

DAFTAR ISI

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| DAFTAR ISI | I |
| DAFTAR TABEL | X |
| DAFTAR GAMBAR | XII |
| PENGANTAR | 1 |
| PELAKSANAAN DESENTRALISASI KESEHATAN DI INDONESIA 2000-2007: MENGKAJI PENGALAMAN DAN MEMBAHAS SKENARIO MASA DEPAN 1 | |
| <i>Bagaimana ke depannya?</i> | 9 |
| BAGIAN 1 | 15 |
| TANTANGAN PELAKSANAAN KEBIJAKAN PEMERINTAH PUSAT DALAM KONTEKS DESENTRALISASI | 15 |
| <i>Pengantar</i> | 15 |
| BAB 1.1 | 17 |
| DESENTRALISASI FISKAL DI SEKTOR KESEHATAN DAN REPOSISI PERAN PUSAT DAN DAERAH | 17 |
| <i>Desentralisasi dan kegagalan menutup kesenjangan fiskal</i> | 17 |
| <i>Reposisi peran pemerintah pusat dalam hal pembiayaan pembangunan kesehatan di Indonesia</i> | 20 |
| <i>Situasi pendanaan dari pemerintah pusat</i> | 22 |
| <i>Situasi penganggaran kesehatan di daerah</i> | 25 |
| <i>Situasi proses alokasi anggaran</i> | 28 |
| <i>Pembahasan</i> | 31 |
| <i>Peranan dana dekonsentrasi</i> | 34 |
| <i>Peranan DAK</i> | 36 |
| <i>Peranan formula dalam alokasi anggaran pemerintah pusat</i> | 38 |
| <i>Peranan pemda dalam pendanaan kesehatan</i> | 39 |
| <i>Peranan standar pelayanan minimal</i> | 40 |
| <i>Bagaimana ke depannya? Reposisi peran pemerintah pusat dan daerah</i> | 42 |
| <i>Jangka menengah perubahan ke Dana Alokasi Khusus</i> | 44 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <i>Mengurangi kepentingan “politik” dalam penganggaran</i> | 44 |
| <i>Memikirkan kembali dan melaksanakan reformasi</i> | 45 |
| BAB 1.2 | 47 |
| PROGRAM ASKESKIN: SEMAKIN DIPERLUKANNYA KERJA SAMA ANTARA PEMERINTAH PUSAT DAN DAERAH | 47 |
| <i>Pengantar</i> | 47 |
| <i>Pembahasan dalam konteks desentralisasi</i> | 55 |
| <i>Hubungan pemerintah pusat dengan daerah</i> | 55 |
| <i>Peran dinas kesehatan dalam pengawasan</i> | 59 |
| <i>Pemerataan fasilitas kesehatan</i> | 64 |
| <i>Bagaimana ke depannya?</i> | 69 |
| BAB 1.3 | 75 |
| SURVEILANS: BAGAIMANA AGAR SISTEM YANG DIRANCANG PEMERINTAH PUSAT DAPAT BERJALAN DI DAERAH? | 75 |
| <i>Pengantar</i> | 75 |
| <i>Situasi surveilans saat ini</i> | 76 |
| Keadaan di Propinsi Nangroe Aceh Darussalam | 76 |
| Kota Yogyakarta | 78 |
| Perbandingan dengan standar | 81 |
| <i>Penelitian operasional surveilans kesehatan keluarga</i> | 84 |
| Sumber daya manusia | 89 |
| Dana | 89 |
| Unit pendukung <i>surveilans</i> | 89 |
| <i>Pembahasan</i> | 92 |
| Perspektif pemerintah pusat | 92 |
| Konteks desentralisasi | 97 |
| <i>Bagaimana ke depannya?</i> | 103 |
| <i>Penggunaan prinsip surveilans-respon</i> | 104 |
| <i>Surveilans kesehatan masyarakat</i> | 110 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <i>Merancang sistem surveilans-respon</i> | 116 |
| <i>Pengembangan sistem informasi kesehatan</i> | 117 |
| <i>Tersedianya anggaran</i> | 121 |
| <i>Dukungan sistem peraturan hukum</i> | 122 |
| <i>Dukungan sumber daya manusia</i> | 123 |
| <i>Kedudukan fungsional dan struktur unit surveilans</i> | 125 |
| BAGIAN 2 | 131 |
| INOVASI-INOVASI DALAM PERIODE TAHUN 2000- 2007 | 131 |
| <i>Pengantar</i> | 131 |
| BAB 2.1 | 133 |
| INOVASI SISTEM KESEHATAN DAERAH, TRANSFORMASI DINAS KESEHATAN, SERTA PERANAN KONSULTAN DAN DONOR | 133 |
| <i>Pengantar</i> | 133 |
| <i>Kasus</i> | 135 |
| Kasus 1: Pengalaman di Propinsi Kalimantan Timur | 135 |
| Komponen pelaku sektor kesehatan | 141 |
| Pelaku dalam <i>stewardship</i> | 141 |
| Pelaku dalam <i>financing</i> | 142 |
| Pelaku dalam <i>healthcare delivery</i> | 145 |
| Pelaku dalam <i>resource generation</i> | 148 |
| Hubungan antar pelaku | 149 |
| Proses penyusunan | 149 |
| Tahap workshop, fasilitasi, dan konsultasi | 151 |
| Tahap penyusunan draf dokumen dan persiapan <i>legal drafting</i> | 153 |
| Restrukturisasi organisasi Dinas Kesehatan Propinsi | 154 |
| Kasus 2: Pengembangan sistem kesehatan di Propinsi NTT | 156 |
| Kasus 3: Transformasi Dinas Kesehatan Kota Yogya untuk menjadi regulator kesehatan yang baik | 160 |
| <i>Pembahasan</i> | 166 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <i>Sistem yang memisahkan regulator dan operator</i> | 167 |
| <i>Peran serta swasta dan masyarakat</i> | 172 |
| <i>Integrasi perubahan pusat dan daerah dalam konteks struktur organisasi</i> | 175 |
| <i>Pendekatan by design (top down)</i> | 180 |
| <i>Peranan konsultan</i> | 182 |
| <i>Peranan donor</i> | 185 |
| <i>Penutup</i> | 187 |
| BAB 2.2 | 189 |
| INOVASI FUNGSI PEMERINTAH DALAM REGULASI | 189 |
| <i>Pengantar</i> | 189 |
| <i>Studi Kasus 1</i> | 191 |
| Badan mutu pelayanan kesehatan di Propinsi DIY | 191 |
| Bidan dan perawat tahun 2006 dan 2007 | 201 |
| <i>Studi Kasus 2</i> | 202 |
| Peraturan daerah mengenai mutu pelayanan kesehatan di Kalimantan Timur | 202 |
| <i>Studi Kasus 3</i> | 211 |
| Regulasi pelayanan kesehatan ibu dan anak di Bali | 211 |
| <i>Pembahasan</i> | 219 |
| <i>Memberdayakan atau memperdayakan daerah?</i> | 220 |
| <i>Apakah lembaga mitra regulator di daerah melemahkan fungsi dinas kesehatan sebagai lembaga regulator?</i> | 223 |
| <i>Pengembangan sistem regulasi kesehatan</i> | 226 |
| <i>Kebutuhan akan konsultan sistem regulasi</i> | 229 |
| <i>Penutup</i> | 230 |
| BAB 2.3 | 232 |
| INOVASI DALAM FUNGSI PEMBIAYAAN PEMERINTAH: PENGEMBANGAN JAMKESDA | 232 |
| <i>Pengantar</i> | 232 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <i>Inovasi yang dilakukan</i> | 234 |
| <i>Kasus Jamkessosda di Propinsi DIY</i> | 236 |
| <i>Pola pengelolaan permasalahan saat ini</i> | 238 |
| <i>Perubahan status</i> | 239 |
| <i>Kepesertaan dan iuran (premi) pasca perda</i> | 240 |
| <i>Penyedia pelayanan kesehatan</i> | 241 |
| <i>Kasus Jamkesda di Kota Balikpapan</i> | 242 |
| <i>Rencana sistem pembiayaan kesehatan Pemda Balikpapan</i> | 244 |
| <i>Kenyataan pelaksanaan program pembiayaan kesehatan Kota Balikpapan</i> | 245 |
| <i>Pentahapan Jamkesda Kota Balikpapan</i> | 247 |
| <i>Badan pengelola</i> | 249 |
| <i>Prosedur teknis operasional Jamkesda</i> | 250 |
| <i>Utilisasi (pemanfaatan) Jamkesda Balikpapan</i> | 251 |
| <i>Pembahasan</i> | 252 |
| BAB 2.4 | 259 |
| INOVASI DALAM PELAYANAN: OTONOMI RUMAH SAKIT DAERAH | 259 |
| <i>Pengantar</i> | 259 |
| Kasus 1: Perkembangan RS DKI Jakarta | 260 |
| Kasus 2: Perkembangan RSUD Tabanan | 263 |
| Fase 1: <i>Shocking</i> | 265 |
| Fase 2: Membentuk <i>shared vision</i> | 266 |
| Fase 3: Reorganisasi dan perbaikan sistem operasional | 268 |
| Fase 4: Membangun institusi | 274 |
| <i>Pembahasan</i> | 276 |
| <i>Badan Layanan Umum sebagai lembaga pelayanan bersifat non profit</i> | 279 |
| <i>Bagaimana ke depannya? Apakah Pemda di Indonesia akan menetapkan RSUD sebagai BLUD, dan menetapkan RSUD sebagai lembaga teknis di luar dinas kesehatan?</i> | 283 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| BAB 2.5 | 287 |
| INOVASI DALAM PEMBERIAN PELAYANAN BERDASARKAN KONTRAK DI RSD CUT NYA' DIEN KABUPATEN ACEH BARAT DAN DI KABUPATEN BERAU | 287 |
| <i>Pengantar</i> | 287 |
| <i>Kebijakan apa yang telah dilakukan sampai saat ini?</i> | 290 |
| <i>Tantangan ke depan</i> | 290 |
| Kasus 1: Pengiriman tenaga ke RSD Cut Nya' Dien | 292 |
| Kasus 2. Pengembangan <i>contracting out</i> di Kabupaten Berau | 295 |
| <i>Berbagai hambatan</i> | 300 |
| <i>Pembahasan</i> | 304 |
| <i>Kelebihan dan kekurangan contracting out</i> | 309 |
| <i>Pendekatan kontrak dan desentralisasi</i> | 312 |
| <i>Prospek dalam era desentralisasi</i> | 313 |
| <i>Dana dari mana? Pemerintah pusat, pemda atau donor?</i> | 315 |
| <i>Bagaimana sustainabilitas?</i> | 316 |
| <i>Apa problemnya yang perlu diatasi?</i> | 317 |
| BAB 2.6 | 321 |
| INOVASI PROYEK YANG SEKTOR-WIDE: STUDI KASUS PHP-1 DAN DHS-1 | 321 |
| <i>Pengantar</i> | 321 |
| <i>Kasus 1. PHP-1 yang berusaha menjadi reformis</i> | 322 |
| <i>Exit Strategy</i> | 327 |
| Bagaimana masa depan PHP-1, apakah <i>best practice</i> -nya dapat diterapkan di berbagai daerah lainnya dan menjadi program nasional? | 331 |
| <i>Best practices</i> | 331 |
| <i>Best practice yang memungkinkan dikembangkan oleh daerah</i> | 336 |
| <i>Kasus 2: Reformasi kesehatan dalam proyek ADB-1</i> | 339 |
| Situasi reformasi kesehatan | 349 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <i>Pembahasan</i> | 353 |
| <i>Bagaimana ke depannya?</i> | 356 |
| BAGIAN 3 | 359 |
| PENGALAMAN INTERNASIONAL DALAM DESENTRALISASI | 359 |
| <i>Pengantar</i> | 359 |
| PENGALAMAN DI TIGA NEGARA DALAM DESENTRALISASI KESEHATAN: PEMBELAJARAN UNTUK INDONESIA? | 360 |
| <i>Pengantar</i> | 360 |
| <i>Bagian 1: Pengalaman internasional dalam desentralisasi</i> | 363 |
| 1. Filipina | 363 |
| Tantangan yang dihadapi desentralisasi di Filipina | 369 |
| Desentralisasi dan masalah sumber daya | 374 |
| Pengalaman dari Filipina untuk Indonesia | 377 |
| 2. Uganda | 378 |
| Hambatan dan kekuatan pendukung desentralisasi di Uganda pada tahun 1993 | 381 |
| Kerangka umum desentralisasi | 382 |
| Dampak desentralisasi terhadap sistem layanan kesehatan | 384 |
| Sistem informasi | 386 |
| Dana untuk pelayanan yang terdesentralisasi | 386 |
| Pengalaman dari Uganda untuk Indonesia | 387 |
| 3. Vietnam | 389 |
| Fase-fase dalam proses desentralisasi di sektor kesehatan | 392 |
| Pelaksanaan desentralisasi kesehatan - faktor pendukung | 394 |
| Dampak desentralisasi terhadap sistem kesehatan | 395 |
| Dampak pada struktur | 395 |
| Dampak terhadap sumber daya manusia | 396 |
| Dampak terhadap sistem informasi | 397 |
| Dampak terhadap administrasi | 397 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|
| Masalah-masalah yang selalu ada | 398 |
| Pengalaman dari Vietnam untuk Indonesia | 399 |
| <i>Bagian 2: Pengalaman yang dipelajari adalah pelajaran yang didapat</i> | 399 |
| <i>Berbagai pelajaran yang dapat ditarik untuk Indonesia</i> | 401 |
| Pelajaran untuk pengelolaan undang-undang dan aturan pelaksanaan | 401 |
| Pelajaran tentang perubahan tata administrasi | 404 |
| Pelajaran untuk hubungan pusat dan daerah | 406 |
| Pelajaran tentang peran Departemen Kesehatan | 407 |
| Pelajaran untuk dampak desentralisasi | 409 |
| Pelajaran dalam konteks isu politik | 410 |
| Pelajaran untuk pemerataan | 411 |
| <i>Penutup</i> | 412 |
| BAGIAN 4 | 414 |
| PELAKU POLITIK, <i>STAKEHOLDERS</i> DESENTRALISASI DAN SKENARIO MASA DEPAN | 414 |
| <i>Pengantar</i> | 414 |
| BAB 4.1 | 416 |
| POLITIK DAERAH DAN PROGRAM KESEHATAN DI MASA DESENTRALISASI | 416 |
| <i>Pengantar</i> | 416 |
| <i>Agenda kebijakan</i> | 417 |
| Kasus 1: Pelayanan gratis dalam politik Pilkada di Kabupaten Kampar | 420 |
| Kasus 2: Kesehatan kehilangan induk di Kabupaten Keerom | 423 |
| Kasus 3: Politik kepemimpinan <i>public health</i> di Kota Sawahlunto | 427 |
| <i>Pembahasan</i> | 429 |
| <i>Pelajaran yang diambil</i> | 431 |
| BAB 4.2 | 433 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| PENUTUP: ANALISIS <i>STAKEHOLDERS</i> DAN SKENARIO | 433 |
| GAMBAR 4.2.1 PEMBAGIAN KELOMPOK <i>STAKEHOLDER</i> | 434 |
| <i>Analisis stakeholders tentang regulasi</i> | 436 |
| <i>Analisis keseluruhan tentang dukungan Departemen Kesehatan dalam pelaksanaan desentralisasi.</i> | 442 |
| <i>Tanda-tanda obyektif</i> | 442 |
| <i>Kesulitan Departemen Kesehatan menetapkan kebijakan dan pedoman</i> | 442 |
| <i>Hilang atau mengecilnya strategi desentralisasi</i> | 443 |
| <i>Struktur organisasi yang tidak berubah</i> | 446 |
| <i>Tanda-tanda subyektif</i> | 451 |
| <i>Skenario: Apakah akan terjadi desentralisasi sepenuh hati, ataukah separuh hati, ataukah resentralisasi?</i> | 454 |
| Skenario 1: Kesepakatan untuk desentralisasi | 459 |
| Skenario 2: Desentralisasi separuh hati | 460 |
| Skenario 3: Kesepakatan untuk resentralisasi | 460 |
| Skenario 4: Desentralisasi yang tidak terlaksana. | 461 |
| Skenario apa yang potensial terjadi? | 461 |
| INDEKS | 470 |

DAFTAR TABEL

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| UTabel 1.1.1 Alokasi Anggaran Berbasis Formula untuk Program Gakin | 30 |
| Tabel 1.1.2 Matriks Kemampuan Fiskal | 43 |
| | |
| Tabel 1.2.1 Distribusi Dokter Anak di Indonesia | 66 |
| Tabel 1.2.2 Rata-Rata Jumlah Rumah Sakit Pemerintah di Setiap Kabupaten/Kota | 67 |
| Tabel 1.2.3 Rata-Rata Jumlah RS Swasta di Setiap Kabupaten/Kota | 68 |
| Tabel 1.2.4 Variasi Antar Pemda dalam Pembiayaan Kesehatan | 71 |
| | |
| Tabel 1.3.1 Hasil Pelaksanaan <i>Surveilans</i> di Banding Standar | 82 |
| | |
| Tabel 2.1.1 Matriks Konsep dan Pendekatan | 138 |
| Tabel 2.1.2 Data Sarana dan Tenaga Pelayanan Kesehatan (Tahun 2005) | 161 |
| | |
| Tabel 2.2.1 Badan Mutu Pelayanan Kesehatan Kondisi Awal dan Saat ini | 196 |
| Tabel 2.2.2 Peran Dinas Kesehatan, Badan Mutu dan Organisasi Profesi dalam Regulasi Sarana dan Tenaga Kesehatan | 198 |
| Tabel 2.2.3 Peran Pemerintah Pusat, Propinsi, Kabupaten/Kota dan Lembaga Mitra Regulasi | 225 |
| | |
| Tabel 2.3.1 Peserta dan Sumber Dana Jamkessos Propinsi DI Yogyakarta | 238 |
| Tabel 2.3.2 Pola Pengelolaan dari Badan Pelaksana Tingkat Pusat dan Daerah | 242 |
| Tabel 2.3.3 Perbedaan JPK Gakin dengan Jamkesda | 246 |
| Tabel 2.3.4 Rincian Pembiayaan Jamkesda Balikpapan Bulan Oktober 2006 sampai Desember 2007 | 252 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabel 2.4.1 Pencapaian Mutu Pelayanan Keperawatan RSUD Tabanan Setelah Implementasi ISO 9001:2000 | 270 |
| Tabel 2.4.2 Jumlah Peserta Askes Mandiri di Kabupaten Tabanan (bulan Agustus 2005 hampir mencapai 20.000 orang) | 273 |
| Tabel 2.4.3 Beberapa Manfaat yang Sudah Diperoleh oleh Peserta Askes Mandiri | 274 |
| Tabel 2.4.4 Berbagai Ciri Lembaga Kemanusiaan dan Lembaga Komersial | 282 |
| Tabel 2.4.5 Sistem Manajemen Kelembagaan dalam Hal Keuangan | 285 |
| Tabel 2.4.6 Jumlah Dokter dan Rasio Terhadap Penduduk | 289 |
| | |
| Tabel 2.6.1 Pengelompokkan Produk dan Kegiatan PHP-1 DI. Yogyakarta | 330 |
| Tabel 2.6.2 <i>Best Practives</i> yang Dibutuhkan Daerah | 332 |
| Tabel 2.6.3 <i>Best Practices</i> Lembaga | 335 |
| Tabel 2.6.4 <i>Best Practices</i> yang Memungkinkan di Kembangkan Daerah | 336 |
| Tabel 2.6.5 <i>Best Practices</i> Lembaga | 338 |
| Tabel 2.6.6 Hasil Penilaian Perubahan Peran Pemerintah | 352 |
| | |
| Tabel 4.2.1 Indikator Pencapaian Renstra Departemen Kesehatan Tahun 2005-2009 | 445 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gambar 1.1.1 Anggaran Kesehatan di Tahun-Tahun Awal | 19 |
| Gambar 1.1.2 Komparasi Sumber Pembiayaan Kesehatan Pemerintah Tahun 1998-2006 | 23 |
| Gambar 1.1.3 Perkembangan Anggaran DAK Kesehatan Tahun 2003–2008 | 25 |
| Gambar 1.1.4 Anggaran Kesehatan dari APBD Per Kapita | 26 |
| Gambar 1.1.5 Perbandingan Anggaran KIA di 7 Propinsi DHS (Dalam Juta Rupiah) | 27 |
| Gambar 1.1.6 Proses Penganggaran Dana APBN | 29 |
| Gambar 1.1.7 Mekanisme Penyaluran Dana Pemerintah Pusat | 32 |
| | |
| Gambar 1.2.1 Dampak JPSBK terhadap Kakwani Indeks | 48 |
| Gambar 1.2.2 Skema Model Subsidi ke Lembaga Pelayanan (<i>Supply</i>) | 57 |
| Gambar 1.2.3 Skema Model Melalui Asuransi Kesehatan Atas Nama Masyarakat Miskin | 57 |
| Gambar 1.2.4 Distribusi Dokter Anak di Seluruh Wilayah Indonesia Berdasarkan Jumlah Absolut di Masing-Masing Propinsi | 65 |
| Gambar 1.2.5 Hubungan Sistem Jaminan Kesehatan di Pusat, Propinsi, dan Kabupaten/Kota | 73 |
| | |
| Gambar 1.3.1 Kedudukan Unit Struktural <i>Surveilans</i> dalam Struktur Organisasi di Dinas Kesehatan | 100 |
| Gambar 1.3.2 Jejaring <i>Surveilans</i> Epidemiologi Kesehatan dengan Pemerintah Pusat | 101 |
| Gambar 1.3.3 Perjalanan Alamiah Penyakit | 106 |
| Gambar 1.3.4 Hubungan PKP dan PKM | 109 |
| Gambar 1.3.5 <i>Monitoring</i> , Evaluasi Program dan <i>Surveilans</i> Kesehatan | 111 |
| Gambar 1.3.6 Konsep Sistem <i>Surveilans</i> -Respon Menurut WHO | 113 |
| Gambar 1.3.7 Langkah-langkah <i>Surveilans</i> -Respon | 114 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gambar 1.3.8 Mekanisme Komunikasi Sistem Informasi Kesehatan dalam Penyelenggaraan Sistem <i>Surveilans</i> | 120 |
| Gambar 1.3.9 Konsep Fungsi Unit Pendukung <i>Surveilans</i> | 127 |
| Gambar 1.3.10 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota | 129 |
| | |
| Gambar 2.1.1 Suasana Sebelum Desentralisasi | 171 |
| Gambar 2.1.2 Harapan Setelah PP No. 38/2007 dan PP No. 41/2007 Dijalankan | 172 |
| Gambar 2.1.3 Konsep Struktur <i>Good Governance</i> | 173 |
| Gambar 2.1.4 Logika Restrukturisasi | 176 |
| | |
| Gambar 2.2.1 Struktur Organisasi Badan Mutu | 192 |
| Gambar 2.2.2 Mekanisme Kerja Perizinan Sarana Kesehatan | 199 |
| Gambar 2.2.3 Kemitraan dalam Uji Kompetensi | 200 |
| Gambar 2.2.4 Hasil Kegiatan Uji Kompetensi Apoteker | 201 |
| Gambar 2.2.5 Kerangka Konsep dan Hasil Penelitian tentang Regulasi Sektor Kesehatan di Thailand yang Dilakukan oleh Teerawattananon, Tangcharoensathien, Tantivess, Mills | 208 |
| Gambar 2.2.6 Proporsi Sarana Pelayanan Kesehatan yang Memenuhi Kriteria Standar | 218 |
| Gambar 2.2.7 Pengembangan Sistem Regulasi dan Peningkatan | 227 |
| | |
| Gambar 2.3.1 Posisi Bapel Jamkessos Propinsi DI Yogyakarta | 240 |
| Gambar 2.3.2 Sistem Pembiayaan Kesehatan Kota Balikpapan | 245 |
| Gambar 2.3.3 Konsep Jamkesda Bertahap | 248 |
| Gambar 2.3.4 Sistem Jamkesda yang Dikelola Dinas Kesehatan Kota Balikpapan Tahun 2006-2008 | 250 |
| Gambar 2.3.5 Pola Pembagian Peran dan <i>Good Governance</i> | 255 |
| | |
| Gambar 2.4.1 Grafik Jumlah Kunjungan Rawat Jalan RSUD Tabanan Tahun 1996-2000 | 266 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gambar 2.4.2 Grafik Kunjungan Rawat Jalan di RSUD Tabanan Tahun 1999 sampai September 2006 | 269 |
| Gambar 2.4.3 Grafik Hari Perawatan di IRNA RSUD Tabanan | 270 |
| Gambar 2.4.4 Grafik Total Pendapatan RSUD Tabanan (dalam juta) | 271 |
| Gambar 2.4.5 Kontinum antara Jasa Publik dan Jasa Pribadi | 277 |
| Gambar 2.4.6 Konsep BLU dari Departemen Dalam Negeri | 279 |
| Gambar 2.4.7 Kontinum antara Lembaga Birokrasi dan BUMD | 280 |
| | |
| Gambar 2.5.1 Sepuluh Besar Kasus Bedah di IRD RS Cut Nya'Dien | 294 |
| Gambar 2.5.2 Model <i>Contracting Out</i> yang Dikerjakan di Meulaboh dan Kabupaten Berau | 306 |
| Gambar 2.5.3 Model <i>Contracting Out</i> Pelayanan di Kabupaten Berau | 307 |
| Gambar 2.5.4 Desain dan Mekanisme Kerja <i>Contracting Out</i> | 308 |
| | |
| Gambar 2.6.1 Siklus Proyek PHP-1 dan PHP-2 | 325 |
| Gambar 2.6.2 <i>Exit Strategy Scheme</i> | 331 |
| Gambar 2.6.3 Posisi Berbagai Daerah Kabupaten/Kota di 8 Propinsi DHS-1 | 344 |
| | |
| Gambar 2.6.4 Matriks Kemampuan Fiskal Pemda dan Keadaan Ekonomi Masyarakat di Propinsi Bali | 345 |
| Gambar 2.6.5 Matriks Kemampuan Fiskal Pemda dan Keadaan Ekonomi Masyarakat di Propinsi Riau | 347 |
| Gambar 2.6.6 Matriks Kemampuan Fiskal Pemda dan Keadaan Ekonomi Masyarakat di Propinsi Gorontalo | 348 |
| | |
| Gambar 3.1 Struktur Organisasi Departemen Kesehatan Filipina Pra Devolusi Tahun 1978-1990 | 365 |
| Gambar 3.2 Struktur Organisasi Departemen Kesehatan Filipina Tahun 1991-1998 | 367 |
| Gambar 3.3 <i>Post</i> Devolusi Layanan Kesehatan | 371 |
| Gambar 3.4 Organisasi Pemberian dan Pembiayaan Layanan Kesehatan | 372 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gambar 3.5 Produksi Layanan Kesehatan, Persediaan, Tuntutan, dan Pemanfaatan | 373 |
| Gambar 3.6 Organisasi Layanan Kesehatan di Vietnam | 391 |
| Gambar 4.2.1 Pembagian Kelompok <i>Stakeholder</i> | 434 |
| Gambar 4.2.2 Organogram Departemen Kesehatan Pasca Devolusi di Filipina | 448 |
| Gambar 4.2.3 Organogram Depkes | 449 |
| Gambar 4.2.4 Kemungkinan Skenario Kebijakan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia antara Pemerintah Pusat dan Pemda | 459 |

PENGANTAR

Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007: Mengkaji Pengalaman dan Membahas Skenario Masa Depan

Desentralisasi merupakan fenomena yang kompleks dan sulit didefinisikan secara tegas.¹ Definisinya bersifat kontekstual karena tergantung pada konteks historis, institusional serta politis di masing-masing negara. Namun, secara umum desentralisasi dapat didefinisikan sebagai pemindahan tanggung jawab dalam perencanaan, pengambilan keputusan, pembangkitan serta pemanfaatan sumber daya dan kewenangan administratif dari pemerintah pusat ke: 1) unit-unit teritorial dari pemerintah pusat atau kementerian, 2) tingkat pemerintahan yang lebih rendah, 3) organisasi semi otonom, 4) badan otoritas regional, 5) organisasi non pemerintah atau organisasi yang bersifat sukarela (Rondinelli 1983 *cit* Omar, 2001).² Mills, dkk³ menyebutkan bahwa secara umum desentralisasi merupakan transfer kewenangan dan kekuasaan dari tingkat pemerintahan yang tinggi ke tingkat yang lebih rendah dalam satu hierarki politis administratif atau teritorial.

Definisi di atas banyak digunakan dalam literatur dan sebenarnya merupakan definisi dari desentralisasi demokratis atau

¹ Trisnantoro dkk. (2005) Tiga Tahun Kebijakan Desentralisasi Kesehatan Di Indonesia. Apakah Merupakan Periode Ujicoba? Gajah Mada University Press, Yogyakarta

² Omar M. (2001). Health Sector Decentralization in Developing Countries: Unique or Universal! Nuffield Institute for Health, University of Leeds, United Kingdom.

³ Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. (1990). Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experience. World Health Organization, Switzerland, Geneva

desentralisasi politis dalam ilmu administrasi publik dengan pihak yang menerima pelimpahan kekuasaan atau kewenangan merupakan representasi dari masyarakat lokal dan bertanggung jawab terhadap mereka. Desentralisasi ini dimaksudkan untuk meningkatkan partisipasi publik dalam pengambilan keputusan sehingga dapat menyediakan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan aspirasi setempat, mengakomodasi perbedaan sosial, ekonomi dan lingkungan, serta meningkatkan pemerataan dalam penggunaan sumber daya publik.⁴

Para ahli menyebutkan bahwa terdapat juga bentuk lain dari desentralisasi yaitu desentralisasi fiskal dan desentralisasi manajemen. Desentralisasi fiskal adalah pemindahan kekuasaan untuk mengumpulkan dan mengelola sumber daya finansial dan fiskal. Desentralisasi manajemen digunakan pada saat situasi tanggung jawab manajerial di dalam suatu organisasi diserahkan kepada manajer unit sebagai agen desentralisasi yang “terkecil”. Model seperti ini telah diaplikasikan dalam sektor publik dengan tanggung jawab untuk pelayanan dalam bidang tertentu dan diserahkan kepada manajer unit. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan efisiensi.⁵

Desentralisasi kesehatan di Indonesia dilaksanakan sejak awal tahun 2001 dan merupakan konsekuensi dari desentralisasi secara politik yang menjadi inti Undang-Undang (UU) No.22/1999. Di berbagai negara, kebijakan tentang desentralisasi kesehatan telah

⁴ Ribot JC. (2002). African Decentralization: Local Actors, Powers and Accountability. Democracy, Governance and Human Rights Paper No 8. United Nations Research Institute for Social Development

⁵ Devas, N. (1997). Indonesia: What Do We Mean By Decentralization? Public Administration and Development, 17, 351-67.

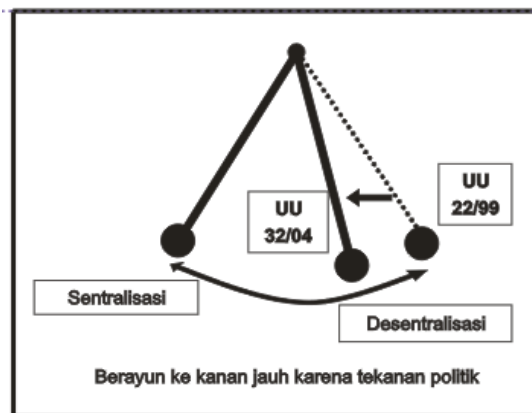
dilaksanakan selama dua dekade terakhir. Uganda, Filipina, dan Vietnam adalah negara–negara lain yang telah lama melaksanakan desentralisasi. Berbagai dampak desentralisasi kesehatan merupakan pengalaman menarik untuk dibahas. Apakah mampu meningkatkan kapasitas kelembagaan, perundang-undangan, keuangan atau peran pemerintah daerah (pemda)? Apakah desentralisasi mampu memperbaiki efisiensi dan pemerataan pelayanan kesehatan? dan pertanyaan akhirnya: Apakah desentralisasi kesehatan mampu memperbaiki status kesehatan masyarakat?

Jawabannya memang menarik: kebijakan desentralisasi belum memberikan hasil pada peningkatan kinerja pembangunan kesehatan yang diukur dengan perbaikan status kesehatan masyarakat. Hal ini disimpulkan pada pertemuan tahunan ke-6 *monitoring* kebijakan desentralisasi (Agustus tahun 2007) di Bali. Melihat kenyataan ini, ada pertanyaan: Apakah memang desentralisasi kesehatan merupakan kebijakan yang salah ataukah kebijakan yang baik namun gagal dalam pelaksanaannya?

Buku ini ditulis berdasarkan pertemuan di Bali, pertemuan-pertemuan sebelumnya, dan berbagai referensi terakhir dengan tujuan untuk: (1) mengkaji pengalaman Indonesia dalam melaksanakan desentralisasi kesehatan pada tahun 2000-2007; (2) membandingkan pelaksanaan desentralisasi dengan negara lain; (3) membahas apakah ada dampak desentralisasi kesehatan terhadap indikator status kesehatan; dan (4) mengkaji berbagai skenario ke depan sesuai dengan pengalaman nasional dan internasional dalam melaksanakan

desentralisasi kesehatan dengan adanya peraturan terbaru yaitu Peraturan Pemerintah (PP) No.38/2007 dan PP No.41/2007.

Dalam membahas berbagai kemungkinan di masa mendatang, buku ini melihat pengalaman-pengalaman yang terjadi selama pelaksanaan desentralisasi di Indonesia periode tahun 2000-2007. Desentralisasi kesehatan di Indonesia dapat digambarkan sebagai pendulum yang berayun dari situasi sentralisasi ke arah desentralisasi. Pada tahun 1999 ketika UU No.22 disusun, tekanan politik untuk mengarah ke desentralisasi sangatlah kuat. Pendulum bergeser jauh ke kanan. Pada tahun-tahun awal pelaksanaan desentralisasi, terjadi euforia yang kuat. Bahkan berbagai kabupaten menyatakan tidak perlu berkoordinasi dengan pihak propinsi.



Gambar 1 Pendulum Desentralisasi

Salah satu dampak penting desentralisasi adalah perbedaan kemampuan fiskal yang semakin besar antar propinsi dan kabupaten kota. Dengan adanya dana bagi hasil maka ada propinsi dan kabupaten/kota yang mendadak menjadi kaya dalam waktu sekejap. Beberapa daerah mempunyai Anggaran Pendapatan dan Belanja

Daerah (APBD) sekitar 2 triliun rupiah dengan penduduk yang tidak mencapai 500.000 orang, seperti Kutai Kertanegara dan Bengkalis.

Namun yang menarik, setelah beberapa tahun kemudian terjadi situasi yaitu ada kekecewaan secara nasional terhadap proses desentralisasi dibidang kesehatan. Kekecewaan ini dapat dipahami karena memang dana kesehatan dari Dana Alokasi Umum (DAU) dan APBD ternyata jumlahnya tidak cukup untuk membiayai pelayanan kesehatan. Keadaan ini terjadi pula di daerah kaya yang sebenarnya harus memberikan lebih banyak untuk pelayanan kesehatan. Sektor kesehatan kekurangan dana, berbagai sistem menjadi terganggu, dan kehilangan koordinasi dibanding dengan sebelum desentralisasi. Departemen Kesehatan melihat hal ini sebagai suatu hal yang membahayakan kelangsungan sistem kesehatan. Dengan itikad baik, maka dilakukan peningkatan pembiayaan dari pusat.

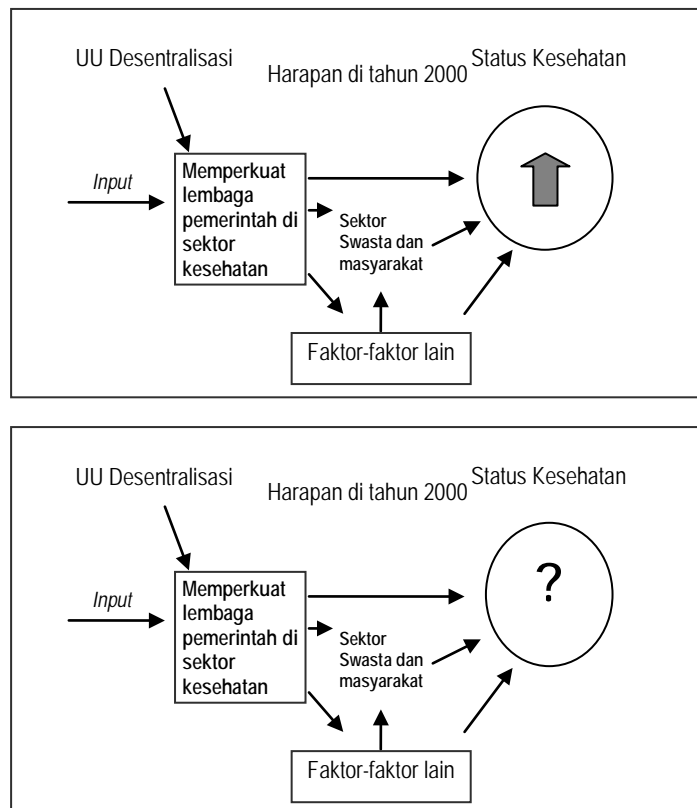
Hal ini yang menimbulkan gejala “resentralisasi”. Gejala ini diperkuat dengan diamandemennya UU No.22/1999 dengan UU No.32/2004. Undang-undang yang baru menekankan mengenai peran pemerintah pusat dan propinsi. Dalam konteks pendulum, terlihat bahwa UU No.32/2004 semangatnya tidak ekstrim desentralisasi, namun mengarah ke sentralisasi. Akan tetapi harus ditegaskan bahwa walaupun UU No.32/2004 terlihat lebih sentralisasi dibanding UU No.22/1999, namun sektor kesehatan masih terdesentralisasi.

Pendulum yang bergerak ke kanan dan ke kiri ini merupakan refleksi sejarah desentralisasi kesehatan di Indonesia. Pengalaman Indonesia dalam melaksanakan kebijakan desentralisasi kesehatan tahun 2000-2007 dapat direfleksikan sebagai berikut. Ada suatu

proses yang berjalan secara mendadak (*Big Bang*) pada tahun 1999. Desentralisasi di sektor kesehatan dipicu oleh tekanan politik untuk desentralisasi dalam era reformasi. Apabila tidak ada desentralisasi yang baik, maka beberapa daerah yang mempunyai kekayaan alam akan menuntut kemerdekaan. Pemerintah di kala itu merespon dengan UU Desentralisasi yang penyusunannya cepat dalam eforia reformasi. Dampak langsung adalah semakin besarnya perbedaan kemampuan fiskal antar daerah. Tekanan politik ini tidak diimbangi dengan kemampuan teknis untuk melakukan desentralisasi kesehatan. Secara teknis sebenarnya sektor kesehatan belum siap untuk melakukan desentralisasi.

Dalam hal struktur kelembagaan terdapat fakta perubahan radikal: Kantor Wilayah (Kanwil) dan Kantor Departemen (Kandep) Kesehatan di-*merger* ke dinas kesehatan propinsi dan kabupaten/kota. Perubahan radikal ini telah terjadi di daerah secara cepat di awal dekade tahun 2000-an. Yang menarik, di pemerintah pusat tidak terjadi perubahan. Struktur Departemen Kesehatan masih relatif sama dengan empat Direktorat Jenderal yaitu Bina Pelayanan Medik, Bina Kesehatan Masyarakat, P2PL dan Pelayanan Farmasi (dulu POM). Garis besar struktur organisasi Departemen Kesehatan ini sudah berjalan sejak awal Orde Baru dan tidak mengalami perubahan bermakna walaupun terjadi perubahan fungsi akibat desentralisasi. Sebagai perbandingan Departemen Kesehatan Filipina berubah total strukturnya setelah desentralisasi. Departemen Kesehatan Filipina mengurangi fungsi sebagai pemberi pelayanan, berubah menjadi pelayan bagi pemberi pelayanan kesehatan.

Dalam situasi yang tidak siap tersebut dampak-dampak negatif desentralisasi muncul seperti yang dialami di berbagai negara antara lain, kegagalan sistem, kekurangan koordinasi, sumber daya yang tidak cukup, jenjang karier sumber daya manusia (SDM) yang tidak baik, sampai pengaruh politik yang menjadi terlalu besar. Adanya PP No.25/2000 tentang Pembagian Urusan Pemerintah mempunyai andil dalam kebingungan.



Gambar 2 Harapan di Tahun 2001 dan Kenyataan di Tahun 2007 tentang Desentralisasi

Gambar 2 menunjukkan bahwa kebijakan desentralisasi melalui UU Desentralisasi di tahun 1999 dan PP No.25/2000 pada awalnya memberi harapan untuk memperkuat lembaga-lembaga pelayanan kesehatan pemerintah. Apabila lembaga-lembaga pemerintah dapat jelas pembagian urusannya, maka sektor swasta dan masyarakat, serta bersama faktor lainnya dapat dikelola untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat. Namun kenyataannya adalah sebaliknya. Terjadi kebingungan pembagian peran antar level pemerintah. PP No.25/2000 gagal memberikan pembagian urusan yang jelas dan penganggaran kesehatan masih menggunakan prinsip sentralisasi. Kebijakan desentralisasi justru membuat kebingungan peran pemerintah di berbagai tingkat pemerintahan, di berbagai aspek sektor kesehatan bahkan terjadi konflik antar tingkat pemerintahan.

Konteks sejarah kebijakan merupakan hal penting untuk menganalisis pelaksanaan kebijakan desentralisasi. Tujuh tahun pelaksanaan desentralisasi kesehatan di Indonesia masih merupakan proses yang relatif singkat dibandingkan dengan negara lain. Walaupun masih singkat, pertanyaannya adalah apakah proses yang ada menuju pencerahan atau tetap gelap. Dalam proses kebijakan ada harapan baru. Pada bulan Juli 2007, terbit PP No.38/2007 yang memperbaiki PP No.25/2000 yang membingungkan dan PP No.41/2007 untuk mengganti PP No.08/2003. Peraturan pemerintah ini memberikan momentum baru pada perjalanan kebijakan desentralisasi.

Disimpulkan bahwa periode tahun 2000-2007 dalam sejarah pelaksanaan desentralisasi Indonesia dapat disebut sebagai periode

kebingungan. Ada fenomena “*change without significant change*”. Ada perubahan aturan hukum, namun tidak ada perubahan secara bermakna dalam proses penetapan urusan pemerintah di berbagai tingkat. Tentunya situasi ini tidak menguntungkan status kesehatan masyarakat. Berbagai pihak bahkan menyalahkan kebijakan desentralisasi sebagai penyebab buruknya sistem kesehatan di Indonesia, bahkan ada harapan untuk kembali ke sentralisasi. Namun harapan ini tentunya harus diwujudkan dalam bentuk amandemen UU No.32/2004. Kegiatan amandemen saat ini tentunya sulit dijalankan.

Bagaimana ke depannya?

Pesimis atau optimis? Bukti empirik di berbagai negara menyatakan bahwa penyusunan dan pelaksanaan kebijakan desentralisasi membutuhkan waktu, proses yang rumit, dan penghalusan-penghalusan. Dapat dipahami bahwa ada pihak yang tidak sabar dengan pelaksanaan desentralisasi. Kata-kata desentralisasi menjadi hal yang tidak lagi menarik untuk dipergunakan. Namun harus ditegaskan bahwa UU No.32/2004 menyatakan bahwa sektor kesehatan merupakan bidang yang harus didesentralisasikan. Mau atau tidak mau, kebijakan desentralisasi sudah merupakan kebijakan nasional dalam tingkat undang-undang.

Buku ini berusaha membahas prospek pelaksanaan desentralisasi di masa depan. Dalam melakukan analisis ini ada metode yang dilakukan yaitu pemahaman situasi saat ini yang dilanjutkan dengan melakukan penafsiran atas apa yang terjadi dan diwujudkan dalam skenario kegiatan di masa mendatang. Pemahaman

situasi mencakup pengalaman di Indonesia selama 7 tahun terakhir ini dengan melakukan pengkajian pada pengalaman di berbagai negara, melakukan analisis *stakeholders* dan *trend-nya*, serta penafsiran berupa berbagai skenario pelaksanaan desentralisasi. Setelah penafsiran ini, maka akan dilakukan usulan untuk penguatan kapasitas kelembagaan.

Dengan menggunakan pendekatan tersebut maka buku ini kami bagi ke dalam beberapa bagian. Bagian 1: Tantangan hubungan pemerintah pusat dan daerah dalam kebijakan desentralisasi kesehatan. Bagian 2: Inovasi-inovasi yang dikembangkan dalam sistem kesehatan di era desentralisasi. Bagian 3: Pengalaman internasional dalam desentralisasi. Bagian 4: Aspek politik desentralisasi. Sebagai penutup akan dibahas skenario di masa depan mengenai desentralisasi.

Bagian 1: Tantangan pelaksanaan kebijakan pemerintah pusat dalam konteks desentralisasi. Dalam bagian ini akan dibahas secara mendalam mengenai berbagai problem kebijakan pemerintah pusat di berbagai program yang terkait dengan kebijakan desentralisasi, serta tantangan yang dihadapi dan masa depannya. Dalam hal ini, ada tiga hal yang dibahas yaitu desentralisasi fiskal, Program Asuransi Kesehatan Miskin (Askeskin), dan *surveilans*.

Bagian 2: Inovasi-inovasi dalam periode tahun 2000-2007. Salah satu hal penting dalam desentralisasi adalah penyerahan urusan pemerintahan dari pemerintah pusat ke daerah. Penyerahan ini bukan merupakan hal yang mudah. Sering terjadi tumpang-tindih atau kekosongan dalam pembagian urusan. Akibatnya, sistem kesehatan

menjadi sulit dikelola. Oleh karena itu, diperlukan pengembangan sistem kesehatan untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat. Inovasi-inovasi yang dikembangkan dalam sistem kesehatan di era desentralisasi mencakup inovasi Sistem Kesehatan Daerah (SKD) di Kalimantan Timur, Nusa Tenggara Timur (NTT), dan Kota Yogyakarta; inovasi fungsi regulasi pemerintah; inovasi fungsi pembiayaan pemerintah; Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan *contracting out*; inovasi dalam pelayanan rumahsakit berupa otonomi rumahsakit pemerintah dalam bentuk Badan Layanan Umum (BLU); inovasi dalam pemberian pelayanan berdasarkan kontrak di Rumah Sakit Daerah (RSD) Cut Nya' Dien Kabupaten Aceh Barat dan di Kabupaten Berau; inovasi dalam proyek yang *Sector-Wide Provincial Health Project (PHP)* dan *The First Decentralized Health Services Project (DHS-1)*.

Bagian 3. Pengalaman internasional dalam desentralisasi.

Pengalaman di berbagai negara menunjukkan bahwa efektivitas pelaksanaan kebijakan pascadesentralisasi bervariasi. Pengalaman seperti ini digunakan sebagai bahan pelajaran untuk Indonesia. Negara pertama yang dibahas dalam buku ini adalah desentralisasi di Filipina berdasarkan makalah Julito Sabornido dalam seminar di Bali tahun 2007. Kata kunci dari pengalaman desentralisasi di Filipina adalah kegiatan yang memakan waktu cukup lama. Kebijakan desentralisasi dimulai sejak tahun 1991 dan terus dikembangkan sampai sekarang. Kebijakan desentralisasi mempunyai efek yang tetap melanjutkan efek positif pembangunan kesehatan terhadap Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Desentralisasi di Uganda dibahas

dari makalah oleh David Dunlop. Pengalaman menunjukkan bahwa kebijakan desentralisasi sangat dipengaruhi oleh perkembangan politik dan sejak tahun 1960-an bahwa di antara Departemen Kesehatan dan pemda sering terjadi konflik. Negara ketiga yang dibahas adalah Vietnam berdasarkan makalah Lokky Wai. Kebijakan desentralisasi tidak merubah sistem kesehatan secara mendasar. Status kesehatan juga tidak menunjukkan perubahan berarti, namun desentralisasi mampu meneruskan penurunan AKI dan AKB. Anggaran pelayanan kesehatan sebenarnya tidak terlalu banyak berubah tetapi mampu mengurangi masalah kesehatan.

Bagian penutup membahas analisis *stakeholders* dan skenario. Sebagai sebuah kebijakan publik, penerimaan oleh berbagai pihak tentunya bervariasi. Ada yang semangat menjalankan, bahkan terlalu bersemangat, namun ada yang tidak bersemangat, bahkan cenderung menolak. Bagian ini membahas analisis tren yang berupa perkembangan undang-undang dan hukum serta pendapat berbagai kelompok (*stakeholders*) di sektor kesehatan dalam menyikapi kebijakan ini. Dalam analisis ini, analisis tren dibagi menjadi dua, yaitu antara terbitnya UU No.22/1999 sampai dengan keluarnya undang-undang yang mengamandemennya yaitu UU No.32/2004. Secara tahun pembagiannya dibagi dua: 1) antara tahun 2000 sampai dengan tahun 2003, dan 2) pasca tahun 2004 sampai sekarang. Selain itu, akan dibahas mengenai peran pemimpin politik, hubungan lintas sektor, hubungan antar lembaga kesehatan, serta bagaimana penerapan kebijakan desentralisasi kesehatan di propinsi dan kabupaten.

Sebagai penutup adalah skenario ke depan: Apakah akan terjadi desentralisasi sepenuh hati ataukah resentralisasi di sektor kesehatan? Dalam konteks pelaksanaan kebijakan desentralisasi ketidakpastian yang ada adalah pihak mana yang akan “lebih berpengaruh” dalam strategi pembangunan kesehatan di Indonesia: apakah yang pro sentralisasi ataukah yang pro desentralisasi. Bagaimana kita menghadapi ketidakpastian tentang pelaksanaan kebijakan desentralisasi kesehatan di Indonesia? Bagian 4 buku ini membahas skenario berdasarkan hasil penafsiran atas situasi. Perencanaan skenario ini layak digunakan oleh Indonesia untuk membuat keputusan, termasuk *capacity building* ketika ada ketidakpastian tentang apa yang akan terjadi di masa mendatang dan hasil proyeksi kinerja organisasi di masa lalu tidak mampu memberikan gambaran.

Berpijak dari isinya, buku ini bertujuan untuk menggugah perhatian tentang situasi yang dihadapi sektor kesehatan dan masa depannya dalam konteks desentralisasi. Data yang dipergunakan berasal dari berbagai penelitian dan sumber data. Ada kemungkinan ketidaktepatan data dapat ditemui dalam buku ini, namun ketepatan data sudah diusahakan dengan berusaha sejauh mungkin melakukan *cross-check*. Diharapkan buku ini dapat dipergunakan oleh para *stakeholder* sektor kesehatan di Indonesia, pengambil kebijakan di pemerintah pusat, propinsi, dan kabupaten, anggota parlemen pusat dan daerah, staf lembaga donor internasional, konsultan, peneliti dan dosen, wartawan, dan tentunya para pemimpin dan calon pemimpin

sektor kesehatan yang berada di bangku kuliah pascasarjana atau sarjana.

Terima kasih kami ucapkan kepada para kontributor buku ini, para pembicara di berbagai pertemuan desentralisasi, dan penyandang dana AusAid. Disamping itu kami ingin ucapkan terima kasih kepada Majelis Guru Besar UGM yang telah mendorong terbitnya buku ini. Semoga buku ini berguna untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat melalui perbaikan pelaksanaan desentralisasi kesehatan di Indonesia.

Yogyakarta, Januari 2009

Laksono Trisnantoro

BAGIAN 1

Tantangan Pelaksanaan Kebijakan Pemerintah Pusat dalam Konteks Desentralisasi

Pengantar

Masalah pelaksanaan kebijakan pemerintah pusat di berbagai program yang terkait dengan situasi desentralisasi akan dibahas dalam bagian ini ada tiga hal yaitu mengenai desentralisasi fiskal, asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin, dan program *surveilans*.

Bahasan pertama tentang desentralisasi fiskal di sektor kesehatan adalah pengalaman tahun 2000-2007 mengenai kesulitan pemerintah pusat dalam memahami dampak desentralisasi keuangan pada periode awal desentralisasi. Ketika terjadi pemindahan pengalokasian anggaran ke daerah melalui DAU, yang terjadi adalah kegagalan sektor kesehatan mendapatkan dana di daerah. Kegagalan ini direspon oleh pemerintah pusat dengan memberikan dana dekonsentrasi yang besar. Akibatnya terjadi situasi menyerupai resentralisasi sistem alokasi anggaran kesehatan di sekitar tahun 2004-2005. Akan tetapi, dengan keterbatasan kemampuan keuangan pemerintah pusat dan kesulitan teknis penyaluran dana dekonsentrasi menyebabkan pendanaan pemerintah pusat di tahun 2006-2007 dan awal tahun 2008 mengalami kesulitan besar.

Pembahasan kedua tentang pelaksanaan program Askeskin yang menunjukkan kegagalan pemerintah pusat memahami arti desentralisasi dalam pembiayaan. Pada masa awal program Askeskin

ada kecenderungan Departemen Kesehatan tidak memperhatikan daerah dalam pendanaan dan pelaksanaan program Askeskin. Ketika terjadi kekurangan dana yang besar di tahun 2007, baru disadari bahwa peran pemda merupakan hal yang tidak dapat diabaikan dalam Askeskin. Perdebatan antar peran pemda dan pusat dalam program Askeskin yang saat ini sudah diubah menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) merupakan inti dari bab ini.

Program *surveilans* merupakan bahasan ketiga yang membahas masalah yang dihadapi pemerintah dalam menjalankan *surveilans*. Pada tahun ketiga desentralisasi (2003), Departemen Kesehatan mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) tentang *Surveilans*. Akan tetapi di lapangan, Kepmenkes ini ternyata tidak berjalan. Berbagai pengamatan menunjukkan bahwa ada ketidaktahuan pemda mengenai pedoman teknis penting ini. Hal ini menunjukkan masalah besar dalam menyusun dan mengoperasionalkan pedoman teknis Kepmenkes dalam situasi yang terdesentralisasi.

BAB 1.1

Desentralisasi Fiskal di Sektor Kesehatan dan Reposisi Peran Pusat dan Daerah

Laksono Trisnantoro, Arum Atmawikarta, Dewi Marhaeni, Deni Harbianto

Salah satu hal penting dalam desentralisasi di Indonesia di tahun 1999 adalah desentralisasi fiskal. Secara teori, desentralisasi fiskal adalah pemindahan kekuasaan untuk mengumpulkan dan mengelola sumber daya finansial dan fiskal.⁶ Desentralisasi fiskal dapat dijadikan sebagai indikator mengenai berjalannya kebijakan desentralisasi. Sejarah telah mencatat bahwa pada akhir tahun 1970-an, Indonesia melakukan desentralisasi di bidang kesehatan namun tidak disertai dengan desentralisasi fiskal. Akibatnya tidak terjadi pemindahan wewenang dari pemerintah pusat ke daerah. Bagian ini mengkaji apakah kebijakan desentralisasi fiskal berjalan, dan berusaha memahami prospek pembangunan kesehatan dalam era desentralisasi.

Desentralisasi dan kegagalan menutup kesenjangan fiskal

Salah satu hal menarik sebagai dampak desentralisasi adalah perbedaan kemampuan fiskal yang semakin besar antar propinsi dan kabupaten/kota. Dengan adanya dana bagi hasil maka ada propinsi dan kabupaten/kota yang mendadak menjadi kaya dalam waktu sekejap. Beberapa daerah mempunyai APBD sekitar 2 triliun rupiah dengan penduduk yang tidak mencapai 500.000 orang. Namun yang menarik,

⁶ Ribot, op.Cit. 2002

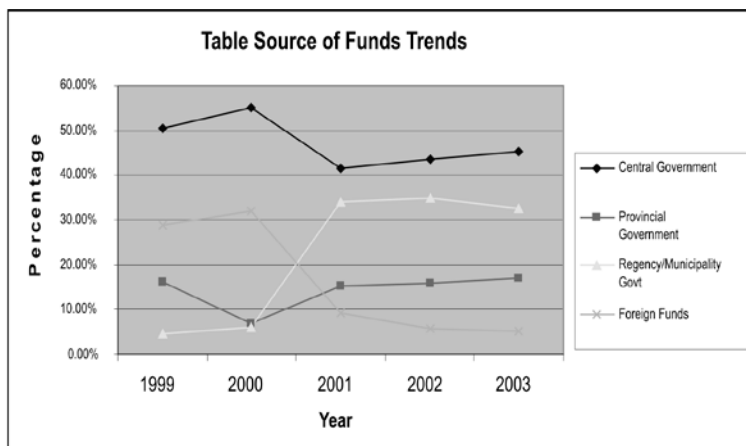
di sektor kesehatan setelah beberapa tahun kemudian terjadi situasi bahwa ada kekecewaan secara nasional terhadap proses desentralisasi.

Kekecewaan ini dapat dipahami karena memang dana kesehatan dari DAU dan APBD ternyata jumlahnya tidak cukup untuk membiayai pelayanan kesehatan. Keadaan ini juga terjadi di daerah kaya yang sebenarnya harus memberikan lebih banyak untuk pelayanan kesehatan. Sektor kesehatan kekurangan dana, sehingga menyebabkan berbagai sistem menjadi terganggu dan kehilangan koordinasi dibandingkan sebelum desentralisasi. Departemen Kesehatan melihat hal ini sebagai suatu hal yang membahayakan kelangsungan sistem kesehatan. Dengan itikad baik, maka dilakukan peningkatan pembiayaan dari pusat.

Kesan yang mencolok terjadi peningkatan dana kesehatan dari pemerintah pusat. Sebagai fakta, terjadi kenaikan dana dekonsentrasi dan Dana Alokasi Khusus (DAK) untuk sektor kesehatan. Dipandang dari jumlah, bagi sektor kesehatan merupakan hal yang positif namun dari aspek penyaluran dan ketepatan sasaran penganggaran masih memerlukan kajian lebih lanjut. Di samping itu, ada hal yang perlu dicatat bahwa mekanisme dana dekonsentrasi menurut UU No.33/2004 Pasal 108 haruslah dikurangi dan harus diubah menjadi DAK atau Dana Tugas Pembantuan. Pada praktiknya memang penggunaan model dana dekonsentrasi sebagai cara penyaluran ke daerah ini dapat berakibat negatif karena mempunyai banyak kesulitan teknis dalam perencanaan dan penyerapan.

Penyerapan dana rendah pada tahun 2006 merupakan salah satu masalah besar yang dihadapi oleh anggaran pemerintah pusat.

Sementara itu, tahun 2007 terjadi apa yang disebut sebagai masalah lainnya di anggaran pemerintah pusat akibat pemotongan berbagai program pemerintah pusat. Keadaan ini terjadi pula di Rancangan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (RAPBN) tahun 2008 yang sampai bulan April belum ada kepastian. Masalah besar lain adalah kekurangan dana untuk pelayanan keluarga miskin (gakin). Kasus belum dibayarnya Askeskin untuk rumahsakit dalam tahun anggaran 2007 menunjukkan rendahnya kemampuan fiskal pemerintah pusat yang tertekan oleh kenaikan harga minyak.



Gambar 1.1.1 Anggaran Kesehatan di Tahun-Tahun Awal

Peningkatan dana dari pemerintah pusat ini disertai dengan wewenang memutuskan untuk menggunakan dana yang besar oleh pemerintah pusat. Wewenang ini semakin besar dilakukan oleh Departemen Kesehatan dan atau dengan Dewan Perwakilan Rakyat (DPR) pusat pada beberapa tahun belakangan ini. Akibatnya terjadi suatu sentralisasi sistem kesehatan karena aspek keuangan

mempengaruhi kegiatan di lapangan. Di samping kenyataan dalam pendanaan sektor kesehatan, berbagai pernyataan pimpinan Departemen Kesehatan menyiratkan keinginan untuk resentralisasi.

Dapat disimpulkan bahwa pada tahun 2004-2007 ini terjadi semacam kebingungan mengenai arah pengembangan sistem kesehatan di Indonesia: apakah akan resentralisasi ataukah meneruskan desentralisasi. Secara hukum sektor kesehatan merupakan sektor yang terdesentralisasi. Namun secara praktis, mekanisme penyaluran anggaran kesehatan mengarah ke sentralisasi. Hal ini merupakan paradoks yang perlu diperhatikan.

Paradoks yang ada dapat ditelusuri dari sejarah desentralisasi kesehatan di Indonesia. Pengalaman Indonesia dalam melaksanakan kebijakan desentralisasi kesehatan tahun 2000-2007 dapat direfleksikan sebagai berikut. Ada suatu proses yang berjalan secara mendadak (*Big Bang*) pada tahun 1999 seperti yang sudah disampaikan pada pengantar buku ini. Kebijakan yang mendadak tanpa diikuti oleh peraturan teknis yang baik.

Reposisi peran pemerintah pusat dalam hal pembiayaan pembangunan kesehatan di Indonesia

Salah satu hal penting yang menunjukkan kesungguhan pemerintah pusat dalam menerapkan desentralisasi adalah dalam pembiayaan kesehatan.⁷ Reposisi pemerintah pusat dalam hal pembiayaan pembangunan kesehatan di Indonesia merupakan salah satu indikator kesungguhan pemerintah pusat dalam menerapkan

⁷ Departemen Kesehatan. (2007). Kebijakan Operasional Perencanaan dan Penganggaran Program Pembangunan Kesehatan. Jakarta.

desentralisasi. Dalam draf dokumen dari Departemen Kesehatan¹ dinyatakan bahwa masih banyak masalah dalam pelaksanaan program pembangunan kesehatan.

Masalah pertama adalah belum sinkronnya antara kebijakan, perencanaan dan penganggaran, serta pelaksanaan. Dalam hubungannya dengan sektor lain terdapat lemahnya sinergisme dalam penyusunan kegiatan lintas program. Di samping itu, ada penggunaan indikator yang tidak konsisten. Dalam konteks desentralisasi, terdapat gejala belum sinkronnya perencanaan pusat dan daerah. Di dalam lingkup proses perencanaan disadari kesulitan untuk merubah *mindset* dari "*project oriented*" atau "*budget oriented*" kepada "*performance based-budgeting*". Faktor lain adalah terbatasnya SDM yang dapat menunjang upaya perencanaan pembangunan kesehatan, serta tidak lancarnya pelaporan kegiatan dan pengembangan yang bertujuan untuk meningkatkan mutu perencanaan pembangunan kesehatan.

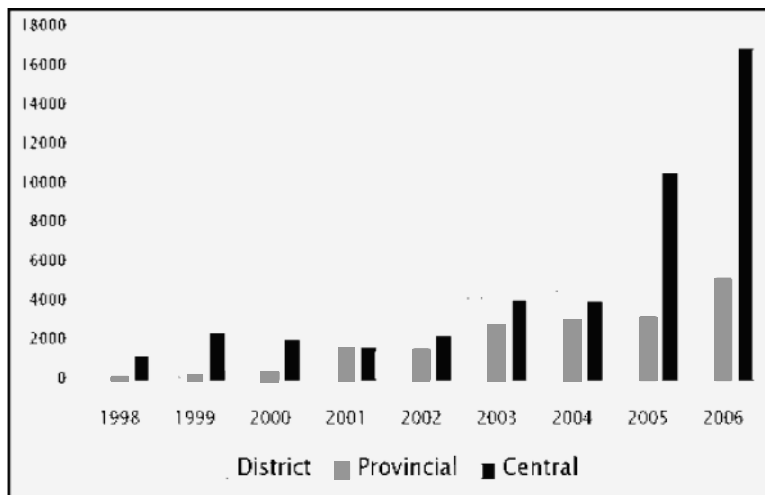
Dalam konteks permasalahan-permasalahan tersebut, menarik untuk dicermati berbagai fakta yang terjadi antara lain perkembangan anggaran kesehatan oleh pemerintah pusat dan perkembangan anggaran kesehatan oleh daerah. Data yang dipergunakan dalam deskripsi ini adalah anggaran kesehatan nasional (pemerintah) dari sebelum desentralisasi sampai setelah desentralisasi, dengan penekanan detail data mulai tahun 1999-2007. Data yang digunakan merupakan kompilasi dari beberapa data anggaran kesehatan APBN-Departemen Kesehatan, *World Bank*, *World Health Organization* atau WHO dan beberapa penelitian yang dilakukan oleh Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah

Mada/PMPK FK-UGM (*National Health Account*, dan *Public Health Expenditure Review*, bekerja sama dengan WHO Indonesia dan IPS Srilanka). Di samping itu, ada data Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dari proyek DHS-1.

Situasi pendanaan dari pemerintah pusat

Dari data yang ada terlihat terjadi pergeseran (*shift*) dana antara tahun 2000–2007. Pada awal desentralisasi, terlihat kecenderungan desentralisasi yang sangat kuat. Pada Gambar 1.1.1 terlihat ada penurunan anggaran pemerintah pusat sementara anggaran pemerintah provinsi dan kabupaten meningkat. Pada tahun-tahun awal memang terjadi realokasi yaitu ada dana pemerintah pusat menjadi APBD yang tentunya meningkatkan jumlah anggaran kesehatan secara absolut.

Akan tetapi, DAU dan dana-dana dari APBD ternyata tidak cukup untuk membiayai pelayanan kesehatan. Keadaan ini menyebabkan sistem kesehatan menjadi sulit digerakkan. Pemda terlihat gagal memberikan pendanaan untuk sektor kesehatan di daerahnya. Pada tahun 2004 ke depan, Departemen Kesehatan melihat perlu ada pendanaan lebih banyak dari pemerintah pusat. Keputusan ini menarik dan dapat dipahami karena memang diperlukan untuk memperbaiki sistem kesehatan. Hal ini ditandai dengan meningkatnya dana pemerintah pusat, khususnya untuk Askeskin dan kesehatan keluarga. Sejak tahun 2004 terjadi peningkatan dana kesehatan dari pemerintah pusat.



Gambar 1.1.2 Komparasi Sumber Pembiayaan Kesehatan Pemerintah Tahun 1998-2006

Sebagian dana pemerintah pusat disalurkan ke pemda melalui dana dekonsentrasi. Pada praktiknya penggunaan model dana dekonsentrasi sebagai cara penyaluran ke daerah dapat berakibat negatif. Ada kesulitan untuk mencapai sasaran yang direncanakan. Berdasarkan mekanisme, dana dekonsentrasi dari pemerintah pusat sampai ke propinsi. Dari level propinsi, dana akan diteruskan ke kabupaten/kota atau ke kegiatan-kegiatan. Penyaluran ini sering mempunyai masalah antara lain: sempitnya waktu untuk membelanjakan dan melaporkan, kekurangsiapan Pemegang Uang Muka Cabang (PUMC), dan berbagai sebab lain, akibatnya terjadi penyerapan dana yang rendah.

Penyerapan dana rendah pada tahun 2006 merupakan salah satu masalah besar yang dihadapi oleh anggaran pemerintah pusat. Berdasarkan data dari Departemen Kesehatan terlihat bahwa tidak ada yang dapat menyerap dana lebih dari 95%. Propinsi Irian Jaya Barat

hanya bisa menyerap sebesar 46,3%. Daerah Khusus Ibukota (DKI) Jakarta sebagai daerah yang berada di pemerintah pusat hanya menyerap 52,5%. Kalimantan Timur menyerap 62,4%. Sulawesi Utara menyerap paling tinggi sebesar 94,8%, disusul oleh Jawa Timur sebesar 91,9%.

Sementara itu, tahun 2007 terjadi apa yang disebut sebagai masalah besar anggaran pemerintah pusat akibat pemotongan berbagai program pemerintah pusat. Pemotongan ini disebabkan berbagai faktor yang kompleks. Salah satu masalah besar adalah kekurangan dana untuk pelayanan gakin. Dikhawatirkan penyerapan anggaran kesehatan pemerintah pusat masih belum membaik. Problem di tahun 2007 terulang di tahun 2008. Akibat tekanan harga minyak, pemerintah pusat kesulitan untuk merealisasikan APBN. Sampai pada bulan April 2008 terjadi stagnasi mekanisme penyaluran dana pemerintah pusat ke daerah. APBN belum efektif.

Perkembangan dana-dana kesehatan yang tergolong desentralisasi yaitu DAK juga meningkat tajam (lihat Gambar 1.1.3). Akan tetapi, di DAK timbul berbagai permasalahan karena adanya pembatasan penggunaan fasilitas fisik dan peralatan. Ketidakcocokkan antara apa yang dibutuhkan daerah dengan spesifikasi pusat menjadi titik rawan DAK. Ada kemungkinan anggaran DAK menjadi bahan kolusi dalam pembelian peralatan dengan spesifikasi tertentu di pemerintah pusat.

Sumber data: Bappenas

Gambar 1.1.3 Perkembangan Anggaran DAK Kesehatan Tahun 2003–2008

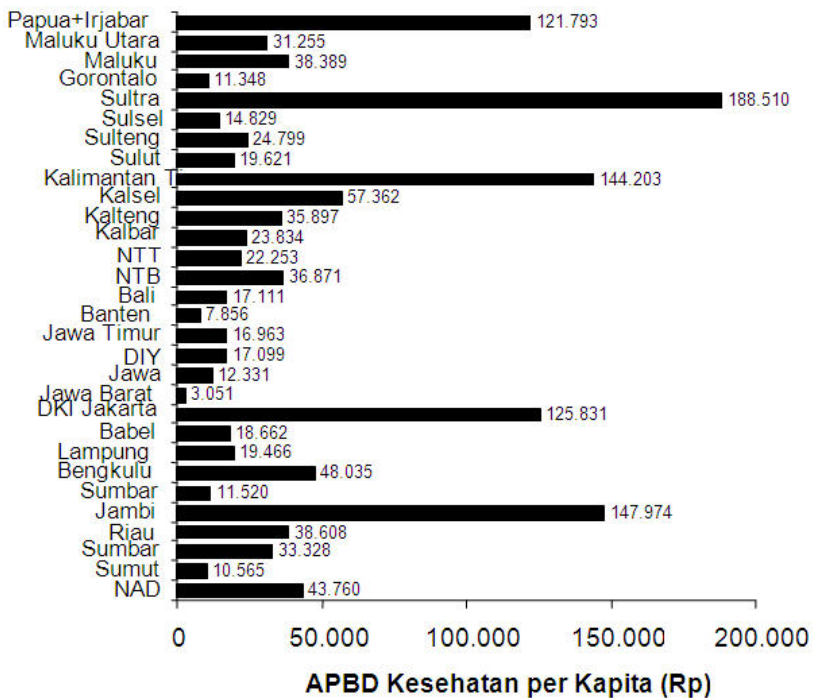
Situasi penganggaran kesehatan di daerah

Desentralisasi pada intinya bertujuan agar sektor kesehatan menjadi urusan rumah tangga daerah. Diharapkan terjadi ownership dan peningkatan APBD untuk kesehatan. Daerah yang mempunyai kemampuan keuangan sebaiknya menganggarkan untuk kesehatan. Namun data dari Bappenas⁸, menunjukkan hal yang menarik.

Gambar 1.1.4 memperlihatkan bahwa alokasi anggaran kesehatan oleh daerah menunjukkan hal yang *random*. Pengeluaran APBD tertinggi per kapita justru dilakukan oleh propinsi yang termasuk miskin yaitu Sulawesi Tenggara. Anggaran kesehatan per

⁸ Arum Atmawikarta. (2007), *Pengalaman 7 Tahun Desentralisasi Kesehatan; Bagaimana Arah Ke Depan?*, Seminar disajikan di Bali, 9 Agustus 2007

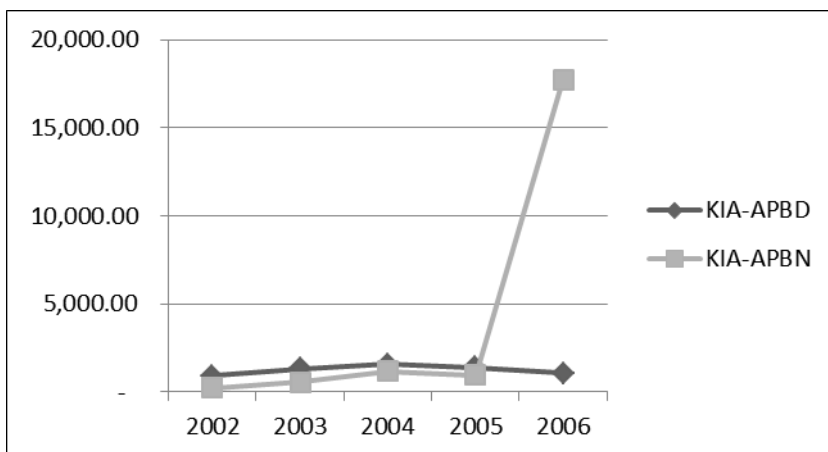
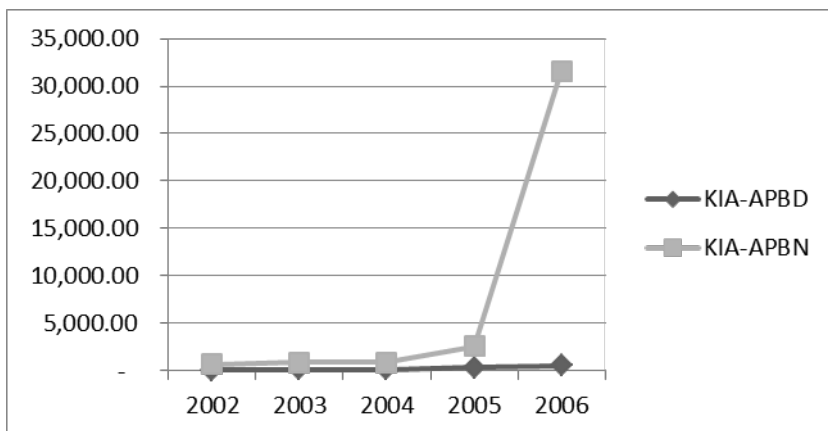
kapita di APBD propinsi ini melebihi anggaran propinsi kaya seperti Kalimantan Timur, Bali, dan Riau yang jumlah penduduknya juga kecil. Propinsi-propinsi besar di Jawa terlihat sangat kecil karena jumlah penduduknya sangat besar. Namun, Jawa Barat menunjukkan anggaran per kapita yang sangat rendah. Perbedaan anggaran per kapita ini tidak mempunyai pola yang jelas dan lebih bersifat *random*. Keadaan ini memperlihatkan kecilnya APBD untuk sektor kesehatan.



Sumber data: Bappenas 2006

Gambar 1.1.4 Anggaran Kesehatan dari APBD Per Kapita

Gambar 1.1.5 dari KIA berikut menunjukkan hal serupa.



**Gambar 1.1.5 Perbandingan Anggaran KIA di 7 Propinsi DHS
(Dalam Juta Rupiah)**

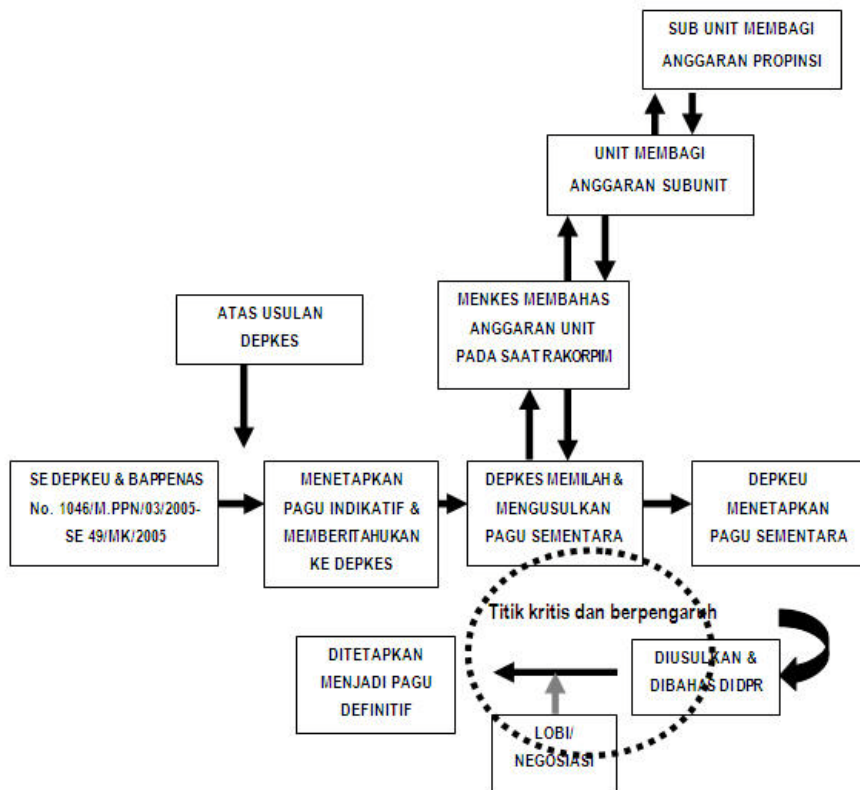
Data menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan pola APBD antara propinsi “kaya” (kapasitas fiskal tinggi) dengan propinsi “miskin” (kapasitas fiskal rendah). Sebagian besar dana untuk pelayanan kesehatan keluarga dibiayai oleh pemerintah pusat. Di propinsi kaya bahkan terjadi kesan penurunan. Pada tahun 2002-2004 terjadi kenaikan APBD untuk KIA, sementara itu pada tahun 2004-2006 terjadi penurunan. Logikanya, propinsi-propinsi yang tergolong

“kaya” akan membelanjakan lebih untuk pelayanan kesehatan sebagai urusan rumah tangganya.

Situasi proses alokasi anggaran

Hal menarik terkait dengan desentralisasi fiskal di sektor kesehatan adalah mengenai teknik alokasi anggaran di Departemen Kesehatan. Penelitian Marhaeni⁹ menyebutkan bahwa selama ini alokasi anggaran pusat dilakukan atas dasar: 1) *hystorical budget*; 2) usulan yang disampaikan daerah; atau 3) perhitungan kebutuhan daerah menurut jumlah penduduk. Tahun 2006 belum ada kriteria yang jelas dalam menentukan alokasi anggaran dana dekonsentrasi dan tugas pembantuan di berbagai program. Variabel yang diduga dominan adalah adanya *political approach* seperti negosiasi dan lobi. Pokok permasalahan yang ditemukan adalah bahwa Departemen Kesehatan belum mempunyai formulasi anggaran untuk alokasi dana dari pemerintah pusat dalam bentuk dana dekonsentrasi, tugas pembantuan dan dana sektoral. Keadaan ini dapat menimbulkan kemungkinan ketidakadilan dalam alokasi anggaran dari pemerintah pusat. Dengan tidak adanya formulasi alokasi anggaran, maka ada kemungkinan proses penganggaran dana APBN dipengaruhi oleh pertimbangan-pertimbangan non-teknis seperti yang terdapat gambar berikut.

⁹ Marhaeni D.(2008). Evaluasi Kebijakan Transfer Anggaran Kesehatan Tahun 2006-2007. Disertasi S3, UGM, Yogyakarta



Sumber: Marhaeni, 2008⁹

Gambar 1.1.6 Proses Penganggaran Dana APBN

Dalam konteks titik kritis, pertimbangan non-teknis dapat mempengaruhi proses perencanaan. Dalam hal ini aspek politik mempunyai pengaruh besar. DPR mempunyai peran besar dalam penetapan pagu indikatif terutama dalam anggaran rumahsakit.

Lebih lanjut, Marhaeni⁹ menyatakan bahwa alokasi anggaran untuk lima program pusat mempunyai variasi sebagai berikut. Program kesehatan ibu menggunakan proses penganggaran yang tidak

ada hubungannya dengan indikator *fiscal capacity*, jumlah penduduk, penduduk miskin, luas wilayah, jumlah dokter, jumlah puskesmas, dan jumlah rumahsakit. Tidak ada perbedaan atau pembobotan untuk daerah dengan fiskal tinggi atau rendah. Tahun 2006 program kesehatan ibu belum mempunyai kriteria dalam alokasi anggaran

Program TBC tidak mempunyai teknik untuk pembobotan daerah dengan *fiscal capacity* tinggi atau rendah. Alokasi anggaran tahun 2006 berdasarkan *hystorical budget*. Alokasi anggaran juga dipengaruhi intervensi dari *global fund*. Program rumahsakit tidak melakukan pembobotan untuk daerah dengan fiskal tinggi atau rendah. Alokasi anggaran tahun 2006 berdasarkan usulan daerah. Intervensi politis DPR besar pada saat penetapan pagu definitif. Terjadi perubahan anggaran sampai 95%. Program obat mempunyai indikator yang berpengaruh adalah jumlah penduduk miskin. Tidak ada perbedaan/pembobotan untuk daerah dengan fiskal tinggi atau rendah. Alokasi anggaran tahun 2006 berdasarkan usulan daerah.

Indikator yang berpengaruh dalam alokasi anggaran adalah jumlah penduduk miskin. Tidak ada perbedaan program gakin/pembobotan untuk daerah dengan fiskal tinggi atau rendah. Alokasi anggaran tahun 2006 sudah berbasis formula yaitu berdasar jumlah penduduk miskin.

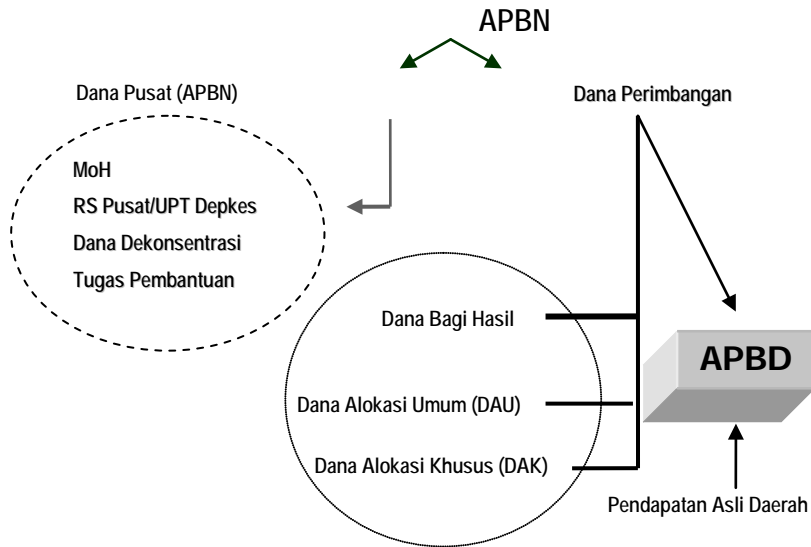
Tabel 1.1.1 Alokasi Anggaran Berbasis Formula untuk Program Gakin

| Anggaran | FISCAL Capacity | Populasi | Keluarga Miskin | Ukuran Geografis | Jumlah Dokter | Jumlah Spesialis | Jumlah Pelayanan Kesehatan Masyarakat | Jumlah Rumah Sakit | Prevalensi TB | Ibu Hamil Beresiko Tinggi |
|----------------|-----------------|----------|-----------------|------------------|---------------|------------------|---------------------------------------|--------------------|---------------|---------------------------|
| MCH | 0.211 | 0.958 | 0.958 | 0.011 | 0.906 | 0.965 | 0.894 | 0.882 | - | 1.00 |
| TBC | 0.267 | 0.338 | 0.241 | 0.458 | 0.345 | 0.291 | 0.316 | 0.342 | 0.270 | - |
| Hospital | 0.286 | 0.825 | 0.847 | 0.033 | 0.755 | 0.819 | 0.809 | 0.715 | - | - |
| Pharmaceutical | 0.161 | 0.947 | 1,00 | 0.071 | 0.923 | 0.947 | 0.939 | 0.850 | - | - |
| Poor family | 0.160 | 0.947 | 1,00 | 0.078 | 0.924 | 0.947 | 0.939 | 0.851 | - | - |

Pembahasan

Dalam pembahasan ini perlu untuk memahami: (1) desentralisasi wewenang, dan (2) desentralisasi fiskal. Berdasarkan undang-undang, desentralisasi adalah penyerahan wewenang pemerintahan oleh pemerintah kepada daerah otonom untuk mengatur dan mengurus urusan pemerintahan dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI). Dekonsentrasi adalah pelimpahan wewenang dari pemerintah kepada gubernur sebagai wakil pemerintah. Tugas pembantuan adalah penugasan dari pemerintah kepada daerah dan/atau desa atau sebutan lain dengan kewajiban melaporkan dan mempertanggungjawabkan pelaksanaannya kepada yang menugaskan.

Desentralisasi fiskal diselenggarakan bersamaan dengan desentralisasi wewenang. Oleh karena itu, UU No.32/2004 diikuti dengan UU No.33/2004. Pertanyaan yang menarik untuk diajukan adalah apakah desentralisasi wewenang (fungsi) diikuti atau dilakukan bersamaan dengan desentralisasi fiskal. Dalam hal ini desentralisasi pembiayaan ditentukan oleh jenis mekanisme anggaran: Apakah melalui mekanisme dana dekonsentrasi, dana tugas pembantuan ataukah DAU dan DAK? Oleh karena itu, diperlukan pembahasan untuk memahami mekanisme dana dari pemerintah pusat ke daerah. Sesuai UU No.32/2004 dan UU No.33/2004, secara garis besar arus dana dapat dilihat pada Gambar 1.1.7.



Gambar 1.1.7 Mekanisme Penyaluran Dana Pemerintah Pusat

Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) adalah rencana keuangan tahunan pemerintahan negara yang disetujui oleh DPR. Dana pemerintah pusat tersalurkan menjadi dua yaitu menjadi APBN dan menjadi APBD. Dana APBN meliputi dana untuk: (1) Departemen Kesehatan dan Unit Pelaksana Teknis (UPT) pusat di daerah; dana dekonsentrasi; dan (3) dana tugas pembantuan. Dana dekonsentrasi adalah dana yang berasal dari APBN yang dilaksanakan oleh gubernur sebagai wakil pemerintah yang mencakup semua penerimaan dan pengeluaran dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi. Dana ini tidak termasuk dana yang dialokasikan untuk instansi vertikal pusat di daerah. Dana tugas pembantuan adalah dana yang berasal dari APBN yang dilaksanakan oleh daerah yang mencakup

semua penerimaan dan pengeluaran dalam rangka pelaksanaan tugas pembantuan.

APBD adalah rencana keuangan tahunan pemerintahan daerah yang dibahas dan disetujui bersama oleh pemda dan DPRD, dan ditetapkan dengan peraturan daerah (perda). Pendapatan daerah bersumber dari Pendapatan Asli Daerah (PAD) yaitu pendapatan yang diperoleh daerah yang dipungut berdasarkan perda sesuai dengan peraturan perundang-undangan, dana perimbangan, dan lain-lain pendapatan.

Dana perimbangan adalah dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan kepada daerah untuk mendanai kebutuhan daerah dalam rangka pelaksanaan desentralisasi. Dana perimbangan bertujuan mengurangi kesenjangan fiskal antara pemerintah dan pemerintahan daerah dan antar pemda. Dana perimbangan terdiri atas: 1) dana bagi hasil yaitu dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan kepada daerah berdasarkan angka persentase untuk mendanai kebutuhan daerah dalam rangka pelaksanaan desentralisasi. 2) DAU yaitu dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan dengan tujuan pemerataan kemampuan keuangan antar daerah untuk mendanai kebutuhan daerah dalam rangka pelaksanaan desentralisasi. 3) DAK yaitu dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan kepada daerah tertentu dengan tujuan untuk membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional.

Peranan dana dekonsentrasi

Menarik bahwa dalam periode tahun 2004–2007 terjadi semacam sentralisasi anggaran dalam suasana desentralisasi fungsi. Hal ini terlihat dari kenaikan anggaran pemerintah pusat. Namun dalam kenaikan anggaran tersebut ada ketidakjelasan mengenai definisi operasional dana dekonsentrasi di sektor kesehatan. Di lapangan ada istilah “dekon-dekonan”, yang menunjukkan suatu keadaan yang tidak ideal. Situasi ini merujuk bahwa dalam era desentralisasi ini masih berlaku model dana sektoral dari pemerintah pusat.

UU No.33/2004 Pasal 87 menyatakan bahwa dana dekonsentrasi adalah pendanaan dalam rangka dekonsentrasi dilaksanakan setelah adanya pelimpahan wewenang pemerintah melalui kementerian negara/lembaga kepada gubernur sebagai wakil pemerintah di daerah. Pelaksanaan pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada kalimat di atas didanai oleh pemerintah. Pendanaan oleh pemerintah sebagaimana dimaksud disesuaikan dengan wewenang yang dilimpahkan. Kegiatan dekonsentrasi di daerah dilaksanakan oleh Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) yang ditetapkan oleh gubernur. Gubernur memberitahukan rencana kerja dan anggaran kementerian negara/lembaga yang berkaitan dengan kegiatan dekonsentrasi di daerah kepada DPRD. Rencana kerja dan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diberitahukan kepada DPRD pada saat pembahasan RAPBD. Pendanaan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dialokasikan untuk kegiatan yang bersifat non fisik.

Dalam konteks pelimpahan wewenang yang masih membingungkan di kurun waktu tahun 2000-2007 (pengaruh tidak jelas dari PP No.25/2000), dapat dipahami bahwa kegiatan apa yang harus didanai oleh pemerintah pusat di daerah juga belum jelas. Akibatnya terjadi suatu sentralisasi pembiayaan dengan peningkatan dana dekonsentrasi yang masih belum jelas sifatnya. Sentralisasi peningkatan dana dekonsentrasi ini sebenarnya tidak masalah dalam konteks desentralisasi. Namun yang terjadi adalah dana dari pemerintah pusat dan keputusan tentang menu kegiatan ditentukan oleh pusat. Hal ini dirasakan oleh beberapa daerah dalam kasus kegiatan kesehatan ibu.

Gambaran penelitian oleh Marhaeni⁹ menyimpulkan keadaan serupa. Keputusan untuk menu kegiatan kesehatan ibu berada di pemerintah pusat, bukan di propinsi dan kabupaten. Dengan model seperti sekarang ini jelas bahwa terjadi sentralisasi pembiayaan dengan *decision space* yang sempit di propinsi dan kabupaten. Sebagai catatan dana dekonsentrasi seharusnya dikurangi seperti yang tercantum dalam UU No.32/2004 Pasal 108.

Pasal 108

Dana Dekonsentrasi dan Dana Tugas Pembantuan yang merupakan bagian dari anggaran kementerian negara/lembaga yang digunakan untuk melaksanakan urusan yang menurut peraturan perundang-undangan menjadi urusan daerah, secara bertahap dialihkan menjadi Dana Alokasi Khusus.

Pengalihan secara bertahap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut dalam Peraturan Pemerintah.

Penjelasan mengenai dana dekonsentrasi baru muncul pada PP No.07/2008. Hal ini menunjukkan bahwa dasar hukum dana dekonsentrasi memang masih baru. Keluarnya peraturan pemerintah yang jauh dari undang-undangnya (selang hampir empat tahun) menunjukkan bahwa dana dekonsentrasi memang belum jelas pelaksanaannya pada tahun 2004-2007.

Peranan DAK

Dalam konteks desentralisasi memang ada harapan untuk memindahkan model mekanisme penganggaran dari dana dekonsentrasi ke DAK seperti yang ditentukan oleh UU No.33/2004 Pasal 108. Namun DAK “terkunci” karena tidak dapat dipakai untuk operasional berdasarkan peraturan pemerintah. Akibatnya terjadi sentralisasi penganggaran yang sebenarnya bertentangan dengan UU No.33/2004.

Problem lain dengan DAK yaitu terjadi pembelian yang “dipengaruhi oleh pusat”. Proses penyusunan anggaran berdasarkan UU No.17/2007 memungkinkan terjadinya duplikasi peran dalam menentukan spesifikasi atau kriteria teknis perencanaan. Peran DPR dalam hal ini cukup besar, meskipun DAK sudah mempunyai formula, tetapi DPR masih mampu melakukan negosiasi terutama di tahun-tahun awal pelaksanaan DAK, DPR menentukan “*spec*” untuk pembelian mobil puskesmas keliling. Kemungkinan besar arti “khusus dalam DAK” dikonotasikan adanya lobi dan negosiasi dengan pihak DPR.

Mengapa terjadi situasi seperti ini? Pasal 38 tentang DAK menyatakan bahwa besarnya DAK ditetapkan setiap tahun dalam APBN. Pasal 39 menyatakan bahwa DAK dialokasikan kepada daerah tertentu untuk mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah. Kegiatan khusus sebagaimana dimaksud sesuai dengan fungsi yang telah ditetapkan dalam APBN. Pasal 40 menyatakan bahwa pemerintah menetapkan kriteria DAK yang meliputi kriteria umum, kriteria khusus, dan kriteria teknis. Kriteria umum ditetapkan dengan mempertimbangkan kemampuan keuangan daerah dalam APBD. Kriteria khusus ditetapkan dengan memperhatikan peraturan perundang-undangan dan karakteristik daerah. Kriteria teknis ditetapkan oleh kementerian negara/departemen teknis.

Hal penting mengenai DAK adalah bahwa daerah penerima DAK wajib menyediakan dana pendamping sekurang-kurangnya 10% dari alokasi DAK. Dana pendamping dianggarkan dalam APBD. Daerah dengan kemampuan fiskal tertentu tidak diwajibkan menyediakan dana pendamping. Bagi beberapa daerah adanya ketentuan ini tentunya kurang menarik. Pasal 42 menyatakan hal yang saat ini masih menjadi problem karena ketentuan lebih lanjut mengenai DAK diatur dalam peraturan pemerintah yang terbatas pada fisik dan peralatan. Di samping itu, ada kenyataan bahwa sisa anggaran DAK masuk ke APBD sehingga insentif membelanjakan tidak banyak. Dapat disebutkan bahwa peranan DAK dalam menyeimbangkan anggaran masih kurang efektif.

Peranan formula dalam alokasi anggaran pemerintah pusat

Penelitian oleh Trisnantoro dan Harbianto, menyebutkan bahwa terjadi perbedaan *fiscal capacity* dan kemampuan masyarakat pascakesehatan. Perbedaan kemampuan fiskal antar daerah dan kemampuan ekonomi masyarakat seharusnya diperhitungkan dalam alokasi anggaran. Namun perbedaan fiskal dan kemampuan daerah tidak dipergunakan. Alokasi anggaran sektor kesehatan di pusat dialokasikan ke daerah terutama berbasis pada *need based approach*. Secara praktis daerah yang kaya seperti Kalimantan Timur atau Riau mendapat alokasi dengan bobot sama dengan di NTT yang miskin. Hal ini terlihat dari data bahwa alokasi anggaran tahun 2006 untuk program kesehatan ibu, *tuberculosis* (TBC), rumahsakit, obat, dan gakin di propinsi nampak belum memenuhi kriteria *equity* dan *equality*. Tidak ada perbedaan/pembobotan untuk daerah dengan fiskal tinggi atau rendah.

Dalam konteks desentralisasi, maka terlihat bahwa mekanisme anggaran pemerintah pusat belum dapat menyeimbangkan perbedaan keuangan antar daerah khususnya di sektor kesehatan. Di samping itu, dengan tidak adanya formula yang jelas, maka proses penganggaran mempunyai kemungkinan dapat lebih dipengaruhi oleh hal-hal yang bersifat non teknis. Menimbulkan ketidakadilan dalam pelayanan kesehatan. Daerah kaya mendapat porsi yang sama dengan yang miskin.

Peranan pemda dalam pendanaan kesehatan

Rendahnya pengeluaran kesehatan oleh APBD dan bertumpu pada APBN (dana dekonsentrasi) pada tahun 2004-2007 menunjukkan gejala tidak adanya *ownership* pemda tentang program kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa pemerintah propinsi dan kabupaten (termasuk daerah yang kaya) merasa bahwa pelayanan kesehatan, terutama yang bersifat "*public goods*" seperti kesehatan keluarga, program TB, juga program-program seperti *surveilans* merupakan urusan pemerintah pusat. Dengan dana pemerintah pusat yang tinggi, daerah yang kaya tidak memberikan anggaran kesehatan. Akibatnya timbul semacam ketergantungan ke pemerintah pusat. Sebagaimana terlihat pada program KIA.

Ada beberapa implikasi dari situasi ini, yaitu pertama, memperbesar kemungkinan tidak sinkronnya perencanaan pusat dan daerah. Jika dilihat, banyak daerah kaya yang tidak dapat menyerap anggaran pada tahun 2006. Salah satu problem penyerapan adalah bagaimana koordinasi perencanaan dan pelaksanaan program dari dua sumber yang berbeda. Perbedaan ini termasuk *timing* perencanaan dan cara bekerjanya. Sebagai catatan pada tahun 2006 Pemda sudah menggunakan anggaran berbasis kinerja, sementara pemerintah pusat belum menggunakannya.

Kedua, masalah kelangsungan (*sustainability*) program, terutama kegiatan pemerintah pusat yang dibiayai oleh dana luar negeri. Dalam hal ini program yang rentan adalah pemberantasan penyakit menular, seperti program TB yang banyak didanai oleh *Global Fund* dan dana-dana asing. Pemerintah dan pemda yang

mempunyai dana merasa tidak perlu untuk memberi dana bagi pelayanan kesehatan yang bersifat kesehatan masyarakat. Hal ini berbeda dengan pelayanan kesehatan kuratif yang untuk masyarakat miskin. Berbagai daerah berusaha keras memberikan dana pendamping atau dana lebih baik untuk dana Askeskin pemerintah pusat.

Peranan standar pelayanan minimal

Salah satu hal penting dalam alokasi anggaran adalah dipergunakannya prinsip standar pelayanan minimal (SPM). Namun bagaimana dengan SPM? Selama tahun 2000-2007 belum berperan sama sekali karena memang definisi operasional SPM di sektor kesehatan belum ada kesepakatan. Mengapa hal ini terjadi? Berbagai ahli kesehatan masyarakat, lembaga-lembaga donor kesehatan seperti USAID, konsultan internasional dan pimpinan Departemen Kesehatan mempunyai pemahaman bervariasi mengenai SPM.

Perbedaan ini sudah ada sejak tahun 2003. Sumber perbedaan memang banyak, antara lain: perbedaan pendapat mengenai apakah SPM merupakan *essential public health function* atau bukan. Ada yang berpendapat bahwa indikator SPM tidak boleh merupakan *input* kegiatan, harus proses atau *output*. Ada yang sebaliknya. Ada yang berpendapat bahwa SPM tidak terkait dengan pembiayaan pusat. Ada yang berpendapat bahwa jumlah indikator saat ini sudah terlalu banyak, sementara ada yang menyatakan sebaliknya.

Dalam melihat perbedaan-perbedaan tersebut perlu ada pegangan yang tegas. Pegangan terbaik adalah mengacu ke tujuan

SPM untuk mengurangi kesenjangan pelayanan kesehatan antar daerah. Tujuan ini secara hukum sudah diatur oleh PP No.65/2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan SPM. Pasal 3 ayat 1 menyatakan bahwa SPM disusun sebagai alat pemerintah dan pemda untuk menjamin akses dan mutu pelayanan dasar kepada masyarakat secara merata dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib. Hal ini berarti tersedianya sumber dana pemerintah pusat sebagai penjamin terakhir (lihat PP No.65/2005 Pasal 7 dan 16). Di samping itu, penyusunan SPM sangat dipengaruhi oleh keberadaan sistem informasi dan datanya (PP No.65/2005 Pasal 7). Secara lengkap isi kedua dasar tersebut dapat dilihat sebagai berikut:

Pasal 7

Ayat 1.

Dalam penyusunan SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, Pasal 5, dan Pasal 6, Menteri/Pimpinan Lembaga Pemerintah Non Departemen mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut:

Keberadaan Sistem Informasi, pelaporan dan evaluasi penyelenggara Pemda yang menjamin penerapan SPM dapat dipantau dan dievaluasi oleh pemerintah secara berkelanjutan

Kemampuan keuangan nasional dan daerah serta kemampuan kelembagaan dan personel daerah dalam bidang yang bersangkutan.

Pasal 16

Pemerintah wajib mendukung pengembangan kapasitas Pemda yang belum mampu mencapai SPM

Pemerintah dapat melimpahkan tanggung jawab pengembangan kapasitas Pemerintahan Daerah

Kabupaten/Kota yang belum mampu mencapai SPM kepada Gubernur sebagai Wakil Pemerintah di Daerah

Dukungan pengembangan kapasitas Pemda berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis pendidikan dan pelatihan atau bantuan teknis lainnya

Dukungan di atas mempertimbangkan kemampuan kelembagaan, personel, dan keuangan negara serta keuangan daerah.

Sampai tahun 2007 SPM yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan tidak mempertimbangkan kedua hal penting tersebut. Akibatnya terjadi daftar yang sangat panjang dan data yang sulit dikelola oleh sistem informasi. Disarankan agar: (1) ada perbedaan antara program-program direktorat di Departemen Kesehatan dengan SPM. Satu SPM mempunyai kemungkinan ditangani oleh banyak direktorat atau bahkan pihak swasta dan masyarakat; (2) daftar SPM saat ini sebaiknya dikaji ulang atas dua kriteria tersedianya data dan sistem informasinya, serta tersedianya anggaran pemerintah pusat; dan (3) untuk program yang berada dalam daftar essential public health function, namun tidak masuk dalam SPM diharapkan tetap menjadi program penting yang harus dikerjakan oleh pemerintah pusat, propinsi, dan kabupaten. Dapat disimpulkan bahwa peran SPM sampai tahun 2007 masih belum ada untuk mengurangi dampak akibat kesenjangan kemampuan fiskal antar daerah di Indonesia.

Bagaimana ke depannya?

Reposisi peran pemerintah pusat dan daerah

Desentralisasi fiskal perlu ditekankan kembali. Desentralisasi fiskal di sektor kesehatan berarti pemindahan kekuasaan untuk

mengumpulkan dan mengelola sumber daya keuangan fiskal dari pemerintah pusat ke pemda. Perlu ada suatu reposisi peran pemerintah pusat dalam hal pembiayaan kesehatan. Pemerintah perlu mendukung berbagai daerah yang terbukti tidak mampu atau sulit mencapai SPM yang ditetapkan oleh negara. Sementara itu, bagi daerah yang mempunyai kekuatan fiskal tinggi dan masyarakatnya mampu, pemerintah pusat diharapkan lebih membantu dalam hal pembinaan teknis atau dukungan peraturan yang dibutuhkan.

Secara praktis, dalam jangka pendek harus dapat mencari formula alokasi anggaran yang lebih mencerminkan pemerataan daerah. Hal ini diyakini oleh Biro Perencanaan¹⁰, yang merencanakan untuk memberikan insentif dan disinsentif bagi pemda yang memberikan atau tidak memberikan anggaran kesehatan sesuai dengan kemampuan fiskalnya.

Tabel 1.1.2 Matriks Kemampuan Fiskal

| Pemerintah daerah | Daerah dengan kekuatan fiskal tinggi | Daerah dengan kekuatan fiskal rendah |
|---------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Anggaran pemda untuk kesehatan tinggi | <i>Capacity building</i> Pengendalian | Peningkatan APBN sebagai <i>reward</i> <i>Capacity building</i> |
| Anggaran pemda untuk kesehatan rendah | Perlu dilakukan advokasi | Peningkatan alokasi APBN dan pendampingan pendampingan |

Di samping itu, (untuk sementara) dana dekonsentrasi yang ada perlu dialokasikan secara lebih baik dengan menggunakan formula yang lebih tepat. Walaupun dana dekonsentrasi diharapkan daerah mempunyai kewenangan untuk membuat menu kegiatan,

¹⁰ Budiharja (2007), Program Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan, Makalah disajikan di Banjarmasin, 29 Mei 2007

perencanaan dan pelaksanaan kegiatan, namun perlu ada perencanaan yang lebih *bottom-up*. Dana dekonsentrasi menurut Departemen Kesehatan perlu memperhatikan kriteria umum dan kriteria khusus dalam alokasinya.

Jangka menengah perubahan ke Dana Alokasi Khusus

Pengalihan dana dekonsentrasi ke DAK memerlukan perubahan aturan DAK. Dalam hal ini dana dekonsentrasi memang sebaiknya harus dipindahkan ke DAK. Hal ini ditekankan oleh berbagai ahli¹¹. Akan tetapi, hal ini harus disertai dengan perubahan aturan mengenai penggunaan DAK. Strategi ini membutuhkan usaha keras untuk merubah peraturan pemerintah tentang DAK. Perubahan kebijakan dan regulasi DAK perlu dilakukan agar dapat digunakan untuk fisik dan non fisik (operasional). Dalam perubahan ini perlu dilakukan formulasi anggaran DAK, yaitu bagaimana teknik alokasi dana pemerintah pusat? Pusat menetapkan alokasi propinsi dan kabupaten/kota di bidang kesehatan. Formulasi yang digunakan sebaiknya memenuhi kriteria *equity* dan *equality*. Tanpa ada formula, maka kemungkinan adanya tekanan-tekanan non teknis dari berbagai pihak dalam proses alokasi anggaran.

