

# STRATEGI KEBIJAKAN PENINGKATAN KETERJANGKAUAN DAN KAPASITAS PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN DI KABUPATEN INDRAMAYU

Oleh

RUDI SUDARMANTA, SKM, MT

Fungsional Perencana Ahli Muda

Pada Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah  
Kabupaten Indramayu

## ABSTRAK

*Upaya peningkatan aksesabilitas pelayanan kesehatan rujukan mesti terus dilakukan oleh pemerintah daerah sebagai salah satu bentuk tanggung jawab untuk memenuhi hak warga untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak.. Hingga saat ini pemenuhan standar ketersediaan tempat tidur rumah sakit di Kabupaten Indramayu baru mencapai kurang lebih 73%, sehingga masih kekurangan kebutuhan tempat tidur sebesar 508. Demikian halnya persebaran rumah sakit yang terpusat di wilayah Indramayu bagian Timur dan Pantura ikut memperberat masalah. Upaya peningkatan aksesabilitas pelayanan kesehatan rujukan di Kabupaten Indramayu hingga saat ini dihadapkan pada keterbatasan sumberdaya, baik finansial maupun sumber daya manusia. Wilayah yang luas, biaya pembangunan rumah sakit yang mahal, kecenderungan rumah sakit swasta berinvestasi pada pusat-pusat pertumbuhan serta proses perijinan rumah sakit yang cukup rumit menjadi tantangan tersendiri bagi pemerintah daerah. Terkait dengan kondisi tersebut, maka pemerintah daerah dituntut untuk memiliki strategi dan kebijakan yang efektif efisien serta memiliki manfaat yang besar di masa mendatang dalam mempercepat pemenuhan aksesabilitas pelayanan kesehatan rujukan tersebut. makalah ini bertujuan untuk menyusun analisis yang diharapkan dapat dijadikan sebagai rekomendasi bagi Pemerintah Kabupaten Indramayu dan pemangku kepentingan dalam upaya mempercepat pemenuhan aksesabilitas dan kapasitas pelayanan kesehatan rujukan atau rumah sakit.*

**Kata kunci : Rumah sakit; aksesabilitas; tempat tidur; pelayanan kesehatan rujukan; kapasitas rumah sakit.**

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar belakang**

Blum (1974) dalam Azwar (1996;1) menyatakan bahwa salah satu hal yang mempunyai peranan cukup penting untuk mewujudkan keadaan sehat adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Adapun menurut Moeloek, et.al dalam Aziz et.al (2010;484-488) dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan, terdapat tiga pilar utama pembangunan kesehatan, yakni perilaku sehat, lingkungan sehat dan pelayanan kesehatan. Sistem pelayanan kesehatan dibangun untuk memenuhi kebutuhan penduduk akan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, adil, merata dan terjangkau. Sementara itu berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Cocking, et.al (2011) kelancaran akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh ketersediaan dan kualitas jalan menuju pusat pelayanan kesehatan.

Jarak fasilitas pelayanan yang jauh disertai distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata dan pelayanan kesehatan yang mahal menyebabkan rendahnya aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Jasseh,et.al (2009) dalam penelitiannya di Gambia menunjukkan bahwa akses terhadap pelayanan kesehatan berpengaruh secara signifikan terhadap kasus kematian anak.

Maine dan Taddeus (1994) dalam Nurbaeti (2012) mengemukakan bahwa tiga fase keterlambatan yang menjadi penyebab kematian ibu. Keterlambatan dikelompokkan menjadi 3 fase, yaitu:

1. Keterlambatan fase satu, yaitu keterlambatan memutuskan untuk mencari penolong persalinan di tingkat individu, keluarga atau keduanya. Keterlambatan fase ini antara lain disebabkan karena kedudukan wanita tersebut, finansial, jarak ke fasilitas kesehatan, pembuat keputusan, adat atau kepercayaan.
2. Keterlambatan fase dua, yaitu keterlambatan untuk mencapai fasilitas kesehatan. Penyebab keterlambatan ini adalah distribusi fasilitas, ketersediaan alat transportasi, kondisi jalan, ongkos perjalanan dan kondisi geografi.
3. Keterlambatan fase tiga, yaitu keterlambatan untuk mendapatkan perawatan yang adekuat di fasilitas kesehatan. Faktor penyebab keterlambatan fase tiga antara lain sistem rujukan, ketersediaan peralatan medis, tenaga kesehatan yang terlatih dan kompeten masih minim dan tidak merata distribusinya.

Keterlambatan fase ke dua sangat terkait dengan ketersediaan dan persebaran pelayanan kesehatan rujukan, dalam hal ini rumah sakit. Ketersediaan rumah sakit yang dapat dijangkau dengan cepat oleh masyarakat menjadi hal yang sangat penting untuk dipenuhi pemerintah.

Salah satu program prioritas nasional dalam RPJMN tahun 2024 – 2029 adalah menjamin tersedianya pelayanan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, artinya masyarakat terjamin dalam hal aksesibilitas pelayanan kesehatan baik dalam hal prosedur, jarak pelayanan maupun pembiayaan pelayanan. Dalam meningkatkan penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan, dalam hal ini rumah sakit, pada saat ini di Kabupaten Indramayu terdapat 11 rumah sakit baik milik pemerintah maupun swasta dengan jumlah tempat tidur keseluruhan sebanyak 1.406 TT. Sesuai dengan Peraturan Menteri Hukum dan HAM Nomor 34 tahun 2016 tentang Kriteria Daerah Kabupaten/Kota Peduli Hak Asasi Manusia, bahwa sebagai salah satu syarat pemenuhan akan hak kesehatan, pemerintah daerah wajib menyediakan tempat tidur rumah sakit dengan rasio 1 : 1.000 penduduk. Jumlah penduduk pada tahun 2024 sebanyak 1.914.037 jiwa, maka kebutuhan tempat tidur rumah sakit di Kabupaten Indramayu sebanyak 1.914 TT. Dengan demikian, hingga tahun 2024, untuk memenuhi kebutuhan penyediaan pelayanan rumah sakit di Kabupaten Indramayu masih kekurangan sebanyak 508 TT. Disamping masalah kekurangan dalam menyediakan tempat tidur, masalah aksesibilitas pelayanan kesehatan di kabupaten Indramayu juga dihadapkan pada distribusi rumah sakit yang terpusat di wilayah bagian Timur dan Utara sepanjang jalur Pantura. Kondisi ini tentunya menyebabkan terjadinya kesenjangan pelayanan kesehatan. Berikut gambaran persebaran rumah sakit di Kabupaten Indramayu pada tahun 2024. Terkait dengan kondisi tersebut, maka diperlukan strategi dan kebijakan yang dapat mendorong peningkatan aksesibilitas pelayanan kesehatan rujukan (rumah sakit).

Makalah ini bertujuan untuk menyusun rekomendasi kebijakan yang komprehensif guna mendukung peningkatan aksesibilitas pelayanan rumah sakit terkait dengan ketersediaan tempat tidur, sehingga dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan bagi pemerintah Kabupaten Indramayu agar rencana pemenuhan aksesibilitas rumah sakit dapat dilakukan secara efektif dan efisien serta memiliki manfaat yang besar bagi masyarakat di masa mendatang.

## B. Metodologi

Metode pengumpulan data dalam makalah ini mencakup inventarisasi data sekunder yang dibutuhkan serta pengumpulan bahan-bahan referensi yang relevan dengan permasalahan, seperti kapasitas tempat tidur rumah sakit, jumlah dan titik koordinat lokasi rumah sakit, luas wilayah dan

jumlah penduduk. Sementara itu bahan-bahan referensi dikumpulkan sebagai acuan untuk mendukung analisis dan pembahasan yang meliputi berbagai teori maupun regulasi seperti Undang-Undang (UU), Peraturan Pemerintah (PP), Peraturan Presiden (Perpres), Peraturan Menteri, jurnal-jurnal yang ada emiripan maupun buku-buku yang terkait dengan permasalahan.

