

BAB III

EVALUASI IMPLEMENTASI PROGRAM KESEHATAN

A. Program Bontang Sehat 2008

Kota Bontang sudah programkan 4 pilar pembangunan. Pertama yaitu Bontang Sehat 2008, Bontang Cerdas 2010, Bontang Lestari 2010 dan Bontang Bebas Kemiskinan 2020."Ukuran dan pencaanangan target dengan batas waktu yang tegas dan jelas. Pemerintah kota Bontang berkomitmen untuk mewujudkan Bontang sehat pada tahun 2008. Kalimat sederhana ini adalah merupakan visi pembangunan kesehatan kota Bontang. Sejak awal pemerintah kota Bontang telah menempatkan kebijakan pembangunan kesehatan sebagai mainstream kebijakan pembangunan daerah secara umum. Hal ini penting mengingat segala upaya Dinkes untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat harus ditunjang oleh instansi pemerintah terkait, organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi kedokteran, dan profesi medis lainnya. Dengan adanya desentralisasi pengelolaan di sektor kesehatan, merupakan peluang yang baik bagi investasi kesehatan untuk Kota. Maka dari itu, Pemerintah Kota Bontang harus dapat mengelola peluang ini dengan pengembangan konsep kemitraan terhdap "International Donor Agency" yang bergerak dalam bidang kesehatan. Hal ini akan sangat membantu percepatan *Capacity Building* dari segenap komponen provider kesehatan (Dinkes dan Puskesmas), terutama dalam pengembangan sumber daya tenaga dan penguatan program kesehatan.

Sebagai mana yang telah diamanatkan dalam GBHN 1999 dan dilanjutkan RPJP Nasional 2005 bahwa salah satu misi bangsa indonesia kedepan adalah perwujudan kesejahteraan rakyat ditandai dengan meningkatnya kualitas kehidupan yang layak serta memberi perhatian utama pada tercukupinya kebutuhan dasar antara lain kesehatan.

Memasuki milenium baru, telah dicanangkan paradigma baru dalam pembangunan kesehatan, yaitu "paradigma sehat". Secara makro paradigma sehat berarti bahwa pembangunan lintas sektoral harus memberi dampak positif pada lingkungan dan perilaku sehat. Secara mikro, berarti bahwa pembangunan dibidang kesehatan lebih menekankan pada upaya pelayanan promotif dan preventif tanpa melupakan upay pelayanan kuratif dan rehabilitatif pada warga masyarakat dan lingkungan kotanya.

Paradigma sehat merupakan model pembangunan kesehatan yang dalam jangka panjang akan mampu mendorong masyarakat dan kotanya untuk bersikap mandiri dalam menjaga kesehatan mereka sendiri yang hidup dalam lingkungan dan perilaku sehat memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara merata melalui kesadaran yang lebih tinggi.

Dasar-dasar pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah nilai kebenaran dan aturan pokok sebagai landasan untuk berpikir, berpijak dan bertindak dalam penyusunan visi, misi dan strategi sebagai petunjuk pokok pelaksanaan pembangunan kesehatan kota bontang.

Dasar dasar pembangunan kesehatan meliputi komitmen sikap dan tindakan agar setiap upaya kesehatan harus berlandaskan pada asas perikemanusiaan yang dijiwai, digerakan dan dikendalikan oleh keimanan, ketaqwaan terhadap Tuhan YME, sehingga setiap tenaga kesehatan perlu mempunyai moralitas yang tinggi, berbudi luhur dan mendorong serta memegang teguh etika profesi, harus mampu membangkitkan dan mendorong peran serta masyarakat dalam member pelayanan tanpa memandang perbedaan suku, golongan, agama, status ekonomi dan status sosial.

Penyelenggaraan upaya kesehatan yang bermutu dan mengikuti IPTEK, harus lebih mengutamakan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, dilaksanakan secara profesional, berhasilguna dan berdayaguna dengan mempertimbangkan kebutuhan dan kondisi daerah, sehingga member manfaat yang sebesar besarnya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Dalam rangka mengantisipasi tantangan kedepan menuju kondisi seperti yang diharapkan diatas, pemerintah kota Bontang perlu terus menerus mengembangkan peluang dan inovasi, meningkatkan persaingan, tantangan dan tuntutan masyarakat akan pelayanan prima mendorong Dinkes kota Bontang untuk mempersiapkan diri agar tetap eksis dan unggul dengan senantiasa mengupayakan perubahan kearah yang lebih baik.

Perubahan tersebut dilakukan secara bertahap, terencana, konsisten dan berkelanjutan sehingga dapat meningkatkan akuntabilitas kinerja yang berorientasi pada pencapaian hasil atau manfaat. Salah satu langkah yang telah dilakukan oleh

pemerintah kota bontang adalah menetapkan visi pembangunan kesehatan yang mengacu pada visi Indonesia sehat 2010.

Visi merupakan cara pandang jauh kedepan, kearah mana pembangunan kesehatan kota bontang akan diarahkan dan apa yang akan dicapai maupun diperoleh, sejalan dengan visi pembangunan kota bontang sebagai daerah berbasis industri dan jasa maka pembangunan kesehatan kota bontang ditetapkan sebagai berikut, yaitu:”terwujudnya bontang kota sehat 2008”

Bontang kota sehat 2008 berarti proses pembangunan kesehatan dilakukan secara bertahap dan berkesinambungan, sehingga pada tahun 2008 terwujud sebuah kota yang memiliki derajat kesehatan yang optimal dan menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat kesakitan, menurunnya kasus kekurangan gizi pada usia bayi, balita, usia produktif dan kelompok usia rentan lainnya, penduduk hidup dalam lingkungan yang sehat, mempraktekan perilaku hidup bersih dan sehat, mampu menyediakan, memilih dan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata.

Pilar Pembangunan Kota Bontang sesuai yang dicanangkan walikota ada empat (4) yakni Bontang Cerdas Tahun 2010, Bontang Sehat Tahun 2008, Bontang Lestari dan Bontang Bebas Kemiskinan Tahun 2020. Arah pembangunan Kota Bontang menitikberatkan pembangunan disegala bidang dengan mengacu pada tercapainya keempat pilar tersebut. Begitu juga pembangunan dibidang kesehatan dalam rangka mencapai Bontang Sehat 2008 berbagai upaya telah dilakukan, yang semuanya mengarah pada tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang optimal,

yang merupakan salah satu ukuran kesejahteraan dan kualitas sumber daya manusia. Indikator yang lazim digunakan antara lain: angka kematian, angka kesakitan, umur harapan hidup, status gizi dan lain-lain yang digunakan untuk menilai keberhasilan pembangunan kesehatan maupun sebagai dasar dalam menyusun rencana untuk masa yang akan datang.

Dalam analisa situasi derajat kesehatan masyarakat, kita mengacu kepada teori Hendrick L. Blum, yang menyebutkan ada empat faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat yaitu (1) Lingkungan, (2) Perilaku yang keduanya memegang peranan dalam pencapaian derajat kesehatan masyarakat, kemudian (3) Pelayanan Kesehatan baik dari segi kuantitas maupun kualitas yang diberikan baik oleh pemerintah maupun swasta terhadap masyarakat, serta yang terakhir adalah (4) genetik/populasi.

Sejalan hal tersebut sebagai upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang merupakan satu tolak ukur tingkat kesejahteraan masyarakat. Pemerintah kota mencanangkan kebijakan "Bontang sehat 2008". Hal ini cukup beralasan karenan kesehatan masyarakat merupakan salah satu faktor utama yang diperlukan untuk membangun sumber daya manusia yang berkualitas dalam arti manusia yang tangguh, sehat, cerdas, kreatif dan produktif yang pada gilirannya diharapkan dapat mendukung suksesnya pembangunan di kota bontang.

Bontang sehat 2008 berarti proses pembangunan kesehatan dilakukan secara bertahap dan berkesinambungan secara terus-menerus melalui upaya peningkatan kualita lingkungan fisik dan lingkungan sosialnya yang berwawasan lingkungan dan

kberwawasan kesehatan yang terintegrasi dalam perencanaan pembangunan kota dengan mengoptimalkan pemberdayaan potensi masyarakat dan lingkungan kota sehingga pada akhir tahun 2008 terwujud sebuah kota yang penduduknya hidup dalam lingkungan yang sehat, mempraktekan perilaku hidup bersih dan sehat, mampu menyediakan, memilih, dan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tinggi. Kesehatan dianggap pemerintah Bontang merupakan investasi yang akan memberikan ROI (*Return of Investment*) dalam bentuk masyarakat yang sehat dan produktif, pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan berkeadilan sosial, serta kompetensi teknis petugas handal dan profesional. Kebijakan lain yang dapat diupayakan oleh Pemerintah Kota Bontang adalah dengan dibentuknya suatu forum kesehatan tingkat kota Bontang (*District Health Forum*). Wadah ini terdiri atas unsur lintas sektoral dan segenap stakeholder sehingga akan mengawal segenap proses pembangunan yang berwawasan lingkungan.

Dinkes Kota Bontang telah menyusun program pembangunan kesehatan tahun 2004 yang merupakan penjabaran dari konsep visi, misi dan strategi yang telah digariskan di atas. Program pembangunan kesehatan dalam Bontang Sehat: P2P DBD, P2P TB Paru, P2P Malaria, P2P Kusta, P2P Diare, P2P ISPA, P2P PMS dan HIV/AIDS, P2P Rabies, Imunisasi, Pengamatan Penyakit, Kesehatan Haji, Kesehatan Ibu dan Anak, Pembinaan Akseptor, Kesehatan Remaja, Kesehatan Usila, Pelaksanaan UKS, Perbaikan dan Kewaspadaan Gizi Masyarakat, Pengembangan Manajemen Sumber Daya Kesehatan, Penguatan Sistem Informasi Kesehatan, Peningkatan Kualitas Haji, Pelayanan Kesehatan Masyarakat, Penerapan Standar

Mutu, Penyusunan dan Penerapan Standar SOP dan Perijinan, Pembinaan dan Pengawasan Obat Tradisional, Peningkatan Sarana dan Prasarana Kesehatan, Pengadaan, Pengelolaan, Pembinaan dan Pengawasan Obat dan Bahan Berbahaya, Penyehatan Lingkungan, Pembentukan Prilaku Sehat dan Bersih (PHBS) dan Pemberdayaahn Masyarakat, Peningkatan Peran Serta Masyarakat, Pengembangan JPK-PPK/Askeskin, dan Kemitraan²⁹.

Secara umum, hingga saat ini pemerintah kota Bontang telah mampu menyediakan sebagian besar peralatan medis untuk pelayanan dasar dan rujukan. Namun masalahnya adalah keterbatasan kemampuan pemerintah dalam meningkatkan cakupan dan mutu pelayan secara lebih optimal. Salah satu penyebabnya adalah lemahnya SDM tenaga kesehatan untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu.

