

**KEBIJAKAN DESENTRALISASI
DAN PROBLEMA KAPASITAS LAYANAN KESEHATAN
(Studi Kasus di Kota Bandar Lampung)**

Syamsul Ma'arif

Staf Pengajar Jurusan Administrasi Negara
FISIP Universitas Lampung

ABSTRACT

This study is aimed at determining the capacity of health services at the local level after a decade of health decentralization policy implementation. This study uses qualitative research and descriptive type. The results showed that the implementation of the decentralization policy of health for a decade turned out to be characterized by the high gap between the capacity of health services to the complexity of the health problems in the area. For the improvement of the quantity and quality of health services should continue to be done through increased financial capacity, facilities, infrastructure, and medical personnel, who accompanied the expansion of access of the poor to obtain health care services through the provision of health insurance.

Key Word: decentralization, health, care capacity

PENDAHULUAN

Tugas utama sektor kesehatan adalah memelihara dan meningkatkan kesehatan segenap warga negara yaitu individu, keluarga, dan masyarakat tanpa meninggalkan upaya menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan penderita. Untuk dapat menunjang terselenggaranya tugas itu, ditempuh upaya-upaya yang bersifat preventif

dan promotif dengan didukung oleh layanan kuratif dan rehabilitatif. Pengembangan sektor kesehatan dimaksudkan dalam rangka melaksanakan misi berupa meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Misi ini merupakan landasan bagi pembangunan kesehatan di Kota Bandar Lampung. Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu

hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Misi ini memandang bahwa pembangunan kesehatan merupakan suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia dalam jangka panjang.

Sejalan dengan era otonomi daerah, Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung memiliki kewenangan untuk melaksanakan desentralisasi kesehatan. Kebijakan ini secara teoritis memungkinkan Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung untuk merancang program-program dan kegiatan-kegiatan pelayanan yang sesuai dengan kondisi lokal. Namun setelah satu dekade pelaksanaan otonomi daerah, kondisi kesehatan masyarakat Kota Bandar Lampung belum memperlihatkan perbaikan yang berarti. Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung mengidentifikasi beberapa permasalahan yang dihadapi, antara lain: masih cukup tingginya angka kematian ibu melahirkan; masih cukup tingginya angka kematian bayi dan balita; masih cukup tingginya prevalensi

gizi kurang dan gizi buruk; masih tingginya kejadian penyakit menular berbasis lingkungan; masih rendahnya kondisi kesehatan lingkungan; belum optimalnya mutu pelayanan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan; masih kurangnya jumlah SDM kesehatan yang profesional; masih cukup tingginya angka pertumbuhan penduduk; masih cukup tingginya angka keluarga pra sejahtera.

KERANGKA TEORITIK

Kebijakan desentralisasi sektor kesehatan merupakan strategi penting dalam rangka reformasi pelayanan kesehatan. Prinsip dasarnya adalah pelayanan publik akan lebih efisien jika dilaksanakan oleh otoritas yang memiliki kontrol geografis paling minimal. Hal ini, menurut Cheema dan Rondinelli (1983), didasari oleh beberapa alasan: *pertama*, pemerintah daerah lebih memahami kebutuhan masyarakatnya; *kedua*, keputusan pemerintah daerah dinilai lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakatnya sehingga mendorong

pemerintah lokal untuk melakkan efisiensi dalam penggunaan dana yang berasal dari masyarakat; *ketiga*, persaingan antar daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakatnya akan mendorong pemerintah tersebut untuk meningkatkan inovasinya.

Pemerintah daerah mungkin memiliki kewenangan politik dan akses yang luas terhadap sumber-sumber daya. Akan tetapi jika kewenangan yang luas tersebut tidak didukung dengan kapasitas yang memadai, maka tujuan desentralisasi tersebut sulit untuk dapat terwujud. Akibatnya, kapasitas yang tidak memadai menurut Azfar (1999), seringkali dijadikan sebagai argumen untuk menolak setiap usulan yang menghendaki dilakukan kebijakan desentralisasi. Oleh karena itu, kebijakan desentralisasi kesehatan perlu didukung dengan pengembangan kapasitas layanan kesehatan di tingkat lokal.

Kapasitas merupakan basis otonomi daerah, karena kapasitas atau kemampuan ini merupakan modal dasar bagi kemandirian.

Kapasitas, sebagai sebuah konsep yang sangat teknokratis, di dalamnya mengandung makna tentang keahlian, ketrampilan, profesionalitas, efisiensi, dan efektivitas. Fiszbein (1997) mendefinisikan kapasitas sebagai kemampuan individu, organisasi, dan sistem untuk menjalankan fungsi-fungsinya secara efisien, efektif, dan berkelanjutan. Kapasitas harus dilihat sebagai kemampuan mencapai kinerja, untuk menghasilkan keluaran (*output*) dan hasil (*outcomes*). Kapasitas tidak dapat dipandang sebagai sesuatu yang statis, melainkan harus ditempatkan dalam suatu konteks yang dinamis dengan kondisi-kondisi kerangka maupun perkembangan jaman yang berubah.

Cheema dan Rondinelli (1983) menjelaskan bahwa desentralisasi adalah membangun kapasitas sebelum menyerahkan tanggungjawab atau pendapatan ke tingkat pemerintahan di bawahnya. Pengembangan kapasitas menurut Pramusinto dan Purwanto (2009:364), secara sederhana

dipahami sebagai sebuah proses dan aktivitas yang digunakan untuk meningkatkan kemampuan personal dan atau institusional untuk mewujudkan tujuan-tujuan. Secara umum desentralisasi dimaksudkan untuk meningkatkan kapasitas lokal. Hal itu terjadi sebagai dampak dari akses yang lebih besar dari pemerintah lokal untuk mendapatkan jatah sumber daya nasional dan mengelola sendiri sumber daya lokal, sehingga mendorong pengembangan ketrampilan manajemen dan perencanaan publik.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan jenis penelitian kualitatif dan tipe penelitian deskriptif. Alasan penggunaan jenis dan tipe penelitian ini adalah keinginan untuk mendapatkan pemahaman melalui deskripsi terkait realitas penyelenggaraan layanan kesehatan oleh pemerintah daerah. Jenis data mencakup data primer melalui wawancara dengan para informan dan data sekunder berupa data tak

langsung melalui sumber-sumber arsip, dokumen, maupun media massa. Selanjutnya data dianalisis dengan teknis analisis data kualitatif yang mencakup tahapan: reduksi, verifikasi, display, dan interpretasi.

