



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**EVALUASI KEBIJAKAN PENUGASAN KHUSUS TENAGA  
KESEHATAN KE DAERAH PERBATASAN DI PROPINSI  
KALIMANTAN BARAT DAN KALIMANTAN TIMUR  
TAHUN 2007**

**TESIS**

**OLEH :**

**NUR MUHAMAD  
NPM. 0606020663**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA**

**DEPOK, 2008**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**EVALUASI KEBIJAKAN PENUGASAN KHUSUS TENAGA  
KESEHATAN KE DAERAH PERBATASAN DI PROPINSI  
KALIMANTAN BARAT DAN KALIMANTAN TIMUR  
TAHUN 2007**

**Tesis ini diajukan sebagai  
salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**OLEH :**

**NUR MUHAMAD  
NPM. 0606020663**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN  
Tesis, 18 Juli 2008**

**Nur Muhamad, NPM. 0606020663**

**Evaluasi Kebijakan Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan ke Daerah Perbatasan di Propinsi Kalimantan Barat dan Propinsi Kalimantan Timur Tahun 2007**

x + 132 halaman, 6 tabel, 2 gambar, 4 lampiran.

**ABSTRAK**

Dalam upaya untuk pemerataan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat, pendayagunaan tenaga kesehatan secara rasional sangat diperlukan. Pemerintah mengatur penempatan tenaga kesehatan melalui program penugasan khusus ke daerah perbatasan. Upaya pemerataan dan penempatan tenaga melalui penugasan khusus untuk ditugaskan di fasilitas kesehatan seperti Rumah Sakit, Puskesmas, di daerah terpencil/sangat terpencil, daerah rawan bencana/konflik dan perbatasan mempunyai nilai strategis dalam menyelenggarakan program kesehatan. Peran dan keberadaan tenaga medis sangat besar pengaruhnya dalam pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan, sehingga Departemen Kesehatan mengembangkan kebijakan tenaga medis melalui Masa Bakti dengan dikeluarkannya Peraturan Pemerintah Nomor 1 Tahun 1988 tentang Masa Bakti dan Praktek Dokter dan Dokter Gigi sebagai pelaksanaan dari peraturan tersebut diterbitkan Keputusan Presiden Nomor 37 Tahun 1991 tentang Pengangkatan Dokter sebagai Pegawai Tidak Tetap dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1540/MENKES/SK/XII/2002 tentang Penempatan Tenaga Medis melalui Masa Bakti dan Cara Lain.

Penelitian ini mempunyai tujuan untuk mengetahui dan menggambarkan pelaksanaan dan keberhasilan kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan. Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Metode pengumpulan data menggunakan cara wawancara mendalam, diskusi kelompok terarah, dan telaah dokumen.

Hasil penelitian menggambarkan penyusunan kebutuhan belum disusun secara terpadu (*integrated*) berdasarkan kebutuhan nyata, seperti penentuan kriteria

daerah sehingga masih adanya kesenjangan antara jumlah kebutuhan dan jumlah tenaga medis yang berminat dan mau ditugaskan di daerah terpencil/sangat terpencil, perbatasan dan pulau terluar. Penugasan khusus tenaga kesehatan ke daerah perbatasan tidak dapat secara langsung mengakibatkan keberhasilan penurunan angka mortalitas dan morbiditas, karena penduduk di daerah perbatasan sangat kecil sehingga tidak berpengaruh terhadap perubahan angka mortalitas dan angka morbiditas. Asumsi-asumsi yang digunakan dalam kebijakan penugasan khusus masih menggunakan kebijakan-kebijakan penempatan tenaga medis dalam keadaan khusus seperti keadaan bencana, konflik, daerah terpencil/sangat terpencil, masa bakti dan cara lain.

Saran utama yang diajukan kepada pembuat kebijakan adalah penyusunan kebutuhan tenaga kesehatan di daerah perbatasan hendaknya tidak hanya berdasarkan tuntutan kompetensi jenis tenaga yang dibutuhkan tetapi perlu dilakukan secara terpadu (*integrated*) dan memperhatikan berbagai faktor terutama kondisi wilayah/daerah dengan asas desentralisasi sesuai kemampuan dan kondisi daerah. Segera dibahas dan dibentuk kebijakan khusus tentang penempatan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan. Pola pengembangan karier tenaga kesehatan pasca penugasan perlu dilakukan secara seimbang antara kepentingan organisasi dengan kepentingan tenaga medis itu sendiri baik jangka pendek maupun jangka panjang.

Daftar Bacaan : 45 (1993-2007)

**PUBLIC HEALTH PROGRAM  
HEALTH ADMINISTRATION AND POLICY**

Thesis, 18 July 2008

Nur Muhamad, NPM. 0606020663

**Evaluation on Special Assignment Policy of Health Personnel at Country  
Border Territory in West and East Borneo Province in the Year of 2007**

x + 132 pages, 6 tables, 2 pictures, 4 appendices

**ABSTRACT**

The productivity of health worker is reasonably required in order to distribute health service equally for public. Government regulate health worker placement by special assignment program to outer territory. The distribution and placement of health worker by special assignment to remote area, vulnerable conflict and disaster area, also in borderline area has strategic values in supporting health programs. The presence and role of medical personnel has great influence in supporting the distribution and to improve quality of health services, because of it the Health Ministry has developed medical personnel policy by issuing the Government Regulation Number 1 year of 1998 on period of service and practice of general practitioner and dentist, to implement this regulation the government has issued the presidential resolution number 37 year of 1991 on the promotion of medical doctor as honorary civil servant and the Minister of Health resolution number 1540/MENKES/SK/XII/2002 on medical worker placement through period of service and by other ways.

The objective of this study is to find out and describing level of success of health workers special assignment policy in border area. The research method in this study is using descriptive method with qualitative approach. The data has been collected by using in-depth interview, focus group discussion, and documents research.

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

**EVALUASI KEBIJAKAN PENUGASAN KHUSUS TENAGA  
KESEHATAN KE DAERAH PERBATASAN DI PROPINSI  
KALIMANTAN BARAT DAN KALIMANTAN TIMUR  
TAHUN 2007**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis  
Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Indonesia

Depok, 18 Juli 2008

Komisi Pembimbing

Ketua



dr. Sandi Iljanto. MPH

PANITIA SIDANG UJIAN TESIS  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA

Depok, 18 Juli 2008

Ketua



dr. Sandi Iljanto, MPH

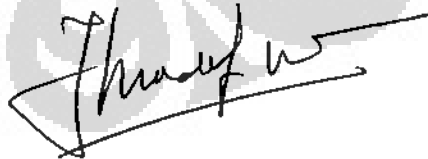
Anggota



dr. Anhari Achadi, SKM, Sc.D



Cici Sri Suningsih, SH, M.Kes



IGM. Wirabrata, S.Si. M.Kes, MM, Apt

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : NUR MUHAMAD  
NPM : 0606020663  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Kekhususan : Administrasi Kebijakan Kesehatan  
Angkatan : 2006/2007  
Jenjang : Magister

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

**Evaluasi Kebijakan Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan Ke Daerah Perbatasan Di Propinsi Kalimantan Barat Dan Kalimantan Timur Tahun 2007**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 18 Juli 2008



Nur Muhamad



## RIWAYAT HIDUP

Nama : Nur Muhamad  
Tempat/Tanggal Lahir : Jakarta, 12 Mei 1968  
Alamat : Jl. Lesung Raya No.109  
Depok Timur – Depok 16417  
Status Keluarga : Menikah  
Alamat Instansi : Departemen Kesehatan RI  
Jl. HR Rasuna Said Kav. X5 No. 4 – 9  
Kuningan – Jakarta 12950

### Riwayat Pendidikan :

1. SD St. Antonius II Jakarta
2. SMP Negeri 3 Jakarta
3. SMA Negeri 54 Jakarta
4. Akademi Gizi Depkes RI Jakarta
5. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

### Riwayat Pekerjaan :

1. Puskesmas Kenali Kab. Lampung Utara , tahun 1989 – 1995
2. Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Barat , tahun 1995 – 2001
3. Rumah Sakit Umum Daerah Liwa , tahun 2001 – 2004
4. Biro Umum Departemen Kesehatan RI , tahun 2004 - .....

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat, taufik, dan hidayah-NYA penulis dapat menyelesaikan penelitian dan penulisan tesis yang berjudul Evaluasi Kebijakan Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan ke Perbatasan di Propinsi Kalimantan Barat dan Kalimantan Timur Tahun 2007.

Pada kesempatan ini, penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada pembimbing akademik Bapak dr. Sandi Iljanto, MPH yang telah membimbing dengan sabar dan bijak dalam membantu dan menginformasikan bahan-bahan tesis, sehingga membuka pola pikir penulis untuk menyelesaikan pendidikan Program Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Ucapan terima kasih dan rasa hormat juga penulis sampaikan kepada :

1. Bapak dr. Sjafii Ahmad, MPH. Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan RI yang memberikan kesempatan penulis menempuh pendidikan lanjutan,
2. Ibu drg. SR. Mustikowati, MARS. Kepala Biro Kepegawaian Departemen Kesehatan RI yang memberi semangat, motivasi, dan banyak arahan kepada penulis selama menempuh pendidikan,
3. Bapak Suprijadi, SKM yang selalu memberi semangat kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan,
4. Bapak drs. Abdurrahman, MPH. Kepala Pusat Kebijakan Pembangunan Kesehatan Departemen Kesehatan RI yang selalu memberi motivasi penulis tentang kebijakan kesehatan.
5. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Barat dan Propinsi Kalimantan Timur beserta seluruh jajarannya.
6. Bapak drh. Wiku Adisasmito, M.Sc, Ph.D. yang banyak memberi masukan terhadap penulisan tesis ini.
7. Bapak dr. Anhari Achadi, SKM, Sc.D yang berkenan meluangkan waktunya untuk menjadi penguji pada Ujian Tesis ini.

8. Bapak IGM Wirabrata, S.Si, M.Kes, MM, Apt. yang berkenan meluangkan waktunya untuk menjadi penguji pada Ujian Tesis ini.
9. Ibu Cici Sri Suningsih, SH, M.Kes. yang selalu memberi semangat dan berkenan meluangkan waktunya untuk menjadi penguji pada Ujian Tesis ini.
10. Para narasumber dalam kegiatan wawancara dan diskusi kelompok terarah yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.
11. Rekan-rekan peminatan Kebijakan Kesehatan baik kelas reguler maupun khusus, yang selalu memberi inspirasi penulis dalam menjalankan proses pendidikan.
12. Seluruh rekan-rekan Program Pasca Sarjana FKM-UI Angkatan Tahun 2006 yang banyak memberi warna dan pengalaman bagi penulis selama pendidikan.
13. Mas Pri dan mba Dian di Sekretariat Dept. AKK, mba Lilis, staf pak Wiku dan seluruh staf Perpustakaan FKM-UI yang banyak membantu penulis menyelesaikan tesis ini.
14. Orang tua dan keluarga yang memberikan dorongan moril, kekuatan dan doa dalam menyelesaikan pendidikan.
15. Ika, Tyo, dan 'bu In' yang dengan segala pengorbanan dan doanya selalu mendampingi penulis dalam menyelesaikan pendidikan.
16. Seluruh teman-teman di TU Pimpinan dan Protokol Departemen Kesehatan yang selalu bekerja sama dan memberi semangat penulis untuk melanjutkan dan menyelesaikan pendidikan.
17. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu dalam membantu penyelesaian penulisan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini jauh dari sempurna, untuk itu dengan segala kerendahan hati penulis berharap adanya kritik dan saran demi penyempurnaan tesis ini. Akhirnya penulis berharap tesis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membutuhkan dalam proses pembelajaran selanjutnya.

Depok, 18 Juli 2008

Penulis

## DAFTAR ISI

Judul	Halaman
<b>ABSTRAK</b>	
<b>HALAMAN JUDUL</b>	
<b>LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING</b>	
<b>LEMBAR PERSETUJUAN PENGUJI</b>	
<b>SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT</b>	
<b>RIWAYAT HIDUP</b>	
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>x</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Permasalahan.....	5
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	6
1.4. Tujuan Penelitian	
1.4.1. Tujuan Umum.....	7
1.4.2. Tujuan Khusus .....	7
1.5. Manfaat Penelitian.....	7
1.6. Lingkup Penelitian.....	8

## **BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

2.1. Evaluasi.....	10
2.2. Kebijakan Publik.....	12
2.3. Evaluasi Kebijakan.....	14
2.4. Kebijakan Penempatan Tenaga Kesehatan di Daerah Perbatasan.....	16
2.5. Kebijakan Nasional Pengelolaan Kawasan Perbatasan Indonesia.....	19
2.5.1. Visi Pengembangan Kawasan Perbatasan.....	21
2.5.2. Kebijakan Umum Pengembangan Kawasan Perbatasan .....	22
2.5.3. Strategi Umum Pengembangan Kawasan Perbatasan.....	24
2.6. Kebijakan dan Strategi Khusus Pengembangan Kawasan Perbatasan antar negara di Kalimantan .....	25
2.6.1. Kebijakan dan Strategi Spasial Pengembangan Kawasan Perbatasan Kalimantan–Serawak Sabah .....	28
2.6.2. Gambaran Wilayah Perbatasan Negara di Kalimantan Barat.....	54
2.6.3. Gambaran Wilayah Perbatasan Negara di Kalimantan Timur.....	58
2.7. Mortalitas dan Morbiditas	
2.7.1. Mortalitas .....	62

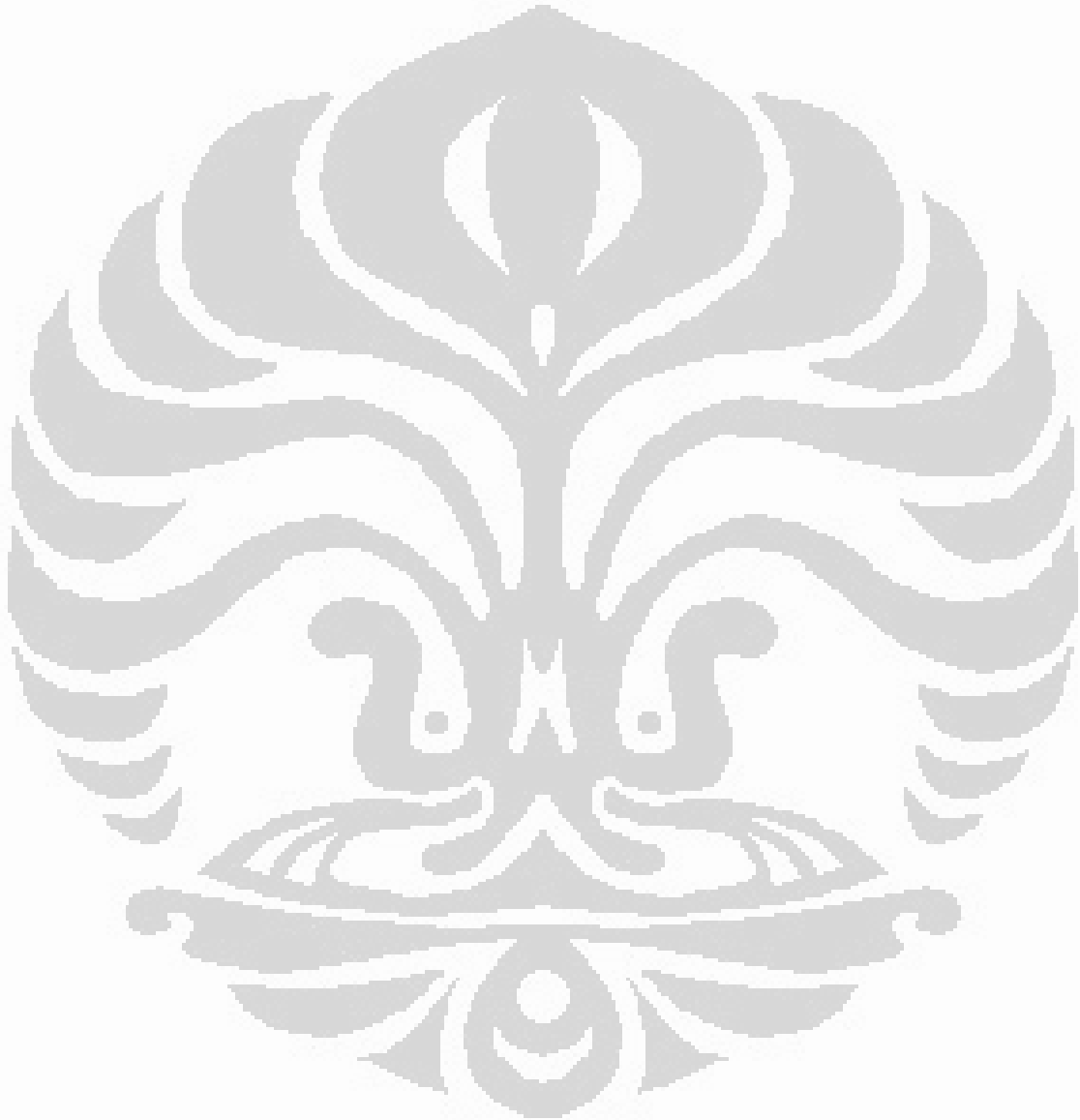
2.7.2. Morbiditas .....	63
2.8. Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Keberadaan Tenaga Kesehatan di Daerah Perbatasan.....	63
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL</b>	
3.1. Kerangka Konsep.....	69
3.2. Definisi Operasional.....	70
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b>	
4.1. Desain Penelitian.....	72
4.2. Waktu dan Lokasi Penelitian.....	75
4.3. Populasi dan Sampel.....	75
4.4. Sumber Data dan Cara Pengumpulan Data.....	75
4.5. Instrumen Penelitian.....	84
4.6. Pemeriksaan Keabsahan Data.....	79
4.7. Pengolahan Data.....	80
4.8. Analisis Data.....	80
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN</b>	
5.1. Gambaran Kawasan Perbatasan Kalimantan.....	83
5.2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	
5.2.1. Propinsi Kalimantan Barat .....	86
5.2.2. Kabupaten Sanggau .....	88
5.2.3. Propinsi Kalimantan Timur .....	89
5.2.4. Kabupaten Nunukan.....	90
5.3. Rasio Puskesmas terhadap Penduduk.....	91

5.4.	Rasio Tenaga Kesehatan terhadap Penduduk.....	94
5.5.	Morbiditas dan Mortalitas.....	96
5.6.	Paparan Hasil Wawancara dan Diskusi Kelompok Terarah	
5.6.1.	Aspek Kebijakan .....	96
5.6.2.	Aspek Pelaksanaan .....	103
5.6.3.	Aspek Program .....	106
5.7.	Implementasi Kebijakan.....	112
<b>BAB 6 PEMBAHASAN</b>		
6.1.	Keterbatasan Penelitian.....	118
6.2.	Bahasan Penelitian	
6.2.1.	Kesenjangan antara Rencana dan Pencapaian Pemenuhan Sumber Daya Kesehatan di Perbatasan .....	119
6.2.2.	Keberhasilan Kebijakan Penugasan Kebijakan Khusus Tenaga Kesehatan di daerah Perbatasan.....	121
6.2.3.	Asumsi-asumsi yang digunakan pada Kebijakan Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan di daerah Perbatasan .....	122
<b>BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN</b>		
7.1.	Kesimpulan .....	127
7.2.	Saran .....	128

**DAFTAR PUSTAKA**

**130**

**LAMPIRAN**



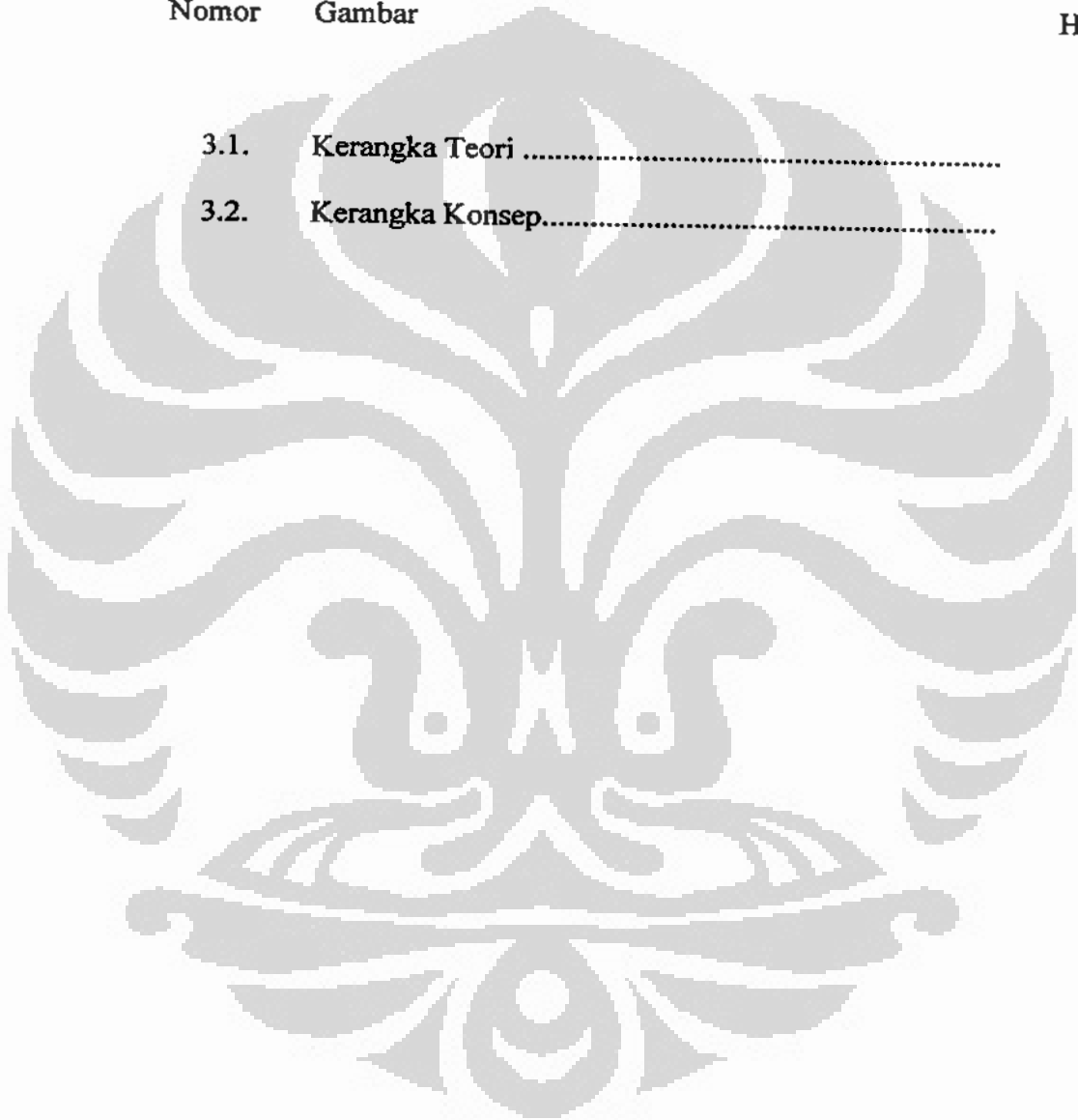


## DAFTAR TABEL

Nomor	Tabel	Halaman
2.1.	Banyaknya Rumah Sakit, Puskesmas, dan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Wilayah Perbatasan Kalimantan Barat Tahun 2002.....	58
2.2	Banyaknya Tenaga Kesehatan di 11 Kecamatan Wilayah Perbatasan Propinsi Kalimantan Timur Tahun 2002.....	61
5.1.	Rasio Puskesmas terhadap Penduduk.....	91
5.2.	Jumlah Puskesmas dan Rasio Puskesmas terhadap Penduduk Propinsi Kalimantan Barat Tahun 2005 .....	93
5.3.	Jumlah Puskesmas dan Rasio Puskesmas terhadap Penduduk Propinsi Kalimantan Timur Tahun 2005 .....	94
5.4.	Jumlah, Persentase, dan Rasio per 100.000 penduduk tenaga kesehatan menurut jenisnya Tahun 2005 .....	95
5.5.	Kebutuhan dan Realisasi Pengangkatan Tenaga Medis Tahun 2007 .....	116
5.6.	Contoh usulan Kebutuhan Dokter Umum/Dokter Gigi di tingkat Propinsi.....	117

## DAFTAR GAMBAR

Nomor	Gambar	Halaman
3.1.	Kerangka Teori .....	69
3.2.	Kerangka Konsep.....	70



## **DAFTAR LAMPIRAN**

### **Nomor Lampiran**

1. **Panduan Wawancara Mendalam Untuk Pejabat Eselon II Depkes dan Kepala Dinas Kesehatan Propinsi.**
2. **Panduan Diskusi Kelompok Terarah Untuk Kadinkes Kabupaten/Kota, Direktur RSUD, Kepala Puskesmas, Bidan Desa**
3. **Matriks Hasil Wawancara Mendalam dengan Pejabat Unit Utama Depkes**

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) dan Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia. Kesehatan juga merupakan investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi serta memiliki peranan penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan dibutuhkan perubahan cara pandang (*mindset*) dari paradigma sakit ke paradigma sehat, sejalan dengan visi Indonesia Sehat 2010. Namun dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas, beberapa masalah dan tantangan baru muncul sebagai akibat dari perubahan sosial ekonomi serta perubahan lingkungan strategis global dan nasional. Tantangan global antara lain pencapaian sasaran *Millenium Development Goals (MDGs)*, sedangkan pada lingkup nasional adalah penerapan desentralisasi bidang kesehatan (RPJMN 2004-2009, 2005).

Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan dalam penjelasannya mengamanatkan bahwa peningkatan taraf kesejahteraan masyarakat dan kesadaran hidup sehat merupakan keberhasilan pembangunan diberbagai bidang. Keberhasilan tersebut mendorong

peningkatan kebutuhan akan pelayanan kesehatan dan pemerataan, yang mencakup tenaga, sarana, dan prasarana baik dalam jumlah maupun mutu (Undang-undang No.23 tahun 1992).

Sistem Kesehatan Nasional 2004 menyatakan bahwa tujuan subsistem SDM Kesehatan adalah tersedianya tenaga kesehatan yang bermutu secara mencukupi, terdistribusi secara adil, serta termanfaatkan secara berhasil guna dan berdayaguna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi - tingginya (Departemen Kesehatan, 2004).

Kebijakan yang ada tetapi belum mendukung sepenuhnya kebijakan pelayanan kesehatan di daerah perbatasan, antara lain: Undang-undang RI Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara, Undang-undang RI Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular, Keppres Nomor 78 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Pulau-pulau Kecil, SK Ketua Bappenas Nomor 341 Tahun 2005 tentang Pokja Strategi Pengembangan dan Pemanfaatan Pulau-pulau Kecil, MoU Menkes dan Menteri DKP Nomor 6 dan Nomor 38 Tahun 2004 tentang Penanganan Masalah Kesehatan Masyarakat di Pulau-pulau Kecil secara Berkelanjutan (Departemen Kesehatan, 2006).

Ketersediaan tenaga kesehatan dianggap merupakan salah satu input terpenting pada pelayanan kesehatan. Kemampuan masyarakat untuk menjangkau dan mencapai fasilitas kesehatan tidak akan memiliki makna tanpa kehadiran tenaga kesehatan yang terampil. Sedangkan saat ini tenaga kesehatan terlatih masih terkonsentrasi di daerah perkotaan atau daerah

dengan kapasitas fiskal yang lebih baik dengan status kesehatan masyarakat umumnya lebih baik.

Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional disebutkan, pada tahun 2002 rata-rata setiap 100.000 penduduk baru dapat dilayani oleh 3,5 puskesmas. Selain jumlahnya yang kurang, kualitas, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan di puskesmas masih menjadi kendala. Pada tahun 2003 terdapat 1.179 rumah sakit, terdiri dari 598 rumah sakit milik pemerintah dan 581 rumah sakit milik swasta. Walaupun rumah sakit terdapat di hampir seluruh kabupaten/kota, namun kualitas pelayanan sebagian besar rumah sakit pada umumnya masih dibawah standar pelayanan minimal. Pelayanan kesehatan rujukan belum optimal dan belum memenuhi harapan masyarakat. Kebijakan yang mengatur penugasan khusus sumber daya manusia kesehatan di daerah perbatasan masih menggunakan kebijakan penugasan sumber daya manusia kesehatan yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan di daerah terpencil, tertinggal dan rawan bencana sehingga kebijakan ini membutuhkan evaluasi pelaksanaan agar dapat melahirkan rekomendasi kebijakan baru sebagai payung pelaksanaan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.

Strategi ke 2 pembangunan kesehatan yang tercantum dalam Rencana Strategis Departemen Kesehatan tahun 2005-2009 disebutkan meningkatkan akses dan pelayanan kesehatan yang berkualitas termasuk di daerah perbatasan. Departemen Kesehatan memfasilitasi upaya revitalisasi sistem kesehatan dasar dan sistem rujukan dengan memperluas jaringan yang efektif dan efisien, serta peningkatan kualitas pelayanan sesuai standar yang

ditetapkan. Sejalan dengan strategi tersebut harus dilakukan peningkatan jumlah dan kualitas sumber daya manusia kesehatan yang terdistribusi sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan (Departemen Kesehatan, 2006).

Masalah yang banyak menjadi perhatian serius pada pelayanan kesehatan di daerah perbatasan adalah akses pelayanan publik khususnya akses secara geografis pada pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar pelayanan minimal yang ditetapkan, termasuk sistem rujukan yang belum berjalan dengan baik.

Evaluasi kebijakan ini menjadi sangat strategis sebagai dasar penentuan kebijakan baru dari unit utama (Sekretariat Jenderal, Badan PPSDM, Ditjen Bina Kesmas) di lingkungan Departemen Kesehatan yang memberikan perhatian pada perencanaan dan program pelayanan kesehatan di daerah perbatasan.

