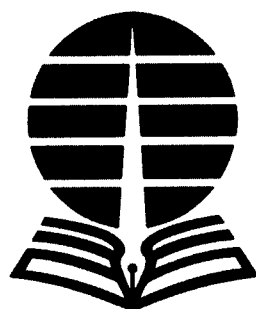


**TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)**

**FAKTOR-FAKTOR YANG MENGHAMBAT  
AKSES PELAYANAN KESEHATAN  
DI KABUPATEN SINTANG TAHUN 2008**



**TAPM diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh  
Gelar Magister Sains dalam Ilmu Administrasi  
Bidang Minat Administrasi Publik**

**Disusun Oleh :**

**JANATUN  
NIM. 014965819**

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS TERBUKA  
JAKARTA  
2010**

**UNIVERSITAS TERBUKA**  
**PROGRAM PASCA SARJANA**  
**MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK**

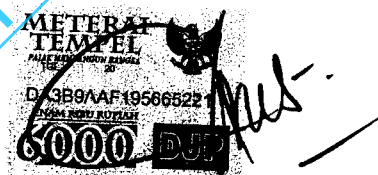
**PERNYATAAN**

TAPM yang berjudul "*Faktor-Faktor yang Menghambat Akses Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Sintang Tahun 2008*" adalah hasil karya saya sendiri, dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar.

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Sintang, 12 Mei 2010

Yang Menyatakan



**Janatun**  
NIM. 014965819

**UNIVERSITAS TERBUKA**  
**PROGRAM PASCASARJANA**  
**PROGRAM STUDI ADMINSTRASI PUBLIK**

**PENGESAHAN**

Nama : Janatun  
NIM : 014965819  
Program Studi : Administrasi Publik  
Judul Tesis : “Studi Faktor-Faktor dalam Akses Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Sintang Tahun 2008”

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Panitia Penguji Tesis Program Pascasarjana,  
Program Studi Administrasi Publik, Universitas Terbuka pada:

Hari/ Tanggal : Minggu, 6 Juni 2010

Waktu : 10.00 - 12.00 WIB

Dan telah dinyatakan **LULUS**

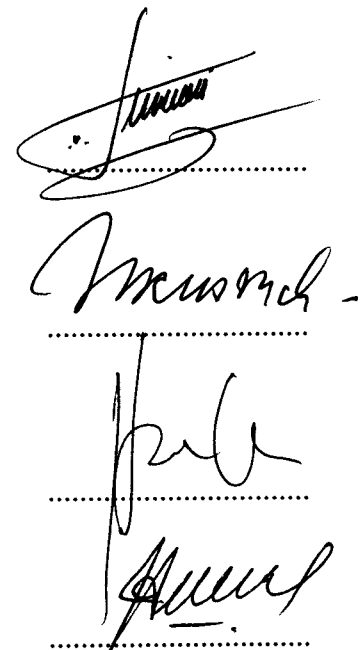
**PANITIA PENGUJI TESIS**

Ketua Komisi Penguji : **Suciati, M.Sc., Ph. D.**

Penguji Ahli : **Prof. Dr. HM. Aries Djaenuri, MA.**

Pembimbing I : **DR. Haryono, M.Si, Ak.**

Pembimbing II : **DR. Nuraini Soleiman, M.Ed.**



**LEMBAR PERSETUJUAN TAPM**

Judul TAPM : "Studi Faktor-Faktor dalam Akses Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Sintang Tahun 2008"  
Penyusun TAPM : Janatun  
NIM : 014965819  
Program Studi : Administrasi Publik  
Hari/ Tanggal : Minggu, 6 Juni 2010

Menyetujui :

Pembimbing II,

**DR. Nuraini Soleiman, M.Ed**  
NIP. 19540703 198601 2 001

Pembimbing I,

**DR. Haryono, M.Si, Ak.**  
NIP. 19630630 199002 1 001

Mengetahui,

Ketua Bidang Ilmu Sosial dan Ilmu Politik/  
Program Magister Administrasi Publik

**Dra. SUSANTI, M.Si**  
NIP. 19671214 199303 2 002



Direktur Program Pascasarjana

**Prof. DR. H. UDIN S. WINATAPUTRA, MA.**  
NIP. 19451007 197302 1 001

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

Nama : Janatun  
Tempat/ Tanggal Lahir : Pontianak, 1 Januari 1972  
Jenis Kelamin : Perempuan  
A g a m a : Islam  
Status Perkawinan : Menikah  
Alamat Rumah : Jl. M.T. Haryono RT 06 RW II Gang Sehat II Sungai Durian  
Sintang Kalimantan Barat  
Alamat Kantor : Jl. Teluk Menyurai Sintang Kalimantan Barat

**Riwayat Pendidikan :**

1. SD Negeri Nomor 101 Pontianak Tahun 1986
2. SMP Purnama 4 Pontianak Tahun 1989
3. SPRG Pontianak Tahun 1992
4. Akademi Kesehatan Gigi Jakarta Tahun 2001
5. Fakultas Kesehatan Masyarakat Urindo Jakarta Tahun 2003
6. Program Pascasarjana MAP UT Tahun 2007-sekarang

**Riwayat Pekerjaan :**

1. Pegawai honorer pada Rumah Sakit Jiwa Pontianak tahun 1992 -1993
2. Pegawai Negeri Sipil di Puskesmas Pandan tahun 1994 -1996
3. Pegawai Negeri Sipil di Puskesmas Serawai tahun 1997 - 2003
4. Pegawai Negeri Sipil di Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang tahun 2003-sekarang

**ABSTRACT**  
**FACTORS THAT INHIBIT ACCESS TO HEALTH SERVICES**  
**IN SINTANG DISTRICT ON 2008**

**JANATUN**  
**UNIVERSITAS TERBUKA**  
**Janatunmap@yahoo.com**

Keywords : access, health services, personnel and health budgets.

The accessibility and affordability of medical expenses to necessary for the community, this needs serious attention for the local government to improve access. The purpose of this research is to know about access to health services for the people in Sintang and factors that inhibit access to health services in Sintang District.

The research uses a qualitative approach to explore in depth about the efforts made to improve access to health services in the district Sintang ways of collecting primary data by conducting in depth interviews. Research conducted in the district health office Sintang, Tempunak community health centers and Senaning community health centers. Source of information on this research consist of two parts of the district health department Sintang Source of information obtained from the head of the health services sector, head of programs and health information, to head section of basic health services and section chief of health information, the subject of research of community health centers selected by purposive a community health centers that represent the urban. With an inventory of data analysis and identify the effort made to improve access to health services of each variable research, validation of data in this study using triangulation method.

The result shows that the general public easy access to health services especially for urban and rural health facilities are available and health workers. Effort undertaken by local governments to improve access to health services proved to increase the utilization of health center are characterized by increase visit rate and bed occupancy rate

by 6,34 % in the year 2007 before the implementation of policies to 21,65% in 2008 after implementation of policy and the other steps, is a mobile health service is local innovative activities. The factors that inhibits access to health services in Sintang are limited health facilities and health worker 60% of villages still lack of midwives in Polindes, 43,9% of villages still lack health nurses in rural and 23,30% which is still sub power shortages in rural health post and village 27,9% or as much as 80 village have no health facilities. Other factor that inhibit access to health services is limited health budget, a budget that could be provided only for 7% of total budget Sintang Distric.

Conclutions of this study is there is gap in acces to health services between urban and remote area in Sintang. Where as factors that inhibit access to health services Sintang limited health facilities, health personnel and health budgets.

UNIVERSITAS TERBUKA

## ABSTRAK

### FAKTOR-FAKTOR YANG MENGHAMBAT AKSES PELAYANAN KESEHATAN DI KABUPATEN SINTANG TAHUN 2008

JANATUN  
UNIVERSITAS TERBUKA  
[janatunmap@yahoo.com](mailto:janatunmap@yahoo.com)

**Kata Kunci :** akses, pelayanan kesehatan, sarana, tenaga dan anggaran kesehatan

Kemudahan akses dalam keterjangkauan biaya pengobatan maupun kemudahan akses menuju sarana kesehatan mutlak diperlukan bagi masyarakat, hal ini perlu mendapat perhatian serius bagi pemerintah setempat untuk meningkatkan akses tersebut. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat di Kabupaten Sintang dan faktor-faktor yang menghambat dalam akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif untuk menggali secara mendalam tentang faktor-faktor dalam akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang. Cara pengumpulan data primer dengan melakukan wawancara mendalam (*In Depth Interview*). Penelitian dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang, Puskesmas Pandan dan Puskesmas Senaning. Sumber Informasi pada Penelitian ini terdiri dari 2 bagian yaitu dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang sumber informasi diperoleh dari Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan, Kepala Bidang Program dan Informasi Kesehatan, kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar dan Kepala Seksi Infokes, subyek penelitian dari puskesmas dipilih secara *purposive* 1 puskesmas yang mewakili daerah perkotaan atau dekat dengan kota dan 1 puskesmas yang mewakili daerah terpencil, Analisa data dengan menginventarisir serta mengidentifikasi faktor-faktor dalam akses pelayanan kesehatan dari setiap variabel penelitian, validasi data dalam penelitian ini menggunakan metode triangulasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum masyarakat mudah untuk mengakses pelayanan kesehatan terutama untuk wilayah perkotaan dan pedesaan yang tersedia fasilitas dan tenaga kesehatan. Upaya yang dilakukan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan adalah adanya kebijakan tentang pelayanan kesehatan bersubsidi terbukti meningkatkan utilisasi puskesmas dengan *visite rate* dan BOR (*Bed Occupancy Rate*) meningkat dari 6,34% tahun 2007 sebelum pelaksanaan kebijakan menjadi 21,65% tahun 2008 setelah pelaksanaan kebijakan, kemudian upaya yang lainnya adalah pelayanan kesehatan *mobile* dan pusling merupakan kegiatan inovatif lokal. Faktor-faktor yang menghambat akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang adalah keterbatasan sarana dan tenaga kesehatan yaitu sebesar 60% desa masih kekurangan tenaga bidan di polindes, sebesar 43,9% desa masih kekurangan tenaga perawat di pustu dan sebesar 23,30% masih kekurangan tenaga di poskesdes dan sebesar 27,9% atau sebanyak 80 desa masih belum memiliki fasilitas kesehatan. Faktor lain yang menghambat akses pelayanan kesehatan adalah keterbatasan anggaran kesehatan hanya sebesar 7% dari Total APBD sehingga berimplikasi pada rendahnya akses pelayanan kesehatan.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah terdapat kesenjangan akses pelayanan kesehatan antara daerah perkotaan dengan daerah terpencil di Kabupaten Sintang. Sedangkan faktor-faktor yang menghambat akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang adalah keterbatasan sarana kesehatan, tenaga kesehatan dan anggaran kesehatan.



## KATA PENGANTAR

Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan puji dan syukur kepada Allah SWT karena berkat Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul "*Faktor-Faktor yang Menghambat Akses Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Sintang Tahun 2008*" yang merupakan salah syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Pasca Sarjana Megister Administrasi Publik Universitas Terbuka.

Dalam menyelesaikan tesis ini penulis memperoleh banyak bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang tulus dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada bapak DR. Haryono, M.Si, Ak dan Ibu DR. Nuraeni Soleiman, M.Ed sebagai pembimbing tesis yang telah meluangkan waktunya di tengah-tengah kesibukannya yang padat serta memberikan bimbingan dengan segala kesabaran dan penuh perhatian.

Selanjutnya penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. DR. H. Udin S. Winataputra, MA, selaku Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Terbuka.
2. Ibu Dra. Susani, M.Si, selaku Ketua Bidang Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Program Megister Administrasi Publik Univeritas Terbuka.
3. Tim penguji tesis Program Pasca Sarjana Megister Administrasi Publik Universitas Terbuka Prof. DR. H.M. Aries Djaenuri, MA, Ibu Suciati, M.Sc.,Ph.D, DR.Nuraeni Soleiman, DR. Haryono, M.Si, Ak, yang telah menguji di seminar hasil dan yang telah

memberikan masukan serta saran yang berharga dalam penyempurnaan penyusunan dan perbaikan tesis ini.

4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dr. Marcus Gatot Budi P, M. Kes yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang.
5. Rekan-rekan seperjuangan di Megister Administrasi Publik Angkatan I yang banyak memberikan support yang berharga bagi penulisan tesis ini terutama Pak H. Abdurrani, Pak Elfi, Pak Sabran, Pak Ahiwan, *Good Luck*.
6. Semua informan dalam penelitian ini Bapak dr. Haryshinto Linoh, MM, Bapak Ma'ruf Toha, Apt. M.Kes, Bapak Sumardi, S.Sos, M.Si, Bapak Eko Sudiarto, MKM, dr. Robby Manurung, dan juga Bapak H. Abang Iskandar yang telah banyak membantu penulis dalam memberikan informasinya.
7. Keluargaku Bapak yang telah berpulang, ibunda yang telah membesarkan dan mendidik penulis. Terima kasih sekali lagi ibu karena dalam doamu namaku disebut. Suami dan anak-anakku tersayang terima kasih support dan doanya sehingga menjadi pemacu dan sumber inspirasi bagi penulis untuk menyelesaikan pendidikan ini.

Akhirnya penulis menyadari masih ada kekurangan dan kelemahan dalam penyusunan tesis ini, untuk itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat diharapkan guna kesempurnaan penyusunannya.

Sintang, Juni 2010

Penulis

## DAFTAR ISI

	Halaman
Abstrak	
Lembar Persetujuan	
Lembar Pengesahan	
Kata Pengantar	i
Daftar Isi	iii
Daftar Gambar	v
Daftar Tabel	vi
Daftar Lampiran	vii
Daftar Istilah/ Singkatan	viii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	<b>7</b>
A. Kajian Teori.....	7
1. Pengertian Pelayanan.....	7
2. Pelayanan Publik: Pengertian, Jenis, Prinsip dan Azas.....	7
3. <i>Reinventing Government</i> dan Optimalisasi Pelayanan Publik..	13
4. Budaya Birokrasi Pelayanan Publik.....	18
5. Konsep Kerangka Kerja Pelayanan Kesehatan.....	20
6. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat Layanan Kesehatan .....	22
7. Visi dan Misi Indonesia Sehat 2010.....	24

8. Indikator Indonesia Sehat 2010 .....	26
9. Konsep Dasar Pelayanan Kesehatan Primer .....	31
10. Akses Pelayanan Kesehatan.....	39
11. Perilaku Masyarakat terhadap Pelayanan Kesehatan.....	40
B. Kerangka Berpikir.....	43
C. Definisi Operasional Variabel.....	45
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	<b>48</b>
A. Desain Penelitian.....	48
B. Sumber Informasi.....	49
C. Pengumpulan Data.....	51
D. Instrumen Penelitian.....	52
E. Metode Analisis Data.....	55
<b>BAB IV TEMUAN DAN PEMBAHASAN</b>	<b>56</b>
A. Gambaran Umum Wilayah Penelitian.....	56
B. Deskripsi Temuan Penelitian.....	67
C. Pembahasan.....	94
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>	<b>129</b>
A. Kesimpulan.....	129
B. Saran.....	132
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	

**DAFTAR GAMBAR**

Nomor Gambar	Halaman
Gambar 2.1. Kerangka Berpikir Faktor-Faktor Akses Pelayanan Kesehatan	44
Gambar 4.1. Prosentase Kunjungan Pasien menurut Status Pasien.....	76
Gambar 4.2. Kecenderungan BOR Puskesmas Rawat Inap di Kabupaten Sintang Tahun 2005-2008.....	78

UNIVERSITAS TERBUKA

## DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Halaman
Tabel 1.1 : Pencapaian Indikator Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan - Di Kabupaten Sintang tahun 2008.....	5
Tabel 2.1 : Indikator Derajat Kesehatan dan Target Tahun 2010.....	28
Tabel 2.2 : Indikator Hasil Antara dan Target Tahun 2010.....	29
Tabel 2.3 : Indikator Proses dan Masukan serta Target Tahun 2010.....	30
Tabel 3.1 : Pemilihan Informan Berdasarkan Kesesuaian .....	50
Tabel 3.2 : Matriks Pengembangan Instrumen.....	53
Tabel 4.1 : Batas Administrasi Kabupaten Sintang Menurut Kecamatan....	57
Tabel 4.2 : Luas Wilayah Kabupaten Sintang Menurut Kecamatan.....	58
Tabel 4.3 : Kecenderungan Utilisasi Puskesmas tahun 2007-2008.....	77
Tabel 4.4 : Rekapitulasi Sarana Kesehatan serta Ketenagaan di Pustu, Polindes Dan Poskesdes di Kabupaten Sintang Kondisi April Tahun 2009.....	84
Tabel 4.5 : Prosentase Kebutuhan Tenaga Bidan di Kabupaten Sintang Tahun 2004-2008.....	86
Tabel 4.6 : Ketersebaran Tenaga Perawat dan Bidan pada Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Sintang tahun 2008.....	88
Tabel 4.7 : Data Sumber-Sumber Pembiayaan Kesehatan Kabupaten Sintang Tahun 2008.....	91

## DAFTAR LAMPIRAN

Nomor lampiran :

1. Pedoman Wawancara Mendalam untuk Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang
2. Pedoman Wawancara Mendalam untuk Kepala Bidang Program dan Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang
3. Pedoman Wawancara Mendalam untuk Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang
4. Pedoman Wawancara Mendalam untuk Kepala Seksi Informasi Kesehatan
5. Pedoman Wawancara Mendalam untuk Kepala Puskesmas
6. Pedoman Review Dokumen
7. Transkrip hasil wawancara mendalam dengan responden Kepala Seksi Yankes Dasar
8. Transkrip hasil wawancara mendalam dengan responden Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan
9. Transkrip hasil wawancara mendalam dengan responden Kepala Seksi Informasi Kesehatan
10. Transkrip hasil wawancara mendalam dengan responden Kepala Bidang Program dan Informasi Kesehatan
11. Transkrip hasil wawancara mendalam dengan responden Kepala Puskesmas Pandan
12. Transkrip hasil wawancara mendalam dengan responden Kepala Puskesmas Senaning
13. Surat Keterangan Izin Penelitian

**DAFTAR ISTILAH/ SINGKATAN**

AFP	: <i>Acute Flacid Paralysis</i>
AKI	: Angka Kematian Ibu
AKB	: Angka Kematian Bayi
AIDS	: <i>Aquired Immune Defisiensi Syndrom</i>
APBD	: Anggaran Pendapatan Belanja Daerah
ASI	: Air Susu Ibu
Askeskin	: Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin
AMI	: <i>Annual Malaria Index</i>
Askes	: Asuransi Kesehatan
BKD	: Badan Kepegawaian Daerah
BOR	: <i>Bad Occupacy Rate</i>
BPP	: Badan Penyantun Puskesmas
BTA	: Bakteri Tahan Asam
CWSHP	: <i>Community Water Supply Health Project</i>
Cit	: Disitasi
DAK	: Dana Alokasi Khusus
DASK	: Dokumen Anggaran Satuan Kerja
DBD	: Demam Berdarah Dengue
Depkes	: Departemen Kesehatan



DPRD	: Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
GF-ATM	: <i>Global Fund-Aids, Tuberculosis, Malaria</i>
FKM	: Fakultas Kesehatan Masyarakat
HDI	: <i>Human Development Index</i>
HWS	: <i>Health Workforce And Services</i>
HIV	: <i>Human Immune Virus</i>
ISFA	: Infeksi Saluran Pernafasan Atas
KLB	: Kejadian Luar Biasa
Km	: Kilo meter
Kepmenkes	: Keputusan Menteri Kesehatan
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
Pustu	: Puskesmas Pembantu
Polindes	: Pondok Bersalin Desa
Poskesdes	: Pos Kesehatan Desa
Pernakes	: Pertolongan Persalinan oleh Tenaga kesehatan
PNS	: Pegawai Negeri Sipil
PDRB	: Produk Domestik Regional Bruto
PDAM	: Perusahaan Daerah Air Minum
PHLN	: Pinjaman Hibah Luar Negeri
PP	: Peraturan Pemerintah
RKA	: Rencana Kegiatan Anggaran
SDM	: Sumber Daya Manusia

SD	: Sekolah Dasar
SLTP	: Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
SLTA	: Sekolah Lanjutan Tingkat Atas
SKPD	: Satuan Kerja Perangkat Daerah
TB	: Tuberculosis
Tupoksi	: Tugas Pokok dan Fungsi
UCI	: <i>Universal Child Immunization</i>
UI	: Universitas Indonesia
UPTD	: Unit Pelaksana Teknis Dinas
UU	: Undang-Undang
UUD	: Undang-Undang Dasar
WHO	: <i>World Health Organization</i>
Yankes	: Pelayanan Kesehatan

UNIVERSITAS TERBUKA

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dan terpenting dari pembangunan nasional. Tujuan diselenggarakannya pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Gambaran masyarakat Indonesia di masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan di bidang kesehatan adalah masyarakat, bangsa dan negara dimana penduduknya hidup dalam lingkungan dan perilaku yang sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia. Gambaran masa depan tersebut dirumuskan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia sebagai visi pembangunan kesehatan yaitu Indonesia Sehat 2010.

Pembangunan kesehatan mengalami perubahan orientasi, baik tata nilai maupun pemikiran, terutama mengenai upaya pemecahan masalah dibidang kesehatan yang dipengaruhi oleh politik, ekonomi, sosial budaya serta perkembangan ilmu pengetahuan. Di samping perubahan orientasi di atas, pembangunan kesehatan juga harus memperhatikan jumlah penduduk terutama penduduk miskin, peran serta aktif masyarakat swasta, sumber daya yang terbatas serta keterpaduan dan kesinambungan berbagai upaya kesehatan.

Keberhasilan pembangunan kesehatan berperan penting dalam meningkatkan mutu dan daya saing sumber daya manusia Indonesia. Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan tersebut diselenggarakan berbagai upaya kesehatan secara menyeluruh, berjenjang dan terpadu.

Sejak dicanangkan visi Indonesia Sehat 2010 bangsa Indonesia telah banyak mengalami kemajuan dalam bidang kesehatan dan telah melaksanakan berbagai upaya dalam rangka meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Departemen Kesehatan telah melaksanakan serangkaian reformasi di bidang kesehatan guna meningkatkan pelayanan kesehatan dan menjadikannya lebih efisien, efektif, serta terjangkau oleh masyarakat.

Berbagai model pembiayaan kesehatan, sejumlah program intervensi teknis bidang kesehatan, serta perbaikan organisasi dan manajemen telah diperkenalkan. Namun demikian walau sudah dicapai banyak kemajuan, bila dibandingkan dengan beberapa negara tetangga, keadaan kesehatan masyarakat Indonesia masih tertinggal jauh. Terjadinya disparitas status kesehatan, meskipun secara nasional kualitas kesehatan masyarakat telah meningkat, akan tetapi disparitas status kesehatan antar tingkat sosial ekonomi, antar kawasan, dan antar perkotaan-pedesaan masih cukup tinggi. Angka kematian bayi dan angka kematian balita pada golongan termiskin adalah empat kali lebih tinggi dari golongan terkaya. Selain itu, angka kematian bayi dan angka kematian ibu melahirkan lebih tinggi di daerah pedesaan, serta pada penduduk dengan tingkat pendidikan rendah. Persentase anak balita yang berstatus gizi kurang dan buruk di daerah pedesaan lebih tinggi dibandingkan daerah perkotaan. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih pada golongan kaya



adalah empat kali lebih tinggi dibanding dengan golongan miskin. Cakupan imunisasi pada golongan miskin adalah lebih rendah dari golongan kaya (Dinkes Bengkulu, 2007). Terjadinya beban ganda penyakit (*double burden*) artinya bahwa pola penyakit yang diderita oleh sebagian besar masyarakat adalah penyakit infeksi menular seperti *Tuberculosis*, Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA), Malaria, Diare, dan penyakit Kulit dan di samping itu pada waktu yang bersamaan pada masyarakat tersebut juga mengalami peningkatan penyakit tidak menular seperti penyakit Jantung dan Pembuluh Darah, serta Diabetes Mellitus. Kondisi tersebut ditambah dengan meningkatnya jumlah penduduk serta perubahan struktur penduduk yang ditandai dengan meningkatnya penduduk usia produktif dan usia lanjut akan mempengaruhi jumlah dan jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat di masa mendatang (Dinkes Bengkulu, 2007). Sebagian masyarakat Indonesia, baik yang di pedesaan maupun di perkotaan, masih sulit mendapatkan pelayanan kesehatan walau dalam skala minimal. Beberapa faktor penyebabnya yaitu faktor teknis, faktor-faktor geografi, ekonomi dan sosial (DepKes RI, 2003). Hal demikian terjadi juga di Kalimantan yang memiliki kondisi sosial ekonomi dan akses yang sangat berbeda dibandingkan dengan di Jawa. Kalimantan walaupun dari segi geografis masuk dalam wilayah Indonesia bagian Barat, namun dalam kenyataannya dalam bidang pembangunan infrastruktur dan kondisi masyarakatnya dikategorikan sebagai kawasan Indonesia Timur.

Keadaan sosial ekonomi antara propinsi di Jawa dan di luar Jawa sangat berbeda terutama kondisi geografis dan sosial ekonomi. Seluruh Puskesmas di wilayah Kalimantan telah melaksanakan program-program kesehatan bagi

masyarakat termasuk masyarakat dengan tingkat sosial ekonomi rendah yang meliputi pelayanan kesehatan ibu dan anak, gizi, pengobatan maupun kegiatan promosi preventif lainnya namun belum mencapai hasil yang optimal.

Hasil evaluasi program pelayanan kesehatan dasar bagi keluarga miskin dapat dilihat bahwa pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan dasar masih sangat rendah (5%), masih dibawah angka nasional 15%. Pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan adalah merupakan indikator yang sangat penting dalam sistem pelayanan kesehatan karena akan dapat diketahui apakah pelayanan kesehatan sudah merata dan terjangkau atau belum (Susanto dan Hasanbasri, 2006:2).

Pembangunan kesehatan yang telah dilaksanakan di Kabupaten Sintang cukup berhasil meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Sintang, namun demikian beberapa permasalahan masih dihadapi antara lain sulitnya akses karena kondisi geografis, keterbatasan sarana dan prasarana, dan keterbatasan tenaga kesehatan. Di samping itu pencapaian indikator akses dan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang masih dibawah target nasional seperti yang terdapat pada tabel 1.1 dibawah ini.

Tabel 1.1. Pencapaian Indikator Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Sintang Tahun 2007

No.	Indikator	Kondisi saat ini	Target
1.	Pemanfaatan puskesmas	5%	15%
2.	Pemanfaatan rumah sakit	0,34%	1,5%
3.	Sarana kesehatan dengan kemampuan laboratorium	55%	100%
4.	Rumah sakit yang menyelenggarakan 4 (empat) pelayanan kesehatan spesialis dasar	75%	100%
5.	Ketersediaan obat generik berlogo dalam persediaan obat	70%	100%

Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten Sintang Tahun 2007

### B. Perumusan Masalah

Adapun rumusan masalah penelitian ini adalah :

1. Bagaimanakah gambaran akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
2. Faktor-faktor apa sajakah yang menghambat akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?

### C. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui gambaran tentang akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang.
2. Menganalisis faktor-faktor yang menghambat akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang.



#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Secara teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah keilmuan khususnya pada disiplin administrasi negara (kebijakan publik) serta dapat dijadikan sebagai referensi bagi penelitian selanjutnya.

##### **2. Secara Praktis**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran dan informasi kepada Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dalam rangka penyusunan kebijakan di masa yang akan datang khususnya dalam hal jangkauan atau akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang

UNIVERSITAS TERBUKA



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Kajian Teori**

##### **1. Pengertian Pelayanan**

Definisi yang sangat simpel diberikan oleh Ivancevich, Lorenzi, Skinner dan Crosby (1997:448) dalam Hastono (2008) bahwa pelayanan adalah produk-produk yang tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang melibatkan usaha-usaha manusia yang menggunakan peralatan. Ini adalah definisi yang paling simpel. Sedangkan definisi yang paling rinci diberikan oleh Groomroos (1990:27) dalam Hastono 2008 sebagaimana dikutip di bawah ini.

”Pelayanan adalah suatu aktivitas atau serangkaian aktivitas yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang terjadi sebagai akibat adanya interaksi antara konsumen dengan karyawan atau hal-hal lain yang disediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang dimaksudkan untuk memecahkan permasalahan konsumen/ pelanggan”.

##### **2. Pelayanan Publik : Pengertian, Jenis, Prinsip, dan Azas**

Dari sisi administrasi negara, pelayanan publik dipahami sebagai “segala kegiatan layanan yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah sebagai upaya pemenuhan kebutuhan orang, masyarakat, instansi pemerintah dan badan hukum sebagai pelaksana ketentuan peraturan perundang-undangan”. Menurut salah satu kajian yang dilakukan oleh Komisi Hukum Nasional, pelayanan publik diartikan sebagai: “suatu kewajiban yang diberikan oleh konstitusi atau undang-undang kepada pemerintah untuk memenuhi hak-hak dasar warga negara atau penduduk atas suatu

layanan (publik). Pada hakekatnya penyelenggaraan pelayanan publik merupakan amanat yang diberikan rakyat kepada penyelenggara negara (eksekutif dan legislatif) untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat. Peningkatan kesejahteraan ini dilakukan dengan memprioritaskan pelayanan-pelayanan dasar bagi masyarakat.

Dalam lampiran 3 Keputusan Menpan No. 63/Kep./M.PAN/7/2003, paragraf I, butir c tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Layanan Publik, didefinisikan bahwa layanan publik oleh pemerintah dibedakan menjadi tiga sebagai berikut.

1. Kelompok layanan administratif, yaitu layanan yang menghasilkan bentuk dokumen resmi yang dibutuhkan oleh publik, misalnya status kewarganegaraan, sertifikat kompetensi, kepemilikan dan penguasaan terhadap suatu barang, dan sebagainya. Dokumen-dokumen ini antara lain: Kartu Tanda Penduduk (KTP), akte pernikahan, akte kelahiran dan lain sebagainya.
2. Kelompok layanan barang yaitu layanan yang menghasilkan berbagai bentuk/ jenis yang digunakan oleh publik, misalnya jaringan telepon, penyediaan listrik, air bersih, dan sebagainya.
3. Kelompok layanan jasa yaitu layanan yang menghasilkan berbagai jasa yang dibutuhkan oleh publik, misalnya pendidikan, pemeliharaan kesehatan, penyelenggaraan transportasi, pos, dan sebagainya.

Layanan publik tersebut di atas merupakan hak masyarakat, dalam Luwihono (2008) dinyatakan bahwa dalam pelaksanaan layanan publik seharusnya mengandung prinsip-prinsip: kesederhanaan, kejelasan, kepastian waktu, akurasi,

keamanan, tanggung jawab, kelengkapan sarana dan prasarana, kemudahan akses, kedisiplinan, kesopanan, dan keramahan serta kenyamanan. Sebagai perbandingan hal tersebut juga terdapat dalam Undang-Undang Dasar Uni Eropa dalam pasal 14 menyatakan prinsip-prinsip layanan publik sebagai berikut.

1. Memperoleh penanganan urusan-urusannya secara tidak memihak, adil, dan dalam waktu yang wajar.
2. Hak untuk didengar sebelum tindakan individual apapun yang akan merugikan dirinya diputuskan.
3. Hak atas akses untuk memperoleh berkas milik pribadi dengan tetap menghormati kepentingannya yang sah atas kerahasiaan dan atas kerahasiaan profesionalnya.
4. Kewajiban pihak administrasi negara untuk memberikan alasan-alasan yang mendasari keputusannya
5. Memperoleh ganti rugi yang ditimbulkan oleh lembaga atau aparatur pemerintah dalam menjalankan tugasnya

Kemudian menurut Islamy (1999) beberapa prinsip pokok yang harus dipahami aparat birokrasi publik dalam aspek internal organisasi yaitu:

1. Prinsip aksesibilitas, dimana setiap jenis pelayanan harus dapat dijangkau dengan mudah oleh setiap pengguna pelayanan ( misal : masalah tempat, jarak dan prosedur pelayanan).

2. Prinsip kontinuitas, yaitu bahwa setiap jenis pelayanan harus secara terus menerus tersedia bagi masyarakat dengan kepastian dan kejelasan ketentuan yang berlaku bagi proses pelayanan tersebut.
3. Prinsip teknikalitas, yaitu bahwa setiap jenis pelayanan proses pelayanannya harus ditangani oleh aparat yang benar-benar memahami secara teknis pelayanan tersebut berdasarkan kejelasan, ketepatan dan kemantapan sistem, prosedur dan instrumen pelayanan.
4. Prinsip profitabilitas, yaitu bahwa proses pelayanan pada akhirnya harus dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien serta memberikan keuntungan ekonomis dan sosial baik bagi pemerintah maupun bagi masyarakat luas
5. Prinsip akuntabilitas, yaitu bahwa proses, produk dan mutu pelayanan yang telah diberikan harus dapat dipertanggung jawabkan kepada masyarakat karena aparat pemerintah itu pada hakekatnya mempunyai tugas memberikan pelayanan sebaik-baiknya kepada masyarakat.

Pemerintah melalui Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara telah mengeluarkan suatu kebijakan nomor 81 tahun 1993 tentang pedoman tatalaksana pelayanan umum yang perlu dipedomani oleh setiap birokrasi publik dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat berdasarkan kepada prinsip-prinsip pelayanan sebagai berikut :

1. Kesederhanaan, dalam arti bahwa prosedur dan tatacara pelayanan perlu ditetapkan dan dilaksanakan secara mudah, lancar, cepat, tepat, tidak

berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan oleh masyarakat yang meminta pelayanan

2. Kejelasan dan kepastian, dalam arti bahwa adanya kejelasan dan kepastian dalam hal prosedur dan tatacara pelayanan, persyaratan pelayanan baik teknis maupun administratif, unit kerja pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab dalam memberikan, rincian biaya atau tarip pelayanan dan tatacara pembayaran, dan jangka waktu penyelesaian pelayanan.
3. Keamanan, dalam arti adanya proses dan produk hasil pelayanan yang dapat memberikan keamanan, kenyamanan dan kepastian hukum bagi masyarakat.
4. Keterbukaan, dalam arti bahwa prosedur dan tatacara pelayanan, persyaratan, unit kerja pejabat penanggung jawab pemberi pelayanan, waktu penyelesaian, rincian biaya atau tarip serta hal-hal lain yang berkaitan dengan proses pelayanan wajib diinformasikan secara terbuka agar mudah diketahui dan dipahami oleh masyarakat, baik diminta atau tidak diminta.
5. Efisiensi, dalam arti bahwa persyaratan pelayanan harus dibatasi pada hal-hal yang berkaitan langsung dengan pencapaian sasaran pelayanan dengan tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dengan produk pelayanan.
6. Ekonomi, dalam arti bahwa penentuan biaya atau tarip harus ditetapkan secara wajar dengan memperhatikan : nilai barang dan jasa pelayanan,

kemampuan masyarakat untuk membayar, dan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

7. Keadilan dan pemerataan, yang dimaksudkan agar jangkauan pelayanan diusahakan seluas mungkin dengan distribusi yang merata dan adil bagi seluruh lapisan masyarakat.
8. Ketepatan waktu, dalam arti bahwa pelaksanaan pelayanan harus dapat diselesaikan tepat pada waktu yang telah ditentukan. Oleh karena itu dalam merespon prinsip-prinsip pelayanan yang perlu dipedomani oleh segenap aparat birokrasi pelayanan publik. Maka kiranya harus disertai pula oleh sikap dan perilaku yang santun, keramah-tamahan dari aparat pelayanan publik baik dalam cara menyampaikan sesuatu yang berkaitan dengan proses pelayanan maupun dalam hal ketepatan waktu pelayanan.

Badjuri, *at al.* (2003) menyatakan bahwa dalam memberikan layanan kepada masyarakat harus berasaskan pada hal-hal sebagai berikut.

1. **Transparansi:** bersifat terbuka, mudah dan dapat diakses oleh semua pihak yang membutuhkan dan disediakan secara memadai serta mudah dimengerti.
2. **Akuntabilitas:** dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.
3. **Kondisional:** sesuai dengan kondisi dan kemampuan pemberi layanan dengan tetap berpegang pada prinsip efisiensi dan efektivitas.

4. Partisipatif: mendorong peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan, dan harapan masyarakat.
5. Kesamaan hak: tidak diskriminatif dalam arti tidak membedakan suku, ras, agama, golongan, gender, dan status ekonomi.
6. Keseimbangan hak dan kewajiban: pemberi dan penerima layanan publik harus memenuhi hak dan kewajiban masing-masing pihak.

Dari ketiga pandangan tersebut di atas dapat diambil persamaan bahwa pelayanan publik harus dapat dipertanggungjawabkan dan memenuhi rasa keadilan. Dan kaitannya dengan penelitian ini adalah bahwa pelayanan kesehatan merupakan salah satu pelayanan publik yang dalam pelaksanaannya harus memenuhi ketentuan seperti yang ada pada prinsip-prinsip pelayanan publik.

### **3. *Reinventing Government* dan Optimalisasi Pelayanan Publik**

Perdebatan mengenai optimalisasi pelayanan publik oleh pemerintah telah lama berkembang dalam studi administrasi publik. Masing-masing pakar memaparkan teori dan atau membantah dan memperbaiki teori yang ada sebelumnya. Teori yang mapan menjadi paradigma dan di"mitos"kan, kemudian muncul teori baru untuk mendemestifikasikan teori yang mapan tersebut (Fanani, 2009).

Teori *Reinventing Government* yang tergolong pada *The New Publik Management* merupakan demistifikasi atas *The Old Publik Management*. Dan sebenarnya sekarang telah muncul demistifikasi atas *The New Public Manajement*

dengan munculnya konsep *The New Publik Services* (Janet, 2002) dalam Fanani (2009).

Gagasan *Reinventing Government* yang dicetuskan oleh David Osborne dan Ted Gaebler (1992) dalam Fanani (2009) adalah gagasan mutakhir yang mengkritisi dan memperbaiki konsep-konsep dan teori-teori klasik untuk optimalisasi pelayanan publik.

Gagasan-gagasan Osborne dan Gaebler tentang *Reinventing Government* mencakup 10 prinsip untuk mewirauahakan birokrasi. Adapun 10 prinsip tersebut adalah:

*Pertama*, pemerintahan katalis: mengarahkan ketimbang mengayuh. Artinya, jika pemerintahan diibaratkan sebagai perahu, maka peran pemerintah seharusnya sebagai pengemudi yang mengarahkan jalannya perahu, bukan sebagai pendayung yang mengayuh untuk membuat perahu bergerak. Pemerintah entrepreneurial seharusnya lebih berkonsentrasi pada pembuatan kebijakan-kebijakan strategis (mengarahkan) daripada disibukkan oleh hal-hal yang bersifat teknis pelayanan (mengayuh). Upaya mengarahkan membutuhkan orang yang mampu melihat seluruh visi dan mampu menyeimbangkan berbagai tuntutan yang saling bersaing untuk mendapatkan sumber daya. Upaya mengayuh membutuhkan orang yang bersungguh-sungguh memfokuskan pada satu misi dan melakukannya dengan baik.

*Kedua*, pemerintahan milik rakyat: memberi wewenang ketimbang melayani. Artinya, birokrasi pemerintahan yang berkonsentrasi pada pelayanan menghasilkan ketergantungan pada rakyat. Hal ini bertentangan dengan kemerdekaan sosial ekonomi mereka. Oleh karena itu, pendekatan pelayanan harus diganti dengan



menumbuhkan inisiatif dari mereka sendiri. Pemberdayaan masyarakat, kelompok-kelompok persaudaraan, organisasi sosial, untuk menjadi sumber dari penyelesaian masalah mereka sendiri. Pemberdayaan semacam ini nantinya akan menciptakan iklim partisipasi aktif rakyat untuk mengontrol pemerintah dan menumbuhkan kesadaran bahwa pemerintah sebenarnya adalah milik rakyat. Ketika pemerintah mendorong kepemilikan dan kontrol ke dalam masyarakat, tanggung jawabnya belum berakhir. Pemerintah mungkin tidak lagi memproduksi jasa, tetapi masih bertanggung jawab untuk memastikan bahwa kebutuhan-kebutuhan telah terpenuhi.

*Ketiga*, pemerintahan yang kompetitif: menyuntikkan persaingan ke dalam pemberian pelayanan. Artinya, berusaha memberikan seluruh pelayanan tidak hanya menyebabkan *resource* pemerintah menjadi habis terkuras, tetapi juga menyebabkan pelayanan yang harus disediakan semakin berkembang melebihi kemampuan pemerintah (Organisasi publik), hal ini tentunya mengakibatkan buruknya kualitas dan efektifitas pelayanan publik yang dilakukan mereka. Oleh karena itu, pemerintah harus mengembangkan kompetensi (persaingan) di antara masyarakat, swasta dan organisasi non pemerintah yang lain dalam pelayanan publik. Hasilnya diharapkan efisiensi yang lebih besar, tanggung jawab yang lebih besar dan terbentuknya lingkungan yang lebih inovatif.

Diantara keuntungan paling nyata dari kompetensi adalah efisiensi yang lebih besar sehingga mendatangkan lebih banyak uang, kompetensi memaksa monopoli pemerintah (atau swasta) untuk merespon segala kebutuhan pelanggannya, kompetensi menghargai inovasi, dan kompetensi membangkitkan rasa harga diri dan semangat juang pegawai negeri.

*Keempat*, pemerintahan yang digerakkan oleh misi: mengubah organisasi yang digerakkan oleh peraturan. Artinya, pemerintah yang dijalankan berdasarkan peraturan akan tidak efektif dan kurang efisien, karena bekerjanya lamban dan bertele-tele. Oleh karena itu, pemerintahan harus digerakkan oleh misi sebagai tujuan dasarnya sehingga akan berjalan lebih efektif dan efisien. Karena dengan mendudukan misi organisasi sebagai tujuan, birokrat pemerintahan dapat mengembangkan sistem anggaran dan peraturan sendiri yang memberi kekuasaan kepada karyawannya untuk mencapai misi organisasi tersebut. Diantara keunggulan pemerintah yang digerakkan oleh misi adalah lebih efisien, lebih efektif, lebih inovatif, lebih fleksibel, dan lebih mempunyai semangat yang tinggi ketimbang pemerintahan yang digerakkan oleh aturan.

*Kelima*, pemerintahan yang berorientasi hasil: membiayai hasil, bukan masukan. Artinya, bila lembaga-lembaga pemerintah dibiayai berdasarkan masukan (*income*), maka sedikit sekali alasan mereka untuk berusaha keras mendapatkan kinerja yang lebih baik. Tetapi jika mereka dibiayai berdasarkan hasil (*outcome*), mereka menjadi obsesif pada prestasi. Sistem penggajian dan penghargaan, misalnya seharusnya berdasarkan atas kualitas hasil kerja bukan pada masa kerja, besar anggaran dan tingkat otoritas.

*Keenam*, pemerintahan berorientasi pelanggan: memenuhi kebutuhan pelanggan, bukan birokrasi. Artinya, pemerintah yang harus belajar dari sektor bisnis di mana jika tidak fokus dan perhatian pada pelanggan (*customer*), maka warga negara tidak akan puas dengan pelayanan yang ada. Oleh karena itu pemerintah harus menempatkan rakyat sebagai pelanggan yang harus diperhatikan kebutuhannya.

Pemerintah harus mulai mendengarkan secara cermat. Diantara keunggulan sistem berorientasi pada pelanggan adalah memaksa pemberi jasa untuk bertanggung jawab kepada pelanggannya, mendepolitisasi keputusan terhadap pilihan pemberi jasa, merangsang lebih banyak inovasi, memberi kesempatan kepada warga untuk memilih diantara berbagai macam pelayanan, tidak boros karena pasokan disesuaikan dengan permintaan, mendorong untuk menjadi pelanggan yang berkomitmen, dan menciptakan peluang lebih besar bagi keadilan.

*Ketujuh*, pemerintahan wirausaha: menghasilkan ketimbang membelanjakan. Artinya, sebenarnya pemerintah mengalami masalah yang sama dengan sektor bisnis, yaitu keterbatasan akan keuangan, tetapi mereka berbeda dalam respon yang diberikan. Daripada menaikkan pajak atau memotong program publik, pemerintah wirausaha harus berinovasi bagaimana menjalankan program publik dengan sumber daya keuangan yang sedikit tersebut. Dengan melembagakan konsep *profit motif* dalam dunia publik, sebagai contoh menetapkan biaya untuk *public services* dan dana yang terkumpul digunakan untuk investasi membiayai inovasi-inovasi di bidang pelayanan publik yang lain. Dengan cara ini, pemerintah mampu menciptakan nilai tambah dan menjamin hasil, meski dalam situasi keuangan yang sulit.

*Kedelapan*, pemerintahan antisipatif: mencegah daripada mengobati, Artinya, pemerintahan tradisional yang birokratis memusatkan pada penyediaan jasa untuk memerangi masalah. Pola pencegahan (preventif) harus dikedepankan daripada pengobatan mengingat persoalan-persoalan publik saat ini semakin kompleks jika tidak diubah (masih berorientasi pada pengobatan) maka pemerintah akan kehilangan kapasitasnya untuk memberikan respon atas masalah-masalah publik yang muncul.

*Kesembilan*, pemerintahan desentralisasi dari hierarki menuju partisipasi dan tim kerja. Artinya, pada saat teknologi masih primitif, komunikasi antar berbagai lokasi masih lamban, dan pekerja publik masih belum terdidik, maka sistem sentralisasi sangat diperlukan. Akan tetapi, sekarang abad informasi dan teknologi sudah mengalami perkembangan pesat, komunikasi antar daerah yang terpencil bisa mengalir seketika, banyak pegawai negeri sipil yang terdidik dan kondisi berubah dengan kecepatan yang luar biasa, maka pemerintah desentralisasi adalah yang paling diperlukan.

*Dan prinsip yang kesepuluh* adalah pemerintahan berorientasi pasar: mendorong perubahan melalui pasar. Artinya, daripada beroperasi sebagai pemasok barang atau jasa tertentu, pemerintah atau organisasi publik lebih baik berfungsi sebagai fasilitator dan pialang dan menyemai pemodal pada pasar yang telah ada atau baru tumbuh. Pemerintah *entrepreneur* merespon perubahan lingkungan bukan dengan pendekatan tradisional lagi, seperti berusaha mengontrol lingkungan, tetapi lebih kepada strategi inovatif untuk membentuk lingkungan yang memungkinkan kekuatan pasar berlaku. Pasar di luar kontrol hanya institusi politik, sehingga strategi yang digunakan adalah membentuk lingkungan sehingga pasar dapat beroperasi dengan efisien dan menjamin kualitas hidup dan kesempatan ekonomi yang sama.