Mengurangi kepentingan “politik” dalam penganggaran

Secara garis besar dapat disebutkan bahwa walaupun mungkin ada perbaikan mekanisme dana dekonsentrasi ataupun DAK, namun

¹¹ Gani A. (2007), World Bank Meeting, In Bandung.

masih belum menjamin tetap terjaganya semangat desentralisasi. Tekanan untuk menetapkan menu oleh pemerintah pusat atau DPR dapat menimbulkan suasana sentralisasi dalam mekanisme alokasi dan penyaluran anggaran pemerintah pusat dalam sistem kesehatan yang terdesentralisasi secara hukum. Oleh karena itu, diperlukan perbaikan dalam proses alokasi anggaran yang lebih memperkuat aspek rasionalitas teknis dibanding pengaruh “tekanan politik” berbagai pihak.

Memikirkan kembali dan melaksanakan reformasi

Saat ini kata reformasi sudah menjadi kata tidak menarik di Indonesia akibat kebuntuan reformasi politik. Namun dalam konteks pendanaan di sektor kesehatan, kata *reform* perlu dihidupkan kembali. Berbagai harapan di masa mendatang ini menggarisbawahi perlunya kembali ada suatu reformasi dalam aspek pembiayaan dan pembayaran bagi tenaga kesehatan. Sebagai gambaran, di sebuah propinsi yang relatif kaya terjadi kekhawatiran bahwa peningkatan sumber dana kesehatan dari APBD tidak dapat terserap karena kurangnya pegawai negeri yang dapat melakukannya. Hal ini menarik karena berarti secara operasional tidak mungkin ada penambahan pekerjaan karena keterbatasan tenaga, dan walaupun ada, akan ada penambahan tugas tanpa penambahan insentif. Situasi ini membutuhkan reformasi, misalnya ada inovasi untuk mengkontrakkan kegiatan ke pihak ketiga (lembaga swadaya masyarakat atau LSM atau perusahaan), dan memperbaiki sistem pengupahan pegawai negeri

agar ada insentif untuk meningkatkan kinerja. Tanpa ada reformasi sistem ini, reposisi pemerintah pusat dan daerah akan sulit terjadi.

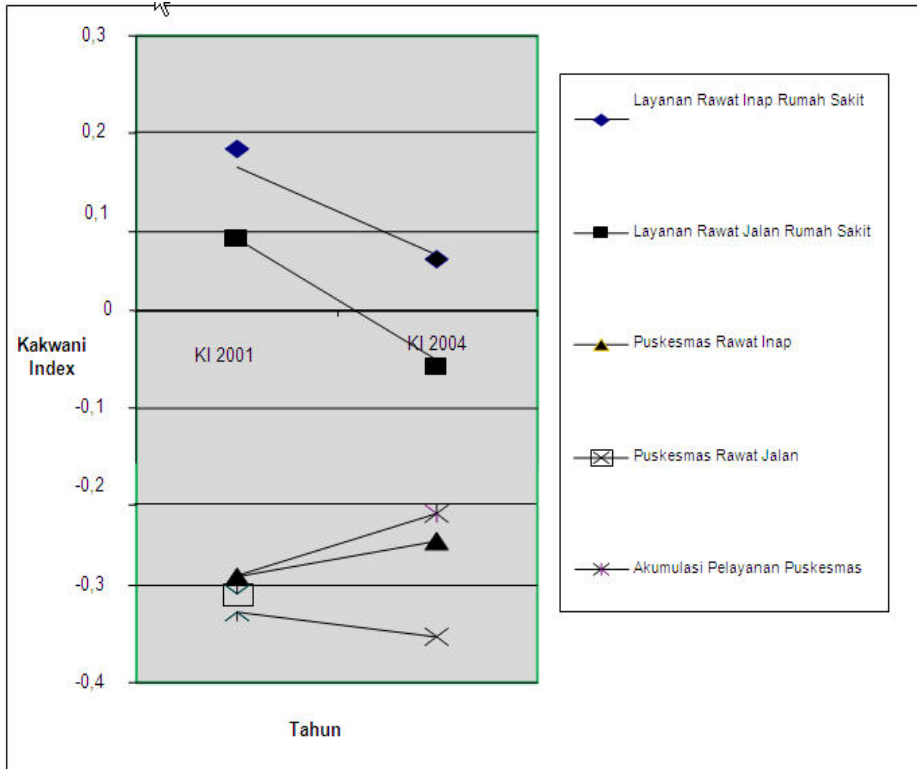
BAB 1.2

Program Askeskin: Semakin Diperlukannya Kerja Sama antara Pemerintah Pusat dan Daerah

Ali Ghufron Mukti, Laksono Trisnantoro, Julita Hendrartini

Pengantar

Salah satu kebijakan pemerintah yang menarik untuk dibahas dalam konteks desentralisasi adalah pemberian jaminan untuk gakin yang dikenal dengan Askeskin. Program Askeskin merupakan program yang sangat strategis dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat khususnya gakin. Program ini telah dirintis sejak Indonesia mengalami krisis multi dimensi sekitar tahun 1997 yang dikenal dengan program Jaring Pengaman Kesehatan Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK). Pengaruh program jaminan pada gakin sejak diluncurkan memang positif. Data penelitian *equitap* (menggunakan data sebelum adanya program Askeskin oleh kabinet sekarang) menunjukkan pengaruh yang positif dalam peningkatan akses dan utilisasi. Data menunjukkan bahwa program JPSBK yang diluncurkan sejak tahun 1999, memberikan pengaruh positif, seperti yang terlihat dalam Gambar 1.2.1.



Gambar 1.2.1 Dampak JPSBK terhadap Kakwani Indeks

Data Susenas dari tahun 2001 sampai tahun 2004 dibandingkan. Gambar 1.2.1 menunjukkan bahwa Kakwani Indeks menunjukkan perbaikan. Penggunaan rumahsakit dan pelayanan kesehatan lainnya oleh masyarakat miskin semakin meningkat. Hal ini diperkuat pada tahun-tahun sesudahnya. Mulai tahun 2005 pemerintah semakin berpihak dan tegas dalam peningkatan komitmen, pendanaan dan pengelolaan kesehatan masyarakat miskin. Dampaknya sangat jelas yaitu tingkat hunian tempat tidur (*Bed Occupancy Rate/BOR*) kelas tiga di banyak rumahsakit mencapai 100%. Pemanfaatan

layanan kesehatan oleh masyarakat miskin dan tidak mampu meningkat tajam mencapai lebih dari 392% dari 1,4 juta pada tahun 2005 menjadi 6,5 juta pada tahun 2007. Rawat inap meningkat 432% dari 562.167 pada tahun 2005 menjadi 2.431.139 pada tahun 2007¹². Dengan demikian, program yang sangat menyentuh masyarakat miskin dan tidak mampu ini patut dan sudah selayaknya dilanjutkan.

Meskipun program ini strategis dan dampaknya amat dirasakan masyarakat lapisan bawah, akan tetapi dari aspek dataran implementasi di lapangan dan manajemen operasional masih banyak mengalami kendala dan masalah yang cukup kompleks seperti yang banyak dibaca di berbagai media ataupun seminar. Masalah tersebut dapat diklasifikasikan dari sisi sudut pandang berbagai pihak dan aspek. Aspek yang dimaksud meliputi masyarakat miskin, rumahsakit, PT. Askes Indonesia, pemerintah pusat dan pemda.

Permasalahan yang terkait dengan aspek masyarakat miskin meliputi kriteria dan proses penetapan masyarakat miskin, sehingga masalah data masyarakat miskin selalu muncul. Banyak kartu lain yang beredar seperti kartu Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM), Bantuan Langsung Tunai (BLT), Kartu Beras Miskin (Raskin), dan lain-lain. Sebagian mereka memiliki jarak tempat tinggal ke unit pelayanan yang relatif jauh sehingga memiliki juga masalah biaya transport. Masyarakat miskin untuk memenuhi kebutuhan hidup banyak tergantung upah harian atau mingguan atau ladang dan pertanian, sehingga jika sakit dan berobat harus meninggalkan

¹² Mukti AG. (2008). Alternatif Pengelolaan Askeskin 2008. Workshop oleh Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat RI. Jakarta.

pekerjaan yang sangat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan hidupnya. Masih banyak di antara mereka yang merasa mendapatkan diskriminasi pelayanan dibanding mereka yang membayar. Masalah lain yang menonjol adalah kurangnya sosialisasi sehingga banyak masyarakat miskin yang tidak mengetahui hak dan kewajiban dalam Askeskin.

Dalam hal aspek rumahsakit terdapat berbagai masalah. Pembayaran klaim ke rumahsakit sering mundur sampai berbulan-bulan. Terganggunya alur kas ini menimbulkan berbagai rentetan masalah lain. Rumah sakit harus menanggung obat yang di luar formularium. Rumahsakit harus mengurus banyak masalah administrasi gakin daripada layanan medis. Bahkan beberapa rumahsakit terpaksa berperan ganda harus menelusuri apakah betul pasien yang datang memang benar-benar miskin.

Di samping itu, sistem informasi yang digunakan rumahsakit dan PT. Askes Indonesia berbeda, sehingga rumahsakit harus melakukan dua kali pekerjaan *entry data* pasien. Banyak rumahsakit belum memiliki *standard operating procedure minimal* dalam pemberian layanan masyarakat miskin. Sebagian staf di rumahsakit termasuk dokter belum memahami benar apa yang dijamin dan yang tidak dijamin dalam pemberian layanan kesehatan. Organisasi rumahsakit merasa belum diajak duduk bersama dalam forum komunikasi pengelolaan layanan kesehatan masyarakat miskin.

Pada sisi PT. Askes Indonesia ada berbagai permasalahan. Tugas dan fungsi PT. Askes Indonesia oleh banyak pihak dirasa kurang jelas. Apakah sebagai *risk taker* atau hanya administrator.

Good governance dalam administrasi kurang berjalan optimal. Hubungan PT. Askes Indonesia dan dinas kesehatan masih belum jelas dan kurang terkoordinasi terutama di daerah-daerah yang menyelenggarakan sistem jaminan kesehatan bagi masyarakat.

Beban PT. Askes Indonesia terlihat terlalu tinggi untuk menangani hampir 100 juta orang. Pembayaran klaim ke puskesmas dan rumahsakit mengalami keterlambatan. Sebagian masyarakat masih mempertanyakan sesuai dengan UU Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), terutama pasca putusan Mahkamah Konstitusi (MK) harusnya PT. Askes Indonesia bersifat *non profit* dan daerah dapat mengembangkan penyelenggaraan jaminan dengan perda. Sebagian pihak menanyakan mengapa perseroan terbatas (PT) yang berorientasi *profit* mengelola layanan kesehatan masyarakat miskin. *Judicial review* ke MK ini dipandang sebagai titik kulminasi tarik-menarik antara pusat dan daerah sebagai salah satu penyebab permasalahan jaminan kesehatan termasuk Askeskin. Ditinjau dari aspek politis, teknis medis dan perasuransian seperti *utilization review* dan anti *fraud* (kecurangan) serta prinsip-prinsip *public administration* kadang masih kurang sinkron.

Pada aspek pemerintah pusat masalah umumnya terkait dengan perencanaan, keterbatasan dana, keterlambatan pelaksanaan, terutama distribusi manual pelaksanaan sering terlambat. Pengendalian dan supervisi implementasi di lapangan masih perlu ditingkatkan. Termasuk pula kemampuan menyusun pedoman bagi pemda yang mengembangkan sistem jaminan untuk gakin di luar kuota Badan

Pusat Statistik (BPS), pegawai negeri sipil (PNS) dan masyarakat umum.

Adapun masalah pokok pada pemda bahwa mereka belum banyak difungsikan dan terlibat dalam program Askeskin. Peran, fungsi, tugas, dan pembagian urusan dalam pembiayaan dan jaminan kesehatan sebagaimana diatur dalam PP No.38/2004 dan UU No.32/2004 belum optimal. Sebagian pemda merasa pembiayaan kesehatan masyarakat miskin merupakan tugas dan tanggung jawab pemerintah pusat. Dapat dikatakan bahwa belum ada rasa kepemilikan pemda akan asuransi kesehatan. Mengapa dapat terjadi situasi seperti ini? Apakah maksud baik dalam Askeskin dan hasil positif dalam peningkatan akses akan terus dapat dipertahankan? Ataukah program Askeskin ini akan semakin tidak baik?

Dalam membahas pertanyaan tersebut perlu untuk melihat latar belakang keputusan pemerintah dalam jaminan kesehatan. Perkembangan sistem jaminan sosial mengalami berbagai periode sampai yang terakhir adalah periode pasca Orde Baru (periode reformasi). Periode ini ditandai dengan kebijakan yang antara lain menggunakan dana kompensasi bahan bakar minyak (BBM). Salah satu hal penting adalah diundangkannya UU No.40/2004 tentang SJSN. Dalam suasana undang-undang baru ini ada kebijakan pemerintah yaitu Kepmenkes No.1241/Menkes/ SK/XI/2004, tanggal 12 November 2004 mengenai jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin yang dikelolakan melalui PT. Askes Indonesia. Dalam kebijakan pemerintah ini timbul masalah yaitu terdapat konflik antara pusat dan daerah akibat berbagai faktor, termasuk komunikasi

yang buruk. Seperti dikemukakan di depan, konflik ini dibahas di MK dengan keputusan yang masih multitafsir.

Pemerintah Indonesia menetapkan adanya jaminan sosial sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin agar setiap rakyat dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang minimal layak menuju terwujudnya kesejahteraan sosial yang berkeadilan bagi seluruh rakyat; merupakan program negara untuk mewujudkan kesejahteraan rakyat melalui pendekatan sistem; menanggulangi risiko ekonomi karena sakit, pemutusan hubungan kerja (PHK), pensiun, jaminan usia dan risiko lainnya; merupakan cara atau *means*, sekaligus tujuan atau *ends* untuk mewujudkan kesejahteraan.

Program Askeskin merupakan awal dari pelaksanaan SJSN yang memang masih banyak mempunyai permasalahan. Gotawa dan Pardese¹³ menyatakan secara prinsip ada berbagai hal yang sebenarnya perlu diperhatikan dalam pelaksanaan jaminan kesehatan bagi gakin. Pertama adalah kelompok sasaran perlu dijamin untuk mencapai kepesertaan semesta. Data dan sistem informasi serta sistem identitas penduduk merupakan hal penting. Strategi untuk menjaring kepesertaan tidak perlu ada aturan baku, tergantung prioritas sasaran, namun perlu pentahapan. Pertimbangan manfaat, dana atau risiko sakit, sangat penting untuk diperhatikan. Walaupun demikian, adanya kelompok khusus yang secara politis perlu dimasukkan harus menjadi perhatian.

¹³ Gotawa dan Pardede. (2007), Bagaimana Masa Depan Sistem Pembiayaan dan Asuransi Kesehatan di Indonesia?, Makalah Seminar disajikan di Bali, 8 Agustus 2007

Kedua, pernyataan mengenai manfaat yang perlu diberikan secara komprehensif, ruang lingkup yang jelas secara eksplisit yaitu ada daftar “positif” atau “negatif” yang jelas, dan diperlukan pentingnya proses atau prioritas dalam pengembangan paket manfaat, ketersediaan infrastruktur pemberi layanan dan pemberian pelayanan dan kualitas. Di samping itu, perlu diperhatikan kepesertaan informal; antara “*financial incentive*” versus subsidi pemerintah. Perlu pula diperhatikan bagaimana sinergisme dengan paket manfaat yang ada?

Pengalaman Askeskin menunjukkan berbagai hal yang tidak sesuai dengan harapan. Dalam hal kepesertaan, ada beberapa catatan.¹³ Sistem informasi kependudukan belum memegang peran penting untuk eligibilitas. “*Targeting*” masih merupakan kontroversi antara data pusat atau daerah dan implikasi biaya pada mereka yang berada di luar daftar. “*Comprehensiveness*” manfaat perlu diperhatikan dengan tersedianya pelayanan kesehatan di daerah. Dalam hal penyelenggaraan Askeskin ada beberapa pengalaman dan ada perbedaan antara badan (pusat) dengan delegasi otoritas pada cabang tingkat lokal. Kemampuan “*administrative skill*” dan “*technical skills*” pada tingkat lokal yang masih belum memadai. Minimnya pengendalian biaya dan mutu (implementasi prasyarat “*managed care*”), serta kurangnya estimasi dan proyeksi biaya sebagai bahan perencanaan kebijakan.

Belum adanya budaya baru dalam pemberian pelayanan kesehatan termasuk adanya insentif dan disinsentif untuk jaminan kesehatan, serta belum adanya kontrak kelembagaan untuk

meningkatkan kepatuhan dan kontrak dokter agar individu dokter patuh terhadap standar yang disepakati dalam kontrak. Sementara itu, pengendalian badan penyelenggara cenderung sulit dilakukan. Dalam hal mekanisme pembayaran Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK), pembayaran prospektif untuk menjamin efisiensi biaya seperti *Diagnostic Related Groups (DRG's)*, *per diem*, *budget*, *capitation*, dan lain-lain sering sulit dipahami PPK. Belum ada standar pendapatan yang layak untuk PPK yang menjadi dasar penting untuk meningkatkan kepatuhan. Hal ini belum banyak dibahas. Perlunya kebutuhan untuk mencegah pelayanan yang tidak perlu ("*unnecessary service*" atau *moral hazard*) dan belum jelasnya negosiasi besaran biaya oleh PPK.

Pembahasan dalam konteks desentralisasi

Catatan oleh Gotawa dan Pardede¹³ dapat di analisis lebih lanjut dalam konteks pemda dan desentralisasi. Ada tiga hal penting dalam analisis ini: (1) hubungan pemerintah pusat dan daerah dalam jaminan sosial; (2) peran dinas kesehatan dalam pengawasan; dan (3) pemerataan fasilitas pelayanan.

Hubungan pemerintah pusat dengan daerah

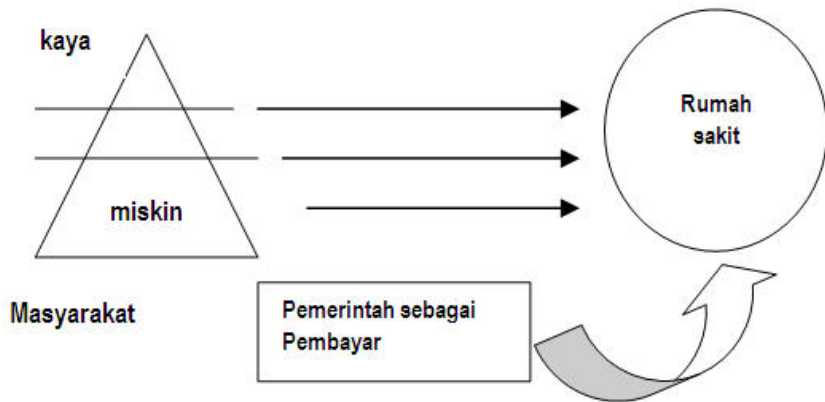
Hal penting pertama adalah komunikasi yang tidak optimal antara pemerintah pusat dan daerah dalam pelaksanaan desentralisasi. Pengalaman selama 7 tahun desentralisasi menunjukkan bahwa belum dilakukan suatu pembinaan, pemberdayaan dan pelatihan yang sistematis untuk staf dinas kesehatan propinsi dan kabupaten/kota agar

mampu menjalankan urusannya dalam konteks desentralisasi dalam jaminan kesehatan. Keadaan ini memang merupakan hal yang terjadi hampir di seluruh aspek di sektor kesehatan¹⁴. Namun hubungan pemerintah pusat dan daerah dalam sistem jaminan kesehatan merupakan yang terburuk. Kasus pengkajian UU SJSN di Mahkamah Agung timbul karena situasi saling curiga, komunikasi yang kurang baik mengenai masalah pembagian urusan. Di dalam kasus ini terkesan ada kompetisi mengenai pihak yang akan mengelola dana jaminan kesehatan yang akhirnya menimbulkan konflik.

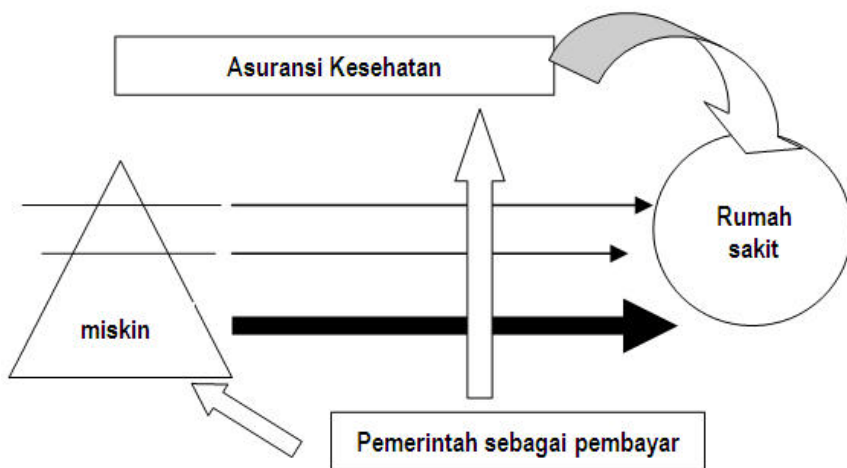
Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) No.1241/Menkes/SK/XI/2004, tanggal 12 November 2004 yang menugaskan PT. Askes Indonesia Persero dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin merupakan sebuah produk hukum yang melibatkan pemerintah (pusat) dengan Badan Usaha Milik Negara (BUMN) sebagai lembaga usaha. Secara hukum keputusan ini sah. Dipandang dari konsep sistem kesehatan perubahan mekanisme pengelolaan dana gakin ke PT. Askes Indonesia merupakan sebuah perubahan sistemik. Perubahan sistemik ini sebenarnya sulit dan membutuhkan waktu panjang. Dalam tipologi sistem kesehatan¹⁵ Indonesia berubah dari model subsidi langsung ke pelayanan kesehatan pemerintah menjadi model asuransi kesehatan.

¹⁴ Kesimpulan ini didapat sebagai hasil pengamatan 4 tahun desentralisasi kesehatan di Indonesia yang dirumuskan di seminar nasional di Makassar, Juni, 2005.

¹⁵ Ravi Annand Ilya. (2005). *Comparative Health System in Asia Pacific*. Equitap



Gambar 1.2.2 Skema Model Subsidi ke Lembaga Pelayanan (Supply)



Gambar 1.2.3 Skema Model Melalui Asuransi Kesehatan Atas Nama Masyarakat Miskin

Masalah klasik dalam penentuan subsidi ke masyarakat miskin adalah siapa yang berhak mendapatkannya? Apakah benar-benar yang miskin? Bagaimana sistem di Indonesia dapat menjamin yang berhak. Ada beberapa hal penting dalam fakta ideologi yang dapat

menjelaskan mengapa ada kesulitan dalam siapa yang berhak mendapatkan subsidi langsung. Pertama, Indonesia bukan negara kesejahteraan (*welfare state*) dalam aspek kesehatan. Indonesia lebih merupakan negara yang berbasis pada mekanisme pasar, dan hanya sekitar 25% sumber pembiayaan kesehatan berasal dari pemerintah. Di negara kesejahteraan sumber pembiayaan dari pemerintah banyak yang berada di atas 80%.

Kedua, konsep jaring pengaman sosial yang berasal dari model negara yang berbasis pasar merupakan sistem reaktif yang dibentuk berdasarkan adanya krisis. Sifat reaktif ini dipengaruhi oleh ideologi politik pemerintah sejak reformasi di tahun 1998 yang bergeser lebih ke arah pemerataan hasil pembangunan karena sifat yang masih baru, dan sampai pada tahun 2005 masih terjadi perbedaan mengenai bagaimana cara menangani masyarakat miskin, apakah subsidi langsung diberikan ke PPK atukah melalui perusahaan asuransi. Pada tahun 2005, terjadi perubahan kebijakan yaitu pelayanan pembayaran puskesmas yang pada Semester I diserahkan pada PT. Askes Indonesia, kembali menggunakan model lama pada Semester II yaitu pelayanan pembayaran tanpa melalui sistem asuransi kesehatan. Puskesmas mendapat dana langsung dari pusat melalui Bank Rakyat Indonesia (BRI).

Ketiga, ideologi pasar merupakan hal penting dalam sendi-sendi kehidupan sektor kesehatan selama puluhan tahun. Keadaan di Indonesia ini berbeda dengan di Malaysia yang mewarisi konsep *welfare state* dari Inggris yaitu pelayanan kesehatan gratis untuk seluruh masyarakat. Meskipun kenyataan di Malaysia tidak

sepenuhnya gratis dan terakhir ada pemikiran berubah ke arah sistem asuransi kesehatan.

Dapat dipahami dalam warisan sistem pemerintahan di Indonesia bahwa belum ada pencatatan yang baik mengenai siapa yang berhak mendapatkan subsidi. Hal ini berbeda dengan di Amerika Serikat yang mempunyai sistem relatif baik sekali dalam hal *social security*. Semua warga negara mempunyai nomor identitas *social security*.

Tanpa adanya pentargetan yang benar, akibatnya pemerintah pusat kesulitan dalam membatasi kepada siapa pelayanan gakin diberikan. Disadari bahwa masyarakat Indonesia banyak yang berada dalam kategori tidak miskin, namun tidak mampu untuk membayar biaya pelayanan kesehatan apabila sakit. Dapat diperkirakan bahwa kelompok yang tidak miskin ini cenderung berusaha mendapatkan subsidi untuk pelayanan kesehatan. Eksesnya adalah SKTM menjadi salah satu dokumen yang dapat diperjualbelikan. Sementara itu, di daerah tidak ada insentif pemda untuk mengendalikan jumlah SKTM yang diberikan. Dalam kasus Askeskin, ada kesan pemda kurang menunjukkan *ownership* pada program ini, termasuk dalam masalah kontrol penggunaan. Akibat akhirnya adalah jumlah penerima subsidi pelayanan kesehatan meningkat di luar perkiraan tanpa ada kendali yang baik oleh pemerintah pusat.

Peran dinas kesehatan dalam pengawasan

Hal penting kedua adalah terkait dengan pertanyaan: Mengapa ada kesulitan dalam pengawasan mutu pelayanan kesehatan bagi yang

miskin dan di mana peran dinas kesehatan setempat? Salah satu hal yang mencolok terjadi adalah penggunaan obat dan tindakan medik yang sulit dikendalikan oleh pemerintah pusat. Memang ada pengendalian internal oleh PT. Askes Indonesia. Akan tetapi hasilnya masih belum dapat diharapkan. Diperlukan ada pengendalian eksternal bahkan sistem verifikasi yang independen. Namun, apakah mungkin Departemen Kesehatan mengendalikannya seluruh rumahsakit dan puskesmas di Indonesia. Jawabannya adalah tidak mungkin. Perlu ada penyerahan pengendalian yang saat ini diatur oleh PP No.38/2007. Pertanyaannya adalah apakah dinas kesehatan mampu menjalankan fungsinya sebagai pengawas pelayanan kuratif di jaminan kesehatan?

Untuk menjawab pertanyaan ini perlu memahami apa yang terjadi di dinas kesehatan. Disadari, pada saat ini terjadi demedikalisasi di kantor-kantor pemerintah yang mengurus kesehatan. Departemen Kesehatan dan dinas kesehatan semakin kehilangan pengaruh ke kelompok medik (dokter, khususnya dokter spesialis). Ada dua budaya yang berbeda di sektor kesehatan: budaya medik dan budaya *public health* yang mempunyai *frame* berbeda dalam memandang persoalan. Hal ini terjadi karena selama puluhan tahun dinas kesehatan berada dalam koordinasi Ditjen BinKesMas sementara rumahsakit berada dalam koordinas Ditjen Pelayanan Medik. Secara artifisial terdapat pemisahan antara kegiatan dinas kesehatan dan rumahsakit.

Fakta lain memperlihatkan bahwa Sistem Kesehatan Nasional (SKN) pada tahun 2004 memisahkan Upaya Kesehatan Masyarakat

(UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) secara tegas¹⁶. Dalam suasana fragmentasi UKM dan UKP ini terjadi peningkatan pengaruh pasar karena neoliberalisme dan globalisasi budaya. Pengaruh pasar menjadi dominan. Praktik-praktik pasar yang fundamentalis semakin banyak dilakukan di sektor kesehatan khususnya di kelompok medik; terjadi fragmentasi kemampuan ekonomi. Dokter dan ikatan profesi semakin mempunyai kultur materialisme yang dipengaruhi oleh industri farmasi yang kuat dan terlihat pada berbagai kegiatan ilmiah dan kongres profesi. Budaya ini terkait dengan ideologi pasar liberal. Yang menarik di berbagai sektor yang menggunakan pendekatan pasar, aturan main untuk menerangkan peran dan tanggung jawab semakin diperkuat dengan konsep *good governance*, misal di sektor perhubungan. Namun sektor kesehatan belum terlihat dampaknya.

Di sektor jaminan dan asuransi kesehatan fakta menunjukkan bahwa belum ada kebijakan pemerintah dalam bentuk undang-undang, peraturan pemerintah, yang mengatur peran dan hubungan lembaga kesehatan, SDM kesehatan dan lembaga asuransi/jaminan kesehatan. Sebagai gambaran, dokter sebagai salahsatu SDM kesehatan belum pernah mendapat regulasi terkait dengan asuransi kesehatan. Hal ini dapat mempengaruhi akuntabilitas pelayanan kesehatan dengan berbasis jaminan, seperti yang terjadi saat ini pada jaminan pelayanan gakin.

Masalah *governance* di sektor jaminan kesehatan tidak lepas dari situasi sistem kesehatan yang saat ini memang semakin lepas dari

¹⁶ Departemen Kesehatan. (2004). Sistem Kesehatan Nasional.

filosofi akuntabilitas dan otonomi. Kantor kesehatan propinsi yang dulunya disebut sebagai Inspektorat Kesehatan diganti menjadi Kanwil Kesehatan. Pemerintah dalam arti Departemen Kesehatan dan dinas kesehatan, belum mempunyai budaya sebagai penetap kebijakan dan pemberi *enforcement*¹⁷. Banyak kegiatan Departemen Kesehatan dan dinas kesehatan yang langsung sebagai pelaku kegiatan.

Dinas kesehatan lebih mempunyai kultur sebagai pelaksana UKM, bukan sebagai pengawas pelayanan klinik. Sementara itu, PT. Askes Indonesia dalam kondisi kultur BUMN dengan ciri-ciri kehidupan korporasi. Hal ini dapat dipahami karena kultur PT. Askes Indonesia adalah BUMN yang mempunyai regulator di Departemen Keuangan dan Kementerian Negara BUMN sebagai semacam "holding". Dalam situasi ini tidak pernah ada penilaian akuntabilitas pelayanan gakin oleh dinas kesehatan. PT. Askes Indonesia sebagai lembaga pemberi pelayanan terlihat sangat otonom dan tidak mempunyai hubungan dengan dinas kesehatan sebagai lembaga publik yang bertugas mengawasinya.

Dalam hubungannya dengan dokter, PT. Askes Indonesia tidak mempunyai sejarah bernegosiasi dengan kelompok dokter karena pada masa lampau sebagian besar kegiatan penetapan tarif dilakukan berdasarkan Surat Keputusan Bersama (SKB) 3 Menteri. Sementara itu, rumahsakit pemerintah masih kebingungan mencari bentuk dan budaya organisasi. Budaya yang ada masih cenderung ke arah birokrasi.

¹⁷ Trisnantoro L. (2003). Penelitian mengenai perubahan fungsi pemerintah pascasentralisasi. WHO.

Secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa fakta yang ada dalam budaya di sektor kesehatan adalah berbagai budaya yang masih belum dapat berintegrasi dengan baik. Budaya tersebut adalah budaya dokter yang belum terbiasa dengan sistem yang terkelola. Sampai saat ini belum ada standar pendapatan dokter dan standar jasa. Dokter hidup dari *fee for service*¹⁸. Budaya masyarakat yang belum terbiasa dengan asuransi kesehatan¹⁹. Budaya perusahaan asuransi kesehatan yang cenderung berada dalam suasana perusahaan *for profit*. Budaya dinas kesehatan yang belum siap menjadi pengawas sektor kesehatan²⁰.

Secara keseluruhan terjadi fragmentasi dalam konsep kultur di kesehatan. Dalam konteks asuransi kesehatan di satu sisi ada kultur tenaga medik yang cenderung tidak mau terikat dengan aturan (termasuk kontrak ekonomi) dengan kultur *managed care* yang dikembangkan oleh asuransi kesehatan. Dalam suasana ini dapat dimaklumi kalau dinas kesehatan belum siap menjadi pengawas. PP No.25/2000 tidak menjelaskan mengenai pengawasan ini. PP No.38 memberikan wewenang namun baru berlaku tahun 2007. Sementara yang terjadi di lapangan adalah tidak adanya pengawasan oleh dinas kesehatan. Hasil akhirnya memang pelaksanaan jaminan kesehatan di lapangan tidak didukung oleh sistem berbasis *governance*.

Sistem ini secara gamblang dan mendalam diuraikan dalam buku ”Prinsip-Prinsip *Good Governance* dalam Pembiayaan

¹⁸ Sanjana K. (1998). Hubungan Antara Kompensasi, Iklim Kerja, Citra Kerja, Ciri Individu dan Kepuasan Kerja Dokter Spesialis di Instalasi Bedah Sentral RSUP Sanglah Denpasar. Tesis. MMR UGM. Yogyakarta.

¹⁹ Penelitian equitap di Indonesia menyimpulkan bahwa pengeluaran untuk asuransi kesehatan masih rendah.

²⁰ Asih N. (2005). Hubungan Tata Kelola Antara Rumah Sakit dengan Dinas Kesehatan. Tesis S2 MMR UGM. Yogyakarta.

Kesehatan”²¹, yang singkatnya menekankan prinsip *transparency and rule of law, accountability, consistency, inclusiveness and participation* terakhir *effectiveness and efficiency* serta peran *stakeholders* termasuk pemerintah, swasta dan masyarakat madani. Tanpa adanya *governance*, mekanisme pengawasan dan perbaikan satu sama lain juga tidak akan berjalan, dan pada akhirnya dapat membahayakan kelangsungan pelayanan gakin.

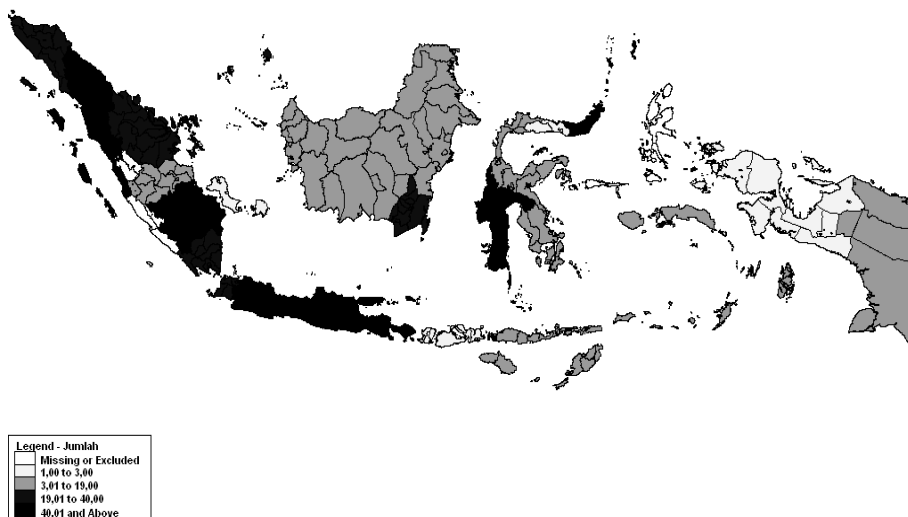
Pemerataan fasilitas kesehatan

Hal penting ketiga adalah perbedaan tenaga dan fasilitas kesehatan antar daerah. Perbedaan ini dapat membahayakan pemerataan pelayanan gakin. Salah satu hal penting yang membahayakan efektivitas jaminan kesehatan nasional adalah tidak meratanya distribusi tenaga dan lembaga pelayanan kesehatan. Dapat dibayangkan bahwa pembiayaan kesehatan melalui jaminan sosial akan tersedot oleh daerah yang mempunyai banyak tenaga medik dan rumahsakit. Daerah-daerah ini tentunya di Jawa dan Bali, terutama di kota-kota besar.

Kasus distribusi dokter anak dapat mencerminkan bagaimana sulitnya memberikan asuransi kesehatan sosial yang merata untuk seluruh wilayah Indonesia karena pengaruh mekanisme pasar terhadap infrastruktur termasuk sumber daya dokter. Sebagian besar dokter anak terkonsentrasi di Pulau Jawa dan Bali²².

²¹ Mukti A G. (2007). *Good Governance* dalam Pembiayaan Pelayanan Kesehatan. Magister KPMK-FK UGM. Yogyakarta.

²² Sri Supar Yati. (2005). Makalah kunci dalam Kongres KONIKA 2005



Sumber: Database IDAI

Gambar 1.2.4 Distribusi Dokter Anak di Seluruh Wilayah Indonesia Berdasarkan Jumlah Absolut di Masing-Masing Propinsi

Dengan jumlah populasi 118 juta (56% total penduduk Indonesia), proporsi dokter anak di kawasan ini kurang lebih 69% dari total anggota Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). Daerah dengan rasio dokter anak tertinggi adalah DKI Jakarta, disusul dengan Propinsi DI.Yogyakarta, Sulawesi Utara dan Bali.

Tabel 1.2.1 Distribusi Dokter Anak di Indonesia

| Propinsi | Jumlah dokter anak | Rasio/100.000 penduduk | Jumlah Penduduk (000) BPS-2002 |
|--------------------|--------------------|------------------------|--------------------------------|
| Kalimantan Timur | 12 | 0,47 | 2.561,09 |
| Riau | 38 | 0,72 | 5.285,46 |
| Sumatera Barat | 40 | 0,93 | 4.289,64 |
| Bali | 47 | 1,46 | 3.217,15 |
| Sumatera Utara | 103 | 0,87 | 11.891,74 |
| Jawa Tengah | 171 | 0,54 | 31.691,47 |
| Jawa Timur | 206 | 0,59 | 35.148,56 |
| Jawa Barat | 264 | 0,72 | 36.914,86 |
| DKI Jakarta | 443 | 5,29 | 8.379,07 |
| NAD | 19 | 0,47 | 4.022,14 |
| Kalimantan Selatan | 24 | 0,79 | 3.054,13 |
| Banten | 35 | 0,41 | 8.529,80 |
| Gorontalo | 1 | 0,12 | 855,06 |
| Bangka Belitung | 2 | 0,22 | 913,87 |
| Jambi | 4 | 0,16 | 2.479,50 |
| NTB | 4 | 0,10 | 4.127,52 |
| Papua | 7 | 0,32 | 2.218,36 |
| Kalimantan Barat | 12 | 0,29 | 4.167,29 |
| Lampung | 20 | 0,29 | 6.861,88 |
| Sulawesi Utara | 44 | 2,15 | 2.044,07 |
| Sumatera Selatan | 51 | 0,71 | 7.167,97 |
| Sulawesi Selatan | 65 | 0,79 | 8.244,89 |
| DIY | 68 | 2,15 | 3.156,23 |
| Maluku Utara | - | - | 784,97 |
| NTT | 2 | 0,05 | 3.924,87 |
| Kalimantan Tengah | 3 | 0,15 | 1.947,27 |
| Maluku | 3 | 0,25 | 1.204,11 |

Sumber: Ikatan Dokter Anak Indonesia

Ketidakmerataan dapat dilihat pada distribusi rumahsakit di Indonesia. Tabel 1.2.2 menunjukkan jumlah rata-rata rumahsakit di berbagai tipologi ekonomi. Secara logis di daerah yang ekonomi

masyarakatnya kuat maka jumlah rumahsakit swasta lebih besar dibanding di daerah yang kurang.

Tabel 1.2.2 Rata-Rata Jumlah Rumah Sakit Pemerintah di Setiap Kabupaten/Kota

| Pemerintah | Kekuatan Ekonomi Masyarakat Rendah | Kekuatan Ekonomi Masyarakat Tinggi |
|-------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Kekuatan ekonomi pemda tinggi | 2,5 | 2 |
| Kekuatan ekonomi pemda rendah | 0,5 | 0,31 |

Sumber: Data Primer

Tabel 1.2.2 menunjukkan bahwa kabupaten/kota yang mempunyai kekuatan ekonomi pemda tinggi mempunyai rumahsakit yang lebih banyak dibandingkan dengan kabupaten/kota yang lebih rendah kekuatan ekonominya.

Fakta-fakta ini menunjukkan bahwa sektor kesehatan di Indonesia secara kuat dipengaruhi oleh mekanisme pasar. Sektor swasta yang kuat di berbagai kabupaten/kota memberikan pengaruh dengan fakta lebih banyaknya rumahsakit swasta. Dalam hal ini ada catatan sejarah bahwa sistem pengawasan pasar oleh pemerintah masih lemah. Sebagai gambaran regulasi mengenai praktik kedokteran baru ada pada tahun 2005 dengan diundangkannya UU Praktik Kedokteran (UUPK). Sementara itu undang-undang mengenai rumahsakit belum ada.

Tabel 1.2.3 Rata-Rata Jumlah RS Swasta di Setiap Kabupaten/Kota

| Pemerintah Daerah | Kekuatan Ekonomi Masyarakat Rendah | Kekuatan Ekonomi Masyarakat Tinggi |
|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Kekuatan ekonomi pemda tinggi | 1,05 | 2,11 |
| Kekuatan ekonomi pemda rendah | 0,5 | 1,91 |

Sumber: Data Primer

Ketidakmerataan tenaga dan lembaga pelayanan kesehatan merupakan faktor yang harus diperhitungkan dalam pelaksanaan asuransi kesehatan sosial. Sebagai hipotesis: sumber dana untuk asuransi kesehatan sosial akan tersedot oleh daerah-daerah yang mempunyai jumlah rumahsakit banyak, jumlah tenaga kesehatan yang lengkap, dan akses yang mudah. Sebagai gambaran konkrit, masyarakat miskin Kepulauan Nias mempunyai akses terbatas untuk pelayanan kesehatan karena memang rumahsakit hanya ada dua dan spesialis sangat terbatas jumlahnya. Sementara itu, masyarakat miskin DKI Jakarta sangat mudah mendapatkan akses ke pelayanan spesialistik. Akibatnya diduga dana masyarakat miskin akan dipakai lebih banyak di DKI Jakarta. Apabila hipotesis ini benar maka asuransi kesehatan sosial justru akan menambah ketidakmerataan pembagian anggaran kesehatan kecuali sistemnya dibenahi dengan keseimbangan dana dan alokasi untuk daerah.

Bagaimana ke depannya?

Tantangan ke depannya adalah secara bertahap mengembangkan dan menerapkan konsep desentralisasi terintegrasi. Konsep itu sesuai hasil dalam seminar di Bali yang disampaikan oleh Moertjahjo²³, Ketua Asosiasi Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Daerah menyatakan bahwa harus ada tiga hal pokok dalam pembiayaan kesehatan yaitu berasal dari pemerintah pusat, pemda, dan masyarakat. Selanjutnya dinyatakan oleh Moertjahjo²³ bahwa harus ada beberapa prinsip pembiayaan jaminan kesehatan sosial yaitu: (1) dana harus tersedia cukup dan dikelola secara akuntabilitas baik dan transparan, pemda harus *sharing* (iuran) dana dalam penyelenggaraan sistem jaminan sosial, pemda harus terlibat dalam upaya kendali biaya dan kendali mutu untuk menghindari *fraud*, dan baik pemda dan pusat tidak eksklusif, serta penyelenggaraan bersifat nirlaba.

Dengan demikian, memang perlu ada Sistem Jaminan Sosial di daerah karena memang ada kewajiban daerah untuk mengembangkan Sistem Jaminan Sosial (Pasal 22h. UU No.32/2004) yang diperkuat oleh Keputusan MK RI No.007/PUU-III/2005. Di samping itu, perlu diperkuat perwujudan transformasi konsep *government* ke arah konsep penguatan *governance* (pemerintah, swasta, *civil society*).

Dilanjutkan oleh Moertjahjo²³ bahwa bagi pemda yang akan menyelenggarakan Jamkesda perlu untuk menyiapkan berbagai hal sebagai berikut: meningkatkan komitmen *stakeholders* daerah yang

²³ Moertjahjo. (2007). Sistem pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Sosial era otonomi daerah. Makalah disajikan di Bali, 8 Agustus 2007.

diwujudkan dengan rencana penyusunan peraturan daerah/atau peraturan kepala daerah (tahap awal) tentang pengembangan sistem Jamkesda; (2) perbaikan fasilitas kesehatan yang di daerah untuk memiliki layanan yang memadai dan siap untuk melaksanakan; ada alokasi *sharing* dana APBD propinsi dan kabupaten untuk terselenggaranya sistem; serta adanya studi untuk rancangan manfaat dasar dan besarnya iuran/premi.

Bagi daerah yang akan menyelenggarakan Jamkesda perlu disiapkan hal-hal antara lain: perlu adanya integrasi yang jelas antara pemerintah pusat, propinsi dan kabupaten (tidak eksklusif), menyiapkan kelembagaan yang jelas antara siapa yang menjadi operator dan yang menjadi *regulator*; dan perlunya kerja sama dengan daerah lain yang telah menyelenggarakan program serupa. Pada intinya sebagai Kepala Asosiasi Penyelenggaran Jamkesda, Moertjahjo²² menyimpulkan bahwa perlu mengembangkan sistem jaminan sosial di daerah sebagai bagian dari SJSN dan pengembangan sistem pembiayaan publik. Daerah yang sudah mengembangkan perlu dibina dan bekerja sama. Kendali biaya dan mutu harus dilakukan pada masing-masing hierarki pemerintahan, program Askeskin seharusnya diarahkan untuk mendorong dikembangkannya sistem jaminan sosial di daerah-daerah dalam kerangka kebijakan nasional.

Apakah kesimpulan Moertjahjo²³ ini berbeda dengan pemerintah pusat. Dalam sesi yang sama pada seminar di Bali, Indra Bagus Gotama dan Donald menyatakan bahwa perlu memperbaiki peran pemerintah pusat dan daerah. Peran tersebut perlu diatur secara berimbang dalam peraturan pelaksanaan secara jelas. Memang akan

ada “*trade off*” dalam hal aspek otoritas atau kewenangan, kemampuan daerah *versus* aspek teknis dan prinsip penyelenggaraan dalam kerangka nasional. Juga, bagaimana menetapkan kebijakan umum, norma, standar, pedoman dan pengelolaan oleh pemerintah pusat *versus* “pengelolaan” oleh daerah? Di samping itu, didasari bahwa pemda amat berperan penting pada aspek operasional. Lebih lanjut Indra Bagus Gotawa dan Donald menyatakan bahwa perlu pemahaman mengenai variasi antar pemda dalam pembiayaan kesehatan. Tabel 1.2.4 berikut ini menunjukkan berbagai variasi yang ada.

Tabel 1.2.4 Variasi Antar Pemda dalam Pembiayaan Kesehatan

| Pemerintah | Pemerintah Kabupaten/Kota Mampu | Pemerintah Kabupaten/Kota Tidak Mampu |
|---------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Pemerintah propinsi mampu | 2 | 3 |
| Pemerintah propinsi tidak mampu | 1 | 4 |

Kecenderungan daerah Tipe 1: Program jaminan kesehatan dikembangkan oleh pemerintah kabupaten/kota. Integrasi jaminan kesehatan sebaiknya dilakukan oleh kerangka aturan nasional. Kecenderungan Tipe 2: Program jaminan kesehatan dikembangkan oleh pemerintah kabupaten/kota, pemerintah propinsi mengembangkan jaminan kesehatan pada kabupaten/kota lain dalam propinsi dan menanggulangi rujukan pada tingkat propinsi; integrasi jaminan kesehatan diharapkan dengan kerangka nasional. Kecenderungan Tipe 3: Program jaminan kesehatan dilakukan oleh pemerintah propinsi, integrasi jaminan kesehatan diharapkan dengan

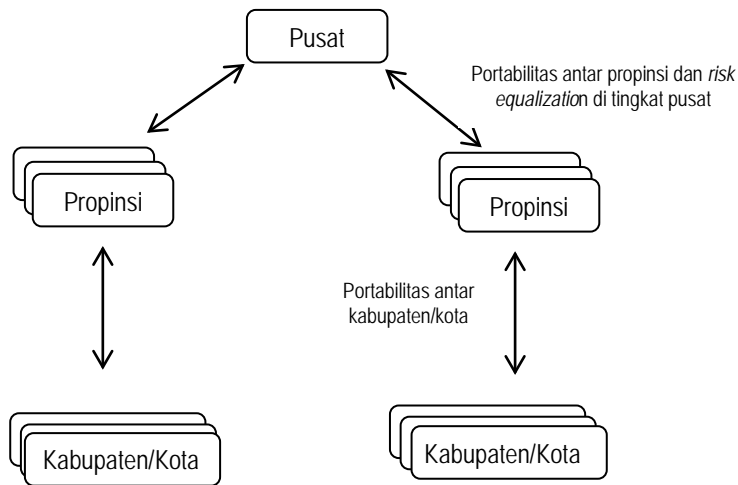
kerangka nasional. Kecenderungan Tipe 4: Program jaminan Kesehatan mengikuti program Jaminan Kesehatan Nasional.

Bagi pemerintah pusat Gotawa dan Pardede¹³ menyatakan perlunya penyelesaian agenda regulasi dan agenda pengorganisasian. Perlu adanya sinkronisasi berbagai bentuk jaminan kesehatan (pusat dan daerah); penyiapan dan PPK; penguatan isu pengorganisasian, manajerial dan administratif badan penyelenggara (Bapel), pengembangan kemampuan teknis komponen esensial Jaminan Kesehatan, pembagian peran yang lebih jelas antara pemerintah pusat, propinsi dan daerah yang diatur regulasinya dalam SJSN.

Ke depan perlu untuk menerapkan pendekatan konsep “Desentralisasi Terintegrasi” seperti diusulkan dan ditulis oleh Mukti dan Moertjahjo²³. Inti dari konsep desentralisasi terintegrasi ini bahwa sistem dan kebijakan makro ditentukan dan dikeluarkan oleh pemerintah pusat, sedangkan pelaksanaannya dapat bersamaan atau dimulai dari kabupaten/kota yang telah siap dan kemudian terintegrasi sampai di tingkat pusat. Kabupaten/kota tidak bisa terlepas dari pengelolaan di tingkat propinsi sehingga permasalahan portabilitas dapat diatasi dengan mudah. Portabilitas berarti mereka yang pindah pekerjaan atau pindah tempat masih tetap dapat memanfaatkan jaminan pelayanan kesehatan. Permasalahan antar kabupaten/kota seperti mereka yang di rawat di tingkat propinsi menjadi urusan Bapel di tingkat propinsi.

Demikian juga permasalahan yang terjadi antar propinsi merupakan urusan dan kewenangan Bapel di tingkat pusat sebagai penanggung jawab *risk equalization* di tingkat pusat (lihat Gambar

1.2.5 Hubungan Sistem Jaminan Kesehatan di Pusat, Propinsi dan Kabupaten/Kota). Dengan sistem desentralisasi terintegrasi ini tidak saja pembagian urusan dan peran masing-masing *stakeholder* pusat dan daerah menjadi jelas akan tetapi kendali mutu, kendali biaya, pencapaian *universal coverage* akan jauh lebih mudah dicapai.



Gambar 1.2.5 Hubungan Sistem Jaminan Kesehatan di Pusat, Propinsi, dan Kabupaten/Kota

Dalam rangka penerapan konsep desentralisasi terintegrasi ini, maka sejak 2008 diharapkan ada dilakukan terobosan dan perubahan pengelolaan Askeskin yang selama ini dijalankan. Terobosan yang utama adalah dengan melibatkan *stakeholder* daerah, terutama pemda dan dinas kesehatan. Secara pendekatan dapat dilihat dalam skema gambar terlampir. Dalam hal ini selain pelibatan pemda dan hubungannya dengan PT. Askes Indonesia agar didudukkan secara proporsional sesuai peran masing-masing berdasarkan aturan hukum yang ada.

Berdasarkan hukum PP No.38/2007 telah memberi petunjuk jelas bahwa sistem jaminan kesehatan merupakan perpaduan antara sistem pusat dan sistem daerah yang berbeda-beda. Perpaduan ini yang membutuhkan penanganan rinci di dalam pelaksanaan agar tidak terjadi kekacauan di masa mendatang. Arti praktisnya adalah program Askeskin bukan hanya program pemerintah pusat saja, namun perlu dipadukan dengan program pemda. Catatan akhirnya: di tahun 2008 ketika program Askeskin berubah menjadi Jamkesmas, kesadaran akan peran pemda semakin membaik. Komunikasi pemerintah pusat dan daerah semakin terjalin.

BAB 1.3

Surveilans: **Bagaimana Agar Sistem yang Dirancang Pemerintah Pusat Dapat Berjalan di Daerah?**

Laksono Trisnantoro, Rossi Sanusi, Nugroho Susanto, Ika Fatimah, Anis Fuad

Pengantar

Pada tahun 2004, WHO melakukan observasi dan melaporkan beberapa temuan mengenai *surveilans* yaitu: kurangnya kesadaran akan pentingnya informasi *surveilans* penyakit di kalangan pengelola program kesehatan, pejabat kesehatan, staf pelayanan kesehatan dan staf *surveilans* sendiri di semua tingkat; informasi *surveilans* tidak digunakan dalam pengambilan keputusan; kualitas data *surveilans* tidak memuaskan dan sulit diperbaiki; tidak dilakukan analisis data *surveilans* secara memadai; penyelidikan kejadian luar biasa (KLB) dilakukan secara sembarangan; tidak ada motivasi di kalangan staf *surveilans* untuk meningkatkan kemampuan diri; berbagai sistem *surveilans* penyakit khusus sulit dikoordinasikan dan diintegrasikan.

Permasalahan tidak berjalannya sistem *surveilans* tidak saja terjadi pada sistemnya melainkan terjadi juga pada pelaksanaannya. Pada sisi sistemnya dapat dilakukan pembenahan pada sistemnya, salah satu alternatif dengan pembenahan unit *surveilans* di struktur dinas kesehatan. Pada sisi pelaksana dapat dilakukan peningkatan kapasitas petugas pelaksana sistem *surveilans* dan aspek-aspek yang mendukung pelaksanaan sistem *surveilans*.

Di tahun 2005, Departemen Kesehatan menetapkan strategi kerja yaitu: menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat, meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, meningkatkan sistem *surveilans*, *monitoring* dan informasi kesehatan, serta meningkatkan pembiayaan kesehatan. Namun strategi untuk *surveilans* belum berjalan dengan baik. Bagian ini membahas situasi *surveilans* saat ini melalui beberapa kegiatan penelitian, pembahasan dan rencana ke depan.

Situasi *surveilans* saat ini

Situasi saat ini digambarkan melalui dua kegiatan: (1) pengamatan di Propinsi Nangroe Aceh Darussalam (NAD) dan Kota Yogyakarta; dan (2) riset operasional *surveilans* kesehatan keluarga yang dilakukan oleh DHS-1.

Keadaan di Propinsi Nangroe Aceh Darussalam

Hasil penelitian operasional sistem *surveilans* di Propinsi NAD dan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta menunjukkan hasil yang belum baik²⁴. Kegiatan *surveilans* di Propinsi NAD terjadi pada setiap program. Kegiatan antara program satu dengan program yang lain belum terjalin sinergisme kerja sama dalam pengumpulan data, analisis data, *feedback* dan diseminasi. Dalam struktur organisasi dinas kesehatan unit *surveilans* secara resmi berada di bawah bidang P2M. Keadaan ini memberi kesan bahwa *surveilans* hanya milik bidang P2M saja, sedangkan aktivitas *surveilans* tidak saja di P2M

²⁴ Nugroho Susanto, Haripurnomo, Laksono Trisnantoro, Yodi Christiani. (2007) Pengembangan Sistem *Surveilans* Kesehatan di Propinsi NAD dan Kota Yogyakarta. PMPK FK UGM, Yogyakarta

tetapi di bidang lain, seperti bidang kesehatan keluarga (*surveilans* gizi buruk) dan KIA.

Keberhasilan penyelenggaraan sistem *surveilans* dapat dilihat dari indikator *input*, proses, dan *output*. Sisi *input* dapat dilihat dari ketersediaan SDM yang melaksanakan sistem *surveilans*. Kualifikasi SDM yang berada di unit *surveilans* adalah tenaga epidemiologi ahli (S2) 1 orang, tenaga epidemiologi ahli (S1) 2 orang dan tenaga komputer (S1) 1 orang. Sisi proses dapat dilihat dari kelengkapan laporan, ketepatan laporan, dan penerbitan buletin epidemiologi. Dari sisi proses sistem *surveilans* di Dinas Kesehatan Propinsi NAD diperoleh kelengkapan laporan sebesar 59%, ketepatan laporan sebesar 5,5%, dan penerbitan buletin epidemiologi belum dilaksanakan.

Sisi *output* dapat dilihat dari penerbitan profil kesehatan. Untuk penerbitan profil kesehatan Dinas Kesehatan Propinsi NAD sudah rutin yaitu satu kali setiap tahun. Pelaksanaan *surveilans* dapat dilihat dari sisi pengumpulan data, analisis data, *feedback* dan diseminasi. Pada sisi pengumpulan data didapatkan beberapa rumahsakit swasta belum melakukan kegiatan pelaporan data ke Dinas Kesehatan Propinsi NAD. Adanya perbedaan data yang terjadi di antara program dan bidang yang ada di level internal dinas kesehatan menunjukkan masih rendahnya validitas data yang dilaporkan ke dinas kesehatan.

Sisi analisis data didapatkan bahwa pelaksanaan kegiatan analisis didasarkan pada kepentingan program belum teratur. Di samping itu, analisis data mingguan penyakit potensial KLB belum

dilaksanakan. *Feedback* dilaksanakan pada pertemuan-pertemuan program dan pertemuan lintas sektoral. Untuk pelaksanaan *feedback* yang teratur belum dapat dilaksanakan. Pelaksanaan diseminasi ke masyarakat melalui buletin epidemiologi belum dilaksanakan.

Beberapa hal yang berkaitan dengan tidak dilaksanakan diseminasi melalui buletin epidemiologi antara lain keterbatasan SDM dan kemampuan SDM untuk analisis dan interpretasi data. SDM yang ada di dinas kesehatan untuk kegiatan *surveilans* masih jauh dari ideal. Di samping jumlah SDM yang masih kurang diikuti dengan kualitas SDM yang relatif kurang dalam kemampuan analisis data. Anggaran untuk pelaksanaan kegiatan *surveilans* di Dinas Kesehatan Propinsi NAD dari APBN sebesar Rp 637,7 juta, sedang anggaran dari APBD sebesar Rp 59 juta untuk tahun 2007. Peraturan-peraturan daerah yang mengikat pelaksana kegiatan *surveilans* belum ada.

Kota Yogyakarta

Hasil studi di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta tentang sistem *surveilans* menunjukkan bahwa kegiatan *surveilans* terjadi pada setiap program, misalnya program TB, malaria, gizi, dan KIA. Pada pelaksanaan kegiatan *surveilans* antara program satu dengan program yang lain belum terjalin secara sinergis dalam pengumpulan data, analisis data dan interpretasi, *feedback*, serta diseminasi. Keadaan seperti ini dapat menimbulkan kesalahan dalam pengumpulan data atau terjadinya *over* pada pengumpulan data, yaitu pada setiap program mempunyai data yang sumbernya sama tetapi terjadi perbedaan data. Adanya perbedaan data ini menunjukkan

validitas data yang dikumpulkan masih rendah. Satu hal yang penting diperhatikan dalam pengumpulan data adalah validitas data dan untuk mengetahui validitas data dapat dilakukan pengecekan data terhadap instansi yang melakukan pengumpulan data.

Data yang telah dikumpulkan di rumahsakit, poliklinik, dan rumah bersalin dikirim ke petugas *surveilans* bidang P2PL, kemudian data yang telah terkumpul dilakukan analisis dan diserahkan ke Pusdatin Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta. Data yang dikumpulkan di unit *surveilans* seharusnya dilakukan analisis mingguan penyakit potensial KLB, tetapi dalam pelaksanaan di lapangan analisis ini belum dapat dilaksanakan. Beberapa hal yang berkaitan dengan permasalahan ini adalah ketepatan dan kelengkapan laporan yang di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta yang tidak mencapai 80%.

Selama ini data dari dokter praktik belum dilaporkan ke puskesmas atau ke Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta. Untuk data dari bidan dan masyarakat dikumpulkan ke bidang pelayanan kesehatan masyarakat di puskesmas. Di tingkat puskesmas selama ini belum dilakukan analisis data. Salah satu penyebab adalah belum tersedianya SDM untuk bidang *surveilans*. Data yang telah dikumpulkan di puskesmas kemudian diserahkan ke bidang pelayanan kesehatan masyarakat di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta. Tidak adanya tim yang menangani data di tingkat puskesmas, menyebabkan data yang dikumpulkan tidak ter-*monitor*. Hal ini yang menyebabkan terjadinya perbedaan data di antara program-program dan bidang-bidang yang berjalan di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta.

Dalam struktur organisasi Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, unit *surveilans* berada di bawah bidang P2M. Hal ini memberi kesan seolah-olah pelaksanaan kegiatan *surveilans* hanya tanggung jawab dari petugas *surveilans* di bidang P2M. Jika disimak dari aktivitas *surveilans* yang terjadi di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, pelaksanaan *surveilans* tidak saja pada pelaporan penyakit menular dan tidak menular melainkan ada aktivitas *surveilans* yang dilakukan oleh bidan desa di level puskesmas yaitu penimbangan balita, *monitoring* kehamilan dan persalinan, dan perkembangan pertumbuhan anak balita.

Aktivitas *surveilans* yang dilaksanakan oleh bidan desa ini yang kadang terlupakan oleh unit *surveilans* di dinas kesehatan. Data yang dikumpulkan bidan desa jika dilakukan analisis dapat mendeteksi adanya KLB gizi buruk dan *monitoring* ibu hamil risiko tinggi. Kelengkapan laporan sebesar 46%, sedangkan ketepatan laporan sebesar 20%. Dilihat dari aspek kelengkapan dan ketepatan laporan yang terjadi di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, *surveilans* yang berjalan belum bisa mendeteksi adanya KLB. Hal ini diperkuat juga dengan tidak dilaksanakan analisis mingguan penyakit potensial KLB secara rutin.

Pelaksanaan diseminasi melalui buletin epidemiologi belum dilaksanakan. Beberapa hal yang berkaitan tidak dilaksanakan kegiatan penerbitan buletin epidemiologi adalah kurangnya SDM yang ahli di bidang analisis, tidak tersedianya anggaran untuk penerbitan buletin epidemiologi dan tidak ada peraturan-peraturan daerah yang mengikat pelaksana kegiatan *surveilans*. Bagi petugas di

unit *surveilans* belum ada jabatan fungsional dalam kegiatan *surveilans*. Aspek yang penting dicermati dari tidak adanya jabatan fungsional ini adalah petugas merasa bahwa aktivitas kegiatan *surveilans* (pengumpulan data, analisis data, *feedback* dan diseminasi) belum dirasakan sebagai suatu pekerjaan yang harus dilaksanakan setiap harinya. Di samping itu, tugas rangkap untuk pelaksana *surveilans* di lapangan membuat pelaksanaan *surveilans* tidak sesuai dengan standar yang diterapkan oleh Departemen Kesehatan RI.

Data dari hasil kegiatan *surveilans* belum digunakan secara optimal untuk menentukan kebijakan di sektor kesehatan. Hal yang berkaitan dari tidak digunakannya data *surveilans* untuk menentukan kebijakan di sektor kesehatan antara lain data yang dikumpulkan validitasnya masih rendah, belum dipahaminya manfaat data, dan program *surveilans* belum menjadi program prioritas di dinas kesehatan.

Perbandingan dengan standar

Hasil penyelenggaraan *surveilans* di Dinas Kesehatan Propinsi NAD dan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dapat dilihat dengan membandingkan standar indikator yang diterapkan oleh Departemen Kesehatan RI.

Tabel 1.3.1 Hasil Pelaksanaan *Surveilans* di Banding Standar

| Dinas | Indikator | Unit <i>surveilans</i> Dinas Kesehatan | Unit <i>surveilans</i> standar Departemen Kesehatan |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Dinas Kesehatan Nangroe Aceh Darussalam | <i>Input</i> SDM | Tenaga epidemiologi ahli (S2): 1 orang | Tenaga epidemiologi ahli (S2): 8 orang |
| | | Tenaga epidemiologi ahli (S1): 2 orang | Tenaga epidemiologi ahli (S1): 16 orang |
| | | Tenaga komputer (S1): 1 orang | Asisten epidemiologi: 32 orang Dokter umum: 16 orang |
| | Proses kelengkapan laporan | 59% | 80% atau lebih |
| | Ketepatan laporan | 5,5% | 80% atau lebih |
| | <i>Output</i> Bulletin epidemiologi Profil Dinas Kesehatan | Belum ada 1 kali setiap tahun | 12 kali setiap tahun 1 kali setiap tahun |
| Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta | <i>Input</i> SDM | Tenaga epidemiologi ahli (S1): 2 orang | Tenaga epidemiologis ahli (S2): 1 orang |
| | | Asisten epidemiologi: 1 orang | Tenaga epidemiologis ahli (S1) atau asisten epidemiologis: 2 orang |
| | | | Dokter umum: 1 orang |
| | Proses kelengkapan laporan | 46% | 80% atau lebih |
| | Ketepatan laporan | 20% | 80% atau lebih |
| | <i>Output</i> Buletin epidemiologi Profil Dinas Kesehatan | Belum ada 1 kali setiap tahun | 4 kali setiap tahun 1 kali setiap tahun |

Sumber: Hasil Penelitian Pengembangan Operasional Sistem Surveilans

Tabel 1.3.1 menunjukkan hasil pelaksanaan kegiatan *surveilans* dari Dinas Kesehatan Propinsi dan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dari sisi *input* masih jauh dari standar yang diterapkan oleh Departemen Kesehatan RI. Hal ini terlihat dari komposisi SDM yang ada di unit *surveilans* untuk Dinas Kesehatan Propinsi NAD masih jauh dari ideal. Dalam sisi proses, kelengkapan, ketepatan laporan, dan penerbitan buletin epidemiologi masih jauh dari standar Departemen Kesehatan RI. Pada *output* sudah sesuai dengan standar yang diterapkan oleh Departemen Kesehatan RI. Jika dilihat perbandingan antara Dinas Kesehatan Propinsi NAD dan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, pelaksanaan sistem *surveilans* di Dinas Kota Yogyakarta dalam penyelenggaraan sistem *surveilans* lebih baik jika dibanding dengan Dinas Kesehatan Propinsi NAD dipandang dari sisi *input*, proses dan *output*.

Hal yang perlu dicermati di sini adalah pelaksanaan sistem *surveilans* belum sesuai dengan standar Departemen Kesehatan RI. Pertanyaannya adalah apa permasalahan yang ada di kedua dinas ini? Apakah aspek-aspek yang mendukung pelaksanaan kegiatan *surveilans* tidak efektif atau tidak ada? Atau perlu ada perubahan sistem pelaporan dan struktur organisasi untuk unit *surveilans* di level dinas kesehatan? Secara keseluruhan, aspek-aspek yang mendukung pelaksanaan kegiatan *surveilans* di Dinas Kesehatan Propinsi NAD dan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta belum tersedia secara memadai.

Penelitian operasional *surveilans* kesehatan keluarga

Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada (PMPK FK UGM) bekerja sama dengan Satuan Kerja Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat *The First Decentralized Health Services Project* (DHS-1 ADB/Loan No.1810-INO) Departemen Kesehatan RI melakukan kegiatan peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam pelaksanaan *surveilans* KIA di Propinsi Bali dan Sulawesi Tengah. Kegiatan dimulai pada tahun 2006 dengan melakukan penyusunan modul *surveilans* kesehatan keluarga dan pelaksanaan program pelatihan dilakukan di tahun 2007. Peserta dalam kegiatan ini adalah wakil dari dinas kesehatan delapan propinsi DHS-1 (NAD, Bengkulu, Kepulauan Riau, Riau, Sulawesi Utara, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Tengah, dan Bali) yang masing-masing diwakili oleh kepala dinas kesehatan, kasubdin kesehatan keluarga, kasubdin P2PL dan kasubdin bina program atau yang mewakili.

Tujuan kegiatan ini adalah untuk: (1) meningkatkan pengetahuan peserta mengenai *surveilans* kesehatan dan implementasinya dalam program kesehatan ibu, neonatus dan anak; dan (2) dengan peningkatan pengetahuan tentang *surveilans* diharapkan para agen perubahan ini dapat memahami pentingnya sistem *surveilans* dalam setiap program kesehatan yang berjalan, khususnya dalam program KIA.

Penyusunan modul dan pelatihan merupakan bagian dari suatu riset operasional yang bertujuan agar sistem *surveilans* KIA dapat berjalan di daerah. Pelatihan merupakan pemicu untuk pelaksanaan

sistem *surveilans* yang membutuhkan sistem manajemen yang baik. Metode Kirkpatrick digunakan untuk mengevaluasi hasil pelatihan. Ada tiga level evaluasi Kirkpatrick yang dilakukan yaitu: (1) evaluasi tiap sesi; (2) evaluasi *pre and post-test*; dan, (3) evaluasi di lapangan untuk melihat apakah modul dapat berjalan (dikerjakan di Bali dan Sulawesi Tengah). Yang tidak dikerjakan adalah evaluasi level 4: Apakah sistem *surveilans* KIA dapat berjalan?

Program ini terdiri dari dua bagian yaitu mengevaluasi modul dan pelatihan Peningkatan Kapasitas Agen Perubahan dan Pemegang Program KIA (yang dilaksanakan di FK UGM tahun 2006) dan peningkatan sistem *surveilans* dan respon. Rekomendasi dari kegiatan di tahun 2006 dan 2007 adalah *surveilans* yang berjalan dan sistem pendukungnya perlu ditingkatkan. Secara garis besar kegiatan tersebut meliputi:

1. Peningkatan *surveilans* KIA dengan menggunakan pelaporan berbasis teknologi tepat guna;
2. Pembentukan sistem *surveilans* terpadu (mengacu pada Kepmenkes No.1116/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Pedoman Pelaksanaan Sistem Epidemiologi Kesehatan); dan,
3. Pemetaan risiko dan masalah KIA di Indonesia.

Adapun kegiatan peningkatan sistem *surveilans* dan respon bertujuan:

1. Menyesuaikan sistem *surveilans* di tingkat propinsi dan kabupaten/kota dengan Kepmenkes RI No.1116/Menkes/SK/VIII/2003;

2. Menghasilkan informasi yang dapat digunakan para manajer untuk membuat keputusan;
3. Meningkatkan pelaksanaan fungsi-fungsi pokok *surveilans* dan fungsi-fungsi pendukung;
4. Meningkatkan kapasitas para pembuat keputusan dalam hal menggunakan informasi yang dihasilkan sistem *surveilans*;
5. Menyebarkan informasi *surveilans* dalam bentuk buletin epidemiologi; dan
6. Mendapatkan komitmen pemda untuk membentuk sistem keuangan dan sistem hukum yang mendukung pembuatan keputusan berdasarkan informasi *surveilans*.

Ruang lingkup kegiatan terdiri dari persiapan (koordinasi awal dengan mitra lokal dan pusat), mengembangkan strategi untuk meningkatkan komitmen terhadap *surveilans*, merancang operasionalisasi sistem *surveilans* dan respon di tingkat provinsi dan kabupaten/kota (penyusunan protap *surveilans* penyakit prioritas KIA dan pembentukan unit pendukung *surveilans* (UPS) menggunakan fasilitas *teleconference*), dan pelatihan untuk menunjang aktivitas *surveilans* (*software*, *website*, regulasi dan anggaran).

Hasil menunjukkan bahwa pengaruh pelatihan sangat tergantung pada kebijakan pemerintah pusat mengenai sistem *surveilans* yaitu pelaksanaan Kepmenkes No.1116/SK/VIII/2003 dalam sistem *surveilans*. Kepmenkes ini menyebutkan agar dibentuk unit *surveilans* dan unit pelaksana teknis *surveilans*, serta dibentuk jejaring *surveilans* antara unit-unit tersebut. Pengamatan menunjukkan

bahwa pelaksanaan Kepmenkes belum berjalan secara maksimal di daerah. Belum ada perda atau peraturan gubernur/bupati/walikota yang merujuk ke Kepmenkes. Sementara itu, pemerintah pusat merasa sudah melakukan *surveilans* di program vertikal dan Laboratorium BLK. *Surveilans* saat ini banyak didanai pemerintah pusat. Dana masuk dalam anggaran pusat yang bersifat program vertikal. Tidak ada dana untuk pengembangan *surveilans* di daerah. Akibatnya jarang sekali dilakukan pencegahan sekunder primer oleh pemda. Respon oleh pemerintah pusat dari kegiatan *surveilans* lebih banyak ke pencegahan tersier yang mempunyai risiko keterlambatan.

Kelemahan utama saat ini adalah pemda tidak melakukan *surveilans* secara terintegrasi. Salah satu penyebab penting adalah fakta bahwa pemda tidak mempunyai UPS yang mantap di level propinsi dan di kabupaten. Pemerintah pusat juga tidak mempunyai pusat *surveilans*. Mengapa belum ada UPS daerah yang mantap? Di Sulawesi Tengah sudah ada *Provincial Epidemiological Surveillance Team* (PEST) dan *District Epidemiological Surveillance Team* (DEST) sebagai eks proyek ICDC. Namun status sebagai tim, maka tergantung pada dana berbagai proyek. Akibatnya tidak ada unit yang bertanggung jawab dan kegiatan *surveilans* tidak masuk di anggaran daerah (APBD Propinsi atau APBD Kabupaten). Ketika proyek selesai, termasuk dana dari ADB maka kegiatan akan berhenti.

Manfaat kegiatan riset operasional ini bagi dinas kesehatan propinsi dan kabupaten/kota dinilai cukup mendukung pelaksanaan sistem *surveilans* dan respon di tingkat daerah. Kegiatan ini cukup membantu dalam pelaksanaan sistem *surveilans*-respon terutama

dalam hal perencanaan program *surveilans* ke depan agar lebih terintegrasi mulai dari level bawah sampai atas. Upaya peningkatan kapasitas petugas kesehatan di tingkat dinas kesehatan dinilai dapat membuat program *surveilans* lebih terarah dan terkoordinasi.

Selain itu juga dalam struktur organisasi dinas kesehatan yang mengacu pada PP No.41/2007 telah diupayakan untuk memasukkan UPS yang berfungsi untuk menjalankan tiga kegiatan dalam langkah *surveilans* (pelaporan, analisis dan interpretasi data dan *feedback*) dan fungsi pendukung *surveilans*. Adanya UPS akan menunjang pelaksanaan kegiatan *surveilans* yang dijalankan oleh seluruh komponen yang terlibat di dalamnya.

Dengan adanya fasilitasi proyek DHS terhadap penguatan sistem *surveilans*-respon manfaat yang sangat dirasakan adalah petugas kesehatan kembali disadarkan akan pentingnya penguatan manajemen *surveilans* dari hulu sampai dengan hilir (pencegahan primer sampai dengan tersier). Bentuk kongkrit dari sinkronisasi program (*surveilans* terpadu) menjadi lebih jelas, lebih akuntabel dan sistematis mulai pengumpulan data sampai dengan pemanfaatan data serta rencana tindak lanjutnya (puskesmas, dinas kesehatan propinsi dan kabupaten/kota).

Terdapat beberapa faktor yang menjadi kendala yang dihadapi oleh dinas kesehatan dalam pelaksanaan kegiatan *surveilans* KIA yang meliputi:

Sumber daya manusia

Kurangnya SDM yang bertugas di dinas kesehatan mengakibatkan alokasi SDM untuk berpartisipasi dalam kegiatan ini cukup sulit. Akibatnya mitra lokal merasa kewalahan dalam menjalankan beberapa kegiatan sekaligus, termasuk kegiatan di internal dinas kesehatan dan kegiatan proyek. Komitmen mitra lokal di dinas kesehatan kabupaten/kota dan Propinsi dalam kegiatan ini dinilai masih kurang, sehingga dapat disimpulkan bahwa komitmen dinas kesehatan dalam program *surveilans* dan respon khususnya dalam rangka upaya menurunkan AKI, AKB dan AKBA. Hal ini terkait dengan delapan langkah kegiatan *surveilans* dalam hal memperoleh data (lihat bagian berikut). Data tersebut akan dipergunakan oleh pemegang kebijakan dalam pengambilan keputusan yang terkait dengan upaya untuk meningkatkan status kesehatan ibu, neonatus dan anak sehingga dapat memenuhi standar MDG's.

Dana

Kurang adanya dukungan dana dari APBD dalam pelaksanaan kegiatan ini sehingga dikhawatirkan setelah proyek ini selesai, maka kegiatan yang telah direncanakan akan sulit untuk diimplementasikan di lapangan.

Unit pendukung *surveilans*

Ketidakteraturan struktur organisasi di masing-masing dinas kesehatan, mengakibatkan sulitnya koordinasi antar instansi. Namun hal ini akan diupayakan dengan menyamakan tugas pokok seksi UPS

atau unit yang bertanggung jawab agar memiliki peran dan fungsi yang sama, meskipun kedudukan dan nomenklaturanya berbeda. Hal ini diupayakan agar pelaksanaan *surveilans* di masing-masing Dinas Kesehatan dapat sejalan.

Riset operasional ini menyarankan agar dilakukan: (1) memperkuat *surveilans* secara lebih detail berbasis pada kasus yang spesifik (Berat Bayi Lahir Rendah atau BBLR, perdarahan ibu, Infeksi Saluran Pernapasan Atas atau ISPA atau pneumonia); (2) menyusun UPS di daerah; dan (3) memperkuat langkah-langkah operasional dalam *surveilans*, menghitung biaya *surveilans*, dan sumber pendanaannya, serta memperkuat regulasi daerah dan pusat untuk pelaksanaannya. Isu penting yang perlu diperhatikan dalam memperkuat *surveilans* KIA adalah pengembangan prosedur tetap (protap) yang detail mengenai pelaksanaan *surveilans* KIA dengan menggunakan delapan langkah kegiatan *surveilans* (dibahas lebih detail pada bagian berikutnya).

Kegiatan riset operasional ini telah dilakukan untuk beberapa penyakit prioritas dan menjadi pemikiran baru untuk pemerintah pusat. Dengan adanya protap di daerah ini, maka kombinasi kegiatan dan sumber pendanaan berbagai langkah dalam *surveilans* dapat dilakukan secara terkoordinasi dan dapat disadari perlunya UPS tanpa memindahkan kegiatan *surveilans* yang dijalankan dari setiap program.

Untuk mendukung pelaksanaan *surveilans* di daerah sistem *surveilans* nasional perlu ditata kembali. Departemen Kesehatan perlu membentuk pusat *surveilans* sebagai pintu masuk semua data dari daerah dan analisis secara nasional. Hal ini berhubungan erat dengan

seluruh kegiatan *surveilans* di semua Direktorat Jenderal dan rumahsakit vertikal. Pusat *surveilans* juga mempunyai fungsi sebagai saluran penghubung dengan sistem *surveilans* internasional yang berada dalam tatanan *international health regulation*. Dalam pelaksanaannya, perlu keterpaduan antara pemerintah pusat dan daerah dalam *surveilans*. Koordinasi antara pusat *surveilans* di tingkat nasional dan UPS di tingkat propinsi dan kabupaten/kota diperlukan untuk menghasilkan informasi yang dapat digunakan para pengambil keputusan di pusat dan daerah.

Tahapan proses penyusunan UPS yang disarankan mencakup lima fase yaitu: (1) mobilisasi dana untuk pusat *surveilans* dan UPS dari dana APBD (untuk daerah mampu) dan APBN (untuk pusat dan daerah tidak mampu); (2) pemahaman masalah lebih lanjut (termasuk adanya penolakan-penolakan dan kesulitan); (3) perancangan yang baru (UPS dan cara mewujudkannya); (4) pelaksanaan UPS secara praktis; dan, (5) perubahan terus-menerus. Saat ini Propinsi Bali dan Propinsi Sulawesi Tengah berada pada fase 1 dan 2, sedangkan di pusat belum dilakukan mobilisasi pengembangan pusat *surveilans*.

Bagi pemda program penguatan *surveilans* ini membutuhkan dana APBD tahun 2009 dan tahun-tahun berikutnya. Program ini telah menghasilkan pula analisis biaya dan model penganggaran berbasis kinerja untuk pelaksanaan *surveilans* KIA. Dengan adanya dana APBD diharapkan sistem *surveilans* (termasuk Kesehatan Ibu, Neonatus dan Anak atau KINA) dapat berjalan dengan baik, pemda diharapkan mempunyai *ownership* yang lebih besar termasuk untuk responnya, dan diharapkan pula respon bersifat lintas sektor sehingga

program pencegahan dapat lebih efektif. Dengan demikian, akan terjadi suatu proses untuk meningkatkan efektivitas program KINA pusat dalam memperbaiki indikator KIA dalam MDGs.

Pembahasan

Pembahasan dilakukan dalam dua konteks: (1) pemerintah pusat; dan (2) desentralisasi.

Perspektif pemerintah pusat

Hasil penelitian di Propinsi NAD dan Kota Yogyakarta mendapat tanggapan dari DitJen P2PL²⁵. Ada banyak faktor yang sudah disadari menghambat pelaksanaan *surveilans* epidemiologi di lapangan. Pertama adalah tenaga *surveilans* epidemiologi belum optimal: *supply* dan pendistribusian tidak sesuai dengan kebutuhan. Beberapa dinas kesehatan di daerah masih banyak ditemukan SDM yang ada di dinas kesehatan dalam penempatan jabatan tidak sesuai dengan bidangnya. Pembinaan dan pengembangan karier tidak baik, sehingga diperlukan pelatihan-pelatihan untuk meningkatkan kemampuan dan pengetahuan petugas *surveilans* di lapangan. Beberapa dinas kesehatan di daerah untuk sistem intensif tidak jelas, terbatasnya jumlah tenaga kesehatan, terbatasnya kemampuan dan distribusi tenaga kesehatan tidak merata. Jabatan fungsional epidemiolog untuk petugas di lapangan tidak ada stafnya. Keputusan Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara (Kepmenpan) No.17/KEP/M.PAN/11/2000 sudah jelas diatur mengenai jabatan

²⁵ Kandun N. (2007). Sistem Surveilans Nasional Pasca PP No.38/2007 & 41/2007; disampaikan pada Semiloka Pengembangan Sistem Surveilans Pasca PP No.38/2007 dan PP No.41/2007 Jakarta. Tanggal 26 Oktober 2007.

fungsional untuk pelaksana kegiatan *surveilans* epidemiologi di lapangan.

Kedua, sarana pendukung *surveilans* epidemiologi di kabupaten/kota masih kurang. Sarana pendukung antara lain penggunaan teknologi informasi (fasilitas internet, *software*, form pencatatan dan pelaporan). Permasalahan yang dihadapi dalam sarana adalah sistem dan mekanisme pengadaan yang tidak terintegrasi kecukupan dan kelengkapannya; manajemen untuk penggunaan dan pemeliharaan; kemampuan tenaga pengelola dan pelaksana, serta pembinaan dan pengembangan. Pengadaan sarana dan prasarana yang tidak didukung dengan faktor SDM yang ada terkesan sia-sia. Dalam mengupayakan sarana dan prasarana perlu dipikirkan kelanjutan dari operasionalnya sarana dan prasarana yang ada agar pelaksanaan program dapat berjalan secara terus-menerus.

Ketiga, proses kegiatan *surveilans* epidemiologi belum optimal. Kurang optimalnya proses pelaksanaan kegiatan *surveilans* terkait beberapa permasalahan yang dihadapi antara lain: kegiatan dan mobilisasi sumber daya yang tidak terintegrasi; kegiatan yang dilakukan cenderung *surveilans* epidemiologi pasif; dan kegiatan pembinaan teknis dan *monitoring* evaluasi yang tidak berorientasi hasil. Perilaku petugas di lapangan yang belum menunjukkan etos kerja yang maksimal. Hal ini perlu motivasi untuk petugas di lapangan dan perubahan perilaku dan budaya kerja petugas di lapangan.

Keempat, produk keluaran *surveilans* epidemiologi belum ada atau belum dimanfaatkan. Permasalahan yang dihadapi adalah dalam keadaan rutin sistem kewaspadaan dini sebagai keluaran produk

surveilans epidemiologi belum adekuat untuk pencegahan dan penanggulangan KLB/wabah. Suplai data kurang dan tidak *real time*. Beberapa daerah belum memperlihatkan *output* sistem *surveilans* yang sesuai dengan standar Departemen Kesehatan RI. Sosialisasi mengenai peran dan fungsi *surveilans* terhadap pengambil kebijakan di internal dinas kesehatan dan internal pemda sangat diperlukan.

Kurang dipahaminya arti *surveilans* dan manfaat data yang dihasilkan sistem *surveilans* bagi petugas *surveilans* sendiri dan pengambil kebijakan berdampak pada tidak dimanfaatkannya data-data *surveilans*, sehingga kebijakan selama ini didasarkan pada asumsi-asumsi yang ada saja. Di samping manfaat dari *surveilans* perlu juga dibenahi pada sistem pengumpulan datanya. Pengumpulan data yang selama ini terjadi dirasa validitasnya sangat lemah. Hal ini diyakinkan dengan terjadinya perbedaan data yang ada di dinas kesehatan meski sumber data dan instansi pelaporannya sama.

Kelima, proses kegiatan *surveilans* belum optimal karena sasaran kegiatan *surveilans* epidemiologi banyak, mulai dari penyakit menular, tidak menular, kesehatan lingkungan dan perilaku, masalah kesehatan, kesehatan mata, sampai ke *surveilans* untuk *public health emergency of international concern*. Permasalahan yang dihadapi adalah sasaran kegiatan *surveilans* epidemiologi tidak fokus sesuai dengan kebutuhan. Sistem pencatatan dan pelaporan yang terlalu banyak dan tidak terintegrasi. Proses penyelenggaraan sistem *surveilans* yang terjadi di lapangan belum menyentuh ke aspek atribut sistem *surveilans* itu sendiri.

Sistem *surveilans* yang baik seharusnya sesuai dengan atribut-atribut sistem *surveilans*. Atribut-atribut sistem *surveilans* meliputi²⁶: (1) Kesederhanaan (kesederhanaan dalam struktur dan kemudahan pengoperasionalnya, sistem *surveilans* sebaiknya dirancang sesederhana mungkin, namun masih dapat mencapai tujuan yang diinginkan); (2) Fleksibilitas. Sistem *surveilans* dapat menyesuaikan dengan perubahan informasi yang dibutuhkan atau situasi pelaksanaan tanpa disertai peningkatan yang berarti akan kebutuhan biaya, dana, waktu dan tenaga; (3) Akseptabilitas, mencakup kemauan seseorang yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan sistem *surveilans* untuk menyediakan data yang akurat, konsisten, lengkap, dan tepat waktu; (4) Sensitivitas. Sensitivitas sistem *surveilans* dapat dilihat pada dua tingkat yaitu pada tingkat pengumpulan data dan proporsi kasus dari suatu penyakit atau masalah kesehatan yang dideteksi oleh sistem *surveilans*; (5) Nilai prediktif positif merupakan proporsi dari populasi yang diidentifikasi sebagai kasus oleh suatu sistem *surveilans* dan kenyataannya memang kasus; (6) Kerepresentatifan. Suatu sistem *surveilans* yang representatif akan menggambarkan secara akurat kejadian suatu peristiwa kesehatan dalam periode waktu tertentu, distribusi peristiwa tersebut dalam masyarakat menurut tempat dan orang, kerepresentatifan dinilai dengan membandingkan karakteristik dari kejadian-kejadian yang dilaporkan dengan semua kejadian yang ada; dan (7) Ketepatan waktu yang menggambarkan kecepatan atau keterlambatan di antara langkah-langkah dalam suatu

²⁶ Departemen Kesehatan RI., (1997), Pedoman untuk menilai sistem *surveilans*, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Jakarta.

sistem *surveilans* dan waktu yang diperlukan untuk mengidentifikasi tren, KLB atau hasil dari tindakan penanggulangan, serta adanya informasi mengenai upaya penanggulangan penyakit baik dalam hal tindakan penanggulangan yang segera dilakukan maupun rencana jangka panjang dari upaya pencegahan.

Keenam, anggaran pembiayaan untuk mendukung pelaksanaan kegiatan *surveilans*. Anggaran yang digunakan untuk pelaksanaan kegiatan *surveilans* menggunakan sistem penganggaran Permendagri No.13/2006. Pada sistem penganggaran ini berbasis kinerja sehingga dalam setiap aktivitas kegiatan *surveilans* (pengumpulan data, analisis data dan interpretasi data, *feedback* dan diseminasi serta penyidikan kejadian luar biasa dan penanggulangannya) didapatkan pos anggaran. Di samping anggaran dari sisi operasional juga dipikirkan anggaran dari sisi jenis anggaran investasi dan pemeliharaan. Sumber pembiayaan dapat berasal dari anggaran APBN, APBD, PHLN, dan lain-lain. Untuk sistem pengelolaan anggaran: pusat dengan APBN, propinsi dengan dekonsentrasi dan APBD; kabupaten kota: DAK tugas pembantuan dan APBD kabupaten/kota. Permasalahan yang dihadapi di lapangan antara lain: proporsi anggaran yang ada tidak sesuai atau tidak mencukupi. Anggaran yang diajukan cenderung untuk investasi, bukan operasional untuk mendukung kegiatan secara langsung. Mobilisasi anggaran bersumber pada APBN dibatasi oleh regulasi yang ada. Sumber daya anggaran yang ada ternyata belum terintegrasi antara satu dengan yang lainnya.

Kesimpulan akhir adalah kegiatan *surveilans* epidemiologi belum dapat optimal akibat kelemahan sumber daya yang dimiliki serta proses pelaksanaannya.

Konteks desentralisasi

Situasi yang ada di *surveilans* ini menimbulkan pertanyaan besar mengenai mengapa keadaan ini dapat terjadi? Secara teknis, kegiatan *surveilans* epidemiologi sudah jelas. *Surveilans* merupakan kegiatan yang bersifat global dan Indonesia harus mengikuti *International Health Regulation*²⁷ untuk *surveilans*. Secara hukum dasar kegiatan *surveilans* sudah sangat kuat karena mengacu pada UU No.4/1984 tentang Wabah Penyakit Menular; Kepmenkes No.1116/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem *Surveilans* Epidemiologi Kesehatan; dan Kepmenkes No.1479/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem *Surveilans* Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular.

Di samping itu pada awal tahun 2000-an, Departemen Kesehatan melakukan proyek ICDC yang salah satu kegiatannya adalah penguatan *surveilans*. Proyek sangat besar ini menghasilkan berbagai hal baik termasuk *surveilans* dengan pembentukan PEST dan DEST. Namun setelah proyek selesai, kegiatannya praktis tidak berjalan lagi di propinsi-propinsi proyek secara maksimal, kecuali di Propinsi Sulawesi Tengah yang terus melakukan dengan dukungan dana dari proyek lain seperti DHS.

²⁷ Indonesia harus menyiapkan *National Focal Point* (NFP) untuk *International Health Regulation* 2005 (IHR-2005) dan Kajian Hukum IHR-2005

Dipandang dari sudut desentralisasi dan hukum perundangan memang menarik. Dasar hukumnya adalah undang-undang dan langsung kedua Kepmenkes (Kepmenkes No.1479/Menkes/SK/X/2003 dan Kepmenkes No.1116/Menkes/SK/VIII/2003). Dari hasil pelatihan mengenai *surveilans* KIA oleh Proyek DHS-1 di Yogyakarta pada awal tahun 2007, pengamatan menunjukkan sebagian besar peserta tidak mengetahui adanya dan isi kedua Kepmenkes tersebut. Mengapa demikian? Kepmenkes yang menjadi petunjuk teknis operasional dari departemen menjadi sebuah tindakan nyata di lapangan ternyata tidak dikenal. Ada pendapat dari salah satu peserta daerah menyatakan bahwa “Kepmenkes tidak berlaku di era desentralisasi, jadi kami tidak bisa memakainya”.

Pendapat ini menarik karena menunjukkan adanya masalah dalam sosialisasi kebijakan nasional yang bersifat teknis dalam wujud Kepmenkes. Dalam hal ini memang ada masalah besar yang timbul. Ada kemungkinan pemda merasa bahwa urusan *surveilans* adalah urusan pemerintah pusat, sehingga pemda tidak memprioritaskan program *surveilans* dan menganggap *surveilans* tidak terlalu penting. Persepsi pemda seperti ini yang menjadikan alokasi anggaran untuk pelaksanaan kegiatan *surveilans* sangat rendah.

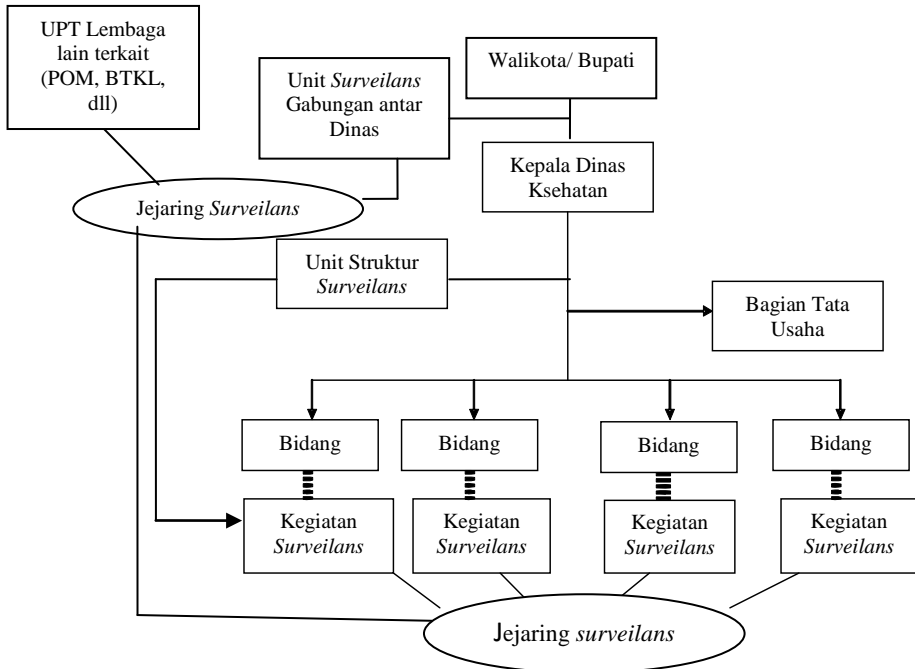
Adanya undang-undang dan dua Kepmenkes tanpa ada perda yang memayungi merupakan bukti bahwa dasar hukumnya lebih banyak pada aturan nasional. Peraturan-peraturan yang ada di pusat belum tersosialisasikan sampai ke daerah (seperti peraturan Kepmenkes No.1479/Menkes/SK/X/2003 dan Kepmenkes No.1116/Menkes/SK/VIII/2003). Di samping peraturan yang ada di

pusat diperlukan juga perda yang mengikat pelaksana kegiatan *surveilans*. Perlunya perda ini terkait dengan kemajemukan yang terjadi antara daerah satu dengan daerah yang lainnya.

Dari sudut anggaran juga terlihat bahwa alokasi anggaran pemda untuk pelaksanaan kegiatan *surveilans* sangat rendah. Keadaan ini terkait dengan belum disadarinya arti dan manfaat data yang dihasilkan dari sistem *surveilans*. Jika pelaksana *surveilans* dapat meyakinkan pemda akan penting dan manfaatnya sistem *surveilans*, serta pelaksanaan *surveilans* yang benar dapat mendeteksi terjadinya KLB, sehingga KLB cepat ditanggulangi dan kerugian penderitaan masyarakat dapat dihindari. Tidak berjalannya PEST dan DEST setelah proyek ICDC selesai juga karena tidak ada komitmen pemda untuk membiayai *surveilans*. Sementara itu, pemerintah pusat khususnya Ditjen P2PL memberikan alokasi dana yang cukup besar untuk kegiatan *surveilans* termasuk di daerah melalui Balai Teknik Kesehatan Lingkungan (BTKL) Departemen Kesehatan.

Jika dicermati, isi Kepmenkes menekankan mengenai keaktifan daerah dalam melakukan *surveilans*. Di dalam Kepmenkes tersebut dijabarkan bahwa tujuan dibentuknya sistem *surveilans* epidemiologi adalah tersedianya data dan informasi epidemiologi sebagai dasar manajemen kesehatan untuk pengambilan keputusan dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi program kesehatan dan peningkatan kewaspadaan serta respon kejadian luar biasa yang cepat dan tepat secara nasional, propinsi dan kabupaten/kota dalam Menuju Indonesia Sehat 2010. Namun, penyelenggaraan sistem *surveilans* epidemiologi masalah kesehatan

belum didukung advokasi, peraturan perundang-undangan, sarana dan anggaran di pemda.

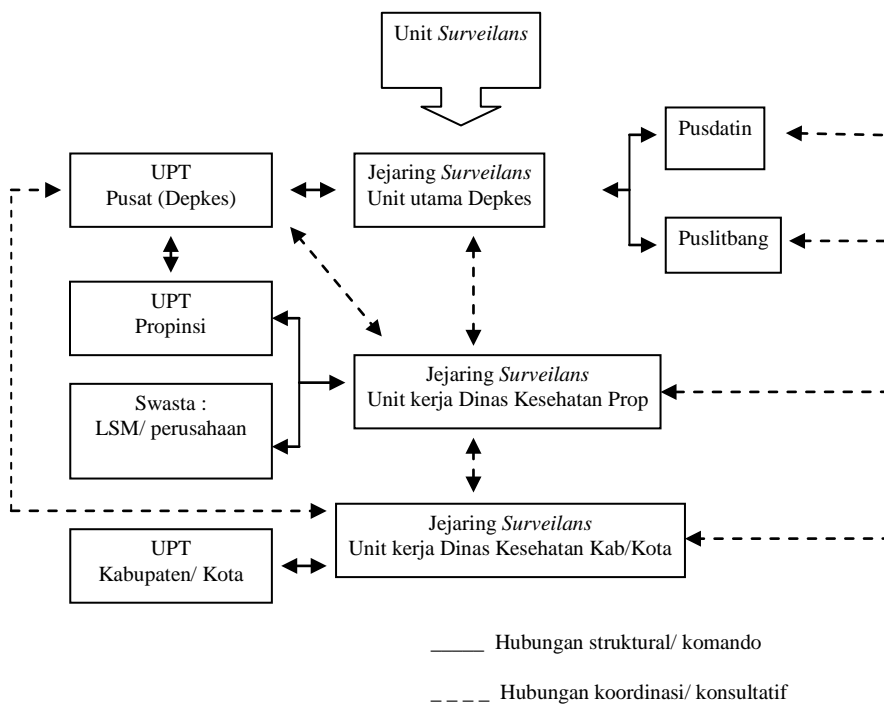


Gambar 1.3.1 Kedudukan Unit Struktural *Surveilans* dalam Struktur Organisasi di Dinas Kesehatan

Dukungan regulasi daerah yang tidak mantap menyebabkan tidak berjalannya Kepmenkes No.1116/Menkes/SK/2003²⁸ tentang perlunya membentuk jejaring *surveilans* epidemiologi antara unit-unit *surveilans* dengan sumber data, antara unit-unit *surveilans* dengan pusat penelitian dan kajian, program intervensi kesehatan dan unit *surveilans* lainnya. Di dalam Kepmenkes tersebut di dinas kesehatan

²⁸ Departemen Kesehatan RI, (2004) Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1116/MENKES/SK/VIII/2003: Tentang Penyelenggaraan Sistem *Surveilans* Epidemiologi Kesehatan, Dirjen Pemberantasan Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta.

diharapkan ada unit untuk pelaksanaan *surveilans*, bahkan disebutkan sampai ke level UPT dinas.



Gambar 1.3.2 Jejaring *Surveilans* Epidemiologi Kesehatan dengan Pemerintah Pusat

Dalam konteks sistem data ke pusat Kepmenkes belum berjalan. Dalam Kepmenkes tergambar skema jejaring sistem *surveilans* epidemiologi kesehatan di antara unit-unit utama di Departemen Kesehatan, UPT di Departemen Kesehatan sampai kepada UPT di kabupaten/kota. Unit *surveilans* yang dimaksudkan dalam skema di atas adalah suatu unit atau sekelompok orang pada suatu lembaga pemerintah atau swasta yang bertanggung jawab dalam penyelenggaraan *surveilans* terpadu pada lembaga yang dimaksud.

Masing-masing unit *surveilans* mempunyai peran khusus dalam penyelenggaraan *surveilans* masalah kesehatan yang selanjutnya peran tersebut diformulasikan sebagai kegiatan teknis *surveilans* masing-masing program. Kegiatan teknis *surveilans* ini saling mempengaruhi antara satu program dengan yang lainnya di dalam jejaring *surveilans*.

Kenyataan pelaksanaan sistem *surveilans* memang masih jauh dari ideal (standar Departemen Kesehatan RI). Idealnya sistem *surveilans* yang ada di dinas kesehatan tidak bernaung di salah satu bidang melainkan terintegrasi di antara bidang-bidang di dinas kesehatan. *Surveilans* yang ada tidak hanya *surveilans* penyakit tetapi di bidang lain terdapat juga *surveilans* gizi buruk, *surveilans* KIA.

Beranjak dari permasalahan ini perlu dikembangkan jejaring unit *surveilans* di masing-masing bidang, sehingga terjalin sinergisme kerja sama antar bidang dalam pelaksanaan kegiatan *surveilans*. Suatu sistem *surveilans* epidemiologi perlu dibentuk jejaring *surveilans* epidemiologi yang terdiri dari:

1. Jaringan kerja sama antara unit-unit *surveilans* dengan penyelenggara pelayanan kesehatan, laboratorium dan unit penunjang lainnya.
2. Jaringan kerja sama unit-unit *surveilans* epidemiologi dengan pusat-pusat penelitian dan kajian, program intervensi kesehatan dan unit-unit *surveilans* lainnya.
3. Jaringan kerja sama unit-unit *surveilans* epidemiologi antara kabupaten/kota, propinsi dan nasional.
4. Jaringan kerja sama unit *surveilans* dengan berbagai sektor terkait nasional, bilateral negara, regional, dan internasional.

Bagaimana ke depannya?

Kehadiran PP No.38/2007 yang salah satu isinya mengatur mengenai wewenang pemerintah pusat dan daerah dalam pengelolaan dan penyelenggaraan sistem *surveilans*. Kehadiran PP No.38/2007 menjadi jembatan yang baik mengenai pengelolaan dan penyelenggaraan sistem *surveilans* karena dapat meneguhkan standar dan uniformitas sistem *surveilans* baik di tingkat pusat maupun daerah, menegaskan implementasi *surveilans* di era desentralisasi, memperhatikan kondisi spesifik lokal, dan dapat meningkatkan *compliance* dalam sistem *surveilans*.

WHO²⁹ mengajukan beberapa rekomendasi: integrasikan beberapa *surveilans* penyakit khusus; bentuk badan koordinasi kegiatan *surveilans* di tingkat pusat dan propinsi; kaji ulang penyakit-penyakit prioritas, melibatkan klinisi, ahli mikrobiologi dan epidemiologi; membagi peran *surveilans* dalam sistem informasi kesehatan nasional dengan semua pihak yang berkepentingan; mengembangkan peranan laboratorium dalam *surveilans*; mengembangkan umpan balik dan supervisi efektif; implementasikan rencana kesiapan respon terhadap wabah di semua tingkat pelayanan; serta mengimplementasikan pelatihan berkesinambungan.