Tantangan utama kedepan antara lain adalah:

- a. Meningkatkan derajat kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat yang dapat mewujudkan kualitas sumber daya manusia yang sehat, produktif, tangguh dan mampu bersaing dengan negara yang perkembangan ekonominya seimbang.
- b. Meningkatnya kelompok usia lanjut sebagai akibat meningkatnya umur harapan hidup yang telah berdampak pada meningkatnya penyakit degenerative. Kondisi ini membutuhkan perhatian kita untuk lebih banyak

²⁹ Data administrasi Dinkes Kota Bontang 2009

memberi perhatian terhadap kelompok usia lanjut sehingga kondisi kesehatannya tetap optimal.

- c. Beberapa penyakit menular dan kasus kekurangan gizi masih tetap menjadi perhatian kita untuk di atasi, disamping itu penyakit baru mencuat menjadi masalah seperti HIV/AIDS dan penyakit-penyakit degenerative, kanker, gangguan kejiwaan, kecelakaan, penyakit akibat polusi lingkungan yang cenderung meningkat. Saat ini pemerintah kota Bontang dituntut untuk mengatasi beban ganda ini melalui peningkatan penyediaan teknologi kesehatan yang berbiaya tinggi.
- d. Dampak perubahan sosial, pendidikan dan ekonomi keluarga dalam iklim globalisasi dan pasar bebas akan member pengaruh terhadap perubahan gaya hidup, tuntutan dan kebutuhan masyarakat terhadap pelayan kesehatan yang berkualitas, serta meningkatnya kesadaran hukum masyarakat sehingga tantangan yang akan dihadapi adalah harus mampu mempersiapkan pelayanan yang sesuai dengan harapan dan kebutuhan pasien dengan jaminan mutu pelayanan yang baik.
- e. Pelayanan kesehatan yang diberikan harus sesuai standar prosedur operasional (SOP) yang ditentukan agar dapat memberikan kepastian dan perlindungan hukum bagi pemberi dan penerima pelayanan.
- f. Peningkatan peran serta msyarakat, termasuk swasta dalam pembiayaan pemeliharaan kesehatan paripurna dengan titik berat pada upaya peningkatan

kesehatan (promotif) serta dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang bermutu.

- g. Pengembangan upaya penyuluhan kesehatan dilaksanakan secara integral dengan sasaran setiap pribadi, keluarga, dan masyarakat dengan tujuan agar masyarakat dapat berperilaku hidup bersih dan sehat sesuai strata sosial ekonominya dan mampu memanfaatkan sarana kesehatan yang tersedia.
- h. Jangkauan dan mutu pelayanan sehatan dapat dikembangkan sedemikian rupa sehingga dapat diterima dan dimanfaatkan masyarakat secara optimal, terutama masyarakat yang berpenghasilan rendah, bertempat tinggal didaerah terpencil dan didaerah pemukiman baru.

1. Pelayanan Kesehatan

Pemerintah Bontang berusaha untuk mengimplemantasikan program Bontang Sehat 2008 dengan baik. Hal itu dilakukan dengan membuat fasilitas kesehatan yang mudah dijangkau oleh masyarakat Bontang. Jarak yang jauh dapat menyebabkan enggannya masyarakat untuk memeriksakan kesehatan, sehingga menurut Dr. Hindar Jaya, Sp. OG kepala Dinas Kesehatan Bontang, pemerintah Bontang membuat beberapa lokasi fasilitas kesehatan yang dekat dengan tempat tinggal penduduk.

Berikut merupakan penjelasan dari Dr. Hindar Jaya, Sp. OG:

*"Pemerintah Bontang memang ingin mengimplementasikan program Bontang Sehat 2008 dengan baik. Nah, salah satu caranya adalah dengan membangun fasilitas kesehatan yang dekat dengan penduduk. Kalau tidak, repot bagi penduduk untuk datang memeriksakan kesehatan"*³⁰.

³⁰ Hasil wawancara tanggal 4 April 2010

Pendekatan kesehatan juga mengenal tingkatan, dimana setiap tingkatan memerlukan tindakan yang berbeda-beda. Dalam kasus Indonesia, pemerintah kabupaten/kota yang saat ini menjadi tulang punggung penyediaan layanan kesehatan mengimplementasikan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda, tergantung pada ketersediaan sumber dayanya. Secara umum pelayanan kesehatan yang dipraktekkan oleh tiap-tiap daerah dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu:

- a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama (primary health service): secara umum pelayanan kesehatan tingkat pertama didefinisikan sebagai pelayanan yang bersifat pokok (basic health service) yang memang di butuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada umumnya pelayanan kesehatan tingkat pertama ini bersifat pelayanan berobat jalan (out patient service).
- b. Pelayanan kesehatan tingkat kedua (secondary health service). Secara umum pelayanan kesehatan tingkat kedua adalah pelayanan kesehatan yang lebih lanjut, telah bersifat perawatan (in patient services) dan untuk menyelenggarakannya diperlukan tersedianya tenaga-tenaga spesialis.
- c. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (tertiary health services). Secara umum pelayanan kesehatan tingkat ketiga adalah pelayanan kesehatan yang bersifat yang lebih kompleks dan umumnya diselenggarakan oleh tenaga-tenaga sub spesialis³¹.

Sebelum program Bontang Sehat 2008 dilaksanakan, tercatat bahwa sarana pelayanan kesehatan di Bontang pada tahun 2007 sebanyak 116 fasilitas, yang terdiri

³¹ Hasdam, Sofyan. "Bontang Sehat 2008", halaman 108. Pemerintah Kota Bontang, 2006

dari rumah sakit sebanyak 4 buah, puskesmas sebanyak 3 buah, puskesmas pembantu sejumlah 2 buah, puskesmas keliling sebanyak 2 buah, dan posyandu sebanyak 80 buah. Adanya program Bontang Sehat 2008 membuat meningkatnya jumlah sarana yang ada di Bontang, dan letak sarana tersebut juga berada di dekat rumah penduduk untuk memudahkan penduduk menjangkaunya.

Salah satu contoh dari letak fasilitas kesehatan yang ada dekat tempat tinggal penduduk adalah adanya rumah bersalin di daerah Guntung Keberadaan rumah bersalin tersebut sangat membantu masyarakat Bontang karena letaknya dekat dan transportasi untuk menuju rumah bersalin tersebut mudah dijangkau oleh masyarakat.

Berikut merupakan ungkapan dari salah seorang masyarakat Guntung yang telah menikmati rumah bersalin tersebut:

"Sebelumnya aku susah sekali karena saat saya hamil anak pertama dulu, disini tidak ada rumah bersalin. Jadi untuk periksa kehamilan aku jadi repot karena harus keluar wilayah sini. Padahalkan namanya juga lagi hamil, harus sering periksa berkali-kali. Aku mau minta antar suami, juga repot karena suami harus kerja dan susah ijin untuk keluar sebentar. Jadinya jarang aku periksa kesehatan. Susahnya lagi saat mau melahirkan, juga stres. Tempat melahirkannya jauh, padahal jarak rumah bersalin jauh. Waktu melahirkan anak aku yang kedua ini enak. Sudah ada rumah bersalin. Dekat juga dari rumah, jadi tidak repot lagi³².

Salah seorang masyarakat yang tinggal di wilayah Satimpo juga mengungkapkan bahwa adanya fasilitas kesehatan yang dekat dengan tinggal, telah membuatnya merasa senang dan tidak kesulitan lagi untuk melakukan cek kesehatan.

"Saya ini orang sudah tua. Repot kalau harus periksa jauh-jauh. Ga sanggup saya kalau harus periksa ke Berbas Tengah lagi. Saya dulu kalau mau periksa harus tunggu anak saya pulang kerja untuk minta di antar ke puskesmas.

³² Orlanty, masyarakat Guntung wawancara tanggal 7 Juni 2010

*Tempatnya sangat jauh dan ga dilewati transportasi umum. Kalau ga ada yang nganter ya bener-bener susah. Sekarang sudah beda. Tempatnya beda, lebih dekat. Saya tidak usah munggu anak untuk diantr lagi ke puskesmas. Saya tinggal jalan kaki aja sudah sampai, dekat sekali soalnya*³³.

Berdasarkan uraian di atas dapat diketahui bahwa jarak fasilitas kesehatan sedikit tidaknya mempengaruhi kemauan masyarakat untuk berobat. Adanya lokasi fasilitas kesehatan yang dekat membuat masyarakat menjadi senang untuk memeriksakan kesehatannya. Selain itu, mudahnya transportasi masyarakat untuk mendatangi fasilitas kesehatan juga mampu membuat masyarakat lebih bersemangat untuk datang ke fasilitas kesehatan yang telah disediakan pemerintah.

2. Ketersediaan Sumber Daya Manusia

Ketersediaan jumlah dokter dan perawat menurut standart pelayanan kesehatan adalah unsur utama dalam melaksanakan program kesehatan. Dalam usaha pencapaian standart rasio jumlah ketersediaan sumber daya manusia dalam implementasi Bontang Sehat 2008 terus ditingkatkan. Hal itu dilakukan dengan peningkatan jumlah perawat dan juga dokter di Bontang. Menurut Ridwanuddin, kepala bidang sumber daya manusia di Dinas Kesehatan Bontang, dikatakan jumlah tenaga medis sedang diusahakan untuk terus ditingkatkan agar dapat dikatakan baik dalam ketersediaan jumlah tenaga medis.

"Untuk standar jumlah tenaga medis dapat dikatakan baik jika perbandingan jumlah dokter dengan jumlah pasien adalah 1 banding 7. Maksudnya, 1 dokter dapat mengatasi 7 orang pasien, sedangkan untuk perawat adalah 1

³³ Rumianti, warga Satimpo wawancara tanggal 7 April 2010

perawat dapat melayani 3 pasien. Untuk mencapai itu ya kami tingkatkan terus jumlah dokter dan perawat di Bontang”³⁴.

Jumlah tenaga medis yang ada di Bontang pada tahun 2007 hingga tahun 2009

tercantum dalam tabel di bawah ini:

Tabel 3.1
Jumlah Tenaga Medis di Bontang Tahun 2007-2009

Tenaga Medis	Tahun		
	2007	2008	2009
Dokter	53	68	81
Perawat	117	155	348
Jumlah	170	223	429

Sumber: Dinas Kesehatan Bontang 2009

Untuk menuju hal tersebut maka dibutuhkan rasio 30 dokter per 100.000 penduduk dan 158 perawat pe 100.000 penduduk. Peningkatan jumlah tenaga medis dilakukan secara bertahap dan berkelanjutan. Kondisi tersebut menurut Dr. Hindar Jaya, Sp.OG karena sulitnya mencari tenaga medis yang mau untuk ditempatkan di wilayah Bontang

”Sangat sulit untuk menugaskan dokter dan perawat di Bontang. Stereotype yang ada di masyarakat adalah Bontang letaknya jauh dari Balikpapan dan juga merupakan daerah yang belum begitu maju. Pandangan itulah yang membuat minimnya tenaga medis di sini. Memang sih dokter kan orang-orang pintar, jadi jarang yang mau untuk menetap di sini. Jika di kota besar tentu saja lebih menguntungkan bagi mereka,”³⁵.