#### **4. Budaya Birokrasi Pelayanan Publik**

Menurut Sondang P. Siagian dalam Hastono (2008) budaya organisasi (birokrasi) merupakan kesepakatan bersama tentang nilai-nilai bersama dalam

kehidupan organisasi dan mengikat semua orang dalam organisasi yang bersangkutan. Oleh karena itu budaya organisasi birokrasi akan menentukan apa yang boleh dan apa yang tidak boleh dilakukan oleh para anggota organisasi; menentukan batas-batas normatif perilaku anggota organisasi; menentukan sifat dan bentuk-bentuk pengendalian dan pengawasan organisasi; menentukan gaya manajerial yang dapat diterima oleh para anggota organisasi; menentukan cara-cara kerja yang tepat, dan sebagainya.

Pelayanan publik sebagai suatu proses kinerja organisasi (birokrasi), keterkaitan dan pengaruh budaya organisasi sangatlah kuat. Dengan kata lain, apapun kegiatan yang dilakukan oleh aparat pelayanan publik haruslah berpedoman pada rambu-rambu aturan normatif yang telah ditentukan oleh organisasi publik sebagai perwujudan dari budaya organisasi publik. Oleh karena itu Dennis A Rondinelli (1981) dalam Hastono (2008) pernah mengingatkan bahwa penyebab kegagalan utama dalam melaksanakan orientasi pelayanan publik ini (jelasnya, tugas desentralisasi) adalah : kuatnya komitmen budaya politik bernuansa sempit; kurangnya tenaga-tenaga kerja yang terlatih dan terampil dalam unit-unit lokal; kurangnya sumber-sumber dana untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawab; adanya sikap keengganan untuk melakukan delegasi wewenang; dan kurangnya infrastruktur teknologi dan infrastruktur fisik dalam menunjang pelaksanaan tugas-tugas pelayanan publik.

## 5. Konsep Kerangka Kerja Pelayanan Kesehatan

Untuk mempunyai pengertian tentang pelayanan kesehatan, kita akan memperhatikan konsep kerangka kerja utama dari pelayanan kesehatan, Notoatmodjo (2003:197) menyatakan bahwa konsep kerangka kerja utama dari pelayanan kesehatan pada prinsipnya ada 2 (dua) kategori yaitu:

1. Kategori yang berorientasi pada publik (masyarakat)
2. Kategori yang berorientasi pada perorangan (pribadi)

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kategori publik terdiri dari sanitasi, imunisasi, kebersihan air dan perlindungan kualitas udara. Pelayanan kesehatan masyarakat lebih diarahkan langsung ke arah publik daripada ke arah individu-individu yang khusus. Di lain pihak pelayanan kesehatan pribadi adalah langsung ke arah individu. Seperti kebanyakan pengobatan, pelayanan kesehatan diperuntukkan langsung kepada pemakai pribadi (*individual consumer*).

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan layanan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat. Hal ini berarti bahwa peningkatan kesehatan ini, baik kesehatan individu, kelompok, atau masyarakat harus diupayakan. Upaya mewujudkan kesehatan ini dilakukan oleh individu, kelompok, masyarakat, lembaga pemerintah, ataupun swadaya masyarakat (LSM). Upaya mewujudkan kesehatan tersebut, dapat dilihat dari dua aspek, yaitu pemeliharaan kesehatan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan mencakup dua aspek, yakni: kuratif (pengobatan penyakit) dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan setelah sembuh dari sakit atau cacat). Sedangkan peningkatan kesehatan mencakup 2 (dua)

aspek, yakni: preventif (pencegahan penyakit) dan promotif (peningkatan kesehatan itu sendiri). Kesehatan perlu ditingkatkan karena kesehatan itu relatif dan mempunyai bentangan luas. Oleh sebab itu upaya kesehatan promotif mengandung makna bahwa kesehatan individu maupun kelompok harus selalu diupayakan sampai tingkat yang optimal. Upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan diwujudkan dalam suatu wadah pelayanan kesehatan yang disebut sarana kesehatan.

Secara umum kesehatan dikelompokkan menjadi dua, yakni kesehatan individu dan kesehatan agregat (kumpulan individu) atau kesehatan masyarakat. Ilmu yang mempelajari masalah kesehatan individu ini adalah ilmu kedokteran (*medicine*), sedangkan ilmu yang mempelajari masalah kesehatan agregat adalah ilmu kesehatan masyarakat. Winslow (1920) seorang ahli kesehatan masyarakat dalam Notoadmodjo (2003), membuat batasan yang sampai sekarang masih relevan, yakni: kesehatan masyarakat (*public health*) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat untuk:

- a. Perbaikan sanitasi lingkungan
- b. Pembersihan penyakit-penyakit menular
- c. Pendidikan untuk kebersihan perorangan (*personal hygiene*)
- d. Pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan
- e. Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya

Dari batasan-batasan di atas dapat disimpulkan bahwa kesehatan masyarakat mempunyai dua aspek teoritis (ilmu atau akademi) dan praktisi (aplikasi). Kedua aspek ini mempunyai peranan penting dalam kesehatan masyarakat. Secara teoritis, kesehatan masyarakat perlu didasari dan didukung dengan hasil penelitian. Artinya dalam penyelenggaraan kesehatan masyarakat (aplikasi) harus didasari dengan temuan (*evident based*) dan hasil kajian ilmiah (penelitian). Di lain pihak kesehatan masyarakat juga harus terapan (*applied*), artinya hasil-studi kesehatan masyarakat harus mempunyai manfaat bagi pengembangan program kesehatan.

Hanlon (1984) dalam Notoadmodjo (2003) menyatakan bahwa "Kesehatan masyarakat adalah suatu ilmu dan kiat untuk pencegahan penyakit, memperpanjang hidup dan peningkatan kesehatan. Hal ini melalui upaya masyarakat yang terorganisasi bagi penyehatan lingkungan, pengendalian penyakit infeksi, pendidikan tentang higiene perorangan, penyelenggaraan pelayanan medis, perawatan untuk diagnosis dini, pengobatan pencegahan terhadap penyakit dan pembangunan masyarakat yang menjamin suatu kehidupan yang layak bagi setiap orang untuk pemeliharaan kesehatan".

#### **6. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Layanan Kesehatan**

Beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat pemanfaatan fasilitas kesehatan secara umum adalah, sarana transportasi dan minimnya anggaran yang diperuntukan bagi layanan kesehatan, Poerwani, *at. al.* (1983) dalam penelitian sistem rujukan pelayanan kesehatan diperoleh hasil bahwa sarana transportasi menjadi pertimbangan dalam memberikan rujukan pada masyarakat. Faktor lain yang mempengaruhi



tingkat pemanfaatan fasilitas kesehatan selama ini adalah kecilnya anggaran yang dialokasikan untuk sektor kesehatan seperti yang tergambar dalam anggaran kesehatan tahun 2005. Berbagai latar belakang yang menyebabkan rendahnya anggaran kesehatan diantaranya, sektor kesehatan dianggap belum mampu memberikan kontribusi pada pendapatan daerah, Trisnantoro (2005). Pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan berkesinambungan memegang peranan yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai berbagai tujuan penting dari pembangunan kesehatan di suatu negara diantaranya adalah pemerataan pelayanan kesehatan dan akses (*equitable access to health care*) dan pelayanan kesehatan yang berkualitas (*assured quality*). Dampak yang ditimbulkan dari kurangnya alokasi anggaran kesehatan mengakibatkan pembangunan fasilitas kesehatan dan upaya pemenuhan tenaga kesehatan serta pelaksanaan program-program pelayanan kesehatan menjadi terkendala, hal tersebut akhirnya berimplikasi pada rendahnya akses dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Sekalipun demikian, Amalia (2005) dalam penelitiannya tentang upaya peningkatan pemanfaatan pelayanan persalinan peserta asuransi kesehatan masyarakat miskin (Askeskin) di Puskesmas Medokan Ayu Surabaya, hasil penelitian menunjukkan bahwa masyarakat lebih memilih bidan untuk mendapatkan pertolongan persalinan dan puskesmas sebagai tempat untuk bersalin. Hal ini menunjukkan bahwa dalam mengakses pelayanan kesehatan masyarakat akan menyesuaikan dengan kebutuhan pelayanan kesehatan yang diperlukan dan disesuaikan juga dengan kemampuan membayarnya. Damsir (2005) dalam penelitiannya tentang perilaku ibu bersalin yang berhubungan dengan akses

pencarian pelayanan kesehatan di Kabupaten OKU Sumatra Selatan menunjukkan bahwa biaya persalinan menjadi bahan pertimbangan dalam menentukan tempat melahirkan, artinya bahwa masyarakat cenderung memilih tempat melahirkan dengan tarif yang relatif murah. Hal ini membuktikan bahwa faktor biaya berobat menjadi pertimbangan dalam memilih tempat pelayanan kesehatan. Faktor ketersediaan tenaga kesehatan merupakan penentu bagi berkembangnya layanan kesehatan di suatu wilayah. Departemen Kesehatan (2007) dalam study *Strengthening of Planning, Strategi Information System For Health Human Resource*, memperlihatkan adanya kesenjangan fasilitas dan kondisi yang dihadapi oleh tenaga kesehatan antara yang bertugas di perkotaan dan pedesaan. Kondisi ketersediaan infrastruktur umum yang tidak merata di tanah air, menyebabkan tenaga kesehatan yang bertugas di pedesaan cenderung untuk mendapatkan fasilitas yang lebih minim dibanding dengan sejawatnya yang bertugas di daerah perkotaan, khususnya dalam hal ketersediaan listrik, air, dan peralatan penunjang lain. Selain itu, minimnya fasilitas umum yang tersedia di pedesaan juga mempengaruhi minat tenaga kesehatan untuk bertugas di daerah pedesaan, seperti ketersediaan pasar, sarana dan saluran telekomunikasi, sarana pendidikan yang bermutu, serta fasilitas hiburan.

## **7. Visi dan Misi Indonesia Sehat 2010**

Visi baru pembangunan kesehatan Indonesia direfleksikan dalam bentuk motto yang berbunyi "Indonesia Sehat Tahun 2010". Tahun 2010 dipilih dengan pertimbangan bahwa satu dasawarsa merupakan waktu yang cukup untuk mencapai suatu cita-cita, sehingga dianggap cukup menantang dan inspiratif tetapi masih

realistis. Pada tahun 2010 bangsa Indonesia diharapkan akan mencapai tingkat kesehatan tertentu yang ditandai oleh penduduknya yang (1) hidup dalam lingkungan yang sehat, (2) mempraktekkan perilaku hidup bersih dan sehat, serta (3) mampu menyediakan dan memanfaatkan (menjangkau) pelayanan kesehatan yang bermutu, sehingga (4) memiliki derajat kesehatan yang tinggi (Depkes, 2003:5).

Dalam upaya mencapai visi baru ini Departemen Kesehatan dan segenap jajaran kesehatan di daerah harus dapat melalui kebijakan-kebijakan perencanaan, dan kegiatan-kegiatan pembangunan yang merefleksikan nilai-nilai luhur yang terkandung dalam visi. Penetapan Visi Indonesia Sehat 2010 akan menuntut jajaran kesehatan mengkonkritkan kerjasama lintas sektor dengan sektor-sektor terkait. Kesehatan merupakan tanggung jawab bersama karena itu penyelenggaraan pembangunan kesehatan harus melibatkan seluruh lapisan masyarakat serta sektor-sektor di pemerintahan. Selain itu sektor kesehatan juga harus proaktif dan selalu berfikir kedepan (Depkes, 2003:9).

Misi adalah pernyataan tugas dan tanggungjawab yang harus diemban oleh Pembangunan Kesehatan dalam rangka mencapai visi yang telah ditetapkan (Depkes, 2003:10). Misi baru Departemen Kesehatan adalah (1) menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan; (2) mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat; (3) memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau; serta (4) memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan lingkungan. Untuk itu, penelitian ini dimaksudkan untuk menganalisis pembangunan kesehatan tentang memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau yang dilaksanakan di Kabupaten Sintang.

## 8. Indikator Indonesia Sehat 2010

Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dan menjadikannya lebih efektif, efisien, serta terjangkau oleh masyarakat, pemerintah melalui Departemen Kesehatan telah menyelenggarakan serangkaian reformasi di bidang kesehatan melalui pelaksanaan berbagai model pembiayaan kesehatan, program intervensi teknis bidang kesehatan perbaikan organisasi dan manajemen. Namun demikian, walaupun sudah dicapai banyak kemajuan sebagian besar masyarakat Indonesia baik di pedesaan maupun di perkotaan masih sulit untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Banyak hal yang menjadi penyebabnya antara lain faktor teknis, faktor geografi, ekonomi dan sosial. Faktor-faktor yang menyebabkan timbulnya berbagai masalah kesehatan dan kurang memuaskannya kinerja pembangunan kesehatan, akar masalahnya terletak pada kenyataan bahwa pembangunan kesehatan belum berada dalam arus utama pembangunan nasional. Hal tersebut dapat dilihat pada rendahnya anggaran yang disediakan untuk sektor kesehatan. Secara umum, anggaran untuk pembangunan kesehatan di Indonesia masih sangat kecil, yaitu hanya sekitar dua persen dari anggaran tahunan pembangunan nasional. Karena itu banyak program pembangunan kesehatan yang penting akhirnya tertunda atau pelaksanaannya kurang memadai (Depkes, 2003:15).

Untuk keluar dari permasalahan yang dihadapi, telah ditetapkan visi dan misi baru pembangunan kesehatan. Visi dan misi baru ini tidak hanya untuk kepentingan menghadapi masalah-masalah kekinian melainkan juga untuk menyongsong tantangan di masa mendatang. Dalam waktu dekat Indonesia sudah harus terlibat globalisasi. Agar dapat bersaing di era globalisasi itu Indonesia memerlukan sumber

daya manusia yang berkualitas. Oleh karena itu pembangunan kesehatan perlu diarahkan lebih baik.

Dengan visi dan misi baru, orientasi Pembangunan Kesehatan yang semula sangat menekankan pada upaya kuratif dan rehabilitatif, secara bertahap diubah menjadi upaya kesehatan terintegrasi menuju kawasan sehat dengan peran aktif masyarakat. Pendekatan baru ini menekankan pada pentingnya upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. Pemahaman baru terhadap konsep atau definisi kesehatan dan meningkatnya kesadaran akan faktor-faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat menimbulkan keyakinan bahwa pelayanan kesehatan kuratif saja tidak mungkin dapat menciptakan Indonesia Sehat (Depkes, 2003:6).

Indikator Indonesia Sehat 2010 dikelompokkan ke dalam:

1. Indikator derajat kesehatan yang merupakan hasil akhir, yang terdiri dari indikator-indikator mortalitas, indikator-indikator morbiditas, dan indikator-indikator status gizi.
2. Indikator hasil antara, yang terdiri dari indikator-indikator keadaan lingkungan, indikator-indikator perilaku hidup masyarakat, serta indikator-indikator akses dan mutu pelayanan kesehatan.
3. Indikator proses dan masukan, yang terdiri dari indikator-indikator pelayanan kesehatan, indikator-indikator sumber daya kesehatan, indikator-indikator manajemen kesehatan, dan indikator-indikator manajemen kesehatan, dan indikator kontribusi sektor terkait.

Untuk memberikan gambaran yang lebih jelas tentang Visi Indonesia Sehat 2010, setiap indikator telah ditetapkan target yang akan dicapai di tahun 2010

Indikator derajat kesehatan dan target yang hendak dicapai di tahun 2010 adalah sebagai berikut.

Tabel 2.1 Indikator Derajat Kesehatan dan Target Tahun 2010

INDIKATOR	TARGET 2010 (%)
<b>MORTALITAS</b>	
1. Angka kematian bayi per-1.000 kelahiran hidup.	40
2. Angka kematian balita per-100.000 kelahiran hidup	58
3. Angka kematian ibu melahirkan per-100.000 kelahiran hidup.	150
4. Angka harapan hidup waktu lahir	67,9
<b>MORBIDITAS</b>	
1. Angka kesakitan malaria per 1.000 penduduk	5
2. Angka kesembuhan penderita TB Paru BTA +	85
3. Prevalensi HIV (persentase kasus terhadap penduduk berisiko)	0,9
4. Angka "Acute Flaccid Paralysis" (AFP) pada anak usia < 15 Tahun per-100.000 anak.	0,9
5. Angka kesakitan demam berdarah dengue (DBD) per-100.000 penduduk.	2
<b>STATUS GIZI</b>	
1. Persentase balita dengan gizi buruk	15
2. Persentase kecamatan bebas rawan Gizi	80

Sumber : Depkes (2003) Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/ Kota Sehat.

Indikator hasil antara dan target yang hendak dicapai di tahun 2010 adalah sebagai berikut.

Tabel 2.2 Indikator Hasil Antara dan Target Tahun 2010

INDIKATOR	TARGET 2010 (%)
<b>KEADAAN LINGKUNGAN</b>	
1. Persentase rumah sehat	80
2. Persentase tempat-tempat umum sehat	80
<b>PERILAKU HIDUP MASYARAKAT</b>	
1. Persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat	65
2. Persentase posyandu purnama dan mandiri	40
<b>AKSES DAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN</b>	
1. Persentase penduduk yang memanfaatkan puskesmas	15
2. Persentase penduduk yang memanfaatkan rumah sakit	1,5
3. Persentase sarana kesehatan dengan kemampuan laboratorium kesehatan	100
4. Persentase rumah sakit yang menyelenggarakan 4 (empat) pelayanan kesehatan spesialis dasar.	100
5. Persentase obat generik berlogo dalam persediaan obat.	100

Sumber : Depkes (2003) Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/ Kota Sehat.

Tabel 2.3 Indikator Proses dan Masukan serta Target Tahun 2010

INDIKATOR	TARGET 2010 (%)
<b>PELAYANAN KESEHATAN</b>	
1. Persentase persalinan oleh tenaga kesehatan	90
2. Persentase desa yang mencapai "Universal Child Immunization" (UCI)	100
3. Persentase desa terkena Kejadian Luar Biasa (KLB) yang ditangani <24 jam	100
4. Presentase ibu hamil yang mendapat Tablet Fe	80
5. Persentase bayi mendapat Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif	80
6. Persentase murid sekolah dasar/ madrasah ibtidaiyah yang mendapat pemeriksaan gigi dan mulut	100
7. Persentase pekerja yang mendapat pelayanan kesehatan kerja	80
8. Persentase keluarga miskin yang mendapat pelayanan kesehatan.	100
<b>SUMBERDAYA KESEHATAN</b>	
1. Rasio dokter per-100.000 penduduk	40
2. Rasio dokter spesialis per-100.000 penduduk	6
3. Rasio dokter keluarga 1.000 keluarga	2
4. Rasio dokter gigi Per-100.000 penduduk	11
5. Rasio apoteker per-100.000 penduduk	10
6. Rasio bidan per-100.000 penduduk	100
7. Rasio perawat per-100.000 penduduk.	117,5
8. Rasio ahli gizi Per-100.000 penduduk	22
9. Persentase ahli sanitasi per-100.000 penduduk	40
10. Rasio ahli kesehatan masyarakat per-100.000 penduduk	40
11. Persentase penduduk yang menjadi peserta jaminan pemeliharaan kesehatan	80
12. Rata-rata persentase anggaran kesehatan dalam APBD kabupaten/ kota	15
13. Alokasi anggaran kesehatan pemerintah per-kapita per-tahun (ribuan rupiah)	100



INDIKATOR	TARGET 2010 (%)
<b>MANAJEMEN KESEHATAN</b>	
1. Persentase kabupaten/ kota yang mempunyai dokumen sistem kesehatan.	100
2. Persentase kabupaten/ kota yang memiliki "Contingency Plan" untuk masalah kesehatan akibat bencana	100
3. Persentase kabupaten/ kota yang membuat profil kesehatan	100
4. Persentase provinsi yang melaksanakan surkesda	100
5. Persentase provinsi yang mempunyai "Provincial Health Account"	100
<b>KONTRIBUSI SEKTOR TERKAIT</b>	
1. Persentase keluarga yang memiliki akses terhadap air bersih	85
2. Persentase pasangan usia subur yang menjadi akseptor keluarga berencana	70
3. Angka kecelakaan lalu lintas per-100.000 penduduk.	10
4. Persentase penduduk yang melek huruf	95

Sumber : Depkes (2003) Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/ Kota Sehat.

#### 9. Konsep Dasar Pelayanan Kesehatan Primer (Puskesmas)

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang kebijakan dasar pusat kesehatan masyarakat bahwa puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/ kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. 1) Unit pelaksana teknis: Sebagai unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/ kota (UPTD), Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas

teknis operasional dinas kesehatan kabupaten/ kota yang merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia. 2) Pembangunan kesehatan adalah menyelenggarakan upaya kesehatan oleh bangsa Indonesia untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. 3) Penanggungjawab utama penyelenggaraan seluruh upaya pembangunan kesehatan di wilayah kabupaten/ kota adalah dinas kesehatan kabupaten/ kota. Sedangkan puskesmas hanya bertanggung-jawab sebagian, yaitu upaya pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh dinas kesehatan kabupaten/ kota sesuai dengan kemampuannya. 4) Wilayah kerja: Secara nasional, standar wilayah kerja puskesmas adalah satu kecamatan. Tetapi apabila di satu kecamatan terdapat lebih dari satu puskesmas, maka tanggung jawab wilayah kerja dibagi antar puskesmas, dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah (desa/ kelurahan atau RW). Masing-masing puskesmas tersebut secara operasional bertanggung jawab langsung kepada dinas kesehatan kabupaten/ kota (Depkes, 2004).

Visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas adalah tercapainya Kecamatan Sehat menuju terwujudnya Indonesia Sehat. Kecamatan Sehat adalah gambaran masyarakat kecamatan masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan, yakni masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Indikator Kecamatan Sehat yang ingin dicapai mencakup 4 indikator utama

yakni (1) lingkungan sehat, (2) perilaku sehat, (3) cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu serta (4) derajat kesehatan penduduk kecamatan.

Misi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional. Misi tersebut adalah:

1. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya  
Puskesmas akan selalu menggerakkan pembangunan sektor lain yang diselenggarakan di wilayah kerjanya, agar memperhatikan aspek kesehatan, yaitu pembangunan yang tidak menimbulkan dampak negatif terhadap kesehatan, setidaknya terhadap lingkungan dan perilaku masyarakat.
2. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya
3. Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan
4. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya. Puskesmas akan selalu berupaya memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat yang berkunjung dan yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya, tanpa diskriminasi dan dengan menerapkan kemajuan ilmu dan teknologi kesehatan yang sesuai. Upaya pemeliharaan dan peningkatan yang dilakukan di puskesmas mencakup pula aspek lingkungan dari yang bersangkutan.

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia Sehat 2010 (Depkes, 2004:29).

Puskesmas berfungsi sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan yang selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Di samping itu puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya. Khusus untuk pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat yang selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk sumber pembiayaannya, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat, pusat pelayanan kesehatan strata pertama yang bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.

Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggungjawab puskesmas meliputi :

1. Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (*private goods*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan kesehatan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap.
2. Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain adalah promosi tentang kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa masyarakat serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya.

Kedudukan puskesmas dibedakan menurut keterkaitannya dengan Sistem Kesehatan Nasional, Sistem Kesehatan Kabupaten/ Kota dan Sistem Pemerintahan Daerah.

1. Sistem Kesehatan Nasional adalah sebagai sarana pelayanan kesehatan strata pertama yang bertanggungjawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.

2. Sistem Kesehatan Kabupaten/ Kota adalah sebagai Unit Pelaksana Teknis dinas kesehatan kabupaten/ kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan sebagian tugas pembangunan kesehatan kabupaten/ kota di wilayah kerjanya.
3. Sistem Pemerintahan Daerah adalah sebagai unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/ kota yang merupakan unit struktural Pemerintahan Daerah Kabupaten/ Kota bidang kesehatan di tingkat kecamatan.
4. Antar sarana pelayanan kesehatan strata pertama di wilayah kerja puskesmas terdapat berbagai organisasi pelayanan kesehatan strata pertama yang dikelola oleh lembaga masyarakat dan swasta seperti praktek dokter, praktek dokter gigi, praktek bidan, poliklinik dan balai kesehatan masyarakat. Kedudukan puskesmas diantara berbagai sarana pelayanan kesehatan strata pertama ini adalah sebagai mitra. Di wilayah kerja puskesmas terdapat pula berbagai bentuk upaya kesehatan berbasis dan bersumberdaya masyarakat seperti posyandu, polindes, pos obat desa dan pos UKK. Kedudukan puskesmas adalah sebagai pembina bagi berbagai sarana pelayanan kesehatan berbasis dan bersumberdaya masyarakat.

Struktur organisasi puskesmas tergantung dari kegiatan dan beban tugas masing-masing puskesmas. Penyusunan struktur organisasi puskesmas disuatu kabupaten/ kota, sedangkan penetapannya dilakukan dengan peraturan daerah. Jaringan pelayanan puskesmas terdiri dari unit puskesmas pembantu, unit puskesmas keliling, unit bidan di desa/ komunitas. Tata kerja puskesmas adalah sebagai berikut :

1. Dengan kantor kecamatan, dalam melaksanakan fungsinya, puskesmas berkoordinasi dengan kantor kecamatan melalui pertemuan berkala yang diselenggarakan di tingkat kecamatan. Koordinasi tersebut mencakup perencanaan, penggerakan, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian serta penilaian. Dalam hal pelaksanaan fungsi pengendalian sumberdaya masyarakat oleh puskesmas, koordinasi dengan kantor kecamatan mencakup pula kegiatan fasilitasi.
2. Dengan dinas kesehatan kabupaten/ kota, puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/ kota. Dengan demikian secara teknis dan administrasi, puskesmas bertanggungjawab kepada dinas kesehatan kabupaten/ kota. Sebaliknya dinas kesehatan kabupaten/ kota bertanggungjawab membina serta memberikan bantuan administratif dan teknis kepada puskesmas.
3. Dengan jaringan pelayanan kesehatan strata pertama, sebagai mitra pelayanan kesehatan strata pertama yang dikelola oleh lembaga masyarakat dan swasta, puskesmas menjalin kerjasama termasuk penyelenggaraan rujukan dan memantau kegiatan yang diselenggarakan. Sedangkan sebagai pembina upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat, puskesmas melaksanakan bimbingan teknis, pemberdayaan dan rujukan sesuai kebutuhan.
4. Dengan jaringan pelayanan kesehatan rujukan, dalam menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat, puskesmas menjalin kerjasama yang erat dengan berbagai pelayanan kesehatan rujukan. Untuk upaya kesehatan perorangan, jalinan kerjasama tersebut

diselenggarakan dengan berbagai sarana pelayanan kesehatan perorangan seperti rumah sakit (kabupaten/ kota), dan berbagai balai kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan masyarakat, jalinan kerjasama diselenggarakan dengan berbagai sarana pelayanan kesehatan masyarakat rujukan, seperti dinas kesehatan kabupaten/ kota, balai teknik kesehatan lingkungan, balai laboratorium kesehatan serta berbagai balai kesehatan masyarakat. Kerjasama tersebut diselenggarakan melalui penerapan konsep rujukan yang menyeluruh dalam koordinasi dinas kesehatan kabupaten/ kota.

5. Dengan lintas sektor, tanggungjawab puskesmas sebagai unit pelaksana teknis adalah menyelenggarakan sebagian tugas pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh dinas kesehatan kabupaten/ kota. Untuk hasil yang optimal, penyelenggaraan pembangunan kesehatan tersebut harus dapat dikoordinasikan dengan berbagai lintas sektor terkait yang ada di tingkat kecamatan. Diharapkan di satu pihak, penyelenggaraan pembangunan kesehatan di kecamatan tersebut mendapat dukungan dari berbagai sektor terkait, sedangkan di pihak lain pembangunan yang diselenggarakan oleh sektor lain di tingkat kecamatan berdampak positif terhadap kesehatan.
6. Dengan masyarakat, sebagai penanggungjawab penyelenggaraan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya, puskesmas memerlukan dukungan aktif dari masyarakat sebagai objek dan subjek pembangunan. Dukungan aktif tersebut diwujudkan melalui pembentukan Badan Penyantun Puskesmas (BPP), yang menghimpun berbagai potensi masyarakat, seperti : tokoh masyarakat, tokoh agama, LSM, organisasi kemasyarakatan, serta dunia



usaha. BPP tersebut berperan sebagai mitra puskesmas dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan.

Uraian tanggung jawab dan fungsi puskesmas akan dapat terwujud secara optimal apabila puskesmas dapat diakses dengan mudah oleh masyarakat. Untuk itu perlu dilakukan upaya-upaya untuk mendekatkan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang.

#### 10. Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan

Akses berarti bahwa pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, budaya, organisasi atau hambatan bahasa. Akses geografis dapat diukur dengan jenis transportasi, jarak, waktu perjalanan dan hambatan fisik lain yang dapat menghalangi seseorang untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Akses ekonomi berkaitan dengan kemampuan memberikan pelayanan kesehatan yang pembiayaannya terjangkau pasien (*affordability*). Akses sosial atau budaya berkaitan dengan diterimanya pelayanan yang berkaitan dengan nilai budaya, kepercayaan dan perilaku. Akses organisasi berkaitan dengan sejauh mana pelayanan diatur untuk kenyamanan pasien, jam kerja klinik, waktu tunggu. Akses bahasa berarti bahwa pelayanan diberikan dalam bahasa atau dialek setempat yang dipahami pasien.

Untuk melihat akses dan mutu pelayanan kesehatan telah ditetapkan lima indikator (Depkes. RI, 2003).

1. Persentase penduduk yang memanfaatkan puskesmas
2. Persentase penduduk yang memanfaatkan rumah sakit
3. Persentase sarana kesehatan dengan kemampuan laboratorium kesehatan

4. Persentase rumah sakit yang menyelenggarakan 4 pelayanan kesehatan spesialis dasar
5. Persentase obat generik berlogo dalam persediaan obat.

Dari kelima indikator tersebut diatas, masing-masing indikator harus mencapai standart pencapaian yang telah ditentukan secara nasional sehingga dapat dinilai jangkauan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang pada khususnya.

### 11. Perilaku Masyarakat Terhadap Pelayanan Kesehatan

Masyarakat atau anggota masyarakat yang mendapat penyakit, dan tidak merasakan sakit (*desease but no illnes*) sudah barang tentu tidak akan bertindak apa-apa terhadap penyakit tersebut. Tetapi bila mereka diserang penyakit dan juga merasakan sakit, maka baru akan timbul berbagai macam perilaku dan usaha. Respons seseorang apabila sakit adalah sebagai berikut:

*Pertama*, tidak bertindak/ kegiatan apa-apa (*no action*). Alasannya antara lain bahwa kondisi yang demikian tidak mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari. Mungkin mereka beranggapan bahwa tanpa bertindak apa pun atau gejala yang dideritanya akan lenyap dengan sendirinya. Tidak jarang pula masyarakat memprioritaskan tugas-tugas lain yang dianggap lebih penting daripada daripada mengobati sakitnya. Hal ini merupakan suatu bukti bahwa kesehatan belum merupakan prioritas di dalam hidup dan kehidupannya.

Alasan lain dari masyarakat yang sakit tetapi tidak berobat adalah fasilitas kesehatan yang diperlukan sangat jauh letaknya, para petugas kesehatan tidak

simpatik, judes, tidak responsif dan sebagainya. Dan akhirnya alasan takut dokter, takut pergi ke rumah sakit, takut biaya, dan sebagainya.

*Kedua*, tindakan mengobati sendiri (*self treatment*), dengan alasan-alasan yang sama seperti telah diuraikan. Alasan tambahan dari tindakan ini adalah karena orang atau masyarakat tersebut sudah percaya kepada diri sendiri, dan sudah merasa bahwa berdasar pengalaman-pengalaman yang lalu usaha-usaha pengobatan sendiri dan sudah dapat mendatangkan kesembuhan. Hal ini mengakibatkan pencarian pengobatan keluar tidak diperlukan.

*Ketiga*, mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*). Untuk masyarakat pedesaan khususnya pengobatan tradisional ini masih menduduki tempat teratas dibanding dengan pengobatan-pengobatan lain.

Pada masyarakat yang masih sederhana, masalah sehat-sakit adalah lebih bersifat budaya daripada gangguan-gangguan fisik. Identik dengan itu pencarian pengobatan lebih berorientasi kepada sosial-budaya masyarakat daripada hal-hal yang dianggapnya masih asing.

Dukun (bermacam-macam dukun) yang melakukan pengobatan tradisional merupakan bagian dari masyarakat, berada di tengah-tengah masyarakat, dekat dengan masyarakat, dan pengobatan yang dihasilkan adalah kebudayaan masyarakat, lebih diterima oleh masyarakat daripada dokter, mantri, bidan dan sebagainya yang masih asing bagi mereka seperti juga obat-obatnya pun merupakan kebudayaan mereka.

*Keempat*, mencari pengobatan dengan membeli obat-obatan ke warung-warung obat (*chemist shop*) dan sejenisnya, termasuk tukang-tukang jamu. Obat-obat yang

mereka pakai umumnya adalah obat-obat yang tidak memakai resep sehingga sukar untuk dikontrol. Namun demikian sampai sejauh ini pemakaian obat-obat bebas oleh masyarakat sebagai sesuatu untuk pengobatan (bukan hanya untuk pencegahan saja) makin tampak peranannya dalam kesehatan masyarakat. Karena itu perlu penelitian yang lebih mendalam.

*Kelima*, mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan kedalam balai pengobatan, puskesmas, dan rumah sakit.

*Keenam*, adalah mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktek (*private medicine*).

Dari uraian-uraian di atas tampak jelas bahwa persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit adalah berbeda dengan konsep-konsep kita tentang sehat-sakit itu. Persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit erat hubungannya dengan perilaku pencarian pengobatan. Kedua kelompok pikiran tersebut akan mempengaruhi atas dipakai atau tidak dipakainya fasilitas kesehatan yang disediakan. Apabila persepsi sehat-sakit masyarakat belum sama dengan konsep sehat-sakit kita, maka jelas masyarakat belum tentu atau tidak akan menggunakan fasilitas yang diberikan. Bila persepsi sehat-sakit masyarakat sudah sama dengan pengertian kita, maka kemungkinan besar fasilitas yang diberikan akan mereka pergunakan.

Oleh karena itu dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan di puskesmas-puskesmas perlu ditunjang dengan adanya penelitian-penelitian sosial budaya masyarakat, persepsi dan perilaku masyarakat tersebut terhadap sehat-sakit. Bila

diperoleh data bahwa masyarakat masih mempunyai persepsi sehat-sakit yang berbeda dengan kita, maka kita dapat melakukan pembetulan konsep sehat-sakit itu melalui pendidikan kesehatan masyarakat. Dengan demikian pelayanan yang kita berikan akan diterima oleh masyarakat.

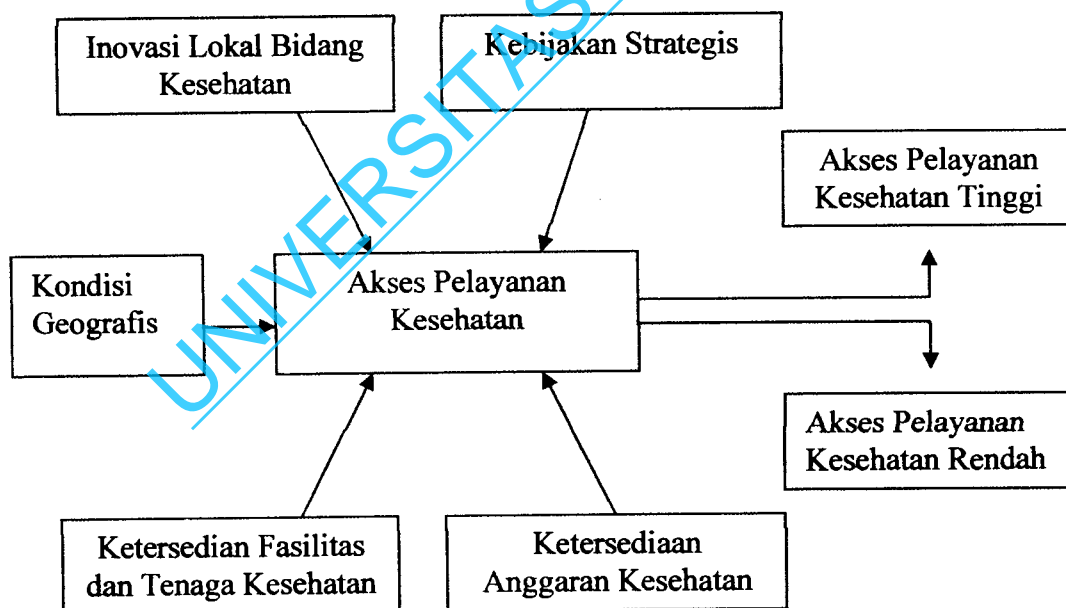
## B. Kerangka Berpikir

Kerangka berpikir dalam penelitian ini dasari oleh teori *reinventing government* yang digagas oleh David Osborne dan Ted Gaebler (1992). Beberapa prinsip teori *reinventing government* yang diambil sebagai landasan teori dalam penelitian ini meliputi: *prinsip pertama* yaitu pemerintahan katalis, mengarahkan ketimbang mengayuh. Artinya, pemerintah entrepreneurial lebih berkonsentrasi pada pembuatan kebijakan-kebijakan strategis untuk mencapai misi, dalam kaitan dengan penelitian ini adalah kebijakan-kebijakan strategis untuk peningkatan akses pelayanan kesehatan. Kemudian *prinsip kedua* adalah pemerintahan milik rakyat: birokrasi pemerintahan bertanggung jawab untuk memastikan bahwa kebutuhan-kebutuhan telah terpenuhi kaitannya dengan penelitian ini adalah upaya pemerintah dalam pemenuhan ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan yang merupakan salah satu faktor dalam akses pelayanan kesehatan. *Prinsip ketujuh*, dari teori *reinventing government* adalah pemerintahan wirausaha: menghasilkan ketimbang membelanjakan. Artinya, sebenarnya pemerintah mengalami masalah yang sama dengan sektor bisnis, yaitu keterbatasan akan keuangan, tetapi pemerintah wirausaha harus berinovasi bagaimana menjalankan program publik dengan sumber daya keuangan yang sedikit tersebut. Pemerintah menetapkan biaya untuk *public services* dan dana yang

terkumpul digunakan untuk investasi membiayai inovasi-inovasi di bidang pelayanan publik yang lain. Dengan cara ini, pemerintah mampu menciptakan nilai tambah dan menjamin hasil, meski dalam situasi keuangan yang sulit.

Kerangka pikir dalam penelitian ini juga didasari oleh hasil-hasil penelitian terdahulu tentang faktor-faktor akses pelayanan kesehatan. Beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat pemanfaatan fasilitas kesehatan secara umum adalah sarana transportasi dan ketersediaan anggaran serta ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan di setiap wilayah.

Berdasarkan pada tiga prinsip teori *reinventing government* dan penelitian-penelitian terdahulu tentang faktor-faktor akses pelayanan kesehatan maka dapat disajikan kerangka pikir sebagai berikut.



Gambar 2.1. Kerangka Berpikir Faktor-Faktor Akses Pelayanan Kesehatan

### C. Definisi Operasional Variabel

Setelah mengkaji beberapa definisi dan konsep tentang pelayanan, pelayanan kesehatan, akses pelayanan kesehatan, kebijakan strategis, kegiatan inovasi lokal, fasilitas dan tenaga kesehatan dan pembiayaan kesehatan yang menjadi variabel dalam penelitian ini maka definisi operasional variabel tersebut adalah sebagai berikut.

1. Pelayanan adalah suatu kegiatan atau urutan kegiatan yang terjadi dalam interaksi langsung antara seseorang dengan orang lain atau antara pemberi pelayanan (provider) dan penerima pelayanan.
2. Pelayanan Kesehatan adalah kegiatan yang terjadi atau interaksi langsung antara seseorang dengan orang lain atau pemberi jasa pelayanan kesehatan (tenaga kesehatan) dengan individu, kelompok atau masyarakat untuk memecahkan masalah kesehatannya. Pelayanan kesehatan masyarakat mencakup upaya penyuluhan kesehatan, pemberian imunisasi, sanitasi lingkungan, pelayanan gizi, pelayanan kesehatan keluarga, jiwa dan pemberantasan penyakit menular. Selain itu pelayanan kesehatan individu mencakup pelayanan pengobatan, pelayanan gigi, pelayanan khitanan dan pelayanan persalinan dan pelayanan keluarga berencana.
3. Akses pelayanan kesehatan adalah kemudahan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tanpa terhalangi oleh keadaan geografi seperti jarak tempuh, waktu perjalanan, jenis transportasi, hambatan fisik lainnya dan keadaan ekonomi berkaitan dengan kemampuan memberikan pelayanan kesehatan yang



pembiayaannya terjangkau oleh masyarakat sehingga tidak menghalangi masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

4. Kebijakan Strategis pemerintah daerah di bidang kesehatan : adalah aturan yang mengikat yang disusun oleh Bupati Sintang dengan persetujuan DPRD Sintang yang berlaku di wilayah Kabupaten Sintang untuk dilaksanakan oleh Satuan Kerja Perangkat Daerah dalam hal ini Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang terkait dengan upaya untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan.
5. Inovasi lokal dalam peningkatan akses pelayanan kesehatan adalah ide baru dalam bentuk kegiatan atau program kesehatan yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang melibatkan puskesmas setempat dengan melakukan pelayanan kesehatan *mobile* (pelayanan kesehatan langsung) ke daerah-daerah terpencil dan terisolir yang bertujuan agar masyarakat lebih mudah untuk berobat dan mengatasi masalah kesehatannya.
6. Fasilitas dan tenaga kesehatan adalah sarana pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat seperti rumah sakit yang ada di kabupaten, puskesmas di wilayah kecamatan dan puskesmas pembantu, polindes dan poskesdes di setiap desa yang dapat digunakan oleh masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Sementara tenaga kesehatan adalah petugas/ *provider* yang memiliki kompetensi di bidang kesehatan seperti tenaga perawat atau bidan yang bertugas di suatu wilayah untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

7. Pembiayaan/ Anggaran kesehatan adalah sejumlah dana dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) yang dialokasikan dikeluarkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang untuk pelaksanaan kegiatan atau program-program kesehatan di Kabupaten Sintang.

UNIVERSITAS TERBUKA

### BAB III

## METODOLOGI PENELITIAN

#### A. Desain Penelitian

Sesuai dengan permasalahan yang ada dan untuk mencapai tujuan penelitian, maka penelitian dilakukan dengan memfokuskan pada obyek yang akan diteliti yaitu tentang akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat di Kabupaten Sintang yang ditinjau dari aspek akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat di perkotaan dan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat di pedesaan. Kemudian variabel berikutnya adalah tentang faktor yang mempengaruhi akses pelayanan kesehatan dari aspek kebijakan pengembangan akses, ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan, dukungan pemerintah daerah dalam pendanaan kesehatan.

Data tentang obyek penelitian tersebut di atas diperoleh melalui berbagai sumber antara lain studi pustaka, pengambilan data primer dan data sekunder. Data yang diperoleh tentang obyek penelitian tersebut kemudian dikaji secara mendalam.

Berdasarkan pada uraian di atas maka jenis penelitian yang digunakan yaitu penelitian deskriptif. Menurut Sugiyono (2002:6) bahwa "penelitian deskriptif adalah penelitian yang dilakukan terhadap variabel mandiri, yaitu tanpa membandingkan atau menghubungkan dengan variabel lain". Menurut Faisal (2003:20) bahwa penelitian deskriptif tidak sampai mempersoalkan jalinan hubungan antara variabel yang ada, tidak dimaksudkan untuk menarik generalisasi

yang menjelaskan variabel-variabel antesenden yang menyebabkan sesuatu gejala atau kenyataan sosial, karenanya tidak melakukan pengujian hipotesis.

Berdasarkan keterangan diatas, penulis memilih menggunakan desain penelitian kualitatif dengan anggapan penelitian ini lebih cocok dan sesuai dalam menggambarkan permasalahan tentang akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang.

## **B. Sumber Informasi**

Sumber informasi dalam penelitian diperoleh dari *informan* Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dan puskesmas. Sumber informasi dari puskesmas ditentukan secara purposif dengan memilih 1 puskesmas dengan karakteristik wilayah perkotaan atau dekat dengan perkotaan dan 1 puskesmas dengan karakteristik wilayah terpencil dengan *key informan* kepala puskesmas. Sumber informasi dari *informan* Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang di pilih berdasarkan kesesuaian dengan materi yang akan diteliti dengan prinsip pemilihan informan sebagai berikut :

### **1. Kesesuaian**

Informan yang dipilih harus memiliki kapasitas/ kemampuan pengetahuan sesuai dengan topik yang akan diteliti tentang akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang sehingga dapat memenuhi kebutuhan penelitian. Pemilihan informan dilakukan secara sengaja (*purposif*) yaitu atas dasar apa yang diketahui tentang variasi-variasi atau elemen-elemen yang ada dalam fokus penelitian.

Tabel 3.1 Pemilihan Informan Berdasarkan Kesesuaian

Informan	Dasar Pemilihan
Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui cakupan akses pelayanan kesehatan oleh masyarakat di Kabupaten Sintang</li> <li>2. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi dalam peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang</li> <li>3. Terlibat dalam pelaksanaan kebijakan peningkatan akses pelayanan kesehatan.</li> </ol>
Kepala Bidang Program dan Informasi Kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terlibat dalam penyusunan kebijakan peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang.</li> <li>2. Mengetahui data dasar sarana pelayanan kesehatan dan data SDM kesehatan di Kabupaten Sintang</li> <li>3. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi dalam peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang</li> <li>4. Mengetahui sumber-sumber pendanaan dan nominalnya terutama untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang</li> <li>5. Mengetahui upaya advokasi untuk mendapatkan dukungan dana kesehatan</li> </ol>
Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui tentang tingkat pemanfaatan puskesmas dan jaringannya bagi masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan</li> <li>2. Mengetahui akses pelayanan kesehatan masyarakat di wilayah terpencil maupun perkotaan</li> <li>3. Mengetahui pelaksanaan kebijakan pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang</li> <li>4. Mengetahui program-program pelayanan kesehatan yang dilaksanakan dalam rangka peningkatan akses</li> </ol>
Kepala Seksi Informasi kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui Informasi atau data tentang kondisi pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang.</li> <li>2. Mengetahui informasi tentang ketersediaan dan kebutuhan tenaga kesehatan</li> <li>3. Mengetahui tentang prosentase anggaran dan anggaran kesehatan perkapita</li> <li>4. Mengetahui upaya advokasi untuk mendapatkan dukungan dana kesehatan</li> </ol>

Kepala Puskesmas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui pelaksanaan kebijakan pelayanan kesehatan di lapangan</li> <li>2. Mengenali kendala-kendala berkenaan dengan implementasi kebijakan peningkatan akses pelayanan kesehatan di wilayahnya.</li> <li>3. Mengetahui potensi-potensi masyarakat dalam upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan</li> <li>4. Mengetahui data dasar sarana pelayanan kesehatan dan data SDM di wilayahnya</li> <li>5. Mengetahui kondisi pelayanan kesehatan di daerah terpencil maupun di perkotaan.</li> <li>6. Mengetahui faktor apa saja yang mempengaruhi peningkatan akses terhadap pelayanan kesehatan.</li> </ol>
------------------	---

## 2. Kecukupan

Informan dapat menjawab/ menggambarkan seluruh rangkaian upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang sesuai dengan bidangnya masing-masing.

