

BAB I

PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang Masalah

Berdasarkan Undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan bahwa pembangunan kesehatan harus ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumberdaya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Setiap orang berhak atas kesehatan dan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumberdaya di bidang kesehatan.

Sejalan dengan hal tersebut, maka pelayanan di bidang kesehatan merupakan salah satu yang paling banyak dibutuhkan oleh masyarakat. Salah satu sarana pelayanan kesehatan yang mempunyai peran penting kepada masyarakat adalah institusi kesehatan, seperti Rumah Sakit Daerah, RS Umum, Poliklinik, Puskesmas, Polindes, Poskesdes, Posyandu dan pengembangan UKBM yang melaksanakan surveilans berbasis masyarakat sebagai lembaga dalam mata rantai Sistem Kesehatan Nasional. Berangkat dari kesadaran tersebut, maka semua institusi kesehatan, baik formal maupun informal selalu berupaya untuk dapat memberikan pelayanan yang terbaik kepada pasien dan keluarganya. Baik melalui penyediaan peralatan pengobatan, tenaga medis yang berkualitas sampai pada fasilitas pendukung

lainnya seperti tempat penginapan, kantin, ruang tunggu, apotik dan sebagainya.

Sejalan dengan hal tersebut, maka diperlukan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bernutu kualitasnya dan terkendali serta terjangkau biayanya, sehingga masyarakat dapat memberikan sumbangan bagi terwujudnya percepatan pencapaian indikator kesehatan yang lebih baik. Disamping itu, untuk menjamin terpenuhinya hak hidup sehat bagi seluruh penduduk, pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya termasuk masyarakat yang tinggal di daerah terpencil, tertinggal, kepulauan, dan perbatasan. Untuk itu, perlu adanya Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), agar upaya kesehatan lebih mudah diakses (*accessible*), lebih terjangkau (*affordable*), serta lebih berkualitas (*quality*).

Dalam kerangka merealisasikan tujuan tersebut, maka pemerintah melalui Kementerian Kesehatan berupaya untuk mewujudkan “*Good Governance* di bidang Kesehatan”. Dalam rangka mewujudkan visi tersebut, maka dibutuhkan reformasi pembangunan kesehatan yang salah satu bagiannya melakukan revitalisasi *Primary Health Care* (PHC) dan sistim rujukannya, pemenuhan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), Ketersediaan, keterjangkauan obat diseluruh fasilitas kesehatan, termasuk saintifikasi jamu. Ketersediaan, distribusi SDM kesehatan yang bermutu secara adil dan merata. Penanganan daerah bermasalah kesehatan (PDBK) dan peningkatan pelayanan kesehatan.

Kebijakan pembangunan kesehatan periode lima tahun, yaitu tahun 2010—2014 diarahkan pada tersedianya akses pelayanan kesehatan dasar guna mendukung pencapaian MDG's pada tahun 2015. Pemenuhan pelayanan kesehatan dasar didukung dengan kemudahan akses, baik jarak maupun pembiayaan, agar masyarakat mendapatkan kesempatan yang sama dalam pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif untuk meningkatkan kualitas manusia yang sehat dan mengurangi angka kesakitan.

Sejalan dengan Renstra Kementerian Kesehatan RI tahun 2010--2014, bahwa 70% desa dan kelurahan di Indonesia akan menjadi Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Desa dan kelurahan siaga telah menjadi Desa dan Kelurahan Siaga Aktif apabila penduduknya dapat mengakses dengan mudah pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari melalui Poskesdes, atau sarana kesehatan yang ada di wilayah tersebut seperti Puskesmas, Puskesmas pembantu, atau sarana kesehatan lainnya.

