

Jurnal Ilmu Sosial
Mamangan
Program Studi Pendidikan Sosiologi STKIP PGRI Sumatera Barat

Jurnal Ilmu Sosial Mamangan
Volume 5, Nomor 2, Juli-Desember 2016

Perolehan Pelayanan Dasar Kesehatan Di Kota Pekanbaru, Propinsi Riau, Propinsi Riau

Penulis : Trio Saputra & Perbriana Marlinda

Sumber : Jurnal Ilmu Sosial Mamangan, Volume 5, Nomor 2, Juli-Desember 2016

Diterbitkan Oleh : Laboratorium Pendidikan Sosiologi, STKIP PGRI Sumatera Barat

Untuk Mengutip Artikel ini :

Saputra, Trio & Pebriana Marlinda, 2016. *Perolehan Pelayanan Dasar Kesehatan Di Kota Pekanbaru, Propinsi Riau*. Jurnal Ilmu Sosial Mamangan, Volume 5, Nomor 2, Juli Desember 2016: 79-88.

Copyright © 2016, Jurnal Ilmu Sosial Mamangan
ISSN : 2301-8496 (*Print*), ISSN : 2503-1570 (*Online*)

Laboratorium Pendidikan Sosiologi
STKIP PGRI Sumatera Barat



Perolehan Pelayanan Dasar Kesehatan Di Kota Pekanbaru, Propinsi Riau

Trio Saputra¹, Pebriana Marlinda²

¹Universitas Lancang Kuning
Email : trio_saputra@unilak.ac.id

²Universitas Lancang Kuning
Email : pebrianamarlinda@unilak.ac.id

ABSTRACT

Minimum service standards hereinafter abbreviated SPM is a provision of the type and quality of basic services that are obligatory area obtained every citizen is entitled to a minimum. Minimum Service Standards health sector Health hereinafter referred SPM is a benchmark performance of health services, held the Regency/City. Health decentralization in Indonesia has been implemented since 2001. Basic health services Pekanbaru City can not be said to be good. Total availability of medical personnel and doctors are not proportional to the population. Distribution of medical personnel and doctors uneven per-districts in the city of Pekanbaru. Besides the availability of health centers, polyclinics and sub districts are also uneven. Pekanbaru city has not had a referral hospital, although their Arifin Achmad.

Keywords: *Health Basic, Basic Service Achievement, Public Service*

ABSTRAK

Standar pelayanan minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan selanjutnya disebut SPM Kesehatan adalah tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan Daerah Kabupaten/Kota. Desentralisasi kesehatan di Indonesia telah dilaksanakan sejak tahun 2001. Pelayanan kesehatan dasar Kota Pekanbaru belum dapat dikatakan baik. Jumlah ketersediaan tenaga medis dan dokter tidak sebanding dengan jumlah penduduk. Distribusi tenaga medis dan dokter yang tidak merata per-kecamatan di Kota Pekanbaru. Selain itu ketersediaan Puskesmas, Poliklinik dan Pustu kecamatan juga tidak merata. Kota Pekanbaru belum memiliki rumah sakit rujukan, kendati adanya RSUD Arifin Achmad.

Kata kunci : Kesehatan Dasar, Perolehan Pelayanan Dasar, Pelayanan Publik

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan salah satu dari hak asasi manusia, seperti termasuk dalam UUD 1945. Dalam UUD 1945 juga dinyatakan

bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Kesehatan sebagai hak

asasi manusia, mengandung suatu kewajiban untuk menyehatkan yang sakit dan berupaya mempertahankan yang sehat untuk tetap sehat. Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Hal ini melandasi pemikiran bahwa sehat adalah investasi.

Kesehatan sebagai investasi sangat berkaitan dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau Human Development Index (HDI). Saat ini kualitas pertumbuhan pembangunan bangsa Indonesia belum menggembirakan. Laporan UNDP 2005 menempatkan Indonesia berada pada urutan ke 110 dari 177 negara, di mana hanya satu tingkat di atas Uzbekistan dan dua tingkat di bawah Vietnam. Sebagai negara yang menganut sistem negara kesatuan (unitarisme), maka pembangunan kesehatan daerah merupakan satu sub sistem dari Pembangunan Kesehatan Nasional.

Standar pelayanan minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan selanjutnya disebut SPM Kesehatan adalah tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan Daerah Kabupaten/Kota (Saputra, Marlinda, & Sufi, 2016).