Tahapan-tahapan yang dilakukan dalam melakukan analisis *policy papper* ini, pertama-tama dilakukan penentuan isu yang menjadi prioritas terkait dengan permasalahan, dari isu prioritas yang dipilih dicari apa saja yang menjadi akar masalah dan dilanjutkan dengan penentuan alternatif-alternatif kebijakan yang perlu diambil oleh pemerintah daerah sesuai dengan akar masalah untuk kemudian dilakukan skoring terhadap rekomendasi-rekomendasi yang ada. Adapun instrumen-instrumen yang digunakan dalam menyusun *policy papper* ini adalah sebagai berikut.

- analisis secara spasial untuk mendukung perencanaan dalam menentukan alternatif-alternatif lokasi pengembangan rumah sakit. Analisis spasial dengan *buffer* dan *kernel density* dilakukan untuk memperoleh gambaran mengenai persebaran dan keterjangkauan rumah sakit di Kabupaten Indramayu.
- analisis ASTRID digunakan untuk menentukan isu yang menjadi prioritas terkait dengan Permasalahan Rendahnya Keterjangkauan dan Kapasitas Fasilitas Kesehatan Rujukan.
- selanjutnya dilakukan analisis *fishbone* dan *5 why* untuk mencari akar permasalahan, sehingga dapat dibedakan mana yang merupakan akar masalah dan mana yang hanya sebagai faktor kontributor.
- penentuan alternatif kebijakan dilakukan dengan melalui penilaian skoring dengan melibatkan *keyperson* berdasarkan pertimbangan efektivitas, efisiensi, dan dampak jangka panjangnya

## **BAB II**

### **ANILISIS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Tinjauan Teori**

Menurut Rustiadi, et.al (2010; 205 – 209) konsep pembangunan yang didefinisikan UNDP telah menempatkan penduduk sebagai tujuan akhir, bukan alat, cara atau instrumen pembangunan. Konsep ini berbeda dengan model formasi modal manusia yang memandang manusia sebagai sarana untuk mencapai tujuan. Perhatian pembangunan bukan hanya pada upaya untuk meningkatkan kapabilitas manusia saja, tetapi juga pada upaya-upaya pemanfaatan kapabilitas tersebut secara penuh. Dengan demikian paradigma pembangunan manusia mempunyai dua sisi. Sisi pertama berupa formasi kapabilitas manusia seperti perbaikan taraf kesehatan, pendidikan dan ketrampilan. Sisi yang lain adalah pemanfaatan kapabilitas manusia untuk kegiatan-kegiatan yang bersifat produktif, kultural, sosial dan politik. Apabila kedua sisi tersebut tidak seimbang, maka hasilnya adalah masyarakat yang frustrasi. Terdapat korelasi yang kuat antara tingkat kesehatan yang baik dengan pertumbuhan ekonomi yang tinggi. Secara statistik diperkirakan bahwa setiap peningkatan 10% dari angka harapan hidup (AHH) waktu lahir akan meningkatkan pertumbuhan ekonomi minimal 0.3–0.4% pertahun, jika faktor-faktor pertumbuhan lainnya tetap. Dengan demikian, perbedaan tingkat pertumbuhan tahunan antara negara-negara maju yang mempunyai AHH tinggi (77 tahun) dengan negara-negara sedang berkembang dengan AHH rendah (49 tahun) adalah sekitar 1.6%, dan pengaruh ini akan terakumulasi terus menerus (Atmawikarta,2013;3).

Pembangunan sumber daya manusia menempatkan manusia terutama sebagai input, dari proses produksi, bukan sebagai tujuan. Pendekatan kesejahteraan melihat manusia sebagai pemanfaat, bukan sebagai agen perubahan dalam pembangunan. Pembangunan kesehatan memegang peranan yang sangat strategis dalam penyelenggaraan pembangunan manusia. Hal ini dikarenakan disamping menjadi faktor utama peningkatan kapabilitas sumber daya manusia, pembangunan kesehatan juga sekaligus mempengaruhi produktifitas sumber daya manusia. Program-program di bidang kesehatan dan pendidikan lebih berhubungan dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia yang berperan dalam peningkatan produksi. Kesehatan mempengaruhi pertumbuhan ekonomi melalui beberapa cara, misalnya : perbaikan kesehatan seseorang akan menyebabkan penambahan dalam partisipasi tenaga kerja dan mendorong perbaikan tingkat pendidikan (Tjiptoherijanto dan Soesetyo, 1994;79-80). Masalah kesehatan memberikan pengaruh terhadap pembangunan berkelanjutan melalui peningkatan kapasitas sumber daya manusia. Kondisi sakit pada seseorang juga menimbulkan kerugian secara

ekonomi berupa pengeluaran biaya pengobatan yang untuk saat ini semakin mahal. Sebagai contoh, penyakit Tuberkulosis (TB) yang sebagian besar banyak diderita oleh kelompok usia produktif mempunyai dampak berupa penurunan produktifitas kerja dan tingginya biaya kesehatan karena pengobatannya yang memerlukan waktu lama (Tjiptoherijanto dan Soesetyo, 1994;254-255). Sekitar 75% pasien TB adalah kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis (15-50 tahun). Diperkirakan seorang pasien TB dewasa, akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3-4 bulan. Hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20-30%. Jika meninggal akibat TB, maka akan kehilangan pendapatan sekitar 15 tahun.

Rendahnya tingkat gizi dan kalori bagi penduduk usia muda di pedesaan, akan menghasilkan pekerja-pekerja yang kurang produktif dengan tingkat mental yang agak terbelakang (Tjiptoherijanto Priyono, 1994; 81). Anak yang memiliki status gizi kurang atau buruk (underweight) berdasarkan pengukuran berat badan terhadap umur (BB/U) dan pendek atau sangat pendek (stunting) berdasarkan pengukuran tinggi badan terhadap umur (TB/U) yang sangat rendah dibanding standar WHO mempunyai resiko kehilangan tingkat kecerdasan atau intelligence quotient (IQ) sebesar 10-15 poin. Bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) disertai dengan anemia, selain dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan fisik dan mental anak, juga dapat mengakibatkan retardasi otak antara 10 – 20%. Volume otak yang berukuran kecil menyebabkan kecerdasan anak berkurang secara nyata. (Supariasa, et.al, 2001;79).

Upaya untuk meningkatkan aksesibilitas dan pemerataan pelayanan kesehatan seyogyanya terus dilakukan, khususnya terhadap pelayanan kesehatan rujukan di daerah. Peningkatan akses pelayanan kesehatan rujukan tidak akan lepas dari dua aspek, yakni penambahan jumlah rumah sakit dan peningkatan kapasitas ruang perawatan rumah sakit. Dalam menentukan lokasi pelayanan kesehatan semestinya dilakukan dengan sebaik mungkin agar beroperasi dengan lancar, biaya operasi rendah dan memungkinkan untuk terjadinya perluasan pelayanan dimasa yang akan datang. Oleh karena itu agar pusat sarana pelayanan kesehatan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Hal ini selaras dengan yang disampaikan oleh Mita Apriana dan Iwan Rudiarto (2020) yang menyatakan bahwa suatu pusat pelayanan yang melayani berbagai kebutuhan penduduk harus terletak pada suatu lokasi yang sentral yaitu suatu tempat atau wilayah yang memungkinkan partisipasi manusia dalam jumlah maksimum, baik dalam aktivitas pelayanan maupun yang menjadi konsumen.