Kebutuhan dan kepentingan untuk mereformasi melalui revitalisasi bidang kesehatan, nampaknya menjadi kebutuhan yang mendesak sejalan masih terlihatnya berbagai persoalan yang dihadapi, seperti masih tingginya angka kematian bayi dan ibu. Setiap tahunnya, sekitar 20.000 perempuan di Indonesia meninggal akibat komplikasi dalam persalinan. Menurut hasil Riskesdas 2010, persalinan yang dibantu oleh tenaga kesehatan pada kelompok sasaran miskin baru mencapai sekitar 69,3%. Sedangkan persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan baru mencapai 55,4%. Salah satu kendala penting untuk mengakses persalinan oleh tenaga

kesehatan di fasilitas kesehatan adalah keterbatasan dan ketidak-tersediaan biaya sehingga diperlukan kebijakan terobosan untuk meningkatkan persalinan yang ditolong melalui kebijakan Jaminan Persalinan.

Persoalan kesehatan tidak sekedar dihadapkan pada persoalan meningkatnya angka kematian ibu dan anak saja, namun persoalan di bidang layanan kesehatan juga menyangkut aspek yang luas. menurut hasil penilaian *World Bank* (2008) ada beberapa problema dalam kebijakan kesehatan di Indonesia, antara lain: 1) desentralisasi telah gagal mewujudkan seluruh potensinya dalam memperbaiki penyediaan layanan kesehatan; 2) Kualitas infrastruktur kesehatan juga buruk dan banyak pusat kesehatan yang tidak memiliki perlengkapan yang memadai; 3) Inefisiensi dan buruknya kualitas layanan telah mengakibatkan rendahnya tingkat pemanfaatan fasilitas kesehatan; 4) Pemanfaatan layanan pasien rawat inap juga sangat rendah di Indonesia, terutama di kalangan masyarakat miskin yang menggunakan layanan rawat inap kurang lebih hanya 60 persen lebih rendah dibandingkan dengan kalangan yang lebih mampu.

Hasil evaluasi *world bank*, nampaknya juga diperkuat oleh beberapa hasil kajian lainnya, seperti yang dilakukan oleh Lina Handayani (1980), yang menjelaskan bahwa hasil evaluasi program Pemberian Makanan Tambahan anak balita di Puskesmas Mungkid Magelang seperti ketersediaan bahan paket, metode serta tenaga sebagai pengelola program telah sesuai dengan buku pedoman petunjuk teknis program Depkes, namun ketersediaan sarana masih kurang. Kemudian menurut Kartika Sari (2008), bahwa pemahaman informan terhadap tujuan dan pentingnya prosedur tetap penting

bagi peningkatan kualitas pelayanan dan dalam meningkatkan efektifitas suatu sistem pelayanan.

Kemudian mendasarkan hasil penelitian Kiswati (2011), terlihat bahwa untuk dapat melaksanakan kebijakan dari suatu program yang ada, para pelaksana harus mendapat sumber yang dibutuhkan agar program berjalan lancar, salah satunya dalam bentuk uang. Dana sebagai syarat kelancaran sebuah program harus dialokasikan secara tepat, demikian juga kelancaran dalam proses penyediaan dan penggunaannya. Dukungan dari pimpinan sangat mempengaruhi pelaksanaan program agar dapat mencapai tujuan secara efektif dan efisien. Wujud dari pimpinan ini adalah menempatkan kebijakan menjadi prioritas program. Di samping itu, penyediaan dana yang cukup untuk kegiatan pelaksanaan program agar mendukung dan bekerja secara total dalam melaksanakan kebijakan atau program.

Mendasarkan fenomena empiris tersebut, maka revitalisasi fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan menjadi penting guna pencapaian SPM dan MDGs dalam rangka memperkuat daya dukung kesehatan lebih optimal ke sasaran masyarakat di pedalaman dan pelosok desa. Upaya ini terkait dengan upaya penurunan AKI dan AKB serta pelayanan distribusi obat dan ketersediaan obat di satu wilayah kabupaten dengan kabupaten yang kekurangan obat. Dalam skim MDG's, salah satu program untuk meningkatkan derajat kesehatan bayi dan ibu dengan upaya untuk menurunkan angka kematian ibu sebesar tiga perempatnya antara tahun 1990

sampai 2015 dengan jumlah 97 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Target saat ini adalah 32 kematian per 1.000 kelahiran hidup.

