go.id>, diakses 23 Juni 2013.