Berkaitan hal ini ada beberapa faktor penyebab kelangkaan tenaga medis yaitu:

- a. Terbatasnya lembaga pendidikan tinggi yang mampu menyelenggarakan pendidikan dokter

³⁴ Ridwanuddin, kepala bidang sumber daya manusia di Dinas Kesehatan Bontang, wawancara tanggal 6 Juni 2010

³⁵ Dr. Hindar Jaya, Sp.OG kepala Dinas Kesehatan Bontang, wawancara tanggal 4 April 2010

- b. Terbatasnya jumlah mahasiswa yang dapat diterima oleh lembaga pendidikan yang ada.
- c. Mahal dan lamanya waktu pendidikan dokter
- d. Kurangnya insentif finansial untuk bekerja di puskesmas.

Dengan adanya peningkatan jumlah dokter dan perawat maka dapat diambil kesimpulan bahwa jumlah tenaga kerja kesehatan di Kota Bontang telah memenuhi jumlah standart kesehatan nasional serta kebutuhan masyarakat mengenai tenaga medis dapat dipenuhi dengan baik.

3. Sarana Kesehatan

Sarana kesehatan adalah hal yang sangat di butuhkan selain tenaga medis. Sarana kesehatan terdiri dari puskesmas, rumah sakit (rumah sakit umum dan rumah sakit khusus), dan lain lain. Puskesmas merupakan unit pelaksanaan teknis dari dinas kesehatan kabupaten/kota yang berada diwilayah kecamatan yang melakukan tugas tugas oprasional pembangunan kesehatan. Rasio Puskesmas = 6,4 per 100.000 penduduk, Rasio Pustu = 53,5 per 100.000 penduduk, Rasio Polindes = 7 per 100.000 penduduk dan Rasio Pusling = 9,88 per 100.000 penduduk.

Ketersediaan tempat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang ada di Bontang juga terus ditingkatkan sebagai implementasi dari program Bontang Sehat 2008. Sarana kesehatan yang terdapat di kota Bontang pada tahun 2007 hingga 2009 terurai dalam tabel berikut:

Tabel 3.2
Sarana Pelayanan Kesehatan di Bontang Tahun 2007-2009

Fasilitas Kesehatan	Tahun		
	2007	2008	2009
Rumah Sakit Umum	4	4	4
Puskesmas	3	3	3
Puskesmas Pembantu	2	3	6
Puskesmas Keliling	2	3	8
Posyandu	80	100	105
Klinik	2	4	4
Apotik	19	22	23
Labolatorium	2	2	3
Rumah Bersalin	2	3	3
Jumlah	116	144	159

Sumber: BPS Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2010

Peningkatan jumlah sarana pelayanan kesehatan di Bontang tidak dapat dengan mudah untuk ditingkatkan karena adanya hambatan dana. Bukan dana yang kecil untuk membangun sebuah sarana kesehatan. Selain itu juga butuh persiapan seperti rancangan bangunan dan tenaga kerja. Hambatan yang dirasakan pemerintah Bontang terungkap dalam penjelasan berikut:

“Dana yang dibutuhkan untuk merealisasikan saran kesehatan di Bontang sangat besar. Bisa kita bayangkan untuk mendirikan sebuah puskesmas saja bisa habis ratusan juta. Nah, itukan dana yang tidak sedikit. Butuh prepare untuk merealisasikannya. Tidak bisa sembarangan karena dana yang dikeluarkan pemerintah Bontang tentu saja harus benar-benar kami pertanggung jawabkan,”³⁶.

Peningkatan sarana kesehatan yang paling dominan dilakukan pemerintah Bontang adalah puskesmas keliling. Hal itu dikarenakan untuk pengadaan puskesmas

³⁶ Wahyudi, kepala keuangan pemda Bontang, wawancara tanggal 10 April 2010

keliling lebih mudah dilaksanakan dibandingkan dengan penyediaan sarana kesehatan lainnya, seperti rumah sakit umum, puskesmas, ataupun gudang farmasi.

4. Kemampuan Masyarakat

Beberapa tahun terakhir terdapat kecenderungan semakin meningkatnya biaya pemeliharaan kesehatan. Dalam kasus Indonesia khususnya kurun waktu antara tahun 1990 sampai 1994 telah terjadi lonjakan biaya kesehatan sebesar 203,29%. Angka ini terus mengalami peningkatan pada kurun waktu antara tahun 1998 sampai dengan tahun 2005, diperkirakan peningkatan tersebut terjadi dengan presentasi yang lebih besar sari periode sebelumnya. Atas dasar itu, pemerintah perlu memikirkan sesuatu model pembiayaan kesehatan nasional sehingga dapat member jaminan kepada semua warga masyarakat akan memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas³⁷. Mata pencaharian penduduk Kota Bontang didominasi oleh Sektor Jasa sebesar 37%, kemudian Sektor Industri sebesar 19,60%, dan Sektor Perdagangan sebesar 16,59%. Kemampuan masyarakat di Bontang untuk membayar fasilitas kesehatan ikut membuat mau atau tidaknya masyarakat memeriksakan kesehatan di fasilitas kesehatan yang telah disediakan. Harga dari pelayanan kesehatan diupayakan tidak terlalu membebani masyarakat. Untuk melakukan hal itu maka pemerintah Bontang membuat kebijakan kepada sarana kesehatan yang ada untuk tidak menaikkan harga konsultasi dokter hingga tahun 2012. Setiap tahunnya, yang paling membebani masyarakat untuk mendapatkan fasilitas kesehatan adalah konsultasi dokter. Dokter umum di Bontang mengenakan tarif rata-rata sebesar Rp.75.000,- untuk sekali

³⁷ Hasdam, Sofyan."Bontang Sehat 2008", halaman 207. Pemerintah Kota Bontang, 2006

konsultasi, dan biasanya setiap tahun akan naik. Berikut ungkapan dari salah seorang masyarakat Bontang yang telah berobat di rumah sakit umum Bontang:

"Wah... pusing saya kalau sakit kaya gini. Buat bayar dokternya aja mahal bener Bang... padahalkan saya orang ga punya, mau makan aja susah apalagi untuk berobat. Saya sudah lama kena stroke, tapi jarang berobat di rumah sakit. Ga punya duit Bang.... Semuanya mahal,"³⁸

Tidak naiknya harga konsultasi dokter diharapkan memberi kesempatan kepada masyarakat Bontang untuk berkonsultasi dengan teratur. Masyarakat Bontang memiliki tingkat ekonomi yang beragam sehingga biaya fasilitas kesehatan juga diharapkan dapat terjangkau oleh masyarakat yang memiliki ekonomi lemah juga.

Secara umum dapat disimpulkan bahwa ada tiga faktor penyebab semakin melonjaknya biaya kesehatan, yaitu:

- a. meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap pentingnya mengobati penyakit,
- b. adanya perubahan pola penyakit kota bontang,
- c. perkembangan teknologi kedokteran yang sangat pesat mendorong tingginya biaya per unit pelayanan medis.

5. Derajat Kesehatan

Derajat kesehatan masyarakat merupakan indikator dampak atau hasil dari pembangunan kesehatan yang dilaksanakan, hal ini dapat dilihat dari kualitas hidup seperti angka mortalitas dan morbiditas serta status gizi yang mempengaruhinya.

Adapun penjelasannya sebagai berikut:

³⁸ Tikno, masyarakat Bontang Kuala, wawancara tanggal 11 April 2010

a. Angka Kematian Bayi

Angka kematian bayi merupakan indikator yang paling penting untuk memberi gambaran tingkat permasalahan kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan faktor penyebab kematian, tingkat pelayanan antenatal, status gizi ibu hamil, keberhasilan program KIA dan KB serta kondisi lingkungan dan sosial ekonomi masyarakat.

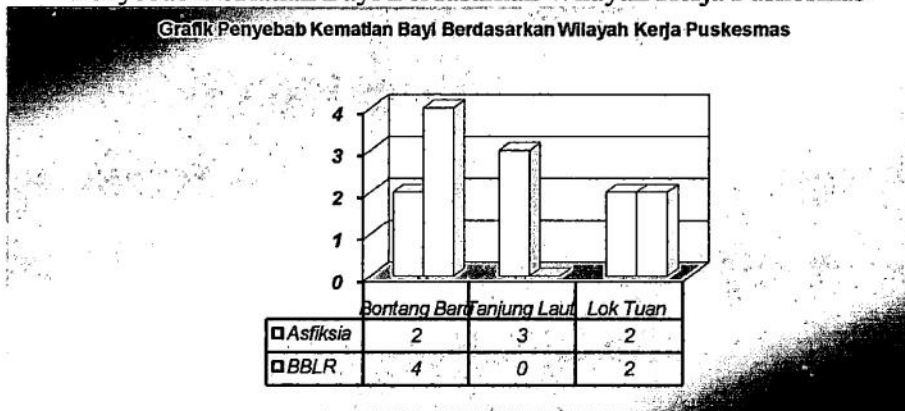
Berdasarkan data yang dilaporkan diketahui bahwa tahun 2007 AKB Kota Bontang meningkat menjadi 21 kasus atau 7,25 /1.000 KH. Walaupun meningkat dari tahun 2006 tetapi masih dibawah standar Indikator Sehat 2010 yaitu 40/1.000 KH. Berikut perkembangan angka kematian bayi dari tahun 2001 sampai dengan tahun 2007:

Gambar 3.1
Perkembangan Angka Kematian Bayi di Kota Bontang Tahun 2001-2007



Sumber: Bidang Kesehatan & PKM DKK Bontang 2007

Gambar 3.2
Penyebab Kematian Bayi Berdasarkan Wilayah Kerja Puskesmas



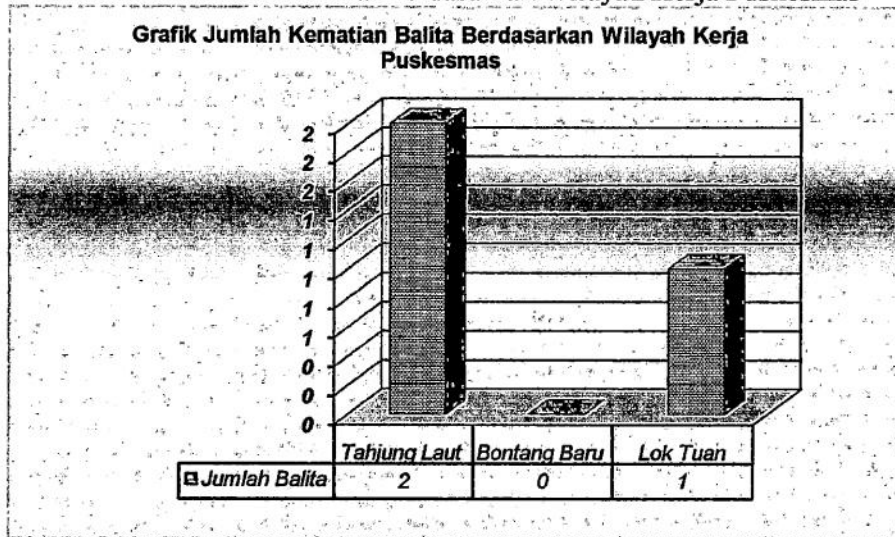
Sumber: Bidang Kesehatan & PKM DKK Bontang, 2007

Penyebab kematian bayi yang terbanyak adalah Asfiksia (7 kasus) yang terdapat di wilayah Puskesmas Bontang Baru 2 kasus, 3 kasus di wilayah puskesmas Tanjung Laut dan 2 Kasus di wilayah Lok Tuan. Kasus BBLR (6 kasus) terdapat di wilayah Puskesmas Bontang baru 4 kasus dan Lok Tuan sebanyak 2 kasus.

b. Angka Kematian Balita

Angka kematian balita adalah jumlah kematian balita 13 bulan sampai 60 bulan perseribu balita. Angka Kematian Balita yang tinggi menggambarkan kondisi perinatal yang tidak sehat oleh para ibu dan atau merupakan akibat dari lingkungan yang berpengaruh terhadap kesehatan anak balita seperti gizi, sanitasi, penyakit menular dan kondisi lingkungan.