Pada tahun 2001, setiap 100.000 penduduk baru dapat dilayani oleh 7,7 dokter umum; 2,7 dokter gigi; 3,0 dokter spesialis, dan 0,8 bidan. Untuk tenaga kesehatan masyarakat, setiap 100.000 penduduk baru dilayani oleh 0,5 Sarjana Kesehatan Masyarakat; 1,7 apoteker; 6,6 ahli gizi; 0,1 tenaga epidemiologi dan 4,7 sanitarian. Keterbatasan ini diperburuk oleh distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata. Lebih dari dua per tiga dokter spesialis berada di Jawa dan Bali. Disparitas rasio dokter umum per 100.000 penduduk antar wilayah juga masih tinggi, berkisar dari 2,3 di Lampung hingga 28,0 di Daerah Istimewa Yogyakarta (RPJMN 2004-2009, 2005).

Berdasarkan perhitungan rasio tenaga dokter terhadap jumlah penduduk di 49 Kabupaten terpencil, rasio tertinggi di Kabupaten Malinau

Kalimantan Timur (1:3.835), sedangkan rasio terendah di Kabupaten Puncak Jaya Papua (1:89.500). Kesenjangan akses pelayanan kesehatan oleh masyarakat juga masih terasa di daerah perbatasan, seperti di Papua sebanyak 71% penduduknya tidak memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan antara lain disebabkan faktor geografi dan tingkat ekonomi masyarakat setempat. Pemerintah telah mengupayakan pemerataan penyebaran tenaga kesehatan melalui berbagai kebijakan dan insentif (Departemen Kesehatan, 2004).

Salah satu upaya yang dilakukan adalah penempatan tenaga kesehatan yang memiliki kualifikasi yang tepat guna menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi masyarakat di daerah perbatasan. Dalam upaya itu, Departemen Kesehatan menerapkan kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan ke daerah perbatasan.

Berdasarkan penjelasan di atas, maka dilakukan evaluasi kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan ke daerah perbatasan. Lokasi yang dipilih adalah Kabupaten Sanggau Kalimantan Barat dan Kabupaten Nunukan Kalimantan Timur. Pemilihan lokasi penelitian berdasarkan asumsi perbatasan dengan negara tetangga yang cukup kondusif keamanannya, berbatasan langsung secara topografis dengan negara tetangga, dan relatif lebih mudah akses ke lokasi.

## **1.2 Permasalahan**

Dari latar belakang di atas dapat disimpulkan bahwa permasalahan distribusi tenaga kesehatan terampil di daerah perbatasan masih rendah.



Berdasarkan permasalahan yang telah dijabarkan maka perlu dilakukan evaluasi Kebijakan Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan di daerah Perbatasan. Hasil evaluasi kebijakan ini nantinya diharapkan dapat bermanfaat bagi penentu kebijakan di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota dalam kebijakan pelayanan kesehatan di daerah perbatasan. Evaluasi kebijakan ini menjadi sangat strategis sebagai dasar penentuan kebijakan baru dari unit utama (Sekretariat Jenderal, Badan PPSDM, Ditjen Bina Kesmas) di lingkungan Departemen Kesehatan yang memberikan perhatian pada perencanaan dan program pelayanan kesehatan di daerah perbatasan.

### **1.3 Pertanyaan Penelitian**

- 1.3.1 Bagaimana menggambarkan kesenjangan antara rencana dan pencapaian pemenuhan sumber daya kesehatan di daerah perbatasan?
- 1.3.2 Bagaimana keberhasilan kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan berdasarkan implementasi kebijakan, angka mortalitas, dan angka morbiditas?
- 1.3.3 Bagaimana asumsi-asumsi yang digunakan pada kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan?

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### **1.4.1 Tujuan Umum :**

Penelitian ini bertujuan diketahuinya gambaran pelaksanaan dan tingkat keberhasilan kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan tahun 2007.

### **1.4.2 Tujuan Khusus :**

1. Diperolehnya gambaran kesenjangan antara rencana dan pencapaian pemenuhan sumber daya kesehatan di daerah perbatasan.
2. Diperolehnya keberhasilan kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan berdasarkan implementasi kebijakan, angka mortalitas, dan angka morbiditas.
3. Diperolehnya asumsi-asumsi yang digunakan pada kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

Hasil kajian ini diharapkan dapat digunakan, yakni:

- 1.5.1 Sebagai bahan masukan bagi para pengambil keputusan untuk mengevaluasi kebijakan pelayanan kesehatan di daerah perbatasan.
- 1.5.2 Sebagai bahan masukan rekomendasi kebijakan tingkat lanjut terhadap kebijakan pelayanan kesehatan di daerah perbatasan.
- 1.5.3 Sebagai bahan masukan rekomendasi kebijakan tentang pengembangan wilayah khususnya pengembangan wilayah perbatasan.

1.5.4 Sebagai bahan masukan kerjasama lintas sektor di daerah perbatasan.

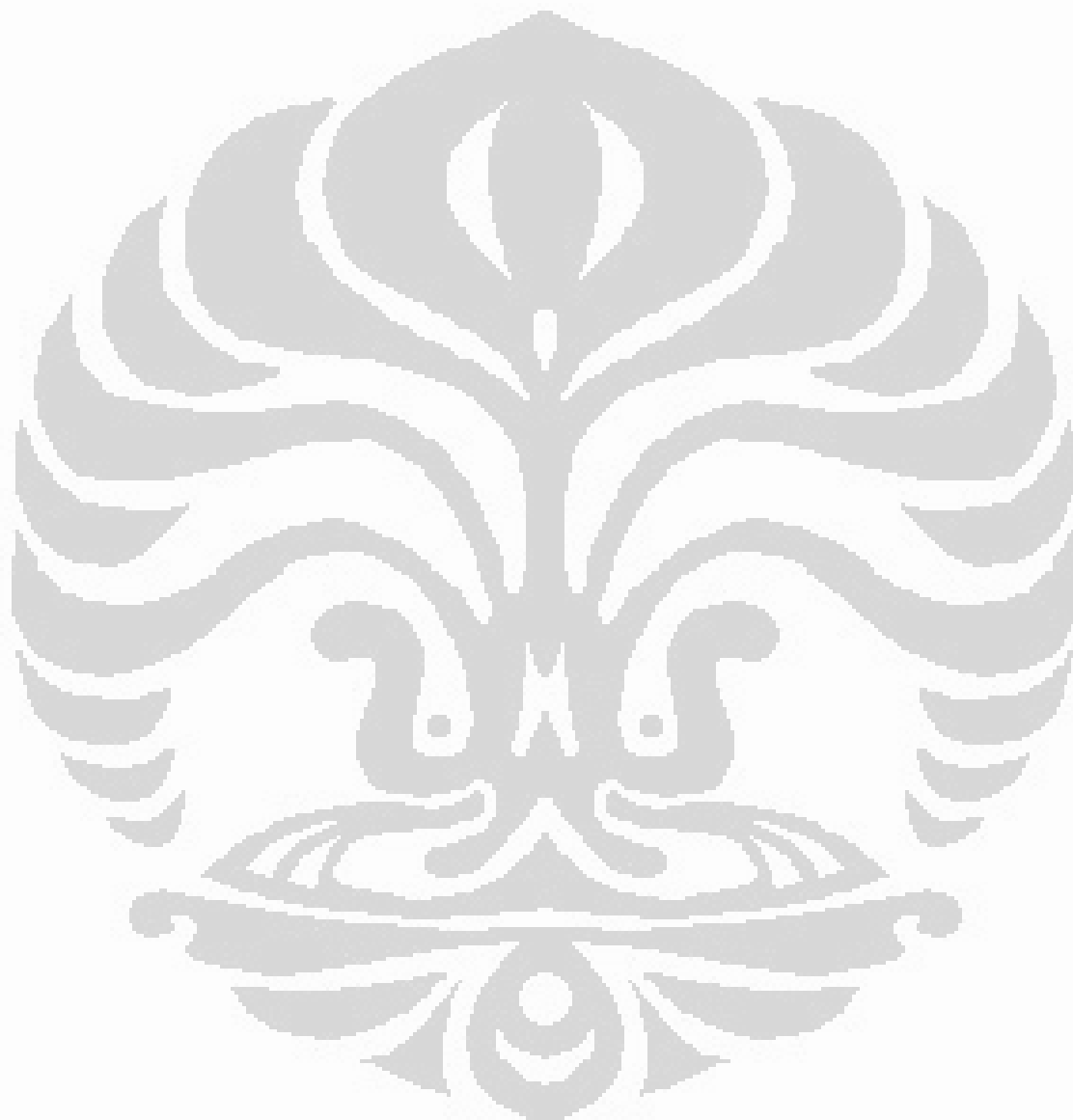
1.5.5 Sebagai bahan kajian akademisi dan institusi penyelenggara pendidikan khususnya bidang kebijakan kesehatan dan kebijakan publik.

1.5.6. Sebagai apresiasi peneliti terhadap materi kuliah yang didapat mengenai kebijakan kesehatan.

### **1.6 Lingkup Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian di bidang kebijakan SDM Kesehatan di daerah perbatasan dalam pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan di wilayah perbatasan. Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kualitatif dan deskriptif analitik karena ingin diketahui gambaran pelaksanaan dan keberhasilan kebijakan yang digunakan untuk penugasan khusus tenaga kesehatan ke wilayah perbatasan. Pengumpulan data penelitian ini menggunakan wawancara mendalam dengan informan untuk mendapatkan data primer. Data sekunder berupa telaah dokumen dengan penelusuran data jumlah tenaga kesehatan yang ditugaskan ke daerah perbatasan dan data kebutuhan tenaga kesehatan di wilayah perbatasan. Informan penelitian ini berasal dari para pejabat Departemen Kesehatan yang berkaitan dengan kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan ke daerah perbatasan, yaitu Kepala Biro Kepegawaian, Kepala Pusat Kajian Pembangunan Kesehatan, Kepala Pusat Data dan Informasi Kesehatan,

Sekretaris Badan PPSDM, dan Direktur Kesehatan Komunitas. Waktu penelitian dilakukan pada bulan April sampai dengan Mei 2008.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Evaluasi**

Evaluasi diartikan sebagai kegiatan untuk membandingkan antara hasil yang telah dicapai dengan rencana yang telah ditentukan. Evaluasi merupakan tahap penting dalam proses pengambilan keputusan sejak perumusan kebijakan maupun pada pelaksanaan kebijakan.

Menurut WHO, evaluasi adalah suatu cara yang sistematis untuk memperbaiki kegiatan-kegiatan yang sedang berjalan serta untuk meningkatkan perencanaan yang lebih baik dengan menyeleksi lebih seksama alternatif-alternatif tindakan yang akan datang (Wijono, 2000).

Tujuan dari evaluasi adalah untuk meningkatkan daya guna dan hasil guna perencanaan dan pelaksanaan program serta memberi petunjuk dalam pengelolaan tenaga, dana dan fasilitas untuk program yang sedang dilaksanakan dan program akan datang.

Evaluasi adalah kegiatan mengukur dan menilai. Mengukur lebih bersifat kuantitatif, sedangkan menilai lebih bersifat kualitatif. Namun secara umum orang hanya mengidentikkan kegiatan evaluasi sama dengan menilai, karena aktifitas mengukur sudah termasuk didalamnya. Dan tak mungkin melakukan penilaian tanpa didahului oleh kegiatan pengukuran (Arikunto, 2002).

Evaluasi (Casely & Kumar, 1987) adalah penilaian berkala terhadap relevansi, penampilan, efisiensi dan dampak proyek tentang waktu, daerah atau populasi. Sedangkan interpretasinya secara umum adalah evaluasi bagi

banyak organisasi adalah istilah umum yang digunakan bersama-sama dengan kaji ulang. Organisasi lain menggunakannya dalam pengertian yang lebih ketat sebagai penilaian yang komprehensif terhadap keluaran dan dampak proyek; apa sumbangannya terhadap pencapaian tujuan sasaran. Evaluasi bisanya dilakukan baik oleh orang dalam maupun orang luar untuk membantu pihak terkait dan pembuat keputusan belajar dan menerapkan pelajaran yang sudah dipetik.

Evaluasi dapat dilakukan saat:

- Perencanaan (*Ex-ante Evaluation*)
- Program / Kegiatan sedang berjalan (*On-going Evaluation*)
- Program / Kegiatan selesai dibangun (*Terminal Evaluation*)
- Program / Kegiatan sudah berfungsi (*Ex-post Evaluation*)

Menurut William N Dunn dalam *Publik Policy Analisis: An Introduction* menjelaskan bahwa, Monitoring dan Evaluasi merupakan salah satu dari proses ataupun siklus kebijakan publik, dimana proses kebijakan publik tersebut meliputi tahapan-tahapan sebagai berikut:

a. Perumusan masalah kebijakan

Tahap ini dimulai dari perumusan masalah sampai dengan dipilihnya alternatif untuk direkomendasikan dan disahkan oleh pejabat yang berwenang.

b. Implementasi kebijakan

Setelah kebijakan publik disahkan oleh pejabat yang berwenang, maka kemudian kebijakan tersebut diimplementasikan.

c. Monitoring kebijakan

Monitoring merupakan proses kegiatan pengawasan terhadap implementasi kebijakan, yaitu meliputi keterkaitan antara implementasi dan hasil-hasilnya.

d. Evaluasi kebijakan

Evaluasi bertujuan untuk menilai apakah ada perbedaan sebelum dan setelah kebijakan itu dilaksanakan.

## 2.2 Kebijakan Publik

Dye dalam Sutopo (2001) mendefinisikan kebijakan publik (*public policy*) sebagai berikut: "*Public policy is whatever the government choose to do or not to do*" (apapun pilihan pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu).

Anderson dalam Sutopo (2001) mengatakan *Public Policies are those policies developed by governmental bodies and officials* (kebijakan publik adalah kebijaksanaan-kebijaksanaan yang dikembangkan oleh badan-badan dan pejabat-pejabat pemerintah).

Easton dalam Sutopo (2001) memberikan pengertian tentang kebijakan publik sebagai "*The authoritative allocation of values for the whole*

*society*" (pengalokasian nilai-nilai secara sah kepada seluruh anggota masyarakat).

Dari definisi-definisi di atas dapat disimpulkan bahwa kebijakan publik adalah:

1. Kebijakan publik dibuat oleh pemerintah yang berupa tindakan-tindakan pemerintah.
2. Kebijakan publik baik untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu itu mempunyai tujuan tertentu.
3. Kebijakan publik ditujukan untuk kepentingan masyarakat.

Upaya untuk menghasilkan informasi dan argumen, analisis kebijakan dapat menggunakan beberapa pendekatan, yaitu: pendekatan Empiris, Evaluatif, dan Normatif (Dunn, 2000).

- 1). Pendekatan Empiris, memusatkan perhatian pada masalah pokok, yaitu apakah sesuatu itu ada (menyangkut fakta). Pendekatan ini lebih menekankan penjelasan sebab akibat dari kebijakan publik.
- 2). Pendekatan Evaluatif, memusatkan perhatian pada masalah pokok, yaitu berkaitan dengan penentuan harga atau nilai (beberapa nilai sesuatu) dari beberapa kebijakan. Jenis informasi yang dihasilkan bersifat Evaluatif.
- 3). Pendekatan Normatif, memusatkan perhatian pada masalah pokok, yaitu tindakan apa yang semestinya dilakukan. Pengusulan arah tindakan yang dapat memecahkan masalah problem kebijakan, merupakan inti pendekatan normatif. Jenis informasi bersifat anjuran atau rekomendasi



Ketiga pendekatan di atas menghendaki suatu kegiatan penelitian dan dapat memanfaatkan berbagai pendekatan lintas disiplin ilmu yang relevan. Adapun model penelitian yang lazim digunakan adalah penelitian operasional, terapan atau praktis. Pembuatan informasi yang selaras kebijakan (baik yang bersifat penandaan, evaluatif, dan anjuran) harus dihasilkan dari penggunaan prosedur analisis yang jelas (metode penelitian).

Menurut Dunn (2000), dalam Analisis Kebijakan, metode analisis umum yang dapat digunakan, antara lain:

- 1). Metode peliputan (deskripsi), memungkinkan analisis menghasilkan informasi mengenai sebab akibat kebijakan dimasa lalu.
- 2). Metode peramalan (prediksi), memungkinkan analisis menghasilkan informasi mengenai akibat kebijakan dimasa depan.
- 3). Metode evaluasi, pembuatan informasi mengenai nilai atau harga dimasa lalu dan masa datang.
- 4). Metode rekomendasi (preskripsi), memungkinkan analisis menghasilkan informasi mengenai kemungkinan arah tindakan dimasa datang akan menimbulkan akibat yang bernilai.

### **2.3 Evaluasi Kebijakan**

Mengenai pengertian evaluasi kebijakan sebagai suatu pengkajian secara sistematis, empiris terhadap akibat-akibat dari suatu kebijaksanaan dan program pemerintah yang sedang berjalan dan kesesuaiannya dengan tujuan-tujuan yang hendak dicapai oleh kebijaksanaan tersebut. Sedangkan Dunn (2000) menyamakan evaluasi dengan penaksiran (*appraisal*),

pemberian angka (*rating*) dan penilaian (*assessment*), kata-kata yang menyatakan usaha untuk menganalisis hasil kebijakan dalam arti satuan nilai.

Dalam arti yang spesifik, evaluasi berkenaan dengan produksi informasi mengenai nilai atau manfaat hasil kebijakan. Dengan demikian Evaluasi kebijakan, tidak lain adalah mengukur kesesuaian antara rencana dan pelaksanaan, dan mengukur seberapa jauh telah terjadi penyimpangan dan ketidakpastian.

Evaluasi *Adversary* (*Adversary Models of Evaluation*) yakni evaluasi harus menampilkan kasus terbaik bagi setiap permasalahan yang timbul dalam program. Oleh karena itu evaluasi ini mempergunakan berbagai jenis sumber data, dan berusaha menggali penilaian berbagai pihak tentang segi positif dan negatif dari program/kebijakan.

Menurut Dunn (2000) mengatakan bahwa: Evaluasi memainkan sejumlah fungsi utama dalam analisis kebijakan antara lain :

1. Evaluasi memberi informasi yang valid dan dapat dipercaya mengenai kinerja kebijakan, yaitu seberapa jauh kebutuhan, nilai dan kesempatan telah dapat dicapai melalui tindakan publik. Dalam hal ini, evaluasi mengungkapkan seberapa jauh tujuan-tujuan tertentu dan target tertentu telah dicapai.
2. Evaluasi memberi sumbangan pada klarifikasi dan kritik terhadap nilai-nilai yang mendasari pemilihan tujuan dan target. Nilai diperjelas dengan mendefinisikan dan mengoperasikan tujuan dan target.

3. Evaluasi memberi sumbangan pada aplikasi metode-metode analisis kebijakan lainnya, termasuk perumusan masalah dan rekomendasi. Informasi tentang tidak memadainya kinerja kebijakan dapat memberi sumbangan pada perumusan ulang masalah kebijakan. Evaluasi dapat pula menyumbang pada definisi alternatif kebijakan yang baru atau revisi kebijakan.

#### **2.4 Kebijakan Penempatan Tenaga Kesehatan di daerah Perbatasan**

Sistem Kesehatan Nasional mengamanatkan tujuan subsistem SDM Kesehatan adalah tersedianya tenaga kesehatan yang bermutu secara mencukupi, terdistribusi secara adil, serta termanfaatkan secara berhsil-guna dan berdaya-guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. (Sistem Kesehatan Nasional 2004).

Ketersediaan tenaga pelayanan kesehatan dianggap merupakan salah satu input terpenting pada pelayanan kesehatan. Kemampuan masyarakat untuk menjangkau dan mencapai fasilitas kesehatan tidak akan memiliki makna tanpa kehadiran tenaga kesehatan yang terampil. Saat ini tenaga kesehatan terlatih masih terkonsentrasi di daerah perkotaan atau daerah dengan kapasitas sumber kekayaan alami yang lebih baik yang status kesehatan masyarakat umumnya lebih baik. Pemerintah telah mengupayakan pemerataan penyebaran tenaga kesehatan melalui berbagai kebijakan (Departemen Kesehatan, 2004).

Berbagai kebijakan yang telah dilakukan dalam upaya penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan terdiri dari Undang-undang Nomor 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana, Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan, Keputusan Presiden Nomor 37 tahun 1991 tentang Pengangkatan Dokter sebagai Pegawai Tidak Tetap, Peraturan Presiden Nomor 78 tahun 2005 tentang Pengelolaan Pulau-pulau kecil terluar, Keputusan Bersama Menteri Pertahanan Keamanan dan Menteri Kesehatan Nomor 1122/Menkes/ SKB / 1999 dan Nomor NKB/01/IX/ 1999 tentang Kerjasama Pembinaan Kesehatan dalam rangka Pertahanan Keamanan Negara, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1207A/Menkes/SK/VIII/2000 tentang Pendayagunaan Dokter Spesialis dan Dokter Spesialis Gigi, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 979/Menkes/SK/IX/2001 tentang Prosedur Tetap Pelayanan Kesehatan Penanggulangan Bencana dan Penanganan Pengungsi, Keputusan Menteri Pembangunan Daerah Tertinggal Nomor 001 tahun 2005 tentang Strategi Nasional Pembangunan Daerah Tertinggal, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 066/Menkes/SK/II/2006 tentang pedoman manajemen sumber daya manusia kesehatan dalam penanggulangan bencana, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 258/Menkes/Per/II/2005 tentang penugasan khusus tenaga kesehatan dan tenaga lainnya dalam rangka penanggulangan pasca bencana nasional di propinsi NAD dan Sumatera Utara, dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 512/Menkes/Per/IV/2007 tentang izin praktik dan pelaksanaan praktik kedokteran.

Salah satu model penempatan tenaga kesehatan adalah dengan cara penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan dan rawan bencana di seluruh Indonesia. Yang dimaksud dengan penugasan khusus adalah pendayagunaan secara khusus sumber daya manusia kesehatan dalam kurun waktu tertentu guna meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan yang berada di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan, pulau-pulau kecil terluar, daerah yang tidak diminati, daerah rawan bencana/mengalami bencana dan konflik sosial (Departemen Kesehatan, 2006).

Dasar pemikiran penempatan tenaga kesehatan model ini adalah tenaga kesehatan yang sudah ada tidak memungkinkan mengatasi permasalahan kesehatan di daerah rawan konflik, daerah sangat terpencil, dan daerah rawan bencana. Program revitalisasi dan rekonstruksi dalam kebijakan dan strategi penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana mengamankan penambahan tenaga kesehatan sesuai kebutuhan dapat dilakukan dengan cara penugasan khusus, relokasi dan pengangkatan baru tenaga kesehatan (Departemen Kesehatan, 2006).

Model penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan dan rawan bencana bertujuan melaksanakan penanggulangan masalah kesehatan yang mendesak di daerah terpencil, daerah tertinggal, daerah perbatasan, daerah rawan konflik, daerah rawan bencana serta daerah yang kurang diminati tenaga kesehatan. Pada model ini tenaga kesehatan diberi beban masa tugas minimal 1 bulan, insentif yang memadai, dan dibekali biaya transportasi pergi-pulang ke lokasi penugasan.

Tenaga Kesehatan yang ditugaskan secara khusus ke daerah perbatasan pada tahun 2005 sebanyak 249 tenaga terdiri dari tenaga spesialis, tenaga medis dan paramedis lainnya. Tahun 2006 meningkat menjadi 273 tenaga kesehatan, sedangkan pada tahun 2007 berjumlah 345 tenaga kesehatan.

## **2.5 Kebijakan Nasional Pengelolaan Kawasan Perbatasan Indonesia**

Garis-garis Besar Haluan Negara (GBHN) mengamanatkan bahwa kawasan perbatasan merupakan kawasan tertinggal yang harus mendapat prioritas pembangunan. Amanat GBHN ini telah dijabarkan dalam Undang-undang No. 25 Tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (Propenas) 2000-2004 yang memuat program-program prioritas selama lima tahun. Kenyataannya, komitmen pemerintah melalui kedua produk hukum ini belum dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya, karena beberapa faktor yang saling terkait, mulai dari segi politik, hukum, kelembagaan, sumberdaya, koordinasi, dan faktor lainnya. Sebagian besar kawasan perbatasan di Indonesia merupakan kawasan tertinggal dengan sarana dan prasarana sosial dan ekonomi yang sangat terbatas. Dimasa lalu kawasan perbatasan dipandang sebagai wilayah yang perlu diawasi secara ketat karena menjadi tempat persembunyian para pemberontak (Undang-Undang No.25 Tahun 2000).

Akibatnya, di sejumlah daerah, kawasan perbatasan tidak tersentuh dinamika pembangunan. Masyarakat di kawasan itupun umumnya miskin dan lebih berorientasi ke negara tetangga. Dilain pihak, negara tetangga

seperti Malaysia justru telah membangun pusat-pusat pertumbuhan dan koridor perbatasannya melalui berbagai kegiatan ekonomi dan perdagangan. Pembangunan ini telah memberikan keuntungan bagi pemerintah maupun masyarakatnya. Sebenarnya, peluang ekonomi di beberapa kawasan perbatasan telah terbuka lebih besar dengan berlakunya sejumlah perjanjian internasional. Perjanjian itu antara lain perdagangan bebas internasional, kerjasama ekonomi regional maupun bilateral, sertakerjasama sub-regional semisal AFTA, IMS-GT, IMT-GT, BIMP-EAGA, dan AIDA. Berlakunya kerjasama internasional tersebut perlu menjadi bahan pertimbangan dalam upaya pengembangan kawasan perbatasan.

Dalam rangka melaksanakan berbagai kerjasama ekonomi internasional, Indonesia perlu menyiapkan berbagai langkah, kebijakan dan program pembangunan yang menyeluruh dan terpadu. Dengan demikian Indonesia tidak akan tertinggal dari negara negara tetangga. Keteringgalan itu menyebabkan sumber daya alam di kawasan perbatasan akan tersedot keluar. Artinya, masyarakat dan pemerintah tidak mendapat keuntungan. Penyusunan kebijakan dan strategi pengembangan kawasan perbatasan antarnegara diharapkan dapat menyediakan prinsip-prinsip pengembangan di kawasan itu. Berbagai prinsip tersebut sesuai dengan karakteristik fungsionalnya, yaitu mengejar keteringgalan dari kawasan di sekitarnya atau mensinergikannya dengan perkembangan kawasan yang berbatasan dengan negara tetangga. Selain itu, kebijakan dan strategi tersebut ditujukan untuk menjaga atau mengamankan wilayah perbatasan negara dari upaya-upaya eksploitasi sumber daya alam yang berlebihan, termasuk eksploitasi yang

dilakukan masyarakat maupun eksploitasi karena kepentingan negara tetangga. Melalui strategi itu kegiatan ekonomi dapat dilakukan lebih selektif dan optimal (Undang-Undang No. 25 Tahun 2000).

### **2.5.1 Visi Pengembangan Kawasan Perbatasan**

Berdasarkan berbagai skenario pengembangan dan berbagai konsekuensinya, juga mencermati kondisi lapangan, perkembangan di dalam negeri dan lingkungan regional, kemudian setelah dikonsultasikan kepada berbagai kalangan, maka Bappenas merancang visi pengembangan kawasan perbatasan antar negara sebagai berikut: menjadikan kawasan perbatasan antar negara sebagai kawasan yang aman, tertib, menjadi pintu gerbang negara dan sebagai pusat pertumbuhan ekonomi yang berkelanjutan, sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat lokal dan menjamin negara kesatuan Republik Indonesia (Nurbaya, 2001).

Untuk mencapai visi yang dicita-citakan di atas, terdapat beberapa misi yang perlu dilaksanakan oleh para pihak yang terkait baik pemerintah maupun swasta yaitu:

1. Mempercepat penyelesaian garis batas antar negara dengan negara tetangga sehingga tercipta garis batas yang jelas dan diakui kedua belah pihak.
2. Mempercepat pengembangan beberapa kawasan perbatasan sebagai pusat pertumbuhan, yang dapat menangkap peluang kerjasama antarnegara, regional dan internasional, secara selektif sesuai prioritas.



3. Meningkatkan penegakan hukum dan kondisi keamanan yang kondusif bagi berbagai kegiatan ekonomi, sosial dan budaya serta meningkatkan sistem pertahanan perbatasan kontinen dan laut.
4. Menata dan membuka keterisolasian dan ketertinggalan kawasan perbatasan dengan meningkatkan prasarana dan sarana perbatasan yang memadai.
5. Mengelola sumberdaya alam darat dan laut secara seimbang dan berkelanjutan, bagi kesejahteraan masyarakat, pendapatan daerah dan pendapatan negara.
6. Mengembangkan sistem kerjasama pembangunan antar Pemerintah dan Pemerintah Daerah, antarnegara, maupun antar pelaku usaha (Peraturan Pemerintah No. 47 Tahun 1997).

#### **2.5.2 Kebijakan Umum Pengembangan Kawasan Perbatasan**

Kondisi perbatasan di Indonesia yang berbeda satu dengan yang lainnya, baik antara kawasan perbatasan kontinen dan laut, maupun antar perbatasan di wilayah daratnya sendiri, sehingga masing-masing memerlukan kebijakan khusus dan strategi serta pendekatan yang berbeda. Namun demikian diperlukan suatu kebijakan dasar yang dapat dijadikan sebagai payung seluruh kebijakan dan strategi yang berlaku secara nasional untuk seluruh kawasan perbatasan.

Secara umum dalam pengembangan kawasan perbatasan diperlukan suatu pola atau kerangka penanganan kawasan perbatasan yang menyeluruh (*holistic*), meliputi berbagai sektor dan kegiatan pembangunan, serta koordinasi dan kerjasama yang efektif mulai dari Pemerintah Pusat sampai ke

tingkat Kabupaten/Kota. Pola penanganan tersebut dapat dijabarkan melalui penyusunan kebijakan dari tingkat makro sampai tingkat mikro dan disusun berdasarkan proses partisipatif, baik secara horisontal di pusat maupun vertikal dengan pemerintah daerah. Sedangkan jangkauan pelaksanaannya bersifat strategis sampai dengan operasional (Undang-Undang No.25 Tahun 2000).