Pemenuhan ketersediaan dan keterjangkauan fasilitas kesehatan rujukan wajib untuk terus dilakukan sebagai upaya untuk memenuhi hak asasi warga negara. Undang-Undang Dasar 1945 Pasal

28H ayat (1) menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan negara wajib menyediakannya. Hal ini diperkuat lagi dengan Pasal 34 ayat (3) yang menyebutkan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Dengan adanya berbagai keterbatasan pemerintah daerah dalam memenuhi ketersediaan fasilitas kesehatan, maka peningkatan kerjasama dan swasta dalam hal ini sektor bisnis dapat menjadi pilihan. Fitri Handayani dalam penelitiannya menyakatan bahwa model Pentahelix menjadi landasan penting bagi perencanaan yang berorientasi kesehatan dalam konteks merancang sebuah kota sipil yang sehat. Hal ini bertujuan untuk mengintegrasikan kerjasama multi-sektor yang melibatkan interaksi antara otoritas publik, sektor industri dan bisnis, akademisi, organisasi masyarakat, dan individu warga negara. Oleh karena itu, dibutuhkan perubahan dalam pelayanan kesehatan dan sosial untuk meningkatkan dan mempertahankan pemerataan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan kualitas kesehatan. Model Pentahelix menjadi salah satu pendekatan yang efektif dan holistik dalam keberlanjutan sektor kesehatan. Model ini mampu menawarkan pendekatan komprehensif terhadap program-program seperti Zero Hunger, pengelolaan sampah, pendidikan protokol kesehatan, inovasi kesehatan untuk kota sehat, serta penanggulangan kesenjangan kesehatan.

Pelibatan sektor bisnis dalam penyediaan rumah sakit dapat dilakukan secara mandiri atau murni swasta maupun dengan melakukan kerjasama pemerintah daerah dengan swasta. Pelibatan sektor bisnis melalui kerja sama dalam peningkatan fasilitas rumah sakit, pemerintah daerah perlu mengacu pada Permendagri Nomor 19 Tahun 2016 dan Peremdagri Nomor 7 Tahun 2024 tentang pedoman Pengelolaan Barang Milik Daerah, dimana pemanfaatan BMD dapat berupa beberapa model, yakni :

#### 1. Penggunaan BMD

- Pengalihan status penggunaan barang milik daerah;
- Penggunaan sementara barang milik daerah;
- Penetapan status penggunaan barang milik daerah untuk dioperasikan oleh pihak lain.

#### 2. Pemanfaatan BMD

- pemanfaatan barang milik daerah dalam bentuk Sewa;
- pemanfaatan barang milik daerah dalam bentuk Pinjam Pakai;
- pemanfaatan barang milik daerah dalam bentuk KSP (Kerja Sama Pemanfaatan);

- pemanfaatan barang milik daerah dalam bentuk BGS/BSG (Bangun Guna Serah/Bangun Serah Guna);
- pemanfaatan barang milik daerah dalam bentuk KSPI (Kerja Sama Penyedia infrastruktur).

Pemilihan model penggunaan dan pemanfaatan BMD ini didasarkan atas hasil pengkajian terhadap masing-masing BMD dengan mempertimbangkan aspek kemanfaatan dan nilai strategis BMD tersebut.

Pelibatan sektor swasta dalam penyediaan rumah sakit dihadapkan pada orientasi bisnis sektor swasta. Pengusaha yang berinvestasi di bidang perumahnya tentu mempertimbangkan keuntungan yang akan diperoleh. Sehingga sebelum berinvestasi di bidang perumahnya akan mempertimbangkan berbagai aspek seperti ketersediaan pasar, kemudahan perijinan, keamanan investasi, lokasi dan kemudahan akses serta persyaratan teknis yang cukup banyak. Sebagaimana yang dinyatakan oleh Dicky Nofriansyah, (2020) bahwa strategi lokasi penempatan sarana pelayanan kesehatan dapat memaksimalkan keuntungan atau memaksimalkan benefit dari lokasi usaha yang telah terpilih. Lokasi yang tidak strategis akan menghambat akses bahan baku sehingga biaya pengadaan bahan baku menjadi mahal, menghambat akses terhadap pasar, akses terhadap tenaga kerja sehingga biaya pelayanan menjadi mahal. Dalam menentukan lokasi tersebut strategis atau tidak dapat dilihat dari beberapa faktor, seperti kedekatan terhadap bahan baku, pasar, ketersediaan sarana, dan prasarana dan lain sebagainya. Disamping itu investasi di bidang perumahnya merupakan investasi yang bernilai cukup besar dan berkaitan dengan jiwa seseorang, sehingga menuntut adanya ketersediaan sumber daya manusia dari berbagai disiplin ilmu dan prosedur kerja yang kompleks dan ketat.

## **B. Gambaran Keterjangkauan dan Kapasitas Pelayanan Kesehatan Rujukan Di Kabupaten Indramayu**

Kabupaten Indramayu, sebagai salah satu kabupaten di Propinsi Jawa Barat memiliki luas 207.606 Ha, merupakan kabupaten ketujuh terluas di Jawa barat yang terbagi dalam 31 kecamatan dan 317 desa/kelurahan. Secara geografis, di sebelah Utara berbatasan dengan Laut Jawa, di sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Majalengka, Kabupaten Sumedang dan Kabupaten Cirebon, sementara di sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Cirebon, adapun di sebelah Barat berbatasan langsung dengan Kabupaten Subang.

Pada tahun 2024 terdapat 49 Puskesmas dan 67 Puskesmas Pembantu di Kabupaten Indramayu yang bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama bagi masyarakat. Dengan standar rasio kecukupan jumlah puskesmas 1 : 30.000 penduduk, maka ketersediaan

puskesmas masih belum memenuhi standar kebutuhan. Jumlah ideal puskesmas yang semestinya tersedia di Kabupaten Indramayu adalah 64 unit. Namun demikian kekurangan fasilitas kesehatan tingkat pertama ini dapat dicukupi dengan adanya klinik-klinik swasta yang cukup banyak yang memiliki peran yang sama yakni memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama kepada masyarakat. Berdasarkan data laporan Dinas Kesehatan tahun 2024, saat ini terdapat 74 klinik swasta di Kabupaten Indramayu yang terdiri dari 57 klinik pratama dan 17 klinik mandiri. Melihat kondisi ini, maka akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan tingkat pertama sudah dapat terpenuhi.

Adapun untuk fasilitas pelayanan kesehatan rujukan terdapat 11 rumah sakit yang terdiri dari 3 buah rumah sakit milik pemerintah daerah, 1 rumah sakit milik Polri, 1 rumah sakit milik BUMN dan 6 rumah sakit swasta. Disamping itu terdapat 1 rumah sakit hibah dari KPK yang hingga saat ini belum dimanfaatkan oleh pemerintah daerah, sehingga masih dalam kondisi non aktif.

Tabel  
Jumlah dan Ketersediaan Tempat Tidur Rumah Sakit Di Kabupaten Indramayu Tahun 2024

No.	Nama Rumah Sakit	Jumlah Tempat Tidur
1	RSUD Indramayu	388
2	RSUD MA Sentot	191
3	RSUD MIS	101
4	RS Bhayangkara	107
5	RS Pertamina Balongan	50
6	RS MM	110
7	RS Mitra Widasari	180
8	RS Zam-zam	51
9	RS Mitra Patrol	100
10	RS Sentra Medika	104
11	RS Al-Irsyad	24
<b>Jumlah</b>		<b>1,406</b>
<b>Kebutuhan Tempat Tidur</b>		<b>1,914</b>
<b>Kesenjangan ketersediaan Tempat Tidur</b>		<b>508</b>