Desentralisasi kesehatan di Indonesia telah dilaksanakan sejak tahun 2001. Bentuk dari otonomi daerah dengan mewujudkan pemerintah yang demokratis, dan untuk mempercepat peningkatan layanan yang diberikan pemerintah daerah kepada masyarakat, pada kenyataannya masih belum berjalan sesuai dengan harapan (Saputra & Herianto, 2014). Hasil penelitian (Hasjimzum, 2009) mengatakan birokrasi belum optimal memberikan pelayanan yang sesuai dan tepat kepada masyarakat sehingga kualitas pelayanan publik masih rendah, untuk memperoleh pelayanan yang sesuai oleh masyarakat pemerintah dalam mengambil kebijakan melalui partisipasi masyarakat yang merupakan dasar demokrasi.

Menurut (Larasati, 2008) Pemberian ruang partisipasi kepada warga masyarakat untuk ikut serta menetapkan dan perumusan kebijakan penyelenggaraan pelayanan publik, akan mengakomodasi berbagai tuntutan warga masyarakat, yang dengan demikian

juga sejalan dengan perkembangan kehidupan demokrasi yang berkembang di dalam kehidupan masyarakat, yang pada gilirannya akan memungkinkan terbangunnya komitmen yang terkonstruksi dalam hubungan hukum antara penyelenggara pelayanan yang kian responsif dan warga masyarakat yang kian bersikap partisiatif.

Selanjutnya (Budhiarto, Suryono, & Makmur, 2013) menyebutkan pendekatan dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang menempatkan pengguna layanan sebagai pusat pelayanan. Artinya kebutuhan dan kepentingan pengguna layanan harus menjadi pertimbangan utama dalam keseluruhan proses penyelenggaraan pelayanan publik, Penerapan strategi *Citizen Charter* atau dalam istilah lainnya adalah “Kontrak Pelayanan”.

Pelayanan kesehatan melalui standar pelayanan minimal kesehatan yang menjadi tolok ukur kinerja kesehatan. Pertanyaannya adalah: apakah kebijakan ini telah meningkatkan status kesehatan masyarakat? Apakah telah mampu meningkatkan kapasitas lembaga di sektor kesehatan dan peningkatan perhatian pemerintah daerah di sektor kesehatan. Konsep dasar dalam manajemen kesehatan

Beberapa defenisi manajemen dapat diuraikan sebagai berikut :

- a. Manajemen adalah pencapaian tujuan-tujuan yang telah ditentukan dengan *menggunakan orang lain* (Terry, 2010)
- b. Manajemen adalah proses dimana pelaksanaan dari suatu tujuan *diselenggarakan dan diawasi* (Encyclopaedia of sosial sciences)
- c. Manajemen membuat tujuan tercapai melalui *kegiatan-kegiatan orang lain dan fungsi-fungsinya* dapat dipecahkan sekurang-kurangnya 2 tanggung jawab utama (perencanaan dan pengawasan)
- d. Manajemen adalah suatu proses yang dilakukan oleh satu orang/lebih untuk *mengkoordinasikan* kegiatan-kegiatan orang lain guna mencapai hasil (tujuan) yang tidak dapat dicapai oleh hanya satu orang saja. (Evancevich)

Dari batasan-batasan tersebut di atas dapat diambil suatu kesimpulan umum bahwa “ *Manajemen adalah suatu kegiatan untuk mengatur orang lain guna mencapai*

suatu tujuan atau menyelesaikan pekerjaan.” Apabila batasan ini diterapkan dalam bidang kesehatan masyarakat dapat dikatakan sebagai berikut :

“Manajemen kesehatan adalah suatu kegiatan atau suatu seni untuk mengatur para petugas kesehatan dan nonpetugas kesehatan guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan.”

Dengan kata lain manajemen kesehatan masyarakat adalah penerapan manajemen umum dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat sehingga yang menjadi objek dan sasaran manajemen adalah sistem pelayanan kesehatan masyarakat (Saputra et al., 2016)

Perbandingan beberapa fungsi manajemen menurut 4 tokoh

Tokoh	Fungsi manajemen
George Terry	Planning, Organizing, Actuating, Controlling
L. Gullick	Planning, Organizing, Staffing, Directing, Coordinating, Reporting, Budgetting
H. Fayol	Planning, Organizing, Commanding, Coordinating, Controlling
Koonzt O’ Donnel	Planning, Organizing, Staffing, Directing, Controlling

Planning (*perencanaan*) adalah sebuah proses yang dimulai dengan merumuskan tujuan organisasi sampai dengan menetapkan alternative kegiatan untuk pencapaiannya.

Organizing (*pengorganisasian*) adalah rangkaian kegiatan manajemen untuk menghimpun semua sumber daya (potensi) yang dimiliki oleh organisasi dan memanfaatkannya secara efisien untuk mencapai tujuan organisasi.

Actuating (*directing, commanding, motivating, staffing, coordinating*) atau fungsi penggerakan pelaksanaan adalah proses bimbingan kepada staff agar mereka mampu bekerja secara optimal menjalankan tugas-tugas pokoknya sesuai dengan ketrampilan yang telah dimiliki, dan dukungan sumber daya yang tersedia.