HASIL PENELITIAN

KAPASITAS LAYANAN KESEHATAN

Pembangunan sektor kesehatan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kota Bandar Lampung 2010-2015 dilakukan dalam rangka mewujudkan sasaran-sasaran sebagai berikut: (a) cakupan kunjungan ibu hamil mencapai 100%, (b) cakupan komplikasi kebidana yang ditangani mencapai 80%, (c) cakupan persalinan mencapai 90%, (d) cakupan pelayanan nifas mencapai 90%, (e) cakupan neonatus komplikasi ditangani mencapai 80%, (f) cakupan kunjungan bayi mencapai 90%, (g) cakupan kelompok UCI mencapai 100%, (h) cakupan anak balita mencapai 100%, (i) cakupan MP ASI mencapai 90%, (j) cakupan balita gizi buruk yang

mendapat perawatan mencapai 100%, (k) cakupan penjangkauan kesehatan siswa SD mencapai 100%, (l) cakupan KB aktif mencapai 100%, (m) cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit mencapai 85-100%, (n) cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin mencapai 100%, (o) cakupan pelayanan kesehatan rujukan untuk masyarakat miskin mencapai 100%, (p) cakupan pelayanan Gawat Darurat Level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan di kota mencapai 100%, (r) cakupan KLB yang dilakukan PE 24 jam mencapai 100%, (s) cakupan Desa Siaga Aktif mencapai 100%, (t) tersedianya asuransi jiwa bagi masyarakat, (u) berkurangnya jumlah penyandang masalah kesejahteraan sosial, (v) tertanganinya korban bencana, (w) tersedianya sarana dan prasarana penanggulangan korban bencana.

Keinginan Pemerintah Kota Bandar Lampung untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat didasari keprihatinan atas derajat kesehatan masyarakat Kota

Bandar Lampung yang masih rendah. Harian KOMPAS 16 Juni 2005 pernah mengungkapkan bahwa jumlah balita penderita gizi buruk hingga Mei 2005 tercatat sebanyak 26 orang. Selain gizi buruk, 287 anak balita dinyatakan berada di bawah garis merah dalam Kartu Menuju Sehat yang dikeluarkan Pos Yandu. Data yang dikeluarkan Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung pada tahun 2006 kembali mengungkapkan fakta-fakta berikut: (a) terjadi peningkatan jumlah kasus kematian bayi dari 193 kasus pada tahun 2005 menjadi 194 kasus pada tahun 2006; (b) terjadi peningkatan jumlah kasus kematian ibu maternal dari 14 kasus pada tahun 2004 menjadi 16 kasus pada tahun 2006 dengan jumlah terbanyak di wilayah kerja Puskesmas Simpur, Palapa, Gedung Air, dan Sukabumi; (c) terjadi peningkatan jumlah kasus penyakit menular seksual dari 375 kasus pada tahun 2005 menjadi 466 pada tahun 2006; (d) rata-rata penyakit malaria di Kota Bandar Lampung sebesar 8,9 persen; (e) terjadi peningkatan kasus kematian

karena diare dari 1 kasus pada tahun 2005 menjadi 58 kasus diare dengan 3 kasus kematian pada tahun 2006; (f) terjadi peningkatan jumlah kasus penyakit demam berdarah dengue dari 403 kasus dengan jumlah rata-rata 50,1 per 100.000 penduduk.

Status kesehatan masyarakat di Kota Bandar Lampung sebenarnya masih rendah kembali terungkap dalam data yang dikeluarkan Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung tahun 2008. Pada tahun 2008, angka kematian ibu mencapai 18 jiwa dan angka kematian bayi mencapai 96 jiwa. Balita yang terancam gizi buruk mencapai 541 jiwa. Sedangkan ibu hamil yang memerlukan makanan tambahan karena kurang energi kronik mencapai 946 orang. Dalam rangka meningkatkan kinerja pelayanan, Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung telah menetapkan sasaran pencapaian indikator kinerja standar pelayanan minimal tahun

2006-2010. Sasaran yang ingin dicapai sektor kesehatan pada tiap tahun cukup jelas dituangkan dalam rencana strategis. Semua sasaran itu ditunjukkan dalam bentuk angka-angka target yang ingin dicapai pada tahun berjalan dan tahun mendatang. Sebagai contoh, balita bawah garis merah ditargetkan mengalami penurunan dari 19 persen pada tahun 2006 menjadi 15 persen pada tahun 2010. Sedangkan cakupan pertolongan persalinan oleh bidan dan tenaga kesehatan diharapkan meningkat dari 80 persen pada tahun 2006 menjadi 90 persen pada tahun 2010. Pencantuman nilai sasaran dalam bentuk angka dalam renstra merupakan hal yang tepat. Sayangnya dalam renstra tidak dicantumkan pentahapan yang ingin dicapai dalam periode tahunan sampai tahun 2010.

Tabel 1. Sasaran Pencapaian Indikator Kinerja Standar Pelayanan Minimal

NO	INDIKATOR KINERJA	TARGET PER TAHUN (%)				
		2006	2007	2008	2009	2010
1.	PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN BAYI					
	Cakupan kunjungan ibu dan hamil K-4	87	90	92	94	95
	Cakupan pertolongan persalinan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang memiliki	84	85	87	90	90