Tenaga kesehatan pada lingkup wilayah desa perlu dilakukan pembaharuan dengan melibatkan tenaga dokter umum pada setiap desa serta tenaga pelayanan kesehatan pada keperawatan dan kebidanan. Hal ini dilakukan untuk mendorong jaringan pelayanan kesehatan yang menyentuh rasa keadilan dan pemerataan pelayanan kesehatan di tingkat desa di pedalaman dan kurang terjangkau aksesibilitas dan informasi layak.

Jumlah SDM kesehatan kurang disertai distribusi yang tidak merata, Kebutuhan sumber daya manusia kesehatan belum sesuai (*missmatch*) antara perencanaan, pengadaan, pendayagunaan serta distribusi, terutama penyediaan dokter umum, keperawatan dan kebidanan di desa-desa pedalaman kurang dikarenakan kurang diminati sebagai tempat kerja/tugas bagi dokter, keperawatan dan kebidanan. kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bermutu, beban ganda penyakit (penyakit infeksi dan tidak menular masih relatif tinggi terutama di daerah terpencil).

Identifikasi MGD's terkait dengan tingkat pelayanan kesehatan dan pola distribusi tenaga kesehatan di desa-desa dan pelayanan kesehatan meningkat sesuai dengan distribusi pelayanan hingga tingkat desa. Disparitas status kesehatan antar wilayah cukup besar, terutama wilayah-wilayah terkondisi akses transportasi. Kebutuhan distribusi obat bermutu masih belum terjangkau oleh masyarakat kurang mampu. Dalam rangka mempercepat pencapaian target MDGs kesehatan, secara nasional Indonesia masih menghadapi beberapa permasalahan umum antara lain: masalah akses dan

kualitas pelayanan kesehatan terutama pada kelompok penduduk miskin serta kesenjangan status kesehatan antar daerah (disparitas) terutama pada daerah tertinggal, terpencil dan daerah perbatasan serta pulau-pulau terluar. Hal ini antara lain disebabkan karena kendala jarak, biaya dan kondisi fasilitas pelayanan kesehatan, terjadinya kekurangan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan yang kurang merata, terbatasnya pembiayaan kesehatan, serta belum optimalnya pemberdayaan dan promosi kesehatan bagi masyarakat.

Identifikasi permasalahan-permasalahan dan hambatan-hambatan terhadap distribusi pelayanan kesehatan di desa pedalaman, sehingga Kebijakan Pelayanan Kesehatan menyentuh rasa keadilan dan pemerataan. Adanya sinkronisasi perencanaan, pengadaan dan pendayagunaan serta distribusi penyediaan tenaga kesehatan di tingkat desa-desa di pedalaman. Tenaga kesehatan akan optimal ditunjang dengan kebutuhan sarana dan prasarana yang cukup memadai di tingkat desa pedalaman.

1.2. Rumusan Masalah

Mendasarkan retorika empirik tersebut, maka masalah yang dapat dirumuskan adalah: ***Bagaimanakah bentuk kebijakan dan jangkauan fasilitas kesehatan serta tenaga kesehatan di desa-desa sehingga mampu meningkatkan perwujudan MDG's di Jawa Timur?***

Sejalan dengan perumusan masalah tersebut, maka ada beberapa pertanyaan yang diajukan, antara lain :

1. Bagaimana kebijakan terhadap pelayanan kesehatan di Provinsi Jawa Timur terutama pada desa-desa yang jauh dari pusat pemerintahan?
2. Bagaimana Kondisi Fasilitas Kesehatan dalam pelayanan kesehatan di Provinsi Jawa Timur terutama pada desa yang jauh dari pusat pemerintahan?.
3. Apa saja permasalahan dan hambatan-hambatan terhadap distribusi pelayanan kesehatan di desa-desa yang jauh dari pusat pemerintahan ?
4. Bagaimana kondisi Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan dalam perencanaan, pengadaan, pendayagunaan serta distribusi, terutama penyediaan dokter umum, dokter spesialis, keperawatan dan kebidanan di Provinsi Jawa Timur terutama pada desa-desa yang jauh dari pusat pemerintahan ?