Gambar 3.3
Jumlah Kematian Balita Berdasarkan Wilayah Kerja Puskesmas



Sumber: Bidang Kesehatan & PKM DKK Bontang, 2007

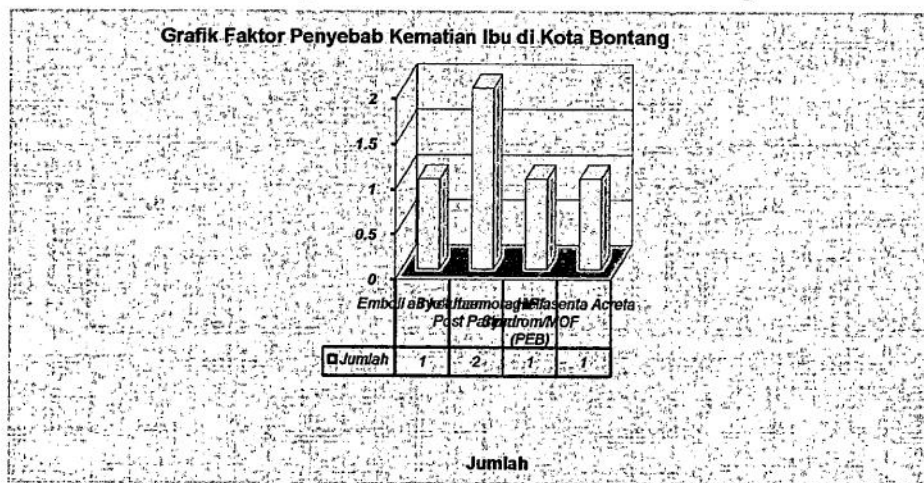
Angka kematian balita tahun 2007 tercatat 3 balita meninggal dunia dari 14.054 balita atau 1,04/1.000 balita. Bila dibandingkan dengan standar Indikator Sehat 2010, AKB di kota Bontang cukup baik karena berada dibawah standar yaitu 58/1.000 balita. Jumlah kematian balita terdapat 2 kasus di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Laut dan 1 kasus di wilayah Puskesmas Lok Tuan.

c. Angka Kematian Ibu

Angka Kematian Ibu berguna untuk menggambarkan resiko yang dihadapi ibu-ibu selama kehamilan, persalinan dan masa nifas yang dipengaruhi oleh keadaan sosial ekonomi, keadaan kesehatan yang kurang baik menjelang kehamilan, kejadian berbagai komplikasi pada kehamilan dan kelahiran serta tersedianya penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan termasuk pelayanan

perinatal dan obstetric. Kasus kematian ibu terjadi pada ibu hamil sebanyak 1 kasus, ibu bersalin 3 kasus dan 1 kasus pada ibu nifas. Kematian ibu di wilayah Puskesmas Tanjung Laut berjumlah 3 kasus, 1 kasus di wilayah Puskesmas Bontang Baru, dan 1 kasus di wilayah Puskesmas Lok Tuan. Adapun faktor penyebab kematian ibu di Kota Bontang dapat dilihat pada grafik di bawah ini:

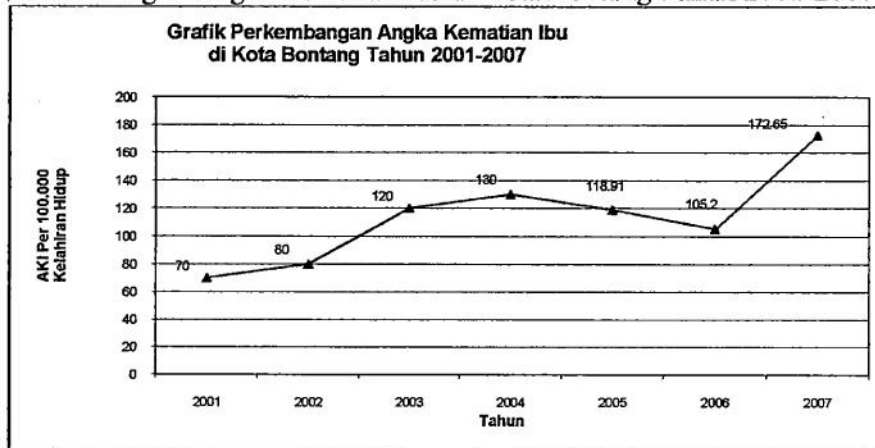
Gambar 3.4
Faktor Penyebab Kematian Ibu di Kota Bontang



Sumber: Bidang Kesehatan & PKM DKK Bontang, 2007

Dari lima kasus kematian ibu pada tahun 2007 tersebut, AKI Kota Bontang meningkat menjadi 172.65/100.000 Kelahiran Hidup, dibanding pada Tahun 2006 sebesar 105,2/100.000 KH. Target AKI ini melampaui target nasional yaitu 150/100.000 kelahiran hidup. Adapun perkembangan angka kematian ibu dari tahun 2001 sampai 2007 dapat dilihat pada gambar dibawah ini:

Gambar 3.5
Perkembangan Angka Kematian Ibu di Kota Bontang Tahun 2001-2007



Sumber: Bidang Kesehatan & PKM DKK Bontang, 2007

d. Kesakitan

1) Pola Penyakit Utama

Berdasarkan laporan kunjungan penderita rawat jalan di puskesmas pada tahun 2007, diketahui 10 besar penyakit di Kota Bontang dapat dilihat Pola penyakit tahun 2007 di dominasi oleh penyakit pada saluran pernafasan bagian atas (38,82%), faringitis (11,46%), penyakit kulit alergi (8,83%), influenza (8,57%), penyakit tekanan darah tinggi (7,19%) (SP2TP tahun 2007). Dari pola penyakit tersebut dapat diketahui bahwa tren penyakit penduduk Kota Bontang masih didominasi oleh penyakit infeksi saluran pernafasan bagian atas. kemungkinan akibat dampak polusi industri. Hal ini merupakan masalah umum yang terjadi pada negara berkembang dimana pola penyakit yang disebabkan penyakit infeksi tetap tinggi.

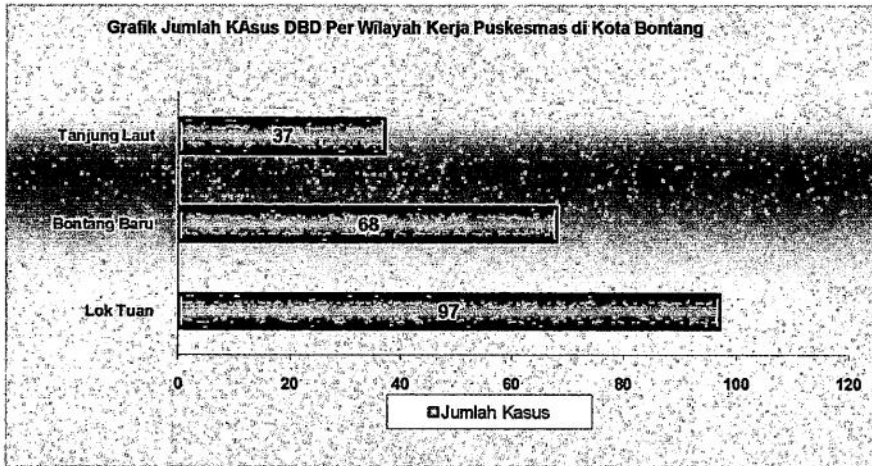
2) Penyakit Menular

Beberapa penyakit menular yang bersumber dari binatang menunjukkan angka kesakitan yang tinggi seperti DBD serta malaria, khusus penyakit DBD masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang utama di Kota Bontang, sehingga tetap merupakan prioritas untuk pencegahan dan pemberantasan, utamanya dalam memutuskan mata rantai penularannya.

3) Demam Berdarah Dengue (DBD)

Kota Bontang merupakan daerah yang tergolong daerah *endemis* DBD, angka kesakitan (Insiden Rate) per 100.000 penduduk pada tahun 2007 sebesar 155,74 atau meningkat dari tahun 2006 sebesar 116,63. Angka kematian (CFR) DBD tahun 2007 sebesar 0 atau tidak ada kematian dikarenakan penyakit DBD. Hal ini menunjukkan tatalaksana terhadap kasus DBD sudah baik. Jumlah kasus DBD terbanyak adalah di wilayah kerja Puskesmas Lok Tuan sebanyak 97 kasus, kemudian 68 kasus di wilayah kerja Puskesmas Bontang Baru dan 37 kasus di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Laut. Kasus DBD terbanyak tahun 2007 terjadi pada Bulan Februari, pada wilayah Kelurahan Api-Api dimana penderita terbanyak berusia 5-9 th.

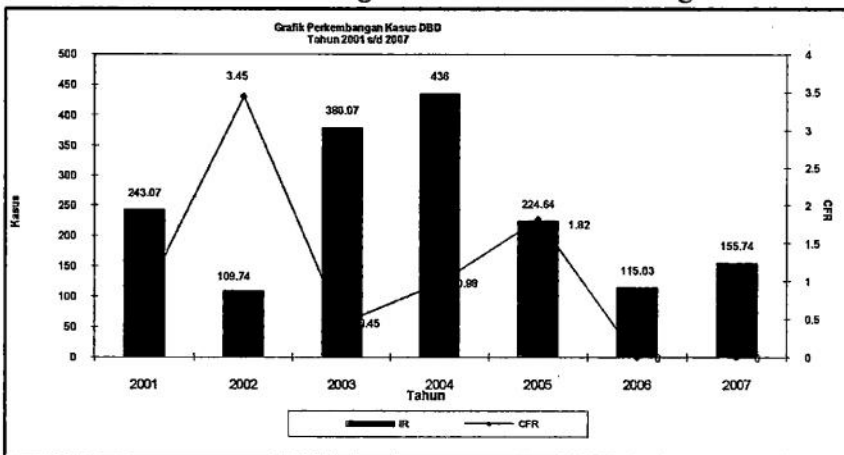
Gambar 3.6
Jumlah Kasus DBD Per Wilayah Kerja Puskesmas Di Kota Bontang



Sumber: Bidang P2P dan PL DKK Bontang, 2007

Dari semua jumlah kasus yang ada, pencapaian kasus DBD ditangani adalah mencapai 100%. Ini berarti semua kasus DBD yang ada telah ditangani semua oleh Petugas Kesehatan. Berikut gambar perkembangan kasus DBD dari tahun ke tahun:

Gambar 3.7
Perkembangan Kasus DBD di Bontang



Sumber: Bidang P2P dan PLDKK Bontang 2007

Penurunan jumlah kasus dan angka kematian DBD ini cukup menggembirakan, hal ini karena mulai adanya kesadaran masyarakat untuk melakukan gerakan 3 M dan adanya kartu jentik pada setiap rumah, disamping karena upaya dan antisipasi petugas dengan penyelidikan epidemiologi, foting focus, pembagian abate, dan sebagainya. Juga penatalaksanaan penderita DBD di pelayanan kesehatan yang sudah lebih baik.