Controlling (*monitoring*) atau pengawasan dan pengendalian (wasdal) adalah proses untuk mengamati secara terus menerus pelaksanaan kegiatan sesuai dengan rencana kerja yang sudah disusun dan

mengadakan koreksi jika terjadi penyimpangan.

Sumber kegiatan sektor kesehatan (1) Pemerintah, yaitu APBN yang disalurkan ke daerah dalam bentuk Dana Alokasi Umum dan Dana Alokasi Khusus. Dengan diberlakukannya otonomi daerah, porsi dana sektor kesehatan yang bersumber dari APBN menurun. Pemerintah pusat juga masih tetap membantu pelaksanaan program kesehatan di daerah melalui bantuan dana dekonsentrasi khususnya untuk pemberantasan penyakit menular. (2) APBD yang bersumber dari PAD (Pendapatan Asli Daerah) baik yang bersumber dari pajak, atau penghasilan Badan Usaha Milik Pemda. Mobilisasi dana kesehatan juga bisa bersumber dari masyarakat dalam bentuk asuransi kesehatan, investasi pembangunan sarana pelayanan kesehatan oleh pihak swasta dan biaya langsung yang dikeluarkan oleh masyarakat untuk perawatan kesehatan. Dana pembangunan kesehatan yang diserap oleh berbagai sektor harus dibedakan dengan dana sektor kesehatan yang diserap oleh Dinas kesehatan. (3) Bantuan luar negeri, dapat dalam bentuk hibah (*grant*) atau pinjaman (*loan*) untuk investasi atau pengembangan pelayanan kesehatan.

Asuransi kesehatan

Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari asuransi kesehatan merupakan salah satu cara yang terbaik untuk mengantisipasi mahalnya biaya pelayanan kesehatan. *Alasannya* antara lain: (1) Pemerintah dapat mendiversifikasi sumber-sumber pendapatan dari sektor kesehatan. (2) Meningkatkan efisiensi dengan cara memberikan peran kepada masyarakat dalam pembiayaan pelayanan kesehatan (3) Memeratakan beban biaya kesehatan menurut waktu dan populasi yang lebih luas sehingga dapat mengurangi resiko secara individu.

Asuransi kesehatan adalah suatu mekanisme pengalihan resiko sakit dari resiko perorangan menjadi resiko kelompok. Dengan cara mengalihkan resiko individu menjadi resiko kelompok, beban ekonomi yang harus dipikul oleh masing-masing peserta asuransi akan lebih ringan tetapi mengandung kepastian karena memperoleh jaminan. Unsur-unsur asuransi kesehatan : (1) Ada perjanjian, (2) Ada pemberian perlindungan (3) Ada pembayaran premi oleh masyarakat

Jenis asuransi kesehatan yang berkembang di Indonesia (1) Asuransi kesehatan sosial (*Sosial Health Insurance*) Contoh : PT Askes untuk PNS dan penerima pensiun dan PT Jamsostek untuk tenaga kerja swasta. (2) Asuransi kesehatan komersial perorangan (*Private Voluntary Health Insurance*) Contoh: Lippo Life, BNI Life, Tugu Mandiri, Takaful, dll. (3) Asuransi kesehatan komersial kelompok (*Regulated Private Health Insurance*) Contoh : produk Asuransi Kesehatan Sukarela oleh PT Askes.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian ini menggunakan studi literatur, dengan mengumpulkan data skunder yang diperoleh dari peraturan perundang-undangan, Jurnal, media masa, dan sumber lain yang berhubungan dengan obyek yang diteliti. Hal ini diperlukan sebagai sumber yang dapat dipertanggung jawabkan dan legitimasi hukum. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisa data kualitatif menjelaskan tentang analisis data kuanlitatif (Saputra & Utami, 2017). Data itu mungkin telah dikumpulkan dalam aneka macam cara (observasi, wawancara, intisari dokumen) dan bila diproses kira-kira sebelumnya digunakan (melalui pencatatan, pengetikan, penyutingan, atau alat- alat tulis), Peneliti berusaha untuk menganalisa dan mencari makna dari data yang telah dikumpulkan melalui pencarian pola, tema, hubungan persamaan, hal-hal yang sering timbul dan sebagainya, yang dituangkan dalam kesimpulan yang masih bersifat tentatif, akan tetapi dengan bertambahnya data melalui proses verifikasi secara terus menerus, maka diperoleh kesimpulan bersifat (*grounded*).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Di era globalisasi tahun 2020 mendatang, *kesehatan kerja* merupakan salah satu pra syarat yang ditetapkan dalam hubungan ekonomi perdagangan barang dan jasa antar negara yang harus dipenuhi oleh

