

# REVIEW KEBIJAKAN TENTANG PELAYANAN KESEHATAN PUSKESMAS DI DAERAH TERPENCIL PERBATASAN (Policy Review on Health Services in Primary Health Center in the Border and Remote Area)

Suharmiati<sup>1</sup>, Agung Dwi Laksono<sup>1</sup> dan Wahyu Dwi Astuti<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Background:** To improve coverage and equity of health services, plans and development plans is formulated. The Ministry of Health 2010, one of strategy almost is to increase to qualified health care. **Methods:** policy research on health centers in remote border areas, also conducted document review/policy, literature review, and the review of primary and secondary data. The purpose of the policy review of health centers in remote areas of the border is to acquire strategies and policy options related to health services in remote areas of the border. **Results:** Policy issues: Remote, Border and Islands (DTPK) has an extreme topography; The role of infrastructure is one of the important physical components of the border region. Therefore, there is a significant correlation between the condition of the infrastructure with the pulse of social and economic activities of society, and also the welfare of the people at the border; Availability of health services and support facilities in the Rural Sector, Border and Islands (DTPK) are still low. Policy options: Fulfillment of the availability of facilities and basic health services in accordance with Border topography; Compliance with the availability of transport for referral in accordance Border topography; Development of infrastructure in a systematic, consistent and targeted, will lead to improved well-being of border communities. **Conclusion:** The availability of infrastructure and the health services and health center network in the border areas is not optimal, clinic staf especially doctors and paramedics have not received an appropriate reward. **Recommendation:** Meeting the health care facilities and health centers and their networks in border areas and patterns of prime services at least equal to the neighboring state of health services, the nearest health center personnel exchanges between countries on a regular basis to follow up the International Health Regulations (IHR), and Availability transport for referral in DTPK

**Key words:** health services, Primary Health Center, Border, Remote Area

## ABSTRAK

**Latar belakang:** Dalam rangka meningkatkan jangkauan dan pemerataan pelayanan kesehatan, telah disusun rencana aksi dan rencana pengembangan. Salah satu strategi Kementerian Kesehatan RI., 2010 adalah meningkatkan akses masyarakat Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. **Metode:** kajian kebijakan tentang pelayanan kesehatan puskesmas di daerah terpencil perbatasan, juga dilakukan telaah dokumen/kebijakan, literatur review, serta telaah data primer dan sekunder. Tujuan dari kajian kebijakan tentang pelayanan kesehatan puskesmas di daerah terpencil perbatasan adalah untuk memperoleh strategi dan opsi kebijakan terkait pelayanan kesehatan di daerah terpencil perbatasan. **Hasil:** Isu Kebijakan: Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) memiliki topografi yang ekstrem; Peran infrastruktur merupakan salah satu komponen fisik penting bagi wilayah perbatasan. Sebab, terdapat korelasi yang signifikan antara kondisi infrastruktur dengan kegiatan sosial ekonomi masyarakat, dan juga kesejahteraan masyarakat di perbatasan; serta ketersediaan pelayanan kesehatan dan sarana pendukungnya di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) masih rendah. Opsi Kebijakan: Pemenuhan ketersediaan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan dasar di Daerah Terpencil Perbatasan (DTP) sesuai topografi; Pemenuhan ketersediaan transportasi untuk rujukan di DTP sesuai topografi; Pengembangan infrastruktur yang sistematis, konsisten dan terarah, akan mengarah pada peningkatan kesejahteraan masyarakat perbatasan. **Kesimpulan:** Ketersediaan sarana dan prasarana serta pola pelayanan kesehatan puskesmas dan jaringannya di daerah perbatasan belum optimal, petugas puskesmas di

---

<sup>1</sup> Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI., Jl. Indrapura 17 Surabaya.  
Alamat korespondensi: E-mail: atiek\_2004@yahoo.com

daerah perbatasan khususnya dokter dan paramedis belum menerima reward yang sesuai. **Rekomendasi:** Pemenuhan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan puskesmas dan jaringannya di Daerah Terpencil Perbatasan dan pola pelayanan prima minimal sejajar dengan pelayanan kesehatan negara tetangga; Pertukaran petugas puskesmas terdekat antar negara secara berkala untuk menindaklanjuti International Health Regulation (IHR); Ketersediaan transportasi untuk rujukan di Daerah Terpencil Perbatasan.