Adapun kebijakan umum pengembangan kawasan perbatasan antarnegara terdiri dari tujuh kebijakan, yakni:

1. Menata batas kontinen dan maritim perbatasan antar negara dalam rangka menjaga dan mempertahankan kedaulatan wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
2. Memberi perhatian lebih besar kepada kawasan perbatasan sebagai 'halaman depan' negara dan pintu gerbang internasional bagi kawasan Asia dan Pasifik.
3. Mengembangkan kawasan perbatasan dengan pendekatan kesejahteraan dan keamanan secara serasi.
4. Mengembangkan pusat-pusat pertumbuhan ekonomi di kecamatan-kecamatan yang berbatasan langsung secara selektif dan bertahap sesuai prioritas dan kebutuhan.
5. Meningkatkan perlindungan sumber daya alam hutan tropis dan kawasan konservasi, serta mengembangkan kawasan budidaya secara produktif bagi kesejahteraan masyarakat lokal.

6. Meningkatkan kualitas sumber daya manusia (SDM) melalui pembangunan dibidang pendidikan, kesehatan, perhubungan dan informasi.
7. Meningkatkan kerjasama pembangunan dibidang sosial, budaya, keamanan dan ekonomi dengan negara-negara tetangga (Peraturan Pemerintah No. 47 Tahun 1997).

### **2.5.3 Strategi Umum Pengembangan Kawasan Perbatasan**

Kebijakan pengembangan kawasan perbatasan, baik darat dan laut, perlu dijabarkan kedalam strategi umum yang dilaksanakan melalui upaya-upaya: (1) penyelarasan kegiatan-kegiatan Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah melalui anggaran pembangunan sektoral dan daerah, yang diarahkan bagi pengembangan kawasan pertumbuhan, dan pengembangan wilayah terpadu kawasan perbatasan; (2) pembentukan lembaga pengembangan kawasan perbatasan nasional yang bertugas menyusun kebijakan dan mengkoordinasikan berbagai kegiatan pengembangan kawasan perbatasan di tingkat pusat; (3) keberpihakan dan perhatian yang lebih besar kepada sektor-sektor di Pemerintah Pusat terhadap kawasan perbatasan; dan (4) pemberian dukungan dan fasilitasi pengembangan kawasan perbatasan oleh instansi pusat dan pihak investor dalam maupun luar negeri.

Sedangkan strategi umum pengembangan kawasan perbatasan tersebut adalah:

1. Penetapan garis batas antar negara.

10) Menjalinkan kerjasama pengelolaan kawasan lindung dengan negara tetangga; Meningkatkan kegiatan pariwisata alam (*ecotourism*) di kawasan lindung.

11) Menjalinkan kerjasama antara Pemerintah dan Pemerintah Daerah dalam pengembangan kawasan perbatasan.

12) Meningkatkan peranserta swasta dan masyarakat dalam pembangunan kawasan perbatasan.

#### **2.6.1.6. Skenario Pengembangan Kawasan Perbatasan**

Enam isu dan permasalahan kunci yang ditemui dalam pengembangan kawasan perbatasan di Pulau Kalimantan, yang hendaknya dapat diprioritaskan penanganannya, meliputi :

- Kesenjangan ekonomi dengan negara tetangga
- Arus TKI ilegal, terutama di Nunukan dan kota-kota perbatasan
- Kerusakan hutan lindung (di wilayah Indonesia)
- Pergeseran patok batas negara
- Lemahnya sarana dan prasarana pengawasan kepabeanan (penyelundupan kayu, illegal logging dan kendaraan bermotor)
- Lemah pelayanan prasarana wilayah yang mengakibatkan terisolirnya daerah-daerah di perbatasan.

Dua alternatif skenario pengembangan yang diharapkan dapat menjawab keenam isu kunci tersebut, yaitu :

Skenario I : Pengembangan Ekonomi Kawasan

Skenario II : Pengembangan Outlet.

*Skenario pertama*, pengembangan ekonomi kawasan ditujukan untuk mengoptimalkan pendayagunaan peluang ekonomi kawasan sesuai dengan potensi sumberdaya alam yang ada di delapan kabupaten melalui penetapan kawasan pusat pertumbuhan ekonomi beserta sektor unggulannya dan merintis kerjasama ekonomi regional dengan negara tetangga, yang selanjutnya didukung oleh sarana-prasarana yang memadai agar kegiatan ekonomi dapat berjalan seoptimal mungkin namun dengan tetap mempertahankan kelestarian lingkungan.

Sisi positif skenario pertama ini adalah: (a) tumbuh-kembangnya kegiatan ekonomi wilayah, sehingga dapat memperkecil kesenjangan ekonomi dengan negara tetangga; (b) sumberdaya alam yang ada digunakan secara optimal; (c) terjalin kerjasama regional dengan negara tetangga, terutama dalam pengembangan sektor unggulan sejenis; (d) tersedianya lapangan kerja dan memperkecil arus tenaga kerja lokal keluar negeri (Malaysia); dan (e) membuka keterisolasian wilayah.

Adapun sisi negatif dari skenario pertama ini adalah: (a) ancaman kerusakan lingkungan akibat masih lemahnya pranata pengendalian pemanfaatan ruang; (b) membutuhkan investasi yang cukup besar; (c) ancaman konflik sosial akibat masuknya tenaga kerja ke dalam kawasan pusat pertumbuhan; dan (d) membutuhkan penguasaan pasar yang memadai (kondisi yang ada jaringan pemasaran produk masih lemah).

*Skenario kedua*, pengembangan outlet (pintu gerbang internasional) ditujukan untuk mengoptimalkan peluang pasar yang ada saat ini di delapan kabupaten melalui peningkatan status pos lintas batas (PLB) menjadi pos

pemeriksaan lintas batas (PPLB) yang selanjutnya didukung oleh saranaprasarana perhubungan yang memadai agar kegiatan perdagangan dapat berjalan seoptimal mungkin dan meminimalisasi kerusakan lingkungan terutama eksploitasi kayu-kayu ilegal pada kawasan lindung.

Sisi positif skenario kedua ini adalah: (a) kebutuhan investasi tidak terlalu besar, (b) kerusakan lingkungan (illegal logging) dapat diminimasi, (c) mengurangi arus tenaga kerja ilegal, (d) terjalin kerjasama perdagangan regional dengan negara tetangga, dan (e) tidak membutuhkan penguasaan pasar untuk komoditi tertentu.

Sedangkan kelemahan skenario ini adalah: (a) kegiatan ekonomi yang tumbuh terbatas pada perdagangan dengan pangsa pasar yang bersifat kontemporer, (b) sumberdaya alam yang ada tidak dapat didayagunakan secara optimal, (c) kesempatan kerja sangat terbatas, dan (d) membutuhkan dukungan pengawasan pabeanan yang memadai.

Penilaian kedua skenario dilakukan untuk memprediksi sejauh mana skenario tersebut dapat menjawab keenam isu dan permasalahan kunci dan tetap konsisten terhadap visi-misi pengembangan kawasan perbatasan.

#### **2.6.1.7. Kebijakan Spasial Pengembangan Kawasan Perbatasan**

Wilayah perbatasan merupakan wilayah spesifik dan strategis dengan berbagai dimensi dampak positif dan negatif dari suatu kebijakan yang telah diterapkan. Pendekatan pembangunan kawasan perbatasan hendaknya dapat mengakomodir upaya akselerasi (percepatan) pengembangan dan pembangunan wilayah perbatasan dengan membuka keterisolasian dan menciptakan pusat-pusat kegiatan produksi, mendapatkan jalur pemasaran

yang jelas, serta dapat menyelesaikan berbagai persoalan yang selama ini telah terakumulasi begitu kentalnya. Pembangunan kawasan perbatasan negara dilakukan dengan penyerasian pendekatan pembangunan (*prosperity/development approach*) dan pendekatan keamanan (*security approach*) dengan mempertimbangkan tuntutan sebagai berikut :

- Mengurangi eksploitasi sumberdaya alam (SDA) di kawasan perbatasan yang lebih banyak merugikan Indonesia, terutama pada sektor kehutanan dan pertambangan.
- Kebutuhan akan peningkatan Kerjasama Ekonomi Sub Regional seperti IMS-GT, IMT-GT, AIDA dan BIMP-EAGA, baik di bidang pembangunan prasarana maupun bidang-bidang lainnya termasuk keinginan investor asing yang cukup tinggi.
- Upaya-upaya yang telah disepakati di dalam percepatan pengembangan kawasan perbatasan antar negara, khususnya dengan KK Sosek Malindo, melalui penanganan yang bersifat lintas sektor dan lintas pendanaan.

Beberapa fenomena yang perlu dipertimbangkan dalam perumusan kebijakan spasial pengembangan kawasan perbatasan, yaitu

- Konflik pelintas batas antar negara tidak selalu disebabkan oleh adanya kesenjangan perkembangan wilayah, namun lebih banyak dipengaruhi oleh lemahnya akses menuju outlet/pasar dan pusat kegiatan ekonomi di wilayah Indonesia. Karenanya, kebijakan spasial pengembangan kawasan hendaknya dapat mendorong upaya pemerataan pusat pertumbuhan dan meningkatkan akses menuju pusat kegiatan ekonomi di wilayah Indonesia, serta membuka peluang pusat-pusat kegiatan ekonomi lokal

dalam rangka untuk membangkitkan pangsa pasar lokal yang dapat lebih mudah diakses oleh pelaku ekonomi di wilayah Indonesia.

- Memperbaiki tingkat pelayanan gerbang lintas batas tidak selalu berdampak positif dalam mendukung perekonomian wilayah pada kawasan perbatasan, namun akan mendorong dan meningkatkan interaksi hubungan antar kedua negara di berbagai : bidang, dan tidak terbatas pada bidang ekonomi saja.

Peningkatan interaksi hubungan antar dua negara perlu disikapi dengan bijak oleh pemerintah Indonesia. Kelambanan dalam mengambil sikap untuk mensinergikan sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam suatu struktur ruang yang terintegrasi di wilayah Indonesia (dengan maksud untuk lebih menarik aktivitas produksi yang dapat mencukupi kebutuhan setempat), akan lebih merugikan Indonesia mengingat ketertinggalannya dalam penyediaan infrastruktur perekonomian wilayah.

Pembangunan ekonomi pada kawasan perbatasan tidak dapat dilakukan secara sepihak, namun harus sinkron antar dua negara yang berbatasan. Keterkaitan desa-kota pada kawasan perbatasan tidak terbatas dalam wilayah Indonesia, namun perlu mempertimbangkan kekuatan magnet kota-kota di Malaysia. Saat ini, daya tarik kota-kota di Malaysia secara nyata mampu menarik penduduk di kawasan perbatasan ini. Keterkaitan desa-kota, antar pusat-pusat pertumbuhan dan pusat pelayanan jasa perekonomian dan konsumsi masyarakat perlu dirumuskan dengan menjalin kerjasama pembangunan antar kota-kota baik di wilayah Indonesia maupun di wilayah Malaysia, secara komprehensif dan terkoordinatif.



Dengan demikian, dalam melaksanakan pembangunan wilayah perbatasan, maka orientasi pembangunan tidak hanya didasarkan atas perhitungan perkembangan pembangunan dalam negeri tetapi juga harus memperhitungkan perkembangan pembangunan negara tetangga agar terjadi sinergitas dalam menciptakan kerjasama regional yang kompetitif.

Dengan mempertimbangkan visi-misi pengembangan, keenam isu kunci dan skenario pengembangan yang telah diuraikan sebelumnya, maka dirumuskan kebijakan spasial pengembangan kawasan perbatasan sebagai berikut :

- a. Pengembangan kawasan perbatasan sebagai "beranda depan" negara, termasuk sebagai pintu gerbang internasional Asia Tenggara dan Timur.
- b. Pengembangan kawasan perbatasan dengan menganut keserasian antara prinsip keamanan dan prinsip kesejahteraan masyarakat.
- c. Perlindungan atau konservasi "*tropical forest*" dunia (Taman Nasional Betung Kerihun, Taman Nasional Kayan Mentarang, keduanya sebagai '*world heritage*') dan kawasan lindung nasional (Cagar Alam Sinjang Perinsen, hutan lindung Batu Brok dan Suaka Margasatwa Danau Sentarum).
- d. Pengembangan kawasan pusat pertumbuhan di sepanjang kawasan perbatasan secara selektif yang didukung oleh pusat niaga terpadu, pusat industri dan perdagangan.
- e. Peningkatan Kerjasama Ekonomi Sub Regional dan pembangunan infrastruktur Trans Borneo Highways dan Railways.

Dalam rangka mengembangkan kawasan perbatasan sebagai ”beranda depan” negara dan sekaligus sebagai pintu gerbang internasional Asia Tenggara dan Timur, diperlukan berbagai upaya pendukung diantaranya berupa :

Peningkatan tingkat pelayanan sarana dan prasarana wilayah terutama: dalam membuka atau meningkatkan akses dari sentra-sentra produksi ke pusat-pusat pertumbuhan maupun ke outlet, dan antar pusat-pusat pertumbuhan di kedua negara; serta untuk membuka keterisolasian kawasan secara komprehensif yang dilandasi dengan pengaturan sistem produksi, sistem pemasaran dan sistem pelayanan jasa (kota-desa).

Optimalisasi peran outlet-outlet (*dry port*) terdekat dengan kawasan perbatasan : Sambas, Sekura, Singkawang, Mempawah, Pontianak, dan Entikong (Kalimantan Barat); dan Nunukan, Pulau Bunyu, Juata (Tarakan), Lingkas (Tarakan), dan Tanjung Selor, (Kalimantan Timur) untuk menjalin hubungan dengan pasar internasional yang potensial baik bagi produsen internal (setempat) maupun nasional.

Pengembangkan pusat-pusat promosi investasi dan budaya yang memadai untuk kawasan perbatasan baik di Kalimantan Barat maupun di Kalimantan Timur.

Kebijakan spasial menganut keserasian antara prinsip keamanan dan prinsip kesejahteraan masyarakat secara khusus ditujukan untuk :

- Menegakkan kembali tapal batas antar negara dan membangun rasa kebangsaan masyarakat dengan cara peningkatan pelayanan informasi melalui berbagai media masa (TVRI, RRI, Internet, dan lainnya).

- Meningkatkan kualitas sumberdaya manusia (pendidikan, kesehatan, dan ketrampilan) yang merata antar wilayah guna mencapai kesejahteraan masyarakat yang memadai dengan mempertahankan nilai sosial budaya setempat yang tangguh terhadap penetrasi budaya asing.
- Meningkatkan koordinasi antar pelaku dalam pengelolaan sumberdaya alam, pengisian dan pemerataan penduduk, peningkatan sarana dan prasarana wilayah (perhubungan, komunikasi, listrik, air bersih, kesehatan, pendidikan, dan pasar) dalam rangka meminimasi konflik sektoral.

Dalam melakukan perlindungan atau konservasi terhadap "*tropical forest*" dunia yang ada di kawasan perbatasan diperlukan dukungan yang meliputi :

Upaya dalam merelokasi kegiatan budidaya yang ada di kawasan lindung terutama di CA Sinjang Perinsen, TN Betung Kerihun, SM Danau Sentarum, hutan lindung Batu Brok dan TN Kayan Mentarang.

Pengendalian kegiatan budidaya yang berlokasi pada sekitar Taman-taman nasional (termasuk *illegal logging*) dan kawasan konservasi lainnya, serta merehabilitasi daerah-daerah yang telah tereksplorasi dan mengoptimalkan penelitian dan pengembangan pariwisata alam yang dapat meningkatkan devisa negara dan ramah lingkungan.

Untuk mempercepat pembangunan kawasan perbatasan dan mengingat luas dan panjangnya kawasan perbatasan, maka kebijakan untuk mengembangkan kawasan pusat pertumbuhan di sepanjang kawasan

perbatasan secara selektif yang didukung oleh pusat niaga terpadu, pusat industri dan perdagangan menjadi sangat vital.

Namun demikian, kebijakan spasial ini hendaknya dapat didukung dengan :

- Upaya menciptakan keterkaitan fungsional antar pusat-pusat pertumbuhan sosial ekonomi (pusat perniagaan dan industri terpadu yang selektif seperti di Entikong dan Simanggaris; pusat pertanian dan pariwisata : Jagoibabang, dan Nangabadau; serta pusat potensi pertambangan : Temajok dan Senaning), sehingga terwujud pembangunan kesatuan wilayah ekonomi yang sinkron antar wilayah berdasarkan potensi dan kekayaan sumberdaya wilayah setempat, serta dengan mengoptimalkan pemanfaatan outlet menuju negara tetangga.
- Upaya sinkronisasi pengembangan pusat-pusat pertumbuhan dan perniagaan terpadu sehingga dapat terpadu dengan pusat pengembangan di negara tetangga, dan didukung dengan sistem kota dan transportasi yang mendukung kota-kota pusat pertumbuhan, baik di kawasan perbatasan maupun negara tetangga.
- Mendorong pengembangan kawasan andalan termasuk KAPET (Nunukan, Sanggau/Khatulistiwa, dan Sasamba) dengan komoditi unggulan kawasan didukung komitmen kelembagaan dan pendanaan yang memadai berdasarkan kekayaan sumberdaya alam setempat, serta partisipasi swasta dan masyarakat.

Dalam era globalisasi ini, Kerjasama Ekonomi Sub Regional (KESR) memegang peranan yang sangat penting dalam pembangunan kawasan

ataupun suatu negara. Kebijakan yang telah disampaikan di atas akan dapat mendukung kerjasama ekonomi ini, disamping kebutuhan infrastruktur yang dapat mengintegrasikan dan meningkatkan aksesibilitas antar negara. Oleh karena itu, selain didukung oleh keempat kebijakan sebelumnya, kebijakan peningkatan KESR ini harus didukung pula dengan :

- Upaya mendorong pembangunan Trans Borneo Highways dan Railways yang terintegrasi dalam satu pengembangan Pulau Kalimantan (lintas negara).
- Menjalinkan kerjasama bilateral antar kedua negara dalam pengelolaan kawasan lindung lintas negara dan pengembangan komoditi-komoditi unggulan propinsi/kabupaten/ kota di perbatasan.
- Memberikan pola insentif-disinsentif untuk mendukung intensitas kerjasama regional.

#### **2.6.1.8. Strategi Spasial Pengembangan Kawasan**

Strategi spasial pengembangan kawasan perbatasan secara umum adalah:

1. Mengembangkan kawasan pusat pertumbuhan sesuai potensi setempat.
2. Meningkatkan fungsi lindung kawasan lindung dan kawasan konservasi.
3. Meningkatkan pelayanan sarana dan prasarana pendukung sistem investasi dan produksi.
4. Membuat sistem perhubungan untuk kelancaran lalu lintas antar negara.

5. Menetapkan pintu-pintu gerbang negara yang disepakati oleh kedua negara.
6. Meningkatkan mutu pelayanan dan sarana kepabeanan dan imigrasi.
7. Membangun pola insentif dan disinsentif.
8. Meningkatkan kualitas sumberdaya manusia.
9. Mempertegas patok-patok perbatasan wilayah negara dan menjamin kepastian hukum pelaksanaan kegiatan pembangunan kawasan perbatasan.
10. Meningkatkan alokasi dana untuk pembangunan kawasan perbatasan

#### **2.6.1.9. Strategi Pengembangan Sentra Produksi**

Pengembangan sentra produksi merupakan strategi spasial yang ditujukan sebagai upaya mengoperasionalkan skenario 1 dan dilandasi dengan kebijakan untuk :

- a. Mengembangkan kawasan perbatasan dengan menganut keserasian antara prinsip keamanan dan prinsip kesejahteraan masyarakat.
- b. Mengembangkan kawasan pusat pertumbuhan di sepanjang kawasan perbatasan secara selektif yang didukung oleh pusat niaga terpadu, pusat industri dan perdagangan.
- c. Meningkatkan Kerjasama Ekonomi Sub Regional (BIMP-EAGA, IMS-GT, IMT-GT, AIDA) dan pembangunan infrastruktur Trans Borneo Highways dan Railways.

Strategi spasial pengembangan sentra produksi meliputi :

1. Mengembangkan kawasan pusat pertumbuhan sesuai potensi setempat.

2. Meningkatkan fungsi lindung kawasan lindung dan kawasan konservasi.

Pengembangan kawasan pusat pertumbuhan ekonomi dilakukan dengan mempertimbangkan daya dukung lingkungan, sehingga kedua strategi ini saling berkaitan. Eksploitasi sumberdaya alam yang berlebihan dapat mengancam kelestarian lingkungan yang pada akhirnya dapat menurunkan daya dukung lingkungan yang dapat mengancam keberlanjutan kegiatan perekonomian itu sendiri.

Pengembangan kawasan pusat pertumbuhan diawali dengan penetapan kawasan andalan, termasuk KAPET dengan komoditi unggulannya yang akan dikembangkan, kemudian mendorong agar tercipta keterkaitan fungsional antar kawasan. Pusat pertumbuhan sosial ekonomi tersebut. Pengembangan kawasan pusat pertumbuhan ini dilakukan secara selektif, sesuai dengan perkembangan dan kondisi wilayah. Saat ini, telah teridentifikasi lima kawasan pusat pertumbuhan di Propinsi Kalimantan Barat dan tiga kawasan di Propinsi Kalimantan Timur. Selain itu, juga diperlukan penetapan pusat promosi hasil produksi dan kebudayaan untuk mendukung tumbuh kembangnya kawasan. Dalam hal ini, Entikong di Propinsi Kalimantan Barat dan Nunukan di Propinsi Kalimantan Timur dapat difungsikan sebagai pusat promosi hasil produksi dan kebudayaan.

#### **2.6.1.10. Kebijakan Dan Strategi Spatial Pengembangan Promosi Hasil Produksi Dan Kebudayaan Untuk Masing-Masing Propinsi.**

Strategi kedua dalam pengembangan sentra produksi ini adalah meningkatkan fungsi lindung kawasan lindung dan kawasan konservasi. Hal

ini didasari pemikiran bahwa menjaga kelestarian kawasan lindung dan kawasan konservasi, selain untuk menjamin keberlanjutan usaha perekonomian kawasan, juga dapat menarik investasi internasional mengingat pada kawasan perbatasan di Kalimantan ini terdapat dua taman nasional besar yang berfungsi sebagai paru-paru dunia, yaitu Taman Nasional Kayan Mentarang dan Taman Nasional Betung Kerihun.

Sebagai langkah awal yang akan ditempuh adalah mempertegas batas-batas dan status hukum kawasan lindung dan konservasi, meliputi kedua taman nasional, Cagar Alam Sinjang Perinsen, Suaka Margasatwa Danau Sentarum dan hutan lindung Batu Brok. Langkah selanjutnya adalah merehabilitasi kawasan lindung yang telah terkonversi habitatnya akibat penebangan ilegal dan kebakaran hutan, kemudian dilakukan pengendalian dan pembinaan terhadap kegiatan budidaya di dalam kawasan lindung.

Pembinaan kegiatan penelitian dan pariwisata di kawasan lindung masih dapat dilakukan untuk meningkatkan ekonomi kawasan dan devisa negara. Peluang investasi internasional pada kawasan perbatasan perlu diatur melalui upaya menjalin kerjasama bilateral, baik dalam pengelolaan kawasan lindung maupun budidaya lintas negara termasuk pengembangan komoditas unggulan di perbatasan, sehingga dapat menguntungkan kedua belah pihak.

#### **2.6.1.11. Strategi Pengembangan Sarana dan Prasarana**

Pengembangan sarana dan prasarana merupakan strategi spasial yang ditujukan sebagai upaya mengoperasionalkan skenario 1 dan dilandasi dengan kebijakan untuk :



- a. Pengembangan kawasan perbatasan sebagai "beranda depan" negara, termasuk sebagai pintu gerbang internasional Asia Tenggara dan Timur
- b. Pengembangan kawasan pusat pertumbuhan di sepanjang kawasan perbatasan secara selektif yang didukung oleh pusat niaga terpadu, pusat industri dan perdagangan.
- c. Peningkatan Kerjasama Ekonomi Sub Regional (BIMP-EAGA, IMS-GT, IMT-GT, AIDA) dan pembangunan infrastruktur Trans Borneo Highways dan Railways.

Strategi spasial pengembangan sarana dan prasarana meliputi :

1. Meningkatkan pelayanan sarana dan prasarana pendukung sistem investasi dan produksi.
2. Membuat sistem perhubungan untuk kelancaran lalu lintas antar negara. Peningkatan pelayanan sarana dan prasarana dimaksudkan untuk mendukung sistem investasi dan produksi yang berlangsung pada kawasan pusat pertumbuhan ekonomi.

Sarana dan prasarana yang perlu ditingkatkan terutama adalah listrik, air baku, dan prasarana lingkungan permukiman yang saat ini kondisinya masih terbatas. Agar iklim usaha dapat membaik, maka peningkatan pelayanan ini sangat dibutuhkan. Sistem perhubungan, terutama transportasi dan telekomunikasi, sangat diperlukan untuk mendukung pengembangan kawasan pusat pertumbuhan dan kelancaran lalu lintas antar negara. Salah satu upaya yang perlu didorong terus adalah rencana pembangunan Trans Borneo Highways dan Railways.

Pembangunan kedua prasarana lintas negara ini akan sangat positif mendorong percepatan pembangunan kawasan perbatasan di Pulau Kalimantan.

#### **2.6.1.12. Strategi Pengembangan Sistem Outlet dan Pasar Lokal**

Pengembangan sistem outlet dan pasar lokal merupakan strategi spasial yang ditujukan sebagai upaya mengoperasionalkan skenario II dan dilandasi dengan kebijakan untuk :

- a. Pengembangan kawasan perbatasan sebagai "beranda depan" negara. Termasuk sebagai pintu gerbang internasional Asia Tenggara dan Timur
- b. Pengembangan kawasan perbatasan dengan mengadopsi keserasian antara prinsip keamanan dan prinsip kesejahteraan masyarakat.
- c. Perlindungan atau konservasi "tropical forest" dunia (Taman Nasional Betung Kenhun, Taman Nasional Kayan Mentarang, keduanya sebagai 'world heritage') dan kawasan lindung nasional (Cagar Alam Sinjang Perinsen, Suaka Margasatwa Danau Sentarum dan hutan Lindung Batu Brok.
- d. Peningkatan Kerjasama Ekonomi Sub Regional (BIMP-EAGA, IMS-GT, IMT-GT, AIDA) dan pembangunan infrastruktur Trans Borneo Highways dan Railways.

Strategi spasial pengembangan sistem outlet dan pasar lokal meliputi :

1. Menetapkan pintu-pintu gerbang negara yang disepakati oleh kedua negara.
2. Meningkatkan mutu pelayanan dan sarana kepabeanan dan imigrasi.

### 3. Membangun pola insentif dan disinsentif.

Strategi spasial untuk menetapkan dan mengembangkan pintu-pintu gerbang negara perlu disepakati oleh kedua negara. Pintu gerbang darat ini akan dapat berkembang dengan baik apabila kedua negara telah sepakat untuk membangun kota ataupun pusat permukiman dimana pos lintas batas tersebut berada. Pengembangan pintu-pintu gerbang di sepanjang perbatasan negara tersebut diharapkan dapat meningkatkan perekonomian wilayah perbatasan dengan cara mengembangkan kegiatan ekonomi disekitar pos lintas batas tersebut, seperti pada pulau-pulau kecil dapat dikembangkan wisata bahari, atau di daratan berpeluang dikembangkan pusat niaga dan industri terpadu.

Pada titik-titik tertentu yang telah disepakati untuk dikembangkan pos lintas batas, maka harus dilakukan upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan dan sarana kepabeanan dan imigrasi. Hal ini dimaksudkan untuk melakukan kontrol arus keluar masuk, baik barang ataupun orang, melalui pos lintas batas tersebut. Pelayanan dan sarana kepabeanan (*customer, immigration, quarantine - CIQ*) dikembangkan sesuai dengan perkembangan pos lintas batas, terutama untuk sarana dan prasarana karantina. Peningkatan mutu pelayanan kepabeanan ini diharapkan juga sebagai operasionalisasi kebijakan spasial yang ditujukan untuk melindungi dan mengkonservasi "tropical forest" yang ada di Kalimantan, mengingat salah satu isu yang perlu segera ditangani adalah penjarahan kayu (*illegal logging*) pada kawasan lindung dan kawasan konservasi yang tidak terkontrol akibat lemahnya

sarana dan prasarana kepebeanaan pada titik-titik yang berfungsi sebagai lintas batas tersebut.

Strategi spasial membangun pola insentif dan disinsentif dimaksudkan untuk memberdayakan ekonomi masyarakat setempat dan mendukung pengembangan pusat-pusat pertumbuhan dan peniagaan terpadu dalam satu sistem yang terintegrasi, sehingga arah pemanfaatan ruang kawasan perbatasan dapat disinkronkan dengan rencana pengembangan yang disusun. Belum adanya kejelasan pola insentif dan disinsentif yang mendasari investasi pada kawasan perbatasan, menimbulkan pemanfaatan ruang yang tidak terkendali bahkan cenderung melegalkan semua kepentingan investasi yang telah ada. Dengan penetapan pola insentif dan disinsentif ini maka kepentingan investasi dan kepentingan konservasi dan perlindungan lingkungan dapat dipertemukan. Selain itu, strategi ini diharapkan pula dapat mendorong kerjasama ekonomi regional dengan menciptakan iklim usaha yang kondusif dan menarik melalui penetapan pola insentif dan disinsentif ini.

#### **2.6.1.13. Strategi Pengembangan Sumberdaya Manusia**

Pengembangan sumberdaya manusia merupakan strategi spasial yang ditujukan sebagai upaya mengoperasionalisasikan skenario 1 dan dilandasi dengan kebijakan untuk :

- a. Pengembangan kawasan perbatasan dengan menganut keserasian antara prinsip keamanan dan prinsip kesejahteraan masyarakat.