seluruh negara anggotanya (Lawang, 2014), termasuk bangsa Indonesia. Untuk mengantisipasi hal tersebut serta mewujudkan perlindungan masyarakat pekerja Indonesia telah ditetapkan Visi Indonesia Sehat 2015 yaitu gambaran masyarakat Indonesia di masa depan, yang penduduknya hidup dalam lingkungan dan perilaku sehat, memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat *kesehatan* yang setinggi-tingginya. Kesehatan memegang posisi sentral, karena tanpa kesehatan tidak mungkin seseorang dapat meningkatkan produktifitas. Dalam menghadapi era globalisasi saat ini, dibutuhkan sumber daya manusia yang berkualitas sehingga dapat bersaing dan dapat meningkatkan tingkat produktifitas dan efisiensi.

Peningkatan produktifitas melalui kebutuhan dasar kesehatan tidak secara otomatis diterjemahkan ke dalam demand atau permintaan pelayanan kesehatan. Kebutuhan kesehatan juga ditentukan oleh pola penyakit yang diderita oleh masing-masing individu. Permintaan pelayanan kesehatan yang ditentukan oleh diagnosa klinik sangat dipengaruhi pula oleh tenaga kesehatan yang profesional (Massie, 2013).

a. Rasio Posyandu per Satuan Balita.

Rasio Posyandu per-Satuan Balita merupakan jumlah Posyandu untuk setiap 1000 orang balita. Tabel 1 menunjukkan bahwa rasio jumlah Posyandu Per 1000 orang balita pada periode 2007-2011 adalah 5 buah. Jumlah posyandu selalu bertambah dari 573 buah pada tahun 2007 menjadi 602 buah pada tahun 2011. Penambahan jumlah Posyandu dimaksudkan untuk mengantisipasi pertambahan jumlah bayi dari tahun ke tahun, dan ini cukup efektif sehingga persentase jumlah Posyandu dapat dipertahankan diatas 5 per-1000 balita

Tabel 1

Jumlah Posyandu dan Balita Kota Pekanbaru Tahun 2007 s.d 2011

No	Uraian	2007	2008	2009	2010	2011
1	Jumlah Posyandu	573	584	584	598	602
2	Jumlah Balita	103.372	112.083	111.860	107.963	111.725
3	Rasio	5,54	5,21	5,22	5,54	5,39

Sumber : Dinas Kesehatan Pekanbaru, 2012

Tabel 2
Jumlah Posyandu dan Balita Menurut Kecamatan Tahun 2011 Kota Pekanbaru

No	Kecamatan	Jumlah Posyandu	Jumlah Balita	Rasio
1	Bukit Raya	57	11.439	4,98
2	Marpoyan Damai	72	15.643	4,60
3	Tampan	67	21.113	3,17
4	Sukajadi	54	5.871	9,20
5	Pekanbaru Kota	34	3.119	10,90
6	Sail	24	2.668	9,00
7	Lima Puluh	30	5.144	5,83
8	Tenayan Raya	82	15.326	5,35
9	Senapelan	40	4.534	8,82
10	Rumbai Pesisir	64	8.051	7,95
12	Rumbai	42	8.042	5,22
13	Payung Sekaki	36	10.775	3,34
14	Pekanbaru	602	111.725	5,39

Sumber: Dinas Kesehatan Pekanbaru, 2012

b. Rasio Puskesmas, Poliklinik dan Pustu per-Satuan Penduduk

Rasio puskesmas, poliklinik dan pustu persatuan penduduk adalah ketersediaan puskesmas, poliklinik dan pustu untuk setiap 1000 orang penduduk. Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa rasio puskesmas, poliklinik dan pustu terhadap 1000 penduduk cenderung tetap, yaitu berturut-turut 0,02; 0,28 dan 0,04. Namun dengan bertambahnya penduduk setiap

tahunnya, maka perlu menambah jumlah puskesmas, poliklinik dan pustu, paling tidak untuk mempertahankan rasio ketersediaannya persatuan penduduk. Tabel 3 menunjukkan bahwa distribusi setiap kecamatan pada 2011 masih belum merata. Rasio ketersediaan poliklinik di kecamatan di Pekanbaru Kota memiliki Rasio yang tinggi, sebesar 0,64 sedangkan kecamatan Rumbai hanya 0,11.