Adanya rekomendasi dari WHO perlu ditindaklanjuti dan direspon guna perbaikan sistem *surveilans* yang ada di lapangan. Dirasakan kurang pentingnya program *surveilans* sehingga rekomendasi yang ada tidak dilanjutkan dengan implementasi-

²⁹ WHO (2004). WHO *Comprehensive Assessment of the National Disease Surveilans in Indonesia*.

implementasi baik di pusat maupun di daerah. Tindak lanjut yang dilaksanakan dapat berupa perbaikan sistem pencatatan dan pelaporan baik di level puskesmas maupun dinas kesehatan, penggalangan komitmen untuk penda menyediakan anggaran pelaksanaan sistem *surveilans*, penyediaan dana sewaktu-waktu jika terjadi kejadian luar biasa, dan perbaikan sistem organisasi *surveilans*.

Peran sistem *surveilans* untuk deteksi dini KLB seharusnya perlu ditingkatkan sehingga peran sebagai respon sistem dapat bekerja dengan baik. Pada pelaksanaan sistem *surveilans*-respon, sistem tidak berjalan dengan baik. Dalam konteks desentralisasi, kegiatan *surveilans* merupakan kegiatan bersama antara pemerintah pusat dan daerah. Namun sistem *surveilans* memang sistem yang dirancang terpusat.

Isu-isu penting dalam pengembangan *surveilans* di masa mendatang adalah dasar akademik yang mantap dan sebaiknya *surveilans* harus terkait dengan respon; dukungan sistem informatika, tersedianya penganggaran *surveilans* dari berbagai sumber; dukungan regulasi, dan adanya perbaikan struktur organisasi *surveilans* di daerah dan pusat.

Penggunaan prinsip *surveilans*-respon

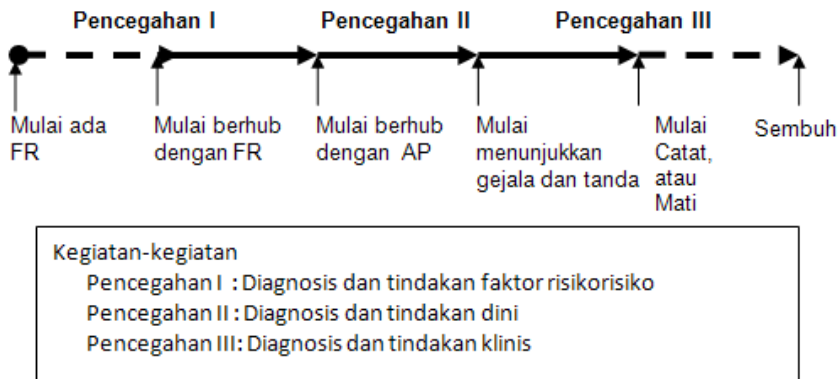
Salah satu hal penting dalam masa depan *surveilans* adalah penggunaan prinsip *surveilans* yang dihubungkan dengan respon. Berdasarkan analisis situasi saat ini, sebagai salah satu hal penting dalam pengembangan *surveilans*, perlu ditegaskan bahwa *surveilans* bukan hanya urusan kelompok yang mengurus penyakit menular.

Surveilans tidak terbatas pada tugas epidemiolog, namun juga menjadi tugas para manajer dan pengambil keputusan untuk melaksanakan. Kesan ini muncul karena di Indonesia *surveilans* secara tradisi berada pada DirJen P2M dan Seksi P2 di dinas kesehatan. Hal ini perlu diperbaiki. Bagian ini akan membahas secara rinci dengan dasar pemahaman mengenai perjalanan alamiah penyakit. Dipandang dari sudut pemberian pelayanan kesehatan ada dua macam pelayanan kesehatan, yaitu Pelayanan Kesehatan Perorangan (PKP) dan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (PKM). PKP terdiri dari kegiatan mendiagnosis status kesehatan seseorang dan melakukan tindakan yang sesuai dengan memperbaiki status kesehatan orang tersebut. Tindakan sesuai sebagai respon terhadap *surveilans* ini juga diawasi dengan ketat pemberiannya.

Seperti yang digambarkan pada diagram perjalanan alamiah penyakit di bawah ini ada beberapa kemungkinan diagnosis status kesehatan seseorang:

1. Belum berhubungan dengan faktor risiko (= faktor yang meningkatkan pemaparan atau kerentanan penjamu terhadap agen penyakit),
2. Sudah berhubungan dengan faktor risiko tetapi belum berhubungan dengan agen penyakit,
3. Sudah berhubungan dengan agen penyakit tetapi belum menunjukkan tanda dan gejala penyakit,
4. Sudah menunjukkan tanda dan gejala klinis dari penyakit yang bersangkutan, dan

5. Akhir dari perjalanan penyakit berupa kesembuhan, kecacatan atau kematian. Kecacatan yang bisa direhabilitasi dapat juga berakhir dengan kesembuhan.



Gambar 1.3.3 Perjalanan Alamiah Penyakit

Titik-titik status kesehatan pada Gambar 1.3.3 diawali dengan kata "mulai" karena status kesehatan yang dapat dideteksi petugas kesehatan tergantung pada saat seseorang menemui petugas kesehatan, kemampuan petugas mendeteksi status kesehatan dan kemampuan teknologi pendeteksian kasus. Makin awal diagnosis dapat dibuat di salah satu tahap perjalanan makin awal tindakan dapat diberikan untuk mencegah perkembangan penyakit ke tahap berikutnya. Keadaan "gawat" terjadi bila status kesehatan seseorang berada dekat dengan bagian akhir dari suatu tahap perjalanan penyakit.

Diagnosis status kesehatan masyarakat untuk suatu penyakit pada PKM dibuat berdasarkan kumpulan (agregat) data diagnosis status kesehatan perorangan pada PKP. Menurut undang-undang, petugas kesehatan yang memberikan pelayanan PKP wajib

melaporkan status kesehatan perorangan yang berkaitan dengan penyakit-penyakit tertentu kepada dinas kesehatan kabupaten/ota, untuk membedakan dengan dinas kesehatan propinsi). Seksi *surveilans* atau UPS dinas kesehatan kemudian meringkas data ini menjadi angka peringkasan (misalnya rerata, angka rata-rata) dan gambar peringkasan (misalnya peta tunjuk, gambar batang). Kegiatan mengumpulkan, menganalisis dan menafsirkan kumpulan data status kesehatan perorangan yang wajib dilaporkan petugas kesehatan ini dinamakan *surveilans* pasif.

Angka dan gambar peringkasan ini menunjukkan diagnosis status kesehatan masyarakat. Diagnosis status kesehatan masyarakat untuk penyakit-penyakit tidak menular juga bisa dibuat berdasarkan data sekunder dari instansi-instansi lain (misalnya: rumahsakit, biro statistik, laboratorium, apotek).

Seperti pada PKP status kesehatan masyarakat juga ada yang "gawat", yaitu yang berkaitan dengan penyakit-penyakit prioritas, dan juga bisa "darurat", yaitu jika status-status kesehatan penyakit prioritas tersebut memburuk dengan mencolok pada saat-saat tertentu, di tempat-tempat tertentu atau pada kelompok-kelompok masyarakat tertentu. Untuk menangani penyakit-penyakit prioritas dinas kesehatan mengadakan *surveilans* aktif, yang terdiri dari kegiatan-kegiatan:

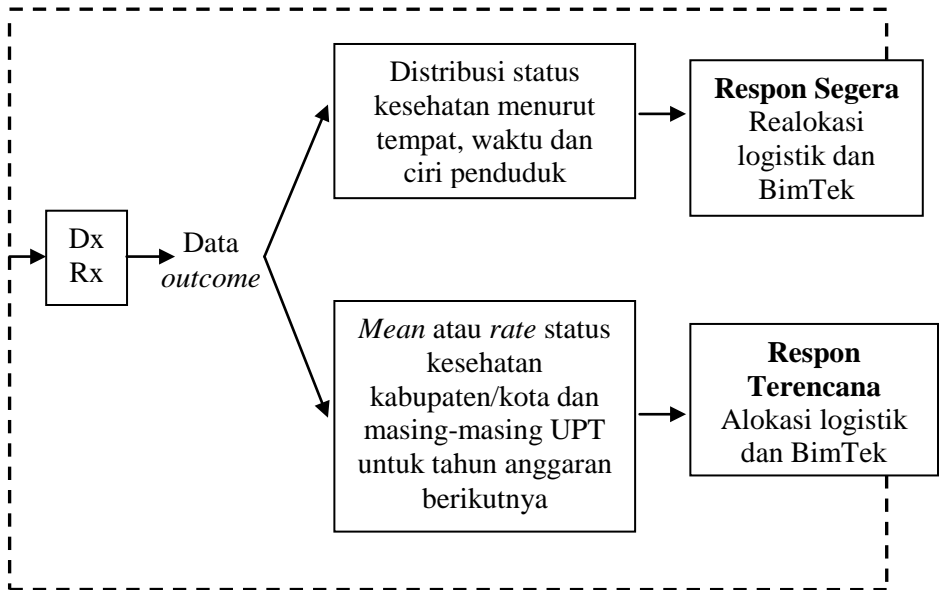
1. Mengkoordinasi petugas-petugas kesehatan PKP untuk mengumpulkan data status kesehatan yang berkaitan dengan penyakit-penyakit prioritas,
2. Mengkonfirmasi kasus-kasus (orang-orang dengan status kesehatan tersebut) yang dideteksi petugas kesehatan,

3. Menganalisis dan menafsirkan data status kesehatan,
4. Mengadakan respon terencana untuk mencegah memburuknya status-status kesehatan yang terkait dengan penyakit-penyakit prioritas tersebut di wilayah kerjanya, dan
5. Mengkoordinasi respon segera jika keadaannya "darurat".

Selain berdasarkan data *surveilans* pasif, German dkk³⁰ menyebutkan parameter-parameter lain untuk menetapkan penyakit-penyakit prioritas/gawat, antara lain: indeks-indeks berat/ringan penyakit (misalnya: jumlah hari tidak bisa bangun dari tempat tidur, angka rawat inap); kesenjangan atau ketidakadilan yang terkait dengan kejadian penyakit; biaya-biaya yang terkait dengan kejadian penyakit; dapat tidaknya dicegah; potensi perjalanan penyakit jika tidak diintervensi (misalnya: vaksinasi TB), dan keprihatinan masyarakat.

Antara PKP dan PKM selain ada kesamaan (antara lain: *surveilans* dilakukan pada keadaan "gawat") mereka juga saling berhubungan, karena respon pada PKM juga terdiri dari kegiatan mendiagnosis dan memberi tindakan kepada perorangan-perorangan anggota masyarakat.

³⁰ German R.R. dkk. (2001). Update Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems. Available: <http://www.cdc.gov/search.htm> Diakses pada 1 Desember 2007



Gambar 1.3.4 Hubungan PKP dan PKM

Perbedaannya, pada PKM, dinas kesehatan mengalokasi/merealokasi sumber daya dan melakukan bimbingan teknis kepada instansi-instansi dan petugas-petugas yang memberikan PKP (swasta dan pemerintah) untuk penyakit-penyakit prioritas. Selain itu, dinas kesehatan mengkoordinasi petugas-petugas PKP supaya memberi pelayanan kesehatan pada semua tahap perjalanan alamiah penyakit.

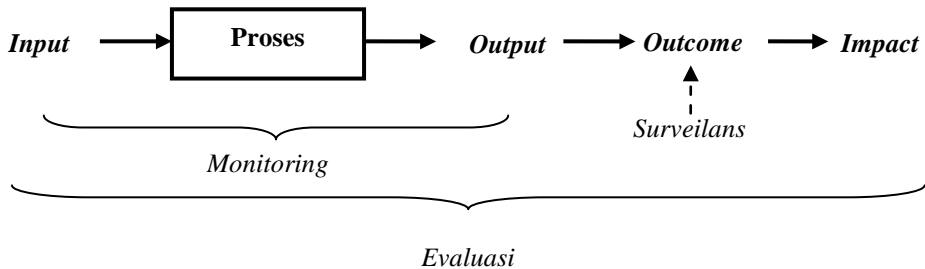
Surveilans kesehatan masyarakat

Definisi *surveilans* kesehatan masyarakat yang praktis ialah definisi dari Thracker & Berkelman (McNabb, dkk., 2002)³¹ adalah pengumpulan, analisis, dan penafsiran data *outcome specific* secara terus-menerus dan sistematis untuk perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi praktik kesehatan masyarakat. Konsekuensi dari penggunaan definisi ini ialah: pemahaman data *outcome-specific* = data status kesehatan masyarakat.

Outcome yang spesifik dari suatu penyakit atau dari tindakan, adalah “semua akibat yang mungkin timbul dari pemaparan terhadap suatu faktor penyebab atau dari intervensi pencegahan atau pengobatan; semua perubahan yang teridentifikasi dalam status kesehatan yang timbul sebagai akibat dari penanganan suatu masalah kesehatan”.

Jika “penanganan suatu masalah kesehatan” atau “praktik kesehatan masyarakat” dengan/tanpa “intervensi-intervensi pencegahan atau pengobatan” digambarkan sebagai suatu sistem akan terlihat sisi pemberian PKM oleh dinas kesehatan (berupa *input*, proses dan *output*) dan sisi penerimaan PKM oleh masyarakat (berupa *outcome* dan *impact* yang dialami). Pada bagan di bawah ini dapat diperlihatkan perbedaan antara *monitoring*, *surveilans* dan evaluasi.

³¹ McNabb, S., dkk. (2002), *Conceptual Framework of Public Health Surveillance and Action and Its Application in Health Sector Reform*. Available: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/2/2>, Diakses pada 1 Desember 2007.



Gambar 1.3.5 *Monitoring, Evaluasi Program dan Surveilans Kesehatan*

Pengumpulan, analisis dan penafsiran data secara terus-menerus dan sistematis hanya dapat dilakukan di sarana pemberian pelayanan kesehatan (rumahsakit, puskesmas, tempat praktik swasta, dan sebagainya) yang dilayani oleh petugas kesehatan yang mampu mengumpulkan data secara sistematis (dengan metode yang baku) dan di dinas kesehatan yang mempunyai unit yang mampu menganalisis dan menafsir data tersebut.

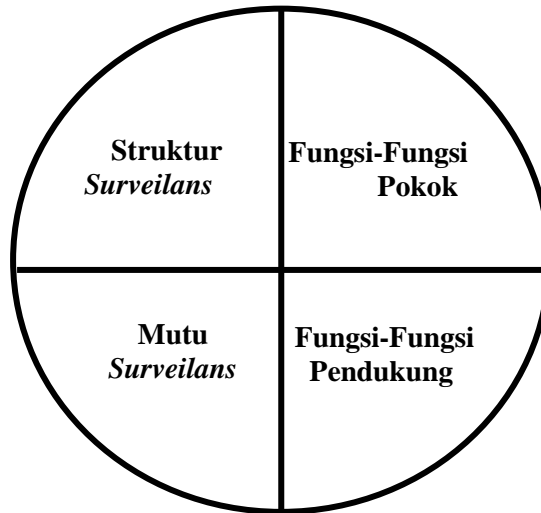
Surveilans kesehatan masyarakat hanya berguna jika dikaitkan dengan respon, membentuk sistem-sistem *Surveilans*-respon (Sistem S-R) atau program-program pengendalian penyakit-penyakit prioritas, masing-masing untuk mengendalikan suatu penyakit prioritas spesifik.

Pemahaman mengenai *surveilans* ini dapat dibahas dari Kepmenkes No.1116/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem *Surveilans* Epidemiologi Kesehatan dan Kepmenkes No.1479/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem *Surveilans* Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular Terpadu.

Surveilans epidemiologi adalah: "...kegiatan analisis secara sistematis dan terus-menerus terhadap penyakit atau masalah-masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah-masalah kesehatan tersebut, agar dapat melakukan penanggulangan secara efektif dan efisien melalui proses pengumpulan data, pengolahan dan penyebaran informasi epidemiologi kepada penyelenggara program kesehatan”.

Walaupun tidak secara nyata menggunakan istilah data *outcome specific* informasi epidemiologi yang disebarkan kepada penyelenggara program kesehatan pasti merupakan informasi tentang distribusi frekuensi dari kasus yang didiagnosis berfaktor risiko, kasus yang didiagnosis dini atau kasus yang didiagnosis klinis. Untuk membuat rencana tahunan penyelenggara program juga memerlukan *mean* atau *rate* dari kasus-kasus tersebut. Informasi tentang hubungan sebab-akibat dengan faktor risiko, agen penyakit atau intervensi tidak akan termasuk di dalam kegiatan analisis yang terus-menerus karena dilakukan secara sistematis dan terus-menerus data *surveilans* kesehatan masyarakat selalu dikumpulkan oleh petugas kesehatan yang mampu mendiagnosis di sarana kesehatan (*facility based*) dan dianalisis oleh petugas kesehatan yang mampu menganalisis data di dinas kesehatan.

Menurut WHO (2004) sistem *surveilans* dan respon lebih dari sekedar jejaring/kemitraan dan aliran data antara tingkat-tingkat administratif. Kerangka konsep yang lengkap dari Sistem S-R ini adalah sebagai berikut:



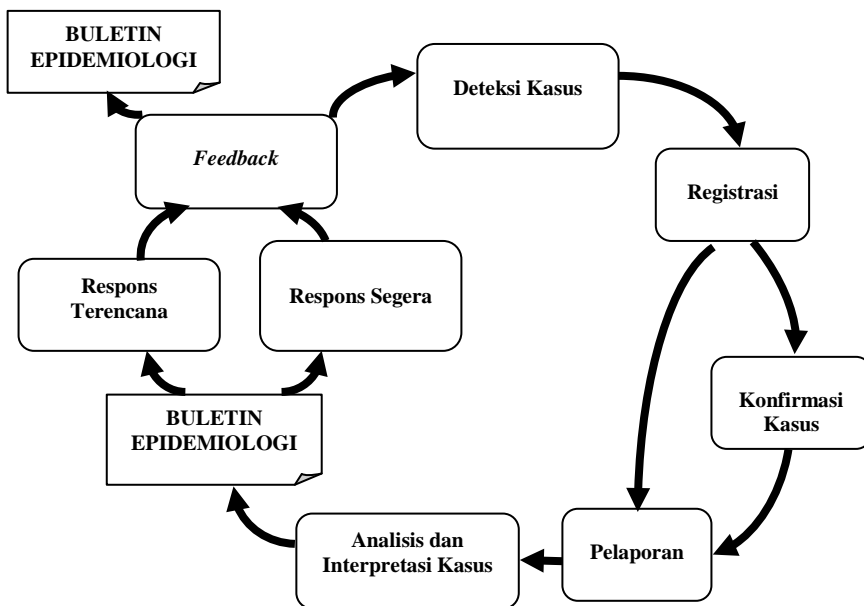
Gambar 1.3.6 Konsep Sistem *Surveilans*-Respon Menurut WHO

Quadrant (Q) kanan-atas berisi delapan Fungsi Pokok Sistem S-R. McNabb, dkk (2002)³¹ memberi keterangan untuk masing-masing fungsi tersebut sebagai berikut:

1. Deteksi kasus: biasanya dilakukan oleh petugas kesehatan di sarana pelayanan kesehatan.
2. Registrasi: pencatatan di rekam kesehatan masyarakat dan pemberitahuan.
3. Konfirmasi epidemiologis atau/dan laboratoris.
4. Pelaporan: data *surveilans* yang dikumpulkan di sarana pelayanan kesehatan diteruskan ke tingkat-tingkat administratif yang lebih tinggi.

5. Analisis dan interpretasi data di tingkat administratif yang membuat keputusan. Hasil analisis data (berupa angka dan gambar peringkasan) diinterpretasi menjadi info dan dikomunikasikan dalam bentuk pesan-pesan.
6. Kesiapan menghadapi wabah.
7. Respon dan pengendalian.
8. *Feedback*: penyampaian informasi dan pesan-pesan ke tingkat-tingkat administratif yang lebih rendah.

Secara lebih rinci, fungsi-fungsi pokok surveilans dapat dilihat pada Gambar 1.3.7 di bawah ini.



Gambar 1.3.7 Langkah-langkah *Surveilans-Respon*

McNabb dkk. (2002)³¹ mengganti fungsi-fungsi No.6 dan 7 menjadi respon segera dan respon terencana. Penggantian ini cocok untuk sistem *Surveilans*-respon penyakit-penyakit menular maupun yang tidak menular. Respon segera berupa koreksi terhadap program pengendalian penyakit yang sedang berjalan, atau pengadaan program pengendalian penyakit-penyakit yang baru muncul atau muncul kembali. Adapun respon terencana berupa program pengendalian penyakit tahun anggaran berikut. Fungsi-fungsi pokok ini dapat diterapkan sebagai berikut: kasus dideteksi dan data direkam dalam rekam kesehatan masyarakat (kesmas) oleh petugas fungsional (dokter, bidan, perawat, apoteker, petugas kesehatan lingkungan, dan sebagainya) di berbagai unit pelayanan (rumahsakit, puskesmas, pustu, posyandu, polindes, praktik swasta, dan sebagainya); kasus dikonfirmasi secara epidemiologis oleh sistem di lembaga pelayanan, oleh dinas kesehatan atau oleh tim khusus yang dibentuk. Untuk konfirmasi secara laboratoris dinas kesehatan dapat bekerja sama dengan laboratorium yang reliabel. Pelaporan, analisis dan interpretasi, serta *feedback* dilakukan oleh suatu unit khusus (UPS) yang dibentuk oleh dinas kesehatan propinsi, kabupaten/kota, dan Departemen Kesehatan untuk mendukung pelaksanaan fungsi-fungsi pokok. Respon segera dan terencana dilaksanakan oleh UPT yang bersangkutan dan/atau instansi yang lebih tinggi tingkatannya tergantung strategi Sistem S-R yang dipakai.

Q kanan-bawah berisi Fungsi-Fungsi Pendukung Sistem S-R (yaitu: perumusan protap dan petunjuk *surveilans*, pelatihan, supervisi, komunikasi, logistik, dan, koordinasi). Fungsi-fungsi ini

dilaksanakan oleh staf UPS yang juga melaksanakan fungsi-fungsi pokok No.4, 5, dan 8.

Q kiri-bawah memperlihatkan kriteria mutu *surveilans*, yaitu kecepatan, kelengkapan, kegunaan, sensitivitas, spesifisitas, fleksibilitas, kesederhanaan, akseptabilitas, reliabilitas, nilai prediksi positif, dan keterwakilan. Keterangan dari masing-masing kriteria diberikan oleh Klaucke, dkk.³² dan German, dkk.³⁰

Q kiri-atas menunjukkan struktur yang mengatur *surveilans*, yaitu perundang-undangan, legislasi dan peraturan-peraturan; *International Health Regulations* (IHR); strategi *surveilans*; aliran data antar tingkat administratif; jejaring dan kemitraan.

Merancang sistem *surveilans*-respon

Ada tiga langkah merancang suatu Sistem S-R yaitu: (1) menetapkan penyakit prioritas berdasarkan kriteria tertentu (misalnya, parameter-parameter yang diusulkan oleh German, dkk.²⁹); (2) mengidentifikasi program pengendalian penyakit tersebut dan variabel-variabel *output*-nya; (3) merumuskan protap yang berisi keterangan tentang siapa dan dimana, kapan, cara dan sumber daya dari setiap fungsi pokok *surveilans*. Dalam Sistem S-R ini perlu untuk merumuskan *Plan of Action* (PoA) UPS Sistem S-R yang bersangkutan, yaitu: tetapkan kriteria mutu *surveilans* yang ingin dicapai; susun strategi (upaya merealisasi) Sistem S-R tersebut; dan,

³² Klaucke, D.N., dkk. (1988). Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems. Diperoleh dari: <http://www.cdc.gov/search.htm>, Diakses pada 1 Desember 2007.

buat rencana (lengkap dengan anggaran) pelaksanaan Sistem S-R tersebut.

Dalam menjalankan *surveilans-respon* ini perlu dukungan dari sebuah unit pendukung. UPS respon yang efektif diharapkan dapat membantu sistem-sistem S-R untuk memenuhi kriteria mutu dan mematuhi struktur yang mengaturnya. Sistem S-R yang bermutu dan sesuai struktur diperlukan untuk keberhasilan pengendalian penyakit. UPS merupakan suatu unit teknostruktur yang mempunyai wewenang memberi saran dan melakukan tugas-tugas khusus untuk unit-unit lini. Sebagaimana unit-unit teknostruktur yang lain (misalnya: unit litbang, unit perencanaan, unit pengembangan SDM), UPS terdiri dari para analis (ahli epidemiologi, biostatistik, metode penelitian, dan lain sebagainya) yang bertugas membuat manual pelaksanaan *surveilans-respon* dan membantu organisasi menyesuaikan dengan lingkungan (perubahan faktor risiko, agen penyakit, penjamu dan teknologi).

Secara keseluruhan, untuk mengembangkan kegiatan *surveilans* di daerah perlu berbagai pengembangan, antara lain sistem informasi kesehatan, tersedianya anggaran, dukungan sistem peraturan hukum.

Pengembangan sistem informasi kesehatan

Sistem *surveilans* dapat berjalan dengan efektif jika didukung dengan sistem informasi. WHO mengkategorikan sistem informatika kesehatan dalam lima subsistem yang saling terkait: *surveilans* epidemiologis (untuk penyakit menular dan tidak menular, kondisi lingkungan dan faktor risiko). Pelaporan rutin dari puskesmas,

rumahsakit, laboratorium kesehatan daerah, gudang farmasi, praktik swasta. Pelaporan program khusus, seperti TB, lepra, malaria, KIA, imunisasi, HIV/AIDS yang biasanya bersifat vertikal. Sistem administratif meliputi sistem pembiayaan, keuangan, sistem kepegawaian, obat dan logistik, program pelatihan, penelitian,, serta pencatatan vital, baik kelahiran, kematian maupun migrasi³³.

Agar pelaksanaan kegiatan *surveilans* dapat berjalan dengan baik diperlukan analisis kebutuhan untuk sistem informasi. Beberapa analisis kebutuhan sistem informasi kaitannya dengan penyelenggaraan sistem *surveilans*.

1. Kebutuhan perangkat keras

Kebutuhan perangkat keras akan sangat tergantung dengan beban aktivitas yang dilakukan serta tingkat kebutuhannya. Komputer-komputer tersebut sebaiknya terhubung dengan jaringan *Local Area Network* (LAN) untuk memudahkan integrasi dan pertukaran informasi. Spesifikasi minimal yang disarankan adalah komputer untuk *server* (*Prosesor Intel* (R) Pentium(R) 4 CPU 3.20GHz atau yang setara, *Cache* 1024 KB, RAM 1 GB RAM, *Harddisk* 80 GB). Komputer untuk *workstation/clients* (*Prosesor Intel Pentium* III keatas, RAM 256 MB, *Harddisk* 40 GB, *Ethernet Network Card* 10/100, *CD Writer*).

2. Kebutuhan perangkat lunak

³³ WHO, (2000), *Design and Implementation of Health Information Sistem*, Geneva.

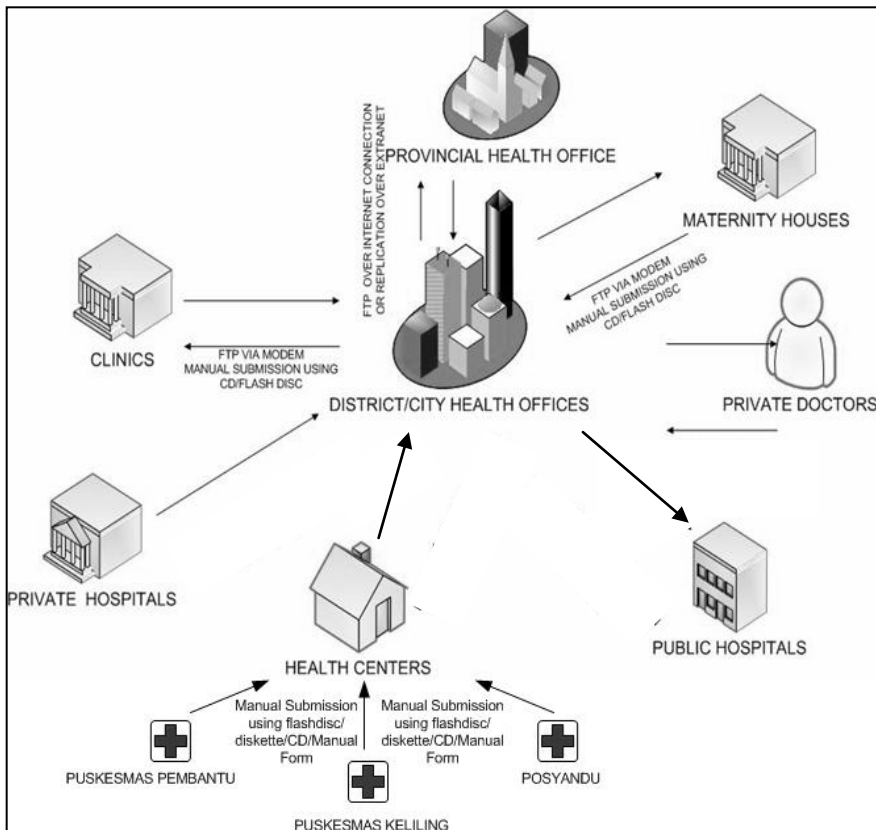
Kebutuhan perangkat lunak bervariasi. Perangkat lunak yang terutama digunakan untuk analisis data dari kegiatan *surveilans* memerlukan perangkat lunak yang didesain mampu melakukan analisis epidemiologi dengan statistik tingkat lanjut. Perangkat lunak yang banyak digunakan dan terbukti handal untuk analisis epidemiologi adalah EpiInfo³⁴. Perangkat lunak ini dikembangkan oleh *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) yang dapat digunakan secara gratis (*public domain*). Perangkat lunak ini sekarang tersedia dalam versi *Windows* dengan tampilan yang *user friendly*. Melalui program ini, kita dapat membuat: kuesioner/formulir elektronik, *entry data*, analisis data (baik statistik deskriptif maupun inferensial, grafik maupun peta), membuat peta (dalam bentuk *shapefile*) serta menghubungkannya dengan *database*, membuat model laporan (*report*) menggunakan *epireport*, kustomisasi menu dalam bentuk aplikasi independen.

Kelebihan lain dari *EpiInfo* adalah menyediakan fasilitas untuk mengedit menu, sehingga dapat menghasilkan program aplikasi untuk tujuan khusus. Di Afrika Selatan, misalnya, *EpiInfo* digunakan untuk *surveilans* TB (*Electronic TB Register*). Untuk aktivitas diseminasi dan *feedback* dari kegiatan *surveilans*, salah satu metodenya adalah dengan mempergunakan buletin epidemiologi. Di samping dalam wujud tercetak, buletin epidemiologi juga dapat diakses secara *online* melalui situs *web*.

³⁴ CDC, (1989), *Current Statistical Issues in Public Health Surveillance*, CDC, Atlanta

3. Jaringan *Local Area Network*

Sistem *surveilans* kedepannya memanfaatkan fasilitas perangkat jaringan LAN. Perangkat yang dibutuhkan untuk fasilitas LAN antara lain: hubungan 16 port 10/100 Mbps, Kabel UTP merk Belden, Konektor UTP *Climping (Tang Connector)*. Secara Diagramatis rencana ke depan mekanisme komunikasi sistem informasi kesehatan terpadu yang mendukung kegiatan *surveilans* dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 1.3.8 Mekanisme Komunikasi Sistem Informasi Kesehatan dalam Penyelenggaraan Sistem *Surveilans*

Tersedianya anggaran

Terlaksananya penyelenggaraan sistem *surveilans* tidak lepas dari sistem penganggaran. Suatu sistem yang berjalan membutuhkan anggaran untuk operasional pelaksanaannya. Sistem penganggaran untuk pelaksanaan kegiatan *surveilans* sebaiknya menggunakan dana dari APBD bagi daerah mampu atau APBN bagi yang tidak mampu. Dalam penyusunan anggaran tidak bisa terlepas dari proses analisis biaya kesehatan yang merupakan acuan penting dalam proses penyusunan anggaran. Suatu anggaran dinas kesehatan harus selalu mengacu pada analisis biaya yang dilakukan. Apabila anggaran yang dibuat tidak mengacu pada suatu kajian analisis biaya maka dipastikan anggaran tersebut akan bersifat bias. Ada kemungkinan antara biaya yang dianggarkan dan realisasinya jauh berbeda atau program atau tindakan maupun aktivitas yang yang direncanakan tidak sesuai dengan realisasinya, dan hal ini berakibat pada indikator pencapaian hasil yang lebih baik tidak akan terwujud dan sesuatu yang menjadi visi pun tidak akan terwujud seperti yang direncanakan semula.

Sistem penganggaran dinas kesehatan ke depannya adalah sistem anggaran berbasis kinerja seperti yang diamanatkan Permendagri No.13/2006³⁵ dan penggantinya. Dalam proses penganggaran kegiatan *surveilans*, hal penting yang harus dilakukan adalah identifikasi aktivitas yang bernilai tambah (*value added activity*) dan pihak yang berkompeten yang perlu dilibatkan.

³⁵ Departemen Dalam Negeri Republik Indonesia.. (2006). Permendagri No 13/2006: Anggaran Berbasis Kinerja. Jakarta.

Dukungan sistem peraturan hukum

Kelancaran pelaksanaan sistem *surveilans* perlu didukung oleh peraturan-peraturan yang mengikat pelaksana kegiatan *surveilans* di lapangan. Dengan peraturan-peraturan daerah diharapkan pelaksanaan *surveilans* akan jauh lebih baik dari pada keadaan sistem *surveilans* sekarang ini. Jika dilihat dari hasil pelaksanaan sistem *surveilans* yang terjadi saat ini, ditemukan beberapa instansi seperti rumahsakit pemerintah/swasta, poliklinik, rumah bersalin, dokter praktik, dan bidan praktik swasta belum melaksanakan kegiatan pelaporan data ke dinas kesehatan. Berawal dari permasalahan-permasalahan seperti ini maka pelaksanaan sistem *surveilans* perlu didukung dengan sistem peraturan, misal perizinan. Untuk mengikat instansi-instansi pelayanan kesehatan agar bersedia memberi laporan data ke dinas kesehatan perlu adanya peraturan daerah atau peraturan gubernur/bupati/walikota yang mewajibkan instansi pelayanan kesehatan memberi laporan berkala ke dinas kesehatan di wilayah kerjanya. Di samping itu, perlu sanksi yang tegas terhadap tenaga atau lembaga pelayanan kesehatan yang tidak memberikan laporan ke dinas kesehatan. Salah satu sanksi yang dilakukan adalah pencabutan izin penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Peraturan-peraturan yang terkait dengan *surveilans* masih belum banyak mengatur sampai dengan permasalahan di daerah dan pedoman-pedoman yang ada di pusat juga belum tersosialisasikan sampai ke daerah maupun instansi terkait. Banyaknya permasalahan-permasalahan *surveilans* yang perlu diadopsi oleh daerah untuk menindaklanjutinya dalam bentuk *local specific regulation*. Oleh

karena itu, tugas dan fungsi dinas kesehatan sebagai lembaga teknis yang menangani masalah *surveilans* bersama bagian hukum pemda untuk menyusun suatu peraturan perundang-undangan. Tim *surveilans* sebagai tenaga teknis di daerah yang lebih memahami permasalahan *surveilans* diharapkan menjadi *programmer* atau perancang regulasi terkait *surveilans* di daerah, sehingga regulasi mengenai *surveilans* bisa menjangkau dari pusat sampai dengan daerah.

Keadaan di lapangan saat ini ditemukan kesulitan-kesulitan dari petugas baik di *internal* dinas kesehatan maupun di luar *internal* dinas kesehatan dalam penyusunan peraturan-peraturan daerah yang terkait dengan pelaksanaan kegiatan *surveilans*. Berawal dari adanya permasalahan ini, maka diperlukan pendampingan/kemampuan *legal drafting* pada daerah untuk menyusun peraturan-peraturan yang terkait dengan pelaksanaan sistem *surveilans* (*local specific regulation*). Jadi jelas terlihat bahwa peraturan yang menjadi pedoman dalam pelaksanaan *surveilans* di daerah masih bersifat sentralistik dan belum dituangkan dalam bentuk suatu kebijakan lokal di daerah yang lebih mengikat komponen pelaku yang terkait *surveilans* di daerah. Berpijak dari hal inilah maka daerah wajib menyelenggarakan suatu kajian kebijakan daerah untuk menyusun suatu *legal drafting* dalam bentuk kebijakan daerah (peraturan gubernur/peraturan bupati/peraturan walikota) untuk pelaksanaan sistem *surveilans*.

Dukungan sumber daya manusia

Keberhasilan dan kelancaran kegiatan *surveilans* didukung oleh keadaan sumber daya manusia yang ada. Sumber daya manusia

(SDM) bidang *surveilans* yang seharusnya berada di dinas kesehatan didasarkan pada Kepmenkes No.1116/2003. Tersedianya sumber daya manusia yang cukup diharapkan dapat melaksanakan kegiatan *surveilans* dengan baik. Sumber daya manusia untuk tenaga fungsional epidemiologi di unit *surveilans* berdasarkan Kepmenkes No.1116/2003 adalah sebagai berikut:

1. Unit *surveilans* pusat

- a. Tenaga epidemiologi ahli (S3): 1
- b. Tenaga epidemiologi ahli (S2): 8
- c. Tenaga epidemiologi ahli (S1): 16
- d. Asisten epidemiologi: 32
- e. Dokter umum: 16

2. Unit *surveilans* tingkat propinsi

- a. Tenaga epidemiologi ahli (S2): 1
- b. Tenaga epidemiologi ahli (S1): 2
- c. Asisten epidemiologi: 2
- d. Dokter umum: 1

3. Unit *surveilans* kabupaten/kota

- a. Tenaga epidemiologis ahli (S2): 1 orang
- b. Tenaga epidemiologis ahli (S1) atau asisten epidemiologis: 2 orang
- c. Dokter umum: 1 orang
- d. UPT puskesmas
- e. Asisten epidemiologi 1 orang.

Di samping tersedianya SDM dalam jumlah yang cukup diperlukan juga kemampuan SDM. Salah satu alternatif untuk meningkatkan kemampuan SDM ke depannya di unit *surveilans* dilakukan Pelatihan Epidemiologi Lapangan (PAEL). Tenaga di unit *surveilans* dapat berjalan dengan baik jika didukung dengan sistem insentif untuk petugas *surveilans*. Salah satu insentif yang diberikan kepada petugas *surveilans* di lapangan dapat berupa tunjangan fungsional. Di beberapa daerah saat ini belum ada tunjangan fungsional untuk petugas *surveilans*. Seperti telah dijelaskan di beberapa Kepmenpan No.17/KEP/M.PAN/11/2000 bahwa tenaga epidemiologis merupakan tenaga fungsional yang kariernya dapat berjenjang dan mempunyai tunjangan fungsional.

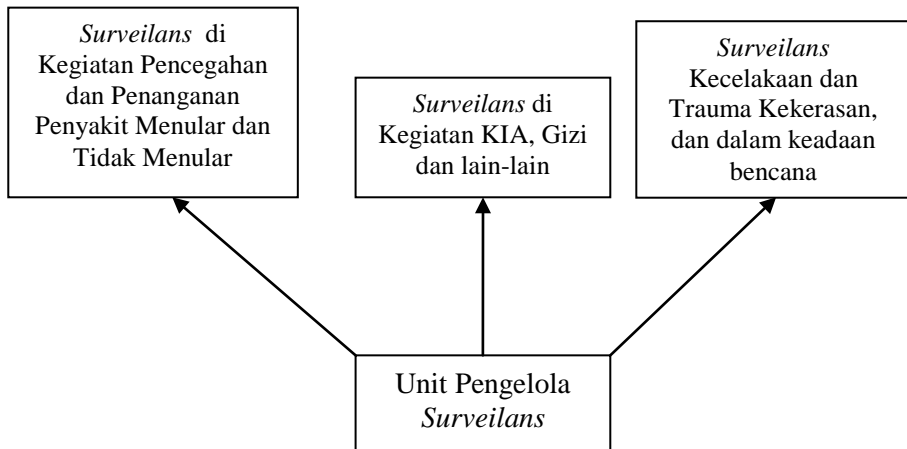
Kedudukan fungsional dan struktur unit surveilans

Pelaksanaan sistem *surveilans* dapat berjalan dengan baik diperlukan pembenahan sistem struktural dan fungsional petugas *surveilans* di lapangan. Langkah ke depannya sistem *surveilans* dibuat suatu struktur organisasi yang jelas mengenai keberadaan unit fungsional *surveilans*. Dicermati dari sudut pandang PP No.38/2007 dan PP No.41/2007 pemerintah pusat mempunyai wewenang dalam pengelolaan sistem *surveilans*, sedang di pemda baik di tingkat propinsi atau tingkat kabupaten/kota mempunyai wewenang dalam penyelenggaraan sistem *surveilans*. Pembagian wewenang ini memperjelas tentang skenario pelaksanaan sistem *surveilans* dan memberikan solusi dari permasalahan-permasalahan yang terjadi pada pelaksanaan sistem *surveilans* selama ini. Dengan kehadiran peraturan

pemerintah ini diharapkan terjalin sinergis antara pemerintah pusat dan daerah dalam pelaksanaan sistem *surveilans* dan tidak ditemukan kebingungan di daerah dalam pelaksanaan sistem *surveilans*.

PP No.38/2007 dan PP No.41/2007 memberikan peluang bagi pemda dan pusat dalam hal pelaksanaan sistem *surveilans* yang sinergis. Agar pelaksanaan sistem *surveilans* dapat berjalan sinergis kedepannya sistem *surveilans* diharapkan menjadi unit tersendiri tidak bernaung di salah satu bidang di internal organisasi dinas kesehatan. Walaupun unit sendiri, di tiap bidang yang membutuhkan kegiatan *surveilans* tetap berjalan.

Dengan unit yang tersendiri memungkinkan kemudahan dalam sistem pelaporan data, sistem analisis data, sistem *feedback* dan diseminasi. Selain itu, permasalahan adanya perbedaan data di masing-masing program atau bidang dapat terhindarkan. Di unit ini, tenaga fungsional epidemiolog dapat berfungsi dan mengembangkan kariernya. Unit ini merupakan unit pendukung untuk kegiatan *surveilans* di bidang dalam struktur dinas kesehatan.



Gambar 1.3.9 Konsep Fungsi Unit Pendukung *Surveilans*

Jika di lihat dari sudut masyarakat, dengan unit tersendiri masyarakat mempunyai kemudahan dalam mendapatkan informasi dari hasil pelaksanaan sistem *surveilans*, sehingga ke depannya dalam aspek pencegahan dan penanggulangan KLB atau masalah kesehatan lebih melibatkan peran serta dari masyarakat.

Ada beberapa alternatif kedudukan unit fungsional *surveilans* di struktur organisasi dinas kesehatan antara lain; unit fungsional *surveilans* berada di bawah bidang P2M, unit *surveilans* berada di bawah kepala dinas dalam bentuk tim teknis, unit *surveilans* berada dalam UPT dinas kesehatan, dan unit *surveilans* berada di bawah sekretariat.

Pasca PP No.41/2007 beberapa daerah mengembangkan sistem *surveilans* dari sudut kedudukan unit fungsional *surveilans* antara

lain³⁶; Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Timur menempatkan unit fungsional *surveilans* menjadi UPT dinas kesehatan. Pilihan ini didasarkan pada aktivitas *surveilans* yang tidak saja ada di bidang P2M saja melainkan bidang lain yang ada kegiatan *surveilans*, mekanisme penganggaran yang lebih mudah jika dalam bentuk UPT, kesediaan pemda dalam mengalokasikan fungsional untuk petugas *surveilans* di lapangan.

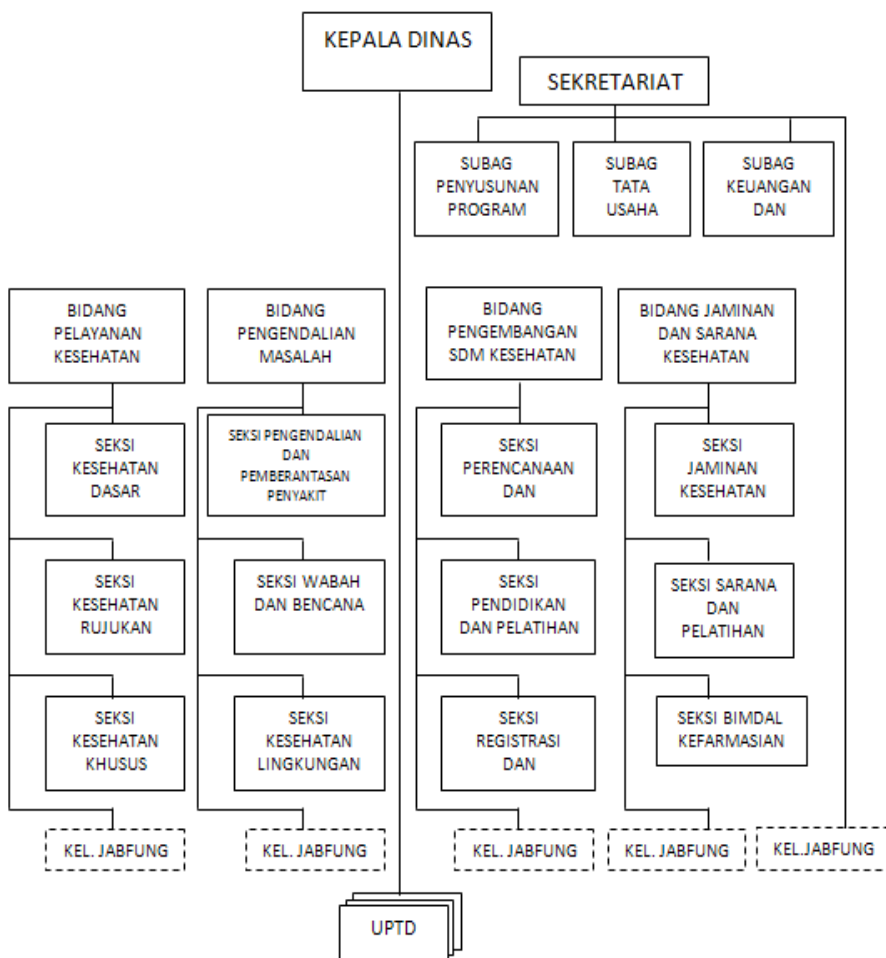
Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta menempatkan unit *surveilans* berada di bawah bidang P2M. Pilihan ini didasarkan pada aspek aktivitas *surveilans* lebih banyak terjadi di bidang P2M. Dinas Kesehatan Kota Pare-pare menempatkan unit fungsional sistem *surveilans* di bawah kepala dinas dalam bentuk tim teknis. Alternatif pemilihan ini ditekankan pada sumber daya unit *surveilans*nya yang diharapkan jika ada sumber daya dalam suatu wadah tertentu pelaksanaan sistem *surveilans* akan berjalan dengan baik. Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan menempatkan unit *surveilans* di bawah sekretariat bergabung dengan unit perencanaan dan sistem informasi kesehatan (SIK). Alternatif pemilihan ini didasarkan pada kemudahan mengakses data di berbagai bidang di internal organisasi dinas kesehatan.

Beberapa alternatif kedudukan unit fungsional sistem *surveilans* memberikan nuansa yang beragam. Keadaan ini disikapi oleh Departemen Kesehatan dengan mengeluarkan struktur sistem *surveilans*. Dalam Kepmenkes No.267/2008 *Surveilans* diharapkan

³⁶ Semiloka., Pengembangan Sistem *Surveilans* Pasca PP No.38/2007 dan PP No.41/2007, Jakarta. 26 Oktober 2007.

sebagai UPT dinas dengan nama Balai Data, *Surveilans* dan Informatika Kesehatan.

STRUKTUR ORGANISASI DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA



Contoh UPTD, antara lain:

1. Balai Data, *Surveilans* dan Informasi Kesehatan
2. Balai Promosi Kesehatan
3. Akademi/Politeknik Kesehatan

Gambar 1.3.10 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Sebagai catatan akhir, sistem *surveilans* merupakan hal yang terpusat. Ironisnya saat ini struktur Departemen Kesehatan dalam hal *surveilans* masih belum tertata. Di Departemen Kesehatan saat ini struktur organisasi yang ada tidak mendukung pelaksanaan Kepmenkes No.1116/2003. Struktur organisasi di pusat saat ini lebih memberikan peluang untuk unit *surveilans* di bidang P2PL, sedangkan di bidang yang lain belum ada unit *surveilans*nya. Sebagai catatan aktivitas *surveilans* terjadi tidak hanya di bidang P2PL melainkan di bidang lain seperti DitJen Binkesmas yang terdapat pelaksanaan *surveilans* gizi dan KIA.

Di Departemen Kesehatan belum ada struktur unit *surveilans* terpadu yang dapat mengakses data dari berbagai bidang. Kegiatan-kegiatan *surveilans* di masing-masing bidang di pusat belum terintegrasi dengan Pusat Data dan Informasi (Pusdatin). Hal ini menunjukkan pelaksanaan *surveilans* di pusat masih terjadi di masing-masing bidang dan tidak ada integrasi dengan pusat data dan informasi. Keadaan ini menyulitkan Pusdatin untuk melaksanakan kegiatan pengumpulan data dan penyebaran informasi. Akibatnya, sulit diwujudkan pelaksanaan sistem *surveilans* terpadu secara nasional.

BAGIAN 2

Inovasi-Inovasi dalam Periode Tahun 2000- 2007

Pengantar

Salah satu hal penting dalam desentralisasi adalah penyerahan urusan pemerintahan dari pemerintah pusat ke daerah. Penyerahan ini bukan merupakan hal yang mudah. Sering terjadi tumpang tindih atau kekosongan dalam pembagian urusan. Akibatnya, sistem kesehatan menjadi sulit dikelola. Oleh karena itu, diperlukan pengembangan sistem kesehatan yang inovatif untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat.

Inovasi-inovasi yang dikembangkan dalam sistem kesehatan di era desentralisasi antara tahun 2000-2007 mencakup berbagai aspek. Inovasi pertama adalah mengenai pengembangan SKD di Kalimantan Timur, Kota Yogyakarta, dan NTT. Ketiga daerah yang berbeda situasi berusaha mengembangkan sistem kesehatan sesuai dengan spesifikasi masing-masing. Inovasi kedua adalah dalam fungsi regulasi pemerintah untuk sektor kesehatan. Aspek regulasi ini merupakan hal yang belum menjadi prioritas kebijakan pemerintah pusat di bidang kesehatan. Namun dengan analisis yang berbasis *benchmark* ke berbagai negara, sebuah proyek Bank Dunia (PHP-1) menekankan mengenai fungsi regulasi ini. Inovasi ketiga yang dibahas adalah dalam fungsi pembiayaan pemerintah dimana di berbagai daerah dilakukan pendirian atau kegiatan Jamkesda yang kontroversial.

Berbagai inovasi manajerial juga dilakukan dalam kerangka desentralisasi. Salah satu yang penting adalah pengembangan otonomi keuangan rumahsakit pemerintah dalam bentuk swadana yang berkembang menjadi BLU. Pengalaman proses panjang di RSD Tabanan menjadi kasus menarik untuk dibahas. Inovasi manajerial lainnya adalah pemberian pelayanan berdasarkan kontrak yang dilakukan di RSD Cut Nya' Dien Kabupaten Aceh Barat pascatsunami. Dengan dukungan dana luar negeri kegiatan pelayanan kesehatan dilakukan sebagian oleh tenaga dari luar. Inovasi kontrak ini juga dilakukan di Kabupaten Berau, walaupun mengalami masalah sangat besar yaitu kekurangan tenaga pelaksana.

Topik inovasi yang dibahas adalah proyek pengembangan yang bersifat *sector wide* yaitu PHP dan DHS-1. Sebagaimana diketahui sebelum era desentralisasi, berbagai proyek pengembangan pemerintah pusat yang didanai dana pinjaman atau hibah luar negeri, banyak yang bersifat *disease specific*. PHP-1 dan DHS-1 merupakan dua contoh proyek yang berusaha mengembangkan sistem kesehatan di daerah. Berbagai pengalaman menarik dari kedua proyek ini akan dibahas, termasuk masa depan proyek pengembangan yang *sector wide*.

BAB 2.1

Inovasi Sistem Kesehatan Daerah, Transformasi Dinas Kesehatan, serta Peranan Konsultan dan Donor

Laksono Trisnantoro, Sutarnyoto,
Choirul Anwar, Tuty Setyowati, Rimawati, Andreasta Meliala

Pengantar

Sejak tahun 2000, berbagai daerah secara inovatif berusaha mengembangkan sistem kesehatan dalam era desentralisasi. Sebagian besar daerah yang melakukan dipacu oleh berbagai proyek pengembangan Departemen Kesehatan. Namun ada pula yang dilakukan tanpa proyek, tapi bersumber pada sumber daya sendiri seperti Kabupaten Jember. Daerah-daerah yang mendapat proyek dari Departemen Kesehatan dengan bantuan asing antara lain Propinsi DIY, NTT, Kalimantan Timur, dan Kabupaten Serang. Daerah-daerah ini berusaha mengembangkan SKD-nya secara komprehensif.

Komprehensivitas pengembangan sistem kesehatan di daerah dimulai dari proyek PHP-1. Secara kronologis, DIY merupakan propinsi pertama yang mendapatkan dana pengembangan dari proyek PHP-1 Departemen Kesehatan untuk mengembangkan Sistem Kesehatan Propinsi (SKP). Selama kurun waktu 2000–2007 berbagai kegiatan dikerjakan PHP-1 seperti yang tertulis pada Bagian 2.6 buku ini. Kegiatan pengembangan struktur organisasi, sistem regulasi, *surveilans*, pembiayaan dikembangkan secara terpisah melalui berbagai *task force*. Namun pada tahun-tahun berikutnya, integrasi

dan sinkronisasi berbagai kegiatan pengembangan semakin ditekankan.

Pengalaman Propinsi DIY ini mempengaruhi transformasi Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, dari suatu dinas yang cenderung bersifat pelaksana (operator) menjadi dinas yang mempunyai banyak misi regulator. Secara keseluruhan pengalaman PHP-1 dibawa ke Propinsi Kalimantan Timur yang mengembangkan SKP melalui dana proyek HWS Bank Dunia. Bab ini membahas pengembangan sistem kesehatan di Propinsi Kalimantan Timur yang dikerjakan secara komprehensif dengan bantuan berbagai konsultan secara terintegrasi. Aspek integrasi ini juga menjadi kata kunci pengembangan sistem kesehatan di Propinsi NTT, dengan penekanan pada kerja sama berbagai mitra pemerintah dengan pemerintah. Di Propinsi NTT walaupun banyak donor namun diusahakan tetap terjadi integrasi. Kasus ketiga adalah transformasi Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta.

Dari ketiga kasus ini pembahasan akan dilakukan dengan melihat pada inovasi dalam hal hubungan pemerintah pusat dengan daerah. Dengan adanya PP No.38/2007, hubungan pemerintah pusat dengan propinsi dan kabupaten/kota harus harmonis. Namun ada kemungkinan struktur kelembagaan organisasi di sektor kesehatan tidak harmonis. Dalam bagian ini akan dibahas pula pendekatan inovasi-inovasi ini yang didanai oleh pinjaman dan hibah luar negeri.

Kasus

Kasus 1: Pengalaman di Propinsi Kalimantan Timur

Pertanyaan yang timbul sebelum memulai penyusunan dan pengembangan SKP Kalimantan Timur, adalah apakah memang Kalimantan Timur belum memiliki sistem³⁷? Jika ya, mengapa perlu sistem kesehatan? Secara akademik memang sistem dibutuhkan agar indikator kesehatan masyarakat meningkat, meningkatnya jaminan kesehatan, sampai meningkatnya mutu pelayanan kesehatan.

Secara praktis, salah satu alasan penting untuk menyusun sistem kesehatan adalah adanya banyak pelaku dalam sektor kesehatan di Kalimantan Timur, pemerintah, swasta dan masyarakat namun belum mempunyai tujuan akhir yang sama, belum memiliki komitmen yang sama tentang pembangunan. Di samping itu, berbagai pihak belum mempunyai kesesuaian tentang bagaimana mewujudkannya, serta masalah dan potensi setiap daerah di Kalimantan Timur berbeda-beda.

SKD Propinsi Kalimantan Timur batasannya adalah suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya (pemerintah, masyarakat dan swasta) di daerah ke dalam suatu kesatuan yang terpadu dan saling menjamin guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Sistem kesehatan ini diwujudkan dan menjadi dasar metode penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Propinsi Kalimantan Timur.

³⁷ Sutarnyoto. 2007. Pengalaman Melakukan Usaha Restrukturisasi Dinas Kesehatan Berdasarkan PP NO.38/2007 Dan PP No.41/2007. Pemaparan dalam Semiloka Tanggal 25 Oktober 2007 di Hotel Santika Jakarta.

Langkah yang dilakukan oleh dinas kesehatan dalam mengembangkan sistem adalah membangun komitmen perlunya sistem. Komitmen ini berlaku untuk seluruh komponen sektor kesehatan, termasuk dinas-dinas/kantor pemerintah yang terkait dengan pembangunan sektor kesehatan. Komitmen tidak hanya staf dinas kesehatan namun dinas lainnya dan kelompok swasta, serta masyarakat. Dari komitmen ini kemudian menyusun sistem menjadi dokumen.

Sistem kesehatan merupakan satu hal yang sangat luas. Dalam pengembangannya ada beberapa subsistem yang dikembangkan secara lebih rinci yaitu: regulasi pelayanan kesehatan (propinsi bersama 5 kabupaten/kota), regulasi tenaga kesehatan khususnya bidan dan perawat, pembiayaan kesehatan di propinsi bersama 3 kabupaten/kota dan pelayanan gakin dengan semua kabupaten/kota; Sistem Informasi Kesehatan Daerah atau SIKDA (propinsi dengan 6 kabupaten/kota); struktur dan kelembagaan organisasi (propinsi), dan pengembangan upaya dokter keluarga di Kota Bontang.

Penyusunan SKP di Kalimantan Timur diharapkan menghasilkan dokumen yang bisa diterima semua pihak dan dapat dijadikan acuan atau pedoman, serta landasan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan di Kalimantan Timur. Penyusunan didahului dengan analisis situasi dan kecenderungan; mengacu kepada kebijakan dan strategi penyelenggaraan kesehatan nasional, berdasarkan kerangka *good governance* yaitu menjadikan kepentingan dan aspirasi bagi semua pihak (pemerintah, masyarakat dan dunia usaha); didukung oleh pemahaman tentang hakikat sistem serta kemampuan dalam

melakukan analisis dan kajian terhadap sistem, kebijakan dan perencanaan.

Tahapan secara keseluruhan yang dilakukan dalam pengembangan sistem kesehatan mencakup beberapa langkah sebagai berikut: (1) memahami konsep-konsep penting dalam penyusunan SKP Kalimantan Timur serta desain sistem; (2) memahami pentingnya penyusunan SKP Kalimantan Timur bersama dengan kabupaten/kota; (3) mengidentifikasi hubungan antara dinas kesehatan dan pihak-pihak lain dalam SKP (lintas SKPD, swasta, masyarakat: antar elemen); (4) mengidentifikasi pembagian peran antar level (pusat, propinsi dan kabupaten/kota); (5) penyusunan draf dokumen SKP (menata keterkaitan antar komponen dan elemen) dan penyusunan *legal drafting* SKP Kalimantan Timur.

Tabel 2.1.1 Matriks Konsep dan Pendekatan

| Subsistem | Pemerintah | | | | |
|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------|
| | Departemen Kesehatan Pusat | Dinas Kesehatan Propinsi | Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota | SKPD Lain Non Kesehatan | Swasta |
| Upaya kesehatan | | | | | |
| Pembiayaan kesehatan | | | | | |
| SDM kesehatan | | | | | |
| Farmasi, makmin dan kesehatan | | | | | |
| Pemberdayaan masyarakat | | | | | |
| Informasi dan litbangkes | | | | | |
| Regulasi kesehatan | | | | | |
| <i>Surveilans</i> kesehatan | | | | | |

Dalam Tabel 2.1.1 di atas terlihat matriks hubungan (*interconnection*) antar elemen dalam SKP Kalimantan Timur. Berbagai pelaku dalam sistem dihubungkan dengan fungsi-fungsi yang tersusun dalam subsistem. Matriks ini merupakan model untuk menggambarkan situasi yang kompleks di lapangan.

Desain matriks tersebut merupakan kesepakatan atau komitmen bersama dari setiap pelaku dalam sektor kesehatan, dengan melihat situasi kesehatan yang ada di Propinsi Kalimantan Timur. Matriks di atas menggambarkan pola keterkaitan masing-masing pelaku dalam subsistem yang ada. Penggambaran keterkaitan pelaku

sektor kesehatan dengan subsistem diperoleh tidak hanya dari hubungan secara langsung. Namun keterkaitan secara tidak langsung juga menjadi dasar pemikiran dalam analisis matriks yang ada.

Keterkaitan antar komponen dalam SKP Kalimantan Timur dapat digambarkan melalui fungsi-fungsi dalam subsistem SKP Kalimantan Timur. Subsistem ini mencakup: upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, SDM kesehatan, farmasi, makanan, minuman dan perbekalan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, informasi, penelitian dan pengembangan kesehatan, regulasi kesehatan, dan *surveilans*.

Sub-subsistem upaya kesehatan meliputi upaya pelayanan kesehatan: promotif, preventif, rehabilitatif, kuratif, gizi masyarakat, kesehatan lingkungan, *surveilans*, kegawatdaruratan dan tanggap bencana, kesehatan daerah lintas batas, kepulauan, perbatasan, rawan dan terpencil. Sub-subsistem pembiayaan kesehatan mencakup sumber pembiayaan kesehatan, pemanfaatan/pengalokasian pembiayaan kesehatan, pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan, pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat.

Sub-sub sistem SDM kesehatan mencakup: perencanaan SDM kesehatan, perpindahan tenaga kesehatan strategis antar kabupaten/kota, pendidikan, pelatihan dan pengembangan SDM kesehatan, pendidikan SDM kesehatan, pelatihan dan pengembangan SDM kesehatan, pengembangan unit fungsional diklat kesehatan kabupaten/kota. Pendayagunaan SDM kesehatan, hanya sebatas untuk tenaga strategis, pendayagunaan swasta dan luar negeri, serta pembinaan jenjang karier SDM kesehatan.

Sub-sub sistem obat, makanan dan minuman dan perbekalan kesehatan mencakup fungsi perencanaan obat dan perbekalan kesehatan, pengadaan obat dan perbekalan kesehatan, pemanfaatan obat, makanan dan minuman, dan perbekalan kesehatan, pengawasan mutu obat, makanan dan minuman, dan perbekalan kesehatan.

Sub-subsistem pemberdayaan masyarakat mencakup fungsi pemberdayaan perorangan, pemberdayaan kelompok dan masyarakat, pemberdayaan swasta dan dunia usaha. Subsistem informasi, penelitian dan pengembangan kesehatan mencakup fungsi pengembangan SIK, penyelenggaraan penelitian dan pengembangan kesehatan.

Sub-subsistem regulasi kesehatan mencakup fungsi perizinan dan pengawasan, tenaga kesehatan, sarana pelayanan kesehatan, farmasi, makanan, minuman dan perbekalan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan, *surveilans* kesehatan, registrasi, akreditasi, dan sertifikasi, tenaga kesehatan, sarana pelayanan kesehatan, farmasi, makanan, minuman dan perbekalan kesehatan, kebijakan pembangunan kesehatan Propinsi Kalimantan Timur, regulasi akuntabilitas pejabat kesehatan (batasan: PP No.38/2007 (Pengganti PP No.25/2000).

Subsistem *surveilans* yaitu *surveilans* kesehatan kerja, *surveilans* penyakit terdiri atas penyakit menular dan tidak menular, *surveilans* gizi, *surveilans* KIA, *surveilans* haji, dan *surveilans* kesehatan lingkungan.

Komponen pelaku sektor kesehatan

Dalam SKP Kalimantan Timur para pelaku kegiatan berada di baris mendatar dalam konsep Tabel 2.1.1. Para pelaku di sektor kesehatan dipaparkan dengan pendekatan sistemik berdasarkan konsep *governance*. Secara garis besar ada tiga kelompok pelaku kegiatan yaitu: (1) lembaga pemerintah dan *quasi*-pemerintah; (2) lembaga usaha kesehatan; dan (2) masyarakat dan berbagai kelompok di dalamnya. Hubungan (interkoneksi) antar berbagai lembaga, kelompok, dan masyarakat dapat dilihat pelaku dalam *stewardship*, pelaku dalam *financing*, pelaku dalam *health delivery*, dan pelaku dalam *resource generation*.

Pelaku dalam stewardship

Lembaga penetap kebijakan dan regulator pelayanan kesehatan. Di sektor lembaga pemerintah, lembaga-lembaga dapat dibagi menjadi dua yaitu yang berada dalam lingkup dinas kesehatan dan rumahsakit daerah, serta yang berada di luarnya. Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Timur dan dinas kesehatan kabupaten kota semakin berkembang sebagai lembaga penetap kebijakan dengan adanya kebijakan desentralisasi. Berbagai aturan hukum pemerintah pusat banyak dikeluarkan yang mendukung fungsi pemda sebagai penanggung jawab sektor kesehatan. Berbagai aturan hukum tersebut antara lain: UUPK, undang-undang mengenai Perbendaharaan Negara, UU No.25/2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, PP No.38/2007 dan PP No.41/2007 mengenai Pembagian Peran Pemerintah di Sektor Kesehatan.

Peran *stewardship* ini dilakukan pula oleh lembaga dan unit pemerintah non dinas kesehatan yang terkait dengan sektor kesehatan (SKPD lain yang terkait sektor kesehatan). Keterlibatan lembaga dan unit pemerintah non dinas kesehatan dalam sektor kesehatan tidak dapat diabaikan. Berikut ini adalah berbagai lembaga sektor lain (lintas sektor pemangku kepentingan di luar sektor kesehatan) yang berperan baik secara langsung maupun tidak langsung di dalam SKP Kalimantan Timur antara lain: DPRD, setda, bagian hukum pemda, bagian organisasi dan tata laksana pemda, bagian keuangan pemda, bagian kepegawaian pemda, Bapeda, Bapedalda, dinas kimpraswil, dinas perhubungan, dinas sosial, dinas pendidikan, kantor wilayah Departemen Agama, dinas pariwisata, dinas peternakan, dinas pertanian, dinas pertambangan, dinas transmigrasi dan ketenagakerjaan, kepolisian (catatan: nomenklatur ini nantinya akan berubah dan menyesuaikan pasca PP No.41/2007). Koordinasi berbagai lembaga terkait sektor kesehatan ini belum dilakukan dengan maksimal. Namun disadari bahwa peranan berbagai lembaga ini sangat penting terutama untuk mengurangi faktor risiko di sektor kesehatan.

Pelaku dalam financing

Pembiayaan kesehatan masyarakat dan swasta selama ini di Propinsi Kalimantan Timur masih berbasis ke pembiayaan langsung masyarakat (*out of pocket*). Dapat dipahami bahwa pelaku pembiayaan yang dari swasta masih cukup tinggi yaitu sekitar 60%. Walaupun ini sudah turun cukup banyak dibanding tahun sebelumnya, namun hal ini

tidak jauh berbeda dengan daerah lain di Indonesia yang mencapai 74% (WHO, 2007). Sumber pembiayaan kesehatan di Propinsi Kalimantan Timur berasal dari beberapa sumber antara lain: pemerintah (APBN dan APBD), donor (bantuan luar negeri); swasta (keterlibatan perusahaan dan dunia usaha dalam bentuk *Corporate Social Responsibility* atau CSR); dan masyarakat (merupakan sumber pembiayaan terbesar Propinsi Kalimantan Timur).

Secara keseluruhan jumlah dana yang dialokasikan di sektor kesehatan di Propinsi Kalimantan Timur pada tahun 2005 total anggaran kesehatan mencapai 402,7 miliar rupiah sedangkan pada tahun 2006 menjadi 813 miliar rupiah. Ini berarti terdapat kenaikan lebih dari 200%.

Dilihat dari alokasi anggaran tampak bahwa kenaikan yang paling besar adalah untuk investasi dan infrastruktur. Tampak pula bahwa pengeluaran untuk sektor kuratif cukup besar, dalam hal ini termasuk alokasi dana untuk Jamkesos. Adapun alokasi untuk promotif, preventif dan kegiatan-kegiatan yang menyediakan barang publik (*public goods*) pada tahun 2006 proporsinya sedikit di atas 30% dari seluruh alokasi anggaran. Ini relatif turun proporsinya dibanding tahun sebelumnya. Menarik untuk diamati bahwa investasi (fisik dan bangunan) dan aspek pelayanan kesehatan perorangan mendapat porsi yang cukup besar. Hal ini tentu saja dilakukan karena mengingat kebutuhan yang memang tinggi untuk kedua hal tersebut.

Khusus untuk Jamkesos, anggaran yang cukup besar ini menunjukkan bahwa pemda Kalimantan Timur mempunyai komitmen yang besar terhadap sistem penjaminan kesehatan daerah. Memang

khusus untuk Jamkesda, telah diatur dalam PP No.38/2007 yang menyatakan bahwa propinsi dapat menyelenggarakan dan mengelola sistem Jamkesda.

Pada pertengahan tahun 1988 pembiayaan untuk gakin dijamin melalui JPSBK, yang kemudian berubah menjadi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) Bidang Kesehatan pada tahun 2003. Jumlah gakin mengalami peningkatan sejak tahun 2003-2005 yaitu yang semula berjumlah 131.599 dengan jumlah gakin yang mendapatkan pelayanan kesehatan 93.241, sedangkan untuk tahun 2005 jumlah gakin meningkat menjadi 168.571 dengan jumlah gakin yang mendapatkan pelayanan kesehatan 103.942.

Sistem asuransi kesehatan menunjukkan berbagai pelaku antara lain PT. Askes Indonesia, Jamkessos, PT. Jamsostek dan berbagai perusahaan asuransi kesehatan komersial seperti Prudential, Allianz, dan Bumiputera. Sejak mulai berdirinya sampai saat ini PT. Askes Indonesia telah mengalami banyak perubahan dan perkembangan, terutama dari aspek bentuk perusahaan dan cakupan peserta. Pada awalnya PT. Askes Indonesia hanya mengelola program asuransi kesehatan sosial; namun sejak tahun 1992 dimana bentuk perusahaan menjadi perusahaan perseroan, PT. Askes Indonesia juga didorong untuk memperluas cakupannya dan mengelolanya dalam program asuransi kesehatan yang bersifat komersial. Sebagai perusahaan asuransi kesehatan yang sudah cukup berpengalaman, PT. Askes Indonesia telah mengalami perkembangan dan pertumbuhan yang cukup pesat dari aspek finansial maupun manajerial. Berbagai

model asuransi ditawarkan, mulai dari Askes Prima, Askes *Gold*, dan Askes *Extra*.

Pelaku dalam healthcare delivery

Kondisi kesehatan masyarakat pedesaan masih banyak yang jauh dari layanan dan prasarana kesehatan yang memadai, dan keterbatasan tenaga medis, puskesmas, rumahsakit yang belum merata di setiap daerah. Hal ini disebabkan karena wilayah Propinsi Kalimantan Timur terdiri dari pulau-pulau kecil yang dipisahkan oleh sungai dan lautan. Sebagai contoh daerah Kabupaten Nunukan dan Kabupaten Malinau yang berada dekat dengan daerah perbatasan Malaysia. Jumlah yang semakin berkembang adalah lembaga pelayanan swasta.

Perkembangan rumahsakit umum pemerintah propinsi semakin menunjukkan fungsinya sebagai pusat rujukan pelayanan kesehatan yang penting. Telah dibangun berbagai fasilitas pelayanan medik yang memenuhi standar mutu. Jumlah tempat tidur yang dimiliki oleh rumahsakit umum pemerintah total di Propinsi Kalimantan Timur dari data profil kesehatan Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Timur sebanyak 1.674 tempat tidur. Data profil kesehatan tahun 2006 menunjukkan terdapat 18 rumahsakit swasta dan khusus di Propinsi Kalimantan Timur yang tersebar di hampir 13 kabupaten/kota. Di samping itu, ada sarana pelayanan kesehatan milik daerah (BUMD) maupun departemen sebanyak 6 rumahsakit umum yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan umum. Pelayanan kesehatan rumahsakit umum BUMN dan departemen lain ini tersebar di

Balikpapan, Bontang, dan Tarakan. Daerah Bontang juga sedang mengembangkan pelayanan kesehatan dalam bentuk dokter keluarga.

Di Propinsi Kalimantan Timur terdapat 40 rumahsakit umum daerah milik pemerintah propinsi maupun kabupaten/kota (Profil Kesehatan, tahun 2006). Propinsi Kalimantan Timur, mulai menggunakan strategi yang memisahkan regulator dan operator sistem rumahsakit. Walaupun secara manajemen rumahsakit umum milik daerah merupakan milik propinsi dan bertanggung jawab kepada Pemerintah Propinsi Kalimantan Timur namun dalam hal pengawasan tetap berada di bawah kewenangan Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Timur sebagai regulator. Dengan adanya PP No.23/2005 mengenai BLU maka rumahsakit umum daerah milik propinsi maupun kabupaten/kota diarahkan menjadi BLUD.

Jumlah puskesmas di seluruh Propinsi Kalimantan Timur dari tahun ke tahun terus bertambah (data tahun 2006). Berdasarkan rasio jumlah penduduk jumlah puskesmas di Propinsi Kalimantan Timur sudah memenuhi standar Departemen Kesehatan. Namun masih ada beberapa puskesmas yang berada di daerah terluar dari kepulauan dengan keterbatasan SDM karena kondisi geografis Propinsi Kalimantan Timur yang terdiri dari pulau-pulau kecil dan terisolir yang dipisahkan oleh Sungai Mahakam dan laut. Jumlah pustu terus meningkat dari tahun ke tahun. Rasio jumlah pustu terhadap puskesmas di Propinsi Kalimantan Timur sudah memenuhi standar Departemen Kesehatan. Tingkat kesadaran penduduk untuk memanfaatkan sarana pelayanan pustu, pusling maupun posyandu terus meningkat.

Hal menarik lain adalah semakin banyaknya kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh para pengobat tradisional. Kegiatan lembaga swasta terlihat mencolok dalam sektor obat. Pertumbuhan apotek berjalan cepat yang jumlahnya pada tahun 2006 sebanyak 197 apotek dan 308 toko obat (berizin maupun tidak berizin) yang tersebar di seluruh kabupaten/kota. Demikian pula halnya dengan pengobatan komplementer lainnya semakin berkembang dengan adanya pusat-pusat pengobatan alternatif.

Klinik pengobatan milik perusahaan juga mengambil peran di dalam SKP Kalimantan Timur, terdapat beberapa klinik perusahaan komutra yang cukup besar di Samarinda. Begitu pula praktik perorangan maupun dokter bersama. Dinas kesehatan kabupaten/kota dalam peranannya sebagai lembaga regulator, memiliki kewenangan dalam memberikan izin praktik perorangan maupun kelompok ini (berdasarkan PP No.38/2007). Perkembangan lain yang mencolok adalah adanya laboratorium-laboratorium klinik swasta seperti Laboratorium Prodia. Di samping itu, masih ada berbagai lembaga pemerintah yang bergerak di laboratorium, seperti Labkesda milik UPT dinas kesehatan propinsi maupun dinas kesehatan kabupaten/kota.

Berbagai lembaga swadaya masyarakat bergerak di bidang pelayanan kesehatan ikut mengambil kontribusi di dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Propinsi Kalimantan Timur. Dalam penyelenggaraan kesehatan kerja ada beberapa LSM yang peduli terhadap trauma akibat kesehatan kerja yang bekerja sama dengan klinik-klinik *trauma center* baik milik dinas kesehatan

maupun milik beberapa perusahaan. LSM lingkungan pun ikut menghiasi penyelenggaraan sistem kesehatan di Propinsi Kalimantan Timur dalam fungsinya mengawasi dan mengendalikan pencemaran lingkungan yang disebabkan akibat pertambangan.

Organisasi profesi yang ada antara lain: Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI), Ikatan Bidan Indonesia (IBI), Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia (ISFI), Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Persatuan Ahli Farmasi Indonesia (PAFI), Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI), Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI), Persatuan Ahli Teknologi Laboratorium Klinik Indonesia (PATELKI), dan Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia (HALKI).

Pelaku dalam resource generation

Di Propinsi Kalimantan Timur institusi pendidikan tenaga kesehatan pemerintah maupun pendidikan swasta semakin berkembang. Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman, Poltekes Kesehatan yang merupakan UPTD Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Timur, STIEKES Aisyiyah mulai meningkatkan pendidikannya. Di dalam level DIII tenaga kesehatan terdapat Poltekes Departemen Kesehatan yang mempunyai berbagai jurusan. Pertumbuhan Sekolah Tinggi Kesehatan Swasta cukup lumayan berjalan. Namun, masih banyak kekurangan tenaga di beberapa daerah, karena institusi pendidikan tersedia masih belum dapat memenuhi permintaan yang ada untuk seluruh kabupaten/kota di wilayah Kalimantan Timur.

Hubungan antar pelaku

Pola hubungan keterkaitan antar level yaitu dalam hal ini Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Timur dengan dinas kesehatan kabupaten/kota serta dengan pusat yaitu Departemen Kesehatan RI semakin dikembangkan. Pola hubungan tidak hanya sebatas dalam bentuk koordinasi namun juga terlihat bagaimana peranan yang dijabarkan dalam PP No.38/2007 dapat diimplikasikan kedalam pelaksanaan SKP yang secara nyata membagi habis masing-masing kewenangan antara pemerintah, pemda propinsi dan pemda kabupaten/kota.

Kriteria eksternalitas, akuntabilitas, dan efisiensi peranan yang dijabarkan dalam PP No.38/2007 dituangkan dalam sub sistem SKP Kalimantan Timur. Fungsi dalam regulasi, fungsi dalam pembiayaan, fungsi dalam sumber daya dan dalam fungsi upaya pelayanan kesehatan (teknis operasional pelaksanaan) menjadi fungsi utama dalam SKP Kalimantan Timur. Pola yang diharapkan muncul yaitu bahwa Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Timur tidak hanya sebagai operator, namun juga sebagai regulator. Namun dalam peranannya sebagai regulator, Propinsi Kalimantan Timur telah mengembangkan sistem regulasi.

Proses penyusunan

Penyusunan model SKP Kalimantan Timur secara garis besar dapat digambarkan dalam beberapa tahap sebagai berikut :

Tahap pertama adalah tahap *rapid assessment* (analisis situasi). Dalam fase ini dilakukan penelitian dengan metode *rapid assessment*

untuk menganalisis situasi sistem kesehatan yang saat ini ada (secara formal maupun non formal). Penyusunan SKP Kalimantan Timur dalam konteks negara kesatuan dan efisiensi sistem, tidak dapat mengabaikan pentingnya pengembangan sistem kesehatan kabupaten/kota (SKK) dan harus memperhatikan sistem kesehatan nasional sebagai supra sistemnya.

Sebagai langkah pertama disusun analisis situasi yang terbagi dalam dua bagian yaitu gambaran umum propinsi, derajat kesehatan, kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan berupa beban penyakit, serta faktor determinan yang mempengaruhi derajat kesehatan; dan identifikasi sistem kesehatan yang berlaku saat ini. Identifikasi dilakukan dengan pendekatan fungsi sistem kesehatan yang meliputi: (1) Regulasi dan kebijakan kesehatan. Analisis ini melihat bagaimana instrumen regulasi (undang-undang, peraturan pemerintah, perda propinsi/kabupaten/kota) melaksanakan fungsinya sebagai *stewardship* bagi organisasi yang terkait; pemerintah ataupun swasta. Kemudian dilihat pula pengorganisasian pelaksanaan serta pelaku dari fungsi ini; (2) Pembiayaan kesehatan. Analisis ini memberikan gambaran bagaimana fungsi pembiayaan publik berjalan di Propinsi Kalimantan Timur baik yang bersumber dari pusat maupun daerah, serta peran serta masyarakat dalam pembiayaan kesehatan; (3) Pelayanan kesehatan. Analisis ini mendapatkan gambaran infrastruktur kesehatan yang tersedia; bagaimana komponen-komponen pelayanan kesehatan berlaku di institusi pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta serta keterkaitannya secara vertikal maupun horizontal, termasuk di dalamnya adalah sistem informasi

kesehatan. Selain itu, akan dilihat pula bagaimana institusi yang ada dalam sistem dapat berfungsi menjaga kualitas pelayanan; dan (4) Sumber daya kesehatan: analisis terhadap fungsi pemenuhan sumber daya kesehatan dan *basic requirement* dari SKP.

Tahap workshop, fasilitasi, dan konsultasi

Kegiatan *workshop* merupakan kegiatan penting dalam proses perumusan desain sistem. Dalam *workshop* dilakukan proses perumusan fungsi yang menjadi tanggung jawab bersama antara pihak pemda setempat (yang diwakili oleh dinas kesehatan propinsi) dan para konsultan/fasilitator. Dengan metode *workshop* bersama ini, desain sistem diusahakan dicapai seoptimal mungkin. Dalam *workshop* ini dilibatkan kabupaten/kota, serta sektor-sektor lain non kesehatan (lintas sektor) sebagai bagian dari sistem kesehatan di wilayah Propinsi Kalimantan Timur untuk dapat memberikan masukan bagi pengembangan SKP.

Dalam kegiatan ini, dilakukan serangkaian *workshop* dengan jumlah pertemuan empat kali. Tiga pertemuan pertama masing-masing selama 2 hari, sedangkan pertemuan yang keempat dilaksanakan selama 1 hari. Di antara pertemuan-pertemuan tersebut, tim kecil dinas kesehatan menyempurnakan setiap keluaran dari pertemuan tersebut. Rincian *workshop*-nya adalah sebagai berikut.

Workshop Konsep Dasar dan Desain Makro SKP Kalimantan Timur. *Workshop* pertama ini membahas desain sistem secara makro beserta konsep pendukungnya. Hari pertama adalah pemberian materi yang disampaikan oleh beberapa narasumber meliputi pengertian

sistem, sistem kesehatan, landasan sistem kesehatan, pendekatan fungsi dalam sistem kesehatan, serta konsep *good governance*. Hari kedua membahas analisis situasi dan kecenderungan kesehatan di Propinsi Kalimantan Timur dengan draf dan bahannya telah disiapkan oleh tim kecil dan fasilitator dalam sesi *rapid assessment* sebelumnya.

Selanjutnya dilakukan *workshop* keterkaitan dinas, badan dan lembaga lain non kesehatan dalam SKP (antar elemen). *Workshop* kedua ini membahas elemen-elemen sistem dan keterkaitannya. Untuk memahami peran sektor lain disampaikan materi berupa pandangan narasumber dari beberapa dinas, badan atau lembaga lain yang dilaksanakan pada hari pertama *workshop*. Hari kedua merupakan diskusi kelompok yang membahas elemen dan keterkaitan antar elemen serta menyusun deskripsinya.

Workshop ketiga adalah keterkaitan antar level berupa “Pembagian Kewenangan Bidang Kesehatan antara Pemerintah Pusat–Propinsi–Kabupaten/Kota (berdasarkan draf RPP Pengganti PP No.25/2000)”. *Workshop* ini membahas model SKP Kalimantan Timur. Untuk melengkapi wawasan peserta, dibahas pula mengenai SKN dan SKK yang lain sebagai bahan pertimbangan dan perbandingan dalam menyiapkan SKP Kalimantan Timur dengan mengundang narasumber dari pusat, propinsi dan dari seluruh kabupaten/kota di Kalimantan Timur pada hari pertama. Hari kedua diisi dengan diskusi penyempurnaan draf model SKP Kalimantan Timur. Diakhir *workshop* ini, dihasilkan draf model SKP yang nantinya akan diujicobakan pada fase berikutnya.

Workshop terakhir adalah Pembahasan Draf Pra Raperda SKP Kalimantan Timur berdasarkan UU No.10/2004 (UU PPP). *Workshop* keempat ini membahas draf peraturan hukum yang melandasi pelaksanaan SKP Kalimantan Timur. Pada pertemuan ini tim hukum konsultan telah menyiapkan draf Pra Raperda SKP yang kemudian didiskusikan bersama dengan Tim Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Timur dengan mengundang narasumber dari Bagian Hukum Pemerintah Propinsi Kalimantan Timur. Diakhir kegiatan ini, dihasilkan draf Pra Raperda SKP yang akan diusulkan ke dalam Prolegda Propinsi Kalimantan Timur.

Tahap penyusunan draf dokumen dan persiapan legal drafting

Finalisasi penyusunan dokumen SKP dilakukan dengan cara penyusunan draf dokumen SKP Kalimantan Timur (naskah akademik). Selanjutnya naskah akademik yang telah disusun dan dibahas penyempurnaannya secara bersama-sama oleh Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Timur akan diusulkan untuk penyusunan *Legal Drafting* Pra Raperda SKP Kalimantan Timur sebagai payung hukum. *Legal Drafting* mengenai SKP Kalimantan Timur ini nantinya menjadi suatu usulan DPRD untuk disahkan sebagai produk hukum di bidang kesehatan di Propinsi Kalimantan Timur yang akan memayungi Raperda Mutu Pelayanan Kesehatan dan Raperda Sistem Pembiayaan Kesehatan.

Restrukturisasi organisasi Dinas Kesehatan Propinsi

Draf dokumen SKP diikuti dengan penyusunan struktur organisasi Dinas Kesehatan Kalimantan Timur sesuai dengan PP No.41/2007. Kegiatan restrukturisasi organisasi tidak ubahnya sebagai kegiatan penelitian yang menggunakan konsep teori sebagai dasar dan desain serta rancangan operasional yang sesuai. Desain dan rancangan yang dipergunakan menggali berbagai informasi, baik yang bersifat dinamis maupun statis, untuk dipergunakan sebagai bahan kajian.

Konsep teoritis yang dipergunakan sebagai dasar dikonfirmasi dengan berbagai fakta di lapangan, yang merupakan desain bersifat *confirmatory*. Data yang terkumpul berupa data kualitatif, sehingga metode kualitatif mendominasi kegiatan pengumpulan dan analisis data. Sumber informasi utama adalah *stakeholder* kunci dinas kesehatan dan operator utama dinas kesehatan. Sumber informasi berubah sesuai dengan kondisi dan situasi di lapangan. Walaupun demikian, analisis *stakeholder* dilakukan sejak awal kegiatan untuk memastikan identifikasi *stakeholder* kunci. Selain itu, berbagai dokumen pendukung dan regulasi lokal akan menjadi bagian dari informasi dalam kegiatan ini. Berbagai perda, instruksi dan keputusan-keputusan lokal akan menjadi bagian dari informasi pendukung. Selain itu, regulasi nasional yang relevan juga menjadi *frame* informasi, yang juga penting untuk dipergunakan sebagai referensi kajian.

Pengumpulan data dilakukan melalui kegiatan wawancara, *focus group discussion* (FGD) dan observasi di lapangan. Wawancara perorangan dilakukan untuk *stakeholder* kunci, dimana informasi yang

akan digali berupa persepsi terhadap peran dan tanggungjawab dinas kesehatan saat ini (*existing*), harapan terhadap visi dan misi dinas kesehatan dan *gap* yang terjadi antara harapan tersebut dengan fungsi nyata saat ini. Instrumen yang dipergunakan berupa panduan wawancara, panduan FGD dan panduan observasi, baik untuk observasi dokumen maupun observasi kegiatan. Melalui serial diskusi dan *workshop*, serta wawancara dengan tokoh di pemerintahan Kalimantan Timur, didapatkan fenomena yang menarik untuk dicermati.

Semua *informan* yang memberikan pendapat mengenai konsep struktur organisasi dinas kesehatan sepakat bahwa peraturan adalah dasar utama untuk melakukan restrukturisasi organisasi. Sebagai birokrat dalam sistem pemerintahan maka implementasi sebuah peraturan adalah suatu keharusan. Para *informan* mulai dari tataran suprasistem, yang diwakili oleh asisten gubernur, tidak terdeteksi adanya keraguan untuk melakukan restrukturisasi. Walaupun proses ini akan membawa dampak, teknis dan politis, namun para pejabat suprasistem telah memiliki strategi pengamanan yang sistematis dengan memanfaatkan kondisi Propinsi Kalimantan Timur yang kaya akan sumber daya. Konsekuensi lain yang terkait dengan pembiayaan, SDM dan tata hubungan telah dipahami sebagai bagian dari proses perbaikan sistem, tidak hanya sistem kesehatan tetapi juga sistem tata pemerintahan di Kalimantan Timur. Pada tataran Biro Organisasi, proses restrukturisasi adalah suatu keharusan pasca penerbitan PP No.38/2007 dan PP No.41/2007.

Hasil kegiatan proses strukturalisasi menunjukkan beberapa versi Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Timur. Versi yang dihasilkan mulai dari versi dengan analisis adaptasi dari perubahan struktur lama sampai ke versi radikal. Pertimbangan untuk versi yang secara radikal berubah yaitu melihat fungsi regulasi sebagai prioritas, ternyata disadari tidak sinkron dengan struktur Departemen Kesehatan. Oleh karena itu, Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Timur merancang struktur yang mengakomodir PP No.38/2007 dan memperbanyak UPT seperti Jamkesda, SIK dan *surveilans*. Hal ini masih menjadi pembahasan utama di jajaran Pemda Propinsi Kalimantan Timur”.

Kasus 2: Pengembangan sistem kesehatan di Propinsi NTT

Propinsi NTT merupakan propinsi kemampuan fiskal daerahnya rendah. Sejak dahulu, Propinsi NTT mempunyai tradisi dibantu oleh banyak bantuan asing. Walaupun demikian, keadaan status kesehatan masyarakat masih tetap tidak terlalu menggembirakan. Untuk mengembangkan status kesehatan masyarakat, dilakukan Program Penguatan Manajemen Sektor Kesehatan Menyeluruh (*sector-wide management/ SwiM*) di Propinsi NTT dan Nusa Tenggara Barat (NTB) di era desentralisasi. Program ini didukung oleh *Indonesian-German Health Sector Support Programme* (HSSP) dari berbagai organisasi Jerman (GTZ/DFID, KfW/EPOS and GTZ/EPOS/EVAPLAN)

Seperti yang dinyatakan dalam pertemuan di Bali³⁸, kesempatan dan tantangan-tantangan yang muncul akibat pembangunan sektor kesehatan Indonesia yang dinamis dapat menghasilkan efisiensi yang lebih besar apabila dilakukan melalui kerja sama erat dan penyesuaian dari mitra-mitra. Hal ini penting karena Propinsi NTT banyak mitra yang bergerak di sana. Di pihak Pemda Propinsi NTT dan mitra selalu ada keinginan untuk melakukan pendekatan yang lebih holistik dalam bentuk dukungan sektor menyeluruh (*sector wide support*) dan usaha menciptakan sinergisme dengan para mitra dalam berbagai kerangka kebijakan dan pedoman nasional yang berlaku.

Secara lebih fokus, pernyataan maupun tindakan yang diambil oleh para pengambil kebijakan kunci di Indonesia mengindikasikan adanya komitmen yang semakin tinggi untuk menerapkan manajemen yang lebih terpadu terhadap upaya mitra nasional dan internasional melalui manajemen sektor menyeluruh (*SwiM*). Hal ini didukung oleh paradigma baru dalam pembangunan internasional yaitu peningkatan kepemilikan, *alignment* (penyesuaian), harmonisasi, pengelolaan demi hasil (*managing for results*) dan akuntabilitas bersama pembangunan dalam semangat *Paris Declaration on Aid Effectiveness* bulan Maret 2005 dan persetujuan-persetujuan internasional terkait.

Dengan bantuan GTZ, pemerintah Propinsi NTT melakukan kegiatan penguatan sistem manajemen secara terpadu dengan berbagai

³⁸ Stefanus dan Amur. (2007). Penguatan Manajemen Sektor Kesehatan Menyeluruh (Sector-Wide Management) di Propinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) dan Nusa Tenggara Barat (NTB) di Era Desentralisasi.

strategi. Pertama, untuk mengurangi potensi tumpang tindih dan kesenjangan dalam penyediaan layanan, pemerintah Indonesia berupaya menangani tantangan-tantangan ini dalam berbagai rencana dan inisiatif strategis. Sebagai contoh, di tingkat propinsi dan kabupaten di Propinsi NTT, para mitra mengkoordinasikan dukungan multimitra dengan memanfaatkan *master plan* yang baru dikembangkan dan kerangka *monitoring* yang terkait.

Hal mendasar dalam konteks ini adalah kesesuaian badan eksternal dengan siklus perencanaan dan penganggaran NTT. Kedua, kerja sama teknis Jerman (GTZ) telah memberikan dukungan pada berbagai tingkatan dalam sistem kesehatan Indonesia (kabupaten, propinsi dan pusat) selama beberapa tahun. Hal ini memungkinkan portofolio kelompok dukungan ini untuk menjembatani kesenjangan pengetahuan dan informasi untuk memperkuat upaya perencanaan, penganggaran, implementasi, *monitoring* dan evaluasi terpadu. Ketiga, GTZ juga memanfaatkan pengalaman internasional bertahun-tahun dalam pendekatan sektor kesehatan menyeluruh (*sector wide approaches* atau *SwAp*) misalnya di Bangladesh dan Tanzania. Namun demikian, untuk pelaksanaan di Indonesia menggunakan versi manajemen sektor menyeluruh yang lebih sederhana karena luas dan keragaman keadaan di Indonesia serta sedikitnya kontribusi finansial dari luar untuk bidang kesehatan.

Di samping itu, ada berbagai alasan yang mendukung upaya menuju harmonisasi dan penyesuaian bidang kesehatan yang lebih baik karena ada berbagai hal, yaitu ada kelemahan dalam kapasitas kelembagaan di Indonesia untuk mengembangkan dan melaksanakan

strategi pembangunan nasional yang berorientasi hasil; kegagalan memperoleh prediksi keuangan untuk kesehatan jangka panjang; pendelegasian tugas yang tidak memadai kepada staf pelaksana lapangan; kurangnya insentif yang diberikan bagi petugas pelayanan kesehatan yang efektif kurang integrasi program dukungan internasional untuk kesehatan dengan agenda pembangunan Indonesia yang lebih luas.

Untuk mengurangi potensi tumpang-tindih dan kesenjangan dalam penyediaan layanan, pemerintah Indonesia berupaya menangani tantangan-tantangan ini dalam berbagai rencana dan inisiatif strategis. Sebagai contoh, di tingkat propinsi dan kabupaten di Propinsi NTT, para mitra mengkoordinasikan dukungan multimitra dengan memanfaatkan *master plan* yang baru dikembangkan

Dengan latar belakang seperti di atas, upaya GTZ di Propinsi NTT, NTB dan Departemen Kesehatan untuk mencapai efektivitas yang lebih baik dengan mendukung harmonisasi dan penyesuaian mitra sesuai dengan *Paris Declaration*, mulai menunjukkan hasil. Berbagai hasil yang dapat digambarkan, antara lain upaya koordinasi seperti pemetaan donor yang dilakukan lembaga terkait kesehatan di tingkat pusat (BAPPENAS, Menkokesra, Departemen Kesehatan, BKKBN) maupun di tingkat propinsi (BAPPEDA, dinas kesehatan, BKKBN) telah mendapatkan momentum selama beberapa tahun terakhir. Di Propinsi NTT, pertemuan koordinasi dan mekanisme pertukaran informasi regular di antara *stakeholder* utama bidang kesehatan (misal dinas kesehatan, BKKBN, BAPPEDA, *Joint Health Council*, rumahsakit, lembaga pelatihan, lembaga PBB, mitra

pemerintah dan non-pemerintah) sudah dilaksanakan dan dipromosikan oleh lembaga di tingkat propinsi (dinas kesehatan dan BAPPEDA).

Rencana strategis dan rencana tahunan propinsi dan kabupaten, kerangka *master plan* dan semua upaya dukungan nasional serta internasional di Propinsi NTT telah tersusun dan digunakan sebagai referensi kunci dan koridor bagi perencanaan terpadu di kedua propinsi. Di masa depan mitra kesehatan Indonesia dan internasional di Propinsi NTT sedang dalam proses penandatanganan sebuah “*expression of intent*” untuk lebih memperkuat proses koordinasi sektor menyeluruh di kedua propinsi. Perencanaan, penganggaran, implementasi, *monitoring* dan evaluasi terpadu terhadap kegiatan-kegiatan yang dilakukan telah mulai dilakukan dalam kerangka hukum Indonesia dengan didukung oleh Departemen Kesehatan/UI, GTZ/KfW, DFID, AUSAID dan Unicef di tingkat nasional dan daerah (Propinsi NTT dan Propinsi NTB); dan beberapa misi penyusunan program, *monitoring* dan evaluasi bersama yang melibatkan Departemen Kesehatan, GTZ/KfW, DFID, AusAID dan Unicef telah dilakukan di kedua propinsi dalam dua tahun terakhir ini.

Kasus 3: Transformasi Dinas Kesehatan Kota Yogya untuk menjadi regulator kesehatan yang baik

Kota Yogyakarta mengalami pertumbuhan yang sangat pesat. Perkembangan jumlah dan jenis pelayanan kesehatan menimbulkan konsekuensi dalam hal persaingan antar lembaga dan masalah mutu pelayanan. Selain itu, dengan timbulnya kesadaran masyarakat akan haknya untuk memperoleh pelayanan kesehatan menuntut transparansi

dalam hak mutu. Dalam konteks mutu pelayanan, aspek perizinan menjadi hal penting yang ternyata belum banyak dipatuhi oleh lembaga dan tenaga kesehatan. Data sarana pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan dapat dilihat pada Tabel 2.1.2. belum semua sarana dan tenaga kesehatan sudah berizin.

Tabel 2.1.2 Data Sarana dan Tenaga Pelayanan Kesehatan (Tahun 2005)

| Jenis Sarana Kesehatan | Jumlah | Yang Sudah Berizin | Keterangan |
|-------------------------------|---------------|---------------------------|--------------------|
| RS Umum | 7 | 7 | |
| RS Khusus | 8 | 8 | |
| Balai Pengobatan | 27 | 24 | |
| BKIA | 5 | 5 | |
| Rumah Bersalin | 13 | 10 | 3 belum berizin |
| Praktik Berkelompok | 5 | 5 | |
| Laboratorium Klinik | 7 | 7 | |
| Apotek | 113 | 113 | |
| Toko Obat | 40 | 40 | |
| <i>Pest</i> Kontrol | 2 | 2 | |
| Optik | 28 | 12 | 16 belum berizin |
| Dokter Umum | 118 | 98 | 20 belum berizin |
| Dokter Gigi | 254 | 182 | 72 belum berizin |
| Dokter Spesialis | 69 | 25 | 44 belum berizin |
| Bidan | 109 | 54 | 55 belum terdaftar |

Sebagian besar regulasi perizinan yang ada saat ini belum berjalan efektif, banyak penyimpangan yang terjadi setelah dinas kesehatan mengeluarkan izin operasional. Contoh-contoh penyimpangan yang ditemui sebagai berikut: tenaga kesehatan dan sarana menyelenggarakan praktik tanpa izin, tenaga kesehatan dan

sarana menyelenggarakan praktik belum menggunakan peralatan sesuai standar, tenaga kesehatan menjalankan praktik tidak sesuai dengan kewenangan (dokter, perawat, bidan), tidak melakukan pengelolaan limbah secara baik dan benar, *hygiene* sanitasi kurang, dan belum dapat menjamin keamanan dan keselamatan pasien.

Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta menganggap penting pengembangan peran perizinan sarana pelayanan kesehatan mengingat banyaknya sarana serta permasalahan-permasalahan yang dihadapi. Peran perizinan dinas kesehatan ini perlu ditingkatkan dalam konteks fungsi regulasi pemerintah. Aktivitas regulasi bertujuan untuk mencapai perbaikan mutu yang berkelanjutan sehingga dapat memberikan pelayanan yang aman. Tugas pemerintah dalam hal pelayanan kesehatan tidak hanya terbatas pada mengusahakan supaya pelayanan kesehatan menjadi tersedia tetapi lebih jauh harus mampu menjaga agar pelayanan tersebut dapat berfungsi dengan baik.

Peran dalam meregulasi pelayanan sangat dipicu dengan semakin maraknya sektor swasta sebagai penyedia pelayanan kesehatan, mulai dari praktik mandiri, berkelompok, laboratorium, apotek, klinik, balai pengobatan, BKIA, rumah bersalin hingga rumahsakit. Faktor ini semakin mendorong pemerintah untuk segera bergerak dari peran sebagai penyedia pelayanan (dengan konsekuensi berkompetisi dengan swasta), berubah menjadi peran sebagai regulator pelayanan dengan konsekuensi meregulasi penyedia pelayanan pemerintah dan swasta. Tujuan kegiatan penguatan peran regulasi di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta adalah: (1) mencapai perbaikan mutu yang berkelanjutan sehingga dapat memberikan

pelayanan yang aman kepada masyarakat; (2) pengendalian, pengawasan dan tertib administrasi, serta perlindungan kepada masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Dengan kerangka kerja sama dinas kesehatan propinsi dan FK UGM dalam PHP-1, dirancang desain untuk mewedahi peran regulasi ke dalam struktur kelembagaan dinas kesehatan yang baru. Dalam hal ini peran dinas kesehatan sebagai regulator pelayanan kesehatan ditingkatkan. Tanggal 15 November 2005 ditetapkan Perda No.11/2005 tentang Pembentukan Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan. Dalam struktur kelembagaan baru tersebut ada bidang yang mewedahi peran dan fungsi regulasi yaitu Bidang Regulasi dan SDM. Dengan terbentuknya bidang tersebut alokasi SDM dan anggaran pemda untuk fungsi regulasi mendapat dasar yang kuat.

Pengembangan peran perizinan sarana pelayanan kesehatan di Kota Yogyakarta yang dilakukan pada tahun 2005 mempunyai beberapa fase. Fase pertama adalah diagnosis dengan kegiatan-kegiatan: identifikasi SDM dan tupoksi di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, identifikasi standar dan pedoman berkaitan dengan regulasi sarana pelayanan kesehatan, identifikasi produk hukum yang ada, pendataan jumlah sarana pelayanan kesehatan di Kota Yogyakarta, identifikasi pembiayaan yang tersedia untuk peran regulasi, eksplorasi persepsi mengenai peran regulasi dan kebutuhan pengembangannya, dan formulasi masalah dan intervensi yang akan dilakukan.

Selanjutnya dilakukan fase intervensi (fase kedua) dengan kegiatan: (1) menetapkan model implementasi peran regulasi, (2)

melakukan pelatihan bagi SDM yang akan menjadi *surveyor*; (3) mengidentifikasi kebutuhan akan perda; (4) merencanakan struktur kelembagaan di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta.

Fase ketiga adalah pelaksanaan. Secara umum aktivitas regulasi pelayanan kesehatan dapat dilihat dari berbagai kegiatan yaitu: lisensi, sertifikasi, dan akreditasi. Lisensi adalah suatu proses pemberian izin oleh pemerintah kepada praktisi individual atau lembaga pelayanan kesehatan untuk melaksanakan atau terlibat dalam suatu profesi/pekerjaan yang bersifat wajib. Lisensi diberikan kepada individu maupun sarana pelayanan kesehatan setelah memenuhi persyaratan administrasi dan teknis (sebagai standar minimal). Akreditasi adalah suatu proses pemberian dan pengakuan yang dilakukan oleh badan yang diakui (biasanya non pemerintah) yang menyatakan bahwa lembaga pelayanan kesehatan telah memenuhi standar yang optimal telah ditetapkan dan dipublikasikan (sifat sukarela) yang diterapkan pada lembaga. Pelaksanaan akreditasi di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta baru sebatas untuk penilaian angka kredit bagi pejabat fungsional.

Sertifikasi adalah suatu proses evaluasi dan pengakuan oleh pemerintah ataupun LSM bahwa seseorang atau sebuah lembaga telah memenuhi kriteria atau persyaratan tertentu sifatnya sukarela dan dapat ditetapkan pada lembaga atau individu. Sertifikasi dalam hal ini yang dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta adalah sertifikasi produk industri rumah tangga pangan.

Berdasarkan *monitoring* yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta pada tahun 2006-2007 terdapat permasalahan-

permasalahan sebagai berikut. Ditemukan berbagai pelanggaran oleh dokter, antara lain: praktik tanpa izin/SIP, praktik dengan menggunakan nama, SIP dan fasilitas dokter lain, dokter praktik *dispensing* obat, dan dokter bertindak sebagai penyalur obat. Pelanggaran serupa terjadi di perawat dan bidan dimana terdapat praktik tidak sesuai kewenangan, bahkan *dispensing* obat, dan praktik di tempat yang lebih dari yang ditentukan. Dalam kelompok pengobat tradisional ditemukan: praktik keliling, melakukan tindakan teknis medis, praktik tidak terdaftar, indikator keberhasilan pengobatan hanya mengandalkan testimoni/*words of mouth* saja, belum semua mempunyai izin/terdaftar, menggunakan gelar-gelar yang tanpa melalui jenjang pendidikan dari sarana pendidikan yang terakreditasi.