Sumber : Hasil pengolahan data

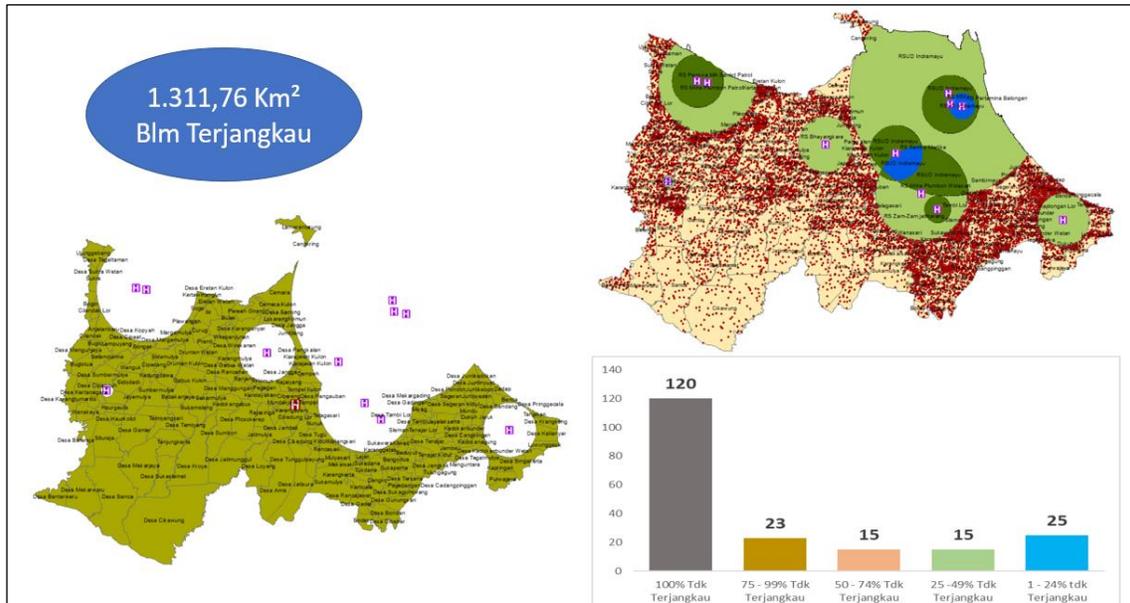
Kemampuan penyediaan tempat tidur rumah sakit baru mencapai 75% dari kebutuhan, memiliki resiko yang cukup besar untuk melayani masyarakat secara optimal. Kondisi seperti ini selain berdampak pada kemampuan untuk melayani kebutuhan masyarakat juga dapat menyebabkan iklim kompetisi untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas tidak tumbuh dengan baik.

Ketidakcukupan kapasitas pelayanan kesehatan rujukan pada saat ini, diperparah dengan persebaran lokasi rumah sakit yang terpusat di wilayah Kabupaten Indramayu bagian Timur dan

sepanjang jalur pantai utara (Pantura). Dari 11 rumah sakit yang ada sebanyak 7 rumah sakit berada di wilayah bagian timur dan 3 lainnya di sepanjang jalur Pantura, sementara itu hanya satu rumah sakit dengan tipe D yang ada di wilayah bagian Barat Daya, sebagai mana tergambar pada peta berikut.

Gambar.2.1.

Persebaran dan Keterjangkauan Rumah Sakit Wilayah Kabupaten Indramayu Tahun 2024



Sumber data : Hasil Pengolahan Data

Dengan persebaran rumah sakit dan kapasitas tempat tidur sebagaimana diuraikan di depan, masih terdapat kurang lebih 63% wilayah yang belum terjangkau fasilitas rumah sakit dengan baik, bahkan terdapat 120 desa dari 317 desa/kelurahan (37,85%) yang seluruh wilayahnya belum terjangkau pelayanan rumah sakit dengan baik.

Kabupaten Indramayu, dengan anggaran yang terbatas, tentunya tidak cukup memiliki kemampuan untuk membangun rumah sakit dalam jumlah dan kapasitas yang memadai secara mandiri. Keterbatasan dalam menyediakan sumber daya manusia seperti dokter dan dokter spesialis juga menjadi tantangan tersendiri. Dengan anggaran APBD pada tahun 2024 sebesar Rp 3,653.481.504.618,00 dengan belanja pegawai sebesar Rp 1.415.028.247.740,00 (38,74%) dan belanja modal sebesar Rp 510.165.913.738,00 (13,96%), tentunya pengembangan rumah sakit dengan biaya APBD akan terasa sangat berat dan menambah beban anggaran bagi Kabupaten Indramayu.

### C. Analisis Permasalahan

Diagnosis keterjangkauan dan kapasitas pelayanan kesehatan rujukan dilakukan dengan menggunakan instrumen ASTRID (aktual, spesifik, transformasi, relevan, inovatif dan dapat dilakukan). Dari 3 aspek keterlambatan pelayanan kesehatan, yakni keterlambatan mengambil keputusan membawa pasien ke rumah sakit, rendahnya keterjangkauan dan kapasitas rumah sakit, keterlambatan mendapatkan perawatan yang memadai didapatkan hasil bahwa permasalahan rendahnya keterjangkauan dan kapasitas rumah sakit memiliki skor tertinggi. Hal ini memiliki relevansi dengan pola persebaran rumah sakit yang terpusat di kawasan perkotaan, terutama di wilayah Kabupaten Indramayu bagian Timur dan Utara, sehingga masyarakat yang tinggal di daerah Selatan dan barat memerlukan waktu yang lebih lama untuk sampai ke rumah sakit dan sangat berpotensi untuk terjadi kondisi DOA (*Death on Arrival*). Dengan demikian, prioritas utama dari permasalahan yang mesti diselesaikan adalah “rendahnya keterjangkauan dan kapasitas rumah sakit”. Dari permasalahan ini dapat diidentifikasi bahwa isu dari prioritas masalah utama ada dua faktor yakni :

- Jarak Menuju Rumah Sakit Yang Jauh, kondisi ini berkaitan dengan waktu tempuh menuju rumah sakit menjadi lebih lama.
- Kekurangan Kapasitas Tempat Tidur Rumah Sakit, kondisi ini terkait dengan kemudahan pasien untuk segera mendapatkan rumah sakit rujukan yang akan dituju. Dengan kapasitas rumah sakit yang masih rendah, pasien akan kesulitan untuk mendapatkan ruang perawatan apalagi memilih rumah sakit yang diinginkan.

Dua faktor ini selanjutnya dilakukan analisis untuk mencari akar masalah, dimana akar masalah faktor jarak menuju rumah sakit yang jauh dilakukan dengan instrumen *5 why*, sedangkan akar masalah dari faktor kekurangan kapasitas tempat tidur rumah sakit dilakukan dengan menggunakan instrumen *fishbone analysis*.

- Analisis akar masalah dari jarak menuju rumah sakit yang jauh (*5 why*)  
Terdapat dua sub permasalahan yang menjadi penyebab utama jauhnya jarak menuju rumah sakit, yaitu distribusi lokasi rumah sakit dan sedikitnya jumlah rumah sakit. Berdasarkan hasil analisis, yang menjadi akar masalah adalah *belum adanya dokumen Sistem Kesehatan Daerah dan kurangnya pengembangan ekonomi kawasan perdesaan*. Keberadaan sistem kesehatan daerah, dapat memberikan arah dan panduan bagaimana pembangunan kesehatan di daerah secara komprehensif dilaksanakan. Dengan adanya sistem kesehatan daerah, khususnya melalui sub sistem upaya kesehatan; sub sistem sumber daya kesehatan dan sub sistem manajemen, informasi dan regulasi kesehatan serta sub sistem peran serta masyarakat, maka penyediaan fasilitas kesehatan rujukan

dapat diarahkan dan diatur sedemikian rupa sehingga sesuai dengan kebutuhan daerah. Adapun ekonomi perdesaan yang kurang berkembang berkaitan erat dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Rumah sakit swasta dalam menentukan lokasi rumah sakit tentunya akan mencari lokasi yang strategis dengan kepadatan penduduk tinggi serta rodal perekonomian yang tumbuh dengan baik karena akan dapat menjamin kemampuan membayar pelayanan kesehatan atau dengan kata lain memiliki *available to pay (ATP)* yang tinggi. Dengan kebutuhan modal yang besar, pemilik rumah sakit tentunya akan berpikir berkali-kali untuk mendirikan rumah sakit di daerah perdesaan yang penduduknya jarang dan daya beli masyarakat rendah.