Tabel 3
Jumlah Puskesmas, Poliklinik dan Pustu Tahun 2007 s.d 2011 Kota Pekanbaru

No	Uraian	2007	2008	2009	2010	2011
1	Jumlah Puskesmas	17	19	19	19	19
2	Jumlah Poliklinik	216	225	245	254	254
3	Jumlah Pustu	34	32	32	33	33
4	Jumlah Penduduk	771.429	799.213	802.788	897.768	902.464
5	Rasio Puskesmas persatuan penduduk	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
6	Rasio Poliklinik Persatuan Penduduk	0,28	0,28	0,30	0,28	0,28
7	Rasio Pustu persatuan penduduk	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04

Sumber: Dinas Kesehatan Pekanbaru, 2012

Tabel 4
Jumlah Posyandu dan Balita Menurut Kecamatan Tahun 2011 Kota Pekanbaru

No	Kecamatan	Jumlah Penduduk	Puskesmas		Poliklinik		Pustu	
			Jumlah	Rasio	Jumlah	Rasio	Jumlah	Rasio
1	Bukit Raya	92.395	1	0,01	47	0,50	3	0,03
2	Marpoyan Damai	126.355	2	0,02	26	0,21	4	0,03
3	Tampan	170.543	3	0,02	35	0,21	2	0,01
4	Sukajadi	47.420	2	0,04	21	0,44	1	0,02
5	Pekanbaru Kota	25.193	1	0,04	16	0,64	1	0,04
6	Sail	21.550	1	0,05	5	0,23	2	0,09
7	Lima Puluh	41.549	1	0,02	9	0,22	4	0,10

8	Tenayan Raya	123.799	2	0,02	30	0,24	5	0,04
9	Senapelan	36.625	1	0,03	9	0,25	2	0,05
10	Rumbai Pesisir	65.036	2	0,03	17	0,26	5	0,08
11	Rumbai	64.961	3	0,05	7	0,11	2	0,03
12	Payung Sekaki	87.038	1	0,01	32	0,37	2	0,02
13	Pekanbaru	902.464	19	0,02	254	0,28	33	0,04

Sumber: Dinas Kesehatan Pekanbaru, 2012

- c. Rasio Rumah Sakit per-satuan Penduduk
Rasio rumah sakit per-satuan penduduk adalah ketersediaan rumah sakit setiap 1000 orang penduduk. Jumlah rumah sakit dan rasio ketersediaannya per 1000 penduduk di Kota Pekanbaru dari Tahun 2007 sampai 2011 dapat dilihat pada tabel 4. Pada tabel tersebut dapat dilihat bahwa

jumlah rumah sakit di Kota Pekanbaru setiap tahunnya bertambah (dari 14 unit pada tahun 2007 menjadi 22 unit pada tahun 2011). Penambahan jumlah rumah sakit ini seiring dengan bertambahnya jumlah penduduk, sehingga rasio rumah sakit terhadap 1000 orang penduduk selalu tetap, yaitu sebesar 0,02 pada tahun 2007 sampai dengan 2011.

Tabel 5
Jumlah Rumah Sakit per- Satuan Penduduk Tahun 2007 s.d 2011 Kota Pekanbaru

No	Uraian	2007	2008	2009	2010	2011
1	Jumlah Rumah Sakit	14	16	18	21	22
2	Jumlah Penduduk	771.429	799.213	802.788	897.768	902.464
3	Rasio	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02

Sumber: Dinas Kesehatan Pekanbaru, 2012

Tabel 6
Jumlah Rumah Sakit per-Satuan Penduduk Tahun 2011
Menurut Kecamatan- Kota Pekanbaru

No	Kecamatan	Jumlah Rumah Sakit	Jumlah Penduduk	Rasio
1	Bukit Raya	1	92.395	0,01
2	Marpoyan Damai	6	126.355	0,05
3	Tampan	1	170.543	0,006
4	Sukajadi	4	47.420	0,08
5	Pekanbaru Kota	3	25.193	0,12
6	Sail	4	21.550	0,19
7	Lima Puluh	0	41.549	0
8	Tenayan Raya	0	123.799	0
9	Senapelan	1	36.625	0,03
10	Rumbai Pesisir	0	65.036	0
12	Rumbai	0	64.961	0
13	Payung Sekaki	2	87.038	0,02
14	Pekanbaru	22	902.464	0,02

Sumber: Dinas Kesehatan Pekanbaru, 2012

- d. Rasio Dokter per-Satuan Penduduk
Rasio dokter per-satuan penduduk menunjukkan jumlah ketersediaan dokter untuk setiap 1000 orang penduduk. Tabel 7 menunjukkan jumlah dokter

dengan rasio ketersediaannya per-1000 penduduk di Kota Pekanbaru dari Tahun 2007 sampai 2011. Pada tabel tersebut dapat dilihat bahwa jumlah dokter dan rasio dokter dari tahun ke tahun

meningkat. Pada tahun 2007, jumlah dokter di Kota Pekanbaru sebanyak 570 orang, meningkat dari 0,7 pada tahun 2007 menjadi 1,1 pada tahun 2011. Artinya pada tahun 2011 terdapat lebih dari 1 orang dokter untuk 1000 orang penduduk.