### C. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini teknik pengumpulan data dengan menggunakan format pedoman wawancara dimana diharapkan akan diperoleh informasi yang dibutuhkan. Pedoman wawancara setelah dibuat kemudian diuji, sehingga diketahui ketajamannya. Pedoman wawancara tersebut dievaluasi untuk mendapatkan masukan yang sesuai dengan yang akan diteliti. Pada waktu wawancara dilakukan peneliti sendiri menggunakan *tape recorder* sebagai alat perekam untuk dokumentasi hasil wawancara.

Ada beberapa teknik yang dapat digunakan dalam pengumpulan data dalam penelitian sosial, Faishal (2003:51-53) menyatakan bahwa "yang lazim digunakan adalah (1) angket (*questionnaire*), (2) wawancara (*interview*), (3) observasi (*observation*), (4) dokumenter (*secondary sources*), dan tes (*test*)". Berpedoman pada pendapat tersebut, teknik yang digunakan dalam pengumpulan data penelitian ini adalah :

1. Observasi langsung atau pengamatan langsung.

Yaitu dengan melakukan pengamatan secara langsung dan pencatatan yang diperlukan dalam upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang.

2. Melakukan wawancara atau interview.

Yaitu dengan mengadakan hubungan langsung atau tatap muka dan melakukan wawancara secara langsung dengan subyek penelitian atau sumber informasi.

3. Studi Dokumentasi

Yaitu dengan mengumpulkan data-data yang berupa bahan-bahan yang tertulis baik dari catatan-catatan, laporan-laporan dan buku-buku yang berhubungan dengan upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kesehatan Kabupaten Sintang.

#### **D. Instrumen Penelitian**

Data yang ingin dijaring dalam penelitian ini terdiri dari data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dari responden dengan melakukan wawancara



terstruktur dengan menggunakan pedoman wawancara (*interview guide*) berupa daftar pertanyaan terarah yang ditujukan langsung kepada subyek penelitian untuk memperoleh data dan informasi tentang upaya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang dan observasi langsung dengan menggunakan catatan observasi yang merupakan alat bantu berupa buku catatan lapangan untuk mencatat segala sesuatu yang berhubungan dengan upaya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang.

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari literatur-literatur yang terkait dengan kajian penelitian. Data sekunder dijangkau dengan menggunakan instrumen pedoman *review* dokumen.

Berikut ini adalah matriks pengembangan instrumen yang dipergunakan dalam penelitian ini.

Tabel 3.2. Matriks Pengembangan Instrumen

No.	Variabel	Indikator	Sumber Data	Teknik Pengumpulan Data
A. Analisis mengenai akses pelayanan kesehatan masyarakat				
1.	Akses pelayanan kesehatan pada masyarakat daerah terpencil	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kunjungan di puskesmas daerah terpencil</li> <li>- Layanan kesehatan</li> <li>- Fasilitas kesehatan yang ada di desa</li> <li>- Jumlah Desa</li> <li>- Pelayanan rujukan pasien</li> <li>- Alokasi anggaran rujukan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kabid Yankes</li> <li>- Kasi PKD</li> <li>- Ka.Puskesmas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengisian kuesioner melalui teknik wawancara (kuesioner terpandu)</li> <li>- Observasi langsung</li> <li>- Studi dokumentasi</li> </ul>

2.	Akses pelayanan kesehatan pada masyarakat perkotaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kunjungan di puskesmas perkotaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kabid Yankes</li> <li>- Kasi PKD</li> <li>- Ka.Puskesmas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengisian kuesioner melalui teknik wawancara (kuesioner terpandu)</li> <li>- Observasi langsung</li> <li>- Studi Dokumentasi</li> </ul>
<b>B. Analisis mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi akses pelayanan kesehatan</b>				
1.	Kebijakan tentang peningkatan akses pelayanan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peraturan daerah tentang peningkatan akses</li> <li>- Program-program inovatif</li> <li>- Kebijakan retensi petugas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kabid Yankes</li> <li>- Kabid Program dan Infokes</li> <li>- Kasi PKD</li> <li>- Ka.Puskesmas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengisian kuesioner melalui teknik wawancara (kuesioner terpandu)</li> <li>- Observasi langsung</li> <li>- Studi Dokumentasi</li> </ul>
2.	Kondisi sarana dan tenaga kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jumlah puskesmas dan polindes</li> <li>- Sarana transportasi rujukan pasien</li> <li>- Jumlah puskesmas dan polindes dan terisi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kabid Yankes</li> <li>- Kabid Program dan Infokes</li> <li>- Kasi PKD</li> <li>- Kasi Infokes</li> <li>- Ka.Puskesmas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengisian kuesioner melalui teknik wawancara (kuesioner terpandu)</li> <li>- Observasi langsung</li> <li>- Studi dokumentasi</li> </ul>
3.	Pendanaan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prosentase APBD untuk sektor kesehatan</li> <li>- Upaya advokasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kabid Yankes</li> <li>- Kabid Program dan Infokes</li> <li>- Kasi Infokes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengisian kuesioner melalui teknik wawancara (kuesioner terpandu)</li> <li>- Observasi langsung</li> <li>- Studi dokumentasi</li> </ul>

## E. Metode Analisis Data

Adapun langkah-langkah analisis data dalam penelitian ini dimulai dengan :

1. Menelaah semua data yang tersedia dari berbagai sumber baik dari wawancara, kuesioner, observasi maupun pencatatan dan dokumen peraturan dan lain sebagainya.
2. Membuat transkrip dari hasil wawancara mendalam.
3. Mereduksi data dengan abstraksi yaitu dengan membuat rangkuman sesuai dengan pokok bahasan dalam penelitian dengan tetap menjaga inti dari hasil wawancara.
4. Menyusun satuan-satuan untuk dikategorisasikan sesuai dengan variabel yang ditetapkan dalam penelitian dan kemudian setelah itu data dianalisis.
5. Melakukan penafsiran data dengan menarik kesimpulan sesuai dengan sub pokok bahasan dalam penelitian.

Validasi data dalam penelitian ini menggunakan metode triangulasi yang meliputi : Triangulasi sumber yaitu melakukan *cross data* dengan menggali informasi dari informan berbeda, misalnya diperoleh informasi dari Kepala Dinas Kesehatan atau Kepala Bidang kemudian informasi ini akan dibandingkan dengan informasi dari Kepala Puskesmas.

## BAB IV

### TEMUAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Gambaran Umum Wilayah Penelitian

##### 1. Keadaan Geografi

Secara geografis Kabupaten Sintang terletak di bagian Timur Propinsi Kalimantan Barat atau diantara  $1^{\circ} 05$  Lintang Utara, serta  $1^{\circ} 21$  Lintang Selatan dan  $110^{\circ} 50$  Bujur Timur serta  $113^{\circ} 20$  Bujur Timur. Kabupaten Sintang dilalui garis khatulistiwa. Luas wilayah Kabupaten Sintang seluas  $21.635 \text{ km}^2$  atau sekitar 14% dari luas Propinsi Kalimantan Barat.

Batas wilayah administratif Kabupaten Sintang mengalami perubahan setelah terbentuknya Kabupaten Melawi. Batas wilayah Kabupaten Sintang adalah sebagai berikut : Sebelah Utara berbatasan dengan Serawak (Malaysia Timur) dan Kapuas Hulu, kemudian sebelah Selatan berbatasan dengan Kalimantan Tengah dan Kabupaten Malawi, sebelah Timur berbatasan dengan Kalimantan Timur dan sebelah Barat berbatasan Kabupaten Ketapang dan Kabupaten Sekadau.

Kabupaten Sintang dialiri oleh dua sungai besar yaitu Sungai Kapuas dan Sungai Melawi. Sungai Kapuas melewati daerah Sepauk, Tempunak, Sintang dan Ketungau. Sekitar 69,32% wilayah Sintang merupakan wilayah perbukitan. Kondisi pemukiman penduduk terpecah terutama di daerah pedesaan.

Tabel 4.1 Batas Adminstrasi Kabupaten Sintang Menurut Kecamatan

No.	Kecamatan	Utara	Timur	Selatan	Barat
1.	Serawai	Kec.Kyn Hulu	Kec. Ambalau	Prop Kalteng	Kab.Melawi
2.	Ambalau	Kab.Kap.Hulu	Prop Kalteng	Prop.Kalteng	Kec.Serawai
3.	Kayan Hulu	Kab.Kap.Hulu	Kec.Serawai	Kab.Melawi	Kec.Kyn.Hilir dan Kab.Melawi.
4.	Sepauk	Kab.Sanggau Kec.Ket Hilir	Kec.Tempunak	Kab.Melawi dan Ketapang	Kab.Sekadau
5.	Tempunak	Kec. Sintang	Kec.Ket.Hilir	Kab.Melawi	Kec.Sepauk
6.	Sei. Tebelian	Kec.Sintang	Kec.Dedai	Kab.Melawi	Kec.Tempunak
7.	Sintang	Kec.Binjai Kec.Kelam	Kec.Dedai	Sei.Tebelian	Kec.Tempunak
8.	Dedai	Kec. Sintang	Kec.Kayan Hilir	Kab.Melawi	Kab.Melawi & Kec.Sintang
9.	Kayan Hilir	Kab.Kap. Hulu	Kec.Kyn.Hulu	Kab.Melawi	Kec.Sintang Kec.Dedai
10.	Kelam Permai	Kec.Ket.Hilir	Kab.Kap.Hulu	Kec.Dedai	Kec.Sintang Kec.Binjai
11.	Binjai Hulu	Kec.Ket.Hilir	Kec.Kelam	Kec.Sintang	Kec.Sepauk
12.	Ket. Hilir	Kec.Ket.Tengah	Kab.Sanggau	Kec.Sintang	Kab.Kap.Hulu
13.	Ket. Tengah	Serawak	Kab.Kap.Hulu Kec.Ket.Hilir	Kab. Sanggau Kec. Ket. Hilir	Kab. Sanggau Kec.Ket.Hulu
14.	Ket. Hulu	Serawak	Kec.Ket.Tengah	Kec.Ket.Tengah	Kab. Sanggau

Sumber : BPS Kabupaten Sintang, 2008

Kabupaten Sintang terdiri dari 14 kecamatan, 287 desa dan 6 kelurahan serta dusun. Adapun kecamatan-kecamatan tersebut adalah: Ambalau, Binjai Hulu, Kelam Permai, Kayan Hilir, Kayan Hulu, Ketungau Hilir, Ketungau Tengah, Ketungau Hulu, Sintang, Serawai, Sepauk, Sungai Tebelian, dan Tempunak.



Tabel 4.2 Luas Wilayah Kabupaten Sintang Menurut Kecamatan

No.	Kecamatan	Ibukota	Luas (Km <sup>2</sup> )	Persentase Terhadap Luas Kabupaten (%)
1.	Serawai	Nanga Serawai	2.127,50	9,83
2.	Ambalau	Nanga Kemangai	6.386,40	29,52
3.	Kayan Hulu	Nanga Tebidah	937,50	4,33
4.	Sepauk	Nanga Sepauk	1.825,70	8,44
5.	Tempunak	Nanga Tempunak	1.027,00	4,75
6.	Sei. Tebelian	Sungai Ukoi	526,50	2,43
7.	Sintang	Sintang	277,05	1,28
8.	Dedai	Nanga Dedai	694,10	3,21
9.	Kayan Hilir	Nanga Mau	1.136,70	5,25
10.	Kelam Permai	Kebong	523,30	2,42
11.	Binjai Hulu	Binjai	207,65	1,42
12.	Ket. Hilir	Nanga Ketungau	1.544,50	7,14
13.	Ket. Tengah	Nanga Merakai	2.138,20	10,09
14.	Ket. Hulu	Senaning	2.653,00	9,88
Kabupaten Sintang			21.635,00	100,00

Sumber : BPS Kabupaten Sintang, 2008

Faktor iklim yang mencakup musim kemarau dan musim penghujan serta banyaknya curah hujan, cukup berpengaruh terhadap tingkat kesuburan lahan, kekeringan, banjir dan sebagainya, yang pada akhirnya berpengaruh terhadap tingkat kesejahteraan masyarakat. Musim kemarau di Kabupaten Sintang biasanya pada Bulan Juli dan Agustus, sedangkan musim penghujan terjadi pada Bulan Januari sampai dengan Bulan Mei, dengan curah hujan rata-rata adalah

301,46 mm. Curah hujan tertinggi adalah 759,10 mm dan terendah 150,50 mm. Secara administratif internal, hingga tahun 2005 Kabupaten Sintang memiliki wilayah administratif terdiri dari: 14 (empat belas kecamatan), 183 desa, 6 kelurahan, dan 636 dusun. Sementara itu, pada tahun 2009 wilayah administratif Kabupaten Sintang meliputi : 14 (empat belas kecamatan), 287 desa dan 6 kelurahan.

Keadaan tanah terdiri dari tanah dataran, landai, rawa-rawa dan bergelombang seluas 34,42% dari luas wilayah, tanah berbukit dan tanah bergunung. Kondisi tanah yang berawa-rawa merupakan salah satu faktor yang kuat perannya dengan tingginya insiden dan prevalensi penyakit menular yang ditularkan oleh nyamuk seperti malaria dan filariasis.

Secara geografis Kabupaten Sintang mempunyai wilayah perbatasan dengan negara lain (Malaysia), yaitu Kecamatan Ketungau Hulu dan Ketungau Tengah. Daerah perbatasan tersebut mempunyai karakteristik spesifik dalam pembangunan kesehatan, dimana masyarakat di kedua kecamatan tersebut mempunyai akses ke negara tetangga (Malaysia). Pembangunan kesehatan di daerah perbatasan selama ini tidak berbeda dengan daerah-daerah lain, sehingga bagi masyarakat di wilayah tersebut merasakan adanya kesenjangan pelayanan dengan negara Malaysia, dimana pelayanan kesehatan di negara tetangga tersebut jauh lebih baik.

Kebijakan pemerintah untuk menjadikan daerah perbatasan sebagai halaman depan Pemerintah Republik Indonesia, hal ini secara politis menyangkut kedaulatan dan harga diri bangsa Indonesia.



## 2. Keadaan Demografi

Hingga tahun 2008, penduduk Kabupaten Sintang berjumlah 358.857 jiwa. Sementara itu kepadatan penduduk rata-rata 17 jiwa/km<sup>2</sup>, tetapi tidak merata di seluruh kecamatan. Rata-rata jiwa per KK relatif sama tiap kecamatan yaitu 4 anggota keluarga tiap KK. Penduduk usia balita sekitar 9,04% dari total penduduk dengan 50,65% laki-laki dan perempuan 49,35%. Sementara wanita usia reproduksi berkisar 51,91% dari total populasi perempuan.

Angka beban tanggungan adalah 59,60 yang berarti setiap 100 orang penduduk produktif menanggung sekitar 59 orang non produktif, angka ini masih lebih rendah dari angka Propinsi Kalimantan Barat sebesar 60,82. (Profil Kesehatan Propinsi Kalimantan Barat 2003). Jumlah rumah tangga di Kabupaten Sintang sebanyak 77.404 KK dan sebanyak 36.028 KK (46,55%) termasuk kategori keluarga miskin.

Tingkat pendidikan masyarakat Kabupaten Sintang menurut data susenas 2004 menunjukkan bahwa sebanyak 19,69% tidak tamat SD, 38,58% tamat SD atau sederajat dan 26,85% tamat SLTP dan yang tamat SLTA hanya 11,14%. Hal ini menunjukkan masih rendahnya kualitas sumberdaya manusia, yang akan berpengaruh terhadap kesadaran dan perilaku hidup sehat.

Laju pertumbuhan penduduk rata-rata tahun 2007 sebesar 3,06% atau meningkat sekitar 7,12% dibanding hasil sensus tahun 2000. Sesuai dengan bentuk piramida penduduk tahun 2005, dimana jumlah penduduk balita dan anak memiliki rasio sangat tinggi dibanding golongan umur tua maka penduduk di Sintang tergolong sebagai penduduk muda. Dilihat dari mata pencaharian, sebagian besar penduduk Kabupaten Sintang bekerja pada sektor pertanian, kemudian diikuti sektor



perdagangan, pemerintahan dan jasa. Tingkat kesejahteraan masyarakat Kabupaten Sintang relatif rendah. Beberapa data yang membuktikan hal tersebut dapat diungkapkan sebagai berikut. Hingga tahun 2004, pendapatan perkapita masyarakat Kabupaten Sintang yaitu Rp. 1.064.757,49,- Angka ini relatif rendah jika dibandingkan pendapatan per kapita Propinsi Kalimantan Barat yaitu Rp. 6.270.000,- (729 US Dolar). Sedangkan laju pertumbuhan ekonomi Kabupaten Sintang sekitar 2,49% yang hanya setengah dari laju pertumbuhan ekonomi Propinsi Kalimantan Barat yang mencapai 4,61%. Sedangkan jumlah penduduk miskin menurut versi Badan Keluarga Berencana Kabupaten Sintang (setelah berubah dari BKKBN Kabupaten Sintang) berjumlah 68.460 jiwa atau sekitar 13.692 kepala keluarga.

### **3. Iklim**

Kabupaten Sintang dikenal sebagai daerah penghujan dengan intensitas yang tinggi, hal tersebut dikarenakan sebagian besar wilayahnya merupakan daerah perbukitan. Intensitas curah hujan yang tinggi ini terutama dipengaruhi oleh keadaan daerah yang berhutan tropis disertai dengan kelembaban udara yang cukup tinggi dan kecepatan angin. Keadaan ini selain menguntungkan karena menyuburkan tanah juga sering mendatangkan malapetaka berupa banjir atau air pasang. Beberapa area selalu menjadi langganan banjir setiap tahun terutama daerah aliran sungai (DAS).

### **4. Keadaan Sosial Ekonomi**

Indikator untuk mengukur tingkat kesejahteraan penduduk adalah PDRB per kapita (Produk Domestik Regional Bruto). Pendapatan regional per kapita atas dasar

harga berlaku pada tahun 2005 mencapai 1.235.226,65 Juta Rupiah atau mengalami peningkatan sebesar 10,29 persen. Sedangkan PDRB per kapita atas dasar harga konstan tahun 2000 dimana pada tahun 2004 angkanya hanya mencapai 882.808,16 Juta Rupiah kemudian meningkat menjadi 910.927,71 Juta Rupiah pada tahun 2005 dengan laju pertumbuhan ekonomi 3,19 persen. Struktur perekonomian Kabupaten Sintang masih didominasi oleh sektor pertanian, yang memberikan sumbangan sebanyak 48,77 persen terhadap PDRB, kemudian sektor perdagangan, hotel dan restoran sebesar 23,04 persen, sektor jasa sebesar 6,69 persen dan sektor lainnya 21,5 persen.

Pada tahun 2007 jumlah penduduk miskin tercatat 142,076 (39,74%). Kecamatan dengan persentase tertinggi penduduk miskin adalah Kecamatan Serawai (67,47%) menyusul Kecamatan Kelam Permai (67,08%) dan Kecamatan Ketungau Hulu (61,56%). Sedangkan persentase terendah penduduk miskin adalah Kecamatan Sintang (12,19%) menyusul Kecamatan Sungai Tebelian (25,10%) dan Kecamatan Sepauk (28,74%).

##### **5. Keadaan Lingkungan**

Kabupaten Sintang seperti wilayah yang lain merupakan daerah tropis, dimana dari faktor iklim maupun lingkungannya merupakan faktor yang sangat potensial untuk berkembangnya beberapa vektor serta kuman penyakit. Ketidakseimbangan antara lingkungan fisik maupun biologik yang disebabkan oleh berbagai faktor seperti berbagai peristiwa alam maupun berbagai aktivitas dan perilaku manusia yang dapat



mengakibatkan dampak negatif baik secara langsung maupun tidak langsung bagi kehidupan manusia termasuk ancaman terhadap kesehatan.

Kendati sampai saat ini pencemaran lingkungan di Kabupaten Sintang belum sampai pada taraf yang mengawatirkan namun sebagai akibat dari pesatnya perkembangan sektor pertanian, perkebunan, industri kayu serta maraknya pertambangan emas rakyat, maka pengawasan dan pengendalian secara berkesinambungan harus dilaksanakan dengan dukungan tenaga dan peralatan yang memadai.

Disamping itu mengingat mulai meningkatnya sumber-sumber pencemaran terhadap Sungai Kapuas yang merupakan sumber bahan baku untuk PDAM Kabupaten Sintang maka adalah hal yang sangat perlu untuk dilakukan studi secara mendalam mengenai kualitas air Sungai Kapuas.

## **6. Pemerintahan**

Pemerintah Kabupaten Sintang dengan ibukotanya terletak di Kota Sintang didirikan pada tahun 1957 dan hingga tahun 2009 telah pernah dipimpin oleh 17 Bupati atau Kepala Daerah yang memimpin roda pemerintahan daerah. Hingga tahun 2009 wilayah administratif Pemerintah Kabupaten Sintang terdiri dari : 14 kecamatan, 287 desa dan 6 kelurahan. Kecamatan yang paling luas di Kabupaten Sintang adalah Kecamatan Ambalau (29,51% dari luas Kabupaten Sintang), sedangkan kecamatan yang paling kecil adalah Kecamatan Sintang (9,83% dari luas wilayah Sintang).

## 7. Visi dan Misi Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang

Dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dengan seksama berpedoman pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) Kabupaten Sintang 2006-2010. Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) Kabupaten Sintang tersebut tercantum Visi Pembangunan Kabupaten Sintang yaitu "Terwujudnya Masyarakat Kabupaten Sintang Yang Produktif, Berkualitas, Sejahtera dan Demokratis". Disamping itu pembangunan kesehatan harus memperhatikan dasar-dasar pembangunan kesehatan nasional yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010 antara lain: Perikemanusiaan, Pemberdayaan dan Kemandirian, Adil dan Merata, serta Pengutamaan Manfaat.

Dengan memperhatikan dasar-dasar pembangunan tersebut di atas dan juga mempertimbangkan perkembangan serta masalah dan kecenderungan yang dihadapi Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang, maka visi Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang adalah "Terwujudnya Derajat Kesehatan Masyarakat Kabupaten Sintang Yang Optimal Pada Tahun 2010".

Derajat kesehatan masyarakat adalah suatu ukuran tingkat kesehatan masyarakat yang ditandai dengan beberapa indikator optimal mencerminkan tingkatan yang seharusnya dicapai pada kondisi tertentu. Derajat kesehatan masyarakat yang optimal pada 2010, adalah kondisi masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan perilaku yang sehat, tersedia pelayanan kesehatan yang bermutu dan dapat dijangkau oleh seluruh masyarakat, mempunyai kemampuan untuk mencegah dan menolong dirinya dalam bidang kesehatan. Kondisi tersebut adalah kondisi

maksimal yang dapat dicapai sesuai tingkat keberhasilan pembangunan pada sektor lain seperti prasarana transportasi, tingkat pendidikan, pendapatan perkapita, sosial budaya, sarana air bersih pada tahun 2010.

## **8. Sarana Kesehatan**

Tahun 2009 jumlah sarana pelayanan kesehatan masyarakat di Kabupaten Sintang terdiri dari 20 puskesmas, 41 puskesmas pembantu dan 13 pusling darat dan 16 pusling air. Jika dibandingkan dengan jumlah kecamatan maka rata-rata setiap kecamatan di Kabupaten Sintang terdapat 1 sampai dengan 2 puskesmas dengan jangkauan pelayanan per puskesmas rata-rata 21.678 jiwa. Jumlah Polindes 101 buah dan Poskesdes 193 buah, namun dari sarana yang tersedia masalah tenaga kesehatan yang perlu mendapat perhatian guna mengisi fasilitas kesehatan tersebut, rumah sakit sebagai pelaksana pelayanan kesehatan tingkat lanjut dan juga sebagai fasilitas rujukan. Jumlah rumah sakit di Kabupaten Sintang berjumlah 2 buah yaitu Rumah Sakit Ade Mohamad Djoen dengan 90 tempat tidur dan RS. Agape dengan 56 tempat tidur, sehingga rasionya adalah 41,47 tempat tidur per 100.000 penduduk. Adapun rasio RSU terhadap penduduk adalah 1 : 176.012. Untuk apotik sebanyak 5 buah dan toko obat berizin sebanyak 27 buah. Laboratorium klinik sebanyak 2 buah (pemerintah dan swasta).



## 9. Tenaga Kesehatan

Informasi tenaga kesehatan diperlukan bagi perencanaan dan pengadaan tenaga serta pengelolaan pegawai. Kesulitan memperoleh data ketenagaan yang mutakhir disebabkan antara lain oleh sifat dari data ketenagaan yang selalu berubah-ubah.

Pada tahun 2007 jumlah tenaga kesehatan di kabupaten Sintang adalah 606 dengan rasio tenaga kesehatan untuk masyarakat per 100.000 penduduk adalah 174,71. Hal ini berarti bahwa dari setiap 100.000 penduduk dilayani oleh 174,71 tenaga kesehatan atau 1 orang tenaga kesehatan melayani 572 penduduk.

Berkaitan dengan pemerataan upaya kesehatan, maka keberadaan tenaga keperawatan (perawat dan bidan) di puskesmas dan di desa memegang peranan yang sangat strategis karena mereka merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Distribusi kedua tenaga tersebut di tingkat puskesmas terlihat tidak merata, dengan terjadi penumpukan di wilayah kota (Sungai Durian, Tanjung Puri, Sepauk, Kebong, Mensiku).

## 10. Pembiayaan Kesehatan

Anggaran kesehatan kabupaten bersumber dari DAK, PHLN dan APBD. Total anggaran kesehatan kabupaten pada tahun 2007 sebesar Rp. 68.929.816.605,57 dengan total APBD kabupaten sebesar Rp. 536.087.173.321,50 sehingga dengan demikian persentase APBD kesehatan kabupaten adalah 7,65% (<15%). Sedangkan untuk anggaran kesehatan perkapita sebesar 169.198 rupiah.

## 11. Sosial Budaya

Gambaran sosial budaya di Kabupaten Sintang dapat diamati pada beberapa bidang kehidupan, diantaranya adalah : kesehatan, pendidikan dan pariwisata. Berbagai bidang pembangunan tersebut tentunya ikut mempengaruhi perkembangan pembangunan Kabupaten Sintang di masa mendatang.

Dalam bidang kesehatan, umur harapan hidup masyarakat Kabupaten Sintang yaitu 66,6 tahun, angka kematian bayi yaitu 46,75/ 1000 dari target 40/ 1000 kelahiran hidup, angka kematian ibu yaitu 520/100.000 dari target 150/ 100.000 KH. Sedangkan dalam bidang pendidikan, angka melek huruf yaitu 83,60%, rata-rata lama sekolah adalah 5,4 tahun. Di Kabupaten Sintang khususnya masalah gizi buruk ditemukan di hampir seluruh kecamatan. Jumlah balita yang menderita kasus gizi buruk di Kabupaten Sintang 399 balita.

### B. Deskripsi Temuan Penelitian

#### 1. Gambaran Akses Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat di Kabupaten Sintang

Masyarakat sangat membutuhkan pelayanan kesehatan yang diperoleh melalui fasilitas kesehatan yang telah disediakan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang. Seperti puskesmas, puskesmas pembantu, polindes maupun poskesdes yang merupakan pusat pelayanan kesehatan strata pertama. Namun karena berbagai sebab dan alasan seringkali masyarakat di Kabupaten Sintang masih kesulitan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Dari penelitian diperoleh hasil bahwa masyarakat yang bermukim di wilayah yang relatif dekat dengan ibu kota Kabupaten Sintang



atau ibu kota kecamatan rata-rata mudah untuk menjangkau pelayanan kesehatan dari tempat tinggalnya, apalagi bila di desa tersebut telah tersedia fasilitas dan tenaga kesehatan. Demikian juga masyarakat yang tinggal di daerah terpencil yang telah tersedia fasilitas dan tenaga kesehatan rata-rata mereka memiliki kemudahan dalam mengakses pelayanan kesehatan dasar seperti pengobatan, pertolongan persalinan, pelayanan KB, dan pelayanan penanganan luka ringan dan lain sebagainya, namun jika memerlukan pelayanan yang lebih komprehensif mereka mendatangi puskesmas untuk mendapatkan pelayanan di unit rawat jalan maupun pelayanan di unit rawat inap puskesmas.

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh informasi bahwa gambaran tentang akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang tinggal jauh dari fasilitas kesehatan ataupun di desa-desa terpencil yang tidak tersedia fasilitas dan tenaga kesehatan rata-rata tidak mudah diperoleh. Masyarakat di wilayah tersebut masih kesulitan untuk memperoleh pelayanan kesehatan dasar terutama yang tidak memiliki akses jalan atau kondisi transportasi yang sulit serta yang memiliki keterbatasan tenaga dan fasilitas kesehatan.

Disisi lain walaupun di suatu wilayah yang termasuk dalam kategori wilayah yang sulit dan jauh dari ibukota kabupaten maupun ibukota kecamatan namun bila di wilayah tersebut telah tersedia fasilitas kesehatan dan tenaganya, maka masyarakat dengan mudah dapat mengakses pelayanan kesehatan, masyarakat dengan mudah mendatangi fasilitas kesehatan yang ada di wilayahnya.

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh informasi bahwa kecenderungan masyarakat untuk mengakses sarana pelayanan kesehatan dan kesadaran untuk



memeriksa diri ke fasilitas kesehatan cukup tinggi. Namun karena masih ada beberapa wilayah yang jauh dari jangkauan layanan kesehatan seperti desa-desa yang berada pada jalur anak sungai yang sangat jauh dari ibukota kecamatan rata-rata masyarakatnya kesulitan mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih komprehensif di puskesmas induk. Apalagi jika di wilayah tersebut belum tersedia fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatannya, masyarakat makin sulit menjangkau pelayanan kesehatan. Dari hasil telaah dokumen diperoleh data bahwa sebanyak 80 desa yang belum memiliki fasilitas kesehatan baik puskesmas pembantu, polindes maupun poskesdes. Dari 80 desa tersebut sebesar 47,5% atau sebanyak 38 desa merupakan desa-desa dengan karakteristik wilayah yang berada pada pinggiran sungai atau anak sungai yang menggunakan sungai sebagai satu-satunya sarana transportasi, sehingga untuk menuju ke fasilitas kesehatan memerlukan waktu dan biaya yang tidak sedikit. Bahkan pada musim kemarau, sarana transportasi tidak dapat digunakan pada wilayah yang jalur transportasinya melalui sungai. Kemudian sebesar 40% atau sebanyak 32 desa merupakan desa-desa dengan karakteristik wilayah yang berada di daratan atau daerah perbukitan dengan kondisi infrastruktur jalan yang sangat minim yang umumnya merupakan jalan yang kondisinya rusak berat atau jalan setapak sehingga akses ke desa lain apalagi akses ke kecamatan atau ibukota kabupaten masih sulit. Selebihnya sebesar 12,5% merupakan desa-desa dengan karakteristik wilayah berada di sepanjang pinggiran sungai dan daerah perbukitan.

Dari hasil wawancara dengan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang diperoleh informasi bahwa perilaku masyarakat yang

tinggal di daerah-daerah sangat terpencil dan terisolir dalam mencari pertolongan pelayanan kesehatan biasanya adalah dengan mengobati sendiri penyakitnya dengan membuat ramuan obat-obat tradisional atau dengan membeli obat-obatan di warung. Namun jika belum sembuh juga mereka mendatangi dukun setempat. Bagi masyarakat yang mampu, mereka berusaha untuk memperoleh pelayanan kesehatan di ibukota kecamatan dengan segala kesulitan yang harus dihadapi. Sedangkan masyarakat yang kurang mampu mereka hanya dapat pasrah dengan kondisi yang ada dan dengan segala resiko yang harus dihadapi.

Dari hasil penelitian diperoleh informasi bahwa Pemerintah Kabupaten Sintang telah melakukan upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat di Kabupaten Sintang. Hal tersebut terwujud dalam bentuk adanya kebijakan strategis dalam upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan.

Dari hasil penelitian diperoleh informasi bahwa salah satu upaya terobosan yang dilakukan di Kabupaten Sintang dalam mendukung peningkatan akses adalah adanya kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi bagi puskesmas dan jaringannya. Kebijakan tersebut tertuang dalam Peraturan Daerah Kabupaten Sintang Nomor 3 Tahun 2008 tentang pelayanan kesehatan bersubsidi di puskesmas dan jaringannya yang mulai berlaku sejak tanggal 1 Januari 2008. Konsekuensi dari Perda tersebut Pemerintah Kabupaten Sintang telah membebaskan biaya pengobatan di tingkat dasar sehingga masyarakat dapat dengan mudah mengakses pelayanan kesehatan. Kondisi ini sangat menolong masyarakat, dari mahalnya biaya pengobatan yang selama ini mereka rasakan terutama masyarakat kurang mampu.



Dari hasil wawancara mendalam dengan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang diperoleh informasi bahwa pelaksanaan kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi di puskesmas dan jaringannya telah mampu meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan terutama dalam masalah biaya berobat. Hal tersebut dapat dilihat dari peningkatan utilisasi puskesmas yang meningkat sebesar 50% rata-rata puskesmas. Berikut ini seperti penuturan informan kami dalam penelitian ini yaitu Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang yang menyatakan bahwa Pemerintah Daerah melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang telah mengeluarkan kebijakan yang berkaitan dengan biaya berobat gratis bagi seluruh lapisan masyarakat di Kabupaten Sintang, untuk memperoleh pelayanan kesehatan dasar baik di puskesmas maupun puskesmas pembantu dan polindes yang akan dilayani pada jam kerja termasuk pelayanan pertolongan persalinan serta pelayanan di unit rawat inap puskesmas.

Dari hasil penelitian diperoleh informasi bahwa Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang memberikan pelayanan kesehatan secara cuma-cuma dan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis di puskesmas dan jaringannya cukup dengan menunjukkan kartu identitas diri. Pelayanan kesehatan bersubsidi di Kabupaten Sintang ini anggarannya dibebankan pada APBD Kabupaten Sintang yang tertuang pada RKA-SKPD Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dengan Alokasi anggaran sebesar Rp. 5.000.000.045,-, dan realisasi pelaksanaan kegiatan tersebut sebesar Rp. 4.774.539.045,-.

Mekanisme penyaluran dana kegiatan pelayanan kesehatan bersubsidi ke puskesmas dan jaringannya menggunakan sistem kapitasi yaitu pembayaran jaminan kesehatan yang dihitung berdasarkan jumlah penduduk (per kepala) dan khusus untuk kasus persalinan dan rawat inap puskesmas menggunakan sistem klaim. Besarnya biaya kapitasi sebesar Rp.1.000 (seribu rupiah) perkapita, yang diterima oleh puskesmas setiap bulan sesuai dengan jumlah penduduk yang ada di wilayah kerja puskesmas, penetapan besaran jumlah penduduk sasaran program pelayanan kesehatan bersubsidi bagi masyarakat wilayah kerja puskesmas Kabupaten Sintang Tahun Anggaran 2009 diatur dalam Surat Keputusan Bupati Sintang Nomor 581 Tahun 2009. Biaya kapitasi ini dipergunakan oleh puskesmas dan jaringannya untuk penyelenggaraan kegiatan peningkatan mutu dan akses pelayanan kesehatan baik di dalam maupun di luar gedung puskesmas.

Kegiatan pelayanan kesehatan bersubsidi pada setiap jenjang pelayanan rawat jalan diselenggarakan setiap jam dan hari kerja. Kemudian pelayanan rawat inap, persalinan dan rujukan berlaku 24 jam (dua puluh empat ) jam setiap hari.

Sejak Januari 2008 seluruh puskesmas di Kabupaten Sintang sudah berkomitmen untuk melaksanakan pelayanan kesehatan bersubsidi di puskesmas sesuai dengan Perda Kabupaten Sintang Nomor 3 Tahun 2008. Dari hasil wawancara mendalam dengan Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang diperoleh informasi bahwa puskesmas dan jaringannya sudah melaksanakan kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi sejak diberlakukannya kebijakan tersebut. Tetapi ada beberapa puskesmas pembantu dan polindes belum dapat melaksanakan kebijakan tersebut, karena masih adanya keterbatasan *supply*



obat dan belum adanya kontrol dari puskesmas maupun Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang. Hal ini mengakibatkan di beberapa wilayah Kabupaten Sintang yang belum dapat sepenuhnya merasakan adanya kemudahan akses pelayanan kesehatan terutama dalam akses biaya. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh informasi bahwa belum semua masyarakat dapat menikmati manfaat pelayanan berobat gratis karena mereka masih harus membayar terutama untuk wilayah pustu maupun polindes yang berada di wilayah-wilayah terpencil dan puskesmas belum mampu mengontrol wilayah puskesmas pembantu maupun polindes yang masih menarik biaya berobat tersebut.

Ruang lingkup dan jenis pelayanan kesehatan yang ditanggung dalam pelayanan kesehatan bersubsidi di Kabupaten Sintang meliputi pelayanan kesehatan perorangan/ pengobatan dan tindakan ringan, pelayanan kesehatan ibu dan anak, pencegahan (imunisasi), promosi kesehatan, laboratorium, surat keterangan dokter, pencabutan gigi, penambalan gigi, pembersihan karang gigi, rawat inap pada puskesmas perawatan atau puskesmas non perawatan, pertolongan persalinan dan *kuretage*. Hal tersebut seperti yang dikemukakan oleh informan dalam penelitian ini bahwa ruang lingkup yang dijamin dalam pelayanan kesehatan bersubsidi meliputi tiga komponen yaitu pengobatan rawat jalan, pelayanan rawat inap dan pelayanan persalinan dan telah tercakup pelayanan kesehatan yang komprehensif.

Dari hasil penelitian diperoleh informasi bahwa sasaran dari kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi adalah seluruh masyarakat Kabupaten Sintang di luar pemegang kartu Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat), Asuransi Kesehatan Pegawai Negeri Sipil (Askes PNS) dan peserta Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek). Seluruh masyarakat Kabupaten Sintang mendapat pelayanan kesehatan

hanya dengan menunjukkan kartu identitas diri tetapi apabila tidak dapat menunjukkan kartu identitas diri juga tetap akan dilayani jika memang petugas puskesmas mengenalinya dan berdomisili di wilayah Kabupaten Sintang.

Dari hasil wawancara mendalam dengan Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar Dinas kesehatan Kabupaten Sintang diperoleh informasi bahwa kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi mampu meningkatkan pemanfaatan (utilisasi) fasilitas kesehatan dengan adanya peningkatan kunjungan pasien. Karena sasaran dari program ini adalah seluruh lapisan masyarakat di Kabupaten Sintang maka seluruh penduduk Kabupaten Sintang berhak memperoleh pelayanan kesehatan secara cuma-cuma tanpa terkecuali. Untuk wilayah Kabupaten Sintang dengan kondisi geografis sulit agaknya kebijakan Pelayanan Kesehatan Bersubsidi belum dapat dirasakan manfaatnya dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan. Masyarakat masih harus menanggung biaya transportasi yang jauh lebih mahal daripada biaya berobatnya. Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Seksi Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang diperoleh informasi bahwa akses menuju tempat pelayanan justru lebih besar biayanya yang harus ditanggung daripada biaya berobatnya jika berobat harus membayar. Permasalahannya terletak pada biaya untuk menuju fasilitas pelayanan kesehatan yang seringkali menjadi kendala ditambah lagi jika ternyata pasien tersebut harus dirujuk ke ibukota kabupaten (rumah sakit). Untuk biaya rujukan pasien Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) sudah mendapat alokasi biaya dari pemerintah pusat. Sedangkan pasien yang benar-benar miskin namun tidak masuk dalam kuota Jamkesmas terpaksa harus mencari

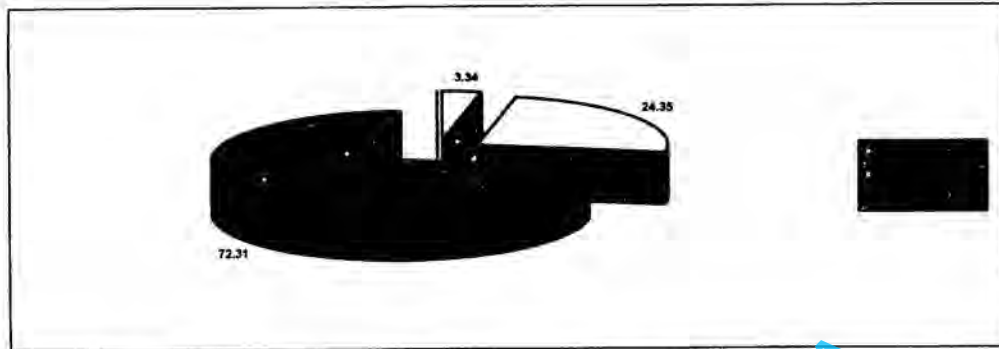


dana yang cukup besar untuk merujuk pasien belum lagi harus memikirkan biaya rumah sakit yang harus dibayarkan.

Secara umum kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi telah memberikan manfaat yang besar bagi peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang. Hal ini dapat dilihat dari adanya peningkatan jumlah kunjungan pasien ke puskesmas dan jaringannya hingga dua sampai tiga kali lipat dari sebelum adanya kebijakan tersebut. Namun, dilihat dari sisi petugas hal ini mengakibatkan beban kerja bertambah karena harus melayani pasien yang meningkat jumlah kunjungannya dan beban kerja petugas belum diperhitungkan dalam pendapatan staf walaupun dalam kebijakan ini telah diberikan adanya jasa pelayanan namun besarnya masih sangat jauh dari yang diharapkan. Kebijakan tersebut belum memperhitungkan kompensasi yang sesuai dengan beban kerja petugas, belum lagi selama pelaksanaan kebijakan tersebut harus juga mengerjakan tugas-tugas administrasi keuangan yang harus dikerjakan oleh petugas kesehatan di bagian pelayanan.

Dari hasil wawancara dengan Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang diperoleh informasi bahwa kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi terbukti meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan terutama bagi masyarakat yang berdomisili di sekitar puskesmas, pustu maupun polindes dimana sebesar 72,31% kunjungan pasien ke fasilitas kesehatan adalah pasien dengan status bayar pasien bersubsidi. Hal tersebut juga dapat dilihat dari meningkatnya jumlah kunjungan pasien ke fasilitas tersebut dua bahkan sampai

tiga kali lipat dari sebelumnya. Berikut ini adalah data tentang kunjungan pasien ke sarana kesehatan di Kabupaten Sintang berdasarkan status bayar.



Gambar 4.1. Prosentase Kunjungan Pasien tahun 2008 Menurut Status Pasien

*Sumber : Bidang Pelayanan Kesehatan Dinkes Kab. Sintang tahun 2008.*

Pada gambar 4.1 di atas tampak bahwa mayoritas kunjungan pasien (72,31%) adalah pasien dengan status bayar dari dana bersubsidi/ gratis. Masyarakat merasa terbantu dengan adanya program puskesmas gratis, ditengah kondisi ekonomi yang semakin sulit.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang diperoleh informasi bahwa dengan adanya kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi, masyarakat memanfaatkan puskesmas secara penuh untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, kunjungan pasien meningkat dua sampai tiga kali lipat. Meningkatnya utilisasi (pemanfaatan) puskesmas ini menandakan bahwa masyarakat secara umum memiliki kemudahan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di puskesmas terutama mengenai akses biaya. Salah satu indikator untuk menilai peningkatan akses pelayanan kesehatan adalah



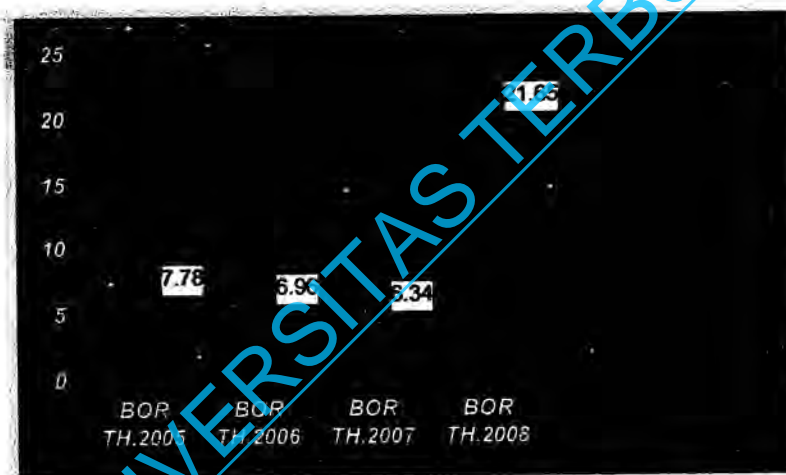
angka kunjungan/ *visite rate* puskesmas. Jika dibandingkan antara *visite rate* tahun 2007 dengan *visite rate* tahun 2008 memang terjadi lonjakan. Peningkatan tersebut dapat dilihat pada tabel 4.3. dibawah ini. Pada tabel tersebut tampak jelas bahwa terjadi lonjakan kunjungan pasien ke sarana kesehatan sejak diberlakukannya kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi pada tahun 2008. Hal ini menandakan bahwa masyarakat memanfaatkan puskesmas, pustu maupun polindes untuk memperoleh pelayanan kesehatan, ditambah lagi dalam pelayanan tersebut tidak dikenakan biaya.