4) P2 TB Paru

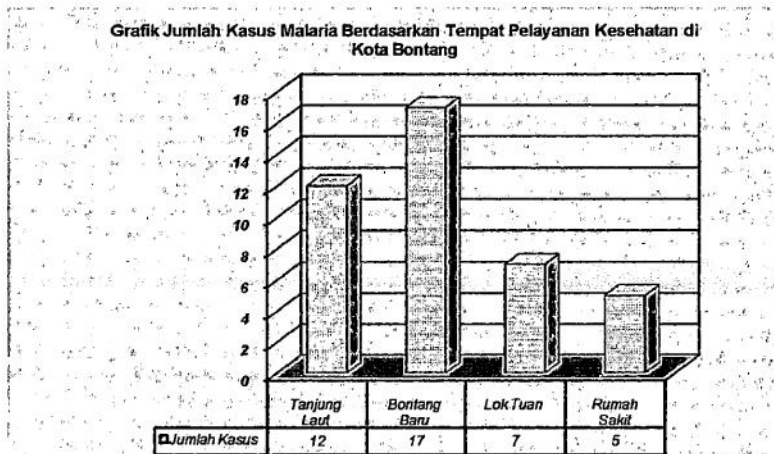
TB Paru merupakan masalah kesehatan masyarakat yang perlu diperhatikan. Penyakit ini erat kaitannya dengan keadaan lingkungan yang kurang baik, kemiskinan, gizi, dll. Pada tahun 2007 ditemukan 48 penderita BTA positif, jumlah kasus ini menurun dari tahun 2006 yaitu 56 BTA Positif. Berdasarkan Indikator Indonesia Sehat 2010 diketahui bahwa target pencapaian Angka Kesembuhan Penderita TB Paru BTA+ pada tahun 2010 adalah 85% dari semua jumlah Penderita TB Paru BTA+ yang diobati. Walaupun target penemuan penderita TB tahun 2007 memang tidak tercapai tetapi untuk pengobatan TBnya telah berhasil dilakukan terhadap semua penderita TB. Untuk angka penyembuhan pada tahun 2007 sebesar 83,33% dari seluruh kasus yang ada. (Laporan Evaluasi TB dengan menggunakan program DOTS. Adapun gambaran kasus TB per wilayah adalah sebagai berikut:

yang terdeteksi. Sejak tanggal 11 Februari 2008 sarana kesehatan RSUD Bontang meresmikan klinik VCT yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat untuk berkonsultasi tentang masalah HIV/AIDS secara gratis.

6) Malaria

Penyakit malaria dewasa perlu diwaspadai, mengingat adanya peningkatan kasus ini di beberapa daerah yang sebelumnya bebas malaria, sekarang jumlah kasusnya semakin meningkat, seperti di wilayah Pulau Jawa. Untuk Kota Bontang malaria cenderung mengalami peningkatan, kemungkinan disebabkan adanya eksploitasi hutan, pembukaan rawa-rawa menjadi daerah pemukiman penduduk, sehingga tidak ada lagi tempat bagi perindukan nyamuk-nyamuk secara alamiah, sehingga terjadi perpindahan populasi nyamuk ke lingkungan permukiman. Pada tahun 2007 ditemukan 41 kasus dengan *Annual Malaria Insiden* (AMI) per 10.000 adalah 0,32. Jumlah kasus malaria ini mengalami penurunan dibanding tahun 2006 yaitu ditemukan 468 kasus dengan AMI 38,66. Kasus malaria positif terbanyak ditemukan adalah di wilayah kerja Puskesmas Bontang Baru sebanyak 17 kasus, 12 kasus di wilayah Puskesmas Tanjung Laut, 7 kasus di Puskesmas Lok Tuan dan 5 kasus ditemukan di Rumah Sakit. Penemuan kasus Malaria di Kota Bontang dapat dilihat pada grafik berikut:

Gambar 3.9
Jumlah Kasus Malaria di Bontang



Sumber : Bidang P2P dan PL DKK Bontang, 2007

7) Acute Flaccid Paralysis (AFP)

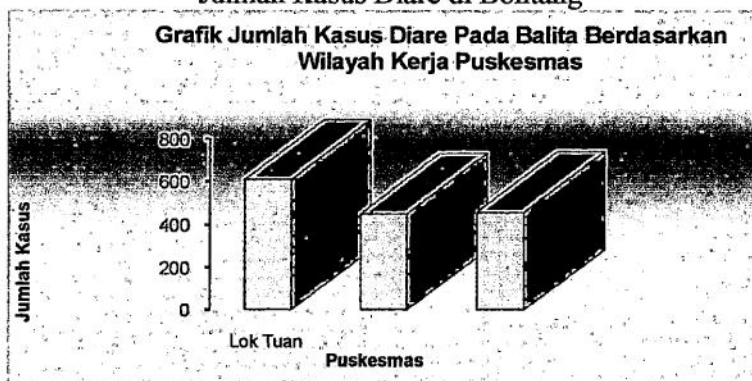
Kejadian AFP adalah kejadian lumpuh layuh pada anak berumur kurang dari 15 tahun yang terjadi secara mendadak tanpa sebelumnya didahului kecelakaan atau trauma fisik. Surveilans AFP bertujuan untuk menjaring kasus polio liar yang ada di masyarakat. Seorang anak yang mengalami AFP akan dilakukan pemeriksaan laboratorium dan dokter ahli untuk memastikan apakah kejadian lumpuh layuh tersebut merupakan kejadian polio liar. Pada tahun 2007 ditemukan 2 kasus AFP di kota Bontang yaitu 1 kasus ditemukan di wilayah Puskesmas Bontang Baru dan 1 kasus di wilayah Puskesmas Tanjung Laut. Namun dari kedua kasus AFP tersebut setelah dilakukan pemeriksaan bukan merupakan kasus polio. Jumlah kasus AFP yang ditemukan ini menurun dari tahun 2006 sebanyak 7 kasus.

e. Penyakit Menular Lainnya

a. P2 Diare

Pada tahun 2007 dilaporkan kasus diare pada balita sebanyak 1.516 kasus. Kasus terbanyak terjadi pada bulan Februari. Jumlah kasus diare terbanyak ditemukan di wilayah Puskesmas Lok Tuan sebanyak 608 kasus, 458 kasus di wilayah Puskesmas Tanjung Laut dan 450 kasus di wilayah Puskesmas Bontang Baru. Kasus diare ini menurun dari tahun 2006 sebesar 4.181 kasus. Persentase balita diare yang ditangani mencapai 100%.

Gambar 3.10
Jumlah Kasus Diare di Bontang



Sumber : Bidang P2P dan PL DKK Bontang, 2007

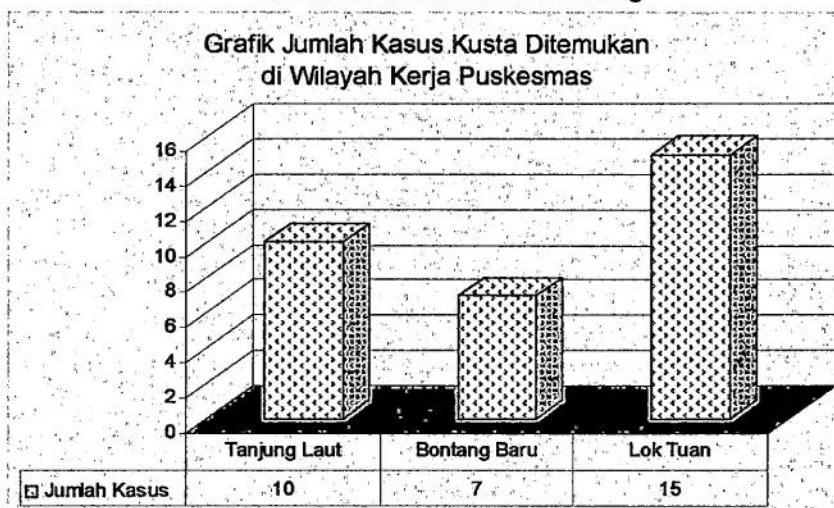
Menurunnya kasus diare di Kota Bontang boleh jadi disebabkan oleh peningkatan penggunaan sarana air bersih dari PDAM (91,99%) dan jumlah keluarga yang memiliki jamban (84,47%).

b. Kusta

Pada tahun 2007 jumlah penderita kusta yang ditemukan sebanyak 18 kasus terbagi menjadi 10 kasus di temukan di wilayah Puskesmas Tanjung

Laut, 7 kasus di Puskesmas Bontang Baru dan 1 kasus di Puskesmas Lok Tuan. Kasus ini meningkat dari tahun 2006 sebesar 15 kasus. Persentase penderita Kusta yang menyelesaikan pengobatan (RFT) pada tahun 2007 adalah 83,33%

Gambar 3.11
Jumlah Kasus Kusta di Bontang



Sumber : Bidang P2P dan PL DKK Bontang, 2007

B. Program JPK-PPK/Askeskin

Memperhatikan pasal 28 angka (1), pasal 34 angka (1), pasal 34 angka (2), pasal 34 angka (3) undang-undang dasar negara republik Indonesia tahun 1945 dan undang-undang No. 23/1992 tentang kesehatan pasal 1, 4, 5, 65 dan 66 serta undang-undang No. 40/2004 pasal 2, 3 dan 17. Keputusan Menkes No. 1241/Menkes/SK/XI/2004 tentang penugasan PT. Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin serta Keputusan Menteri

Kesehatan No. 417/Menkes/SK/14/2007 tentang pedoman pelaksanaan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin-implikasi peraturan perundang-undangan dan Keputusan Menkes tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa:

- a. Kesehatan adalah hak fundamental setiap penduduk baik individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat seluruh penduduknya termasuk masyarakat dibawah garis kemiskinan.
- b. Pemerintah Indonesia sudah memberikan perlindungan hak atas kesehatan bagi semua penduduknya meskipun tidak sepenuhnya tepat sasaran, bukti pemerintah adalah dengan dikeluarkannya kebijakan-kebijakan tentang kesehatan diimplikasikan kedalam suatu peraturan baik peraturan perundang-undangan maupun peraturan pemerintah lainnya.
- c. Berdasarkan realita sosial kemasyarakatan dalam bidang kesehatan implikasi peraturan dan kebijakan pemerintah tersebut jauh dari sempurna, karena masih banyaknya problematika hambatan-hambatan dalam pelaksanaan program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin di wilayah Kota Bontang pada khususnya.