Distribusi dokter perkecamatan di Pekanbaru pada tahun 2011 per-1000

penduduk tidak merata antar kecamatan. Misalnya di kecamatan Kota, dengan rasio sebesar 7,1, menunjukkan bahwa terdapat lebih dari 7 orang dokter untuk setiap 1000 orang penduduk di Kecamatan Pekanbaru Kota; sedangkan di Kecamatan Tenayan Raya, hanya ada sekitar 1 orang dokter untuk 10.000 orang.

Tabel 7
Jumlah Dokter per-Satuan Penduduk Tahun 2007 s.d 2011 Kota Pekanbaru

No	Uraian	2007	2008	2009	2010	2011
1	Jumlah Dokter	570	680	695	979	979
2	Jumlah Penduduk	771.429	799.213	802.788	897.768	902.464
3	Rasio	0,7	0,9	0,9	1,1	1,1

Sumber: Dinas Kesehatan Pekanbaru, 2012

Tabel 8
Jumlah Dokter per-Satuan Penduduk Tahun 2011 Menurut Kecamatan – Kota Pekanbaru

No	Kecamatan	Jumlah Tenaga Medis	Jumlah Penduduk	Rasio
1	Bukit Raya	99	92.395	5
2	Marpoyan Damai	68	126.355	1,1
3	Tampan	83	170.543	0,5
4	Sukajadi	151	47.420	0,5
5	Pekanbaru Kota	179	25.193	3,2
6	Sail	48	21.550	7,1
7	Lima Puluh	99	41.549	2,2
8	Tenayan Raya	14	123.799	2,4
9	Senapelan	93	36.625	0,1
10	Rumbai Pesisir	45	65.036	2,5
11	Rumbai	18	64.961	0,7
12	Payung Sekaki	82	87.038	0,3
13	Pekanbaru	979	902.464	1,1

Sumber: Dinas Kesehatan Pekanbaru, 2012

e. Rasio Tenaga Medis per-Satuan Penduduk

Rasio tenaga medis per-satuan penduduk adalah menunjukkan jumlah ketersediaan tenaga medis bagi setiap 1000 orang penduduk. Tabel diatas menunjukkan bahwa baik jumlah maupun rasio ketersediaan tenaga medis di Kota Pekanbaru terhadap 1000 orang penduduk dari tahun 2007 sampai tahun 2011 mengalami perubahan (fluktuatif), terutama sekali pada tahun 2010, jumlah tenaga medis yang tersedia hanya 1.215 orang (kurang dari separoh dari tahun sebelumnya). Sementara itu rasio ketersediaan tenaga medis per-1000 penduduk cenderung naik dari tahun

2007 (2,9) sampai tahun 2011 (3,4), kecuali tahun 2010 yang turun cukup drastis sebesar 1,4.

Tabel 9 menunjukkan jumlah dan rasio ketersediaan tenaga medis pada Tahun 2011 pada setiap kecamatan di Kota Pekanbaru. Terlihat bahwa distribusi tenaga medis kurang merata untuk setiap Kecamatan. Dari tabel tersebut juga dapat terbaca bahwa pada 4 Kecamatan (Tampan, Lima Puluh, Tenayan Raya Danpayung Sekaki) hanya ada kurang dari 2 orang tenaga medis untuk 1000 orang penduduk. sedangkan pada 3 kecamatan (Pekanbaru Kota, Sail dan Senapelan), tersedia tenaga medis sekitar 10 orang atau lebih.

Untuk 5 Kecamatan lainnya (Sukajadi, Rumbai, Rumbai Pesisir, Bukit Raya dan Marpoyan Damai), dengan rasio antara 2,4 sampai dengan 6,1 mengindikasikan bahwa

tenaga medis yang tersedia pada tahun 2011 di kelima kecamatan tersebut berkisar antara 2 sampai 6 orang untuk setiap 1000 orang penduduknya.