**Tabel. 2.1.**

**Tabel Analisis 5 why atas isu permasalahan jarak menuju rumah sakit yang jauh**

ISU PERMASALAHAN	PENYEBAB	AKAR MASALAH	
		I	II
Jarak Menuju Rumah Sakit Yang Jauh	Why 1	Lokasi Rumah Sakit tidak tersebar merata	Jumlah Rumah Sakit Sedikit
	Why 2	Lokasi Rumah Sakit Daerah tidak diarahkan ke wilayah perdesaan tapi tersebar secara linear di bagian Utara	Pengusaha cenderung membangun Rumah Sakit swasta di wilayah perkotaan /pusat pertumbuhan
	Why 3	Pengkajian pengembangan Rumah Sakit Daerah tidak dikaji secara komprehensif	Daya beli atau kemampuan membayar masyarakat kota lebih tinggi
	Why 4	Tidak adanya master plan atau rencana aksi daerah tentang pengembangan fasilitas pelayanan kesehatan	Pertumbuhan ekonomi dan peluang usaha di perkotaan lebih menjanjikan
	Why 5	<b>Belum ada dokumen Sistem Kesehatan Daerah</b>	<b>Kurangnya pengembangan ekonomi kawasan perdesaan</b>

*Sumber data : hasil analisis*

- Analisis akar masalah kekurangan kapasitas tempat tidur rumah sakit (*fishbone*).

Dari hasil analisis *fishbone*, diperoleh bahwa akar permasalahan yang menjadi penyebab kapasitas tempat tidur rumah sakit masih rendah adalah :

- 1) kapasitas keuangan daerah tidak mencukupi (MATERIAL), pendirian rumah sakit memerlukan sumber daya yang besar baik untuk penyediaan tanah, bangunan, alat kesehatan maupun tenaga baik medis dan non medis. Dengan kapasitas fiskal kurang lebih 4 triliun (APBD), jangankan untuk membangun rumah sakit baru, untuk mengembangkan rumah sakit yang adapun masih belum optimal. Mungkin ada alternatif pembiayaan dari DAK, namun itu

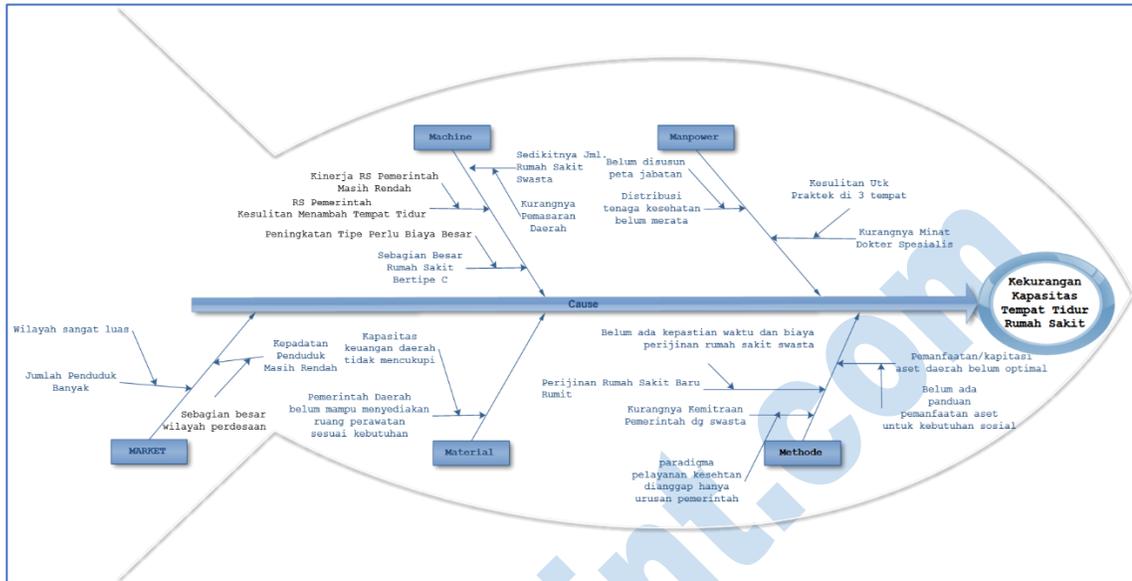
hanya bisa digunakan untuk pembangunan fisik dan alat kesehatan, sementara pengadaan dan gaji pegawai tetap menjadi tanggungan pemerintah daerah.

- 2) kurangnya kemitraan pemerintah dan swasta dalam penyediaan rumah sakit (METHODE), pembangunan kesehatan khususnya pelayanan kesehatan rujukan semestinya tidak hanya dibebankan kepada pemerintah daerah saja, namun perlu adanya kemitraan dengan berbagai pihak. Dengan model *penta helix*, keterlibatan dunia usaha sangat penting bagi peningkatan kapasitas tempat tidur rumah sakit. Kurangnya upaya pemerintah daerah dalam melibatkan sektor swasta misalnya melalui CSR, menyebabkan peran swasta dalam peningkatan kapasitas rumah sakit hingga saat ini belum terlihat. Demikian halnya skema kerjasama pemerintah daerah dengan swasta dalam pemanfaatan maupun penggunaan barang milik daerah (aset) juga belum dibangun dengan baik.
- 3) peningkatan tipe rumah sakit memerlukan biaya besar (MACHINE), peningkatan tipe atau kelas rumah sakit linear dengan kapasitas tempat tidur rumah sakit. Rumah sakit tipe D maksimal hanya dapat menyediakan 50 - 99 tempat tidur, rumah sakit tipe C dapat memiliki 10 – 200 tempat tidur dan rumah sakit tipe B hanya diperkenankan memiliki sampai 250 tempat tidur. Sebaiknya dengan meningkatkan kelas rumah sakit, otomatis akan dapat meningkatkan ketersediaan tempat tidur di rumah sakit, namun hal ini terkendala dengan besarnya yang harus dikeluarkan oleh rumah sakit swasta untuk menambah tempat tidur karena ketersediaan lahan, biaya pembangunan dan penyediaan alat kesehatan. Adapun untuk rumah sakit pemerintah yang sudah ada, penambahan kapasitas tempat tidur masih memerlukan kajian yang lebih detail dan mendalam, karena Bed Occupation Rate (BOR) di dua rumah sakit pemerintah yang sudah ada masih belum tinggi, sehingga penambahan tempat tidur dan ruang perawatan belum dapat segera direalisasikan.
- 4) wilayah administrasi yang sangat luas (MARKET), luasnya wilayah berbanding lurus dengan jumlah penduduk, Kabupaten Indramayu merupakan daerah terluar ketujuh di Propinsi Jawa Barat dengan penduduk kurang lebih 1,9 juta jiwa. Dengan standar rasio 1 : 1.000, tentunya memerlukan jumlah ketersediaan tempat tidur yang banyak.

Gambaran secara lebih detail analisis *fishbone* yang dilakukan adalah sebagaimana terdapat pada gambar dan tabel berikut.

Gambar. 2.1.

Gambar analisis *fishbone* kekurangan kapasitas tempat tidur rumah sakit



Sumber : hasil analisis

Tabel. 2.2.