Dalam pengamatan terhadap apotek terlihat bahwa apotek buka namun tidak ada tenaga farmasis; apoteker tidak pernah membuat *medication record*. Di toko obat ditemukan asisten apoteker sebagai penanggung jawab tidak pernah ada di tempat, menjual obat yang belum/tidak teregister serta tidak membuat register obat. Industri rumah tangga pangan terdapat berbagai produsen yang belum memenuhi standar mutu pangan. Di samping itu, sanitasi pekerja masih kurang.

Dalam pengembangan berikutnya, perlu penegakan hukum (*law enforcement*) dengan menyusun Perda Izin Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Kota Yogyakarta. Draf Raperda tersebut saat ini diajukan ke rapat paripurna dewan dan akhir tahun 2007 akan ditetapkan. Pada pertengahan tahun 2008 sudah menjadi perda. Di samping itu, dilakukan kegiatan menyusun standar mutu institusi

pelayanan kesehatan yang akan dituangkan ke dalam Peraturan Walikota Yogyakarta. Kegiatan lain adalah menyusun instrumen *monitoring* dalam bentuk *software*.

Sebagai implementasi dari perda tersebut, tahun 2008 dipersiapkan untuk melatih tim *monitoring* dan pembina mutu pelayanan kesehatan yang terdiri dari Satuan Kerja Perangkat Daerah terkait (dinas perizinan, dinas ketertiban, dinas lingkungan hidup, dinas perindustrian perdagangan dan koperasi, Departemen Agama, kejaksaan, kepolisian), dinas kesehatan, organisasi profesi untuk menjadi *surveyor*. Untuk mengoptimalkan pelaksanaan regulasi pelayanan kesehatan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta bekerja sama dengan Badan Mutu Pelayanan Kesehatan Propinsi DIY, sebagai bagian dari SKP. Dengan pengembangan peran regulasi pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta diharapkan penyelenggara pelayanan kesehatan dapat memberikan pelayanan yang bermutu dan aman kepada masyarakat serta peran dinas kesehatan sebagai regulator dapat berjalan secara optimal.

Pembahasan

Kasus di Kalimantan Timur, NTT, dan Kota Yogyakarta ini menarik untuk dibahas dalam konteks desentralisasi. Pembahasan dilakukan dari perspektif: regulator dan operator, swasta dan masyarakat, integrasi pusat dan daerah, pendekatan perubahan sistem secara *top down*, peran konsultan, dan peran donor.

Sistem yang memisahkan regulator dan operator

Dari segi isi ada beberapa hal yang menarik. Usaha meningkatkan status kesehatan tidak hanya urusan pemerintah khususnya dinas kesehatan. Berbagai lembaga pemerintah lain (dinas-dinas dan badan), peran swasta dan masyarakat merupakan hal penting. Dalam konteks PP No.38/2007 dan PP No.41/2007, ditekankan bahwa peran dinas kesehatan harus mengkoordinasi berbagai pelaku dalam sektor kesehatan. Desentralisasi kesehatan secara prinsip menyerahkan urusan kesehatan ke pemda. Dalam hal ini dinas di pemda menjadi lembaga tertinggi yang mengurus suatu sektor yang diserahkan ke daerah. Dalam hal ini Propinsi Kalimantan Timur menggunakan PP No.41/2007 sebagai basis untuk dinas yang merupakan lembaga pemerintah yang utamanya menjadi pengatur aspek teknis di wilayah kerjanya.

Isi pengembangan sistem kesehatan di Propinsi Kalimantan Timur dan Kota Yogyakarta dilakukan dengan mengacu pada draf PP No.38/2007 dan PP No.41/2007. Selama beberapa tahun sebelum diundangkan di bulan Juli 2007, berbagai kegiatan inovatif dilakukan oleh berbagai pihak untuk mendorong dinas kesehatan menjadi lembaga yang semakin kuat fungsinya sebagai penyusun kebijakan dan regulator. Hal ini selaras dengan apa yang dinyatakan Kovner³⁹, bahwa peran pemerintah ada tiga, yaitu (1) regulator; (2) pemberi dana; dan (3) pelaksana kegiatan. Peran sebagai pelaksana dan pemberi dana jelas dapat diartikan. Sementara itu, peran sebagai

³⁹ Kovner A.R. (1995). *Health Care Delivery in The United States*. Springer Publishing, New York.

regulator sering belum menjadi perhatian. Peran sebagai regulator dan penetap kebijakan pelayanan kesehatan secara nasional seharusnya dilakukan oleh Departemen Kesehatan di pemerintah pusat untuk sistem kesehatan di Indonesia yang didesentralisasikan ke daerah. Kasus di Propinsi Kalimantan Timur dan Kota Yogyakarta menekankan mengenai fungsi regulasi ini.

Dalam pengembangan sistem kesehatan, rumahsakit pemerintah diharapkan menjadi semakin ke arah lembaga nonbirokrat (dalam arti lembaga usaha yang memberikan pelayanan publik). Pihak swasta dan masyarakat diharapkan lebih berperan dalam pembiayaan dan pelaksanaannya. Perubahan-perubahan ini perlu diambil makna konseptualnya. Salah satu konsep penting adalah *good governance* yang berdasarkan pemahaman dari *United Nations Development Programme* (UNDP) adalah:

“The exercise of economic, political and administrative authority to manage a country’s affairs at all levels. It comprises the mechanisms, processes and institutions through which citizens and groups articulate their interests, exercise their legal rights, meet their obligations and mediate their differences...”

Prinsip *governance* ditekankan dalam PP No.38/2007 yang dicoba di Kalimantan Timur dan Kota Yogyakarta. Sebagaimana diketahui PP No.38/2007 menyatakan hal-hal baru tentang perizinan rumahsakit. Dalam hal ini, rumahsakit pemerintah dinilai sebagai lembaga pelayanan yang harus mempunyai izin dari pemerintah. Rumah sakit pemerintah disetarakan dengan swasta yang harus mempunyai izin. Dalam PP No.38/2007, urusan pemerintah kabupaten

adalah: (1) Pemberian rekomendasi izin sarana kesehatan tertentu yang diberikan oleh pemerintah dan propinsi; (2) Pemberian izin sarana kesehatan meliputi rumahsakit pemerintah Kelas C, Kelas D, rumahsakit swasta yang setara, praktik berkelompok, klinik umum/spesialis, rumah bersalin klinik dokter keluarga/dokter gigi keluarga, kedokteran komplementer, dan pengobatan tradisional, serta sarana penunjang yang setara.

Urusan pemerintah propinsi adalah: (1) pemberian rekomendasi izin sarana kesehatan tertentu yang diberikan oleh pemerintah; dan (2) pemberian izin sarana kesehatan meliputi rumahsakit pemerintah Kelas B non-pendidikan, rumahsakit khusus, rumahsakit swasta serta sarana kesehatan penunjang yang setara. Sementara itu urusan pemerintah (pusat) adalah pemberian izin sarana kesehatan tertentu.

Gambaran aplikasi aturan tersebut: perizinan RSUP Prof. Dr. Sardjito sebagai rumahsakit pemerintah yang diatur oleh PP No.38/2007 diberikan oleh pemerintah (pusat). Namun dengan asas akuntabilitas dan efisien, rumahsakit ini harus memintakan rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman dan Dinas Kesehatan Propinsi DIY. Logika peraturan ini adalah kegagalan sistem limbah misalnya, yang terkena dampaknya adalah masyarakat kota Kabupaten Sleman, Kota Yogyakarta dan Propinsi DIY, bukan warga Ibukota DKI Jakarta (di sekitar pemerintah pusat). Dengan adanya fungsi pengawasan rumahsakit yang baru, maka diharapkan struktur Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman berubah, juga di Dinas

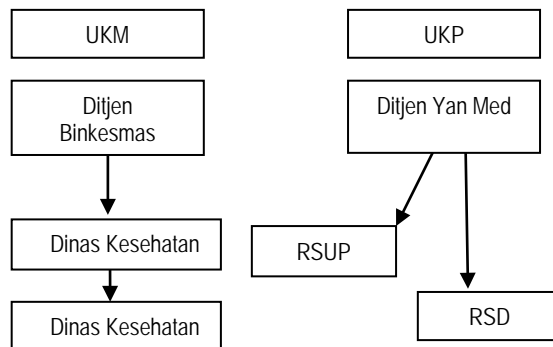
Kesehatan Propinsi dan Departemen Kesehatan. Dengan demikian, ada harmonisasi fungsi dan struktur.

Untuk itu, salah satu makna PP No.38/2007 adalah adanya pemisahan fungsi pemerintah sebagai regulator dan operator rumahsakit. Di daerah jelas bahwa rumahsakit pemerintah bukan lagi bersifat sebagai UPT dinas, namun merupakan lembaga pelaksana (operator) yang terpisah dari dinas (UU No.32/2004, UU No.1/2005 tentang BLU, PP No.41/2007). Di daerah, PP No.41/2007 sebagai turunan dari UU No.32/2004 tegas menyatakan bahwa RSD bukan bagian dari perumpunan kedinasan (PP No.41/2007 Pasal 22). Rumahsakit daerah mengalami proses yang disebut korporatisasi (Lihat Bab 2.4), sementara dinas kesehatan diharapkan mengalami proses pematapan sebagai regulator. Dengan demikian di masa depan, PP No.41/2007 memberikan arah jelas kepada hubungan dinas kesehatan dan rumahsakit pemerintah berdasarkan asas *good governance*.

Prinsip pemisahan operator dari regulator menjadi bagian penting dari *governance* pemerintah dan masyarakat sipil. Ada beberapa tonggak penting yang dapat dipelajari: Kasus Departemen Keuangan. BUMN dipisah menjadi Kementerian BUMN; kasus Departemen Perhubungan dengan operator penerbangan, sampai ke urusan sepakbola dimana PSSI menjadi regulator dan *enforcement agency*. Dengan berubahnya rumahsakit pemerintah pusat menjadi BLU pusat, memang sebaiknya ada perubahan DitJen Bina Pelayanan Medik. Rumahsakit pemerintah pusat berubah menjadi operator-operator rumahsakit yang perlakuannya sama dengan rumahsakit

swasta, rumahsakit pemda dan rumahsakit militer. Hal ini dinyatakan tegas dalam PP No.38/2007. Sementara itu sebaiknya Departemen Kesehatan mempunyai kelompok organisasi yang menjadi regulator dan penetap kebijakan.

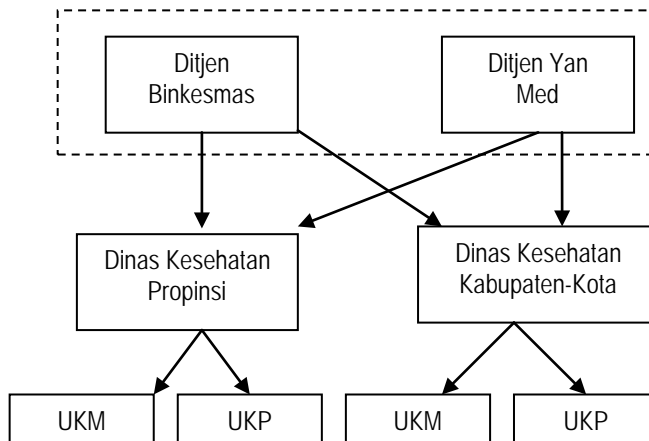
Dalam Gambar 2.1.1 terlihat perubahan yang dilihat dalam konteks hubungan antara pusat, propinsi, dan kabupaten khususnya antara dinas kesehatan dengan rumahsakit, termasuk rumahsakit pemerintah. Keadaan sebelum desentralisasi (sebelum PP No.38/2007 UKP melalui Ditjen Binkesmas dan Ditjen Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan. Dengan adanya PP No.25/2000 dan UU No.32/2004 bahwa rumahsakit dapat berbentuk badan di luar Dinas Kesehatan, terjadi pemisahan antara rumahsakit dan dinas kesehatan. Akibatnya di daerah seolah ada dua kelompok berbeda: rumahsakit dan dinas kesehatan.



Gambar 2.1.1 Suasana Sebelum Desentralisasi

Keadaan yang diharapkan PP No.38/2007 dan PP No.41/2007 adalah dinas kesehatan menjadi pelaku sentral untuk pengawas, pembinaan, pelaksanaan, pembiayaanUKM dan UKP. Rumahsakit sebagai pemberi UKP merupakan lembaga yang harus diawasi dan

membutuhkan perizinan, termasuk rumahsakit pemerintah. Ditjen Binkesmas dan Ditjen Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan diharapkan lebih terpadu kebijaksanaannya. Diharapkan pula di level pusat ada penggabungan kedua Ditjen dan ada unit baru yang mengurus rumahsakit-rumahsakit sebagai operator.



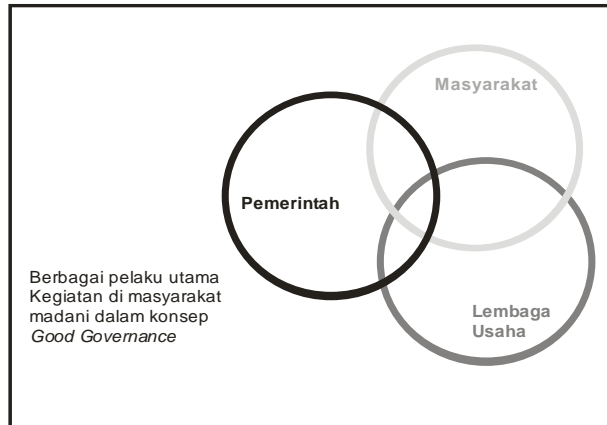
Gambar 2.1.2 Harapan Setelah PP No. 38/2007 dan PP No. 41/2007 Dijalankan

Pertanyaan penting di sini apakah Dinas Kesehatan Kalimantan Timur dan Kota Yogyakarta mampu ke arah ini. Proses sejarah akan membuktikan nantinya.

Peran serta swasta dan masyarakat

Dalam konteks *governance*, berbagai komponen di sektor kesehatan dapat digambarkan seperti yang ada di Gambar 2.1.3. Dalam Gambar tersebut terlihat peranan kelompok usaha (swasta dan milik pemerintah seperti BUMN/BUMD, BLU) dan masyarakat.

Kelompok-kelompok ini sering diabaikan dalam penyusunan sistem kesehatan.



Gambar 2.1.3 Konsep Struktur Good Governance

Dalam penyelenggaraan sistem kesehatan tidak terlepas dari peranan pihak swasta. Mengutip dalam makalah "*Indonesia Policy Briefs*"- Ide-Ide Program 100 Hari, disebutkan salah satu poin dalam langkah prioritas dalam meningkatkan keadaan kesehatan adalah "Memperkenalkan Peran Pihak Swasta dalam Dunia Kesehatan". selanjutnya dikatakan dalam makalah ini bahwa, sistem kesehatan di Indonesia banyak bergantung pada sektor swasta dan upaya untuk meningkatkan kondisi kesehatan tidak akan berhasil jika mereka tidak dilibatkan dalam proses ini. Sebagai contoh, lebih banyak orang yang menggunakan fasilitas kesehatan sektor swasta untuk pelayanan kesehatan yang penting dibandingkan fasilitas kesehatan pemerintah, seperti ketika bersalin (kelahiran), anak menderita diare, infeksi pernapasan akut. Kecenderungan ini terlihat semakin meningkat, bahkan kecenderungan ini terjadi pula pada perilaku kaum miskin.

Dengan ketergantungan terhadap pelayanan kesehatan pihak swasta, diharapkan Departemen Kesehatan dan dinas kesehatan dapat melindungi pengguna jasa kesehatan tersebut dengan menjamin kualitas dan akuntabilitas melalui intervensi di sisi permintaan (seperti dengan pemberian kupon kesehatan untuk orang miskin dan asuransi kesehatan) dan melalui regulasi maupun lisensi kesehatan.

Dalam konteks partisipasi masyarakat dan swasta, peran swasta dan masyarakat selama ini belum dikelola dengan baik oleh Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Timur. Namun penyusunan SKP Kalimantan Timur berusaha menggali peran swasta dan masyarakat seluas-luasnya. Untuk kerja sama dengan pihak swasta, Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Timur menyatakan saat ini sudah ada CSR. Contoh saat ini adalah Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Timur bekerja sama dengan KPC, sebuah perusahaan tambang batubara. Pembelajaran dari Kalimantan Timur adalah di dalam struktur organisasi dinas kesehatan akan ada satu sub bidang yang dapat mengelola dana CSR yang ada.

Di samping pihak swasta, SKP Kalimantan Timur diharapkan bekerja sama dengan lintas sektor di pemerintah. Hal ini ditekankan seorang ahli pemerintahan daerah⁴⁰. Ada beberapa fungsi untuk harmonisasi, yaitu: fungsi yang sifatnya koordinator keuangan dipegang Setda, biro keuangan; fungsi yang sifatnya koordinator perencanaan dilakukan oleh Bappeda, dinas kesehatan, badan dan kantor; fungsi yang sifatnya koordinator penyelenggaraan oleh dinas

⁴⁰ Nugroho, Adam. LGSP (2007). Struktur Organisasi untuk Harmonisasi Fungsi Departemen Kesehatan dengan Dinas Kesehatan Propinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Dalam Era PP No 38/2007 dan PP No.41/2007. Reportase Kegiatan Semiloka Tanggal 25 Oktober 2007 di Hotel Santika Jakarta.

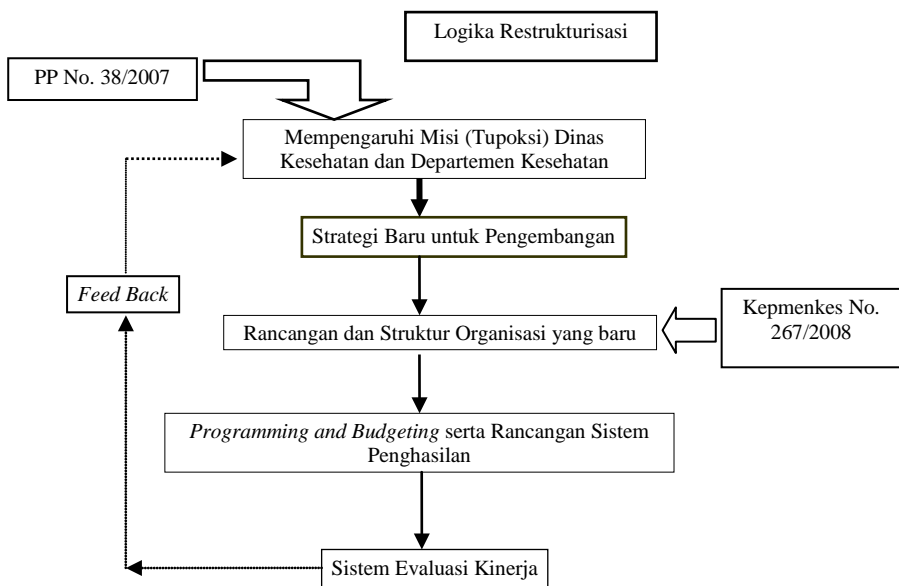
kesehatan dan lintas sektor, dan fungsi yang sifatnya teknis operasional dilakukan oleh UPT atau Lembaga Teknis Daerah (LTD). Fungsi sebagai pelayanan ada tiga yaitu pelayanan publik, pelayanan yang terkait dengan potensi di daerah, pelayanan yang terkait dengan pelayanan kesehatan dasar dan tingkat lanjutan. Perlu untuk mencermati hubungan dengan badan, kantor dan instansi lain yang terkait kesehatan, dalam konteks hukum. Di samping itu, ada kerja sama antar daerah yang diperlukan. Ada PP baru (PP No.50/2007) yang mengatur tentang kerja sama antar daerah.

Integrasi perubahan pusat dan daerah dalam konteks struktur organisasi

Pembahasan integrasi perubahan antara pusat, propinsi dan kabupaten perlu dilakukan. Hal ini penting karena ada sifat konkuren PP No.38/2007 dan PP No.41/2007. Arti konkuren di sini adalah setiap bidang urusan pemerintahan yang bersifat konkuren senantiasa terdapat bagian urusan yang menjadi kewenangan pemerintah, pemerintahan daerah propinsi, dan pemerintahan daerah kabupaten/kota.

Pembagian urusan yang dijabarkan oleh PP No.38/2007 ini, antara pemerintah pusat, propinsi dan kabupaten/kota sebagai dasar dalam restrukturisasi organisasi dinas kesehatan harus melihat fungsi dari Departemen Kesehatan dan dinas kesehatan terlebih dahulu, sehingga struktur yang disusun ini adalah "...struktur mengikuti fungsi". Ibarat membangun rumah, perlu adanya harmonisasi antara instalasi air dan listrik yang menjadi hal penting dalam perancangan

bangunan. Hal yang harus diperhatikan adalah apakah bangunan tersebut merupakan rantai satu, rantai dua, ataukah rantai tiga. Bagaimana konstruksi rumah rantai satu pasti akan berbeda dengan konstruksi rumah rantai dua. Dengan sifat konkuren ini maka fungsi pemerintah dibidang kesehatan akan dibagi habis oleh pemerintah pusat, propinsi dan kabupaten/kota sehingga diharapkan tidak ada *overlapping* atau *blank spot*. Gambar 2.1.4 menunjukkan logika restrukturisasi di lembaga kesehatan di pemda yang berasal dari perubahan PP No.38/2007 dan dipandu oleh PP No.41/2007.



Gambar 2.1.4 Logika Restrukturisasi

Dalam Gambar 2.1.4. terlihat bahwa restrukturisasi organisasi akibat adanya PP No.38/2007 seharusnya mengenai tidak hanya pemda, namun juga struktur organisasi Departemen Kesehatan. Tanpa ada perubahan struktur organisasi di Departemen Kesehatan, dapat

dibayangkan terjadi kesulitan untuk harmonisasi fungsi dan struktur. Seperti membangun bangunan 3 lantai, terjadi harmonisasi fungsi dan struktur di lantai 1 dan 2, namun struktur di lantai 3 tidak dilakukan penyesuaian.

Hal ini menjadi menarik untuk dikaji karena terjadi pengalaman sejarah dimana pada saat pelaksanaan UU No.22/1999, di daerah terjadi perubahan radikal struktur organisasi. Kanwil Departemen Kesehatan di propinsi dan Kandep di kabupaten/kota dihapuskan atau *dimerger* ke dinas kesehatan pemda. Sementara itu, struktur organisasi Departemen Kesehatan masih relatif sama dengan apa yang ada sebelum desentralisasi kesehatan.

Mengapa relatif struktur organisasi Departemen Kesehatan tidak berubah selama ini? Hal ini masih merupakan hal yang perlu dianalisis lebih lanjut (Bagian 4). Dalam hal harmonisasi fungsi ini memang terjadi apa yang disebut dilema untuk penyesuaian sistem kesehatan dan struktur organisasi lembaga-lembaganya antara pusat, propinsi, dan kabupaten/kota. Apakah struktur dinas kesehatan pemda akan mengikuti struktur Departemen Kesehatan yang mungkin sudah tidak cocok lagi dengan situasi desentralisasi kesehatan.

Menurut penjelasan Kepala Dinas Kesehatan Kalimantan Timur, analisis struktur organisasi Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Timur berdasarkan peraturan yang berlaku, fungsi, potensi, dana dan SDM yang tersedia. Di samping itu, konsep teori yang dipergunakan adalah mengoptimalkan peran pemerintah dalam konteks *good governance*.

Untuk merumuskan fungsi dan struktur yang sesuai dengan PP No.38/2007 dan PP No.41/2007 sebaiknya ada peranan pusat, propinsi dan kabupaten/kota. Departemen Kesehatan RI diharap dapat segera memberikan pedoman dan masukan bagi daerah terhadap maksud PP No.38/2007. Hal ini sesuai dengan peranan pusat adalah membuat standar dan pedoman untuk daerah. Oleh karena itu, Departemen Kesehatan berwenang untuk memfasilitasi daerah dalam penyusunan struktur organisasi dinas kesehatan seperti yang akhirnya dituangkan dalam Kepmenkes No.267/2008.

Dengan kata lain, sistem kesehatan dan struktur organisasi di Kalimantan Timur tidak akan meninggalkan apa yang digariskan Departemen Kesehatan. Pertanyaannya apakah sistem dan struktur Departemen Kesehatan saat ini sudah tepat? Ada kemungkinan sistem dan struktur di daerah mengikuti pemerintah pusat yang sudah tidak tepat lagi. Sebagai gambaran dalam SKN tidak dibahas mengenai subsistem regulasi. Di SKN juga tidak terdapat penekanan mengenai peranan swasta dan masyarakat secara bermakna. Di samping itu, pengalaman empirik menunjukkan bahwa perubahan struktur di Departemen Kesehatan masih belum mendukung adanya fakta kebijakan desentralisasi.

Dalam konteks perubahan fungsi pemerintah pusat dan propinsi, terlihat bahwa Dinas Kesehatan Kalimantan Timur berusaha melakukan inovasi-inovasi namun diusahakan tidak melanggar apa yang ada di Departemen Kesehatan. Hal ini tercermin dari tidak dipergunakan alternatif struktur Dinas Kesehatan Kalimantan Timur yang radikal. Penggunaan struktur radikal ini dikhawatirkan

menyulitkan hubungan dengan Departemen Kesehatan. Namun dalam fungsi regulasi Propinsi Kalimantan Timur jelas tidak mengacu pada SKN yang tidak menyebutkan mengenai regulasi, namun memberi penekanan khusus seperti yang digariskan pada PP No.38/2007.

Pertanyaan: “Mungkinkah ada perubahan struktur Departemen Kesehatan agar lebih cocok dengan pelaksanaan kebijakan desentralisasi?” PP No.41/2007 hanya berlaku untuk struktur pemda, namun tidak ditujukan untuk pemerintah pusat. Sementara itu, PP No.38/2007 berlaku untuk seluruh tingkat pemerintaham, mulai dari pusat sampai kabupaten kota. Apakah mungkin struktur Departemen Kesehatan tidak berubah?

Disadari bahwa tidak mungkin struktur Departemen Kesehatan akan berubah pada tahun 2008 (jangka pendek). Di samping itu, pada tahun 2009 akan terjadi pemilihan umum legislatif dan presiden. Dengan demikian, diharapkan ada kemungkinan perubahan struktur organisasi Departemen Kesehatan di tahun 2009 atau 2010.

Kepala Biro Hukum dan Organisasi Departemen Kesehatan, Prof. Agus Purwodianto menambahkan beberapa hal yaitu: Departemen Kesehatan akan mencoba mencarikan sumber daya dan pedoman untuk restrukturisasi organisasi. Diharapkan yang utama dalam menyusun struktur organisasi ini adalah tidak keluar dari aturan hukum yang ada atau peraturan pemerintah. Kreativitas desain penyusunan struktur tidak hanya tergantung dari kebutuhan dan kreativitas dari daerah tapi lebih ditekankan pada persamaan persepsi dan potensi daerah karena di dalam potensi ada maksud tersembunyi berupa strategi. Di dalam peraturan pemerintah digariskan bahwa

untuk struktur organisasi dibatasi oleh 4 bidang dan 3 seksi. Yang perlu diotak-atik adalah semua kotak ataukah hanya dua kotak saja atau malah satu kotak.

Lebih lanjut, dari Biro Hukum mengatakan bahwa menyusun struktur tergantung visi. Dinyatakan bahwa "*Jangan berpikir bahwa struktur itu abadi dapat bertahan 25 tahun. Itu sangat kaku sekali. Tapi berpikirlah struktur itu dinamis, kalau perlu struktur dapat berubah setiap dibutuhkan perubahan*".

Hal menarik dari pengalaman Kalimantan Timur dan Kota Balikpapan ini adalah kedua daerah ini berusaha melaraskan antara propinsi dan kabupaten/kota; tupoksi diusahakan sinkronisasi. Namun, belum banyak dilakukan sinkronisasi dengan pusat.

Pendekatan *by design* (top down)

Dipandang dari model pengembangan sistem, pendekatan di Kalimantan Timur dan Kota Yogyakarta merupakan pengembangan dengan *by design*. Model pengembangan ini dapat diibaratkan sebagai membangun gedung, yang menggunakan pola cetak biru. Pola cetak biru ini menggunakan pedoman yang berlaku. Dalam hal ini beberapa pedoman yang dipergunakan, antara lain: pedoman secara konseptual, pedoman dari Departemen Teknis, dan pedoman hukum. Pedoman konseptual menggunakan konsep *good governance* dan pelaku sistem kesehatan yang berasal dari WHO dan berbagai teori pemerintahan. Pedoman teknis sedang menunggu dari Departemen Kesehatan atau minimal menggunakan model yang ada saat ini. Pedoman hukum yang

dipergunakan adalah PP No.38 /2007 dan PP No.41/2007. Diharapkan ketiga pedoman ini dapat sinergis dan tidak saling bertentangan.

Dengan menggunakan tiga pedoman tersebut memang terjadi apa yang disebut sebagai perubahan sistem dan struktur organisasi yang *top down* dari pemerintah. Apakah model *top down* ini sudah tepat? Apakah desain berdasarkan pedoman yang kompleks bisa direalisasi oleh para pelaku sektor kesehatan? Bagaimana resistensi terhadap perubahan ini? Bagaimana suasana politik di pusat dan daerah terhadap adanya pedoman-pedoman ini?

Disadari bahwa memang belum ada kepastian apakah yang diharapkan pedoman-pedoman tersebut dapat berjalan. Masih ada kemungkinan kegagalan perubahan. Dalam Bab 4 akan dibahas lebih rinci mengenai berbagai skenario di masa depan tentang pelaksanaan kebijakan desentralisasi yang merubah sistem kesehatan. Dalam skenario ada kemungkinan kegagalan perubahan.

Pertanyaan lebih lanjut adalah: apakah ada alternatif lain di luar perubahan ini? Apakah ada suatu perubahan sistem kesehatan yang *bottom up* tanpa ada pedoman dari atas. Pengalaman di tahun 2000 awal menunjukkan periode kebingungan dalam menyikapi perubahan ini di daerah. PP No.25/2000 dan PP No.8/2003 dipahami secara berbeda-beda. Akibatnya terjadi suatu situasi yang tidak mendukung untuk pembangunan kesehatan. Bukti empirik memperlihatkan bahwa tanpa adanya pedoman kuat untuk perubahan akan menimbulkan kebingungan. Pengalaman di berbagai negara menunjukkan adanya pedoman kuat dari pemerintah pusat untuk perubahan di daerah dan di pemerintah pusat sendiri.

Pengalaman salah satu proyek penting di awal desentralisasi (PHP-1) menunjukkan adanya kebingungan, bahkan di dalam proses pendampingan (konsultasi) tentang PHP-1. Di sebuah proyek lain, PHP-2, terjadi situasi yaitu proyek yang membantu pelaksanaan kebijakan desentralisasi ini tidak diteruskan. Pengalaman empirik ini sebenarnya bisa dijadikan satu pelajaran bahwa pedoman yang bersifat *top down*, namun mengakomodasi variasi daerah merupakan alternatif metode pengembangan sistem kesehatan di propinsi dan kabupaten/kota. Buku ini ditulis dalam konteks menyilahkan perubahan didukung oleh pedoman kuat oleh pemerintah pusat, namun memahami dan akan mengakomodir variasi daerah.

Peranan konsultan

Peranan konsultan pengembangan sistem merupakan hal penting. Propinsi Kalimantan Timur berusaha mengembangkan para konsultan dalam satu kesatuan yang terintegrasi. Ibarat membangun gedung besar, konsultan arsitektur harus berkoordinasi dengan konsultan konstruksi bangunan, konsultan sistem listrik, konsultan sistem air, tata ruang, sampai ke teknologi informatika.

Di dalam konteks manajemen proyek, para konsultan di Kalimantan Timur berpegangan pada prinsip manajemen proyek yang diharapkan dapat terjadi sebagai berikut. Proyek penyusunan SKP dilakukan dalam konteks *multi years* berdasar siklus kehidupan proyek. Siklus kehidupan sebuah proyek berisi berbagai langkah dasar dalam proses konsepsualisasi, perencanaan, pengembangan, dan

melaksanakan dalam kegiatan operasional untuk mendapat hasil yang dapat diukur. Gambar 2.1.5 menunjukkan siklus hidup sebuah proyek.

Sejak awal kegiatan, proyek HWS ditangani dengan pemahaman bahwa tahun 2006 dan 2007 adalah fase konseptualisasi dan perencanaan. Dalam fase konseptualisasi dibahas: kebutuhan proyek, menetapkan visi, misi, dan tujuan; memperkirakan sumber daya yaitu organisasi bersedia untuk mendukung; meyakinkan seluruh komponen organisasi tentang penting organisasi proyek; dan menetapkan personel-personel kunci. Pada fase konseptualisasi ini Propinsi Kalimantan Timur banyak menggunakan bahan pembelajaran dari Propinsi DIY dan Dinas Kota Yogyakarta yang melakukan kegiatan PHP-1. Konsultan yang dipergunakan adalah sama.

Dalam fase konsepstualisasi sebelum tahun 2006, berbagai eksperimen dan studi yang dilakukan oleh Kota Yogyakarta dan Propinsi DIY berada dalam konteks UU No.32/2004, dan draf PP No.38/2007. Hal ini terjadi karena konsultan-konsultan di Provinsi DIY menjadi anggota tim penyusun dan narasumber PP No.38/2007. Dalam hal ini terjadi suatu fase penyusunan konsep proyek yang dilakukan bersamaan dengan penyusunan draf peraturan pemerintah. Ada risiko besar. Jika isi draf peraturan pemerintah tidak keluar dalam bentuk peraturan pemerintah, maka inovasi-inovasi yang ada akan kehilangan dasar hukum kuat. Beruntung bahwa inovasi-inovasi yang dilakukan ternyata cocok dengan PP No.38 yang keluar tahun 2007. Sebagai gambaran adalah isi PP No.38/2007 mengenai perizinan rumahsakit dan penyusunan Jamkesda yang merupakan hal

kontroversial ternyata sama antara konsep yang ada di PHP-1 dan di PP No.38/2007.

Pada Fase 2 yaitu tahap perencanaan dilakukan penetapan sasaran-sasaran proyek, jadwal pelaksanaan, menguraikan tugas dan sumber daya dan menyusun tim proyek. Pada Fase 3 yaitu pelaksanaan, akan dilakukan berbagai kegiatan proyek. Di Fase 4 yaitu terminasi, memindahkan komitmen ke pemda, masyarakat, dan swasta, serta menyelesaikan proyek dengan sebaik-baiknya.

Dengan demikian, ketika proyek dirancang sudah direncanakan pula *exit strategy*-nya. Seperti yang terjadi di PHP-1 (lihat proyek PHP-1), indikator keberhasilan proyek apabila ada komitmen dari pemerintah, swasta, dan masyarakat untuk meneruskan kegiatan setelah proyek selesai dan tentunya mendanai kegiatan. Dengan model ini, maka ada ujian ke depan; Apakah Kalimantan Timur mampu melaksanakan model pengembangan sistem kesehatan yang masih berada pada fase konseptualisasi dan perencanaan ini.

Di Kalimantan Timur, dalam pertemuan pembahasan rancangan pada bulan November 2007, masalah kelanggaran kegiatan dibahas. Asisten Gubernur pada prinsipnya mempunyai komitmen untuk melaksanakan hal-hal yang dirancang pada tahun pertama. Dapat ditambahkan bahwa pola pengembangan di Kalimantan Timur menggunakan pola manajemen proyek yang berasal sejak dari masa konsepsi proyek sampai ke terminasi. Model manajemen proyek seperti ini telah diterapkan di PHP-1 dengan hasil yang positif.

Pelaksanaan proyek ini sampai selesai juga membutuhkan peranan konsultan secara berkesinambungan dalam periode proyek. Dalam hal ini hubungan antara konsultan dengan Propinsi Kalimantan Timur akan dilakukan dalam bentuk kemitraan jangka panjang. Hal ini terjadi di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta yang para konsultannya banyak berasal dari FK UGM. Dengan adanya konsultan yang dekat secara fisik maka biaya untuk konsultan menjadi relatif lebih rendah dibanding yang jauh.

Peranan donor

Hal menarik lain dari kedua propinsi pengembangan adalah bahwa donor asing/peminjam luar negeri mempunyai peranan besar. Pengembangan sistem kesehatan dan perubahan struktur organisasi Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Timur didanai oleh mekanisme pinjaman luar negeri dalam bentuk proyek HWS Bank Dunia. Sementara itu, di Propinsi NTT oleh hibah luar negeri yaitu dari pemerintah Jerman. Apakah proyek-proyek ini memang merupakan *donor driven*, yang mempunyai risiko tidak akan berkelanjutan *sustain*? Apakah inovasi-inovasi yang dikembangkan memang cocok dengan kebutuhan daerah; apakah setelah proyek selesai masih dapat berkembang?

Di Propinsi NTT, disadari ada risiko seperti itu. Tantangan proyek di Propinsi NTT antara lain: kerja sama yang tidak utuh disebabkan oleh pemain yang heterogen; potensi tumpang tindih kegiatan, *input* dan metode pemberian bantuan; potensi pertentangan atau fragmentasi dari strategi dan pendekatan berorientasi proyek;

perbedaan dalam jadwal dan jangka perencanaan dari mitra; banyak mitra kesehatan eksternal merencanakan kegiatan yang sudah pasti dan memiliki fleksibilitas yang rendah untuk disesuaikan dengan prosedur dan jadwal mitra; kekurangan transparansi di kedua pihak.

Dalam hal mengurangi risiko tersebut, GTZ menggunakan paradigma baru dalam pembangunan internasional yaitu peningkatan kepemilikan (*ownership*), *alignment* (penyesuaian), harmonisasi, pengelolaan demi hasil (*managing for results*) dan akuntabilitas pembangunan. Paradigma baru ini disusun dalam semangat *Paris Declaration on Aid Effectiveness* bulan Maret 2005.

Di Propinsi NTT strategi ke depan untuk mengatasi tantangan ini adalah untuk memperkuat kepemimpinan/bimbingan dari kementerian; pemanfaatan standar/indikator nasional seperti SPM; unit implementasi proyek/program bersama diharapkan memiliki tanggung jawab individu dan dokumentasi yang jelas; kantor bersama bagi badan bantuan internasional agar berada pada kompleks bangunan mitra; struktur komunikasi yang proaktif, transparan dan sederhana di antara *stakeholder*; *input project/program* berdasarkan minat, permintaan, dan partisipasi aktif kabupaten/propinsi; keterlibatan yang lebih awal dari pemda untuk mendapatkan dukungan politik dan keuangan; keterlibatan yang lebih besar dari lembaga-lembaga masyarakat lokal; penyebarluasan pengalaman baik di dalam satu propinsi; pertukaran informasi dan pengalaman antar propinsi; memajukan manajemen pengetahuan antar tingkat lokal, kabupaten, propinsi dan nasional; dan pengembangan kapasitas lebih lanjut dalam hal moderasi dan fasilitasi.

Penutup

SKD dipergunakan sebagai acuan dalam membuat kebijakan dan pedoman dalam melaksanakan pembangunan yang berwawasan kesehatan dengan mengembangkan kreativitas, inovasi dan kemampuan pada masing-masing daerah. SKD merupakan sistem yang dapat berinteraksi dengan sistem yang lain.

Kasus di dalam pengembangan SKP Kalimantan Timur, Kota Yogyakarta dan sistem kesehatan NTT dilaksanakan secara bertahap, komprehensif disesuaikan dengan keadaan dan kemampuan daerah serta perkembangan di luar sistem kesehatan yang diproyeksikan akan terjadi. Dengan berjalannya sistem kesehatan, diharapkan hambatan yang terjadi dalam mewujudkan cita-cita masyarakat sejahtera dapat diatasi, dan masyarakat Propinsi Kalimantan Timur, Kota Yogyakarta, dan NTT dapat hidup dengan derajat kesehatan, serta kualitas yang setinggi-tingginya. Hal-hal lainnya dilaksanakan sesuai dengan ketentuan yang terdapat dalam SKN.

Penjabaran dari sistem kesehatan yang disusun baik dalam kasus di atas terutama kasus Propinsi Kalimantan Timur dituangkan masing-masing fungsi SKP ke dalam restrukturisasi organisasi kelembagaan dinas kesehatan. Setiap fungsi diidentifikasi dan dijabarkan dalam restrukturisasi kelembagaan dinas kesehatan propinsi. Dengan demikian, diharapkan struktur yang disusun berdasarkan fungsi yang ada di dalam pengembangan SKP Kalimantan Timur. Penjabaran dari fungsi ini juga menekankan dinas kesehatan di samping sebagai operator juga sebagai regulator (pengawasan).

Identifikasi dari struktur dan penyelenggaraan sistem kesehatan secara keseluruhan terlihat siapa pelaku-pelaku yang memiliki peranan masing-masing sesuai dengan peraturan di dalam sistem (siapa yang operator dan siapa yang regulator) yang menjadi pengalaman menarik di Kota Yogyakarta. Dengan memahami peran masing-masing di dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan berbasis kasus di atas diharapkan pemda dapat mempunyai rasa memiliki sektor kesehatan. Dengan rasa memiliki ini diharapkan peningkatan status kesehatan masyarakat dapat diwujudkan secara lebih baik dibanding bila hanya bertumpu pada pemerintah pusat saja.

BAB 2.2

Inovasi Fungsi Pemerintah dalam Regulasi

Adi Utarini, Hanevi Jasri, Valentina Dwi Siswiyanti, Laksono Trisnantoro

Pengantar

Peran regulasi masih dianggap sebagai kelemahan utama dalam pelaksanaan desentralisasi kesehatan di Indonesia. Hal ini tidak mengherankan karena fungsi regulasi merupakan peran yang relatif baru bagi dinas kesehatan kabupaten/kota dan propinsi bila dibandingkan dengan peran pemerintah sebagai penyedia pelayanan atau pemberi dana. Secara akademik, literatur mengenai peran regulasi pemerintah dikaitkan dengan desentralisasi kesehatan juga masih terbatas. Di pihak lain, dari sisi akademik pun hal ini juga tidak mengherankan karena terbatasnya literatur mengenai peran regulasi pemerintah dikaitkan dengan desentralisasi kesehatan. Sebagai ilustrasi, dalam buku *Desentralisasi Sistem Kesehatan*⁴¹ yang merupakan acuan utama dalam desentralisasi kesehatan sangat sedikit membahas mengenai peran regulasi pemerintah. Trisnantoro dkk (2003)¹⁷ dalam penelitian mengenai fungsi pemerintah di empat propinsi menemukan pula bahwa fungsi regulasi merupakan peran pemerintah yang paling tidak dipahami setelah desentralisasi.

⁴¹ Mills, Anna dan Vaughan, J.Patrick et al (Editor).(2002) *Desentralisasi Sistem Kesehatan, Konsep-Konsep, Isu-Isu dan Pengalaman di Berbagai Negara*, penerjemah dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc, penyunting dr. Siswanto Agus Wilopo, M.Sc, D.Sc, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.

Dalam periode tahun 2000–2007, Departemen Kesehatan melalui PHP-1 berusaha mengembangkan fungsi regulasi seperti dinyatakan oleh Utoro⁴² dalam seminar di Bali. Secara umum PHP-1 mempunyai tujuan meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan di daerah agar mampu melaksanakan desentralisasi kesehatan secara efektif. Salah satu kegiatan PHP-1 adalah berfokus pada reformasi sistem regulasi kesehatan. Regulasi yang dikembangkan adalah regulasi untuk tenaga kesehatan dan regulasi lembaga kesehatan.

Utoro⁴² menyatakan bahwa disadari pokok permasalahan regulasi di awal era desentralisasi adalah adanya kenyataan sebelum era desentralisasi yaitu fungsi regulasi berada di pusat dan di propinsi yang dilakukan oleh Kanwil Departemen Kesehatan. Ketika Kanwil Departemen Kesehatan dihilangkan, daerah yang selama ini sebagai “pelaksana” kurang berpengalaman dan masih canggung menjalankan fungsinya sebagai “regulator”. Dalam situasi ini tugas Departemen Kesehatan adalah meningkatkan peran dinas kesehatan (propinsi/kabupaten/kota) agar mampu berperan sebagai regulator yang baik.

Kebijakan pusat dalam regulasi adalah adanya peran pemerintah pusat yang mendukung dan mendelegasikan peran regulasi ke pemda. Pemerintah pusat akan memfasilitasi daerah dalam bidang regulasi melalui komunikasi yang efektif. Pusat dan daerah diharapkan akan meningkatkan kemampuannya dalam penyusunan dan analisis kebijakan kesehatan. Di samping itu, sektor swasta akan

⁴² Utoro R. (2007). Pengalaman dalam Perizinan Tenaga dan Lembaga Pelayanan Kesehatan di PHP-1

dilibatkan dalam regulasi dengan nyata. Fungsi *stewardship* dalam kesehatan akan dijadikan sebagai elemen yang esensial dalam SKD berbasis *good governance*. Penyelenggaraan urusan wajib di daerah akan berpedoman pada SPM.

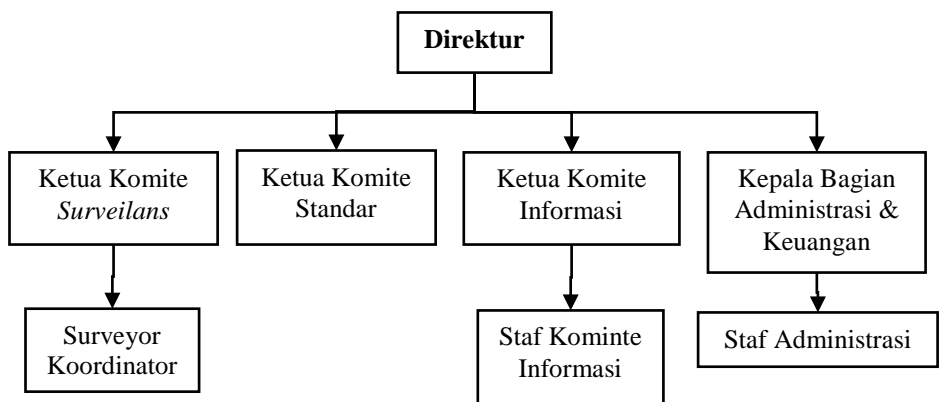
Bagian buku ini membahas inovasi dalam fungsi pemerintah di aspek regulasi, khususnya dalam fungsi dinas kesehatan sebagai regulator pelayanan kesehatan. Ada tiga kasus yang dibahas yaitu Badan Mutu Pelayanan Kesehatan (BMPK) di Propinsi DIY sebagai lembaga baru mitra regulator yang masuk dalam sistem pengawasan pelayanan kesehatan dan perkembangan di Propinsi DIY, rancangan perda mutu pelayanan kesehatan di Propinsi Kalimantan Timur, serta regulasi pelayanan KIA di Propinsi Bali. Sebagai catatan, inovasi yang terkait regulasi dikerjakan banyak di Propinsi DIY dengan dukungan PHP-1 antara lain: pengembangan BMPK, penyusunan standar kompetensi tenaga kesehatan, penyusunan standar akreditasi yanmed dasar dan lisensi dan akreditasi sarana yankes. Pada bagian ini berbagai studi kasus inovasi pengembangan sistem regulasi pelayanan kesehatan akan dibahas.

Studi Kasus 1.

Badan mutu pelayanan kesehatan di Propinsi DIY

Lembaga Mitra Badan Mutu Pelayanan Kesehatan¹ berdiri dengan SK Gubernur No.16/2004. Badan Mutu merupakan mitra pemerintah dalam implementasi regulasi pelayanan kesehatan. Posisinya tidak di bawah struktur dinas kesehatan, organisasi profesi ataupun sarana pelayanan kesehatan karena bersifat lembaga

independen yang akan berkembang mandiri. Tujuan pengembangan Badan Mutu adalah untuk: (1) Mengoptimalkan implementasi regulasi yang ada di dinas kesehatan propinsi maupun kabupaten/kota; (2) Sarana akuntabilitas lembaga regulator melalui strategi kemitraan; dan (3) Meningkatkan keterlibatan lintas sektoral dalam pelaksanaan program kegiatan lembaga regulator.



Gambar 2.2.1 Struktur Organisasi Badan Mutu

Struktur organisasi Badan Mutu terdiri dari tiga ketua komite yaitu komite informasi, komite standar dan komite penilaian, serta administrasi dan keuangan. Komite standar mensosialisasikan berbagai standar yang ada, baik di Indonesia maupun di negara lain dan mengembangkan instrumen penilaian bagi standar tersebut. Selanjutnya instrumen dilatihkan kepada *surveyor* dan dilakukan uji coba dan penilaian standar oleh komite penilaian. Hasil-hasil penilaian ataupun kegiatan Badan Mutu lainnya diinformasikan oleh komite Informasi melalui *website*, sehingga dapat diakses oleh masyarakat.

Masukan dan keluhan dari berbagai pihak terhadap Badan Mutu diidentifikasi pula oleh komite informasi. Direktur dan ketua-ketua komite mempunyai kualifikasi S2 di bidang pelayanan kesehatan. Tonggak-tonggak pengembangan sistem regulasi pelayanan di Propinsi DIY (PHP-1, Bank Dunia) dapat dibaca pada Kotak 2.2.1.

Kotak 2.2.1 Pengembangan Sistem Regulasi Pelayanan di Propinsi

Tahun 2001:

- Identifikasi masalah dalam sistem regulasi pelayanan kesehatan

Tahun 2002:

- Studi banding sistem regulasi pelayanan di Singapura, Malaysia dan Amerika Serikat
- Penetapan arah pengembangan sistem regulasi pelayanan di Propinsi DIY
- Pengembangan dan sosialisasi model regulasi melalui strategi pembentukan lembaga baru sebagai mitra pemerintah serta kejelasan dalam pembagian peran dan kewenangannya

Tahun 2003:

- Penyusunan database sarana pelayanan kesehatan di Propinsi DIY
- Studi kelayakan dan *workshop* pembentukan lembaga independen

Tahun 2004:

- Pendirian Badan Mutu Pelayanan Kesehatan (Badan Mutu) dan operasionalisasinya
- Penyusunan rencana strategik Badan Mutu
- Pengembangan standar, instrumen dan uji coba uji kompetensi dokter, perawat dan bidan

Tahun 2005:

- Pembuatan sarana komunikasi Badan Mutu berbentuk *website*
- Penilaian kelayakan perizinan sarana kesehatan (RS)
- Pengembangan staf Badan Mutu mengikuti *course* di Charles Darwin University, Australia

Tahun 2006:

- Penyusunan mekanisme dan pelaksanaan uji kompetensi bagi bidan dan apoteker
- Pelatihan dan uji coba penerapan standar akreditasi pelayanan medik dasar di Puskesmas
- Pelatihan *surveyor* Badan Mutu dan sertifikasi *lead auditor* bagi staf Badan Mutu

Tahun 2007:

- Badan Mutu tersertifikasi ISO 9000:2001
- Studi banding Badan Mutu ke PT Survey Indonesia dan WQA
- Survei kepuasan pelanggan Badan Mutu
- Keputusan Dewan Kurator untuk mengubah bentuk kelembagaan Badan Mutu menjadi PT

Kotal 2.2.1 menunjukkan capaian utama sejak proses inisiasi hingga pengembangan Badan Mutu selama 6 tahun (2001-2007). Kegiatan tiga tahun pertama dilakukan oleh *task force* regulasi bersama konsultan, dan baru mulai pada tahun 2004. Badan Mutu melakukan berbagai kegiatan bersama *task force* regulasi dan konsultan. Konsultan tidak direkrut setiap tahun, akan tetapi selama kurun waktu 6 tahun digunakan jasa konsultan selama 3 kali (masing-masing dengan jangka waktu 6 bulan). Dalam waktu yang relatif singkat sejak ide digagaskan, badan mutu telah mampu menunjukkan kredibilitasnya sebagai lembaga regulator melalui sertifikasi ISO 9000:2001.

Kemampuan lembaga Badan Mutu untuk mandiri merupakan aspek penting dalam kelangsungan hidup lembaga ini. Hal ini tampak dengan kegiatan-kegiatan non-PHP yang dilakukan oleh Badan Mutu sejak tahun 2005 hingga saat ini. Pada tahun 2005, kegiatan non-PHP berupa evaluasi mutu berbagai sarana pelayanan kesehatan dan pendataan tenaga kesehatan atas permintaan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Propinsi DIY, survei kepuasan pelanggan Balai Laboratorium Kesehatan Daerah Propinsi DIY serta pelatihan tim perizinan di Bali bersama PMPK FK UGM, Yogyakarta. Penambahan jenis kegiatan pada tahun 2006 berupa pengembangan instrumen *monitoring* institusi pendidikan kesehatan di Propinsi DIY, pelaksanaan uji kompetensi bidan dan apoteker serta penilaian peningkatan kelas rumahsakit dari Tipe C ke B. Pada tahun 2007, instrumen *monitoring* mutu institusi pendidikan kesehatan serta

akreditasi pelayanan medik dasar untuk puskesmas telah diterapkan. Kegiatan pada tahun sebelumnya tetap berjalan, ditambah dengan uji kompetensi perawat.

Tabel 2.2.1 Badan Mutu Pelayanan Kesehatan Kondisi Awal dan Saat ini

| Aspek | Kondisi awal (2004) | Perkembangan saat ini (2007) |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Legalitas | Didirikan dengan SK Gubernur No.16/2004 | <ul style="list-style-type: none"> • SK Gubernur masih berlaku • Propinsi DIY sedang mengembangkan Perda Mutu untuk memperkuat regulasi mutu dan peran lembaga independen • Rapat Dewan Kurator menetapkan Badan Mutu menjadi bentuk PT di masa mendatang |
| SDM | <ul style="list-style-type: none"> • Penuh waktu: 2 orang • Paruh waktu: 2 orang • Tenaga <i>surveyor</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Penuh waktu: 6 orang • Tenaga <i>surveyor</i> • Tim: tim akreditasi sarana kesehatan medik dasar, tim penyusun uji kompetensi tenaga kesehatan |
| Wilayah kegiatan | DIY | DIY, Bogor, Bali, Kalimantan Timur, Riau, NTB dan NTT |
| Pengguna | Dinas Kesehatan di DIY | Dinas Kesehatan di DIY, PMPK FK-UGM, Adinkes, <i>Indonesian Healthcare Quality Network</i> , Program Studi S2 IKM FK UGM, Bank Dunia |
| Jenis kegiatan | <ul style="list-style-type: none"> • Perizinan sarana dan tenaga kesehatan • Pendataan sarana pelayanan kesehatan di kabupaten • Survei kepuasan pasien Puskesmas dan rumahsakit | <ul style="list-style-type: none"> • Perizinan rumahsakit (awal dan perpanjangan izin) • <i>Monitoring</i> mutu sarana pelayanan • Sosialisasi dan peningkatan kapasitas Badan Mutu • Sosialisasi dan uji coba akreditasi sarana kesehatan medik dasar • Uji kompetensi profesi farmasi, Bidan, perawat secara rutin |
| Sumber dana dan kegiatan | PHP | PHP dan non-PHP |

Secara garis besar, Badan Mutu mempunyai peran dalam proses dua kegiatan regulasi pelayanan yang utama yaitu perizinan sarana pelayanan kesehatan dan perizinan tenaga kesehatan. Peran utama Badan Mutu dalam proses perizinan sarana pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan adalah melakukan penilaian (yaitu survei perizinan sarana dan uji kompetensi tenaga kesehatan), yang hasilnya akan digunakan sebagai dasar pemberian izin bagi sarana pelayanan dan tenaga kesehatan. Instrumen yang digunakan dikembangkan dari standar yang berlaku. Informasi lebih lanjut mengenai Badan Mutu dapat merujuk ke *website* Badan Mutu.

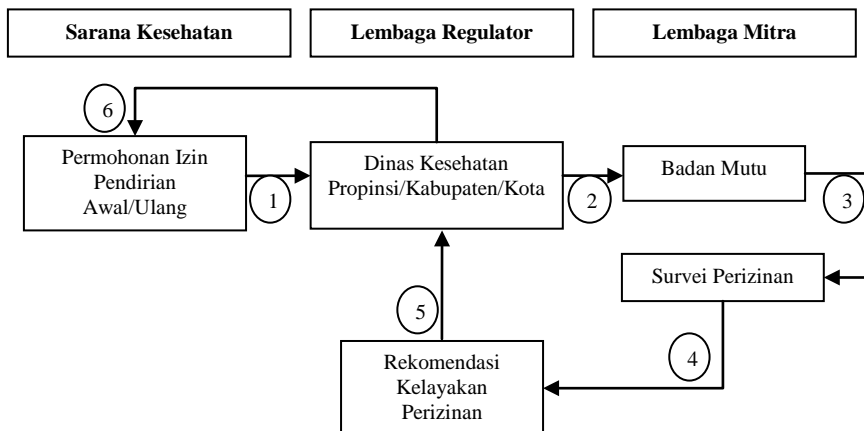
Tabel 2.2.2 Peran Dinas Kesehatan, Badan Mutu dan Organisasi Profesi dalam Regulasi Sarana dan Tenaga Kesehatan

| Dinas Kesehatan | Organisasi Profesi | Badan Mutu |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Perizinan Sarana</i> | | |
| Menyusun prosedur perizinan sesuai kewenangannya | - | Mengembangkan instrumen (bila belum ada) |
| Memberikan dan mencabut izin sarana | - | Melakukan survei penilaian kelayakan perizinan awal dan ulang |
| Melakukan <i>Monitoring</i> dan pembinaan pascaperizinan | - | Memberikan rekomendasi perizinan ke Dinas Kesehatan |
| <i>Perizinan Tenaga</i> | | |
| Menyusun kebijakan perizinan awal dan ulang bagi tenaga kesehatan | Mengembangkan standar profesi | Membentuk tim penyusunan soal uji kompetensi (bila belum tersedia) |
| Menggunakan standar profesi yang ditetapkan Pusat | Bersama Departemen Kesehatan mengesahkan standar profesi | Merencanakan dan menyelenggarakan uji kompetensi bersama mitra |
| Menunjuk lembaga penyelenggara uji kompetensi | Melakukan pembinaan terhadap peserta yang belum lulus uji kompetensi | Mengirimkan hasil uji kompetensi kepada organisasi profesi dan Dinas Kesehatan |
| Memberikan SP berdasarkan hasil uji kompetensi | Merencanakan dan melakukan program pendidikan berkelanjutan | - |
| Menyusun <i>database</i> tenaga kesehatan yang telah memiliki SP | - | - |
| Memberikan data kepada Dinas Kesehatan Kabupaten-Kota untuk perizinan ulang | - | - |

Untuk perizinan sarana pelayanan kesehatan, mekanisme yang disepakati dengan propinsi dan kabupaten/kota adalah sebagai berikut.

Langkah 1: sarana atau pihak yang akan mendirikan sarana

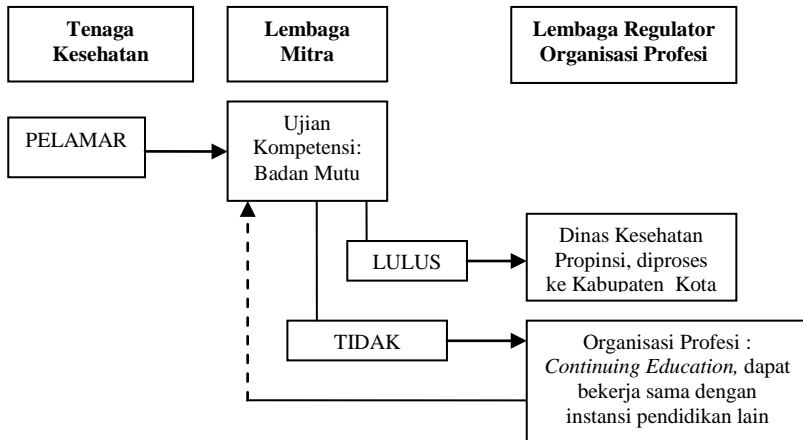
mengajukan permohonan izin pendirian awal atau perizinan ulang kepada dinas kesehatan propinsi atau kabupaten/kota sesuai dengan sarana yang menjadi kewenangannya. Langkah 2: untuk sarana pelayanan kesehatan tertentu yang menjadi kerja sama dan kesepakatan antara dinas kesehatan propinsi atau kabupaten/kota dengan Badan Mutu, maka dinas kesehatan meminta Badan Mutu untuk mempersiapkan survei kelayakan perizinan awal atau ulang. Langkah 3: Badan Mutu melakukan survei perizinan. Langkah 4: atas dasar hasil survei perizinan, Badan Mutu menyusun laporan dan rekomendasi kelayakan perizinan. Langkah 5: laporan dan rekomendasi dikirimkan ke dinas kesehatan propinsi atau kabupaten/kota untuk selanjutnya diambil keputusan mengenai pemberian izin. Langkah 6: keputusan pemberian izin awal atau ulang disampaikan ke pihak sarana pelayanan kesehatan.



Gambar 2.2.2 Mekanisme Kerja Perizinan Sarana Kesehatan

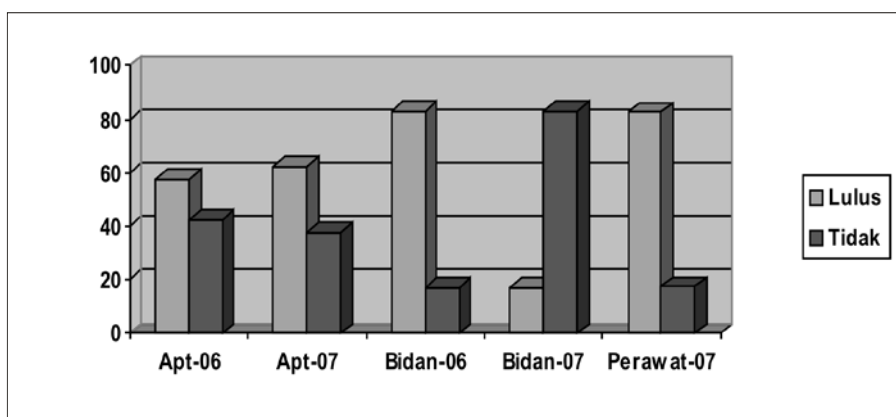
Dalam perizinan sarana pelayanan kesehatan, Badan Mutu telah berperan dalam perizinan awal maupun *monitoring* dan perizinan ulang sarana rumahsakit (umum dan khusus), balai pengobatan (BP) dan rumah bersalin (RB) serta peningkatan kelas rumahsakit. Di tiga kabupaten di Propinsi DIY (Sleman, Bantul dan Kota Yogyakarta), Badan Mutu telah melakukan kelayakan perizinan di 22 dari 41 rumahsakit umum dan rumahsakit khusus, termasuk kelayakan peningkatan kelas di 2 rumahsakit, sedangkan untuk BP-RB baru dilakukan di 2 RB-BP dari 102 RB-BP di ketiga kabupaten tersebut.

Untuk perizinan tenaga kesehatan, uji kompetensi telah secara rutin dilakukan terhadap tiga profesi yaitu apoteker, bidan dan perawat, melalui kerja sama dengan organisasi profesi terkait. Rencana uji kompetensi telah pula dibahas dengan organisasi HALKI. Mekanisme uji kompetensi yang disepakati adalah sebagai berikut:



Gambar 2.2.3 Kemitraan dalam Uji Kompetensi

Hasil uji kompetensi menunjukkan bahwa tidak seluruh peserta uji kompetensi berhasil lulus. Bagi peserta yang belum lulus, diberikan kesempatan untuk menempuh uji kompetensi pada periode berikutnya. Apabila belum lulus juga, maka akan dilakukan pembinaan oleh organisasi profesi.



Gambar 2.2.4 Hasil Kegiatan Uji Kompetensi Apoteker

Bidan dan perawat tahun 2006 dan 2007

Sebagai pelajaran yang dapat ditarik dari Badan Mutu adalah bahwa peningkatan mutu pelayanan kesehatan sebaiknya tidak tergantung pada lembaga legislatif/pemerintah saja. Sebuah badan swasta independen yang tidak terikat dengan aturan birokratis lebih mudah dalam beradaptasi dengan perkembangan zaman. Idealnya sistem regulasi pelayanan kesehatan berbentuk kerja sama antara pemerintah dan swasta.

Studi Kasus 2

Peraturan daerah mengenai mutu pelayanan kesehatan di Kalimantan Timur

Pengembangan regulasi pelayanan di Kalimantan Timur bertitik tolak dari kelemahan dalam pengembangan sistem regulasi di Yogyakarta yaitu tidak adanya kerangka mutu (*quality framework*) yang menggambarkan komitmen pemerintah dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang memenuhi karakteristik (dimensi) mutu tertentu kepada masyarakat beserta proses untuk mencapainya yaitu melalui berbagai upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan pengembangan regulasi mutu pelayanan. Kerangka mutu ini selanjutnya dikembangkan menjadi produk hukum berbentuk perda tentang mutu pelayanan kesehatan di Kalimantan Timur.

Dengan melihat pengalaman ini, maka dalam usaha mengembangkan sistem regulasi pelayanan kesehatan yang efektif meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, dinas kesehatan dituntut untuk menyiapkan berbagai infrastruktur regulasi. Berbagai infrastruktur tersebut antara lain: kerangka kerja mutu pelayanan kesehatan (*quality framework*), peraturan daerah, ketersediaan SDM, instrumen regulasi dan dukungan dana untuk aktivitas regulasi serta keterlibatan masyarakat serta *provider* kesehatan dalam mendukung fungsi regulasi tersebut. Untuk itu, program di Kalimantan Timur mengembangkan pengalaman studi operasional di Yogyakarta.

Sebagai catatan, berbagai studi operasional tentang pengembangan fungsi regulasi pada tingkat propinsi dan kabupaten/kota telah dilaksanakan seperti pada Propinsi Yogyakarta

melalui proyek PHP-1 serta Propinsi Bali dan Riau melalui proyek DHS-1 dan menunjukkan bahwa fungsi regulasi pelayanan kesehatan di daerah tersebut belum berjalan dengan efektif karena berbagai faktor. Faktor tersebut antara lain meliputi: faktor desain fungsi regulasi, faktor informasi mengenai sistem dan pelaksanaan fungsi regulasi, faktor kapasitas dan otoritas lembaga regulator. Di samping itu, ada masalah konteks lingkungan yang belum mendukung terlaksananya fungsi regulasi yang efektif. Studi-studi tersebut telah memberikan alternatif strategi untuk meningkatkan efektivitas regulasi yaitu dengan pemberdayaan dinas kesehatan sebagai lembaga regulator utama maupun dengan mengembangkan lembaga regulator independen non-pemerintah sebagai mitra kerja dinas kesehatan.

Tindak lanjut dari berbagai studi tersebut juga telah dilaksanakan, antara lain:

1. Mengidentifikasi tingkat mutu pelayanan kesehatan (2005). Kegiatan ini menilai mutu pelayanan di setiap jenis sarana pelayanan kesehatan yang ada dari beberapa aspek seperti aspek kepuasan pelanggan, manajemen operasional, standar perizinan, dan sebagainya. Bentuk kegiatan adalah *survey* dengan mengambil sampel beberapa sarana pelayanan kesehatan di setiap lokasi penelitian.
2. Mengidentifikasi upaya yang telah dilaksanakan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan (2005). Kegiatan ini melihat proses-proses yang ada baik di lingkup internal maupun eksternal dari sarana pelayanan kesehatan termasuk proses yang terkait dengan pelaksanaan fungsi regulasi.

Kegiatan ini juga mengidentifikasi penilaian efektivitas proses-proses tersebut. Bentuk kegiatan ini adalah FGD untuk masing-masing jenis sarana pelayanan kesehatan, dinas kesehatan dan lembaga terkait di setiap lokasi penelitian.

3. Mengidentifikasi sumber daya dan beban pelaksanaan fungsi regulasi (2005). Kegiatan ini mendata *input* yang dibutuhkan dalam menjalankan fungsi regulasi, yaitu: SDM, struktur organisasi, tupoksi, beban kerja dan anggaran dalam kegiatan regulasi, produk hukum dan standar/pedoman yang terkait serta keterlibatan masyarakat dan *provider* pelayanan kesehatan. Bentuk kegiatan dalam bentuk wawancara terstruktur kepada staf lembaga regulator utama (dinas kesehatan) dan analisis data sekunder. Untuk menilai beban pelaksanaan fungsi regulasi didata jumlah seluruh jenis sarana pelanan kesehatan melalui analisis data sekunder yang terdapat di dinas kesehatan.
4. Menyusun *quality framework* pelayanan kesehatan Propinsi Kalimantan Timur (2006). Kegiatan ini mendiskusikan masalah dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Sebagai bagian dari pemecahan masalah tersebut disusun *quality framework*. Kegiatan ini akan dilakukan dalam bentuk rangkaian seminar, *workshop* dan *overseas benchmarking*.
5. Menyusun draf Perda Mutu Pelayanan Kesehatan Propinsi Kalimantan Timur (2007). Berdasarkan tahap-tahap kegiatan sebelumnya maka dirumuskan draf Perda Propinsi Kalimantan

Timur tentang mutu pelayanan kesehatan. Draf perda ini lebih lanjut akan diusulkan oleh eksekutif (dinas kesehatan) untuk dapat diperdakan.

Ada berbagai hasil dari kegiatan ini. Hasil pertama adanya instrumen untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Dalam hal ini ada dua macam instrumen yaitu standar minimal (standar yang digunakan untuk perizinan) dan standar optimal (standar yang digunakan untuk sertifikasi dan akreditasi pelayanan kesehatan) telah dilakukan penilaian tingkat mutu pelayanan kesehatan dilokasi kegiatan (Kota Balikpapan untuk pelayanan bidan, Kota Samarinda untuk pengobatan tradisional, Kota Bontang untuk pelayanan dokter keluarga, Kabupaten Berau untuk pelayanan KIA dan Kota Tarakan untuk pelayanan medik dasar). Hasil penilaian menunjukkan bahwa baik standar minimal dan standar optimal belum dapat dipenuhi oleh hampir semua sampel dari berbagai jenis pelayanan kesehatan tersebut di atas.

Hasil kedua adalah upaya yang telah dilaksanakan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Berbagai upaya telah dilakukan oleh Propinsi Kalimantan Timur dan oleh kabupaten/kota tersebut, namun umumnya upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan terbatas pada upaya lisensi/perizinan (inipun belum termasuk *monitoring* perizinan). Berbagai upaya yang bersifat sertifikasi maupun akreditasi telah juga dijalankan. Sebagian merupakan program pemerintah pusat (seperti pemilihan puskesmas teladan), pelayanan prima dan sebagian merupakan proyek terbatas (seperti program QA bagi puskesmas). Ketidakadaan kerangka kerja

yang jelas, mengakibatkan berbagai upaya tersebut tidak berjalan secara terus-menerus dan terintegrasi satu sama lain. Di samping itu, upaya regulasi lain seperti regulasi untuk pengaturan jumlah dan distribusi pelayanan kesehatan serta regulasi harga/tarif belum dikembangkan

Hasil berikutnya adalah peningkatan sumber daya dan beban pelaksanaan fungsi regulasi. Dengan melihat fungsi regulasi pelayanan kesehatan yang seharusnya dijalankan, maka dapat terlihat adanya keterbatasan sumber daya yang besar pada Propinsi Kalimantan Timur beserta Kabupaten/Kotanya. Keterbatasan itu termasuk keterbatasan SDM (tidak ada staf dinas kesehatan yang sudah mendapatkan pendidikan dan pelatihan terkait dengan pelaksanaan fungsi regulasi), keterbatasan struktur organisasi (tupoksi yang terkait fungsi regulasi tersebar pada beberapa subdin atau seksi), keterbatasan penganggaran kegiatan regulasi (anggaran regulasi hanya dialokasikan untuk "*photocopy* formulir" perpanjangan izin), keterbatasan standar dan prosedur perizinan (banyak jenis pelayanan kesehatan bermunculan yang nomenklaturnya belum diatur ditingkat pusat, seperti: Klinik Internasional, Klinik Haemodialisa, Klinik Evakuasi Emergensi, dan sebagainya)

Kontras dengan sumber daya yang terbatas, beban untuk menjalankan fungsi regulasi dinilai cukup berat dari sisi jumlah, maka individu/pelayanan/sarana pelayanan kesehatan yang perlu diregulasi jumlahnya mencapai ribuan yang setiap tahun meningkat baik jumlah maupun jenisnya. Dengan adanya pengembangan ini muncul kesadaran untuk meningkatkan jumlah dan kemampuan tenaga

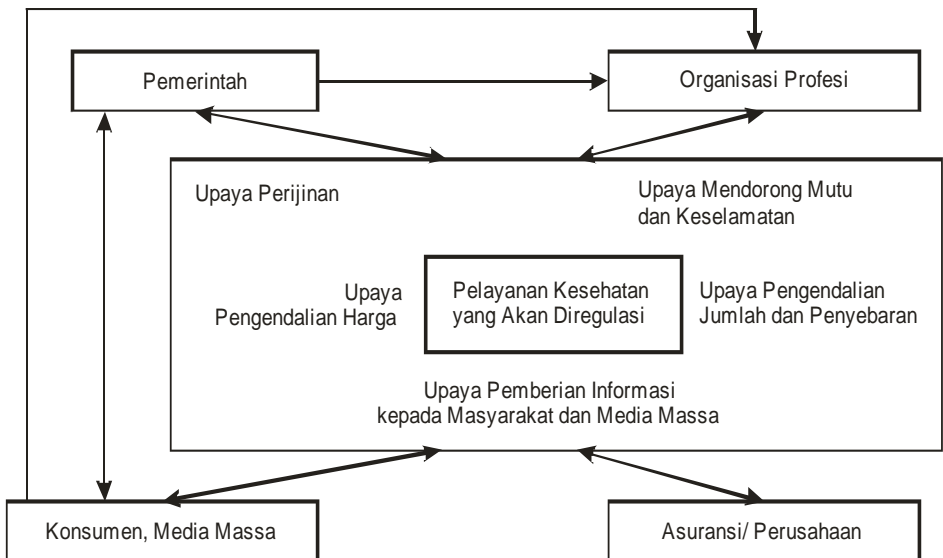
kesehatan dalam hal regulasi. Hal ini tentunya membutuhkan dana dari pemda.

Hasil lain adalah adanya *quality framework* pelayanan kesehatan Propinsi Kalimantan Timur. Kerangka kerja regulasi pelayanan kesehatan Propinsi Kalimantan Timur ini disusun melalui serangkaian *workshop* dan studi banding oleh hampir seluruh *stakeholder* pelayanan kesehatan di Propinsi Kalimantan Timur (terutama pada lima daerah uji coba pengembangan sistem regulasi pelayanan kesehatan: Kota Samarinda, Kota Balikpapan, Kota Bontang, Kabupaten Berau dan Kota Tarakan).

Kerangka kerja ini bertujuan untuk memberikan pedoman bagi seluruh *stakeholder* pelayanan kesehatan dalam usaha meningkatkan mutu pelayanan kesehatan melalui mekanisme regulasi (lisensi, sertifikasi dan atau akreditasi). Penyusunan dimulai dengan mengidentifikasi masalah utama dalam mutu pelayanan kesehatan di Propinsi Kalimantan Timur, menetapkan prinsip dasar upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan melalui mekanisme regulasi, menetapkan upaya peningkatan mutu yang akan dilakukan dan lembaga yang terlibat, serta menetapkan mekanisme *monitoring* dan evaluasinya. Masalah utama dalam mutu pelayanan kesehatan di Propinsi Kalimantan Timur dapat dimasukkan ke dalam tujuh dimensi mutu: *accessibility*, *technical competence*, *acceptability*, *safety*, *interpersonal relationship*, *respect and caring*, dan *timeliness*.

Prinsip dasar upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan mengambil kerangka konsep dari hasil penelitian tentang regulasi sektor kesehatan di Thailand yang dilakukan oleh Teerawattananon,

Tangcharoensathien, Tantivess, Mills⁴³ yang menjelaskan bahwa mekanisme regulasi yang dapat dilakukan terdiri dari upaya: perizinan, sertifikasi/akreditasi kearah mutu dan keselamatan, pembatasan jumlah dan penyebaran sarana/tenaga pelayanan kesehatan, pengaturan harga/tarif serta pemberian informasi kepada masyarakat dan media massa tentang mutu pelayanan kesehatan yang ada. Mekanisme regulasi ini dijalankan baik oleh pemerintah, organisasi profesi, pihak pembayar/asuransi dan juga oleh perwakilan konsumen atau media massa.



Gambar 2.2.5 Kerangka Konsep dan Hasil Penelitian tentang Regulasi Sektor Kesehatan di Thailand yang Dilakukan oleh Teerawattananon, Tangcharoensathien, Tantivess, Mills

⁴³ Teerawattananon Y, Tangcharoen Sathien V, Tantivess S, Mills A (2003). *Health sector regulation in Thailand = Recent Progress and The Future Agenda. Health Policy* 2003, 63 (3)=323-338

Berdasarkan kerangka konsep tersebut maka telah ditetapkan upaya yang akan dilakukan dan lembaga yang akan terlibat dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan melalui mekanisme regulasi di Propinsi Kalimantan Timur. Upaya yang ditetapkan tersebut mencakup seluruh jenis sarana pelayanan kesehatan (pemerintah dan swasta) melalui seluruh mekanisme regulasi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan *accessibility, technical competence, acceptability, safety, interpersonal relationship, respect and caring, dan timeliness*, melalui berbagai lembaga regulator. Upaya tersebut juga mencakup penetapan standar/instrumen dan prosedur regulasi serta upaya untuk meningkatkan kemampuan lembaga regulator dalam menjalankan fungsi regulasi.

Hasil riil yang diharapkan adalah adanya Draf Perda Propinsi Kalimantan Timur tentang Mutu Pelayanan Kesehatan. Draf ini terdiri dari 7 bab, rangkaian bab di dalam perda menjelaskan mengenai kerangka kerja mutu pelayanan kesehatan.

a. Bab I: Ketentuan umum

Menjelaskan mengenai definisi istilah-istilah yang digunakan dalam draf perda

b. Bab II: Ruang lingkup

Menjelaskan bahwa draf perda ini akan meliputi seluruh jenis sarana pelayanan kesehatan yang sudah ada maupun yang akan ada di Propinsi Kalimantan Timur. Bab ini terkait dengan kotak terdalam pada *framework*.

c. Bab III: Maksud dan tujuan

Menjelaskan bahwa draf perda ini bermaksud untuk menjaga keselamatan pengguna pelayanan kesehatan, meningkatkan standar mutu pelayanan kesehatan, mengendalikan jumlah dan penyebaran pelayanan kesehatan, mengendalikan harga pelayanan kesehatan dan memberikan informasi kepada masyarakat dan media massa tentang tingkat mutu pelayanan kesehatan.

Tujuan dari peningkatan mutu pelayanan kesehatan adalah untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang diharapkan sesuai dengan indikator mutu pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan.

d. Bab IV: Prinsip peningkatan mutu pelayanan kesehatan

Menjelaskan bahwa draf perda ini upaya peningkatan mutu yang akan dilakukan adalah untuk mengatasi masalah mutu utama di Propinsi Kalimantan Timur, yaitu: akses, kompetensi teknis, penerimaan (*acceptability*), keselamatan, hubungan antar manusia, menghargai dan kepedulian dan ketepatan waktu.

e. Bab V: Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan

- a. Pemberian izin dan *monitoring* perizinan penyelenggaraan pelayanan kesehatan
- b. Pemberian pengakuan atas pencapaian standar mutu pelayanan kesehatan dalam bentuk sertifikasi dan akreditasi
- c. Penetapan secara berkala tentang jumlah dan penyebaran pelayanan kesehatan yang dibutuhkan

- d. Penetapan secara berkala harga/tarif pelayanan kesehatan
- e. Penetapan secara berkala harga/tarif pelayanan kesehatan
- f. Bab VI: Lembaga penyelenggara upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

Menjelaskan peran dari berbagai regulator, yaitu pemerintah, organisasi profesi, asuransi dan perwakilan masyarakat/media massa.

Dengan adanya draf perda ini yang selanjutnya diharapkan dapat menjadi perda, maka Propinsi Kalimantan akan mempunyai panduan yang jelas serta kepastian hukum untuk mengembangkan berbagai upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Panduan dan kepastian hukum ini akan menjadi acuan bagi kabupaten/kota dalam menyusun rencana kerja (termasuk kegiatan-kegiatan inovasi) yang terkait dengan pelaksanaan fungsi regulasi. Diharapkan perda tersebut juga dapat membantu regulator dan *regulatee* untuk menetapkan bentuk/upaya menjaga keselamatan dan peningkatan mutu apa yang harus dipilih. Hal ini menjadi penting dengan banyaknya berbagai upaya yang diklaim dapat meningkatkan mutu.

Studi Kasus 3

Regulasi pelayanan kesehatan ibu dan anak di Bali

Berbeda dengan pengembangan sistem regulasi pelayanan kesehatan di Yogyakarta yang terfokus pada kegiatan regulasi berupa perizinan sarana pelayanan (tingkat lembaga) dan tenaga kesehatan (tingkat individu), maka komponen kegiatan regulasi pelayanan di

Propinsi Bali melalui kegiatan DHS-1 mengembangkan regulasi di tingkat pelayanan (yaitu pelayanan KIA).

Program ini berjalan dengan adanya latar belakang kebijakan *Safe Motherhood* telah dicanangkan di dunia selama 15 tahun. Namun demikian, saat ini setiap hari masih terdapat 1.500 orang ibu meninggal karena sebab-sebab yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinannya. Sebesar 99% di antaranya berasal dari negara berkembang, termasuk Indonesia.

Berbagai program untuk menurunkan kematian ibu dan bayi secara spesifik telah dikembangkan dan dilaksanakan di Indonesia sejak 1988. Program tersebut antara lain penempatan bidan desa, pelatihan dokter dan bidan di puskesmas untuk memberikan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED), pelatihan di rumah sakit umum pemerintah (RSUP) untuk dapat memberikan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK), hingga pemberian penghargaan Sertifikat RSSI dan Sertifikat RSSB. Namun demikian, terlihat bahwa berbagai program tersebut ditujukan terutama bagi penyedia pelayanan kesehatan pemerintah. Hal ini belum sesuai dengan fakta data Susenas yang menunjukkan bahwa penggunaan fasilitas swasta cenderung meningkat dari 40% pada tahun 1993 menjadi 60% pada tahun 2004. Oleh karena itu, diperlukan strategi khusus bagi pemerintah untuk memastikan mutu pelayanan KIA yang diberikan oleh sarana pelayanan kesehatan swasta.

Salah satu strategi tersebut adalah dengan meningkatkan peran regulasi terhadap sarana pelayanan kesehatan swasta (dan juga

pemerintah). Pengembangan regulasi pelayanan KIA di Bali merupakan bagian dari kegiatan inovatif DHS-1 Departemen Kesehatan, yang terdiri dari beberapa tahapan sebagai berikut:

1. Tahap pertama (2004), melakukan identifikasi masalah regulasi dan pemilihan strategi pengembangan regulasi
2. Tahap kedua (2006), menyusun desain, prosedur dan instrumen regulasi untuk sarana pelayanan kesehatan prioritas dalam memberikan pelayanan KIA (praktik dokter, bidan, perawat, rumah bersalin, dan rumahsakit) melalui regulasi perizinan, diikuti dengan melakukan uji coba dan pelatihan menggunakan instrumen tersebut
3. Tahap ketiga (2006), melakukan survei pencapaian standar minimum pelayanan KIA berbasis standar yang telah disusun sebelumnya
4. Tahap keempat adalah menggunakan informasi tersebut untuk pengembangan regulasi lebih lanjut, melalui kegiatan di Dinas Kesehatan propinsi, kabupaten/kota ataupun berbagai proyek kesehatan di Departemen Kesehatan RI.

Hasil tahapan pertama⁴⁴ menunjukkan bahwa meskipun telah muncul kesadaran akan pentingnya peran regulasi pelayanan kesehatan, namun tingkat efektivitas kegiatan regulasi pelayanan kesehatan tersebut masih lemah. Beberapa faktor yang menyebabkan lemahnya peran regulasi seperti yang disebutkan oleh penelitian

⁴⁴ Final Report, (2004). *Operational Research Policy Development Related Decentralization, Loan Agreement Decentralized Health Services Project*, ADB Loan 1910-INO

Hongoro & Kumaranayake.⁴⁵ juga terdapat di Propinsi Bali, yaitu: faktor desain, informasi, kapasitas dan otoritas. Uraian lebih lanjut dari faktor-faktor tersebut adalah sebagai berikut:

Faktor desain: desain bersifat administratif berfokus pada retribusi/PAD, tidak terdapat mekanisme pemberian sanksi dan *reward* yang tegas, lemah atau bahkan tidak terdapat sistem *monitoring*, tidak jelasnya proses regulasi (berbelit) dan rumit (tidak satu atap), belum diterapkannya konsep akuntabilitas, hingga regulasi tidak responif terhadap perubahan lingkungan.

Faktor informasi: ketidakseimbangan informasi antara regulator dan yang diregulasi serta belum intensifnya sosialisasi regulasi pelayanan kesehatan kepada masyarakat, media massa, organisasi profesi. Faktor kapasitas: tingkat profesionalisme petugas belum sesuai, dana untuk menjalankan fungsi regulasi yang tidak mencukupi, besarnya jumlah sarana pelayanan kesehatan dan sarana pelayanan umum yang berhubungan dengan kesehatan. Faktor otoritas: tidak jelasnya standar dan acuan hukum yang digunakan, pembagian wewenang yang tidak jelas antar lembaga regulator (misal antara Departemen Kesehatan dan pemda dalam hal regulasi perizinan rumahsakit) dan tidak efektifnya sistem penegakan hukum dan pemberian insentif.

Untuk dapat meningkatkan efektivitas regulasi pelayanan kesehatan, arah pengembangan regulasi dilakukan dengan memantapkan lembaga regulator dan dengan prioritas memperbaiki

⁴⁵ Hongoro, C., Kumaranayake, L. (2000) *Do They Work? Regulating For-Profit Providers in Zimbabwe. Health Policy and Planning*, 15 (4): 368-77.

prosedur perizinan. Strategi yang telah ditetapkan adalah strategi penguatan kapasitas dinas kesehatan dan membentuk lembaga independen untuk menjalankan sebagian fungsi regulasi.

Tahapan kedua pengembangan regulasi pelayanan KIA dilakukan di Propinsi Bali (2006) berdasarkan tingkat kepentingan dan kebutuhan yang tinggi mengingat jumlah dan jenis pelayanan kesehatan swasta dan kebutuhan masyarakat. Kota Denpasar dan Kabupaten Buleleng dipilih untuk mewakili karakteristik kota yang memiliki tingkat ekonomi tinggi baik di sektor pemerintah dan masyarakat serta kabupaten yang memiliki karakteristik tingkat ekonomi yang tinggi di sektor pemerintah namun rendah di sektor masyarakat.

Studi regulasi dimulai dengan melakukan identifikasi dan pengumpulan standar yang telah diterbitkan oleh berbagai instansi yang terkait dengan pelayanan KIA untuk berbagai sarana pelayanan kesehatan. Sebanyak 32 buku berisi kebijakan, standar, panduan, pedoman, instrumen dan pelatihan yang ditulis oleh berbagai pihak (Departemen Kesehatan, BKKBN, IBI, STARH, dan lainnya) teridentifikasi pada tahapan ini. Hasil ini disosialisasi dan digunakan untuk membangun komitmen *stakeholder* dalam mengembangkan regulasi serta menyusun rencana kegiatan. Komitmen yang diambil adalah pengembangan fungsi regulasi Propinsi Bali pada tingkat pelayanan terlebih dahulu (yaitu pelayanan KIA) melalui regulasi perizinan.

Kegiatan selanjutnya adalah menyusun standar, instrumen dan prosedur penilaian standar minimum pelayanan KIA yang kemudian

akan diintegrasikan ke dalam standar perizinan sarana kesehatan (terutama yang memberikan pelayanan KIA). Prosedur dan instrumen penilaian disusun melalui serangkaian lokakarya bersama dinas kesehatan, organisasi profesi, institusi pendidikan dan sarana kesehatan.

Standar minimum pelayanan KIA yang terdiri dari 9 standar yang terbagi dalam 5 kelompok standar, yaitu: (1) Standar Manajemen (terdiri dari 3 standar dengan 7 kriteria); (2) Standar Pelayanan (terdiri dari 2 standar dengan 3 kriteria); (3) Standar SDM (terdiri dari 2 standar dengan 3 kriteria); (4) Standar Sarana, Prasarana dan Obat (terdiri dari 1 standar dengan 2 kriteria); dan (5) Standar Kinerja (terdiri dari 1 standar dengan 2 kriteria).

Untuk dapat digunakan sebagai instrumen penilaian maka setiap standar tersebut dilengkapi dengan kriteria yang memiliki beberapa indikator. Prosedur penilaian yang disepakati adalah melakukan pemberitahuan kepada sarana yang akan dinilai tentang rencana penilaian standar minimum pelayanan KIA sebagai bagian dari *monitoring* perizinan 2-3 hari sebelum kunjungan. Berikutnya akan dilakukan penilaian di lapangan oleh 2-3 tenaga *surveyor* yang telah terlatih dengan kegiatan pembukaan, wawancara pimpinan dan staf, penilaian dokumen, pengamatan dan penutupan. Laporan berbentuk rekomendasi kepada dinas kesehatan dengan tembusan kepada sarana kesehatan bersangkutan. Kegiatan terakhir adalah menyusun modul pelatihan *surveyor*. Modul pelatihan terdiri dari: konsep mutu, konsep regulasi, kebijakan regulasi dan perizinan di Propinsi Bali, standar minimum KIA, tehnik melakukan audit dan komunikasi, tehnik

wawancara dan verifikasi, penyusunan prosedur dan instruksi kerja, penampilan *surveyor*, identifikasi dokumen pendukung, penyusunan laporan dan penyusunan rencana tindak lanjut. Modul ini digunakan untuk melatih 15 *surveyor* yang berasal dari propinsi dan kabupaten/kota.

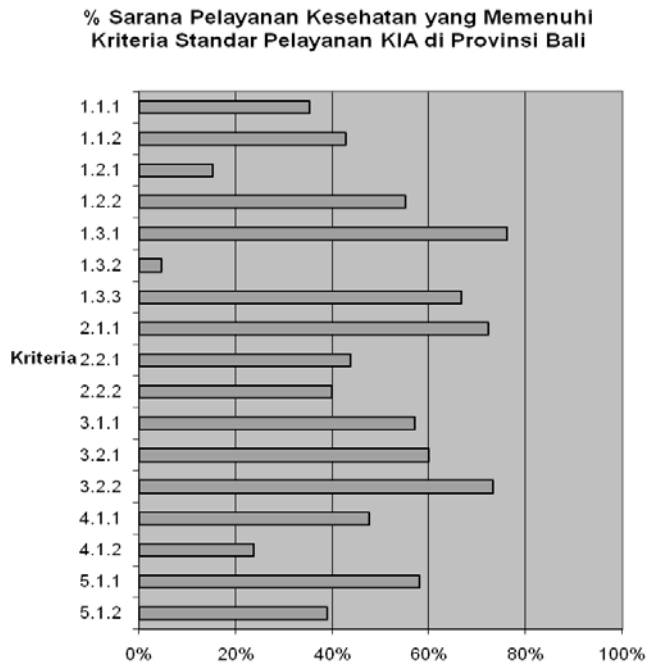
Tahapan ketiga (2006) adalah mendiseminasi SPM KIA yang telah dihasilkan dan menilai tingkat pencapaian saat ini di 9 kabupaten-kota di propinsi Bali. *Surveyor* terdiri dari 35 orang, berasal dari propinsi dan kabupaten-kota di Bali, sebagai bagian dari peningkatan kapasitas dinas kesehatan dalam melakukan peran regulasi.

Setelah survei dilakukan selama kurang lebih 13 hari maka diperoleh hasil survei sebagai berikut:

1. Kabupaten Tabanan; diperoleh 17 sarana kesehatan yang terdiri dari 1 Badan Rumah Sakit Umum (BRSU), 5 rumahsakit umum swasta, 1 puskesmas, 1 poliklinik dan 9 bidan praktik swasta (BPS)
2. Kabupaten Bangli; diperoleh 15 sarana kesehatan yang terdiri dari 1 RSUD, 1 klinik, 5 puskesmas, 3 pustu, dan 5 BPS
3. Kabupaten Gianyar; diperoleh 15 sarana kesehatan yang terdiri dari 2 rumahsakit umum swasta, 1 rumahsakit khusus ibu dan anak, 4 rumahsakit bersalin, 1 klinik, 2 puskesmas, dan 5 BPS
4. Kabupaten Jembrana; diperoleh 22 sarana kesehatan yang terdiri dari: 1 RSUD, 1 rumahsakit khusus ibu dan anak, 1 rumahsakit swasta, 3 rumahsakit bersalin, 3 puskesmas, dan 13 BPS

5. Kabupaten Klungkung; diperoleh 15 sarana kesehatan yang terdiri dari: 1 RSUD, 1 rumahsakit swasta, 2 rumahsakit bersalin, 5 puskesmas, dan 6 BPS
6. Kabupaten Karang Asem; diperoleh 15 sarana kesehatan yang terdiri dari: 1 RSUD, 6 puskesmas, 6 BPS dan 2 polindes
7. Kabupaten Badung; diperoleh 15 sarana kesehatan yang terdiri dari 1 RSUD, 1 rumahsakit swasta, 1 BP/RB, dan 12 BPS.

Dari sejumlah total 105 sarana yang disurvei, maka proporsi sarana yang memenuhi setiap kriteria adalah sebagai berikut (Gambar 2.2.6):



Gambar 2.2.6 Proporsi Sarana Pelayanan Kesehatan yang Memenuhi Kriteria Standar

Dari pengalaman ini dapat ditarik pelajaran. Dengan memiliki *surveyor* yang terlatih dan pengalaman melakukan survei mutu dan apabila kegiatan ini dilakukan secara rutin, maka Propinsi Bali dapat memiliki: (1) Ketersediaan data seluruh sarana pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan di kabupaten/kota dan propinsi; (2) Informasi mengenai utilisasi pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta; (3) Pelibatan praktisi swasta dalam program kesehatan pemerintah; (4) Desain sistem informasi kesehatan yang mengintegrasikan pelayanan pemerintah dan swasta.

Untuk pengembangan ke depan diharapkan tindak lanjut untuk: menjaga keberlangsungan kegiatan: desain, implementasi, *monitoring*, evaluasi; meningkatkan intervensi regulasi dari perizinan ke sertifikasi; mengembangkan standar perizinan sarana pelayanan yang lain, dengan mengutamakan keselamatan pasien dan penyedia pelayanan; dan mengembangkan kaji banding (*benchmark*) antar penyedia pelayanan.

Pembahasan

Indonesia merupakan negara yang pelayanan kesehatannya secara *de facto* berbasis pasar. Perkembangan sektor swasta sangat kuat. Pengalaman di berbagai negara menunjukkan bahwa dalam keadaan ini pengembangan sistem regulasi merupakan hal yang mutlak dikembangkan untuk mengelola pasar. Di samping itu, sektor kesehatan merupakan sektor yang seharusnya menuju ke arah *zero-tolerance* untuk kesalahan, sehingga regulasi untuk kesehatan, sangatlah penting.

Dalam konteks regulasi ini memang menjadi hal utama: Siapa regulator dan operator di sektor kesehatan? Selama ini memang masih sering tercampur baur antara regulator dengan operator. Saat ini perlu dilakukan analisis *stakeholder*, untuk melihat pihak mana yang mendukung dan kurang mendukung bahkan menentang pengembangan regulasi. *Stakeholders* dapat dibagi menjadi pemerintah, masyarakat, swasta/lembaga usaha, dan donor asing. Beberapa kriteria sebagai berikut dapat digunakan untuk menganalisis apakah mendukung atau kurang mendukung: analisis produk hukum dan kebijakan di tingkat menteri, alokasi anggaran, pernyataan menteri dan staf, kegiatan departemen, dan struktur kelembagaan.

Setiap *stakeholders* perlu pula dilihat besar kekuasaannya. Penentuan besar kecilnya kekuasaan adalah dalam kriteria apakah menentukan kebijakan, mempunyai sumber daya uang, kemampuan organisasi untuk akses ke pengambil kebijakan tertinggi, akses ke media, peralatan dan keterampilan. *Stakeholders* yang mempunyai kekuasaan besar adalah departemen-departemen dan pemda. Kekuasaan menengah terdapat pada perguruan tinggi, ikatan profesi, donor, sedangkan yang lemah adalah LSM-LSM.

Memberdayakan atau memperdayakan daerah?

Dukungan dari Departemen Kesehatan beragam. Sejak tahap awal, Departemen Kesehatan kurang mempunyai keinginan kuat untuk mengembangkan sistem regulasi. Hal ini tercemin dari SKN yang tidak mempunyai pilar regulasi dan tidak secara eksplisit menyebutkan regulasi.

Meskipun demikian, berbagai pihak terus mengembangkan regulasi dalam sistem kesehatan. Pihak-pihak yang memberi dukungan kuat dalam pengembangan fungsi regulasi di sektor kesehatan pada tahun 2000-2007 adalah: sebagian dari Departemen Kesehatan (Ditjen Bina Pelayanan Medik, Biro Hukum dan Organisasi), berbagai proyek pengembangan sistem kesehatan (Bank Dunia dan ADB), asosiasi dinas kesehatan, asosiasi rumahsakit daerah. Yang menarik adalah sebagian pemda mendukung berjalannya fungsi regulasi, namun sebagian ada yang menyatakan bahwa dinas kesehatan tidak perlu untuk melakukan fungsi regulasi.

Dampak dari tidak kuatnya dukungan sebagian pimpinan Departemen Kesehatan secara keseluruhan menyebabkan pelaksanaan fungsi regulasi menjadi kurang maksimal. Tidak banyak produk hukum dan kebijakan di level menteri yang membahas mengenai regulasi. Alokasi anggaran untuk pengembangan regulasi tidak banyak. Sebagian besar berasal dari pinjaman luar negeri (proyek PHP-1) dan Ditjen Bina Pelayanan Medik. Tidak banyak pernyataan Departemen Kesehatan dalam mengembangkan fungsi regulasi. Di samping itu, struktur kelembagaan Departemen Kesehatan menunjukkan bahwa unit yang mengurus regulasi (dalam konteks pengembangan standar) berada di tingkat yang rendah. Dibandingkan dengan Filipina, struktur Departemen Kesehatan kurang memperhatikan mengenai aspek regulasi dan standar.

Dalam kasus regulasi perizinan rumahsakit, selama periode tahun 2000-2007, dengan PP No.25 yang membingungkan, terjadi berbagai kesimpangsiuran. Pengamatan menunjukkan bahwa sebagian

pimpinan Departemen Kesehatan masih berkeinginan untuk sentralisasi perizinan. Sementara itu, sebagian sudah berusaha membuat persiapan untuk regulasi. Di Ditjen Bina Pelayanan Medik ada proyek persiapan untuk memperkuat fungsi perizinan dinas kesehatan dengan menyusun formulir perizinan rumahsakit pemerintah dan swasta⁴⁶. Kebingungan ini juga tercermin di tingkat pemda. Terdapat kabupaten yang melaksanakan regulasi di luar kewenangannya yaitu memberikan perizinan rumahsakit khusus.

Terbitnya PP No.38/2007 memberikan harapan baru akan pelaksanaan regulasi yang terdesentralisasi. Peraturan pemerintah ini jelas menyebutkan bahwa rumahsakit sebagai lembaga usaha, baik milik pemerintah maupun swasta, harus memenuhi persyaratan perizinan dan mempunyai izin dari pemerintah. Peraturan pemerintah ini juga telah mempertegas kewenangan masing-masing tingkat (pusat, propinsi dan kabupaten/kota) dalam hal perizinan sarana kesehatan. Meskipun demikian, pembahasan terkini dalam mengoperasionalkan PP No.38/2007 masih berisiko. Artinya masih terdapat ruang agar pemerintah (pusat) dapat kembali melakukan sentralisasi dalam konteks desentralisasi.

Meskipun PP No.38/2007 telah secara eksplisit mencantumkan bahwa perizinan rumahsakit Kelas C dan D menjadi kewenangan kabupaten/kota, akan tetapi hal ini menjadi kabur apabila persetujuan studi kelayakan pendirian rumahsakit menjadi kewenangan pusat serta izin penyelenggaraan menjadi kewenangan propinsi. Idealnya,

⁴⁶ Utarini.A. (2005). Laporan Penelitian Pengembangan Perizinan Rumah Sakit Pemerintah. Ditjen Bina Pelayanan Medik. Mimeo.

pemerintah pusat mengambil sikap memberdayakan daerah, bukan memperdayakan daerah dengan tetap mempertahankan peran regulasi yang telah didesentralisasikan.

Makna PP No.38/2007 dalam pemisahan fungsi pemerintah sebagai regulator dan operator rumahsakit sangat jelas. Mengembangkan kapasitas pemerintah dalam perannya sebagai regulator berarti memberdayakan masing-masing tingkat untuk melakukan regulasi apa yang menjadi kewenangannya. Ibarat wasit dalam permainan olah raga, wasit yang baik membutuhkan standar dan aturan-aturan permainan yang jelas, pelatihan yang memadai untuk meningkatkan keterampilan sebagai wasit, serta sistem untuk pengawasan *monitoring* wasit di lapangan. Analogi dalam regulasi kesehatan, adalah kebutuhan akan peraturan dan kebijakan yang jelas, ketersediaan berbagai standar dan instrumen untuk seluruh jenis sarana kesehatan, serta sosialisasi dan pelatihan keterampilan sebagai regulator untuk menggunakan instrumen tersebut. Memberikan kewenangan kepada pemda mempunyai esensi memberdayakan pemda hanya apabila diikuti dengan ketersediaan *tools* yang akan digunakan oleh pihak regulator dan keterampilan yang memadai.

Apakah lembaga mitra regulator di daerah melemahkan fungsi dinas kesehatan sebagai lembaga regulator?

Ada beberapa kasus yang menarik di pemda. Logikanya fungsi regulasi akan semakin dibutuhkan pada daerah-daerah yang mempunyai pengaruh pasar yang kuat. Daerah-daerah ini biasanya mempunyai ciri perputaran ekonomi masyarakat yang kuat,

banyaknya rumahsakit swasta yang beroperasi, praktik dokter swasta, dan berbagai pelayanan medik lainnya. Tiga studi kasus yang dikemukakan dalam bab ini merupakan contoh berbagai inovasi pengembangan peran regulasi.

Akan tetapi di sebuah kota besar, kepala dinas tidak tertarik untuk mengembangkan fungsi regulasi di daerahnya. Dukungan kepala dinas tidak ada sehingga fungsi regulasi tidak berjalan. Di tempat lain, Kepala Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dan stafnya sangat bersemangat untuk mengembangkan fungsi regulasi dinas kesehatan.

Perkembangan peran dan sistem regulasi di daerah sangat heterogen, mulai dari daerah yang tidak ingin mengembangkan fungsi regulasi, daerah yang memperkuat kapasitas dinas kesehatannya untuk melakukan fungsi regulasi, sampai dengan daerah yang mempunyai lembaga mitra regulator untuk mengimplementasi sistem regulasi pelayanan kesehatannya. Inovasi yang dilakukan di Propinsi DIY menggambarkan strategi penguatan kapasitas dinas kesehatan yang dibarengi dengan pengembangan lembaga mitra regulator. Pembagian peran dalam fungsi regulasi menjadi semakin berkembang dengan adanya lembaga mitra regulator. Pada daerah yang tidak memiliki lembaga mitra regulator, maka peran lembaga mitra dilakukan oleh dinas kesehatan. Berbasis pada pengembangan di Propinsi DIY, hipotesisnya adalah bahwa peran lembaga mitra regulasi justru memperkuat fungsi regulasi pemda dengan mendudukkan posisi dinas kesehatan pada tempat yang lebih disegani dalam posisinya sebagai regulator.