Tabel 4.3 Kecenderungan Utilisasi Puskesmas Tahun 2007 s/d Tahun 2008

No.	Puskesmas	Kunjungan Rawat Jalan Th. 2007 (orang)	Kunjungan Rawat Jalan Th.2008 (orang)	Peningkatan 2007-2008 (%)
1.	Sei. Durian	21.031	30.701	45.98%
2.	Tanjung Puri	17.544	30.184	72.04%
3.	Sepauk	21.090	42.595	101%
4.	Tempunak	15.390	18.120	17.73%
5.	Ketungau	11.367	10.775	Turun 5.20%
6.	Merakai	28.805	38.273	32.86%
7.	Senaning	5.298	11.740	121%
8.	Dedai	5.138	10.823	110%
9.	Emparu	6.359	11.232	76,63%
10.	Na. Mau	8.371	20.572	145%
11.	Tebidah	12.250	13.190	7.67%
12.	Serawai	12.788	16.105	25.93%
13.	Kemangai	10.639	13.804	29.74%
14.	Kebong	20.768	25.133	21.01%
15.	Pandan	15.477	26.510	71.28%
16.	Mensiku	4.359	10.265	135%
Jumlah		216.674	330.022	52.31

Sumber : Bidang Pelayanan Kesehatan Dinkes Kab. Sintang

Di samping pelaksanaan kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi telah meningkatkan kunjungan pasien ke puskesmas, hal tersebut juga berpengaruh terhadap peningkatan tingkat hunian di unit rawat inap puskesmas. Peningkatan utilisasi puskesmas di unit rawat inap terjadi setelah diberlakukannya kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi. Hal ini dapat dilihat pada kecenderungan BOR (*Bed Occupancy Rate*) rawat inap dari tahun 2007 meningkat pada tahun 2008 seperti yang tampak pada gambar 4.2 di bawah ini.



Gambar 4.2 Kecenderungan BOR Puskesmas Rawat Inap di Kabupaten Sintang Tahun 2005-2008

*Sumber : Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang*

Dari hasil penelitian diperoleh informasi bahwa kebijakan puskesmas gratis membuat masyarakat tidak lagi berfikir panjang untuk mendapatkan pelayanan di unit rawat inap puskesmas, meskipun unit rawat inap puskesmas masih belum diimbangi



dengan peningkatan kualitas obat-obatan yang dibutuhkan di bagian rawat inap. Peralatan yang dibutuhkan di unit rawat inap dan kebutuhan obat-obatan untuk unit rawat inap belum dapat diakomodir 100% untuk tahun ini terutama seperti kebutuhan alat dan bahan yang bersifat darurat (*emergency*). Kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi di puskesmas dan jaringannya di Kabupaten Sintang telah meningkatkan tingkat hunian rawat inap, hal ini menunjukkan bahwa meningkatnya tingkat hunian rawat inap puskesmas menandakan bahwa akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan di unit rawat inap puskesmas meningkat.

Kemudian upaya lain yang dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten Sintang dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan adalah program pelayanan kesehatan daerah terpencil dan perbatasan yang merupakan kegiatan inovatif lokal dalam upaya untuk mendekatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang selama ini masih kesulitan dalam akses pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan Kepala Puskesmas Pandan dan Kepala Puskesmas Senaning diperoleh informasi bahwa dalam rangka untuk mendekatkan akses, saat ini puskesmas mengadakan program puskesmas keliling dengan mengunjungi desa-desa yang memiliki keterbatasan infrastruktur jalan yang dilaksanakan secara proaktif dengan mendatangi sasaran secara langsung untuk memberi pelayanan kesehatan. Kegiatan tersebut dalam bentuk puskesmas keliling yang dilaksanakan oleh puskesmas dengan jadwal sekali dalam sebulan.

Upaya lain yang dilakukan untuk mendekatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan adalah dengan melakukan upaya promosi kesehatan yang gencar. Upaya ini diharapkan akan dapat membantu meningkatkan pengetahuan

masyarakat untuk menjaga kesehatannya dan memperoleh pelayanan kesehatan yang benar sehingga diharapkan masyarakat dapat meningkatkan status kesehatannya. Puskesmas bukan hanya memberikan pelayanan kuratif tetapi juga berusaha meningkatkan fungsi-fungsi yang lain. Contohnya adalah upaya promotif dengan melakukan penyuluhan-penyuluhan ke sekolah-sekolah SD, SMP dan SMA dan masyarakat dengan tema yang berbeda-beda sesuai dengan porsi dan tingkat pemahamannya.

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh informasi bahwa sebagian wilayah di Kabupaten Sintang terdapat daerah yang berbatasan langsung dengan negara tetangga yaitu Negara Malaysia. Ada 2 kecamatan yang berbatasan langsung yaitu Kecamatan Ketungau Hulu dan Kecamatan Ketungau Tengah. Untuk Kecamatan Ketungau Hulu terletak di Desa Nanga Bayan sedangkan Kecamatan Ketungau Tengah di Desa Gut Jaya Bhakti (Enteloy). Karakteristik wilayah tersebut termasuk dalam kategori transportasi sulit. Untuk menjangkau wilayah tersebut diperlukan waktu sekitar 8 jam dengan kendaraan air speed 2 PK dari ibu kota kecamatan dan untuk mencapai ibu kota kabupaten memerlukan waktu sekitar 15 jam. Daerah tersebut pada umumnya merupakan daerah terisolasi secara geografi dengan keterbatasan akses jalan dan tingkat sosial ekonomi masyarakatnya masih rendah.

Sejak kebijakan percepatan pembangunan daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan digulirkan, terutama 2 (dua) kecamatan yang berbatasan tersebut memperoleh alokasi dana dari pemerintah pusat guna mengatasi kesenjangan pembangunan di daerah perbatasan khususnya bidang kesehatan. Walaupun belum



secara maksimal, karena dana yang dialokasikan hanya untuk kegiatan pelayanan kesehatan dan tidak boleh digunakan untuk pembangunan fisik.

Dari hasil wawancara dengan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang diperoleh informasi bahwa salah satu layanan kesehatan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dalam rangka untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan khususnya untuk daerah-daerah sulit adalah dengan mengadakan pelayanan kesehatan *mobile*. Tim dalam kegiatan ini merupakan gabungan dari tim Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dan tim dari puskesmas dengan melibatkan pustu dan polindes wilayah setempat serta lintas sektor terkait. Mekanisme pelaksanaannya adalah dengan memberikan pelayanan pengobatan dasar, pelayanan kesehatan gigi, khitanan massal, pelayanan gizi, pelayanan ibu hamil dan penyuluhan kesehatan.

Pelayanan kesehatan *mobile* yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang tersebut mampu meningkatkan akses pelayanan kesehatan terutama bagi masyarakat di daerah-daerah terpencil dan perbatasan yang sangat terisolir dan kesulitan transportasi serta akses yang sulit terhadap pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang diberikan mencakup upaya promotif, preventif dan kuratif dan rehabilitatif.

Dari hasil wawancara dengan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang diperoleh informasi bahwa kegiatan pelayanan kesehatan di daerah terpencil dan perbatasan selama ini memperoleh pendanaan dari pusat, karena belum mendapat alokasi dari APBD Kabupaten Sintang, sehingga kegiatan belum maksimal dan berkesinambungan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Seksi Informasi Kesehatan dan Kepala Bidang Program dan Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang diperoleh informasi bahwa tenaga kesehatan yang ditempatkan di daerah terpencil dan perbatasan selama ini belum pernah diberikan insentif khusus dari Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang sehingga berdampak pada rendahnya minat dan motivasi petugas kesehatan untuk ditempatkan di daerah-daerah tersebut. Akhirnya terjadi kekurangan tenaga di sarana kesehatan wilayah terpencil dan perbatasan, sementara di daerah perkotaan terjadi penumpukan tenaga.

Dari hasil penelitian diperoleh informasi bahwa pelaksanaan sistem rujukan pasien terutama yang tinggal di daerah terpencil dan perbatasan selama ini masih menemukan banyak kendala dalam pelaksanaannya, untuk pasien yang ditanggung dari dana Jamkesmas (Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat) hal ini menjadi tanggung jawab pihak puskesmas pada saat merujuk dan sebaliknya ketika pasien pulang biaya rujukan balik menjadi tanggung jawab pihak rumah sakit. Untuk pasien umum di luar Jamkesmas tidak ada alokasi anggaran rujukan pasien, kondisi ini merupakan salah satu masalah yang dihadapi masyarakat khususnya masyarakat yang tinggal di daerah terpencil dan perbatasan. Alokasi anggaran rujukan dari Pemerintah Pusat masih sangat terbatas sehingga pihak puskesmas maupun rumah sakit selama ini tidak secara terbuka memberikan informasi kepada masyarakat tentang alokasi biaya untuk pelayanan rujukan.

Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang selama ini belum memberikan alokasi khusus untuk biaya rujukan pasien baik dari puskesmas pembantu dan polindes ke puskesmas maupun ke rumah sakit kabupaten, padahal rujukan pasien memerlukan



biaya transport yang tidak sedikit sehingga memberikan pengaruh terhadap rendahnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan baik di puskesmas maupun rumah sakit kabupaten

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh informasi bahwa perilaku masyarakat di daerah terpencil dan perbatasan yang tidak tersedia fasilitas dan tenaga kesehatan dalam mencari pelayanan kesehatan adalah dengan mengobati penyakitnya secara tradisional atau dengan membeli obat di warung. Apabila pasien belum sembuh baru berobat ke tempat lain yang tersedia sarana pengobatan medik/ paramedik

## **2. Faktor-Faktor yang menghambat Akses Pelayanan Kesehatan di Kabupaten**

### **Sintang**

#### **a. Keterbatasan Sarana dan Tenaga Kesehatan**

Dari hasil wawancara mendalam dengan Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar maupun Kepala Seksi Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang diperoleh informasi bahwa masih terdapat keterbatasan sarana dan tenaga kesehatan di wilayah Kabupaten Sintang. Namun telah dilakukan upaya pemenuhan kebutuhan fasilitas dan tenaga kesehatan di Kabupaten Sintang yaitu melalui pembangunan puskesmas pembantu, polindes dan poskesdes di setiap desa dan menempatkan satu orang petugas di setiap puskesmas pembantu maupun polindes. Hal ini disebabkan karena adanya pemekaran wilayah desa sehingga jumlah desa menjadi bertambah dan menyebabkan prosentase sarana kesehatan dengan jumlah desa menjadi menurun. Sebelum tahun 2008 terdapat sebanyak 198 desa di Kabupaten Sintang kemudian tahun 2009 terjadi pemekaran sehingga jumlah desa

bertambah menjadi 287 desa, dari 89 desa baru hasil pemekaran tersebut sebanyak 80 desa diantaranya belum dibangun fasilitas kesehatan. Berikut ini adalah hasil rekapitulasi ketersediaan sarana dan tenaga kesehatan di Kabupaten Sintang.

Tabel 4.4 Rekapitulasi Sarana Kesehatan serta Ketenagaan di Puskesmas Pembantu, Polindes dan Poskesdes di Kabupaten Sintang Kondisi April 2009

No.	Jenis Sarana Kesehatan	Jumlah	Jumlah Petugas Terisi	Jumlah Kebutuhan Tenaga Kesehatan
1.	Puskesmas Pembantu	41	23	18
2.	Polindes	101	40	61
3.	Poskesdes	193	79	114

Sumber : Bidang Program dan Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Kab. Sintang

Pada tabel 4.4 di atas dapat dilihat bahwa ketersediaan tenaga kesehatan masih sangat terbatas terutama untuk tenaga bidan dan perawat yang akan ditempatkan pada puskesmas pembantu, polindes dan poskesdes. Dari 287 desa sebesar 72,1% desa yang telah dibangun fasilitas kesehatan masih terdapat kekurangan tenaga perawat di pustu sebesar 43,9%, kemudian masih kekurangan tenaga bidan sebesar 60% dan kekurangan tenaga di poskesdes sebesar 23,30% dari seluruh fasilitas kesehatan yang telah dibangun.



Keterbatasan tenaga kesehatan di puskesmas mengakibatkan petugas kesehatan yang ada harus merangkap mengerjakan tugas-tugas di luar tugas pokok dan fungsinya seperti pekerjaan administrasi termasuk administrasi keuangan.

Dari hasil wawancara dengan Kepala Seksi Informasi Kesehatan dan Kepala Bidang Program dan Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang diperoleh informasi bahwa perencanaan yang telah disusun oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dalam upaya pemenuhan kebutuhan sarana maupun prasarana pelayanan kesehatan di setiap wilayah sesuai dengan skala prioritas, tetapi dalam pengimplementasian kegiatan tersebut ternyata masih dipengaruhi oleh kepentingan lain yang bersifat politis. Rencana yang sudah disusun berdasarkan pertimbangan lokasi dan jumlah penduduk sehingga menjadi prioritas, atas pertimbangan politis menjadi dipindahkan ke tempat lain. Hal ini merupakan salah satu kendala dalam upaya mendekatkan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang memang benar-benar membutuhkan.

Faktor ketersediaan tenaga kesehatan memegang peranan penting dalam pencapaian tujuan pembangunan kesehatan di Kabupaten Sintang. Pemenuhan tenaga yang handai dan profesional tidak hanya melalui penambahan jumlah tenaga tetapi juga melalui distribusi tenaga kesehatan yang merata dan rasional serta pendayagunaan tenaga kesehatan sesuai kompetensi yang dimilikinya. Di Kabupaten Sintang masih menghadapi permasalahan kekurangan tenaga khususnya tenaga bidan di desa, berikut ini adalah kecenderungan kebutuhan tenaga bidan desa setiap tahunnya.

Tabel 4.5 Prosentase Kebutuhan Bidan Polindes maupun Poskesdes di Kabupaten Sintang

No.	Tahun	Jumlah Kecamatan	Jumlah Desa	Jumlah Bidan di Polindes	Kekurangan (%)	Jumlah Bidan di Poskesdes	Kekurangan (%)
1.	2005	14	189	90	52.38 (99)	-	-
2.	2006	14	189	82	57.12(107)	-	-
3.	2007	14	189	95	50.26 (94)	-	-
4.	2008	144	287	40	60 (66)	51	51 (52)

Sumber : Proposal HWS Kabupaten Sintang Tahun 2008

Tabel 4.5 tersebut di atas menunjukkan bahwa kebutuhan tenaga bidan desa setiap tahunnya cenderung mengalami peningkatan. Pada tahun 2007 setidaknya diperlukan sebesar 50,26% atau sebanyak 94 orang bidan lagi untuk mengisi kekosongan petugas bidan di polindes yang tersebar pada 189 desa. Terakhir pada tahun 2008 jumlah desa di Kabupaten Sintang yang memerlukan tenaga bidan untuk mengisi polindes adalah sebesar 60% dan kebutuhan tenaga bidan untuk mengisi poskesdes adalah sebesar 51% atau sebanyak 52 orang bidan dari total poskesdes yang telah dibangun. Sebagaimana kita ketahui bahwa idealnya seorang bidan desa yang bertugas di polindes atau poskesdes adalah melayani masyarakat yang ada di desa tersebut. Dimana rasio bidan per-100.000 penduduk adalah sebesar 100 bidan artinya 1 orang bidan harus melayani 1.000 penduduk kemudian rasio perawat per-100.000 penduduk adalah sebesar 117,5 artinya 100.000 penduduk harus dilayani oleh 117,5 orang perawat atau 1 orang perawat harus melayani 851 penduduk, namun karena terbatasnya jumlah bidan dan perawat yang ada maka jumlah penduduk yang harus dilayani oleh seorang bidan atau perawat akan semakin besar,

belum lagi kondisi geografis wilayah pedesaan yang tersebar dan tidak merata maka hal ini akan menjadi hambatan bagi masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan.

Kebutuhan tenaga kesehatan di Kabupaten Sintang masih perlu mendapat perhatian dengan serius, masih banyak fasilitas kesehatan yang telah dibangun tetapi belum memiliki tenaga kesehatan, masyarakat kesulitan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan terutama pelayanan kesehatan ibu dan anak.

Gambaran ketersediaan tenaga kesehatan terutama tenaga perawat dan bidan yang ada pada fasilitas kesehatan yang telah di bangun oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang untuk puskesmas wilayah perkotaan atau puskesmas sekitar ibu kota kabupaten rata-rata telah tercukupi, namun untuk wilayah puskesmas terpencil, sangat terpencil atau puskesmas perbatasan rata-rata masih banyak memerlukan tenaga kesehatan seperti perawat dan bidan. Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini.



Tabel. 4.6. Ketersebaran Tenaga Perawat dan Bidan pada Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Sintang Tahun 2008

No	Puskes-Mas	Jenis Puskesmas	Jlh. Desa	Jumlah Fasilitas Kesehatan			Ketersediaan Tenaga		
				Pustu	Polin-des	Poskes-des	Perawat pustu	Bidan polin-des	Perawat Bidan di Poskesdes
1.	Serawai	Sangat Terpencil	24	3	8	8	-	4	2 Perawat, 3 Bidan
2.	Kemangai	Sangat Terpencil	13	4	6	4	-	3	4 Perawat, 1 Bidan
3.	Tebidah	Sangat Terpencil	29	4	10	8	2	2	3 Perawat, 2 Bidan
4.	Sepauk	Terpencil	33	8	12	8	4	9	3 Perawat, 6 Bidan
5.	Tempunak	Dekat Perkotaan	23	4	10	8	3	6	4 Perawat, 5 Bidan
7.	Pandan	Dekat Perkotaan	21	3	11	9	2	9	7 Perawat, 7 Bidan
8.	Sei Durian	Perkotaan	5	-	3	-	-	3	-
9.	Tj.Puri	Perkotaan	5	-	2	-	-	2	-
10.	Dara Juanti	Perkotaan	4	1	1	1	-	1	1 Perawat
11.	Dedai	Terpencil	8	1	4	4	-	2	3 Perawat, 2 Bidan
12.	Emparu	Terpencil	13	3	6	5	1	3	3 Perawat, 4 Bidan
13.	Na.Mau	Terpencil	27	4	6	8	3	2	3 Perawat, 1 Bidan
14.	Kebong	Dekat Perkotaan	11	-	3	6	-	3	4 Perawat, 3 Bidan
15.	Lebang	Terpencil	5	-	1	2	-	-	-
16.	Mensiku	Dekat Perkotaan	11	-	4	5	-	3	3 Perawat, 3 Bidan
17.	Ketungau	Terpencil	10	2	2	5	-	-	2 Perawat, 3 Bidan
18.	Serangas	Terpencil	7	1	4	2	1	3	1 Perawat, 1 Bidan
19.	Merakai	Sangat Terpencil/Perbatasan	20	7	7	9	3	5	3 Perawat, 1 Bidan
20.	Senaning	Sangat Terpencil/Perbatasan	18	1	1	8	1	1	6 Perawat, 2 Bidan
JUMLAH			287	41	100	103	23	40	79

Sumber : Data Sarana dan Tenaga Kesehatan Dinas Kesehatan Kab. Sintang Tahun 2008

Dari hasil wawancara dengan Kepala Bidang Pelayanan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang diperoleh informasi bahwa Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang telah membuat sebuah inovasi lokal dalam rangka untuk memenuhi kebutuhan tenaga bidan yaitu melalui program pendidikan bidan pada akademi kebidanan. Peserta didik yang direkrut adalah lulusan SMA dari dalam daerah Kabupaten Sintang sebanyak 40 orang siswa didik pada tahun 2008 dan sebanyak 40 orang lagi direncanakan akan terealisasi pada tahun 2010. Program pendidikan akademi kebidanan Non PNS tersebut didanai dari sumber dana bantuan luar negeri (*Proyek Health Workforce And Services*) dan selanjutnya setelah masa pelaksanaan proyek berakhir biaya dibebankan pada dana APBD Kabupaten Sintang. Peserta didik direkrut mewakili wilayah kecamatan secara proporsional sesuai dengan formasi kebutuhan tenaga bidan di setiap kecamatan, sehingga diharapkan setelah menyelesaikan pendidikan mereka akan ditugaskan kembali di kampung halamannya dan diharapkan kekosongan tenaga bidan desa di wilayah tersebut dapat terpenuhi.

Dari hasil wawancara dengan Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan Kepala Bidang Program dan Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang diperoleh informasi bahwa rekrutmen PNS (Pegawai Negeri Sipil) di Kabupaten Sintang masih belum memenuhi kebutuhan yang ada, dan pada saat penempatan pegawai sebagian merasa enggan untuk ditempatkan di daerah terpencil, tetapi rata-rata mereka ingin ditempatkan di kota atau dekat kota, hal ini yang menjadi salah satu penyebab banyaknya wilayah terpencil dan perbatasan kekurangan petugas kesehatan.



Upaya yang dilakukan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang dalam pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan selain rekrutmen Pegawai Negeri Sipil, juga dilakukan rekrutmen tenaga honorer dan tenaga penunjang lainnya. Dari hasil wawancara mendalam dengan Kepala Seksi Informasi Kesehatan diperoleh informasi bahwa rekrutmen tenaga untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan tidak saja hanya rekrutmen untuk memenuhi kebutuhan tenaga medis maupun paramedis tetapi juga perlu direkrut tenaga penunjang lainnya seperti analis, gizi, sanitasi, entomolog, epidemiolog sesuai dengan desain puskesmas yang telah dibuat, seperti misalnya untuk puskesmas perkotaan memerlukan tenaga D-III kesehatan, ekonomi, statistisi, pranata komputer, medikal rekort dan juga tenaga administrasi dan keuangannya, sehingga pekerjaan pokoknya dapat dilakukan secara profesional dan tidak merangkap dan tumpang tindih.

b. Keterbatasan Anggaran Kesehatan

Faktor lain yang menghambat akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang adalah keterbatasan anggaran kesehatan. Pendanaan kesehatan ini erat kaitannya dengan besarnya alokasi anggaran kesehatan yang diberikan oleh pemerintah daerah dan juga sangat tergantung pada kemampuan daerah.

Dari hasil wawancara mendalam dengan Kepala Seksi Informasi Kesehatan dan Kepala Bidang Program dan Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang diperoleh informasi bahwa Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang telah mengalokasikan sejumlah dana untuk pelaksanaan kegiatan sektor kesehatan, namun besarnya baru mencapai 5% sampai 7% dari total Anggaran Pendapatan dan

Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Sintang dan masih belum memenuhi target yang semestinya yaitu sebesar 15%. Secara rinci sumber-sumber pembiayaan kesehatan dan besarnya dapat dilihat pada tabel 4.7 di bawah ini.

Tabel 4.7 Data Sumber-Sumber Pembiayaan Kesehatan Kabupaten Sintang tahun 2008

No.	Sumber Dana	Alokasi (Rp) tahun 2008
1.	APBD Kab/ Kota untuk Kesehatan	59,349,057,686
2.	APBD Provinsi	-
3.	APBN :	15,066,292,000
	- DAK	13,476,000,000
	- Askeskin	1,590,292,000
	- Lain-lain	-
4.	Pinjaman Luar Negeri	1,892,053,000
	- UNFPA	154,720,000
	- CWSH	1,097,526,000
	- GF. ATM	114,579,000
	- GF. ATM AIDS	522,228,000
	- HWS	4.557.549.500
5.	Sumber Penerimaan Lain	-
	<b>Total Anggaran Kesehatan</b>	<b>76.307.402.686,58</b>
	<b>Total APBD Kabupaten</b>	<b>769.986.869.416,45</b>
	<b>% APBD Kesehatan terhadap APBD Kabupaten</b>	<b>7,71%</b>
	<b>Anggaran Per Kapita</b>	<b>210.929,68</b>

Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten Sintang tahun 2008



Prosentase anggaran untuk sektor kesehatan masih jauh dari target yang seharusnya. Bahkan dari total pagu anggaran kesehatan tahun 2008 mengalami penurunan sebesar 30% di tahun 2009 ini. Salah satu penyebabnya adalah masalah krisis global yang melanda. Anggaran perkapita adalah sebesar Rp. 210.929,68. Dukungan yang diberikan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang dalam upaya meningkatkan akses pelayanan kesehatan adalah dalam pengalokasian sejumlah dana untuk pelaksanaan kegiatan sektor kesehatan termasuk di dalamnya untuk mendanai kegiatan atau program-program peningkatan akses pelayanan kesehatan.

Selain dari dana APBD, Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang juga memperoleh dukungan dana dari pusat (APBN) yang meliputi dana DAK (Dana Alokasi Khusus), Askeskin dan lain-lain serta dana dari pinjaman luar negeri dalam bentuk proyek antara lain: UNFPA (*United Nation Fund Population Association*) untuk mendanai kegiatan Penurunan AKI (Angka Kematian Ibu) dan AKB (Angka Kematian Bayi), Kemudian Proyek CWSHP untuk mendanai kegiatan penyediaan sarana air bersih, Proyek GF-ATM untuk mendanai kegiatan pemberantasan penyakit menular seperti AIDS, TB dan Malaria. Sumber dana pinjaman luar negeri yang lainnya adalah dalam bentuk Proyek Health Workforce And Services (HWS) untuk mendanai kegiatan percepatan penurunan AKI (Angka Kematian Ibu) dan AKB (Angka Kematian Bayi) serta program pendidikan tenaga kesehatan dari jenjang Diploma III hingga program pasca sarjana.

Dari sumber dana APBD kabupaten, sektor kesehatan mendapatkan prioritas kedua dalam prioritas pembangunan di Kabupaten Sintang setelah sektor pendidikan. Pembangunan sektor kesehatan difokuskan pada pembangunan sarana dan prasarana

kesehatan, pemenuhan jumlah tenaga medis dan paramedis, peningkatan kualitas tenaga kesehatan dan penyediaan obat dan perbekalan kesehatan.

Dari hasil wawancara dengan Kepala Seksi Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang diperoleh informasi bahwa upaya untuk mendapatkan dukungan dana dari sumber lain antara lain dari APBD Propinsi Kalimantan Barat serta dana-dana dari pusat antara lain melalui kegiatan Musrenbangnas (Musyawarah Perencanaan Pembangunan Nasional) serta upaya lain yaitu dengan pengajuan proposal kegiatan yang disampaikan ke Departemen Kesehatan RI untuk mendapatkan dukungan dana, namun sejauh ini belum membuahkan hasil.

Dari hasil wawancara mendalam dengan Kepala Seksi Informasi Kesehatan dan Kepala Bidang Program dan Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang diperoleh informasi bahwa advokasi terhadap *stake holder* sudah dilakukan untuk memperoleh peningkatan dukungan dana, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dalam berbagai kesempatan antara lain pada waktu musrenbang di forum SKPD (Satuan Kerja Perangkat Daerah) telah menyampaikan Visi dan Misi Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dan program-program prioritas termasuk kebutuhan biaya anggarannya pada tahun bersangkutan atau tahun depannya. Selain itu advokasi juga dilakukan kepada bupati untuk memenuhi kebutuhan tenaga-tenaga fungsional yang masih kurang seperti tenaga perawat dan bidan, juga usulan pembangunan sarana-sarana kesehatan melalui usulan perubahan anggaran pada ABT (Anggaran Biaya Tambahan) tahun 2009. Hasil dukungan yang diberikan oleh BKD (Badan Kepegawaian Daerah) disepakati bahwa upaya pemenuhan tenaga bidan akan



diakomodir melalui pendidikan bidan non PNS sebanyak 40 orang yang di rencanakan untuk dilaksanakan pada tahun 2010.

### **C. Pembahasan**

#### **1. Gambaran Akses Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat di Kabupaten Sintang**

Akses pelayanan kesehatan erat kaitannya dengan ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan di suatu wilayah, hal ini merupakan salah satu faktor yang memudahkan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Masyarakat dengan mudah mendatangi fasilitas kesehatan yang ada di desanya sehingga tidak mengeluarkan biaya transportasi.

Ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan di suatu wilayah sangat mendukung bagi tercapainya suatu aktifitas pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Hal ini sebagaimana yang dinyatakan Green (1980:29) bahwa "Tersedianya fasilitas (sarana) merupakan faktor pendukung terjadinya harapan yang diinginkan yaitu pelayanan kesehatan yang maksimal, demikian juga ketersediaan alat-alat dan bahan kesehatan termasuk obat-obat yang dibutuhkan". Hal ini penting karena salah satu kebutuhan masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan adalah terjaminnya pelayanan kesehatan dasar yang bermutu dan sesuai standar termasuk ketersediaan peralatan dan obat-obatan yang diperlukan dalam pelayanan kesehatan tersebut. Pelayanan kesehatan dapat dikatakan bermutu dan sesuai standar apabila mampu memenuhi keinginan dan kebutuhan pelanggan. Gasperz (1997) menyatakan bahwa "Kualitas



adalah segala sesuatu yang mampu memenuhi keinginan atau kebutuhan pelanggan (*meeting the needs of customers*)”.

Jaringan puskesmas yang ada di desa seperti puskesmas pembantu, Polindes dan Poskesdes merupakan bagian penting atau perpanjangan puskesmas untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat di wilayah desa. Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan di masyarakat, berupaya memberikan berbagai upaya pelayanan kesehatan baik upaya pelayanan kesehatan perorangan maupun upaya kesehatan masyarakat. Hal ini seperti yang tertuang dalam salah satu fungsi puskesmas yaitu puskesmas berfungsi sebagai pusat pelayanan kesehatan strata pertama yang bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan yang meliputi pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat pribadi (*private goods*) untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit, puskesmas juga memberikan pelayanan kepada masyarakat yang bersifat (*publik goods*). Dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan (Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat : 2004 :7-8).

Berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang dilakukan di Kabupaten Sintang sangat terkait dengan kondisi geografi, sebagian besar wilayah Kabupaten Sintang masih menggantungkan pada sarana transportasi air terutama bagi penduduk yang bermukim di wilayah anak sungai, serta wilayah-wilayah atau desa-desa yang belum memiliki akses jalan sehingga kondisi ini menghambat akses masyarakat terhadap

pelayanan kesehatan. Ketersediaan infrastruktur jalan yang memadai akan memudahkan masyarakat untuk mendatangi fasilitas kesehatan.

Pada sebagian wilayah Kabupaten Sintang telah dibangun dan ditempatkan petugas kesehatan yang mengisi formasi yang ada, namun hal ini belum dapat menjangkau semua wilayah yang ada. Akses menuju sarana pelayanan kesehatan sangat tergantung pada kondisi geografi dan kondisi transportasi yang ada, hal ini sesuai dengan studi yang dilakukan oleh Susanto (2006:9) bahwa pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh beberapa hal antara lain : (1) menurunnya daya beli masyarakat, (2) menurunnya minat masyarakat untuk berobat ke puskesmas: a. merasa tidak puas; b. merasa tidak puas dengan kualitas obat; c. tarif pelayanan (3) akses geografi ke sarana pelayanan sulit. Point ketiga dari hasil penelitian tersebut yaitu akses geografis ke sarana pelayanan kesehatan yang sulit tampaknya merupakan salah satu penyebab masyarakat di beberapa wilayah Kabupaten Sintang masih kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan.

Jarak tempuh menuju tempat pelayanan kesehatan sangat berpengaruh terhadap penggunaan fasilitas kesehatan. Masyarakat akan enggan mendatangi fasilitas kesehatan bila jarak tempuh dan waktu tempuh yang diperlukan untuk mencapai fasilitas kesehatan tersebut terlalu lama, apalagi bila sakitnya tidak terlalu parah. Sebagaimana dalam penelitian Handanu (2001) bahwa jarak tempuh merupakan faktor pendukung pemanfaatan dukun beranak dalam persalinan.

Pemanfaatan fasilitas kesehatan di suatu wilayah tergantung dengan lokasi dan jarak tempuh serta tingkat kemudahan sarana transportasi yang diperlukan untuk menjangkau tempat tersebut, fasilitas kesehatan yang dibangun di lokasi pemukiman



penduduk akan sangat memudahkan bagi masyarakat wilayah tersebut untuk mengakses pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai dengan hasil studi yang dilakukan Susanto, *et al.* (2004:5) bahwa lokasi tempat tinggal merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi utilisasi rawat jalan ke sarana pelayanan, orang yang tinggal di daerah pedesaan tentunya berbeda dengan di perkotaan. Masyarakat yang tinggal di daerah perkotaan umumnya lebih mudah mengakses pelayanan kesehatan, padahal semestinya pelayanan kesehatan itu harus dapat dirasakan oleh seluruh lapisan masyarakat baik yang tinggal di wilayah perkotaan maupun pedesaan. Pelayanan kesehatan harus dilaksanakan secara adil, semua masyarakat memperoleh hak yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Keadilan pelayanan kesehatan adalah bagaimana pelayanan kesehatan terutama yang menyangkut orang miskin yang mempunyai tempat tinggal jauh dari sarana pelayanan kesehatan mudah memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya.

Kondisi kesehatan yang dihadapi pada sebagian masyarakat di Kabupaten Sintang yang tinggal di wilayah terpencil dan tidak tersedia fasilitas dan tenaga kesehatan dalam menyembuhkan penyakitnya yaitu dengan mengobati sendiri penyakitnya merupakan gambaran bahwa masyarakat tersebut belum memperoleh haknya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai. Masyarakat akan mendatangi sarana pelayanan kesehatan jika di wilayah tersebut tersedia sarana kesehatan. Apabila tidak tersedia sarana pelayanan kesehatan, masyarakat akan membiarkan penyakitnya tanpa diobati atau diobati dengan menggunakan obat seadanya, namun jika penyakitnya semakin parah maka mereka baru akan mendatangi sarana kesehatan yang lain walaupun memerlukan waktu yang lama

untuk menjangkau fasilitas tersebut. Hal ini sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2003:181) bahwa masyarakat baru mau mencari pengobatan ke pelayanan kesehatan setelah benar-benar tidak dapat berbuat apa-apa.

Kendala di dalam akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan antara lain belum meratanya sarana dan tenaga kesehatan, transportasi yang sulit, tidak tersedianya biaya rujukan bagi pasien tidak mampu di luar kuota jamkesmas. Oleh karena itu pemerintah daerah perlu merekrut tenaga kesehatan agar semua fasilitas pelayanan terisi sesuai dengan kebutuhan. Memprioritaskan pembangunan infrastruktur jalan sehingga biaya transportasi bisa ditekan. Selain pembebasan biaya berobat sedapat mungkin pemerintah mengalokasikan dana rujukan pasien terutama yang kurang mampu sehingga pasien tetap dapat mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang lebih baik. Hal tersebut sesuai dengan komitmen pemerintah Kabupaten Sintang sebagaimana yang tertuang dalam Surat Keputusan Bupati Sintang nomor 581 tahun 2009 yang berisi bahwa setiap orang berhak memperoleh derajat kesehatan secara optimal, karena kesehatan merupakan hak asasi yang paling fundamental bagi setiap orang, dimana pemerintah berkewajiban untuk mengupayakan penyelenggaraan kesehatan yang merata dan terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat.

Kebijakan Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang Nomor 3 Tahun 2008 tentang pelayanan kesehatan bersubsidi di puskesmas dan jaringannya merupakan salah satu kebijakan strategis dalam upaya untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang. Kebijakan tersebut mulai dilaksanakan sejak awal Tahun 2008. Pemerintah Kabupaten Sintang telah membebaskan biaya



pengobatan ditingkat dasar dengan tujuan agar masyarakat dapat dengan mudah mengakses pelayanan kesehatan dasar. Kondisi ini sangat menolong masyarakat di tengah-tengah krisis global yang melanda serta mahalanya biaya pengobatan.

Kebijakan yang ditempuh oleh Pemerintah Kabupaten Sintang pada hakekatnya sudah tepat dan sejalan dengan tujuan pemberian Otonomi Daerah yang berorientasi pada pelayanan masyarakat serta merupakan salah satu upaya untuk mencapai misi kesehatan di Kabupaten Sintang yaitu peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan. Walaupun tidak dapat dipungkiri bahwa mutu pelayanan publik di Indonesia masih dinilai sangat rendah. Demikian salah satu kesimpulan yang dilaporkan dalam *World Development Report 2004* dan hasil penelitian *Governance and Desentralization Survey* (Dwiyanto, et al. 2003). Pelaksanaan kebijakan pelayanan publik di bidang kesehatan yang dikembangkan di Kabupaten Sintang merupakan langkah strategis dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan. Hal ini sebagaimana pendapat yang dikemukakan oleh Anderson dalam (Kismartini, 2008) bahwa kebijakan negara adalah kebijakan-kebijakan yang dikembangkan oleh badan-badan dan pejabat-pejabat pemerintah. Artinya pemerintah daerah telah berupaya untuk mengembangkan konsep pelayanan masyarakat khususnya dalam pelayanan kesehatan.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan dasar merupakan pemenuhan hak asasi manusia sesuai dengan Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 ayat 1, "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan bathin.....serta berhak mendapatkan kesehatan". Kemudian dikuatkan lagi dalam Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 mengamanatkan negara (dengan pengertian Negara Kesatuan Republik Indonesia

dibagi atas daerah-daerah propinsi dan daerah propinsi itu dibagi atas kabupaten dan kota, yang tiap-tiap propinsi, kabupaten dan kota mempunyai pemerintah daerah yang diatur dengan UU, Pasal 18 (1) Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat. Undang-Undang (UU) No. 32/2004 tentang Pemerintahan Daerah menetapkan bahwa di dalam penyelenggaraan otonomi, daerah mempunyai kewajiban mengembangkan jaminan sosial, dan diatur lebih lanjut dengan PP No. 38/2007 dan hal ini sesuai juga dengan Surat Keputusan Bupati Sintang nomor 581 tahun 2009 yang berisi bahwa setiap orang berhak memperoleh derajat kesehatan secara optimal, karena kesehatan merupakan hak asasi yang paling fundamental bagi setiap orang, dimana pemerintah berkewajiban untuk mengupayakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang merata dan terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat. Kesehatan sejatinya adalah hak asasi manusia, pengakuan akan hal itu termaktub dalam Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 34 menegaskan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas umum yang layak. Kemudian dalam regulasi yang mengatur implementasi amanat konstitusi tersebut, yakni Undang-Undang Kesehatan No. 23 tahun 1992, ditegaskan, "Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal" (pasal 4). Pemerintah bertugas mengatur, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan (pasal 6). Pemerintah bertugas menyelenggarakan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat (pasal 7), (Ashari, 2005).



Kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah daerah tersebut mencerminkan tanggung jawab Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang dalam pembiayaan pengobatan bagi masyarakatnya dengan mengalokasikan anggarannya untuk pendanaan kegiatan tersebut. Tjiptoherianto dan Soesetyo (1994:20) berpendapat bahwa sumber pendanaan kesehatan berasal dari pemerintah, pembiayaan luar negeri dan masyarakat. Kemudian Thabrany (2004) menyatakan bahwa “Kesehatan merupakan investasi hal ini mengandung arti bahwa dengan investasi kesehatan berupa penjaminan kesehatan, menghasilkan keuntungan ekonomis 600 persen. Keuntungan ekonomis ini diukur dengan peningkatan produktifitas penduduk, berkurangnya hari sakit, dan tercegahnya kematian dini”.

Pelaksanaan kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi di Kabupaten Sintang telah terbukti mampu meningkatkan akses pelayanan kesehatan. Masyarakat diberikan pembebasan biaya berobat ke seluruh fasilitas kesehatan seperti puskesmas dan jaringannya. Hal ini merupakan salah satu upaya pemenuhan hak publik untuk mendapat pelayanan kesehatan yang terjangkau, wajar, menyeluruh dan berkesinambungan. Hal ini sebagaimana yang dikemukakan oleh Supari (2005) bahwa sebagai hak publik, pelayanan kesehatan yang memenuhi syarat yaitu tersedia (*available*), menyeluruh (*comprehensive*), berkesinambungan (*continuu*), terpadu (*integrated*), wajar (*appropriate*), dapat diterima (*acceptable*), bermutu (*quality*), mudah dicapai (*acceptable*), serta terjangkau (*affordable*). Jadi pelayanan kesehatan yang terjangkau merupakan hak publik yang harus dipenuhi oleh penyelenggara pemerintahan.

Pelaksanaan kebijakan pelayanan bersubsidi yang tujuannya untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat dalam pelaksanaannya masih belum dapat dilaksanakan sepenuhnya di seluruh pelosok desa di Kabupaten Sintang karena masih adanya petugas puskesmas pembantu maupun polindes yang masih memungut biaya berobat. Seyogyanya agar sebuah kebijakan dapat terlaksana dengan baik dan memberikan manfaat sepenuhnya bagi kepentingan publik sangat diperlukan adanya kontrol dan supervisi. Puskesmas sebagai pembina dan penanggungjawab wilayah terhadap seluruh kegiatan yang dilakukan di puskesmas maupun polindes sedapat mungkin agar meningkatkan fungsi kontrol demikian juga dinas kesehatan.

Penerapan fungsi kontrol dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang terhadap puskesmas dan jaringannya mutlak sangat diperlukan agar puskesmas dan jaringannya dapat melaksanakan kebijakan tersebut secara total mengingat puskesmas pembantu dan polindes merupakan ujung tombak pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat, sehingga masyarakat benar-benar mendapatkan akses yang penuh untuk memperoleh pelayanan kesehatan termasuk di puskesmas pembantu dan polindes. Sebagaimana menurut pendapat Stoner (1996:45) bahwa kontrol merupakan suatu proses untuk memastikan bahwa aktivitas sebenarnya sesuai dengan aktivitas yang direncanakan dalam arti seorang manajer harus yakin tindakan yang dilakukan oleh anggota organisasi benar-benar menggerakkan organisasi kearah tujuan yang telah dirumuskan. Kemudian hal tersebut dikuatkan lagi dengan teori kontrol oleh Reiss (1951) dengan konsep *social control* menyatakan bahwa kemampuan kelompok atau lembaga sosial tertentu untuk mengefektifkan norma atau aturan tertentu



(Adrianusmeliala, 2009). Kaitannya dengan penelitian ini adalah bahwa Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang sebagai salah satu lembaga yang berkewajiban dalam melakukan pengawasan terhadap kepastian dilaksanakannya suatu peraturan dalam hal ini pelaksanaan kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi.

Puskesmas sebagai perpanjangan tangan dari dinas kesehatan memiliki kewajiban untuk membina dan mengawasi poskesdes, puskesmas pembantu dan polindes dengan memantau proses pengimplementasian kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi, sehingga seluruh masyarakat di Kabupaten Sintang dapat benar-benar merasakan pelayanan kesehatan gratis dan bila terdapat penyimpangan akan segera dapat diketahui.

Selain itu dengan adanya kontrol akan dapat terdeteksi jika terjadi perbedaan perilaku petugas dengan standar yang seharusnya. Hal tersebut sesuai dengan teori kontrol yang dijelaskan oleh Carver dan Scheier (1981) dan diterapkan dalam lingkungan organisasi oleh Champion dan Lord (1982) dalam Ilyas (2002:70) bahwa:

Menurut teori kontrol individu harus menyelesaikan tiga tugas untuk mencapai tujuan mereka. Mereka harus (1) menetapkan standar untuk perilaku mereka, (2) mendeteksi perbedaan antara perilaku mereka dan standarnya (umpan balik), dan (3) berperilaku yang sesuai dan layak untuk mengurangi perbedaan ini. Selanjutnya, disarankan agar individu perlu melihat di mana dan bagaimana mereka mencapai tujuan mereka. Dengan pengenalan terhadap kesalahan yang dilakukan, mereka mempunyai kesempatan untuk melakukan perbaikan untuk selanjutnya mereka kembali melaksanakan tugas untuk mencapai tujuan mereka.

Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang berperan sebagai koordinator dalam pengimplementasian kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi dengan melakukan koordinasi dengan dengan lintas sektor maupun dengan pihak puskesmas agar

terdapat sinergi dalam pencapaian tujuan sebuah kebijakan. Sebagaimana pendapat Badjuri dan Yuwono (2002:120) mengatakan bahwa:

Ada beberapa alasan fundamental mengapa koordinasi sangat penting dalam tahapan implementasi kebijakan. Pertama, koordinasi penting dilakukan agar ada kejelasan arah, tujuan dan tindakan yang akan dilakukan berkaitan dengan implementasi sebuah kebijakan publik. Keadaan ini penting karena karena mempengaruhi efektifitas dan keharmonisan langkah dari para pelaksana kebijakan. Kedua, koordinasi akan menumbuhkan kesatupaduan tindakan dan metode, karena tanpa koordinasi para agen pelaksana kebijakan akan berjalan sendiri-sendiri menurut versi mereka. Ketiga, Koordinasi memungkinkan *Sharing Of Information* dari para pelaksana, ini artinya suatu kejelasan yang penting tentang berbagai hal perlu dibahas bersama untuk mencari alternatif yang dapat ditempuh untuk mensukseskan suatu kegiatan.

Pelaksanaan kebijakan pelayanan bersubsidi dengan menggratiskan biaya berobat di fasilitas kesehatan seperti puskesmas dan jaringannya berimplikasi pada peningkatan jumlah kunjungan pasien. Hal ini menjadikan beban kerja petugas menjadi bertambah termasuk tugas-tugas administrasi keuangan yang harus dikerjakan dan tanpa diimbangi dengan peningkatan pendapatan dan kesejahteraan petugas. Kondisi ini perlu menjadi pertimbangan dan perhatian pemerintah daerah, karena jika tidak hal akan berimplikasi pada penurunan kualitas dan kinerja petugas. Selayaknya pemerintah daerah memberikan kompensasi yang sesuai bagi petugas atau dengan menambah jumlah petugas secara proporsional dari yang sudah ada, sehingga sesuai dengan beban kerja petugas dan profesionalisme petugas. Sebagaimana dalam teori kaitan imbalan dengan prestasi (disarikan dari berbagai sumber : Winardi, 2001:69-93; Sondang P. Siagian, 286-294; Indriyo Gitosudarmo dan Agus Mulyono, 183-190, Fred Luthan, 140-167) dalam Sudrajat (2008) bahwa:

Menurut model ini, motivasi seseorang individu sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik yang bersifat internal maupun yang bersifat eksternal. Termasuk pada faktor internal adalah : (a) prestasi seseorang mengenai diri



sendiri; (b) harga diri; (c) harapan pribadi; (d) kebutuhan; (e) keinginan; (f) kepuasan kerja; (g) prestasi kerja yang dihasilkan. Sedangkan faktor eksternal mempengaruhi motivasi seseorang, antara lain ialah : (a) jenis dan sifat pekerjaan; (b) kelompok kerja dimana seseorang bergabung; (c) organisasi tempat bekerja; (d) situasi lingkungan pada umumnya; (e) sistem imbalan yang berlaku dan cara penerapannya.

Kaitannya dalam penelitian ini adalah bahwa peningkatan beban kerja yang terjadi sebagai akibat dari diberlakukannya kebijakan pelayanan kesehatan gratis perlu diimbangi dengan pemberian imbalan yang sesuai dengan beban tugasnya.