1. Tata Laksana Kepesertaan

Ketentuan Umum

- a. Peserta Program Askeskin adalah setiap orang miskin dan tidak mampu selanjutnya disebut pihak peserta Askeskin, yang terdaftar dan memiliki kartu Askeskin dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan.

- b. Jumlah sasaran peserta Program Askeskin sebesar 19,1 juta rumah tangga miskin (RTM) atau sekitar 76.400.000 jiwa yang ditetapkan oleh Menkes RI bersumber dari data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2006. Jumlah sasaran peserta masing-masing Kota sebagaimana terlampir dalam pedoman ini.
- c. Jika diperlukan dapat dilakukan relokasi jumlah masyarakat miskin antar Kota oleh Gubernur Kepala daerah sepanjang tidak melampaui kuota propinsi
- d. Untuk mendapatkan peserta sesuai data BPS sebagaimana butir 2 diatas, diperlukan sinkronisasi dan kelengkapan data melalui pembentukan Tim sinkronisasi di Pusat, propinsi dan Kota.
- e. Tim sinkronisasi sebagaimana dimaksud pada butir 3 diatas, untuk tim propinsi dibentuk oleh Gubernur sedangkan Kota oleh Walikota yang terdiri unsur kependudukan pemda, Dinkes, BPS, Depsos, PT. Askes (Persero) serta unsur terkait lainnya. Untuk kelancaran pelaksanaan sinkronisasi dan kelengkapan data mekanismenya diatur dan menjadi tanggung jawab PT. Askes (Persero).
- f. Setelah data tersebut lengkap, Walikota menerbitkan surat keputusan tentang nama dan alamat masyarakat miskin sebagai sasaran program Askeskin Kota.
- g. Selama masa transisi, masyarakat miskin yang terdaftar dalam ketetapan SK Bupati belum memperoleh kartu peserta Askeskin dapat menggunakan kartu Subsidi Langsung Tunai (SLT)/Kartu Gakin, dan PT. Askes (Persero) mengganti dengan kartu Askeskin.

- h. Bagi masyarakat miskin, gelandangan, orang terlantar dan masyarakat miskin yang tidak sempat mengurus SKM dapat memperoleh pelayanan dengan menggunakan SKM yang dikeluarkan oleh Pemda dan atau Direktur Rumah Sakit.
- i. Pemerintah daerah mempunyai tanggung jawab penuh dan melakukan pengendalian terhadap penerbitan SKM.
- j. Penerbitan dan distribusi kartu sampai ke peserta menjadi tanggung jawab PT. Askes (Persero) dan dalam pendistribusiannya PT. Askes (Persero) bekerjasama dengan pemerintah daerah dan atau pihak ketiga lainnya yang disetujui oleh pemerintah daerah. Mekanisme kerjasama dengan pihak ketiga tersebut menjadi tanggung jawab PT. Askes (Persero) sedangkan pembiayaannya dibebankan pada dana pelayanan tidak langsung Program Askeskin yang dikelola melalui PT. Askes (Persero).
- k. Kartu Askeskin yang telah diterbitkan dengan atau tanpa pas foto masih tetap berlaku selama nama peserta tersebut tercantum dalam keputusan Walikota.
- l. Akhir masa transisi ditetapkan oleh Pemerintah.

2. Registrasi Peserta

- a. Data masyarakat miskin yang telah ditetapkan Pemda melalui Surat Keputusan Walikota dilakukan entry oleh PT. Askes (Persero) Kantor Cabang atau PT. Askes (Persero) Kota setempat.
- b. Entry data meliputi antara lain No. kartu, nama peserta, tanggal lahir dan alamat (alur registrasi dan distribusi kartu peserta terlampir).

3. Penerbitan dan Kontribusi Kartu Peserta

- a. Setelah dilakukan entry data, dilakukan pencetakan dan penerbitan kartu peserta Askeskin
- b. PT. Askes (Persero) bertanggung jawab terhadap ketersediaan blanko kartu Askeskin. Pencetakan blanko kartu Askeskin di dasarkan pada tingkat kebutuhan dengan memperhitungkan sisa kartu Askeskin pada tahun sebelumnya.
- c. Selanjutnya proses pendistribusian kartu Askeskin oleh PT. Askes (Persero) kantor cabang atau PT. Askes (Persero) Kota bekerja sama dengan tim yang dibentuk oleh Walikota. Tim yang dibentuk tersebut melibatkan antara lain tenaga Puskesmas, PKK, Karang Taruna, dan lain-lain.
- d. Penyerahan kartu yang telah diterbitkan oleh PT. Askes (Persero) kepada tim tersebut dilengkapi dengan berita acara serah terima
- e. Tim tersebut menyerahkan kartu Askeskin kepada yang berhak dengan tanda terima yang ditanda tangani/cap jempol peserta dan atau anggota keluarga dan dikembalikan kepada PT. Askes (Persero) setempat. Bukti penerimaan kartu peserta dikembalikan ke PT. Askes (Persero) maksimal satu bulan dari penugasan.
- f. PT. Askes (Persero) melaporkan hasil pendistribusian kartu peserta Askeskin ke Bupati, Walikota, Gubernur, Kementerian Kesehatan.
- g. Akan dilakukan uji coba penerbitan buku berbasis teknologi informasi dalam wilayah terbatas.

4. Tata Laksana Pelayanan Kesehatan

- a. Setiap peserta Askeskin mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap, serta pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan tingkat lanjutan dan rawat inap kelas III di RS.
- b. Pelayanan kesehatan menerapkan sistem rujukan terstruktur dan berjenjang
- c. Pada kasus gawat darurat (emergency) seluruh pemberi pelayanan kesehatan (PPK) wajib memberikan pelayanan walaupun tidak memiliki perjanjian kerjasama dengan PT Askes (Persero). Penggantian biaya pelayanan kesehatan di klaimkan ke PT Askes (Persero) sesuai dengan ketentuan yang berlaku untuk peserta Askeskin.
- d. Pelayanan rawat inap dilaksanakan pada Puskesmas Perawatan dan ruang rawat inap kelas III (tiga) di RS Pemerintah termasuk RS Khusus, TNI/Polri dan RS Swasta yang bekerjasama dengan PT. Askes (Persero). PT. Askes (Persero) membuat perjanjian kerjasama dengan RS setempat yang meliputi berbagai aspek pengaturan pelayanan kesehatan.
- e. Pelayanan obat di Puskesmas beserta jaringannya dan di rumah sakit dengan ketentuan sebagai berikut:
 - 1) Untuk memenuhi kebutuhan obat generik di Puskesmas dan jaringannya akan dikirim langsung melalui pihak ketiga franko Dinkes Kota.
 - 2) Untuk memenuhi kebutuhan obat di rumah sakit, instalasi farmasi/apotik rumah sakit bertanggungjawab menyediakan semua obat untuk pelayanan

kesehatan masyarakat miskin sebagaimana tercantum dalam formularium obat pelayanan kesehatan program Askeskin sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh Menkes (sebagaimana terlampir)

- 3) Ketentuan tentang obat-obat tambahan diluar formularium terlampir akan ditetapkan melalui Surat Menkes RI.
 - 4) Guna mendukung pelayanan obat oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit, dapat dilakukan kerjasama dengan apotik lain berdasarkan kesepakatan bersama antara Direktur Rumah Sakit dengan Kepala PT. Askes (Persero) Kantor Cabang setempat.
 - 5) Apabila terjadi pereseapan diluar ketentuan sebagaimana butir b diatas maka Pihak RS (atau pemerintah daerah) bertanggung jawab menanggung selisih harga tersebut.
 - 6) Pelayanan obat di rumah sakit menerapkan prinsip one day dose dispensing.
 - 7) Apabila terjadi ketiadaan obat sebagaimana butir b diatas maka rumah sakit berkewajiban memenuhi obat tersebut melalui koordinasi dengan pihak-pihak terkait.
 - 8) Instalasi farmasi/apotik rumah sakit dapat mengganti obat sebagaimana butir b diatas dengan obat-obatan yang jenis dan harganya sepadan dengan sepengetahuan dokter penulis resep.
- f. Besaran tarif pelayanan kesehatan sebagaimana tercantum dalam pedoman ini merupakan tarif plafon/maksimal. Apabila terdapat jenis tindakan yang tidak

tercantum dalam daftar jenis pelayanan dan tarif, maka dilakukan kesepakatan antara PT. Askes (Persero) setempat dengan Direktur RS untuk melakukan penyetaraan terhadap jenis dan tarif pelayanan kesehatan tersebut.

- g. Pelayanan transportasi rujukan emergency, dan rujukan non emergency (bila diperlukan) bukan dalam bentuk uang, tapi merupakan pelayanan transportasi rujukan
- h. Besarnya biaya pelayanan transportasi rujukan dan pemulangan pasien/jenazah maksimal Rp. 4.000,-/km dengan minimum pembayaran Rp. 40.000,- dengan hitungan jarak sekali jalan. Apabila terjadi kekurangan pembiayaan transportasi ini menjadi tanggung jawab Pemda dari daerah yang merujuk.
- i. Biaya transportasi rujukan pasien antar Puskesmas (termasuk Puskesmas rawat inap dan Puskesmas dengan pelayanan spesialisik) dan rujukan ke rumah sakit ditanggung oleh Puskesmas yang merujuk. Biaya transportasi rujukan balik pasien dari rumah sakit ke Puskesmas di klaimkan ke PT. Askes (Persero) oleh rumah sakit yang merujuk. Biaya transportasi rujukan dan rujukan balik pasien antar rumah sakit diklaimkan ke PT. Askes (Persero) oleh sarana kesehatan yang merujuk.
- j. Verifikasi pelayanan di Puskesmas (RJTP, RITP, Persalinan, Transportasi Rujukan, Pelayanan Spesialistik dan Pengiriman Spesimen) dilaksanakan oleh PT. Askes (Persero).
- k. Peserta tidak boleh dikenakan iur biaya dengan alasan apapun.

Untuk pelayanan pelaksanaan program, Kepala Dinkes Propinsi/Kota dan atau Direktur RS setempat bersama sama dengan PT Askes (Persero) kantor regional dan atau kantor cabang dapat membuat petunjuk teknis pelaksanaan, selama tidak bertentangan dengan ketentuan yang ada di dalam pedoman ini.