	kompetensi kebidanan					
	Ibu hamil resiko tinggi yang dirujuk	75	80	90	95	100
	Cakupan kunjungan neonatus	86	87	88	89	90
	Cakupan kunjungan bayi	86	87	88	89	90
	Cakupan bayi berat rendah yang ditangani	90	92	95	97	100
2.	PELAYANAN KESEHATAN ANAK PRA SEKOLAH DAN USIA SEKOLAH					
	Cakupan deteksi dini tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah	72	76	82	86	90
	Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa SD dan setingkat oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih	65	70	80	90	100
	Cakupan pelayanan kesehatan remaja	65	70	72	75	80
3.	PELAYANAN KELUARGA BERENCANA					
	Cakupan peserta aktif KB	70	70	70	70	70
4.	PELAYANAN IMUNISASI					
	Desa/Kelurahan Universal Child Immunization (UCI)	100	100	100	100	100
5.	PELAYANAN PENGOBATAN					
	Cakupan rawat jalan	12	12	13	14	15
	Cakupan rawat inap	1,0	1,2	1,3	1,4	1,5
6.	PELAYANAN KESEHATAN JIWA					
	Pelayanan gangguan jiwa di sarana pelayanan kesehatan umum	9	11	13	14	15
7.	PEMANTAUAN PERTUMBUHAN BALITA					
	Balita yang naik berat badannya	80	80	80	80	80
	Balita bawah garis merah	<19	<18	<17	<16	<15
8.	PELAYANAN GIZI					
	Cakupan balita mendapat kapsul viamint A dua kali setahun	85	86	87	88	90
	Cakupan ibu hamil mendapat 90 kapsul tablet Fe	90	90	90	90	90
	Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada bayi bawah garis merah dari keluarga miskin	100	100	100	100	100
	Balita gizi buruk mendapat perawatan	100	100	100	100	100
9.	PELAYANAN OBSTETRIK & NEONATAL EMERGENSI DASAR DAN KOMPREHENSIF					
	Akses terhadap ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan ibu hamil dan neonatus	65	70	72	75	80
	Ibu hamil resiko tinggi yang ditangani	65	70	72	75	80
	Neonatal resiko tinggi yang diangani	80	80	80	80	80
10.	PELAYANAN GAWAT DARURAT					
	Sarana kesehatan dan kemampuan layanan dapat diakses masyarakat	80	90	90	90	90
11.	PENYELIDIKAN EPIDEMIOLOGI DAN PENANGGULANGAN KLB & GIZI BURUK					
	Desa/kelurahan mengalami KLB ditangani 24 jam	100	100	100	100	100

	Kecamatan bebas rawan gizi	65	70	70	75	80
12.	PENCEGAHAN DAN PEMBERANTASAN PENYAKIT POLIO					
	Acute Flacid Paralysis rate per 100.000 penduduk<15 tahun	3	3	3	3	1
13.	PENCEGAHAN DAN PEMBERANTASAN PENYAKIT TB PARU					
	Kesembuhan penderita TB paru BTA positif	85	85	85	85	85
14.	PENCEGAHAN DAN PEMBERANTASAN PENYAKIT ISPA					
	Cakupan balita dengan pneumonia yang ditangani	57	68	79	90	100
15.	PENCEGAHAN DAN PEMBERANTASAN HIV-AIDS					
	Klien yang mendapatkan penanganan	100	100	100	100	100
	Infeksi menular yang diobati	100	100	100	100	100
16.	PENCEGAHAN DAN PEMBERANTASAN DEMAM BERDARAH DONGUE					
	Penderita DBD yang ditangani	100	100	100	100	100
17.	PENCEGAHAN DAN PEMBERANTASAN DIARE					
	Balita dengan diare yang ditangani	82	87	92	96	100
18.	PELAYANAN KESEHATAN LINGKUNGAN					
	Institusi yang dibina	64	65	65	70	70
19.	PELAYANAN PENGENDALIAN VEKTOR					
	Rumah/bangunan bebas jentik malaria	87	89	90	92	>95
20.	PELAYANAN HYGIENE SANITASI					
	Tempat umum yang memenuhi syarat	77	78	78	80	80
21.	PENYULUHAN PRILAKU SEHAT					
	Rumah tangga sehat	50	55	60	65	65
	Bayi yang mendapat ASI eksklusif	68	70	73	75	80
	Desa/kelurahan bergaram yodium	90	90	90	90	90
	Pos yandu purnama	20	25	30	35	40
22.	PENYULUHAN DAN PENANGGULANGAN NAPZA					
	Upaya penyuluhan oleh petugas kesehatan	9	11	13	14	15
23.	PELAYANAN PENYEDIAAN OBAT & PERBEKALAN KESEHATAN					
	Ketersediaan obat sesuai kebutuhan	80	90	90	90	90
	Pengadaan obat esensial	90	90	100	100	100
	Pengadaan obat generik	90	90	100	100	100
24.	PELAYANAN PENGGUNAAN OBAT GENERIK					
	Penulisan resep obat generik	80	80	90	90	90
25.	PENYELENGGARAAN PEMBIAYAAN PELAYANAN PERSEORANGAN					
	Cakupan jaminan kesehatan pra bayar	45	50	60	75	80
26.	PENYELENGGARAAN PEMBIAYAAN KELUARGA MISKIN DAN MASY RENTAN					

Cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin dan masy rentan	45	55	70	80	100
--	----	----	----	----	-----

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung 2012

Secara umum jumlah anggaran yang dialokasikan untuk pembangunan sektor kesehatan dalam APBD Kota Bandar Lampung meningkat. Secara nominal, total belanja urusan kesehatan terhadap total belanja daerah mengalami kenaikan. Prosentase belanja subsektor kesehatan terhadap total belanja daerah juga meningkat dari Rp 46 milyar (Tahun Anggaran 2007) menjadi Rp 53 milyar (Tahun Anggaran 2010). Selama empat tahun total belanja urusan pendidikan

meningkat lebih dari 14 persen. Tetapi trend belanja langsung urusan kesehatan hanya naik satu persen. Hal ini belum cukup optimal menuju target ideal 20 persen APBD. Sementara itu trend belanja tidak langsung urusan kesehatan mengalami kenaikan cukup tinggi. Hal ini mengindikasikan belanja yang terserap ke aparatur lebih besar dibanding belanja langsung di sektor kesehatan.