Tabel 2.2.3 Peran Pemerintah Pusat, Propinsi, Kabupaten/Kota dan Lembaga Mitra Regulasi

| Peran pusat | Peran daerah | Peran lembaga mitra regulasi |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Menetapkan peraturan dan kebijakan perizinan | Menetapkan peraturan daerah dan kebijakan | Mengembangkan instrumen perizinan (bila belum ada, atau bila ada persyaratan tambahan) |
| Mengembangkan standar dan prosedur perizinan untuk seluruh jenis sarana | Menggunakan standar dan prosedur yang telah disusun pusat sesuai dengan kewenangannya (bila ada) | Melatih <i>surveyor</i> perizinan menggunakan instrumen |
| Menyusun instrumen perizinan bagi seluruh jenis sarana | Menyusun mekanisme dan prosedur kerja yang disepakati antar pihak yang terlibat (dinas, lembaga mitra regulasi dan sarana) | Melakukan survei penilaian untuk kelayakan perizinan awal dan ulang |
| Mensosialisasikan standar dan prosedur serta melatih daerah menggunakan instrumen (sesuai kewenangannya) | Mensosialisasikan standar dan prosedur perizinan kepada sarana kesehatan | Melakukan <i>monitoring</i> mutu perizinan sarana kesehatan |
| Mengembangkan sistem registrasi dan meng- <i>update database</i> sarana pelayanan | Memberikan dan mencabut izin sarana kesehatan | Memberikan hasilnya sebagai rekomendasi perizinan kepada dinas kesehatan dan memberikan saran |
| | Menginformasikan sarana yang berizin kepada pusat (untuk kepentingan registrasi), pihak masyarakat (untuk transparansi dan informasi) dan pengguna lainnya (misal: Askes) | |
| | Mengidentifikasi keluhan-keluhan oleh pengguna dan menyampaikan ke sarana kesehatan | |

Pengembangan sistem regulasi kesehatan

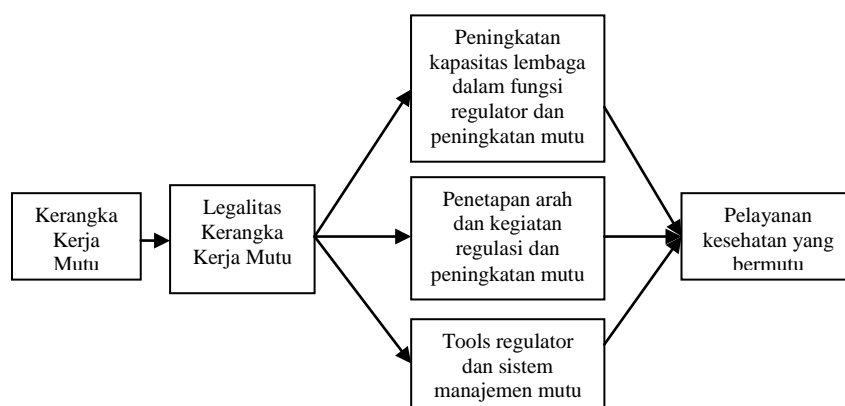
Regulasi kesehatan bukan merupakan tujuan akhir yang ingin dicapai yaitu meningkatkan status kesehatan masyarakat dan mutu pelayanan, melainkan merupakan suatu cara untuk mencapai tujuan akhir. Salah satu tujuan akhir yang ingin dicapai adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien. Oleh karenanya, berbasis pengalaman di ketiga propinsi di Indonesia dan disertai dengan model-model pengembangan sistem regulasi kesehatan di negara-negara lain, idealnya pengembangan sistem regulasi kesehatan berawal dari penyusunan kerangka mutu yang berisi jабaran dari tujuan yang ingin dicapai tersebut serta strategi mencapainya.

Kerangka ini menjadi komitmen bersama seluruh *stakeholder* yang berinteraksi dengan sistem kesehatan baik pengguna internal, pengguna eksternal, pembuat kebijakan, tenaga kesehatan, manajer pelayanan kesehatan dan pihak lainnya. Kerangka kerja mutu akan memfokuskan komitmen *stakeholder* terhadap dimensi atau karakteristik mutu pelayanan kesehatan yang menjadi prioritas, pengukurannya, regulasi dan sistem manajemen mutunya. Sinergisme berbagai upaya peningkatan mutu dapat dicapai melalui kerangka kerja mutu tersebut.

Kerangka kerja mutu mempunyai berbagai manfaat. Bagi masyarakat pengguna, tersedianya informasi mengenai indikator-indikator mutu yang dikembangkan berbasis pada kerangka kerja mutu di setiap sarana pelayanan kesehatan akan meningkatkan kepercayaan dan rasa aman masyarakat terhadap sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan serta meningkatkan daya pilih

masyarakat terhadap sarana pelayanan yang sesuai. Bagi manajer pelayanan kesehatan, penerapan kerangka kerja mutu memotivasi sarana pelayanan untuk mengembangkan sistem manajemen mutu, sedangkan bagi dinas kesehatan, kerangka kerja mutu memacu pengembangan *monitoring* dan *surveilans* mutu, meningkatkan upaya standarisasi pelayanan dan sarana pelayanan kesehatan serta merupakan *tools* untuk mengevaluasi kesenjangan dalam mutu pelayanan.

Selain itu, penerapan kerangka kerja mutu juga merupakan bukti akuntabilitas manajer pelayanan kesehatan di tingkat organisasi dan wilayah. Bagi tenaga kesehatan, penerapan kerangka kerja mutu memotivasi tenaga kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis, merencanakan kegiatan-kegiatan peningkatan mutu dan mengembangkan pengukuran-pengukuran mutu klinis yang lebih terinci untuk melakukan perbaikan mutu secara berkesinambungan. Kerangka kerja mutu bersifat dinamis dan dapat diperbaiki secara periodik.



Gambar 2.2.7 Pengembangan Sistem Regulasi dan Peningkatan

Dalam konteks kerangka tersebut, ketiga studi kasus dalam inovasi fungsi regulasi dapat dianalisis. Pengembangan di Propinsi DIY memfokuskan pada komponen peningkatan kapasitas lembaga dalam fungsi regulator (melalui penguatan dinas kesehatan propinsi dan kabupaten/kota, dan Badan Mutu), serta komponen *tools* regulator (melalui pengembangan berbagai instrumen, pelatihan *surveyor* dan implementasinya). Upaya-upaya peningkatan mutu belum dikembangkan secara sinergis dengan regulasi mutu, serta karakteristik mutu yang ingin dicapai belum secara eksplisit dituangkan.

Pengembangan regulasi mutu didasari oleh keyakinan akan kebutuhan regulasi yang kuat yang dibangun bersama *stakeholder* dalam kurun waktu tahun 2001-2004. Inovasi di Kalimantan Timur berawal dari pengembangan bersama di propinsi dan kabupaten/kota dalam komponen penetapan arah dan kegiatan regulasi dan peningkatan mutu, diikuti dengan pengembangan instrumen untuk *tools* regulasi. Dalam perjalanan selanjutnya, kemudian disadari bahwa berbagai upaya regulasi dan peningkatan mutu perlu diperkuat dengan peraturan daerah sebagai wujud komitmen daerah dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu. Kerangka mutu dikembangkan sebagai basis dari penyusunan perda mutu pelayanan. Di Propinsi Bali, dilakukan komponen penetapan arah dan kegiatan regulasi disertai *tools* regulasi, tanpa diikuti dengan pengembangan sistem regulasinya dan kerangka kerja mutu yang jelas. Pengembangan regulasi tidak bersifat jangka panjang. Standar,

instrumen, dan *surveyor* terlatih belum menjadi bagian dari sistem regulasinya.

Dari perspektif efektivitas regulasi, Walshe⁴⁷ menyebutkan 10 ciri regulasi yang efektif, yaitu: (1) Fokus ke kinerja; (2) Responsif; (3) Proporsional, seimbang; (4) Metode sistematis, *valid*, terutama *monitoring*; (5) Pengaturan konsisten; (6) Biaya pengembangan regulasi; (7) Terbuka, transparan; (8) *Enforcement strategy*; (9) Akuntabilitas, independensi lembaga regulasi; dan (10) Komitmen tinggi dalam evaluasi dan *review*. Berbagai ciri tersebut secara bertahap mulai terlihat dalam pengembangan inovasi regulasi di daerah. Kerangka kerja mutu dan legalitasnya mempertegas fokus regulasi ke kinerja pelayanan kesehatan dan *enforcement strategy*. Akuntabilitas dan independensi lembaga regulasi dapat ditunjukkan oleh Badan Mutu, disertai dengan komitmen dinas kesehatan yang tinggi dalam evaluasi, *review* dan konsistensi implementasi mekanisme yang telah disepakati. Pemberian rekomendasi perizinan dapat ditingkatkan transparansinya, baik dalam penilaian maupun biaya.

Kebutuhan akan konsultan sistem regulasi

Sebagai peran baru setelah desentralisasi kesehatan, pengembangan sistem regulasi pelayanan kesehatan di daerah bersifat *multiyears* dan terbukti sangat membutuhkan keberadaan para konsultan untuk memperkuat daerah. Pengalaman di Propinsi DIY dan Propinsi Kalimantan Timur telah menunjukkan hal tersebut, dan

⁴⁷ Walshe K. (2002). *The Nise of Regulation in the NHS*. British Medical Journal, 324:967-70.

setelah kurun waktu 2-3 tahun hasil nyata pengembangan sistem regulasi pelayanan di daerah mulai terbukti. Di Propinsi DIY, Badan Mutu telah menunjukkan perannya sebagai mitra Propinsi DIY dalam perizinan sarana pelayanan dan tenaga, bahkan telah diperluas ke *monitoring* mutu institusi pendidikan tenaga kesehatan. Adapun di Propinsi Kalimantan Timur, telah disusun rancangan Perda Mutu Pelayanan Kesehatan serta telah dilakukan peningkatan kapasitas regulasi di lima kabupaten/kota. Kegiatan ini belum optimal dilakukan di Propinsi Bali dan Riau karena diskontinuitas kegiatan dan tidak ada tindak lanjut proses pendampingan konsultan di kedua propinsi tersebut.

Penutup

Perkembangan tiga tahun terakhir (2004-2007) dalam pengembangan sistem regulasi pelayanan kesehatan di tiga propinsi yang dibahas menunjukkan bahwa kredibilitas dinas kesehatan propinsi dan kabupaten/kota sebagai regulator semakin meningkat dengan berkembangnya kegiatan-kegiatan nyata dalam regulasi pelayanan kesehatan. Pendekatan pengembangan secara tersistem lebih menunjukkan potensi kelangsungan yang tinggi dibanding dengan fokus pengembangan pada komponen kegiatan saja. Tanpa disertai dengan peningkatan kapasitas kelembagaannya, maka kegiatan regulasi yang semula dikembangkan menjadi sulit diimplementasikan secara rutin dan tidak terintegrasi ke dalam kegiatan di dinas kesehatan.

Perizinan masih menjadi komponen kegiatan regulasi yang utama. Selain perizinan memang merupakan kegiatan regulasi yang bersifat wajib dan mendasar serta didukung oleh peraturan perundangan yang jelas, efektivitas regulasi perizinan tidak sulit untuk dibuktikan. Implementasi regulasi perizinan dikatakan efektif apabila dinas kesehatan mempunyai *database* seluruh jenis sarana pelayanan, baik milik pemerintah maupun swasta, dan tenaga kesehatan

Sarana pelayanan yang operasional adalah sarana yang memenuhi persyaratan perizinan yang bersifat minimal dan wajib. Sarana yang tidak (belum) memenuhi persyaratan tidak diberi izin. Demikian pula bagi tenaga kesehatan, yaitu tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi minimal sesuai standar profesi yang berlaku.

Sistem *monitoring* perizinan masih menjadi tantangan ke depan. Di masa mendatang, implementasi regulasi perizinan yang efektif memberikan peluang bagi dinas kesehatan untuk melakukan upaya pengembangan mutu pelayanan dan sistem informasi kesehatan di sarana pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta. Dengan kerangka regulasi mutu pelayanan yang telah dituangkan dalam peraturan daerah, diharapkan berbagai indikator program kesehatan, indikator mutu bahkan indikator keselamatan pasien dapat diperoleh, dikaji banding dan didiseminasi kepada masyarakat luas sebagai bukti kinerja sarana pelayanan dan tenaga kesehatan serta bukti akuntabilitas dinas kesehatan.

BAB 2.3**Inovasi dalam Fungsi Pembiayaan Pemerintah:
Pengembangan Jamkesda**

Sigit Riyarto, Bondan Agus Suryanto, Suratimah, Sri Juliarti, Laksono Trisnantoro

Pengantar

Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 mengamanatkan negara (dengan pengertian Negara Kesatuan Republik Indonesia dibagi atas daerah-daerah propinsi dan daerah propinsi itu dibagi atas kabupaten dan kota, yang tiap-tiap propinsi, kabupaten dan kota mempunyai pemerintahan daerah yang diatur dengan undang-undang, UUD 1945 Pasal 18 (1), mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai martabat kemanusiaan. UU No.32/2004 tentang Pemerintahan Daerah menetapkan bahwa di dalam menyelenggarakan otonomi, daerah mempunyai kewajiban mengembangkan jaminan sosial, dan diatur lebih lanjut dengan PP No.38/2007, bahwa urusan pemerintahan wajib yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah ditetapkan dalam peraturan daerah selambat-lambatnya 1 tahun setelah ditetapkannya peraturan pemerintah ini.

Tidak ada keraguan lagi bahwa pemda dapat mengembangkan jaminan sosial sebagai salah satu kewajiban dalam urusan pemerintahannya. Hal ini ditopang oleh undang-undang khusus yang mengatur yaitu UU SJSN; dengan Keputusan Mahkamah Konstitusi

Atas Perkara No No.007/PUU –III/2005 yang menyatakan: Pasal 5 ayat (2), (3), (4) UU No.40/2005 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) tidak mempunyai kekuatan hukum yang mengikat. Di samping itu, pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) tingkat daerah dapat dibentuk dengan Perda dengan memenuhi ketentuan Pasal 2, 3, dan 4 UU SJSN dalam penyelenggarannya.

Sejalan dengan kebijakan tersebut itu Departemen Kesehatan pada tahun 2003 dan 2004 telah mengembangkan uji coba penerapan prinsip jaminan kesehatan melalui Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin (JPK gakin). Propinsi DIY merupakan salah satu propinsi yang ditunjuk sebagai daerah uji coba di samping 3 propinsi dan 25 kabupaten/kota yang lain. Untuk melaksanakan uji coba ini harus dibentuk badan penyelenggara di masing-masing daerah dengan keputusan gubernur/bupati/walikota yang mana dilakukan *assessment* lebih dulu oleh Departemen Kesehatan. Untuk itu di Propinsi DIY membentuk Bapel Jamkessos dengan Keputusan Gubernur No.74/2003 yang mendapat tugas selain melaksanakan uji coba JPK gakin juga mengembangkan Jamkessos.

Ketika terjadi pergantian pimpinan di Departemen Kesehatan terjadi perubahan baru pula. Kebijakan pusat di tahun 2005 memberlakukan program JPK gakin secara nasional yang disebut Program Askeskin dengan menunjuk PT. Askes sebagai pelaksana secara nasional. Pada saat diberlakukanya, kebijakan ini tidak memberikan kesempatan kepada daerah uji coba yang mampu melaksanakan, sehingga berbagai Bapel Daerah uji coba berhenti, kecuali di DIY dan beberapa daerah lain.

Propinsi DIY dan beberapa daerah lainnya terus mengembangkan inovasi berupa pengelolaan sistem Jamkesda melalui kegiatan Jamkesda. Terbitnya PP No.38/2007 mendorong berbagai daerah saat ini untuk terus mengembangkan sistem jaminan kesehatannya sendiri. Propinsi DIY dan Kota Balikpapan merupakan contohnya yang melakukan bahkan dilakukan sebelum terbitnya PP No.38/2007.

Inovasi yang dilakukan

Munculnya PP No.38/2007 mendorong berbagai daerah saat ini untuk mengembangkan sistem jaminan kesehatannya sendiri. Sebagai contoh Propinsi DIY, dan Kota Balikpapan menjalankan sistem jaminan kesehatan yang dimulai dengan menjamin masyarakat miskin. Walaupun secara nasional pemerintah pusat sudah menjamin masyarakat miskin lewat program Askeskin, namun di beberapa daerah mereka juga dijamin lewat mekanisme APBD melalui tambahan penjaminan atau daerah menjamin masyarakat miskin “lain” yaitu mereka yang tidak terdaftar sebagai peserta Askeskin karena berbagai alasan.

Menarik untuk dicermati bahwa pembentukan Jamkesda ini juga dipicu oleh semacam “ketidakpuasan” daerah terhadap Pasal 5 (4) UU SJSN dan pengembangan Sistem Jaminan Nasional. Dengan adanya Jamkesda atau Jamkessosda di beberapa daerah, terdapat harapan baru bahwa pengelolaan penjaminan akan lebih baik dari yang saat ini sudah berjalan. Seperti diketahui berbagai masalah saat ini mengemuka dalam sistem Jamkesmas miskin oleh pemerintah.

Yang paling menonjol adalah masalah pendataan penduduk miskin, pembayaran terlambat ke rumahsakit yang dikontrak, serta adanya kecenderungan pelayanan berlebihan oleh rumahsakit.

Konsep Jamkesda direncanakan juga mencakup masyarakat non gakin. Namun demikian penjaminan bagi peserta non gakin perlu dikaji dengan lebih baik karena terdapat beberapa peraturan perundangan yang belum jelas. UU No.40/2004 tentang SJSN masih belum mempunyai peraturan yang mengatur siapa yang akan menjadi BPJS. Sebelum undang-undang ini diubah oleh Mahkamah Konstitusi, UU No.40/2004 mengatakan bahwa hanya ada empat badan penyelenggara jaminan sosial, yaitu PT. Askes, PT. Jamsostek, PT. Taspen, dan ASABRI. Namun di tahun 2005, MK dalam keputusannya mengatakan bahwa pasal tersebut dihapus sehingga saat ini masih belum diputuskan siapa yang berhak menjadi BPJS. Hanya disebutkan BPJS bersifat nasional dan diatur lebih lanjut.

Hal ini menimbulkan interpretasi yang beragam. Sebagian menafsirkan bahwa BPJS cukup dapat dibentuk oleh perda, sebagian lain mengatakan harus ada undang-undang atau peraturan pemerintah. Munculnya PP No.38/2007 juga menimbulkan interpretasi baru yaitu daerah dapat membentuk badan pengelola asal badan tersebut bukan badan asuransi tetapi "penjamin" yang artinya harus ada sebagian dana yang berasal dari pemda, bukan murni premi dari peserta. Di tengah terjadinya ketidakjelasan aturan ini, berbagai daerah tidak mau menunggu terlalu lama. Mereka langsung membentuk Jamkesda atau Jamkessosda dengan alasan bahwa hal ini sudah ditunggu oleh masyarakat.

Inisiatif daerah tersebut perlu disambut positif, sekaligus perlu dicermati secara kritis. Pengalaman pengelolaan serta berbagai permasalahan di dalamnya perlu dijadikan pelajaran (*lesson learned*) bagi daerah lain yang ingin mengembangkan diagram serupa di era desentralisasi ini. Dalam buku ini akan dibahas dua contoh yaitu kasus Propinsi DIY dan Kota Balikpapan.

Kasus Jamkessosda di Propinsi DIY

Sejarah pengembangan Jamkessos di Propinsi DIY dapat dirunut sejak tahun 1999 yaitu ketika terdapat program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat-Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPKM-JPSBK) yang disponsori oleh Departemen Kesehatan sebagai bagian dari penanggulangan krisis moneter waktu itu. Pengembangannya dimulai dengan dibentuknya pra badan penyelenggara (Pra Bapel) di tingkat kabupaten/kota, yang kemudian ada yang pada akhirnya berupa UPTD JPKM.

Selanjutnya pada tahun 2000, Propinsi DIY mendapatkan dana PHP-1 dari Bank Dunia yang salah satu programnya adalah reformasi pembiayaan kesehatan untuk UKP. Dalam dokumen rekomendasi reformasi pembiayaan kesehatan ini disebutkan bahwa reformasi akan dapat dicapai bila pembiayaan kesehatan menerapkan prinsip asuransi/jaminan kesehatan.

Pengembangan konsep reformasi pembiayaan kesehatan ini dimulai dengan berbagai *workshop* mengenai asuransi dan jaminan kesehatan di masing-masing Kabupaten dan Kota Yogyakarta. Berbagai diskusi dan *workshop* tersebut akhirnya memutuskan bahwa

akan dibentuk bapel yang akan berada di tingkat propinsi. Hal ini didasari kenyataan bahwa DIY adalah propinsi yang kecil dengan mobilitas antar kabupaten dan kota yang tinggi.

Sebagai tindak lanjutnya, pada tahun 2003 dan 2004, dikeluarkan SK Gubernur No.74/2003 mengenai pembentukan Bapel Jamkessos Propinsi DIY. Bapel ini kemudian mendapatkan sumber dana dari pemerintah pusat berdasarkan Kepmenkes No.781/Menkes/2003 dan Kepmenkes No.713/Menkes/2004 yang menetapkan Propinsi DIY sebagai daerah uji coba jaminan pemeliharaan kesehatan untuk gakin di tingkat propinsi. Pada Tahun 2004 di samping dana dari pusat, dalam rangka pelaksanaan program JPK-gakin juga mendapatkan dana dari APBN Propinsi DIY.

Namun demikian, dengan terbitnya SK Menkes No.1241 bulan Oktober 2004 mengenai Penunjukan PT. Askes untuk mengelola jaminan kesehatan keluarga miskin mulai tanggal 1 Januari 2005 (kemudian dikenal sebagai Program Askeskin), Bapel Jamkessos DIY kehilangan sumber dana dari pemerintah pusat. Untuk itu, melihat kenyataan dilapangan ada kelompok penyandang masalah sosial yang belum tercakup dalam program Askeskin maka, diputuskan Bapel Jamkessos yang menjamin, dengan sumber dana dari Pemerintah Propinsi DIY.

Penyandang masalah sosial dalam kategori ini adalah tuna wisma, penghuni panti sosial, penghuni panti asuhan, anak gelandangan, anak terlantar, penghuni lembaga pemasyarakatan (lapas) yang tidak mampu serta masyarakat tidak mampu/miskin yang tidak dijamin dalam program Askeskin/JPKM. Di samping itu,

program ini diperluas dengan menjamin penderita Demam Berdarah *Dengue* (DBD), korban Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (KtPA) berbasis *gender*, penanganan gizi buruk serta Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI). Adapun jumlah peserta dan sumber dananya tampak pada Tabel 2.3.1.

Tabel 2.3.1 Peserta dan Sumber Dana Jamkessos Propinsi DI Yogyakarta

| Jenis | Tahun | | | | |
|---------------|---------|---------|--------|---------|---------|
| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
| Peserta | 909,665 | 909,665 | 95,000 | 195,000 | 324,000 |
| Sumber dana | - | - | - | - | - |
| PKPS-BBM | 13,2 M | 15,58 M | - | - | - |
| PHP | 6,5 M | - | - | - | - |
| APBD-PROPINSI | - | 3,2 M | 5,7 M | 12 M | 16,5 M |

Pola pengelolaan permasalahan saat ini

Dengan SK Gubernur tersebut dan walaupun tidak lagi mengelola dana pusat, Jamkessos DIY tetap melakukan pola pengelolaan yang menggunakan konsep *managed care* melalui pelaksanaan trias manajemen yang meliputi: manajemen kepesertaan, manajemen pelayanan kesehatan, dan manajemen keuangan. Trias manajemen terdapat beberapa macam kajian seperti *utilization review* (kajian pemanfaatan). Pola *utilization review* yang digunakan adalah dengan memverifikasi pemeriksaan; tindakan dan pengobatan terhadap peserta. Jamkessos juga melakukan pengkajian yang mendalam apabila terdapat pemeriksaan penunjang yang cenderung berlebihan. Demikian juga apabila didapatkan penggunaan antibiotik

yang mahal. Kajian juga akan dilakukan terhadap tindakan-tindakan operatif berbiaya mahal.

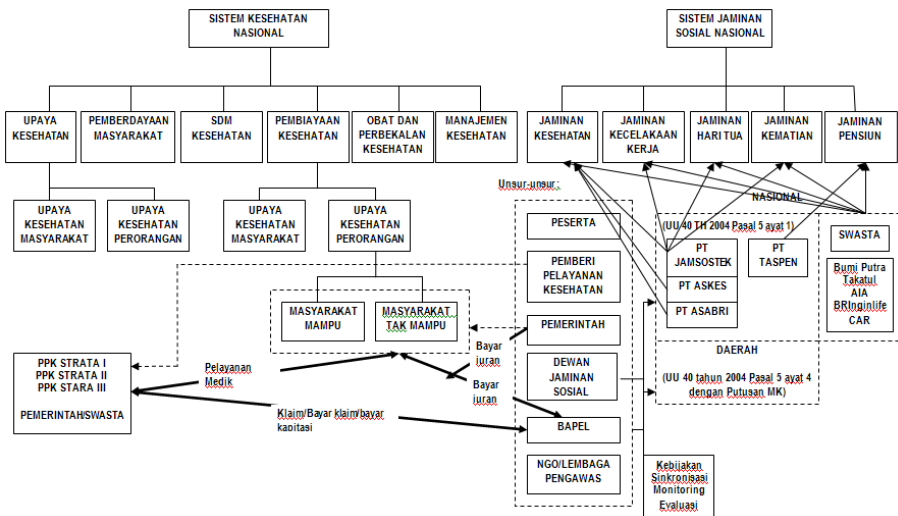
Jamkessos DIY saat ini masih menghadapi berbagai persoalan seperti bagaimana melakukan *coordination of benefit* yaitu menentukan penjamin primer dari seorang peserta. Dalam hal ini belum ditentukan siapa yang membayar tagihan rumahsakit apabila seorang peserta Jamkessos mengalami kecelakaan sedangkan karcis kendaraan umumnya menyebutkan dia dijamin oleh PT. Jasa Raharja. Persoalan yang lain adalah bagaimana dengan peserta mandiri yaitu yang nantinya membayar iuran. Aturan yang ada saat ini belum cukup untuk menarik premi atau iuran wajib penduduk DIY kepada Jamkessos. Undang-Undang No.40/2004 tentang SJSN belum rinci mengatur apakah daerah akan diikutsertakan dalam program ini. Lambatnya aturan pemerintah yang akan mengatur hal ini secara rinci menyebabkan Jamkessos sulit mencapai visinya untuk menjamin seluruh masyarakat Yogyakarta dengan kepesertaan asuransi kesehatan (*total coverage*). Untuk itu saat ini Jamkessos DIY mengelola APBD Propinsi DIY dan pengembangannya, selain sedang mengusahakan penarikan dana langsung dari masyarakat dalam membayar iuran sebagai peserta mandiri (bila dasar peraturan daerah telah ditetapkan).

Perubahan status

Dengan ditetapkannya PP No.38/2007 dan PP No.41/2007 Bapel Jamkessos menjadi organisasi struktural dalam lingkup pemda yang berbentuk UPT pada Dinas Kesehatan Propinsi DIY berdasar

perda. Dengan adanya perda maka diharapkan ada perluasan kepesertaan, peningkatan profesionalisme, adanya fleksibilitas dan memungkinkan kerja sama dengan kabupaten/kota serta pihak ketiga yang lain.

Diharapkan setelah adanya perda tersebut maka posisi Jamkessos DIY menjadi semakin jelas seperti tampak pada Gambar 2.3.1.



Gambar 2.3.1 Posisi Bapel Jamkessos Propinsi DI Yogyakarta

Kepesertaan dan iuran (premi) pasca perda

Diharapkan dalam rancangan perda nantinya Jamkessos DIY akan menerapkan pola kepesertaan wajib bertahap. Mereka yang wajib menjadi peserta adalah pekerja formal sedangkan pekerja informal kepesertaannya sukarela. Masyarakat miskin akan disubsidi penuh

namun demikian kriterianya akan diperketat dan mereka akan didaftarkan ke Jamkessos.

Direncanakan peserta wajib akan membayar premi dari persentase gaji tertentu⁴⁸, sedangkan Penerima Bantuan Iuran (PBI) yaitu masyarakat miskin akan disubsidi oleh pemerintah dengan nilai nominal tertentu. Pekerja informal juga akan diharapkan kepesertaannya secara sukarela dengan membayar premi dengan jumlah nominal tertentu.

Penyedia pelayanan kesehatan

Bapel Jamkessos DIY akan mengontrak PPK pemerintah maupun swasta yang berminat. Adapun manfaat atau layanan medik yang akan diterima oleh peserta direncanakan cukup lengkap yaitu mulai tindakan preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif sesuai kebutuhan medis kelas perawatan yang akan diberikan kepada peserta adalah kelas standar. Untuk mencegah penggunaan pelayanan yang berlebihan maka Jamkessos DIY juga merencanakan iuran biaya. Daftar obat dan harga obat akan ditentukan dan jenis pelayanan yang tidak ditanggung akan diatur kemudian. PPK akan dibayar dengan model kapitasi untuk pelayanan kesehatan primer dan tarif yang disepakati asosiasi rumahsakit. Diharapkan juga akan diterapkan *diagnosis related group*. Pola pengelolaan dari badan pelaksana baik tingkat pusat dan daerah diharapkan seperti tampak pada Tabel 2.3.2.

⁴⁸ Sampai buku ini diterbitkan belum ada nilai yang disepakati

Tabel 2.3.2 Pola Pengelolaan dari Badan Pelaksana Tingkat Pusat dan Daerah

| Permasalahan | Pusat | Propinsi | Kabupaten | Keterangan |
|---------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Manfaat | Sama | - | - | - |
| Iuran | Sama | - | - | - |
| Kepesertaan | Identitas sama /berbeda | Identitas sama/ berbeda | Identitas sama/ berbeda | Otoritas? Segmentasi kepesertaan |
| Tarif ke PPK | Sama/DRG/ paket | Sama/DRG/ paket | Sama/DRG /paket | - |
| Portabilitas | Regulasi | Regulasi | Regulasi | - |
| Obat | Regulasi | Regulasi | Regulasi | - |

Dalam hubungannya dengan Jamkesda di kota dan kabupaten. Saat ini sedang dilakukan berbagai kegiatan untuk sinkronisasi. Saat ini yang sudah ada adalah sistem jaminan di Kota Yogyakarta dan Kabupaten Sleman. Adapun tiga kabupaten lainnya masih belum ada. Dalam hal ini perlu ada sinkronisasi kegiatan antara fungsi pemerintah propinsi dan kabupaten/kota.

Kasus Jamkesda di Kota Balikpapan

Pemerintah Kota Balikpapan telah menyelenggarakan program Jamkesmas miskin sejak tahun 2001-2002 yang bersumber dana APBD. Namun ternyata masalah tidak selesai hanya dengan melindungi warga miskin sebab masih banyak masyarakat bukan miskin (*near poor*) yang jatuh miskin ketika harus rawat inap di rumahsakit. Hal ini menyebabkan Pemerintah Kota Balikpapan

membuat *grand strategy* dalam bidang pembiayaan kesehatan dengan mengembangkan sistim jaminan kesehatan warga kota sebagai strategi utama misi pembangunan kota untuk melakukan reformasi di pembiayaan kesehatan. Implementasi misi ini dilaksanakan dalam bentuk program Jamkesda sejak bulan Oktober 2006 dan ditujukan untuk membantu masyarakat informal yang belum mempunyai jaminan kesehatan.

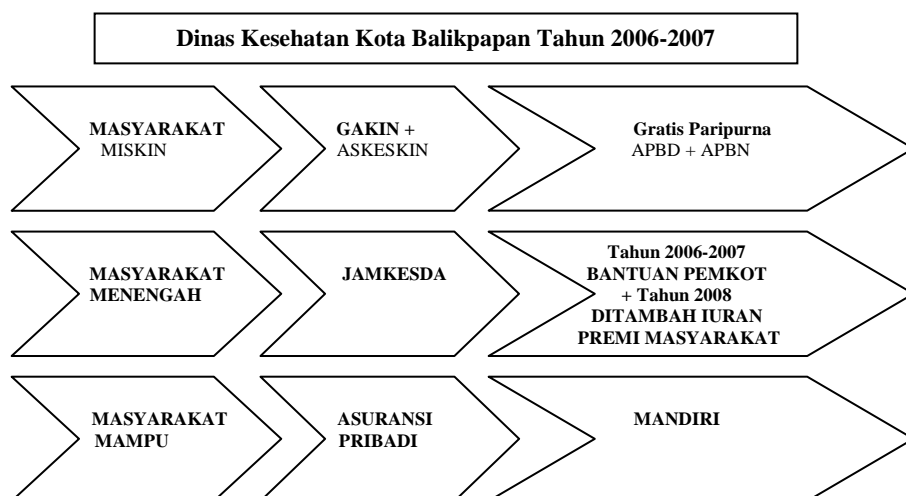
Pembentukan program Jamkesda Balikpapan dilatarbelakangi oleh berbagai aturan yang ada yaitu UUD 1945 Pasal 28, UU No.23/1992, UU No.40/2004 tentang SJSN, dan PP No.38/2007 tentang pembagian urusan pemerintahan, Perda Penanggulangan Kemiskinan Kota Balikpapan No.8/2004 dan tercantum dalam misi kedua pemerintah Kota Balikpapan 2006-2010.

Misi pemerintah Kota Balikpapan antara lain peningkatan SDM. Sasarannya adalah mengupayakan agar warga Balikpapan mampu “menjadi tuan di rumah sendiri” melalui pelayanan pendidikan dasar dan pelayanan kesehatan dasar secara gratis untuk mempersiapkan SDM yang unggul dalam bidang ilmu pengetahuan dan teknologi, punya jiwa *entrepreneur* serta memiliki keimanan, ketakwaan serta budi pekerti yang tinggi dengan program strategis: alokasi 20% sektor pendidikan dalam APBD, asuransi/jaminan kesehatan warga kota, optimalisasi fungsi rumah ibadah sebagai sarana pembelajaran umat, dan adanya perpustakaan kota, serta pembangunan *Islamic Centre*. Dari misi tersebut tampak bahwa yang dikembangkan di Kota Balikpapan adalah Sistem Jaminan Kesehatan

bagi warga kota secara menyeluruh (*universal coverage*) dan bukan hanya terbatas perlindungan kesehatan gakin.

Rencana sistem pembiayaan kesehatan Pemda Balikpapan

Pemda Kota Balikpapan memiliki sistem pembiayaan kesehatan yang pada intinya akan menjamin seluruh penduduk kota secara bertahap. Masyarakat miskin akan dicakup oleh APBN melalui Askeskin yang saat ini telah berubah menjadi Jamkesmas, dan ditambah anggaran dari APBD. Adapun untuk masyarakat miskin yang tidak ada dalam daftar Jamkesmas dan ditanggung oleh pemda. Untuk masyarakat menengah (tidak miskin, misalnya kelompok informal) akan disediakan anggaran dari pemda ditambah iuran dari masyarakat (sebagian iuran, sebagian subsidi pemerintah kota), sedangkan masyarakat yang dianggap mampu diharapkan mengiur sendiri sehingga menjadi peserta mandiri (tanpa subsidi pemda). Secara diagramatis diharapkan perkembangannya seperti yang ada pada Gambar 2.3.2.



Gambar 2.3.2 Sistem Pembiayaan Kesehatan Kota Balikpapan

Kenyataan pelaksanaan program pembiayaan kesehatan Kota Balikpapan

Program ini dimulai pada tahun 2002 dengan pembiayaan bagi masyarakat miskin. Sasarannya waktu itu adalah gakin yang berjumlah 28.153 jiwa. Jaminan gakin ini mempunyai dua sumber pembiayaan yaitu APBD dan APBN. APBD menyumbang 3,09 milyar rupiah. Kemudian berdasarkan Peraturan Walikota No.13/2006 tentang jaminan pelayanan kesehatan daerah dikembangkan Jamkesda dengan sasaran sebesar 320.000 orang pada 1 Oktober 2006 yang terdiri dari pekerja informal yang belum terasuransi. Untuk peserta tipe ini penjaminannya adalah bantuan paket layanan rawat inap dengan premi Rp 5.500,00 per jiwa sehingga total anggaran adalah 22 milyar rupiah. Persyaratan yang harus dipenuhi adalah mempunyai

KTP tetap (penduduk yang sudah tinggal selama 6 bulan) dan tidak mempunyai asuransi kesehatan. Rinciannya tampak pada Tabel 2.3.3.

Tabel 2.3.3 Perbedaan JPK Gakin dengan Jamkesda

| Kriteria | Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Gakin | Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) |
|-----------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Waktu | 2002 – Sekarang | 1 Oktober 2006 |
| Sasaran | GAKIN ± 28.153 Jiwa | Masyarakat Informasi Non Asuransi ± 320.000 Jiwa |
| Pelayanan | Paripurna | Bantuan Pelayanan Rawat Inap |
| Sumber Dana | APBD + APBN | APBD |
| Premi APBD | 5500 / Jiwa | 5500 / Jiwa |
| Premi APBN | 5500 / Jiwa | - |
| Anggaran | 3, 09 Milyar | 22 Milyar |
| Persyaratan | KTP GAKIN | KTP Tetap (Penduduk 6 Bulan) Non Asuransi Kesehatan |

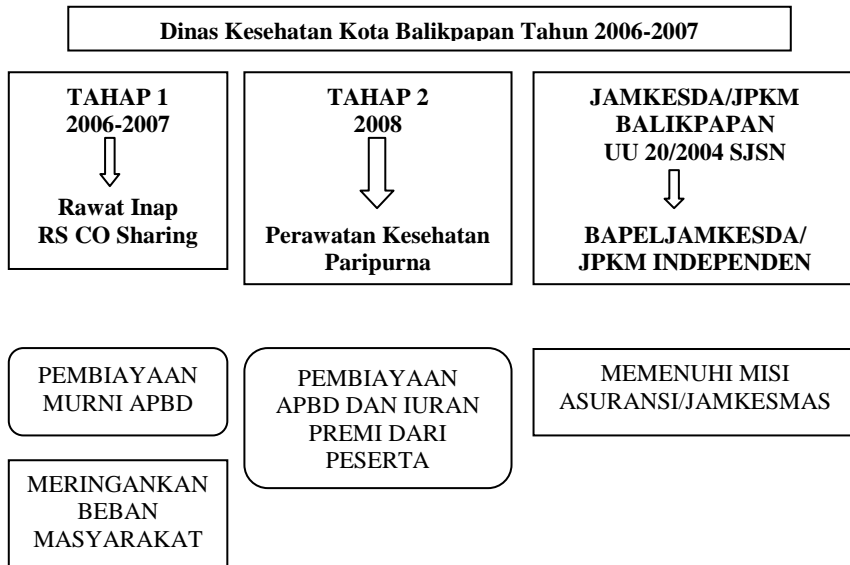
Untuk mengidentifikasi masyarakat miskin selain menggunakan data BPS Pemerintah Kota Balikpapan juga memiliki Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Kota yang bertugas menetapkan kriteria masyarakat miskin dan melakukan pendataan setiap 2 tahun. Program pengentasan kemiskinan Kota Balikpapan ini diatur dalam Perda No.8/2004. Masyarakat miskin memiliki kode tersendiri pada KTP-nya sehingga mudah diidentifikasi saat berobat. Pendataan peserta jaminan kesehatan ini bekerja sama dengan *database* sistem kependudukan Kota Balikpapan

Program penjaminan ini memiliki tujuan umum untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar kepada seluruh masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Tujuan khususnya adalah: (1) terselenggaranya pelayanan kesehatan

dasar di puskesmas dan rumahsakit yang lebih optimal sesuai kebutuhan masyarakat; (2) terselenggaranya rujukan pelayanan kesehatan dasar; (3) menurunkan AKI dan angka kematian anak, DBD, gizi buruk (*Human development index MDG's*).

Pentahapan Jamkesda Kota Balikpapan

Penerapan program penjaminan kesehatan di Kota Balikpapan dilaksanakan secara bertahap. Pada tahap pertama yaitu tahun 2006-2007 masyarakat informal yang belum terasuransi dibantu oleh APBD untuk pembiayaan rumahsakit dengan sistem *co-sharing*, artinya masyarakat tetap membayar selisih biaya yang tidak masuk dalam paket pelayanan Jamkesda. Untuk tahun 2008, pemerintah tetap memberikan bantuan namun masyarakat diharapkan mulai membayar kontribusi premi sehingga pelayanan kesehatan yang diterima paripurna (tidak hanya rawat inap). Gambar 2.3.3 menggambarkan pentahapan tersebut:



Gambar 2.3.3 Konsep Jamkesda Bertahap

Untuk menentukan premi yang diinginkan oleh masyarakat, maka pada Desember 2006 telah dilakukan kajian kemampuan membayar masyarakat yang dibiayai oleh proyek HWS, sedangkan untuk mengkaji kelayakan badan penyelenggara juga telah dilaksanakan pada bulan Mei 2007 serta pada bulan Juli 2007 telah disusun naskah akademis untuk persiapan penyusunan Perda Jamkesda.

Upaya-upaya pengembangan program Jamkesda dilakukan dengan beberapa sumber dana antara lain :

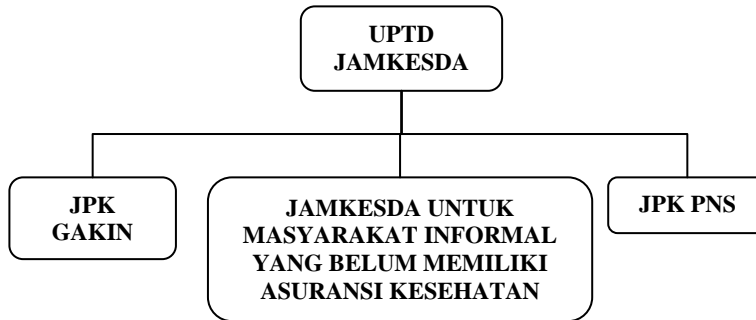
1. Kajian kemampuan masyarakat membayar iuran dan Penyusunan Naskah Akademis dan Draf Raperda Sistim

Jamkesda dilaksanakan melalui proyek HWS tahun 2006 dan 2007

2. Kajian kelembagaan Jamkesda oleh Bappeda Kota Balikpapan tahun 2007
3. Pengembangan Sistem Informasi Manajemen (SIM) Jamkesda, penguatan SDM, penetapan paket layanan dan pembentukan sentra pelayanan di RS melalui APBD tahun 2007–2008.

Badan pengelola

Tahun 2006-2007 regulator Jamkesda berada di Subdin Kesehatan Keluarga, Seksi JPKM Dinas Kesehatan Kota Balikpapan dan operatornya dijalankan oleh Satgas Jamkesda berdasarkan SK Walikota No.188./45-302/2006 dan SK.Walikota No.188.45-211/2007. Pola Pengelolaan Keuangan mengacu pada Permendagri No.13/2006. Direncanakan tahun 2008 berdasarkan PP No.41/2007 tentang Pembentukan Struktur Organisasi diusulkan regulator Jamkesda berada di Bidang Bina Program Dinas Kesehatan Kota dan operatornya berupa UPTD Jamkesda. Selanjutnya jika UPTD Jamkesda telah memenuhi syarat audit akan diusulkan untuk menjadi BLU dengan Pola Pengelolaan Keuangan BLU agar lebih independen dan fleksibel dalam pengelolaan keuangan.



Gambar 2.3.4 Sistem Jamkesda yang Dikelola Dinas Kesehatan Kota Balikpapan Tahun 2006-2008

Prosedur teknis operasional Jamkesda

Prosedur pendaftaran peserta: Jamkesda Kota Balikpapan dimulai dengan menerima peserta pendaftaran lewat RT, kelurahan dan terbitnya kartu Puskesmas. Adapun syarat menjadi peserta adalah sebagai berikut: KTP tetap Balikpapan, terdaftar dalam kartu keluarga, belum memiliki asuransi kesehatan, dan masyarakat informal.

Manfaat yang ditawarkan oleh Jamkesda Balikpapan terdiri dari kamar kelas 3, makan, jasa pelayanan, pemeriksaan penunjang sampai dengan kriteria sedang (laboratorium, rontgen, elektromedis, dan sebagainya; obat generik, ICU/ICCU/NICU selama 7 hari, tindakan operasi sampai dengan sedang, persalinan 1-2 paket bantuan Rp 500.000,00, operasi *caesar* Rp 3.000.000,00, tindakan gawat darurat, dan hemodialisa bantuan 50%.

PPK Jamkesda adalah semua rumahsakit pemerintah maupun swasta yang ada di Balikpapan, Ruma Sakit Jiwa Samarinda,

puskesmas rawat inap dan klinik bidan swasta dengan pola tarif sesuai yang ditetapkan dalam SK Gubernur Propinsi Kalimantan Timur No.4/2006 tentang Pola Tarif Rumah Sakit Propinsi Kalimantan Timur.

Bagi masyarakat yang tidak memenuhi syarat administrasi untuk memiliki kartu JPK gakin atau Jamkesda, misalnya karena penduduk pendatang atau lintas wilayah (portabilitas) dan tidak mampu membayar rumahsakit maka dapat dibantu melalui Program SKTM propinsi sehingga ada harmonisasi dalam pengelolaan sistem pembiayaan kesehatan antara Pemerintah Kota Balikpapan dan Pemerintah Propinsi Kalimantan Timur.

Perda Jamkesda Balikpapan juga mengatur tentang kemungkinan terjadinya kerja sama antara wilayah dalam hal rujukan pasien agar program ini tidak menjadi eksklusif hanya untuk penduduk Balikpapan.

Utilisasi (pemanfaatan) Jamkesda Balikpapan

Sejak diluncurkan bulan Oktober 2006-Desember 2007 Jamkesda Balikpapan telah membiayai 9023 orang. Terdapat kenaikan peserta yang cukup signifikan pada bulan-bulan pertama dan hal ini juga diikuti oleh kenaikan pembiayaan. Rata-rata per peserta dibiayai sebesar Rp 1.455.501,00. Rinciannya tampak pada Tabel 2.3.4.

**Tabel 2.3.4 Rincian Pembiayaan Jamkesda Balikpapan
Bulan Oktober 2006 sampai Desember 2007**

| Waktu | Peserta | Sakit | Biaya |
|--------------------------|----------------|--------------|-----------------------|
| <i>Tahun 2006</i> | | | |
| Oktober 2006 | 25.342 | 22 | 15.860.000 |
| November | 64.218 | 506 | 828.641.241 |
| Desember | 89.376 | 396 | 762.858.205 |
| <i>Tahun 2007</i> | | | |
| Januari | 98.022 | 575 | 845.605.093 |
| Februari | 104.458 | 565 | 713.365.635 |
| Maret | 109.934 | 640 | 923.663.336 |
| April | 115.347 | 673 | 989.548.622 |
| Mei | 120.126 | 802 | 1.140.586.798 |
| Juni | 124.116 | 758 | 1.090.783.360 |
| Juli | 127.454 | 743 | 1.146.300.021 |
| Agustus | 129.188 | 651 | 907.551.558 |
| September | 130.514 | 740 | 908.705.630 |
| Oktober | 131.995 | 717 | 964.370.455 |
| November | 134.805 | 607 | 883.390.899 |
| Desember | 138.852 | 628 | 1.011.751.609 |
| TOTAL | | 9023 | 13.132.982.462 |

Pembahasan

Dari kedua kasus di atas tampak bahwa kedua daerah telah berupaya untuk mengurangi beban biaya pelayanan kesehatan yang mungkin dialami masyarakat ketika sakit. Pemerintah Propinsi DIY

dan Kota Balikpapan memiliki komitmen yang kuat dan terbukti dengan dialokasikannya dana APBD untuk keperluan sistem jaminan kesehatan. Menarik dicermati bahwa tidak terdapat perbedaan yang cukup besar antara biaya yang dialokasikan per penduduk di dua daerah tersebut pada tahun 2007 (Rp 50.925,93 per penduduk di Propinsi DIY dan Rp 68.750,00 per penduduk di Balikpapan), walaupun dua daerah tersebut memiliki perbedaan tingkat kapasitas fiskal yang cukup besar. Hal ini menunjukkan bahwa yang paling penting adalah komitmen dari pemda setempat untuk mau mengalokasikan dana yang cukup bagi pelayanan kesehatan.

Dari aspek kebijakan, tampak bahwa kedua daerah ingin segera menerbitkan Perda yang dapat menjadi payung hukum lembaga penjaminnya dan kedua lembaga tampaknya juga sudah siap untuk membuat aturan pengumpulan premi wajib. Dengan belum keluarnya peraturan pemerintah yang mengatur secara rinci siapa yang berhak menjadi lembaga penjamin kesehatan yang dapat mengambil premi wajib, peraturan perda yang akan disusun oleh kedua daerah berpotensi untuk dianulir apabila peraturan pemerintah dari pusat tidak memperbolehkan lembaga di daerah menarik premi.

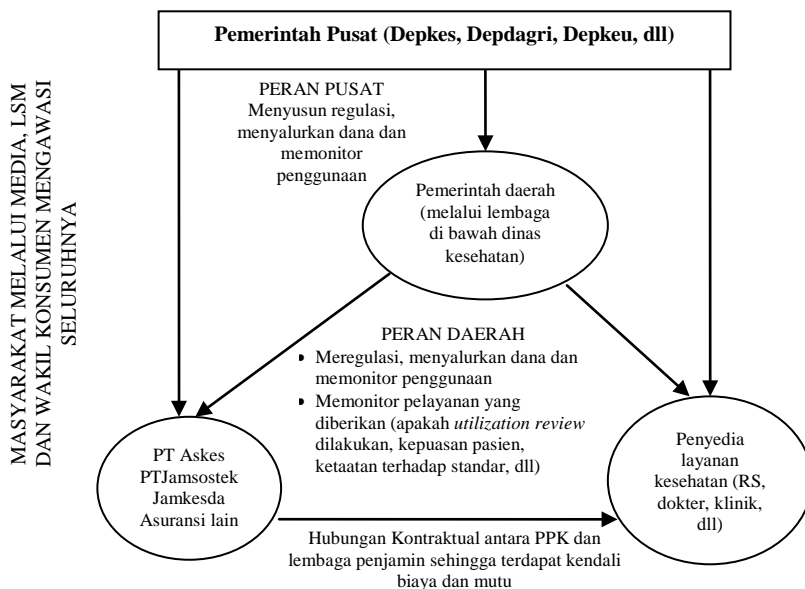
Kasus yang mirip dengan hal ini adalah ketika sebelum munculnya SK 1241 tentang penunjukkan PT. Askes sebagai asuradur (penjamin) masyarakat miskin. Ketika itu lembaga daerah yang diberi wewenang, dan kemudian oleh pemerintah pusat dikembalikan wewenangnya ke pusat. Ketidakpastian hukum menyangkut sistem penjaminan di Indonesia rupanya merupakan hal yang cukup sering terjadi.

Pada tahun 2005 juga muncul gugatan ke MK dari lembaga daerah agar tidak hanya ada empat lembaga yang Bapel Jaminan Sosial yaitu PT. Askes, PT. Jamsostek, PT. Taspen dan Asabri. Dikabulkannya gugatan tersebut rupanya mendorong daerah untuk mengembangkan sistem jaminan kesehatan sendiri. Momentum ini kemudian diperkuat dengan munculnya PP No.38/2007. Saat ini tampaknya dengan banyaknya masalah di Askeskin, ada kemungkinan pemda diberi wewenang yang lebih besar. Tarik ulur pusat dan daerah yang dapat dilambangkan seperti gerak bola pendulum ini berpotensi tidak segera finalnya sistem jaminan kesehatan di Indonesia dan cita-cita akan tercapainya cakupan semesta (*universal coverage*) akan terpengaruh.

Dari segi teknis operasional tampaknya kedua bapel sudah berusaha menyiapkan semaksimal mungkin segala alat kelengkapan pengelolaan (*management tools*) seperti *utilization review*, pola pembayaran kepada PPK dan sebagainya. Namun demikian, sistem penjaminan kesehatan memerlukan pengelolaan yang cukup rumit dan tampaknya persiapan yang dilakukan oleh kedua bapel kurang. Dari data yang ada belum tampak adanya program pelatihan yang memadai, serta SDM seperti apa yang diharapkan dapat mengelola. Apabila lembaga ini nantinya ingin dapat mengelola dana dengan lebih baik tampaknya SDM yang ada perlu ditambah serta ditingkatkan keterampilannya, terutama dari segi teknis operasional serta program jaminan mutu. Alternatif lain adalah mengkontrakkan ke pihak ketiga, misal ke Badan Mutu Pelayanan Kesehatan seperti yang ada di Propinsi DIY.

Dari segi manfaat jaminan (*benefit*) yang diberikan kepada masyarakat, kedua bapel memiliki standar yang berbeda. Hal ini wajar mengingat sumber pembiayaan serta jumlah dananya berbeda. Namun demikian, apabila di banyak daerah muncul banyak bapel dengan *benefit* yang berbeda-beda maka yang terjadi adalah terdapat variasi mutu layanan kesehatan antar daerah. Artinya, misalnya penduduk Balikpapan yang kemudian pindah ke Yogyakarta mungkin akan mendapatkan mutu layanan yang berbeda atau sebaliknya dan ini menyebabkan adanya potensi munculnya keluhan dan ketidakpuasan.

Dari segi pembagian peran serta *good governance* antar pelaku, tampaknya kedua bapel perlu memiliki konsep yang lebih jelas. Ada pola yang perlu diperhatikan di masa depan, sebagai berikut:



Gambar 2.3.5 Pola Pembagian Peran dan *Good Governance*

Dari Gambar 2.3.5 tampak jelas bahwa peran pemerintah di pusat maupun di daerah adalah sebagai regulator dan pihak yang memonitor. Tampak bahwa daerah mempunyai peran yang lebih detail dalam melakukan kontrol terhadap kualitas layanan. Pusat akan mengatur kebijakan makro, sedangkan operasional mikro seharusnya diserahkan ke daerah. Kebijakan makro yang dimaksud misalnya tentang perlunya alokasi yang seimbang antara layanan kesehatan perorangan dan masyarakat serta pentingnya SPM, sedangkan yang dimaksud peran regulator yang lebih operasional misalnya dalam mengawasi dan mengatur agar sistem mutu dijalankan di lembaga operator, mengatur perizinan lembaga operator serta mengawasi agar standar pelayanan minimal dijalankan.

Adapun lembaga asuransi dan jaminan kesehatan serta penyedia layanan kesehatan berfungsi sebagai operator. Hubungan antara lembaga penjamin dengan PPK adalah sebuah hubungan kontraktual yang dalam klausul-klausul kontrak akan dirinci bagaimana sistem pembayarannya (misalnya melalui kapitasi, *diagnostic related group*, paket), bagaimana agar PPK dapat menjalankan proses jaminan mutu yang dikaitkan dengan pembiayaan (misalnya akan ada bonus bagi PPK yang terbukti efisien dan bermutu baik, atau sebaliknya pembayaran ditunda atau ditolak bila terbukti pelayanan berlebihan).

Masyarakat luas juga dilibatkan dalam sistem kontrol ini dengan mengoptimalkan lembaga media massa, lembaga perwakilan (DPR/DPRD), serta LSM (yayasan konsumen, dll). Dengan adanya pembagian peran yang jelas ini maka akan terdapat sistem yang

mengacu kepada konsep *good governance* sehingga operator dapat menjalankan fungsi pelayanan yang optimal, sedangkan regulator juga dapat menjalankan fungsi pengawasannya secara independen.

Sebagai penutup ada berbagai hal penting dalam inovasi sistem jaminan kesehatan di daerah. Pertama adalah terbitnya PP No.38/2007 akan mendorong daerah untuk berinisiatif mengembangkan Sistem Jamkesda. Pola yang sering muncul adalah membentuk lembaga penjamin kesehatan di luar atau di dalam struktur pemerintah. Bapel Jamkesda masih merupakan lembaga yang relatif baru dibentuk. Pola manajemen yang diterapkan di lembaga penjamin umumnya mengacu pola *managed care*. Kedua, payung hukum lembaga penjamin kesehatan daerah diharapkan akan berupa perda yang mengacu ke kebijakan pemerintah pusat. Seringkali perubahan peraturan di tingkat pusat berpotensi mengganggu perkembangan lembaga jaminan kesehatan di tingkat daerah. Hal penting ketiga adalah perlunya dukungan semua pihak untuk pelaksanaan Jamkesda ini. Di samping itu, pola pengelolaan dan manajemen operasional di lembaga Jamkesda perlu ditingkatkan karena lembaga yang masih relatif baru dan kurang pengalaman. Terakhir adalah pemerintah pusat perlu segera membuat aturan yang jelas dari sistem penjaminan kesehatan dengan mengikutsertakan peran daerah dan dengan menjamin keberadaan Jamkesda untuk tetap eksistensinya. Hal ini mengingat upaya yang saat ini telah dilakukan akan kurang bermanfaat apabila aturan pusat terlalu sentralistis dan menafsirkan peran daerah.

Kesimpulan dari dua kasus ini adalah: (1) Munculnya PP No.38/2007 mendorong daerah untuk berinisiatif mengembangkan

Sistem Jamkesda; (2) Pola yang sering muncul adalah membentuk lembaga penjamin kesehatan di luar atau di dalam struktur pemerintah; (3) Bapel Jamkesda masih merupakan lembaga yang relatif baru dibentuk; (4) Pola manajemen yang diterapkan di lembaga penjamin umumnya mengacu pola *managed care*; (5) Payung hukum lembaga penjamin kesehatan daerah diharapkan akan berupa perda. Seringkalinya perubahan peraturan di tingkat pusat berpotensi mengganggu perkembangan lembaga jaminan kesehatan di tingkat daerah.

Untuk selanjutnya disarankan agar munculnya inisiatif daerah dengan Jamkesda perlu didukung oleh semua pihak. Pola pengelolaan dan manajemen operasional di lembaga Jamkesda perlu ditingkatkan karena lembaga yang masih relatif baru dan kurang pengalaman. Untuk pemerintah pusat dsarankan agar segera membuat aturan yang jelas dari sistem penjaminan kesehatan dengan mengikutsertakan peran daerah dan dengan menjamin keberadaan Jamkesda untuk tetap eksistensinya. Hal ini mengingat upaya yang saat ini telah dilakukan akan kurang bermanfaat apabila aturan pusat terlalu sentralistis dan menafikan peran daerah, karena manfaat yang diberikan (*benefit package*) oleh masing-masing Jamkesda mungkin bervariasi, maka sebaiknya ada regulasi yang menetapkan agar tidak terlalu besar variasinya.

BAB 2.4

Inovasi dalam Pelayanan: Otonomi Rumah Sakit Daerah

Laksono Trisnantoro, Ni Luh Putu Eka Andayani

Pengantar

Dalam era desentralisasi (antara tahun 2000-2007), perkembangan rumahsakit daerah dan rumahsakit pemerintah pusat pada umumnya mengalami berbagai perubahan menarik. Sebagai catatan, sebelum era desentralisasi sudah terjadi dinamika dalam hal manajemen rumahsakit dengan adanya kebijakan swadana yang berupa Keppres. Sebelum kebijakan desentralisasi, sudah terjadi situasi yaitu ada kebijakan nasional yang bertujuan melakukan otonomi manajemen rumahsakit pemerintah. Dalam rentetan kebijakan tersebut, pada intinya terjadi suatu pemisahan rumahsakit pemerintah dari dinas kesehatan secara manajemen. Apakah ini baik atau buruk? Tergantung siapa yang memandang.

Pandangan yang menentang pemisahan rumahsakit dengan dinas kesehatan menyatakan bahwa sudah terjadi fragmentasi dalam sektor kesehatan. Sistem menjadi sulit dikelola karena di daerah ada dua kelompok besar dalam kesehatan yang sulit dipadukan. Pandangan ini diperparah dengan kenyataan bahwa ada pihak yang memberi batasan terlalu tegas untuk urusan kuratif dan preventif.

Pandangan yang menyetujui pemisahan dinas kesehatan dengan rumahsakit mempunyai dasar pemikiran bahwa sektor

kesehatan di Indonesia bergerak dengan dominasi kekuatan pasar yang harus dikendalikan. Dalam konteks sektor kesehatan yang berbasis pasar ini diperlukan sistem regulasi kuat dengan regulator dan pengawas yang baik agar tujuan sistem yang efisien, mutu pelayanan yang baik, dan adil dapat tercapai. Oleh karena itu, dikenal paham yang mencoba untuk menganalogkan sektor kesehatan dengan sektor kehidupan lain seperti perhubungan, pendidikan, pangan yang mempunyai pelaku kegiatan dan regulator sistem. Di sektor kesehatan hal ini berarti dinas kesehatan sebagai pengawas, dan rumahsakit diharapkan mantap sebagai operator yang tidak birokratis.

Dalam konteks rumahsakit daerah, tuntutan agar menjadi lembaga pelayanan rumahsakit yang baik, ternyata bukan merupakan hal mudah. Bagian ini akan membahas proses pencarian bentuk hukum agar manajemen rumahsakit daerah dapat mantap melalui kasus di DKI Jakarta. Di samping itu, usaha untuk memantapkan sistem manajemen dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan akan dibahas melalui inovasi sistem rumahsakit di Kabupaten Tabanan.

Kasus 1: Perkembangan RS DKI Jakarta

Pada era desentralisasi, terjadi kontroversi mengenai bentuk rumahsakit pemerintah yang otonomi. Di tahun 2004, Pemerintah DKI Jakarta merubah status beberapa rumahsakit daerah menjadi perseroan terbatas dengan Perda DKI No.13/2004 untuk RS Haji, No.14 untuk PT. RS Cengkareng dan No.15 untuk RS Pasar Rebo. Kebijakan ini memicu pendapat yang pro dan kontra. Banyak pihak yang menentang, bahkan memperkarakan sampai ke Mahkamah Agung

(MA). Pertengahan tahun 2006 ini MA mengabulkan keberatan hak yang diajukan oleh YLKI, Yayasan Pemberdayaan Konsumen Kesehatan Indonesia, dan Lembaga Konsumen Jakarta. Dengan keputusan MA tersebut ketiga RS Daerah DKI Jakarta diharap menjadi BLU.

Proses hukum tersebut merupakan bukti bahwa pencarian bentuk status rumahsakit pemerintah yang ideal memang menempuh jalan berliku selama bertahun-tahun. Disadari bahwa selama ini, rumahsakit pemerintah berstatus UPT dinas atau daerah merupakan lembaga birokratis yang tidak efisien. Sistem manajemen yang birokratis gagal untuk menjadikan rumahsakit daerah sebagai tempat pelayanan yang baik. Sudah menjadi hal umum bahwa tenaga dokter di rumahsakit daerah cenderung tidak bekerja sepenuh hati dan tenaga. Kultur bekerja yang ada di dokter pemerintah adalah "bekerja di rumahsakit pemerintah untuk status dan karier, sementara untuk mencari pendapatan dilakukan di rumahsakit swasta atau praktik pribadi". Kultur ini membuat rumahsakit pemerintah sulit meningkatkan mutu pelayanan. Secara tegas dapat disebutkan bahwa sistem rumahsakit pemerintah dikelola dengan sistem manajemen rapuh dan tidak cukup kuat untuk menunjang misi sosialnya yang berat.

Pemda DKI merasakan kesulitan tersebut sehingga berusaha menjadikan rumahsakit daerah sebagai persero pada tahun 2004 sebelum ada bentuk BLU. Dapat dikatakan bahwa bentuk persero yang ditetapkan oleh pemerintah DKI merupakan aplikasi dari pepatah lama "tidak ada rotan akar pun jadi". Dengan wewenang

desentralisasi, gubernur setuju untuk menetapkan beberapa rumahsakit daerah menjadi persero.

Pertanyaan pentingnya adalah sebenarnya apa yang disebut rotan dalam bentuk rumahsakit pemerintah? Perjalanan mencari bentuk ideal "rotan" rumahsakit pemerintah dimulai sekitar 15 tahun yang lalu. Bentuk rumahsakit sebagai UPT dinas atau UPT daerah dan rumahsakit pemerintah pusat sebagai lembaga pemerintah yang bersifat PNBK merupakan bentuk yang tidak pas, terutama di daerah-daerah yang mempunyai persaingan rumahsakit tinggi. Bentuk rumahsakit pemerintah yang birokratis menyebabkan inefisiensi tinggi, termasuk SDM dan manajemen peralatannya.

Pada awal dekade 1990-an melalui Keppres No.38/1991, pemerintah Indonesia meluncurkan kebijakan baru: rumahsakit swadana. Kebijakan ini pada intinya mengandung pengertian bahwa pendapatan fungsional rumahsakit dapat langsung digunakan. Kebijakan ini mengarah pada otonomi keuangan rumahsakit. Namun, swadana menjadi kebijakan setengah matang karena tidak didukung dasar hukum memadai. Hal tersebut tampak ketika terjadi skandal penyimpangan uang negara di Departemen Pertambangan, sehingga kebijakan swadana ditarik kembali pada akhir dekade tahun 1990-an. Penarikan ini bertepatan dengan kebijakan desentralisasi kesehatan oleh pemerintah.

Kebijakan swadana yang berupa Keppres kemudian dihentikan oleh pemerintah Indonesia tahun 1998, khususnya untuk rumahsakit umum pemerintah. Kebijakan Swadana kemudian diganti dengan kebijakan dimana rumahsakit umum pemerintah menjadi Perusahaan

Jawatan (Perjan). Pada tahun 2005, terjadi lagi perubahan yaitu Perjan rumahsakit umum pemerintah diubah kembali menjadi bentuk BLU. Namun Pemerintah DKI pada tahun 2004 telah menetapkan persero sebagai bentuk rumahsakit daerah. Untuk pemda yang kaya seperti DKI, tentunya bentuk persero ini tidak dipakai untuk mencari untung. Berdasarkan diskusi dengan berbagai pihak yang memprakarsai bentuk persero, yang dicari adalah efisiensi manajemen, bukan keharusan mencari untung. Untuk mencari efisiensi manajemen tersebut maka diambillah bentuk persero. Jadi bentuk persero adalah "akar" yang dipakai karena "rotan"nya belum ada.

Kasus 2: Perkembangan RSUD Tabanan

Sebagai daerah tujuan wisata internasional, Bali dituntut memiliki infrastruktur, fasilitas dan pelayanan bertaraf internasional, mulai dari bandara, hotel, toilet umum di tempat-tempat wisata hingga pelayanan rumahsakit. Sebelum tahun 2000-an, di Bali tidak ada rumahsakit yang representatif dengan pelayanan baik dan lengkap apalagi bertaraf internasional untuk melayani sekitar 3,8 juta penduduk lokal dan 1,2 juta wisatawan per tahun. Padahal hotel-hotelnya sering diulas oleh majalah wisata internasional dan beberapa hotel berbintang mendapat penghargaan sebagai hotel terbaik di dunia.

Segmen masyarakat Bali menengah atas memilih berobat di Surabaya, Jakarta, bahkan ke Singapura atau Australia. Lebih dari 1.000 wisatawan mancanegara setiap tahun dievakuasi ke Singapura dan Australia bila menderita sakit di Bali. Rumah sakit di Bali sebenarnya mempunyai tanggung jawab untuk menjadi salah satu

infrastruktur penunjang pariwisata Bali dan sektor wisata ini menyumbang PDRB sebesar 31% pada tahun 1999, melebihi sektor pertanian yang menyumbang 21%⁴⁹.

Era desentralisasi membawa peluang bagi institusi pelayanan publik untuk memperbaiki sistem pelayanan sehingga menghasilkan *output* yang bermutu. Namun kebijakan ini tidak serta merta dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan kinerja instansi pemerintah. RSUD Tabanan sampai dengan akhir tahun 1990-an berada pada kondisi 7K (kotor, konyol, kumuh, kumal, kasar, kacau, kocar-kacir) dengan pelayanannya yang murah dan buruk. Keluhan langsung maupun melalui media menjadi konsumsi sehari-hari. RSUD Tabanan hanya mampu melayani penduduk lokal padahal jumlah wisatawan asing 37% dan jumlah wisatawan domestik 3 kali jumlah penduduk Kabupaten Tabanan⁵⁰. Di lain pihak, Pemda menjadikan RSUD Tabanan sebagai salah satu sumber PAD.

Dalam suasana seperti itu, Dr. Ketut Sanjana, M.Kes. (alm), Direktur RSUD Tabanan melakukan reformasi yang dilakukan dalam empat fase, yaitu⁵¹: Fase 1: *Shocking*, Fase 2: Membentuk *Shared Vision*, Fase 3: Reorganisasi dan perbaikan sistem operasional, dan Fase 4: Membangun Institusi.

⁴⁹ Ketut Sanjana dan Laksono Trisnantoro, (2002) Membangun Budaya Organisasi RSD Tabanan. Kongres PERSI

⁵⁰ Laporan Hasil Penelitian PMPK FK UGM, (2000) Yogyakarta

⁵¹ Laporan PMPK FK UGM, (2004) Lokakarya & Studi Banding Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat ke RSU Tabanan.

Fase 1: Shocking

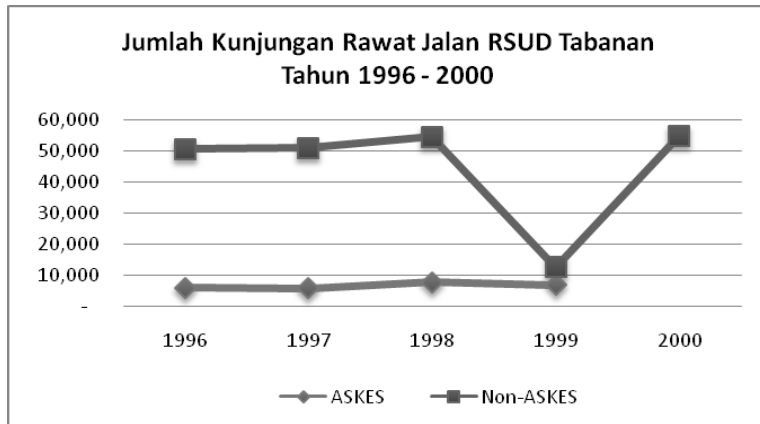
Fase ini berlangsung sekitar tahun 1997-2000. Pada fase ini yang dilakukan adalah *shocking therapy* yaitu menciptakan rasa kebutuhan (*urgency*) untuk berubah dengan membandingkan antara kondisi RSUD Tabanan saat itu dengan kondisi yang seharusnya. *Shocking* ini dilakukan kepada *stakeholder* internal dan eksternal RSUD Tabanan. Keluhan dan kritik yang muncul di media massa dijadikan sebagai pemicu untuk “mencairkan” nuansa birokrasi yang mewarnai pengelolaan rumahsakit.

Upaya ini didukung oleh temuan dari hasil penelitian PMPK FK UGM pada tahun 2000 bahwa kinerja RSUD Tabanan tidak sesuai dengan kondisi lingkungan eksternal (peluang pasar) yang besar. Birokrasi yang pada saat itu menghambat inovasi pelayanan menjadikan RSUD Tabanan tidak mampu bersaing dengan pelayanan swasta dan memberikan pelayanan yang bermutu.

Perubahan signifikan yang dicapai pada fase ini adalah perubahan kelembagaan rumahsakit dari UPT dinas menjadi LTD sehingga alur birokrasi menjadi lebih pendek. Selain itu, RSUD Tabanan juga mendapatkan persetujuan DPRD untuk menaikkan tarif pelayanan meskipun belum berdasarkan pada *unit cost*. Hal ini berdampak cukup besar terhadap peningkatan pendapatan rumahsakit.

Namun secara keseluruhan, kinerja pelayanan masih rendah. Kunjungan di Instalasi rawat jalan hanya berkisar antara 180-275 pasien per hari. Kunjungan di Instalasi Rawat Darurat (IRD) rata-rata 20-30 pasien per hari dan sebagian besar bukan merupakan kasus dengan kegawatdaruratan medik, sehingga pelayanan IRD seolah-olah

berperan sebagai poliklinik sore. Instalasi rawat inap berkapasitas 150 tempat tidur dengan tingkat hunian rata-rata 71,02% (tahun 1999-2000).



Keterangan: Tahun 2000 sampai dengan bulan Agustus

Sumber: Hasil penelitian PMPK FK UGM, 2000

Gambar 2.4.1 Grafik Jumlah Kunjungan Rawat Jalan RSUD Tabanan Tahun 1996-2000

Fase 2: Membentuk shared vision

Pada fase ini mulai muncul kebutuhan untuk berubah dikalangan *stakeholder* internal dan pemahaman *stakeholder* eksternal terhadap kebutuhan pengembangan di rumahsakit. Hal ini dimanfaatkan sebagai momentum strategis dalam membentuk visi bersama. Visi RSUD Tabanan adalah menjadi rumahsakit mandiri dengan pelayanan prima di tahun 2005 dan berstandar internasional di tahun 2010. Visi ini ditetapkan berdasarkan kondisi lingkungan eksternal dimana Bali merupakan daerah pariwisata internasional, sehingga perlu didukung oleh infrastruktur yang juga bertaraf internasional. Visi tersebut kemudian dikomunikasikan kepada *stakeholder* internal, sehingga seluruh komponen dalam RSUD

Tabanan memahami, menghayati dan melakukan tindakan-tindakan yang mengarah pada pencapaian visi.

Usaha mensosialisasikan visi kepada *stakeholder* internal dilakukan melalui mekanisme *morning report* sebagai salah satu bentuk perbaikan sistem komunikasi antara manajemen dengan fungsional. Dalam *morning report*, manajemen dan fungsional duduk bersama untuk membahas masalah yang dihadapi, mencari solusi terbaik dan menerjemahkan harapan-harapan terhadap masa depan organisasi. Pertemuan yang dilakukan secara konsisten dan hasil-hasil jangka pendek yang di-*sharing* secara transparan mulai menimbulkan rasa percaya terhadap manajemen. Sebagai contoh, ketika rumahsakit berhasil memperjuangkan agar instalasi farmasi dikelola sendiri oleh rumahsakit, pendapatan yang diperoleh dari penjualan obat sebagian dikembalikan sebagai jasa pelayanan, dengan cara-cara dan besaran yang disepakati bersama. Dengan cara ini, manajemen memperoleh kepercayaan dan akhirnya dukungan dari tenaga fungsional untuk memperbaiki kinerja rumahsakit dan mencapai visi.

Fase ini berlangsung sekitar tahun 2001-2002. Kunci keberhasilan dari fase ini adalah *leadership* yang kuat untuk memimpin arah perubahan (menetapkan visi bersama) dan *building mutual trust* yaitu kemenangan jangka pendek (*short winnings*) secara transparan dibagi kepada seluruh staf (yang berkinerja baik). Dapat dikatakan pada fase ini mulai terjadi perubahan budaya korporat di RSUD Tabanan.

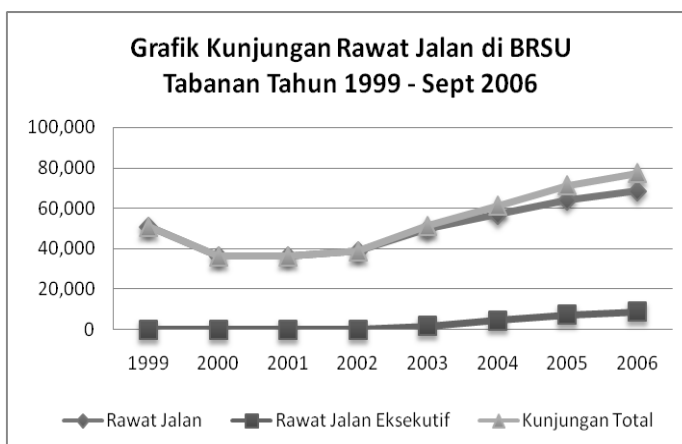
Fase 3: Reorganisasi dan perbaikan sistem operasional

Sekitar akhir tahun 2001 sambil membentuk *shared vision*, RSUD Tabanan juga mulai melakukan perancangan ulang sistem manajemennya. Hal ini dilakukan dalam kaitannya dengan RS swadana. *Agents of change* internal mulai dibentuk dengan memotivasi dan melatih pejabat struktural maupun staf fungsional terpilih. Langkah-langkah yang ditempuh adalah: (1) Menyusun perencanaan jangka menengah dan panjang (rencana strategik RS, *business plan* rumahsakit, *master plan* fisik), restrukturisasi RSUD Tabanan menjadi badan dan peningkatan kelas rumahsakit menjadi Tipe B non pendidikan; (2) Membenahi sistem informasi manajemen yang diprioritaskan pada: komputerisasi *billing system*, komputerisasi sistem informasi farmasi, komputerisasi sistem informasi akuntansi dan keuangan; (3) Meningkatkan kompetensi SDM: merekrut, memotivasi dan melatih SDM yang sesuai dengan budaya organisasi dan tujuan yang ingin dicapai, menempatkan SDM yang tidak memiliki komitmen terhadap perubahan pada posisi yang tidak strategis, sehingga meminimalkan hambatan perubahan, memberi fasilitas internet sebagai media pengembangan kompetensi dan sumber informasi bagi staf medis; (4) Membenahi sistem operasional klinik: penataan Sekolah Menengah Farmasi (SMF), akreditasi rumahsakit, sistem audit klinik, Clinical Performance Development and Management System (CPDMS), penerapan ISO; (5) Membangun sistem penilaian kinerja dan remunerasi berbasis pada kinerja.

Langkah-langkah nyata pada fase ini adalah: (1) Mengembangkan inovasi pelayanan: layanan penunjang 24 jam,

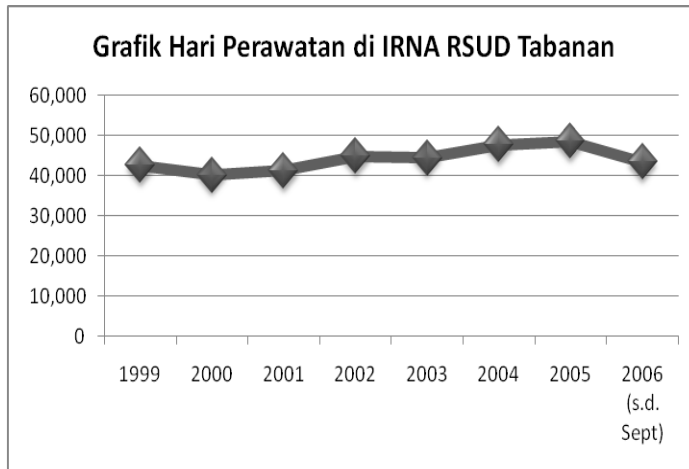
poliklinik eksekutif, rawat inap VIP, paket-paket *check up* kesehatan, kantin yang bersih dan nyaman bagi pengunjung RS; (2) Membangun sistem operasional non klinik: *out sourcing* pelayanan parkir pengunjung dan menertibkan pedagang yang berjualan di halaman rumahsakit, sistem pendaftaran dengan perjanjian, dan mendatangkan tokoh yang dapat dijadikan panutan yang kemudian menjadi *external agents of change*.

Pada fase ini mulai dikembangkan berbagai indikator pengukuran, sehingga tingkat keberhasilan pencapaian target/kinerja dapat diukur. Sebagai contoh, berikut ini adalah gambar jumlah kunjungan rawat jalan di poliklinik umum maupun poliklinik eksekutif.



Sumber: RSUD Tabanan

Gambar 2.4.2 Grafik Kunjungan Rawat Jalan di RSU Tabanan Tahun 1999 sampai September 2006



Sumber: Data Internal RSUD Tabanan, diolah

Gambar 2.4.3 Grafik Hari Perawatan di IRNA RSUD Tabanan

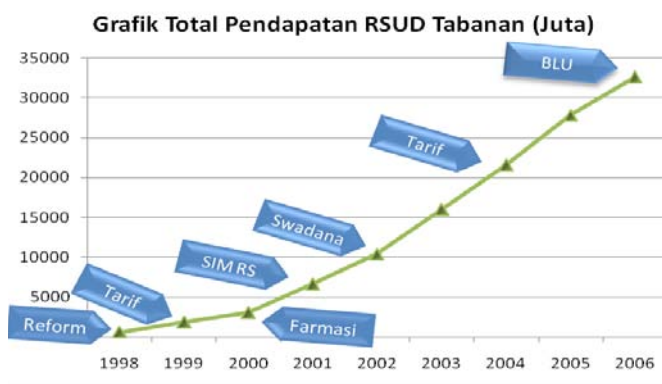
Dari berbagai data, nampak bahwa RSUD Tabanan telah mengalami perubahan-perubahan yang terukur, dari perspektif pertumbuhan dan pembelajaran, proses pelayanan dan perspektif kepuasan pengguna yang ditunjukkan dengan meningkatnya angka kunjungan rawat jalan (termasuk poliklinik eksekutif).

Tabel 2.4.1 Pencapaian Mutu Pelayanan Keperawatan RSU Tabanan Setelah Implementasi ISO 9001:2000

| Indikator | Sebelum ISO | Sesudah ISO |
|--------------------------------------------|-------------|------------------|
| INOS | 2% | 0,16% |
| Response time IRD | Tak terukur | 98% - 1 menit |
| Response time of ambulance service | Tak terukur | 98,57% - 5 menit |
| Kepuasan pelanggan | Tak terukur | 3,4 (ind. Max 4) |
| Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan | 65% | 90% |
| Keterampilan tindakan | 63% | 89% |
| Komplain pelanggan | Tak terukur | 0,13% |

Sumber: RSUD Tabanan

Perbaikan pada ketiga perspektif ini bermuara pada peningkatan kinerja keuangan rumahsakit yang berasal dari upaya efisiensi sumber daya (termasuk mengurangi kebocoran dengan komputerisasi sistem keuangan) maupun dari pengembangan produk layanan. Berikut ini adalah kinerja keuangan dan *milestone* perubahan di RSUD Tabanan sejak tahun 1999 hingga September 2006.



Sumber: Data Internal RSUD Tabanan, diolah

Gambar 2.4.4 Grafik Total Pendapatan RSUD Tabanan (dalam juta)

Total pendapatan di atas meliputi pendapatan operasional (pelayanan dan tindakan medis, pelayanan penunjang medis, dan farmasi) dan pendapatan non operasional (Diklat, penjualan buku, kantin, wartel, sewa penggunaan fasilitas). Sejak dilakukannya perubahan manajemen di RSUD Tabanan menjadi LTD (tahun 1999), swadana (tahun 2000) dan BLU (tahun 2006), pendapatan rumahsakit terus meningkat dengan stabil.

RSUD Tabanan tidak terlepas dari masalah pembiayaan kesehatan yang semakin mahal. Apalagi kondisi perekonomian

masyarakat Kabupaten Tabanan tidak sekuat masyarakat Kabupaten Badung yang menjadi pusat perputaran uang dari sektor pariwisata. Untuk menjamin akses kelompok gakin, pemerintah pusat telah mencanangkan program JPS hingga Askeskin. Bagi kelompok lainnya yang tidak ter-cover oleh asuransi kesehatan, RSUD Tabanan memelopori pengembangan Askes mandiri. Mekanisme untuk menjadi peserta Askes Mandiri adalah sebagai berikut⁵²:

1. Peserta mendaftar di Banjar (satuan masyarakat setingkat RW)
 - a. Peserta adalah seluruh keluarga (untuk mencegah *skimming the cream*)
 - b. Membayar premi bulanan di Banjar (menjadi Tabungan Kesehatan)
 - c. Tabungan kesehatan disimpan di Banjar/Desa/LPD
2. Banjar/Desa/LPD menandatangani kerja sama dengan PT. Askes (1 tahun)
3. PT. Askes menandatangani kerja sama dengan RS dan Dinas Kesehatan (1 tahun)
4. PT. Askes mengeluarkan kartu Askes
5. Pelayanan kesehatan dapat diberikan secara berjenjang di puskesmas dan rumahsakit di seluruh Bali

Pelayanan kesehatan yang ditanggung oleh program Askes Mandiri ini adalah: rawat jalan tingkat pertama (umum), rawat jalan tingkat lanjutan (spesialis), rawat inap, penunjang diagnostik standar,

⁵² Ketut Sanjana, (2005). Askes Mandiri; Sebuah Solusi Agar Masyarakat Dapat Mengakses Pelayanan RS yang Bermutu dan Terjangkau.

persalinan, tindakan operasi kecil sampai besar, dan obat-obatan (DPHO: generik plus). Pelayanan yang tidak ditanggung adalah: yang tidak mengikuti prosedur, yang tidak sesuai dengan haknya, obat-obatan di luar daftar obat PT. Askes, imunisasi di luar imunisasi dasar, hemodialisis (cuci darah), *general check up*, pelayanan yang bersifat kosmetik, penyakit akibat upaya bunuh diri, pengobatan dengan cara yang tidak sah, kecanduan narkoba, pembersihan karang gigi, perataan letak gigi, HIV/AIDS, dan alat bantu kesehatan (kursi roda, tongkat penyangga, alat bantu pendengaran, IOL, *pen-screw*, dan lain-lain).

**Tabel 2.4.2 Jumlah Peserta Askes Mandiri di Kabupaten Tabanan
(bulan Agustus 2005 hampir mencapai 20.000 orang)**

| Desa-Kecamatan | Jumlah |
|-------------------------------|---------------|
| Kelating-Kerambitan | 1.562 |
| Kesiut-Kerambitan | 372 |
| Pejaten-Kediri | 1.275 |
| Buruan-Penebel | 1.480 |
| Penatahan-Penebel | 1.325 |
| Lalanglinggah-Selemadeg Barat | 742 |
| Bantas-Selemadeg Timur | 1.425 |
| Tangguntiti-Selemadeg Timur | 462 |
| Tegaljadi-Marga | 1.148 |
| Subamia-Tabanan | 350 |
| Kubontingguh-Tabanan | 120 |
| Kecamatan Tabanan | 105 |
| Rumah kita | 5.379 |
| Lain-lain | 3.800 |
| Total peserta Agustus 2005 | 19.425 |

Tabel 2.4.3 Beberapa Manfaat yang Sudah Diperoleh oleh Peserta Askes Mandiri

| No. Kartu Askes (Diagnosa) | Alamat Peserta | Lama Rawat | Total Biaya Perawatan (Rp) | Dibayar Askes (Rp) | Sisa Yang Dibayar Peserta (Rp) |
|------------------------------------------------|-----------------|------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| 2209990375199 (Partus) | Selemadeg | 3 hari | 803.906 | 757.000 | 46.906 |
| 2202990392957 (Tub.Tomy+Cyste Ovarium) | Dangin Pangkung | 4 hari | 2,528.750 | 2.445.500 | 83.250 |
| 2202990398833 (Turp+Comp) | Cepaka Kediri | 5 hari | 6.141.657 | 5.496.500 | 645.157 |
| 2209990371093 (Herniotomy 2 Sisi + Implant) | Beraban Slmd | 4 hari | 3.314.625 | 3.241.000 | 73.625 |
| Partus | Kerambitan | 5 hari | 2.164979 (Madyatama) | 1.778.500 | 386.479 |
| 2202990396160 (Fr. Femur, Clavicula) | Gamongan Kediri | 2 hari | 5.065.990 | 2.930.000 | 2.135.990 |

Sumber: RSUD Tabanan

Fase 4: Membangun institusi

Visi menjadi rumahsakit mandiri dengan pelayanan prima tahun 2005 telah tercapai. Berbagai keberhasilan yang telah dicapai tidak terlepas dari status RSUD Tabanan yang menjadi rumahsakit swadana sejak tahun 2002. Dengan perubahan status ini, RSUD Tabanan menjadi lebih fleksibel dalam mengelola pendapatan operasional, sehingga lebih mudah untuk melakukan inovasi pelayanan yang dibutuhkan.

Namun, upaya reorganisasi dan perbaikan sistem operasional masih terus berlanjut hingga saat ini. Untuk memperkuat institusi, RSUD Tabanan melakukan upaya peningkatan kompetensi SDM dengan menyekolahkan ke jenjang yang lebih tinggi, hingga Strata 2. Citra RSUD Tabanan mulai terbangun ke arah yang positif dan berdampak pada munculnya kepercayaan dari pihak lain di luar pemerintah untuk memberi bantuan atau bekerja sama dengan RSUD Tabanan. Salah satu contoh bantuan yang pernah diterima adalah gedung pelayanan untuk pasien Kelas III yang sebagian biayanya merupakan sumbangan dari salah satu pengusaha di Bali.

Kepercayaan tidak saja datang dari dalam negeri, melainkan juga dari luar negeri. Sejak tahun 2003, RSUD Tabanan bekerja sama dengan *National University Hospital* (NUH) Singapura untuk mengembangkan kompetensi klinik. Tenaga ahli dari NUH dalam beberapa kesempatan datang dan melakukan operasi canggih di RSUD Tabanan yang diikuti oleh tim bedah rumahsakit umum daerah. Sejak tahun 2004, RSUD Tabanan bekerja sama dengan *Tokushukai Medical Corporation*, Jepang, yang memberikan bantuan untuk membangun fasilitas pelayanan hemodialisis. Bahkan bersama-sama dengan tim medis dari *Tokushukai Hospital*, tim medis RSUD Tabanan memberikan bantuan bagi korban bencana Tsunami di Aceh dan gempa bumi di Yogyakarta dan Jawa Tengah. Sejak tahun 2005, RSUD Tabanan bekerja sama dengan *Australian Business Volunteer* (ABV).

Pada level kabupaten, dapat dikatakan RSUD Tabanan merupakan salah satu motor penggerak upaya antisipasi bencana.

Setelah membentuk *Tabanan Medical Emergency Response Team* (TMERT) tahun 2006, melalui tim ini RSUD Tabanan bergerak aktif melakukan simulasi penanggulangan bencana dengan melibatkan berbagai komponen di daerah, mulai dari dinas kesehatan, Palang Merah Indonesia (PMI), LSM, hingga masyarakat.

Sampai saat ini RSUD Tabanan masih dalam proses mencapai cita-citanya, yaitu menjadi rumahsakit berstandar internasional. Dengan ditetapkannya RSUD Tabanan sebagai rumahsakit yang menerapkan PPK-BLU (bertahap) pada bulan Agustus tahun 2006, maka peluang untuk pengembangan diri menjadi semakin lebar. Hal ini dikarenakan banyaknya proses birokrasi yang dipotong demi kelancaran dan peningkatan mutu pelayanan.

Pembahasan

Selama kurun waktu 15 tahun terakhir RSUD Tabanan mengalami proses menjadi suatu lembaga usaha pelayanan *non profit*, bukan privatisasi, atau menjadi perusahaan yang mencari untung. Proses ini penuh kontroversi. Pengalaman DKI yang maksudnya baik namun secara politis tidak diterima. Menunjukkan bahwa proses ini kontroversial. Terjadi hiruk pikuk yang sampai ke Mahkamah Konstitusi. Sementara itu di RSUD Tabanan menggunakan pendekatan yang "*radical change but quiet way*". Relatif selama kurun waktu 10 tahun, perubahan berjalan radikal tanpa ada konflik yang signifikan.

Tahun 2007 ini telah keluar Kepmendagri No.61 tentang BLU Daerah. Keputusan Mendagri ini merupakan titik akhir kebijakan

pusat tentang BLU yang dimulai dari tahun 2004 (UU No.1 tentang Perbendaharaan Negara) diteruskan dengan PP No.23/2005. Secara konseptual, kebijakan BLU merupakan keputusan pemerintah yang mengakui fakta bahwa ada tiga jenis pelayanan yang diselenggarakan oleh pemerintah yaitu: (1) Bersifat *public goods* murni; (2) Bersifat *semi (quasi) public goods*; dan (3) Bersifat *private goods*. Ketiga jenis pelayanan ini menyangkut sumber dana yang diperlukan untuk pelayanan. Jika bersifat *public goods* murni maka negara mempunyai kewajiban untuk membiayai sesuai batas-batas kemampuannya. Pemilahan *public* dan *private goods* bukanlah hitam putih (dikotomi), tetapi ada gradasinya, dimana ada *publicgoods* yang tidak murni atau disebut quasi *public goods* (Gambar 2.4.5).



Gambar 2.4.5 Kontinum antara Jasa Publik dan Jasa Pribadi

Dalam konteks rumahsakit, terlihat bahwa pelayanan rumahsakit bukanlah sebuah pelayanan tunggal yang dapat dinyatakan sebagai *public goods* atau *private good*. Berbagai pelayanan berada di dalamnya yang dapat digolongkan sebagai *public good* murni untuk semua pengguna, misalnya pelayanan gawat darurat. Sementara itu, ada pelayanan yang *private goods*, misalnya bedah plastik untuk memperindah bentuk tubuh manusia. Dalam hal pemilahan mana yang

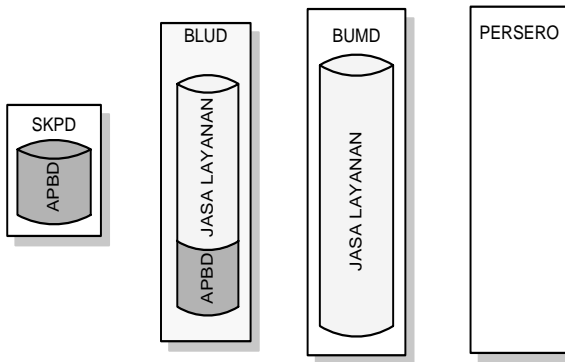
public dan *private goods*, ternyata ada relativitas yang tergantung pada kemauan dan kemampuan negara membayar.

Pemahaman mengenai *public* dan *private goods* ini penting dalam menganalisis kebijakan pendanaan kesehatan. Konsep *welfare state* menyatakan bahwa pelayanan yang *public goods* seharusnya dibiayai oleh negara melalui mekanisme pajak atau penerimaan pemerintah lainnya untuk semua golongan masyarakat. Negara kesejahteraan ini mempunyai pandangan bahwa semua kelompok masyarakat berhak mendapatkan pelayanan yang bersifat *public goods* secara gratis. Kelompok negara ini sebagian besar dari Eropa Barat, Skandinavia, Jepang dan negara-negara sosialis kecil seperti Kuba.

Ada pula pelayanan kesehatan yang disubsidi sebagian saja. Sebagai ilustrasi, secara normatif memang ada pernyataan bahwa pelayanan kesehatan merupakan hak setiap warga untuk menerimanya karena merupakan pelayanan yang berciri *public goods*. Namun fakta berbicara lain, karena biaya untuk pelayanan tersebut ternyata tinggi, dan masyarakat ada yang mau dan mampu membayar seluruh atau sebagian maka pelayanan menjadi tidak lagi gratis. Ada kemungkinan ada tarif namun ditetapkan rendah untuk segmen tertentu sehingga memungkinkan banyak pihak menggunakannya. Berbagai negara menggunakan sistem yang memilah-milah yang mampu dan tidak mampu, antara lain Amerika Serikat, Singapura, China, dan Indonesia.

Lembaga BLU merupakan unit pemerintah yang mengenal konsep quasi *public goods*. Oleh karena itu, ada sumber anggaran dari APBD dan APBN, namun lembaga BLU mempunyai wewenang untuk mendapatkan pemasukan dari jasa layanan yang dibayar oleh

masyarakat. Sementara itu apabila RS berstatus BUMD atau BUMN, maka pelayanannya adalah adalah murni *private Goods* yang tidak diperbolehkan mendapat anggaran dari pemerintah (APBD dan APBN).



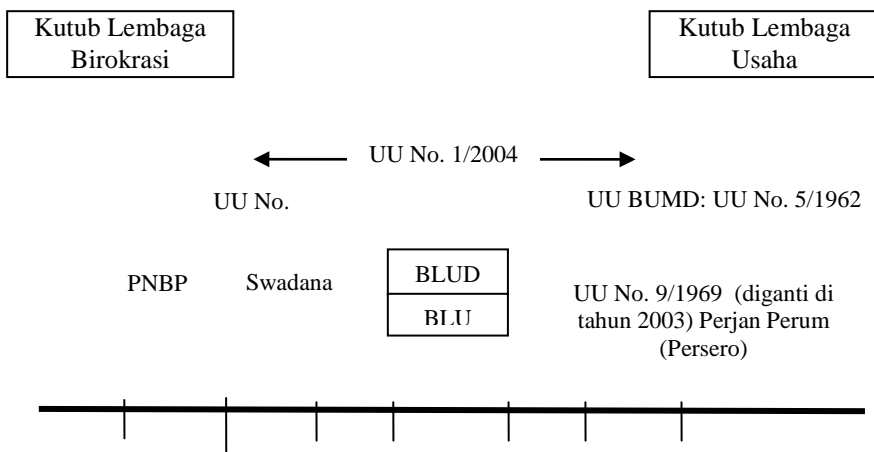
Gambar 2.4.6 Konsep BLU dari Departemen Dalam Negeri

Badan Layanan Umum sebagai lembaga pelayanan bersifat non profit

Berdasarkan konsep di atas, jelas bahwa layanan rumahsakit berstatus BLU dapat bersifat *public goods* atau *quasi-public goods*. Rumahsakit BLU mempunyai pelayanan yang menjadi tanggung jawab negara, sehingga diperlukan subsidi yang berkelanjutan. Jenis layanan ini membutuhkan lembaga pelayanan yang tidak komersial (*non profit*) karena dalam memberikan pelayanan bersubsidi, kurang

tepat apabila pelayanan dilakukan oleh BUMD, BUMN, atau rumahsakit berbentuk persero (*swasta for profit*).

Dengan menggunakan sistem BLU maka rumahsakit pemerintah menjauhi sifat birokratis, namun tidak sampai ke BUMD, atau sampai tahap penjualan aset negara (*privatisasi*). Di samping itu, ditegaskan bahwa BLU bukan merupakan Badan Usaha Milik pemerintah yang harus mencari untung. Secara diagram, lembaga berbentuk BLU berada di antara lembaga PNBP dan lembaga BUMD/BUMN yang bersifat mencari untung (lihat Gambar 2.4.7).



Gambar 2.4.7 Kontinum antara Lembaga Birokrasi dan BUMD

Sebagai lembaga pelayanan yang bersifat lembaga pelayanan *non-profit*, sebuah BLU tidak dapat melepaskan diri dari perhitungan ekonomi dalam menetapkan tarif pelayanannya. Ada tarif yang dapat ditekan sampai nol untuk memberikan pelayanan untuk penduduk tertentu. Namun ada pula tarif yang disusun berdasarkan *unit cost* dan

diterapkan untuk melayani masyarakat yang mempunyai daya beli tinggi, misalnya pelayanan bangsal VIP di rumahsakit. Dengan demikian BLU harus mempunyai dasar *unit cost*, misal biaya per pasien yang dirawat, biaya pemeriksaan laboratorium, dan sebagainya. Pemahaman mengenai subsidi dalam hal ini adalah biaya yang harus dikeluarkan oleh negara akibat disparitas/perbedaan harga pasar dengan harga atas produk/jasa tertentu yang ditetapkan oleh pemerintah untuk memenuhi kebutuhan masyarakat miskin.

Ciri-ciri lembaga usaha yang bersifat *non profit* dan mempunyai misi sosial dapat disebut sebagai bersifat campuran. Lembaga ini bukan murni kemanusiaan, namun juga bukan merupakan lembaga yang murni komersial. Tabel 2.4.4 menggambarkan berbagai ciri lembaga kemanusiaan, komersial, dan campuran yang bukan murni kemanusiaan sekaligus bukan murni komersial.

Tabel 2.4.4 Berbagai Ciri Lembaga Kemanusiaan dan Lembaga Komersial

| Murni Kemanusiaan | | Murni Komersial | |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Motivasi, metode, dan tujuan | Demi kebaikan dipandu oleh misi Nilai-nilai sosial | Motivasi campuran dipandu oleh misi dan nilai-nilai pasar Nilai-nilai sosial dan ekonomi | Terkesan untuk maksud sendiri dipandu oleh nilai pasar Nilai-nilai ekonomi |
| <i>Stakeholders</i> kunci | Pihak yang diuntungkan Modal Tenaga kerja Pasokan bahan | Tidak membayar sama sekali Sumbangan dana kemanusiaan dan hibah Sukarela Diberikan pasokan bahan berdasarkan sumbangan kemanusiaan | Mempunyai subsidi berdasarkan kemampuan dan mereka yang tidak membayar sama sekali Campuran antara sumbangan dana kemanusiaan dan modal yang dinilai berdasarkan pasar Dibayar di bawah nilai pasar, atau campuran antara sukarela dengan yang dibayar penuh Ada potongan khusus, atau campuran antara sumbangan dengan pasokan yang <i>full-price</i> . |
| | | | Membayar tarif berdasarkan nilai pasar Modal yang berdasarkan nilai pasar Kompensasi berdasar nilai pasar Pasokan bahan dibayar berdasarkan nilai pasar |

Sumber: Dees, 1999.⁵³

Berdasarkan undang-undang, pendapatan rumahsakit BLU dapat bersumber dari: jasa layanan; hibah; hasil kerja sama dengan

⁵³ Dees J.G. (1999). *Enterprising Nonprofits*. In Harvard Business on Nonprofits Harvard Business Press.

pihak lain; APBD; APBN; dan pendapatan lainnya yang sah, antara lain: hasil penjualan kekayaan yang tidak dipisahkan; hasil pemanfaatan kekayaan; jasa giro; pendapatan bunga; keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing; komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh BLUD; hasil investasi.

Bagaimana ke depannya? Apakah Pemda di Indonesia akan menetapkan RSUD sebagai BLUD, dan menetapkan RSUD sebagai lembaga teknis di luar dinas kesehatan?

Dalam lingkup undang-undang ini, pada bulan Juli 2007 diterbitkan PP No.38/2007. Peraturan pemerintah ini bersifat reformasi karena memisahkan antara pemerintah yang pengawas dan pemerintah yang memberikan pelayanan kepada masyarakat umum, misal pada kasus rumahsakit pemerintah. Dalam hal ini pemerintah (pusat) melakukan pemberian izin sarana kesehatan tertentu (Kelas A dan B pendidikan), sementara itu pemda propinsi bertugas untuk: (1) pemberian rekomendasi izin sarana kesehatan tertentu yang diberikan oleh pemerintah; (2) pemberian izin sarana kesehatan meliputi rumahsakit pemerintah Kelas B non pendidikan, rumahsakit khusus, rumahsakit swasta serta sarana kesehatan penunjang yang setara.

Pemda kabupaten/kota bertugas untuk: (1) pemberian rekomendasi izin sarana kesehatan tertentu yang diberikan oleh pemerintah dan propinsi; (2) pemberian izin sarana kesehatan meliputi rumahsakit pemerintah Kelas C, Kelas D, rumahsakit swasta yang setara, praktik berkelompok, klinik umum/spesialis, rumah bersalin klinik dokter keluarga/dokter gigi keluarga, kedokteran

komplementer, dan pengobatan tradisional, serta sarana penunjang yang setara.

Hal menarik adalah berdasarkan PP No.38/2007, rumahsakit pemerintah harus diberlakukan sama dengan rumahsakit swasta dalam perizinan. Dengan demikian, rumahsakit pemerintah harus mendapat perizinan yang diperbaharui tiap 5 tahun sekali. Hal ini analog dengan Surat Izin Mengemudi (SIM) yang harus diberlakukan kepada semua orang (termasuk pegawai negeri) yang ingin mengemudikan mobil di jalan umum, maka perizinan rumahsakit harus diberlakukan juga kepada rumahsakit pemerintah.

Dalam satu rangkaian dengan PP No.38/2007, keluar pula PP No.41/2007. Peraturan pemerintah ini memisahkan lembaga pemerintah yang berfungsi kedinasan (perumpunan kedinasan) dengan yang non kedinasan. PP No.41/2007 Pasal 22 menyatakan antara lain, adanya rumpun dinas yang mencakup: bidang pendidikan, pemuda dan olahraga; bidang kesehatan; bidang sosial, tenaga kerja dan transmigrasi; bidang perhubungan, komunikasi dan informatika; bidang kependudukan dan catatan sipil; bidang kebudayaan dan pariwisata; bidang pekerjaan umum yang meliputi bina marga, pengairan, cipta karya dan tata ruang; bidang perekonomian yang meliputi koperasi dan usaha mikro, kecil dan menengah, industri dan perdagangan; bidang pelayanan pertanahan; bidang pertanian yang meliputi tanaman pangan, peternakan, perikanan darat, kelautan dan perikanan, perkebunan dan kehutanan; bidang pertambangan dan energi; dan bidang pendapatan, pengelolaan keuangan dan aset.

Perumpunan urusan yang diwadahi dalam bentuk badan, kantor, inspektorat, dan rumahsakit, terdiri dari: bidang perencanaan pembangunan dan statistik; bidang penelitian dan pengembangan; bidang kesatuan bangsa, politik dan perlindungan masyarakat; bidang lingkungan hidup; bidang ketahanan pangan; bidang penanaman modal; bidang perpustakaan, arsip, dan dokumentasi; bidang pemberdayaan masyarakat dan pemerintahan desa; bidang pemberdayaan perempuan dan keluarga berencana; bidang kepegawaian, pendidikan dan pelatihan; bidang pengawasan; dan bidang pelayanan kesehatan. Model BLUD dapat berada berada dalam rumpun non dinas, namun juga ada kemungkinan UPT-UPT dinas mengadopsi model BLUD.