Dalam sebuah organisasi yang memberikan pelayanan kepada publik seperti puskesmas diperlukan adanya pembagian tugas yang jelas dengan memberikan kompensasi yang sesuai sehingga akan berpengaruh pada peningkatan motivasi kerja yang pada akhirnya secara langsung akan meningkatkan kinerja individu, hal tersebut sebagaimana pendapat yang dikemukakan Kopelman (1986) dalam Ilyas (2002:67) bahwa sub-variabel imbalan akan berpengaruh untuk meningkatkan motivasi kerja yang pada akhirnya secara langsung akan meningkatkan kinerja individu. Kemudian menurut Bernardin dan Russel (1998) dalam Iswanto (2005:7.18) menyatakan bahwa "Kompensasi merupakan salah satu fungsi manajemen sumber daya manusia yang berkaitan dengan masalah penghargaan yang diterima karyawan sebagai ganti dari pelaksanaan tugas organisasional". Kemudian menurut Noe, *et al.* (2000:20) yang menjelaskan teori tentang pengaruh upah dengan perilaku karyawan, yaitu teori penguatan (*reinforcement theory*) yang menyatakan bahwa:

Suatu tanggapan atau respon yang diikuti dengan penghargaan akan lebih memungkinkan untuk berulang kembali kejadiannya di masa mendatang. Artinya jika suatu kinerja karyawan yang tinggi secara langsung diikuti dengan penghargaan yang bersifat moneter misalnya, kemungkinan besar akan menghasilkan kinerja yang tinggi pula dimasa mendatang. Hal ini berarti, suatu

kinerja yang tinggi yang tidak secara langsung diikuti dengan suatu penghargaan, maka dapat menurunkan kinerja tersebut di masa mendatang.

Implementasi kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi memberikan implikasi pada peningkatan beban kerja petugas, namun jika hal tersebut disikapi dengan positif berupa penghargaan yang seimbang dari pemerintah daerah maka hal ini akan memberikan pengaruh pada peningkatan motivasi kinerja petugas yang pada akhirnya akan berpengaruh pada peningkatan akses pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat Kabupaten Sintang. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Herzberg (1959) dalam Ilyas (2002:129) yang menyatakan bahwa "Penyampaian kinerja dipengaruhi oleh faktor motivator yang dimanifestasikan pada keberhasilan, penghargaan, tanggung jawab, pekerjaan dan peningkatan diri". Kemudian Kopelman (1986) dalam Ilyas (2002) juga menyatakan bahwa "Kinerja dipengaruhi oleh motivasi dan kemampuan".

Implementasi kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi di Kabupaten Sintang terbukti merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi peningkatan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat di Kabupaten Sintang, hal ini ditandai dengan meningkatnya utilisasi puskesmas melalui peningkatan angka kunjungan pasien ke puskesmas (*visite rate*) termasuk peningkatan BOR (*Bed Occupancy Rate*) rawat inap (tingkat hunian puskesmas rawat inap) dari tahun 2007 sebelum implementasi dan tahun 2008 sejak diberlakukannya kebijakan, hal ini menandakan bahwa masyarakat memang memanfaatkan puskesmas, puskesmas maupun polindes untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Implementasi kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi yang dikeluarkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang melalui Peraturan Daerah



Nomor 3 Tahun 2008 benar-benar memberikan manfaat bagi peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang sesuai dengan tujuan.

Sejak kebijakan percepatan pembangunan Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) digulirkan, yang terdaftar sebagai daerah sasaran pembangunan DTPK di Kabupaten Sintang adalah Kecamatan Ketungau Hulu tepatnya di Desa Jasa. Upaya Pemerintah mengatasi kesenjangan pembangunan di daerah dinilai sudah cukup baik. Sosialisasi telah dilaksanakan, alokasi SDM telah dilakukan, walaupun pada akhirnya belum bertugas secara maksimal, fasilitas belum lengkap.

Melalui pelayanan kesehatan *mobile* yang telah dibentuk oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang yang menjangkau wilayah-wilayah terpencil, terisolir dan daerah perbatasan menjadi prioritas kegiatan. Mengingat wilayah perbatasan merupakan beranda paling depan yang berhadapan langsung dengan negara tetangga, maka perhatian terhadap daerah terpencil sebarusnya lebih diprioritaskan karena kendala transportasi berpengaruh terhadap rendahnya akses pelayanan kesehatan. Umumnya penduduk yang tinggal di wilayah tersebut memiliki karakteristik wilayah perairan atau daerah berbukit-bukit dengan persebaran penduduk terpencar dan berkelompok di satu tempat dengan jarak antara satu wilayah dengan wilayah yang lainnya sangat berjauhan sehingga dengan adanya program pelayanan kesehatan *mobile* oleh Tim Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang maupun oleh tim dari puskesmas setempat dirasa sangat membantu masyarakat di wilayah tersebut untuk mendekatkan pelayanan kesehatan. Sebagaimana menurut Grundy (2001), daerah terpencil pada negara sedang berkembang dibagi berdasarkan akibat terisolasi secara geografis dan secara sosial. Terisolasi secara geografis berkaitan dengan jarak, ketidakmerataan

penyebaran penduduk, serta keterbatasan akses dengan jalan raya, sedangkan secara sosial diakibatkan permasalahan kemiskinan. Menurut Rygh & Hjortdahl (2007) daerah terpencil erat kaitannya dengan pelayanan kesehatan dalam beberapa elemen yaitu penyebaran penduduk yang tidak merata dan terisolasi, jumlah populasi penduduk, sarana dan prasarana transportasi yang terbatas, jarak dengan rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya yang jauh dan adanya kesulitan dalam hal menarik serta merekrut tenaga kesehatan. Pelayanan kesehatan hendaknya dapat juga dinikmati oleh masyarakat yang berada di wilayah terpencil dan terisolir, upaya yang dilakukan untuk mendekatkan akses pelayanan kesehatan pada masyarakat tersebut sejalan dengan prinsip-prinsip layanan publik yang dikemukakan oleh Islamy (1999) bahwa beberapa prinsip pokok yang harus dipahami aparat birokrasi publik dalam aspek internal organisasi yaitu prinsip aksesibilitas, dimana setiap jenis pelayanan harus dapat dijangkau dengan mudah oleh setiap pengguna pelayanan (misal : masalah tempat, jarak dan prosedur pelayanan)

Pelayanan kesehatan yang komprehensif mencakup upaya promotif, preventif maupun kuratif merupakan salah satu strategi yang diterapkan agar pelayanan yang dilaksanakan lebih terintegrasi mencakup kebutuhan kesehatan individu maupun masyarakat setempat. Sebagaimana menurut Sheppard (2005) bahwa permasalahan pelayanan kesehatan daerah terpencil dapat diatasi hanya dengan adanya kegiatan pelayanan yang terintegrasi, yaitu kombinasi antara seluruh kegiatan pelayanan kesehatan terhadap pasien dengan kepastian koordinasi dan hubungan antar individual di dalamnya. Salah satu faktor yang dapat mendukung terlaksananya



aktivitas pelayanan kesehatan adalah peran serta komunitas atau masyarakat.

Notoatmodjo (2003:197-198) menyatakan bahwa:

Ada dua kategori pelayanan kesehatan yaitu kategori yang berorientasi pada publik (*public goods*) dan kategori yang berorientasi pada perorangan (*private goods*). Pelayanan dalam kategori pada perorangan meliputi pelayanan pengobatan, imunisasi, khitanan massal, pelayanan gigi dll, sedangkan yang termasuk dalam kategori berorientasi kepada masyarakat meliputi kegiatan penyuluhan kesehatan, promosi kesehatan, pemutaran film-film kesehatan dll.

Selain itu, untuk menjamin terlaksananya aktifitas pelayanan kesehatan di daerah terpencil dilakukan melalui peningkatan peran serta masyarakat agar masyarakat merasa ikut bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan yang ada di wilayahnya. Hal ini sebagaimana yang dikemukakan oleh Sheppard (2005) dalam Suryana (2008) bahwa salah satu hal yang dapat mendukung terlaksananya aktifitas pelayanan kesehatan di daerah terpencil adalah adanya peran serta komunitas atau masyarakat. Peran serta komunitas atau masyarakat dapat tercapai dengan adanya pembangunan komunitas atau disebut dengan *community development*.

Upaya lain yang dilakukan dalam kegiatan pelayanan kesehatan daerah terpencil adalah dengan melakukan penyuluhan kesehatan melalui penyuluhan langsung atau pemutaran film-film bertema kesehatan, upaya ini cukup efektif untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan. Promosi kesehatan merupakan salah satu upaya yang mempunyai peranan yang cukup besar dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, upaya ini memberikan berbagai informasi penting tentang kesehatan mengenai perilakuelihara diri terhadap kesehatan sehingga masyarakat memiliki pengetahuan yang cukup dalam

pemeliharaan kesehatan sehingga masyarakat tersebut mampu dan mandiri dalam menangani masalah kesehatannya.

Menurut Bloom (1989) dalam Notoatmodjo (2005:25), pengetahuan kesehatan meliputi pengetahuan tentang cara memelihara kesehatan, pengetahuan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kesehatan, pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan dan pelayanan menghindari kecelakaan. Green (1980) mengatakan bahwa pengetahuan merupakan faktor predisposisi (*predisposing factor*) yaitu faktor-faktor yang mempermudah terjadinya perubahan perilaku seseorang. Dengan pengetahuan yang baik akan sangat memudahkan seseorang untuk berperilaku yang baik pula. Memiliki pengetahuan yang baik tentang pemeliharaan kesehatan akan membantu meningkatkan status kesehatan, sehingga akan dapat menekan angka kesakitan masyarakat. Sosialisasi atau penyuluhan yang dilakukan oleh puskesmas-puskesmas merupakan upaya yang sangat efektif untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Muhani (2007) menemukan tentang kesehatan masyarakat diperoleh lewat sosialisasi petugas kesehatan.

Pelayanan kesehatan *mobile* yang dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang melalui Dinas Kesehatan bertujuan untuk menjangkau dan melayani masyarakat yang selama ini masih jarang tersentuh oleh pembangunan kesehatan. Upaya tersebut merupakan solusi alternatif dalam rangka mendekatkan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Kegiatan pelayanan kesehatan di daerah terpencil dan perbatasan selama ini mendapat dukungan dana dari pusat. Direkomendasikan agar pelayanan kesehatan di wilayah-wilayah yang berbatasan dengan negara tetangga menjadi urusan pusat, kesinambungan pelayanan, dan



kelengkapan sarana dan prasarana yang sama dan terstandarisasi untuk seluruh wilayah perbatasan juga ditarik menjadi urusan pusat (Cit. Kajian kebijakan distribusi SDM kesehatan di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan, Departemen Kesehatan RI). Alokasi anggaran untuk pengembangan pelayanan di daerah terpencil dan perbatasan merupakan salah satu bentuk peranan pemerintah pusat dalam pengembangan wilayah tersebut terutama dalam pengembangan pelayanan kesehatan.

Sejauh ini, kebijakan desentralisasi belum mampu memecahkan masalah ketersediaan dan kecukupan tenaga kesehatan di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan. Masyarakat Kabupaten Sintang yang tinggal di daerah terpencil dan tertinggal umumnya masih belum banyak tersentuh oleh program-program pembangunan kesehatan.

Rendahnya akses pelayanan kesehatan di daerah terpencil dan perbatasan salah satu penyebabnya adalah rendahnya minat dan motivasi petugas kesehatan yang mau ditempatkan di daerah tersebut karena tidak adanya insentif khusus yang membedakan dengan petugas kesehatan yang ditempatkan di daerah biasa, sehingga hal ini perlu menjadi perhatian bagi pemerintah daerah setempat. Petugas yang ditempatkan di daerah terpencil dan perbatasan umumnya minim sarana dan fasilitas sehingga perlu ada daya tarik lain agar membuat mereka betah ditempatkan di daerah tersebut. Sebagaimana menurut Studi Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan Tenaga Kesehatan-*Health Workforce And Services* memperlihatkan adanya kesenjangan dalam hal fasilitas dan kondisi yang dihadapi oleh tenaga kesehatan antara yang bertugas di daerah perkotaan (*urban*) dan daerah pedesaan (*rural*). Tenaga kesehatan yang bertugas di daerah pedesaan cenderung untuk mendapatkan fasilitas yang lebih

minim dibanding dengan sejawatnya yang bertugas di daerah perkotaan, khususnya dalam hal ketersediaan listrik, air, dan peralatan penunjang lain. Selain itu minimnya fasilitas umum yang tersedia di pedesaan juga mempengaruhi minat tenaga kesehatan untuk bertugas di daerah pedesaan, seperti ketersediaan pasar, sarana dan saluran telekomunikasi, sarana pendidikan yang bermutu, serta fasilitas hiburan. Kritik juga ditujukan kepada pemerintah daerah setempat terkait dengan kurangnya perhatian dan jaminan masa depan bagi tenaga kesehatan yang bertugas di daerah pedesaan. Dalam Kepmenkes No. 1468/ Menkes/ SK/XII/2006, mengenai rencana Pembangunan Kesehatan Tahun 2005-2009, disebutkan bahwa tujuan Rencana Pembangunan Kesehatan di bidang sumberdaya kesehatan adalah meningkatkan jumlah, mutu, dan penyebaran tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan. Salah satu sasarnya adalah tersedianya tenaga kesehatan yang bermutu secara mencukupi, terdistribusi secara adil dan merata, serta termanfaat secara berhasilguna dan berdayaguna. Pemerintah dapat mewajibkan tenaga kesehatan untuk ditempatkan pada sarana kesehatan tertentu untuk jangka waktu tertentu dengan cara masa bhakti yang dilaksanakan dengan memperhatikan kondisi wilayah, lamanya penempatan, jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat, dan prioritas sarana kesehatan (Cit. Kajian kebijakan distribusi SDM kesehatan di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan, Departemen Kesehatan RI).

Bernardin dan Russel (1998:199) berpendapat bahwa kompensasi merupakan salah satu fungsi manajemen sumber daya manusia yang berkaitan dengan masalah penghargaan yang diterima karyawan sebagai ganti dari pelaksanaan tugas organisasional.



Pelaksanaan sistem rujukan pasien selama ini belum mendapat alokasi anggaran terutama untuk biaya transportasi bagi pasien yang tidak mampu yang tidak masuk dalam kuota Jamkesmas, hal ini menandakan bahwa untuk mengakses pelayanan kesehatan yang lebih komprehensif seperti di puskesmas maupun rumah sakit kabupaten, padahal terpenuhinya sistem rujukan merupakan salah satu bagian penting dalam pelayanan kesehatan. Sebagaimana yang dikemukakan oleh Suryana, *et al.* (2008) bahwa salah satu bagian terpenting dalam pelayanan kesehatan adalah sistem rujukan, terutama di daerah terpencil dimana permasalahan utama sistem rujukan terletak pada pelayanan kesehatan tambahan (pustu) dan puskesmas dengan dengan rumah sakit terdekat. Menurut Notoatmodjo (2003) dalam Suryana, *at al.* (2008) menyatakan bahwa pelaksanaan sistem rujukan telah diatur dengan bentuk bertingkat atau berjenjang, yaitu pelayanan kesehatan tingkat pertama, kedua dan ketiga, dimana dalam pelaksanaannya tidak berdiri sendiri namun berada dalam sebuah sistem dan saling berhubungan. Apabila pelayanan kesehatan primer tidak dapat melakukan tindakan medis tingkat primer maka ia menyerahkan tanggung jawab tersebut ke tingkat pelayanan di atasnya, demikian seterusnya. Penyerahan tanggung jawab dari suatu pelayanan kesehatan ke pelayanan kesehatan yang lain ini yang disebut rujukan.

Pelaksanaan sistem rujukan di Kabupaten Sintang kurang mendapat perhatian serius oleh pemerintah setempat, terbukti dengan tidak ada alokasi dana untuk pelaksanaan sistem rujukan. Hal tersebut juga dikemukakan oleh Poerwani, *et al.* (1983), dalam penelitiannya menyebutkan bahwa pemerintah daerah kurang berpartisipasi dalam menunjang pelayanan sistem rujukan.

Gambaran tentang masyarakat di daerah terpencil dan perbatasan tidak memiliki fasilitas layanan kesehatan dalam mencari pelayanan kesehatan adalah dengan mengobati penyakitnya secara tradisional atau dengan membeli obat di warung. Jika belum sembuh baru berobat ke tempat lain yang tersedia sarana pengobatan medik/ paramedik. Masyarakat tersebut berusaha mengatasi masalah kesehatannya dengan segala keterbatasan dan segala resiko yang kemungkinan tidak sesuai dengan penyakit atau mungkin akan berdampak pada kesehatannya. Notoatmodjo (2003:196-197) berpendapat bahwa:

Respons seseorang apabila sakit ada berbagai macam perilaku dan usaha yang dilakukan dalam merespon sakitnya antara lain adalah: *Pertama*, tidak bertindak apa-apa (*no action*) dengan alasan kondisi yang demikian tidak mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari. *Kedua*, tindakan mengobati sendiri (*self treatment*), dengan alasan karena orang atau masyarakat tersebut sudah percaya kepada diri sendiri, dan sudah merasa bahwa berdasarkan pengalaman-pengalaman yang lalu usaha-usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan. Hal ini mengakibatkan pengobatan dari luar tidak diperlukan. *Ketiga*, mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*) Untuk masyarakat pedesaan khususnya, pengobatan tradisional ini masih menduduki tempat teratas dibanding dengan pengobatan-pengobatan yang lainnya. Dukun yang melakukan pengobatan tradisional merupakan bagian dari masyarakat, berada di tengah-tengah masyarakat, dan pengobatan yang dihasilkannya adalah kebudayaan masyarakat, lebih diterima oleh masyarakat daripada dokter, mantri, bidan dan sebagainya. *Keempat*, mencari pengobatan dengan obat-obat ke warung-warung obat dan sejenisnya termasuk tukang-tukang jamu. Obat-obat yang mereka dapatkan pada umumnya adalah obat-obatan yang tidak memakai resep sehingga sukar dikontrol. *Kelima*, mencari pengobatan-pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan. *Keenam*, mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktek. Masyarakat baru mau mencari pengobatan ke pelayanan kesehatan setelah benar-benar tidak dapat berbuat apa-apa.

Selanjutnya diperkuat lagi oleh pendapat Suryana, *et.al.* (2008) mengemukakan bahwa akibat keterbatasan akses baik geografi maupun sarana kesehatan sehingga



pelayanan kesehatan lebih banyak ditangani oleh dukun, dan dukun tersebut baru akan merujuk ke puskesmas jika ia memang tidak mampu menangani dan keadaan si sakit benar-benar dalam keadaan parah.

## **2. Faktor-Faktor yang menghambat Akses Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Sintang**

### **a. Keterbatasan sarana dan tenaga kesehatan**

Upaya pemenuhan standar sarana dan prasarana termasuk ketersediaan tenaga perlu mendapat perhatian agar masyarakat memiliki kemudahan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Menurut pendapat Rygh & Hjortdal (2007) bahwa daerah terpencil erat kaitannya dengan pelayanan kesehatan dalam beberapa elemen yaitu penyebaran penduduk tidak merata dan terisolasi, jumlah populasi penduduk, sarana dan prasarana transportasi yang terbatas, jarak dengan rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya yang jauh dan adanya kesulitan dalam hal menarik serta merekrut tenaga kesehatan. Kondisi tersebut harus disikapi dengan serius oleh pemerintah setempat agar layanan publik khususnya pelayanan kesehatan dapat diakses oleh seluruh masyarakat termasuk masyarakat yang tinggal di daerah terpencil. Upaya pemenuhan sarana dan tenaga kesehatan dalam layanan kesehatan dimaksudkan agar masyarakat memiliki kemudahan dalam mengakses pelayanan tersebut, dalam Luwihono (2008) dinyatakan bahwa dalam pelaksanaan layanan publik seharusnya mengandung prinsip-prinsip: kesederhanaan, kejelasan, kepastian waktu, akurasi, keamanan, tanggung jawab, kelengkapan sarana dan prasarana, kemudahan akses, kedisiplinan, kesopanan, dan keramahan serta kenyamanan.

Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang bertanggung jawab dalam penyediaan fasilitas pelayanan publik. Sebagaimana menurut pendapat Prosojo, *et al.* (2007:1.22) bahwa beberapa pelayanan publik dapat disediakan sendiri oleh pemerintah daerah secara otonom. Dalam hal ini pemerintahan daerah memiliki peranan yang luas untuk mengatur dan melaksanakan pelayanan publik. Kaitannya dalam penelitian ini adalah bahwa pemenuhan kebutuhan sarana dan tenaga kesehatan berbanding lurus dengan peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang dan hal ini menjadi kewajiban pemerintah daerah setempat agar secara bertahap mengupayakan pembangunan sarana dan ketersediaan tenaga kesehatan secara merata. Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara telah mengeluarkan suatu kebijakan nomor 81 tahun 1993 tentang pedoman tatalaksana pelayanan umum yang perlu dipedomani oleh setiap birokrasi publik dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat berdasarkan kepada prinsip-prinsip pelayanan yaitu prinsip keadilan dan pemerataan, yang dimaksudkan agar jangkauan pelayanan diusahakan seluas mungkin dengan distribusi yang merata dan adil bagi seluruh lapisan masyarakat.

Upaya pemenuhan standar sarana dan prasarana termasuk ketersediaan tenaga perlu mendapat perhatian yang lebih agar masyarakat memiliki kemudahan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Hal tersebut dikuatkan dalam UUD 1945 pasal 28 H ayat (1) dinyatakan bahwa "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan". Penegasan tanggung jawab pemerintah dalam hal kesehatan semakin nyata seperti yang tercantum pada UUD 45 hasil amandemen ke-4 pada Pasal 34 ayat (3) yang berbunyi "Negara bertanggung jawab



atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak". Kemudian dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan pasal 4 menyatakan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal.

Upaya pemenuhan sarana dan prasarana kesehatan di Kabupaten Sintang dilaksanakan berdasarkan pemetaan ketersediaan sarana yang ada, sehingga diharapkan perencanaan yang disusun sesuai kebutuhan yang riil di lapangan. Kondisi ketersediaan fasilitas kesehatan di Kabupaten Sintang masih terdapat banyak kekurangan dari yang semestinya tersedia, merupakan gambaran secara umum yang terjadi di Indonesia saat ini. Hal tersebut sesuai dengan hasil pendataan potensi desa yang dilakukan di DIY tahun 2005, dari 438 desa yang ada tercatat 29,7 persen diantaranya belum memiliki puskesmas pembantu. Dokter yang berpraktik di tingkat desapun masih jarang, sebab masih ada 47,3 persen desa yang tidak punya dokter praktik diwilayahnya. Poskesdes yang hadir akan sangat bermanfaat bagi penduduk desa untuk memberikan pertolongan pertama pada kasus kesehatan sebelum dapat mengakses sarana kesehatan terdekat. Sejalan dengan hal tersebut Green (1980:14) menyatakan bahwa "Tersedianya sarana kesehatan poskesdes, pustu maupun polindes merupakan faktor pendukung terjadinya harapan yang diinginkan yaitu pelayanan kesehatan yang maksimal, demikian juga prasarana (alat-alat dan bahan kesehatan yang dibutuhkan di poskesdes atau polindes)". Kemudian Dennis A Rondinelli (1981) dalam Hastono (2008) pernah mengingatkan bahwa penyebab kegagalan utama dalam melaksanakan orientasi pelayanan publik ini (jelasnya, tugas desentralisasi) adalah : kuatnya komitmen budaya politik bernuansa sempit;

kurangnya tenaga-tenaga kerja yang terlatih dan terampil dalam unit-unit lokal; kurangnya sumber-sumber dana untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawab; adanya sikap keengganan untuk melakukan delegasi wewenang; dan kurangnya infrastruktur teknologi dan infrastruktur fisik dalam menunjang pelaksanaan tugas-tugas pelayanan publik.

Kekurangan tenaga kesehatan di institusi pelayanan kesehatan (puskesmas) sebagaimana yang terjadi di Kabupaten Sintang mengakibatkan petugas kesehatan melakukan pekerjaan di luar tugas pokok dan fungsinya (tupoksi). Hal ini sesuai dengan studi yang dilakukan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (2005), mengenai evaluasi peran dan fungsi perawat puskesmas daerah terpencil mempertegas hal tersebut.

Evaluasi tersebut lebih lanjut mengungkapkan bahwa sebagian besar perawat (78%) di puskesmas daerah terpencil melaksanakan tugas kebersihan dan 63% melakukan tugas-tugas administrasi, antara lain sebagai bendahara. Di samping itu, kekurangan tenaga kesehatan akan mengakibatkan banyaknya formasi sarana pelayanan kesehatan yang tidak terisi petugas, terutama di sarana pelayanan kesehatan di daerah terpencil.

Upaya pemenuhan kebutuhan sarana prasarana dan tenaga kesehatan perlu didistribusikan secara merata agar masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan dengan mudah. Hal tersebut sebagaimana yang termasuk dalam Sistem Kesehatan Nasional (Kep Menkes Nomor 13/ Menkes/SK/II/2004) yang menetapkan bahwa tujuan subsistem sumberdaya manusia kesehatan adalah tersedianya tenaga kesehatan



yang bermutu secara mencukupi, terdistribusi secara adil, serta termanfaatkan secara berhasil guna.

Upaya lain yang dilakukan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang dalam memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan adalah melalui pengangkatan tenaga honorer fungsional perawat dan bidan serta merekrut pegawai negeri sipil. Jenis tenaga yang direkrut masih belum memenuhi kebutuhan yang diharapkan. Rekrutmen tenaga tersebut baru pada jenis tenaga fungsional kesehatan dan belum mengakomodasi kebutuhan tenaga penunjang lainnya untuk memenuhi kebutuhan tenaga sesuai dengan disain puskesmas masing-masing. Kebutuhan tenaga yang akan ditempatkan di puskesmas perkotaan akan berbeda dengan kebutuhan tenaga di puskesmas pedesaan, sehingga pekerjaan petugas akan dapat dilakukan secara profesional.

Untuk mencapai kinerja yang maksimal dari suatu organisasi diperlukan adanya pembagian tugas yang jelas sesuai dengan tugas pokok dan fungsi masing-masing staf, hal ini sesuai dengan teori organisasi yang dikemukakan oleh Perrow (1967) dalam Ilyas (2002:45) bahwa struktur dan manajemen suatu organisasi akan bergantung pada tugas-tugas yang diembannya, dan hasilnya adalah kinerja yang lebih baik apabila sesuai dengan tugasnya. Menurut Lawrence dan Lorsch (1967) dan Gilbraith (1973) dalam Ilyas (2002:45) menemukan bahwa:

Organisasi yang berkinerja tinggi adalah yang memiliki ciri-ciri: (1) Setiap unit organisasi dibedakan satu sama lainnya-setiap unit diorganisir dan dikelola sedemikian rupa sesuai dengan tugas dan bagian lingkungannya. (2) Di samping dapat menggambarkan perbedaan nyata antar unit, setiap bagian organisasi merupakan kesatuan yang terkoordinasi sesuai dengan kebutuhan untuk menampilkan total kinerja fungsi organisasi.

Kondisi yang ada saat ini adalah banyak polindes-polindes maupun poskesdes kekurangan tenaga. Kebutuhan tenaga kesehatan yang terjadi di Kabupaten Sintang masih perlu mendapat perhatian yang serius, masih banyak fasilitas kesehatan yang telah dibangun tetapi belum memiliki tenaga kesehatan. Hasil wawancara diperoleh informasi bahwa sebelum ada pemekaran desa kebutuhan bidan sudah terpenuhi sekitar 50 sampai 60 persen. Tetapi ketika desa-desa tersebut mengalami pemekaran maka keperluan sarana maupun tenaga kesehatan menjadi lebih besar dari sebelumnya, baik tenaga bidan maupun perawat sehingga banyak polindes-polindes maupun poskesdes kekurangan tenaga.

Keberadaan bidan di desa membuat masyarakat memiliki akses penuh untuk memperoleh pelayanan kesehatan dasar maupun pelayanan kasus-kasus persalinan, keberadaan bidan di suatu wilayah akan sangat membantu dalam menekan terjadinya kasus kematian ibu dan bayi. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga yang menunjukkan bahwa bidan dan puskesmas adalah penolong dan tempat persalinan yang paling dibutuhkan oleh responden (Amalia, 2005). Hal yang sama diperkuat lagi dengan hasil studi *Strengthening of Planning, Strategies and Information System for Health Human Resource* yang dilakukan oleh *Health Workforce And Services Project (HWSP)*-Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan Tenaga Kesehatan (Pusrengun) Depkes (2007) menemukan beberapa masalah dalam hal tenaga kesehatan di 4 propinsi HWS, yakni Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, Jambi dan Sumatra Barat. Permasalahan tersebut antara lain belum tercapainya rasio tenaga kesehatan sesuai standar Indonesia Sehat 2010, belum tercukupinya ketersediaan



tenaga bidan di seluruh desa untuk mendukung kebijakan Desa Siaga, sulitnya perhitungan tenaga dengan menggunakan beban kerja (*Workload Indicator of Staff Need*), masih adanya puskesmas yang tidak memiliki tenaga kesehatan strategis, belum terakomodirnya ketersediaan seluruh kebutuhan tenaga, kurangnya mutu pelayanan (terkait kemampuan, keterampilan dan profesionalisme pegawai), distribusi tenaga kesehatan tidak merata, dibutuhkan tenaga teknis kebersihan yang ada formasinya, terjadi penumpukkan tenaga di kota dan belum berjalannya perencanaan pengembangan pegawai secara sistematis.

Pemenuhan kebutuhan tenaga fungsional kesehatan merupakan salah satu upaya yang sangat strategis dalam rangka untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang, kebutuhan tenaga bidan di desa maupun tenaga perawat yang mengisi formasi puskesmas pembantu dan polindes yang ada masih sangat besar. Dengan adanya petugas kesehatan di suatu wilayah maka hal ini akan memudahkan masyarakat untuk menjangkau fasilitas yang ada di wilayah tersebut untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, sehingga upaya pemenuhan dan pemerataan tenaga kesehatan menjadi hal yang prioritas dalam rangka meningkatkan akses pelayanan kesehatan. Hal tersebut sesuai dengan Visi Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang yaitu "Terwujudnya Derajat Kesehatan Masyarakat Kabupaten Sintang Yang Optimal Pada Tahun 2010". Salah satu kebijakan dalam rencana strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang tersebut adalah meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan. Kualitas pelayanan kesehatan masyarakat yang diselenggarakan oleh puskesmas, terus ditingkatkan mutunya dan dapat dijangkau oleh seluruh lapisan

masyarakat. Adapun strategi yang dijalankan adalah meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Sebagai ujung tombak pemberi pelayanan kesehatan di masyarakat keberadaan tenaga paramedis seperti perawat dan bidan, dalam konteks akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, kedua tenaga tersebut dirasakan sangat diperlukan terutama untuk tenaga bidan yang mengisi polindes-polindes.

Salah satu sebab banyaknya wilayah yang belum terisi petugas adalah adanya kecenderungan petugas untuk ditempatkan di daerah perkotaan karena tidak adanya daya tarik yang membuat petugas mau ditempatkan di daerah-daerah terpencil dan terisolir. Padahal pemerataan petugas kesehatan hingga ke tiap-tiap pelosok desa sudah menjadi kebutuhan dalam rangka terselenggaranya akses pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat.

Perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan maupun tenaga penunjang lainnya harus memperhitungkan jumlah dan jenis yang dibutuhkan sesuai dengan formasi yang ada dan yang paling penting adalah bagaimana mengimplementasikan perencanaan sumber daya tersebut agar tepat pada sasaran. Sebagaimana menurut Fisher, *et al.* (1990), perencanaan sumber daya manusia merupakan suatu proses, dimana organisasi mengantisipasi kebutuhan karyawan di masa mendatang dan program-program untuk menjamin tersedianya karyawan secara tepat, baik jumlah maupun jenisnya pada waktu yang diperlukan.



## b. Keterbatasan Anggaran Kesehatan

Pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan berkesinambungan memegang peranan yang amat vital untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Hal tersebut sejalan dengan pendapat Trisnantoro (2005) yang menyatakan bahwa pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan berkesinambungan memegang peranan yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai berbagai tujuan penting dari pembangunan kesehatan di suatu negara diantaranya adalah pemerataan pelayanan kesehatan dan akses (*equitable access to health care*) dan pelayanan kesehatan yang berkualitas (*assured quality*). Dampak yang ditimbulkan dari kurangnya alokasi anggaran kesehatan mengakibatkan pembangunan fasilitas kesehatan dan upaya penemuan tenaga kesehatan serta pelaksanaan program-program pelayanan kesehatan menjadi terkendala, hal tersebut akhirnya berimplikasi pada rendahnya akses dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Oleh karena itu reformasi dibidang kesehatan di suatu negara seyogyanya memberikan fokus penting kepada kebijakan pembiayaan kesehatan untuk menjamin terselenggaranya kecukupan (*adequacy*), pemerataan (*equity*), efisiensi (*efficiency*) dan efektifitas (*effectiveness*) dari pembiayaan kesehatan itu sendiri (Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, 2008).

Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang yang merupakan unit teknis Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang dalam menjalankan fungsi pembangunan kesehatan di daerah membutuhkan sumber anggaran yang tertuang dalam anggaran pendapatan dan belanja daerah. Besarnya anggaran yang diperlukan dalam pelaksanaan upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang tidak terlepas dari

kebijakan pemerintah daerah dalam peningkatan kesehatan masyarakat khususnya peningkatan akses pelayanan kesehatan. Strategi pembangunan daerah baik jangka pendek maupun jangka panjang. Hal tersebut menjadi indikator keberhasilan pembangunan kesehatan di daerah sehingga perlu didukung dengan dana yang memadai agar tujuan yang akan dicapai dapat terlaksana dengan baik. Sebagaimana menurut pendapat yang dikemukakan oleh Sidik (1991:1) bahwa penyelenggaraan urusan pemerintahan membutuhkan sumber-sumber pembiayaan. Sumber-sumber keuangan tersebut harus sebanding dengan aktivitas-aktivitas yang dilaksanakan oleh pemerintah. Regulasi dalam bentuk kebijakan yang dikeluarkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang dalam upaya untuk meningkatkan pelayanan publik di sektor kesehatan agar masyarakat lebih mudah untuk mengakses pelayanan kesehatan berimplikasi pada penyediaan anggaran yang memadai.

Secara garis besar kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah pada sektor publik meliputi 3 (tiga) hal Arsjad. *et.al.* (1992:2). *Pertama*, transaksi-transaksi melalui anggaran (*budgeting transaction*) pemerintah, baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. *Kedua*, kegiatan-kegiatan perusahaan negara (*public enterprise*) milik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. *Ketiga*, peraturan-peraturan (*public regulation*) yang dibuat oleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah untuk mempengaruhi kehidupan ekonomi, sosial dan politik masyarakat dalam suatu negara. Seluruh kegiatan tersebut harus dilaksanakan secara bersamaan sesuai dengan prioritas yang telah ditetapkan. Seluruh kegiatan pemerintah di sektor publik tersebut kemudian akan tercermin pada aspek keuangan, yaitu bagaimana kegiatan itu dibiayai agar dapat dilaksanakan dengan baik. Dalam



Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 : Undang-Undang Kesehatan Pasal 171 ayat (1) : “Besaran anggaran kesehatan pemerintah dialokasikan minimal sebesar 5% (lima persen) dari anggaran pendapatan dan belanja negara di luar gaji”. Pada ayat (2) : “Besaran anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/ kota dialokasikan minimal 10% (sepuluh persen) dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji”. Penjelasan ayat tersebut adalah bahwa pemerintah pusat minimal harus menganggarkan 5% dari APBN untuk pembiayaan sektor kesehatan. Sedangkan pemerintah provinsi atau kota/ kabupaten minimal dialokasikan 10% dari APBD untuk sektor kesehatan dengan ketentuan masing-masing minimal 2/3 untuk kepentingan publik terutama bagi penduduk miskin (Mashani, 2009).

Keterbatasan anggaran APBD merupakan salah satu kendala usulan program yang bersumber APBD menjadi rendah di Kabupaten Sintang. Anggaran kesehatan selama ini memang belum mendapat porsi sesuai harapan, hal ini akan sangat berpengaruh pada tingkat keberhasilan upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan.

Kecukupan anggaran tidak terlepas dari kemampuan daerah dalam mengelola kemampuan PAD yang ada. Kondisi semacam ini sangat menyulitkan pemerintah daerah dalam melaksanakan otonomi daerah secara nyata dan bertanggung jawab. Kemampuan perencanaan ataupun proses penganggaran daerah melalui usulan RKA-SKPD yang menghasilkan DPA-SKPD sangat dipengaruhi komitmen daerah, *advocacy* dan tingkat pemahaman SDM terhadap program serta prioritas anggaran yang tersedia.

Proyeksi anggaran kesehatan ke depan di Kabupaten Sintang tidak terlepas dari komitmen pemerintah daerah baik eksekutif maupun legislatif dalam mengalokasikan anggaran APBD pada setiap dinas yang bersangkutan. Menurut pendapat Dwiyanto (2003) bahwa untuk melihat komitmen pemerintah daerah di sektor kesehatan adalah dengan melihat besaran alokasi anggaran yang dialokasikan untuk membiayai program kesehatan. Namun dalam kenyatannya sektor kesehatan anggarannya masih relatif kecil meskipun bukan termasuk untuk pengeluaran rutin dan gaji pegawai.

Walaupun tidak dapat dipungkiri bahwa ketersediaan anggaran kesehatan tidak selalu memberikan pengaruh pada peningkatan akses pelayanan kesehatan publik, namun lebih kepada kemauan sektor terkait untuk komitmen dengan aksesibilitas publik terhadap layanan kesehatan. Sebagaimana yang dikemukakan oleh Ashari (2005) bahwa hubungan positif antara ketersediaan dana yang memadai dengan tersedianya pelayanan kesehatan yang aksesibel dan berkualitas tidak selamanya berlaku. Pelaksanaan desentralisasi menunjukkan, daerah dengan PAD besar tidak selalu memiliki kemauan politik untuk menjamin akses publik atas pelayanan kesehatan. Seperti apa yang terjadi di Kabupaten Kutai Kartanegara, yang dijuluki dengan daerah terkaya di Indonesia dengan APBD tahun 2004 sebesar 2,7 triliun. Faktanya jumlah penduduknya yang miskin justru terbanyak dibanding kabupaten lain sesama Provinsi Kalimantan Timur. Kondisi ini berkebalikan dengan Kabupaten Jembrana dan Tanah Datar, dengan PAD yang tidak besar, namun mampu menyediakan skema kebijakan yang lebih menjamin aksesibilitas publik atas kesehatan dan pendidikan. Keterbatasan sumber daya yang tak terelakan membuat pemerintah harus menentukan skala prioritas.



Upaya advokasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dalam memperoleh dukungan dana merupakan salah satu cara agar sektor kesehatan mendapatkan alokasi yang sesuai dengan kebutuhan anggaran, sarana dan lain sebagainya dalam upaya untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang. Dalam memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan, upaya yang telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang adalah melakukan advokasi kepada Badan Kepegawaian Daerah (BKD) yang merupakan salah satu institusi Pemerintah Daerah yang memiliki kewenangan dalam kebijakan dan manajemen ketenagaan daerah. Di dalam Keppres Nomor 159 tahun 2000 disebutkan bahwa BKD merupakan perangkat daerah yang melaksanakan manajemen Pegawai Negeri Sipil Daerah dalam membantu tugas pokok Pejabat Pembina Kepegawaian Daerah. Hal tersebut dikuatkan lagi oleh Notoatmodjo (2003:59), yang mengatakan bahwa:

Melakukan advokasi terhadap para pengambil keputusan di berbagai program dan sektor yang terkait dengan kesehatan berarti melakukan upaya-upaya agar para pembuat keputusan atau para penentu kebijakan tersebut mempercayai dan meyakini bahwa program kesehatan yang ditawarkan perlu didukung melalui kebijakan-kebijakan atau keputusan-keputusan politik. Di tingkat pemerintahan daerah (*local government*), baik di propinsi maupun kabupaten, advokasi kesehatan dapat dilakukan terhadap para pejabat pemerintahan daerah. Tujuan advokasi di tingkat ini adalah agar program kesehatan memperoleh prioritas tinggi dalam pembangunan daerah yang implikasinya alokasi sumber daya terutama anggaran kesehatan untuk daerah tersebut meningkat.

Trisnantoro (2005) mengatakan bahwa “Meskipun sebuah lembaga telah menyiapkan rencana kesehatan di tingkat kabupaten, apabila sektor kesehatan pada tingkat tersebut tidak didanai dengan baik maka tidak akan berhasil”. Besarnya alokasi anggaran kesehatan perkapita dan upaya advokasi yang dilakukan kepada *stake holder* merupakan salah satu upaya yang dilakukan dalam rangka untuk

meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Namun demikian, besaran alokasi anggaran kesehatan tersebut tentunya juga sangat terkait dengan kemampuan daerah dalam pendanaan secara keseluruhan. Dalam penentuan besaran anggaran sektor kesehatan Bappeda Kabupaten Sintang memegang peranan yang besar dalam merencanakan dan mengatur pembangunan di daerah termasuk sektor kesehatan. Dalam (Depkes, 2000) dinyatakan bahwa Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) merupakan perangkat daerah yang merencanakan dan mengatur pembangunan daerah. Dalam beberapa hal terkait kegiatan yang melibatkan lintas sektor di daerah, Bappeda sering ditetapkan sebagai *leading sector*. Setiap perencanaan dari Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) harus melalui penilaian Bappeda terlebih dahulu. Wewenang ini menyebabkan Bappeda memiliki peran yang sangat besar di dalam keberhasilan pembangunan kesehatan termasuk dalam pemenuhan kebutuhan dana, sarana, tenaga yang dibutuhkan untuk pembangunan sektor kesehatan (Cit. Kajian kebijakan distribusi SDM kesehatan di daerah terpencil perbatasan dan kepulauan, Departemen Kesehatan RI, 2008).

Sebagaimana kita ketahui bahwa tujuan pembiayaan kesehatan adalah tersedianya pembiayaan kesehatan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna. Hal ini untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan dan untuk meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Diharapkan daerah dapat melaksanakan otonomi daerah dengan memanfaatkan dan mendayagunakan segala potensi daerah melalui penentuan skala prioritas untuk pelayanan publik dalam rangka meningkatkan dan mendekatkan akses pelayanan kesehatan yang universal.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. KESIMPULAN

1. Secara umum masyarakat di Kabupaten Sintang dapat dengan mudah mengakses pelayanan kesehatan terutama bagi masyarakat yang berdomisili di wilayah perkotaan dan pedesaan yang memiliki ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan. Namun di sisi lain bagi masyarakat yang tinggal di wilayah terpencil dengan keterbatasan sarana transportasi dan fasilitas serta tenaga kesehatan, masyarakatnya masih kesulitan untuk mengakses pelayanan kesehatan. Dari 287 desa yang ada di Kabupaten Sintang, sebanyak 80 desa atau sebesar 27,9 % masyarakat desa belum dapat mengakses pelayanan kesehatan dengan mudah karena belum tersedianya fasilitas dan tenaga kesehatan. Dari 80 desa yang belum tersedia fasilitas dan tenaga kesehatan tersebut sebesar 47,5% merupakan desa-desa dengan karakteristik wilayah pinggiran sungai. Kondisi ini berkaitan dengan sulitnya sarana transportasi masyarakat menuju fasilitas kesehatan yang menggunakan jalur sungai sebagai satu-satunya transportasi yang ada. Selanjutnya sebesar 40% merupakan desa-desa dengan karakteristik wilayah perbukitan dan dataran dengan kondisi infrastruktur jalan sangat minim sehingga akses antara satu desa dengan desa lainnya masih sulit.

Upaya yang dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten Sintang dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan adalah adanya kebijakan strategis dalam bentuk Peraturan Daerah Nomor 3 Tahun 2008 tentang pelayanan kesehatan bersubsidi di



puskesmas dan jaringannya, kebijakan tersebut terbukti mampu meningkatkan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang dilihat dari peningkatan cakupan angka kunjungan ke puskesmas dan BOR (*Bed Occupancy Rate*) puskesmas rawat inap yang meningkat dari 6,34% pada tahun 2007 menjadi 21,65% pada tahun 2008. Kemudian Upaya lain yang dilakukan dalam rangka meningkatkan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang adalah dibentuknya pelayanan kesehatan daerah terpencil dan perbatasan melalui kegiatan pelayanan kesehatan *mobile* oleh tim dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dan tim dari puskesmas setempat serta pelayanan puskesmas keliling yang dilaksanakan oleh masing-masing puskesmas di 17 puskesmas. Sasaran dari kegiatan tersebut adalah desa atau wilayah yang sulit dijangkau oleh layanan kesehatan. Peningkatan akses pelayanan kesehatan ini tergambar dalam laporan bulanan kunjungan puskesmas.

2. Faktor-faktor yang menghambat akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang antara lain:

a. Keterbatasan sarana dan tenaga kesehatan

Keterbatasan sarana dan tenaga kesehatan merupakan salah satu faktor penghambat bagi masyarakat di Kabupaten Sintang dalam mengakses pelayanan kesehatan. Demikian juga dengan distribusi sarana dan tenaga kesehatan yang kurang merata, sehingga terdapat kesenjangan akses pelayanan kesehatan di wilayah perkotaan dengan wilayah pedesaan. Sebesar 27,9% desa masih belum memiliki fasilitas kesehatan. Sebesar 60% dari seluruh fasilitas kesehatan yang telah dibangun masih kekurangan tenaga bidan, kekurangan tenaga perawat di pustu sebesar 43,9% dan kekurangan



tenaga di poskesdes sebesar 23,30%. Kondisi tersebut menjadi penyebab rendahnya akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang.

b. Keterbatasan anggaran kesehatan

Keterbatasan anggaran kesehatan menjadi salah satu faktor yang menghambat akses pelayanan kesehatan. Alokasi anggaran untuk sektor kesehatan di Kabupaten Sintang baru mencapai 7% dari total APBD kabupaten dan hal ini belum dapat memenuhi ketentuan yang tertuang Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 Pasal 171 ayat (2) bahwa besaran anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/ kota dialokasikan minimal 10% (sepuluh persen) dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji. Alokasi anggaran yang belum memadai di Kabupaten Sintang berimplikasi pada rendahnya akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

**B. SARAN**

1. Upaya pelayanan kesehatan yang dapat meningkatkan akses seperti penerapan Perda Nomor 3 Tahun 2008 agar tetap dilanjutkan, demikian juga dengan pelayanan kesehatan *mobile* perlu ditingkatkan frekuensi kegiatannya, sehingga akan semakin meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan.
2. Perlu pemetaan sarana dan tenaga kesehatan dan divalidasi secara berkala, sehingga perencanaan dan penempatan tenaga kesehatan sesuai dengan lokasi desa yang perlu mendapat prioritas. Kemudian perlu dilakukan penataan ulang

sistem rotasi pegawai serta tunjangan tenaga kesehatan berdasarkan tingkat kesulitan wilayah. Selain itu perlu adanya komitmen yang kuat dari Pemda, Dinas Kesehatan dan BKD (Badan Kepegawaian Daerah) agar penempatan tenaga sesuai dengan formasi terutama untuk daerah-daerah terpencil dan akses sulit serta perlu dibuat perjanjian yang mengikat dengan sanksi hukum yang tegas bagi para lulusan tenaga bidan dan tenaga kesehatan lainnya setelah menyelesaikan pendidikan agar tetap berkomitmen untuk bertugas di wilayah terpencil sesuai dengan formasi kebutuhan, sehingga dapat menghindari kekosongan petugas terutama di wilayah-wilayah terpencil.