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan dari kajian mengenai Revitalisasi Fasilitas Kesehatan dan Tenaga Kesehatan di Desa Dalam Rangka Percepatan MDG's di Jawa Timur antara lain:

1. Identifikasi kajian kebijakan terhadap pelayanan kesehatan di Provinsi Jawa Timur terutama pada desa-desa yang jauh dari pusat pemerintahan .

2. Identifikasi Kondisi Fasilitas Kesehatan dalam pelayanan kesehatan di Provinsi Jawa Timur terutama pada desa-desa yang jauh dari pusat pemerintahan
3. Identifikasi permasalahan-permasalahan dan hambatan-hambatan terhadap distribusi pelayanan kesehatan di Provinsi Jawa Timur terutama pada desa-desa yang jauh dari pusat pemerintahan.
4. Identifikasi kondisi Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan dalam perencanaan, pengadaan, pendayagunaan serta distribusinya, terutama penyediaan dokter umum, dokter spesialis, keperawatan dan kebidanan di Provinsi Jawa Timur terutama pada desa-desa yang jauh dari pusat pemerintahan.
5. Merumuskan format rekomendasi kebijakan untuk peningkatan Penyelenggaraan Layanan Kesehatan di Jawa Timur.

1.4. Hasil yang diharapkan

Hasil (*outcome*) kajian mengenai Revitalisasi Fasilitas Kesehatan dan Tenaga Kesehatan di Desa Dalam Rangka Percepatan MDG's di Jawa Timur antara lain:

1. Kebijakan Pelayanan Kesehatan menyentuh rasa keadilan dan pemerataan
2. Optimalisasi Fasilitas Kesehatan dalam pelayanan kesehatan di Provinsi Jawa Timur.

3. Adanya sinkronisasi perencanaan, pengadaan dan pendayagunaan serta distribusi penyediaan tenaga kesehatan di tingkat desa-desa yang jauh dari pusat pemerintahan.
4. Tenaga kesehatan akan optimal ditunjang dengan kebutuhan sarana dan prasarana yang cukup memadai di tingkat desa-desa yang jauh dari pusat pemerintahan.
5. MDG's terkait dengan pelayanan kesehatan meningkat sesuai dengan distribusi pelayanan hingga tingkat desa.

1.5. Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup kajian mengenai Revitalisasi Fasilitas Kesehatan dan Tenaga Kesehatan di Desa Dalam Rangka Percepatan MDG's di Jawa Timur antara lain:

1. Mengkaji Kebijakan Penyelenggaraan Layanan Kesehatan di Puskesmas Di Jawa Timur terutama pada desa-desa yang jauh dari pusat pemerintahan.
2. Menganalisis Fungsi Fasilitas Kesehatan dalam pelaksanaan Penyelenggaraan Layanan Kesehatan di Jawa Timur terutama pada desa-desa yang jauh dari pusat pemerintahan.
3. Perencanaan, pengadaan dan pendayagunaan serta distribusi penyediaan tenaga kesehatan di Jawa Timur terutama pada desa-desa yang jauh dari pusat pemerintahan.

4. Sarana dan prasarana Penunjang pelayanan Kesehatan di Jawa Timur terutama pada tingkat desa desa-desa yang jauh dari pusat pemerintahan.

1.6. Kerangka Konsep

Dalam kajian ini akan digunakan beberapa kerangka konsep atau definisi yang dapat digunakan untuk menjelaskan mengenai kajian ini, antara lain.

Revitalisasi adalah sebuah kegiatan yang bersifat strategis dan praktis dalam rangka untuk memperbaiki proses kerja organisasi sehingga tujuan organisasi semula dapat dicapai

Fasilitas Kesehatan adalah sarana dan prasarana yang bersifat *intangible* ataupun *tangible* yang sengaja disediakan sebagai sebuah persyaratan minimal dalam penyelenggaraan layanan kesehatan.

MDGs adalah sebuah bentuk kebijakan yang memiliki tujuan untuk memperbaiki dan meningkatkan kondisi sosial-ekonomi masyarakat yang diukur dari beragam capaian indikator.