**Kata kunci:** pelayanan kesehatan, puskesmas, Daerah Terpencil Perbatasan

Naskah Masuk: 7 Maret 2013, Review 1: 15 Maret 2013, Review 2: 15 Maret 2013, Naskah layak terbit : 20 April 2013

## PENDAHULUAN

Salah satu fokus prioritas pembangunan pemerintah adalah upaya percepatan dan/atau perlakuan khusus antara lain untuk pembangunan kesehatan Daerah Terpencil Perbatasan (DTP), terutama diarahkan pada wilayah Indonesia bagian timur. Hal ini tertuang secara eksplisit dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 331/MENKES/SK/V/2006 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2005–2009, serta 7 (tujuh) kegiatan unggulan dari Kementerian Kesehatan tahun 2011 antara lain tentang keberpihakan pada daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan ([www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id), 2011).

Arah tujuan pembangunan kesehatan antara lain untuk meningkatkan jangkauan dan pemerataan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi masyarakat di daerah terpencil perbatasan dan kepulauan khususnya di puskesmas prioritas nasional DTP. Dalam rangka meningkatkan jangkauan dan pemerataan pelayanan kesehatan tersebut, telah disusun rencana aksi dan rencana pengembangan. Terdapat 6 (enam) strategi yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI., 2010 yaitu: 1) Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat di DTPK, 2) Meningkatkan akses masyarakat DTPK terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, 3) Meningkatkan pembiayaan pelayanan kesehatan di DTPK, 4) Meningkatkan pemberdayaan SDM Kesehatan di DTPK, 5) Meningkatkan ketersediaan obat dan perbekalan serta strategi, 6) Meningkatkan manajemen Puskesmas di DTPK, termasuk sistem surveilans, monitoring dan evaluasi, serta Sistem Informasi Kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Kementerian Kesehatan RI mengembangkan rencana aksi dan rencana pengembangan secara operasional untuk penerapan di lapangan meliputi pemberdayaan masyarakat berupa Desa Siaga, Poskesdes, Posyandu, peningkatan pelayanan

program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Gizi, Pencegahan Penyakit Menular, Dokter Terbang, Dokter Plus, Rumah Sakit Bergerak, peningkatan pembiayaan kesehatan berupa Dana Alokasi Khusus (DAK), Tugas Pembantuan (TP), dana dekonsentrasi, Program Bansos, Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), Jaminan Persalinan (Jampersal), peningkatan SDM khususnya SDM Kesehatan berupa Pegawai Tetap (PTT), Penugasan Khusus, Tugas Belajar, peningkatan pemenuhan obat dan peralatan kesehatan, peningkatan manajemen kesehatan (termasuk pelatihan manajemen Puskesmas, program Surveillance); pengembangan Pelayanan Obstetri Neonatus Esensial Dasar (PONED) di Puskesmas dan Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi (RSSIB) dan Pelayanan Obstetri Neonatus Esensial Komprehensif (PONEK) di Rumah Sakit; peningkatan penampilan dan Kinerja Puskesmas di daerah perbatasan antar negara; serta pengembangan *Flying Health Care*; dan Pendukung transport antarpulau dengan Puskesmas Keliling Perairan (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Dalam Pedoman Pelayanan Kesehatan Puskesmas Terpencil dan sangat Terpencil di DTPK, dikemukakan bahwa dengan keterbatasan tenaga di DTPK, maka upaya pelayanan wajib yang ditetapkan yaitu: 1) Promosi kesehatan 2) Kesehatan lingkungan 3) Kesehatan Ibu dan Anak serta KB 4) Perbaikan gizi masyarakat 5) Pencegahan penyakit 6) Pengobatan, kesiapsiagaan dan kegawatdaruratan. Terdapat tiga kelompok sasaran yaitu bayi, balita dan ibu hamil/nifas/menyusui.