- b. Pengembangan kawasan pusat pertumbuhan di sepanjang kawasan perbatasan secara selektif yang didukung oleh pusat niaga terpadu, pusat industri dan perdagangan.

Strategi spasial pengembangan sumberdaya manusia adalah meningkatkan kualitas sumberdaya manusia. Sumberdaya manusia masyarakat perbatasan yang sangat rendah perlu diupayakan peningkatannya, dengan maksud supaya mereka dapat mengolah sumberdaya alamnya sendiri secara lebih optimal. Dengan demikian, strategi ini perlu diimbangi dengan upaya peningkatan koordinasi antar pelaku dalam pengelolaan sumberdaya alam. Peningkatan kualitas sumberdaya manusia akan mengarah kepada peningkatan kemampuan masyarakat setempat dalam pengelolaan sumberdaya alam yang ada, sehingga bila tidak tercipta koordinasi antar pelaku pembangunan dalam pengelolaan sumberdaya alam, maka dengan tingkat kemampuan yang sama tersebut akan terjadi eksploitasi sumberdaya alam yang tidak sinkron antara satu wilayah dengan wilayah lainnya.

Upaya peningkatan kualitas sumberdaya manusia dapat dilakukan dengan upaya penambahan tenaga guru, penambahan dan peningkatan fasilitas pendidikan, serta pelatihan bagi penduduk setempat untuk dapat mengelola sumberdaya alam yang dimiliki. Upaya peningkatan sumberdaya manusia harus didukung dengan peningkatan kesehatan masyarakat. Kondisi yang ada saat ini memperlihatkan bahwa sarana dan prasarana kesehatan dan tenaga medis sangat minim, bahkan sebagian masyarakat yang mampu akan mencari kota-kota terdekat di Malaysia (Sabah/Sarawak) untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Dengan sumberdaya manusia yang handal dan

didukung dengan pelayanan kesehatan masyarakat yang memadai, pengembangan kawasan pusat pertumbuhan di sepanjang perbatasan akan berjalan lancar karena produktivitas masyarakat dan koordinasi antar pelaku pembangunan juga semakin meningkat.

Kinerja pembangunan di kawasan perbatasan pada kondisi saat ini sangat rendah, dan terkesan menjadi daerah yang terisolir dan terbelakang dibanding wilayah bukan perbatasan terutama pada daerah yang berdekatan dengan ibukota Kabupaten atau propinsi. Untuk mempercepat pembangunan pada kawasan perbatasan ini diperlukan perhatian pemerintah yang sangat serius terutama yang berkaitan dengan penyediaan atau pengalokasian dana bagi pembangunan kawasan perbatasan. Selain kondisi yang masih tertinggal, kawasan perbatasan ini merupakan kawasan strategis nasional.

#### **2.6.1.14. Pola Pemanfaatan Ruang Kawasan Perbatasan Kalimantan**

Pola pemanfaatan ruang kawasan perbatasan Kalimantan merupakan pengaturan pemanfaatan ruang untuk kegiatan yang bersifat perlindungan kawasan ataupun kegiatan yang berorientasi ekonomis (budidaya). Kawasan lindung yang ditetapkan dalam pola pemanfaatan ruang ini terbatas pada kawasan lindung strategis nasional, yang berupa kawasan hutan konservasi yang berupa taman nasional dan suaka margasatwa, yang meliputi : CA Sinjang Perinsen, TN Betung Kerihun, SM Danau Sentarum, TN. Kayan Mentarang, Hutan Lindung Batu Brok.

Kegiatan ekonomi yang akan dikembangkan ditetapkan berdasarkan peta kesesuaian lahan makro, terutama untuk kegiatan pertanian, kehutanan, peluang industri, perikanan dan lain-lain potensi yang ada di Pulau

Kalimantan. Ada delapan kawasan pusat pertumbuhan ekonomi, dengan potensi pengembangan.

Pada seluruh kawasan pusat pertumbuhan, kecuali Kawasan Long Midang yang terletak ditengah-tengah Taman Nasional, dapat dikembangkan untuk sektor perkebunan, terutama untuk jenis komoditi tanaman sawit. Selain perkebunan, sektor pertanian dan kehutanan menjadi sektor unggulan tidak kurang dari separuh jumlah kawasan pusat pertumbuhan ekonomi.

Pada dasarnya, selain kawasan Temajok, kawasan Nangabadau juga berpotensi untuk pengembangan pariwisata dengan mengambil manfaat dari Danau Sentarum, kawasan Long Apari – Long Pahangai berada pada lereng Pegunungan Muller, kawasan Long Midang dapat memanfaatkan kekayaan Taman Nasional Kayan Mentarang, serta kawasan Nunukan - Sebatik dapat memanfaatkan potensi pariwisata di pantai Tanjung Aru serta kawasan Simanggaris mempunyai potensi wisata di sepanjang sungainya. Taman Nasional Kayan Mentarang 2/3 areanya masuk kedalam wilayah Kabupaten Malinau sedangkan 1/3 areanya berada di kecamatan Krayan, Kabupaten Nunukan.

Rencana Pengembangan Taman Nasional Kayan Mentarang di Kabupaten Malinau mencakup kecamatan Pujungan, Kayan Hulu dan Kayan Hilir sedangkan di Kabupaten Nunukan berada di kecamatan Krayan.

#### **2.6.2. Gambaran Wilayah Perbatasan Negara Di Kalimantan Barat**

Provinsi Kalimantan Barat merupakan provinsi yang berbatasan dengan negara bagian Serawak Malaysia. Panjang garis perbatasan

Kalimantan Barat dengan Sarawak adalah 966 kilometer. Perbatasan tersebut melintasi 113 desa dalam 15 kecamatan dan di 5 kabupaten Dengan anggapan bahwa lebar wilayah perbatasan adalah 20 kilometer, maka luas wilayah perbatasan Kalimantan Barat adalah 25.197 kilometer persegi, sedangkan luas seluruh kecamatan yang dilintasi garis perbatasan adalah 2.519.744 hektar. Jumlah penduduk seluruh kecamatan tersebut adalah 176.365 jiwa, sehingga kepadatan penduduk per kilometer persegi wilayah kecamatan di perbatasan adalah 8 orang. Aktifitas perlintasan batas tradisional melalui jalur darat lebih banyak terjadi di 5 (lima) kabupaten perbatasan tersebut. Oleh karena itu, selain pintu lintas batas resmi, di Kalimantan Barat juga terdapat banyak pintu lintas batas tidak resmi. Di wilayah ini tercatat sebanyak 50 jalur jalan setapak yang menghubungkan 55 desa di Kalimantan Barat dan 32 kampung di Sarawak. Dari 50 jalan setapak tersebut, telah disepakati 16 desa di Kalimantan Barat dan 10 kampung di Sarawak sebagai Pos Lintas Batas (PLB). Dari PLB-PLB tersebut, Entikong sejak 25 Februari 1991 telah diresmikan sebagai Pos Pemeriksaan Lintas Batas (PPLB) atau istilah dalam keimigrasian disebut dengan Tempat Pemeriksaan Imigrasi (TPI), menyusul disepakati melalui SOSEK MALINDO Nanga Badau di Kapuas Hulu pada tanggal 17 Desember 1998 dan Aruk di Sambas pada tanggal 12 Mei 2005 sebagai PPLB/TPI yang diharapkan bisa dioperasikan pada tahun 2007.

Secara topografis wilayah perbatasan Kalimantan Barat sebagian besar terdiri atas dataran rendah dengan ketinggian kurang dari 200 meter di atas permukaan laut (dpl). Hanya sebagian kecil saja yang merupakan dataran tinggi, yakni di sekitar gunung Niut di Bengkayang dan gunung Lawit di



Kapuas Hulu. Kondisi topografis berpengaruh terhadap persebaran penduduk beserta aktifitasnya di wilayah perbatasan ini. Persebaran penduduk di wilayah perbatasan lebih banyak terdapat di dataran rendah dibandingkan dataran tinggi. Kepadatan penduduk di wilayah perbatasan Kalimantan Barat adalah 9 orang per kilometer persegi. Dilihat dari tekstur tanahnya, sebagian besar merupakan jenis tanah PMK (Podsolit Merah Kuning) sekitar 10,5 juta hektar serta OGH (*Orgosol Grey Humus*) sekitar dua juta hektar.

Penggunaan lahan didominasi oleh kawasan hutan, dan sedikit perkebunan serta pertanian tanaman pangan. Kawasan yang lebih produktif banyak terdapat di lini II atau di bawahnya, misalnya untuk kegiatan perkebunan (kelapa sawit), Hutan Tanaman Industri (HTI), transmigrasi, perikanan darat, hortikultura (jeruk), dan lain-lain, sedangkan di lini I sebagian besar peruntukannya adalah bagi HPH. Selain itu di wilayah perbatasan Kalbar-Sarawak banyak aliran sungai yang membentuk *catchment area* (DAS) cukup besar (rata-rata berhulu di daerah Sarawak) dan mengalir ke wilayah Kalimantan Barat. Hal ini jika kemudian dikaitkan dengan kondisi topografis wilayah yang relatif bergelombang sampai berbukit, jenis tanah yang peka terhadap erosi, serta penggunaannya yang sebagian besar merupakan hutan serta pada beberapa bagian wilayah tersebut telah ditetapkan sebagai kawasan lindung. Selain hutan, wilayah perbatasan Kalimantan Barat - Sarawak juga kaya akan bahan tambang. Di Senaning kabupaten Sintang (kawasan Gunung Selantik) misalnya, ditemukan bahan tambang batu bara, dimana dua pertiga depositnya berada di Kalbar, sedang sepertiga sisanya di Sarawak yang saat ini sedang dieksploitasi. Dari potensi

wilayah sebagaimana dikemukakan di atas, jelas terlihat bahwa wilayah perbatasan Kalimantan Barat-Sarawak merupakan wilayah dengan kegiatan primer yang menjadi pendukung perkembangannya. Namun sayangnya dalam konteks internal, Kalimantan Barat tidak memiliki outlet ke pemasaran. Pasar yang lebih dekat adalah Sarawak, sehingga tidak mengherankan apabila hasil dari produk-produk primer tersebut kecuali yang dihasilkan oleh perusahaan-perusahaan besar seperti HPH dan perkebunan kelapa sawit umumnya mengalir ke Sarawak. Bagi wilayah-wilayah yang relatif dekat dengan pusat pemasaran Pontianak, seperti wilayah kabupaten Sambas dan Bengkayang, aliran produksinya memang sangat lancar, seperti jeruk, maupun hasil-hasil pertanian lainnya, tetapi bagi wilayah yang relatif jauh di pedalaman seperti kabupaten Sanggau, Sintang, apalagi Kapuas Hulu memiliki keterkaitan hubungan yang sangat lemah. Pengembangan kesehatan juga menjadi salah satu faktor yang berkaitan erat dalam rangka meningkatkan kualitas kehidupan sosial masyarakat. Manusia yang sehat akan lebih produktif, produktifitas yang tinggi akan meningkatkan perekonomian, meningkatnya perekonomian akan meningkatkan kesejahteraan rakyat, rakyat yang sejahtera akan dapat mengakses pelayanan kesehatan. Upaya yang dilakukan pemerintah meliputi pemerataan fasilitas pelayanan kesehatan baik dari segi jumlah, kualitas serta pengembangan jaminan kesehatan bagi penduduk miskin. Adapun banyaknya jumlah fasilitas pelayanan kesehatan di lima kabupaten perbatasan disajikan dalam tabel berikut ini.

Tabel 2.1. Banyaknya Rumah Sakit, Puskesmas, dan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Wilayah Perbatasan Kalimantan Barat Tahun 2002

No.	Kabupaten	Rumah Sakit	Puskesmas			Tenaga Medis		
			Puskesmas	Pustu	Pusling	Paramedis	Dokter Umum	Dokter Spesialis
1.	Sambas	3	18	81	23	186	21	-
2.	Bengkayang	2	19	89	11	98	11	2
3.	Sanggau	2	27	139	32	184	20	3
4.	Sintang	2	25	112	28	226	27	4
5.	Kapuas Hulu	1	20	72	23	342	16	4

Sumber : Kalimantan Barat Dalam Angka, BPS 2002

### 2.6.3. Gambaran Wilayah Perbatasan Negara Di Kalimantan Timur

Wilayah perbatasan di Provinsi Kalimantan Timur mempunyai potensi yang besar untuk dikembangkan, baik potensi sumberdaya alam maupun potensi di bidang jasa, perdagangan dan wisata. Wilayah ini memiliki sumberdaya hutan, sumber hayati di Hutan Lindung dan Taman Nasional Kayan Mentarang yang membentang di sepanjang wilayah perbatasan dan potensi pertambangan yang belum optimal pengelolaannya. Wilayah ini juga sangat potensial untuk jasa dan perdagangan, terutama kawasan Sebatik dan Nunukan yang letaknya strategis berbatasan dengan Negara Malaysia dan Philipina.

Potensi yang terdapat di wilayah perbatasan antara lain adalah potensi hutan seluas 7.855.168 hektar yang terdapat di Kabupaten Nunukan 1.236.836 hektar, Malinau 4.205.000 hektar dan Kabupaten Kutai Barat 2.413.322 hektar. Selain menghasilkan kayu alam, kawasan hutan di wilayah perbatasan juga menghasilkan hasil hutan ikutan yang mempunyai nilai ekonomi cukup tinggi seperti kayu gaharu, sarang burung walet, damar, rotan dan tumbuh-tumbuhan yang berkhasiat untuk obat-obatan. Potensi tambang

yang dimiliki antara lain emas, uranium, batubara, batu permata dan lain-lainnya.

Dengan kondisi tanah yang rata-rata podzolik serta curah hujan yang cukup, wilayah perbatasan sangat ideal bila dijadikan kawasan perkebunan khususnya tanaman kelapa sawit, kakao, karet dan hutan tanaman industri. Sektor pariwisata merupakan salah satu kontribusi bagi pemasukan pendapatan daerah serta meningkatkan perekonomian daerah. Di wilayah perbatasan terdapat beberapa potensi yang belum dikembangkan dan dapat dijadikan salah satu sumber dana bagi daerah. Kekuatan wisata di wilayah perbatasan ini antara lain berupa wisata alam (*ecotourism*) yaitu berupa wisata hutan, sungai, jeram dan wisata bahari yang dipadukan dengan wisata budaya.

Wisata budaya merupakan kekayaan nilai-nilai tradisional yang masih melekat secara kuat dalam kehidupan sehari-hari. Objek wisata budaya setempat yang ada antara lain berupa rumah betang panjang (rumah panjang) serta kesenian tradisional dari masing-masing suku yang ada di perbatasan.

Potensi wisata di masing-masing kabupaten perbatasan antara lain:

- Kabupaten Nunukan: Air terjun Sungai Binusan, Wisata Pantai Firdaus (Ecing), Wisata Pantai Sedadap, Wanawisata dan kebun binatang Mambunut, Wanawisata yang didominasi oleh vegetasi spesifik hutan dataran rendah, Agrowisata tambak dan ombak laut di Pulau Tinabasan, Wisata Pantai Batu Lamampu, Agrowisata Sungai Nyamuk, Wisata budaya Suku Dayak Murud (Tegalen), Ekowisata Taman Nasional Kayan

Mentarang, Pembuatan garam gunung terletak di hulu Sungai Main Desa Long Layu, Binuang, Ba' Liku dan Pa'Kebuan.

- Kabupaten Malinau: wisata budaya sejarah, budaya Suku Punan Desa Sambudurut, Arung jeram di Data Dian, Lamin adat dan seni budaya Suku Dayak Kenyah Lepo Jelau.
- Kabupaten Kutai Barat: Habitat Pesut di Danau Jempang, Anggrek alam Kersik Luway, Museum Mencimai dan lamin suku Dayak Tunjung, Air terjun Jantur Gemuruh, dan Upacara adat : Lamelah Tenan. Laliq Iqal, Hudoq Apah di Desa Tering.

Pembangunan di bidang kesehatan bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan secara mudah, merata dan murah. Penyediaan pelayanan ini dilihat dari jumlah tenaga medis maupun sarana dan prasarana medis yang tersedia. Jumlah tenaga kesehatan yang ada di wilayah perbatasan Kalimantan Timur, dirasakan masih kurang bila dibanding dengan jumlah penduduk yang ada. Dokter yang ada di wilayah ini jumlahnya masih sangat minim yaitu sebanyak 23 dokter. Dari jumlah ini hanya tersedia 4 orang tenaga dokter spesialis (dokter gigi). Jumlah dokter terbanyak terdapat di Kecamatan Nunukan yaitu sebanyak 12 dokter. Di kecamatan ini juga terdapat 13 orang tenaga paramedis. Pada tabel 2.2 juga tampak bahwa di Kecamatan Kayan Hulu sama sekali belum ada tenaga medis baik dokter ataupun paramedis.

Tabel 2.2. Banyaknya Tenaga Kesehatan di 11 Kecamatan Wilayah Perbatasan Propinsi Kalimantan Timur Tahun 2003

No.	Kecamatan	Dokter Umum	Dokter Gigi	Tenaga Paramedis
1.	Long Apari	2	-	4
2.	Long Pahangai	-	-	9
3.	Nunukan	12	1	13
4.	Sebuku	-	-	-
5.	Sebatik	4	1	14
6.	Lumbis	2	1	22
7.	Krayan	2	-	14
8.	Krayan Selatan	-	-	-
9.	Pujungan	1	1	9
10.	Kayan Hulu	-	-	-
11.	Kayan Hilir	-	-	5
	<b>Jumlah</b>	<b>23</b>	<b>4</b>	<b>90</b>

Sumber : Program Pembangunan Kawasan Perbatasan Kalimantan Timur 2003

Budaya hidup sehat masyarakat di wilayah perbatasan umumnya masih belum berkembang. Hal ini disebabkan rendahnya tingkat pendidikan dan pemahaman masyarakat tentang kesehatan dan pencegahan penyakit yang diperburuk lagi dengan keterbatasan sarana dan prasarana kesehatan serta tenaga medis. Sebelum tahun 1980-an banyak penduduk perbatasan yang berobat ke Serawak karena mudah dijangkau dan biayanya lebih murah. Namun saat ini jumlah penduduk Indonesia di perbatasan yang berobat ke Sarawak semakin sedikit karena setiap kecamatan kini telah memiliki puskesmas. Selain itu dengan semakin intensifnya penanganan pemerintah di sektor kesehatan maka perilaku hidup sehat pada masyarakat secara berangsur-angsur mulai meningkat.

## **2.7. Mortalitas dan Morbiditas**

### **2.7.1 Mortalitas (Angka Kematian)**

Perkembangan derajat kesehatan masyarakat dapat dilihat dari kejadian kematian dalam masyarakat dari waktu ke waktu. Kejadian kematian juga dapat digunakan sebagai indikator dalam penilaian keberhasilan pelayanan kesehatan dan program pembangunan kesehatan.

Angka Kematian Bayi (AKB) tahun 2004 menurut hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2003 sebesar 35 per 1.000 kelahiran hidup, tahun 2005 turun menjadi 32 per 1.000 kelahiran hidup, sedangkan pada tahun 2006 menjadi 30,8 per 1.000 kelahiran hidup (Departemen Kesehatan, 2007).

Banyak faktor yang mempengaruhi tingkat AKB tetapi tidak mudah untuk menentukan faktor yang paling dominan dan faktor yang kurang dominan. Tersedianya berbagai fasilitas atau faktor aksesibilitas dan pelayanan kesehatan dari tenaga medis yang terampil, serta kesediaan masyarakat untuk merubah kehidupan tradisional ke norma kehidupan modern dalam bidang kesehatan merupakan faktor-faktor yang sangat berpengaruh terhadap tingkat AKB. Menurunnya AKB dalam beberapa waktu terakhir memberikan adanya peningkatan dalam kualitas hidup dan pelayanan kesehatan masyarakat.

Angka Kematian Ibu Maternal (AKI) di Indonesia menggunakan data hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI). Tahun 2004, AKI sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 262 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2005 dan menurun lagi menjadi 253 per 100.000 kelahiran

hidup pada tahun 2006. AKI yang dihasilkan oleh SDKI hanya menggambarkan angka nasional, tidak dirancang untuk mengukur angka kematian ibu menurut propinsi (Departemen Kesehatan, 2007).

### **2.7.2 Morbiditas (Angka Kesakitan)**

Data angka kesakitan penduduk yang berasal dari masyarakat (*community based data*) yang diperoleh melalui studi morbiditas, dan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota serta dari sarana pelayanan kesehatan (*facility based data*) yang diperoleh melalui sistem pencatatan dan pelaporan.

Penyakit infeksi masih merupakan penyakit terbanyak yang ditemukan walaupun beberapa penyakit tidak menular seperti Diabetes Mellitus, Hipertensi, dan cedera masih berada di tingkat 10 besar penyakit yang diderita masyarakat (Departemen Kesehatan, 2007).

## **2.8. Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Keberadaan Tenaga Kesehatan Di Daerah Perbatasan**

Gambaran masalah yang sangat tampak pada daerah perbatasan yang berdampak pada potensi masalah yang berakibat besar adalah daerah perbatasan merupakan daerah yang rawan akan penyebaran penyakit. Baik yang berasal dari Indonesia terbawa oleh masyarakat Indonesia yang pergi ke negara tetangga yang bekerja di negara tetangga atau masyarakat Indonesia yang berdagang ke negara tetangga, demikian pula dengan mobilisasi masyarakat negara tetangga ke Indonesia yang kebetulan berkunjung ke Indonesia dapat membawa bibit penyakit yang tidak dapat dibendung ataupun dicegah oleh tim karantina perbatasan. Belum ada penanganan yang



jelas dari kondisi mobilisasi masyarakat yang relatif mudah, yang hanya dengan menggunakan kartu *border cross* dapat melewati perbatasan tanpa persyaratan yang sulit (Departemen Kesehatan, 2006).

Di tempat pelayanan kesehatan di daerah perbatasan, keadaan sarana dan prasarana kesehatan yang masih minim. Fasilitas kesehatan dan obat-obatan juga belum dapat mencukupi kebutuhan masyarakat di daerah perbatasan. Banyak juga dijumpai kondisi kunjungan dari masyarakat negara tetangga yang memanfaatkan fasilitas kesehatan di Indonesia karena di negaranya fasilitas tidak memadai. Respon penanganan masyarakat negara tetangga yang berkunjung tetap dilakukan dengan baik oleh tenaga kesehatan di Indonesia dengan mengingat dampak dari pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat negara tetangga yang kebetulan berkunjung dan sakit di negara Indonesia. Kemungkinan penyebaran penyakit yang berasal dari negara tetangga, dapat dicegah dengan memberikan pelayanan kesehatan seperti imunisasi dan pemberian makanan tambahan pada bayi yang berasal dari negara tetangga. Keadaan ini menjadi sulit ketika sarana dan prasarana pendukung kesehatan yang ada di daerah perbatasan Indonesia, tidak cukup. Dampak pada kualitas pelayanan kesehatan akan semakin jelas. Situasi ini tidak dapat dibiarkan lebih lama, perlu dukungan dari pemerintah daerah terkait bidang kesehatan khususnya dan secara umum juga diharapkan dapat mendukung keadaan di daerah perbatasan. Standar dari sarana prasarana, fasilitas dan kebutuhan akan kesehatan di daerah perbatasan belum ada. Hal ini menyebabkan belum tertangani masalah kesehatan yang muncul (Departemen Kesehatan, 2006)

Kebijakan tentang perencanaan sarana prasarana pelayanan kesehatan dan sistem pelayanan kesehatan termasuk surveilans. Masih bersifat umum yang sudah dilakukan, belum spesifik mengatur situasi, kondisi, dan kebutuhan pelayanan kesehatan di daerah perbatasan (Departemen Kesehatan, 2006)

*Faktor Pertama* meliputi jumlah penduduk yang akan menentukan beban kerja provider, kepadatan penduduk menentukan beban kerja dan akses terhadap penduduk, kelompok umur rentan kesehatan akan memungkinkan seorang provider mendapatkan peluang penghasilan tambahan lebih besar. Hal ini juga dipengaruhi oleh tingkat penghasilan keluarga dan kemampuan membayar oleh keluarga.

*Faktor Kedua* meliputi kondisi geografi dan topografi yang sulit membuat provider enggan tinggal di daerah tersebut. Namun terhadap faktor alam ini tidak diintervensi, ketersediaan listrik akan berpengaruh terhadap kesediaan provider untuk tinggal dan mengurangi rasa terisolasi, ketersediaan air bersih, transportasi yang memudahkan masyarakat mendapat akses ke provider dan provider mendapat kemudahan hubungan dengan dunia luar, dan fasilitas tempat kerja yang memadai.

*Faktor Ketiga* meliputi gaji dan insentif yang dapat memenuhi kebutuhan dasar dan tabungan, pendapatan tambahan yang mungkin bisa didapat provider, kesejahteraan keluarga, dan komitmen para provider sendiri termasuk kemampuan berintegrasi dengan masyarakat (Departemen Kesehatan, 2004).

Tenaga kesehatan yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan yang berada di daerah perbatasan juga belum sepenuhnya optimal. Baik dari segi jenis tenaga kesehatan maupun jumlah dari tenaga kesehatan yang bekerja di tempat pelayanan kesehatan tersebut. Banyak dijumpai tenaga kesehatan yang tidak kerasan bekerja di daerah perbatasan dengan banyak alasan (tingginya *turn over* tenaga kesehatan). Nilai insentif dan fasilitas hidup yang relatif kurang, sangat menurunkan motivasi tenaga kesehatan untuk bekerja di sarana kesehatan yang letaknya di daerah perbatasan. Kebijakan khusus bidang kesehatan yang mengatur penempatan tenaga kesehatan di daerah perbatasan belum ada, menyebabkan masih sulitnya ditangani masalah tenaga kesehatan ini ( Departemen Kesehatan, 2004).

Pada unit pelayanan kesehatan yang letaknya di sekitar perbatasan, pemerintah Indonesia sudah melakukan upaya kesehatan yang standar menjadi pelayanan kesehatan bagi masyarakat, seperti Puskesmas yang berfungsi sebagai sarana kesehatan masyarakat. Area kerja Puskesmas yang letaknya di daerah perbatasan adalah juga perbatasan secara menyeluruh, bahkan ditemui banyak pelayanan pasien yang berasal dari negara tetangga, khusus pada daerah perbatasan Indonesia dengan negara tetangga yang cenderung lebih tertinggal dari segi sarana dan fasilitas kesehatannya dari Indonesia. Kerjasama antar dua negara guna penanganan kesehatan juga diperlukan. Penerimaan pasien yang berasal dari luar negeri dalam hal ini juga perlu dibuat aturannya (Departemen Kesehatan, 2006).

Sarana pelayanan kesehatan antar dua negara yang letaknya berdekatan dapat dijadikan suatu rujukan untuk memperoleh pelayanan

kesehatan yang lebih tinggi, mengingat sarana kesehatan rujukan dalam satu negara letaknya sangat jauh dari akses pelayanan di bawahnya. Kemudahan ini akan sangat membantu sarana kesehatan tingkat bawah seperti Puskesmas yang berada di Indonesia untuk melakukan rujukan ke sarana pelayanan kesehatan yang lebih tinggi di negara tetangga. Hal sama berlaku untuk sebaliknya ketika sarana pelayanan kesehatan negara tetangga memerlukan rujukan ke sarana pelayanan kesehatan di Indonesia dapat melakukan aksesnya melalui suatu aturan dan cara yang disepakati kedua negara, misalnya dalam bentuk kerjasama atau perjanjian kesehatan (Departemen Kesehatan, 2006).

Standar atau pedoman dalam pemberian pelayanan kesehatan di daerah perbatasan belum spesifik untuk daerah perbatasan. Standar atau pedoman yang dijalankan baru merupakan standar atau pedoman yang secara umum berlaku sebagai patokan pelayanan kesehatan.

Belum jelasnya strategi pelaksanaan kebijakan yang mengatur kewenangan pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan di daerah perbatasan. Bagaimana kondisi dalam mengatasi masalah pengungsi yang berdampak pada kesehatannya dan masyarakat sekitarnya. Walaupun daerah perbatasan sebagai area kerja dari Puskesmas, daerah perbatasan juga merupakan area strategis negara yang merupakan kewenangan pemerintah pusat (Departemen Kesehatan, 2006).

Belum ada aturan tentang tenaga kesehatan yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan yang letaknya di daerah perbatasan. Kekhususan bagi tenaga kesehatan yang bekerja di daerah perbatasan perlu mendapat

perhatian lebih, mengingat kondisi di sekitar daerah perbatasan dengan masalah kesehatan tersendiri, perlu mendapatkan penghargaan tersendiri. Penempatan tenaga kesehatan yang bisa bermutasi tiap tahun akan sangat membantu dalam pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan di daerah perbatasan (Departemen Kesehatan, 2006).