Tabel 2.4.5 Sistem Manajemen Kelembagaan dalam Hal Keuangan

| Bentuk Kelembagaan | UU PNBP /Permendagri PADS | UU Perbendaharaan Negara (PP BLU) | UU BUMD (1961) dan UU BUMN |
|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|
| UPT Dinas | + | + | |
| Non Kedinasan (LTD, Badan, RS) | + | + | |
| Perusahaan | | | + |

Dengan adanya BLU maka tersedia alternatif sistem manajemen kelembagaan. Selama ini hanya ada alternatif PNBP atau menjadi BUMD. Di beberapa organisasi memang pernah ada alternatif swadana, namun kebijakan ini tidak diperpanjang. Pada tabel diatas ini dapat dilihat hubungan antara bentuk kelembagaan dengan Sistem Manajemen Keuangan Lembaga.

Dapat disimpulkan bahwa mekanisme keuangan dalam bentuk BLU dan posisi rumahsakit daerah sebagai LTD yang bukan lembaga birokratis, telah mendekati “rotan” atau bentuk ideal sistem manajemen rumahsakit di Indonesia. Pengalaman inovatif di Tabanan menunjukkan bahwa dengan bentuk yang mendekati ideal, ditambah dengan *leadership* yang kuat, dan kemauan semua pihak untuk mengembangkan rumahsakit, maka visi yang dicita-citakan rumahsakit pemerintah dapat terwujud.

BAB 2.5

Inovasi dalam Pemberian Pelayanan Berdasarkan Kontrak di RSD Cut Nya' Dien Kabupaten Aceh Barat dan di Kabupaten Berau

Laksono Trisnantoro, Dwi Handono

Pengantar

Masalah ketersediaan SDM di daerah yang sulit, terpencil, ataupun berbahaya merupakan masalah besar yang klasik terdapat di Indonesia. Daerah terpencil kekurangan tenaga kesehatan yang penting seperti dokter, dokter gigi, perawat, bidan, epidemiolog, dan ahli gizi. Laporan dari Pusrengun⁵⁴ menyatakan bahwa: 30% dari 7500 puskesmas di daerah terpencil tidak mempunyai tenaga dokter. Survei yang dilakukan Pusrengun di 78 kabupaten di 17 propinsi di Indonesia (*out of 440 districts/municipals in 33 provinces*) menemukan hal menarik. Dari 1165 puskesmas di daerah tersebut, 364 puskesmas (31%) berada di daerah terpencil atau belum berkembang, di perbatasan dan daerah konflik, bencana atau di daerah yang buruk situasinya.

Sekitar 50% dari 364 puskesmas dilaporkan tidak mempunyai dokter, 18% tanpa perawat, 12% tanpa bidan, 42% tanpa tenaga sanitarian, dan 64% tanpa tenaga ahli gizi. Dibandingkan dengan

⁵⁴ Kurniati, Anna. (2007). *Incentives for Medical Workers and Midwives in Very Remote Areas an Experience from Indonesia*.

daerah biasa, gambaran ini sangat buruk. Sebagai contoh di daerah biasa hanya 5% puskesmas yang tanpa dokter.

Dalam hal tenaga spesialis juga terlihat ketimpangan. Menurut data dari KKI (2007), DKI Jakarta mempunyai 2890 spesialis (23,92%). Jawa Timur, 1980 (16.39%), Jawa Barat 1,881 (15,57%). Sementara itu di Sumatera Barat hanya 167 (1.38%) (Lihat Tabel 2.5.1). Ketimpangan penyebaran spesialis ini merupakan hal yang tidak adil, terutama dalam konteks kebijakan nasional yang menggunakan pembayaran penuh untuk masyarakat miskin. Di daerah yang jarang dokter spesialisnya, masyarakat miskin akan kesulitan mendapatkan akses ke pelayanan medik. Sebaliknya di tempat yang banyak dokternya, akan sangat mudah. Akibatnya dana pusat untuk masyarakat miskin dikhawatirkan terpakai lebih banyak di kota-kota besar dan di Pulau Jawa.

Tabel 2.4.6 Jumlah Dokter dan Rasio Terhadap Penduduk

| Propinsi | Jumlah Spesialis | % | Kumulatif | Penduduk | Rasio |
|------------------|-------------------------|----------------|------------------|-----------------------|------------------|
| DKI Jakarta | 2.890 | 23,92% | 23,92% | 8.814.000,00 | 1 : 3049 |
| Jawa Timur | 1.980 | 16,39% | 40,30% | 35.843.200,00 | 1 : 18102 |
| Jawa Barat | 1.881 | 15,57% | 55,87% | 40.445.400,00 | 1 : 21502 |
| Jawa Tengah | 1.231 | 10,19% | 66,06% | 32.119.400,00 | 1 : 26092 |
| Sumatera Utara | 617 | 5,11% | 71,17% | 12.760.700,00 | 1 : 20681 |
| DIY | 485 | 4,01% | 75,18% | 3.343.000,00 | 1 : 6892 |
| Sulawesi Selatan | 434 | 3,59% | 78,77% | 8.698.800,00 | 1 : 20043 |
| Banten | 352 | 2,91% | 81,69% | 9.836.100,00 | 1 : 27943 |
| Bali | 350 | 2,90% | 84,58% | 3.466.800,00 | 1 : 9905 |
| Sumatera Selatan | 216 | 1,79% | 86,37% | 6.976.100,00 | 1 : 32296 |
| Kalimantan Timur | 203 | 1,68% | 88,05% | 2.960.800,00 | 1 : 14585 |
| Sulawesi Utara | 173 | 1,43% | 89,48% | 2.196.700,00 | 1 : 12697 |
| Sumatera Barat | 167 | 1,38% | 90,86% | 4.453.700,00 | 1 : 26668 |
| Propinsi Lainnya | 1.104 | 9,14% | 100,00% | 52.990.200,00 | 1 : 47998 |
| Jumlah | 12083 | 100,00% | | 224.904.900,00 | 1 : 18613 |

Catatan:

Jumlah dokter menggunakan data KKI 2007

Jumlah penduduk menggunakan data BPS 2005

Analisis dari tulisan Mary⁵⁵ dapat disimpulkan bahwa situasi ini terjadi karena berbagai faktor yang saling terkait secara kompleks. Berbagai faktor terkait tersebut dapat dibagi menjadi beberapa hal: (1) situasi tempat produksi dokter; (2) perilaku dokter; (3) situasi di daerah terpencil; dan (4) kebijakan dokter.

⁵⁵ Maryam, Mary (2007). *Indonesia's Experience in Financing the Production and Retention of Physicians to Improve Specialist Medical Services in Rural Hospitals*.

Kebijakan apa yang telah dilakukan sampai saat ini?

Berbagai kebijakan telah dilakukan pada masa lampau. Kebijakan tersebut antara lain menggunakan peraturan wajib, menggunakan istilah dokter kontrak atau bidan kontrak dan sebagainya. Walaupun telah dilakukan berbagai cara, tetap ada masalah bahkan beberapa kejadian muncul yaitu sumber daya yang dikontrak oleh pemerintah tidak sampai ke lapangan, atau sengaja tidak datang walaupun sudah diberi beasiswa. Mustikowati⁵⁶ meneliti bahwa sebagian dokter spesialis yang diberi beasiswa oleh Departemen Kesehatan, cenderung untuk tidak menepati janji. Berbagai pengalaman menunjukkan bahwa tenaga kesehatan yang dikirim ke daerah terpencil tidak sampai di tempat, atau berada hanya sebagian kecil dari waktu yang seharusnya atau ada di tempat namun tidak dapat melakukan banyak hal yang seharusnya dilakukan.

Tantangan ke depan

Dalam usaha mengurangi ketimpangan di masa depan ada pertanyaan penting bagaimanakah kebijakan pemerintah pusat dan Ppemda dalam penempatan tenaga medik dan kesehatan di daerah terpencil dan sulit? Terkait dengan kebijakan sekarang pertanyaan berikutnya adalah apakah kebijakan sekarang ini dapat diteruskan walaupun sudah terbukti tidak bisa memenuhi harapan seperti data yang diperoleh Pusrengun.

⁵⁶ Mustikowati. S.R. (2005) Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penerimaan Penempatan Dokter Spesialis Ikatan Dinas, Tesis S2. Program Studi Pascasarjana S2 IKM, , UGM, Yogyakarta

Dalam konteks penyebaran tenaga kerja, dalam tahun 2005, dipicu oleh musibah tsunami di Aceh ada inovasi pengiriman tenaga kerja melalui pendekatan kontrak tim (bukan kontrak perorangan) untuk menggantikan tenaga kesehatan sementara. Dengan dukungan dana dari LSM Australia, *World Vision*, Fakultas Kedokteran UGM bersama dengan *University of Melbourne* dikontrak untuk menyediakan bantuan tenaga dokter, dokter spesialis, perawat, dan tenaga-tenaga manajemen di RS Cut Nya' Dien. Rumah sakit (RS) ini berada di pesisir barat Propinsi NAD, di kota Meulaboh. Kota ini merupakan salah satu daerah yang terkena dampak dahsyat tsunami. Di samping itu, pada awal setelah tsunami RS Cut Nya' Dien berada pada situasi yang sangat terisolasi dan rawan konflik dengan Gerakan Aceh Merdeka atau GAM (pada saat itu). Untuk mencapai kota Meulaboh apabila berjalan melalui darat, membutuhkan waktu sekitar 16 jam dari Medan. Jika melalui udara membutuhkan waktu sekitar 1 jam dengan pesawat kecil.

Untuk memenuhi kebutuhan tenaga dokter, manajer perawat, dan tenaga manajemen, selama periode 3 tahun, antara tahun 2005 - 2007 telah dikirim sekitar 500 tenaga dengan sekitar 50 gelombang pemberangkatan. Program ini kemudian mengilhami Kabupaten Berau untuk melakukan hal serupa yaitu mengkontrakkan jasa tenaga pelayanan kesehatan di sebuah daerah terpencil di daerahnya. Kegiatan yang berada di Kabupaten Berau memang masih dalam tahap persiapan. Namun pola inovatifnya dapat dipelajari. Dalam perbandingan dengan kasus di Kabupaten Aceh Barat, pola Kabupaten

Berau diusahakan lebih sistematis dalam melakukan kontrak penyediaan jasa tenaga kesehatan.

Pertanyaan yang akan dibahas dalam bagian ini adalah apakah inovasi kontrak secara tim merupakan salah satu hal yang dapat dilakukan oleh pemda dalam era desentralisasi. Pertanyaan berikutnya: Apakah model *contracting out* ini akan terus berkembang di era desentralisasi? Dua konsep di bawah ini dapat dikaji sebagai bahan kajian.

Kasus 1: Pengiriman tenaga ke RSUD Cut Nya' Dien

Pada akhir tahun 2004, tepatnya 26 Desember 2004 terjadi bencana global tsunami di dunia dan Propinsi Aceh merupakan tempat yang paling terkena dampak. Fakultas Kedokteran dan RSUP Sardjito mengirimkan relawan sejak hari keempat bencana dengan penerjunan tim medik di Kabupaten Aceh Barat, tepatnya di kota Meulaboh. Setelah beberapa bulan, program pengiriman tenaga berkembang menjadi program *multiyears* dengan nama "*Supporting Human Resources Development and Health Services Reconstruction in Aceh Barat and Nanggroe Aceh Darussalam Province*" yang didanai oleh *World Vision Australia* dengan sistem perjanjian berdasarkan *log frame*.

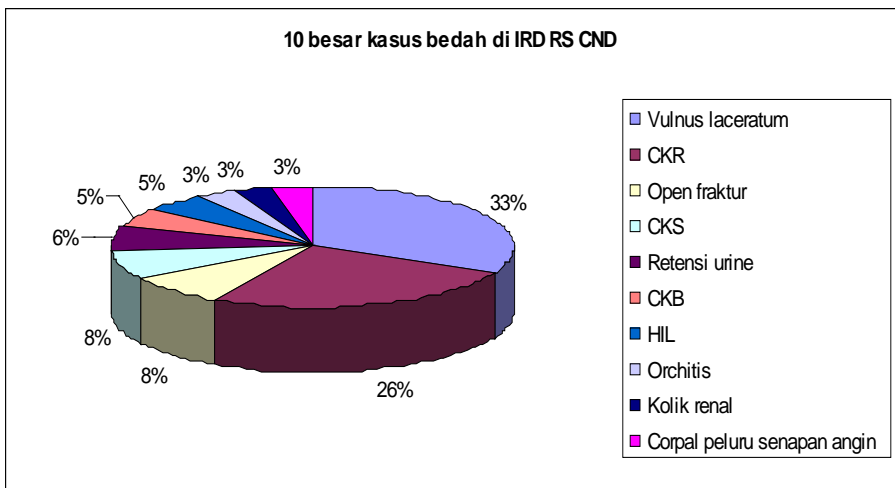
Tujuan pengiriman tenaga medik ke RSUD Cut Nya' Dien untuk: (1) Memperkuat dan mendukung pemenuhan kebutuhan tenaga medis/nonmedis RSUD Cut Nya' Dien melalui pengiriman tim medis secara rotasi dan menyiapkan dokter untuk belajar lebih lanjut dan melatih staf rumahsakit; (2) Revitalisasi penuh RSUD Cut Nya' Dien

Full melalui pemenuhan kebutuhan tenaga medis/non medis berdasarkan penilaian kebutuhan dan permintaan direktur RSUD Cut Nya' Dien.

Selama tiga tahun, telah dikirim sekitar 50 tim medis dalam rangka memenuhi kebutuhan pelayanan klinis terutama pelayanan dokter spesialis. Satu tim medis (tim 29) gagal berangkat karena terjadi bencana gempa di Propinsi DIY dan Jawa Tengah pada bulan Mei 2006. Setiap tim bertugas selama 1 bulan dan terdiri dari dokter residen maupun dokter spesialis. Pada awalnya bagian yang terlibat dalam pengiriman tim medis adalah 10 bagian, yaitu: bedah, anestesi, radiologi, mata, psikiatri, patologi klinik, anak, *obsgyn*, THT, dan penyakit dalam.

Berdasarkan penilaian kebutuhan dan permintaan direktur RSUD Cut Nya' Dien akan pelayanan spesialis neurologi, mulai bulan Agustus 2006 residen dari bagian neurologi juga dikirimkan, sehingga anggota tim setiap bulan berjumlah 11 orang. Selain bertugas memberikan pelayanan klinik, anggota tim medis juga mengemban tugas yang berkaitan dengan pengembangan mutu pelayanan RSUD Cut Nya' Dien. Beberapa kegiatan yang dilakukan tim medis berkaitan dengan pengembangan mutu adalah: penyusunan prosedur tetap pelayanan medik di beberapa unit seperti ICU, instalasi radiologi, kamar operasi, UGD, dan instalasi rawat inap; menyelenggarakan seminar untuk dokter umum dan perawat; menyelenggarakan pertemuan ilmiah mingguan, dan berbagai kegiatan lain.

Adanya pelayanan medis spesialis menimbulkan berbagai dampak positif bagi RSUD Cut Nya' Dien. Jenis-jenis kasus yang dapat ditangani lebih bervariasi, sehingga secara langsung meningkatkan jumlah pasien di RSUD Cut Nya' Dien. Pasien poliklinik bedah tampak mempunyai jenis penyakit yang bervariasi dan sebagian besar memerlukan tindakan operatif. Jumlah kasus terbanyak yang memerlukan rawat inap adalah cedera kepala ringan, dan jumlah kasus terbanyak yang ditangani di IRD adalah *vulnus laceratum*. Hal ini menunjukkan bahwa banyak kasus-kasus bedah yang disebabkan kecelakaan lalu lintas di RSUD Cut Nya' Dien.



Gambar 2.5.1 Sepuluh Besar Kasus Bedah di IRD RS Cut Nya'Dien

Pengiriman residen anestesi secara rutin sangat membantu dalam pelayanan di RSUD Cut Nya' Dien karena sebelumnya rumahsakit memang belum mempunyai dokter spesialis anestesi.

Berdasarkan grafik jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan anestesi mencapai puncaknya pada akhir tahun yaitu bulan Desember.

Hasil yang diperoleh dalam program pengiriman tenaga medis ini adalah: (1) meningkatnya jumlah dokter spesialis di RSUD Cut Nya' Dien, yang berasal dari anggota tim medis program maupun wajib kerja sarjana (WKS), (2) tersedianya pelayanan medis spesialis sesuai kebutuhan RSUD Cut Nya' Dien; dan (3) tersedianya staf lokal permanen dalam jangka waktu 4 hingga 5 tahun yang akan datang. *Output* yang dihasilkan adalah: (1) terdapat peningkatan jumlah pasien rawat inap maupun rawat jalan; (2) terdapat peningkatan jenis pelayanan medis yang sebelumnya belum tersedia. Hambatan yang dialami adalah: pengiriman dokter residen/spesialis dari beberapa bagian tidak berkesinambungan, sehingga menghambat keberlangsungan program pelayanan klinis; kerja sama dari staf lokal RSUD Cut Nya' Dien terkadang masih kurang; belum terpenuhinya beberapa standar peralatan minimal dalam pelayanan medik; persediaan bahan habis pakai di beberapa instalasi belum mencukupi sehingga pelayanan medik tidak dapat berjalan dengan maksimal.

Kasus 2. Pengembangan contracting out di Kabupaten Berau

Belajar dari pengalaman di Aceh, pemerintah Kabupaten Berau Propinsi Kalimantan Timur berusaha mengatasi masalah kekurangan tenaga dengan menggunakan mekanisme *contracting out*. Kecamatan Kelay di Kabupaten Berau merupakan daerah pedalaman dengan sebagian besar wilayahnya adalah daratan. Ibu kota kecamatan ini adalah Muara Lesan. Luas daratannya adalah 613,460 Km²

sedangkan perairannya hanya sekitar 13,66 Km². Kecamatan ini di sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Segah, sebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Kutai Timur, sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Sambaliung, sedangkan sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Bulungan. Kecamatan Kelay mempunyai 14 desa yang dikepalai masing-masing oleh seorang kepala desa.

Jarak tempuh dari ibukota kabupaten ke ibukota Kecamatan Kelay adalah 127,0 Km, yang dapat di tempuh melalui transportasi darat, sedangkan melalui perairan berjarak tempuh 110,5 Km. Desa yang terdekat dari ibukota kecamatan adalah Desa Lesan Dayak yang berjarak 2,50 Km sedang desa terjauh adalah Long Sului, yang berjarak 176 Km ke ibukota kecamatan. Sementara itu transportasi utama adalah melalui perairan.

Jika melaksanakan kegiatan operasional dengan menggunakan kegiatan air, maka waktu yang diperlukan adalah 3 hari untuk Wilayah I; 3 hari unyuk Wilayah II; dan 6 hari untuk Wilayah III. Jumlah penduduk Kecamatan Kelay pada akhir Desember 2006 adalah 5.202 jiwa (dengan proporsi 2.961 jiwa laki-laki dan 2.241 jiwa perempuan) sedangkan jumlah penduduk tahun 2005 sebesar 5.146 jiwa. Pertumbuhan penduduk ini terjadi karena adanya pertumbuhan alamiah dan adanya migrasi. Tahun 2005 jumlah penduduk Kecamatan Kelay sekitar 3% dari seluruh penduduk Kabupaten Berau. Mata pencaharian sebagian besar penduduk adalah bertani yang dilakukan secara tradisional, sementara perkebunan hanya dilakukan dalam skala kecil.

Pelayanan kesehatan di Kelay dilakukan oleh 24 orang tenaga kesehatan (10 orang di puskesmas induk termasuk pimpinan puskesmas; 14 orang di puskesmas pembantu atau desa). Sarana kesehatan terdiri dari 1 puskesmas induk, 8 puskesmas pembantu, 1 polindes, 18 posyandu, dan 1 pos obat desa. Pelayanan ini didukung oleh 1 kendaraan roda empat dan 9 kendaraan roda dua, 1 unit mesin temple 15 HP, dan 5 unit keliling 5 HP (laporan evaluasi kinerja/program kesehatan tahun 2006 Puskesmas Kecamatan Kelay). Selama ini terjadi kesulitan dalam mengelola tenaga kesehatan. Selalu kekurangan tenaga karena tenaga yang diharapkan tidak datang.

Kenyataan tersebut mendorong pemerintah Kabupaten Berau di Kalimantan Timur untuk mencoba menerapkan *contracting out* dalam penyediaan pelayanan kesehatan di kecamatan terpencil yaitu Puskesmas Kelay mulai tahun 2008. Menurut Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Berau⁵⁷, latar belakang melakukan *contracting out* adalah kewajiban memberikan pelayanan yang adil dan merata, Indonesia Sehat dan MDG's. Pulau Maratua dan Kelay mempunyai masalah besar, dan alasan menarik adalah Kabupaten Berau memiliki anggaran.

Alasan utama pelaksanaan uji coba tersebut adalah keinginan Dinas Kesehatan Kabupaten Berau untuk meningkatkan akses sekaligus meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang tinggal di daerah terpencil. Masalah akses pelayanan di daerah tersebut muncul antara lain karena terbatasnya jumlah tenaga

⁵⁷ Tenny dan Murti (2007). Rencana *Contracting Out* di Kabupaten Berau. Disampaikan pada Lunch Seminar Tanggal 18 April 2007 di Jakarta

kesehatan dan sarana prasarana kesehatan dibandingkan dengan luas dan atau sulitnya wilayah puskesmas. Selain itu, tenaga kesehatan yang ada pun sering kali tidak berada di lokasi, sementara *monitoring* dari dinas kesehatan pun tidak dapat menjangkau sampai daerah pedalaman.

Untuk mengatasi masalah ketenagaan tersebut, pihak dinas kesehatan sudah menerapkan kebijakan Pegawai Tidak Tetap (PTT) baik pusat maupun daerah, tapi tidak sepenuhnya dapat memecahkan masalah. Kebijakan PTT saat ini yang lebih bersifat “kontrak” perorangan sering kali tidak efektif di lapangan karena pada dasarnya pelayanan kesehatan merupakan kerja tim, bukan kerja perorangan. Selain itu pemerintah pun baik pusat maupun daerah kesulitan dalam melakukan pemantauan di lapangan.

Hal terakhir inilah yang ikut menjadi pertimbangan dalam menentukan tipe atau jenis *contracting out* apa yang sebaiknya dipilih untuk Puskesmas Kelay. Berdasarkan pengalaman ketidakefektifan kebijakan PTT selama ini, pendekatan *contracting out* yang dipilih harus dapat mengatasi kelemahan kebijakan PTT tersebut. Ketika “kontrak” perorangan terbukti kurang efektif, maka pemikiran yang muncul adalah bagaimana jika “kontrak” dilakukan secara tim. Dengan format tim, sejumlah tenaga kesehatan (jumlah dan kualifikasi sesuai dengan kebutuhan) akan dikontrak untuk membantu pelayanan kesehatan di wilayah Puskesmas Kelay dalam waktu 1 tahun. Selain itu, yang berbeda dengan kebijakan PTT selama ini adalah bukan Departemen Kesehatan atau Dinas Kesehatan Kabupaten Berau yang merekrut, melatih, menempatkan, menggaji, dan memantau tenaga

yang dikontrak, tapi dilakukan oleh pihak ketiga yang menang dalam proses lelang.

Dengan demikian, pendekatan *contracting out* yang dipilih adalah mengontrak pihak ketiga untuk menyediakan tambahan tenaga kesehatan yang dibutuhkan. Dalam pendekatan ini, pimpinan puskesmas dan staf lama yang ada tetap dipertahankan, sementara tenaga kontrak merupakan tambahan yang tetap sebagai bagian tak terpisahkan dari SDM Puskesmas Kelay.

Tujuan kegiatan *contracting out* adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan seluruh masyarakat Kecamatan Kelay. Tujuan khususnya adalah untuk meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan, meningkatkan mutu pelayanan, dan secara epidemiologis menurunkan jumlah kasus. Sasaran seluruh masyarakat Kecamatan Kelay. Pembiayaan berasal dari APBD tahun 2008. Jenis tenaga yang dibutuhkan adalah para staf yang mempunyai spesifikasi umum berupa pengabdian yang tinggi, berorientasi pada tugas, mempunyai kepribadian yang baik, dan mampu beradaptasi dengan situasi daerah terpencil. Spesifikasi khususnya adalah sesuai dengan kompetensi profesional yang dibutuhkan.

Awalnya rencana *contracting out* ini akan dilakukan dua puskesmas yaitu Puskesmas Kelay dan Puskesmas Maratua yang terletak di daerah sangat terpencil di kepulauan sebelah timur Kabupaten Berau (Laut Sulawesi), dengan alokasi anggaran sekitar 1,5 miliar rupiah. Tetapi karena adanya tuntutan efisiensi demi suksesnya penyelenggaraan Pekan Olahraga Nasional (PON) tahun 2008 di Kalimantan Timur, alokasi anggaran diturunkan hingga

menjadi sekitar Rp 970 juta. Dengan alokasi anggaran yang dipangkas ini, uji coba terpaksa hanya dapat dilakukan di satu puskesmas dan yang terpilih adalah Puskesmas Kelay dengan pertimbangan antara lain biaya transportasi yang lebih terjangkau sehingga pemantauan nantinya lebih mungkin dilakukan.

Berbagai hambatan

Hambatan pertama kegiatan ini adalah masih belum jelasnya legalitasnya secara hukum. Sampai saat ini belum satu pun dasar hukum yang khusus mengatur tentang kegiatan tersebut. Dari aspek ketentuan tentang pengadaan barang/jasa pemerintah menurut Keppres RI No.80/2003 yang telah diubah tujuh kali (terakhir dengan Peraturan Presiden No.95/2007), jasa *contracting out* dapat digolongkan ke dalam jasa lainnya. Menurut ketentuan Pasal 1 butir 14 Keppres No.80/2003 tersebut, jasa lainnya adalah segala pekerjaan dan atau penyediaan jasa selain jasa konsultansi, jasa pemborongan, dan pemasokan barang. Berdasarkan ketentuan tersebut, secara teknis pengadaan jasa *contractin out* dapat dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku. Di lain pihak, PP No.50/2007 tentang Tata Cara Pelaksanaan Kerja Sama Daerah (termasuk kerja sama dengan pihak ketiga) secara operasional belum ada peraturan pelaksanaannya.

Dalam mengatasi kendala hukum ini, pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Berau pada 27 Februari sampai dengan 1 Maret 2008 melakukan konsultasi kepada para *stakeholders* di tingkat pusat seperti Depdagri, Depkes, Menpan, Depnakertrans, dan Bappenas. Dari hasil konsultasi ini diperoleh berbagai masukan dan dukungan

untuk terus melaksanakan kegiatan *contracting out*. Ketidakjelasan aturan hukum justru menjadi peluang untuk “bermain di daerah abu-abu”. Sayangnya para *stakeholders* tersebut tidak bersedia memberikan dukungan secara tertulis.

Kendala lainnya yang diperkirakan terjadi adalah langkanya atau bahkan tidak adanya calon *provider* yang siap untuk melaksanakan kegiatan itu. Oleh karena itu, pada tanggal 24 April 2008 Dinas Kesehatan Kabupaten Berau dan PMPK FK-UGM melaksanakan suatu *workshop* dan seminar *Penyiapan Calon Provider Contracting out* Penyediaan Tenaga Kesehatan bertempat di Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman Samarinda. Kegiatan ini diikuti oleh CV. Jaya Makmur Abadi, Muhamadiyah Kalimantan Timur, STIKES Respati Yogyakarta, PPNI Kalimantan Timur, PSKO-Unmul, dan HWS Kalimantan Timur.

Secara keseluruhan peserta yang hadir memang terbatas (hanya 12 orang) tetapi itu sudah cukup menggembirakan karena upaya menghadirkan mereka tidak cukup dengan undangan tertulis tetapi harus dengan persuasi “*door to door*” (kecuali STIKES Respati Yogyakarta) yang dilakukan oleh drg. Murti Lestari, MKM (Staf Dinas Kesehatan Kabupaten Berau). *Workshop* ini bertujuan agar peserta memahami seluk beluk tentang *contracting out*, termasuk bagaimana menghitung biaya pelaksanaannya.

Sekitar sebulan kemudian (29 Mei 2008), panitia lelang Dinas Kesehatan Kabupaten Berau memasang iklan (pengumuman) lelang di harian Kalimantan Timur Post. Lelang diikuti oleh 4 perusahaan dari Kabupaten Berau sendiri. Di luar dugaan, semua calon *provider* yang

mengikuti *workshop* di Samarinda batal mengikuti lelang. Salah satu alasannya adalah keinginan mereka agar dana kontrak bersifat “*block grant*” tidak dapat dipenuhi karena alasan ketentuan anggaran pemerintah yang ada. Hal ini patut disayangkan karena mereka sudah terpapar dengan kegiatan tersebut.

Sebaliknya empat perusahaan yang mengikuti lelang sama sekali awam dengan *contracting out* (kalaupun mereka berupaya mencari informasi, tapi tetap tidak komprehensif). Akibatnya bisa diduga, ketika hasil lelang diumumkan 25 Juni 2008, tak satu perusahaan pun yang dinyatakan menang. Bahkan dari persyaratan administrasi tak satu pun yang memenuhi syarat. Dalam akte perusahaan lelang seharusnya tertera secara spesifik jenis usaha atau jasa penyediaan tenaga kesehatan, bukan jenis tenaga umum atau lainnya seperti pertambangan.

Berdasarkan hasil lelang tersebut, sesuai ketentuan harus dilakukan lelang ulang. Proses tersebut setidaknya membutuhkan waktu sebulan. Jika semua lancar maka baru akhir Juli 2008 pemenang akan diketahui. Dengan memperhitungkan berbagai persiapan yang harus dilakukan *provider*, calon tenaga kesehatan (termasuk pelatihan pembekalan), penempatan, dan lain-lain, diperkirakan kegiatan *contracting out* baru efektif di lapangan pada Minggu II-III Agustus.

Masalah waktu ini menjadi pertimbangan serius bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Berau karena jika lelang dan kegiatan terus dilaksanakan, maka efektif kegiatan di lokasi hanya 3-4 bulan. Padahal rencana awal yang tertuang dalam APBD adalah 12 bulan

dengan anggaran hampir 1 miliar rupiah. Dalam hal ini timbul keraguan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Berau. Jika kegiatan diteruskan risikonya adalah efektivitas dan efisiensi anggaran jelas tidak akan tercapai. Anggaran 1 miliar rupiah terlalu besar untuk kegiatan 3-4 bulan, sementara dalam waktu singkat tersebut sulit mengharapkan target (*output*) kegiatan dapat tercapai.

Di lain pihak, jika proses lelang dihentikan begitu saja jelas melanggar ketentuan yang ada dan pasti akan dipertanyakan dan mendapat sanggahan dari peserta lelang. Selain itu, alasan pembatalan tersebut harus bisa dipertanggungjawabkan kepada *stakeholders* khususnya Bappeda, Biro Keuangan dan DPRD setempat. Setelah melakukan konsultasi dengan berbagai pihak, akhirnya pilihan menghentikan proses lelang yang dipilih. Salah satu pertimbangan utamanya adalah risiko yang timbul lebih kecil daripada jika kegiatan tersebut tetap diteruskan. Konsekuensinya, panitia lelang harus menjawab sanggahan dari peserta lelang. Sanggahan pertama tidak dapat memuaskan peserta sehingga muncul sanggahan kedua dengan tembusan sampai pihak kejaksaan setempat dan KPK. Hal ini membuat repot panitia lelang dan Dinas Kesehatan Kabupaten Berau.

Meskipun demikian inovasi *contracting out* ini tidak berhenti sampai di situ. Pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Berau tidak menyerah begitu saja. Saat ini mereka mengusulkan kembali kegiatan tersebut untuk anggaran (APBD) 2009. Belajar dari pengalaman 2008, timbul wacana strategi pelaksanaan *contracting-out* tahun 2009 akan diubah. Tidak seperti 2008, anggaran akan dipecah atau dipisahkan antara pengadaan sarana-prasarana pendukung dengan penyediaan

tenaga. Adapun masalah manajemen SDM tenaga kontraknya masih dipertimbangkan apakah tetap oleh pihak ketiga seperti konsep 2008, atau swakelola oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Berau. Selain itu, waktu tersisa yang di tahun 2008 akan dimanfaatkan Dinas Kesehatan Berau untuk melakukan persiapan yang lebih matang baik dari kesiapan lokasi, administrasi, maupun calon *provider*-nya.

Pembahasan

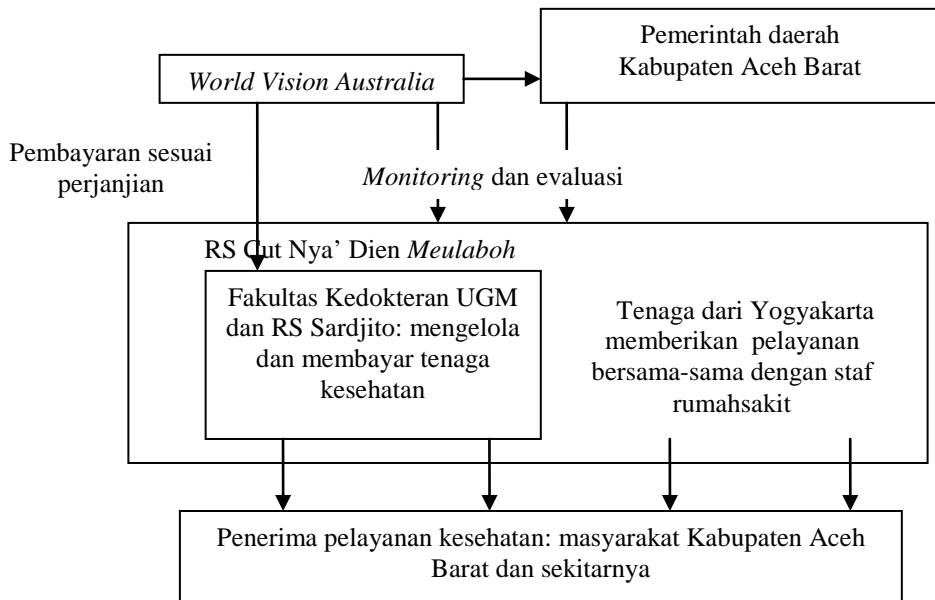
Meskipun dalam literatur pendekatan *contracting out* sudah banyak dilakukan di berbagai negara, namun di Indonesia masih belum banyak. Inovasi yang dilakukan dalam program pengiriman tenaga spesialis dan tenaga kesehatan lainnya di Meulaboh dan proposal Kabupaten Berau termasuk baru. Mengapa baru? Sampai saat ini yang dikenal luas di Indonesia adalah tenaga yang dikontrak secara perorangan, seperti dokter PTT atau bidan PTT. Kontrak perorangan dilakukan oleh Departemen Kesehatan atau Pemda.

Dalam kontrak perorangan berbagai masalah timbul, antara lain: kesulitan mengawasi kinerja tenaga yang dikontrak. Tidak ada jaminan bahwa tenaga yang dikontrak, terutama di tempat terpencil akan berada di tempat sejak hari pertama sampai dengan hari terakhir masa kontrak. Berbagai kasus menunjukkan bahwa masa efektif tenaga kontrak perorangan (terutama di tempat terpencil), terbatas.

Tenaga kontrak perorangan mempunyai masalah dengan keterbatasan kegiatan karena dikontrak tanpa persiapan. Kelemahan-kelemahan kontrak secara perorangan ini perlu dikurangi atau dihilangkan. Namun mengapa kontrak kelompok masih belum banyak

berkembang? Salah satu hambatan besar adalah masalah biaya dan hambatan hukum. Mengenai masalah biaya, memang akan menjadi lebih besar. Kasus di Meulaboh dan Kabupaten Berau menunjukkan bahwa memang ada sumber dana yang kuat untuk melakukan kontrak dengan model kelompok.

Dari segi pendanaan, program di Meulaboh didanai oleh LSM Australia (*World Vision*), sedangkan pelaksanaan di Berau dibiayai oleh APBD Kabupaten Berau. *World Vision Australia* merupakan lembaga kemanusiaan yang mempunyai kekuatan ekonomi kuat. Sementara itu Kabupaten Berau termasuk kabupaten yang mempunyai kekuatan fiskal tinggi. Kekuatan pemberi dana penting karena sistem kontrak kelompok ini harus menyediakan sebagian dana untuk pengelolaan tim yang dikontrak. Untuk memahami mengapa diperlukan dukungan tenaga pengelola dapat dilihat pada Gambar Model *Contracting* yang dikerjakan di Meulaboh dan Kabupaten Berau.



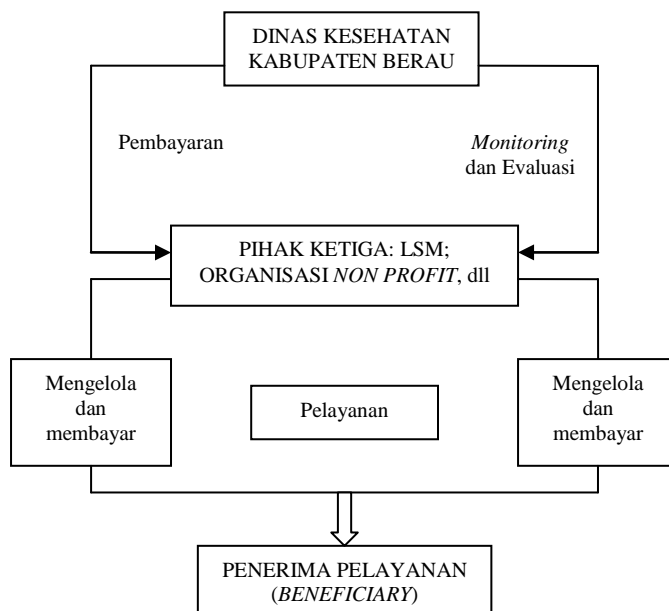
Gambar 2.5.2 Model *Contracting Out* yang Dikerjakan di Meulaboh dan Kabupaten Berau

Pihak *World Vision Australia* mengadakan kerja sama dengan FK UGM dan *University of Melbourne* untuk mengirimkan tenaga medik dan kesehatan ke Aceh. Perjanjian ini dilakukan dalam pemahaman bahwa dana yang ada di *World Vision Australia* adalah milik masyarakat Kabupaten Aceh Barat. Dalam kerja sama ini masyarakat Kabupaten Aceh Barat diwakili oleh pemerintah kabupaten. Di samping sebagai penyandang dana, *World Vision Australia* melakukan fungsi pengawasan terhadap kegiatan. Kerja sama dilakukan dengan indikator *log frame* yang jelas.

Dalam menjalankan fungsi sebagai pengelola bantuan tenaga medik dan tenaga kesehatan lainnya, FK UGM membentuk sebuah

Unit Penunjang Program (*Program Supporting Unit*). Unit ini diketuai oleh dosen senior dan sehari-hari dijalankan oleh seorang sekretaris eksekutif. Fungsi unit ini antara lain untuk mendukung mobilisasi tenaga, mengatur perjalanan tim dan kepulangan, dan mengurus keperluan logistik tim. Tim ini tentunya membutuhkan dana, sehingga menambah biaya program. Akan tetapi manfaat yang diperoleh sangat besar sehingga tim ini memang diperlukan.

Model yang akan dikerjakan di Kabupaten Berau serupa dengan yang ada di Kabupaten Aceh Barat. Namun sumber dana berbeda yaitu berasal langsung dari Pemerintah Kabupaten Berau. Mekanisme lebih sederhana dibanding model yang pembayaran berasal dari sebuah lembaga yang mengatasmakan sebuah masyarakat.

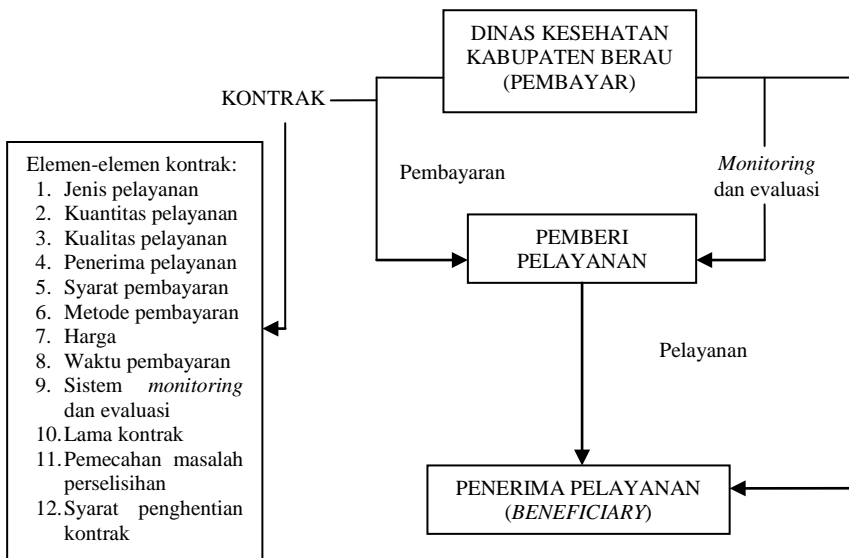


Adaptasi dari: Bhisma Murti, p.4

Gambar 2.5.3 Model Contracting Out Pelayanan di Kabupaten Berau

Dari model tersebut terlihat bahwa peran Dinas Kesehatan Kabupaten Berau lebih pada fungsi *”steering”* (mengarahkan, memonitor dan mengevaluasi); bukan lagi melakukan fungsi *”rowing”* (memberikan pelayanan). Fungsi *”rowing”* dalam pendekatan *contracting out* dilakukan oleh penyedia pelayanan (*provider* atau *”kontraktor”*).

Desain dan mekanisme kerja *contracting out* yang dilakukan oleh Kabupaten Berau dapat dilihat pada Gambar 2.5.4.



Gambar 2.5.4 Desain dan Mekanisme Kerja *Contracting Out*

Dua kata kunci dalam desain dan mekanisme kerja *contracting out* adalah kontrak dan *monitoring* dan evaluasi. Tanpa adanya kontrak, maka tidak akan ada *contracting out*. Tanpa *monitoring* dan evaluasi, maka *contracting out* tidak akan berjalan baik. Dalam suatu

kontrak, minimal ada 12 elemen yang harus ada dalam klausul yang diuraikan secara jelas dan tegas. Jika dianggap perlu, dapat ditambahkan elemen-elemen lain sesuai dengan situasi dan kondisi setempat.

Kelebihan dan kekurangan *contracting out*

Contracting out mempunyai sejumlah kelebihan, antara lain:

1. Dapat fokus terhadap pencapaian hasil-hasil yang dapat terukur. Pengalaman Kabupaten Aceh Barat menunjukkan bahwa dengan adanya kontrak yang terukur melalui mekanisme *log frame* maka pengiriman tenaga medik tidak hanya sampai tersedia atau tidak. Lebih jauh, pengiriman tenaga medik diukur efektivitasnya dengan peningkatan jumlah pelayanan, pengembangan sistem dasar, sampai ke peningkatan mutu pelayanan. Hal ini berbeda dengan kontrak perorangan yang sering tidak sampai melakukan perincian terhadap kinerja yang diharapkan.
2. Kegiatan kontrak mampu mengatasi hambatan kemampuan penyerapan (*absorptive capacity*) sumber daya yang tersedia, serta memanfaatkannya seefektif mungkin. Pengalaman di Kabupaten Aceh Barat menunjukkan bahwa sumber dan untuk sumbangan bagi korban tsunami sangat melimpah. Akan tetapi ada kesulitan dalam menyalurkan karena keterbatasan sumber tenaga setempat. Dengan adanya kerja sama kontrak maka penyerapan dana dapat terjadi, dengan *monitoring* dan evaluasi kinerja yang terukur.

3. Pelayanan kontrak memberikan kesempatan ke sektor swasta untuk berpartisipasi dalam kegiatan pembangunan secara langsung. Proposal yang dikembangkan di Kabupaten Berau menunjukkan bahwa diperlukan kontraktor dari pihak swasta. Dengan demikian, terjadi apa yang disebut sebagai peningkatan harapan bagi pihak swasta untuk mengembangkan kegiatan sekaligus memberikan perannya dalam pembangunan kesehatan. Hal ini akan memperbesar semangat bekerja pihak swasta.
4. Sistem kerja sama berdasarkan kontrak memberikan otonomi yang lebih luas dan kewenangan mengambil keputusan kepada para manajer di lapangan. Pengalaman pengiriman tenaga medik di Kabupaten Aceh Barat menunjukkan bahwa perlu adanya manajer lapangan yang mengelola tim. Dengan adanya manajer di lapangan terjadi suatu bentuk kerja yang berdasarkan filosofi kerja sama antar profesi, dan antara tenaga medik yang dikirim dengan rumahsakit sasaran. Manajer ini bekerja terutama untuk membina hubungan baik dan menjaga agar tidak terjadi konflik yang berasal dari hubungan antara manusia yang buruk.
5. Proposal yang disusun Kabupaten Berau berusaha untuk memanfaatkan kompetisi antar kelompok swasta untuk meningkatkan keefektifan pengiriman tenaga. Proses pemilihan ini dilakukan dengan cara *tender* terbuka. Diharapkan terjadi efisiensi melalui *tender*, walaupun ada

risiko bahwa *tender* akan meningkatkan biaya pelaksanaan dan berjalan tidak efektif.

6. Keunggulan lain dari model kontrak adalah memungkinkan pemerintah untuk memfokuskan diri terhadap peran-peran lain yang seharusnya dilakukan seperti perencanaan, penetapan standar, pembiayaan, evaluasi dan regulasi⁵⁸.

Di samping kelebihan, terdapat pula kekurangan atau masalah potensial yang dapat timbul dalam *contracting out* seperti:

1. Kontrak pelayanan akan lebih mahal daripada pelayanan yang dilakukan sendiri oleh pemerintah, sebagian disebabkan oleh besarnya biaya transaksi (termasuk lelang). Dalam konteks *contracting out* di Kabupaten Aceh Barat tidak ada lelang sehingga lebih mudah dan murah.
2. Keberhasilan yang dicapai lewat kontrak disebabkan karena lebih besarnya pembiayaan dibandingkan dengan yang dibayar pemerintah. Hal ini memang benar karena *contracting out* pasti lebih mahal dibandingkan dengan pelayanan pemerintah sendiri.
3. LSM dan pihak ketiga lainnya tidak mau bekerja di daerah terpencil atau daerah sulit serta kurang mampu memberikan pelayanan kepada orang miskin, sehingga meningkatkan ketidakadilan dalam pelayanan kesehatan

⁵⁸ Loevinshon, B., & Harding, A. (2004) *Contracting for The Delivery of Community Health Services: A Review Of Global Experience*. Available from: http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSCContentServer/WDSP/IB/2005/02/23/000090341_20050223140558/Rendered/PDF/315060HNPCcontractingOLoevinshonHarding.pdf [accessed 18 September 2007]

4. Pemerintah mempunyai keterbatasan kapasitas dalam mengelola kontrak dengan efektif.
5. Lelang dan manajemen kontrak akan menciptakan peluang-peluang tambahan terjadinya kecurangan dan korupsi.
6. LSM dan pemerintah akan letih dan bosan terhadap satu sama lainnya sehingga meskipun berhasil, kontrak tidak dapat dilakukan selamanya.

Pendekatan kontrak dan desentralisasi

Kasus di Kabupaten Aceh Barat dan Kabupaten Berau menunjukkan kesamaan yaitu pengiriman tenaga ke daerah terpencil atau jauh dari pusat pembangunan. Hal ini wajar karena pendekatan kontrak merupakan strategi penting untuk penyebaran tenaga kesehatan ke daerah terpencil. Jarang ada tenaga kesehatan yang mau ditempatkan di daerah terpencil selama hidup.

Permasalahannya adalah daerah terpencil sering kesulitan mendapatkan sumber dana yang cukup. Siapa yang membayar sistem kontrak? Pemda ataukah pemerintah pusat, ataukah keduanya? Dalam hal ini dukungan pemerintah pusat perlu ditambah. Jika dibandingkan dengan pengalaman negara lain, pilihan pendekatan *contracting out* yang dilakukan Dinas Kesehatan Kabupaten Berau tersebut merupakan pendekatan baru yang belum pernah dilakukan di negara manapun. Ada sejumlah karakteristik yang membedakan pendekatan Berau dengan pendekatan yang ada dalam literatur yaitu pertama, pemerintah pusat (Departemen Kesehatan) sendiri belum pernah

melakukannya, padahal menurut Bergstrom⁵⁹ dukungan pemerintah pusat mutlak adanya.

Karena baru pertama kali dilakukan di Indonesia, dukungan regulasi belum sepenuhnya ada padahal adanya regulasi baik tingkat nasional maupun lokal juga mutlak adanya⁶⁰. Karena baru pertama kali diadakan, tidak banyak atau bahkan tidak ada pihak ketiga yang siap dan berpengalaman sebagai pihak ketiga. Keterbatasan calon kontraktor ini akan mengurangi persaingan yang sehat sesuai mekanisme pasar, padahal persaingan inilah yang diinginkan terjadi agar diperoleh efektivitas dan efisiensi *contracting out*.⁶¹

Prospek dalam era desentralisasi

Setelah lebih dari 7 tahun kebijakan desentralisasi di Indonesia diterapkan, ada pertanyaan yang tetap relevan diajukan yaitu: apakah desentralisasi mampu memperbaiki efisiensi dan pemerataan pelayanan kesehatan? Banyak fakta menunjukkan bahwa pemda, khususnya dinas kesehatan propinsi dan kabupaten yang memiliki wilayah sulit (sangat terpencil) di pedalaman maupun kepulauan, belum mampu menjawab pertanyaan tersebut. Secara umum, fenomena tersebut menunjukkan adanya keterbatasan kapasitas pemerintah dalam memecahkan masalah pemerataan pelayanan

⁵⁹ Bergstrom, F. (1999) *Why Do Local Governments Privatise?* Available from: > <http://www.isnie.org/ISNIE99/Papers/bergstrom.pdf> [Accessed 22 Mei 2007].

⁶⁰ Abramson, W.B. (2004) *Contracting for Health Care Delivery, A Manual for Policy Makers* [Internet]. Available from: <<http://www.jsi.com/Managed/Docs/Publications/ContractingPrimerManual.pdf> [Accessed 30 April 2007].

⁶¹ Zarco-Jasso, H. (2005). *Public-Private Partnership: A Multidimensional Model for Contracting* [Internet]. Available from: <<http://www.inderscience.com/storage/f410126115297381.pdf>> [Accessed 18 Mei 2007].

kesehatan khususnya bagi daerah sulit (sangat terpencil). Dalam situasi seperti ini ide dan alternatif baru seperti *contracting out* sangat layak dipertimbangkan.

Secara konkrit, seperti yang dilakukan Dinas Kesehatan Kabupaten Berau Kalimantan Timur, contoh *contracting out* yang dilakukan adalah mengontrak pihak ketiga untuk menyediakan sejumlah tenaga kesehatan tertentu dalam waktu tertentu, kemudian tenaga kesehatan tersebut ditugaskan untuk membantu tenaga kesehatan yang sudah ada untuk melakukan pelayanan kesehatan secara tim dengan target cakupan yang telah ditentukan.

Dalam hal *contracting out* sebenarnya tidak hanya Kabupaten Berau atau Kabupaten Aceh Barat yang berusaha melakukannya di Indonesia Timur, Kabupaten Yahukimo di Papua juga tengah merintis bentuk lain *contracting out*. Pendekatan yang langsung dipelopori oleh Bupati Yahukimo ini dilakukan bukan melalui lelang tapi dengan kerja sama atau semacam *Memorandum of Understanding* (MoU) dengan suatu yayasan yang berpusat di Bandung. Yayasan ini nantinya bertugas untuk menyediakan tenaga kesehatan sekaligus membantu pelaksanaan pelayanan kesehatan di lokasi terpencil yang disepakati. Model yang ditempuh Kabupaten Yahukimo ini secara hukum dimungkinkan dengan adanya PP No.50/2007 tentang Tata Cara Pelaksanaan Kerja Sama Daerah meskipun peraturan pelaksanaannya masih dalam proses penyusunan.

Adanya PP No.50/2007 ini juga dapat membuka peluang baru kerja sama multi pihak antara pemerintah kabupaten, Departemen Kesehatan, perguruan tinggi kesehatan, dan LSM atau yayasan. Dalam

hal ini pemerintah kabupaten dapat melakukan inisiatif untuk “jemput bola” dan melakukan MoU dengan perguruan tinggi kesehatan untuk mendapatkan tenaga kesehatan yang dibutuhkan, kemudian melobi Departemen Kesehatan untuk mendapatkan alokasi anggaran PTT sesuai kebutuhan, dan terakhir bekerja sama dengan LSM atau yayasan untuk mengelola penyiapan, penempatan, pendayagunaan, monitoring, evaluasi, dan rotasi tenaga kesehatan yang dikontrak. Alternatif tersebut dapat dicoba oleh kabupaten yang tidak memiliki APBD yang memadai. Di lain pihak, bagi kabupaten yang kaya, alternatif *contracting out* seperti yang dilakukan Kabupaten Berau layak dipertimbangkan.

Dari uraian di atas, prospek *contracting out* di era desentralisasi cukup menjanjikan. Bagi daerah kaya yang diperlukan adalah *awareness* dan komitmen *stakeholders* agar bersedia mendukung kegiatan tersebut. Sementara bagi daerah miskin, mereka harus lebih kreatif menjalin kerja sama dengan berbagai pihak yang memiliki sumber daya baik SDM maupun anggaran.

Dana dari mana? Pemerintah pusat, pemda atau donor?

Sumber dana untuk *contracting out* bisa berasal dari mana saja. Bagi kabupaten kaya, dukungan anggaran (APBD) untuk kegiatan tersebut sebetulnya tidak menjadi masalah seperti halnya Kabupaten Berau sepanjang telah diperoleh *awareness* dan komitmen *stakeholders*. Bagi kabupaten di Papua dan Papua Barat, selain dapat memanfaatkan dana otonomi khusus juga terbuka peluang untuk memanfaatkan program *Save Papua* dari pemerintah pusat, atau

menggali dana dari donor misalnya AusAid, serta *donor agency* lainnya. Bagi kabupaten miskin, selain harus kreatif berinisiatif menggalang kerja sama dengan berbagai pihak, tampaknya harus didukung oleh pemerintah pusat dan/atau donor untuk pembiayaan *contracting out*.

Bagaimana sustainabilitas?

Sustainabilitas atau keberlanjutan kegiatan *contracting out* dapat ditinjau dari tiga aspek yaitu anggaran tetap, perkembangan daerah dan pihak yang terlibat. Dari aspek anggaran, berdasarkan pengalaman di Cambodia yang sangat tergantung donor, ketersediaan dan sustainabilitas anggaran menjadi masalah utama. Ketika donor menghentikan bantuannya, pemerintah Cambodia kesulitan untuk meneruskan kegiatan tersebut. Tampaknya negara atau daerah yang kaya lebih berpeluang menjaga sustainabilitas kegiatan ini.

Dari aspek perkembangan daerah khususnya di pedalaman terpencil, alternatif *contracting out* akan menjadi kurang relevan jika daerah yang bersangkutan suatu saat nanti akan maju dan berkembang. Secara jangka panjang, peluang *contracting out* tetap terbuka di daerah pedalaman yang sulit untuk berkembang atau daerah kepulauan yang terpencil.

Dari aspek pihak yang terlibat seperti dinas kesehatan dan *provider*, dapat timbul letih dan bosan terhadap satu sama lainnya, sehingga meskipun berhasil, kontrak tidak dapat dilakukan selamanya. Dari aspek pihak lainnya yang terlibat yaitu tenaga kesehatan, perlu

diantisipasi *turn over rate* yang tinggi karena sulit sekali untuk mencari tenaga yang mau bekerja selamanya.

Apa problemnya yang perlu diatasi?

Salah satu masalah besar adalah belum adanya tenaga kontraktor yang siap. Kegagalan kegiatan ini di Kabupaten Berau tahun 2008 salah satu alasan utamanya adalah karena hal ini. Masalah besar lainnya adalah aspek hukum yang masih belum jelas. Sampai saat ini belum satu pun dasar hukum yang khusus mengatur tentang kegiatan tersebut. Dari aspek ketentuan tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah menurut Keppres RI No.80/2003 yang telah diubah tujuh kali (terakhir dengan Peraturan Presiden No.95/2007), jasa *contracting out* dapat digolongkan ke dalam jasa lainnya. Berdasarkan ketentuan tersebut, secara teknis pengadaan jasa *contracting out* dapat dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku. Di lain pihak, PP No.50/2007 tentang Tata Cara Pelaksanaan Kerja Sama Daerah (termasuk kerja sama dengan pihak ketiga) secara operasional belum ada peraturan pelaksanaannya.

Di lingkup pemerintah kabupaten, permasalahan hukum *outsourcing* atau *contracting out* khususnya bagi *contracting out* penyediaan tenaga kesehatan dan pelayanan jasa kesehatan jauh lebih besar dibandingkan dengan kontrak di lingkup perusahaan. Permasalahan hukum yang dapat terjadi terkait dengan fungsi dari dinas kesehatan. Dalam PP No.41/2007 Pasal 14, fungsi dinas kesehatan kabupaten/kota adalah:

- a) Perumusan kebijakan teknis sesuai dengan lingkup tugasnya

- b) Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum sesuai dengan lingkup tugasnya
- c) Pembinaan dan pelaksanaan tugas sesuai dengan lingkup tugasnya; dan
- d) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan bupati/walikota sesuai tugas dan fungsinya.

Pelayanan umum menurut ketentuan tersebut merupakan salah satu fungsi dari dinas kesehatan. Di lingkup dinas kesehatan, salah satu bentuk pelayanan umum adalah pelayanan kesehatan. Dalam pelaksanaannya, fungsi pelayanan ini tidak dilaksanakan sendiri oleh dinas kesehatan tapi didelegasikan kepada UPT-nya yaitu puskesmas. Dalam hal ini, dinas kesehatan lebih berfungsi dalam perumusan kebijakan teknis dan pembinaan.

Berdasarkan uraian di atas, terdapat sejumlah permasalahan hukum yang dapat terjadi seperti:

- a. Tugas dan fungsi yang terkait dengan pengadaan tenaga termasuk tenaga kontrak bukan fungsi dinas kesehatan (biasanya dilakukan oleh Badan Kepegawaian Daerah/BKD). Dalam hal *outsourcing* atau *contracting out*, apakah inisiatif tersebut tidak bertentangan dengan tugas dan fungsi BKD Kabupaten yang diatur dalam PP No.41/2007?
- b. Apakah inisiatif *contracting out* oleh dinas kesehatan dapat dikategorikan sebagai salah satu bentuk pelaksanaan fungsi perumusan kebijakan teknis sesuai dengan lingkup tugas dinas kesehatan?

- c. Apakah hal ini tidak bertentangan dengan Pasal 64 dan 65 UU Ketenagakerjaan No.13/2003 yang merupakan dasar dari pelaksanaan *outsourcing*?

Dari berbagai permasalahan hukum yang dikemukakan di atas terlihat bahwa regulasi yang ada belum cukup memadai untuk mengatur *contracting out* pelayanan kesehatan yang merupakan pekerjaan utama dinas kesehatan. Hal ini wajar mengingat *contracting-out* khususnya untuk pelayanan kesehatan di daerah terpencil/sangat terpencil dan sulit masih merupakan hal baru di sektor kesehatan. Meskipun demikian terdapat sejumlah regulasi yang mendukung, yaitu:

- Keputusan Presiden RI No.80/2003 yang telah diubah tujuh kali (terakhir melalui Peraturan Presiden No.95/2007)
- Undang-Undang Ketenagakerjaan No.13/2003
- Keputusan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI No.101/2004 tentang Tatacara Perizinan Perusahaan Penyedia Jasa Pekerja/Buruh
- Permendagri No.61/2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah khususnya Pasal 2 Ayat 1
- Peraturan Pemerintah No.50/2007 tentang Tata Cara Pelaksanaan Kerja Sama Daerah
- Permenkes No.1199/2004 tentang Pedoman Pengadaan Tenaga Kesehatan dengan Perjanjian Kerja di Sarana Kesehatan Milik Pemerintah

Walaupun inovasi ini masih mempunyai berbagai hambatan, di masa depan *contracting out* merupakan salah satu solusi menarik untuk mengatasi kekurangan tenaga di daerah terpencil.

BAB 2.6**Inovasi Proyek yang Sektor-Wide:
Studi Kasus PHP-1 dan DHS-1**Laksono Trisnantoro, Upiek Chusniati

Pengantar

Dengan diberlakukannya UU Desentralisasi pada tahun 1999, sektor kesehatan menjadi urusan Pemda dengan dukungan pemerintah pusat. Hubungan antara pusat dan daerah, serta berbagai komponennya perlu dikembangkan dalam suatu sistem yang baik antara pusat, propinsi dan kabupaten. Pada awal-awal kebijakan desentralisasi di tahun 2000-an, Departemen Kesehatan dengan dukungan dana dari Bank Dunia menyelenggarakan PHP-1. PHP-1 merupakan proyek pertama Departemen Kesehatan yang menekankan mengenai desentralisasi dan bersifat *Wide Area*.

Proyek ini tidak menekankan mengenai penyakit atau masalah kesehatan spesifik yang bersifat vertikal. PHP-1 bertujuan memperkuat Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten sebagai lembaga yang harus mengelola sektor kesehatan di daerah dalam era desentralisasi. Di samping itu, PHP-1 membahas penguatan pemerintah pusat dalam sektor kesehatan. Sebagai gambaran berbagai proyek pengembangan Departemen Kesehatan sebelum PHP-1 menekankan mengenai gizi, tenaga kerja, TB, dan berbagai masalah kesehatan spesifik.

Dalam konteks pengelolaan proyek, PHP-1 merupakan proyek pemerintah pusat yang mulai masuk ke anggaran pemda. Hasil PHP-1 diharapkan dipergunakan untuk pemerintah pusat dan pemda secara bersama-sama dalam mengembangkan desentralisasi kesehatan.

PHP-1 kemudian disusul DHS-1 yang didanai oleh *Asian Development Bank* (ADB). Proyek ini bertujuan memperkuat desentralisasi kesehatan di dinas kesehatan, walaupun pada tahun 2006 ditambah fokusnya ke KIA. Pengalaman DHS-1 menunjukkan suatu kombinasi antara pendekatan *Wide Area* di daerah untuk memantapkan desentralisasi, sekaligus untuk meningkatkan mutu pelayanan KIA. Kombinasi ini terlihat dari salahsatu kegiatan DHS-1 pada tahun 2006, yaitu mengenai *surveilans* (Lihat Bagian 1.3.)

Bab ini membahas inovasi-inovasi yang dilakukan kedua proyek tersebut dalam konteks desentralisasi kesehatan. PHP-1 dibahas secara keseluruhan, sementara itu DHS-1 dibahas dalam satu komponen proyek yang terkait dengan reformasi sektor kesehatan. Pembahasan kedua proyek tersebut dilakukan dengan menekankan mengenai: (1) sifat *wide-area* dari kedua proyek tersebut; (2) manajemen proyek; dan (3) masa depan penggunaannya.

Kasus 1. PHP-1 yang berusaha menjadi reformis

PHP-1 merupakan proyek yang dirancang untuk memfasilitasi pengembangan institusi dan reformasi kebijakan di Yogyakarta dan Lampung pascakebijakan desentralisasi. Pelaksanaan PHP-1 di daerah dilakukan melalui pembentukan berbagai *task force* di tingkat propinsi. Proyek yang didukung oleh *task force-task force* terfokus

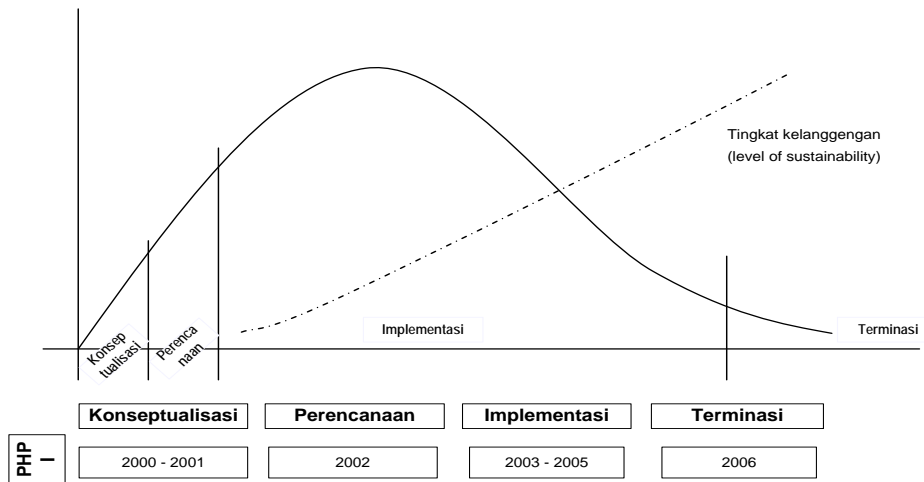
pada masalah-masalah penting di institusi terkait kesehatan di propinsi. PHP-1 bertujuan pula untuk mengembangkan rekomendasi kebijakan, serta melaksanakannya. Di samping itu, PHP-1 mempunyai komponen untuk pengembangan desentralisasi di pemerintah pusat.

Proyek ini sebagian besar diimplementasikan di tingkat kabupaten dan propinsi. Hal ini dapat dilihat dari komponen-komponen kegiatannya. Untuk tingkat propinsi dan kabupaten komponen-komponen kegiatannya antara lain: (1) Pengelolaan desentralisasi kesehatan, yang mencakup: restrukturisasi organisasi kesehatan di tingkat propinsi dan kabupaten/kota, pengembangan dan manajemen SDM, mengembangkan sistem informasi kesehatan, pengembangan kerangka regulasi; penguatan akuntabilitas publik; (2) Mobilisasi SDM, dilaksanakan pada sektor pengembangan institusi, mencakup: mengembangkan mekanisme pendanaan baru, pengembangan rumahsakit swadana; (3) Peningkatan mutu dan akses pelayanan kesehatan yang mencakup: Peningkatan akses pelayanan, peningkatan mutu pelayanan, dan intensifikasi promosi kesehatan; dan (4) *Grant* sektor kesehatan dengan kegiatan pengelolaan hibah ke daerah untuk mengelola desentralisasi dan mobilisasi sumber daya; serta pengelolaan *grant* untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan. Di tingkat pusat dilakukan kegiatan untuk pengelolaan desentralisasi kesehatan dan mobilisasi sumber daya institusi.

Program-program yang dilaksanakan di setiap komponen ditekankan pada program inovasi yang direncanakan untuk mendukung reformasi manajemen kesehatan, reformasi sistem pembiayaan dan reformasi sistem pelayanan kesehatan. PHP-1

merupakan proyek *multi years* yang didanai oleh Bank Dunia. Konsekuensi proyek *multi years* adalah adanya sebuah perencanaan induk selama masa hidup proyek dari tahap perencanaan sampai tahap terminasi. Perencanaan induk ini menjadi panduan dalam melaksanakan program-program atau kegiatan-kegiatan pada masa hidup proyek.

Mengapa ada rancangan seperti ini? Berbagai proyek yang didanai hutang ataupun hibah menunjukkan bahwa ada masalah kelanggaran proyek setelah selesai. Begitu proyek dinyatakan selesai, kegiatan berhenti. Hal ini disebabkan tidak adanya komitmen dari pihak-pihak yang mempunyai kewenangan untuk meneruskan program dan mengambil manfaat dari program yang ada. PHP-1 mempunyai tantangan kuat karena hasil proyek seharusnya menjadi kegiatan pemerintah pusat, daerah, ataupun pihak masyarakat dan swasta. Oleh karena itu, PHP-1 berusaha menggunakan model manajemen proyek seperti Gambar 2.6.1.



Gambar 2.6.1 Siklus Proyek PHP-1 dan PHP-2

Fase konseptualisasi berlangsung sekitar tahun 2000-2001. Perencanaan detail diselenggarakan pada tahun 2001-2002; pelaksanaan pada tahun 2003-2005; dan terminasi berlangsung pada tahun 2006-2007. Kegiatan perencanaan yang dimulai pada tahun 2000 dilaksanakan dalam dua tahap. Pada tahap konseptualisasi (2000-2001) kegiatan ditunjukkan pada pembentukan dan pematapan *task force* (kelompok kerja) yang akan mendukung jalannya PHP-1. *Task force* yang dibentuk di tingkat propinsi diharapkan dapat menciptakan suatu program inovasi yang direncanakan dalam rangka pelaksanaan reformasi manajemen dan pelayanan kesehatan.

Program inovasi ini diharapkan juga mendukung program-program rutin yang selama ini telah dilaksanakan oleh dinas kesehatan propinsi dan kabupaten/kota. Pada tahap kedua (2002) kegiatan mulai dilaksanakan dengan memfokuskan pada perencanaan, implementasi rekomendasi-rekomendasi *task force* dan implementasi *district grant* di kabupaten/kota.

Pelaksanaan program berlangsung sekitar tahun 2002-2006. Patut dicatat bahwa masa pelaksanaan PHP-1 bersamaan dengan masa awal kebijakan desentralisasi kesehatan. Pada masa awal tersebut, terdapat PP No.25/2000 yang disusun berdasarkan UU No.22/1999. Peraturan pemerintah tersebut merupakan peraturan yang membingungkan karena mengatur hubungan pemerintah pusat, propinsi, dan kabupaten kota secara tidak jelas. Pemerintah pusat mempunyai 11 fungsi, pemerintah propinsi mempunyai 5, dan yang lain berada di pemerintah kabupaten/kota. UU No.22/1999 dan PP

No.25/2000 menempatkan posisi pemerintah propinsi menjadi tidak kuat. Dalam suasana lingkungan yang belum jelas ini, ketika PHP-1 dijalankan dapat dipahami bahwa ada berbagai tantangan yang timbul, termasuk tidak kuatnya dukungan pemerintah pusat, dan kesulitan mencari konsultan yang memahami perubahan desentralisasi.

PHP-1 berusaha memperkuat fungsi pemerintah propinsi, antara lain dengan mengembangkan *Joint Health Council*. Inovasi ini bertujuan untuk menjadi tempat koordinasi pembangunan kesehatan antar kabupaten. Pada saat awal *Joint Health Council* dirasakan sangat penting karena memang akibat UU No.22/1999 peran propinsi seperti menghilang. Akan tetapi, pada tahun 2004, UU No.22/1999 diamandemen menjadi UU No.32/2004. Amandemen ini memberikan posisi lebih kuat kepada pemerintah propinsi dibanding UU sebelumnya. Oleh karena itu, kehadiran *Joint Health Council* menjadi kurang relevan. Hal ini menunjukkan kesulitan mengelola proyek PHP-1 ketika sistem masih belum jelas.

Dalam pelaksanaannya ternyata peraturan pemerintah yang berinduk pada UU No.32/2004 dan akan menggantikan PP No.25/2000 disusun sangat lama. Baru pada bulan Agustus 2007, PP No.38/2007 sebagai pengganti PP No.25/2000 diberlakukan. Ada masa sekitar 3 tahun sejak UU 2004 diberlakukan dengan berlakunya PP No.38/2007. Dalam masa pergantian undang-undang dan peraturan pemerintah, PHP-1 berjalan. Ada masalah yang dihadapi, namun ada hal menarik bahwa berbagai inovasi yang dikembangkan PHP-1 masuk ke dalam proses penyusunan PP No.38/2007 melalui partisipasi

sebagian konsultan PHP-1 dan Unit Desentralisasi Kesehatan Departemen Kesehatan RI dalam tim penyusunan PP No.38/2007.

Hal ini merupakan keunikan PHP-1. Ada masa di mana hasil-hasil PHP-1 yang banyak dibahas pada pertemuan tahunan kebijakan desentralisasi kemudian dibawa ke persiapan untuk PP No.38/2007. Dapat dikatakan bahwa PHP-1 merupakan proyek yang menjadi ujicoba berbagai hal untuk kemudian dibawa masuk ke proses kebijakan dengan dasar hukum peraturan pemerintah.

Exit Strategy

Exit strategy digunakan untuk melihat bagaimana suatu kegiatan atau program dapat berjalan setelah dukungan pembiayaan dari *World Bank* berakhir. Selain itu, *exit strategy* merupakan gambaran mengenai suatu program yang diambil alih oleh dinas kesehatan dari *World Bank* sebagai pendukung pembiayaan dan menggambarkan juga bahwa pencapaian tujuan program atau pengembangan program tidak mempunyai dampak negatif, serta menjamin kelanggengan (*sustainability impact*) setelah program PHP-1 DIY berakhir.

Dalam manajemen proyek, *sustainability* dapat didefinisikan sebagai kelanjutan manfaat (hasil) yang berharga dalam penyelesaian suatu proyek sesuai siklus proyek. Perencanaan *exit strategy* penting karena digunakan untuk menjamin hasil program menjadi lebih baik dan mendorong adanya komitmen berbagai pihak termasuk masyarakat dan swasta untuk program *sustainability*.

Pada tahun 2006, Dinas Kesehatan Propinsi DIY mempersiapkan diri untuk menghadapi masa terminasi alamiah PHP-1. Bekerja sama dengan tim PMPK FK UGM dan dinas kesehatan mulai menyusun *blue print exit strategy* yang digunakan untuk melanjutkan kegiatan-kegiatan inovasi yang telah dibiayai dan dihasilkan oleh PHP-1DIY. Penyusunan *exit strategy* ini memberikan indikasi kelanjutan suatu program, atau peningkatan suatu kebutuhan program. Hal ini untuk melihat bagaimana kita akan menerapkan suatu strategi dengan sumber daya yang ada seperti biaya, infrastruktur, SDM, dan lain sebagainya. Kegiatan ini mendorong para pelaksana suatu proyek untuk berpikir bahwa *exit strategy* adalah suatu *sustainability plan* dari suatu program.

Kegiatan penyusunan *exit strategy* ini bertujuan untuk: (1) mengidentifikasi *stakeholders* PHP-1 dan syarat-syarat manfaat proyek untuk misi dan aktivitas *stakeholders*, (2) mendapatkan hasil atau *best practices* kegiatan-kegiatan *task force* (semua komponen PHP-1), dan (3) menganalisis evaluasi dalam perpindahan komitmen dan Pembiayaan PHP-1 setelah masa terminasi proyek. Pelaksanaan kegiatan *exit strategy* melalui beberapa tahap pelaksanaan kegiatan yang dikelompokkan menjadi tiga yaitu: perencanaan dan persiapan untuk *exit strategy assessment*, tahap implementasi, dan tahap pelaporan. Pada tahap perencanaan awal ini kegiatan yang dilaksanakan berupa identifikasi *task force* dan komponen PHP-1 serta identifikasi *stakeholder* PHP-1 di tingkat kabupaten dan kota. Hasil *best practices* dan *exit strategy* dibagi menjadi dua kelompok, yaitu: kelompok program dan kelompok organisasi. Pengelompokkan

tersebut seperti pada Tabel 2.6.1.

Tabel 2.6.1 Pengelompokan Produk dan Kegiatan PHP-1 DI. Yogyakarta

| | |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kelompok organisasi/unit | Jaminan Kesehatan Sosial (Jamkesos) Badan Mutu Pelayanan Kesehatan (BMPK) |
| Kelompok program | Restrukturisasi organisasi dan SDM Sistem informasi kesehatan (SIK) Lembaga pengembangan pelayanan kesehatan Kemandirian RS dan Puskesmas Akuntabilitas publik, dan Lisensi dan akreditasi Pembiayaan kesehatan dan promosi kesehatan: Badan Koordinasi Promosi Kesehatan (BKPK) |

Kedua kelompok berbeda dalam perencanaan kegiatan pasca PHP-1. Kelanggengan kegiatan kelompok organisasi dilakukan dengan menggunakan model perencanaan usaha (business plan). Untuk kelompok kedua kelanggengan kegiatan dilakukan dengan perencanaan untuk menjamin masuknya kegiatan inovasi PHP-1 dalam tugas pokok dan fungsi, program dan penganggaran dinas kesehatan propinsi dan dinas kesehatan kabupaten, atau lembaga pemerintah lainnya, termasuk pemerintah pusat (Departemen Kesehatan).

| EXIT STRATEGY SCHEME | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| TASK FORCE | Lembaga Pengembangan Pelayanan Kesehatan (LP Yankes) | Akuntabilitas Publik | Sistem Informasi Kesehatan (SIK) | Lisensi dan Akreditasi | Restrukturisasi Organisasi dan Sumber Daya Manusia | Pembiayaan dan Promosi Kesehatan | Kemandirian Kesehatan |
| BEST PRACTICES | Kegiatan Perencanaan Terpadu di LP Yankes 1 | Kegiatan Akuntabilitas Publik di DK Propinsi 1 | Integrated Health Information System (IHIS) 1 | 1 Standar Kompetensi Tenaga Kesehatan Standar Akreditasi 2 Pelayanan Medik Dasar: puskesmas 3 Sarana Pelayanan Kesehatan 4 Badan Mutu Pelayanan Kesehatan (BMPK) | 1 Manajemen SDM dan Restrukturisasi Organisasi di Lingkungan Dinkes Kesehatan Provinsi DIY Analisis beban kerja di Lingkungan Dinkes Provinsi DIY 2 | 1 Jamkesos 2 Badan Koordinasi Promosi Kesehatan (BKPK) | Kemandirian RS dan Puskesmas ISO 1 |
| SUSTAINED PROGRAM/ ACTIVITIES | 1 Perencanaan Terpadu LP Yankes | 1 UUPK (Unit Pertanggung-gugatan Kebijakan Kesehatan) di Kab/kota | 1 Pengembangan IHIS: implementasi, regulasi, mekanisme, dan pengadaan infrastruktur | 1 Standar Kompetensi Tenaga Kesehatan 2 Standar Akreditasi Pelayanan Medik Dasar 3 Lisensi dan Akreditasi Sarana Pelayanan Kesehatan 4 Badan Mutu Pelayanan Kesehatan (BMPK) | 1 Tugas Belajar 2 Sertifikasi ISO 9001:2000 | 1 Jamkesos 2 Badan Koordinasi Promosi Kesehatan (BKPK) | 1 Peningkatan mutu pelayanan kesehatan |
| EXIT STRATEGY PLANNING* | 1 Tupoksi: Bidang Bina Program | 1 Tupoksi: Bidang Bina Program | 1 Tupoksi: Bidang Bina Program | 1 Tupoksi: Bidang Pelayanan Kesehatan 1 Independen, berbadan hukum: PT | 1 Tupoksi: Bagian Tata Usaha | 1 Badan Hukum: BUMD/Perusahaan Daerah 1 Tupoksi: Bidang Kesehatan Keluarga | 1 Tupoksi: Bidang Pelayanan Kesehatan |

1. Berdasarkan Struktur Organisasi DK Propinsi No. 3 tahun 2004 dan Tupoksi Dinas Kesehatan Propinsi dan *Business Plan*

Gambar 2.6.2 Exit Strategy Scheme

Bagaimana masa depan PHP-1, apakah *best practice*-nya dapat diterapkan di berbagai daerah lainnya dan menjadi program nasional?

Best practices

Penyusunan *best practices* bertujuan untuk mendokumentasikan hasil kegiatan PHP-1 Propinsi DIY yang mempunyai nilai lebih atau inovasi sehingga dapat menjadi pembelajaran bagi pihak lain. Diharapkan pengembangan kegiatan yang mempunyai nilai lebih atau merupakan kegiatan inovasi ini dapat direplikasi di daerah lain. Hal ini membantu daerah lain yang ingin mengembangkan suatu kegiatan/program tanpa mengeluarkan modal

besar (*cost of capital*) dalam pengembangan program yang sama dengan program yang telah dikembangkan oleh PHP-1 Propinsi DIY.

Disadari bahwa tidak semua kegiatan PHP-1 Propinsi DIY merupakan *best practices*. Oleh karena itu, tim konsultan beserta dengan *working groups* dinas kesehatan propinsi dan kabupaten/kota bekerja sama mengidentifikasi kegiatan tersebut berdasarkan indikator keberhasilan program/kegiatan menurut penilaian *working groups*. Dari hasil identifikasi yang dilaksanakan oleh *working groups* terdapat beberapa kegiatan yang masuk dalam kategori *best practices* atau *lessons learned* yang dikategorikan berdasarkan *task force* yang ada di PHP-1 Propinsi DIY.

Dalam *workshop* mengenai penggunaan hasil PHP-1 oleh daerah lain⁶², dilakukan penelitian mengenai kegiatan yang dibutuhkan dan mungkin dilakukan di berbagai daerah. Peserta yang datang dari 26 propinsi dan kabupaten lainnya. Berdasarkan data dari 26 kuesioner yang telah diisi oleh peserta seminar dan *workshop*, ada beberapa hal menarik.

Tabel 2.6.2 Best Practives yang Dibutuhkan Daerah

| Program Best Practice | Sangat tidak dibutuhkan (%) | Tidak dibutuhkan (%) | Dibutuhkan (%) | Paling dibutuhkan (%) | Tidak menjawab (%) |
|------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------------|---------------------------|
| Restrukturisasi organisasi dan SDM | 0 | 26,9 | 42,3 | 15,4 | 15,4 |
| Standar Kompetensi Tenaga Kesehatan | 0 | 11,5 | 46,2 | 34,6 | 7,7 |
| Standar Akreditasi Pelayanan Medik Dasar | 0 | 0 | 76,9 | 23,1 | 0 |

⁶² Seminar mengenai *Best Practices* PHP-1 dan PHP-2. Bogor, 9-11 Desember 2007

| Program <i>Best Practice</i> | Sangat tidak dibutuhkan (%) | Tidak dibutuhkan (%) | Dibutuhkan (%) | Paling dibutuhkan (%) | Tidak menjawab (%) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------------|---------------------------|
| Lisensi dan Akreditasi Sarana Pelayanan Kesehatan | 0 | 7,7 | 57,7 | 19,2 | 15,4 |
| Akuntabilitas Publik Kesehatan: SMS <i>hotline</i> 6868, Email: monevikes@yahoo.com, Buletin APIK (Akuntabilitas Publik dan Institusi Kesehatan) | 0 | 15,4 | 53,8 | 3,9 | 26,9 |
| Pengembangan Integrated Health Information System (IHIS) | 0 | 11,5 | 46,2 | 26,9 | 15,4 |
| Program Gerakan Sayang Ibu (GEMAS) | 0 | 38,5 | 38,5 | 3,8 | 19,2 |
| Komite Kabupaten Sehat | 0 | 26,9 | 57,7 | 0 | 15,4 |
| Kemandirian Puskesmas | 0 | 30,8 | 46,2 | 7,7 | 15,4 |
| Puskesmas ramah remaja | 0 | 30,8 | 46,1 | 0 | 23,1 |
| Pemberian <i>reward</i> kepada penderita TBC dan kader pembantu minum obat | 0 | 34,6 | 38,5 | 7,7 | 19,2 |
| Upaya peningkatan pembiayaan kesehatan Kota Yogyakarta melalui DHA | 0 | 34,6 | 34,6 | 7,7 | 23,1 |
| Desa Siaga | 0 | 19,2 | 46,2 | 23,1 | 11,5 |
| Penanggulangan Malaria | 0 | 30,8 | 42,3 | 11,5 | 15,4 |
| Kemitraan dengan dukun bayi | 0 | 26,9 | 46,2 | 15,4 | 11,5 |
| Klinik Sehat | 0 | 30,8 | 42,3 | 7,7 | 19,2 |
| Zona Pantai Sehat | 0 | 30,8 | 38,5 | 7,7 | 23,1 |
| Modul Perlindungan Hukum Tenaga Kesehatan | 0 | 3,8 | 61,5 | 23,1 | 11,5 |
| Advokasi Pembiayaan Kesehatan | 0 | 19,2 | 42,4 | 19,2 | 19,2 |
| Sistem Informasi Kesehatan | 0 | 11,5 | 50 | 27 | 11,5 |

Berdasarkan Tabel 2.6.2 ada dua kategori untuk melihat kebutuhan daerah terhadap inovasi-inovasi tersebut. Kategori tersebut adalah inovasi yang dibutuhkan dan yang paling dibutuhkan oleh daerah. Ada tiga inovasi program yang dibutuhkan oleh daerah, yaitu: standar akreditasi pelayanan medik dasar, lisensi dan akreditasi sarana pelayanan kesehatan, dan modul perlindungan hukum tenaga kesehatan.

Tiga inovasi program yang paling dibutuhkan oleh daerah, antara lain: standar kompetensi tenaga kesehatan, pengembangan *Integrated Health Information System (IHIS)*, dan sistem informasi kesehatan. Inovasi program yang paling banyak dibutuhkan oleh daerah kebanyakan adalah bidang regulasi. Hal ini menunjukkan bahwa regulasi untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan kesehatan masih diperlukan dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dalam sistem kesehatan di daerah serta menunjukkan peran dinas kesehatan sebagai regulator dalam pelayanan kesehatan perlu ditingkatkan. Selain itu, inovasi program dalam sistem informasi kesehatan yang terintegrasi menjadi kebutuhan di daerah untuk membantu mengambil keputusan dan membuat kebijakan.

Tabel 2.6.3 *Best Practices* Lembaga

| Program <i>Best Practices</i> Lembaga | Sangat tidak dibutuhkan (%) | Tidak dibutuhkan (%) | Dibutuhkan (%) | Paling dibutuhkan (%) | Tidak menjawab (%) |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Jaminan Kesehatan Sosial (Jamkesmas) | 0 | | 69,2 | 23,1 | 7,7 |
| Badan Mutu Pelayanan Kesehatan (BMPK) | 3,8 | 3,8 | 65,4 | 19,2 | 7,6 |
| Pengembangan dan pemberdayaan Badan Peduli Puskesmas | 0 | 23,1 | 50 | 11,5 | 15,4 |
| <i>Joint Health Council</i> (JHC) | 0 | 34,6 | 34,6 | 15,4 | 15,4 |
| <i>Provincial Health Promotion Board</i> (PHPB) | 0 | 26,9 | 42,3 | 11,5 | 19,2 |

Tidak hanya inovasi program yang dibutuhkan oleh daerah lain, inovasi dalam kelembagaan juga dibutuhkan oleh daerah. Ada dua inovasi kelembagaan yang dibutuhkan dan yang paling dibutuhkan oleh daerah yaitu pengembangan Jamkesmas dan Badan Mutu Pelayanan Kesehatan. Alasan responden memilih inovasi kelembagaan ini karena daerahnya membutuhkan pengembangan kelembagaan asuransi kesehatan untuk melindungi masyarakatnya dalam hal kesehatan karena masih banyak masyarakat yang tidak *tercover* asuransi untuk masyarakat miskin (seperti: Askeskin).

Adapun untuk menjamin pelayanan kesehatan dapat memberikan pelayanan yang baik dan bermutu, daerah melalui dinas kesehatan mulai membutuhkan mitra yang independen untuk me-

monitor mutu pelayanan kesehatan yang ada di daerah baik dari sisi sarana pelayanan maupun tenaga kesehatan.

Secara umum Tabel 2.6.3 menggambarkan bahwa inovasi program dan kelembagaan dalam bidang regulasi, asuransi dan sistem informasi telah menjadi isu penting di daerah untuk dikembangkan. Pengembangan ini didasarkan pada kebutuhan daerah untuk menata sistem kesehatan di daerahnya.

Best practice yang memungkinkan dikembangkan oleh daerah

Apakah inovasi program dan kelembagaan yang dibutuhkan oleh Pemda memungkinkan atau sangat memungkinkan untuk dikembangkan di daerah? Tabel 2.6.4 menunjukkan bahwa kegiatan-kegiatan inovasi program yang memungkinkan dikembangkan antara lain: standar kompetensi tenaga kesehatan, standar akreditasi pelayanan medik dasar, lisensi dan akreditasi sarana pelayanan kesehatan, dan modul perlindungan hukum tenaga kesehatan. Adapun inovasi program yang paling memungkinkan dikembangkan di daerah, antara lain: restrukturisasi organisasi dan SDM, desa siaga, kemitraan dengan dukun bayi, dan SIK. Untuk inovasi kelembagaan yang memungkinkan dan yang paling memungkinkan dikembangkan adalah Jamkesos dan BMPK.

Tabel 2.6.4 Best Practices yang Memungkinkan di Kembangkan Daerah

| Program <i>Best Practice</i> | Sangat tidak mungkin (%) | Tidak mungkin (%) | Mungkin (%) | Sangat Mungkin (%) | Tidak menjawab (%) |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Restrukturisasi organisasi dan SDM | 0 | 23,1 | 34,6 | 23,1 | 19,2 |
| Standar Kompetensi Tenaga Kesehatan | 0 | 7,8 | 69,2 | 11,5 | 11,5 |

| Program Best Practice | Sangat tidak mungkin (%) | Tidak mungkin (%) | Mungkin (%) | Sangat Mungkin (%) | Tidak menjawab (%) |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Standar Akreditasi Pelayanan Medik Dasar | 0 | 3,9 | 73,1 | 11,5 | 11,5 |
| Lisensi dan Akreditasi Sarana Pelayanan Kesehatan | 0 | 15,4 | 61,5 | 7,7 | 15,4 |
| Akuntabilitas Publik Kesehatan | 3,8 | 26,9 | 42,3 | 0 | 27 |
| Pengembangan Integrated Health Information System (IHIS) | 0 | 19,2 | 53,8 | 11,5 | 15,5 |
| Program Gerakan Sayang Ibu (GEMAS) | 3,8 | 26,9 | 42,3 | 3,8 | 23,2 |
| Komite Kabupaten Sehat | 0 | 30,8 | 46,2 | 3,8 | 19,2 |
| Kemandirian Puskesmas | 0 | 30,8 | 38,5 | 3,8 | 26,9 |
| Puskesmas ramah remaja | 0 | 23 | 46,2 | 0 | 30,8 |
| Pemberian <i>reward</i> kepada penderita TBC dan kader pembantu minum obat | 0 | 30,8 | 34,6 | 7,7 | 26,9 |
| Upaya peningkatan pembiayaan kesehatan Kota Yogyakarta melalui DHA | 0 | 34,6 | 30,8 | 7,7 | 26,9 |
| Desa Siaga | 3,8 | 3,8 | 57,7 | 15,4 | 19,2 |
| Penanggulangan malaria | 3,8 | 19,2 | 46,2 | 7,7 | 23,1 |
| Kemitraan dengan dukun bayi | 3,8 | 15,4 | 42,3 | 15,4 | 23,1 |
| Klinik Sehat | 0 | 26,9 | 46,2 | 3,8 | 23,1 |
| Zona Pantai Sehat | 0 | 26,9 | 34,6 | 7,7 | 30,8 |
| Modul Perlindungan Hukum Tenaga Kesehatan | 3,8 | 11,5 | 61,5 | 0 | 23,1 |
| Advokasi Pembiayaan Kesehatan | 0 | 15,4 | 53,8 | 7,7 | 23,1 |
| Sistem Informasi | 0 | 7,7 | 53,8 | 19,2 | 19,2 |

| Program Best Practice | Sangat tidak mungkin (%) | Tidak mungkin (%) | Mungkin (%) | Sangat Mungkin (%) | Tidak menjawab (%) |
|----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Kesehatan | | | | | |

Inovasi-inovasi program dan kelembagaan yang memungkinkan dikembangkan di daerah masih mengacu pada bidang regulasi, sistem informasi, dan perubahan struktur organisasi dinas kesehatan sebagai konsekuensi pelaksanaan desentralisasi kesehatan. Hal ini menjadi target utama dalam pelaksanaan SKD dan juga menjadi isu-isu dalam pelayanan kesehatan yang telah menjadi perhatian pemda, hal ini dapat terlihat adanya inovasi program dan kelembagaan yang searah antara yang dibutuhkan dan memungkinkan untuk dikembangkan. Misalnya Jamkesos, berbagai daerah membutuhkan suatu badan yang dapat mengelola sistem asuransi kesehatan bagi masyarakat di daerah tersebut dan mempunyai kesempatan (kemungkinan) untuk dikembangkan, karena asuransi yang dikelola ini diharapkan tidak hanya untuk masyarakat miskin, tapi juga dapat digunakan oleh masyarakat yang mampu membayar asuransi secara mandiri.

Tabel 2.6.5 Best Practices Lembaga

| Best Practice Lembaga | Sangat tidak mungkin (%) | Tidak mungkin (%) | Mungkin (%) | Sangat Mungkin (%) | Tidak menjawab (%) |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Jaminan Kesehatan Sosial (Jamkesos) | 0 | 11,5 | 61,5 | 15,4 | 11,5 |
| Badan Mutu Pelayanan Kesehatan (BMPK) | 3,8 | 11,5 | 61,5 | 7,7 | 15,5 |
| Pengembangan dan Pemberdayaan Badan Peduli Puskesmas | 3,8 | 26,9 | 57,7 | 0 | 11,6 |

| | | | | | |
|-------------------------------------------------|---|------|------|-----|------|
| <i>Joint Health Council (JHC)</i> | 0 | 34,6 | 42,3 | 7,7 | 15,4 |
| <i>Provincial Health Promotion Board (PHPB)</i> | 0 | 26,9 | 50 | 3,8 | 19,3 |

Secara umum dari Tabel 2.6.2 dan Tabel 2.6.4 dapat diperoleh gambaran bahwa hasil inovasi-inovasi berupa program dan kelembagaan dari proyek PHP-1 mempunyai kesempatan untuk dikembangkan di daerah lain yang bukan lingkup daerah yang menjadi proyek PHP-1. Dengan mempertimbangkan karakteristik daerah dan kemampuan pembiayaannya. Selain itu keuntungan daerah yang mereplikasi inovasi-inovasi ini tidak membutuhkan biaya modal (*cost of capital*) yang tinggi karena *study*-nya telah dilakukan oleh daerah sebelumnya.

Kasus 2: Reformasi kesehatan dalam proyek ADB-1

Setelah PHP 1 yang merupakan proyek *wide area*, proyek DHS-1 dari ADB menyusul diselenggarakan di delapan propinsi. Proyek ini termasuk menggunakan pendekatan *sector wide*, yang berusaha membahas aspek desentralisasi di Kabupaten. Yang menarik adalah bahwa proyek yang tujuan utamanya membahas desentralisasi pada tahun 2006 diubah menjadi ke arah KIA, walaupun tetap mengarah ke desentralisasi.

Salah satu kegiatan DHS-1 adalah memotret reformasi di sektor kesehatan dengan adanya desentralisasi. Hasil kegiatan pemotretan ini dapat mencerminkan apa yang terjadi antara tahun 2001-2005 di dalam pelaksanaan desentralisasi di delapan propinsi DHS-1. Pendekatan pemotretan situasi reformasi peran pemerintah

dalam sektor kesehatan dilakukan melalui kasus penggunaan PP No.8/2003 yang merubah struktur sistem kesehatan wilayah dan memisahkan rumahsakit daerah dari dinas kesehatan. Sebagai pengganti PP No.84/2000, PP No.8/2003 mempertegas peran dinas sebagai pengatur kebijakan. Terlihat jelas bahwa ada pemisahan rumahsakit daera dari dinas kesehatan secara manajerial. Dalam perubahan struktur sistem kesehatan, dinas kesehatan diharapkan berperan sebagai perumus kebijakan dan regulator termasuk memberi perizinan untuk rumahsakit.

Di samping itu, sebagai perumus kebijakan teknis diharapkan dinas kesehatan dapat mengelola sistem pembiayaan kesehatan. Dalam hal ini, dinas kesehatan propinsi akan mengelola dana dekonsentrasi. Di samping fungsi regulasi dan penentu kebijakan, dinas diharapkan memberikan pelayanan umum dalam sektor kesehatan dan kegiatan yang mengandung unsur *public goods* besar misalnya kegiatan preventif dan promotif. Sementara itu, rumahsakit pemerintah diarahkan menjadi lembaga yang lebih otonom dan mempunyai kewenangan manajerial.

Dalam menyikapi pemisahan dinas kesehatan dan rumahsakit, ada suatu reposisi dinas kesehatan yang dianalisis oleh proyek DHS-1. Sebagai salah satu gambaran PP No.8/2003 menekankan mengenai fungsi perizinan yang dipegang oleh dinas. Sebagai konsekuensi dari perubahan struktur ini, rumahsakit daerah perlu dipantau aspek mutu pelayanan kesehatan dan fungsinya dalam sistem rujukan oleh dinas kesehatan. Pemantauan ini perlu dikaitkan dengan perizinan rumahsakit. Oleh karena itu, timbul wacana baru bahwa rumahsakit

daerah sebagai lembaga pelayanan kesehatan harus diperlakukan sama dengan rumahsakit swasta dalam hal perizinan. Analog dengan SIM yang harus diberlakukan kepada semua orang (termasuk pegawai negeri) yang ingin mengemudikan mobil di jalan umum, maka perizinan rumahsakit harus diberlakukan juga kepada rumahsakit pemerintah.

Dengan adanya PP No.8/2003, dinas kesehatan menempati posisi sentral dalam SKD karena ia merupakan wakil pemerintah di bidang kesehatan. Sebagai konsekuensinya, dinas kesehatan kabupaten/kota harus menjalankan peran pemerintah di sektor kesehatan sebagaimana ditekankan dalam konsep *good governance* yakni dalam hal *stewardship* dan regulasi, penyedia dana dan penyedia pelayanan. Untuk bisa menjalankan peran tersebut, dinas kesehatan kabupaten/kota telah ditegaskan kewenangannya di dalam PP No.25/2000 yang pada prinsipnya adalah seluruh kewenangan yang bukan menjadi kewenangan pemerintah pusat dan pemerintah propinsi.

Namun reformasi di bidang rumahsakit dan perizinan oleh dinas kesehatan mungkin berbeda-beda antar daerah. Sebagai gambaran, fungsi perizinan pemerintah di daerah yang tidak mempunyai pelayanan swasta tentu tidak akan sekuat di daerah yang banyak swastanya. Keadaan ini yang menjadikan variasi antar daerah dalam peran pemerintah di sistem kesehatan. Variasi antar daerah dalam pelayanan kesehatan ini dipacu oleh lingkungan ekonomi yang berbeda. Hasil nyata kebijakan desentralisasi adalah adanya pemda kaya dan miskin.

Dengan latar belakang tersebut, penelitian yang dilakukan oleh DHS-1¹⁷ ini menggunakan kerangka konsep dimana Kebijakan Desentralisasi mempengaruhi secara cepat situasi lingkungan ekonomi sektor kesehatan. Akan terdapat variasi antar daerah. Secara bersamaan kebijakan desentralisasi membutuhkan reformasi di sektor kesehatan agar efektif. Reformasi ini pertama kali akan mempengaruhi lembaga pemerintah dan selanjutnya akan mengenai lembaga swasta dan masyarakat.

Di berbagai daerah, variasi keadaan ekonomi dan sosial akan mempengaruhi situasi reformasi. Diperkirakan akan terjadi pula variasi peran lembaga pemerintah (khususnya dinas kesehatan) dalam situasi reformasi ini sesuai dengan teori pengaruh dinamika lingkungan terhadap lembaga⁶³. Berdasarkan logika maka akan terjadi perubahan pada lembaga-lembaga pemerintah di sektor kesehatan pada kondisi lingkungan yang berbeda-beda.

Pertanyaan penelitian yang diajukan adalah: Bagaimanakah perbedaan lingkungan sosial ekonomi antar propinsi dan antar kabupaten/kota di daerah proyek DHS-1? Bagaimana gambaran situasi reformasi sektor kesehatan di berbagai propinsi yang bervariasi keadaannya? Bagaimanakah hubungan antara lingkungan sektor kesehatan dan keadaan reformasi kesehatan, khususnya perubahan peran pemerintah?

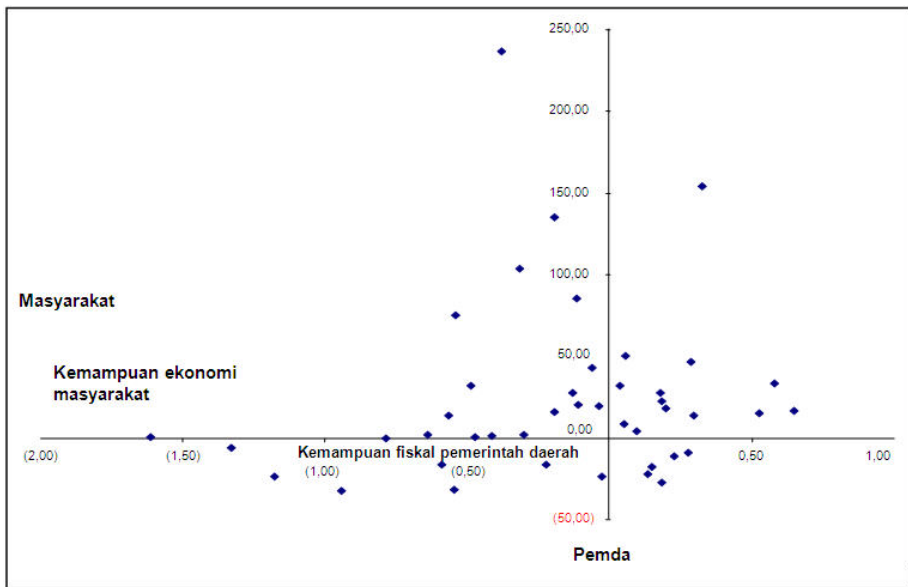
⁶³ Lembaga-lembaga biasanya beradaptasi dengan tekanan lingkungan sehingga menghasilkan variasi. Konsep ini menganalogkan lembaga dengan makhluk hidup. Referensi mengenai hal konseptual ini dapat dilihat pada: Louis. M.L. (1980). *Surprises and Sense Making: What newcomers experiencing in Entering Unfamiliar Organizational Setting*. *Administrative Science Quarterly* 25, (2): 235-44 Weick K.E. 1995. *The Substance of Sensemaking*. Sage Publication

Perubahan peran pemerintah di berbagai tingkat sebagai kegiatan reformasi dilakukan dengan meneliti: (1) situasi perizinan dalam konteks peran *stewardship*; (2) situasi pelayanan gakin dalam konteks peran *financing*; (3) situasi *surveillance* dalam konteks peran *service provision*; dan (4) situasi manajemen SDM dalam konteks peran pengelolaan *resource*.

Ada dua subpenelitian dalam penelitian ini yaitu: (1) mengenai keadaan lingkungan ekonomi pasca desentralisasi; dan (2) situasi reformasi kesehatan. Subpenelitian pertama meneliti mengenai perbandingan keadaan lingkungan ekonomi pasca desentralisasi antar daerah di delapan propinsi. Materi penelitian adalah data kekuatan ekonomi pemda (*fiscal capacity*) dan kekuatan ekonomi masyarakat. Penggolongan kapasitas fiskal pemda menggunakan data kemampuan fiskal daerah (penerimaan daerah + DAU – penerimaan pusat dan bantuan luar negeri) dibagi dengan kebutuhan fiskal daerah⁶⁴. Kemampuan fiskal daerah tinggi apabila $KpF+DAU/Needs > 100\%$; kemampuan fiskal daerah rendah apabila $KpF+DAU/Needs < 100\%$. Kemampuan ekonomi masyarakat menggunakan acuan yang dikeluarkan oleh *World Bank*, dalam *World Economic Indicator* tahun 2002, untuk penghitungan *Low GDP* per kapita yaitu di bawah US\$ 500 per kapita. Dengan mengambil kurs tengah tahun 2002, US\$1 = Rp 8.000,00, maka didapat *cut off point*: Kemampuan masyarakat tinggi apabila $> Rp 4.000.000,00$; dan kemampuan masyarakat rendah apabila $< Rp 4.000.000,00$.