3. Dinas Kesehatan agar membuat skala prioritas dan optimalisasi anggaran kesehatan yang tersedia untuk program peningkatan akses pelayanan kesehatan seperti pembangunan fasilitas kesehatan di wilayah-wilayah yang membutuhkan, karena upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan memiliki daya ungkit yang tinggi dalam pencapaian indikator-indikator kesehatan yang lain seperti peningkatan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dan penurunan angka kematian ibu dan bayi. Selain itu Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang agar lebih aktif menggali sumber-sumber pendanaan lain yang tidak mengikat diluar APBD seperti : Dana Alokasi Khusus (DAK), Dana Tugas Perbantuan, Dana Dekonsentrasi dan lain-lain.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arsjat, N., Kusumanto, B & Prawirisetoto, Y. (1992). *Keuangan negara*. Jakarta: Intermedia.
- Azwar, A. (1996). *Pengantar administrasi kesehatan*. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Amalia, D.H. (2005). Upaya peningkatan pemanfaatan pelayanan persalinan peserta asuransi kesehatan masyarakat miskin (Askeskin) Di Puskesmas Medokan Ayu Surabaya. Diambil 4 Juli 2009, dari situs World Wide Web <http://adln.fkm.unair.ac.id/gdl.php>
- Ashari, C.E. (2005). Pelayanan kesehatan, advokasi kesehatan, dan governance reform. Diambil 2 Februari 2010, dari situs World Wide Web <http://www.ireyogya.org/ire.php>.
- Aviati, N. (2007). Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku masyarakat dalam mewujudkan kelurahan sehat di Kota Bandung. *Tugas Akhir Program Magister, Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia*. Jakarta.
- Adrianusmeliala. (2009). Teori-teori kontrol. Diambil 18 Februari 2009, dari situs World Wide Web <http://www.adrianusmeliala.com>
- Asludin & Trisnantoro, L. (2008). Analisis anggaran kesehatan pasca bencana di Kabupaten Simelue Provinsi NAD. Yogyakarta: Gajahmada University Press.
- Bernardin, H.I & Russel, J.E.A. (1998). Human resources management: An experiential approach. 2<sup>nd</sup> Edition. Boston: McGraw-HillCompanies.Inc.
- Badjuri, H., Abdulkahar & Teguh, Y. (2003). *Kebijakan publik: Konsep dan strategi*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang. (2008). *Sintang dalam angka 2008*. Sintang: Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang.
- Bahagijo, S. (2008). Keadilan kesehatan itu baik. Diambil 12 Juni 2009, dari situs World Wide Web <http://www.psg.ugm.ac.id>

- Departemen Kesehatan. (2000). *Kebijakan pengembangan tenaga kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Departemen Kesehatan. (2003). *Indikator Indonesia Sehat 2010 dan pedoman penetapan indikator provinsi sehat dan kabupaten/ kota sehat*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Dwiyanto, A. (2003). *Reformasi tata pemerintahan dan otonomi daerah*. Yogyakarta: PSKK-UGM.
- Departemen Kesehatan. (2004). *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. (2004). *Kebijakan dasar puskesmas*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan.
- Damsir. (2005). Perilaku ibu bersalin yang berhubungan dengan akses pencarian pelayanan kesehatan di Kabupaten Oku Sumatra Selatan. Diambil 5 Juli 2009, dari situs World Wide Web <http://www.ikn.undip.ac.id>
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang. (2006). *Rencana strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang Tahun 2006-2010*. Sintang: Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang. (2006). *Profil Kesehatan Kabupaten Sintang tahun 2006*. Sintang: Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang.
- Departemen Kesehatan. (2007). Studi strenghtening of planning, strategi information system for health human resources, Proyek HWS, Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan Tenaga Kesehatan. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Dinas Kesehatan Bengkulu. (2007). Peningkatan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan yang lebih berkualitas. Diambil 9 April 2009, dari situs World Wide Web <http://www-bengkulukota.go.id>
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang. (2007). *Profil Kesehatan Kabupaten Sintang tahun 2007*. Sintang: Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang.
- Departemen Kesehatan. (2008). Undang-Undang Kesehatan Bab VI sumber daya kesehatan. Diambil 2 Juni 2009, dari situs World Wide Web [http://www.asiatour.com/lawarchives/indonesia/uu\\_kesehatan/uu\\_kesehatan\\_babVI\(3\).htm](http://www.asiatour.com/lawarchives/indonesia/uu_kesehatan/uu_kesehatan_babVI(3).htm)



- Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang. (2008). *Profil kesehatan Kabupaten Sintang tahun 2008*. Sintang: Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang. (2008). *Proposal Proyek HWS Kabupaten Sintang*. Sintang: Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang.
- Direktorat Bina Kesehatan Komunitas. (2008). *Kajian kebijakan distribusi SDM kesehatan di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan*. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Komunitas. Departemen Kesehatan.
- Fanani, J.A. (2009). *Optimalisasi pelayanan publik: perspektif David Osborne dan Ted Gaebler*. Diambil 11 Juni 2010, dari situs World Wide Web <http://www.badilag.net/data/artikel/optimalisasi>
- Fisher, C.D., Schoenfeld, L.F., & Shaw, J.B. (1990). *Human resources management*. Houghton Mifflin Company.
- Faisal, S. (2003). *Format-format penelitian sosial*. Cetakan ke-6. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. (2005). *Studi mengenai evaluasi peran dan fungsi perawat di puskesmas daerah terpencil*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Fatchiati, N. (2006). *Sejumlah sarana kesehatan belum tersedia di desa*. Diambil 12 Juni 2009, dari situs World Wide Web <http://www2.kompas.com>
- Green, L. (1980). *Health education planning : A Diagnostic approach (1<sup>st</sup> ed)*. USA: Mayfield Publishing Company.
- Gibson, J. (1988). *Organisasi dan manajemen*. Jakarta: Erlangga.
- Gani, A. (1998). *Konsep dan klasifikasi biaya*. Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Gani, A. (2001). *Alternatif pembiayaan kesehatan dalam era otonomi daerah*. Makalah disajikan pada *Seminar Pembiayaan Sektor Kesehatan Di Tingkat Kabupaten/ Kota Dalam Era Otonomi Daerah*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Grundy, J.J. (2001). *The impact of health system reform on remote health in Cambodia and the Philippines*. *Rural and Remote Health Journal* (Internet) March, pp. 84-90. Diambil 14 November 2009, dari situs World Wide Web <http://rrh.deakin.edu.au>

- Handanu, S. (2001). Analisis terhadap pemilihan persalinan pada dukun bayi di Kecamatan Nanga Pinoh Kabupaten Sintang Provinsi Kalimantan Barat Tahun 1999. *Tugas Akhir Program Magister, Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia*. Jakarta.
- Hastono, S.Y. (2008). Pelayanan publik di Bandar Udara Polonia Medan, *Tugas Akhir Program Megister, Magister Studi Pembangunan Universitas Sumatra Utara*. Medan.
- Ilyas, Y. (2002). *Kinerja, Teori, Penilaian, Dan Penelitian*. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Iswanto, Y. (2005). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Irawan, P. (2006). *Metodologi penelitian administrasi*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Kismartini, dkk. (2008). *Analisis kebijakan publik*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Luwihono, S. (2008). Konsep dan mekanisme pelayanan publik dasar. Diambil 19 Juli 2009 dari situs World Wide Web [http://slametluwihono.blogspot.com/2008/konsep dan mekanisme pelayanan publik.html](http://slametluwihono.blogspot.com/2008/konsep-dan-mekanisme-pelayanan-publik.html).
- Mashani. (2009). Menanti janji pemerintah dalam UU Nomor 36 tahun 2009. Diambil 8 Februari 2010 dari situ World Wide Web <http://kesehatan.kompasiana.com/2010/01/17/menanti-janji-pemerintah-dalam-UU-No.36-tahun-2009>
- Moleong, L. (2004). *Metodologi penelitian kualitatif*. Jakarta: PT. Remaja Rosda Karya.
- Marzuki. (2002). *Metodologi riset*. Cetakan ke-9. Jakarta: PT.Prasetya Widya Pratama.
- Mills, G. (1991). *Ekonomi kesehatan untuk negara-negara sedang berkembang*. Jakarta: Dian Rakyat.
- Muhani. (2007). Analisis perilaku masyarakat dalam upaya pencegahan Flu Burung di Jakarta Selatan. *Thesis Program Megister, Megister Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia*. Jakarta.

- Noe, R. A., Hollenbeck, J.R., Gerhart., B. & Wright, P. M. (2000). *Human resources management: Gaining a competitive advantage* (3<sup>th</sup> ed). Boston: McGrawHill Companies, Inc.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Ilmu kesehatan masyarakat, prinsip-prinsip dasar*. Jakarta. Rineka Cipta.
- Nugraha, Q. (2007). *Manajemen strategik organisasi publik*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Poerwani, S.K, et.al. (1983). *Penelitian Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan.
- Purwanto, J.A, et.al. (2000). *Teori organisasi*. Universitas Terbuka. Jakarta.
- Prosojo, E. et. al. (2007). *Pemerintahan daerah*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan. (2008). *Tentang pembiayaan kesehatan*. Diambil 8 Februari 2010, dari situs World Wide Web <http://www.jpkm-online>
- Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang. (2008). *Peraturan Daerah Nomor 3 Tahun 2008 tentang Pelayanan Kesehatan Bersubsidi di Puskesmas dan Jaringannya*. Sintang: Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang.
- Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang. (2009) *Surat Keputusan Bupati Sintang Nomor 581 Tahun 2009 Tentang Penetapan Jumlah Penduduk Sasaran Program Pelayanan Kesehatan Bersubsidi Bagi Masyarakat Pada Wilayah Kerja Puskesmas Di Kabupaten Sintang Tahun Anggaran 2009*. Sintang: Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang.
- Ryght & Hjortani. (2007). *Continues and integreted health care services in rural area A literature study. Rural and remote health journal*. Diambil 3 Agustus 2007, dari situs World Wide Web <http://rrh.deakin.edu.au>
- Stoner, F, G. JR. (1996). *Manajemen*. Jakarta: PT. Prenhallindo.
- Sidik, M. (1996). *Keuangan daerah*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Sugiyono. (2002). *Metode penelitian administrasi*. Cetakan ke-8. Bandung: Alfabeta.
- Supari, F. (2005). *Sembilan syarat pelayanan kesehatan*. Diambil 11 Februari 2010, dari situs World Wide Web. <http://www.ireyogya.org>

- Sheppard, L. (2005). What The People Want – Delivery of Health-Services in Rural and Remote Australia. *The internet Journal of Allied Health Sciences And Practice (Internet)*, Oct, 3 (4) pp. 1-10. Diambil 20 Juli 2007, dari situs World Wide Web <http://IJAHSP.nova.edu>
- Susanto, E & Hasanbasri, M. (2006). *Utilisasi sarana pelayanan kesehatan. Studi analisis data Susenas 2004*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Suryana, M.B., dkk., (2008). *Akses kepada kesehatan*. Yogyakarta. Gadjah Mada. University Press.
- Sudrajat, A., (2008). *Teori-teori motivasi*. Diambil 18 Februari 2010, dari situs World Wide Web <http://akhmadsudrajat.wordpress.com>
- Tjiptoherianto, P & Sosetyo, B. (1994). *Desentralisasi kesehatan Indonesia dan perubahan fungsi pemerintahan. 2001-2003*. Yogyakarta: Gadjahmada University Press.
- Trisnantoro, L. (2005). *Desentralisasi kesehatan Indonesia dan perubahan fungsi pemerintahan: 2001-2003 apakah merupakan periode uji coba?*. Yogyakarta: Gajahmada University Press.
- Thabrany, M, H., (2004). *Pelayanan kesehatan yang egaliter*, Jakarta: Opini Media Indonesia.
- Trisnantoro, Laksono. (2007). *Pelaksanaan desentralisasi kesehatan di Indonesia 2000-2007*. Yogyakarta: BPFE
- Wiyono, D. (1999). *Manajemen mutu pelayanan kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Pres.



## PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

### Untuk Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan

Nama Pewawancara	: .....
Nama Pencatat	: .....
Tanggal	: .....
Tempat	: .....
Nama Informan	: .....

#### II. Petunjuk Umum

1. Sampaikan ucapan terima kasih kepada informan atas kehadirannya dan waktu yang telah disediakan untuk diwawancarai dan wawancara ini merupakan hal yang sangat penting.
2. Jelaskan maksud dan tujuan wawancara

#### III. Petunjuk Wawancara Mendalam

1. Wawancara dilakukan oleh seorang pewawancara dan seorang pencatat
2. Informan bebas menyatakan pendapat, pengalaman, saran dan komentar
3. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar peserta sangat bernilai
4. Jawaban tidak ada yang benar atau salah, karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian

5. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar akan dijamin kerahasiaannya
6. Wawancara ini akan direkam pada *tape recorder* untuk membantu ingatan pencatat.

### III. Pelaksanaan Wawancara

1. Bagaimanakah gambaran tentang akses pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat di Kabupaten Sintang ?
2. Faktor apa sajakah yang mempengaruhi peningkatan akses pelayanan bagi masyarakat di Kabupaten Sintang ?
3. Apakah ada regulasi yang dikeluarkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang sehubungan dengan upaya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
4. Bagaimanakah akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang tinggal di daerah terpencil Kabupaten Sintang ?
5. Bagaimanakah gambaran jumlah kunjungan (*visite rate*) puskesmas di perkotaan maupun di daerah terpencil ?
6. Bagaimana penanganan rujukan pasien bagi masyarakat yang tinggal di daerah terpencil ?
7. Apakah ada alokasi anggaran untuk rujukan pasien ?
8. Apakah setiap puskesmas memiliki sarana transportasi rujukan ?

9. Bagaimanakah perilaku masyarakat yang tinggal di daerah terpencil yang tidak memiliki ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dalam mengatasi masalah kesehatannya ?
10. Di era desentralisasi di bidang kesehatan ini, terobosan apa yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dalam upaya meningkatkan akses pelayanan kesehatan ?
11. Bagaimana peran Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang dalam upaya mendukung peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
12. Apakah alokasi anggaran kesehatan memiliki peranan penting dalam upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan ?
13. Apakah anggaran untuk sektor kesehatan sudah mencukupi untuk mendukung upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan ?
14. Bagaimana pelaksanaan kebijakan tersebut dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
15. Program-Program apa saja yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dalam upaya untuk mendekatkan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat di Kabupaten Sintang ?
16. Gambaran tentang tentang ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan di Kabupaten Sintang ?
17. Apakah puskesmas, pustu dan polindes dapat di jangkau dengan mudah oleh masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan ? Jelaskan.

18. Bagaimana dengan masyarakat yang berdomisili di wilayah-wilayah terpencil yang jauh dari jangkauan petugas kesehatan, kemana mereka mencari pelayanan kesehatan ?
19. Upaya apa yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang untuk menjangkau wilayah-wilayah yang belum ada petugas maupun sarana kesehatannya ?
20. Apakah obat yang didistribusikan mencukupi kebutuhan hingga ke puskesmas pembantu dan polindes ?
21. Kendala apa saja yang dihadapi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dalam upaya mendukung peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?

UNIVERSITAS TERBUKA



## Lampiran 2

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM**

Untuk Kepala Seksi Informasi Kesehatan

Nama Pewawancara	: .....
Nama Pencatat	: .....
Tanggal	: .....
Tempat	: .....
Nama Informan	: .....

**II. Petunjuk Umum**

1. Sampaikan ucapan terima kasih kepada informan atas kehadirannya dan waktu yang telah disediakan untuk diwawancarai dan wawancara ini merupakan hal yang sangat penting.
2. Jelaskan maksud dan tujuan wawancara

**III. Petunjuk Wawancara Mendalam**

1. Wawancara dilakukan oleh seorang pewawancara dan seorang pencatat
2. Informan bebas menyatakan pendapat, pengalaman, saran dan komentar
3. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar peserta sangat bernilai
4. Jawaban tidak ada yang benar atau salah, karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian
5. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar akan dijamin kerahasiaannya

6. Wawancara ini akan direkam pada *tape recorder* untuk membantu ingatan pencatat.

### III. Pelaksanaan Wawancara

1. Upaya apa saja yang dilakukan dalam mendukung peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
2. Apakah alokasi anggaran kesehatan mempunyai pengaruh dalam upaya mendukung peningkatan akses pelayanan kesehatan ?
3. Berapa besar prosentase APBD yang diberikan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang untuk mendanai kesehatan di Kabupaten Sintang ?
4. Apakah sektor kesehatan merupakan program prioritas di Kabupaten Sintang ?
5. Apakah ada upaya advokasi yang dilakukan terhadap *stake holder* di Kabupaten Sintang untuk mendukung peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
6. Bagaimanakah upaya yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang untuk menggali sumber dana di luar APBD ?
7. Bagaimana gambaran tentang ketersediaan sarana dan prasarana di Kabupaten Sintang ?
8. Program apa sajakah yang dapat dialokasikan anggarannya untuk peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?

9. Apakah ada kegiatan atau program yang didanai dari sumber dana Non APBD dalam mendukung upaya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
10. Apakah pernah secara aktif dilakukan Mapping ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan di puskesmas, pustu dan polindes ?
11. Kendala apa saja yang dihadapi dalam upaya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan ?
12. Dalam pengimplementasian kegiatan yang berhubungan dengan peningkatan akses pelayanan kesehatan tentunya terkait dengan berbagai kepentingan, apakah hal ini dapat terakomodir atau mungkinkah hal ini malah akan menjadi kendala ?
13. Apakah jumlah tenaga yang ada sekarang telah memenuhi kebutuhan yang seharusnya dipenuhi ?
14. Apakah ada upaya yang akan dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan ?
15. Apakah ada insentif khusus atau penghargaan bagi tenaga kesehatan yang bertugas di wilayah terpencil ?

## PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

Untuk Kepala Bidang Program dan Informasi Kesehatan

Nama Pewawancara	: .....
Nama Pencatat	: .....
Tanggal	: .....
Tempat	: .....
Nama Informan	: .....

### II. Petunjuk Umum

1. Sampaikan ucapan terima kasih kepada informan atas kehadirannya dan waktu yang telah disediakan untuk diwawancarai dan wawancara ini merupakan hal yang sangat penting.
2. Jelaskan maksud dan tujuan wawancara

### III. Petunjuk Wawancara Mendalam

1. Wawancara dilakukan oleh seorang pewawancara dan seorang pencatat
2. Informan bebas menyatakan pendapat, pengalaman, saran dan komentar
3. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar peserta sangat bernilai
4. Jawaban tidak ada yang benar atau salah, karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian



5. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar akan dijamin kerahasiaannya
6. Wawancara ini akan direkam pada *tape recorder* untuk membantu ingatan pencatat.

### III. Pelaksanaan Wawancara

1. Bagaimanakah gambaran tentang akses pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat di Kabupaten Sintang ?
2. Bagaimanakah gambaran tentang akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang tinggal di daerah terpencil di Kabupaten Sintang ?
3. Upaya apa saja yang dilakukan dalam mendukung peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan ?
4. Faktor apa sajakah yang mempengaruhi peningkatan akses pelayanan bagi masyarakat di Kabupaten Sintang ?
5. Berapa besar prosentase APBD yang diberikan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang untuk mendanai kesehatan di Kabupaten Sintang ?
6. Apakah ada upaya advokasi yang dilakukan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang terhadap *Stake holder* di Sintang ?
7. Program apa sajakah yang dapat dialokasikan anggarannya untuk peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
8. Apakah sektor kesehatan merupakan bidang prioritas di Kabupaten Sintang ?

9. Bagaimana upaya Dinkes Kab Sintang untuk menggali sumber dana diluar dari dana APBD dalam mendukung upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
10. Kendala apa saja yang dihadapi dalam upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan ?
11. Dengan berbagai keterbatasan/ kendala yang ada, terobosan apa saja yang dilakukan oleh Dinkes Kab. Sintang berkaitan dengan peningkatan akses pelayanan kesehatan ?
12. Terhadap kebijakan yang diambil bagaimana dengan pengaruh atau peranan lembaga eksekutif dan legislatif dalam implementasi kegiatan peningkatan akses pelayanan di Kabupaten Sintang ?
13. Apakah rekrutmen PNS yang yang dialokasikan oleh Pemerintah Kabupaten Sintang sudah memenuhi kebutuhan tenaga ?
14. Apakah jumlah tenaga yang ada sekarang telah memenuhi kebutuhan yang seharusnya dipenuhi ?
15. Apakah ada upaya terobosan yang di lakukan dalam upaya pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan di Kabupaten Sintang ?
16. Kira-kira berapa persen wilayah atau desa di Kabupaten Sintang yang tidak memiliki petugas kesehatan ?
17. Apakah ada insentif khusus atau penghargaan bagi tenaga kesehatan yang bertugas di wilayah terpencil ?
18. Apakah ada regulasi yang dikeluarkan sehubungan dengan upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?

19. Bagaimana pelaksanaan kebijakan tersebut dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
20. Apakah ada manfaat yang dirasakan setelah diberlakukannya kebijakan tersebut dalam upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?

**UNIVERSITAS TERBUKA**

## Lampiran 4

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM**

Untuk Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar

Nama Pewawancara	: .....
Nama Pencatat	: .....
Tanggal	: .....
Tempat	: .....
Nama Informan	: .....

**II. Petunjuk Umum**

1. Sampaikan ucapan terima kasih kepada informan atas kehadirannya dan waktu yang telah disediakan untuk diwawancarai dan wawancara ini merupakan hal yang sangat penting.
2. Jelaskan maksud dan tujuan wawancara

**III. Petunjuk Wawancara Mendalam**

1. Wawancara dilakukan oleh seorang pewawancara dan seorang pencatat
2. Informan bebas menyatakan pendapat, pengalaman, saran dan komentar
3. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar peserta sangat bernilai
4. Jawaban tidak ada yang benar atau salah, karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian



5. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar akan dijamin kerahasiaannya
6. Wawancara ini akan direkam pada tape recorder untuk membantu ingatan pencatat.

### **III. Pelaksanaan Wawancara**

1. Bagaimanakah gambaran tentang akses pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat di Kabupaten Sintang ?
2. Apakah masyarakat memiliki kemudahan dalam mengakses pelayanan kesehatan di puskesmas, pustu dan polindes ?
3. Bagaimana akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang berada di wilayah terpencil dan tidak tersedia fasilitas dan tenaga kesehatan dalam mengakses pelayanan kesehatan ?
4. Bagaimanakah perilaku masyarakat yang tinggal di daerah terpencil yang tidak memiliki ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dalam mengatasi masalah kesehatannya ?
5. Faktor apa sajakah yang mempengaruhi peningkatan akses pelayanan bagi masyarakat di Kabupaten Sintang ?
6. Upaya apa saja yang sudah dilakukan dan akan dilakukan untuk mendukung peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
7. Bagaimanakah ketersediaan tenaga esensial di puskesmas, pustu dan polindes ?
8. Apakah penyebarannya sudah merata atau menumpuk pada daerah tertentu ?

9. Bagaimanakah ketersediaan tenaga kesehatan di daerah terpencil dan perbatasan ?
10. Apakah sarana dan prasarana kesehatan telah tersedia dengan memadai di Kabupaten Sintang ?
11. Apakah puskesmas, pustu dan polindes telah memiliki peralatan standar ?
12. Apakah ada regulasi yang dikeluarkan sehubungan dengan upaya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
13. Dalam bentuk apakah regulasi atau kebijakan yang dikeluarkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang dalam mendukung upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
14. Bagaimana pelaksanaan kebijakan tersebut dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan di kabupaten Sintang ?
15. Apakah pelaksanaan kebijakan tersebut memberikan pengaruh terhadap peningkatan pemanfaatan puskesmas oleh masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan ?
16. Kendala apa saja yang dihadapi dalam pelaksanaan kebijakan tersebut ?
17. Bagaimanakah pelaksanaan sistem rujukan bagi masyarakat di daerah terpencil di Kabupaten Sintang ?
18. Apakah ada alokasi anggaran untuk pelaksanaan rujukan pasien ?
19. Apakah setiap puskesmas di Kabupaten Sintang telah dilengkapi dengan sarana transportasi rujukan pasien ?

## PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

Untuk Kepala Puskesmas

Nama Pewawancara	: .....
Nama Pencatat	: .....
Tanggal	: .....
Tempat	: .....
Nama Informan	: .....

### II. Petunjuk Umum

1. Sampaikan ucapan terima kasih kepada informan atas kehadirannya dan waktu yang telah disediakan untuk diwawancarai dan wawancara ini merupakan hal yang sangat penting.
2. Jelaskan maksud dan tujuan wawancara

### III. Petunjuk Wawancara Mendalam

1. Wawancara dilakukan oleh seorang pewawancara dan seorang pencatat
2. Informan bebas menyatakan pendapat, pengalaman, saran dan komentar
3. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar peserta sangat bernilai
4. Jawaban tidak ada yang benar atau salah, karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian

5. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar akan dijamin kerahasiaannya
6. Wawancara ini akan direkam pada tape recorder untuk membantu ingatan pencatat.

### III. Pelaksanaan Wawancara

1. Upaya apa saja yang dilakukan oleh puskesmas untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan di puskesmas dan jaringannya ?
2. Bagaimana dengan pelaksanaan rujukan pasien di wilayah puskesmas saudara ?
3. Apakah selama ini ada alokasi anggaran untuk pelaksanaan rujukan pasien ?
4. Apakah puskesmas memiliki sarana transportasi rujukan pasien ?
5. Apakah di puskesmas tersedia tenaga esensial puskesmas ?
6. Apakah di puskesmas tersedia sarana kesehatan yang memadai ?
7. Apakah puskesmas pernah melakukan mapping ketersediaan sarana kesehatan dan pemeriksaan kondisi fisik bangunan kesehatan di desa-desa wilayah puskesmas dalam setahun ini ?
8. Apakah obat yang di *drouping* oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dapat memenuhi seluruh kebutuhan obat selama 1 bulan ?
9. Apakah obat yang di *drouping* oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dapat juga terdistribusi hingga ke pustu dan polindes ?
10. Apakah di puskesmas telah tersedia obat generik berlogo ?



11. Menurut pendapat bapak faktor apa saja yang mempengaruhi akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan ?
12. Berapa desa yang ada di wilayah puskesmas saudara yang belum terisi petugas kesehatan ?
13. Berapa desa yang belum dibangun fasilitas kesehatan seperti puskesmas pembantu dan polindes ?
14. Untuk wilayah yang tidak ada petugas kesehatannya kemana masyarakat tersebut memperoleh pelayanan kesehatan ?
15. Apakah masyarakat mengalami kesulitan untuk memperoleh pelayanan kesehatan terutama yang tidak ada petugasnya ?
16. Upaya apa yang dilakukan oleh puskesmas untuk menjangkau wilayah-wilayah kondisi geografis sulit ?

UNIVERSITAS TERBUKA

**PEDOMAN REVIEW DOKUMEN**

1. Data wilayah administrasi Kabupaten Sintang tahun 2008
2. Data kondisi geografi Kabupaten Sintang menurut kecamatan tahun 2008
3. Data demografi di Kabupaten Sintang tahun 2008
4. Data sarana umum di Kabupaten Sintang tahun 2008
5. Data jumlah desa di Kabupaten Sintang
6. Data mengenai kunjungan pasien rawat jalan ke puskesmas, puskesmas pembantu dan polindes tahun 2007 s/d tahun 2008
7. Data mengenai kunjungan pasien rawat inap di puskesmas Kabupaten Sintang tahun 2007 s/d tahun 2008.
8. Data mengenai jenis kunjungan pasien ke puskesmas menurut status bayar tahun 2008
9. Data mengenai jumlah fasilitas kesehatan di Kabupaten Sintang tahun 2008
10. Data mengenai ketersediaan tenaga perawat di puskesmas pembantu
11. Data mengenai ketersediaan tenaga bidan di polindes dan poskesdes
12. Data mengenai jumlah sarana transportasi rujukan di puskesmas
13. Data mengenai kebijakan yang dikeluarkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang tentang upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang
14. Data alokasi anggaran kesehatan dari sumber dana APBD tahun 2008
15. Data alokasi anggaran kesehatan dari sumber dana Non APBD tahun 2008

**TRANSKRIP HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN RESPONDEN  
KEPALA SEKSI PELAYANAN KESEHATAN DASAR  
DINAS KESEHATAN KABUPATEN SINTANG**

Nama : Sumardi, S.Sos.M.Si  
Umur : 38 Tahun  
Alamat : Jalan Dara Juanti Mensiku Jaya Sintang

- Pewawancara** : Baik Pak Mardi kita mulai wawancara ini, mohon waktunya, Pak bagaimana gambaran tentang akses pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat di Kabupaten Sintang ?
- Responden** : "Secara umum dapat dikatakan bahwa akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan khusus bagi masyarakat yang tinggal dekat dengan sarana kesehatan mereka tidak mengalami kesulitan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan". Namun bagi masyarakat yang tinggal di daerah terpencil yang tidak tersedia fasilitas dan tenaga kesehatan mereka masih kesulitan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
- Pewawancara** : Apakah masyarakat memiliki kemudahan dalam mengakses pelayanan kesehatan di puskesmas, pusku maupun polindes ?
- Responden** : "ya, mereka dapat dengan mudah mendapatkan pelayanan kesehatan yang ada di fasilitas tersebut".
- Pewawancara** : Bagaimana akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang berada di wilayah terpencil dan tidak tersedia fasilitas dan tenaga kesehatan dalam mengakses pelayanan kesehatan ?
- Responden** : "Tentunya mereka akan kesulitan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, mereka terpaksa harus ke desa tetangga atau ke ibu kota kecamatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang tentunya juga memerlukan biaya transportasi yang tidak sedikit bagi masyarakat yang berada di wilayah terisolir atau terpencil.
- Pewawancara** : Bagaimana perilaku masyarakat yang tinggal di daerah terpencil yang tidak memiliki ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dalam mengatasi masalah kesehatannya ?
- Responden** : "Eee, berdasarkan survey dan penelitian kita bahwa sekarang kecenderungan masyarakat eee..mengakses ke sarana pelayanan kesehatan itu juga cukup tinggi, jadi kesadaran untuk memeriksakan diri ke pengobatan-pengobatan medik paramedik cukup tinggi, secara umum masyarakat mudah untuk mengakses pelayanan kesehatan, kecuali untuk wilayah-wilayah yang mengalami keterbatasan kondisi transportasi

maupun keterbatasan tenaga”. Dalam kondisi tersebut biasanya masyarakat dalam menghadapi sakitnya adalah dengan mengobati sendiri penyakitnya dengan menggunakan obat-obatan tradisional atau obat-obat yang ada di warung atau sebagian mereka ada yang mendatangi dukun. Bila penyakitnya tidak kunjung sembuh juga maka mereka memaksakan diri untuk mendatangi fasilitas kesehatan terdekat atau ke puskesmas kecamatan dengan melalui jalur transportasi yang sangat sulit dan mahalnya biaya transportasi yang harus dikeluarkan ketimbang biaya berobatnya.

**Pewawancara** : Faktor apa sajakah yang mempengaruhi peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?

**Responden** : Waah, ada multifaktor yang saling mengait antara lain yaitu tersedianya anggaran kesehatan yang cukup untuk pembiayaan kesehatan, kemudian terjaminnya pembiayaan kesehatan masyarakat dalam bentuk jaminan kesehatan masyarakat atau yang lainnya yang penting masyarakat tidak terbebaskan oleh biaya berobat, Nah sekarang ini di Kabupaten Sintang telah dikeluarkan sebuah kebijakan dalam bentuk Peraturan Daerah tentang pembebasan biaya berobat. Faktor lain yang tidak kalah pentingnya adalah tersedianya fasilitas kesehatan baik itu berbentuk puskesmas, puskesmas pembantu, polindes atau poskesdes di setiap wilayah serta tersedianya tenaga kesehatan yang siap melayani masyarakat berobat. Itu saya rasa faktor yang turut memberikan pengaruh.

**Pewawancara** : Upaya apa saja yang sudah dilakukan untuk mendukung peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kab. Sintang ?

**Responden** : “Eee, banyak faktor seseorang atau penduduk atau masyarakat dalam rangka memudahkan dia mengakses pelayanan kesehatan, apakah faktor biaya, sarana, transportasi dan seterusnya, tetapi dalam konteks biaya juga menjadi salah satu alasan untuk masyarakat rendah untuk berobat karena ketidakmampuan membayar itu juga satu faktor yang merendahkan tingkat akses, aaa... untuk hal ini Kabupaten Sintang melalui Dinas Kesehatan sudah melakukan terobosan kebijakan berkaitan dengan biaya berobat bagi masyarakat atau penduduk yang yang tidak mampu sehingga masyarakat tidak perlu sungkan-sungkan berobat atau takut-takut berobat ke sarana kesehatan dengan alasan tidak ada biaya, jadi pemerintah sekarang menetapkan kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi. Itu juga adalah salah satu kebijakan pemerintah daerah khususnya Dinas Kesehatan dengan mengalokasikan berobat gratis kepada penduduk yang ingin berobat ke Puskesmas khususnya dan jaringannya.(P) itu



dikeluarkan dalam bentuk regulasi dalam bentuk perda, perbup atau apa pak ?, (R) Jadi pemerintah daerah mengalokasikan sejumlah biaya bagi penduduk yang tidak masuk dalam kuota jamkesmas, karena pemerintah pusat mengalokasikan juga kepada masyarakat tidak mampu dalam bentuk jamkesmas sejumlah kuota seratus empat puluh dua ribu sekian. Tapi karena jumlah penduduk kita sejumlah tiga ratus lima puluh tiga ribu, sehingga ada beberapa penduduk yang tidak mendapatkan akses itu, sehingga Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang mengambil kebijakan untuk membiayai penduduk sebanyak 191.000 untuk tahun 2009 ini dipersilahkan berobat ke sarana kesehatan puskesmas dan jaringannya dan seluruh biaya pengobatan itu ditanggung dan dibiayai dengan dana APBD Pemerintah Kabupaten Sintang, itulah salah satu upaya pemerintah untuk memudahkan masyarakat untuk mengakses pengobatan”, (P) O. ya. Itu dari segi biaya ya pak ya,

- Pewawancara** : Eng.....pak, kalau menurut bapak bagaimana ketersediaan tenaga esensial di puskesmas, pusda dan polindes yang ada di Kabupaten Sintang saat ini pak ?
- Responden** : Eee....., berdasarkan informasi yang saya dapatkan, karena saya juga baru menjabat sebagai kasie pelayanan kesehatan dasar, sementara informasi yang kita terima baik dari raker, ”kita masih kekurangan tenaga baik tenaga medis maupun paramedis”, untuk itu dalam konteks akses sangat mempengaruhi ketersediaan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat terutama yang sangat menonjol di perlukan adalah ketersediaan tenaga bidan untuk mengisi polindes-polindes, (P) ketersediaan tenaga bidan dirasa masih sangat kurang ya pak ya ?. (R) ya, yang menonjol dilaporkan oleh kepala-kepala desa atau pengaduan-pengaduan kepala desa-kepala desa itu sangat tinggi pengaduannya.
- Pewawancara** Okey, baik Pak Mardi saya akan melanjutkan dengan point pertanyaan selanjutnya, eee, kalau menurut bapak, penyebaran tenaga kesehatan saat ini dirasa apa sudah merata atau masih menumpuk di beberapa tempat tertentu pak?
- Responden** : Eee.. berdasarkan informasi dari profil bahwa pemerataan belum dirasakan cukup merata, “jadi kecenderungan untuk daerah-daerah kota lebih tinggi diisi oleh tenaga dan daerah-daerah terpencil masih sangat kurang untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan semestinya yang harus dipenuhi”, (P) O, gitu jadi lebih terfokus di daerah perkotaan, tenaga kesehatan yang ada ya pak ?, (R) ya....., (P) kira-kira faktor apakah pak yang menyebabkan kondisi itu terjadi pak ?, (R) Disamping itu tadi ketersediaan tenaga yang tidak cukup, juga faktor budaya

misalnya tidak betah di desa, disamping itu juga para bidan yang sudah menikah, kebetulan juga bersuami dengan seorang PNS kebetulan juga suami tinggal di kota nah itu juga kadang-kadang menjadi hambatan sistem nilai budaya yang sulit kita kontrol, sehingga jadilah penumpukan tenaga kesehatan di daerah kota, (P) sementara di daerah-daerah pinggiran dan daerah-daerah perbatasan masih kurang ya pak ?, (R) Ya....., sementara ketidak betahan mungkin juga dipengaruhi oleh eee jarak daerah terpencil yang sangat jauh, sementara itu tambahan penghasilan yang semestinya diberikan lebih juga menjadikan sebagai suatu rangsangan, sehingga mesti ada insentif khusus yang diberikan kepada petugas yang di tempatkan di daerah-daerah terpencil, sehingga memungkinkan yang bersangkutan tetap bertugas ditempat yang jauh termasuk daerah terpencil itu., (P) Baik, maaf pak ada gangguan teknis sebentar ini.

- Pewawancara** : a..a..a., wawancara ini kami lanjutkan ke point pertanyaan selanjutnya yaitu tentang ketersediaan tenaga kesehatan di daerah terpencil dan perbatasan, menurut bapak bagaimana pak ?
- Responden** : Eee... seperti yang kita sampaikan bahwa “ketersediaan tenaga, dan juga standart sarana dan prasarana itu juga perlu mendapat perhatian, untuk standart sarananya apakah itu berbentuk puskesmas, sarana medik yang ada di tempat tersebut juga dianggap tidak memenuhi kebutuhan-kebutuhan sehingga terjangkau akses, misalnya geografis yang sulit penyediaan mobil angkutan atau speed terbang itu juga sangat dibutuhkan sehingga sarana-sarana transportasi tersebut akan dapat digunakan untuk menjangkau dan mendekati ke masyarakat untuk menerima pelayanan apakah kita yang proaktif jemput bola dengan adanya sarana itu akan lebih memudahkan, jadi kebutuhan terhadap sarana-sarana transportasi itu sangat rill dibutuhkan.(P) Kira-kira pak menurut bapak bagaimana pak, gambaran yang ada seharusnya untuk daerah-daerah terpencil dan perbatasan ?, eee... gambaran yang ada justru malah tidak dilengkapi, kira-kira faktor apa pak yang menyebabkannya pak?
- Responden** : “Eee..., karena kesulitan menjangkau wilayah tersebut, dan juga kesulitan menjangkau wilayah tersebut dan juga kesulitan tenaga-tenaga ahli yang bersedia di tempatkan di daerah tersebut, sulit diatasi, disamping itu juga komitmen mengalokasikan biaya yang besar itu menjadi tuntutan, menjadi kebutuhan sebenarnya, disamping sarana tadi itu susah diakses, jadi biaya juga tidak cukup memadai”.
- Pewawancara** : Jadi pak, seperti yang telah bapak gambarkan tadi, seperti

- kondisi sarananya yang dirasa masih belum memadai, kemudian alokasi dana yang dirasa masih belum memadai juga, gambarnya untuk masyarakat yang berada pada posisi daerah yang sulit, kira-kira bagaimana pak, apakah dia memiliki kemudahan tidak pak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ?
- Responden** : “Eee, ruang lingkup yang dijamin melalui dana bersubsidi ini ada tiga komponen yaitu pelayanan pengobatan rawat jalan yang bersifat perorangan, kemudian rawat inap, bagi puskesmas yang tersedia rawat inap juga dijamin”. (P) O, ya, tapi kalau misalnya di wilayah-wilayah tersebut telah tersedia tenaga maupun sarana, kalau menurut bapak apakah masyarakat tersebut masih kesulitan tidak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ?
- Responden** : “aaa, itu berarti dukungannya kepada sarana kesehatan, berarti orang-orang kesehatan yang mesti proaktif tetapi harus didukung oleh sarana kesehatan sehingga yang bekerja itu yang aktif yang menjemput bola kepada masyarakat, karena masyarakat untuk ke puskesmas dengan sarana transportasi yang sulit justru yang sebaliknya petugas kesehatan yang mesti proaktif mendekati masyarakat untuk mencapai itu ya tentu kita membutuhkan syarat-syarat yang itu tadi seperti sarana, sarana transportasi, aaa ....biaya-biaya yang untuk menjangkau itu yang juga harus dipenuhi” (P) o, iya, tapi pak secara umum di Kabupaten Sintang kan memiliki karakteristik wilayah dengan sarana transportasi sulit, namun untuk wilayah-wilayah yang secara umum, menurut gambaran bapak bagaimana pak masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ? apakah masih sulit juga atau bagaimana pak ?
- Pewawancara** : Kalau aksionnya pak dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang ada ndak yang sifatnya kegiatan atau program yang sifatnya dari Dinas Kesehatan untuk mendekati pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang mengalami kesulitan tadi itu pak, aksionnya ada ndak pak ?
- Responden** : Kesulitan dalam hal apa, kalau biaya udah tadi, (P) geografi pak ? geografi karena mereka terbatas tenaga, geografis sulit sehingga mereka mengalami kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan, (P) ada ndak upaya yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan, (R) Jadi Pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan mengupayakan langkah-langkah sedapat mungkin masyarakat cepat mendapatkan pelayanan kesehatan, dengan itu tadi dengan cara memenuhi kebutuhan sarana ambulan-ambulan puskesmas keliling, sehingga kegiatan-kegiatan lapangan, *tourney*, kegiatan luar gedung itu dapat kita lakukan secara baik dan intensif sehingga kegiatan luar gedung dapat

menjangkau masyarakat dengan sarana transportasi ambulan puskesmas keliling itu, itu juga salah satu langkah kita”. (P) Ooo, jadi tim dinas mendatangi wilayah-wilayah yang dirasa perlu mendapatkan pelayanan kesehatan, istilahnya “pelayanan kesehatan *mobile*” ya pak ? (R) yaa. Jadi melibatkan puskesmas juga untuk terjun bersama secara langsung memberikan pelayanan kepada masyarakat yang membutuhkannya.

- Pewawancara** : Apakah ada regulasi yang dikeluarkan sehubungan dengan upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ? dan dalam bentuk apa regulasi tersebut ?
- Responden** : “Regulasi atau produk hukum yang dikeluarkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang tersebut tertuang dalam peraturan Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang Nomor 3 Tahun 2008 yaitu tentang pelayanan kesehatan bersubsidi di puskesmas dan jaringannya”, kemudian untuk petunjuk teknis pelaksanaannya dikeluarkan dalam bentuk Surat Keputusan Bupati Sintang.
- Pewawancara** : Baik pak terima kasih, saya lanjutkan pak ya, tadi bapak telah menjelaskan tentang upaya yang telah dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang dalam upaya untuk meningkatkan akses masyarakat dari segi biaya yaitu dengan adanya kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi di puskesmas dan jaringannya pak, jadi yang termasuk dalam jenis pelayanan apa saja sih pak yang termasuk dalam pelayanan kesehatan bersubsidi yang ditanggung oleh pemerintah daerah pak ? dan bagaimana pelaksanaan kebijakan tersebut dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
- Responden** : Eee, ruang lingkup yang dijamin melalui dana bersubsidi ini ada tiga komponen yaitu pelayanan pengobatan rawat jalan yang bersifat perorangan, kemudian rawat inap, bagi puskesmas yang tersedia rawat inap juga dijamin, (R) khusus bagi puskesmas dengan rawat inap ya pak ya ?, (R) dengan rawat inap juga ditanggung, kemudian biaya persalinan yang ditolong oleh seluruh tenaga kesehatan itu di klaim itu akan dibayar oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang, itu akan dibayar. (P) Ooo, secara gratis mereka akan dibayar ya pak ?, (R) em.... yak, jadi mencakup tiga aspek ya pak, jadi untuk pengobatan rawat jalan itu untuk pengobatan dasar atau untuk pengobatan lanjutan pak ?, (R) “pengobatan perorangan dan di dalamnya juga ada kegiatan luar gedung”. Program ini sangat membantu dalam upaya meningkatkan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
- Pewawancara** : Pak Sumardi, setelah pemberlakuan kebijakan pelayanan



- kesehatan bersubsidi di puskesmas dan jaringannya, aaa..... apakah masyarakat tidak lagi dipungut biaya dalam memperoleh pelayanan kesehatan pak ? dan apakah kebijakan tersebut memberikan pengaruh pada pemanfaatan sarana kesehatan seperti puskesmas dan jaringannya ?
- Responden** : Khusus untuk di puskesmas, sesuai dengan kebijakan yang telah kita atur dalam petunjuk pelaksanaan dalam peraturan bupati bahwa seluruh masyarakat yang berobat di puskesmas dan jaringannya pada saat jam kerja, bahwa tidak ada pungutan, (P) eee, pada saat jam kerja ya pak ?, (R) Iya....., (P) namun pada saat di luar jam kerja masih dipungut biaya pak ?, (R) itu semua kita serahkan seluruhnya sebagai bentuk pengobatan diluar jam kerja, yang sepenuhnya biayanya diserahkan kepada individu yang memberi pelayanan, anggaplah sebagai praktek swasta, kecuali bagi rawat inap dan persalinan, itu dilayani 24 jam.
- Pewawancara** : Bagaimana gambaran tentang tingkat pemanfaatan setelah kebijakan ini diberlakukan, ada ndak manfaat yang dirasakan baik dari sisi, dinas kesehatan, puskesmas, maupun masyarakat pak ?
- Responden** : “Sesuai dengan tujuan daripada pelayanan bersubsidi ini adalah meningkatkan akses pelayanan yang indikatornya angka kunjungan/ *visite rate* sebelum diberlakukan pelayanan bersubsidi tahun 2007 coba kita *comparative* kan dengan *visite rate* tahun 2008 setelah kebijakan itu dilaksanakan, jadi berdasarkan hasil laporan menunjukkan bahwa terjadi peningkatan jumlah kunjungan pelayanan pengobatan ke puskesmas cukup tinggi, sangat tinggi bahkan di beberapa puskesmas yang kunjungannya meningkat melebihi dari 100%, ada yang sampai melebihi 145%. Jadi hampir seluruhnya jumlah kunjungan meningkat, jadi masyarakat tidak ragu lagi untuk berobat tidak menjadikan alasan untuk takut berobat”, (P) jadi intinya, kesimpulannya adalah pelaksanaan kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi ini cukup membantu masyarakat dalam meningkatkan akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ya pak ?, (R) ya.....,
- Pewawancara** : Eee, Pak Mardi, menurut bapak kendala apa saja pak yang dihadapi selama pelaksanaan kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi yang dilaksanakan di Kabupaten Sintang ini pak ?
- Responden** eee, ada beberapa sisi masalah yang dikeluhkan dari sisi puskesmas yang memberi pelayanan itu tadi tentang pelayanan bersubsidi ini di alokasikan dengan APBD jadi persoalannya pada pencairan dana yang dianggap lamban. Karena pelayanan kita tidak lagi menunggu waktu, dan perlu uang sementara pencairan dana harus mengikuti aturan-aturan keuangan yang

pada akhirnya terlambat, misalnya penetapan anggaran baru bisa jalan pada awal bulan, misalnya Bulan Februari sampai Maret, itu juga jadi salah satu hambatan. (P) Hambatan lain pak. Ada pak ?, (R) “yang bersifat internal ada, katakanlah beberapa puskesmas, katakanlah wilayah dia melayani beberapa penduduk daerah lain”, (P) itu berkaitan dengan pengklaiman kapitasi ya pak ? (R) atau ada beberapa puskesmas yang menganggap bahwa sistem yang dijalankan ini kurang adil, atau dananya dianggap atau dirasakan kurang. Itu persoalan-persoalan internal di puskesmas. Tapi kita akan berupaya untuk menyempurnakan dari setiap keluhan-keluhan itu. Kemudian hambatan lainnya adalah karena masih lemahnya fungsi kontrol baik dari puskesmas maupun dari dinas sendiri maka pelaksanaan kebijakan ini masih belum sepenuhnya dilaksanakan oleh teman-teman di pustu maupun polindes, ya karena juga masih terbatasnya obat yang kita *supply*.