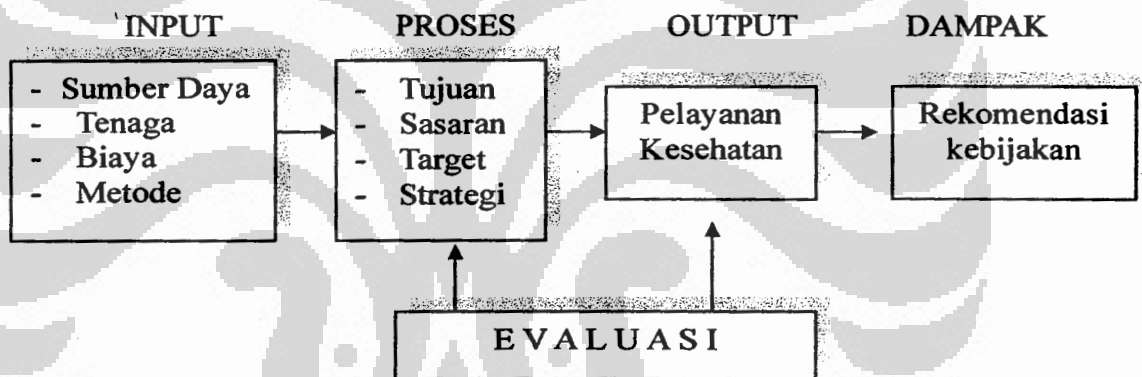
## BAB 3

### KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

#### 3.1 KERANGKA KONSEP

Kerangka teori yang dihubungkan dengan evaluasi kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan :

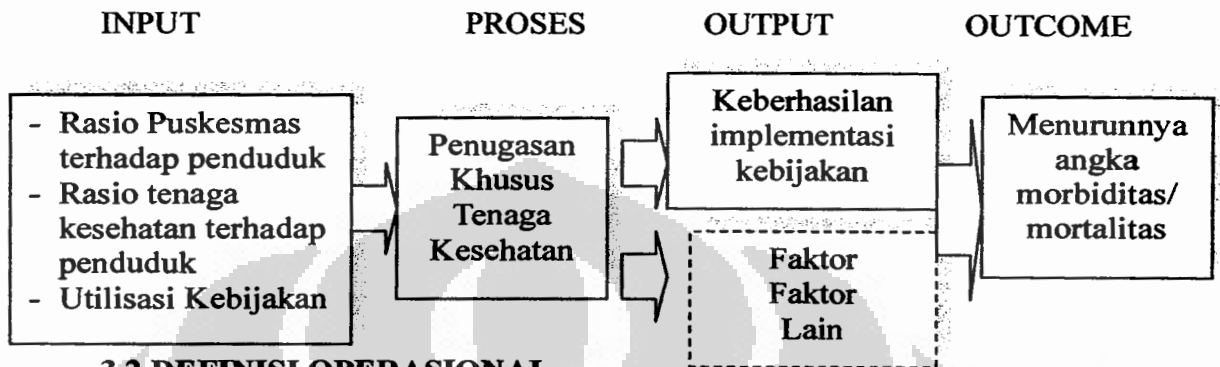
Gambar 3.1. Kerangka Teori



Sumber : Wijono, Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, 2000 dan Dunn, Pengantar Analisis Kebijakan Publik, 2000

Pada penelitian ini variabel input terdiri dari rasio antara puskesmas terhadap penduduk, rasio dokter/perawat terhadap penduduk, utilisasi kebijakan dan mortalitas/morbiditas. Variabel proses adalah penugasan khusus tenaga kesehatan. Variabel output adalah keberhasilan implementasi kebijakan, menurunnya angka morbiditas dan angka mortalitas.

Gambar 3.2. Kerangka Konsep



### 3.2 DEFINISI OPERASIONAL

#### 3.2.1 Rasio Puskesmas terhadap Penduduk :

Hasil bagi antara jumlah Puskesmas termasuk Puskesmas Perawatan dan 100.000 penduduk. Diukur dengan cara membagi jumlah puskesmas dengan jumlah penduduk dikalikan 100.000 sebagai konstanta.

#### 3.2.2 Rasio Tenaga Kesehatan terhadap Penduduk :

Hasil bagi antara jumlah Tenaga Kesehatan termasuk Tenaga Non Medis dan 100.000 penduduk. Diukur dengan cara membagi jumlah tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk dikalikan 100.000 sebagai konstanta.

#### 3.2.3 Utilisasi Kebijakan :

Pelaksanaan hasil keputusan eksekutif sebagai respon terhadap lingkungannya dan dipercayai akan bermanfaat pada perbaikan kondisi sosio-ekonomis masyarakat serta disepakati/disetujui oleh legislatif. Diukur dengan melakukan telaah dokumen dengan melakukan telaah dokumen dan wawancara.

#### **3.2.4 Morbiditas :**

Angka kesakitan penduduk yang berasal dari masyarakat dan pengumpulan data dari sarana kesehatan. Diukur dengan melakukan telaah dokumen dan wawancara.

#### **3.2.5 Mortalitas :**

Angka kejadian kematian penduduk yang berasal dari data Sensus dan Survei. Diukur dengan melakukan telaah dokumen dan wawancara.

#### **3.2.6 Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan :**

Pendayagunaan secara khusus sumber daya manusia kesehatan dalam kurun waktu tertentu guna meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan yang berada di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan, pulau-pulau kecil terluar, daerah yang tidak diminati, daerah rawan bencana/mengalami bencana dan konflik sosial.

#### **3.2.7 Keberhasilan implementasi kebijakan :**

Keberhasilan Pelaksanaan hasil keputusan eksekutif sebagai respon terhadap lingkungannya dan dipercayai akan bermanfaat pada perbaikan kondisi sosio-ekonomis masyarakat serta disepakati/disetujui oleh legislatif. Diukur dengan melakukan telaah dokumen dengan melakukan observasi dan wawancara.

#### **3.2.8 Menurunnya angka morbiditas / mortalitas :**

Menurunnya angka kejadian kesakitan dan angka kejadian kesakitan di masyarakat. Diukur dengan melakukan telaah dokumen dengan melakukan observasi dan wawancara.



## **BAB 4**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **4.1. Desain Penelitian**

Bagian terpenting yang dapat menentukan berhasil atau tidaknya suatu penelitian adalah metode penelitian, sebab metode penelitian dijadikan panduan oleh peneliti dalam melakukan penelitian sehingga obyek yang diteliti dapat dirumuskan secara obyektif dan rasional serta sistematis yang berguna untuk berbagai keperluan. Bahkan pada kasus-kasus penelitian tertentu kualitas penelitian sangat ditentukan oleh metode penelitian yang dipakai penelitian. Penentuan metode penelitian adalah kegiatan yang cukup kompleks dan penting. Kesalahan dalam penentuan metode penelitian akan berakibat fatal terhadap hasil penelitian (Irawan, 2004).

Dengan metode penelitian, gejala dan obyek yang diteliti dapat dirumuskan secara objektif dan rasional serta sistematis. Untuk menjamin ditemukannya kebenaran ilmiah, metode penelitian memberikan cara-cara kerja yang sangat cermat dan syarat-syarat yang baku. Dengan demikian berpeluang sebesar-besarnya bagi penemuan metodologi penelitian tesis baru kebenaran yang obyektif, tetapi juga untuk menjaga agar pengetahuan dan pengembangan memiliki nilai ilmiah yang tinggi (Nawawi, 2006).

Dari beberapa definisi di atas, metode penelitian mempunyai makna cara yang teratur dan terpikir baik untuk mencapai maksud serta cara kerja sistematis untuk memudahkan pelaksanaan sebuah kegiatan penelitian guna mencapai tujuan yang ditentukan. Dengan demikian pelaksanaan penelitian

yang berkaitan dengan evaluasi kebijakan khusus penempatan tenaga kesehatan di daerah perbatasan , maka peneliti menggunakan metode penelitian deskriptif.

Penelitian deskriptif adalah penelitian yang dilakukan terhadap variabel mandiri baik hanya pada satu variabel atau lebih (variabel yang berdiri sendiri), tidak membuat perbandingan pada variabel itu pada sampel yang lain, tidak mencari hubungan antar variabel serta berusaha menjawab pertanyaan penelitian terhadap variabel mandiri tersebut (Sugiyono, 2006).

Penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subyek penelitian seperti perilaku, persepsi, motivasi, tindakan dan lain-lain, secara holistik dan dengan cara deskriptif dalam bentuk kata-kata dan bahasa pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah (Moleong, 2000).

Dari berbagai pengertian yang dikemukakan di atas, dapat dipahami bahwa pemilihan metode penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif didasarkan pada pemikiran bahwa permasalahan yang diteliti merupakan suatu fakta atau fenomena yang terjadi pada saat ini baik berupa situasi, hubungan yang terjadi, proses atau kegiatan yang sedang berlangsung dan tidak dimaksudkan untuk menguji hipotesa tertentu tetapi hanya menggambarkan apa adanya tentang suatu variabel, gejala atau kejadian.

Dengan demikian peneliti menggunakan metode penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif yang didasarkan pada karakteristik penelitian

dan analisa jawaban key informan penelitian yang berperan sebagai informan kunci.

Menurut Bogdan dan Biklen dalam Sugiyono (2006), karakteristik penelitian kualitatif adalah sebagai berikut :

1. *Qualitative research has the natural setting as the direct sources of data and researcher is the key instrument.*
2. *Qualitative research is descriptive. The data collected is in the form of word pictures rather than number.*
3. *Qualitative research are concerned with process rather than simply with outcomes or products.*
4. *Qualitative research tend to analyzer their data inductively.*
5. *"Meaning" is of essential to the qualitative approach.*

Dapat diartikan bahwa penelitian kualitatif adalah :

1. Dilakukan pada kondisi yang alamiah, langsung kesumber data dan peneliti adalah instrumen kunci.
2. Penelitian kualitatif lebih bersifat deskriptif. Data yang terkumpul berbentuk kata-kata atau gambar, sehingga tidak menekankan pada angka.
3. Penelitian kualitatif lebih menekankan pada proses daripada produk atau outcome.
4. Penelitian kualitatif melakukan analisis data secara induktif.
5. Penelitian kualitatif lebih menekankan makna (data dibalik yang teramati).

#### **4.2. Waktu dan Lokasi Kajian**

Pelaksanaan kajian ini dilakukan di unit utama Departemen Kesehatan dan 2 (dua) provinsi terpilih yang berbatasan darat dengan negara tetangga, yaitu: Propinsi Kalimantan Barat dan Propinsi Kalimantan Timur. Waktu pelaksanaan penelitian pada bulan April sampai Mei 2008. Alasan penetapan lokasi penelitian berdasarkan asumsi daerah perbatasan yang ada di Indonesia terdiri atas perbatasan darat, perbatasan laut dan perbatasan pulau terluar. Kedua propinsi ini merupakan perbatasan darat yang diharapkan dapat memenuhi kebutuhan pengumpulan data pada penelitian ini.

#### **4.3. Populasi dan Sampel**

Sampel (informan) dipilih dengan prinsip purposive untuk menggali pengetahuan (*knowledge*) informan tentang dampak kebijakan penugasan khusus sumber daya manusia kesehatan di daerah perbatasan dan prinsip kecukupan. Informan dalam penelitian ini terdiri dari Kepala Biro Kepegawaian, Kepala Pusat Kajian Pembangunan Kesehatan, Direktur Kesehatan Komunitas, Sekretaris Kepala Badan PPSDM Kesehatan, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Direktur RSUD, Kepala Puskesmas, Bidan Desa, dan kader di daerah perbatasan provinsi terpilih.

#### **4.4. Sumber Data dan Cara Pengumpulan data**

Sumber data yang diperoleh dalam kajian kebijakan ini adalah bersumber dari data primer dan data sekunder. Sebagai data primer diperoleh

dengan melakukan wawancara mendalam terhadap informan sedangkan data sekunder diperoleh melalui telaah dokumen.

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara sebagai berikut:

▪ **Wawancara Mendalam**

Menurut Esterbeg dalam Sugiyono (2006), wawancara / interview didefinisikan sebagai berikut :

*"a meeting of two person to exchange information and idea through question and response, resulting in communication and joint construction of meaning about a particular topic"*

(Wawancara adalah pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu)

Lebih lanjut Susan Stainback dalam Sugiyono (2006) menegemukakan bahwa *interviewing provide the researcher a means to gain a deeper understanding of how the participant interpret a situation or phenomenon than can be gained through observation* (dengan wawancara peneliti akan mengetahui hal-hal yang lebih mendalam tentang partisipan dalam menginterpretasikan situasi dan fenomena yang terjadi dimana hal ini tidak dapat ditemui dengan observasi.

Dari definisi sebagaimana diuraikan diatas, maka makna wawancara yaitu pengumpulan data dengan cara mengadakan dialog, komunikasi atau tanya jawab langsung dengan informan/pihak yang bisa memberikan keterangan tentang obyek penelitian.

Dalam wawancara ini menggunakan instrumen pedoman wawancara. Tujuan diadakan wawancara adalah untuk mendapatkan jawaban tentang upaya-upaya yang telah, sedang dan akan dilakukan dalam implementasi kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan. Oleh sebab itu informan yang dipilih adalah orang-orang yang benar-benar mengetahui dan bertanggung jawab terhadap data-data yang diperlukan untuk menjawab permasalahan penelitian.

Berdasarkan uraian di atas maka makna informan dalam penelitian ini adalah pejabat struktural yang dianggap paling mengetahui seluk beluk tentang kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan dengan mengacu pada kedudukan, tugas, dan fungsinya sebagaimana yang dijelaskan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1575 / Menkes / Per / XI / 2005 tentang Organisasi dan Tatakerja Departemen Kesehatan.

- **Diskusi Kelompok Terarah**

Diskusi Kelompok Terarah adalah salah satu teknik pengumpulan data kualitatif dimana sekelompok orang berdiskusi dengan pengarahan dari seorang moderator atau fasilitator mengenai suatu topik. Dalam pelaksanaan diskusi, peneliti bertindak sebagai fasilitator dengan menggunakan pedoman diskusi, dan untuk menjaga agar informasi tidak terlewat dilakukan proses merekam wawancara dengan alat bantu perekam suara (Kresno, 2000).

- **Telaah Dokumen**

Metode telaah dokumen adalah mencari data mengenai hal-hal atau variabel berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti,

notulen rapat, agenda, peraturan-peraturan dan lain sebagainya (Arikunto, 2002).

Sedangkan menurut Irawan (2004) yang dimaksud telaah dokumen adalah analisis isi (*content analysis*). *Content Analysis* adalah teknik analisis terhadap berbagai sumber informasi termasuk bahan cetak (buku, artikel, novel, koran, majalah, dan sebagainya) dan bahan-bahan non cetak seperti musik, gambar, dan benda-benda.

Tujuan dari telaah dokumen adalah untuk mengetahui kebijakan, aturan, prosedur dan informasi data yang berkaitan dengan evaluasi kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.

#### **4.5. Instrumen Penelitian**

Instrumen utama yang digunakan dalam penelitian ini adalah pedoman wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan bantuan alat pencatat dan alat perekam suara, daftar tilik (*check list*).

Untuk memenuhi kriteria kredibilitas, instrument yang dibuat diuji coba sebelum dipergunakan sebelum pengumpulan data yang sesungguhnya. Uji coba dilakukan untuk melihat apakah substansi pertanyaan dalam panduan wawancara mendalam yang diajukan dapat dipahami informan. Setelah uji coba dilakukan revisi pertanyaan yang kemungkinan tidak memenuhi syarat baik secara redaksional maupun urutan pertanyaan.

#### **4.6. Pemeriksaan Keabsahan Data**

Untuk melakukan pemeriksaan keabsahan data (validasi data) dilakukan dalam penelitian ini :

##### **4.6.1. Triangulasi**

Dalam penelitian ini informan ditentukan secara *purposive* dan jumlahnya sedikit maka agar validitas dan reabilitas data tetap terjaga peneliti melakukan upaya untuk menjaga validitas dan reabilitas data yang dalam penelitian kualitatif disebut triangulasi. Triangulasi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah :

- a. *Triangulasi Metode* yaitu mengkombinasikan metode wawancara mendalam dengan observasi langsung dan telaah dokumen.
- b. *Triangulasi Sumber* yaitu dengan menggunakan informan yang berbeda dengan melakukan crosscheck disamping melakukan penelusuran data sekunder.
- c. *Triangulasi Analisis* yaitu dengan pengembalian kompilasi hasil pengolahan data serta hasil interpretasi dan analisis yang dilakukan, untuk mendapat masukan, koreksi atas kesalahan dan menghindari subyektivitas peneliti dalam analisis data.

##### **4.6.2. Pemeriksaan melalui diskusi**

Upaya ini dilakukan dengan menyajikan hasil kajian sementara atau hasil akhir di depan forum seminar yang dihadiri pembimbing dan teman sejawat.



#### **4.7. Pengolahan Data**

Data diolah secara manual. Langkah pengolahan data melalui tahapan sebagai berikut. *Pertama*, mengumpulkan data dari hasil wawancara dan telaah dokumen selanjutnya diklasifikasi berdasarkan sumber data yang dipergunakan; *Kedua*, editing yaitu data yang sudah diklasifikasi diteliti kembali, dirangkum, dicatat, kemudian diberi penjelasan dan uraian berdasarkan pemikiran logis sehingga memudahkan untuk menganalisa data selanjutnya.

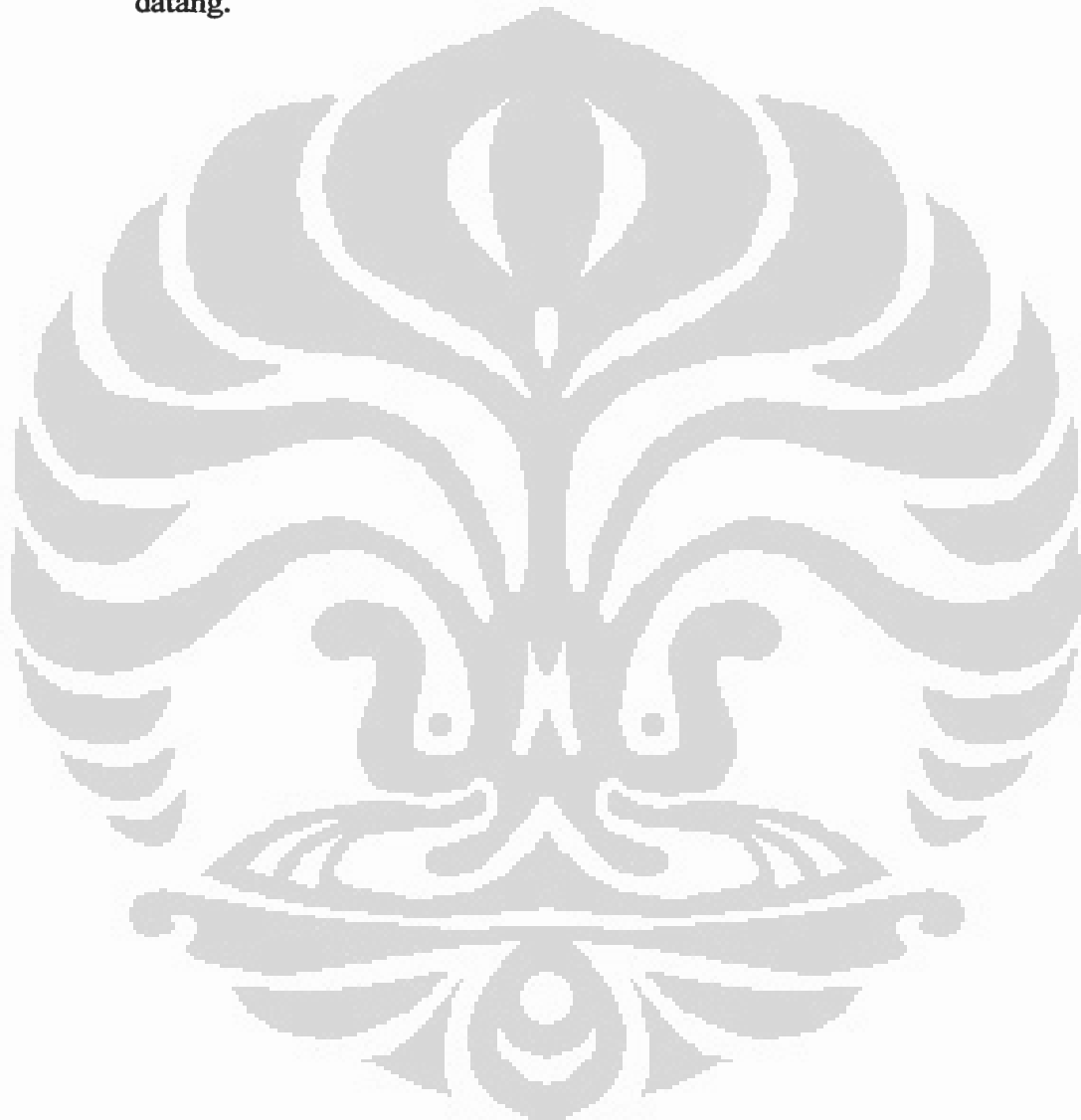
#### **4.8. Analisis Data**

Data yang telah diatur rapi melalui pengolahan dan penyederhanaan pada tahap selanjutnya perlu dianalisis yang pada gilirannya akan dapat menjadi acuan untuk penarikan kesimpulan. Untuk menjawab pertanyaan penelitian yang dikemukakan, maka teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode analisis kualitatif. Ringkasan data dalam bentuk matriks hasil wawancara mendalam kemudian dilakukan analisis isi (*content analysis*) berupa narasi, kondensasi, dan interpretasi. Akhirnya hasil kajian ini dibandingkan dan dihubungkan dengan kebijakan yang ada.

#### **4.9. Keterbatasan Lingkup Penelitian**

Dalam pelaksanaan penelitian ini belum sepenuhnya dapat mengidentifikasi atau mengumpulkan kebijakan kesehatan yang berhubungan dengan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan dan kebijakan lain yang terkait (tingkat yang lebih tinggi). Penelitian ini tidak

meneliti faktor-faktor lain yang mempengaruhi keberhasilan penurunan hanya sebatas evaluasi pelaksanaan kebijakan yang sudah berjalan dan diharapkan dapat dijadikan bahan masukan rekomendasi kebijakan yang akan datang.



## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

Pada Bab 5 ini peneliti akan memaparkan hasil penelitian tentang Evaluasi Kebijakan Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan di Daerah Perbatasan yang dilakukan pada bulan April sampai dengan bulan Mei 2008. Penelitian ini dilakukan dengan melakukan wawancara mendalam kepada 5 unit eselon II di lingkungan Departemen Kesehatan (Biro Kepegawaian, Biro Hukum, Pusat Kajian Pembangunan Kesehatan, Direktorat Kesehatan Komunitas, dan Sekretaris Badan PPSDM) dan Diskusi Kelompok Terarah yang diikuti oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten, Direktur RSUD Kabupaten, Kepala Puskesmas Kecamatan dan Perawat/Bidan di Kabupaten Sanggau Kalimantan Barat dan Kabupaten Nunukan Kalimantan Timur.

Pada awal pelaksanaan pengumpulan data diharapkan semua informan dapat memberikan data dan kesediaan waktu untuk diwawancara dan ikut serta diskusi kelompok terarah. Namun saat pelaksanaan pengumpulan data, hanya 4 unit eselon II Departemen Kesehatan yang berhasil diwawancarai, 1 unit eselon II (Sekretariat Badan PPSDM) tidak dapat diwawancara karena informan menjalani perawatan di RS dan melakukan ibadah Umroh pada saat waktu penelitian akan berakhir.

Kegiatan diskusi kelompok terarah hanya dapat dilakukan di Kabupaten Nunukan, pelaksanaan diskusi di Kabupaten Sanggau tidak dapat dilakukan karena waktu pelaksanaan bersamaan dengan pelaksanaan Pemilihan Kepala Daerah (Pilkada) Gubernur Kalimantan Barat.

Data sekunder yang direncanakan dikumpulkan untuk mendukung penelitian ini berupa data rasio Puskesmas terhadap penduduk, data rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk, data tenaga medis yang telah ditugaskan melalui program penugasan khusus ke daerah perbatasan, data tentang mortalitas dan morbiditas di tingkat Propinsi dan tingkat Kabupaten. Data Sekunder yang dibutuhkan, seluruhnya dapat dikumpulkan oleh peneliti.

### **5.1. Gambaran Kawasan Perbatasan Kalimantan**

Provinsi Kalimantan Barat dan Kalimantan Timur merupakan wilayah Indonesia di Pulau Kalimantan yang berbatasan langsung dengan negara bagian Sarawak dan Sabah yang merupakan bagian Negara Malaysia. Kalimantan Barat berbatasan dengan Sarawak, sedangkan Kalimantan Timur berbatasan dengan Sarawak dan Sabah. Di Pulau Kalimantan terdapat 8 (delapan) kabupaten yang berbatasan langsung dengan Malaysia, yaitu 5 (lima) kabupaten terletak di Kalimantan Barat dan 3 (tiga) kabupaten terletak di Kalimantan Timur. Kabupaten tersebut adalah Sambas, Bengkayang, Sanggau, Sintang dan Kapuas Hulu di Kalimantan Barat serta Kutai Barat, Malinau dan Nunukan di Kalimantan Timur.

Secara geografis (topografis), terdapat perbedaan menyolok antara kawasan perbatasan di Kalimantan Barat dengan Kalimantan Timur. Kawasan perbatasan Kalimantan Barat sebagian besar terdiri atas dataran rendah dengan ketinggian kurang dari 200 meter di atas permukaan laut (dpl). Hanya sebagian kecil saja yang terdapat dataran tinggi, yakni di sekitar

gunung Niut di Bengkayang dan gunung Lawit di Kapuas Hulu. Keadaan sebaliknya terjadi di Kalimantan Timur, sebagian besar kawasan perbatasan di sini terdiri atas dataran tinggi dengan ketinggian lebih dari 1000 meter dpl. Seluruh perbatasan yang melalui Kutai Barat dan sebagian Malinau, yang panjangnya sekitar 70 persen dari semua perbatasan di Kalimantan Timur, merupakan rangkaian pegunungan Iban. Pegunungan ini membujur dari barat daya sampai timur laut yang menghubungkan secara berturut-turut perbukitan Pacungapang, gunung Liang Pran, perbukitan Batu Iban, gunung Latuk dan gunung Kaba. Selanjutnya, lebih ke timur lagi, sebagian Malinau dan sebagian Nunukan merupakan kawasan perbatasan dataran rendah, dengan ketinggian 100 sampai 200 meter dpl. Sebagian perbatasan lagi di Nunukan adalah perbatasan laut. Bahkan terdapat perbatasan yang melalui sebuah pulau kecil, yakni pulau Sebatik. Bagian utara pulau ini merupakan wilayah Malaysia dan bagian selatan merupakan wilayah Indonesia.

Kondisi geografis di atas, berpengaruh terhadap persebaran penduduk dan kegiatannya di kawasan perbatasan Kalimantan. Persebaran penduduk di kawasan perbatasan lebih banyak terdapat di Kalimantan Barat dibandingkan Kalimantan Timur. Kepadatan penduduk di kawasan perbatasan Kalimantan Barat adalah 8 orang per kilometer persegi, sedangkan di Kalimantan Timur 2 orang per kilometer persegi.

Demikian pula kegiatan perlintasan batas tradisional melalui jalur darat lebih banyak terjadi di Kalimantan Barat. Oleh karena itu, selain pintu lintas batas resmi, di Kalimantan Barat juga terdapat banyak pintu lintas

batas tidak resmi, sedangkan di Kalimantan Timur, selain melalui jalur darat, kegiatan lintas batas banyak dilakukan melalui laut, dimana jalur Nunukan-Tawao merupakan jalur lintas batas laut yang paling banyak dilalui.

Kualitas sumberdaya manusia di kawasan perbatasan Kalimantan masih rendah dilihat dari tingkat kesehatan, pendidikan maupun keterampilan masyarakatnya. **Masih kurangnya jumlah rumah sakit, sarana kesehatan, dokter serta tenaga medis untuk melayani masyarakat di kawasan perbatasan Kalimantan;** tingkat pendidikan dan keterampilan penduduk di kawasan perbatasan Kalimantan yang umumnya masih rendah yakni 70,90 % penduduk usia kerja hanya berpendidikan SD serta tingkat pendidikan penduduk yang rendah tersebut menggambarkan realitas yang terjadi di kawasan ini.

Salah satu rekomendasi adalah bahwa pengembangan kawasan perbatasan Kalimantan perlu mempertimbangkan karakteristik wilayahnya yang sangat bervariasi. Memperhatikan letak geografi dan kondisi alam tersebut.

Kebijakan peningkatan kualitas kehidupan sosial melalui pendekatan kesehatan, pendidikan dan keterampilan dilakukan melalui strategi meningkatkan sarana/prasarana kesehatan secara kuantitas dan kualitas; menambah jumlah dokter dan tenaga kesehatan sehingga mampu melayani sebagian besar masyarakat di kawasan perbatasan serta mengembangkan pusat pendidikan dan latihan ketenagakerjaan yang profesional dan berdaya saing tinggi yang mampu menciptakan tenaga kerja yang memiliki

kemampuan khusus dan profesional untuk bersaing di negara lain dan dapat hidup dengan layak dan sejahtera.

## **5.2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

### **5.2.1. Propinsi Kalimantan Barat**

Propinsi Kalimantan Barat merupakan satu-satunya propinsi di Indonesia yang paling panjang dilalui garis khatulistiwa. Garis lintas 0° persis di atas kota Pontianak, ibu kota propinsi ini. Propinsi Kalimantan Barat merupakan propinsi terluas setelah Papua, Kalimantan Timur, dan Kalimantan Tengah.

Letak Propinsi Kalimantan Barat 2° 8' LU dan 3° 05' LS dan antara 108° 0' Bujur Timur dan 114° 10' Bujur Timur. Berdasarkan letak geografis yang spesifik, daerah Kalimantan Barat tepat dilalui garis khatulistiwa tepatnya di atas Kota Pontianak. Dengan demikian daerah ini banyak dipengaruhi iklim tropis dengan suhu udara dan kelembaban yang tinggi.

Secara khusus Kalimantan Barat mempunyai perbatasan langsung dengan negara Malaysia Timur yaitu Negara Bagian Serawak. Perbatasan darat dengan negara Malaysia ini telah dihubungkan dengan jalan darat melalui Pontianak – Entikong – Kuching, sepanjang sekitar 400 km dengan daya tempuh sekitar tujuh jam perjalanan.

Batas-batas wilayah Propinsi Kalimantan Barat adalah : Utara dengan Negara Bagian Serawak; Selatan dengan Laut Jawa dan Kalimantan Tengah;

Timur dengan Propinsi Kalimantan Timur; dan Barat dengan Laut Natuna dan Selat Karimata.

Adapun kabupaten yang langsung berhubungan dengan negara Serawak adalah Kabupaten Sambas, Sanggau, Sintang, dan Kapuas Hulu.

Luas Propinsi Kalimantan Barat 146.807 km<sup>2</sup> atau 7,6% dari luas daratan Indonesia. Wilayah ini membentang dari utara ke selatan sepanjang 600 km dan sekitar 850 km dari Barat ke Timur.