⁶⁴ Acuan yang dipergunakan adalah Penghitungan Kemampuan Fiskal Daerah Tahun 2001/2002, Dirjen Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah, Departemen Keuangan RI, 2002

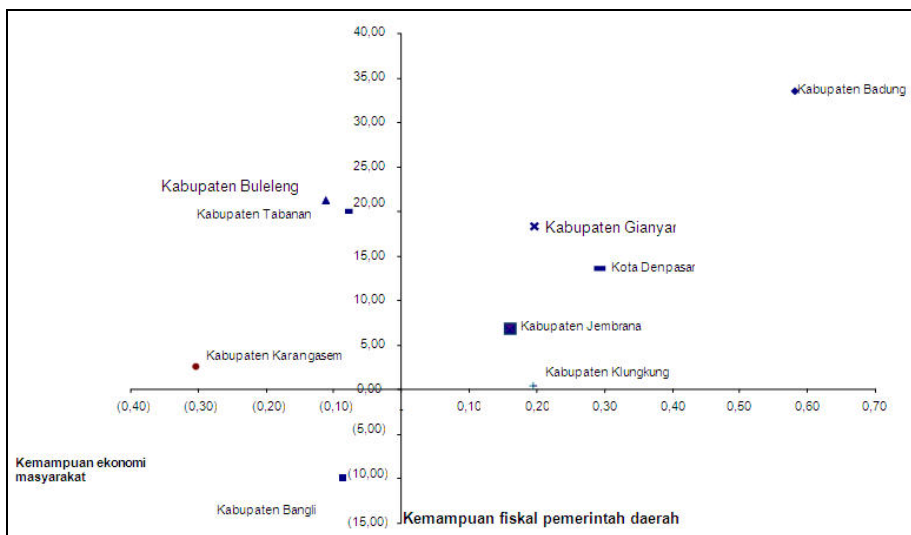
Hasil penelitian pertama menunjukkan grafik yang menggambarkan kondisi lingkungan ekonomi di delapan propinsi DHS-1 yang menunjukkan variasi besar. Sebagai gambaran, Kabupaten Bengkalis Riau menjadi daerah yang mempunyai kemampuan fiskal sangat tinggi. Keadaan serupa terdapat di hampir semua daerah kabupaten/kota di Propinsi Riau. Sebaliknya Propinsi Gorontalo, situasinya menunjukkan kecilnya kemampuan fiskal pemda dan rendahnya kemampuan ekonomi masyarakat (Gambar 2.6.3).



Gambar 2.6.3 Posisi Berbagai Daerah Kabupaten/Kota di 8 Propinsi DHS-1

Jika dibagi ke propinsi maka ada tipe propinsi seperti Bali yang mempunyai banyak pemerintah kabupaten dan kekuatan fiskalnya tinggi, serta kemampuan ekonomi masyarakatnya cukup tinggi. Mengapa terjadi seperti ini? Secara tradisional Propinsi Bali

mempunyai industri pariwisata. Industri ini dikenal sebagai industri yang padat karya, mempunyai banyak pengaruh ke masyarakat. Masyarakat Bali banyak yang bekerja di sektor pariwisata secara langsung sehingga memberikan kontribusi kuat kepada ekonomi masyarakat. Sementara itu, Pemda Bali mempunyai banyak pemasukan untuk pendapatan asli daerah misalnya dari pajak makanan dan hotel. Tidak mengherankan kalau pendapatan asli daerah Kabupaten Bali cukup besar (Lihat Gambar 2.6.4). Kabupaten Badung memiliki hotel-hotel dan pusat industri pariwisata serta mempunyai posisi yang sangat bagus di kuadran kanan atas.



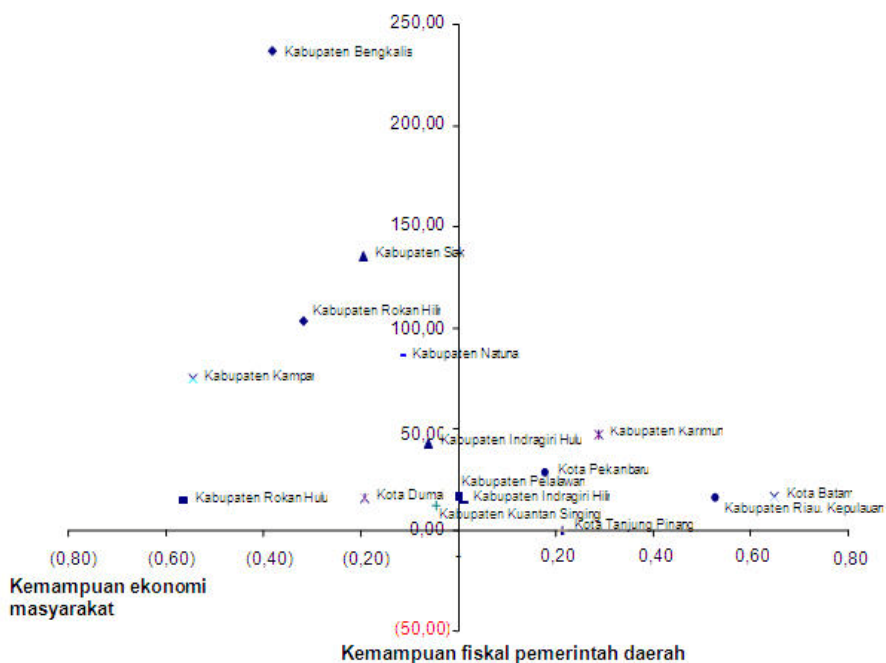
Gambar 2.6.4 Matriks Kemampuan Fiskal Pemda dan Keadaan Ekonomi Masyarakat di Propinsi Bali

Dengan pendapatan masyarakat yang tinggi, maka daya beli masyarakat menjadi besar termasuk untuk sektor kesehatan. Dapat dilihat bahwa jumlah pelayanan kesehatan di Bali sangat meningkat,

terutama oleh swasta. Rumahsakit-rumahsakit swasta berkembang pesat Di Kota Denpasar. di Bali beberapa klinik yang merupakan jaringan internasional sudah dibuka. Dengan pengaruh ekonomi yang besar di Propinsi Bali, maka mekanisme pasar dalam sektor kesehatan merupakan hal menonjol.

Gambaran berbeda terdapat di Propinsi Riau. Kebijakan desentralisasi mengakibatkan Pemerintah Kabupaten Riau sebagian memperoleh pendapatan yang tiba-tiba besar. Kabupaten Bengkalis merupakan yang tertinggi. Pendapatan ini berasal dari dana bagi hasil bagi daerah penghasil minyak bumi dan tambang. Namun berbeda dengan Bali, pembangunan dengan dana banyak belum sempat memberikan pemerataan kepada masyarakat. Dapat dilihat bahwa masyarakat masih belum kuat ekonominya (Lihat Gambar 2.6.4). Daya beli masyarakat masih rendah, sehingga pelayanan kesehatan swasta belum banyak berkembang.

Dampak dari meningkatnya kemampuan ekonomi penda terlihat dari semakin meningkatnya pembangunan kesehatan. Namun yang diutamakan lebih banyak pada pembangunan rumahsakit seperti yang terjadi di Kabupaten Bengkalis (Gambar 2.6.5). Belum banyak yang dilakukan untuk pembangunan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif.

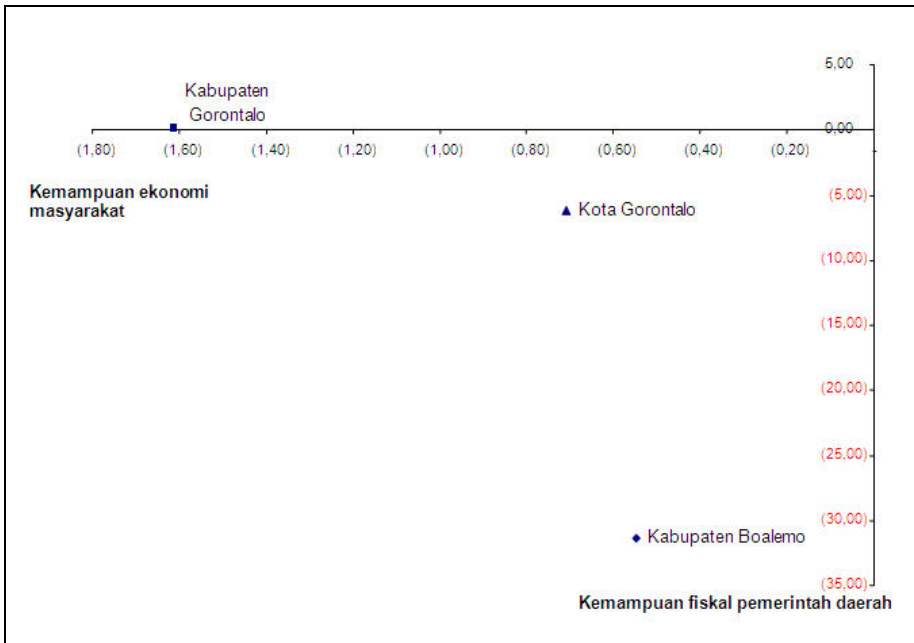


Gambar 2.6.5 Matriks Kemampuan Fiskal Pemda dan Keadaan Ekonomi Masyarakat di Propinsi Riau

Tantangan yang dihadapi sektor kesehatan di daerah-daerah yang mempunyai pemda kuat adalah bagaimana mendapatkan APBD untuk pelayanan kesehatan pencegahan. Propinsi Riau menghadapi hal serupa. Masih ada fakta bahwa APBD daerah yang kuat tidak banyak memberikan kontribusi untuk pelayanan kesehatan untuk TB, dan KIA.

Propinsi Gorontalo mempunyai pola berbeda karena masih banyak kabupatennya yang belum berada pada kekuatan fiskal yang tinggi dan kemampuan masyarakat yang kuat. Propinsi Gorontalo

tidak mempunyai sumber daya alam seperti di Propinsi Riau dan tidak mempunyai industri yang padat karya seperti industri pariwisata di Bali. Gambaran mengenai Propinsi Gorontalo dapat dilihat pada Gambar 2.6.6.



Gambar 2.6.6 Matriks Kemampuan Fiskal Pemda dan Keadaan Ekonomi Masyarakat di Propinsi Gorontalo

Sebagian besar Kabupaten/Kota di Gorontalo berada pada posisi kuadran kiri bawah. Dengan situasi ini, maka Propinsi Gorontalo mau tidak mau masih tergantung pada dana pemerintah pusat (APBN). Masyarakat masih sulit diandalkan untuk memberikan kontribusi besar bagi pelayanan kesehatan.

Situasi reformasi kesehatan

Sub penelitian kedua memotret situasi reformasi kesehatan. Secara kualitatif, materi penelitian diambil dalam hal situasi pelaksanaan perizinan lembaga kesehatan; pelayanan gakin; situasi *surveilans*; dan situasi manajemen SDM. Para peneliti ditempatkan di tujuh propinsi untuk menggali data yang dapat menggambarkan situasi yang ada. Analisis data dilakukan dengan cara melakukan pengamatan dan serangkaian diskusi. Diskusi dilakukan untuk menentukan apakah terjadi reformasi atau tidak.

Interpretasi situasi reformasi sektor kesehatan di berbagai propinsi menggunakan: (1) analisis integrasi reformasi antar tingkat pemerintah: dan (2) analisis hubungan antara lingkungan ekonomi sektor kesehatan dan keadaan reformasi kesehatan, khususnya perubahan peran pemerintah. Hasil penelitian tentang integrasi reformasi antar tingkat pemerintah menunjukkan hasil kurang menggembirakan. Dalam hal kesesuaian antara pemerintah pusat, propinsi, dan kabupaten kota, dilakukan penilaian subjektif dengan nilai: 0: tidak ada kesesuaian sama sekali; + = ada, sedikit, ++ = ada, dan +++ = ada, maksimal.

Secara lebih rinci, dapat disebutkan bahwa hasil penelitian mengenai integrasi reformasi pembiayaan bagi gakin menunjukkan bahwa pemerintah pusat telah memberikan petunjuk dengan SK Menkes. Namun dalam hal ini belum banyak dilakukan sinkronisasi dengan pemerintah propinsi dan kabupaten/kota. Data dari daerah sering tidak cocok dengan data pemerintah pusat. Di samping itu, tidak jelas apa peranan pemerintah pusat. Beberapa daerah mulai

mencari inovasi untuk melakukan sistem pembiayaan tersendiri, misalnya di Bali. Hal ini menyerupai situasi di propinsi lain bahwa daerah-daerah yang mampu berusaha menambahi apa yang ada dari pusat. Penilaian yang didapat adalah: ada sedikit kesesuaian (+).

Dalam hal perizinan rumahsakit, terdapat penilaian yang tidak sesuai antara PP No.25/2000 dan PP No.8/2003 dengan surat pernyataan dari Departemen Kesehatan. Kasus berikut menunjukkan ketidaksesuaian tersebut.

Dokter (dr) D, Kepala Dinas Kesehatan Kota Y sedang menyusun Rancangan Peraturan Daerah (Raperda) untuk perizinan rumahsakit. Raperda ini untuk pembinaan dan perizinan rumahsakit swasta dan rumahsakit pemerintah di kotanya sesuai PP No.25/2000. Persiapan Raperda sudah sampai di pembahasan di DPRD. Tiba-tiba dr. D mendapat surat dari dinas kesehatan propinsi tentang edaran Dirjen Yanmedik tanggal 10 Maret 2004, yang ditujukan kepada kepala dinas kesehatan propinsi di seluruh Indonesia perihal upaya pelayanan kesehatan swasta di bidang medik. Adapun kutipan isi surat tersebut sebagai berikut:

“Sehubungan dengan pelaksanaan otonomi daerah terutama dengan ditetapkannya PP No.25/2000 tentang kewenangan pemerintah dan kewenangan propinsi sebagai daerah otonomi dan menyulsi surat edaran kami No YM.01.02.1.4.846 Tanggal 21 Februari 2001 perihal upaya pelayanan kesehatan swasta di bidang medik, kami sampaikan hal-hal sebagai berikut:

Bahwa sambil menunggu selesainya proses penyempurnaan Permenkes No.920/Menkes/Per/XII/86 tentang upaya pelayanan kesehatan swasta di bidang medik termasuk Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik No.HK.00.06.3.5.5797 tentang petunjuk pelaksanaan upaya pelayanan kesehatan swasta di bidang medik spesialis hal-hal yang berkenaan dengan upaya pelayanan kesehatan swasta di

bidang medik dinyatakan masih mengacu kepada Permenkes 920/Menkes/Per/XII/86 termasuk Keputusan Dirjen Pelayanan Medik No.HK 00.06.3.5.5797 sampai Permenkes penggantinya diterbitkan.

Bahwa dengan adanya pemberitahuan ini maka pelaksanaan kewenangannya masih tetap sepanjang yang menyangkut upaya pelayanan kesehatan swasta di bidang medik sebagaimana diatur dalam keputusan tersebut.”

Pada intinya dapat disimpulkan bahwa kewenangan perizinan rumahsakit masih membingungkan. Penilaian terhadap *surveilans* juga memberikan hasil yang belum menggembirakan. Tidak terdapat kesesuaian antara fungsi pemerintah pusat, propinsi, dan kabupaten. Pasca desentralisasi fungsi *surveilans* dapat dikatakan menjadi lemah dan tidak jelas urusan kewenangannya.

Salah satu kegiatan yang lebih baik secara relatif adalah pengelolaan SDM. Pemerintah pusat mempunyai pola yang ditetapkan, sementara daerah berusaha mengikutinya termasuk mengangkat pegawai sendiri. Terjadi kesesuaian yang lebih baik.

Hasil penelitian tentang hubungan antara lingkungan ekonomi sektor kesehatan dan keadaan reformasi kesehatan, khususnya perubahan peran pemerintah menunjukkan hasil yang belum menggembirakan pula. Penilaian yang dilakukan adalah: 0 = sama sekali tidak sesuai dengan logika; + = ada sedikit kesesuaian dengan logika; ++ = ada; dan +++ = ada, maksimal. Tabel 2.6.7 menunjukkan hasilnya.

Tabel 2.6.6 Hasil Penilaian Perubahan Peran Pemerintah

| Peran Pemerintah | Kesesuaian dengan logika | Penilaian |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Pembiayaan bagi keluarga miskin | Alokasi anggaran pembiayaan oleh pemerintah pusat belum memperhatikan keadaan kekuatan ekonomi di daerah. Kekuatan ekonomi pemda mempengaruhi kegiatan pembiayaan | + |
| Perizinan bagi rumahsakit | Tidak ada perbedaan dalam hal reformasi di fungsi pemerintah sebagai regulator antar daerah Logikanya adalah daerah-daerah yang banyak swastanya, peran regulasi akan meningkat | 0 |
| Surveilans | <i>Surveilans</i> di daerah yang peran swastanya besar, mempunyai kesulitan tinggi. Terlihat tidak ada hubungan antara situasi lingkungan ekonomi daerah dengan kegiatan <i>surveilans</i> | 0 |
| Pengelolaan SDM | Terlihat ada pengaruh lingkungan ekonomi terhadap pengelolaan SDM | + |

Penilaian yang hasilnya nol menunjukkan belum ada perubahan berarti antara peran pemerintah di berbagai fungsi dengan situasi lingkungan ekonominya. Apa kemungkinannya? Ada beberapa hal yang mungkin, antara lain: logika keliru; terjadi suatu dinding tebal bahwa dinas kesehatan tidak mengalami perubahan (*ossification*). PP No.25/2000 tidak jelas pelaksanaannya; dampak kebijakan desentralisasi belum cukup waktu untuk mempengaruhi perubahan (masih dalam fase transisi). Kesimpulan kegiatan penelitian DHS-1 dalam reformasi kesehatan. Reformasi sektor kesehatan di 7 propinsi belum berjalan sesuai dengan stándar universal. Perlu ada kegiatan untuk meningkatkan kegiatan reformasi.

Pembahasan

Secara waktu PHP-1 merupakan proyek pertama di lingkungan Departemen Kesehatan yang mencoba untuk melakukan inovasi pengembangan tatanan kesehatan di propinsi, kabupaten dan pusat. Tatanan tersebut dikenal sebagai sistem kesehatan yang merupakan suatu jaringan yang meliputi tidak hanya penyedia pelayanan kesehatan (*supply side*) dan orang-orang yang menggunakan pelayanan tersebut (*demand side*) di setiap wilayah.

PHP-1 mencoba menghasilkan inovasi berupa pengembangan organisasi yang bertugas untuk melakukan regulasi dan *stewardship* sistem kesehatan, serta pembiayaan kesehatan. Dapat dikatakan bahwa PHP-1 merupakan proyek yang secara sistematis berusaha membahas sistem kesehatan secara komprehensif.

Jika dilihat pada tahun-tahun pelaksanaan PHP-1, terlihat bahwa rancangannya terbentuk pada saat kebijakan desentralisasi berada pada tahap awal. Hal ini merupakan keberanian karena pada saat itu, kebijakan masih berada pada tahap pelaksanaan yang pasti membingungkan. Di samping itu, di kurun waktu 2000-2007, terdapat PP No.25/2000 yang disusun secara tergesa-gesa dan membingungkan berbagai pihak.

Akibat suasana yang tidak mendukung kegiatan PHP-1, menyebabkan perjalanan proyek berjalan tidak maksimal. Di daerah terjadi hubungan antara propinsi dan kabupaten yang belum serasi. Ada berbagai konflik antara propinsi dan kabupaten tentang peran dan fungsi masing-masing yang membuat pelaksanaan PHP-1 kurang lancar.

Dalam konteks perubahan secara menyeluruh di seluruh tingkat pemerintahan, PHP-1 bahkan dapat disebut kurang berhasil dalam mengembangkan kemampuan pemerintah pusat dalam desentralisasi. Berbagai komponen proyek PHP-1 untuk pemerintah pusat kurang dimanfaatkan, sehingga hasilnya menjadi kurang maksimal. Keadaan ini terjadi mungkin karena proses desentralisasi yang tidak menggembirakan. Selama proses pelaksanaan program PHP-1, terjadi situasi ketidakpuasan terhadap proses desentralisasi kesehatan. Pemda gagal memberikan pendanaan yang cukup bagi kesehatan. Salah satu akibat praktis adalah Departemen Kesehatan terlihat tidak terlalu tertarik untuk mengembangkan PHP-1 di komponen pusat.

Sementara itu, berbagai kegiatan di PHP-1 merupakan rintisan untuk model baru *governance* di sektor kesehatan. Model baru *governance* tersebut antara lain: memperkuat fungsi pemerintah sebagai pemberi dana pembangunan kesehatan, termasuk bagaimana meningkatkan pendanaan oleh pemda. Hal ini ditekankan dalam komponen proses perencanaan dinas kesehatan.

Peranan dinas kesehatan sebagai lembaga pengawas sektor kesehatan dikembangkan di komponen regulasi dan akuntabilitas. Dalam PHP-1 telah dikerjakan berbagai pengembangan awal mengenai regulasi tenaga kesehatan, regulasi sarana, sampai terbentuknya Badan Mutu independen. Kegiatan-kegiatan dalam regulasi ini dikembangkan ke berbagai propinsi lain, termasuk di Kalimantan Timur (Lihat Bagian 2).

Berbagai hasil pengembangan PHP-1 dibahas di berbagai seminar dan *workshop* nasional untuk menjadi masukan bagi penentu kebijakan. Salah satu hubungan menarik antara PHP-1 dengan penentu kebijakan adalah dipergunakannya berbagai hasil PHP-1 untuk memperbaiki PP No.25/2000 yang membingungkan. Selama kurun waktu 2005 sampai dengan 2007, berbagai kegiatan dan pertemuan untuk membahas Rancangan Undang-Undang (RUU) pengganti PP No.25/2000 dilakukan oleh Departemen Dalam Negeri. Dalam persiapan ini berbagai pengalaman dalam PHP-1 dibahas dan dijadikan pertimbangan untuk perbaikan PP No.25/2000. Berbagai pengalaman yang dibahas antara lain, pengembangan perizinan, pengembangan sistem kesehatan, pengembangan Jamkesda, sampai ke program *surveilans*.

Hasil positif terjadi. Ketika RPP pengganti PP No.25/2000 berubah menjadi PP No.38/2007 (yang diterbitkan Juli 2007), berbagai inovasi yang dikembangkan di PHP-1 terlihat selaras dengan berbagai Pasal dalam peraturan pemerintah tersebut. Sebagai gambaran, perizinan rumahsakit menjadi relatif lebih jelas dengan adanya PP No.38/2007. kabupaten/kota dan propinsi mempunyai peran jelas dalam perizinan, termasuk untuk rumahsakit Kelas A.

Pada kasus Jamkesda, program pengembangan di PHP-1 DIY diakomodasi oleh PP No.38/2007 sehingga daerah berhak untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan, yang diharapkan sinkron dengan program pusat. Keadaan ini mencerminkan hubungan menarik antara pengembangan-pengembangan inovatif dengan terbitnya dasar hukum yang kuat seperti peraturan pemerintah. Dengan kata lain,

terjadi suatu proses *evidence based policy making*. Kebijakan dalam bentuk peraturan pemerintah bersumber dari penelitian dan pengalaman empirik.

Proyek DHS-1 mengalami hal yang unik. Di tahun 2005, proyek DHS berubah dari pendekatan *sector wide* menjadi pendekatan yang bersifat vertikal dengan fokus KIA. Perubahan ini menunjukkan bahwa Departemen Kesehatan berketetapan untuk mempermanap program vertikal yang terkait dengan MDG. Dilihat dari perpaduan pendekatan, proyek DHS yang berubah ini harus mempertemukan program vertikal dan program horizontal. Salah satu kegiatan proyek yang menemukan ini adalah pengembangan *surveilans* KIA yang dilaporkan pada Bagian 1.3.

Bagaimana ke depannya?

Dua proyek besar ini merupakan proyek yang berusaha meningkatkan kemampuan pemerintah dalam desentralisasi. Namun ada berbagai tantangan yang dihadapi. Salah satu masalah besar adalah kurang kuatnya dukungan pemerintah pusat. PHP-1 belum mampu melakukan suatu inovasi di level pemerintah pusat. Berbagai kegiatan di level pemerintah pusat belum dijalankan secara maksimal. Hal ini mempengaruhi penggunaan berbagai inovasi yang sudah dikembangkan di tingkat propinsi dan kabupaten.

Masalah penting lain adalah kurang tersedianya tenaga pendamping yang bekerja secara terpadu. Hal ini tercermin dari perjalanan proyek PHP-1 dan juga PHP-2 (proyek serupa di Propinsi Jawa Barat dan Sumatera Utara) yang kesulitan untuk mencari tenaga

pendamping. Kesulitan tenaga pendamping tidak hanya pada jumlah, namun juga cara kerja tim pendamping. Pengembangan sistem kesehatan melalui pendekatan proyek yang *multiyears* membutuhkan tim konsultan yang harus mampu bekerja sama sesuai dengan kebutuhan proyek. Model kerja sama antar konsultan ini terjadi di proyek PHP-1. Tercatat lebih dari 10 lembaga atau kelompok konsultan. Kegiatan pengembangan oleh para konsultan diusahakan untuk saling sinergi dan memahami serta melengkapi. Hal ini yang sulit dijumpai karena Indonesia kekurangan konsultan.

Bagaimana masa depan proyek seperti PHP dan DHS? Di Departemen Kesehatan pengembangan model PHP dan DHS yang *sector wide* terlihat tidak cerah. Perjalanan proyek PHP-1 menunjukkan kecilnya perhatian pemerintah pusat untuk memperkuat sistem kesehatan di propinsi dan daerah.

Pengalaman menunjukkan bahwa inovasi pengembangan sistem biasanya didanai oleh hutang atau hibah luar negeri. Sementara itu, dana hutang luar negeri dikurangi sehingga masa depan proyek seperti PHP-1 dan DHS-1 tidaklah besar. Memang masih ada sumber dana yang bersifat *grant*/hibah untuk inovasi sistem seperti dari AusAid, GTZ, ataupun USAid. Namun sampai tahun 2007 ini pengembangan dari berbagai *grant* tersebut dalam mengembangkan proyek-proyek yang bersifat *sector wide* belum terlihat bermakna.

Salah satu sumber dana untuk pengembangan sistem kesehatan di daerah adalah dari pemda. Akan tetapi alokasi dana penelitian ini perlu dilihat kembali status pemda tersebut. Apakah termasuk kelompok pemda yang kuat atautkah lemah. Perkembangan terakhir

menunjukkan bahwa beberapa pemda yang kuat dananya mulai mencoba untuk melakukan penelitian inovatif dalam SKD termasuk dengan menggunakan berbagai inovasi dari PHP-1 dan DHS-1.

BAGIAN 3

Pengalaman Internasional dalam Desentralisasi

Pengantar

Bagian 3 buku ini disusun berdasarkan presentasi seminar oleh para ahli internasional pada seminar tahunan ke-6 “Desentralisasi di Indonesia - Berbagi Pengalaman dan Langkah ke Depan” di Bali, Juli 2007. Bagian pertama dari bab ini memaparkan pengalaman internasional dalam desentralisasi. Dr. Julito Sabornido (Departemen Kesehatan Filipina) memaparkan pengalaman di Filipina, Dr. David Dunlop (AusAid) memaparkan pengalaman di Uganda, sedangkan Dr. Lokky Wai (WHO WPRO) memaparkan pengalaman di Vietnam. Pada bagian kedua, dibahas temuan dan pengamatan, serta kesimpulan yang berisi catatan pembelajaran untuk dipikirkan oleh Indonesia.

Bagian ini memberikan kerangka analisis yang menyarankan kepada negara yang saat ini sedang menjalani desentralisasi agar siap menghadapi isu-isu fundamental dalam (1) dukungan latar belakang, (2) budaya dan kelembagaan, dan (3) rancangan dan urutan teknis. Pengalaman di ketiga negara di atas terlihat memberikan tanggapan yang sama pada dua isu yang pertama, namun berbeda dalam cara mereka melaksanakan kegiatan teknis dalam program desentralisasi. Dalam urutan teknis, ketiga negara memiliki perbedaan besar dalam pencapaiannya.

Lain padang lain belalang, peribahasa ini dapat dipergunakan dalam menganalisis kebijakan desentralisasi kesehatan di berbagai

negara. Latar belakang politik, kultural, demografi, geografis, sampai ke dinamika perubahan sosial dapat mempengaruhi kebijakan desentralisasi di sektor kesehatan. Andaikata kebijakan desentralisasi dapat dianggap sebagai belalang maka dengan menganalisis pengalaman di ketiga negara ini maka makna kebijakan desentralisasi akan semakin dapat dipahami. Ada belalang yang kurus, ada yang gemuk, ada yang berwarna hijau ada yang kecoklatan, ada yang panjang ada yang pendek. Demikian pula desentralisasi. Ada kebijakan yang didukung penuh di sektor kesehatan. Ada yang dilakukan dalam keterpaksaan, ada yang mengalami kesulitan untuk dijalankan. Di samping itu, pengalaman di berbagai negara menunjukkan bahwa efektivitas pelaksanaan kebijakan pasca desentralisasi bervariasi. Pengalaman seperti ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pelajaran untuk Indonesia.

Pengalaman di Tiga Negara dalam Desentralisasi Kesehatan: Pembelajaran untuk Indonesia?

Shita Dewi (Ed), David Dunlop, Lokky Wai, Julito Sabornido, Laksono Trisnantoro

Pengantar

Perdebatan yang berkembang seputar kebijakan rancangan desentralisasi terbagi menjadi dua. Pendukung desentralisasi berpendapat bahwa jika dilaksanakan dengan baik, desentralisasi akan mengarah pada keterlibatan publik yang sistematis dalam penentuan tujuan, rancangan dan pembiayaan kebijakan kesehatan, dan dalam pengawasan pengadaan jasa dan fungsi-fungsi yang lain. Dari sudut pandang ini, desentralisasi dapat mendorong pemberi pelayanan

kesehatan untuk mendapatkan keterampilan, dukungan sumber daya, dan kewenangan yang mereka perlukan agar dapat memberikan pelayanan yang berkualitas. Selanjutnya, desentralisasi membuat pemda mendapatkan informasi, pendanaan dan *bargaining power*. Di sisi lain kebijakan desentralisasi diharapkan memberi kesempatan kepada Departemen Kesehatan untuk menghilangkan kewajiban-kewajiban yang tidak perlu dan tidak praktis agar dapat membangun peran dan citra baru.

Ada beberapa kerangka analisis yang dapat digunakan untuk mengkaji desentralisasi dalam sektor kesehatan, yaitu: (1) administrasi publik, (2) kebijakan fiskal daerah, (3) modal sosial (*social capital*), dan (4) pendekatan agensi (*principal agent*)⁶⁵. Sesuai dengan tujuan penulisan, pendekatan desentralisasi dalam bagian ini menggunakan pendekatan administrasi publik.

Pendekatan administrasi publik menitikberatkan pada pembagian kewenangan dan tanggung jawab pelayanan kesehatan dalam kerangka struktur administrasi dan politik nasional. Pendekatan ini telah berkembang menjadi apa yang dikenal sekarang dengan empat bentuk desentralisasi: (1) dekonsentrasi, (2) delegasi, (3) devolusi, dan (4) privatisasi (swastanisasi)⁶⁶.

Dekonsentrasi didefinisikan sebagai pergeseran kekuasaan dari pusat ke daerah dalam struktur administrasi yang sama (misalnya dari Departemen Kesehatan ke dinas kesehatan). Delegasi memberikan

⁶⁵ Bossert, T. J., & Beauvais, J. C. (2002). *Decentralization of Health Systems in Ghana, Zambia, Uganda and The Philippines: A Comparative Analysis of Decision Space*. *Health Policy and Planning*, 17(1), 14-31.

⁶⁶ Mills, A. (Ed.). (1990). *Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experiences*. World Health Organization. Geneva.

tanggung jawab dan kewenangan kepada lembaga semi otonomi (misalnya badan regulasi yang terpisah atau badan akreditasi). Devolusi memberikan tanggung jawab dan kewenangan dari Departemen Kesehatan pusat kepada badan administrasi yang masih termasuk dalam struktur administrasi negara (misalnya: pemerintah propinsi/kabupaten/kota). Privatisasi memberikan tanggung jawab operasional atau dalam kondisi tertentu memberikan kepemilikan kepada pihak swasta, dan biasanya diatur dalam suatu kontrak yang mengatur pembagian keuntungan sebagai “imbalan” atas pembiayaan publik⁵¹.

Dalam setiap bentuk desentralisasi tersebut kewenangan dan tanggung jawab penting biasanya tetap berada di pemerintah pusat. Dalam kondisi tertentu, pergeseran ini memperkuat tanggung jawab fungsional pusat. Pemerintah pusat tetap sebagai pembuat kebijakan dan mengawasi peran daerah. Pemda memperoleh tanggung jawab operasional untuk melaksanakan tugas administrasi sehari-hari. Di lain pihak, hubungan antara pusat dan daerah diperkuat dengan suatu kontrak sehingga pusat dan daerah dapat bernegosiasi tentang apa yang diharapkan dari masing-masing pihak.

Dalam bab ini isu pokok pertama yang dibahas adalah dari pendekatan administrasi publik di berbagai negara yang mengalami desentralisasi. Pendekatan administrasi publik biasanya berfokus pada penentuan tingkat yang sesuai untuk fungsi-fungsi, tanggung jawab dan kewenangan yang didesentralisasi⁶⁷. Bagian selanjutnya akan

⁶⁷ Mills, A. (1994). *Decentralization And Accountability In The Health Sektor From An International Perspectives: What Are The Choices?* A. Public Administration And Development, 14, 281-92.

memaparkan bagaimana setiap bentuk desentralisasi di atas dilaksanakan di beberapa negara, serta hasil dan pelajaran yang apa yang dapat Indonesia petik.

Bagian 1: Pengalaman internasional dalam desentralisasi

1. Filipina

Filipina terletak di kawasan Asia Tenggara. Ibukota Filipina adalah Manila, dengan populasi penduduk sebanyak 86.795.000 jiwa (2006, NSO). Filipina terdiri dari 16 negara bagian, 79 propinsi, 113 kota, 1.496 kotamadia, dan 41.943 barangays. Tiga pulau besar yang terdapat di Filipina adalah Luzon, Visayas, dan Mindanao.

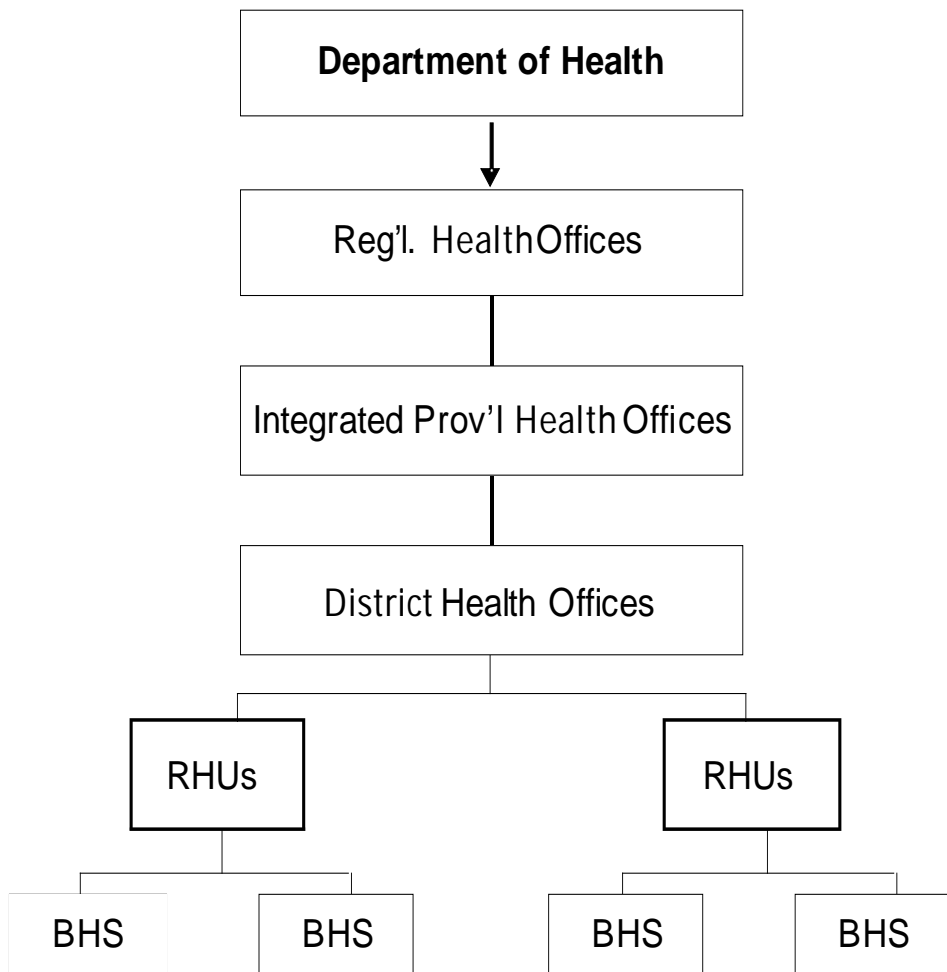
Sistem kesehatan Filipina tumbuh dari dorongan proses perkembangan kebijakan kesehatan oleh pemerintah nasional. Sebelum upaya desentralisasi dilakukan, Filipina telah melaksanakan strategi pengembangan kesehatan yang didasarkan pada sistem pembiayaan pemerintah, manajemen publik, dan layanan yang bersifat *multitier delivery*. Sistem yang dianut oleh Filipina ini bertumpu pada unit kesehatan daerah (*Regional Health Units/RHUs*) yang memberikan pelayanan KIA, rawat jalan umum dan kesehatan gigi, keluarga berencana dan layanan gizi, kontrol penyakit tertentu, pendidikan kesehatan, dan sanitasi lingkungan.

Pada tahun 1981 ada sekitar 2000 RHUs, masing-masing dikepalai oleh pejabat kesehatan kota (*municipal*) dibantu oleh perawat kesehatan, pengawas sanitasi, dan 4-5 bidan. Masing-masing RHU bertanggung jawab untuk 3-4 unit kesehatan *barangay* (BHS) yang didirikan untuk melayani desa sekitarnya; pelayanan di BHS

dilaksanakan oleh seorang bidan terampil dan beberapa pekerja kesehatan sukarela.

Akibatnya sistem Filipina tampak sangat tersentralisasi, diwarnai fragmentasi dan duplikasi antara unit pusat dan daerah, dan keterkaitan yang lemah antara program daerah dengan kampanye penyakit tertentu yang dikoordinasi oleh pusat. Sebuah kajian komprehensif yang dilakukan pada tahun 1993 menunjukkan gejala yang mengkhawatirkan pada kondisi kesehatan publik, misalnya angka *differential* kematian ibu yang tinggi dan tren yang negatif di beberapa wilayah; status gizi buruk pada keluarga ekonomi lemah; penurunan tingkat kesuburan yang lambat; dan rendahnya tingkat kepuasan konsumen terhadap fasilitas kesehatan⁶⁸.

⁶⁸ Herrin, A. N., de la Paz, A., Picazo, O. F., Solon, O., Taguiwalo, M. M., & Zingapan, S. (1993). *Health Sektor Review. Health Finance Development (Monograph 3)*. Philippines.

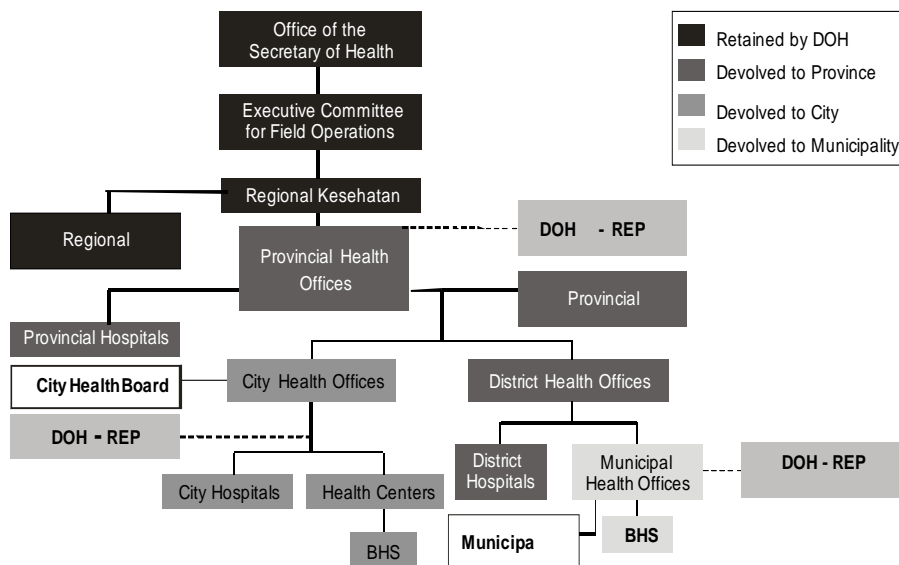


Gambar 3.1 Struktur Organisasi Departemen Kesehatan Filipina Pra Devolusi Tahun 1978-1990

Berdasarkan temuan ini para pembuat keputusan di Filipina mencari alternatif kerangka kerja yang dapat memperkuat kebijakan kesehatan. Setelah melalui perdebatan yang panjang, para pembuat

kebijakan nasional di Filipina memutuskan bahwa sektor kesehatan didesentralisasi melalui Konstitusi tahun 1987.

Kebijakan ini memang disengaja karena desentralisasi dianggap sebagai salah satu jalan untuk mencapai reformasi yang signifikan. Namun demikian, pelaksanaannya baru dimulai pada Januari 1993 dengan mengalirkan anggaran, fasilitas dan tenaga kesehatan kepada sekitar 1600 unit pemda (*Local Government Units/ LGUs*), seperti yang diatur dalam perda tahun 1991. Beberapa hal yang didevolusi adalah pelayanan kesehatan dasar, 600 rumahsakit dan fasilitas kesehatan lain, serta sekitar 46.000 tenaga kesehatan. Sumber anggaran utama untuk setiap LGU berasal dari *Internal Revenue Allotment* (IRA) Pusat. Sistem ini langsung ditentang oleh para *stakeholders* dan politikus sehingga diperlukan penyesuaian-penyesuaian terhadap *grand design* awal. Akibatnya pelaksanaan devolusi tertunda hingga tahun 1995.



Gambar 3.2 Struktur Organisasi Departemen Kesehatan Filipina Tahun 1991-1998

Sejak perda tersebut dilaksanakan, Departemen Kesehatan mengadopsi peran “*Servicer of Servicers*” terhadap LGU’s. Pendekatan pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) dipilih sebagai strategi utama dengan penekanan pada kebutuhan untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang dapat diakses melalui pendekatan partisipatori. Pendekatan ini mencakup pelatihan bagi tenaga kesehatan di BHWs, pendidikan kesehatan dan pengembangan, serta pengorganisasian masyarakat (*community building and organizing*).

Dengan demikian, Departemen Kesehatan Filipina memainkan peran baru yang penting yaitu sebagai pendukung dari sisi

kewenangan teknis sistem kesehatan. Fungsi baru Departemen Kesehatan dapat dinyatakan sebagai berikut:

1. Pengawasan (pengawasan umum terhadap penyediaan pelayanan kesehatan di lapangan)
2. *Monitoring* dan evaluasi
3. Menyusun peraturan dan *guidelines*
4. Pemberian bimbingan teknis atau bimbingan lain yang sejenis
5. Melaksanakan kewenangan dan fungsi sebagai :
 - a. Komponen program nasional yang didanai oleh sumber luar negeri
 - b. Pelaksana *pilot project* untuk program yang akan diterapkan secara nasional
 - c. Penyedia program pemberantasan penyakit sesuai kesepakatan internasional, misalnya untuk penyakit-penyakit yang membutuhkan karantina atau penyakit yang tercakup di dalam program pemberantasan (eradikasi)
 - d. Fungsi regulator, perizinan dan akreditasi sesuai dengan peraturan yang berlaku; misalnya untuk Biro Pangan dan Obat, perizinan rumahsakit, rumahsakit daerah, dan lain lain.
 - e. Memilih wakil Departemen Kesehatan untuk melaksanakan kebijakan dan program Departemen Kesehatan di tingkat LGUs

Tantangan yang dihadapi desentralisasi di Filipina

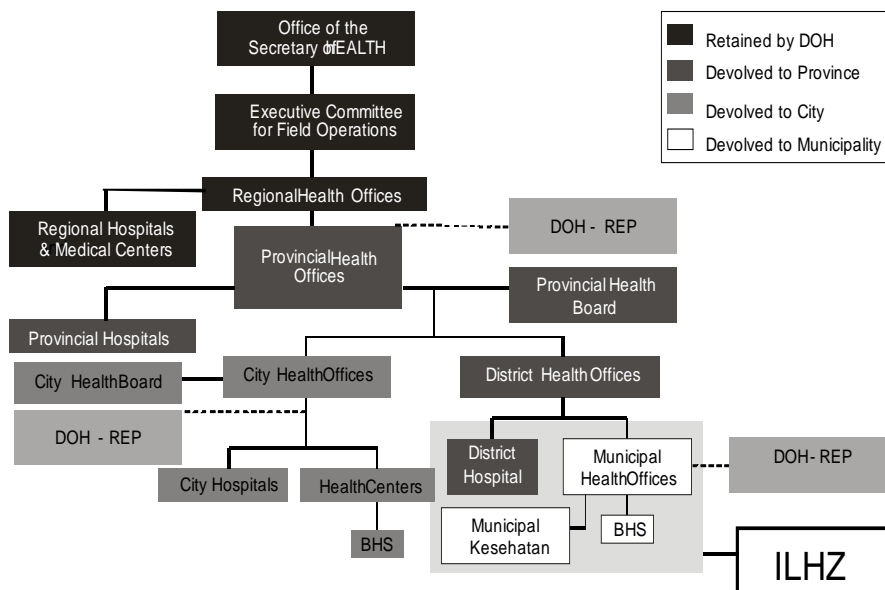
Departemen Kesehatan Filipina menemui tantangan dalam pelaksanaan desentralisasi. Sebagai contoh, terjadi fragmentasi dalam sistem layanan kesehatan yang disebabkan adanya tingkatan yang berlainan pada kewenangan politik dan administrasi. Misalnya, rumahsakit kotamadia/kota berada di bawah kewenangan pemerintah kotamadia/kota (walikota), sedangkan rumahsakit propinsi dan kabupaten berada di bawah kewenangan pemerintah propinsi (gubernur).

LGUs juga memiliki keterbatasan kemampuan teknis dan keuangan untuk mengelola pelayanan kesehatan publik dan operasional rumahsakit karena besarnya perbedaan status kesehatan dalam subkelompok populasi, kelas pendapatan dan wilayah geografis serta wilayah pelayanannya (*catchment area*). Lagipula, ada ketidaksetaraan penggajian antara staf LGU dengan staf Departemen Kesehatan yang ditempatkan di LGU sehingga terjadi demoralisasi. Alokasi dana program kesehatan juga tidak terkait dengan kinerja sehingga ada perbedaan pada pelayanan kesehatan publik dengan rumahsakit, yang berakibat pada fragmentasi sistem rujukan, sistem informasi manajemen kesehatan, pelatihan dan pengembangan SDM, serta pada sistem pengadaan obat. Yang paling utama yaitu dengan terbatasnya dana anggaran pemerintah menyebabkan tidak adanya atau terlambatnya pengeluaran dana tambahan untuk LGUs yang digunakan untuk *input* program dan memberi daya ungkit pada program kesehatan.

Ada indikasi bahwa efektivitas desentralisasi layanan kesehatan dasar berada dalam kondisi yang memprihatinkan karena kurangnya koordinasi dan kerja sama dari sejumlah unit pemda. Kemampuan pemerintah untuk mengatur kualitas dan biaya layanan dan produk kesehatan tetap rendah. Sumber daya kesehatan tetap tidak mencukupi, dana yang tersedia tidak bisa digunakan dengan efektif. Hal lain yang terlihat nyata adalah rendahnya *political will* dari pemda dalam melaksanakan arah dan program nasional.

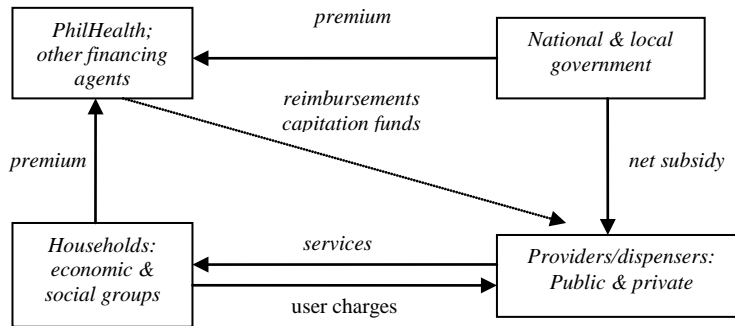
Hasilnya, indikator status kesehatan tidak menunjukkan perbaikan. Penurunan AKI dan AKB lambat, sedangkan angka kenaikan populasi tetap tinggi. Ada beban yang berlipat dalam penyakit yaitu penyakit infeksi dan degenerasi, sementara pada saat yang sama timbul risiko kesehatan karena faktor lingkungan dan kerja.

Kalangan miskin menanggung beban yang paling berat. Hal ini diindikasikan dengan menurunnya pengeluaran kesehatan terhadap *Gross National Product* (GNP), menurunnya total pengeluaran kesehatan dan pengeluaran per kapita untuk kesehatan, sedangkan pelayanan kesehatan individu mengisi proporsi pengeluaran yang terbesar dalam anggaran kesehatan pemerintah. Lebih jauh lagi, masalah ketidaksetaraan (*inequities*) kesehatan masih terjadi akibat adanya hambatan fisik dan keuangan.



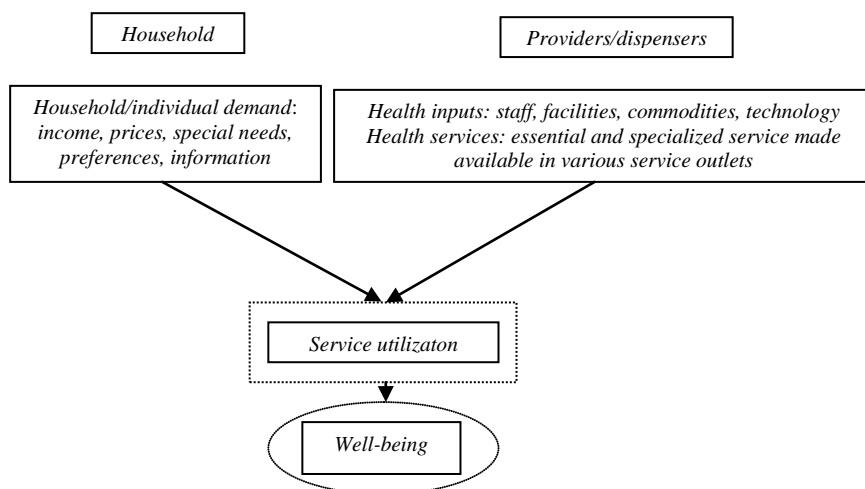
Gambar 3.3 Post Devolusi Layanan Kesehatan

Dalam usaha mengatasi berbagai tantangan tersebut, Departemen Kesehatan Filipina mengeluarkan suatu “Agenda Reformasi Sistem Kesehatan” (HSRA) pada 1999. Dokumen ini memberikan evaluasi terhadap pengalaman selama 10 tahun menjalankan desentralisasi di sektor kesehatan. Walaupun menggunakan nama baru, Sistem Kesehatan Filipina sebenarnya masih menggunakan mekanisme yang sama untuk menggerakkan berbagai *stakeholders* menuju suatu pengembangan sistem kesehatan yang terintegrasi dalam kerangka unit kerja sama pemerintah antar daerah (*Inter Local Government Units Cooperation*).



Gambar 3.4 Organisasi Pemberian dan Pembiayaan Layanan Kesehatan

Dalam konteks governance kesehatan, kotamadya bergabung menjadi satu membentuk Zona Kesehatan antar Daerah (*Inter Local Health Zones/ILHZs*) untuk memastikan terdistribusinya sumber daya dan memaksimalkan keuntungan bersama. Dalam konteks peraturan kesehatan, unit pemda (LGUs) menggabungkan pengadaan obat esensial mereka agar biaya dapat ditekan. Dalam konteks pembiayaan kesehatan, LGUs meningkatkan kontribusi yang diperlukan untuk menjalankan program sosial pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin. Adapun dalam konteks pemerataan pelayanan kesehatan, fasilitas kesehatan publik ditingkatkan mutunya agar memenuhi persyaratan akreditasi dan diberi modal atau dana pendamping dari *PhilHealth*.



Gambar 3.5 Produksi Layanan Kesehatan, Persediaan, Tuntutan, dan Pemanfaatan

Pada awalnya desentralisasi memang membawa kekacauan, tetapi desentralisasi juga mengarah ke inovasi kelembagaan yang mengandung janji untuk memberikan hasil yang lebih baik di masa mendatang. Dalam hal ini, HSRA merupakan konsolidasi yang telah dipikirkan selama dekade reformasi sebelumnya dan lebih merupakan pembaharuan. Sesungguhnya, HSRA sendiri merupakan suatu indikasi tentang apa telah dicapai dalam reformasi sebelumnya. Hal-hal yang agak berbeda dari desain LGC 1992 adalah fokus, pengaturan waktu, dan kesungguhan niat untuk menghasilkan sesuatu yang lebih nyata. Kajian permasalahan yang dihadapi selama dekade terakhir dan agenda baru yang disajikan dalam HSRA akan membantu meletakkan hasil-hasil inovasi ini sesuai konteksnya.

Dampak langsung desentralisasi adalah kesulitan dalam kebijakan SDM. Deklarasi Magna Carta tahun 1993 tentang Peraturan Tenaga Kesehatan Umum memberikan paket remunerasi yang menarik kepada tenaga kesehatan pusat, agar mereka bersedia ditempatkan di LGU. Akan tetapi, ini memperluas *gap* antara staf Departemen Kesehatan dan LGU. Masalah ini dicoba untuk diatasi melalui peraturan tahun 1995 tentang *Barangay Health Workers' Benefit and Incentives*. Peraturan ini berusaha mengurangi ketegangan yang ada dengan cara memberikan status pegawai negeri pada pegawai daerah serta memberikan fasilitas kesehatan, asuransi, pelatihan, dan fasilitas pinjaman. Akan tetapi, masih ada kendala dari tenaga itu sendiri untuk memenuhi peraturan tersebut. Tenaga kesehatan daerah biasanya memiliki kapasitas dan kemampuan rendah, misalnya tenaga bidan dan tenaga ahli gizi di *barangay*.

Desentralisasi dan masalah sumber daya

Besaran dan komposisi pembiayaan yang dialokasikan untuk Departemen Kesehatan program pusat menjadi isu kontroversial. Besarnya anggaran Departemen Kesehatan sangat berfluktuasi, turun 30% sampai dengan 7,3 milyar peso pada tahun 1993, dan naik hingga 12,9 milyar peso pada tahun 1998, sebelum turun sampai dengan 10,7 milyar peso pada tahun 2000⁶⁹. Biaya pusat dialokasikan langsung ke program-program, terutama untuk pemeliharaan fasilitas dan

⁶⁹ Capuno, J. J., & Solon, O. (2002). *The Impact of Devolution on Local Health Expenditures: Anecdotes and Some Estimates from The Philippines*. Philippine Review of Economics and Business.

operasional, khususnya di rumahsakit dan beberapa penyakit, serta penanganan masalah khusus.

Pelaksanaan dari program-program ini, misalnya kesehatan keluarga, gizi dan kesejahteraan, penanganan penyakit menular, dan kesehatan lingkungan, mengharuskan Departemen Kesehatan menjalin kerja sama dengan LGUs yang masing-masing pihak memiliki prioritas pengeluaran. Persetujuan tentang Layanan Kesehatan Komprehensif (CHCAs) antara LGUs dan Departemen Kesehatan dilakukan pada tahun 1993 untuk memfasilitasi kerja sama tersebut. Kontrak-kontrak persetujuan ini memudahkan LGUs untuk menambah sumber dayanya di samping memberikan dukungan kepada Departemen Kesehatan untuk program-program prioritas. Akhirnya, anggaran DOH's secara substansial diatur kembali pada tahun 2000 sebagai bagian dari upaya pengembangan dan pelaksanaan HSRA.

Rata-rata pengeluaran dan anggaran LGU untuk keseluruhan pengeluaran kesehatan telah menunjukkan pertumbuhan, namun pengeluaran daerah ini tidak disesuaikan dengan "*Cost of Devolved Health Functions*" (CDHF) yang dihitung berdasarkan devolusi anggaran tahun 1992. Banyak pimpinan eksekutif menyalahkan rendahnya pembiayaan dari IRA dan estimasi CDHF yang tidak sesuai dengan pembiayaan yang riil untuk memberikan pelayanan. Ini adalah isu yang *valid* karena CDHF tidak menangkap aspek penting dari devolusi pelayanan. Aspek penting tersebut misalnya biaya untuk perawatan dan perbaikan, *upgrading* fasilitas pelayanan, dan meningkatnya pengeluaran untuk obat-obatan/tenaga kesehatan sebagai respon terhadap harapan dan tuntutan masyarakat. Selain itu,

ada kebutuhan tambahan anggaran untuk memenuhi ketentuan Magna Carta dalam menyediakan paket renumerasi tenaga kesehatan. Masalah pembiayaan lain berhubungan dengan kapasitas dan kemauan LGUs untuk berpartisipasi dalam skema asuransi kesehatan yang inovatif untuk masyarakat miskin.

Paket devolusi tahun 1991 tidak membahas masalah asuransi kesehatan, termasuk menyediakan cakupan untuk rakyat sangat miskin. Namun masalah ini ditangani dalam Peraturan Asuransi Kesehatan Nasional tahun 1995 dan *Philippine Health Insurance Corporation (PHIC/PhilHealth)* tahun 1996 dan Program Asuransi Kesehatan Nasional (NHIP). Satu setengah tahun kemudian, *Executive Order 277* menyusun program untuk mencakup 25% rakyat miskin dari total populasi selama 5 tahun. Dua bulan kemudian, *PhilHealth* mulai bekerja dengan LGUs untuk memasukkan rakyat miskin dalam apa yang disebut *Medicare parasa Masa (MpM)*. *PhilHealth* menggunakan MpM untuk bekerja sama dengan LGUs untuk memasukkan populasi rakyat miskin mereka dengan premi yang sebagian disubsidi oleh LGUs dan pemerintah pusat, akan tetapi langkah ini ternyata tidak mencapai kebanyakan gakin. MpM hanya memasukkan 80.000 Gakin pada akhir 2001 atau 15% dari sasaran.

Saat ini pemda lebih banyak memasukkan tidak hanya masyarakat yang paling miskin dalam program, jadi ada lebih banyak gakin yang bisa tercakup. Paket manfaat awal yang tadinya hanya mencakup pelayanan rawat inap (yang bukan merupakan prioritas tertinggi untuk banyak gakin) kini ditambah dengan paket manfaat alternatif. Jumlah fasilitas kesehatan terakreditasi di wilayah dimana

anggota MpM tinggal juga ditingkatkan. Satu kesulitan yang masih belum teratasi adalah keengganan LGUs untuk bersama-sama membiayai subsidi premi. Alasannya karena LGUs sudah membiayai sejumlah fasilitas kesehatan daerah, jadi apabila LGUs ikut membiayai subsidi premi maka ini merupakan beban ganda. Solusinya adalah dengan menggeser dana subsidi pada *supply side* ke *demand side*.

Pengalaman dari Filipina untuk Indonesia

Filipina dan Indonesia mempunyai perjalanan yang khas untuk memenuhi target Tujuan Pembangunan Kesehatan Milenium (MDGs) melalui sistem desentralisasi masing-masing. Dari aspek persiapan, devolusi Filipina lebih dipersiapkan secara teknis, bukan terjadi karena tekanan politik. Di samping itu, ada evaluasi ketika kebijakan devolusi telah berjalan selama 10 tahun. Kebijakan devolusi senantiasa diperbaiki dan ditambah pada beberapa aspek, diupayakan untuk memiliki semua hal yang diperlukan dan menggunakan kerangka konsep yang efektif.

Pengalaman Filipina dalam devolusi kesehatan dapat membantu Indonesia yang mulai bergerak maju dengan versi desentralisasinya sendiri. Pengalaman evaluasi kebijakan desentralisasi di Filipina merupakan hal penting. Beberapa model mekanisme yang sudah terbukti berhasil di Filipina mungkin dapat menjadi bahan pertimbangan untuk menyusun mekanisme serupa di Indonesia. Kebijakan desentralisasi merupakan perubahan yang terus terjadi pada wujud dan peran Departemen Kesehatan dan pemda. Oleh

karena itu, perlu ada evaluasi mendalam dalam pelaksanaan kebijakan desentralisasi sektor kesehatan di Indonesia.

2. Uganda

Latar belakang sejarah Uganda menunjukkan bahwa selama era kolonial, Kementerian Kesehatan hanya bertanggung jawab untuk merawat pekerja kolonial, misalnya orang asing kolonial dan pekerja pribumi. Kementerian ini mengurus manajemen mikro dari rumahsakit, dan sebagian kecil fasilitas kesehatan pembantu; Kementerian ini melakukannya dengan peraturan dan petunjuk yang detail. Anggaran rumahsakit, pengangkatan tenaga dan manajemen dari program kesehatan merupakan tanggung jawab tingkat pusat.

Pada masa ini dan pada awal masa kemerdekaan, pengembangan kebijakan desentralisasi bukan merupakan hal pokok pada Kementerian Kesehatan Uganda. Dua peristiwa akhirnya merubah situasi tersebut: Konferensi Alma Atta tentang Layanan Kesehatan Dasar atau *Primary Health Care* (PHC) pada tahun 1978, dan desentralisasi Pemerintahan Uganda yang ditetapkan sekitar tahun 1990-an.

Peristiwa penting pertama adalah Konferensi Alma Atta yang mempengaruhi sistem kesehatan di Uganda. Pertemuan yang dilaksanakan oleh WHO dan UNICEF pada tahun 1978 tersebut mengembangkan konsep PHC. Konsep ini merupakan perubahan paradigma di berbagai aspek. Dalam kacamata tertentu, PHC merupakan suatu konsep politik. Yang menjadi hal pokok adalah melibatkan para politikus dan pemimpin setempat untuk memastikan

bahwa kebutuhan khalayak banyak terpenuhi daripada sekedar kepentingan profesi kesehatan saja.

Meskipun konferensi Alma Atta bertujuan untuk melibatkan masyarakat pada pengambilan keputusan kesehatan, konferensi tersebut hanya dihadiri oleh pejabat Kementerian Kesehatan dan pejabat senior. Setelah konferensi berakhir, Kementerian Kesehatan bertanggung jawab untuk melaksanakan tujuan-tujuan yang telah disepakati. Di samping tujuan politis, konsep PHC memicu sejumlah program teknis vertikal yang berfokus pada satu atau beberapa macam penyakit yaitu program imunisasi, program penanggulangan diare, program untuk pemberantasan malaria dan banyak lagi. Hal ini berpengaruh pada program teknis-biomedis dengan *blue print* yang dirancang oleh badan internasional di luar negeri. Tujuannya adalah untuk menyesuaikan pelayanan kesehatan disetiap negara dengan program-program ini agar segera dapat membangun intervensi yang efektif untuk menghadapi permasalahan kesehatan, sebaliknya daripada menyusun sistem layanan kesehatan komprehensif dari bawah (*grassroot*).

Program vertikal ini sesuai bagi fungsi kementerian. Hampir seluruh intervensi yang dilakukan direncanakan dengan detail oleh profesional medis di tingkat pusat. Daerah harus melaksanakannya, tetapi keseluruhan rencana disusun di tingkat pusat. Rencana-rencana tersebut merupakan rencana program spesifik, yang sulit dilaksanakan di tingkat daerah. Daerah terpaksa mengatur masing-masing program secara terpisah, sebaliknya daripada mengintegrasikan kegiatan-kegiatan dari permasalahan kesehatan setempat yang sama dengan

program nasional tersebut. Hal ini membuat manajemen kesehatan di daerah menjadi prosedur yang terfragmentasi.

Secara umum tidak ada permasalahan dalam pelaksanaan satu atau dua program vertikal secara bersamaan, tetapi semakin banyak program vertikal yang dilaksanakan, semakin besar kebutuhan akan kemampuan manajemen yang khusus, yang pada umumnya tidak dimiliki oleh daerah.

Pelaksanaan program PHC dilakukan melalui pengawasan oleh tingkat pusat, sesuai dengan kemauan profesional medis. Tingkat daerah dan tingkat lain yang lebih rendah memiliki pengaruh yang sangat kecil dalam proses pelaksanaannya, dan mereka juga terikat dengan skema pelaksanaan yang diatur oleh Kementerian pusat. Aliran yang mencoba mengintegrasikan program-program di daerah selalu menerima kritikan, dan upaya untuk melakukannya pun juga dihalangi oleh manajemen program di tingkat nasional, bahkan seringkali upaya penghalangan tersebut didukung oleh WHO.

Peristiwa kedua yang mengubah keadaan ini secara fundamental adalah desentralisasi seutuhnya pada pemerintahan Uganda pada tahun 1990-an. Reformasi ini meliputi seluruh jajaran kementerian termasuk kesehatan. Struktur hierarki kolonial yang menempatkan kementerian Kesehatan pada pengambilan keputusan besar maupun kecil diakhiri, akibatnya pemda memiliki kewenangan yang substansial.

Dengan desentralisasi ini hanya rumahsakit yang menyediakan rujukan dan pelatihan medis yang menjadi tanggung jawab Kementerian Kesehatan. Peran utama kementerian adalah untuk

mengembangkan kebijakan dan arahan pada sektor yang bersangkutan, mengawasi pelaksanaan kegiatan, dan menyediakan dukungan logistik dimana diperlukan. Dalam konteks Kementerian Kesehatan, pergeseran peran tersebut digambarkan sebagai perubahan dari “Kementerian untuk Pelayanan Rumah Sakit” menjadi “Kementerian untuk Pengembangan Kebijakan Kesehatan”.

Program teknis tidak melihat dirinya sendiri sebagai fungsi akselerator proses pelaksanaan, tetapi lebih sebagai pelaksana kegiatan; dan kemudian berangsur-angsur menjadi pembuat dokumen. Kurangnya penghargaan terhadap sumber daya yang telah tersedia di daerah diindikasikan oleh sering tidak terkoordinasinya sumber daya tersebut atau pun digunakan sesuai dengan kapasitasnya. Hampir 45 daerah Uganda memiliki LSM yang dapat mendukung sumber daya dan logistik agar dapat melaksanakan kegiatan di berbagai daerah teknis, namun dana yang dianggarkan untuk kegiatan-kegiatan khusus tidak dapat dimanfaatkan dengan baik di hampir seluruh daerah.

Hambatan dan kekuatan pendukung desentralisasi di Uganda pada tahun 1993

Seperti halnya negara lain, proses desentralisasi di Uganda juga memiliki berbagai hambatan sekaligus kekuatan pendukung. Hambatan untuk desentralisasi meliputi masalah perbedaan budaya dan cara-cara kolonial sebelum kemerdekaan, serta tidak sebandingnya satu daerah dengan daerah lain, dimana satu daerah lebih baik atau lebih diinginkan daripada daerah lain.

Adapun kekuatan pendukung desentralisasi meliputi: (1) Perjalanan sejarah (tidak ingin kembali ke masa kekacauan seperti tahun 1970-an dan pertengahan tahun 1980-an). Pembantaian (*killing fields*) masih jelas di ingatan sebagian rakyat yang lolos dari kekacauan politik dan HIV/AIDS. (2) Tingginya tingkat kohesi sosial masyarakat melalui kepercayaan agama, sistem politik *grassroot*, dengan pembagian hak dan kewajiban masyarakat yang jelas. (3) Pemerintah pusat dan daerah mulai bekerja sama untuk menyelesaikan permasalahan sistem sejak tahun 1993. Program pembangunan kapasitas (*capacity building*) telah mulai dilaksanakan.

Kerangka umum desentralisasi

Konstitusi Uganda tahun 1995 mengatur kerangka umum desentralisasi, yang kemudian diperinci pada perda tahun 1997 (LGA). Ada lima tingkat pada pemerintahan daerah: *village, parish, sub county, county* dan *district*. Dari kelima ini, hanya tingkat distrik dan *sub county* yang memiliki kewenangan politis dan sumber daya khusus. Pemerintah daerah (pemda) dikatakan memiliki “otonomi” yang meliputi kewenangan legislatif dan eksekutif dalam wilayah hukum masing-masing.

District council meliputi pendidikan dasar dan menengah, sejumlah layanan kesehatan dasar (meliputi sejumlah rumahsakit tertentu dan pusat kesehatan, KIA, penyakit menular dan pengawasan vektor, dan pendidikan kesehatan), dan layanan dasar lainnya dibidang sumber air bersih, infrastruktur jalan, perencanaan, dan perizinan. Sejumlah bidang lain meliputi pendidikan dasar, layanan kesehatan

berbasis masyarakat, sanitasi, dan unit kesehatan tingkat yang lebih rendah, didelegasikan oleh *district* ke tingkat *councils* yang lebih rendah.

Dua mekanisme pengawasan diberikan dalam tingkatan hirarki pemerintahan. Pertama, peraturan tingkat lebih rendah harus diajukan untuk mendapat *constitutional review* dari tingkat yang lebih tinggi. Kedua, pemerintah tingkat yang lebih rendah diberi tugas pengawasan kinerja tenaga pemerintah yang lebih tinggi tingkatnya. Peraturan ini juga mengatur standar dan persyaratan untuk pertemuan komisi Kementerian dan untuk pengambilalihan pemda oleh presiden.

Sumber pendapatan negara diatur dalam undang-undang yang meliputi pajak *the graduated (head)*, pajak properti, dan berbagai perizinan dan *fees*. Pemda bisa menarik pajak tambahan, tetapi hanya atas persetujuan Kementerian Pemerintahan Daerah. Hal tersebut secara khusus membatasi pemda untuk tidak menyimpang dari peraturan, karena undang-undang sendiri tidak memberikan aturan bagi Kementerian untuk menyetujui atau tidak menyetujui sumber pendapatan baru. Tingkat *sub county* bertindak sebagai pengumpul pajak daerah dan menyerahkan 35% dari hasil pengumpulan pajak ke-16 distrik (separuhnya berada di wilayah perkotaan), dan menyerahkan sebagian kecil ke tingkat pemerintahan yang lebih rendah.

Pemerintah di tingkat distrik diharuskan untuk memberikan 30% pendapatan yang diperoleh distrik ke tingkat pemerintahan yang lebih rendah sesuai dengan suatu aturan yang berbasis pada angka kematian anak, jumlah anak usia sekolah, populasi dan wilayah. Di

samping pendapatan yang diperoleh dari daerah, pemerintah pusat memberikan tiga jenis dana hibah kepada pemda yaitu hibah tanpa syarat, hibah dengan syarat dan hibah penyeimbang. Hibah penyeimbang diberikan kepada daerah-daerah dengan persyaratan layanan umum.

Dampak desentralisasi terhadap sistem layanan kesehatan

Banyak ahli kesehatan memberikan peringatan tentang dampak yang mungkin disebabkan desentralisasi pada pelayanan kesehatan. Mereka berpendapat bahwa keberhasilan desentralisasi pada pelayanan kesehatan diharapkan dapat dicapai 5 sampai dengan 10 tahun kemudian, dan memerlukan penataan kembali organisasi Kementerian Kesehatan. Pengalaman di Uganda menunjukkan ada dua kekeliruan dalam rancangan desentralisasi yang berdampak pada layanan kesehatan.

Pertama, walaupun ada kebijakan desentralisasi, unit kesehatan Uganda hanya memiliki sedikit insentif guna mengatur biaya dengan efektif atau untuk menanggapi tuntutan daerah. Banyak keputusan penting tetap di bawah kewenangan pusat, dan untuk yang telah didelegasikan ke daerah tidak melalui penyaringan, sehingga menimbulkan suatu “sistem tersentralisasi yang tidak efektif” (Hutchinson, 2006).⁷⁰

Keputusan tentang gaji dan ketenagaan dibuat oleh daerah, keputusan tentang obat-obatan berasal dari pusat, dan pembiayaan

⁷⁰ Hutchinson, P. Aken, J., Ssenooba, F. (2006) *The Impact Decentralization on Health Care Seeking Behaviours in Uganda*. The International Journal of Health Planning and Management, 21 (3), 239-70.

rumahsakit berbasis pada jumlah tempat tidur yang tersedia. Hibah bersyarat untuk kesehatan, sebagaimana terjadi di bidang lain, mengurangi kebebasan daerah untuk menggunakan dana tersebut. Dana hibah bersyarat tersebut mengandung unsur pola ketenagaan, daftar negatif pengadaan, dan berbagai kegiatan lainnya.

Keadaan ini diperburuk dengan perilaku politikus nasional maupun daerah yang cenderung untuk mendukung pembangunan fasilitas kesehatan baru supaya popularitas mereka meningkat. Jadi, dilihat dari rancangannya, *governance* daerah tidak memiliki peran yang menentukan dalam pelayanan kesehatan meskipun telah terorganisir dengan lebih efektif.

Kedua, pelebaran wewenang daerah dalam pelayanan kesehatan tertentu telah menyebabkan dampak berlebihan. Hal ini menimbulkan ketidaknormalan. Desentralisasi akhirnya dipersepsikan sebagai kebijakan yang membahayakan program-program vertikal. Desentralisasi memerlukan sistem baru di tingkat distrik yang sebelumnya tidak ada. Tanpa dapat dihindari, hal tersebut menyebabkan preferensi negatif dan insentif untuk Pemda yang memiliki prioritas berbeda. Misalnya, dalam kasus penanggulangan malaria, Kementerian Kesehatan mengatur standar-standar dan petunjuk umum, dukungan dan pengawasan teknis, pelatihan, pendukung pengawasan epidemik, dan *monitoring*; namun, dana fiskal daerah lebih banyak mengarahkan hibah bersyarat untuk pelayanan kesehatan dasar yang menjadi prioritas lokal.

Sejumlah langkah yang bertujuan untuk memberantas korupsi dan ketidakefisienan di sektor kesehatan Uganda telah mulai

dilakukan. Misalnya, pendistribusian vaksin dan obat esensial yang sebelumnya dibagikan kepada distrik atas dasar pendapatan daerah, sekarang didistribusikan sesuai data kebutuhan.

Sistem informasi

Sejalan dengan pelaksanaan kebijakan desentralisasi, sistem manajemen informasi Uganda dibangun untuk mengumpulkan dan mengolah data pada sistem *input*, kebutuhan dan produk-produk kesehatan. Pendekatan ini juga membantu mengurangi insentif terhadap laporan yang berlebihan pada *input* dan *output* kebutuhan (seperti kasus pelaporan cakupan imunisasi). Agar lebih transparan, biaya unit kesehatan (bukan anggaran) yang dihitung, sedangkan pembiayaan yang berlebihan, khususnya yang menuai keluhan dari pengguna disampaikan kepada komisi kesehatan daerah.

Sejumlah komisi kesehatan daerah mengambil langkah lebih jauh dengan membuka paket obat-obatan yang dikirim ke distrik dan melakukan *cross check* stok dengan dokumen resminya. Pengawasan fasilitas yang dilakukan oleh tenaga di tingkat distrik dan sub distrik juga memberikan semacam perlindungan, sayangnya LGUs terkaya pun nampaknya tidak memiliki cara untuk memastikan pengawasan rutin terhadap seluruh fasilitas.

Dana untuk pelayanan yang terdesentralisasi

Meski telah menyiapkan rencana kesehatan di tingkat distrik, sektor kesehatan pada tingkat tersebut tidak didanai dengan baik. Suatu kajian telah mendokumentasikan bahwa sektor kesehatan

menjadi buruk dalam hal mencari dukungan dana dari pusat dibandingkan dengan masa sebelum desentralisasi pada tahun 1993. Sebelum tahun 2001, pendapatan distrik banyak berasal dari *local user fees*, tetapi kini tidak lagi. Akibatnya, distrik kehilangan sumber daya yang penting dan tidak dapat langsung memberi imbalan pada kinerja.

Alokasi distrik untuk program preventif mengalami penurunan karena lebih banyak dana daerah yang mengalir ke penanganan medis/kuratif (layanan berbasis rumahsakit). Sementara itu pihak *donors* telah menaikkan pengeluaran untuk upaya pencegahan, terutama untuk HIV/AIDS (lebih dari 90%) dan total pengeluaran kesehatan dari dana GDP meningkat lebih dari 50% dari tahun 1997 sampai dengan tahun 2005.

Pengalaman dari Uganda untuk Indonesia

Pengalaman di Uganda, seperti kebanyakan terjadi di negara lain adalah bahwa desentralisasi dilaksanakan pada sistem pemerintahan yang secara formal menjadi satu kesatuan dan lingkungan politik yang cenderung menjadi menjauhi pusat. Hal tersebut membuahkan implikasi-implikasi penting. Pertama, desentralisasi biasanya memberikan tempat bagi hirarki dengan lebih banyak penilaian oleh tingkat yang lebih tinggi, serta mekanisme disiplin dari atas, daripada dari arah sebaliknya. Dengan kata lain, ketidakseimbangan vertikal adalah suatu masalah penting dalam konteks desentralisasi keuangan maupun administratif pemerintahan

Pertanyaan selanjutnya apakah reformasi perlu dilakukan sekaligus pada saat yang bersamaan atau melaksanakannya dengan

perlahan (*gradual*) dan membiarkan struktur dan kemampuan menyusul kemudian. Situasi masyarakat Uganda nampaknya menyarankan pilihan kedua sebagai langkah yang patut dicoba. Namun Indonesia mengambil pendekatan *Big Bang* akibat tekanan politis.

Selanjutnya, pengalaman mengajarkan pentingnya kejelasan suatu daerah dan kewenangan nasional yang diawasi oleh sistem peradilan dan masyarakat melalui sejumlah aturan resmi dan alat politik. Hal ini melibatkan rantai vertikal yang beroperasi di kedua arah yaitu dari atas ke bawah dan dari bawah ke atas.

Singkatnya, strategi desentralisasi dengan jelas diharapkan dapat menghasilkan demokrasi yang sehat dan kelembagaan resmi sebagai kondisi yang diperlukan untuk meraih keberhasilan. Filipina telah berhasil dalam hal ini, sedangkan Uganda belum. Untuk menghindari desentralisasi yang terlalu ambisius, mekanisme hubungan yang sesuai perlu dibangun ke dalam institusi dan undang-undang desentralisasi, bersamaan dengan kebijakan pusat yang telah dipertimbangkan dengan baik dan meliputi perencanaan bersama antara pusat dan daerah.

Hal tersebut juga dapat membantu memastikan tatanan insentif daerah menuju pencapaian dukungan pada bidang-bidang yang menjadi prioritas nasional seperti pencegahan penyakit menular. Selain itu, proses desentralisasi juga harus memperhatikan insentif dan sumber daya dengan seksama dalam konteks kerja sama pusat dengan daerah.

3. Vietnam

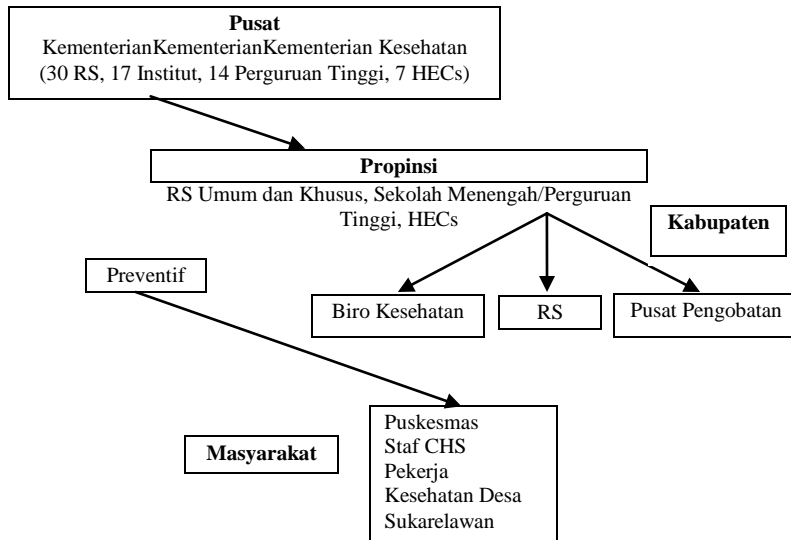
Desentralisasi muncul secara bertahap di Vietnam dan bukannya tanpa latar belakang sejarah. Mobilisasi sumber daya lokal terlihat sebagai kunci kinerja pemerintah yang mengagumkan pada tahun 1980-an dalam pelayanan kesehatan primer. Persatuan antar propinsi dan peran serta masyarakat dalam mendanai kesehatan begitu bermakna pada awal tahun 1990-an. Oleh karena itu, pemerintah lokal telah memiliki pengalaman dalam desentralisasi saat UU Anggaran Belanja Negara yang memberikan tambahan tugas bagi propinsi dan kabupaten ditetapkan di tahun 1996⁷¹. Undang-undang tersebut membentuk sistem *unitary financial* yang kokoh karena kewenangan nasional diberikan kepada tingkatan yang lebih rendah. Di setiap tingkatan, persiapan anggaran dan pelaksanaannya merupakan tanggung jawab DPR.

Sampai saat ini, Vietnam telah mengalami tiga “generasi” tantangan reformasi. Generasi pertama berjalan melalui datangnya reformasi pasar. Reformasi ini menghasilkan prestasi gemilang dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat. Reformasi ini juga berhubungan dengan tingkat perkembangan sosioekonomi. Pada reformasi gelombang pertama ini mobilisasi kinerja para petugas pelayanan kesehatan publik yang professional mempunyai peran penting.

⁷¹ Fritzen, S. A. (2007). *Legacies of Primary Health Care in an Age of Health Sector Reform: Vietnam's Commune Clinics in Transition. Social Science & Medicine*, 64(8), 1611-23.

Pada tahun 1990-an, “generasi kedua” tantangan kesehatan dan reformasi muncul. Pada tahun 1992, undang-undang mengenai keterlibatan sektor swasta dalam pengadaan layanan kesehatan dikeluarkan. Dengan adanya undang-undang ini maka sektor kesehatan swasta sah hidup di Vietnam. Pada tahun 1996, akselerasi pengeluaran biaya kesehatan telah dipacu oleh pertumbuhan ekonomi, persentase dari GDP yang bertambah dan bertambahnya bantuan asing seiring dicabutnya embargo AS tahun 1994. Perkembangan ini mendorong rangkaian investasi baru yang sangat substansial di bidang infrastruktur, peralatan medis dan ekspansi yang sangat sukses pada pencapaian target program kesehatan nasional yang terfokus pada penyakit endemis.

Tantangan “generasi ketiga” yang saat ini tengah dihadapi pejabat bidang kesehatan, adalah desentralisasi. Dari suatu negara yang paling tersentralisir di dunia, reformasi telah mengembangkan kewenangan subnasional sejak dilaksanakan pertengahan tahun 1990-an. Pembagian anggaran untuk total pembelanjaan pengeluaran publik oleh pemerintah bertambah setiap tahun sebesar 48%, dan bagi pejabat sektor kesehatan bertambah sekitar 80%. Propinsi telah menjadi pemain yang sangat penting pada bidang pemerintahan lokal.



Gambar 3.6 Organisasi Layanan Kesehatan di Vietnam

Tren terbesar lain adalah privatisasi pelayanan, yang mengikuti pengaruh mekanisme pasar. Ada suatu hal menarik dalam konteks kekuasaan dan kesehatan. Kekuasaan politik di Vietnam tetap berada pada sistem sentris karena ada keterbatasan lingkup aktivitas organisasi independen selain dari struktur yang dipimpin partai. Sementara itu, di bidang kesehatan para penguasa menunjukkan kesungguhan untuk mengembangkan riset mengenai kekuatan pasar dalam penyediaan layanan kesehatan. “Sosialisasi” merupakan terminologi politik yang digunakan Vietnam untuk menggambarkan cakupan pelayanan kesehatan yang diperluas melalui fasilitas publik gratis dan pelaku swasta, walaupun hal itu bertentangan dengan kecenderungan ideologi yang ada.

Fase-fase dalam proses desentralisasi di sektor kesehatan

Desentralisasi sektor kesehatan di Vietnam merupakan hasil dari perubahan politik dan ekonomi. Terdapat empat fase desentralisasi sejak tahun 1985 dan melewati enam legislasi desentralisasi utama sejak 1995. Dengan demikian, selama lebih dari 20 tahun desentralisasi di Vietnam telah menghasilkan model campuran yang semuanya cenderung mengarah kepada privatisasi dan penguatan otonomi fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah. Keempat fase proses desentralisasi di Vietnam tersebut adalah:

Fase I : Persatuan sampai tahun 1985

Fase II : Reformasi ekonomi (Doi Moi) tahun 1986

Fase III: Reformasi administrasi publik tahun 1995

Fase IV: Desentralisasi di bidang fiskal, administratif dan politik tahun 2000

Setiap fase memberikan hasil yang berbeda. Fase I: melakukan desentralisasi pengadaan dan manajemen layanan kesehatan yang terdekonsentrasi. Pada fase ini didirikan jaringan layanan kesehatan dari level primer sampai tersier. Prinsip-prinsip layanan kesehatan utama pada tingkat kabupaten dan tingkat yang lebih rendah diputuskan. Desentralisasi juga bertujuan untuk perpanjangan wewenang tertentu, mengatasi terbatasnya personel pada tingkat propinsi dan tingkat di bawahnya. Tetapi dalam fase ini tidak ada kontrol anggaran terpusat. Terbatasnya layanan kesehatan disebabkan oleh kurangnya berbagai sumber daya, akibatnya tujuan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan tidak dapat tercapai. Secara keseluruhan, terdapat indikasi manajemen yang lemah di tingkat

kabupaten dan tingkat dibawahnya. Sebagai contoh, pemerintah tidak mampu untuk menjangkau kebutuhan khusus tenaga kesehatan tertentu dan mengatasi daerah rawan.

Selanjutnya, Fase II: reformasi ekonomi *Doi Moi* pada tahun 1985 yaitu wewenang banyak dipindah dari pusat ke propinsi. Sebagai konsekuensinya, sumber daya untuk kesehatan baik propinsi maupun pusat harus bertambah. Anggaran di bawah kewenangan badan kesehatan propinsi dikontrol dengan banyaknya larangan dan panduan yang ketat. Rencana kesehatan daerah ditujukan untuk kebutuhan kesehatan masyarakat. Jaringan layanan kesehatan diperkuat. Sayangnya, kualitas layanan kesehatan masih belum meningkat dan layanan kesehatan tidak mempertimbangkan kelompok rentan. Sebagai contoh, penggunaan fasilitas gratis diperkenalkan tetapi justru menempatkan masyarakat miskin pada posisi yang rentan.

Fase III: pada tahun 1995, seluruh dunia mengalami reformasi manajemen publik (yang dikenal dengan aliran *New Public Management*), begitu juga Vietnam. Sebagai hasilnya, anggaran kesehatan dan tanggung jawab manajemen diberikan kepada pemma dengan beberapa batasan. Dampak langsung adalah dana daerah untuk kesehatan terus bertambah. Beberapa kelompok dan daerah rentan menjadi target dan fokus perhatian dialihkan ke pelayanan sekunder dan tersier. Pemerintah juga mulai memperhatikan kualitas layanan kesehatan di tingkat yang lebih rendah. Sayangnya Kementerian Kesehatan Vietnam sendiri tidak sadar akan perubahan pada kebutuhan lokal, lebih khususnya pada tingkat masyarakat, sehingga tidak bisa dipenuhi. Lebih buruk lagi, fenomena jalan pintas mulai

nampak. Kurangnya personel kesehatan di berbagai daerah menjadi masalah dan perbedaan dalam status kesehatan menjadi semakin nampak.

Fase IV: pada tahun 2000 desentralisasi mengakibatkan persaingan yang kian berkembang antara sektor kesehatan publik dan swasta. Hasil positifnya adalah bahwa layanan kesehatan tingkat kabupaten dapat ditata ulang dan ditargetkan ke lebih banyak kelompok masyarakat dan daerah rawan. Secara keseluruhan, ada kecenderungan pemerataan sarana kesehatan/rumahsakit pemerintah. Ada sedikit perubahan pada struktur dan peran dan tanggung jawab Kementerian Kesehatan. Polarisasi yang lebih lanjut dari layanan kesehatan preventif dan kuratif pada tingkat daerah masih sangat jelas. Masalah terjadi pada pengendalian biaya, seperti obat-obatan, persediaan medis, dan masa rawat inap. Masyarakat semi-miskin sangat rentan dikarenakan prioritas dari sarana/rumahsakit kesehatan tidak jelas dan semua pengelolaan pelayanan kesehatan di berbagai tingkat menjadi melemah.

Pelaksanaan desentralisasi kesehatan - faktor pendukung

Ada beberapa faktor pendukung dalam melaksanakan desentralisasi bidang kesehatan. Yang pertama, adanya komitmen politik kuat di seluruh tingkatan dimana desentralisasi dianggap sebagai bagian keseluruhan reformasi sektor publik. Yang kedua, adanya dukungan dari sektor yang lain. Proses devolusi itu sendiri dilakukan secara bertahap dan biasanya diikuti dengan berbagai sarana

pendukung seperti perubahan peraturan dalam bidang legislasi, administrasi dan keuangan.

Sebagai negara yang bertumbuh dengan cepat, Vietnam memiliki sumber daya untuk mendukung pelaksanaan desentralisasi kesehatan. Walaupun belum mencukupi, pemerintah Vietnam telah melakukan tindakan untuk melindungi masyarakat miskin dan mengurangi ketidakadilan yang diakibatkan oleh proses desentralisasi.

Dampak desentralisasi terhadap sistem kesehatan

Dampak keseluruhan dari desentralisasi adalah positif tetapi dampak tersebut dipengaruhi oleh faktor eksternal lainnya seperti keadaan ekonomi propinsi, kekuatan manajemen, tingkat koordinasi, lingkungan geografi, dan lain-lain. Sebagai contoh, terdapat perubahan kecil pada struktur keuangan baik pada pemerintah pusat dan daerah sejak tahun 1998. Pengeluaran pemerintah di bidang kesehatan yang masih sangat rendah sementara institusi kuratif mendapatkan keuntungan finansial yang lebih banyak daripada unit/institusi preventif. Fleksibilitas untuk menggunakan sumber-sumber keuangan, khususnya dana pemerintah, mulai terjadi pada setiap tingkatan tetapi ketepatan pada aktivitas penggerak pendapatan dan investasi tidak jelas.

Dampak pada struktur

Tidak ada laporan perubahan yang signifikan pada struktur manajemen di institusi kesehatan/rumahsakit. Jumlah layanan kesehatan yang diberikan bertambah dan beberapa rumahsakit bahkan

telah melaporkan peningkatan kualitas layanan kesehatan dikarenakan investasi yang lebih baik di daerah miskin. Efektivitas, efisiensi dan biaya layanan kesehatan biasanya merupakan suatu pertanyaan pada saat kebanyakan rumahsakit melaporkan peningkatan jumlah lamanya rawat inap.

Sebaliknya, terdapat perubahan yang signifikan dalam organisasi Kementerian Kesehatan. Perubahan terjadi pula pada cakupan layanan kesehatan daerah. Namun adapula daerah-daerah yang sulit berubah di tingkat kabupaten dalam melaksanakan SK Menkes No.267/2008 dan Permenkes No.1045/2006 tentang reorganisasi layanan kesehatan.

Kebijakan nasional dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan tapi ketaatan terhadap kebijakan tersebut bervariasi. Fakta bahwa pemerintah pusat dan lokal dapat mengeluarkan peraturan menimbulkan kebingungan dan konflik dalam interpretasi. Dampak yang ditimbulkan pada pembuatan keputusan/administratif desentralisasi cukup positif karena masing-masing institusi bisa mengambil berbagai keputusan dan memanfaatkan sumber daya guna memenuhi kebutuhan lokal. Tetapi, legislasi kesehatan propinsi cenderung dirumuskan tanpa atau hanya sebatas konsultasi dengan *stakeholder* sehingga mengakibatkan keluhan dan frustrasi.

Dampak terhadap sumber daya manusia

Terdapat peningkatan jumlah rumahsakit di tingkat propinsi tetapi sebaliknya ada penyusutan dalam rumahsakit di tingkat kabupaten, sementara tidak ada perubahan pada layanan preventif. Di

tingkat kabupaten, ketiga kesatuan kesehatan yaitu biro kesehatan, rumahsakit dan pengobatan preventif menghadapi kekurangan tenaga administrasi dan teknis karena pelaksanaan SK Menkes No.267/2008. Secara khusus, terjadi pengurangan staf puskesmas.

Dampak terhadap sistem informasi

Desentralisasi juga tidak memberikan perbaikan secara menyeluruh terhadap sistem informasi kesehatan nasional, padahal pencatatan dan pelaporan informasi kesehatan di tingkat kabupaten harus dilaporkan dengan seksama. Beberapa rumahsakit di tingkat kabupaten dan propinsi telah menyampaikan adanya peningkatan dalam penggunaan sistem informasi rumahsakit dan *software* terkait. *Surveilans* terhadap penyakit tidak meningkat karena adanya desentralisasi, sebaliknya justru mengalami dampak negatif.

Dampak terhadap administrasi

Sayangnya, terdapat indikasi adanya situasi keseluruhan yang kian memburuk dalam hal akuntabilitas administratif dan manajemen serta masalah pemerataan, khususnya di tingkat kabupaten dan kecamatan. Partisipasi penduduk/masyarakat dalam manajemen rumahsakit tidak ada. Ini diindikasikan oleh reformasi administrasi (misalnya satu pintu pelayanan) yang tidak ditangani secara serius dengan mekanisme akuntabilitas. Legislasi dan peraturan dibuat untuk melindungi masyarakat miskin, para veteran dan sejumlah kelompok sosial yang tersingkir (misalnya etnis minoritas), tetapi masyarakat

semi miskin tidak terlindungi di bawah hukum sehingga mereka menjadi sangat rentan.

Hanya kurang dari 40% populasi yang tercakup dalam asuransi kesehatan. Pasien asuransi dari suatu propinsi tidak akan mendapatkan jaminan asuransi kesehatan di propinsi lain. Beberapa rumahsakit sebenarnya menyediakan dana untuk mensubsidi mereka yang tidak mampu membayar tetapi banyak yang tidak menawarkan fasilitas ini. Rumah sakit cenderung menginvestasikan dana itu di teknologi tinggi yang cenderung memberikan keuntungan lebih banyak, sedangkan layanan yang banyak diminta oleh masyarakat miskin namun tidak menghasilkan keuntungan yang tinggi kadangkala tidak tersedia.

Masalah-masalah yang selalu ada

Ada juga masalah yang terus terjadi. Masa depan yang tidak pasti karena ketidakjelasan struktur dan peran Kementerian Kesehatan, pembagian yang tajam antara layanan kesehatan primer dan upaya kesehatan di tingkat yang lebih rendah, lemahnya kemampuan manajerial dan kemampuan perencanaan, pendekatan “*project*” yang tidak berkelanjutan, perlindungan masyarakat miskin dan semi miskin yang tidak mencukupi, dan lain-lain.

Persaingan juga bertambah antara sektor kesehatan publik dan swasta. Investasi yang kecil di bidang kesehatan sangat merugikan masyarakat miskin, khususnya mereka yang bertempat tinggal di kabupaten/propinsi yang miskin. Keberpihakan pada pasien yang mampu membayar langsung menyebabkan kesenjangan di bidang kesehatan. Penggabungan sarana kesehatan pemerintah tanpa

peraturan dan panduan yang jelas menambah risiko adanya korupsi dan kesalahan manajemen kesehatan.

Pengalaman dari Vietnam untuk Indonesia

Pengalaman Vietnam menunjukkan sangat pentingnya koordinasi Kementerian Kesehatan dengan kementerian lain yang terkait dengan sektor kesehatan dan reformasi administrasi publik. Desentralisasi membutuhkan perencanaan dan pengertian yang lebih baik tentang bagaimana cara sistem bekerja (*know how* bukan hanya *knowledge*).

Pelajaran lain yang layak dipetik adalah bahwa pemahaman terhadap desentralisasi/reformasi sangat krusial dan bahwa proses mendesentralisir sektor kesehatan membutuhkan konsultasi yang luas di semua tingkatan dan harus dilaksanakan secara berkala. Harus ada fleksibilitas untuk mengarahkan proses desentralisasi dengan benar untuk mengatasi masalah.

Bagian 2: Pengalaman yang dipelajari adalah pelajaran yang didapat

Secara konseptual, manfaat paling potensial dari pelaksanaan desentralisasi layanan kesehatan adalah memberikan aliran informasi dan interaksi yang lebih dekat antara penyedia dan konsumen layanan kesehatan, membawa layanan kesehatan yang ditargetkan dengan baik untuk berbagai kebutuhan lokal. Bila berhasil, desentralisasi akan mengarah pada partisipasi masyarakat yang lebih sistematis dan pengambilan keputusan yang sesuai dengan tujuan kebijakan,

perencanaan dan keuangan serta dalam mengawasi penetapan pelayanan⁷².

Untuk mencapai hasil ini, konsumen perlu untuk memiliki akses terhadap informasi, sarana finansial, dan *bargaining power* yang diperlukan untuk mendapatkan respon yang tepat dari penyedia layanan kesehatan di tingkat kabupaten. Sebagai timbal-baliknya, para penyedia layanan kesehatan ini perlu untuk mendapatkan insentif yang layak dan memperoleh dukungan keterampilan, pengawasan, dukungan material dan wewenang untuk menawarkan layanan kesehatan yang baik. Bila kondisi tersebut terpenuhi, desentralisasi akan mampu memberikan dasar-dasar keuangan yang kokoh, serta memajukan bidang kesehatan.

Sebaliknya, tuntutan desentralisasi atas tata ulang organisasi pemerintah yang terlalu jauh untuk dicapai bisa sangat mengganggu dalam jangka waktu pendek. Ini akan menimbulkan resistensi dari tenaga kesehatan yang takut kehilangan status, tunjangan, dan kewenangan sebagai akibat karena dipindah ke tingkat pemerintahan yang lebih rendah. Dampak jangka pendek lainnya meliputi penarikan bantuan yang sebelumnya diperuntukkan bagi masyarakat miskin, perubahan mekanisme laporan, akuntabilitas dan prosedur pengawasan kualitas, yang semuanya berpotensi mengarah pada pelaksanaan dan kualitas layanan yang buruk.

⁷² Huff-Rousselle, M. (2001). *Myths and Realities about the Decentralization of Health Systems*. International Journal of Health Planning and Management, 16(2), 172-4.

Berbagai pelajaran yang dapat ditarik untuk Indonesia

Ketiga contoh internasional di atas memiliki kekayaan pengalaman yang dapat menjadi sumber pelajaran bagi Indonesia.

Pelajaran untuk pengelolaan undang-undang dan aturan pelaksanaan

Pelajaran pertama bagi Indonesia adalah kenyataan bahwa ketiga kasus pengalaman di negara lain menunjukkan bahwa peningkatan status kesehatan yang didapat dari desentralisasi hanya sedikit. Hal ini mencerminkan keadaan di luar kendali para pembuat kebijakan.

Konsisten dengan aturan perundang-undangan masing-masing, ketiga negara tersebut mengeluarkan rangkaian perundang-undangan tentang desentralisasi layanan kesehatan. Selain itu kekuasaan administrasi dan tanggung jawabnya ditambah. Pemda juga mendapatkan otonomi fiskal yang lebih besar melalui pembagian yang lebih besar dari pendapatan pemerintah dan kekuasaan perpajakan yang diperbesar.

Di Indonesia, UU Desentralisasi yang dimaksud adalah UU No.22/1999 dan UU No.25/1999 yang diamandemen dengan UU No.32/2004 dan UU No.33/2004. Sementara PP No.25/1999 yang diubah dengan PP No.38/2007 merupakan aturan pelaksanaan kebijakan desentralisasi. Ini setara dengan Filipina yang mengumumkan desentralisasi melalui Kode Pemerintah Lokal tahun 1991, dilaksanakan pada tahun berikutnya. Di Vietnam, reformasi *doi moi* yang dimulai tahun 1986 dan Reformasi Administrasi Publik

tahun 1995 yang membentuk desentralisasi kesehatan, diatur pelaksanaannya melalui UU Anggaran Negara tahun 1999 dan tahun 2000. Undang-undang yang terakhir disebutkan ini membawa perubahan-perubahan yang mendasar dalam persiapan, persetujuan dan pelaksanaan anggaran dari seluruh agen pemerintah, dari pusat sampai tingkat daerah. Di Uganda reformasi bidang kesehatan merupakan bagian dari keseluruhan reformasi pada sektor publik, desentralisasi dan privatisasi.

Desentralisasi terdiri dari komponen politik, keuangan dan administrasi. Komponen politik sangatlah kuat dengan adanya dewan terpilih di tingkat kabupaten dan kecamatan yang memiliki pengaruh kuat termasuk hak untuk menaikkan pendapatan. Bidang kesehatan jarang menjadi prioritas dalam agenda politik selama reformasi.

Di ketiga negara, hukum perlu lebih diperjelas, didukung langsung dengan berbagai aturan supaya berdampak pada desentralisasi layanan kesehatan. Contohnya di Filipina adalah Magna Carta untuk Tenaga Kesehatan Publik tahun 1992, Tunjangan dan Insentif bagi Pekerja Kesehatan *The Barangay* tahun 1995, dan Gerakan Asuransi Kesehatan Nasional tahun 1995. Di Vietnam, Kongres Partai Komunis Ketujuh menyerahkan resolusi untuk memperluas “lingkup tanggung jawab dan kekuasaan sektor dan sekitarnya” dan menyerahkan Keputusan Demokrasi Akar Rumput di tahun 1999. Sejak tahun 2004, Dewan Perwakilan Tingkat Propinsi telah memiliki lebih banyak wewenang untuk memprioritaskan pengeluaran dan menentukan alokasi sektoral untuk meneruskannya

ke tingkat yang lebih rendah dan dilengkapi oleh sarana untuk menggerakkan sumber daya yang lebih besar.

Berlawanan dengan model desentralisasi yang diterapkan secara perlahan, pelaksanaan di Filipina dan Indonesia muncul dalam model *Big Bang*. Transfer tenaga di Filipina sebanyak 45.896 tenaga kesehatan dilaksanakan bersamaan dengan pemindahan rumahsakit, klinik dan sarana lainnya pada tahun 1993, dua tahun setelah menyerahkan Kode Pemerintahan Daerah. Indonesia telah menyelesaikan transfer yang serupa pada tahun 2001, kurang dari dua tahun setelah mengesahkan UU No.22 dan UU No.25 di tahun 1999.

Pendekatan *Big Bang* di Indonesia dan Filipina menampakkan ketidakpraktisannya. Di Indonesia, hukum dan undang-undang dan peraturan tidak memberi perhatian cukup detail pada fungsi dan tanggung jawab operasional; hal ini mengakibatkan kebingungan dan perbedaan persepsi antara propinsi dan kabupaten. Sebagai contoh, propinsi seharusnya menangani tugas-tugas lintas kabupaten tapi tidak ada temuan definitif yang mengatakan pada mereka bagaimana cara menerapkan peraturan tersebut. Hal ini disebabkan karena PP No.25/2000 yang tidak jelas dan menimbulkan banyak tafsir. Dapat dipahami bahwa PP No.25/2000 merupakan aturan tidak jelas, karena waktu persiapannya sangat sempit dalam suasana Indonesia yang masih mengalami euforia dengan reformasi pasca turunnya Presiden Soeharto dipenghujung dekade 1990-an.

Undang-undang dan peraturan yang mengatur desentralisasi sering tidak konsisten dengan undang-undang yang lain, khususnya peraturan yang mengatur layanan masyarakat. Sebagai contoh, kasus

sistem keuangan antar pemerintah yang menghasilkan DAU dan berbagai dana perimbangan yang disetarakan dengan perkembangan Inpres pada masa lalu. Seperti halnya Inpres, DAU adalah berbagai dana perimbangan yang mencoba untuk menjamin program nasional. Namun kegunaan DAU ini masih tidak seefektif dana Inpres pada masa sentralisasi. Inpres memungkinkan pemerintah pusat untuk menjamin beberapa sektor kunci seperti infrastruktur jalan, kesehatan publik dan pendidikan di seluruh wilayah Indonesia yang beragam. Pengalaman Pemda dengan Inpres seharusnya menjadi pelajaran dalam pelaksanaan DAU ataupun dana dekonsentrasi yang jelas.

Namun situasi ini tidak berjalan sesuai harapan. Undang-undang dan peraturan pemerintah yang disusun pada awal tahun 2000-an seperti UU No.22/1999 dan UU No.25/1999 dan PP No.25/2000 harus diamandemen. Penyusunan undang-undang dan peraturan pemerintah memang harus terencana dan tepat.