5. Prosedur Pelayanan

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta, sebagai berikut:

- a. Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar berkunjung ke Puskesmas dan jaringannya
- b. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta harus menunjukkan kartu Askeskin. Dalam masa transisi, peserta masih dapat menggunakan SKM/Kartu Sehat/Kartu SLT/Kartu Gakin.
- c. Apabila peserta memerlukan pelayanan kesehatan rujukan, maka peserta yang bersangkutan dapat dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan dengan disertai surat rujukan dan identitas miskin sebagaimana dimaksud dalam butir ke 2 (dua) yang ditunjukkan sejak awal mulai berobat, dengan demikian tidak berubah bagi pasien yang pindah kelas dari kelas di atasnya
- d. Pelayanan rujukan sebagaimana butir ke 3 (tiga) di atas meliputi:
 - 1) Pelayanan rawat jalan spesialisik di Puskesmas yang memiliki pelayanan spesialisik
 - 2) Pelayanan rawat inap/persalinan di Puskesmas
 - 3) Pelayanan rawat jalan lanjutan di Rumah Sakit/BKMM/BP4/BKIM

- 4) Pelayanan rawat inap kelas III di rumah sakit (alur pelayanan kesehatan terlampir)
 - 5) Pelayanan rujukan spesimen dan penunjang diagnostik
- e. Pada kasus gawat darurat, dimana peserta tidak dapat menunjukkan identitas miskin diberi waktu maksimal 3 x 24 jam hari kerja untuk menunjukkan identitas tersebut. Pada kondisi dimana pasien gawat darurat tersebut tidak mampu menunjukkan identitas miskin termasuk SKM maka menjadi kewenangan Direktur RS atau pejabat yang ditunjuk Direktur RS untuk menetapkan status miskin.

Selama masa tenggang waktu maksimal 3 x 24 jam hari kerja masyarakat miskin yang dalam kondisi gawat darurat belum mampu menunjukkan identitas miskinnya, miskin tersebut tidak boleh dibebani biaya dan seluruh pembiayaannya menjadi beban RS dan untuk selanjutnya diklaimkan ke PT. Askes (Persero)

6. Kondisi Darurat

Pada kondisi gawat darurat, peserta tidak diwajibkan disertai dengan surat rujukan. Rumah sakit berkewajiban memberikan jawaban atas pelayanan rujukan (rujukbalik) ke Puskesmas yang merujuk dengan disertai keterangan kondisi pasien dan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh Puskesmas.

7. Prinsip Penyelenggaraan

Terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan jaminan pemeliharaan kesehatan yang menyeluruh bagi penduduk Indonesia, yang saat ini dimulai dengan

sasaran pada masyarakat miskin. Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab bersama antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Diharapkan masing-masing pihak memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal.

Penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin mengacu pada prinsip-prinsip:

- a. Pengelolaan dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan kesehatan masyarakat miskin.
- b. Pelayanan kesehatan bersifat menyeluruh (komprehensif) sesuai standar pelayanan medik yang cost effective dan rasional
- c. Pelayanan kesehatan dilakukan dengan prinsip terstruktur dan berjenjang
- d. Portabilitas dan ekuitas
- e. Mekanisme asuransi kesehatan sosial dengan iuran peserta dibayar oleh pemerintah
- f. Transportasi dan akuntabilitas

8. Hambatan dan Tantangan

Hambatan dan tantangan yang dihadapi Program JPK-PPK/Askeskin di wilayah Kota Bontang diantaranya adalah:

- a. Validasi kependudukan tidak sesuai dengan realita faktual kemasyarakatan
- b. Masih adanya unsur nepotisme dalam tata kepesertaan
- c. Masyarakat menengah keatas merasa diterlantarkan tidak adil dalam subsidi silang dalam bidang pemberian bantuan kesehatan

- d. Pendataan kepesertaan program Askeskin oleh petugas kesehatan tidak teliti dan kurang tegas sehingga menyebabkan program Askeskin salah sasaran
- e. Masih adanya perlakuan diskriminasi dari pihak rumah sakit kepada peserta Askeskin baik dalam hal pelayanan medik, pengobatan, maupun pelayanan administratif lainnya.
- f. Kurang tegasnya sanksi dalam penyalahgunaan kepesertaan Askeskin sehingga selalu muncul masalah praktek penyalahgunaan kepesertaan Askeskin (peserta fiktif)
- g. Masih adanya penolakan rumah sakit terhadap peserta Askeskin dalam bidang pengobatan tertentu. Sebagai contoh operasi berskala besar pihak rumah sakit tidak mau bertindak jika tidak ada dana minimal setengah dari biaya operasi hal ini merupakan kebijakan pimpinan rumah sakit dan peraturan intern pihak rumah sakit.
- h. Adanya Praktek sabotase pihak rumah sakit sehingga menyebabkan pembengkakan biaya dan anggaran secara akuntabilitas
- i. Pendanaan Program
- j. Pemantuan dan evaluasi
 - 1) Indikator Keberhasilan

Keberhasilan dan pencapaian dari pelaksanaan program JPK-PPK.Askeskin di Kota Bontang, ditentukan dengan indikator-indikator sebagai berikut:

 - a) Penerbitan dan pendistribusian kartu peserta 100%

- b) Angka utilisasi (visit rate) rata-rata 15% perbulan
- c) Angka rujukan dari PPK I rata-rata 12% perbulan
- d) Rata-rata lama perawatan di RS (LOS) 7 hari
- e) Tingkat kepuasan konsumen minimal 70%
- f) Cakupan pemeriksaan kehamilan K4 (100%) persalinan nakes (100%), dan perawatan bayi baru lahir KN2 (100%) oleh petugas kesehatan.

C. Analisis SWOT

Dalam bagian ini dijelaskan pembagian tahapan perencanaan strategis menjadi tiga tahapan yaitu: tahap pengumpulan data, tahap analisa data, pengambilan keputusan. Pada bagian ini hanya akan dibahas satu tahapan saja, yaitu tahap pengumpulan data yang terdiri dari tiga bagian utama, yaitu evaluasi faktor eksternal, evaluasi faktor internal, dan penentuan matriks profil kompetitif. Berkenaan dengan hal ini, Dinas Kesehatan Kota Bontang harus mengenal kondisi-kondisi elemen internal organisasi yang sifatnya *controllable* (dapat dikuasai) yang berguna untuk mengetahui faktor kekuatan dan kelemahan organisasi. Selain itu, Dinas Kesehatan Kota Bontang diharapkan mengenal lebih jauh elemen external organisasi yang bersifat *uncontrollable*. Hal ini akan sangat berguna untuk mengetahui faktor peluang dan ancaman dengan menggunakan pendekatan analisis kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman.

Tabel 3.3
Matriks EFAS dan IFAS

IFAS	KEKUATAN (STRENGTH) SDM kesehatan yang baik, anggaran telah memadai, motivasi petugas yang baik, teruktur organisasi dan peraturan pelaksanaan.	KELEMAHAN (WEAKNES) Kualitas tenaga kesehatan belum memadai, sarana prasarana belum memadai, mutu pelayanan kesehatan dan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan masih rendah.
EFAS		
PELUANG (OPPORTUNITY) Adanya dari eksekutif dan legislative terhadap program kesehatan. Dukungan partisipasi dan keterbukaan msyarakat yang semakin meningkat. Kondisi perekonomian kota bontang yang stabil. Adanya srus informasi yang telah mudah diakses.	STRATEGI SO ciptakan strategi yang menggunakan kekuatan untuk memanfaatkan peluang.	STRATEGI WO ciptakan strategi yang meminimalkan kelemahan untuk memanfaatkan peluang.
ANCAMAN (TREATH) Mobilitas penduduk tinggi, ketergantungan terhadap SDA yang terbatas, dampak lingkungan hidup akibat banyaknya industri, tuntutan dan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan bermutu semakin meningkat.	STRATEGI ST ciptakan strategi yang menggunakan kekuatan untuk mengatasi ancaman.	STRATEGI WT ciptakan strategi yang meminimalkan kelemahan dan meminimalkan ancaman.

Secara umum kondisi internal: kekuatan (strength) yang terdiri dari:

- a. ketersediaan SDM tenaga kesehatan,
- b. anggaran yang telah memadai,
- c. motivasi petugas yang baik,
- d. struktur organisasi dan peraturan pelaksanaan yang sudah ada.

Sementara kelemahan (weakness) terdiri dari:

- a. kualitas tenaga kesehatan yang belum memadai,
- b. sarana prasarana yang belum memadai,
- c. mutu pelayanan kesehatan dan
- d. akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan masih rendah.

Hasil identifikasi lingkungan eksternal terdiri dari identifikasi peluang (opportunity)

yang terdiri dari:

- a. adanya dukungan dari eksekutif dan legislatif terhadap program kesehatan,
- b. dukungan partisipasi dan keterbukaan masyarakat yang semakin meningkat,
- c. kondisi prekonomian kota Bontang yang stabil,
- d. adanya arus informasi yang mudah diakses.

Sedangkan ancaman (treath) terdiri dari:

- a. mobilitas penduduk yang tinggi,
- b. ketergantungan terhadap SDA yang terbatas,
- c. dampak lingkungan hidup akibat banyaknya industry,
- d. tuntutan dan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan bermutu semakin meningkat.

Dalam rangka mencapai Bontang Sehat 2008 berbagai upaya telah dilakukan, yang semuanya mengarah pada tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang optimal, yang merupakan salah satu ukuran kesejahteraan dan kualitas sumber daya manusia. Indikator yang lazim digunakan antara lain: angka kematian, angka kesakitan, umur harapan hidup, status gizi yang digunakan untuk menilai

keberhasilan pembangunan kesehatan maupun sebagai dasar dalam menyusun rencana untuk masa yang akan datang.

Dalam analisa situasi derajat kesehatan masyarakat, kita mengacu kepada teori Hendrick L. Blum, yang menyebutkan ada empat faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat yaitu (1) Lingkungan, (2) Perilaku yang keduanya memegang peranan dalam pencapaian derajat kesehatan masyarakat, kemudian (3) Pelayanan Kesehatan baik dari segi kuantitas maupun kualitas yang diberikan baik oleh pemerintah maupun swasta terhadap masyarakat, serta yang terakhir adalah (4) genetik/populasi.

Secara umum, hingga saat ini pemerintah kota Bontang telah mampu menyediakan sebagian besar peralatan medis untuk pelayanan dasar dan rujukan. Namun masalahnya adalah keterbatasan kemampuan pemerintah dalam meningkatkan cakupan dan mutu pelayan secara lebih optimal. Salah satu penyebabnya adalah lemahnya SDM tenaga kesehatan untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu. Tantangan utama kedepan antara lain adalah:

- a. Meningkatkan derajat kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat yang dapat mewujudkan kualitas sumber daya manusia yang sehat, produktif, tangguh dan mampu bersaing dengan negara yang perkembangan ekonominya seimbang.
- b. Meningkatnya kelompok usia lanjut sebagai akibat meningkatnya umur harapan hidup yang telah berdampak pada meningkatnya penyakit degenerative. Kondisi ini membutuhkan perhatian kita untuk lebih banyak

memberi perhatian terhadap kelompok usia lanjut sehingga kondisi kesehatannya tetap optimal.