Dalam hal administrasi pemerintahan, Propinsi Kalimantan Barat terbagi dalam 6 Kabupaten dan 1 Kota. Administrasi pemerintahan kabupaten dan kota ini terdiri dari 133 kecamatan, 1379 desa, dan 59 kelurahan. Menurut sumber Badan Pusat Statistik pada tahun 2006 jumlah desa tertinggal di Kalimantan Barat sebanyak 784 desa.

Jumlah penduduk Propinsi Kalimantan Barat pada tahun 2006 berjumlah 3.892.500 jiwa. Untuk struktur penduduk menurut jenis kelamin di Propinsi Kalimantan Barat pada tahun 2006 untuk laki-laki sebesar 2.053.779 jiwa dan perempuan 1.838.721 jiwa. Perbandingan untuk 90 orang perempuan ada 100 orang laki-laki. Adapun kabupaten/kota yang rasio penduduknya paling besar adalah Kabupaten Sambas disusul Kabupaten Sanggau dan seterusnya, sedangkan kabupaten dengan rasio terkecil adalah Kabupaten Landak sebesar 0,90 yang artinya jumlah 90 orang perempuan ada 100 orang laki-laki.



### 5.2.2. Kabupaten Sanggau

Kabupaten Sanggau adalah salah satu Daerah Tingkat II di provinsi Kalimantan Barat. Kabupaten Sanggau terletak di lokasi yang sangat strategis, selain berbatasan dengan Malaysia dan memiliki akses jalan darat langsung dengan Sarawak, posisinya persis dibagian tengah provinsi Kalimantan Barat, berjarak sekitar 250 km dari kota Pontianak. Secara administratif kabupaten ini terbagi menjadi 22 kecamatan dan 241 desa/kelurahan, dengan luas wilayah 18.302 km<sup>2</sup> dengan kepadatan 29 jiwa per km<sup>2</sup>. Dilihat dari letak geografisnya Kabupaten Sanggau terletak di antara 1° 10' LU dan 0° 35' LS. serta di antara 109° 45', 111° 11' Bujur Timur.

Batas wilayah Kabupaten Sanggau :

Utara	: Sarawak, Malaysia Timur
Selatan	: Kabupaten Ketapang
Barat	: Kabupaten Landak
Timur	: Kabupaten Sintang dan Kabupaten Sekadau

Jumlah penduduk Kabupaten Sanggau pada tahun 2006 berjumlah 523.900 jiwa. Untuk struktur penduduk menurut jenis kelamin di Kabupaten Sanggau pada tahun 2006 untuk laki-laki sebesar 273.769 jiwa dan perempuan 250.131 jiwa dengan 23.653 kepala keluarga.

Sarana kesehatan di Kabupaten Sanggau tahun 2006 terdiri dari 18 Puskesmas, 8 Puskesmas Perawatan, 86 Puskesmas Pembantu, 15 Pusling

Roda Empat, 6 Pusling Perahu Bermotor, 450 Posyandu, 1 RS milik Pemda, 1 RS Swasta, 1 RS Bersalin, 23 Praktek Dokter Swasta, dan 6 Apotek.

Tenaga Kesehatan yang bertugas di Puskesmas se Kabupaten Sanggau terdiri dari 18 dokter umum, 6 dokter gigi, 25 tenaga gizi, 291 tenaga perawat, dan 117 tenaga bidan.

### **5.2.3. Propinsi Kalimantan Timur**

Secara astronomis Propinsi Kalimantan Timur terletak antara  $4^{\circ} 20'$  dan  $1^{\circ} 20'$  Lintang Utara, dan  $113^{\circ} 35'$  Bujur Timur. Sedangkan secara geografis wilayah ini berbatasan langsung dengan Negara Bagian Sabah dan Serawak. Di sebelah Barat berbatasan dengan Propinsi Kalimantan Barat, sedangkan sebelah Timur dengan Selat Makasar dan Laut Sulawesi.

Luas Propinsi Kalimantan Timur  $198.441 \text{ km}^2$ . Jumlah penduduk Propinsi Kalimantan Timur pada tahun 2006 berjumlah 2.936.388 jiwa. Untuk struktur penduduk menurut jenis kelamin di Propinsi Kalimantan Timur pada tahun 2006 untuk laki-laki sebesar 1.528.576 jiwa dan perempuan 1.407.812 jiwa, dengan rata-rata kepadatan penduduk 14,8 jiwa per  $\text{km}^2$ .

Wilayah perbatasan Kalimantan Timur membentang dari Utara-Selatan sepanjang 1.038 kilometer dengan luas sekitar 57.731,64 kilometer persegi, sedangkan luas seluruh kecamatan yang berada di perbatasan adalah 53.653,89 kilometer persegi. Sebanyak 9 kecamatan terdapat di kawasan

perbatasan dalam 3 kabupaten. Jumlah penduduk dari seluruh 9 kecamatan di atas adalah 90.776 jiwa.

Dalam hal administrasi pemerintahan, Propinsi Kalimantan Timur terbagi dalam 13 Kabupaten/Kota, 135 Kecamatan, 1.404 Desa/Kelurahan.

#### **5.2.4. Kabupaten Nunukan**

Kabupaten Nunukan terletak pada posisi  $115^{\circ} 22'30'' \sim 118^{\circ} 44'54''$  Bujur Timur dan  $3^{\circ}30'00'' \sim 4^{\circ} 24'55''$  Lintang Utara. Di sebelah Utara berbatasan dengan Malaysia Timur, di sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Bulungan dan Malinau, di sebelah Timur berbatasan dengan Laut Sulawesi, di sebelah Barat berbatasan dengan Negara Bagian Serawak-Malaysia.

Kabupaten Nunukan dengan luas wilayah  $14.585,70 \text{ km}^2$  dengan panjang garis pantai 314.592 km, terdiri dari 8 Kecamatan, 223 desa. Kabupaten ini mempunyai penduduk sebanyak 116.553 jiwa terdiri dari 62.084 jiwa laki-laki dan 54.469 jiwa perempuan dengan kepadatan 8,40 jiwa/  $\text{km}^2$ .

Sarana kesehatan di Kabupaten Nunukan tahun 2006 terdiri dari 10 Puskesmas, 42 Puskesmas Pembantu, 7 Pusling Roda Empat, , 450 Posyandu, 1 RS milik Pemda, 1 Klinik Bersalin,.

Tenaga Kesehatan yang bertugas di Puskesmas se Kabupaten Nunukan terdiri dari 9 dokter umum, 4 dokter gigi, 7 tenaga gizi, 153 tenaga perawat, dan 45 tenaga bidan.

### 5.3. Rasio Puskesmas terhadap Penduduk

Pada periode tahun 2000 – 2005 jumlah Puskesmas (termasuk Puskesmas Perawatan) terus meningkat dari 7.237 unit pada tahun 2000 menjadi 7.669 unit pada tahun 2005. Dalam periode tahun itu, rasio Puskesmas terhadap 100.000 penduduk berada pada kisaran 3.46–3.56, ini berarti setiap 100.000 penduduk dilayani oleh 4 Puskesmas. Jumlah Puskesmas dan rasio Puskesmas terhadap 100.000 penduduk disajikan pada tabel 5.1.

**Tabel 5.1. Jumlah Puskesmas dan Rasio Puskesmas terhadap penduduk Tahun 2005**

Tahun	Jumlah Puskesmas	Rasio Puskesmas terhadap 100.000 penduduk	Rasio Puskesmas berdasarkan konsep.wil.kerja (1:30.000 pddk)
2000	7.237	3,56	1,07
2001	7.277	3,55	1,07
2002	7.309	3,46	1,04
2003	7.413	3,46	1,04
2004	7.550	3,48	1,04
2005	7.669	3,56	1,07

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia 2005

Bila dibandingkan dengan konsep wilayah kerja Puskesmas, sasaran penduduk yang dilayani satu Puskesmas rata-rata 30.000 penduduk, maka jumlah Puskesmas per 30.000 penduduk pada tahun 2005 rata-rata 1,07 unit, tidak mengalami perubahan dibanding tahun 2004 yaitu 1,04 unit per 30.000 penduduk.

Pada periode tahun 2000 – 2005 jumlah Puskesmas (termasuk Puskesmas Perawatan) di Propinsi Kalimantan Barat meningkat dari 197 unit pada tahun 2000 menjadi 207 unit pada tahun 2005. Dalam periode tahun itu, rasio Puskesmas terhadap 100.000 penduduk berada pada kisaran 5.11-5.27, ini berarti setiap 100.000 penduduk dilayani oleh 5-6 Puskesmas.

Bila dibandingkan dengan konsep wilayah kerja Puskesmas, sasaran penduduk yang dilayani satu Puskesmas rata-rata 30.000 penduduk, maka jumlah Puskesmas di Propinsi Kalimantan Barat per 30.000 penduduk pada tahun 2005 rata-rata 1.53 unit, tidak mengalami perubahan dibanding tahun 2004 yaitu 1.43 unit per 30.000 penduduk.

Jumlah Puskesmas dan rasio Puskesmas terhadap 100.000 penduduk di Propinsi Kalimantan Barat disajikan pada tabel 5.2.berikut ini.

**Tabel 5.2. Jumlah Puskesmas dan Rasio Puskesmas terhadap penduduk Propinsi Kalimantan Barat Tahun 2005**

Tahun	Jumlah Puskesmas	Rasio Puskesmas terhadap 100.000 penduduk	Rasio Puskesmas berdasarkan konsep.wil.kerja (1:30.000 pddk)
2000	197	5,27	1,58
2001	194	4,96	1,49
2002	189	4,52	1,36
2003	192	4,86	1,46
2004	195	4,78	1,43
2005	207	5,11	1,53

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia 2005

Dari tabel 5.2. dapat disimpulkan bahwa jumlah sarana puskesmas di propinsi Kalimantan Barat lebih banyak dibandingkan dengan sasaran yang ditetapkan Departemen Kesehatan (1:30.000 penduduk).

Pada periode tahun 2000 – 2005 jumlah Puskesmas (termasuk Puskesmas Perawatan) di Propinsi Kalimantan Timur meningkat dari 197 unit pada tahun 2000 menjadi 207 unit pada tahun 2005. Dalam periode tahun itu, rasio Puskesmas terhadap 100.000 penduduk berada pada kisaran 4,96 - 6,56, ini berarti setiap 100.000 penduduk dilayani oleh 7 Puskesmas.

Bila dibandingkan dengan konsep wilayah kerja Puskesmas, sasaran penduduk yang dilayani satu Puskesmas rata-rata 30.000 penduduk, maka jumlah Puskesmas di Propinsi Kalimantan Timur per 30.000 penduduk pada

tahun 2005 rata-rata 1,97 unit, mengalami perubahan dibanding tahun 2004 yaitu 1,77 unit per 30.000 penduduk

Jumlah Puskesmas dan rasio Puskesmas terhadap 100.000 penduduk di Propinsi Kalimantan Timur disajikan pada tabel 5.3.

**Tabel 5.3. Jumlah Puskesmas dan Rasio Puskesmas terhadap penduduk Propinsi Kalimantan Timur Tahun 2005**

Tahun	Jumlah Puskesmas	Rasio Puskesmas terhadap 100.000 penduduk	Rasio Puskesmas berdasarkan konsep.wil.kerja (1:30.000 pddk)
2000	147	4,96	1,49
2001	153	6,22	1,87
2002	165	6,48	1,94
2003	167	6,17	1,85
2004	174	5,90	1,77
2005	187	6,56	1,97

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia 2005

#### **5.4. Rasio Tenaga Kesehatan terhadap Penduduk**

Sumber Daya Manusia kesehatan terdiri dari tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan yang bertugas di sarana kesehatan Pemerintah Pusat, Pemerintah daerah, TNI/Polri dan Swasta.

Jumlah dan persentase tenaga kesehatan menurut jenisnya disajikan pada tabel 5.4. berikut ini.

**Tabel 5.4. Jumlah, persentase, dan rasio per 100.000 penduduk tenaga kesehatan menurut jenisnya Tahun 2005**

No.	Jenis Tenaga	Jumlah	Rasio per 100.000 penduduk	Sasaran Nasional per 100.000 pddk	% Sasaran Nasional
1.	Dokter Spesialis	11.765	5,38	-	-
2.	Dokter	40.963	18,72	24	78
3.	Dokter Gigi	10.156	4,64	-	
4.	Perawat	284.039	129,78	158	82,14
5.	Bidan	73.201	33,45	40	83,36
6.	Apoteker	7.646	3,49	9	38,78
7.	Kesh Masy	7.103	3,25	35	9,29

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia 2005

Dari tabel di atas, dapat disimpulkan bahwa jumlah semua jenis tenaga kesehatan masih dibawah sasaran nasional. Persentase tenaga kesehatan yang tertinggi terhadap sasaran nasional adalah tenaga bidan sebesar 83.36 %, sedangkan persentase terendah terhadap sasaran pemenuhan tenaga kesehatan adalah tenaga Sarjana Kesehatan Masyarakat yang baru 9,29 %.

Tenaga kesehatan yang ditugaskan dengan penugasan khusus ke daerah perbatasan tahun 2007 sebanyak 345 orang, terdiri dari 56 dokter spesialis, 14 orang senior PPDS, 15 dokter umum, 9 tenaga mahir bedah, 14



penata anestesi, 8 orang apoteker, 15 orang bidan, 110 perawat, dan 104 tenaga non kesehatan. Tempat penugasan sebagian besar di RS Lapangan dan pulau-pulau terluar.

### **5.5. Morbiditas dan Mortalitas**

Angka Kematian Bayi (AKB) tahun 2004 menurut hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2003 sebesar 35 per 1.000 kelahiran hidup, tahun 2005 turun menjadi 32 per 1.000 kelahiran hidup, sedangkan pada tahun 2006 menjadi 30,8 per 1.000 kelahiran hidup (Departemen Kesehatan, 2007).

Angka Kematian Ibu Maternal (AKI) di Indonesia menggunakan data hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI). Tahun 2004, AKI sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 262 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2005 dan menurun lagi menjadi 253 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2006. AKI yang dihasilkan oleh SDKI hanya menggambarkan angka nasional, tidak dirancang untuk mengukur angka kematian ibu menurut propinsi (Departemen Kesehatan, 2007).

### **5.6. Paparan Hasil Wawancara Dan Diskusi Kelompok Terarah**

#### **5.6.1. Aspek Kebijakan**

Dari wawancara dan diskusi kelompok terarah yang dilakukan terhadap informan tentang keterlibatan informan dan peran masing-masing unit dalam kebijakan penugasan khusus terungkap bahwa peran masing-masing unit sudah terbagi berdasarkan tupoksi .

Direktorat Kesehatan Komunitas terlibat hanya sebatas penentuan lokasi daerah yang termasuk kriteria terpencil/ tidak terpencil. Berikut ini kutipan hasil wawancara dan diskusi dari informan :

*"cara keterlibatan tidak secara khusus dan tidak secara langsung karena kebijakan penempatan sudah ada di Biro Kepegawaian, perencanaan tenaga di Badan PPSDM. Sehingga peran Direktorat Komunitas hanya pada memberikan informasi tentang lokasi, dimana yang menjadi prioritas utama. Perbatasan negara kita tersebar di 101 Puskesmas, 34 Kabupaten di 12 Propinsi"*

*"dalam rapat tertentu dilibatkan tetapi dalam pembentukan kebijakan tidak secara khusus. Direktorat Komunitas terlibat dalam penyusunan kebijakan tentang kriteria sarana yankes terpencil dan sangat terpencil"*

Penempatan tenaga kesehatan di daerah terpencil/sangat terpencil seharusnya berdasarkan kriteria keterpencilan yang sama secara nasional. Masing-masing kriteria perlu dikaji terlebih dahulu pengaruhnya atas kelestarian keberadaan tenaga kesehatan di daerah terpencil/sangat terpencil.

Selama ini penentuan daerah terpencil dan sangat terpencil diserahkan kepada Pemda Kabupaten/Kota masing-masing yang mempunyai kriteria sendiri berdasarkan kondisi daerah yang bersangkutan.

Lain halnya dengan hasil wawancara yang peneliti lakukan terhadap Kepala Biro Kepegawaian. Dari hasil wawancara terungkap bahwa Biro Kepegawaian terlibat penuh pada proses pembuatan kebijakan ini mulai dari rencana penyusunan sampai pelaksanaan kebijakan. Berikut ini kutipan wawancara :

*"biro kepegawaian ditugasi penempatan tenaga ( dokter, dokter spesialis ), di bagian pengembangan juga melaksanakan penempatan tenaga"*

*ke daerah-daerah perbatasan, rawan konflik, RS Lapangan. Penugasan khusus ini termasuk penempatan tenaga strategis”.*

*”peran masing-masing unit ditelaah terkait tenaga yang akan ditempatkan dari segi kompetensi, status kepegawaian ( PNS/bukan ).*

*”Penugasan khusus bersifat sementara. Penempatan tenaga dengan status PNS termasuk kategori non permanen hanya sebagai bantuan tenaga. Masing-masing unit melakukan permintaan personel untuk pemenuhan tenaga, seperti untuk daerah bencana, RS Lapangan dengan memperhatikan kompetensi. Reward diberikan sesuai kualifikasi pendidikan tenaga”.*

Semula semua lulusan pendidikan dokter dan paramedis diangkat sebagai PNS oleh Departemen Kesehatan dan ditempatkan sesuai kebutuhan. Semakin banyaknya tenaga lulusan dan institusi pendidikan dokter serta semakin terbatasnya anggaran pemerintah dalam pengangkatan PNS maka diambil kebijakan rekrutmen tenaga dokter dan bidan dengan sistem pengangkatan pegawai tidak tetap (PTT). Dengan perkembangan selanjutnya, dengan semakin terbatasnya anggaran pemerintah maka PTT diprioritaskan untuk daerah terpencil/sangat terpencil, daerah perbatasan, dan kepulauan terluar dengan peluang kemudahan mengambil spesialisasi.

Kebijakan penempatan tenaga kesehatan dengan sistem ini dibiayai oleh Pemerintah Pusat (Depkes) untuk biaya penempatan dan biaya hidup selama bertugas.

Kemampuan anggaran pemerintah daerah memiliki makna mengingat *share* (peranan) pembiayaan Kabupaten/Kota dalam penempatan tenaga kesehatan. Dengan desentralisasi daerah memiliki kewenangan untuk

merekrut tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan hal itu membawa konsekuensi pembiayaan kesehatan secara keseluruhan.

Desentralisasi mengakibatkan penentuan alokasi dana pembangunan per sektor ditentukan di tingkat daerah. Masing-masing sektor harus dapat menunjukkan tingkat kepentingannya dalam pembangunan kesehatan daerah guna mendapatkan alokasi sesuai dengan kebutuhan yang direncanakan. Pembiayaan untuk penempatan tenaga kesehatan dengan kualifikasi tertentu antara lain diperuntukan gaji, honor, biaya transport, insentif finansial lainnya.

*"kebijakan atau program penempatan tenaga ke daerah perbatasan tidak panitia adhoc tetapi secara fungsional yang terlibat Ropeg, Komunitas, Rorengar, dan Puskabangkes. Dari segi Puskabangkes kaitannya dengan kebijakan yang lebih tinggi. Kebijakan ada 3 jenis yaitu Kebijakan Strategis contohnya Undang-undang, kebijakan Managerial contohnya Peraturan Presiden, Peraturan Menteri, kebijakan teknis yaitu kebijakan yang dikeluarkan oleh unit teknis.*

*"Keterlibatan Puskabangkes, seberapa jauh kebijakan teknis ini berkaitan dengan kebijakan managerial Menteri. Kaitan dengan kebijakan managerial memang terlihat bahwa pengutamaan program Depkes; KIA, Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin, Pendayagunaan tenaga Kesehatan, Penanggulangan Penyakit dan Gizi, pembangunan kesehatan di daerah terpencil, tertinggalan, perbatasan dan kepulauan terluar. Dari segi kebijakan yang lebih tinggi Depkes berupaya agar kebijakan ini tidak bertentangan"*

Hambatan yang ditemui informan dalam pelaksanaan kebijakan penugasan khusus pada dasarnya tidak ada, hanya perlu penyamaan persepsi tentang kebijakan ini. Tugas dan peran masing-masing unit sudah tertuang

dalam tupoksi masing-masing unit berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/PER/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan.

Hal ini tertuang dalam hasil wawancara mendalam kepada Biro Kepegawaian dan Direktorat Kesehatan Komunitas Ditjen Bina Kesmas dibawah ini :

*"hambatan tentang penentuan tenaga-tenaga yang diangkat oleh pemerintah dalam pemugasan khusus hanya terbatas pada tenaga strategis yaitu dokter, dokter gigi, dan bidan. Sedangkan tenaga yang dibutuhkan tidak hanya jenis tenaga itu, upaya kita informasikan tenaga-tenaga yang dibutuhkan pelayanan kesehatan dan lokasi di perbatasan. Kepada daerah juga diinformasikan untuk pemenuhan tenaga lain seperti gizi, sanitarian dsb, karena tenaga tersebut tidak diangkat oleh pusat. Perlu advokasi daerah untuk pemenuhan tenaga selain tenaga strategis. Daerah juga diminta membuat master plan ketenagaan untuk mengatasi masalah ketenagaan di perbatasan"*

*"hambatan pelaksanaan peran informan, bisa dikatakan tidak ada. Karena sudah digariskan tugas masing-masing unit. Misalnya PPSDM berkepentingan terhadap tenaga daerah pulau-pulau terluar, daerah sangat terpencil"*.

Puskabangkes sebagai unit teknis dibidang kajian pembangunan kesehatan mempunyai fungsi penyusunan program kajian pembangunan kesehatan, melaksanakan kajian pembangunan kesehatan jangka pendek,

menengah dan panjang, dan melakukan evaluasi penyusunan laporan pelaksanaan kajian. Dalam melaksanakan fungsinya dalam kebijakan khusus penempatan tenaga kesehatan berperan sebagai fasilitator bagi unit teknis. Hal ini dapat dilihat dalam kutipan di bawah ini :

*"Karena ini kebijakan teknis, Puskabangkes hanya sebagai fasilitasi agar kebijakan ini tidak bertentangan, tidak ada policy gap (kesenjangan policy) artinya mau menempatkan kebijakan ini tapi harus ada kebijakan yang berkaitan dengan dana. Instrumen kebijakan financial (salah satu contohnya dengan Kepmen tentang insentif bagi tenaga medis di daerah terpencil) dan instrumen kebijakan penempatan tenaga (Depkes bermaksud menempatkan ke daerah perbatasan harus ada pengaturannya).*

*"tenaga untuk penugasan khusus direkrut oleh Dinas Kesehatan Propinsi, lalu dilakukan mekanisme rekrutmen ke Biro Kepegawaian. Setelah melalui proses verifikasi lalu dibuatkan SK Penugasan. Saya kira semua sudah komit dengan tugas masing-masing. Hambatan hanya terbatas pada koordinasi masing-masing unit.*

Dari hasil telaah dokumen, dalam Undang-undang nomor 23 Tahun 1999 tentang Kesehatan pasal 52, dijelaskan bahwa :

*"Dalam rangka upaya untuk pemerataan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat, pendayagunaan tenaga kesehatan secara rasional sangat diperlukan. Pemerintah mengatur penempatan tenaga kesehatan melalui masa bakti dan cara lain"*

Dan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan pasal 15, dinyatakan :

- (1) Dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat, Pemerintah dapat mewajibkan tenaga kesehatan untuk

ditempatkan pada sarana kesehatan tertentu untuk jangka waktu tertentu untuk jangka waktu tertentu.

(2) Pelaksanaan tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud dalam ayat

(1) dilakukan dengan cara masa bakti.

Selanjutnya dalam pasal 17, dinyatakan :

"Penempatan tenaga kesehatan dengan cara masa bakti dilaksanakan dengan memperhatikan :

- a. kondisi wilayah dimana tenaga kesehatan yang bersangkutan ditempatkan.
- b. Lamanya penempatan
- c. Jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat.
- d. Prioritas sarana kesehatan.

*"posisi Biro Hukum hanya memproses format hukumnya, sedangkan kebijakan penugasan khusus hanya menyiapkan produk hukum dengan substansi-substansinya"*

Penyelesaian masalah jika ada hambatan dalam koordinasi dilakukan dengan cara sebagaimana diungkapkan oleh Puskabangkes dan Biro Hukum Organisasi Setjen Depkes dibawah ini :

*"unit teknis melakukan kajian-kajian dulu untuk memenuhi syarat suatu produk hukum, setelah selesai dituangkan dalam produk hukum Pada prinsipnya tidak ada hambatan, yang ada penyamaan cara pandang dan persepsi tentang kebijakan ini"*.

*"evaluasi dilakukan oleh unit teknis sedangkan dari aspek hukum dilakukan klarifikasi apakah ada kesenjangan regulasi atau ada kendala dari aspek perundang-undangan disinilah peran dari Biro Hukum"*.

Dapat disimpulkan bahwa kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan dilakukan dalam upaya pemenuhan distribusi tenaga kesehatan di daerah. Upaya ini dilakukan dengan harapan dapat terdistribusinya tenaga kesehatan secara merata ke seluruh daerah terutama daerah yang kurang diminati.

#### **5.6.2. Aspek Pelaksanaan**

Penugasan khusus adalah pendayagunaan secara khusus sumber daya manusia kesehatan dalam kurun waktu tertentu guna meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan di sarana pelayanan kesehatan yang berada di daerah terpencil, sangat terpencil, tertinggal, perbatasan, pulau-pulau kecil terluar, daerah yang tidak diminati, daerah rawan bencana/mengalami bencana dan konflik sosial.

Penugasan Khusus SDM Kesehatan dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan perorangan dan masyarakat di daerah terpencil, sangat terpencil, tertinggal, perbatasan, pulau-pulau kecil terluar, daerah yang kurang diminati, daerah rawan bencana dan konflik sosial.

Jenis, kualifikasi, serta jumlah SDM Kesehatan ditetapkan terlebih dahulu oleh Pemerintah Pusat dengan memperhatikan usulan Pemerintah Daerah.

Pemanfaatan SDM Kesehatan langsung berada dibawah tanggung jawab Bupati/Walikota bersama-sama dengan Gubernur setempat.



Pelaksanaan kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan ke daerah perbatasan digambarkan dari hasil wawancara dan diskusi kelompok terarah yang dilakukan terhadap informan, seperti kutipan di bawah ini:

*"mestinya untuk ketenagaan daerah perbatasan harus punya konsep tersendiri. Tapi unit Depkes dengan tupoksinya masing-masing, diharapkan membentuk dan menyepakati payung hukum tersendiri tentang ketenagaan di daerah perbatasan. sedang diupayakan berbagai upaya seperti penempatan tenaga secara tim ke daerah perbatasan"*

Strategi pelaksanaan kebijakan ini dijelaskan oleh Biro Kepegawaian, dimulai dari usulan permohonan Kepala Daerah Propinsi/Kabupaten/Kota berdasarkan spesifikasi tenaga yang dibutuhkan. Hal ini seperti dijelaskan Biro Kepegawaian dibawah ini :

*"strategi pelaksanaan kebijakan berawal dari permohonan kebutuhan tenaga dari Dinas Kesehatan untuk memenuhi kekurangan tenaga kesehatan di daerahnya. Diusulkan ke Biro Kepegawaian lalu diverifikasi ke masing-masing unit sesuai klasifikasi tenaga yang dibutuhkan"*.

*"Pemenuhan target belum bisa mencapai 100%, selain tenaga dengan spesifikasi tertentu masih kurang, untuk menutupi kekurangan itu di buat program tugas belajar spesialis yang akan ditempatkan di daerah asal pemohon"*.

*"pelaksanaan dilaporkan dalam rapat terbatas untuk menilai pencapaian sasaran kebijakan ini. Juga tentang sarana pelayanan kesehatan"*.

Penugasan khusus tenaga kesehatan ke daerah perbatasan menjadi menarik untuk diikuti oleh tenaga kesehatan sebagai upaya mengurangi masa tugas yang wajib dilakukan ke daerah. Karena kebijakan ini sasarannya daerah terpencil, sangat terpencil, perbatasan dan kepulauan terluar maka dilakukan upaya pemberian insentif yang memadai terhadap tenaga yang berkenan ikut kebijakan ini. Seperti hasil wawancara terhadap Biro Hukum dan Biro Kepegawaian dibawah ini:

*"untuk daerah perbatasan, kebijakan ini sesuai karena faktor dana. Yang menarik disini adalah pembatasan masa tugas yang hanya 6 bulan dan adanya insentif. Kedua faktor ini yang kita harapkan sebagai pemicu pencapaian target dan keberhasilan kebijakan ini".*

*"selama ini kekurangan tenaga spesialis ditutupi dengan program penugasan residensi senior ke daerah-daerah yang membutuhkan".*

*"dalam pendidikannya (semester 10) diberikan penugasan khusus dalam kurikulumnya untuk waktu 6 bulan dikategorikan sebagai penugasan khusus".*

*"kebijakan ini lahir karena ada kejadian khusus dalam proses pemenuhan tenaga kesehatan ke seluruh daerah.*

Pelaksanaan kebijakan penugasan khusus belum mencapai target yang diharapkan yaitu seluruh daerah perbatasan tercukupi secara kuantitas tenaga kesehatan dari berbagai jenis tenaga sebagai dasar pemberian pelayanan kesehatan.

Pemenuhan dokter spesialis dilakukan dengan melakukan penugasan residen senior ke daerah penugasan. Hal ini dilakukan untuk mempercepat pemenuhan kekosongan tenaga spesialis di daerah, karena daerah-daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan terluar termasuk kategori daerah kurang diminati.

Dari pernyataan Biro Hukum dapat diungkapkan bahwa suatu produk hukum seharusnya dibentuk melalui tahap-tahap prosedural pembentukan kebijakan. Produk hukum/kebijakan yang dihasilkan diharapkan tidak menjadi kebijakan yang dijadikan sebagai sekedar jalan keluar sesaat untuk menyelesaikan permasalahan yang dihadapi.