Tabel 2. Anggaran Sektor Kesehatan Kota Bandar Lampung

URAIAN	2007	2008	2009	2010
Total Belanja	46.669.025.280	53.127.538.568	72.482.643.691	53.582.556.787
Belanja Tidak Langsung	19.325.135.705	23.965.813.928	29.028.224.881	28.039.596.869
Belanja Pegawai	19.325.135.705	23.965.813.928	29.028.224.881	28.039.596.869
Belanja Langsung	27.343.889.575	29.161.724.640	43.454.418.810	25.542.959.918
Belanja Pegawai	1.670.837.600	979.947.900	1.043.469.000	1.004.863.000
Belanja Barang dan Jasa	8.485.270.125	10.946.830.590	10.632.098.610	13.521.720.750
Belanja Modal	17.187.781.850	17.234.946.150	31.778.851.200	11.016.376.168

Sumber: APBD Kota Bandar Lampung Tahun Anggaran 2007-2010

Prosentase total belanja urusan kesehatan terhadap total belanja daerah selama 3 tahun secara nominal tidak mengalami kenaikan atau konstan walaupun secara

nominal meningkat selama 3 tahun. Trend belanja langsung urusan kesehatan naik, tetapi masih jauh dari target ideal 20%. Sementara itu, trend belanja tidak langsung urusan

kesehatan juga naik, baik secara nominal maupun prosentase, namun angkanya kecil. Belanja program kesehatan pada tahun 2007-2009 masih prioritaskan belanja infrastruktur dasar, sedangkan belanja peningkatan akses menempati porsi kedua. Belanja administrasi dan aparatur setiap tahun menurun dengan nominal yang relatif kecil pada belanja aparatur. Sedangkan prosentase belanja peningkatan akses cenderung meningkat, juga pada belanja peningkatan mutu. Anggaran belanja yang dialokasikan untuk mengurangi angka kematian ibu hamil pada tahun 2007 adalah Rp 328,8juta (0,40%); kemudian meningkat menjadi Rp 359,3 juta (0,45%) pada 2008; tetapi turun menjadi Rp 223,8 juta (0,24%) pada target tahun 2009. Sedangkan anggaran yang dialokasikan untuk mengurangi angka kematian anak pada tahun 2007 adalah Rp 158,8

juta (0,20%); kemudian meningkat menjadi Rp 174,7 juta (0,21%) pada 2008; tetapi turun menjadi Rp 123,8 juta (0,14%).

Sesuai dengan salah satu misi Pemerintah Kota Bandarlampung tahun 2005-2010 yaitu Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat, maka Pemkot Bandarlampung berusaha meningkatkan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat Kota Bandarlampung. Upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat meliputi upaya: (a) menurunkan angka mortalitas, (b) menurunkan angka morbiditas, (c) meningkatkan status gizi masyarakat, (d) meningkatkan kualitas lingkungan hidup dan membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat, (e) meningkatkan sumberdaya kesehatan serta (f) meningkatkan akses dan mutu layanan kesehatan.

Tabel 3. Perkembangan Jenis Sarana Kesehatan di Kota Bandar Lampung

Jenis Sarana	2005	2006	2007	2008	2009
Puskesmas Rawat Inap	3	3	6	8	8
Puskesmas	27	27	22	22	22
Puskesmas Pembantu	51	53	57	57	55
Puskesmas Keliling/ambulan	22	22	25	25	25

Pos Yandu	557	567	568	568	568
Balai Pengobatan	54	53	67	67	67
Rumah Bersalin	33	33	33	33	33
Rumah Sakit Bersalin	1	1	1	1	1
Rumah Sakit TNI/Polri	2	2	2	2	2
Rumah Sakit Swasta	6	6	6	6	6
Apotik	84	84	100	100	100

Sumber: Badan Pusat Statistik, 2010, Bandar Lampung Dalam Angka.

Pemerintah Kota Bandar Lampung sejak tanggal 1 Januari 2007 telah memberlakukan pengobatan gratis bagi seluruh masyarakat Kota Bandar Lampung yang mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Pada tahun 2006, Pemerintah Kota Bandar Lampung telah memiliki tiga unit Puskesmas Rawat Inap, yaitu Puskesmas Tanjung Karang, Puskesmas Panjang, dan Puskesmas Kedaton. Upaya untuk meningkatkan jumlah Puskesmas Rawat Inap dilakukan pada tahun 2007 dengan membangun 3 unit Puskesmas Rawat Inap yaitu Puskesmas Sukabumi, Puskesmas Gedong Air, dan Puskesmas Sukamaju. Hal ini kembali dilakukan pada tahun 2008 dengan membangun Puskesmas Sukarame dan Puskesmas Simpur. Hingga tahun 2009, jumlah Puskesmas Rawat Inap di Kota

Bandar Lampung secara keseluruhan telah mencapai 8 unit.

Salah satu upaya yang telah dilaksanakan oleh Pemerintah Kota Bandar Lampung selain menggratiskan biaya berobat di Puskesmas sejak tahun 2007 juga melalui peningkatan Puskesmas menjadi Puskesmas Rawat Inap. Dari beberapa Puskesmas yang ada di Kota Bandarlampung, delapan Puskesmas telah beralih status menjadi Puskesmas Rawat Inap. Kedelapan Puskesmas itu meliputi: (a) Puskesmas Kota Karang; (b) Puskesmas Panjang; (c) Puskesmas Kedaton; (d) Puskesmas Gedong Air; (e) Puskesmas Sukamaju; (f) Puskesmas Sukabumi; (g) Puskesmas Sukarame (pembangunan gedung dilaksanakan tahun 2008); (h) Puskesmas Simpur (pembangunan gedung dilaksanakan tahun 2008).

Di samping program pembangunan Puskesmas rawat jalan dan Puskesmas rawat inap, Pemerintah Kota Bandar Lampung juga telah berhasil melaksanakan Pembangunan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD). Pembangunan RSUD dipandang menjadi bagian yang sangat penting dalam pelaksanaan program Pemerintah Kota Bandar Lampung di bidang kesehatan karena RSUD di tingkat Kota/Kabupaten merupakan salah satu tahapan rujukan pelayanan kesehatan. Pembangunan RSUD Kota Bandar Lampung ini telah melalui berbagai tahapan, yaitu diawali dengan studi kelayakan pada tahun 2004 oleh Bappeda Kota Bandar Lampung bekerjasama dengan konsultan yang merekomendasikan bahwa pembangunan RSUD Kota Bandar Lampung layak untuk dibangun di wilayah kecamatan Telukbetung Utara. Berdasarkan studi kelayakan tersebut, maka Pemerintah Kota Bandar Lampung telah menindak lanjutinya dengan membuat Master Plan pada tahun 2007 dan menentukan lokasi pembangunan

RSUD pada tahun 2008. Setelah mendapatkan rekomendasi dari Dinas Kesehatan Propinsi Lampung, maka pada tahun 2009 telah dimulai realisasi pembangunan RSUD tahap pertama.