Skrining akar masalah hasil analisis *fishbone*

No.	FAKTOR	JENIS MASALAH	Apakah Masalah pokok akan terjadi bila faktor tersebut tidak ada?	Apakah eliminasi faktor akan dapat Menimbulkan Masalah pokok?	Apakah Masalah pokok yang sama akan muncul bila faktor tersebut hilang?	KETERANGAN
1	MAN POWER	Dokter Spesialis kesulitan untuk praktek di tiga tempat	TDK	YA	YA	FAKTOR KONSTRIBUSI
2	MAN POWER	Peta jabatan tenaga kesehatan belum disusun	TDK	TDK	YA	FAKTOR KONSTRIBUSI
3	MACHINE	Peningkatan tipe rumah sakit memerlukan biaya besar	TDK	TDK	TDK	AKAR MASALAH
4	MACHINE	Kinerja rumah sakit pemerintah masih rendah	TDK	TDK	TDK	AKAR MASALAH
5	MACHINE	Kurangnya pemasaran potensi rumah sakit swasta di daerah	YA	YA	TDK	FAKTOR KONSTRIBUSI
6	METHODE	Kurangnya kemitraan pemerintah dan swasta dalam penyediaan rumah sakit	TDK	TDK	YA	FAKTOR KONSTRIBUSI
7	METHODE	Belum ada panduan pemanfaatan aset untuk kebutuhan sosial	TDK	YA	YA	FAKTOR KONSTRIBUSI
8	MATERIAL	Kapasitas keuangan daerah tidak mencukupi	YA	TDK	TDK	FAKTOR KONSTRIBUSI
9	MATERIAL	Belum ada kepastian biaya dan waktu perijinan rumah sakit swasta	TDK	TDK	TDK	AKAR MASALAH
10	MARKET	Sebagian besar merupakan wilayah perdesaan	YA	TDK	TDK	FAKTOR KONSTRIBUSI
11	MARKET	Wilayah administrasi yang sangat luas	TDK	TDK	TDK	AKAR MASALAH

Sumber : hasil analisis

### BAB III ALTERNATIF KEBIJAKAN

Rekomendasi dirumuskan diharapkan dapat menjadi solusi baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang bagi pemerintah daerah Kabupaten Indramayu agar keterjangkauan dan kapasitas pelayanan kesehatan rujukan dapat memenuhi standar yang telah ditetapkan sekaligus untuk memberikan pelayanan kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Rekomendasi yang dirumuskan dilakukan dengan mengacu pada akar masalah adalah sebagai mana terdapat pada tabel berikut.

**Tabel. 3.1.**

**Daftar rekomendasi atas akar masalah rendahnya keterjangkauan dan kapasitas pelayanan kesehatan rujukan**

No.	FAKTOR	URAIAN	KETERANGAN	REKOMENDASI
1	MACHINE	Peningkatan tipe rumah sakit memerlukan biaya besar	AKAR MASALAH	Peningkatan kapasitas rumah sakit pemerintah.
2	METHODE	Kurangnya kemitraan pemerintah dan swasta dalam penyediaan rumah sakit	AKAR MASALAH	Menjalin kerjasama pemerintah daerah dengan swasta untuk menyediakan rumah sakit
3	MATERIAL	Kapasitas keuangan daerah tidak mencukupi	AKAR MASALAH	Mendorong pembangunan rumah sakit milik swasta
4	MARKET	Wilayah administrasi yang sangat luas	AKAR MASALAH	Peningkatan Puskesmas menjadi rumah sakit milik daerah
			AKAR MASALAH	Membangun rumah sakit baru milik daerah
5	5 WHY	Belum ada dokumen Sistem Kesehatan Daerah	AKAR MASALAH	Menyusun dokumen sistem kesehatan daerah
6	5 WHY	Kurangnya pengembangan ekonomi kawasan perdesaan	AKAR MASALAH	Mengembangkan pusat-pusat pertumbuhan ekonomi baru di wilayah perdesaan

*Sumber : hasil analisis.*

#### 1. Peningkatan kapasitas rumah sakit pemerintah.

Alternatif ini dapat dilakukan dengan melalui penambahan kapasitas tempat tidur rumah sakit milik pemerintah. Penambahan tempat tidur ini tentunya tidak dapat diberlakukan pada semua rumah sakit milik pemerintah, namun perlu dilihat ketersediaan lahan pada rumah sakit, hal ini dikarenakan bahwa setiap penambahan kapasitas tempat tidur menuntut adanya penambahan bangunan rumah sakit untuk ruang perawatan. Disamping itu untuk menambah tempat tidur perlu dilakukan kajian atas tingkat okupasi rumah sakit terlebih dahulu. Penambahan tempat tidur tentunya tidak efektif dan efisien apabila tingkat okupasi rumah sakit masih rendah. Penambahan tempat tidur dan ruang perawatan juga berimplikasi pada penyediaan tenaga kesehatan khususnya tenaga medis dan para medis. Dalam hal pembiayaan, peningkatan kapasitas tempat tidur dan ruang perawatan ini dapat

dibebankan pada anggaran BLUD rumah sakit maupun APBD dan tidak terlalu memperberat beban APBD.

2. Menjalinkan kerjasama pemerintah daerah dengan swasta untuk menyediakan rumah sakit.

Kerjasama dengan swasta dalam peningkatan kecukupan kapasitas pelayanan rumah sakit di Kabupaten |Indramayu dapat dilakukan melalui beberapa mekanisme, yakni sewa, KSP.

- Penggunaan barang milik daerah untuk dioperasikan oleh pihak lain, dapat dilakukan terhadap barang milik daerah yang berupa rumah sakit untuk dioperasikan oleh pihak lain dalam rangka menjalankan pelayanan umum. Skema ini dapat dilakukan apabila terdapat rumah sakit milik daerah yang tidak dapat dikelola oleh daerah karena berbagai alasan, seperti keberadaan “Rumah Sakit Reysa” yang merupakan hibah dari KPK.
- Pemanfaatan barang milik daerah dalam bentuk KSP (Kerja Sama Pemanfaatan); mekanisme ini akan memberikan manfaat dalam rangka mengoptimalkan daya guna dan hasil guna rumah sakit yang sudah ada sekaligus dapat meningkatkan penerimaan pendapatan daerah.

3. Mendorong pembangunan rumah sakit milik swasta

Alternatif ini merupakan alternatif yang memiliki resiko paling kecil bagi pemerintah daerah. Namun demikian pemerintah daerah tidak memiliki keleluasaan untuk menentukan tipe rumah sakit, lokasi rumah sakit maupun pelayanan kesehatan unggulan yang disediakan oleh rumah sakit. Dalam hal lokasi rumah sakit, pemilik tentu memiliki kecenderungan untuk memilih lokasi yang paling strategis secara bisnis dan dapat dilakukan tanpa mempertimbangkan aspek keterjangkauan pelayanan kesehatan di daerah. Pembangunan rumah sakit swasta cenderung memilih wilayah yang padat dan daya beli masyarakat yang tinggi. Demikian halnya tipe rumah sakit, pemilik tentunya juga lebih mempertimbangkan biaya pembangunan dan pelayanan-pelayanan utama yang akan disediakan. Adapun resiko terhadap pelayanan kesehatan bagi masyarakat khususnya dalam hal pembiayaan, saat ini dapat dikatakan tidak berdampak secara signifikan. Hal ini dikarenakan sebagian besar masyarakat sudah memiliki jampinan pelayanan kesehatan, yang didukung dengan program Universal Health Coverage (UHC).