Berikut kutipan hasil wawancara dengan Biro Hukum:

*"Seharusnya ada kriteria dalam penerapan kebijakan ini, jika tidak semua program bisa dijadikan penugasan khusus. Jika tidak ada konsepsi, kebijakan ini bisa menjadi kebijakan akal-akalan yang digunakan sebagai jalan keluar dari masalah pemenuhan distribusi tenaga".*

### **5.6.3. Aspek Program**

Kebijakan penugasan khusus dari aspek keberhasilan program kesehatan diungkap secara global dalam kutipan di bawah ini:

*"dengan penugasan khusus, penurunan angka mortalitas dan morbiditas secara prinsip harusnya bisa, tetapi dalam pelaksanaan tidak semudah itu.. karena dalam 6 bulan belum bisa mempengaruhi angka-angka itu. Banyak penolakan dari daerah, karena dalam waktu hanya 6 bulan petugas belum mengenal budaya, kepercayaan masyarakat. Di daerah*

*tertentu dokter ditolak, dokter merasa hasilnya tidak maksimal karena penugasan khusus menuntut tidak hanya 6 bulan, seharusnya bisa kembali lagi untuk lebih mengenal budaya setempat”*

*”kebijakan ini tidak secara langsung dapat menurunkan angka-angka itu, karena penduduk di daerah perbatasan sangat sedikit sehingga penurunan angka kematian disana tidak berpengaruh besar terhadap angka-angka itu. Tapi berpedoman pada kesehatan adalah hak asasi manusia dan pemerintah wajib memenuhi hak pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat termasuk masyarakat di daerah perbatasan”.*

*”Departemen Kesehatan menempatkan tenaga strategis, tenaga back-upnya tidak ada, kita juga perlu peran serta masyarakat terutama tentang kesiap-siagaan masyarakat terhadap bahaya-bahaya yang dihadapi oleh ibu hamil dan bayi yang dilahirkan*

Tenaga kesehatan yang ditugaskan ke daerah terpencil diutamakan berasal dari daerah setempat sehingga aspek sosio kultural tidak menjadi hambatan pada saat pelaksanaan tugas. Tenaga kesehatan yang ditugaskan ke suatu daerah bisa juga bukan berasal dari daerah itu tetapi berasal dari institusi pendidikan yang ada di daerah itu.

*”dalam pelaksanaan perlu pemahaman aspek budaya yang selama ini sangat sedikit kita sentuh”*

*”sebelum ditempatkan ke daerah perbatasan lebih baik diberi pembekalan kepada tenaga yang akan dikirim spt zamannya Inpres ada kegiatan prajabatan dan pratugas yang diberikan di daerah krn akan lebih spesifik materinya”.*

Payung hukum yang digunakan dalam kebijakan ini masih menggunakan beberapa bagian produk hukum yang lain, seperti kebijakan tentang pengangkatan dokter PTT, kebijakan tentang tenaga kesehatan di daerah bencana, dan kebijakan insentif bagi tenaga kesehatan di daerah terpencil dan sangat terpencil.

*"penugasan khusus banyak mendompleng produk hukum lain seperti kepmen tentang bencana Aceh-Nias, PTT daerah terpencil, reward masih dari payung hukum bencana"*.

*"penugasan khusus itu kadang-kadang dikaitkan dengan pengangkatan PTT, dari aspek hukum masih dianggap gawat darurat. Sejauh payung hukum melindungi tidak apa-apa, tetapi ada beberapa hal yang tidak sinkron. Kesulitannya dalam pelaksanaan di lapangan, tidak terjadi sinkronisasi. Kita membuat tenaga kita eksklusif sehingga di lapangan menjadi tidak jelas karena pemda juga bingung tentang aturan Depkes, Depdagri, Depdiknas masih berbeda-beda, sehingga tidak menimbulkan kecemburuan dari tenaga lain diluar penugasan khusus dari Depkes"*.

Dari hasil wawancara di atas dapat disimpulkan bahwa kebijakan penugasan khusus masih lemah dalam kepastian hukum, ini dapat berdampak pada permasalahan yang mungkin timbul jika terjadi kasus penyimpangan kebijakan pemerintah. Tenaga kesehatan berada dalam posisi yang lemah pada penyelesaian dampak yang timbul akibat penerapan kebijakan ini.

*"berharap adanya satu payung yang jelas, bukan hanya segi penempatan tetapi juga untuk jenis pelayanan dan keamanan pasien dan keamanan petugas"*.

Pasca penugasan khusus tenaga kesehatan tidak mempunyai kejelasan peningkatan karier, seharusnya ada kemudahan-kemudahan sebagai *reward* tenaga kesehatan yang telah berkenan ikut kebijakan ini.

*"untuk kejelasan karier, keamanan petugas di lapangan, seperti ada petugas yang meninggal saat melaksanakan tugas, tingkat keberhasilan kebijakan ini secara fisik sudah baik artinya bangunan sarana sudah ada, keterbukaan masyarakat belum terjadi. Artinya masih ada hal-hal yang belum tuntas, masalah kemanusiaan yang belum. Segi kultural, kemanusiaan itu sangat perlu. Keterbatasan tenaga harus diakui, bagi masyarakat di perbatasan peran tidak hanya dari tenaga kesehatan tetapi juga peran tenaga informal juga sangat berpengaruh"*.

Keberhasilan kebijakan tidak dapat secara langsung berpengaruh terhadap angka mortalitas dan morbiditas, karena jumlah penduduk yang kecil di daerah perbatasan sehingga tidak berpengaruh banyak terhadap konstanta penyebut perhitungan angka mortalitas dan morbiditas.

*"mudah-mudahan dapat menurunkan angka mortalitas dan morbiditas, dapat dilihat melalui laporan kasus dan pelayanan kesehatan di daerah perbatasan. Dengan kita mendekatkan akses pelayanan kepada masyarakat diharapkan mengurangi angka mortalitas dan morbiditas"*.

*"Usaha regulasi untuk penugasan khusus, saat ini Biro Hukum sedang memproses PP tentang penempatan tenaga. KepMenkes yang selama ini digunakan sebagai dasar penugasan khusus masih digunakan. Untuk mengantisipasi hal ini, akan dibuat regulasi yang dapat memayungi program ini"*.

Proses yang sedang dilakukan merupakan perubahan dari Peraturan Pemerintah Nomor 1 Tahun 1988 tentang Masa Bakti dan Praktek Dokter dan Dokter Gigi. Dan juga merupakan penjabaran dari Undang-Undang Nomor 23 tahun 1999 tentang Kesehatan terutama pasal 52 yang menjelaskan :”dalam rangka upaya untuk pemerataan pelayanan kesehatan... Pemerintah mengatur penempatan tenaga kesehatan melalui masa bakti dan cara lain”.

*”berkaitan dengan masalah tidak diwajibkannya SMB (selesai masa bakti) sebagai syarat untuk mendapatkan izin praktek dilakukan upaya sosialisasi ke Fakultas Kedokteran dan RS Pendidikan untuk menarik minat peserta belajar mau ikut program ini”.*

*”program PTT dilakukan secara sukarela tidak merupakan kewajiban bagi lulusan FK untuk ditempatkan di luar Jawa-Bali. Untuk menarik minat pemenuhan tenaga di daerah perbatasan dan terpencil dilakukan dengan memberikan reward/ insentif yang memadai”.*

*”dokter spesialis di daerah terpencil bisa dapat dikategorikan dalam program PTT. Untuk kepentingan Nasional masih digunakan produk hukum yang mengatur tentang penugasan tenaga kesehatan ke daerah lain”.*

Keberhasilan program penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan sudah maksimal berdasarkan permintaan daerah dan anggaran yang tersedia di Departemen Kesehatan, hal ini berdasarkan informasi yang peneliti himpun dalam wawancara mendalam.

*”tingkat keberhasilan bisa dikatakan sudah berjalan maksimal, semua daerah terpencil, sangat terpencil, perbatasan minta penuhi kebutuhan*

*tenaga kesehatannya dengan pemugasan khusus tetapi karena keterbatasan dana dan SDM Kesehatan belum semua permintaan dapat dipenuhi”.*

Pemerintah Kabupaten masih mengandalkan kemampuan anggaran Pusat dalam memenuhi pelayanan kesehatan daerah tertinggal. Pemerintah Kabupaten hanya dapat menyediakan sarana penunjang (rumah dinas dan kendaraan operasional) bagi tenaga medis yang ditugaskan di daerah perbatasan. Hal ini sebagaimana dijelaskan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Nunukan :

*”pemerintah daerah tidak memberi tambahan insentif bagi tenaga medis yang ditugaskan di daerah perbatasan kabupaten ini, Pemda hanya menyiapkan rumah dinas dan kendaraan operasional. Itupun tidak tiap tenaga medis mendapat fasilitas itu. Rumah misalnya, diisi oleh 2 orang tenaga karena type yang disediakan dengan type 36. Begitupun dengan kendaraan operasional, Pemda menyediakan 2 mobil minibus untuk tenaga medis yang bertugas di Puskesmas daerah perbatasan”*

Dari ungkapan di atas peneliti dapat menyimpulkan bahwa Pemerintah Kabupaten/Kota di perbatasan belum menganggap pelayanan kesehatan di daerah perbatasan merupakan permasalahan penting yang perlu mendapat perhatian lebih.

Lain halnya diungkapkan oleh Puskabangkes, tentang pelayanan di daerah perbatasan. Dari hasil wawancara terungkap bahwa pelayanan kesehatan di daerah tertinggal dipengaruhi oleh kesiapan dan kemauan personel. Masyarakat yang masih menggunakan pelayanan kesehatan negara tetangga merupakan gambaran jelas ketidaksiapan dari tenaga kesehatan



yang bertugas di daerah perbatasan. Hal ini diungkap seperti hasil wawancara berikut :

*"masyarakat yang masih menggunakan pelayanan sarana kesehatan di negara tetangga merupakan hak asasi seseorang, kita tidak bisa melarang. Yang bisa kita lakukan adalah menyamakan standar pelayanan kita dengan pelayanan di seberang. Ini dapat menimbulkan kepercayaan terhadap kita lebih baik. Perbedaannya sebenarnya tidak terlalu banyak, kemampuan kompetensi tenaga tidak berbeda antara tenaga kita dengan tenaga negara tetangga. Yang berbeda hanya pada keramahan dan kepastian tindakan dan pembiayaan. Berbeda dengan negara seberang semua terstruktur dari segi tindakan dan perkiraan pembiayaan. Di Indonesia posisi klien dalam posisi lemah karena tidak ada keterbukaan tindakan dan biaya".*

*"seharusnya di daerah perbatasan tenaga kesehatan harus selalu stand-by di daerah tempat tugasnya sehingga bisa memenuhi kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan. Pada saat rotasi penugasan sebaiknya dilakukan upaya sebelum habis masa tugas pendahulu sudah disiapkan penggantinya. Intinya yang membedakan adalah pelayanan".*

#### **5.7. Implementasi Kebijakan**

Dalam rangka meningkatkan pelaksanaan pelayanan kesehatan kepada masyarakat maka pemerintah secara terus-menerus mengupayakan pemerataan penempatan tenaga kesehatan melalui penyusunan kebutuhan tenaga kesehatan untuk ditugaskan di fasilitas kesehatan seperti Rumah Sakit,

Puskesmas di daerah terpencil/sangat terpencil, perbatasan atau daerah rawan konflik/bencana.

Hal ini sejalan dengan kebijakan pemerintah yaitu Undang-undang Nomor 43 Tahun 1999, pasal 2 ayat (3) yang menyebutkan bahwa jenis dan kedudukan pegawai negeri terdiri dari Pegawai Negeri Sipil, Anggota Tentara Nasional Indonesia, dan Anggota Kepolisian Republik Indonesia. Selain itu pejabat yang berwenang juga dapat mengangkat pegawai tidak tetap (PTT) guna melaksanakan tugas pemerintahan dan pembangunan yang bersifat teknis profesional dan administrasi. Pengertian dari esensi pejabat yang berwenang dapat mengangkat PTT dengan status Pegawai Negeri merupakan wujud untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Dari hasil telaah dokumen, dalam Undang-undang Nomor 23 Tahun 1999 tentang Kesehatan pasal 52, dijelaskan bahwa :

”Dalam rangka upaya untuk pemerataan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat, pendayagunaan tenaga kesehatan secara rasional sangat diperlukan. Pemerintah mengatur penempatan tenaga kesehatan melalui masa bakti dan cara lain”

Dan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan pasal 15, dinyatakan :

- (1) Dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat, Pemerintah dapat mewajibkan tenaga kesehatan untuk ditempatkan pada sarana kesehatan tertentu untuk jangka waktu tertentu.
- (2) Pelaksanaan penempatan tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dilakukan dengan cara masa bakti.

Selanjutnya dalam pasal 17, dinyatakan :

Penempatan tenaga kesehatan dengan cara masa bakti dilaksanakan dengan memperhatikan :

- a. Kondisi wilayah dimana tenaga kesehatan yang bersangkutan ditempatkan.
- b. Lamanya penempatan.
- c. Jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat.
- d. Prioritas sarana kesehatan.

Salah satu wujud implementasi kebijakan tersebut maka dikeluarkan kebijakan yang berkaitan dengan perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan sebagaimana yang diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 1540/MENKES/SK/XII/ 2002 tentang Penempatan Tenaga Kesehatan Melalui Masa Bakti dan Cara Lain, dimana diatur mengenai penempatan tenaga medis dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat dilakukan penempatan tenaga medis secara rasional.

Sementara itu dari hasil telaah dokumen, dapat dijelaskan bahwa penempatan tenaga medis sebagai pegawai tidak tetap pusat sebagaimana dimaksud Pasal 12 ayat (1) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 1540 / MENKES / SK / XII / 2002 tentang Penempatan Tenaga Kesehatan Melalui Masa Bakti dan Cara Lain hanya dapat dilakukan pada :

- a. Daerah terpencil/sangat terpencil yang tidak diminati pada daerah kabupaten yang kurang mampu.

- b. Daerah biasa pada Kabupaten berdasarkan usulan dari Bupati dan menyatakan bahwa daerahnya termasuk daerah kurang mampu mengangkat pegawai tidak tetap.
- c. Daerah Propinsi/Kabupaten/Kota dengan potensi rawan konflik/dalam situasi konflik dan rawan bencana.
- d. Rumah Sakit tertentu sebagai tenaga medis BSB (Brigade Siaga Bencana).

Berkaitan dengan daerah sangat terpencil, daerah terpencil, daerah biasa dan daerah rawan bencana dapat dijelaskan bahwa yang dimaksud daerah sangat terpencil adalah daerah yang sangat sulit terjangkau karena berbagai sebab seperti keadaan geografi (kepulauan, pegunungan, daratan, hutan, rawa), transportasi dan sosial budaya.

Dengan demikian penyusunan kebutuhan tenaga medis sebagai pegawai tidak tetap juga memperhatikan berbagai faktor, terutama kondisi wilayah/daerah sebagaimana dimana dimaksud pasal 12 ayat (1) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor :1540/MENKES/SK/XII/ 2002 sesuai dengan data yang ada bahwa daerah penempatan terbagi menjadi 3 (tiga) kategori memiliki perbedaan yang mencolok untuk diminati , sebagaimana data sebagai berikut :

**Tabel.5.5. Kebutuhan dan Realisasi Pengangkatan Tenaga Medis  
Tahun 2007**

No.	Tenaga Medis	Kebutuhan				Realisasi				Sisa Kebutuhan			
		B	T	ST	Jml	B	T	ST	Jml	B	T	ST	Jml
1.	Dokter	1231	578	453	226	998	412	325	173	233	166	128	527
2	dr.Gigi	777	342	251	137	371	64	32	467	406	278	219	903
JUMLAH		2008	920	704	363	1369	476	357	220	639	444	347	143
Prosentase		55.2	25.33	19.3	100	62.17	21.62	16.21	100	44.6	31.0	24.2	100

Dengan melihat tabel di atas, menandakan bahwa implementasi kebijakan penempatan tenaga medis sebagai Pegawai Tidak Tetap masih ada kecenderungan ketidakmerataan antara daerah biasa, terpencil, dan sangat terpencil.

Dengan mempertimbangkan komposisi jumlah dokter dan dokter gigi serta persebarannya di setiap daerah dan mempertimbangkan pelayanan kesehatan maka Departemen Kesehatan membuat surat permintaan kebutuhan tenaga medis yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi dengan tembusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai kriteria daerah masing-masing.

Selanjutnya sebagai tindak lanjut usulan dari daerah tersebut, Departemen Kesehatan melakukan pembahasan dengan Departemen Keuangan berupa usulan formasi dengan menghitung dan menyesuaikan

usulan kebutuhan tenaga medis dengan ketersediaan anggaran yang mendukung formasi kebutuhan tenaga.

Contoh usulan kebutuhan tenaga medis dapat dilihat sebagaimana berikut :

Tabel. 5.6. Contoh usulan Kebutuhan Dokter Umum/Dokter Gigi di tingkat Propinsi

No.	Kabupaten	Kebutuhan	Kebutuhan			Jumlah
			B	T	ST	
1.	A	X	x1	x2	x3	$x1+x2+x3...xi$
2.	B	Y	y1	y2	y3	$y1+y2+y3...yi$

Sumber: Biro Kepegawaian Depkes 2008

Departemen Kesehatan akan merekap seluruh usulan kebutuhan tenaga medis dari daerah dalam pengangkatan tiap periode dalam satu tahun dan menyesuaikan dengan ketersediaan anggaran, kemudian membentuk Panitia Seleksi dan mengumumkan penerimaan pengangkatan tenaga medis secara terbuka.

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1. Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini merupakan studi kualitatif dengan menggunakan data primer yang diperoleh dengan wawancara mendalam (*indepth interview*) dan diskusi kelompok terarah (*focus group discussion*). Dalam penelitian ini ada beberapa keterbatasan diantaranya adalah:

1. Penelitian ini sangat tergantung pada interpretasi peneliti (subyektifitas peneliti) tentang makna yang tersirat dalam diskusi maupun wawancara sehingga kecenderungan untuk bias tetap ada.
2. Wawancara dilakukan tanpa bantuan pihak lain. Karena kesibukan para informan terutama informan pejabat eselon II Depkes, sehingga sudah berkali-kali membuat janji dengan informan untuk melakukan wawancara, pelaksanaan wawancara baru dapat terlaksana setelah beberapa kali melakukan *re-schedule* . hal ini mengakibatkan butuh waktu yang lama untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan.
3. Fleksibilitas yang tinggi pada rancangan studi kualitatif sehingga isu penelitian dapat melebar dari yang semula ditetapkan. Isu penelitian dapat saja melebar karena temuan-temuan penting yang diperoleh selama penelitian.
4. Pada studi kualitatif sangat tergantung pada aspek sosial maupun psikologis peneliti sehingga mempengaruhi kecermatan peneliti dalam menggali informasi.

5. Pengumpulan data melalui wawancara dan diskusi kelompok terarah di Kabupaten Nunukan tidak dapat dilakukan karena bersamaan dengan pelaksanaan Pemilihan Kepala Daerah (Pilkada) dan Kabupaten Sanggau belum pernah menerima penugasan khusus tenaga kesehatan di perbatasan. Untuk memenuhi kelengkapan data penelitian, Kabupaten Nunukan menggunakan data sekunder.

## **6.2. Bahasan Penelitian**

Pada dasarnya evaluasi adalah suatu cara yang sistematis untuk memperbaiki kegiatan-kegiatan yang sedang berjalan serta untuk meningkatkan perencanaan yang lebih baik dengan menyeleksi lebih seksama alternatif-alternatif tindakan yang akan datang (Wijono, 2000).

### **6.2.1. Kesenjangan Antara Rencana Dan Pencapaian Pemenuhan Sumber Daya Kesehatan Di Perbatasan**

Penyusunan kebutuhan tenaga medis sebagai pegawai tidak tetap juga memperhatikan berbagai faktor, terutama kondisi wilayah/daerah sebagaimana dimana dimaksud pasal 12 ayat (1) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor :1540/MENKES/SK/XII/ 2002 sesuai dengan data yang ada bahwa daerah penempatan terbagi menjadi 3 (tiga) kategori memiliki perbedaan yang mencolok untuk diminati.

Implementasi kebijakan penempatan tenaga medis sebagai Pegawai Tidak Tetap masih ada kecenderungan ketidakmerataan antara daerah biasa, terpencil, dan sangat terpencil. Hal ini sesuai data pada tabel 5.5, bahwa



62.17 % tenaga medis ditempatkan di daerah biasa, dan 21.62 % tenaga medis ditempatkan di daerah terpencil dan hanya 16.21 % tenaga medis yang mau ditempatkan di daerah sangat terpencil. Dari kebutuhan tenaga medis yang diharapkan dapat ditampung di daerah-daerah ternyata baru 60.63 % yang dapat terealisasi terhadap pengangkatan sebagai tenaga medis pada tahun 2007.

Data jumlah Tenaga Kesehatan yang ditugaskan di daerah perbatasan lebih memprihatinkan. Tenaga kesehatan yang ditugaskan dengan penugasan khusus ke daerah perbatasan tahun 2007 sebanyak 345 orang, terdiri dari 56 dokter spesialis, 14 orang senior PPDS, 15 dokter umum, 9 tenaga mahir bedah, 14 penata anestesi, 8 orang apoteker, 15 orang bidan, 110 perawat, dan 104 tenaga non kesehatan. Tempat penugasan sebagian besar di RS Lapangan dan pulau-pulau terluar.

Dengan mempertimbangkan komposisi jumlah dokter dan dokter gigi serta persebarannya di setiap daerah dan mempertimbangkan pelayanan kesehatan maka Departemen Kesehatan membuat surat permintaan kebutuhan tenaga medis yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi dengan tembusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai kriteria daerah masing-masing.

### **6.2.2. Keberhasilan Kebijakan Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan di daerah Perbatasan**

Angka Kematian Bayi (AKB) tahun 2004 menurut hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2003 sebesar 35 per 1.000 kelahiran hidup, tahun 2005 turun menjadi 32 per 1.000 kelahiran hidup, sedangkan pada tahun 2006 menjadi 30,8 per 1.000 kelahiran hidup (Departemen Kesehatan, 2007).

Angka Kematian Ibu Maternal (AKI) di Indonesia menggunakan data hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI). Tahun 2004, AKI sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 262 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2005 dan menurun lagi menjadi 253 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2006. AKI yang dihasilkan oleh SDKI hanya menggambarkan angka nasional, tidak dirancang untuk mengukur angka kematian ibu menurut propinsi (Departemen Kesehatan, 2007).

Dari hasil wawancara mendalam, peneliti menyimpulkan bahwa kebijakan penugasan khusus di daerah perbatasan tidak dapat secara langsung berpengaruh terhadap angka-angka mortalitas dan morbiditas di suatu daerah karena jumlah masyarakat yang ada di daerah perbatasan sangat sedikit sehingga tidak berpengaruh terhadap pencapaian angka mortalitas dan morbiditas.

### **6.2.3. Asumsi-asumsi yang digunakan pada Kebijakan Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan di daerah Perbatasan**

#### **6.2.3.1. Aspek Kebijakan**

Penugasan khusus adalah pendayagunaan secara khusus sumber daya manusia kesehatan dalam kurun waktu tertentu guna meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan di sarana pelayanan kesehatan yang berada di daerah terpencil, sangat terpencil, tertinggal, perbatasan, pulau-pulau kecil tertular, daerah yang tidak diminati, daerah rawan bencana/mengalami bencana dan konflik sosial.

Penugasan Khusus SDM Kesehatan dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan perorangan dan masyarakat di daerah terpencil, sangat terpencil, tertinggal, perbatasan, pulau-pulau kecil terluar, daerah yang kurang diminati, daerah rawan bencana dan konflik sosial.

Secara umum semua unit utama eselon II Departemen Kesehatan sudah menjalankan peran dan fungsinya sesuai tupoksi yang ditetapkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/PER/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan.

Hal ini sesuai dengan apa yang disampaikan Dye dalam Sutopo (2001) yang mendefinisikan kebijakan publik (*public policy*) sebagai berikut: "*Public policy is whatever the government choose to do or not to do*" (apapun pilihan pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu).

### 6.2.3.2. Aspek Pelaksanaan

Penempatan tenaga medis sebagai pegawai tidak tetap pusat sebagaimana dimaksud pasal 12 ayat (1) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 1540/Menkes/SK/XII/2002 tentang penempatan tenaga medis melalui masa bakti dan cara lain hanya dapat dilakukan pada :

- a. **Daerah terpencil/sangat terpencil yang tidak diminati pada daerah kabupaten yang kurang mampu.**
- b. Daerah biasa pada Kabupaten berdasarkan usulan dari Bupati dan menyatakan bahwa daerahnya termasuk daerah kurang mampu mengangkat pegawai tidak tetap.
- c. Daerah Propinsi/Kabupaten/Kota dengan potensi rawan konflik / dalam situasi konflik dan rawan bencana.
- d. Rumah Sakit tertentu sebagai tenaga medis BSB (Brigade Siaga Bencana).

Berkaitan dengan daerah sangat terpencil, daerah terpencil, daerah biasa dan daerah rawan bencana dapat dijelaskan bahwa yang dimaksud daerah sangat terpencil adalah daerah yang sangat sulit terjangkau karena berbagai sebab seperti keadaan geografi (kepulauan, pegunungan, daratan, hutan, rawa), transportasi dan sosial budaya.

Kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan kaitannya dengan Keputusan Menteri Kesehatan di atas adalah sebagai

penjabaran pelaksanaan kebijakan tersebut serta amanat Rencana Strategis Departemen Kesehatan yang salah satunya mengupayakan pemerataan penyediaan pelayanan kesehatan ke seluruh wilayah Indonesia.

Kebijakan penugasan khusus masih lemah dalam kepastian hukum, ini dapat berdampak pada permasalahan yang mungkin timbul jika terjadi kasus penyimpangan kebijakan pemerintah. Tenaga kesehatan berada dalam posisi yang lemah pada penyelesaian dampak yang timbul akibat penerapan kebijakan ini.

Pemerintah Kabupaten masih mengandalkan kemampuan anggaran Pusat dalam memenuhi pelayanan kesehatan daerah tertinggal. Pemerintah Kabupaten hanya dapat menyediakan sarana penunjang (rumah dinas dan kendaraan operasional) bagi tenaga medis yang ditugaskan di daerah perbatasan.

#### **6.2.3.3. Aspek Program**

Kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan adalah salah satu model penempatan tenaga kesehatan adalah dengan cara penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan dan rawan bencana di seluruh Indonesia. Yang dimaksud dengan penugasan khusus adalah pendayagunaan secara khusus sumber daya manusia kesehatan dalam kurun waktu tertentu guna meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan yang berada di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan, pulau-pulau kecil terluar,

daerah yang tidak diminati, daerah rawan bencana/mengalami bencana dan konflik sosial (Departemen Kesehatan, 2006).

Sistem Kesehatan Nasional mengamanatkan tujuan subsistem SDM Kesehatan adalah tersedianya tenaga kesehatan yang bermutu secara mencukupi, terdistribusi secara adil, serta termanfaatkan secara berhasil-guna dan berdaya-guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Sistem Kesehatan Nasional 2004).

Dasar pemikiran penempatan tenaga kesehatan model ini adalah tenaga kesehatan yang sudah ada tidak memungkinkan mengatasi permasalahan kesehatan di daerah rawan konflik, daerah sangat terpencil, dan daerah rawan bencana. Program revitalisasi dan rekonstruksi dalam kebijakan dan strategi penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana mengamanatkan penambahan tenaga kesehatan sesuai kebutuhan dapat dilakukan dengan cara penugasan khusus, relokasi dan pengangkatan baru tenaga kesehatan.

Tenaga Kesehatan yang ditugaskan secara khusus ke daerah perbatasan pada tahun 2005 sebanyak 249 tenaga terdiri dari tenaga spesialis, tenaga medis dan paramedis lainnya. Tahun 2006 meningkat menjadi 317 tenaga kesehatan, sedangkan pada tahun 2007 berjumlah 345 tenaga kesehatan.

Angka Kematian Bayi (AKB) tahun 2004 menurut hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2003 sebesar 35 per 1.000

kelahiran hidup, tahun 2005 turun menjadi 32 per 1.000 kelahiran hidup, sedangkan pada tahun 2006 menjadi 30,8 per 1.000 kelahiran hidup.

Pada periode tahun 2000 – 2005 jumlah Puskesmas (termasuk Puskesmas Perawatan) di Propinsi Kalimantan Barat meningkat dari 197 unit pada tahun 2000 menjadi 207 unit pada tahun 2005. Dalam periode tahun itu, rasio Puskesmas terhadap 100.000 penduduk berada pada kisaran 5,11 - 5,27, ini berarti setiap 100.000 penduduk dilayani oleh 5-6 Puskesmas.

Bila dibandingkan dengan konsep wilayah kerja Puskesmas, sasaran penduduk yang dilayani satu Puskesmas rata-rata 30.000 penduduk, maka jumlah Puskesmas di Propinsi Kalimantan Barat per 30.000 penduduk pada tahun 2005 rata-rata 1,53 unit, tidak mengalami perubahan dibanding tahun 2004 yaitu 1,43 unit per 30.000 penduduk.

Pada periode tahun 2000 – 2005 jumlah Puskesmas (termasuk Puskesmas Perawatan) di Propinsi Kalimantan Timur meningkat dari 197 unit pada tahun 2000 menjadi 207 unit pada tahun 2005. Dalam periode tahun itu, rasio Puskesmas terhadap 100.000 penduduk berada pada kisaran 4,96 - 6,56, ini berarti setiap 100.000 penduduk dilayani oleh 7 Puskesmas.