Tabel 9
Jumlah Tenaga Medis per-Satuan Penduduk Tahun 2007 s.d 2011

No	Uraian	2007	2008	2009	2010	2011
1	Jumlah Tenaga Medis	2.227	2.048	2.708	1.215	3.094
2	Jumlah Penduduk	771,429	799.213	802.788	897.768	902.464
3	Rasio	2,9	2,6	3,4	1,4	3,4

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru, 2012

Tabel 10
Jumlah Tenaga Medis per-Satuan Penduduk Tahun 2011
Menurut Kecamatan –Kota Pekanbaru

No	Kecamatan	Jumlah Tenaga Medis	Jumlah Penduduk	Rasio
1	Bukit Raya	568	92.395	6,1
2	Marpoyan Damai	300	126.355	2,4
3	Tampan	250	170.543	1,5
4	Sukajadi	157	47.420	3,3
5	Pekanbaru Kota	250	25.193	9,9
6	Sail	257	21.550	11,9
7	Lima Puluh	75	41.549	1,8
8	Tenayan Raya	200	123.799	1,6
9	Senapelan	357	36.625	9,7
10	Rumbai Pesisir	330	65.036	5,1
12	Rumbai	225	64.961	3,5
13	Payung Sekaki	125	87.038	1,4
14	Pekanbaru	3094	902.464	3,4

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru, 2012

CAPAIAN PELAYANAN KESEHATAN DASAR

Indikator kinerja pembangunan bidang kesehatan pemerintah Kota Pekanbaru dari tahun 2007 sampai tahun 2011 untuk pelayanan kesehatan ditunjukkan oleh capaian indikator seperti: ; Cakupan Komplikasi Kebidanan yang ditangani; Cakupan Kelurahan UCI; Cakupan Balita Gizi Buruk yang mendapat Perawatan; Cakupan Penemuan dan Penanganan Penderita Penyakit DBD; Cakupan Pelayanan Kesehatan Rujukan Pasien Masyarakat miskin; Cakupan Kunjungan Bayi; Cakupan Puskesmas dan Cakupan Pembantu Puskesmas.

Tabel 11 menunjukkan capaian pelayanan kesehatan dasar beserta pembandingannya (Standar Pelayanan Minimum Nasional disertai dengan target waktu pencapaiannya). Terlihat bahwa

sedikitnya ada 3 indikator (Cakupan Komplikasi Kebidanan yang ditangani; Cakupan Kelurahan UCI; Cakupan Balita Gizi Buruk yang mendapat Perawatan; Cakupan Penemuan dan Penanganan Penderita Penyakit DBD) yang telah melampaui SPM Nasional. Untuk 3 indikator ini diperlukan konsistensi, agar dapat mempertahankan prestasi ini. Sedangkan 2 indikator dengan persentase yang masih rendah dan jauh dibawah SPM Nasional (Cakupan Penemuan dan Penanganan Penderita Penyakit DBD; Cakupan Pelayanan Kesehatan Rujukan Pasien Masyarakat miskin), masih memerlukan usaha yang keras untuk mencapai nilai SPM. Untuk 3 indikator kinerja (Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga medis yang memiliki kompetensi kebidanan, Cakupan Kelurahan UCI dan

Cakupan Kunjungan Bayi), diperlukan konsistensi untuk mencapai dan memperthankan kinerjanya. Dua indikator lain (Cakupan Puskesmas dan Cakupan

Pembantu Puskesmas) tidak memiliki indikator perbandingan (SPM), namun menunjukkan angka persentase yang tinggi (di atas 100% untuk Cakupan Puskesmas).

Tabel 11
Persentase Capaian Pelayanan Kesehatan Dasar Kota Pekanbaru Tahun 2007-2011

No	Uraian	2007	2008	2009	2010	2011	SPM
1	Cakupan Komplikasi kebidanan yang ditangani	31,16	49,07	100	100	100	80 (2015)
2	Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kometensi kebidanan	96,23	90,33	85,66	85,55	78,60	90 (2015)
3	Cakupan Kelurahan UCI	100	96,55	55	84,48	94,83	100 (2010)
4	Cakupan Balita Gizi Buruk Mendapat Perawatan	100	100	100	100	100	100 (2010)
5	Cakupan Penemuan dan Penanganan Penderita Penyakit TBC TBA	25,76	23,38	20,09	31,81	33,87	100 (2010)
6	Cakupan Pelayanan Kesehatan Rujukan Pasien Masyarakat Miskin	100	100	100	100	100	100 (2010)
7	Cakupan Kunjungan Bayi	5	5	6,2	12	17,64	100 (2015)
8	Cakupan Kunjungan Bayi	81,06	141,1	96,39	96,39	94,73	90 (2010)
9	Cakupan Puskesmas	141,7	158,3	158,3	158	167	
10	Cakupan Pembantu Puskesmas	58,62	55,17	55,17	55,17	56,9	

Sumber: Dinas Kesehatan Pekanbaru, 2012

Indikator kinerja pembangunan bidang kesehatan dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain: rasio Posyandu per satuan balita; Rasio Puskesmas, Poliklinik, Pustu per satuan penduduk; Rasio Rumah Sakit per satuan Penduduk; Rasio Dokter per satuan Penduduk; Rasio Tenaga Medis per satuan Penduduk; Cakupan Komplikasi Kebidanan yang ditangani; Cakupan Kelurahan UCI; Cakupan Balita Gizi Buruk yang mendapat Perawatan; Cakupan Penemuan dan Penanganan Penderita Penyakit DBD; Cakupan Pelayanan Kesehatan Rujukan Pasien Masyarakat miskin; Cakupan Kunjungan Bayi; Cakupan Puskesmas dan Cakupan Pembantu Puskesmas. Berikut ini capaian dari indikator kinerja utama pembangunan bidang kesehatan Kota Pekanbaru pada periode 2007-2011.