RSUD Kota Bandarlampung merupakan rumah sakit tipe C milik pemerintah yang wajib menyediakan pelayanan kesehatan, sarana dan prasarana kesehatan bagi masyarakat Kota Bandar Lampung. Sebagai Rumah Sakit Pemerintah, pelayanan kesehatan ditujukan bagi seluruh masyarakat terutama masyarakat golongan ekonomi kelas menengah kebawah dengan biaya terjangkau dan jenis pelayanan yang lengkap dan beragam. Adapun tujuan dari Pembangunan RSUD Kota Bandarlampung adalah sebagai berikut: (a) Memantapkan sistem pelayanan kesehatan rujukan bagi penderita dari pelayanan kesehatan dasar (puskesmas dan institusi pelayanan kesehatan dasar diluar milik pemerintah); (b) Mendukung pelaksanaan pembangunan daerah Kota Bandarlampung dalam rangka upaya menyejahterakan masyarakat Kota Bandarlampung.

RSUD Kota Bandar Lampung yang diberi nama RSUD A Dadi Tjokrodipo ini terletak di Kelurahan Sumur Putri Kecamatan Telukbetung Utara dan dibangun di atas lahan seluas 2,5 Ha. Pada pembangunan tahap I, Pemerintah Kota Bandar Lampung berhasil membangun beberapa gedung atau ruangan dengan berbagai peralatan kedokterannya antara lain: Ruang Unit Gawat Darurat (UGD), Ruang Operasi, Ruang Bersalin, Ruang Sterilisasi, Ruang Poliklinik yaitu Poli Umum, Poli Anak, Poli Mata, Poli THT, Poli Obgyn/ Kebidanan, Poli Bedah, Poli Fisioterapy, Poli Penyakit Dalam, Poli gigi, poli fisioterafi, Ruang Apotek, Ruang Radiology, Ruang Laboratorium, Ruang Gizi/Dapur, Ruang Laundry, Ruang Workshop, dan Ruang Rawat Inap. Dengan fasilitas ruangan yang telah ada tersebut, RSUD Kota Bandar Lampung menyediakan pelayanan kesehatan Spesialis antara lain Spesialis THT, Spesialis Obgyn/Kebidanan, Spesialis Mata, Spesialis Anak, Spesialis Bedah, Spesialis Anastesi, dan Spesialis Penyakit Dalam.

Pembangunan sektor kesehatan merupakan implementasi misi Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kota Bandar Lampung yang bertujuan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat dan meningkatkan pembangunan keluarga berencana. Tingkat keberhasilan pembangunan dapat dilihat dari tingkat pencapaian sasaran. Sasaran pertama berupa menurunnya angka kematian ibu dapat dilihat dengan tolok ukur penurunan hingga lebih kecil atau sama dengan 18 kasus. Hasil Pembangunan Jangka Menengah Daerah I menunjukkan terjadi penurunan dari 16 kasus menjadi 10 kasus. Terdapat beberapa kegiatan atau program yang sudah dilakukan untuk menekan angka kematian ibu di antaranya melalui program penyediaan obat-obatan bermutu di Puskesmas, sosialisasi yang regular, dan penyediaan media informasi kesehatan bagi ibu dan anak.

Sasaran kedua berupa menurunnya angka kematian bayi dapat dilihat dengan tolok ukur kurang dari 178 kasus. Hasil Pembangunan Jangka Menengah

Daerah I menunjukkan terjadi peningkatan 1 kasus menjadi 28 kasus kematian bayi. Namun beberapa program yang dilakukan dirasakan membantu meminimalisasi angka kematian bayi, di antaranya adalah program peningkatan status gizi masyarakat, penyuluhan pola hidup sehat, dan penyediaan tenaga penyuluh kesehatan.

Sasaran ketiga berupa menurunnya prevalensi kurang gizi pada anak dan balita dapat dilihat dengan tolok ukur besarnya prosentase anak dan balita kurang gizi berada di bawah angka 11,5%. Hasil Pembangunan Jangka Menengah Daerah I menunjukkan terjadi penurunan angka prevalensi kurang gizi pada anak dan balita. Hal ini terjadi berkat beberapa program yang positif untuk menekan angka prevalensi kurang gizi pada anak dan balita. Program-program tersebut meliputi: program peningkatan status gizi masyarakat, program regular mengenai Keluarga Berencana, serta program peningkatan kualitas kesehatan ibu dan anak.

Sasaran keempat berupa menurunnya angka kesakitan

penyakit berbasis lingkungan (DBD, Diare, Pneumonia, TBC, Malaria) dapat dilihat dengan tolok ukur (1) untuk DBD meliputi Angka Bebas Jentik lebih besar atau sama dengan 95%, CFR lebih kecil atau sama dengan 2%, dan IR lebih kecil atau sama iaredengan 30/100.000 penduduk; (2) untuk Diare berupa cakupan penanganan mencapai 100%; (3) untuk TBC meliputi cakupan penanganan pneumonia mencapai 87%, Angka Kesembuhan mencapai lebih besar atau sama dengan 85%, dan CDR lebih besar atau sama dengan 70%; (3) untuk Malaria berupa Angka AMI lebih kecil atau sama dengan 50 per mil. Hasil Pembangunan Jangka Menengah Daerah I menunjukkan jumlah kasus DBD meningkat dari 38 kasus menjadi 89 kasus, angka ABJ meningkat dari 81,9% menjadi 88,0%, CFR meningkat dari 1,9% menjadi 2,2%, dan IR meningkat dari 50,1% menjadi 57,36%. Jumlah kasus diare menurun dari 20.248 kasus menjadi 14.128 kasus disertai peningkatan cakupan penanganan diare dari 84% menjadi 100%. Pada penyakit TBC, terjadi peningkatan

kasus dari 799 kasus menjadi 946 kasus meskipun cakupan penanganan TBC juga mengalami peningkatan dari 62,1% menjadi 100%. Angka kesembuhan dari pasien TBC meningkat dari 89% menjadi 92,80% dan CDR meningkat dari 62,10% menjadi 70,90%. Pada penderita malaria, angka AMI menurun dari 9,71 per mil menjadi 4,79 per mil. Begitu pula pada kasus pneumonia terjadi penurunan dari 45,5% menjadi 32,0%.