Masalah atau isu publik yang timbul adalah daerah perbatasan merupakan etalase negara, di samping itu daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK) memiliki topografi yang ekstrem. Oleh karena itu peran infrastruktur menjadi salah satu komponen fisik yang penting bagi wilayah perbatasan karena pengembangan infrastruktur yang sistematis,

konsisten dan terarah, akan mengarah pada peningkatan kesejahteraan masyarakat perbatasan. Isu publik yang lain yaitu ketersediaan pelayanan kesehatan dan sarana pendukungnya masih rendah karena persebarannya kurang merata, terpusat di kota-kota besar.

## METODE

Pada tahun 2009 telah dilakukan penelitian tentang studi keterjangkauan pelayanan kesehatan puskesmas dan jaringannya di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan (Suharmiati dkk, 2009). Penelitian ini merupakan penelitian observasional deskriptif di 8 (delapan) puskesmas di provinsi Jawa Timur dan Kalimantan Barat. Dipilih secara purposif masing-masing 2 puskesmas daerah terpencil kepulauan di kabupaten Gresik dan Sumenep (Provinsi Jawa Timur) dan daerah terpencil perbatasan di kabupaten Sambas dan Sanggau (Provinsi Kalimantan Barat). Data dikumpulkan dengan wawancara dengan masyarakat dan *Focus Group Discussion* (FGD) kepada petugas puskesmas.

Setelah memperoleh hasil penelitian maka dilakukan kajian kebijakan tentang pelayanan kesehatan puskesmas di daerah terpencil perbatasan, juga dilakukan telaah dokumen/kebijakan, *literatur*

*review*, serta telaah data primer dan sekunder. Tujuan dari kajian kebijakan tentang pelayanan kesehatan puskesmas di daerah terpencil perbatasan adalah untuk memperoleh strategi dan opsi kebijakan terkait pelayanan kesehatan di daerah terpencil perbatasan.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Isu Publik

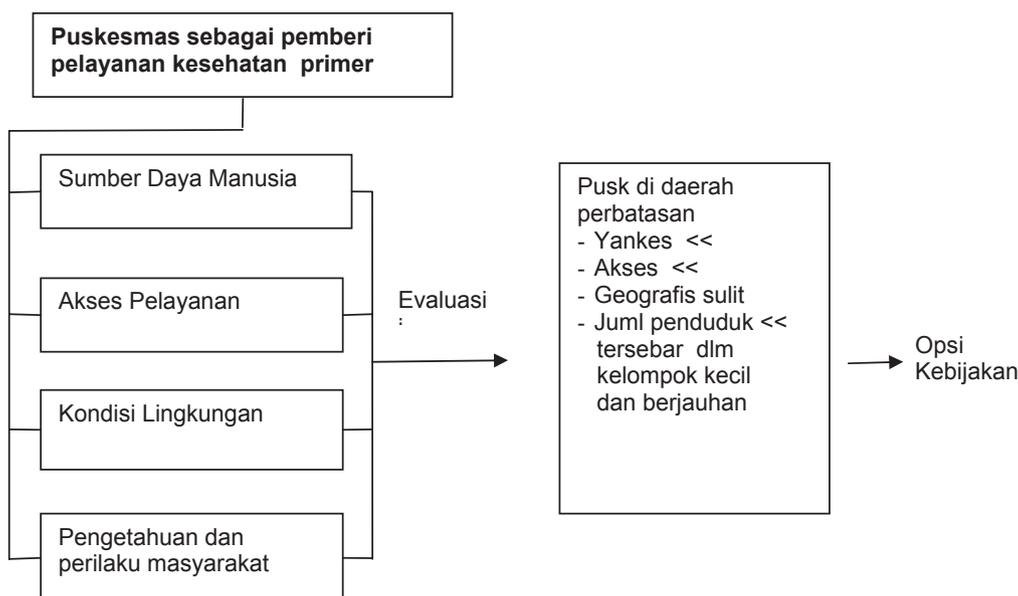
#### **Pelayanan kesehatan primer di daerah perbatasan masih rendah**

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

#### **Sarana transportasi sangat terbatas dengan biaya mahal baik darat, sungai, laut maupun udara**

Salah satu penyebabnya adalah karena kondisi geografi yang sulit serta iklim/cuaca yang sering berubah.