**Pewawancara** : Bagaimana pelaksanaan sistem rujukan bagi masyarakat di daerah terpencil di Kabupaten Sintang ?

**Responden** : Untuk penanganan rujukan pasien dilakukan oleh keluarga pasien dan didampingi oleh petugas kesehatan kita di lapangan. Masalah rujukan ini merupakan beban yang dirasa masih berat bagi masyarakat terutama dalam kaitan akses pelayanan kesehatan. Misalnya begini, untuk melakukan rujukan pasien masyarakat harus menanggung biaya rujukan dalam bentuk biaya transportasi, biaya makan minum pasien dan keluarga pasien termasuk biaya atau jasa tenaga kesehatan yang mendampingi pasien. Rujukan ini biasanya di tujukan ke puskesmas atau rumah sakit kabupaten. Belum lagi sebagian besar wilayah di Kabupaten Sintang ini memiliki kondisi geografis yang sulit.

**Pewawancara** : Apakah ada alokasi anggaran untuk pelaksanaan sistem rujukan ?

**Responden** : “eee, selama ini untuk pelaksanaan sistem rujukan belum mendapat alokasi anggaran, salah satu penyebabnya adalah rendahnya alokasi anggaran untuk sektor kesehatan”, pendanaan rujukan baru mendapat alokasi anggaran dari dana jaminan kesehatan masyarakat yang merupakan dana dari pusat yang diperuntukkan untuk pelayanan kesehatan masyarakat miskin termasuk rujukannya. Nah, untuk rujukan pasien miskin ini dikelola oleh puskesmas setempat pada saat melakukan rujukan dan pada saat rujukan balik dari rumah sakit kabupaten ke wilayah asal pasien maka biaya rujukannya ditanggung oleh pihak rumah sakit. Jadi pembiayaan rujukan pasien masih menjadi masalah bagi masyarakat dan hal ini

- jelas akan sangat mempengaruhi akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih lengkap seperti di puskesmas atau rumah sakit.
- Pewawancara** : Apakah setiap puskesmas di Kabupaten Sintang telah juga dilengkapi dengan sarana transportasi untuk rujukan ?
- Responden** : Sudah, semua puskesmas sudah diberikan kendaraan untuk operasional termasuk rujukan pasien, dan jenis kendaraannya disesuaikan dengan kondisi medan yang dilalui. Hanya saja biaya untuk operasional proses rujukan tersebut yang belum ada dan hanya disediakan untuk masyarakat miskin.
- Pewawancara** : Baik Pak, terima kasih banyak informasinya pak, informasi yang bapak berikan sangat berguna sekali bagi kami, sekali lagi saya ucapkan terima kasih atas kesediaan bapak, selamat siang.
- Responden** : Mudah-mudahan sukses ya.....

UNIVERSITAS TERBUKA

**TRANSKRIP HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN RESPONDEN  
KEPALA BIDANG PELAYANAN KESEHATAN DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN SINTANG**

Nama : dr. Haryshinto Linoh, MM  
Umur : 38 Tahun  
Alamat : Dinas Kesehatan Kab. Sintang, Jl. Teluk Menyurai Sintang

**Pewawancara** : Menurut bapak pak, Faktor apa sajakah yang turut memberikan pengaruh dalam upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan ?

**Responden** : Ada banyak faktor ya, "Sebenarnya upaya terobosan dalam bidang kesehatan ini sudah berlangsung dari awal tahun 2008, eee, kita melaksanakan kesehatan atau pengobatan gratis bagi seluruh penduduk Sintang, nah itu salah satu faktor yang memberikan pengaruh besar dalam peningkatan akses pelayanan kesehatan, kunjungan pasien jadi meningkat karena masyarakat di tidak dipungut biaya berobat. Dan hal tersebut dapat dilihat dari meningkatnya angka *visite rate* dari tahun sebelumnya, sebelum ada kebijakan tersebut. Kemudian pada tahun yang sama kita melakukan terobosan dalam bentuk "pelayanan kesehatan Daerah Terpencil dan Perbatasan, Kepulauan (DTPK), ya itu adalah terobosan barunya dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang" dan upaya itu juga merupakan salah satu faktor yang memudahkan akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, karena kita langsung terjun ke lapangan mengunjungi wilayah-wilayah terisolir dan terpencil. Eeee, selain itu juga faktor yang tidak kalah pentingnya dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat di Kabupaten Sintang adalah ketersediaan tenaga dan fasilitas kesehatan di setiap desa. Satu lagi bu faktor pendanaan kesehatan sangat-sangat memegang peranan penting dalam pembiayaan program-program kesehatan.

**Pewawancara** : Eng....., Pak Shinto, saya akan mengajukan beberapa pertanyaan ya pak ya ?, nng apakah ada pak regulasi yang dikeluarkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang sehubungan dengan upaya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?

**Responden** : "Ada, itulah yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan gratis", (P) berbentuk keputusan bupati atau perdanya pak ?, (R) Keputusan bupati dengan perdanya yaitu Perda Nomor 3



- Tahun 2008 tentang Pelayanan Kesehatan Bersubsidi di Puskesmas dan Jaringannya, (P) berarti hal ini untuk mengakses dari segi biayanya ya pak. (R) “iya untuk mengakses dari segi biaya, jadi perdanya dikeluarkan bahwa seluruh masyarakat di Kabupaten Sintang itu berobat gratis di puskesmas di seluruh wilayah Kabupaten Sintang”, (P) O..., iya ya, (R) aaa....., (P) berarti puskesmas yang ada di Kabupaten Sintang sudah menggratiskan untuk masyarakatnya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ya pak ya...., (R) betul, betul.
- Pewawancara** : Nng pak Shinto mencakup jenis pelayanan apa saja yang termasuk dalam pelayanan kesehatan bersubsidi di puskesmas dan jaringannya itu pak ?
- Responden** : “Ngg....., Untuk kebijakan itu mencakup jenis pelayanan gigi, kesehatan ibu dan anak, ngg pelayanan pengobatan dasar, bahkan pada tahun ini kita rencanakan untuk sampai rawat inap di puskesmas”, (P) O....., rawat inap di puskesmas juga ya pak ya, untuk puskesmas perawatan saja atau mencakup seluruh puskesmas pak ya ?, (R) “Semua puskesmas yang ada di Kabupaten Sintang”. “Dan satu lagi persalinan gratis untuk seluruh masyarakat Sintang. Ibu-ibu yang melahirkan gratis semua”, (P) itu yang melahirkan gratis itu pada jam dinas atau dua puluh empat jam pak pelayanannya ?, (R) “Dua puluh empat jam” di polindes-polindes.
- Pewawancara** : Baik Pak Shinto, selanjutnya yang menjadi sasaran dari pelayanan kesehatan bersubsidi ini siapa-siapa saja pak ?
- Responden** : “Seluruh masyarakat Sintang, yang belum tercakup program jamkesmas atau yang bukan PNS”.
- Pewawancara** : Nng..... selanjutnya Pak Shinto, setelah pemberlakuan kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi di puskesmas dan jaringannya apakah masyarakat tidak lagi dipungut biaya ?
- Responden** : “Betul, masyarakat memang tidak dipungut biaya pelayanan kesehatan di puskesmas, bahkan kalau dulu Surat Keterangan Dokter kalau dulu masih dipungut biaya sekarang tidak lagi dipungut biaya, jadi benar sudah gratis di puskesmas, (P) kalau di pustu polindes itu bagaimana pak ?, (R) kalau di pustu polindes itu pelayanan gratis itu pada jam kerja yaitu pada jam 7.30 sampai dengan jam 15.15 kecuali persalinan dilayani dua puluh empat jam.
- Pewawancara** : Eng, Pak shinto kendala apa saja yang dihadapi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan bersubsidi ini pak ?
- Responden** : Nah, yang sering terjadi di pelayanan kesehatan bersubsidi ini a..... terutama menyangkut kapitasi, seperti yang kita tau kapitasi pelayanan kesehatan bersubsidi itu dihitung seribu rupiah per kepala, dan kalau berdasarkan eee... saya kurang

- begitu ingat itu yang keputusan menteri kesehatan atau peraturan menteri kesehatan biaya pengobatan itu untuk satu jiwa di Indonesia itu dihitung delapan ribu rupiah untuk satu jiwa. Berarti masih di bawah standart itu, jadi masih kurang tujuh ribu sebenarnya, (P) jadi masih ada kemungkinan untuk bertambah ya pak?, (R) yaa...., karena kita juga harus memikirkan kesejahteraan para petugas yang ditempatkan di jauh-jauh, yang seperti di Ambalau, di Kepala Jungai, itukan kalau seribu rupiah ya gimanalah kesejahteraan mereka ?
- Pewawancara** : Baik Pak Shinto ini masalah jangkauan masyarakat ini pak ya, bagaimanakah gambaran tentang akses pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat di Kabupaten Sintang ?
- Responden** : “Kalau masalah jangkauan pustu dan polindes yang ada di Kabupaten Sintang ini kita sudah banyak memiliki pustu dan polindes, tapi masih ada beberapa desa yang belum ada petugasnya, akibatnya mereka berobat ke desa terdekat yang kadang-kadang cukup jauh dan sulit untuk mendapatkan pelayanan aaa.... kesehatan. Jadi saya rasa untuk jangkauan itu masih imbang tergantung wilayah kecamatan masing-masing, untuk wilayah perkotaan rata-rata mereka mudah untuk mengakses pelayanan kesehatan, kalau mereka yang jauh-jauh sampai ke dusun, mereka kadangkun mereka harus pakai speed sekitar dua atau tiga jam mereka baru dapat pelayanan kesehatan, nah itu kan memang agak sulit”.
- Pewawancara** : Eng....., bagaimana akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang tinggal di daerah terpencil Kabupaten Sintang ?
- Responden** : Seperti yang sudah saya katakan tadi bahwa masyarakat yang tinggal di daerah terpencil yang belum tersedian fasilitas dan tenaga kesehatan maka masyarakat tentunya akan kesulitan mencari pelayanan kesehatan, namun walaupun wilayah terpencil tetapi jika telah dilengkapi dengan fasilitas dan tenaga kesehatan maka masyarakat akan dengan mudah mendatangi fasilitas tersebut untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
- Pewawancara** : Bagaimana gambaran jumlah kunjungan pasien antara puskesmas yang berada di perkotaan dengan di daerah terpencil ?
- Responden** : Jelas puskesmas di perkotaan lebih banyak dikunjungi pasien karena masyarakatnya dapat dengan mudah mendatangi fasilitas tersebut, hal ini dapat dilihat dari angka *visite rate*, nah disitu nampak jelas puskesmas mana yang memiliki kunjungan tertinggi dan terendah. Kunjungan tertinggi adalah puskesmas perkotaan. Kemudian bagi masyarakat di wilayah kecamatan masyarakat di wilayah sekitar kecamatan juga tidak

mengalami kesulitan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, karena dapat dengan mudah diakses dari rumahnya. Lain halnya bagi masyarakat di daerah terpencil dan tidak tersedian fasilitas dan tenaga kesehatan.

**Pewawancara** : Bagaimana penanganan rujukan pasien bagi masyarakat yang tinggal di daerah terpencil ?

**Responden** : Begini....., pasien-pasien dari masyarakat yang tinggal di daerah terpencil selama ini mereka berupaya mencari pertolongan pelayanan kesehatan di desa terdekat jika di desanya tidak ada petugas dan failitas kesehatan. Jika sakitnya semakin parah maka mereka membawa si sakit tersebut ke puskesmas kecamatan atau bahkan ke rumah sakit kabupaten untuk mendapatkan pelayanan yang lebih komprehenship. Pada saat melakukan rujukan pasien biasanya pasien diantar oleh keluarganya atau didampingi oleh petugas kesehatan setempat dengan menggunakan sarana transportasi sesuai dengan kondisi jalan yang akan mereka lalui, misalnya bagi masyarakat yang tinggal di wilayah sungai atau anak sungai Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang telah memberikan petugas kesehatan transpotasi rujukan berupa speed 3 PK, 40PK atau Speed 15PK. Terkadang pasien rujukan juga menggunakan kendaraan sendiri.

**Pewawancara** : Apakah ada alokasi anggaran untuk rujukan pasien ?

**Responden** : Untuk alokasi anggaran rujukan pasien selama ini Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang belum memberikan alokasi anggarannya, hanya saja untuk pasien rujukan dari puskesmas ke rumah sakit kabupaten ada anggaran rujukan dari sumber dana Jamkesmas, Cuma diutamakan bagi masyarakat miskin peserta Jamkesmas. Nah diluar peserta Jamkesmas maka masyarakat yang merujuk pasien harus menanggung sendiri biaya rujukan tersebut. Biaya rujukan ini besarnya dibayarkan berdasarkan standar satuan biaya dari Bupati Sintang.

**Pewawancara** : Apakah setiap puskesmas memiliki sarana transportasi rujukan pasien ?

**Responden** : Ya, Saat ini Dinas Kesehatan telah memebrikan berbagai jenis kendaraan operasional termasuk kendaraan untuk merujuk pasien. Sarana transportasi tersebut telah diberikan kepada seluruh puskesmas dan jaringannya walaupun belum semua pustu, polindes maupun poskesdes tetapi untuk puskesmas semua telah dilengkapi. Jenis kendaraan yang kita berikan itu disesuaikan dengan medan yang dilalui, misalnya untuk puskesmas perairan kita berikan *speed boad* dengan spesifikasi yang sesuai medan, kemudian untuk puskesmas yang melalui jalan darat kita berikan kendaraan roda 4 maupun

- kendaraan roda dua."Begitu bu....."
- Pewawancara** : Terkait sama perilaku masyarakat dalam mencari pelayanan kesehatan, untuk wilayah-wilayah yang sulit dengan jangkauan oleh petugas kesehatan juga sulit jadi biasanya mereka kemana pak untuk mencari pelayanan kesehatan ?
- Responden** : Jadi ada dua kemungkinan, "pertama mereka menunggu sampai sakitnya parah sekali baru mereka mencari petugas kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, kedua mereka menggunakan obat-obat tradisional yang mereka ketahui, ketiga mereka ya kalau memang diwilayah situ masih ada yang namanya dukun maka mereka berobat ke dukun, keempat mereka memaksakan diri untuk datang ke sarana pelayanan kesehatan dengan segala keterbatasan yang harus dihadapi sedangkan masyarakat yang kurang mampu ya.... mereka hanya pasrah saja, karena biaya yang dikeluarkan tidak sedikit untuk membiayai transportasinya, yang kasian itu yang keempat itu sebenarnya tuh", (P) tapi untuk yang kondisi *emergency* ya pak ya, (R) iya yang kondisi *emergency* dua jam atau bahkan ada daerah yang memerlukan waktu sekitar dua hari baru bisa mencapai puskesmas ya kasian.
- Pewawancara** : Bagaimana peran Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang dalam upaya mendukung peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
- Responden** : Peran Pemda antara lain yaitu dalam bentuk dikeluarkannya Peraturan Daerah Nomor 3 tahun 2008 tentang pelayanan kesehatan bersubsidi, kemudian adalah masalah pengangkatan tenaga kesehatan baik yang PNS maupun yang honorer yah..., satu lagi yang tidak kalah penting adalah alokasi anggaran yang diberikan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang untuk mendanai sektor kesehatan. Yaa walaupun dalam jumlah yang tidak memenuhi kebutuhan tetapi paling tidak hal tersebut masih dapat membantu dalam upaya meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan seperti pembangunan fasilitas kesehatan, pengadaan obat-obat dan perbekalan kesehatan dan lain sebagainya.
- Pewawancara** : Apakah alokasi anggaran memiliki peranan penting dalam upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan ?
- Responden** : "Sangat Penting"
- Pewawancara** : Apakah anggaran untuk sektor kesehatan sudah mencukupi untuk mendukung upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan ?
- Responden** : "Belum mencukupi", saat ini Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang baru mampu memberikan alokasi anggaran untuk kesehatan yaitu sebesar 5 sampai 7 persen dari total APBD, padahal seharusnya dana yang harus dialokasikan adalah



- sebesar 15 Persen. Tapi semua itu terkait juga dengan kemampuan pemerintah daerah.
- Pewawancara** : Apakah ada regulasi yang dikeluarkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Sintang sehubungan dengan upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
- Responden** : "ada", Seperti yang saya katakan tadi yaitu adanya perda tentang pelayanan kesehatan bersubsidi.
- Pewawancara** : Bagaimana pelaksanaan kebijakan tersebut dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
- Responden** : Masyarakat dibebaskan dari biaya berobat termasuk pelayanan di unit rawat inap puskesmas dan pelayanan persalinan di sarana kesehatan. Dengan adanya pembebasan biaya tersebut masyarakat tidak lagi kesulitan masalah biaya mereka dapat mengakses pelayanan kesehatan di sarana kesehatan seperti puskesmas, puskesmas pembantu, polindes dan poskesdes pada hari dan jam kerja. Masyarakat tinggal datang dan hanya dengan menunjukkan KTP pasti akan dilayani. Dengan kemudahan ini berdampak positif pada peningkatan pemanfaatan puskesmas. Kunjungan ke puskesmas menjadi meningkat.
- Pewawancara** : Pak, masih ada lagi pak, setelah pemberlakuan regulasi atau kebijakan tentang pelayanan kesehatan bersubsidi di puskesmas ataupun jaringannya, kira-kira manfaat apa yang dirasakan oleh baik dinas kesehatan ataupun puskesmas maupun masyarakat pak ?
- Responden** : "Manfaat yang dirasakan pertama dari masyarakat dulu ya, masyarakat ini sangat terbantu dengan adanya program puskesmas gratis di puskesmas, ditambah lagi kita tahukan kondisi ekonomi saat ini kan makin sulit, sedang terpuruk, harga-harga komoditi pertanian sedang pada jatuh, itu satu, kemudian manfaat yang untuk puskesmas maupun dinas kesehatan yaitu utilisasi fasilitas kesehatan itu meningkat sampai dua atau tiga kali ada yang sampai dua ratus persen", (P) bagi dinas kesehatan pak ?, (R) ya... itulah sama dengan puskesmas. (P) baik pak terima kasih banyak sekali pak, informasi yang bapak berikan sangat berharga sekali bagi kami sebagai bahan untuk membuat analisa tentang upaya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang. (R)Iya, terima kasih.
- Pewawancara** : Program-program apa saja yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dalam upaya untuk mendekatkan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat di Kabupaten Sintang ?
- Responden** : Salah satunya adalah dengan adanya program pelayanan kesehatan bersubsidi, kemudian program pelayanan

- kesehatan daerah terpencil dan perbatasan, dan tidak kalah pentingnya adalah program upaya pemenuhan fasilitas dan tenaga kesehatan yang direncanakan akan dibangun di setiap desa dan dilengkapi dengan tenaga kesehatan. Kemudian upaya yang dilakukan adalah kita membangun poskesdes-poskesdes di setiap desa, ya, kita juga menempatkan petugas minimal satu petugas minimal satu desa itu satu petugas kesehatan". "Kemudian juga dengan program yang itu tadi kita sebut DTPK, yaitu tim dinas kesehatan yang turun sendiri ke lapangan yang melibatkan puskesmas setempat untuk menjangkau wilayah-wilayah yang jauh" kegiatan ini didanai dari dana pusat sedangkan dari pemerintah daerah belum pernah mengalokasikan anggaran untuk program ini (P) itu merupakan kegiatan inovasi lah pak ya untuk mendekatkan pelayanan kes masyarakat.
- Pewawancara** : Selanjutnya pak, ini terkait dengan ketersediaan sarana dan prasarana yang ada di puskesmas maupun puskesmas di bapak gambarnya bagaimana pak ?
- Responden** : Gambarnya, ketersediaan sarana dan prasarana yang puskesmas, puskesmas maupun polindes ini "saya tidak bilang sesuai dengan standart, tapi cukuplah tapi memang belum sesuai dengan standart sebuah puskesmas maupun polindes ataupun sebuah puskesmas ha ah, cukup bisa untuk melayani"
- Pewawancara** : Ini terkait dengan pertanyaan sebelumnya pak, apakah puskesmas, polindes ataupun poskesdes yang telah dibangun itu telah dilengkapi dengan peralatan dan petugasnya ?
- Responden** : "Belum, belum semua.
- Pewawancara** : Terkait dengan sarana kesehatan yang sudah ada saat ini pak, apakah jumlah puskesmas, polindes dan poskesdes yang sudah ada pak apakah sudah memenuhi kebutuhan yang seharusnya pak ?
- Responden** : "Belum", belum memenuhi kebutuhan yang seharusnya saya lihat jumlah desa yang ada di Kabupaten Sintang ini sekitar dua ratus lebih, (P) termasuk jumlah dusun ya pak ?, (R) nggak desa, (P) dua ratus lebih, (P) aaa... dua ratus lebih ya, aa ... dua ratus lebih, tapi kalau kita lihat jumlah puskesmas, polindes dan poskesdes baru sekitar seratus lebih, (P) seratus lebih ya pak ya ? untuk bangunannya, (R) "Untuk bangunannya, kita belum hitung tenaganya tu", (P) berarti masih kurang ya pak untuk sarana kesehatan, (R) ya masih kurang untuk sarana kesehatan, kalau nggak salah tahun ini kita bangun lagi sekitar dua puluh sampai tiga puluh poskesdes di tahun 2009. (P) berarti dapat dibayangkan berapa desa yang masih kesulitan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, (R) "betul" penggambarannya seperti itu, masih sulit.
- Pewawancara** : Apakah puskesmas, puskesmas dan polindes dapat dijangkau

- dengan mudah oleh masyarakat ?
- Responden** : "Bagi masyarakat yang berdomisili di ibu kota kecamatan atau di desa yang tersedia fasilitas dan tenaga kesehatan mereka dapat dengan mudah mengakses pelayanan kesehatan karena tidak harus menempuh jalan yang sulit dan jauh untuk mendapatkan layanan kesehatan".
- Pewawancara** : Upaya apa yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang untuk menjangkau wilayah-wilayah yang belum ada petugas maupun sarana kesehatannya ?
- Responden** : " Kita laksanakan pelayanan kesehatan langsung dalam bentuk kegiatan DPTK dan kegiatan puskesmas keliling"
- Pewawancara** : E ee.... satu lagi pak, kendala apa saja pak yang dihadapi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dalam upaya meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan ?
- Responden** : Yak, Kita pada dasarnya ini kendala yang pertama adalah masalah dana, seperti program DPTK, kita mau meningkatkan akses masyarakat-masyarakat yang berada di daerah tertinggal yang di daerah terpencil itu, tapi kita tergantung dengan dana dari pusat itu satu, kemudian kita mau bangun poskesdes di daerah yang terpencil kita terbentur masalah perencanaan dana yang ada di kabupaten, kedua masalah tenaga kesehatan, tenaga kesehatan kita masih kurang tenaga kesehatan yang ada di Kabupaten Sintang, seperti ada poskesdes yang sudah dibangun tapi belum ada tenaganya.
- Pewawancara** : "Eng.....kalau kita mau melihat dari sisi peranan pemda Kab. Sintang dalam upaya meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan, disamping alokasi dana kan terkait juga dengan rekrutmen tenaga kesehatan", (P) kalau menurut bapak sudah mencukupi belum pak, rekrutmen tenaga kesehatan ?
- Responden** : "Jadi untuk rekrutmen yang sudah diberikan selama ini kita lihat masih jauh ya, masih kurang dari yang kita butuhkan, terutama kita butuhkan tenaga perawat dan bidan yang mau ditempatkan di daerah terpencil, yang mau ditempatkan di kota sih banyak, Cuma yang mau ditempatkan di tempat terpencil ini yang susah", aaa....., jadi pak peranan Pemda Kabupaten Sintang dalam upaya peningkatan akses ini pak kalau ditinjau dari sisi tenaga jelas masih kurang ya pak ?, (R) "yaa..... kurang mencukupi", (P) dari segi dana bagaimana pak ?, (R) Dari segi dana, aa..... kita tahu "beberapa tahun yang lalu pemda telah memberikan dana untuk pendidikan sekitar 40 orang bidan non PNS yang merupakan putra-putri daerah setempat yang diharapkan begitu menyelesaikan pendidikannya maka akan kembali ke kampung halamannya untuk bertugas sebagai bidan di desanya sendiri", Cuma kalau bisa kita harapkan kalau bisa menyekolahkan seratus orang

bidan....., atau menyekolahkan seratus orang perawat, sehingga kekurangan-kekurangan itu baru bisa terpenuhi, tapi kalau baru sekitar 40 orang berarti pemenuhan kebutuhannya baru di 40 desa, sedangkan jumlah desa kita yang masih kurang itu sekitar seratus desa lebih.

UNIVERSITAS TERBUKA



**TRANSKRIP HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN RESPONDEN  
KEPALA SEKSI INFORMASI KESEHATAN DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN SINTANG**

Nama : Eko Sudiarto, SKM, MKM  
Umur : 40 Tahun  
Jabatan : Kepala Seksi Informasi Kesehatan  
Alamat : Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang

**Pewawancara** : Pak eko menurut bapak, upaya apa saja yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dalam mendukung peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan ?

**Responden** : Untuk peningkatan akses berarti penambahan danalah, yang pertama adalah penambahan dana untuk perbaikan infra struktur termasuk peningkatan kualitas dari pelayanan termasuk kualitas alatnya ya kita harus memenuhi standartlah, dari peralatan kita kan masih banyak yang kurang terus obat-obatan terus kemudian lagi tenaga, jadi sebaiknya tenaga-tenaga itu kita harus penuh, bagaimana caranya yaitu melalui rekrutmen ataupun dengan tenaga yang kita sekolahkan dengan APBD yang sampai saat ini kita ada sekolahkan dari HWS ya, Insya Allah pada tahun 2010 akan lulus 40 dan itu dari 40 itu masih belum memenuhi masih harus ada lagi rekrutmen untuk memenuhi fasilitas yang dibangun sampai tahun 2009 jadi rekrutmen kita masih harus rekrutmen, terus” yang kedua rekrutmen kita tidak harus melulu adalah rekrutmen paramedis dan medis, baik dokter umum atau dokter gigi atau mungkin bidan dan perawat atau perawat gigi, tetapi tenaga penunjang lain juga sangat vital seperti tenaga penunjang untuk diagnosa, analis, terus gizi, terus sanitasi, entomologi, epidemiologi, dan itu sesuai dengan desain itu udah kita buat itu desainnya, puskesmas apa dan tenaganya perlu apa dan itu udah ada desainnya, seperti puskesmas perkotaan itu perlu tenaga apa aja, umpamanya tenaga DIII kesehatan, untuk ekonomi, statistik, medikal rekort dan lain sebagainya dan itu sudah di desain sesuai dengan keputusan menteri desainnya. Untuk tenaga-tenaga yang lain belum ada seperti tenaga epidemiolog, statistisi, pranata komputer ,

medikal rekort masuklah dari administrasi untuk keuangannya itu kan bisa dari ekonomi atau dari STAN ya ya itu yang bener-bener penting itu disitu iya. Secara standart memang harus dipenuhi karena kalau kita udah bilang standart yaitu sudah merupakan standart minimal kalau ngak ada kan berarti akan memerlukan paruh waktu ya perawat ya merangkap di SSB, banyak merangkap di keuangan, banyak merangkap di administrasi ya memang kita seharusnya ada tugas pokok yang benar-benar dilaksanakan soal merangkap itu kan beban kerja yang masih kurang terus yang kedua kita harus melakukan prioritas kegiatan di Dinas Kesehatan khusus untuk peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan yang bener-bener untuk peningkatan akses mutu yaitu untuk menolong menurunkan angka kematian ibu, angka bersalin oleh tenaga kesehatan dan lain sebagainya yang memang selama ini primadona, yang selama ini cakupannya masih rendah karena berbagai faktor mungkin kinerja kesehatan yang sudah mulai menurun ya dari tahun ke tahun ya bahkan bahkan hanya untuk Kabupaten Sintang sampai di Jawa semua turun termasuk rumah sakit. Beberapa *sample* itu seperti Rumah Sakit Salatiga Rumah Sakit TB Paru peralatannya tidak terpenuhi, handscoon nggak ada, dem o beban kerja cukup banyak tapi tidak ditunjang ya beberapa itu banyaklah sekarang pada protes, masyarakat juga protes karena pelayanan yang lama dan lain sebagainya apalagi yang di desa ya kita tidak bisa mengevaluasinya secara rutin. Jadi yang pertama masalah dana, kedua tenaga, ketiga prioritas program sama standart yang harus dipenuhi jadi maksudnya suatu kegiatan itu kalau memang kita udah sinkron dengan prioritas untuk meningkatkan akses berarti peningkatan akses itu semua stake holder iya kan atau pengambil keputusan baik legislatif maupun eksekutif itu harus menjunjung tinggi itu, jangan karena kepentingan individu, kelompok atau golongan atau mungkin-kepentingan-kepentingan lain dari segi politis, seharusnya itu diabaikan dulu kalau kita ingin bekerja dengan baik dan benar.

**Pewawancara** : Apakah alokasi anggaran kesehatan mempunyai pengaruh dalam upaya mendukung peningkatan akses pelayanan kesehatan ?

**Responden** : “Jelaslah bu, semua kegiatan yang telah di susun sedemikian baik dengan pertimbangan untuk pencapaian indikator program maupun pendekatan akses mutlak

- sangat diperlukan dana yang memadai. Sebaik apapun program kesehatan telah disusun tetapi bila pendanaannya tidak mencukupi hal ini akan menjadi masalah”.
- Pewawancara** : Kira-kira berapa prosentase APBD yang diberikan oleh pemerintah Daerah Kabupaten Sintang untuk bidang kesehatan ?
- Responden** : ”lima sampai tujuh persen” jadi masih jauh dibawah target yang seharusnya.  
 ”5 sampai 7 persen” untuk dana pembangunan, ”dan untuk tahun 2008 turun lagi pada tahun 2009 sekitar hampir 30 persen karena dari 60 milyar turun sekitar 20 milyar faktor penyebabnya adalah karena adanya krisis ekonomi secara global dari total dana baik APBN sementara gaji naik jadi biaya pembangunan akan turun kan ?
- Responden** : ”Jadi prioritas kesehatan adalah menjadi prioritas kedua, jadi prioritas pertama adalah prioritas bidang pendidikan, prioritas kedua adalah prioritas bidang kesehatan setelah itu prasarana wilayah, tapi kalau alokasi dana yang menjadi prioritas pertama adalah adalah prioritas pada prasarana wilayah, kedua pendidikan dan yang ketiga kesehatan, tapi secara program kesehatan menjadi prioritas ketiga setelah kimpraswil, pendidikan dan baru kesehatan karena memang di kimpraswil di infrastruktur di Kabupaten Sintang khususnya itu kan masih kuranglah”.
- Pewawancara** : Pak kira-kira ada ndak upaya advokasi terhadap pemerintah daerah Kabupaten Sintang terkait masalah peran pemda terhadap upaya peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan ?
- Responden** : ”Semua upaya itu setiap tahun itu kita laksanakan yang paling jelas adalah pada waktu musrenbang yaitu musyawarah perencanaan pembangunan baik di forum gabungan SKPD maupun di tingkat kabupaten selalu kepala dinas mengadvokasi kepentingan visi dan misi Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dan program-program prioritas yang harus dipenuhi termasuk dari kebutuhan biaya atau anggarannya pada tahun yang bersangkutan atau tahun kedepannya yang akan datang pada pengusulannya gitulah”
- Pewawancara** : Upaya Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang untuk menggali sumber dana diluar APBD kira-kira bagaimana pak ?
- Responden** : ”Itu lo yang bantuan-bantuan dari luar negeri baik APBN baik DAK iyakan nah itu selalu semua melalui proposal,

- baik proposal pasca bencana, proposal DAK, proposal HWS, UNFPA maupun hal-hal lain yang memang ada nah hal itu selalu melalui lobby-lobby di departemen terkait seperti umpamanya di departemen kesehatan ada dana DAK, di Departemen Sosial ada dana pasca bencana, anggaran untuk perbatasan, kemudian dana perimbangan itu ke Departemen Keuangan kita kirim-kirim proposal kemudian oleh tim anggaran juga akan menilai yang ada di pusat, bahwa itu layak atau tidak untuk mendapatkan anggaran dengan kriteria tadi”.
- Pewawancara** : Gambaran tentang ketersediaan sarana dan prasarana yang ada di puskesmas, pustu maupun polindes bagaimana pak ?
- Responden** : ”198 desa sebelum tahun 2008 kemudian dimekarkan menjadi 287 setelah 2008, semenjak 2008 pemekaran itu, tapi kita udah mulai mengitung perdesanya itu mulai 2009, itu total sampai sekarang sarana kesehatan di 14 kecamatan yang ada di Kabupaten Sintang, 20 Puskesmas terbangun, setiap kecamatan mendapatkan 1 puskesmas bahkan ada satu kecamatan yang memiliki 2 puskesmas. untuk Sintang itu 3 puskesmas, untuk Tempunak itu dua puskesmas, untuk Ketungau dua puskesmas, dedai dua puskesmas, jadi totalnya 20 puskesmas, dari total desa yang ada 80 desa belum terjamah oleh pelayanan kesehatan dari total 287 desa baik pustu, polindes dan poskesdes termasuk desa pemekaran”.
- Pewawancara** : Program apa sajakah yang dapat dialokasikan anggarannya untuk peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
- Responden** : Yang paling penting saat ini adalah bagaimana kita dapat mendanai pembangunan fisik gedung fasilitas kesehatan yang ada di desa, sebab bila di sebuah desa telah tersedia fasilitas kesehatan jika suatu saat ada tambahan tenaga kesehatan maka hal ini akan memudahkan petugas tersebut melaksanakan tugasnya sehingga masyarakat di wilayah tersebut dapat dengan mudah mengakses pelayanan kesehatan. Tentunya juga didukung dengan adanya pendanaan yang memadai untuk pelaksanaan program-program kesehatan yang lainnya.
- Pewawancara** : Apakah ada kegiatan atau program yang didanai dari sumber dana Non APBD dalam mendukung upaya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
- Responden** : ”Ada, yaitu dalam bentuk dana bantuan bantuan luar



negeri dalam bentuk Global Fund GF-ATM untuk pemberantasan penyakit Aids, TBC dan Malaria, kemudian adalah dana hibah dari proyek HWS untuk peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Anak serta untuk peningkatan SDM Kesehatan.

**Pewawancara** : Pak, apakah pernah dilakukan mapping pak, tentang ketersediaan sarana dan prasarana yang ada di puskesmas, pustu maupun polindes ?

**Responden** : Itu setiap tahun mapping, tapi secara total tahun 2009 kita sudah melakukan mapping baik tenaga maupun sarana termasuk fasilitas di desa, termasuk peningkatan polindes menjadi poskesdes semua itu sudah ada mappingnya, jadi beberapa fasilitas yang belum ada sarannya kesehatannya itu udah ada di mapping itu, nanti ada bukannya, terus untuk jumlah tenaga nanti ada desainnya tenaga baik untuk puskesmas itu ada empat puskesmas ya, susunan personil pada puskesmas itu ada puskesmas perkotaan, itu meliputi puskesmas Dara Juanti, Sungai Durian dan Tanjung Puri, terus ada puskesmas daerah strategis itu yang bisa yang untuk panduan atau rujukan pas daerah tengah-tengah itu di Puskesmas Merakai, Serawai, Sepauk dan Na.Mau, terus lainnya adalah puskesmas daerah terpencil yaitu Senaning dan Ambalau dan yang lainnya itu ada puskesmas biasa atau puskesmas pedesaan, puskesmas daerah strategis sebagai rujukan daerah dibawahnya atau diatasnya dan yang di hilir maupun yang di hulu

**Pewawancara** : Pak eko, kira-kira kendala apasaja pak yang dihadapi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dalam upaya meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan

**Responden** : Pertama kendala adalah masalah dana, keterbatasan dana untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan baik infrastruktur operasionalnya maupun tenaganya, jadi biaya untuk tenaga dan operasionalnya, itu kan penting banget itu, jadi kalau kita punya tenaga tapi operasionalnya tidak ada kita ngak bisa ngapa-ngapa, baik kita khusus peralatan gedung dan lain sebagainya, yang kedua adalah tenaga, jadi dari beberapa sarana itu belum terisi oleh tenaga yang memang berkompeten di situ, jadi disitu polindes atau poskesdes masih diisi oleh tenaga perawat gitu, nah dan beberapa juga tenaga-tenaga kita itu tidak pas untuk disana misalnya tenaga pustu tetapi masih kurang, mungkin dia juga dimana karena sering juga tidak

berada di tempat misalnya, kemudian lokasi-lokasi kita mungkin penempatannya masih di tempat yang sepi gitu karena pengaruh dari penempatan lokasi pembangunan itu faktornya adalah yang dipengaruhi yang menjadi hambatan adalah segi politis yang menempatkan dari itu, terutama ya dari politis itu kita udah ngusulkan sesuai dengan kebutuhan dan argumen kita ya prioritas berdasarkan bahwa standar-standar kita terpenuhi ditempatkan disini dengan jumlah penduduk sekian kemudian bagusnya di wilayah ini di pemukiman padat kemudian dipindah prioritas pertama akhirnya mundur menjadi ditempat lain dibangun itu. (P) itu terkait masalah mengakomodir kepentingan berbagai pihak yang kemudian malah menjadi kendala ya pak? (R) iya itu jadi kendala juga karena berbagai kepentingan kan juga harus kita akomodir

**Pewawancara** : Dalam hal pengimplementasian kegiatan yang berhubungan dengan peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan tentu ada terkait dengan berbagai kepentingan, apakah hal ini dapat terakomodir atau mungkin malah menjadi kendala pak?

**Responden** : Hampir terakomodir tetapi tidak seluruhnya, hanya beberapa terakomodir tetapi kita kan sering melakukan kerjasama ada kegiatan yang untuk peningkatan akses mutu itu yang menyusun adalah di kapid pemberdayaan keluarga ya, khususnya di seksi KIA ada kita yang namanya P2WKSS ada gerakan sayang ibu, terus di yankes ada pengobatan gratis, ada pengobatan daerah perbatasan nah itu yang kita udah tingkatkan dan itu udah terakomodir tapi tidak full untuk itu bahkan sekarang ada jamkesmas yang untuk bersubsidi itu ya yang untuk peningkatan akses, "yang untuk peningkatan akses itu juga terakomodir di pelayanan kesehatan bersubsidi" utilisasi puskesmas meningkat.

**Pewawancara** : Apakah jumlah tenaga yang ada sekarang ini telah memenuhi kebutuhan yang seharusnya dipenuhi?

**Responden** : Untuk tenaga kesehatan seperti bidan kita masih banyak kekurangan, terutama untuk bidan yang bertugas di polindes-polindes maupun poskesdes. Gambarnya sekarang ini baru tersedia sekitar 40% dari seluruh kebutuhan yang ada. Ditambah lagi sekarang ini terjadi pemekaran desa sehingga jumlah desa yang mengalami kekosongan tenaga makin bertambah. Kemudian untuk tenaga esensial di puskesmas juga begitu, kita masih banyak mengalami kekurangan seperti tenaga

- epidemiolog, pranata komputer maupun tenaga administrasi sehingga dampaknya petugas dipuskesmas bekerja tidak secara profesional sesuai dengan profesinya. Mereka berkerja tumpang tindih seperti misalnya tenaga perawat masih juga mengerjakan pekerjaan-pekerjaan di bagian administrasi dan keuangan yang akhirnya tugas pokoknya menjadi terganggu.
- Pewawancara** : Apakah ada upaya yang akan dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan ?
- Responden** : "eee, Upaya yang dilakukan sejauh ini sudah kita lakukan yaitu kita dengan merekrut putra-putri daerah dari masing-masing kecamatan untuk disekolahkan menjadi tenaga bidan melalui pendidikan DIII Kebidanan yang dimulai dari tahun 2008 sebanyak 40 orang siswa didik yang di danai dari sumber dana bantuan luar negeri yaitu melalui proyek HWS. Diharapkan sejumlah calon tenaga bidan tersebut nantinya setelah lulus akan ditugaskan kembali sebagai tenaga bidan di desanya masing-masing. Kemudian direncanakan pada tahun 2010 akan kita sekolahkan lagi sebanyak 40 orang yang di danai dari sumber dana APBD.
- Pewawancara** : Kira-kira berapa persen wilayah atau desa di Kabupaten Sintang yang tidak memiliki petugas kesehatan ?
- Responden** : "Gambarannya sekitar 60 persen desa masih kekurangan tenaga bidan, kemudian sekitar 44 persen kita masih kekurangan tenaga perawat untuk mengisi puskesmas pembantu dan sekitar 50 persen poskesdes yang ada kita masih kekurangan tenaga perawat maupun bidan. Jadi aaa, masih banyak kita kekurangan tenaga di Sintang
- Pewawancara** : Apakah ada insentif khusus atau penghargaan bagi tenaga kesehatan yang bertugas di wilayah terpencil ?
- Responden** : Selama ini insentif khusus yang diberikan bagi para petugas kesehatan kita di daerah terpencil belum mendapat alokasi yang memadai hanya saja pemerintah daerah telah memberikan tunjangan namun besarnya masih belum sesuai.
- Pewawancara** : Baik, terima kasih sekali pak eko, jai semua jawaban, komentar serta informasi yang bapak berikan sangat bernilai sekali bagi kami dalam membuat analisa tentang upaya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang.

**TRANSKRIP HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN RESPONDEN  
KEPALA BIDANG PROGRAM DAN INFORMASI KESEHATAN DINAS  
KESEHATAN KABUPATEN SINTANG**

- Nama** : Drs. Ma'ruf Toha, Apt, M.Kes  
**Umur** : 45 Tahun  
**Jabatan** : Kepala Bidang Program dan Informasi Kesehatan  
**Alamat** : Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang
- Pewawancara** : Bagaimanakah gambaran tentang akses pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat di Kabupaten Sintang ?
- Responden** : Secara umum masyarakat di Kabupaten Sintang tidak mengalami kesulitan terutama bagi masyarakat yang berdomisili di daerah perkotaan atau pun wilayah lain yang telah tersedia fasilitas dan tenaga kesehatan. Mereka dapat dengan mudah mengakses pelayanan kesehatan dari tempat tinggalnya.
- Pewawancara** : Bagaimanakah gambaran tentang akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang tinggal di daerah terpencil di Kabupaten Sintang ?
- Responden** : "Masyarakat Kabupaten Sintang yang berdomisili di daerah terpencil ataupun daerah perbatasan mereka tidak mengalami kesulitan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan jika di wilayah tersebut tersedia fasilitas dan tenaga kesehatan, kecuali untuk mendapatkan pelayanan yang lebih komprehensif seperti pelayanan yang ada di puskesmas maupun rumah sakit mereka akan mengalami kesulitan untuk mengaksesnya, karena sulitnya transportasi dan letaknya yang sangat jauh. Kemudian bagi masyarakat yang tinggal di daerah terpencil yang tidak tersedia fasilitas dan tenaga kesehatan tentunya mereka akan sangat kesulitan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
- Pewawancara** : Pak menurut bapak kira-kira upaya apa saja yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dalam mendukung upaya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
- Responden** : "Upaya yang dilakukan ya dalam peningkatan akses ini terutama kita mencoba di bidang sarana dan prasarana dulu kemudian dengan peningkatana SDM, aaa salah satunya dengan menyekolahkan seperti yang tahun kemaren itu yang disekolahkan dengan dana HWS dari dana HWS itu kemudian dengan pengangkatan tenaga-tenaga honor yang ada di sintang terutama tenaga-tenaga yang fungsional".