Walaupun masih terdapat banyak kendala, namun terdapat beberapa program yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut. Program-program tersebut meliputi peningkatan kualitas obat di Puskesmas, pemanfaatan tanaman obat keluarga, penyediaan media informasi, penyuluhan pola hidup sehat, penyediaan tenaga penyuluh kesehatan sebanyak 27 orang, dan terbentuknya Unit Kesehatan Berbasis masyarakat (UKBM). Dalam konteks penyakit berbasis lingkungan, data juga menunjukkan bahwa kasus DBD yang tertangani sebanyak 275 kasus, tercapai deteksi dini penyakit APF, imunisasi oleh

sebanyak 86 tenaga terlatih, dan pemeriksaan ANC sebanyak 79 orang.

Sasaran kelima berupa terkendalinya pertumbuhan penduduk dapat dilihat dengan tolok ukur berupa angka pertumbuhan penduduk 1,68% dan Total fertility Rate 2,231. Beberapa program yang dilakukan selama Pembangunan Jangka Menengah Daerah I berkorelasi positif terhadap minimalisasi angka pertumbuhan penduduk dan TFR. Program-program yang berkorelasi positif meliputi penyediaan alat kontrasepsi berupa pil KB, suntik KB, pelayanan pemasangan alat kontrasepsi, pembinaan terhadap 26 kelompok BKB, BKR, dan BKL.

Sasaran keenam berupa meningkatnya kualitas keluarga dapat dilihat dengan tolok ukur penurunan angka keluarga pra sejahtera menjadi 33,15%, penurunan angka keluarga sejahtera I menjadi 18,75%, kenaikan angka keluarga sejahtera II menjadi 22,9%, kenaikan angka keluarga sejahtera III menjadi 18,95%, dan kenaikan angka keluarga sejahtera IV dari 4,41%

menjadi 5,45%. Walaupun dalam Pembangunan Jangka Menengah Daerah I tidak ada data capaian yang kongkrit, namun terdapat beberapa program yang berkorelasi positif, diantaranya Program Pembentukan UPPKS dan Program Peningkatan Status Gizi Masyarakat.

PROBLEMA KAPASITAS

Sarana kesehatan di Kota Bandar Lampung mencakup: rumah sakit, Puskesmas, Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), dan sarana pelayanan kesehatan swasta. Rumah sakit umum berjumlah delapan buah yaitu: Rumah Sakit Umum Propinsi (Rumah Sakit Umum Daerah Abdoel Moeloek), Rumah Sakit Umum Kota (Rumah Sakit Umum Daerah dr. A. Dadi Tjokrodipo), Rumah Sakit Tentara, dan lima rumah sakit swasta (Rumah Sakit Bumi Waras, Rumah Sakit Immanuel, Rumah Sakit Advent, Rumah Sakit Oerip Soemoharjo, Rumah Sakit Graha.

Keberadaan rumah sakit umum swasta dirasakan membantu mengatasi kekurangan sarana pelayanan kesehatan. Namun mahalny tarif pelayanan kesehatan rumah sakit umum swasta membuat sebagian warga masyarakat tidak dapat menikmati fasilitas pelayanan kesehatan. Pelayanan rumah sakit umum didukung dengan kehadiran 27 Puskesmas induk, 20 Puskesmas keliling, 44 Puskesmas Pembantu, dan 602 Posyandu di berbagai wilayah Kota Bandar Lampung. Selain itu, terdapat sarana pelayanan kesehatan swasta yang terdiri atas: 67 Balai Pengobatan, 1 Rumah Sakit Bersalin, 33 Rumah Bersalin, 100 apotik, 23 toko obat berizin, 6 klinik spesialis, 99 praktek dokter swasta, 296 praktek bidan swasta, dan 58 praktek perawat.

Tabel 4: Banyaknya Tenaga Kesehatan Kota BL

	Tenaga Kesehatan	2005	2006	2007	2008	2009
1.	Dokter Ahli	80	1	60	102	115
	a. Spesialis Penyakit Dalam	9	-	9	12	13
	b. Spesialis Bedah	14	-	6	13	15
	c. Spesialis Penyakit Anak	11	-	10	13	16

	d. Spesialis Obgin	12	-	5	16	17
	e. Spesilais Jantung	3	-	1	2	2
	f. Spesialis Kulit & Kelamin	3	-	2	2	4
	g. Spesialis THT	5	1	6	6	6
	h. Spesialis Mata	5	-	6	6	6
	i. Spesialis Paru	3	-	2	4	4
	j. Spesialis Lainnya	15	-	13	18	31
2.	Dokter Umum	128	58	121	230	308
3.	Dokter Gigi	48	36	45	55	65
4.	Bidan	124	138	223	375	447

Sumber: Badan Pusat Statistik, 2010, Bandar Lampung Dalam Angka.

Tabel 5: Banyaknya Sarana Kesehatan Kota Bandar Lampung

	Sarana Kesehatan	2005	2006	2007	2008	2009
1.	Rumah Sakit	12	12	10	11	9
2.	Puskesmas	27	27	22	22	22
3.	Puskesmas Pembantu	51	53	57	57	55
4.	Rumah Bersalin	22	20	14	20	25
5.	Balai Pengobatan	83	86	65	67	53
6.	Pos Yandu	617	598	65	67	53

Sumber: Badan Pusat Statistik, 2010, Bandar Lampung Dalam Angka.