Bila dibandingkan dengan konsep wilayah kerja Puskesmas, sasaran penduduk yang dilayani satu Puskesmas rata-rata 30.000 penduduk, maka jumlah Puskesmas di Propinsi Kalimantan Timur per 30.000 penduduk pada tahun 2005 rata-rata 1,97 unit, mengalami perubahan dibanding tahun 2004 yaitu 1,77 unit per 30.000 penduduk

## **BAB 7**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1. KESIMPULAN**

Dari hasil penelitian yang diuraikan sebelumnya, maka beberapa hal yang dapat peneliti sampaikan berkaitan dengan dengan evaluasi kebijakan penugasan khusus di daerah perbatasan dapat peneliti simpulkan sebagai berikut :

1. Pemenuhan sumber daya kesehatan di daerah perbatasan pada dasarnya masih belum menggembirakan. Beberapa penyebab tidak terpenuhinya pemerataan tenaga kesehatan adalah masih lemahnya koordinasi antara komponen Pemerintah Pusat, Pemerintah daerah Propinsi, maupun Kabupaten/Kota. Disamping itu hambatan utama karena organisasi Departemen Kesehatan yang tidak didukung upaya pengembangan, kebijakan ketenagaan tersebar dan terpecah di banyak unit utama (Biro Perencanaan, Biro Kepegawaian, Biro Hukum Organisasi, Biro Umum, dan Pusat Penanggulangan Krisis) serta beberapa unit utama yang menangani ketenagaan.
2. Keberhasilan kebijakan dilihat dari angka Mortalitas dan Morbiditas bisa dilihat dari Angka Kematian Bayi (AKB) tahun 2004 menurut hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2003 sebesar 35 per 1.000 kelahiran hidup, tahun 2005 turun menjadi 32 per 1.000 kelahiran hidup, sedangkan pada tahun 2006 menjadi 30,8 per



1.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Ibu Maternal (AKI) di Indonesia menggunakan data hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI). Tahun 2004, AKI sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 262 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2005 dan menurun lagi menjadi 253 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2006. AKI yang dihasilkan oleh SDKI hanya menggambarkan angka nasional, tidak dirancang untuk mengukur angka kematian ibu menurut propinsi.

3. Pola Pengembangan Karier bagi tenaga medis belum jelas dan tidak konsisten, terutama berkaitan dengan nasib tenaga medis pasca penugasan seperti kurangnya kesempatan melanjutkan pendidikan.

## **7.2. SARAN**

Pada bagian ini peneliti akan menyampaikan saran yang memiliki relevansi dari penelitian yang dilaksanakan untuk menunjang kebijakan penugasan khusus di daerah perbatasan, berdasarkan kesimpulan yang dikemukakan di atas :

1. Dalam rangka pemerataan dan tetap terpenuhinya tenaga medis di daerah perbatasan, penyusunan kebutuhan tenaga medis hendaknya dilakukan secara terpadu (*integrated*) dan memperhatikan berbagai faktor terutama kondisi wilayah/ daerah dengan asas desentralisasi sesuai kemampuan/ kondisi daerah.

2. Segera dibahas dan dibuat kebijakan khusus tentang penempatan tenaga medis terutama untuk daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan terluar.
3. Pola pengembangan karir tenaga medis pasca penugasan perlu dilakukan secara seimbang antara kepentingan organisasi dengan kepentingan tenaga medis sendiri baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang



## DAFTAR PUSTAKA

- Aboebakar, J. 2008, *Fokus Pembangunan Perbatasan*, RSUD Dr. Soedarso Pontianak, Kalimantan Barat
- Arikunto, Suharsimi. 2002, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, PT. Rineka Cipta, Jakarta.
- Ayuningtyas, D. 2003, *Analisis Kebijakan Kesehatan*, Modul Kuliah. FKM UI, Depok
- Azwar, Asrul. 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, PT. Bina Rupa, Jakarta
- Balitbang Dephan. 2003, *Pengembangan Strategi Pengamanan daerah Perbatasan Guna Penegakan Kedaulatan Negara dalam Rangka Mendukung Pertahanan Negara*, Jakarta
- Bustami, Donovan. 2007, *Strategi Kebijakan dan Prioritas Pembangunan Kawasan di Tapal Batas*.
- Creswell. 2002, *Research Design, Quantitative & Qualitative Approaches*, KIK Press, Jakarta
- Departemen Kesehatan. 1993, *Undang-undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan*, Jakarta
- Departemen Kesehatan. 2003, *Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan*, Jakarta
- Departemen Kesehatan. 2003, *Kebijakan Pengembangan Tenaga Kesehatan 2000-2010*, Jakarta
- Departemen Kesehatan. 2004, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 131/Menkes/SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta
- Departemen Kesehatan. 2006, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 331/Menkes/SK/V/2006 tentang Rencana Strategis Departemen Kesehatan Tahun 2005-2009*, Jakarta
- Departemen Kesehatan. 2007, *Himpunan Peraturan Kesehatan Tahun 2006*, Jakarta
- Departemen Kesehatan. 2007, *Pedoman Tehnis Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana*, Jakarta

- Departemen Kesehatan. 2007, *Pedoman Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Kesehatan*, Jakarta
- Departemen Kesehatan. 2007, *Profil Kesehatan Indonesia 2005*, Pusat Data Kesehatan, Jakarta
- Departemen Pemukiman dan Prasarana Wilayah. 2002, *Strategi dan Konsepsi Pengembangan Kawasan Perbatasan Negara*, Jakarta.
- Departemen Pemukiman dan Prasarana Wilayah. 2006, *Kebijakan dan Strategi Spatial Pengembangan Kawasan Perbatasan Kalimantan – Sarawak - Sabah*, Jakarta.
- Dunn WN. 2000, *Analisa Kebijaksanaan Publik*, PT. Hanindita, Yogyakarta.
- Dwidjowijoto, Riant Nugroho. 2003, *Kebijakan Publik Formulasi Implementasi dan Evaluasi*, PT. Gramedia, Jakarta.
- Irawan, Prasetya. 2004, *Logika dan Prosedur Penelitian*, STIA-LAN Press, Jakarta.
- Kompas Cyber Media, edisi 23 April 2002, *Masalah Perbatasan dan Profesionalisme Tentara*, [http: /www.kompas.com](http://www.kompas.com).
- Kusosi, H M. 1996, *Implementasi Kebijakan Pembangunan Regional Propinsi Daerah Tingkat I Kalimantan Timur: Study Kasus Pelaksanaan Program Subsidi Khusus Pembangunan Daerah*, Tesis Program Pasca Sarjana UGM, Yogyakarta
- Moekijat. 1995, *Analisis Kebijaksanaan Publik*, CV. Mandar Maju, Bandung.
- Moleong, J Lexy. 2000, *Metode Penelitian Kualitatif*, PT. Remaja Rosdakarya, Bandung.
- Muninjaya, Gde AA. 1999, *Manajemen Kesehatan*, Kedokteran EGC, Jakarta.
- Nasir, Mohammad. 2005, *Metode Penelitian*, Ghalia Indonesia, Jakarta.
- Nawawi, Hadari. 2005, *Metode Penelitian Bidang Sosial*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Nurbaya Siti. 2001, *Pengelolaan Perbatasan Negara*. [http: //www.perbatasan.com](http://www.perbatasan.com)
- Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 1997, *Rencana Tata Ruang Wilayah Nasional*, Jakarta.

- Peraturan Presiden RI Nomor 7 Tahun 2005. 2005, *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2004-2009*, Sinar Grafika, Jakarta.
- Purbani, A. 2002, *Studi Implementasi Kebijakan Pengangkatan Dokter Sebagai PTT Selama Masa Bakti*, Tesis Program Pasca Sarjana Magister Administrasi Publik UGM, Yogyakarta
- Rachmat, Hapsara Habib. 2004, *Pembangunan Kesehatan di Indonesia*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Shi, Leiyu. 2002, *Health Service Research Methods*, Delmar Publishers, Albany NY.
- Singarimbun, Masri. 1993, *Metode Penelitian Survey*, LP3S, Jakarta.
- Sugiyono. 2005, *Metode Penelitian Administrasi*, Alfabeta, Bandung.
- Sutopo. 2001, *Kebijakan Publik Implementasi*, Lembaga Administrasi Negara, Jakarta.
- Sutopo dan Sugiyanto. 2001, *Analisis Kebijakan Publik*, Bahan Ajar DIKLATPIM Tingkat III, LAN RI, Jakarta.
- Undang- Undang Nomor 25 Tahun 2000, *Propenas*, Jakarta.
- Universitas Indonesia. Fakultas Kesehatan Masyarakat. 2007, *Pedoman Proses dan Penelitian Karya Ilmiah Fakultas Kesehatan Masyarakat*, FKM UI, Depok.
- Wahab, Solichin Abdul. 2002, *Analisis Kebijaksanaan, Dari Formulasi ke Impelementasi Kebijaksanaan Negara*; Bumi Aksara, Jakarta.
- Wibawa S, Purbokusumo Y, Pramusinto A. 1994, *Evaluasi Kebijakan Publik*, Raja Grafindo Pers, Jakarta.
- Wijono, D. 1999, *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Volume I, Airlangga University Press, Surabaya.
- Winarno, B. 2007, *Kebijakan Publik: Teori dan Proses*, Media Pressindo, Jakarta.
- Yenni, Safrina. 2002, *Analisa Bauran Pemasaran Sosial "Delvita" di Lembaga Swadaya Masyarakat Youth Ending Hunger Indonesia Tahun 2002*, Tesis Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.

Lampiran 1

**PANDUAN WAWANCARA MENDALAM**

**UNTUK PEJABAT ESELON II DEPKES DAN KADINKES PROPINSI**

Fasilitator : Jabatan :  
Pencatat : Lama menjabat:  
Tanggal :  
Tempat :  
Jumlah Peserta:  
Waktu Mulai : Selesai :

**PETUNJUK UMUM:**

- a) Fasilitator dan pencatat harus datang tepat waktu sebelum peserta datang.
- b) Fasilitator mempersiapkan tempat duduk peserta dalam suatu lingkaran bersama fasilitator.
- c) Semua persiapan wawancara mendalam harus disiapkan sebelum pelaksanaan, seperti alat perekam, alat pencatat, dan panduan wawancara.
- d) Sampaikan ucapan terima kasih kepada peserta atas kehadiran dan kesediaannya untuk memenuhi undangan wawancara.
- e) Jelaskan tentang tujuan dan maksud wawancara.

**PELAKSANAAN WAWANCARA:**

**A. Perkenalan**

- a) Perkenalan dari pemandu wawancara dan pencatat.
- b) Perkenalan dari informan wawancara dengan menyebutkan nama, jabatan.

## **B. Pokok Bahasan**

### **Kebijakan**

1. Penjelasan keterlibatan informan dalam kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.
2. Penjelasan peran informan dalam kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.
3. Penjelasan perbedaan tugas antar informan.
4. Hambatan/kendala dalam pelaksanaan peran informan dalam kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.
5. Upaya penyelesaian masalah hambatan/kendala informan dalam kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.

### **Aspek Pelaksanaan**

6. Penjelasan pelaksanaan kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan menurut peran dan tugas informan.
7. Strategi pelaksanaan kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan dari masing-masing informan.
8. Upaya yang dilakukan untuk pencapaian target dan sasaran kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.

### **Aspek Program**

9. Penjelasan program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan dikaitkan dengan angka mortalitas di Indonesia.
10. Penjelasan program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan dikaitkan dengan angka mortalitas di tingkat Propinsi.

11. Penjelasan program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan dikaitkan dengan angka morbiditas di Indonesia.
12. Penjelasan program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan dikaitkan dengan angka morbiditas di tingkat Propinsi.
13. Penjelasan implementasi program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.
14. Penjelasan dampak program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan terhadap pemenuhan sebaran tenaga kesehatan di Indonesia.
15. Penjelasan dampak program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan terhadap pemenuhan sebaran tenaga kesehatan di Propinsi.
16. Penjelasan dampak program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan terhadap pemenuhan tenaga kesehatan di Kabupaten/Kota.
17. Penjelasan keberhasilan program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan di Indonesia.
18. Penjelasan keberhasilan program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan di tingkat Propinsi.



Lampiran 2

**PANDUAN DISKUSI KELOMPOK TERARAH UNTUK  
KADINKES KAB/KOTA, DIREKTUR RSUD KAB/KOTA,  
KEPALA PUSKESMAS, BIDAN DESA**

Fasilitator :

Pencatat :

Tanggal :

Tempat :

Jumlah Peserta:

Waktu Mulai :

Selesai :

**PETUNJUK UMUM:**

- a) Fasilitator dan pencatat harus datang tepat waktu sebelum peserta datang.
- b) Fasilitator mempersiapkan tempat duduk peserta dalam suatu lingkaran bersama fasilitator.
- c) Semua persiapan DKT harus disiapkan sebelum pelaksanaan, seperti alat perekam, alat pencatat, dan panduan diskusi.
- d) Sampaikan ucapan terima kasih kepada peserta atas kehadiran dan kesediaannya untuk memenuhi undangan diskusi.
- e) Jelaskan tentang tujuan dan maksud diskusi.

**PELAKSANAAN DISKUSI:**

**A. Perkenalan**

- a) Perkenalan dari pemandu diskusi dan pencatat.
- b) Perkenalan dari peserta diskusi dengan menyebutkan nama, jabatan.

## **B. Pokok Bahasan**

### **Aspek Kebijakan**

1. Pandangan mengenai program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.
2. Manfaat program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.
3. Tanggapan mengenai program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.
4. Hambatan/kendala dalam pelaksanaan program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.
5. Upaya penyelesaian masalah hambatan/kendala program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.

### **Aspek Pelaksanaan**

6. Tanggapan pelaksanaan kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan menurut peran dan tugas informan.
7. Strategi pelaksanaan kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan dari masing-masing informan.
8. Upaya yang dilakukan untuk pencapaian target dan sasaran kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.

### **Aspek Program**

9. Tanggapan program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan dikaitkan dengan angka mortalitas di tingkat Kabupaten/Kota.

10. Tanggapan program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan dikaitkan dengan angka mortalitas di tingkat Kecamatan/Desa.
11. Tanggapan program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan dikaitkan dengan angka morbiditas di tingkat Kabupaten/Kota.
12. Tanggapan program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan dikaitkan dengan angka morbiditas di tingkat Kecamatan/Desa.
13. Tanggapan implementasi program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan di Kabupaten/Kota.
14. Tanggapan dampak program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan terhadap pemenuhan sebaran tenaga kesehatan di Kabupaten/Kota.
15. Tanggapan dampak program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan terhadap pemenuhan sebaran tenaga kesehatan Kecamatan/Desa.
16. Tanggapan keberhasilan program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan di Kabupaten/Kota
17. Tanggapan keberhasilan program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan di tingkat Kecamatan/Desa.

Lampiran 3

Matriks Hasil Wawancara Mendalam Dengan Pejabat Unit Utama Depkes

Tentang Kebijakan Penugasan Khusus Di Daerah Perbatasan

No.	Pertanyaan	Jawaban	
		Direktorat Kesehatan Komunitas	Biro Kepegawaian
1.	Penjelasan keterlibatan informan dalam kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.	<p>Direktorat Kesehatan Komunitas</p> <p>cara keterlibatan tidak secara khusus dan tidak secara langsung karena kebijakan penempatan sudah ada di Biro Kepegawaian, juga perencanaan tenaga. Sehingga peran Direktorat Kesehatan Komunitas hanya pada memberikan informasi tentang lokasi yang menjadi prioritas utama. Perbatasan negara kita tersebar di 101 Puskesmas, 34 Kabupaten di 12 Propinsi</p>	<p>Biro Kepegawaian</p> <p>biro kepegawaian ditugasi penempatan tenaga (dokter, dokter spesialis), dibagian pengembangan juga melaksanakan penempatan tenaga ke daerah-daerah perbatasan, rawan konflik, RS Lapangan. Penugasan khusus ini termasuk penempatan tenaga strategis.</p>
2.	Penjelasan peran informan dalam kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.	<p>dalam rapat tertentu dilibatkan tetapi dalam pembentukan kebijakan tidak secara khusus dalam penyusunan kebijakan tentang kriteria sarana yang sangat terpencil dan terpencil</p>	<p>peran masing-masing unit ditelaah terkait tenaga yang akan ditempatkan dari segi kompetensi, status kepegawaian(PNS/bukan). Penugasan khusus bersifat semen tara. Penempatan tenaga dengan</p>

			<p><i>status PNS termasuk kategori non permanen hanya sebagai bantuan tenaga. Masing-masing unit melakan pemenuhan personel untuk daerah bencana, RS Lapangan dengan memperhatikan kompetensi. Reward diberikan sesuai kualifikasi pendidikan tenaga.</i></p>
<p>3.</p>	<p>Hambatan/kendala dalam pelaksanaan peran informan dalam kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.</p>	<p><i>hambatan tentang penentuan tenaga yang diangkat oleh pemerintah dalam penugasan khusus terbatas pada tenaga strategis yaitu dokter, dokter gigi, dan bidan. Sedangkan tenaga yang dibutuhkan tidak hanya jenis tenaga itu, upaya kita informasikan tenaga-tenaga yang dibutuhkan pelayanan kesehatan dan lokasi diperbatasan. Kepada daerah juga diinformasikan untuk pemenuhan tenaga lain seperti gizi, sanitarian dsb, karena tenaga tersebut tidak diangkat oleh pusat. Perlu advokasi daerah untuk pemenuhan tenaga selain tenaga strategis.</i></p>	<p><i>hambatan pelaksanaan peran informan, bisa dikatakan tidak ada. Karena sudah digariskan tugas masing-masing unit. Misalnya terhadap tenaga daerah perbatasan, pulau-pulau terluar, daerah sangat terpencil. Hambatan hanya sebatas koordinasi.</i></p>
<p>4.</p>	<p>Upaya penyelesaian masalah hambatan/kendala informan dalam kebijakan penugasan</p>	<p><i>Daerah juga diminta membuat master plan ketenagaan untuk mengatasi masalah ketenagaan di perbatasan.</i></p>	<p><i>bisa diupayakan dengan pertemuan koordinasi antar unit utama.</i></p>

	khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.		
5.	Penjelasan pelaksanaan kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan menurut peran dan tugas informan.	mestinya untuk ketenagaan daerah perbatasan harus punya konsep tersendiri. Tapi unit Depkes dengan tupoksi nya masing-masing diharapkan membentuk dan menyepakati payung hukum tersendiri tentang ketenagaan di daerah perbatasan.	strategi pelaksanaan kebijakan berawal dari permohonan kebutuhan tenaga dari Dinas Kesehatan untuk memenuhi kekurangan tenaga kesehatan di daerahnya. Diusul kan ke Biro Kepegawaian lalu diverifikasi ke masing-masing unit sesuai klasifikasi tenaga yang dibutuhkan
6.	Upaya yang dilakukan untuk pencapaian target dan sasaran kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.	sedang diupayakan berbagai upaya seperti penempatan tenaga secara tim ke daerah perbatasan	pemerintah target belum bisa mencapai 100%, selain tenaga dengan spesifikasi tertentu masih kurang, untuk menutupi kekurangan itu dibuat program tugas belajar spesialis yang akan ditempatkan di daerah asal pemohon.
7.	Penjelasan program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan dikaitkan dengan angka mortalitas dan morbiditas di Indonesia.	dengan penugasan khusus, penurunan angka mortalitas dan morbiditas secara prinsip harusnya bisa, tetapi dalam pelaksanaan tdk semudah itu.. karena dalam 6 bulan belum bisa mempengaruhi angka-angka itu.	Mudah-mudahan bisa menurunkan angka mortalitas-morbiditas. Kalau dilihat dari laporan kasus, laporan pelayanan bisa diharapkan angka-angka itu berkurang dengan mendekatkan akses masyarakat ter-

		<p>Banyak penolakan dari daerah, karena dalam waktu hanya 6 bulan pe tugas belum mengenal budaya, ke percayaan masyarakat. Di daerah tertentu dokter ditolak, dokter merasa hasilnya tidak maksimal karena penugasan khusus menuntut tidak hanya 6 bulan seharusnya bisa kembali lagi untuk lebih mengenal bu daya setempat</p>	<p>hadap sarana pelayanan kesehatan</p>
8.	<p>Penjelasan dampak program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan terhadap pemenuhan sebaran tenaga kesehatan di Indonesia</p>	<p>kita menempatkan tenaga strategis, tenaga back-upnya tidak ada, kita juga perlu peran serta masyarakat terutama tentang kesiapsiagaan masyarakat terhadap bahaya yang dihadapi oleh ibu hamil dan bayi yang dilahirkan</p>	<p>berkaitan dengan masalah tidak diwajibkannya SMB (selesai masa bakti) sebagai syarat untuk mendapatkan izin praktek dilakukan upaya sosialisasi ke Fakultas Kedokteran dan RS Pendidikan untuk menarik minat peserta belajar mau ikut program ini</p>
9.	<p>Penjelasan keberhasilan program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan di Indonesia.</p>	<p>untuk kejelasan karier, keamanan petugas di lapangan, seperti ada petugas yang meninggal saat melaksanakan tugas, tingkat keberhasilan kebijakan ini secara fisik sudah baik artinya bangunan sarana sudah ada, keterbukaan masyarakat belum</p>	<p>tingkat keberhasilan bisa dikatakan sudah berjalan maksimal, semua daerah terpencil, sangat kebutuhan tenaga kesehatannya dengan penugasan khusus tetapi karena keterbatasan dana dan</p>

		<p><i>terjadi. Artinya masih ada hal-hal yang belum tuntas, masalah ke manusia yang belum. Segi kultural, kemanusiaan itu sangat perlu. Keterbatasan tenaga harus diakui, bagi masyarakat di perbatasan peran tidak hanya dari tenaga kesehatan tetapi juga peran tenaga informal juga berpengaruh</i></p>	<p><i>SDM Kesehatan belum semua permintaan dapat dipenuhi</i></p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------



**Matriks Hasil Wawancara Mendalam Dengan Pejabat Unit Utama Depkes  
Tentang Kebijakan Penugasan Khusus Di Daerah Perbatasan**

No.	Pertanyaan	Jawaban	
		Pusat Kajian Pembangunan Kesehatan	Biro Hukum dan Organisasi
1.	Penjelasan keterlibatan informan dalam kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.	<p>kebijakan atau program penempatan tenaga ke daerah perbatasan tidak panitia adhoc tetapi secara fungsional yang terlibat Ropeg, Komunitas, Rorengar, dan Puskabangkes. Dari segi Puskabangkes kaitannya dengan kebijakan yang lebih tinggi. Kebijakan ada 3 jenis yaitu Kebijakan Strategis contohnya Undang-undang, kebijakan Managerial contohnya Peraturan Presiden, Peraturan Menteri, kebijakan teknis yaitu kebijakan yang dikeluarkan oleh unit teknis. Keterlibatan Puskabangkes, seberapa jauh kebijakan teknis ini berkaitan dengan kebijakan managerial Menteri. Kaitan dengan kebijakan managerial memang terlihat bahwa pengutamaan program Depkes; KIA, Pelayanan</p>	<p>Posisi biro hukum hanya mem proses produk hukumnya dengan substansi-substansi hukumnya. Kebijakan tentang penugasan khusus sendiri dituangkan ke produk hukum tsb.</p>

		<p><i>Kesehatan Masyarakat Miskin, Peningkatan tenaga Kesehatan, Penanggulangan Penyakit dan Gizi, pembangunan kesehatan di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan dan kepulauan terluar. Dari segi kebijakan yang lebih tinggi Depkes berupaya agar kebijakan ini tidak bertentangan.</i></p>	
2.	<p>Penjelasan peran informan dalam kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.</p>	<p><i>Karena ini kebijakan teknis, Puskesmas hanya sebagai fasilitasi agar kebijakan ini tidak bertentangan, tidak ada policy gap (kesenjangan policy) artinya mau menempatkan kebijakan ini tapi harus ada kebijakan yang berkait dengan dana. Instrumen kebijakan finansial (salah satu contohnya dengan Kepmen tentang insentif bagi tenaga medis di daerah terpencil) dan instrumen kebijakan penempatan tenaga (Depkes bermaksud menempatkan ke daerah perbatasan harus ada pengaturannya).</i></p>	<p><i>unit teknis melakukan kajian-kajian dulu untuk memenuhi syarat suatu produk hukum, setelah selesai dituangkan dalam produk hukum</i>  <i>Peran biro hukum adalah sebagai unit yang mempersiapkan produk hukumnya, evaluasi dilakukan oleh unit teknis sedangkan dari aspek hukum dilakukan klarifikasi apakah ada kesenjangan regulasi atau ada kendala dari aspek perundang-undangan disinilah peran dari Biro Hukum</i></p>
3.	<p>Hambatan/kendala dalam pelaksanaan peran informan</p>	<p><i>Tidak ada..</i></p>	<p><i>Secara prinsip tidak ada, tetapi secara khusus hanya menyamakan</i></p>

	dalam kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.		<i>persepsi. Rohuk hanya memfokuskan diri pada aspek hukum, perundang-undangan,</i>
4.	Upaya penyelesaian masalah hambatan/kendala informan dalam kebijakan an penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.		Berkembang melalui diskusi-
5.	Penjelasan pelaksanaan kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan menurut peran dan tugas informan.	<i>pelaksanaan dilaporkan dalam rapat terbatas untuk menilai pencapaian sasaran kebijakan ini. Juga tentang sarana pelayanan kesehatan”.</i>	Seharusnya ada kriteria dalam penerapan kebijakan ini, kalo tidak semua program bisa dijadikan penugasan khusus. Jika tidak ada konsep, kebijakan ini bisa menjadi kebijakan akal-akalan yang digunakan sebagai jalan keluar dari masalah pemenuhan distribusi tenaga
6.	Upaya yang dilakukan untuk pencapaian target dan sasaran kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan.	<i>untuk daerah perbatasan, kebijakan ini sesuai karena faktor dana. Yang menarik disini adalah pembatasan masa tugas yang hanya 6 bulan dan adanya insentif. Kedua faktor ini yang kita harapkan sebagai pemicu</i>	Tidak menjawab

		<p>pencapaian target dan keberhasilan kebijakan ini.</p>	
7.	<p>Penjelasan program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan dikaitkan dengan angka mortalitas dan morbiditas di Indonesia.</p>	<p>Tidak, karena penduduk di daerah sangat terpencil dan perbatasannya kecil. Kalaupun derajat kesehatannya naik tidak secara langsung menurunkan angka kematiannya. Kesakitan di daerah perbatasan kejadiannya dapat menurun tetapi angka kesakitan secara nasional tidak langsung dikatakan mempunyai signifikansi dengan angka kesakitan di daerah terpencil dan perbatasan.</p>	<p>Tidak menjawab</p>
8.	<p>Penjelasan dampak program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan terhadap pemenuhan sebaran tenaga kesehatan di Indonesia</p>	<p>masyarakat yang masih menggunakan pelayanan sarana kesehatan di negara tetangga merupakan hak asasi seseorang, kita tidak bisa melarang. Yang bisa kita lakukan adalah menyamakan standar pelayanan kita dengan pelayanan di seberang. Ini dapat menimbulkan kepercayaan terhadap kita lebih baik. Perbedaannya sebenarnya tidak terlalu banyak, kemampuan kompetensi tenaga tidak berbeda antara tenaga kita dengan tenaga negara tetangga. Yang</p>	

berbeda hanya pada keramahan dan kepastian tindakan dan pembiayaan. Berbeda dengan negara seberang semua terstruktur dari segi tindakan dan perkiraan pembiayaan. Di Indonesia posisi klien dalam posisi lemah karena tidak ada keterbukaan tindakan dan biayamasyarakat yang masih menggunakan pelayanan sarana kesehatan di negara tetangga merupakan hak asasi seseorang, kita tidak bisa melarang. Yang bisa kita lakukan adalah menyamakan standar pelayanan kita dengan pelayanan di seberang. Ini dapat menimbulkan kepercayaan terhadap kita lebih baik. Perbedaannya sebenarnya tidak terlalu banyak, kemampuan kompetensi tenaga tidak berbeda antara tenaga kita dengan tenaga negara tetangga. Yang berbeda hanya pada keramahan dan kepastian tindakan dan pembiayaan. Berbeda dengan negara seberang semua terstruktur dari segi tindakan dan perkiraan pembiayaan. Di Indonesia posisi klien dalam posisi lemah karena tidak ada keterbukaan tindakan dan biaya.

9.	<p>Penjelasan keberhasilan program kebijakan penugasan khusus tenaga kesehatan di daerah perbatasan di Indonesia.</p>	<p>Keberhasilan suatu kebijakan dilihat dari pencapaian program yang diusung. Penugasan khusus sebagai indikator keberhasilannya dilihat dari pemenuhan kebutuhan tenaga yang ditugaskan. Sampai saat ini masih banyak kekosongan tenaga terutama karena minimnya tenaga kesehatan yang berasal dari daerah setempat atau ketidak pasitan karier bagi tenaga yang ditugaskan disana.</p>	<p>Tidak menjawab</p>
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------

**Matriks Triangulasi Data Tentang Kebijakan Penugasan Khusus Di Daerah Perbatasan**

No.	Informasi yang diharapkan	Informan	Metode yang digunakan
1.	Rasio Puskesmas terhadap penduduk	1.Dit. Kesehatan Komunitas	Telaah Dokumen
2.	Rasio Tenaga Kesehatan terhadap penduduk	1.Dit. Kesehatan Komunitas 2.Badan PPSDM	Telaah Dokumen
3.	Angka Mortalitas / Morbiditas	1.Pusat Data Kesehatan	Telaah Dokumen
4.	Utilisasi Kebijakan	1.Dit. Kesehatan Komunitas 2.Badan PPSDM 3.Biro Kepegawaian 4.Biro Hukum 5.Pusat Kajian Pembangunan Kesehatan 6.Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Kalbar dan Kalim	Wawancara Mendalam
5.	Pelaksanaan Kebijakan	1.Dit. Kesehatan Komunitas 2.Biro Kepegawaian 3.Biro Hukum 4.Pusat Kajian Pembangunan Kesehatan 5.Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sanggau dan Kabupaten Nunukan 6. Dir.RS Kab, Ka.Puskesmas	Wawancara Mendalam  Diskusi Kelompok Terarah