Menurut wali kota Pekanbaru mengatakan “*padatnya beban layanan Puskesmas yang melebihi standar pelayanan itu sehingga penambahan dan sudah*

diusulkan dalam RPJMD yang menjadi rujukan bagi peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat di kota bertuah itu pada tahun 2013. Berdasarkan evaluasi sepanjang 2012, kunjungan masyarakat tiap hari ke Puskesmas cukup tinggi sekaligus menggambarkan bahwa penduduk di kota itu memiliki kepedulian yang tinggi atas kesehatan mereka” (Anonim, 2012).

Bersamaan dengan itu, katanya, diyakini pula bahwa tingkat pengetahuan kesehatan mereka juga rendah. Ia menyebutkan, di Kota Pekanbaru hanya tersedia sebanyak 20 unit Puskesmas yang tersebar pada 12 kecamatan di kota itu secara tidak merata. "Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat di daerah itu dibantu oleh 20 unit puskesmas keliling," katanya akan tetapi kondisi sebagian besar kendaraan puskesmas keliling itu berada di atas 20 tahun dan sering rusak. Dampaknya, pelayanan kesehatan maksimal sulit direalisasikan, sehingga

dibutuhkan dukungan masyarakat khususnya dunia usaha. Persoalan lainnya di bidang pelayanan kesehatan, tambahnya, Kota Pekanbaru belum memiliki rumah sakit rujukan, kendati adanya RSUD Arifin Achmad. "Akan tetapi RSUD Arifin Achmad justru dinilai Menkes sebagai Puskesmas besar karena semuanya dilayani," katanya yang kini RSUD tersebut sudah ditingkatkan sebagai rumah sakit pendidikan.

KESIMPULAN

Pelayanan kesehatan dasar Kota Pekanbaru belum dapat dikatakan baik. Jumlah ketersediaan tenaga medis dan dokter tidak sebanding dengan jumlah penduduk. Distribusi tenaga medis dan dokter yang tidak merata per-kecamatan di Kota Pekanbaru. Selain itu ketersediaan Puskesmas, Poliklinik dan Pustu per-kecamatan juga tidak merata. Kota Pekanbaru belum memiliki rumah sakit rujukan, kendati adanya RSUD Arifin Achmad. Oleh sebab itu Peranan pemerintah daerah dibidang kesehatan harus ditingkatkan dalam peningkatan pelayanan, karena kesehatan merupakan prioritas pembangunan baik daerah maupun pusat.

DAFTAR PUSTAKA

Anonim. (2012). Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah 2012-2017 Kota Pekanbaru. Pekanbaru.

- Budhiarto, D. P., Suryono, A., & Makmur, M. (2013). Output Program Love Jamsostek Dalam Rangka Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik, *16*(2), 97–104.
- Hasjimzum, Y. (2009). Model Demokrasi Dalam Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik (Studi Otonomi Daerah dalam Peningkatan Kesejahteraan Masyarakat Pasca Reformasi), *VIII*(1), 445–457.
- Larasati, E. (2008). Reformasi Pelayanan Publik (Public Services Reform) dan Partisipasi Publik. *Dialogue JIAKP*, *5*(2)(2), 254–267.
- Lawang, R. (2014). Beberapa hipotesis tentang eksklusivitas sosial di Indonesia. *Jurnal Ilmu Sosial Dan Politik*, *2*(1), 1–6.
- Massie, R. G. A. (2013). Community Health Needs in Small Island : A Case Study in Gangga Island West Likupang , North Minahasa District , North Sulawesi Province, (April).
- Saputra, T., & Herianto, M. (2014). Komitmen organisasi, keadilan organisasi, dan kualitas pelayanan. *Jurnal Administrasi Pembangunan*, *2*(2), 127–134.
- Saputra, T., Marlinda, P., & Sufi, W. (2016). Efektifitas Kinerja Pegawai Puskesmas Rawat Inap Sidomulyo Barat Kota Pekanbaru. *Jurnal Niara*, *9*(1).
- Saputra, T., & Utami, B. C. (2017). Road map bureaucracy reform public service government Provincial Riau, *4*(4), 231–244.
- Terry, G. (2010). *Dasar-Dasar Manajemen* (Cetakan Se). Jakarta: Bumi Aksara.