Kelemahan pelayanan kesehatan juga menjadi perhatian kalangan elemen masyarakat Kota Bandar Lampung. Helda Khasmy, aktivis Lembaga Advokasi Perempuan Damar, mengungkapkan bahwa hak kesehatan bagi perempuan dan anak di Kota Bandarlampung terkesan masih terabaikan. Fakta lapangan yang bertolak belakang dengan semangat kemajuan kota ini di antaranya tampak dari minimnya layanan kesehatan reproduksi untuk masyarakat miskin dan pengadaan layanan posyandu yang masih kurang optimal. Selain itu, sarana pengadaan alat kontrasepsi yang masih terbatas dan kurang menjangkau masyarakat kota ini. Kondisi ini diperparah dengan masih tingginya angka kematian ibu dan bayi serta maraknya kasus gizi buruk (Radar Lampung, 25 Juni 2011).

Lembaga Advokasi Perempuan Damar bersama Serikat Perempuan Bandar Lampung (SPBL) di Kecamatan Panjang menemukan posyandu yang tidak memberikan makanan tambahan untuk balita, pengadaan pil KB yang masih harus membayar, minimnya sarana

kesehatan untuk mengakses alat kontrasepsi, serta masih banyak ibu-ibu yang enggan membawa anaknya ke posyandu karena lebih memilih bekerja dengan harapan mendapatkan upah harian. Pihak Damar juga menemukan kenyataan bahwa para Pembantu Petugas Keluarga Berencana Daerah (PPKBD) yang bekerja dengan semangat sukarela sebelumnya telah dijanjikan akan mendapatkan insentif, namun janji tersebut belum kunjung terealisasi. Hal ini tak lepas dari minimnya anggaran yang dialokasikan untuk program pelayanan kesehatan reproduksi. Damar mengusulkan agar konsep layanan posyandu diubah di beberapa tempat dengan sistem jemput bola. Artinya kader posyandu diharapkan bisa mendatangi rumah ibu-ibu yang tidak sempat mengakses layanan karena kesibukan mereka bekerja sehingga kondisi kesehatan rumah tangga miskin bisa terpantau. Selain itu, Damar terus mendorong adanya pengalokasian anggaran yang berorientasi pada kesejahteraan rakyat. Diharapkan, anggaran untuk layanan kesehatan bisa ditingkatkan sehingga petugas kesehatan bisa

bekerja secara lebih optimal menjalankan kewajibannya (Radar Lampung, 25 Juni 2011).

Salah satu unit yang melaksanakan aktivitas pelayanan kesehatan di tingkat bawah adalah Puskesmas. Di Kota Bandar Lampung terdapat 27 Puskesmas induk, 20 Puskesmas keliling, 44 Puskesmas Pembantu. Pelaksanaan otonomi daerah belum menyebabkan perubahan nyata dalam pelayanan Puskesmas. Perubahan yang dirasakan adalah menurunnya dana operasional (transpor, perbaikan gedung, alat-alat) yang diterima Puskesmas. Sejalan dengan minimnya anggaran yang dimiliki Dinas Kesehatan, maka jumlah anggaran yang diserahkan ke masing-masing Puskesmas juga amat minim. Anggaran ini dipakai untuk berbagai hal, termasuk biaya pemeliharaan gedung serta membayar bensin, listrik, dan air. Anggaran tersebut masih jauh dari mencukupi, karena biaya rata-rata per bulan untuk listrik, air, dan telepon cenderung melebihi jumlah anggaran yang dialokasikan.

Dengan minimnya dana operasional Puskesmas, dapat diduga

upaya pembinaan kesehatan masyarakat akan berkurang. Pada gilirannya dikhawatirkan perhatian kepada masyarakat miskin, upaya pencegahan penyakit menular, dan penyelenggaraan pelatihan kesehatan masyarakat akan merosot padahal Kota Bandar Lampung merupakan wilayah endemik demam berdarah. Mengingat terbatasnya dana untuk pengelolaan Puskesmas, Pemerintah Kota merencanakan akan melakukan uji coba pengoperasian Puskesmas dengan sistem swadana. Dengan sistem ini tarif Puskesmas perlu disesuaikan dengan biaya yang dibutuhkan untuk mengoperasikan Puskesmas dengan baik, tanpa bantuan Pemerintah Daerah, kecuali untuk gaji staff. Asumsinya, Puskesmas swadana akan berusaha meningkatkan pelayanan agar mendapat sebanyak mungkin pasien, karena seluruh biaya pengelolaan Puskesmas sepenuhnya menjadi tanggungjawab Puskesmas. Namun di pihak lain, kenaikan tarif ini juga dikhawatirkan akan mengurangi kesempatan orang miskin untuk berobat ke Puskesmas.

Untuk menutup kekurangan anggaran yang diterima dari Dinas

Kesehatan, Puskesmas diberi hak untuk mengelola sebagian dana redistribusi pelayanan kesehatan yang dibayar pasien. Alternatif lain untuk mengatasi keterbatasan dana pengelolaan Puskesmas adalah dengan cara penerapan sistem JPKM (Jaminan Perlindungan Kesehatan Masyarakat). Rencana pelaksanaan sistem JPKM masih dalam tahap perumusan. Untuk menganalisis kelayakan JPKM, Dinas Kesehatan pernah menghitung kebutuhan dana pelayanan kesehatan di seluruh Puskesmas yang besarnya mencapai Rp 12 milyar/tahun (termasuk biaya operasional dan obat).

Sisi lain dari permasalahan yang dihadapi Puskesmas adalah berkaitan dengan status tenaga medis dan paramedis. Sebagian besar tenaga medis dan paramedis di Puskesmas merupakan tenaga kontrak. Hal ini membuat komitmen mereka dalam melayani pasien tidak seperti para pegawai tetap. Sumber informasi di Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung menyebutkan bahwa pengangkatan pegawai tetap di lingkungan Dinas Kesehatan amat bergantung pada besarnya

kemampuan APBD. Pemerintah Kota selama ini cenderung lebih banyak mengangkat tenaga administrasi, sementara pengangkatan tenaga medis seperti dokter, perawat, dan bidan bidan jarang dilakukan. Akibatnya, persebaran tenaga medis menjadi tidak merata dan terkumpul di kawasan perkotaan saja.