4. Peningkatan Puskesmas menjadi rumah sakit milik daerah

Peningkatan Puskesmas menjadi rumah sakit dapat dimulai dengan meningkatkan menjadi rumah sakit tipe D terlebih dahulu. Alternatif ini minimal dapat meningkatkan kapasitas ketersediaan tempat tidur anatar 50 sampai dengan 100 buah. Dengan alternatif ini pemerintah daerah dapat menentukan pilihan lokasi secara lebih fleksibel yakni dengan memilih puskesmas yang secara manajemen dan sumber daya yang lebih siap dan berapa pada wilayah yang belum terjangkau oleh

rumah sakit eksisting. Disamping itu sumber daya manusia yang harus disediakan tidak sebanyak dengan membangun rumah sakit baru dari awa, karena tenaga yang ada di Puskesmas dapat dialihkan menjadi tenaga rumah sakit

5. Membangun rumah sakit milik daerah baru

Dengan alternatif ini, pemerintah daerah memiliki keluluasaan yang sangat besar untuk menentukan lokasi dan tipe rumah sakit, sehingga peningkatan penyediaan jumlah tempat tidur dapat dimaksimalkan sesuai dengan tipe rumah sakit dimaka untuk rumah sakit tipe C dapat menambah kapasitas tempat tidur anatar 100 – 199 buah atau sebesar 5% - 10% dari kebutuhan. Sementara apabila rumah sakit yang akan dibangun adalah tipe B, maka akan memberikan kontribusi 200 – 250 tempat tidur atau 10% - 12,5% dari kebutuhan. Demikian halnya dengan pemilihan lokasi, pemerintah daerah dapat lebih leluasa dibandingkan dengan metode peningkatan Puskesmas. Namun demikian pemerintah perlu mengeluarkan biaya yang lebih besar untuk pengadaan atau penyediaan tanah. Kedua metode penyediaan rumah sakit baru ini secara umum akan memberikan beban yang cukup besar terhadap kapasitas fiskal, karena memerlukan biaya yang sangat besar untuk penyediaan rumah sakit baru yang meliputi penyediaan tanah, penyediaan bangunan, penyediaan alat kesehatan dan sumber daya manusia. Waktu yang diperlukan agar rumah sakit dapat dioperasionalkan untuk melayani masyarakatpun ditak dapat direalisasikan dalam waktu yang cepat.

6. Menyusun dokumen sistem kesehatan daerah

Dengan adanya domuen sistem kesehatan daerah, pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan dapat nenentukan kebijakan mengenai distribusi rumah sakit melalui sub sistem Upaya Kesehatan yang didukung dengan regulasi melalui sub sistem Manajemen, Informasi, dan Regulasi Kesehatan. Penyediaan rumah sakit dapat diarahkan pada upaya pemerataan distribusi demikian halnya rekomendasi kapasitas tempat tidur rumah sakit juga dapat diarahkan untuk pemenuhan di daerah-daerah yang belum terjangkau dengan baik oleh rumah sakit.

7. Mengembangkan pusat-pusat pertumbuhan ekonomi baru di wilayah perdesaan

Pengembangan ekonomi perdesaan sangat diperlukan agar muncul pusat-pusat pertumbuhan ekonomi di berbagai daerah yang diharapkan dapat berdampak pada peningkatan pendapatan masyarakat. Dengan munculnya pusat-pusat pertumbuhan baru wi berbagai wilayah perdesaan akan berdampak pada peningkatan kebutuhan fasilitas pelayanan publik, termasuk di dalamnya rumah sakit. Dengan demikian sektor swasta akan dengan sukarela menginvestasikan modalnya untuk membangun rumah sakit baru di daerah tersebut.

Dari ketujuh alternatif kebijakan tersebut, selanjutnya dilakukan skoring untuk menentukan prioritas alternatif kebijakan dengan mempertimbangkan aspek efektifitas, efisiensi serta kemanfaatan dan keberlanjutan secara jangka panjang dengan yang melibatkan beberapa *key person*. Berdasarkan hasil penilaian yang sudah dilakukan, maka prioritas rekomendasi kebijakan yang dapat diambil oleh pemerintah daerah sebagai bahan pertimbangan peningkatan aksesabilitas dan kapastas pelayanan kesehatan rujukan atau rumah sakit adalah sebagai berikut.

**Tabel. 3.2.**  
**Skoring Alternatif Kebijakan**

No.	Alternatif Kebijakan	Efektivitas	Efisiensi	Manfaat Jangka Panjang	Total Skor	RANKING PRIORITAS
		Rata2	Rata2	Rata2		
1	Mendorong pembangunan rumah sakit milik swasta	4.2	5	4.2	13.4	I
2	Menjalin kerjasama pemerintah daerah dengan swasta untuk menyediakan rumah sakit	3.8	3.6	3.8	11.2	II
3	Peningkatan Puskesmas menjadi rumah sakit milik daerah	3.4	2.2	4.2	9.8	III
4	Peningkatan kapasitas rumah sakit pemerintah.	3	2.8	3.6	9.4	IV
5	Mengembangkan pusat-pusat pertumbuhan ekonomi baru di wilayah perdesaan	2.8	2.8	3.6	9.2	V
6	Menyusun dokumen sistem kesehatan daerah	3	2.2	3.8	9	VI
7	Membangun rumah sakit baru milik daerah	2	1	4	7	VII

*Sumber : hasil analisis*

Selanjutnya berdasarkan hasil analisis skoring alternatif kebijakan di atas, 3 kebijakan dengan skor tertinggi dapat dijadikan pilihan yang dipertimbangkan oleh pemerintah daerah untuk jangka pendek.

Pertama, kebijakan mendorong pembangunan rumah sakit milik swasta memiliki skor tertinggi. Alternatif ini dinilai paling efektif, karena pembangunan rumah sakit swasta dinilai dapat direalisasikan lebih cepat dibandingkan rumah sakit pemerintah. Disamping itu penyediaan rumah sakit dilihat di kalangan pelaku usaha sebagai bisnis yang sangat menjanjikan dan terbuka lebar baik untuk jangka

pendek maupun jangka panjang. Alternatif ini juga dinilai paling efektif karena tidak membebani anggaran pemerintah daerah. Sedangkan penilaian kemanfaatan jangka panjang, dilihat bahwa ke depan fungsi pemerintah lebih ditekankan pada fungsi sebagai regulator dan pengawasan, sehingga peran pemerintah akan semakin kecil. Keberadaan rumah sakit swasta juga dapat memberikan dampak pada peningkatan kualitas pelayanan kesehatan seiring dengan semakin tingginya persaingan antar rumah sakit. Adapun resiko penurunan aksesibilitas dalam hal pembiayaan, dengan adanya kebijakan pemerintah berupa UHC (*Universal Health Coverage*) yang diikuti dengan jaring pengaman sosial berupa Jaminan Kesehatan Nasional bagi masyarakat tidak mampu, maka permasalahan yang terkait dengan ATP (*Availabel To Pay*) pelayanan kesehatan dapat diminimalisir. Namun demikian kebijakan ini hendaknya diikuti dengan kebijakan daerah pembangunan iklim investasi berupa kemudahan dan kepastian waktu, biaya dan prosedur perijinan serta jaminan keamanan dan ketertiban, insentif daerah untuk operasional rumah sakit misalnya subsidi biaya air PDAM.

Alternatif kedua yang dapat dipertimbangkan adalah dengan menjalin kerjasama dengan pihak swasta, hal didasarkan selain pada kemampuan anggaran pemerintah daerah untuk menyediakan rumah sakit baru, juga kondisi saat ini dimana sudah ada 3 rumah sakit milik daerah yang 2 di antaranya belum dapat berjalan dengan maksimal. Kondisi ini dapat menjadi indikasi bahwa kemampuan daerah untuk menangani rumah sakit yang ada masih rendah. Disamping itu pada saat ini juga terdapat 1 rumah sakit yang berupa hibah dari KPK dalam kondisi non aktif yang menuntut penanganan segera. Terkait dengan hal tersebut, maka pemanfaatan rumah sakit non aktif ini dinilai paling efektif dan efisien apabila dilakukan dengan mekanisme kerjasama dengan pihak ketiga. Dengan mekanisme ini secara jangka panjang pemerintah daerah juga diuntungkan dengan adanya sumber pendapatan baru sekaligus peningkatan aksesibilitas dan kapasitas tempat tidur dapat dilakukan dengan waktu yang relatif lebih cepat. Untuk menjamin keamanan pemanfaatan aset atau BMD (Barang Milik Daerah) rumah sakit non aktif ini, pemerintah daerah perlu mengantisipasi dengan menyusun *blue print* ataupun panduan pemanfaatan BMD yang menacu pada dan Permendagri No. 19 Tahun 2016 Tentang Pedoman Pengelolaan Barang Milik Daerah dan Permendagri No. 7 tahun 2024 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2016 Tentang pedoman Pengelolaan barang Milik Daerah.