- Pewawancara** : Faktor apa sajakah yang mempengaruhi peningkatan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat di Kabupaten Sintang ?
- Responden** : Banyak faktor yang turut berpengaruh ya, menurut saya antara lain adalah masalah pendanaan kesehatan yang memadai karena anggaran kesehatan yang cukup akan dapat menjalankan program-program peningkatan akses pelayanan kesehatan, kemudian ketersediaan sarana prasarana dan tenaga kesehatan di setiap wilayah agar masyarakat dapat dengan mudah mengakses pelayanan kesehatan, lalu untuk meningkatkan akses masyarakat di Kabupaten Sintang saat ini telah diberlakukan adanya kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi dan hal tersebut sangat membantu masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan karena berobatnya gratis sehingga masyarakat tidak lagi mengeluarkan biaya berobat. Disamping itu saat ini ada inovasi dalam upaya mendekatkan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang tinggal di daerah terpencil yaitu adanya program pelayanan kesehatan daerah terpencil dengan memberikan pelayanan kesehatan secara langsung mendatangi masyarakat yang selama ini masih kesulitan untuk mengakses pelayanan kesehatan. Saya rasa semua upaya tersebut merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan akses pelayanan di Kabupaten Sintang.
- Pewawancara** : Prosentase anggaran dana APBD Kabupaten Sintang untuk mendanai kesehatan, kira-kira prosentasenya mencapai berapa persen pak dari total APBD Kabupaten ?
- Responden** : "Kisarannya 4 sampai 5 persen" masih jauh dari target yaitu 15 persen. Masih jauh-masih jauh dari target
- Pewawancara** : Gambarnya pak tentang ketersediaan tenaga kesehatan ini apa sudah terpenuhi atau belum pak ?
- Responden** : "Belum, belum cukup, masih kurang masih"
- Pewawancara** : Pak apakah ada upaya advokasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang terhadap *stake holder* yang ada di Kabupaten Sintang dalam upaya mendapat dukungan anggaran, tenaga, sarana dan lain sebagainya dalam upaya untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
- Responden** : Jadi untuk tahun-tahun lalu kita sudah mencoba melakukan advokasi dengan *stake holder* karena terhambat dari dana yang ada di kabupaten, tapi dengan adanya SOTK yang baru ini pada tahun ini kita akan mencoba dari kepala dinas sudah beberapakali mengadvokasi kepada bupati untuk mengisi tenaga-tenaga fungsional yang masih kurang seperti tenaga bidan dan perawat, kemudian kemarenpun kita sudah mencoba mengangkat honor kemudian ya rencana beliau dari kepala

- dinas akan mencoba diusulkan ke pemda, yang sarana-sarana yang masih kosong yang kita perlukan tenaga perawat yang kita akan upayakan melalui perubahan anggaran yang akan dicoba oleh kepala dinas, kemudian juga hasil musrembang yang kebetulan saya ikut musrembang, kita terima masukan juga dan kebetulan BKD Juga mendukung maka kita anggarkan dari Pemda jika tidak ada halangan tahun 2010 akan kita sekolahkan di akbid non PNS sejumlah 40 orang, (P) "Wah itu suatu terobosan sekali ya pak untuk pemdanya"
- Pewawancara** : Kira-kira program apasaja pak yang dialokasikan anggarannya untuk peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan ?
- Responden** : "Disini masih terfokus pada sarana, ya dengan peralatan juga akan kita lengkapi baik sarana peralatan di puskesmas, pustu, polindes dan poskesdes akan kita lengkapi".
- Pewawancara** : Kalau menurut bapak, kira-kira sektor kesehatan merupakan program prioritas apa tidak pak di Kabupaten Sintang?
- Responden** : "Kalau kita lihat dari program pemerintah sih, jadi dari Pemerintah Daerah jadi dari anggaran itu setelah PU dan Dinas kita (kesehatan) masuk di urutan ketiga dari dana DAU Kabupaten.
- Pewawancara** : Kemudian lagi pak Ma'ruf, kira-kira bagaimana pak upaya yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang untuk menggali sumber-sumber dana diluar APBD untuk mendukung upaya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
- Responden** : "Ya, kebetulan kita kemaren baru ikut musrenbangnas kemaren juga kita sudah coba-coba ke depkes juga, cari-cari mungkin ada bisa yang di jolok dana, dan kita ke dinas kesehatan propinsi, kita tanya tentang dana-dana tahun 2010 yang bisa dialokasikan ke kabupaten, kalau dari depkes nampaknya informasi yang kami terima di bagian perencanaan terutama dari dana DAK dan untuk tahun-tahun berikutnya untuk sebagai nilai poin untuk peningkatan DAK nya itu diperlukan salah satu nilai untuk kinerjanya di kabupaten, dan mereka minta laporan DAK nya dilaporkan secara rutin setiap bulan.
- Pewawancara** : Pak kira-kira kendala apa yang dihadapi sehubungan dengan upaya pelaksanaan peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
- Responden** : "Kendala yang paling utama adalah masalah pendanaan lah, karena tahun 2009 kemaren itu ada penurunan, rencana-rencana yang sudah kita susun untuk peningkatan akses pelayanan kesehatan akhirnya banyak yang dibuang atau dikeluarkan dari RASK, (P) selain masalah anggaran pak adakah masalah lain yang hadapi , (R) "ya mungkin dari SDM nya itulah dari ketersediaan tenaga terutama tenaga fungsional seperti tenaga

- bidan, perawat nah itu juga masih menjadi kendala”
- Pewawancara** : Terhadap kebijakan yang diambil oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang pak, sejauh mana peran dari pihak-pihak lain yang berkepentingan yang mempengaruhi implementasi pelaksanaan kegiatan, maksudnya pengaruh dari legislatif atau yang lain yang mempengaruhi dalam pengambilan kebijakan yang ada disini terhadap peningkatan akses pelayanan kesehatan ?
- Responden** : Tetap masih ada sih, pengaruh itu baik dari legeslatiflah yang utama, masih ada dalam keputusan-keputusan yang diambil, dari eksekutif maupun legislatif masih ada, masih ada pengaruh-pengaruh dalam pengambilan keputusan.” Saya kira masih ada”, (P)jadi dalam pengimplementasian kegiatan yang ada di Dinas Kesehatan itu ada beberapa kepentingan yang terkait dan itu dapat terakomodir atau mungkin malah jadi kendala pak, kalau menurut bapak ?(R) ya.. mungkin jadi kendala sih, jadi apa yang sudah kita susun sesuai dengan musrenbang kita susun apa ya, dengan adanya pengaruh beberapa kepentingan tadi itu maka ada juga yang tidak dapat kita laksanakan sesuai dengan rencana yang akhirnya akan berubah dan sebenarnya hal tersebut malah menjadi kendala”
- Pewawancara** : Rekrutmen PNS dari kuota yang ada di Kabupaten dirasa sudah mencukupi belum pak ?
- Responden** : ”Masih Kurang, karena tahun kemaren dari hanya kita dapat 65 PNS dari 200 PNS yang direkrut, sekitar tiga puluhan persen lah”.
- Pewawancara** : Apakah rekrutmen PNS yang dialokasikan oleh pemerintah Kabupaten Sintang sudah memenuhi kebutuhan tenaga ?
- Responden** : ”Belum”, Tiap tahun rekrutmen PNS untuk tenaga kesehatan selalu tidak mencukupi kebutuhan tenaga yang diperlukan, akhirnya banyak formasi yang masih kosong.
- Pewawancara** : Apakah jumlah tenaga yang ada sekarang telah memenuhi kebutuhan yang seharusnya dipenuhi ?
- Responden** Nah ini semakin besar sih, karena dengan adanya pemekaran desa , kalau kita tahun kemaren sih untuk perawat atau paramedis sudah bisa sampai delapan puluh persen lebih tahun kemarin, dan untuk bidannya sudah mulai tercukupi lima puluh sampai enam puluh persen mengisi polindesnya, dengan pemekaran desa ini dari seratus delapan puluh lebih desa dimekarkan lagi menjadi dua ratus lebih desa sehinnnga mau tidak mau kita siapkan sarana dan prasarana lagi berikut tenaganya jadi makin besarlah tingkat kekurangan tenaga kita. Kalau ndak salah dari bagian informasi itu ada sekitar 80 fasilitas yang masih kosong termasuk, tenaga dan sarannya.
- Pewawancara** ; Dengan adanya berbagai keterbatasan maupun kendalannya

- yang ada pak, kira-kira upaya terobosan apa pak yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dalam upaya meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan ?
- Responden** : "Ya inovasinya itu salah satunya dengan peningkatan SDM dengan pendidikan, rekrutmen tugas-tugas belajar yang dilakukan oleh pemda kita juga sisipkan untuk petugas kesehatan, serta selain itu kalau ndak ada halangan pada tahun 2010 kita akan sekolahkan lagi bidan dari Non PNS, rencana 40 orang lagi", dan selani itu kita coba dengan pembangunan sarana-sarana yang lainlah, dengan pembangunan-pembangunan fasilitas kesehatan dan kita masukan ke anggaran tahun 2010 nanti.
- Pewawancara** : Kira-kira berapa persen wilayah atau desa di Kabupaten Sintang yang tidak memiliki petugas kesehatan ?
- Responden** : "aaa, sekitar 60 persen desa tidak memiliki bidan". Dan masih banyak lagi pustu maupun poskesdes masih kekurangan tenaga perawat ataupun bidan.
- Pewawancara** : Apakah ada insentif khusus atau penghargaan bagi tenaga kesehatan yang bertugas di wilayah terpencil ?
- Responden** : "Secara khusus sih belum ada ya", paling dalam bentuk tunjangan fungsional yang semua tenaga kesehatan dapat baik di kota maupun di desa namun besarnya untuk petugas di wilayah terpencil agak sedikit berbeda tapi hanya beda sedikit.
- Pewawancara** : Apakah ada regulasi yang dikeluarkan sehubungan dengan upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
- Responden** : "ada", yaitu dalam bentuk kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi yang tertuang dalam peraturan pemerintah daerah nomor 3 tahun 2008
- Pewawancara** : Bagaimana pelaksanaan kebijakan tersebut dalam meningkatkan akses akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?
- Responden** : "Dengan adanya kebijakan tersebut maka berobat menjadi gratis", "Masyarakat dapat memperoleh pelayanan kesehatan di puskesmas dan jaringannya secara gratis pada jam dan hari kerja. Kemudian masyarakat dapat mengakses pelayanan di unit rawat inap puskesmas dan bersalin gratis dan dilayani 24 jam tanpa memandang hari kerja". Nah dengan demikian masyarakat tidak lagi pusing-pusing memikirkan biaya berobat, sehingga hal ini berdampak positif pada tingginya angka pemanfaatan puskesmas termasuk di unit rawat inap puskesmas. Hal ini menggambarkan bahwa akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan akan semakin mudah. Kemudian ada satu lagi, saat ini Dinas kesehatan Kabbupaten Sintang telah melaksanakan program pelayanan kesehatan mobile yaitu dengan cara menjemput bola dengan mendatangi



masyarakat yang tinggal di daerah-daerah terpencil atau perbatasan yang selama ini masih kesulitan akses, program ini mampu meningkatkan akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

**Pewawancara** : Apakah ada manfaat yang dirasakan setelah diberlakukannya kebijakan tersebut dalam upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang ?

**Responden** : "Seperti yang saya bilang tadi kebijakan tersebut sangat besar manfaatnya", Pemanfaatan puskesmas dan jaringannya meningkat, BOR rawat inap meningkat. Iya kan.

**UNIVERSITAS TERBUKA**

**TRANSKRIP HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN RESPONDEN  
KEPALA PUSKESMAS PANDAN**

- Nama : dr. Robby HGR Manurung  
 Umur : 33 Tahun  
 Alamat : Puskesmas Pandan Kecamatan Sungai Tebelian Kab. Sintang
- Pewawancara** : Pak Robby, saya akan melakukan wawancara ni pak sehubungan dengan penelitian yang saya ambil yaitu tentang upaya peningkatan akses dan mutu pelayanan di puskesmas, ee... Pak Robby, saya akan mengajukan beberapa pertanyaan untuk wilayah Puskesmas Pandan
- Responden** : e..ee (sambil mengangguk-angguk)
- Pewawancara** : Ee..... Kira-kira pak upaya apa saja pak yang dilakukan oleh Puskesmas Pandan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan di puskesmas dan jaringannya Pak Robby?
- Responden** : Untuk peningkatan mutu ?
- Pewawancara** : Mutu dan akses pelayanan kesehatan di puskesmas dan jaringannya pak !
- Responden** : Akses itu gimana maksudnya ?
- Pewawancara** : Maksudnya keterjangkauan dari segi biaya, jarak tempuh maupun hubungan sosial dengan masyarakat !
- Responden** : "Jadi sekarang gini untuk akses kami sekarang di puskesmas itu mengadakan program pusling, jadi berjalan dari desa satu kedesa yang satu, kami programnya perbulannya".
- Pewawancara** : O, ada pusling pak yaa.....
- Responden** : Eee, Tapi kalau ada kendala kami bisa merapel bulan depannya jadi dua desa, kami melakukan itu karena apa, "karena di satu kecamatan itu hanya ada satu dokter, berhubung karena susahny jalan atau infrastruktur yang tidak memadai, makanya kami yang datang kesana", (P) menjemput maksudnya, (R) jadi kamilah yang menjemput bola bukan bola yang datang kepada kami. (P) O, iya, e.eh, (R) Yaitu baiknya masyarakat kan dapat merasakan pelayanan tenaga kesehatan secara langsung karena tidak semua pustu dan polindes terisi oleh tenaga bidannya desanya, jadi kami datang bersama bidan dan tenaga lab untuk memeriksakan pasien TB, (P) Ooo, jadi pemeriksaan pasien TB maksudnya dilakukan pemeriksaan di tempat ? o. Ya-ya, (R) jadi kami ambil sampel kemudian kami keringkan disitu untuk fiksasi kemudian kami nanti periksanya di puskesmas induk, jadi nanti kami kasihkan reportnya, apa hasilnya. (P) oo.. gitu,

(R) iya. (P) O. Itu salah satu upaya untuk menjangkau masyarakat yang jauh pak ya? (R) iyaaa (P) baik Pak Robby, saya akan kross cek dulu mic nya ni (R) ya. (P) mohon maaf ni Pak Robby ada gangguan sedikit ya, ee, baik Pak Robby, saya akan melanjutkan ke pertanyaan berikutnya (R) ee, lanjut, biasa silahkan !

**Pewawancara** : nnggg, Pak, menurut bapak ya, di puskesmas yang bapak pimpin sekarang ini, dirasa sudah tersedia secara memadai tenaga esensial di puskesmas ?

**Responden** : "Berhubung tahun ini kita mendapat dua tenaga yang selama ini kita nanti-nanti, ya saya rasa sudah cukup, karena sebenarnya kita membutuhkan tenaga analis dan tenaga apoteker dan kita mendapat tenaga asisten apoteker, jadi dalam pembagian distribusi obat pun lebih jelas, dalam penegakan diagnosa penyakitpun kita lebih jelas, jadi kita ngak meraba-raba, jadi selama ini malaria klinis, darimana kalau klinis-klinis terus, kita harus ada bukti, kita seorang tenaga medis dalam penegakan diagnosa itu harus pasti, jadi kita ambil darah sample darah, kita suruh tenaga analis kita periksa, hasilnya apa, dari situ kita menegakkan pastinya apa, benarkah malaria atau tidak, itu contoh suatu penyakit, bisa juga penyakit-penyakit lain seperti pemeriksaan *leukocyte*, *trombosit* juga sudah bisa dilakukan Puskesmas Pandan" (P) Okey, berarti untuk tenaga esensial puskesmas menurut bapak sudah cukup memadai ya pak ya ?, (R) "Cukuuup". Sudah cukup memadai, untuk saat sekarang ini, besok ngak tau, mana tau orangnya minta pindah, tapi mudah-mudahan orangnya ndak minta pindaaaa, kan gitu.

**Pewawancara** : Pak Robby, yang ketiga pak, nngg... menurut bapak di Puskesmas Pandan itu sudah tersedia sarana kesehatan yang memadai belum pak ?

**Responden** : Aaa, itu yang jadi kendala sekarang !, (P) misalnya apa pak ?, (R) misalnya alat gigi yang rusak, (P) o, alat gigi yang rusak (R) e, eee jagi ngak bisa meriksa gigi orang kalau alatnya rusak, begitu juga dengan alat-alat misalnya untuk bedah minor yaa, itu masih kurang, dengan obat-obatan juga yaa, "tapi dengan obatan sih dengan perkembangan obat yang datang dari dinas itu sangat baik ya, sangat baik sekarang ini" (P) sangat baik pak yaa, dari sisi apanya pak baiknya pak? (R) "iya dari segi kualitas", (P) o, kualitasnya lebih baik, (R) "aaa, jadi sekarang antibiotik itu naik kelaslaaaah, kalau dulu Cuma dia masuk ampisillin, amoksillin tapi sekarang sudah masuk siprofloksacin, sirup vitamin c, vitamin syruf anak juga ada yaa, udah itu antaside sirup juga sudah ada", (P) berarti dari segi kualitas ada peningkatan pak ya ? (R) "ha aa, adaa peningkatan, ya lumayan sekali peningkatannya untuk

- pelayanan kesehatan dasarnya di puskesmas".  
**Pewawancara** : E. ee, Pak Robby, bapak puskesmas pernah melakukan mapping tentang ketersediaan sarana maupun mapping tentang kondisi fisik bangunan yang ada di desa-desa wilayah bapak pak ?  
**Responden** : Oh, pernah, kebetulan juga saya juga mengadakan suatu arisan ya (P) arisan pak ya, (R) eee, kami membuat arisan itu setiap bulannya kami pindah dari pustu ke polindes secara bergilir tiap bulannya, jadi disitu kami sekalian melihat ya, juga bercerita tentang kasus-kasus apa yang kita hadapi, kita bisa melihat bagaimana teman-teman kita disana ya termasuk kondisi bangunan dan peralatan semua. (P) jadi bapak sebagai kepala puskesmas tetap memonitor tentang ketersediaan sarana maupun kondisi fisik bangunannya ya pak ya ?, (R) iyaaa. Iyaaa, ha aah.  
**Pewawancara** : Eee baik pak saya akan melanjutkan ke pertanyaan berikutnya ya pak ya, "silahkan pak kalau mau terima telpon/ hapenya dulu", kemudian Pak Robby kita lanjutkan lagi ya pak ya. eee menurut bapak obat yang di drouping oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang itu apa sudah memenuhi seluruh kebutuhan selama sebulan pak ?  
**Responden** : "Sampai dengan saat ini sudah memenuhi sesuai dengan kasus-kasus yang ada, ya sepertinya ada peningkatan seperti yang saya katakan tadi tentang obat-obatan yang didroup oleh dinas kesehatan, jadi untuk saat ini sudah memadai" (P) yaa, (R) nnggg, (P) o, gitu, sudah cukuplah untuk memenuhi kebutuhan selama sebulan pak ya ? (R) sudah cukup "kalau katanya Puskesmas Pandan kekurangan obat, orang itu mungkin lagi mimpi atau baru bangun tidur atau langsung bangun jadi ngatakan itu, (P) kuarang obat ?, (R) tapi sebenarnya obat memadai, he, eh.  
**Pewawancara** : Bagaimana untuk distribusinya hingga ke pustu polindes pak, apakah sampai juga ke pustu polindes ?  
**Responden** : Jadi pendistribusian obat itu tiap bulan kami lakukan, pustu polindes menyerahkan laporan kasus dan juga menyerahkan permintaan obat, setelah itu kami cross check, setelah kami cross check, baru kami berikan obat itulah, sesuai dengan kebutuhannya. Sesuai dengan apa yang dimintakan mereka, pada dasarnya sampai dengan saat ini mereka belum pernah menyatakan "kami kekurangan obat pak" jadi belum pernah ada yang bilang begitu. (P) mungkin intinya "obat sudah dapat didistribusikan ke pustu polindes secara mencukupilah ya pak ?" (R) (menjawab) "sampai ke sasaran"  
**Pewawancara** : Pak pertanyaan yang ketujuh ni pak, apakah di puskesmas telah tersedia obat generik berlogo ?



- Responden** : "Sudah Pasti", (P) sudah pasti ya pak, (R) yaa, (R) sudah pasti itu ada, "mutu obat sekarang ada peningkatan".
- Pewawancara** : Pertanyaan berikutnya pak, Puskesmas Pandan setelah memiliki tenaga analis atau tenaga lab. Berarti sudah mampu melaksanakan pemeriksaan laboratorium, (R) yaa, (P) pemeriksaan apa saja itu pak ?
- Responden** : "eee.. pemeriksaan darah lengkap ya, malaria... yah, pemeriksaan TBC yaa..., dahak, masih sebatas itu yaaah karena kita masih keterbatasan reagen, tenaga kitapun baru", tapi dengan adanya pemeriksaan itu sudah cukup lah untuk puskesmas rawat jalan kan ?
- Pewawancara** : Pertanyaan berikutnya ya pak ya, nng..... Puskesmas Pandan itu maksudnya diwilayah Puskesmas Pandan itu ada berapa desa yang masih kosong belum terisi oleh tenaga kesehatan pak ?
- Responden** : Kalau yang kita tau yaa, ini "Puskesmas Pandan inikan termasuk puskesmas yang pavorit juga", saya pun ndak ngerti, semua orang mau ke Pandan bah" jadi "semua desa ada petugas" semua bangunan pustu, polindes maupun poskesdes sudah terisi oleh petugas. (P) mungkin ada faktor apa mungkin pak yang membuat orang tertarik untuk bertugas ke Puskesmas Pandan, (R) faktor mungkin "dekat ke kota", "kepala puskesmasnya baik" a a a.... kan. Jadi orang mau datang ke situ, dokternya enak, enak kalau dimakan gitu maksudnya bah (sambil tertawa) gitu maksudnya bah.
- Pewawancara** : Okey, baik Pak Robby, nng... untuk wilayah yang tidak ada petugas , o maaf tadi bapak bilang seluruhnya ada petugasnya ya pak ya.
- Responden** : Iya, itu semua ada petugasnya, laporan bulanannya semua masuk, semua kasus-kasusnya ada, jadi kalau kita lapor kita juga masukkan untuk dikirim ke Dinas Kesehatan, (P) untuk wilayah yang ada petugas berarti masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan melalui petugas yang ada di wilayah situlah pak ya ? (R) iyaaa...itu pada dasarnya petugas pustu dan polindes itu tinggal disana jadi mereka melakukan pelayanan selama 24 jam, jadi karena belakangan ini karena, karena.... ya Pemerintah Sintang yah, karena "Pemda Sintang itu baik" lah yah, jadi berobat gratis, jadi pasienpun meningkat....., sakit kepala sikit-sikit datang "Pak Dokter, Bu Bidan kepala saya sakit" jadi pasien itu kita layanin dan itu memenag sudah jadi tugas kita, (P) berarti dari segi akses berarti sudah ada peningkatan lah pak ya, (R) a a a...iya, oke.
- Pewawancara** : Berarti dari segi kesulitan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tidak ada masalah la ya pak ?
- Responden** : "Ya, tidak ada masalah karena semua obat/ masyarakat berobat itu di subsidi kan", (P) a..... iya, (R) kecuali dia datang kerumah

- sakit, kalau rumah sakit ndak mungkin disubsidi kan ? aaa....  
kan gitu.
- Pewawancara :** Untuk wilayah-wilayah yang sulit tadi bapak sampaikan ada semacam kegiatan pusling setiap sebulan atau dua bulan sekali pak ya ?
- Responden :** Iyaa....., sekali sebulan saya turun, saya bawa staf, Sampai kita juga melakukan pemeriksaan gula darah.ya tadi lupa saya sebutkan tadi pemeriksaan gula darah. Sekalian kita juga melakukan penyuluhan misalnya bahaya Diabetes,bahaya TBC, bahaya Malaria, bahaya DBD ya sebisa kitalah.(P) O,berarti pada saat pusling itulah kegiatan lain di dilaksanakan, (R) sambilah gitu, kata orang nyelam sambil minum air tapi kalau kita nggak tapi sambil menyelam kita sambil minum fanta.(P) he he he, jadi enaklah pak.
- Pewawancara :** Menurut Bapak Faktor apasajak yang dapat mempengaruhi peningkatan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat di Kabupaten Sintang ?
- Responden :** "Oooo, banyak bu, antara lain dengan adanya kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi seperti sekarang ini masyarakat sangat terbantu sekali, karena tidak dikenakan biaya berobat otomatis masyarakat tidak lagi kesulitan untuk menyiapkan biaya berobat dan hal ini mempengaruhi jumlah kunjungan pasien ke puskesmas, mereka sakit sedikit datan ke puskesmas dan kita layani secara gratis.Terus faktor lain tentunya dalah tersedia tau tidaknya sarana dan tenaga kesehatn di satu wilayah. Misalnya disebuah desa bila tidak ada terbangun fasilitas kesehatan seperti puskesmas pembantu, polindes ataupun poskesdes apalagi tenaganya tidak ada maka otomatis mayarakat diwilayah tersebut jelas akan kesulitan mencari pelayanan kesehatan. Yang lainnya satu lagi faktor ini sangat penting buuk yaitu terjaminnya anggaran kesehatan termasuk untuk kami ini bu orang lapangan, kami perlu dana untuk operasionl kegiatan ke lapangan dan lain-lain. Sama satu lagi ini bu, bahwa untuk meningkatkan akses kita ini sebagai petugas kesehatan tidak bisa hanya duduk saja menunggu pasien datang,kita harus secara proaktif menndatangi mereka ya sekalian pusling dan penyuluhan kesehatan lah gitu.
- Pewawancara :** Ng..... baik ya Pak Robby, saya akan melanjutkan pertanyaan selanjutnya ng... menurut bapak apakah dampak pelaksanaan pelayanan kesehatan bersubsidi di puskesmas dan jaringannya pak ?
- Responden :** "O yah, itu berdampak sangat positif", kalau yang dulu kalau masyarakat sakit kepala enggan datang ke puskesmas mungkin keluar kocek, kalau sekarang kan tidak keluar kocek, mereka bisa datang selagi jam dinas dan mereka mendapatkan

- pelayanan yang gratis dengan senyum, (P) O, dengan senyum ya pak ya ?, (R) "dengan senyum dong, kalau kita orang kesehatan harus melayani dengan senyum nggak boleh mutung-mutung, kalau kita mutung-mutung nggak datan pasien ke kita, nggak laku kita".
- Pewawancara** : Jadi pak setelah diberlakukannya kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi apakah pelayanan yang diberikan oleh puskesmas itu benar-benar gratis ngak ada biaya lagi ya pak ya ?
- Responden** : "Iya... benar, sampai dengan persalinan kita gratiskan, boleh di cek bu ke lapangan", (P) O iya boleh, tapi mohon maaf khusus untuk penelitian ini kami hanya sampai pada kepala puskesmas saja.(R) O, gitu pak, eh maaf kog bapak.
- Pewawancara** : Saya lanjutkan lagi pak ya, Pak Robby, jenis pelayanan apa saja pak yang masuk kedalam pelayanan kesehatan bersubsidi ini pak ?
- Responden** : "Yang masuk ke subsidi itu ya, pertama itu tadi partus yaa.. partus itu gratis, baru kemudian pengobatan dasar dan juga buka haecting juga kita gratiskan, (P) jadi tidak memandang besar kecilnya luka pak ? (R) jadi maaf kata ya, bukan kita inginkan seandainya ada luka robek pun dari atas ke bawah pun kita jahit semua bu, "gratis", ya seperti yang saya bilang yang penting semua ada di puskesmas cat gut, side ada yang penting kita mampu bu, kecuali kita udah nggak mampu lagi menjahit, contohnya apa, saku kita misalnya, selagi kita sehat di kasih kesehatan sama tuhan kita jahit. Nanti tiga hari lagi kita suruh pasien datang kontrol untuk ganti verban dan kita lanjutkan obat sampe dengan benar-benar sembuh, "gratis buuu".
- Pewawancara** : Ng... Pak Robby saya lanjutkan lagi pertanyaannya ya pak. Ng... manfaat apa pak yang dirasakan oleh fihak puskesmas setelah dilaksanakannya pelayanan kesehatan bersubsidi di puskesmas dan jaringannya pak ?
- Responden** : Manfaatnya.....iya dengan ini yaa....., kita kan dapat ini balik-balik ke masalah dana lagi ya keuangan ya, dari subsidi kita dibagikan dana subsidi itu karena itu 40 persen diberikan untuk jasa pelayanan, nah itulah sangat membantu, dengan krisis global sekarang kita semua kan menjerit-njerit dengan kesulitan keuangan dengan itu kita sangat terbantu, kita membantu orang secara gratis masyarakat senang, yang penting masyarakat gratis kita di bayar oleh pemda, kita senang sama senang, nggak ada masalah, (P) jadi bermanfaat ya (R) "ya.... bermanfaat sekali"
- Pewawancara** : Terhadap utilisasi puskesmas bagaimana pak, apakah ada peningkatan jumlah kunjungan gitu ?
- Responden** : O, itu udah pasti, seperti yang saya bilang jadi kan kalau dulu

orang sakit ndak mau datang ke puskesmas, sekarang sakit sikit jak bah datang ke puskesmas, sakit gigi datang ke puskesmas, semua datang ke puskesmas, kalau dulu orang sakit gigi lalu beli dulu obat ke warung, tapi kalau sekarang ada puskesmas gratis "Pak dokter, bu dokter gigi saya sakit tolong saya crosscheck", lalu kita cross check, kita kasih obat kalau memang perlu cabut kita cabut.

**Pewawancara :** Ngg..... Pak kendala apa pak yang dihadapi oleh pihak puskesmas dalam melaksanakan kebijakan Pemda tentang pelayanan kesehatan bersubsidi pak ?

**Responden :** Ngg..... kendalanya ini, terkadang manusia ini ndak ada puas-puasnya, "terkadang penyaluran dana itupun agak telat yaa....., kayak sekarang ini sudah bulan lima kita belum mendapatnya, terkadang ni kawan-kawan staf kita tanya "Pak ini gimana ni kog belum dapat" a..... kan gitu, hanya itu aja saya rasa ndak ada faktor lain yang menghambat, hanya itu aja".

**Pewawancara :** Pak, pertanyaan yang terakhir. Kira-kira dengan adanya peningkatan jumlah kunjungan pasien kan jumlah pasien makin banyak, kira-kira pihak puskesmas masih bisa ndak menjaga kualitas pelayanan yang diberikan ?

**Responden :** "Wahh, itu udah pasti, jangan mentang-mentang pasien banyak kita menurunkan kualitas pelayanan kita, kalau kita menurunkan kualitas pelayanan kita, tentu pasien makin tidak ada, tapi dengan pelayanan kita yang semakin bagus justru kita harus meningkatkan kualitas pelayanan kita. Kita sudah di kasih pemda kog jasa pelayanan, ya harus, itu harus, tetap dengan senyum". (P) ngg... kesimpulannya bahwa mutu masih tetap terjaga lah pak ya....., (R) "ya..... yang jelas mutu lebih terjaga, wong obatnya lebih baik kog, eee, dari segi pelayanan juga, he eh"

**Pewawancara :** Baik ni Pak Robby, Saya ni terma kasih sekali, wawancara ini saya rasa sudah saya cukupkan sampai disini, banyak hal yang saya dapat dari informasi ini pak, dan ini sebagai masukan berharga bagi kami pak dalam penyusunan penelitian ini pak, terima kasih sekali lagi pak atas waktunya, mohon maaf telah mengganggu aktifitas bapak ?

**Responden :** Terima kasih bu, sama-sama.



**TRANSKRIP HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN RESPONDEN  
KEPALA PUSKESMAS SENANING**

- Nama** : H. Abang Iskandar  
**Umur** : 51 Tahun  
**Jabatan** : Kepala Puskesmas Senaning  
**Alamat** : Puskesmas Senaning Kecamatan Ketungau Hulu Kab. Sintang
- Pewawancara** : Upaya apa saja yang dilakukan oleh puskesmas untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan di puskesmas maupun jaringannya ?
- Responden** : "Di Puskesmas Senaning pada prinsipnya untuk pelayanan kesehatan dasar mulai dari puskesmas sampai keustu polindes sudah kita laksanakan seperti imunisasi, kesehatan ibu dan anak, pemberantasan penyakit menular termasuk Surveylance Penyakit"
- Pewawancara** : Bagaimana dengan pelaksanaan sistem rujukan pasien di wilayah puskesmas saudara ?
- Responden** : "Rujukan pasien biasanya dilakukan dari sarana pelayanan kesehatan paling ujung atau yang disebut dengan ujung tombak pelayanan yaitu mulai dari puskesmas pembantu, polindes atau poskesdes melakukan rujukan ke sarana kesehatan di puskesmas atau langsung ke rumah sakit di kabupaten". Pasien yang dirujuk ini diantar sendiri oleh keluarga pasien atau didampingi oleh petugas kesehatan kita. (P) Jadi petugas juga ikut mendampingi ya pak, terus petugas tersebut pertanya apa pak ?, (R) Petugas melakukan pendampingan pada saat rujukan berfungsi untuk memantau perkembangan pasien dan sebagai antisipasi jika ada kedaruratan selama proses rujukan.
- Pewawancara** : Bagaimana dengan kondisi sarana transportasi rujukan yang di gunakan pak ?
- Pasien yang di rujuk biasanya menggunakan kendaraan yang bisa mereka gunakan sesuai dengan medan yang akan dilalui, misalnya bagi masyarakat yang tinggal di daerah pinggiran sungai maka sarana transportasinya menggunakan speed boat dll.
- Pewawancara** : Apakah selama ini ada alokasi anggaran untuk pelaksanaan rujukan pasien ?
- Responden** : "Ada, tapi hanya untuk merujuk pasien miskin dari sumber dana jaminan kesehatan masyarakat". Tapi jumlahnya tidak mencukupi bu, makanya kita tidak menginformasikan secara

terbuka kepada masyarakat. Yang ada terkadang masyarakat tidak miskin pun atau masyarakat miskin yang tidak masuk dalam kuota jamkesmas juga terkadang mereka menuntut dana rujukan tersebut. Puskesmas hanya menanggung biaya rujukan pasien dari puskesmas ke rumah sakit dan sebaliknya di tanggung oleh pihak rumah sakit.

- Pewawancara** : Apakah puskesmas memiliki sarana transportasi rujukan ?
- Responden** : Ada khusus untuk puskesmas senaning kitadapat dua jenis kendaraan yaitu kendaraan roda 4 dan speed boad, karena medan kita juga melalui darat dan air.
- Pewawancara** : Jadi ada ndak upaya terobosan yang bersifat inovatif yang dilakukan oleh Puskesmas Senaning dalam rangka untuk mendekatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan ?
- Responden** : "Ada beberapa kegiatan yang telah kita laksanakan seperti Posyandu Lansia, Pendidikan Anak Usia Dini yang dilaksanakan 4 bulan sekali di 2 desa yaitu Desa Sungai Seria dan Desa Sepiluk yang bekerjasama dengan sektor pendidikan yaitu SD Sepiluk dan SD Sungai Seria"  
"Selain itu kita melaksanakan pusling setiap bulan, disamping itu puskesmas memang ada beberapa tempat yang secara khusus memang kita kunjungi, kita lihat dari cakupan setelah 3 bulan dilaksanakan, jadi dari cakupan yang rendah, itu kita akan kunjungi baik itu ada petugasnya maupun tidak ada petugasnya jadi kita evaluasi setiap 3 bulan, dimana yang belum mencapai target sasaran itu yang kita kunjungi"
- Pewawancara** : Pak di Kecamatan Ketungau Hulu atau Puskesmas Senaning itu termasuk puskesmas yang memiliki wilayah-wilayah yang berbatasan langsung dengan negara tetangga yaitu Negara Malaysia, Bagaimana masyarakat tersebut dalam mengakses pelayanan kesehatan ?
- Responden** : "Kalau mereka waktu dulu sekitar 10 sampai dengan 20 tahun yang lalu mereka itu lebih banyak berobat ke negara tetangga ke Malaysia tapi sekarang sudah ndak ada lagi, terkecuali bagi mereka yang kebetulan sedang berada di sana misalnya pada saat mereka belanja kebetulan sakit, maka mereka berobat ke negara tetangga, tapi yang sengaja berobat kesana ndak ada lagi", Daerah perbatasan kita ada petugas kesehatannya, yang kedua kalau mereka berobat ke negara tetangga itu bayar sedangkan tempat kita kan ndak, itu salah satu faktor pendukungnya"
- Pewawancara** : Kalau program yang dilaksanakan oleh puskesmas untuk wilayah perbatasan ini sudah ada ya pak?
- Responden** : "Ada pelayanan kesehatan dasar kita laksanakan disana, kemudian program pelayanan kesehatan oleh tim Dinas

Kesehatan Kab. Sintang melibatkan puskesmas, melibatkan semua sektor, melibatkan pustu, dari polisi, koramil". Disamping kegiatan pelayanan kesehatan seperti pengobatan, sunatan massal kita juga mengadakan pemutaran film, pemeriksaan kelenjar gondok tepatnya di Desa Nanga Bayan yang berbatasan langsung dengan Negara Malaysia". Secara umum wilayah perbatasan secara umum tidak mengalami kesulitan untuk masyarakat mengakses pelayanan kesehatan, kecuali untuk menjangkau ke puskesmas induk. Ee, apalagi sekarang akses ke Senaning akan lebih mudah bila melalui jalan darat"

- Pewawancara** : Menurut Bapak di Puskesmas Senaning ini sudah tersedia belum tenaga esensial puskesmas yang dibutuhkan ?
- Responden** : "Untuk tenaga dokter, perawat, saya rasa sudah cukuplah di puskesmas ada 5 orang perawat, bidan ada 1, kemudian petugas gizi, petugas gigi, Cuma yang belum ada itu tenaga analis kesehatan, petugas laboratorium. Kami dari pekaya kesehatan yang hanya dilatih mengikuti latihan pemeriksaan beberapa spesimen sepeerti Malaria, TB Paru, jadi intinya masih membutuhkan tenaga analis kesehatan"
- Pewawancara** : Kalau ketersediaan sarana pak ?, menurut bapak udah memadai belum ?
- Responden** : "Kalau dibilang memadai mungkin belumlah", kebetulan puskesmas kami adalah puskesmas perawatan, jadi sarana tempat tidur, kasur masih kurang.
- Pewawancara** : Puskesmas pernah ndak mengadakan Mapping ketersediaan sarana kesehatan ataupun kondisi fisik gedung atau bangunan fasilitas kesehatan yang ada di desa ?
- Pewawancara** : Kalau Mapping memang belum, tapi kalau kita mengadakan pertemuan, kita selalu menanyakan kebutuhan-kebutuhan mereka baik pustu, poskesdes atau polindes, apa yang diperlukan akan kita jukan usul melalui musrembang, baik itu peralatan, fisik bangunan. Dan secara umum kita tau kondisi fisik bangunan pustu, polindes atau poskesdes apakah sudah layak untuk direnovasi atau belum yang mungkin masih kurang menurut saya adalah meja dan kursinya.
- Responden** : Apakah obat yang di drouping oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang menurut bapak apakah sudah dapat memenuhi kebutuhan selama sebulan pak ?
- Pewawancara** : "Untuk pelayanan kesehatan dasar saya rasa sudah memenuhi, yang belum memenuhi itu untuk kebutuhan di Unit Rawat Inap Puskesmas, karena khususnya untuk rawat inap kita masih perlu yang *emergency* seperti oksigen, memang oksigen ada, tapi kalau udah kosong kita harus nukar dan itu memerlukan waktu yang panjang sekitar 1 sampai 2 minggu bahkan sampai

- 2 sampai dengan 3 bulan, sementara stok disana ndak ada, jadi untuk ketersediaan oksigen rawat inap itu masih kurang tapi untuk rawat jalan saya rasa udah cukup”
- ”Dan setiap pustu polindes setiap mengajukan obat itu setiap 3 bulan itu selalu terpenuhi, apa yang mereka butuhkan mereka catat dan selalu terpenuhi, Cuma kendalanya mereka terlambat membuat pemanfaatan obat tersebut, yang jadi kesulitan kadang-kadang kan mengamprah obat ke dinas itu haris dilampiri juga LB1, nah LB 1 ini yang terkadang sulit karena pustu polindes belum masukkan ke puskesmas”
- Pewawancara** : Apakah di Puskesmas Senaning juga tersedia obat generik berlogo ?
- Responden** : ”Obat generik berlogo yang kaleng ada”
- Pewawancara** : Apakah puskesmas juga melaksanakan pemeriksaan laboratorium ?
- Responden** : ”Itu tadi yang hanya terbatas pada 2 pemeriksaan, yaitu pemeriksaan Malaria dan Tuberkulosa dan untuk pemeriksaan HB Sahli juga bisa”
- Pewawancara** : Apakah di Puskesmas Senaning memiliki tenaga analis kesehatan ?
- Responden** : ”Tenaga analis belum ada”
- Pewawancara** : Kira-kira wilayah Puskesmas Senaning itu ada berapa desa yang belum terisi oleh tenaga kesehatan ?
- Responden** : ”Sekitar 50 perseslah bu yang masih kosong petugasnya dari desa yang mengalami pemekaran”
- Pewawancara** : Untuk masyarakat yang belum ada tenaga dan fasilitas kesehatannya ini, masyarakat pada kemana pak untuk memperoleh pelayanan kesehatan ?
- Responden** : ”Saya rasa 9 desa ini sudah cukup, udah cukup terwakili dari desa-desa pemekaran yang mau berobat mereka ke desa terdekat, karena rancangan atau letak posisi bangunan pustu dan polindes ini memang dibangun di posisi yang strategis, misalnya di desa A maka desa-desa terdekat seperti Dusun B atau Dusun C atau Dusun D tidak terlalu jah untuk mengakses pelayanan kesehatan, jadi mereka berobat ke pustu dan polindes yang berada di sekitarnya”.  
Jadi mereka berobat ke pustu, polindes yang berada di sekitarnya.
- Pewawancara** : Kalau menurut bapak, kira-kira masyarakat yang berada pada wilayah-wilayah tersebut diatas kira-kira mengalami kesulitan tidak pak ?
- Responden** : ”Kebetulan di puskesmas kami di semua desa ada petugasnya dan bagi yang belum ada sarana dan prasarananya ia akan berkunjung ke yang ada petugasnya, saya rasa itu kendala juga, dan perlu waktu 1 sampai 2 jam jalan kaki



- Pewawancara** : Upaya apa yang dilakukan oleh puskesmas untuk menjangkau wilayah-wilayan kondisi geografis sulit ?
- Responden** : "Kami mengadakan puskesmas keliling bu,kami datang sekali sebulan mengadakan pelayanan. Kemudian ada program dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang yaitu program pelayanan kesehatan daerah terpencil dan perbatasan (DTPK) kami juga dilibatkan dalam tim tersebut".
- Pewawancara** : Menurut bapak faktor apa saja yang turut berpengaruh dalam akses pelayanan kesehatan ?
- Responden** : Wah, banyaklah bu, antara lain adalah dukungan dana yang memadai, kemudian ketersediaan sarana dan tenaga kesehatan di setiap wulayah, lalu sperti tahun 2008 itu ada kebijakan yang dikeluarkan oleh pemda tentang pelayanan kesehatan bersubsidi karena berobat gratis jadi akses masyarakat untuk mendapatkan kesehatan jadi semakin mudalah.
- Pewawancara** : Dampak yang dirasakan setelah pemberlakuan kebijakan tersebut pak ?
- Responden** : Pertama kali kita melaksanakan pelayanan kesehatan bersubsidi ini kan terhitung sejak awal januari tahun 2008 sampai pertengahan tahun 2008 memang dirasakan kalau saya belum siap , artinya obat-obatan, masyarakat merasa karena berobat ndak bayar jadi kadang-kadang ndak sakitpun merekan berobat, jadi setelah itu sekarang kembali ke seperti biasa lagi kalau kunjungan itu kalau grafiknya naik, sekarang sudah kembali biasa.  
"Masyarakat memanfaatkan pelayanan ndak bayar, jadi sakit sedikit berobat dan memang ada bulan bulan tertentu juga ada waktunya meningkat dan ada waktunya menurun, dan dampaknya terhadap utilisasi puskesmas meningkat menjadi 100%"
- Pewawancara** : Apakah setelah diberlakukanya kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi di puskesmas, apakah masyarakat benar-benar tidak dikenakan biaya puskesmas ?
- Responden** : Eee, betul tidak bayar, memang dari penggunaan obat itu ada juga mereka yang bayar tapi untuk obat-obat yang tidak tersedia di puskesmas. Jadi jika sudah berkali-kali berobat dengan obat puskesmas tapi tidak sembuh-sembuh jadi kita tawarkan untuk mengambil obat ke pak dokter.  
"Secara umum memang tidak dikenakan lagi bayar, itu memang awal-awal triwulan pertama sih kita memang masih terbatas di puskesmas, karena dinas masih mampu memberikan atau menyediakan obat baru sebatas puskesmas. Tapi sekarang sudah berlaku di pustu dan polindes karena obat sudah sampai ke pustu dan polindes pada jam kerja tetap

- gratis”
- Pewawancara** : Pak meliputi pelayanan apa saja pak yang termasuk dalam pelayanan bersubsidi ?
- Responden** : Semua pelayanan kesehatan dasar, termasuk persalinan termasuk juga persalinan di rumah dua puluh empat jam kalau dia ditolong oleh tenaga kesehatan, maka boleh mengklaim, baik di puskesmas maupun di rumah.
- Pewawancara** : Pak, kira-kira manfaat yang dirasakan setelah diberlakukannya pelayanan kesehatan bersubsidi di puskesmas maupun jaringannya ?
- Responden** : ”Banyak sih sebenarnya manfaat yang dirasakan, dari segi penghasilan karena inikan bersubsidi artinya bukan gratis, ada kompensasi dari pemerintah daerah, kalau kami bandingkan kompensasinya dengan waktu berobat bayar itu penghasilan puskesmas saat ini meningkat termasuk untuk jasa pelayanan, ada untuk beli bahan bakar, pokok banyaklah digunakan untuk selain jasa pelayanan.

UNIVERSITAS TERBUKA



**SURAT KETERANGAN IZIN PENELITIAN**

Nomor : 800/173 /KP

Dasar surat Kepala UPBJJ-UT Pontianak Nomor : 0296/H31.43/AK/2009 tanggal 4 April 2009 perihal Permohonan Izin Penelitian Tesis (TAPM) pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang. Sehubungan dengan hal tersebut, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang memberikan izin kepada :

Nama : JANATUN, SKM  
NIM : 014965819  
Jurusan : Megister Administrasi Publik

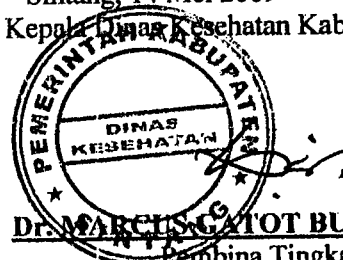
Untuk melaksanakan penelitian yang berjudul :

**"Analisis Upaya Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Sintang"** dengan ketentuan setelah selesai melakukan penelitian agar melapor kembali kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang.

Untuk kelancaran pelaksanaan penelitian tersebut diharapkan kepada saudara yang unit kerjanya menjadi tempat penelitian agar dapat membantu pelaksanaan penelitian tersebut.

Demikian izin penelitian ini diberikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Sintang, 14 Mei 2009  
Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang



**Dr. MARCUS CATOT BUDI P. M. Kes.**  
Pembina Tingkat I

NIP.19631006 198903 1 014

**Tembusan :**

1. Kepala UPBJJ-UT Pontianak di Pontianak
2. Kepala Puskesmas Senaning di Senaning
3. Kepala Puskesmas Pandan di Pandan
4. Kepala Puskesmas Tempunak di Tempunak
5. Kepala Puskesmas Tanjung Puri di Sintang