Sementara itu, meskipun Rumah Sakit Umum Daerah dr. A. Dadi Tjokrodipo berhasil dibangun, namun pelayanan di rumah sakit ini sampai tahun 2012 masih terkendala oleh kurangnya tenaga dokter dan sarana layanan kesehatan seperti mobil ambulans, ruang perawatan, dan peralatan ICU. Menurut Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, dr. Wirman, kekurangan tenaga dokter khususnya dokter spesialis anak terjadi karena dokter spesialis anak yang bekerja di Rumah Sakit Umum Daerah dr A Dadi Tjokrodipo adalah dokter spesialis anak yang dipinjam dari Rumah Sakit Umum Daerah Propinsi (RSUD Abdoel Moeloek). Pihak Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung sedang mengupayakan untuk memenuhi sendiri kebutuhan

dokter spesialis anak dengan menugaskan salah seorang dokter umum untuk menempuh pendidikan spesialis ke Perguruan Tinggi di Jawa. Mengenai kekurangan sarana mobil ambulans, pihak RSUD mengakui baru memiliki satu mobil ambulans hasil pinjaman dari Dinas Kesehatan Provinsi Lampung dan sedang melaksanakan proses tender untuk pengadaan dua unit mobil ambulans serta satu unit mobil jenazah. Pada tahun 2013 jumlah mobil ambulans direncanakan akan ditambah lagi sebanyak lima unit. Selanjutnya mengenai kekurangan ruang perawatan, Pihak Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung menyatakan memang saat ini hanya tersedia 78 tempat tidur, yang meliputi: 14 di ruang kebidanan, 31 di ruang rawat inap E1, serta 33 di ruang rawat inap E3. Pihak Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung sedang melakukan penambahan 104 tempat tidur melalui pembangunan gedung empat lantai. Saat ini pembangunan dua lantai untuk menampung 50 tempat tidur sedang dalam tahap penyelesaian terlebih dahulu. Begitu pula untuk ruang

ICU, pihak Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung sedang berupaya melengkapi peralatan yang dibutuhkan (Radar Lampung 2 November 2012).

KESIMPULAN & SARAN

Setelah lebih dari satu dekade pelaksanaan otonomi daerah, Kota Bandar Lampung masih dihadapkan pada beberapa permasalahan antara lain: masih cukup tingginya angka kematian ibu melahirkan; masih cukup tingginya angka kematian bayi dan balita; masih cukup tingginya prevalensi gizi kurang dan gizi buruk; masih tingginya kejadian penyakit menular berbasis lingkungan; masih rendahnya kondisi kesehatan lingkungan; belum optimalnya mutu pelayanan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan; masih kurangnya jumlah SDM kesehatan yang profesional; masih cukup tingginya angka pertumbuhan penduduk; masih cukup tingginya angka keluarga pra sejahtera. Di saat yang bersamaan, Pemerintah Kota Bandar Lampung masih dihadapkan

pada upaya memecahkan kendala keterbatasan sumber-sumber daya, baik sumber daya keuangan, tenaga medis dan paramedis, sarana, maupun prasarana kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa masih adanya gap yang amat lebar antara kapasitas layanan kesehatan dengan kompleksitas permasalahan kesehatan di daerah.

Peningkatan kuantitas dan kualitas layanan kesehatan perlu terus menerus dilakukan melalui peningkatan kapasitas keuangan, sarana, prasarana, maupun tenaga medis, yang disertai perluasan akses masyarakat miskin untuk memperoleh layanan kesehatan melalui pemberian jaminan pelayanan kesehatan. Kapasitas keuangan yang meningkat dapat diperoleh melalui efisiensi penggunaan anggaran daerah menuju rasio yang lebih seimbang antara belanja langsung dan tidak langsung, di samping melakukan peningkatan mobilisasi sumber-sumber Pendapatan Asli Daerah. Peningkatan sarana dan prasarana dapat dilakukan melalui pelibatan pihak swasta dengan pola BOT

(*build, operate, transfer*) di samping memanfaatkan Dana Alokasi Khusus (DAK) bidang kesehatan.

Peningkatan tenaga medis dan paramedis dari sisi jumlah secara dini dapat dilakukan melalui kerjasama dengan Kementerian Pendidikan dalam rangka peningkatan status dokter umum menjadi spesialis maupun peningkatan alokasi beasiswa daerah bagi sekolah-sekolah keperawatan & kebidanan. Sementara itu, solusi atas ketimpangan alokasi distribusi antar kawasan maupun perluasan akses masyarakat miskin untuk saat ini yang paling memungkinkan dilakukan adalah melalui optimalisasi penyelenggaraan layanan kesehatan berbasis komunitas serta melalui pemanfaatan program-program *Corporate Social Responsibility* oleh pihak korporasi di daerah.

DAFTAR PUSTAKA

Azfar, Kahkonen, Lanyi, Meager, dan Rutherford, 1999, *Decentralization, Governance and Public*

Services: the Impact of Institutional Arrangement: a Review Literature, College Park: Iris Center, University of Maryland.

Cheema, Shabbir G., dan Dennis A. Rondinelli (editor), 1983, *Decentralization and Development: Policy Implementation in Developing Countries*, Beverly Hills: Sage Publication.

Pramusinto, Agus, dan Purwanto, Erwan Agus (Editor), 2009, *Reformasi Birokrasi, Kepemimpinan, dan Pelayanan Publik: Kajian tentang Pelaksanaan Otonomi Daerah di Indonesia*, Yogyakarta: Gava Media.

JURNAL

Fiszbein, Ariel, 1997, "The Emergence of Local Capacity: Lesson from Columbia", World

Development, Vol. 25 No. 7: 1029-1043.

LAPORAN

Badan Pusat Statistik, 2010, *Bandar Lampung Dalam Angka*.

Pemerintah Kota Bandar Lampung, 2010, *Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kota Bandar Lampung 2007-2010*.

Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, 2012, *Laporan Pencapaian Sasaran Kinerja Standar Pelayanan Minimal*.

MEDIA MASSA

KOMPAS, June 16, 2005, "Ditemukan Lagi 26 Penderita Busung Lapar Kritis".

Radar Lampung, June 25, 2011, "Hak Kesehatan Masih Terabaikan"

Radar Lampung, November 2, 2012, "Diskes Siap Berubah".