## Kerangka Konsep



**Gambar 1.** Gambaran puskesmas di daerah perbatasan

Status kesehatan masyarakat dan cakupan pelayanan kesehatan di daerah terpencil perbatasan masih rendah. Masyarakat secara umum belum mempunyai pengetahuan dan perilaku hidup sehat dan kondisi lingkungan yang kurang baik. Penggunaan puskesmas di daerah terpencil perbatasan antara lain dipengaruhi oleh keterjangkauan (akses) pelayanan.

#### **Akses terhadap pelayanan masih rendah**

Akses pelayanan tidak hanya disebabkan masalah jarak, tetapi terdapat dua faktor penentu (determinan) yaitu determinan penyediaan merupakan faktor-faktor pelayanan dan determinan permintaan merupakan faktor-faktor pengguna (Timyan Yudith, *et al.*, 1997). Determinan penyediaan terdiri atas organisasi pelayanan dan infrastruktur fisik, tempat pelayanan, ketersediaan, pemanfaatan dan distribusi petugas, biaya pelayanan serta mutu pelayanan. Sedangkan determinan permintaan yang merupakan faktor pengguna meliputi rendahnya pendidikan dan kondisi sosial budaya masyarakat serta tingkat pendapatan masyarakat yang rendah atau miskin. Kebutuhan primer agar memperoleh akses pelayanan yang efektif: adalah tersedianya fasilitas dan petugas, jarak dan finansial terjangkau serta masalah sosial budaya yang dapat diterima oleh pengguna.

#### **Status dokter PNS dan PTT menjadi masalah terkait dengan *reward***

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

#### **Jumlah perawat dan bidan cukup bila dilihat dari kebutuhan wilayah terutama untuk pelayanan pengobatan di dalam gedung, tetapi sifatnya hanya menunggu kedatangan pasien**

Rendahnya kunjungan pasien ke puskesmas membuktikan bahwa puskesmas induk sulit dijangkau oleh masyarakat hal ini terkait dengan letak geografis,

kurangnya sarana transportasi serta rendahnya kemampuan masyarakat untuk membayar biaya transportasi. Masyarakat mengharapkan tenaga kesehatan puskesmas melakukan pelayanan pengobatan di rumah atau di tempat yang dekat dengan tempat tinggal mereka. Oleh karena itu masyarakat cenderung untuk memanggil tenaga kesehatan ke rumah dengan pertimbangan biaya yang sama bila mereka harus mendatangi ke puskesmas serta dipermudah dengan adanya telepon seluler. Keadaan ini menunjukkan tingginya waktu yang tidak efektif digunakan oleh perawat dan bidan dalam melaksanakan tugasnya di puskesmas. Keadaan ini didukung oleh penelitian Wasis dkk. (2007) bahwa 32,9% waktu kerja perawat tidak efektif dan bidan 43,09%. Hal ini menunjukkan tidak adanya kegiatan dan tidak bisa terekam dalam observasi.

#### **Jumlah tenaga kesehatan yang tersedia di puskesmas belum mampu menyelesaikan seluruh upaya kesehatan wajib yang dilaksanakan di puskesmas terutama pelayanan di luar gedung**

Hal tersebut disebabkan karena luas wilayah puskesmas dan kesulitan untuk menjangkau sasaran. Oleh karena itu beberapa kegiatan dikurangi jumlah kunjungannya yang seharusnya sebulan sekali menjadi 3 bulan sekali terutama untuk desa yang sulit. Sebagai akibatnya cakupan pelayanan di luar gedung menjadi lebih rendah dibanding dengan desa yang lebih mudah dijangkau. Sebagai contoh gizi buruk di wilayah puskesmas Sajingan, hal ini kemungkinan disebabkan kurangnya pelaksanaan upaya perbaikan gizi masyarakat yang merupakan upaya kesehatan wajib seperti tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 128/MENKES/SK/II/2004. (Depkes RI, 2004)

#### **Pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan di puskesmas di wilayah terpencil dan perbatasan perlu mempertimbangkan situasi dan kondisi puskesmas setempat**