Kebijakan ketiga yang dapat dipertimbangkan adalah meningkatkan puskesmas menjadi rumah sakit umum daerah. Kebijakan ini dinilai memiliki efektivitas dan kemanfaatan jangka panjang yang baik namun rendah dalam hal efisiensi. Ketidakefisienan dalam hal pembiayaan, masih dapat diatasi

dengan mencari pembiayaan pembangunan dari sumber lain seperti APBD provinsi maupun APBN, namun beban untuk menyediakan SDM dan biaya operasional masih tetap menjadi hambatan bagi pemerintah daerah. Adapun terkait mengenai dampak terhadap berkurangnya fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama sudah teratasi dengan banyaknya klinik/klinik kesehatan milik swasta. Agar kebijakan ini dapat dilaksanakan dan menjadi perhatian dan memiliki dasar hukum bagi pemerintah daerah, maka perlu dimasukkan sebagai RKP (Rencana Kebijakan dan Program) daerah dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah dan dituangkan pula dalam Rencana Strategi Dinas Kesehatan.

Masrudipoint.com

## Daftar Pustaka

1. Atmawikarta, Arum, "Investasi Kesehatan Untuk Pembangunan Ekonomi", Sumber : [www.bappenas.go.id/get-file-server/node/8547/](http://www.bappenas.go.id/get-file-server/node/8547/), Diakses tanggal 17 Juni 2013.
2. Azis J, Iwan, et.al, 2010, *Pembangunan Berkelanjutan: Peran dan Kontribusi Emil Salim*, Gramedia, Jakarta.
3. Azwar, Azrul, 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Binarupa Aksara, Jakarta.
4. *Berkenalan Dengan GIS Untuk Aplikasi Perencanaan Kota*, Endarwati, MC, Jurnal Sabua Vol.3, No.3: 50-55, Tahun 2011.
5. Jasseh, Mahmoudu, et.al, 2009, Acces to Health Care and Mortality of Children Under 5 Year Age In Gambia :a Case Contol Study, Bulletin of World Health Organization, 08.052175.BLT/10.2475:doi.224-87:216.
6. Dicky Nofriansyah, Citrawati Jatiningrum, Muhammad Noor Hasan Siregar, dkk, *Bisnis Online: Strategi dan Peluang Usaha*, (Medan: Yayasan Kita Menulis, 2020), hlm. 27. 5 Ibid., hlm. 353.
7. Mita Apriana, Iwan Rudiarto, 2020. Penentuan pusat pelayanan perkotaan di kota Tanjungpinang, Jurnal Tunas Geografi Vol. 09 No. 01 2020, <http://jurnal.unimed.ac.id/2012/index.php/tgeo> e-ISSN: 2622-9528 p-ISSN: 2301-606X
8. Nurbeti, Maftuhah, et.al, 2012, *Ilmu Kesehatan Masyarakat Untuk Kompetensi Dokter Umum*, Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta.
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2016, tentang Pedoman Pengelolaan Barang Milik Daerah.
10. Peraturan Menteri Hukum dan HAM Nomor 34 tahun 2016 tentang Kriteria Daerah Kabupaten/Kota Peduli Hak Asasi Manusia
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 tahun 2024 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2016 Tentang pedoman Pengelolaan barang Milik Daerah.
12. Prahasta, Eddy, 2011, *Tutorial ArcGIS Untuk Bidang Geodesi dan Geomatika*, Bandung; Informatika.
13. Rustiadi, Ernan et.al, 2011. *Perencanaan dan Pengembangan Wilayah*, Crestpent Press dan Yayasan Obor Indonesia, Jakarta.
14. *Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta; Kementrian Kesehatan, 2009

15. Supariasa, Nyoman, 2001. *Penilaian Status Gizi*, EGC.
16. Tjptoherijanto, Prijono dan Soesetyo Budi, 1994 *Ekonomi Kesehatan*, Rineka Cipta. Jakarta.

Masrudipoint.com

Lampiran 1.

Tabel Perhitungan Buffer Jangkauan Peayanan Rumah Sakit Berdasar Kapasitas Tempat Tidur

Jenis Sarana Kesehatan	Rasio Sarana Terhadap Jumlah Penduduk	Kepadatan Penduduk/ km <sup>2</sup>	Jangkauan Sarana Kesehatan (Km <sup>2</sup> )	Jari-Jari <sup>2</sup> (Km)	Jari-Jari (Km)
Rumah Sakit	240,000	912.00	263.1579	83.8082	9.1547

No.	NAMA RUMAH SAKIT	KAPASITAS TT	KETERANGAN	JARAK DENGAN BOBOT SAMA (KM)	BOBOT	JANGKAUAN DG BOBOT PROPORSIONAL (KM)
1	2	3	4	6	5	7
1	RSUD INDRAMAYU	388	240	9.15	1.62	14.79
2	RSUD MA SENTOT	191	240	9.15	0.80	7.28
3	RS BHAYANGKARA	107	240	9.15	0.45	4.08
4	RS MM	110	240	9.15	0.46	4.19
5	RS PERTAMINA BALONGAN	50	240	9.15	0.21	1.91
6	RSUD MIS	101	240	9.15	0.42	3.85
7	RS AL IRSYAD	24	240	9.15	0.10	0.92
8	RS MITRA WIDASARI	180	240	9.15	0.75	6.86
9	RS SENTRA MEDIKA	104	240	9.15	0.43	3.97
10	RS ZAM-ZAM	51	240	9.15	0.21	1.94
11	RS MITRA PATROL	100	240	9.15	0.42	3.81
JUMLAH		1,406.0				

Lampiran 2.

Lembar kerja skoring kebijakan peningkatan aksesabilitas dan kapasitas pelayanan kesehatan rujukan

No.	Alternatif Kebijakan	Efektivitas						Efisiensi						Manfaat Jangka Panjang					Total Skor	RANKING PRIORITAS		
		KP1	KP2	KP3	KP4	KP5	Rata2	KP1	KP2	KP3	KP4	KP5	Rata2	KP1	KP2	KP3	KP4	KP5			Rata2	
1	Mendorong pembangunan rumah sakit milik swasta	5	4	4	4	4	4.2	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4.2	13.4	I
2	Menjalinkan kerjasama pemerintah daerah dengan swasta untuk menyediakan rumah sakit	4	5	3	4	3	3.8	3	3	4	4	3.6	4	4	3	5	4	3	3	3.8	11.2	II
3	Peningkatan kapasitas rumah sakit pemerintah.	4	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2.8	5	4	3	4	2	2	3.6	9.4	IV	
4	Peningkatan Puskesmas menjadi rumah sakit milik daerah	4	3	3	3	4	3.4	2	2	2	2	2.2	4	4	4	4	5	4	4.2	9.8	III	
5	Membangun rumah sakit baru milik daerah	1	2	2	2	3	2	1	1	1	1	1	4	5	4	3	4	4	4	7	VII	
6	Menyusun dokumen sistem kesehatan daerah	3	3	2	4	3	3	2	2	2	3	2.2	4	4	3	4	4	4	3.8	9	VI	
7	Mengembangkan pusat-pusat pertumbuhan ekonomi baru di wilayah perdesaan	2	3	3	3	3	2.8	3	3	3	2	2.8	3	4	4	4	3	3	3.6	9.2	V	

Bukti Publikasi.

← → ↻

[HOME](#) [PROFIL](#) [UNIT KERJA](#) [DOWNLOAD](#) [PERMOHONAN](#) [BERITA](#) [KONTAK](#)

## Dokumen

Display  downloads per page

Nama Dokumen	Kategori	Tanggal Upload	Download
Policy Paper – STRATEGI KEBIJAKAN PENINGKATAN KETERJANGKAUAN DAN KAPASITAS PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN DI KABUPATEN INDRAMAYU 1  0 download	Dokumen	26 Mei 2025	<a href="#">Download</a>

Masrudipoint