- c. Beberapa penyakit menular dan kasus kekurangan gizi masih tetap menjadi perhatian untuk di atasi, disamping itu penyakit baru mencuat menjadi masalah seperti HIV/AIDS dan penyakit-penyakit degenerative, kanker, gangguan kejiwaan, kecelakaan, penyakit akibat polusi lingkungan yang cenderung meningkat. Saat ini pemerintah kota Bontang dituntut untuk mengatasi beban ganda ini melalui peningkatan penyediaan teknologi kesehatan yang berbiaya tinggi.
- d. Dampak perubahan sosial, pendidikan dan ekonomi keluarga dalam iklim globalisasi dan pasar bebas akan member pengaruh terhadap perubahan gaya hidup, tuntutan dan kebutuhan masyarakat terhadap pelayan kesehatan yang berkualitas, serta meningkatnya kesadaran hukum masyarakat sehingga tantangan yang akan dihadapi adalah harus mampu mempersiapkan pelayanan yang sesuai dengan harapan dan kebutuhan pasien dengan jaminan mutu pelayanan yang baik.
- e. Pelayanan kesehatan yang diberikan harus sesuai standar prosedur operasional (SOP) yang ditentukan agar dapat memberikan kepastian dan perlindungan hukum bagi pemberi dan penerima pelayanan.
- f. Peningkatan peran serta msyarakat, termasuk swasta dalam pembiayaan pemeliharaan kesehatan paripurna dengan titik berat pada upaya peningkatan

kesehatan (promotif) serta dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang bermutu.

- g. Pengembangan upaya penyuluhan kesehatan dilaksanakan secara integral dengan sasaran setiap pribadi, keluarga, dan masyarakat dengan tujuan agar masyarakat dapat berperilaku hidup bersih dan sehat sesuai strata sosial ekonominya dan mampu memanfaatkan sarana kesehatan yang tersedia.
- h. Jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan dapat dikembangkan sedemikian rupa sehingga dapat diterima dan dimanfaatkan masyarakat secara optimal, terutama masyarakat yang berpenghasilan rendah, bertempat tinggal di daerah terpencil dan di daerah pemukiman baru.

D. Pembahasan

1. Keberhasilan Program Bontang Sehat 2008

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integrasi dari pembangunan nasional untuk mewujudkan masyarakat yang maju, mandiri, sejahtera lahir batin. Keberhasilan pembangunan kesehatan dalam kaitannya dengan Milenium Development Goals (MDGs) ditandai dengan tercapainya 3 dari tujuan MDGs yaitu menurunkan angka kematian balita, memperbaiki kesehatan ibu dan memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit lainnya (menurunkan angka kesakitan).

Guna pencapaian tujuan Milenium Development Goals (MDGs) maka issue pembangunan kesehatan perlu dijabarkan dalam program-program kegiatan yang nyata bukan hanya pada dokumen konsep saja. Untuk sampai pada proses itu

diperlukan adanya rencana baku yang terstruktur dan langkah-langkah inovasi guna akselerasi pencapaian tujuan, yaitu mempercepat penurunan angka kematian ibu, angka kematian bayi, angka kematian balita dan angka kesakitan melalui beberapa program intervensi terhadap lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan kependudukan. Oleh karena itu upaya memaksimalkan berbagai program intervensi kesehatan yang berkesinambungan dengan melibatkan kerjasama dan partisipasi semua sektor baik instansi pemerintah, masyarakat maupun swasta guna pencapaian tujuan Milenium Development Goals (MDGs) mutlak diperlukan.

Guna penyebarluasan informasi kesehatan agar tersampaikan pada masyarakat dan stakeholder disamping menggunakan media-media yang sudah biasa digunakan seperti penyuluhan langsung, buletin, forum diskusi Pemerintah Kota Bontang, juga memiliki Stasiun Radio yang mengudara setiap hari. Pengembangan SIK (Sistem Informasi Kesehatan) guna mendukung ketersediaan data yang tepat waktu dan akurat. Untuk akses antara Dinas Kesehatan dengan Puskesmas, RSUD sudah Online melalui jaringan LAN. Rencana implementasi akses internet online tanggal 21 Februari 2008 dan bisa mengunjungi di <http://dinkes.bontangkota.go.id>.

Sistem rujukan pasien rumah sakit di Kota Bontang belakangan ini dinilai sudah baik. Rumah sakit yang ada di daerah bukan lagi sekadar tempat pelayanan kesehatan semata, melainkan telah mengupayakan pada peningkatan kualitas penanganan pasien. Keberadaan Puskesmas sebagai ujung tombak saat ini, bukan lagi terfokus pada pelayanan kesehatan masyarakat saja. Akan tetapi, berperan juga sebagai penggagas pembangunan kesehatan di wilayahnya. Upaya dalam *Primary*

Health Care perlu dukungan dari masyarakat maupun pemangku kepentingan dari pelayanan kesehatan itu sendiri.

Setiap kebijakan dipastikan ada problematika penghambat kebijakan tersebut dalam pelaksanaan Keputusan Menteri Kesehatan No. 417/Menkes/SK/IV/2007 tentang pelaksanaan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin di wilayah negara kesatuan republik Indonesia pada umumnya dan di wilayah Kota Bontang pada khususnya. Wilayah negara republik Indonesia merupakan wilayah kepulauan sehingga mempengaruhi akses pelayanan kesehatan yang menyebabkan pembengkakan biaya administrative. Perkembangan pola penyakit yang semakin heterogen. Keterbatasan anggaran dalam bidang kesehatan. Pola pikir masyarakat masih fanatisme. Adanya pelayan kesehatan yang kurang bertanggung jawab sehingga memicu munculnya praktek korupsi, kolusi dan nepotisme. Kurangnya sosialisasi pemerintah terhadap kebijakan program kepada masyarakat sehingga masyarakat belum mengetahui program tersebut sehingga memicu persepsi ganda serta ketidakpercayaan masyarakat terhadap program tersebut.

Sesuai dengan Undang-undang No. 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, titik berat penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan adalah pada Pemerintahan Kabupaten/Kota. Oleh karena itu, Pemerintahan Provinsi diharapkan mampu mengefektifkan penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah masing-masing dan sekaligus menjadi fasilitator bagi Pemerintahan Kabupaten/Kota. Pemerintahan Provinsi dapat melakukan upaya optimal di wilayahnya sehingga tercapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Masalah kesehatan

bersifat multi dimensi, lintas batas dan antar wilayah. Dengan demikian pembangunan kesehatan adalah tanggung jawab bersama antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bersama stakeholders terkait.

2. Efektivitas Program JPK-PPK/Askeskin

Efektivitas keberhasilan Program JPK-PPK/Askeskin ditunjukkan dengan tingkat produktivitas yang tinggi, yaitu pelaksanaan program sudah sesuai dengan perencanaan, pemanfaatan sumber-sumber yang tersedia efektif dan efisien, dan tampak lancar di lapangan. Tingkat fleksibilitas ditunjukkan dengan dinamika perubahan organisasi internal dan penyesuaian dengan pengaruh kondisi eksternal. Para petugas bebas dalam menjalankan aktivitas serta terwujudnya kerukunan atau tidak adanya konflik, tekanan, ketegangan dalam pelaksanaan tugas. Namun demikian, tidak berarti tidak ada hambatan dan tantangan, yang diantaranya adalah masih dijumpainya validasi kependudukan tidak sesuai dengan realita faktual masyarakat. Masih adanya unsur nepotisme dalam tata kepesertaan. Masyarakat menengah keatas merasa diterlantarkan tidak adil dalam subsidi silang dalam bidang pemberian bantuan kesehatan. Pendataan kepesertaan program Askeskin oleh petugas kesehatan tidak teliti dan kurang tegas sehingga menyebabkan program Askeskin salah sasaran. Masih adanya perlakuan diskriminasi dari pihak rumah sakit kepada peserta Askeskin baik dalam hal pelayanan medik, pengobatan, maupun pelayanan administratif lainnya. Kurang tegasnya sanksi dalam penyalahgunaan kepesertaan Askeskin sehingga selalu muncul masalah praktek penyalahgunaan kepesertaan Askeskin (peserta fiktif). Masih adanya penolakan rumah sakit terhadap peserta

Askeskin dalam bidang pengobatan tertentu. Sebagai contoh operasi berskala besar pihak rumah sakit tidak mau bertindak jika tidak ada dana minimal setengah dari biaya operasi hal ini merupakan kebijakan pimpinan rumah sakit dan peraturan intern pihak rumah sakit. Adanya Praktek sabotase pihak rumah sakit sehingga menyebabkan pembengkakan biaya dan anggaran secara akuntabilitas.

Di Kota Bontang terdapat 41.828 jiwa (25%) masyarakat miskin yang telah terakomodir pada program JPK-PPK/Askeskin. Namun ada sekitar 40% penduduk Kota Bontang yang berada diambang kemiskinan, apabila sakit akan jatuh miskin. Kelompok ini merupakan sarana pengguna keterangan tidak mampu/surat keterangan miskin (SKTM/SKM) Untuk kelompok sasaran SKTM/SKM ini Pemerintah Kota Bontang menyediakan anggaran pada tahun 2007 Rp. 800.000.000,- pada APBD untuk digunakan Penduduk Kota Bontang yang tidak mampu pada pelayanan kesehatan rujukan di RSUD Bontang.

Pelayanan Kesehatan Rujukan Program-program inovasi/unggulan yang dilakukan pada pelayanan kesehatan di Kota Bontang pada dasarnya bertujuan untuk menurunkan angka kematian, menurunkan angka kesakitan dan peningkatan kesehatan ibu melahirkan sebagaimana MDGs. Program-program unggulan ditekankan pada kegiatan sinergitas dengan SKPD lain dan stakeholder diantaranya Posyandu/PAUD dengan Dinas Pendidikan, Posyandu/ KUBE dengan Dinas Sosial Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Posyandu/Kejar Paket dengan Dinas Pendidikan, Penyehatan lingkungan pemukiman bekerjasama dengan Dinas Tarkim Kota Bontang.

Secara umum Kota Bontang telah berhasil dengan Program JPK-PPK/Askeskin. Pada tahun 2008 Kota Bontang akan mengembangkan Pilot Project dokter keluarga bagi peserta JPK-PPK/Askeskin di setiap desa. Pembiayaan dokter keluarga diambil dari biaya kapitasi penduduk miskin untuk pelayanan kesehatan di puskesmas yang didapatkan dari pemerintah pusat sebesar Rp.1000,-. Biaya seribu rupiah tersebut akan digunakan untuk pelayanan di Puskesmas dan dokter keluarga. Keberhasilan *Pilot Project ini* akan dikembangkan dokter keluarga bagi seluruh penduduk Kota Bontang dengan model *sharing cost* artinya biaya akan ditanggung oleh pemerintah dan iuran masyarakat. Inovasi Pelayanan Kesehatan dilakukan guna akselerasi pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang ditandai dengan meningkatnya usia harapan hidup, menurunkan angka kematian, menurunnya angka kesakitan dan meningkatnya pelayanan kesehatan. Inovasi pelayanan kesehatan dapat berjalan dengan efektif ketika program-program tersebut muncul berdasar kebutuhan dan data yang ada di masyarakat. Akhirnya inovasi-inovasi program pelayanan kesehatan harus secara terus-menerus diciptakan agar inovasi tersebut tidak tertinggal oleh waktu yang terus berjalan yang mengakibatkan inovasi yang diciptakan menjadi tidak inovatif lagi.