Di beberapa puskesmas ditemui petugas yang tidak kompeten dengan tanggung jawab mereka. Sebagai contoh pelayanan obat, promosi kesehatan dan pemberantasan penyakit menular dilakukan oleh pekary yang hanya lulusan SMP atau SMA. Perencanaan kebutuhan tenaga di puskesmas seharusnya dilakukan dengan analisis tingkat makro pengaruh jangka panjang beragam strategi

pelatihan dan perekrutan pegawai. Selanjutnya juga dilakukan analisis mikro mengenai profil kegiatan tenaga kesehatan. Dengan analisis makro akan diketahui jumlah personil untuk direncanakan sedangkan analisis mikro akan menentukan jenis tenaga kesehatan yang seharusnya direkrut. Menurut Rienke, William A, 1994 tentang analisis personil, disebutkan bahwa penyebaran tenaga dimulai dengan penilaian kebutuhan pelayanan setempat setelah melalui analisis fungsional. Menurut hasil penelitian Wasis dkk. (2005) di daerah terpencil di kabupaten Sumenep dan Timor Tengah Selatan menunjukkan pengangkatan Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS) di daerah terpencil bukan merupakan prioritas. Mengingat *reward* berupa insentif finansial untuk daerah terpencil sudah tidak ada lagi maka akan menyulitkan dalam merekrut Pegawai Negeri Sipil (PNS) agar mau menetap di daerah terpencil. Sumber daya puskesmas khususnya di daerah terpencil perbatasan masih perlu dibenahi terutama tentang keseimbangan masa kerja, beban kerja dan *reward* bagi tenaga kesehatan PNS dan PTT.

#### **Perolehan obat pada umumnya tidak sesuai dengan permintaan**

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

#### **Peralatan kesehatan dan sarana penunjang kesehatan (laboratorium) di puskesmas kurang mencukupi**

Kurangnya peralatan kesehatan dan sarana penunjang kesehatan (laboratorium) di puskesmas sering mengecewakan masyarakat yang harus menempuh perjalanan yang jauh dan sulit. Keadaan ini semakin menguatkan minat masyarakat untuk tidak berobat ke puskesmas. Ketersediaan alat kesehatan, bahan habis pakai, obat perlu ditambah disesuaikan

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

#### **Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan Puskesmas dan Jaringannya**

Bila dilihat dari determinan penyediaan, persoalan penting di daerah terpencil perbatasan adalah masalah transportasi di samping masalah sumber daya puskesmas. Oleh karena itu pemenuhan kebutuhan alat transportasi direncanakan dengan baik. Estimasi mengenai kebutuhan alat transportasi tergantung kepada beberapa faktor antara lain kondisi wilayah, jumlah dan penyebaran sasaran pelayanan serta jumlah dan jenis kegiatan yang dilakukan (Baker, TD, William A. Reinke, 1994). Berkaitan dengan hal tersebut di atas pihak Kementerian Kesehatan perlu memberikan perhatian khusus kepada daerah-daerah terpencil perbatasan dengan memperhatikan kondisi wilayah, jumlah, penyebaran sasaran pelayanan serta jumlah dan jenis kegiatan yang dilakukan.

Bila dilihat dari determinan permintaan yaitu dari faktor pengguna, kendala yang ada adalah jarak tempat tinggal pengguna dari tempat pelayanan, sulitnya akses menuju tempat pelayanan kesehatan, kekurangan dana untuk biaya transportasi serta kekurangan dana untuk biaya pengobatan karena

keadaan ekonomi masyarakat. Diperlukan perhatian khusus dari Kementerian Kesehatan bersama-sama dengan pemerintah daerah untuk mengatasi masalah tersebut.

Menurut Adi Utarini (2011), Pelayanan kesehatan yang benar-benar bermutu di Indonesia saat ini harus diakui hanya dapat diperoleh oleh masyarakat yang memiliki akses ke sarana pelayanan kesehatan bermutu, yaitu akses geografis (hanya di kota-kota besar yang memiliki sarana dan klinisi yang lengkap dan kompeten), akses pembiayaan (hanya kalangan menengah atas yang dapat membayar *out-of-pocket* yang dapat mendapatkan pelayanan bermutu), akses hubungan baik (hanya sejawat dokter atau keluarga dokter yang mendapatkan pelayanan “seperti keluarga sendiri”) atau akses informasi (hanya orang-orang tertentu yang dapat memperoleh informasi mutu sarana pelayanan kesehatan tertentu) dan berbagai akses khusus lainnya.

### Isu Kebijakan

#### 1) Daerah Perbatasan merupakan Etalase Negara

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

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

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

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

Topografi berbukit-bukit terdapat di sepanjang perbatasan di wilayah perbatasan wilayah Republik Indonesia dengan Malaysia khususnya di pulau Kalimantan. Di samping itu kondisi geografis yang masih terisolir karena keterbatasan prasarana jalan, transportasi darat, sungai serta fasilitas publik lainnya. Kondisi ini berdampak pada kondisi kesejahteraan sosial, ekonomi, pendidikan dan *skill* masyarakat daerah perbatasan yang masih tertinggal dibanding dengan masyarakat daerah Serawak. Oleh karena itu daerah perbatasan harus menjadi prioritas utama untuk pembangunan infrastruktur karena jika tidak diperhatikan tidak menutup kemungkinan masyarakat di daerah perbatasan akan berpindah kewarganegaraan negara tetangga. (<http://shanteukie.wordpress.com/2011/04>)

#### 3) Peran infrastruktur

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

#### 4) Ketersediaan pelayanan kesehatan dan sarana pendukungnya

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

## Opsi Kebijakan

### 1) Pemenuhan ketersediaan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan dasar di DTP sesuai topografi

Opsi ini sangat mendasar, karena kita dihadapkan pada harga diri sebagai bangsa di hadapan bangsa lain (sebagai etalase untuk wilayah perbatasan). Kewajiban untuk menyediakan pelayanan kesehatan seharusnya menjadi alasan paling utama, sedang alasan ekonomi (efisiensi) seharusnya menjadi nomor sekian. Bila opsi ini tidak dilakukan, ancaman disintegrasi atau beralihnya masyarakat di wilayah perbatasan ke negara seberang akan mencederai nasionalisme dan rasa kebangsaan.

### 2) Pemenuhan ketersediaan transportasi untuk rujukan di DTP sesuai topografi

Opsi ini lebih sebagai opsi pendukung bagi opsi pertama. Opsi ini untuk menjamin bahwa di manapun rakyat berada di wilayah NKRI, pemerintah tetap berusaha menyediakan akses untuk pelayanan kesehatan sampai tingkat lanjut. Opsi ini menjadi strategis untuk mencegah menyeberangnya penduduk perbatasan, khususnya di wilayah perbatasan darat dengan Malaysia, yang pelayanan kesehatannya relatif lebih baik.

### 3) Peningkatan kompetensi tenaga kesehatan yang sudah tersedia di DTP

Opsi ini sangat strategis, terutama untuk mengatasi dampak akibat kurangnya tenaga kesehatan yang tersedia di DTP. Bila opsi ini tidak dilakukan dampak kurangnya tenaga kesehatan akan semakin dirasakan penduduk di DTP.

### 4) Perlu kajian kebijakan sistem *reward* yang tersendiri untuk tenaga kesehatan di DTP

Opsi ini strategis untuk menarik tenaga baru agar mau bekerja di wilayah DTP, juga strategis untuk mempertahankan tenaga yang sudah tersedia. Sistem *reward* tidak hanya berupa gaji atau imbalan uang yang lebih tinggi, tapi bisa berupa jenjang karir yang lebih menarik atau fasilitas pendukung yang lebih manusiawi. Bila opsi ini tidak dilakukan, ketersediaan tenaga kesehatan di wilayah DTP tetap saja akan selalu menjadi masalah. Merekrut tenaga-tenaga baru hanya akan berdampak sesaat, sustainability tidak akan terjamin.

## KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

### Kesimpulan

- Ketersediaan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan puskesmas dan jaringannya di daerah perbatasan belum terpenuhi dengan baik
- Pola pelayanan kesehatan puskesmas di daerah perbatasan belum optimal
- Petugas puskesmas di daerah perbatasan khususnya dokter dan paramedis belum menerima *reward* yang sesuai dengan tugasnya

### Rekomendasi

Pemenuhan ketersediaan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan puskesmas dan jaringannya di daerah perbatasan dan pola pelayanan prima minimal sejajar dengan pelayanan kesehatan negara tetangga. Pemberian Insentif khusus melalui kegiatan yang dimasukkan ke dalam tugas pembantuan khusus tanpa memandang status dan asal usul kepegawaian. Melaksanakan pertukaran petugas puskesmas terdekat antar negara secara berkala untuk menindaklanjuti *International Health Regulation (IHR)*. Di samping itu perlu peningkatan kompetensi tenaga kesehatan di DTP. Khusus untuk tenaga di perbatasan, pelatihan dapat dilaksanakan di negara tetangga yang memiliki kualitas yang lebih baik serta pemenuhan ketersediaan transportasi untuk rujukan di DTP sesuai topografi yaitu penyediaan sepeda motor jenis trail, kendaraan roda empat (mobil) *dobel garden* serta kapal atau perahu jenis tertentu serta hemat bahan bakar.

## DAFTAR PUSTAKA

- Baker, TD, William A. Reinke. 1994. Dasar Epidemiologi untuk Perencanaan Kesehatan. Dalam: Perencanaan Kesehatan Untuk Meningkatkan Efektivitas Manajemen. Gajah Mada University Press. Yogyakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2006. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 331/MENKES/SK/V/2006, Rencana Strategis Departemen Kesehatan RI tahun 2005–2009. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2004. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 128/MENKES/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat. Jakarta.
- Handayani L, Evie S, Siswanto, dkk. 2006. Upaya Revitalisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas dan Jaringannya

- dalam rangka Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan: Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan. Laporan Akhir Penelitian. Surabaya.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. Pedoman Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Terpencil dan Sangat Terpencil di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan. Jakarta.
- Rienke, Wiliam A. 1994, Analisis Personil dalam Perencanaan Kesehatan untuk Meningkatkan Efektivitas Manajemen. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta.
- Ristrini, Sulistyowati, Siswanto, dkk. 2004. Intervensi Pemberdayaan Masyarakat Melalui Penumbuhan-kembangan Upaya Kesehatan yang Berbasis Masyarakat Miskin di Pedesaan dalam rangka "*Making Pregnancy Safer*". Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan: Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan. Laporan Akhir Penelitian. Surabaya.
- Suharmiati, Lestari H, dkk. 2009. Studi Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan Puskesmas dan Jaringannya di Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan: Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan. Laporan Akhir Penelitian. Surabaya.
- Timyan Yudith, et al. 1997. Akses pelayanan: Bukan Sekedar Masalah Jarak. Dalam: Kesehatan Wanita, Sebuah Perspektif Global. Editor: Marge Koblinsky, Judith Tinyam, Jill Gay. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta.
- Wasis B, Agus Suprpto, Sarwanto, dkk. 2005. Pengembangan Model Rekrutmen dan Pendayagunaan Tenaga Keperawatan di Daerah Terpencil. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan: Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan Abstrak Hasil penelitian 2005. Surabaya.
- Wasis B, Agus Suprpto, Ristrini. 2007. Studi tentang Rekrutmen, Seleksi dan Alokasi Kegiatan Tenaga Keperawatan di Daerah Terpencil di Jatim dan NTT. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan: Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan. Vol. 10 No. 2, April 2007. Surabaya.
- Utarini Adi. 2011. Bagaimana Caranya Menyediakan Pelayanan Kesehatan yang Bermutu untuk Semua Orang? Pidato Pengukuhan Guru Besar Universitas Gadjah Mada tanggal 25 Juli 2011 di hadapan Majelis Guru Besar Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.
- [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id). Menkes Beberkan Program Prioritas Kemenkes 2011, tanggal 23 Januari 2011. Diakses tanggal 28 Pebruari 2012.
- (<http://shanteukie.wordpress.com/2011/04/> Mempertanyakan kembali Nasionalisme Masyarakat di Kalimantan Barat (Perbatasan RI - Malaysia) diakses tanggal 1 Maret 2012)