Pelajaran tentang perubahan tata administrasi

Pengalaman di ketiga negara menunjukkan bahwa persiapan administratif tidak mencukupi. Sebagai contoh, banyak pejabat daerah di Filipina yang tidak menyadari suasana yang tepat dan luasnya tanggung jawab pengeluaran dan kekuasaan mereka. Departemen Kesehatan Pusat dinilai sangat lamban dalam mentransfer dirinya secara struktural dan operasional⁷³. Kurangnya tenaga personel sangat menghambat bantuan pemda dan layanan pengawasan yang diciptakan

⁷³ Bird, R., & Rodriguez, E. R. (1999). *Decentralization and Poverty Alleviation. International Experience and the Case of the Philippines*. *Public Administration and Development*, 19(3), 299-319.

untuk mengatasi masalah transisi, dan di tingkat pelayanan ada kekurangan wewenang karena Departemen Kesehatan telah mengatur program kesehatan publik seperti masa sebelumnya.

Dalam situasi Departemen Kesehatan yang tampak tidak pasti, sepertinya banyak pemda yang menerapkan strategi menunggu dan melihat kondisi dulu, sambil berharap bahwa akan terjadi saling menyalahkan pembagian tugas dalam sistem kesehatan publik sehingga pemerintah terpaksa memusatkan ulang fungsi kesehatan.

Vietnam berjuang untuk mengorientasikan kembali peran mereka dengan mengacu pada dua cara dalam kapasitas strategi dan operasional yang umumnya dialami pada masa transisi⁷⁴. Tekanan yang lazim terjadi ada pada reformasi manajemen via norma administratif antara lain adalah percobaan untuk menaikkan nilai gaji tambahan untuk memberikan insentif (misalnya agar mau direlokasi ke lokasi pedesaan terpencil) walaupun insentif tersebut dikerdilkan oleh perbedaan gaji aktual. Kesenjangan antara norma dan realita administratif juga dibuktikan oleh peraturan di sektor swasta dimana di beberapa daerah hanya sebagian kecil pekerja di sektor kesehatan swasta yang terdaftar dan pendekatan yang logis untuk regulasi kualitas belum ada.

Fritzen (2007)⁷⁴ juga mencatat bahwa norma administratif dan perencanaan juga mengaktifkan kembali “jenjang strategi” dan masa transisi, suatu jenjang yang bisa membantu menjelaskan perbedaan-perbedaan yang besar antara “kebijakan dan peraturan” di satu sisi

⁷⁴ Fritzen, S. A. (2007). *Reorienting Health Ministry Roles in Transition Settings: Capacity and Strategy Gaps*. Health Policy, 83(1), 73-83.

dengan “pola pelaksanaan dan hasil” di sisi yang lain. Celah strategi ini cocok bagi kasus Vietnam dalam dua kejadian.

Yang pertama adalah pendekatan “satu untuk semua” terhadap peraturan dan aturan standar. Yang kedua adalah kurang fokusnya strategi pada perubahan intervensi kementerian terhadap daerah yang didukung oleh pilihan mengenai kualitas layanan kesehatan yang ditawarkan di sarana yang berbeda. Secara logika, dukungan untuk pelaksanaan desentralisasi melalui “suara konsumen” tentang peningkatan kualitas layanan kesehatan sebenarnya memiliki arti penting dalam otonomi manajerial dan layanan yang diprivatisasi, tetapi kementerian tampaknya tak dapat menerima tindakan tersebut.

Pelajaran untuk hubungan pusat dan daerah

Susunan pemerintahan di Asia Tenggara telah lama secara khas tersentralisir. Akan tetapi gelombang perubahan di tahun 1990-an sebagai pendorong demokratisasi menekan negara ke arah desentralisasi. Hal ini merupakan suatu pengalaman baru bagi negara-negara di Asia. Konsekuensinya situasi ini mengharuskan susunan pemerintahan yang inovatif dalam hubungan pusat dengan lokal⁷⁵.

Temuan ini mengatakan bahwa sekalipun demokratisasi memberikan dorongan awal, rangkaian desentralisasi yang terpilih di masing-masing negara ditentukan oleh pelaku politik dan situasi dalam negeri. Desentralisasi belum menuju perbaikan layanan kesehatan yang telah ditargetkan apabila pemerintah pusat yang

⁷⁵ Bossert, T. J., & Beauvais, J. C. (2002). *Decentralization of Health Systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a Comparative Analysis of Decision Space*. *Health Policy and Planning*, 17(1), 14-31.

memberikan kewenangan kepada pejabat wilayah subnasional mereka masih mendesak untuk mengontrol fiskal dan sarana lainnya⁷⁶.

Sebagai contoh, desentralisasi sektor publik di Uganda⁷⁷. Kekuasaan resmi telah diberikan kepada tingkat yang lebih rendah, tetapi pemerintah pusat masih memiliki kekuasaan terhadap keuangan yang akan berdampak pada kabupaten. Oleh karena itu, perbedaan antara kekuasaan formal yang diberikan kepada kabupaten dan sarana finansial yang diberikan menjadi sangat mencolok.

Uganda telah melaksanakan suatu paket reformasi sektor publik termasuk desentralisasi fungsi pemerintah pusat kepada 46 kabupaten⁷⁸. Desentralisasi Uganda terdiri dari komponen politik, administratif, keuangan, sehingga memungkinkan kabupaten untuk tumbuh secara otonomi. Sejalan dengan desentralisasi, perencanaan, penganggaran dan pengadaan layanan sosial sekarang merupakan tanggung jawab kabupaten.

Pelajaran tentang peran Departemen Kesehatan

Reformasi sektor publik telah merubah peran kementerian yang bersifat teknis pada tingkat pusat, termasuk departemen/Kementerian Kesehatan. Peran utama kementerian saat ini adalah untuk mengembangkan kebijakan dan panduan, untuk me-

⁷⁶ Peckham, S., Exworthy, M., Greener, I., & Powell, M. (2005). *Decentralizing Health Services: More Local Accountability or Just More Central Control?* Public Money & Management, 25(4), 221-8.

⁷⁷ Kapiriri, L., Norheim, O. F., & Heggenhougen, K. (2003). Publik participation in health planning and priority setting at the district level in Uganda. *Health Policy and Planning*, 18(2), 205-213.

⁷⁸ Okuonzi, S. A & Jeppsson, A. (2000). Vertical or holistic decentralization of the health sektor? Experiences from Zambia and Uganda. *International Journal of Health Planning and Management*, 15(4), 273-89.

monitor aktivitas dan memberikan bantuan logistik bila diperlukan. Dalam kasus Kementerian Kesehatan, perubahan peran telah dijabarkan sebagai suatu perubahan dari “kementerian untuk layanan kesehatan” menjadi suatu “kementerian untuk penyusunan kebijakan kesehatan yang baik”⁷⁹.

Fungsi terbaru dari kementerian adalah untuk merumuskan kebijakan, menetapkan standar pelayanan, memastikan kualitas, memberikan pelatihan dan panduan perkembangan SDM, memberikan pengawasan teknis, merespon adanya epidemik dan bencana lainnya, serta mengawasi dan mengevaluasi layanan kesehatan.

Sebelum desentralisasi, Departemen Perencanaan Kesehatan dari Kementerian Kesehatan tidak memiliki peran yang menonjol. Situasi seperti ini menyebabkan permasalahan dalam hal koordinasi internal berbagai program Kementerian Kesehatan, khususnya berkenaan dengan peran Kementerian Kesehatan yang seharusnya bermain *vis a vis* kabupaten. Interaksi dengan kabupaten seringkali dilaksanakan dalam ruang *ad hoc* dan sangat didasarkan pada dana proyek yang terpisah.

Kabupaten punya kesempatan untuk melaksanakan program teknis dan mengorganisir pelaksanaan layanan kesehatan dengan cara mereka, tetapi pada umumnya mereka puas terhadap kenyataan bahwa mereka bisa saja melaksanakan urusan mereka secara mandiri tanpa

⁷⁹ Jéppsson, A., Ostergren, P. O., & Hagstrom, B. (2003). *Restructuring a Ministry of Health - an Issue of Structure and Process: a Case Study from Uganda*. Health Policy and Planning, 18(1), 68-73.

banyak campur tangan dari tingkat pusat⁸⁰. Interaksi langsung antara lembaga donor dan kabupaten terjadi secara mencolok.

Pelajaran untuk dampak desentralisasi

Tujuan dari semua reformasi adalah untuk membuat perbaikan kinerja. Dalam sektor kesehatan perbaikan diharapkan berbentuk peningkatan manfaat layanan kesehatan, akses layanan yang lebih baik, lebih menjangkau populasi dengan layanan dasar, kualitas layanan kesehatan yang lebih baik dan pengurangan angka kesakitan dan kematian. Namun, tampaknya tidak banyak peningkatan yang terjadi pada layanan sosial atau dalam kualitas hidup masyarakat selama periode reformasi⁸¹. Banyak indikator yang masih sama atau malah lebih buruk. Akses terhadap pelayanan kesehatan dasar juga tetap buruk. Bahkan, aspek kualitas tidak menunjukkan perbaikan⁸².

Artinya, tujuan *intermediate* yang diinginkan sampai sekarang belum tercapai. Kemunduran pada beberapa layanan kesehatan seringkali berhubungan dengan desentralisasi dan reformasi⁸³. Di Uganda, sistem manajerial, keuangan dan administratif dibuat pada sistem pemerintahan. Sebagai konsekuensinya, petugas kesehatan terikat dengan sistem politik di tingkat kabupaten. Uganda menawarkan kesempatan yang substansial untuk melibatkan pimpinan

⁸⁰ Elsey, H., Kilonzo, N., Tolhurst, R., & Molyneux, C. (2005). *Bypassing Districts? Implications of Sector-Wide Approaches and Decentralization for Integrating Gender Equity in Uganda and Kenya*. *Health Policy and Planning*, 20(3), 150-57.

⁸¹ Jeppsson, A. (2002). *Swap Dynamics in a Decentralized Context: Experiences from Uganda*. *Social Science & Medicine*, 55(11), 2053-2060.

⁸² Deininger, K., & Mpuga, P. (2005). *Does Greater Accountability Improve the Quality of Public Service Delivery? Evidence from Uganda*. *World Development*, 33(1), 171-91.

⁸³ Bossert, T. J., & Beauvais, J. C. (2002). *Decentralization of Health Systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a Comparative Analysis of Decision Space*. *Health Policy and Planning*, 17(1), 14-31.

politik dan administratif dalam proses pengambilan keputusan mengenai layanan kesehatan di tingkat kabupaten, namun selama ini kesempatan tersebut tidak begitu banyak digunakan.

Pelajaran dalam konteks isu politik

Berdasarkan luasnya cakupan, kesehatan masih dilihat sebagai masalah teknis daripada masalah sosial dan politik. Desentralisasi holistik di Uganda menawarkan peluang untuk melekatkan isu kesehatan secara lokal sebagai isu politik karena reformasi sektor kesehatan telah dibentuk agar bisa masuk ke reformasi politik dan ekonomi yang lebih luas. Tetapi ini belum dilakukan pada bidang yang lebih luas lagi. Ini juga juga memberikan peluang lebih untuk menyebarkan konsep kesehatan dari konsep biomedis yang sederhana ke konsep yang lebih luas, yang mencakup politik, sosial dan elemen budaya. Tapi ini bisa dengan mudah kehilangan fokus pada permasalahan kesehatan dan prioritasnya.

Dihadapkan pada prioritas yang saling bersaing dalam bidang pendidikan, agrikultur, perkembangan infrastruktur, dan perdagangan dan perniagaan, pemerintah biasanya tidak menempatkan kesehatan di posisi atas pada daftar prioritas seperti yang tercermin dalam anggaran⁸⁴, sebagaimana terjadi di Indonesia.

⁸⁴ Kajula, P. W., Kintu, F., Barugahare, J., & Neema, S. (2004). *Political Analysis of Rapid Change in Uganda's Health Financing Policy and Consequences on Service Delivery for Malaria Control*. International Journal of Health Planning and Management, 19, S133-S53.

Pelajaran untuk pemerataan

Pengenalan konsep *user fees* di layanan kesehatan seringkali diikuti dengan perhatian mengenai dampak akses pemerataan bagi masyarakat miskin. Pemerintah seringkali mencoba untuk memperbaiki ketidakadilan yang tercipta dengan meletakkan jaring pengaman dalam bentuk pembebasan dan surat keterangan gratis bagi pengguna⁸⁵. Tetapi, bila pasien yang mampu membayar berperan untuk menjadi pemasukan pemda, maka tanpa kebijakan nasional tampaknya pemerintah lokal seringkali lebih tertarik pada peningkatan pendapatan guna menutupi biaya-biaya yang terus bertambah. Pemda bisa memandang jaring pengaman begitu kontradiktif dengan tujuannya, sehingga diacuhkan atau diganti untuk memenuhi tujuan pendapatan daerah.

Bila daerah diberi kewenangan untuk mengelola anggaran mereka sendiri, tampak secara jelas bahwa anggaran untuk kesehatan dikurangi. Kriteria untuk alokasi dana kesehatan seringkali berdasarkan pandangan yang berbeda dari mereka yang ada di tingkat pusat, akibatnya bisa terjadi konflik antara keduanya. Pemerintah pusat biasanya mengidentifikasi hal ini sebagai “kurangnya dukungan lokal” di sektor kesehatan⁸⁶. Tenaga kesehatan perlu bekerja lebih dekat lagi dengan pimpinan daerah dan pegawai kabupaten untuk memasukkan bidang kesehatan sebagai prioritas politik agar dapat

⁸⁵ Obermann, K., Jowett, M. R., Alcantara, M. O. O., Banzon, E. P., & Bodart, C. (2006). *Social Health Insurance in a Developing Country: the Case of the Philippines*. *Social Science & Medicine*, 62(12), 3177-85.

⁸⁶ Jeppsson, A. (2001). *Financial Priorities Under Decentralization in Uganda*. *Health Policy and Planning*, 16(2), 187-92.

mengembangkan dan mengalokasikan sumber-sumber daya bagi program kesehatan daerah.

Penutup

Keprihatinan utama para ahli kesehatan adalah bahwa desentralisasi mengakibatkan kekacauan dikarenakan hilangnya koordinasi, kemunduran dalam kualitas, dan lemahnya permintaan daerah akan kesehatan yang berhubungan dengan barang publik seperti imunisasi dan pengendalian penyakit infeksi⁸⁷.

Tawar-menawar yang nyata antara desentralisasi dan resentralisasi adalah antara peningkatan efisiensi *versus* kerugian yang merata, dan antara agenda nasional *versus* sasaran kesehatan lokal. Tidak adanya mekanisme kerja sama yang kuat antara pusat-lokal atau manajemen kesehatan yang dibangun dengan baik menambah risiko kegagalan desentralisasi. Dari sudut pandang daerah, tidak mengejutkan jika pemerintah pusat disalahkan untuk kebanyakan masalah ini. Ini seringkali dikaitkan dengan penyerahan mandat tanpa adanya penyerahan dana. Di sisi lain, pemerintah pusat juga menyalahkan pemda.

Jaring pengaman (misalnya surat keterangan gratis dan perpanjangan pembebasan) tidak akan efektif bila itu dilakukan oleh kebijakan pembiayaan kesehatan nasional⁸⁸. Kebijakan ini harus mengacu pada mekanisme pendapatan pemda dan ditekankan serta

⁸⁷ Anderson, G. (1997). *In Search of Value: an International Comparison of Cost, Access and Outcomes*. Health Affairs, 16, 163-71.

⁸⁸ Kivumbi, G. W., & Kintu, F. (2002). *Exemptions and Waivers from Cost Sharing: Ineffective Safety Nets in Decentralized Districts in Uganda*. Health Policy and Planning, 17, 64-71.

diawasi dengan ketat oleh pemerintah daerah dan pemerintah pusat. Implikasi kebijakan *exemption* yang ditinjau dari konflik antara kebutuhan untuk menutup biaya dan kebutuhan untuk mencapai pemerataan (*equity*) masyarakat miskin masih harus diselidiki.

Reformasi di sektor kesehatan dan desentralisasi merupakan instrumen untuk meningkatkan pelayanan, bukan tujuan. Pengalaman dunia internasional menunjukkan bahwa apabila kebijakan desentralisasi tidak dipersiapkan, diorganisasi dan dilaksanakan dengan baik, kesenjangan antara sasaran dan hasilnya akan tetap lebar. Pada akhirnya, reformasi administratif, ekonomi dan politik pada jangka panjang harus menjadi dasar untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat.

BAGIAN 4**Pelaku Politik, *Stakeholders* Desentralisasi dan Skenario Masa Depan**

Pengantar

Kebijakan desentralisasi kesehatan terkait dengan peranan para pemegang kekuasaan di pemerintah pusat dan daerah. Pemegang kekuasaan mempunyai pengaruh dalam alokasi anggaran dan pengaruh politik yang merupakan magnet untuk direbutkan. Bagian 4 sebagai penutup buku ini, berusaha melihat kebijakan desentralisasi dari aspek pelaku pemegang kekuasaan di pusat dan daerah dan hubungannya dengan pembangunan sektor kesehatan. Di Bab 1, beberapa kasus mengenai kebijakan kesehatan di berbagai daerah dibahas dalam konteks kekuasaan. Berbagai penafsiran pejabat pemda tentang sektor kesehatan dalam suasana desentralisasi merupakan hal menarik untuk dipelajari. Penafsiran terhadap peran pemda di sektor kesehatan memang bersifat individual, tergantung latar belakang dan ciri pengambil keputusan. Oleh karena itu, diramalkan wajah sistem kesehatan di Indonesia memang akan bervariasi dalam era desentralisasi. Apakah hal ini baik atau buruk? Pertanyaan ini merupakan tantangan kebijakan desentralisasi. Bagaimana dalam suasana daerah yang berbeda, tetap mempunyai standar yang sama secara nasional.

Bab kedua bagian ini membahas analisis stakeholder dan berbagai kemungkinan skenario yang mungkin terjadi dalam

pelaksanaan kebijakan desentralisasi di sektor kesehatan. Sebagai sebuah kebijakan publik, penerimaan oleh berbagai pihak tentunya bervariasi. Ada yang bersemangat menjalankan, bahkan terlalu bersemangat, namun ada yang sebaliknya bahkan cenderung menolak. Bagian ini membahas analisis tren yang berupa perkembangan undang-undang dan hukum, serta pendapat berbagai kelompok (*stakeholders*) di sektor kesehatan dalam menyikapi kebijakan desentralisasi. Peran pemimpin politik, hubungan lintas sektor, hubungan antar lembaga kesehatan, dan bagaimana penerapan kebijakan desentralisasi kesehatan di propinsi dan kabupaten akan dibahas.

Sebagai penutup, kajian mengenai skenario tentang pelaksanaan kebijakan desentralisasi akan dibahas. Sesuai dengan pendekatan berbasis skenario, masa depan pelaksanaan kebijakan desentralisasi masih belum pasti. Bab ini membahas ketidakpastian ini, mulai dari pelaksanaan desentralisasi sepenuh hati, setengah hati, sampai ke kemungkinan terjadi resentralisasi di sektor kesehatan.

BAB 4.1**Politik Daerah dan Program Kesehatan
di Masa Desentralisasi**Mubasysyir Hasanbasri

Pengantar

Desentralisasi adalah fenomena daerah. Daerah diberi kesempatan untuk membangun pola kerja yang berbasis *stakeholder* lokal dan kapasitas mereka. Kita sudah terbiasa dengan biaya dari pusat dan program yang bercirikan nasional. Daerah berperan sebagai pelaksana. Desentralisasi dibuat agar *stakeholder* lokal menjadi pemain dalam komunitas kebijakan dan program. Desentralisasi mengharapkan daerah lebih mampu mengendalikan kegiatan sehingga ia lebih cocok dengan masalah di daerah. Meskipun beberapa porsi kegiatan dikendalikan oleh pusat, peran pengawasan dari daerah adalah utama. Bukti lapangan menunjukkan bahwa perhatian dan solusi daerah terhadap masalah-masalah kesehatan masih sangat bervariasi.

Desentralisasi menumbuhkan kreativitas daerah untuk membangun daerah masing-masing. Komitmen politik daerah sangat tergantung pada koalisi *stakeholder* yang mampu menggerakkan arah kebijakan yang sesuai dengan prioritas daerah. Apakah kekhawatiran dengan pemda betul? Pengamat kebijakan desentralisasi kesehatan biasanya khawatir terhadap *gap* antara kebijakan tertulis dari pemerintah pusat dan implementasinya oleh pemda. Mereka takut jika

desentralisasi kesehatan tidak disertai kemauan dan kemampuan politik pemda, pelayanan kesehatan bisa lebih buruk daripada keadaan sebelum otonomi daerah. Kekhawatiran ini mendorong departemen kesehatan turun tangan lebih kuat mengendalikan program kesehatan di daerah⁸⁹.

Program kesehatan di masa otonomi daerah sekarang ini memperlihatkan beberapa fenomena keuangan dan politik. Yang pertama, dana lokal makin besar untuk kesehatan. Jika dana berasal dari pusat, ia lebih diminta dalam bentuk *block grant* daripada wujud paket program jadi. Otonomi memberi kesempatan pemda membangun kegiatan dengan spesifikasi daerah. Kedua, kebijakan dan program kesehatan lebih spesifik daerah dibandingkan paket program nasional pemerintah. Kedua hal ini mencerminkan dinamika dari komunitas kebijakan lokal.

Agenda kebijakan

Agenda kebijakan kesehatan mendapat perhatian banyak dari peneliti politik kesehatan⁹⁰. Kingdon berpendapat ada tiga domain pemikiran yang mempengaruhi kemunculan kebijakan dalam masyarakat⁹¹. *Stream* masalah mengacu pada bagaimana orang memahami dan mengangkat prioritas dari banyak masalah. Masyarakat mendefinisikan masalah-masalah itu dan menjadi agenda

⁸⁹ Hasanbasri, M. (2005). Dinas Kesehatan di Era Otonomi Daerah: Menguat atau Mengkhawatirkan? Buletin Desentralisasi Kesehatan 3(3)

⁹⁰ Shiffman J., Stanton C., Salazar AP. (2004). *The Emergence of Political Priority for Safe Motherhood in Honduras*. Health Policy and Planning 19(6): 380-90.

⁹¹ Kingdon, J. (2003). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2nd edition., Longman. New York

mereka. *Stream* kebijakan mengacu pada pilihan-pilihan intervensi yang bisa dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah. Ilmuwan dan birokrat berurusan dengan alternatif strategi dan membahas mana yang lebih efisien, yang lebih efektif, atau yang lebih efisien dan efektif. Pengalaman kebijakan sebelumnya dan pengalaman antar negara biasanya merupakan pelajaran bagi orang yang peduli dengan *stream* kebijakan. *Stream* politik mengacu pada bagaimana masyarakat beradu memanfaatkan kekuasaan yang mereka miliki. *Stream* politik ditandai peristiwa seperti pemilihan kepala daerah dan wakil masyarakat yang duduk di lembaga perwakilan, kampanye partai, dan perilaku politisi selama mereka menduduki kekuasaan pada lembaga masyarakat. Ketiga *stream* ini ada berdiri sendiri-sendiri. Sebuah kebijakan muncul jika ketiga *stream* ini bertemu. Tidak ada yang bisa memprediksi seperti apa situasi dan kondisi yang memunculkan sebuah kebijakan. Kingdon⁹¹ menggambarkan kemunculan kebijakan sebagai sesuatu yang sulit diramalkan. Kesulitan itu digambarkan seperti seolah-olah kita berurusan dengan keranjang sampah (*garbage can*). Isu-isu dari masalah, kebijakan, dan politik seolah-olah semuanya berada dalam keranjang itu. Istilah keranjang sampah itu mencerminkan proses kemunculan kebijakan itu sangat tidak ideal seperti yang digambarkan dalam tahap-tahap pengembangan kebijakan yang dapat diprediksi dan dikelola. Jauh dari situasi dan kondisi yang ideal, sebuah kebijakan digambarkan seolah kita merogoh barang yang sudah berada dalam sebuah keranjang sampah. Pemunculan dan proses pembuatan kebijakan dalam *model keranjang sampah* Kingdon⁹¹ ini menekankan bahwa

masalah dan opsi kebijakan untuk mengatasi masalah itu tidak cukup. Meski masalah dan kebijakan pemecahannya sudah tersedia, proses kebijakan makin sulit dikendalikan ketika peristiwa-peristiwa politik berjalan dengan sangat dinamis.

Konsep komunitas kebijakan mengacu pada sekelompok orang atau lembaga yang memiliki kepentingan dari sebuah kebijakan. Komunitas kebijakan terdiri dari pihak-pihak pendukung dan penentang. Dalam konsep ini, kebijakan merupakan kemenangan atau negosiasi dari aktor-aktor dalam komunitas. Komunitas kebijakan sangat dinamis. Ia berubah cepat sesuai dinamika dari anggota komunitas. Anggota bisa mempengaruhi anggota lain agar bergabung pada salah satu kelompok dan memenangkan peperangan kekuatan politik. Anggota-anggota yang menolak berpartisipasi dan penentang kebijakan bisa berubah menjadi pendukung karena memahami pertimbangan kekuatan dan kepentingan yang berubah. Sebaliknya, anggota pendukung bisa berubah netral atau penolak. Anggota komunitas bisa berganti-ganti keluar dan masuk. Jika keluar, kekuatan salah satu kelompok bisa berkurang. Aktor yang baru datang bisa menguatkan kelompok dalam komunitas. Anggota komunitas kebijakan yang aktif dan proaktif mengikuti perkembangan kebijakan lebih intensif daripada yang lain. Anggota yang menolak berpartisipasi bisa berarti memberi kesempatan orang lain memenangi pengambilan keputusan.

Yang penting dalam komunitas kebijakan adalah ia merupakan ajang pertarungan kepentingan. Kabupaten dalam era otonomi memiliki komunitas kebijakan dengan pihak-pihak yang mewakili

kepentingan masyarakat dan kelompok. Menjadi penguasa diperebutkan oleh pihak-pihak yang memiliki kepentingan kelompok. Posisi dalam pemerintah adalah alat mewujudkan kepentingan dan pembuatan kebijakan. Sistem politik daerah mencerminkan proses pembuatan kebijakan oleh kepala daerah. Proses kekuasaan di daerah diwarnai terutama oleh pemilihan kepala daerah dan kontrol lembaga perwakilan rakyat. Kekuasaan di pemerintah dan dewan perwakilan bervariasi mulai dari yang memperjuangkan kepentingan publik, kelompok, dan pribadi. Hal ini dikarenakan kekuasaan eksekutif dan legislatif kuat dan kebijakan kesehatan diwarnai oleh dinamika orang-orang yang duduk di lembaga ini.

Tulisan ini menguji berdasarkan pada konsep *governance* yang menekankan pentingnya dinamika perimbangan antara stakeholder yang menjadi pemain dalam kebijakan-kebijakan. Kebijakan yang memprioritaskan masalah kesehatan mendapat perhatian utama oleh pemerintah dan legislatif karena ia menyangkut kunci dalam produktivitas masyarakat. Dana pelayanan kesehatan yang memadai menjamin kelangsungan program kesehatan daerah.

Kasus 1: Pelayanan gratis dalam politik Pilkada di Kabupaten Kampar

Pelayanan gratis memberikan arti penting bagi politisi untuk mendapat suara dalam pemilihan kepala daerah. Contoh di sini adalah pelayanan gratis di Kampar⁹². Intinya adalah *gap* antara kebijakan dan

⁹² Elfian. (2006). Penerimaan Dokter dan Perawat terhadap Sistem Pelayanan Gratis di Puskesmas Kabupaten Kampar.

implementasi. Kebijakan kesehatan digunakan sebagai alat strategis dalam pemilihan kepala daerah. Bupati dan DPRD Kabupaten Kampar sepakat memosisikan pemerintah sebagai pemelihara produktivitas masyarakat. Puskesmas bukan sumber pemasukan pendapatan asli daerah. Pelayanan pemerintah bersifat sosial untuk masyarakat. Kabupaten Kampar menerapkan kebijakan puskesmas gratis untuk kunjungan rawat jalan tanpa memandang status ekonomi masyarakat sejak 2003⁹³. Tindakan medik seperti cabut gigi, kecelakaan, rawat inap, emergensi, visum, dan laboratorium tetap dipungut biaya seperti ditetapkan pemda. Sebelum peraturan ini, retribusi rawat jalan adalah Rp2.500,00. Jurang antara kebijakan dan implementasi terwujud dalam ragam sikap dalam pelaksanaan. Sebuah puskesmas tetap menarik retribusi kepada masyarakat. Dinas kesehatan mengeluarkan surat edaran dengan Nomor 1050/440/TU-3/2005 tentang pelaksanaan kembali peraturan daerah tersebut di atas. Bupati kemudian memandang perlu penggratisan di segala lini. Surat Keputusan Bupati No.04/2006 membebaskan retribusi pelayanan kesehatan di puskesmas. Retribusi yang digratiskan meliputi rawat kunjungan, rawat inap, visum luar, tindakan medis ringan, tindakan medis sedang, tindakan medik gigi, pemeriksaan penunjang dan diagnostik.

Ada berbagai kritik terhadap kebijakan ini. Pertama adalah tidak mendidik masyarakat. Pelayanan gratis membuat masyarakat kurang menghargai pemeliharaan kesehatan yang mandiri. Kedua, kebijakan ini menyebabkan beban kerja yang tidak imbang. Beban

⁹³ Peraturan Daerah Kabupaten Kampar No.08/2003.

kerja petugas tidak diperhitungkan dalam pendapatan staf. Sejak kebijakan ini dikeluarkan masyarakat yang datang ke puskesmas untuk berobat meningkat dua kali lipat dari kebiasaan. Peningkatan jumlah kunjungan ini menambah beban kerja dari petugas. Petugas memiliki beban kerja besar tetapi tanpa peningkatan kesejahteraan untuk petugas.

Sejak diberlakukan kebijakan pelayanan gratis di puskesmas yang dimulai dari penghujung tahun 2003, terjadi peningkatan jumlah kunjungan hampir dua kali lipat dari biasanya. Untuk Puskesmas Kampar tahun 2004 ke tahun 2005 naik dari 14.629 menjadi 32.002 orang, untuk Puskesmas Kampar Timur tahun 2004 ke tahun 2005 naik dari 9.796 menjadi 19.272 orang, untuk Puskesmas Tambang tahun 2004 ke tahun 2005 naik dari 10.553 menjadi 20.376 orang, dan untuk tahun 2006 belum bisa dihitung seluruhnya karena baru dijumlahkan sampai dengan bulan Juli 2006. Dampak lain dari kebijakan gratis ini membuat tidak ada lagi perbedaan antara pasien yang menggunakan kartu miskin dengan pasien umum lainnya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di puskesmas. Kritik ketiga adalah bahwa pelayanan gratis ditujukan kepada semua masyarakat tanpa membedakan status sosial-ekonominya. Seharusnya masyarakat yang status sosial-ekonominya menengah ke atas tidak lagi ditanggung oleh pemerintah karena mereka bisa mencari pelayanan kesehatan yang lebih baik, tanpa tergantung kepada pemerintah.

Kasus 2: Kesehatan kehilangan induk di Kabupaten Keerom

Kabupaten Keerom merupakan salah satu kabupaten yang terletak di wilayah Indonesia Bagian Timur tepatnya di Propinsi Papua dengan luas wilayah sebesar 8.390 Km² yang terdiri dari 5 kecamatan dan 48 desa (Dinas Kesehatan Kabupaten Keerom, 2005). Jumlah penduduk Kabupaten Keerom pada tahun 2005 sebanyak 44.264 jiwa.

Cakupan pelayanan KIA di puskesmas belum mencapai target terutama yang berlokasi di daerah sangat terpencil. Standar minimal yang harus dikerjakan petugas pada ibu hamil yang berkunjung ke pelayanan antenatal, di antaranya memberikan imunisasi tetanus dan memberikan tablet-tablet besi selama kehamilan. Semua puskesmas belum mencapai target cakupan pemberian imunisasi tetanus dan pemberian tablet besi di Keerom. Format-format pelaporan, seperti buku KIA, format-format laporan kegiatan bulanan dan sebagainya tersisa dari penyediaan waktu yang lampau.

Bidan terpaksa menggandakan sendiri Kartu Menuju Sehat (KMS). Sarana untuk melakukan pelayanan kebidanan telah dianggap cukup lengkap, namun untuk melayani panggilan masyarakat, terutama pada malam hari, bidan mengalami kesulitan. Bidan memang mengeluhkan masalah transportasi untuk mengunjungi pasien yang menjadi masalah bagi bidan. Faktor geografis sering menghambat pelaksanaan pelayanan KIA. Bidan terpaksa terlambat datang memberikan pertolongan karena rumah pasien yang sulit dijangkau, terlebih pada musim hujan. Keterlambatan petugas menolong persalinan kadang menyebabkan kemarahan masyarakat terhadap

petugas. Masyarakat menuntut pelayanan yang cepat namun petugas terhambat oleh geografsis yang sulit dijangkau. Selain masalah transportasi, bidan mengeluhkan tempat tinggal di desa yang kurang representatif baginya, sehingga memerlukan perbaikan.

Darah dari fungsi pelayanan publik pemerintah adalah pemecahan masalah atau memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Fungsi ini ditentukan oleh keberanian manajemen membangun sistem yang efisien dan efektif. Untuk melaksanakan itu, supervisi pemecahan masalah dan pemberian layanan itu adalah kunci. Kondisi di lapangan memperlihatkan bukti yang bertolak belakang. Program kehilangan magnet. Pekerja memiliki ruh setengah hati dan lebih tertarik ke luar untuk mencari kesempatan lebih baik atau sekedar menghabiskan waktu untuk urusan pribadi. Supervisi dan *monitoring* kehilangan darah.

Laporan dari puskesmas ke dinas sering terlambat. Pelaporan kegiatan program KIA dari beberapa puskesmas tersebut dilakukan sewaktu-waktu jika mereka terpaksa diminta. Laporan dari bidan demikian pula terlambat menuju puskesmas. Puskesmas terpaksa melaporkan kegiatan program KIA 2 bulan sekali. Pengawasan dilakukan hanya dengan mempelajari laporan bulanan. Puskesmas Waris hanya melaporkan 9 kali, Puskesmas Senggi 10 kali, bahkan Puskesmas Web hanya melaporkan 3 kali. Hal tersebut menunjukkan bahwa masih terdapat puskesmas yang tidak rutin setiap bulan melaporkan kegiatan KIA ke Dinas Kesehatan Keerom. Sistem pelaporan bukan untuk pembuatan keputusan membantu kegiatan di lapangan. Laporan kegiatan KIA dikelola puskesmas yang berasal dari

bidan desa dan pelayanan KIA puskesmas. Laporan tersebut dikelola oleh pemegang program KIA puskesmas. Pengelola program KIA puskesmas melaporkan hasil pelayanan KIA ke Seksi KIA Dinas Kesehatan Keerom.

Dana kegiatan didistribusikan dalam bentuk dana operasional puskesmas. Puskesmas selanjutnya mendistribusikan ke semua program. Alokasi dana tergantung kebijakan kepala puskesmas. Ketidakterbukaan puskesmas tentang dana kegiatan menyebabkan bidan tidak mampu menjalankan kegiatan sesuai kebutuhan, seperti melatih dukun penolong persalinan. Tidak ditemukan dokumen pelaksanaan pengawasan ke puskesmas. Dinas kesehatan belum mampu melakukan pengawasan langsung terhadap kegiatan di puskesmas dengan melakukan kunjungan ke puskesmas. Dinas Kesehatan Keerom belum mempunyai standar baku untuk melakukan penilaian kinerja bidan.

Distribusi bidan belum merata. Distribusi tenaga terkonsentrasi pada daerah yang relatif “menyenangkan”. Dokter, tenaga keperawatan dan bidan mudah bekerja sama dengan pihak administrator di kantor bupati untuk membuat keputusan berkaitan dengan penempatan tenaga kesehatan bahkan di tingkat puskesmas. Kewenangan seksi KIA di dinas kesehatan hampir hilang dalam mengelola sumber, termasuk mendistribusi tenaga sesuai kebutuhan lapangan. Akibat dari situasi ini, bidan terkonsentrasi di puskesmas. Mereka padahal lebih penting berada di polindes di desa-desa. Ada dua puskesmas bahkan tidak mempunyai bidan yang tinggal di desa.

Dinas kesehatan dan puskesmas “kehilangan darah” dalam membangun fungsi pelayanan kesehatan yang berorientasi pada masyarakat. Sistem kepegawaian daerah lemah mengendalikan tenaga kesehatan yang berada di lapangan. Bidan yang telah ditempatkan di desa juga tidak tinggal di desa tersebut selama 24 jam karena alasan keluarga. Ini bertolak belakang dengan dengan konsep bidan desa yang dikembangkan Departemen Kesehatan. Masyarakat tidak dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan dari bidan desa di luar jam kerja. Dinas kesehatan yang kehilangan darah ini jarang mengambil inisiatif program terkait dengan prioritas dan politik di tingkat pemda, karena bupati memiliki kewenangan mengangkat dan memecat pejabat di daerahnya, kepala dinas memilih cara kerja aman. Pegawai yang memiliki “*backing*” di tingkat bupati lepas dari pengawasan kepala dinas kesehatan. Kepala dinas kesehatan sadar bahwa ia bahkan hanya bekerja dalam waktu yang singkat karena ketidakpastian politik. Situasi semacam itu makin membuat upaya pengembangan kapasitas daerah sangat lemah.

Konteks transisi sebagai daerah pemekaran membuat pengembangan program kesehatan lemah. Keterbatasan tenaga di seksi KIA terkait dengan keterbatasan sumber di tingkat pemda. Subdinas Kesehatan Keluarga dan Masyarakat mempunyai tiga seksi: KIA, gizi, dan promosi kesehatan. Masing-masing seksi diduduki satu orang staf. Keseluruhan tenaga berjumlah 4. Satu menjadi kepala subdinas. Tenaga yang dipindahkan dari Dinas Kesehatan Jayapura biasanya yang memiliki kapasitas lebih lemah daripada yang menetap tidak dipindahkan. Tenaga yang mempunyai pangkat tinggi enggan

menjabat di kabupaten pemekaran karena fasilitas seperti perumahan dinas, kendaraan dinas dan sebagainya, belum tersedia.

Lesson Learned. Program KIA masih tergantung program pusat. Dinas mengambil posisi mengikuti dan tergantung program departemen kesehatan. Posisi ini adalah setengah hati karena dinas kesehatan seperi didorong oleh pusat tetapi mendapat dukungan rendah dari daerah. Asumsi tentang daerah bisa memainkan peran dalam bidang kesehatan tidak terbukti. Sebaliknya, pemda yang baru mekar lebih mengurus pertarungan politik daripada membangun program masyarakat. Dinas kesehatan menjadi lemah karena sumber daya yang bekerja di lapangan menjadi tidak kompeten karena oknum pejabat pemda mudah mengganti dan memindahkan pegawai karena alasan politik. Kondisi ini telah menurunkan kapasitas manajemen dinas dalam membangun sistem dan mendukung operasional puskesmas yang berorientasi pada penduduk terpencil.

Kasus 3: Politik kepemimpinan public health di Kota Sawahlunto

Kasus ini menunjukkan kemauan politik dan finansial Pemerintah Sawahlunto dalam memajukan KIA⁹⁴. Pemda mampu memanfaatkan sumber JICA dalam pembiayaan buku dan peletakan program yang pertama. Kerja sama dengan donatur pada awal kegiatan merupakan bukti adanya kesadaran tentang keterbatasan sumber lokal dan pemanfaatan momentum yang sedang hangat dalam kebijakan kesehatan anak. Meskipun kebijakan politik pemda adalah

94

Ernoviana (2006). Pemanfaatan Buku KIA di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto. Tesis Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta

kunci, ia masih memerlukan komitmen manajemen yang mendukung pelaksanaan. Kepala puskesmas maupun dinas kesehatan belum mengawasi kejadian di lapangan dan memperbaiki praktik yang menyimpang.

Kota Sawah Lunto telah menggunakan buku KIA sejak tahun 2001. Pengadaan buku pada waktu tersebut dibantu oleh Departemen Kesehatan dan JICA. Bantuan pengadaan buku KIA ini berakhir tahun 2002. Sejak tahun berikutnya Buku KIA didanai APBD kota. Untuk tahun 2004 pengadaan buku KIA tidak dilaksanakan karena perkiraan persediaan untuk tahun tersebut masih mencukupi. Tahun 2005 dilakukan lagi pengadaan buku KIA dengan dukungan APBD kota. Buku KIA yang dicetak Dinas Kesehatan Sawahlunto adalah sama dengan standar yang ditetapkan secara nasional. Isi sampul buku KIA diambil dari salah satu juara lomba balita Indonesia tingkat Kota Sawahlunto beserta ibu hamil yang terpilih pada saat posyandu, dan kegiatan-kegiatan pada saat petugas kesehatan melakukan pemeriksaan terhadap ibu dan balita seperti penimbangan di posyandu, penyuluhan tentang buku KIA di puskesmas dan pada waktu kunjungan dokter spesialis anak ke puskesmas.

Dinas mendistribusikan buku KIA ke puskesmas, puskesmas pembantu, dan poliklinik desa berdasarkan hasil cakupan *antenatal care* ibu hamil K1 pada masing-masing Puskesmas tahun sebelumnya ditambahkan 10%. Petugas di tempat layanan ini membuat laporan penerimaan dan pemakaian buku KIA setiap tiga bulan ke puskesmas dan diteruskan ke dinas kesehatan dengan menggunakan formulir laporan yang telah disediakan.

Walikota Sawahlunto mendukung program-program kesehatan terutama untuk KIA. Pemda selalu menyetujui perencanaan bidang kesehatan yang dibuat dan diajukan oleh dinas kesehatan termasuk pengadaan buku KIA. Dalam priode walikota ini, dana APBD kota untuk kesehatan selalu meningkat tiap tahun, persetujuan pengadaan buku KIA setiap tahun. Walikota memberi sambutan pada buku KIA. Papan *billboard* mengajak masyarakat membawa buku KIA setiap berkunjung ke petugas kesehatan serta selalu membawa balita ke posyandu serta tentang pola hidup sehat. Walikota mendapat Ksatria Karya Bakti Husada dari Departemen Kesehatan tahun 2004. Ibu ketua TP PKK Kota Sawahlunto memperoleh Manggala Karya Bakti Husada tahun 2005 dari Departemen Kesehatan. Tim Penggerak PKK telah mendukung program-program dinas kesehatan. Kader posyandu dari ibu-ibu PKK mengandalkan penyuluhan buku KIA.

Jika tekanan program lemah, pemanfaatan yang efektif bisa juga berasal dari pihak ketiga. Dinas pendidikan yang menetapkan buku KIA sebagai persyaratan masuk sekolah bisa menjadi penekan bagi petugas dan ibu dalam memanfaatkan buku KIA.

Pembahasan

Program kesehatan merupakan bagian kebijakan yang penting dalam otonomi daerah. Sektor kesehatan dapat dimanfaatkan oleh komunitas kebijakan untuk memperjuangkan kepentingan ekonomi dan politik. Program-program kesehatan memberikan keuntungan kepada pihak yang melekat. Pekerja kesehatan mendukung sebuah kebijakan karena mereka sendiri akan mengerjakan program itu dan

berkesempatan memperoleh pendapatan. Pemda terdorong bermain dalam bidang kesehatan yang ditentukan oleh banyak hal. Contoh, Kampar menguatkan posisi bupati dalam pemilihan kepala daerah. Contoh, Sawahlunto mengambil manfaat dana dari proyek kesehatan internasional.

Kasus pelayanan gratis rawat jalan di Kampar mengangkat masalah akses pelayanan bagi penduduk miskin, yang tidak mampu mengelola penyakit mereka. Opsi kebijakan bagi akses pelayanan mencakup berbagai bentuk pendanaan pemerintah atau “gratis” bagi pengguna layanan. Asuransi universal berasumsi semua penduduk berhak atas sumber publik. Asuransi untuk kelompok khusus seperti penduduk miskin dan orang tua misalnya menganggap keluarga rentan saja memiliki hak terhadap sumber publik. Mereka yang mampu adalah adil jika mengurus diri mereka ketika sakit. Meski diketahui bahwa dengan keterbatasan dana hanya orang miskin yang bisa didukung, kemenangan pemilihan kepala daerah menuntut kebijakan itu dibuat untuk semua orang. Hal ini boleh jadi menjadi inefisien dan bahkan memperburuk mutu pelayanan masyarakat. Pelayanan gratis pada Kabupaten Kampar keadilan terhadap orang miskin jadi tidak jelas. Masyarakat menegah ke atas juga dibantu. Seharusnya mereka bisa membayar untuk datang berobat ke puskesmas dan dengan demikian membantu masyarakat miskin dalam pelayanan kesehatan. Pelayanan gratis ini mengurangi kesempatan orang mampu membantu orang miskin. Gratis bisa juga membuat masyarakat tidak menghargai dan meresapi arti penting pemeliharaan kesehatan yang mandiri.

Demikian pula dengan masalah kematian ibu. Pelayanan maternal yang membuat ibu sedang hamil dan dalam persalinan aman adalah kunci bagi pengurangan kematian ibu di daerah. Opsi untuk penurunan AKI ini banyak, mulai dari *safe motherhood* yang menekankan pemberdayaan masyarakat hingga *Making Pregnancy Safer* (MPS) yang menekankan penguatan fasilitas kesehatan berurusan dengan kondisi sulit dan darurat. Opsi kebijakan juga ada yang berpusat pada *critical intervention dan weakest link* dan ada yang komprehensif dan pembuatan *grand design*.

Contoh di Papua menekankan politik memilih selain opsi yang dianggap paling cocok bagi birokrat dan ilmuwan. Politisi memilih membiarkan persoalan itu dipecahkan oleh waktu. Politisi lebih mempedulikan memperoleh dan mempertahankan kedudukan dengan cara-cara koalisi dengan kekuatan politik yang saling beradu kursi. Mereka mengeluarkan dana besar untuk memperluas dukungan politik dengan melayani kepentingan kelompok pendukung. Berbeda dengan yang terjadi di Papua, Bupati Sawahlunto memilih mengambil intervensi buku KIA sebagai kebijakan yang dianggap mendorong upaya mencegah kematian ibu.

Pelajaran yang diambil

SKD ditentukan oleh komunitas kebijakan yang dinamis dan sangat spesifik untuk masing-masing daerah. Tulisan ini membuktikan bahwa kekuasaan daerah telah memainkan peran dalam bidang kesehatan. Meskipun demikian komitmen pada kesehatan itu didasari kepentingan yang berbeda-beda di antara kasus ditampilkan di sini.

Program kesehatan di masyarakat mendapat perhatian tetapi, yang dapat kita pelajari dari paper ini adalah bahwa banyak kebijakan “bagus” tetapi seperti berada di keranjang sampah. Mereka dibuang begitu saja. Ada contoh peristiwa politik memanfaatkan kebijakan tetapi berbeda dari masalah dan *policy option* yang sewajarnya lebih baik. Muatan politik bupati begitu kuat sehingga kebijakan itu menyeleweng dari relevansi masalah yang dianggap oleh masyarakat dan birokrat. Ada contoh peristiwa politik berhimpitan dengan masalah dan *policy option* yang relevan dengan *stakeholder* lain. Peristiwa politik memiliki magnet tersendiri bagi pengembangan dan pemanfaatan masalah dan alternatif kebijakan kesehatan. Stakeholder dinas, lembaga swadaya, serta pendukung *public health* harus ikut *mengobok-obok* kotak sampah sehingga kemungkinan masalah, opsi kebijakannya dan *finetuning* dengan peristiwa politik sejalan. Semua pihak perlu berani mengambil inisiatif untuk “menendang bola” kapan mereka bisa memperoleh bola. Pihak-pihak silakan menendang bola dan mengorganisasi diri sehingga bola itu dapat disarangkan pada gawang lawat. Pemenangan kebijakan yang secara sadar dianggap paling baik untuk *public health* harus diperjuangkan secara dinamis. Kejelasan masalah dan keunggulan dari sebuah kebijakan membutuhkan persinggungan politik.

BAB 4.2

Penutup: Analisis *Stakeholders* dan Skenario

Laksono Trisnantoro

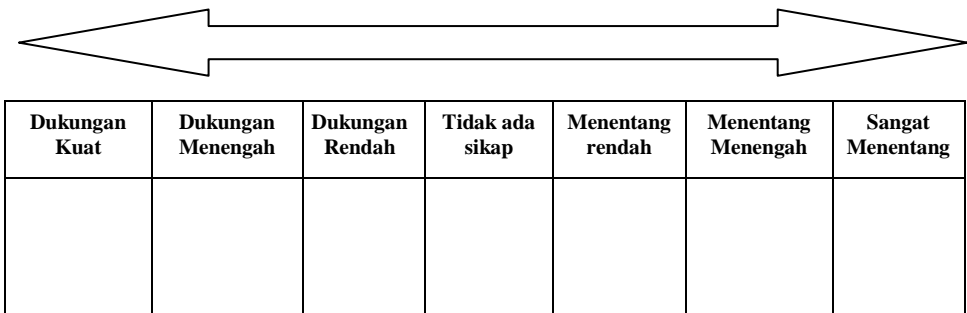
Kebijakan desentralisasi bukan sebuah momen yang terjadi dengan proses pelaksanaan dan hasil yang dapat diprediksi. Sebagai sebuah kebijakan publik, penerimaan oleh berbagai pihak dalam pelaksanaan tentunya bervariasi. Ada yang semangat menjalankan bahkan terlalu bersemangat, namun ada yang tidak bersemangat bahkan cenderung menolak. Bagian ini membahas analisis tren yang berupa dukungan *stakeholders* di sektor kesehatan dalam menyikapi kebijakan desentralisasi. Peran pemimpin politik, hubungan lintas sektor, hubungan antar lembaga kesehatan, dan bagaimana posisi *stakeholders* terhadap penerapan kebijakan desentralisasi kesehatan di propinsi dan kabupaten akan dibahas secara rinci.

Dalam analisis *stakeholder* ini, pendekatan Reich dipergunakan dengan cara: (1) menentukan siapa pelaku (*stakeholders*) dalam kebijakan desentralisasi.; (2) melihat kekuatan dan pengaruhnya; dan (3) mengamati sikapnya terhadap kebijakan, apakah mendukung ataukah menentang. Data yang dipergunakan untuk pengamatan adalah kegiatan inovasi dan program-program yang sudah dibahas pada bab-bab sebelumnya.

Dalam langkah pertama, *stakeholder* yang diidentifikasi adalah pihak pemerintah yang berfungsi lebih banyak pada penetap kebijakan, pemberi dana, regulator, dan juga sebagai pelaksana.

Mereka terdiri atas Departemen Kesehatan, Departemen Dalam Negeri, Departemen Keuangan, Menko Kesra, Bappenas, DPR Pusat, DPD, Pemda, DPRD. Pihak masyarakat adalah LSM, Ikatan Profesi, Asosiasi-asosiasi. Pihak swasta/usaha adalah rumahsakit pemerintah, rumahsakit swasta, lembaga-lembaga lain (Perguruan Tinggi). Di samping itu, ada kelompok donor asing, misalnya Bank Dunia, ADB, AusAid, GTZ.

Langkah kedua adalah menilai kekuatan kekuasaan *stakeholders*. Kekuasaan ini mencakup: kedudukan dan kekuasaannya dalam undang-undang, pengaruh dalam menentukan kebijakan, pengaruh dalam merencanakan dan melaksanakan sumber daya uang, kemampuan organisasi untuk akses ke pengambil kebijakan tertinggi, akses ke media, peralatan dan ketrampilan. *Stakeholders* dapat dibagi dalam kelompok yang mempunyai kemampuan tinggi, menengah dan lemah.



Gambar 4.2.1 Pembagian Kelompok *Stakeholder*

Langkah ketiga adalah menetapkan penilaian terhadap setiap *stakeholder*. Apakah bersikap memberi dukungan kuat (kutub kiri dalam gambar), ataukah memberikan penentangan kuat (kutub kanan dalam gambar). Kedua kutub tersebut tidak hitam-putih, namun bersifat gradasi. Penilaian dapat diberikan melalui adanya tanda-tanda objektif. Sebagai contoh tanda-tanda objektif di *stakeholder* lembaga pemerintah antara lain produk hukum dan kebijakan, struktur organisasi, cara menentukan alokasi anggaran. Tanda-tanda subjektif antara lain observasi terhadap kegiatan-kegiatan, pernyataan-pernyataan pejabat, dan berbagai hal yang dapat diamati untuk memasukkan ke kutub yang ada.

Desentralisasi kesehatan mempengaruhi berbagai fungsi, mulai dari pembiayaan, regulasi, organisasi, pemberian pelayanan, dan berbagai kegiatan lain. Kasus-kasus yang dibahas pada bagian-bagian sebelumnya dalam buku ini memperlihatkan variasi yang sangat luas. *Stakeholders* yang terlibat di berbagai kasus berbeda-beda. Dengan demikian, tidak mungkin menganalisis langsung secara keseluruhan. Oleh karena itu, metode pembahasan dengan cara menganalisis kasus-kasus yang menarik untuk dilihat dalam konteks analisis *stakeholder*. Dalam hal ini kasus yang dibahas adalah regulasi.

Hal penting kedua adalah bahwa sulit untuk mengklasifikasikan *stakeholders* yang besar seperti Departemen Kesehatan atau pemda yang bervariasi sebagai satu lembaga keseluruhan. Dalam pembahasan, akan dilakukan analisis yang lebih rinci di dalam *stakeholders* tersebut. Pada hasil akhir memang akan dianalisis hasil penilaian terhadap *stakeholders* secara keseluruhan.

Analisis stakeholders tentang regulasi

Salahsatu aspek yang terlihat kontroversial dalam inovasi di antara tahun 2000 sampai dengan 2007 adalah masalah regulasi sektor kesehatan (Lihat Bagian 2). Bersama dengan kebijakan askeskin, aspek regulasi menjadi perdebatan hangat selama 7 tahun pascadesentralisasi. Siapa yang berbeda pendapat? Apa dampak dari perbedaan pendapat tersebut?

Secara definisi regulasi adalah: *the use of coercive power of the state to change the behaviour of individuals and organizations in health sector. Regulation covers not only those who provide and finance health care but also those who produce inputs like pharmaceuticals and those who educate health professionals.*

Stakeholder yang ada di regulasi yaitu Departemen Kesehatan, DPR Pusat, DPD, Pemda, DPRD. Pihak masyarakat yaitu LSM, Ikatan Profesi, asosiasi-asosiasi, lembaga konsumen, pihak swasta/usaha adalah rumahsakit pemerintah, rumahsakit swasta, lembaga-lembaga lain (Perguruan Tinggi, akademi). Kelompok donor asing misalnya Bank Dunia, ADB, AusAid, GTZ. Beberapa stakeholders mempunyai kemampuan tinggi dalam regulasi misalnya Departemen Kesehatan, Pemda, dan Ikatan Profesi. Kemampuan menengah antara lain Perguruan Tinggi. Kemampuan lemah ada pada masyarakat.

Dalam hal dukungan untuk regulasi, sikap Departemen Kesehatan beragam. Sejak tahap awal desentralisasi, sebagian pimpinan Departemen Kesehatan tidak mempunyai keinginan kuat

untuk menyusun program pengembangan regulasi. Hal ini tercermin dari dokumen SKN yang tidak mempunyai komponen regulasi.

Jika dilihat prosesnya, dokumen SKN disusun secara internal di Departemen Kesehatan. Ketika disajikan ke publik, sudah dalam keadaan jadi. Pada saat penyajian di sebuah pertemuan ilmiah Jaringan Epidemiologi Nasional (JEN) di Malang diadakan debat mengenai SKN. Salah satu pokok perdebatan adalah mengapa regulasi tidak masuk ke dalam SKN secara eksplisit. Debat berlangsung antara dosen UGM sebagai perguruan tinggi dan penyusun SKN di Departemen Kesehatan pada masa itu. Hasilnya dapat dilihat bahwa dokumen SKN tetap tidak menyebutkan konsep regulasi secara jelas. Akan tetapi berbagai pihak sepakat dengan pendapat dari UGM, dan terus mengembangkan regulasi dalam sistem kesehatan.

Pihak-pihak yang memberi dukungan kuat dalam pengembangan fungsi regulasi di sektor kesehatan pada tahun 2000-2007 adalah: sebagian dari Departemen Kesehatan (Ditjen Bina Pelayanan Medik, Biro Hukum dan Organisasi), berbagai proyek pengembangan sistem kesehatan (Bank Dunia dan ADB), asosiasi dinas kesehatan, dan asosiasi rumahsakit daerah. Sebagian pemda mendukung berjalannya fungsi regulasi, namun sebagian ada yang menyatakan bahwa dinas kesehatan tidak perlu untuk melakukan fungsi regulasi.

Ada beberapa kasus yang menarik di pemda. Logikanya fungsi regulasi akan semakin dibutuhkan pada daerah-daerah yang mempunyai pengaruh pasar yang kuat. Daerah-daerah ini biasanya mempunyai ciri dimana ada perputaran ekonomi masyarakat yang

kuat, banyaknya rumahsakit-rumahsakit swasta yang beroperasi, praktik dokter swasta, dan berbagai pelayanan medik lainnya. Namun seperti yang dilaporkan di Bagian 2.6 buku dugaan ini tidak terjadi di lapangan seperti yang diamati dalam penelitian DHS-1. Dinas kesehatan merasa bahwa tugas pengawasan sektor swasta terlalu berat dan bukan pekerjaannya. Di sebuah kota besar, seorang kepala dinas bahkan tidak tertarik untuk mengembangkan fungsi regulasi di daerahnya. Akibatnya dukungan kepala dinas tidak ada sehingga fungsi regulasi tidak berjalan.

Di tempat lain, seperti yang dilaporkan pada inovasi sistem kesehatan di Bagian 1, Kepala Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dan Stafnya sangat bersemangat untuk mengembangkan fungsi regulasi dinas kesehatan. Dengan demikian faktor *leadership* memang penentu kuat dalam pengembangan ini. Salah satu ciri *leadership* kuat dalam diri kepala dinas kesehatan ketika Departemen Kesehatan tidak terlihat mendukung namun dinas kesehatan tetap melakukan kegiatan dalam peningkatan regulasi kesehatan di daerahnya. Dalam hal ini ada inisiatif dan komitmen tinggi.

Dampak tidak kuatnya dukungan Departemen Kesehatan secara keseluruhan menyebabkan pelaksanaan fungsi regulasi menjadi kurang maksimal. Patut dicatat bahwa Departemen Kesehatan merupakan *stakeholder* yang kuat pengaruhnya secara nasional. Dalam hal regulasi ini hanya sedikit dinas kesehatan yang mengembangkannya seperti yang terlihat dalam pertemuan tahunan Forum Mutu Pelayanan Kesehatan Indonesia.

Akibat lebih lanjut adalah tidak banyak produk hukum dan kebijakan di level menteri yang membahas mengenai regulasi. Alokasi anggaran untuk pengembangan regulasi tidak banyak. Di berbagai daerah bahkan alokasi anggaran untuk regulasi mendekati nol persen. Hal ini mencerminkan hilangnya budaya sebagai regulator. Sebagai catatan sejarah, Kandep Kesehatan di propinsi pada jaman tahun 1960-an-1970-an disebut sebagai Inspektorat Kesehatan. Fungsi ini diteruskan ke Kanwil Departemen Kesehatan dan seharusnya dilakukan pula oleh Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota. Namun terlihat bahwa fungsi ini menjadi menghilang.

Dalam suasana dukungan Departemen Kesehatan yang rendah maka wajar apabila sebagian besar program pengembangan regulasi berasal dari pinjaman luar negeri (khususnya proyek PHP-1). Hanya sedikit dana berasal dari Ditjen Bina Pelayanan Medik atau Bina Kesehatan Masyarakat.

Fenomena lain adalah tidak banyak pernyataan pimpinan Departemen Kesehatan dalam mengembangkan fungsi regulasi. Di samping itu, struktur kelembagaan Departemen Kesehatan menunjukkan bahwa unit yang mengurus regulasi (dalam konteks standar) berada di level yang rendah. Di dinas kesehatan bahkan tidak ada kata perizinan dalam SK Menkes 267 (2008).

Dalam kasus regulasi perizinan rumahsakit, selama periode tahun 2000-2007, dengan PP No.25/2000 yang membingungkan, terjadi berbagai kesimpangsiuran. Pengamatan menunjukkan bahwa sebagian pimpinan Departemen Kesehatan masih berkeinginan untuk sentralisasi perizinan. Sementara itu, sebagian sudah berusaha

membuat persiapan untuk desentralisasi perizinan rumahsakit. Di Ditjen Bina Pelayanan Medik ada program persiapan untuk memperkuat fungsi perizinan dinas kesehatan dengan menyusun formulir perizinan rumahsakit pemerintah dan swasta. Akan tetapi program pengembangan ini belum dijalankan secara maksimal. Seharusnya proyek pengembangan ini diteruskan dengan sosialisasi dan pelatihan dinas kesehatan se-Indonesia untuk mengawasi dan mengelola perizinan rumahsakit seperti yang dinyatakan dalam PP No.38/2007.

Dalam konteks analisis *stakeholder*, peranan Departemen Dalam Negeri cukup menarik. Setelah ada UU No.32/2004 yang mengamandemen UU No.22/1999, Departemen Dalam Negeri menyusun RPP yang kemudian menjadi PP No.38/2007. Proses penyusunan RPP ini cukup panjang, dan memakan waktu sampai 3 tahun (2005-2007).

Dalam proses penyusunan tersebut, perdebatan mengenai masalah perizinan menarik. Selama kurun waktu 3 tahun ada perdebatan yang tercermin di pertemuan-pertemuan tahunan desentralisasi (Makassar 2005 dan Bandung 2006) mengenai fungsi perizinan rumahsakit. Sebagian berpendapat fungsi ini dipusatkan, sementara sebagian menyatakan fungsi ini sebaiknya didaerahkan.

Baru pada pertemuan tahunan di Bali pada bulan Agustus 2007, debat mengenai perizinan rumahsakit menjadi jelas dengan keluarnya PP No.38/2007. Peraturan pemerintah yang dimotori Departemen Dalam Negeri merupakan sebuah aturan pemerintah yang memberi wewenang regulasi perizinan rumahsakit ke pemerintah

pusat dan daerah secara berjenjang (Lihat Lampiran). Dengan melihat kasus ini, terlihat bahwa Departemen Dalam Negeri lebih mendukung pelaksanaan desentralisasi di bidang kesehatan dibanding dengan Departemen Kesehatan. Namun perdebatan mengenai perizinan rumahsakit mungkin belum akan berakhir. Pada tahun 2008, Departemen Kesehatan berinisiatif mengusulkan RUU rumahsakit ke DPR. Dalam draf RUU rumahsakit (2008) pada Bab VII tentang perizinan tercantum beberapa usulan:

- Setiap penyelenggaraan rumahsakit wajib memiliki izin
- Izin sebagaimana dimaksud ayat (1) terdiri dari izin mendirikan dan izin operasional
- Izin mendirikan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan untuk jangka waktu 2 (dua) tahun dan dapat diperpanjang untuk 1 (satu) tahun.
- Izin operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang kembali selama memenuhi persyaratan.
- Izin sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan setelah memenuhi persyaratan sebagaimana diatur dalam Undang-Undang ini.
- Adanya istilah izin mendirikan dan izin operasional merupakan penyebutan yang kembali mempunyai potensi membingungkan masyarakat dan lembaga swasta. Sebagaimana diketahui UU No.32/2004 yang diikuti PP No.38/2007 hanya menyebutkan izin dalam satu kata. Tidak ada pembedaan izin operasional dan mendirikan. Dengan

demikian, ada kemungkinan perdebatan mengenai regulasi bersambung lagi di kemudian hari.

Analisis keseluruhan tentang dukungan Departemen Kesehatan dalam pelaksanaan desentralisasi.

Secara keseluruhan pada periode 2000-2007, terlihat bahwa Departemen Kesehatan tidak berada pada kutub yang mendukung secara kuat kebijakan desentralisasi. Ada berbagai tanda obyektif dan subyektif yang menggambarkan komitmen Departemen Kesehatan untuk pelaksanaan kebijakan desentralisasi.

Tanda-tanda obyektif

Tanda-tanda obyektif adalah berbagai hal yang dapat dilihat secara nyata dalam kebijakan ataupun peraturan pemerintah, sampai struktur organisasi. Tanda-tanda obyektif ini sebenarnya tegas menunjukkan keengganan atau mungkin lebih tepat disebut sebagai kesulitan Departemen Kesehatan menerapkan kebijakan desentralisasi di sektor kesehatan. Tanda-tanda obyektif tersebut antara lain: kesulitan dalam menyusun pedoman dan kebijakan, hilangnya kata desentralisasi dalam strategi Departemen Kesehatan, sampai ke struktur organisasi Departemen Kesehatan yang belum berubah.

Kesulitan Departemen Kesehatan menetapkan kebijakan dan pedoman

Secara obyektif dapat dilihat bahwa produk hukum dan kebijakan di level Menteri Kesehatan tidak banyak dan tidak cepat dikeluarkan. Andaikata dikeluarkan, ternyata belum dapat

dipergunakan secara maksimal misalnya kebijakan Menteri Kesehatan mengenai SPM. Sampai pertengahan tahun 2008 ini, indikator SPM bidang kesehatan masih belum dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan. Selama kurun waktu 2000-2007 memang pernah ada Kepmenkes mengenai SPM/akan tetapi isi dari Kepmenkes ini belum dapat dilaksanakan karena daftar pelayanan minimalnya sangat besar.

Contoh lain keterlambatan aturan dari Departemen Kesehatan adalah Kepmenkes untuk pedoman struktur organisasi dinas kesehatan sebagai kelanjutan PP No.41/2007. Kepmenkes yang seharusnya menjadi acuan pemda untuk menyusun struktur dinas kesehatan ternyata baru keluar sekitar bulan Mei 2008. Sementara itu di berbagai daerah sudah menyusun struktur organisasi yang baru dengan mengacu pada PP No.38/2007 dan PP No.41/2007.

Hilang atau mengecilnya strategi desentralisasi

Tanda obyektif lain adalah kenyataan bahwa kata desentralisasi tidak terdapat dalam kebijakan Departemen Kesehatan di kabinet Presiden Susilo Bambang Yudhoyono. Empat strategi Departemen Kesehatan era Kabinet Presiden Susilo Bambang Yudhoyono adalah: (1) menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat, (2) meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, (3) meningkatkan sistem *surveilans*, *monitoring* dan informasi kesehatan, serta (4) meningkatkan pembiayaan kesehatan. Kata desentralisasi hilang dari pernyataan tentang strategi Departemen Kesehatan.

Tidak adanya strategi desentralisasi ini berakibat pada kesulitan teknis untuk mencapai sasaran dari indikator yang ditetapkan dalam RPJM. Sebagaimana diketahui sasaran ketiga RPJM adalah meningkatnya kualitas manusia yang secara menyeluruh tercermin dari membaiknya angka Indeks Pembangunan Manusia (IPM) serta meningkatnya pemahaman dan pengamalan ajaran-ajaran agama.

Di sektor kesehatan secara lebih rinci, sasaran meliputi meningkatnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan masyarakat yang ditandai oleh meningkatnya angka harapan hidup, menurunnya tingkat kematian bayi dan kematian ibu melahirkan, dan perbaikan status gizi. Secara lebih rinci indikator RPJM adalah peningkatan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan yang lebih berkualitas. Oleh karena itu, kebijakan yang ada diarahkan untuk: (1) meningkatkan jumlah, jaringan dan kualitas puskesmas; (2) meningkatkan kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan; (3) mengembangkan sistem jaminan kesehatan, terutama bagi penduduk miskin; (4) meningkatkan sosialisasi kesehatan lingkungan dan pola hidup sehat; (5) meningkatkan pendidikan kesehatan kepada masyarakat sejak usia dini; dan (6) meningkatkan pemerataan dan kualitas fasilitas kesehatan dasar.

Sasaran RPJM tersebut dirinci lebih lanjut dalam indikator RKP yang berupa status kesehatan dan gizi masyarakat yang menggambarkan AKB, kematian ibu melahirkan, usia harapan hidup, dan prevalensi gizi kurang. Selanjutnya indikator RPJM ini diacu oleh Departemen Kesehatan sebagai indikator pencapaian renstra Departemen Kesehatan.

Tabel 4.2.1 Indikator Pencapaian Renstra Departemen Kesehatan Tahun 2005-2009

| Indikator | 2004 | 2005 | 2006 | Sasaran 2009 |
|-----------------------------------|-------------|-------------|-------------|---------------------|
| IMR (per 1.000 lahir hidup) | 35 | 32 | 30,8 | 26 |
| MMR (per 100.000 per lahir hidup) | 307 | 262 | 253 | 226 |
| Gizi kurang di Balita (%) | 25,8 | 19,2 | 23,6 | 20 |
| Usia Harapan Hidup (tahun) | 66,2 | 69,4 | 69,4 | 70,6 |

Sumber: Sekretaris Jendral, Departemen Kesehatan RI "Rencana Pembangunan Kesehatan 2005-2009"

Indikator pencapaian renstra Departemen Kesehatan di atas sebenarnya indikator sektor kesehatan, bukan indikator pencapaian Departemen Kesehatan sebagai lembaga. Ketika membawa indikator ini ke pemda maka terjadi kesulitan karena tidak ada strategi desentralisasi yang jelas. Masalah yang sulit adalah memperbaiki status kesehatan secara spesifik di daerah-daerah. Akibat tidak adanya strategi desentralisasi maka tidak ada indikator yang mencerminkan kinerja Departemen Kesehatan sebagai lembaga dan dinas kesehatan sebagai lembaga di daerah yang mendapat mandat untuk melaksanakan atau menjalankan kegiatan dari pusat.

Sebagaimana disebutkan dalam bagian-bagian awal buku ini, fungsi pemerintah tidak hanya sebagai pemberi pelayanan, tetapi juga memberikan dana, menjadi penyusun kebijakan, menjadi pengawas sistem kesehatan, sampai mengembangkan sumber daya. Ada masalah

besar dalam penghilangan kata desentralisasi dalam strategi Departemen Kesehatan; bagaimana indikator-indikator tersebut dapat dicapai? Bagaimana detail data indikator dapat dilihat per propinsi dan per kabupaten/kota.

Struktur organisasi yang tidak berubah

Tanda obyektif kuat yang menunjukkan keengganan Departemen Kesehatan untuk melakukan desentralisasi adalah tidak berubahnya struktur organisasi di pusat. Sebagai kontras, konfigurasi kelembagaan dan struktur organisasi sektor kesehatan di daerah mengalami perubahan radikal di tahun 2000-an awal. Kanwil dan Kantor Departemen Kesehatan (Kandep) di-*merger* ke dinas kesehatan propinsi dan kabupaten/kota. Perubahan konfigurasi dan struktur ini merupakan tindakan yang cepat. Sementara itu, di pemerintah pusat tidak dilakukan perubahan struktur secara bermakna. Praktis struktur yang ada ada masih menggunakan pola yang berada pada masa sentralisasi sebelum tahun 2000.

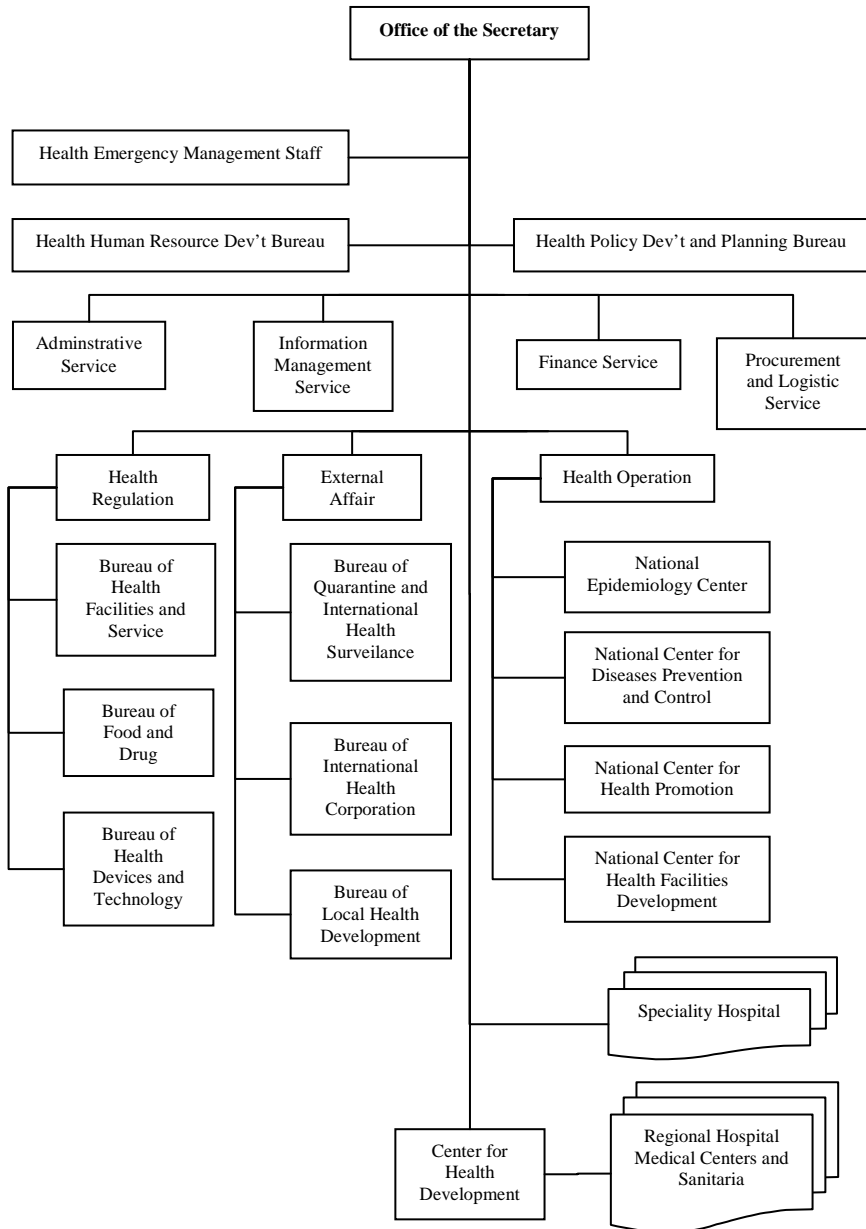
Dengan demikian konsep struktur mengikuti fungsi tidak berlaku di Departemen Kesehatan pusat. Yang ada adalah struktur organisasi yang kurang mendukung untuk desentralisasi. Dibandingkan dengan Filipina, struktur Departemen Kesehatan RI kurang memperhatikan mengenai desentralisasi.

Jika dilihat lebih detail memang terbentuk unit desentralisasi kesehatan. Akan tetapi unit ini bukan merupakan unit eksekutif. Secara obyektif unit desentralisasi kesehatan tidak mempunyai kekuasaan yang diperlukan untuk berhubungan dengan pemda. Di

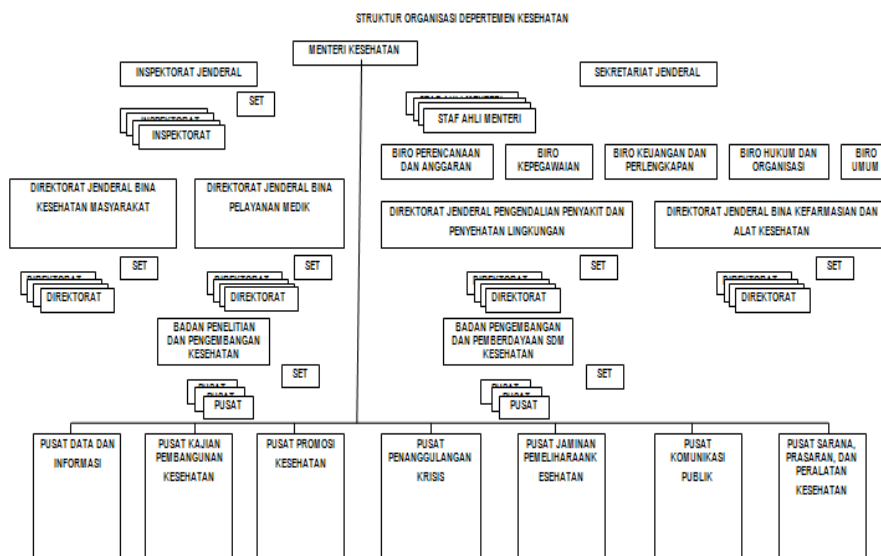
Filipina ada *Biro of Local Health Development*. Di samping unit desentralisasi kesehatan ada staf ahli menteri untuk desentralisasi kesehatan. Akan tetapi keberadaan staf ahli menteri untuk desentralisasi kesehatan tidak menjadi sinergi dengan unit desentralisasi kesehatan karena masalah non-teknis. Akibatnya dapat dikatakan bahwa struktur organisasi Departemen Kesehatan tidak efektif untuk pelaksanaan kebanyakan desentralisasi.

Dalam era desentralisasi, terlihat menarik bahwa organisasi Departemen Kesehatan justru semakin besar, tidak semakin mengecil sesuai harapan desentralisasi. Jumlah pejabat Eselon I bertambah dengan adanya penambahan pos Eselon I. Hal ini berlawanan dengan keadaan di Filipina dan berbagai negara yang mengalami desentralisasi. Masalah ini memang sulit dan sensitif karena menyangkut jenjang karier dan perpindahan pekerjaan yang besar. Bahkan dapat dikatakan bahwa masalah perubahan yang terkait dengan jabatan menjadi hambatan besar pelaksanaan desentralisasi di Indonesia.

Organogram Departemen Kesehatan pasca devolusi di Filipina adalah sebagai berikut:



Gambar 4.2.2 Organogram Departemen Kesehatan Pasca Devolusi di Filipina



Gambar 4.2.3 Organogram Depkes

Filosofi desentralisasi di sektor kesehatan sebenarnya mengharapkan Departemen Kesehatan menjadi departemen yang tidak langsung melakukan pelayanan. Istilah di Uganda adalah Departemen penyusun kebijakan kesehatan yang baik, atau istilah di Filipina adalah pendukung untuk pemberi pelayanan langsung di daerah. Oleh karena itu, sebenarnya Departemen Kesehatan diharapkan menjadi lembaga penyusun kebijakan, pedoman, dan standar nasional di sektor kesehatan. Produk-produk ini yang diharapkan keluar di Departemen Kesehatan. Namun secara obyektif terlihat bahwa ada keengganan untuk melakukan kegiatan ini. Dalam struktur organisasi terlihat bahwa urusan penyusunan regulasi, pedoman, dan standar berada di setiap direktoral jenderal dalam level rendah yang sulit untuk melakukan penyusunan kebijakan atau standar nasional.

Struktur organisasi dalam Ditjen Bina Pelayanan Medik dan tugasnya masih menunjukkan keengganan untuk berubah. Sebagaimana dibahas pada Bagian 2.2 mengenai inovasi regulasi, sebaiknya ada pemisahan antara struktur yang menjadi pelaku fungsi regulasi dan *stewardship* dengan fungsi sebagai operator rumahsakit. Sebagaimana terlihat dalam struktur dan tugas pokok, kedua fungsi ini masih berada dalam Ditjen Bina Pelayanan Medik. Keadaan ini menyebabkan kesulitan untuk pengembangan profesionalisme staf dan efektivitas lembaga di masa mendatang.

Mengapa sulit berkembang? Fungsi sebagai pengawas dan penyusun kebijakan dengan fungsi sebagai operator rumahsakit mempunyai tujuan dan budaya yang berbeda. Kedua fungsi ini sulit dilakukan oleh sebuah lembaga. Contoh di bidang lain adalah reformasi Departemen Keuangan. Pada masa lalu perusahaan negara (BUMN) berada pada sebuah direktorat jendral di Departemen Keuangan. Tuntutan *good governance* dan profesionalisme kerja membuat adanya pemisahan sehingga saat ini dikenal Kementerian BUMN yang berada di luar Departemen Keuangan.

Dalam konteks rumahsakit pusat yang mempunyai system keuangan BLU, model pengelolaan rumahsakit yang terpisah dari fungsi pengawasan merupakan hal yang dibutuhkan. Rumahsakit-rumahsakit pusat yang menjadi UPT Departemen Kesehatan sebenarnya perlu dikelola dengan model jaringan. Dalam model jaringan ini maka pemerintah pusat dapat membentuk sebuah unit yang mengelola rumahsakit-rumahsakit pusat untuk meningkatkan efisiensi dan daya saing rumahsakit pemerintah pusat di level global.

Dengan demikian sebaiknya ada semacam “*holding unit*” untuk mengelola rumahsakit-rumahsakit pusat. Namun model ini masih belum ada. Struktur di DitJen Bina Pelayanan Medik masih mencampur fungsi penetapan kebijakan dan pengawasan dengan operasional rumahsakit vertikal.

Tanda obyektif lainnya adalah alokasi anggaran pemerintah pusat yang cenderung tidak mencerminkan kenyataan adanya desentralisasi seperti yang dibahas pada Bagian 1 buku ini. Alokasi anggaran Departemen Kesehatan yang belum menggunakan data perbedaan fiskal antar daerah merupakan gambaran nyata keengganan untuk menggunakan prinsip desentralisasi dalam sektor kesehatan. Akibatnya pemda (termasuk yang kaya) terus merasa bahwa pendanaan pelayanan kesehatan khususnya yang bersifat *public goods*, harus beraasal dari pemerintah pusat. Lebih lanjut penggunaan dana dekonsentrasi yang semakin meningkat antara tahun 2005 sampai dengan 2006 menunjukkan keadaan yang berlawanan dengan amanat kebijakan desentralisasi keuangan yang tertuang dalam Pasal 108 UU No.33/2004. Pada undang-undang ini seharusnya dana dekonsentrasi berkurang dan digantikan DAK secara bertahap.

Tanda-tanda subyektif

Di samping tanda-tanda obyektif, ada berbagai tanda subyektif yang menunjukkan keengganan Departemen Kesehatan dalam melakukan desentralisasi. Tanda-tanda subyektif tersebut dapat dilihat dalam kasus-kasus yang disajikan di Bagian 1 dan Bagian 2 buku ini. Tanda subyektif yang masih dapat diperdebatkan, antara lain:

Keengganan untuk melakukan ujicoba reformasi sektor kesehatan yang dilakukan di berbagai proyek, misal di PHP-1. Dalam PHP-1, komponen proyek untuk studi penataan system dan organisasi di pemerintah pusat tidak dapat diserap. Sebagaimana dilihat pada laporan di buku ini, sebagian besar kegiatan PHP-1 berada di level pemerintah propinsi dan pemerintah kabupaten/kota. Tidak ada *lesson learned* dalam konteks pengealaman inovasi di pemerintah pusat. Demikian pula di proyek DHS-1 ADB.

Ketidakpercayaan pada pemda dapat dilihat pada kasus perizinan rumahsakit. Kasus lainnya seperti yang terpaparkan di Bagian 1 dan 2 adalah mengenai Askeskin dan Jamkesda, serta kasus regulasi. Berbagai tanda subyektif menunjukkan bahwa pemerintah pusat di awal program Askeskin tidak mempunyai strategi nyata untuk melibatkan pemerintah propinsi dan kabupaten. Pada awal tahun 2005, pada saat program Askeskin dijalankan memang ada eforia pemerintah pusat karena pada tahun tersebut anggaran pemerintah pusat terlihat besar, dan kabinet baru terbentuk dengan semangat yang secara subyektif cenderung lebih sentralistik di banding pemerintahan yang digantikan. Pemerintah menunjuk PT. Askes Indonesia melalui mekanisme kerja sama di pusat tanpa memberikan wewenang apa-apa kepada pemda. Mulai dari pendataan masyarakat miskin, pendanaan, sampai sistem pengendalian dilakukan secara terpusat.

Akan tetapi ketika program Askeskin mengalami kesulitan dalam penggunaan pelayanan, masalah keuangan dan pemerintah pusat mengalami masalah penurunan kemampuan fiskal akibat naiknya harga minyak, baru ada kesadaran bahwa pemda perlu berperan dalam

program Askeskin. Kesadaran ini timbul dalam konteks terlambat, karena sistem yang memadukan pemerintah pusat dengan daerah dalam system jaminan kesehatan masih belum tertata dengan baik. Sebagai gambaran ketika Program Jamkesmas ditetapkan sebagai pengganti Askeskin, secara resmi baru ada keputusan di sekitar bulan April 2008. Dalam hal ini keputusan di pusat dilakukan dalam situasi yang kalut, dan belum sempat menata sistem pusat yang terintegrasi dengan daerah.

Ketidaksiapan pemerintah pusat untuk memberikan bimbingan teknis dalam kasus *surveilans* dan penyebaran tenaga kesehatan merupakan tanda-tanda subyektif lain yang menunjukkan tidak penuhnya komitmen Departemen Kesehatan dalam kebijakan desentralisasi. Belum ada usaha maksimal untuk menyusun system *surveilans* pusat dan daerah secara bermakna dan operasional. Departemen Kesehatan terlihat masih mempunyai pandangan bahwa *surveilans* merupakan urusan Ditjen P2PL. Sebagaimana dibahas pada Bagian 1.3 tentang *surveilans*, sebaiknya di Departemen Kesehatan ada pusat *surveilans* yang berhubungan dengan seluruh UPT dan unit yang memang mempunyai kaitan dengan fungsi *surveilans*. Di samping itu, ada pernyataan-pernyataan pejabat pemerintah pusat yang menyalahkan kebijakan desentralisasi sebagai sumber tidak membaiknya status kesehatan masyarakat.

Dengan demikian, di antara tahun 2000-2007 secara keseluruhan Departemen Kesehatan memang masih belum sepenuh hati dalam melaksanakan kebijakan desentralisasi. Dibanding dengan Filipina dan Uganda, Departemen Kesehatan Indonesia tidak banyak

berubah. Departemen Kesehatan Indonesia belum mempunyai misi menjadi fasilitator untuk pemda.

Akibat tidak sepenuh hati dalam melaksanakan desentralisasi maka ada ketidakcocokan antara pola berpikir di sektor kesehatan dengan sistem pemerintahan dan penganggaran yang sudah terdesentralisasi. Hal ini dapat membahayakan efektivitas pembangunan kesehatan. Bagaimana situasi ini di masa depan? Apakah akan tetap sama, ataukah memburuk ataukah membaik. Bagian berikut ini akan membahas skenario masa depan pelaksanaan kebijakan desentralisasi sektor kesehatan di Indonesia.

Skenario: Apakah akan terjadi desentralisasi sepenuh hati, ataukah separuh hati, ataukah resentralisasi?

Konteks sejarah kebijakan merupakan hal penting untuk menganalisis pelaksanaan kebijakan desentralisasi. Tujuh tahun pelaksanaan desentralisasi kesehatan di Indonesia masih merupakan proses yang relatif singkat dibanding dengan negara lain. Walaupun masih singkat pertanyaan adalah apakah proses yang ada menuju ke pencerahan atau tetap gelap.

Dalam proses kebijakan, memang ada harapan baru. Pada bulan Juli 2007, telah terbit PP No.38 /2007 yang memperbaiki PP No.25/2000 yang membingungkan dan PP No.41/2007 untuk mengganti PP No.08/2003. Peraturan pemerintah ini memberikan momentum baru pada perjalanan kebijakan desentralisasi. Di tahun 2008 baru keluar PP No.07/2008 tentang Penggunaan Dana Dekonsentrasi. Dipandang dari sisi lain, keluarnya berbagai peraturan

hukum setelah 7 tahun menunjukkan bahwa kebijakan ini memang butuh waktu lama. Secara keseluruhan keluarnya dasar hukum kebijakan desentralisasi berjalan secara relatif pelan-pelan. Periode 2000-2007 masih merupakan masa transisi yaitu aturan hukum ditetapkan secara satu per satu dalam jangkauan waktu yang cukup panjang. Hal ini berlawanan dengan kebijakan desentralisasi yang bersifat “*Big Bang*” seketika, akibat tekanan politik di era reformasi awal. Hal ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan masalah dalam pelaksanaan kebijakan desentralisasi di sektor teknis seperti kesehatan.

Keluarnya berbagai peraturan perundangan tersebut tidak menjamin terlaksananya kebijakan desentralisasi. Berbagai bukti empirik menunjukkan adanya berbagai undang-undang dan peraturan pemerintah yang tidak berjalan. Undang-undang dan peraturan pemerintah dalam desentralisasi ini mungkin saja tidak akan berjalan. Pertanyaan adalah apakah kebijakan desentralisasi pesimis atau optimis dapat dijalankan?

Bukti empirik di berbagai negara menyatakan bahwa penyusunan dan pelaksanaan kebijakan desentralisasi membutuhkan waktu, proses yang rumit, dan penghalusan-penghalusan. Dapat dipahami bahwa ada pihak yang tidak sabar dengan pelaksanaan desentralisasi. Kata-kata desentralisasi menjadi hal yang tidak lagi menarik untuk dipergunakan. Namun harus ditegaskan bahwa UU No.32/2004 menyatakan bahwa sektor kesehatan merupakan bidang yang harus didesentralisasikan. Mau atau tidak mau, kebijakan desentralisasi sudah merupakan kebijakan nasional dalam tingkat

undang-undang, kecuali apabila terjadi amandemen. Pada tahun 2008 ini sudah terjadi situasi “*Point of No Return*”.

Prospek pembangunan kesehatan dalam era desentralisasi tergantung pada situasi pelaksanaan kebijakan desentralisasi sendiri. Skenario tentang pelaksanaan kebijakan desentralisasi merupakan hal menarik untuk dipelajari. Dalam konteks pelaksanaan kebijakan desentralisasi ketidakpastian yang ada adalah: Pihak mana yang akan “lebih berpengaruh” dalam strategi pembangunan kesehatan di Indonesia: Apakah yang pro sentralisasi ataukah yang pro desentralisasi. Bagaimana kita menghadapi ketidakpastian tentang pelaksanaan kebijakan desentralisasi kesehatan di Indonesia?

Berbagai teori perencanaan sering gagal memperkirakan masa depan. Salah satu penyebab kegagalan adalah asumsi bahwa perkembangan ke masa depan adalah sesuatu yang linier. Sementara itu, kenyataan menunjukkan bahwa masa depan dapat bervariasi akibat berbagai faktor. Dalam hal ini dibutuhkan perencanaan yang bersifat skenario. Perencanaan berdasar skenario (*scenario planning*) bukan merupakan kegiatan untuk memilih alternatif, akan tetapi lebih untuk pemahaman bagaimana tiap kemungkinan akan berjalan. Dengan pemahaman ini sebuah lembaga atau negara dapat mempersiapkan diri dalam membuat berbagai keputusan strategis untuk menghadapi berbagai kemungkinan di masa mendatang. Perencanaan skenario adalah alat bantu untuk melihat ke depan yang penuh ketidakpastian.

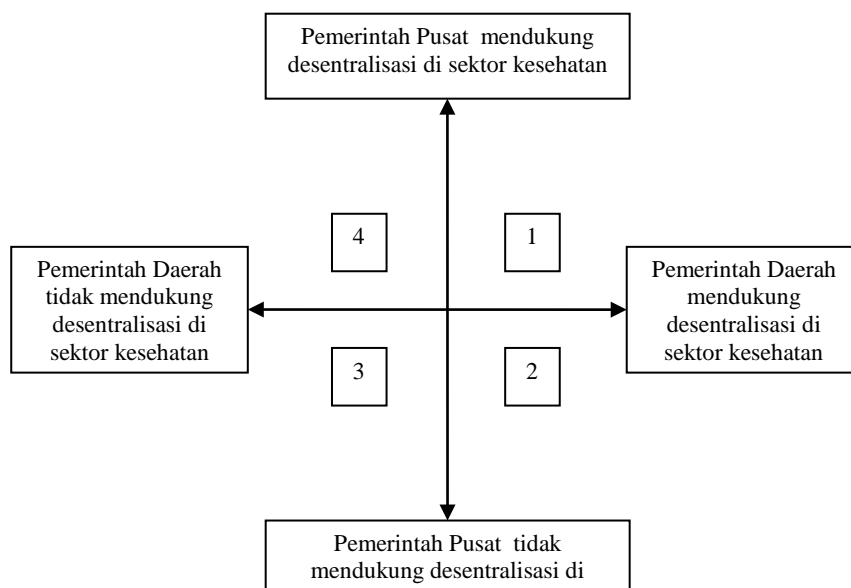
Perencanaan skenario ini layak digunakan oleh Indonesia untuk membuat keputusan, termasuk *capacity building* tatkala ada

ketidakpastian tentang apa yang akan terjadi dimasa mendatang dan hasil proyeksi kinerja organisasi di masa lalu tidak mampu memberikan gambaran. Inti perencanaan skenario adalah pengembangan gambaran mengenai kemungkinan-kemungkinan kondisi di masa mendatang dan mengidentifikasi perubahan-perubahan dan implikasinya yang muncul sebagai akibat dari kondisi tersebut. Referensi lain menyebutkan bahwa perencanaan skenario dilakukan untuk menilai skenario-skenario yang memungkinkan untuk suatu kegiatan: kemungkinan terbaik, kemungkinan terburuk dan berbagai kemungkinan di antaranya.

Dalam konteks pelaksanaan kebijakan desentralisasi kesehatan di Indonesia, faktor yang tidak pasti adalah keinginan pemda dan pemerintah pusat untuk menjalankan desentralisasi dengan sepenuh hati. Dengan menggunakan kedua kemungkinan tersebut ada empat skenario yang mungkin terjadi.

Skenario 1, adalah situasi dimana pemerintah pusat bersemangat untuk melaksanakan desentralisasi, berusaha melaraskan struktur organisasinya dengan pemda, dan pemda bersemangat pula untuk melakukannya. Skenario ini merupakan yang diharapkan terjadi. Skenario 2: terjadi situasi dimana pemerintah pusat (khususnya Departemen Kesehatan) cenderung ingin sentralisasi, sementara pemda berada dalam sistem yang semakin desentralisasi. Skenario ini dapat disebut sebagai kebijakan desentralisasi yang dilaksanakan separuh hati. Skenario 3: Pemerintah pusat tidak berkeinginan melakukan desentralisasi di bidang kesehatan. Demikian pula pemda. Akibatnya terjadi perubahan undang-undang

(amandemen UU No.32/2004) sehingga kesehatan menjadi kembali menjadi sektor yang sentralisasi. Skenario ini merupakan resentralisasi. Skenario 4: Pemerintah pusat (Departemen Kesehatan dan DPR) berubah menjadi bersemangat untuk de-sentralisasi, namun pemda tidak mau menjalankan. Skenario ini menunjukkan adanya kesulitan untuk menjalankan desentralisasi.



Gambar 4.2.4 Kemungkinan Skenario Kebijakan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia antara Pemerintah Pusat dan Pemda

Skenario 1: Kesepakatan untuk desentralisasi

Skenario ini merupakan yang terbaik. Ada keselarasan antara pemerintah pusat dengan pemda. Pemerintah pusat di sektor kesehatan khususnya Departemen Kesehatan bersemangat untuk melaksanakan desentralisasi di sektor kesehatan, berusaha melaraskan fungsi dan struktur organisasinya dengan pemda, dan pemda bersemangat pula untuk melakukannya. Keadaan yang ideal ini sebenarnya merupakan syarat dari keberhasilan pelaksanaan desentralisasi. Pengalaman di berbagai negara menunjukkan bahwa perbedaan pendapat antara pusat dan daerah merupakan salah satu faktor penting yang mempengaruhi keberhasilan desentralisasi.

Skenario 2: Desentralisasi separuh hati

Desentralisasi kesehatan di Indonesia dapat berada di Skenario 2 yang tidak ideal. Situasi di skenario 2 ini sebenarnya sudah dapat terlihat pada situasi di Indonesia saat ini. Walaupun berbagai peraturan hukum tentang desentralisasi satu demi satu sudah diterbitkan oleh pemerintah pusat namun Departemen Kesehatan dan elemen pemerintah pusat masih terlihat cenderung ingin sentralisasi. Sementara itu, pemda berada dalam sistem yang semakin desentralisasi karena peraturan hukum mengharuskannya. Akibatnya terjadi pelaksanaan kebijakan dengan separuh hati, bahkan menjadi semacam tindakan mengeluh, mengapa terjadi desentralisasi. Dampak dari pelaksanaan separuh hati tentunya buruk. Tidak ada program separuh hati yang bisa menghasilkan produk yang baik.

Skenario 3: Kesepakatan untuk resentralisasi

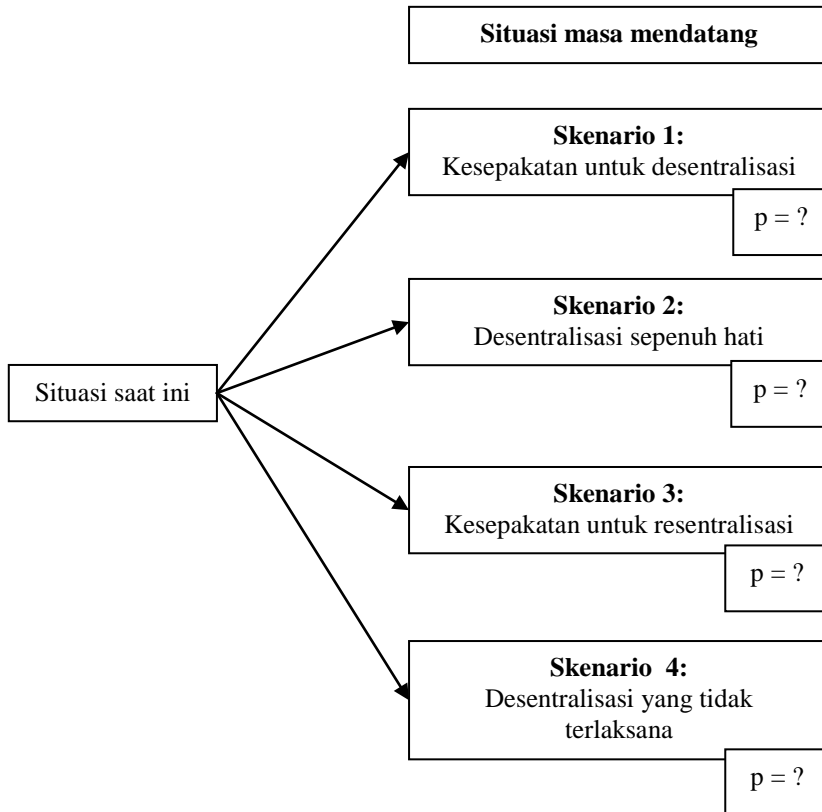
Skenario ini menunjukkan kesepakatan antara pemerintah pusat dan daerah. Pemerintah pusat tidak berkeinginan melakukan desentralisasi di bidang kesehatan. Demikian pula pemda. Akibatnya terjadi perubahan undang-undang (amandemen UU No.32/2004) sehingga kesehatan menjadi kembali menjadi sektor yang melakukan re-sentralisasi. Situasi yang akan terjadi adalah kembali ke sistem kesehatan sebelum adanya desentralisasi. Ada kemungkinan Kanwil kesehatan akan dihidupkan kembali, seperti masih adanya Kanwil Departemen Agama saat ini.

Skenario 4: Desentralisasi yang tidak terlaksana.

Skenario keempat ini termasuk yang tidak ada kesepakatan. Pemerintah pusat (Departemen Kesehatan dan DPR) berubah menjadi bersemangat untuk desentralisasi, namun pemda tidak mau menjalankan. Dengan tidak adanya kesepakatan maka situasi akan menunjukkan kesulitan pelaksanaan kebijakan desentralisasi.

Skenario apa yang potensial terjadi?

Pertanyaan menarik dalam perencanaan berbasis skenario adalah: skenario mana yang mempunyai kemungkinan terbesar untuk terjadi di masa depan. Berbeda dengan model skenario film yang ditulis oleh penulis naskah dan kemauan produsen dan sutradara. Dalam konteks pelaksanaan kebijakan desentralisasi skenario mana yang akan terjadi belum bisa ditentukan. Dalam hal kejadian di masa depan maka unsur probabilitas dari tiap skenario menjadi penting untuk diketahui. Teori probabilitas menunjukkan bahwa ada suatu situasi yang sulit dikendalikan, namun akan datang dengan kemungkinan tertentu. Dalam teori probabilitas keempat skenario tersebut mungkin terjadi. Memang yang menjadi pertanyaan adalah skenario mana yang angka probabilitasnya terbesar. Sebagai catatan probabilitas keempat skenario tersebut kalau di jumlah menjadi angka 1.



Pertanyaan lebih lanjut; apakah mungkin besaran probabilitas ini dipengaruhi? Sebagai gambaran apabila p untuk skenario 1 saat ini sekitar 0,2 (misalnya), sementara p skenario 2 sebesar 0.6 (misalnya), sementara skenario 3 dan 4 jumlahnya 0, 2. Maka skenario 2 paling besar kemungkinannya terjadi. Apakah p tersebut dapat diubah? Jika ya, bagaimana caranya?.

Di dalam berbagai kegiatan sektor lain, terdapat berbagai kegiatan yang bertujuan merubah probabilitas. Sebagai gambaran

dalam meluncurkan produk baru, ada kemungkinan terjadi kegagalan dimana produk baru tersebut tidak laku. Sebaliknya ada kemungkinan berhasil. Para produsen tentu berharap bahwa angka probabilitas untuk gagal adalah kecil, dan angka probabilitas untuk sukses adalah besar. Sebuah produsen makanan mi instant menggunakan teknik-teknik pemasaran agar produk baru yang dikeluarkan akan menguntungkan. Teknik-teknik pemasaran ini bertujuan agar probabilitas sukses sebuah produk akan meningkat.

Jika dilihat situasi saat ini, memang yang paling besar kemungkinannya adalah skenario 2 seperti yang dicontohkan di atas. Setelah 7 tahun pelaksanaan desentralisasi, belum ada tanda-tanda obyektif dan subyektif Departemen Kesehatan akan sepenuh hati melaksanakan kebijakan desentralisasi. Skenario 2 yang separuh hati ini memang sulit untuk meningkatkan efektivitas pembangunan kesehatan di Indonesia. Fakta-fakta yang ditulis pada Bagian 1 buku ini menggambarkan sebagian dari masalah yang timbul akibat pelaksanaan yang separuh hati.

Pertanyaan menarik memang muncul dalam skenario 2 yang saat ini sudah terjadi. Mengapa pimpinan Departemen Kesehatan ingin melakukan sentralisasi? Berbagai analisis dapat menerangkan hal ini. Dalam pola kebijakan, memang ada “rasa kerinduan” terhadap masa lalu yang digambarkan seperti situasi di periode orde baru dimana sentralisasi kekuasaan memang memberikan berbagai perbaikan. Hal ini terjadi pula di BKKBN yang pada masa lalu merupakan masa yang indah. Sentralisasi memang memberikan kemudahan namun juga memberikan keburukan.

Analisis kedua adalah adanya berbagai contoh sentralisasi sistem kesehatan yang bagus di berbagai negara, antara lain Srilanka dan Thailand. Akan tetapi kedua negara tersebut mempunyai struktur politik yang sentralisasi. Beberapa konsultan sistem kesehatan internasional menyarankan agar Indonesia kembali ke sentralisasi. Namun perlu dicatat sampai saat ini belum ada suatu evaluasi yang menyeluruh apakah benar sentralisasi sistem kesehatan di Indonesia memberikan kebaikan atau justru hal yang buruk.

Analisis ketiga adalah faktor kesulitan pemerintah pusat untuk melakukan transformasi internal fungsinya. Berbagai kekawatiran mengenai ketidakpastian masa depan pekerjaan, anggaran, dan posisi menjadi hal penting yang perlu dicermati. Dalam ketidakpastian maka jalan yang paling mudah adalah tidak perlu untuk berubah.

Berbagai faktor tersebut dapat menerangkan mengapa antara tahun 2000-2007 terjadi kegamangan Departemen Kesehatan dalam merubah strategi bekerja dalam era kebijakan desentralisasi di sektor kesehatan. Pendirian unit desentralisasi kesehatan yang secara kekuasaan eksekutif bersifat lemah merupakan bukti kegamangan ini. Sebagai perbandingan berbagai Departemen di Indonesia seperti Departemen Keuangan dan Departemen Dalam Negeri mempunyai Direktorat Jenderal yang melakukan kegiatan hubungan dengan pemda. Akibat dari kegamangan ini bersifat fatal. Dalam masa transisi ini yang terjadi adalah berbagai kesulitan hubungan pemerintah pusat dan daerah misalnya di program asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin dan *surveilans*.

Pemerintah pusat pada awal program Askeskin di tahun 2005 bersikap seolah bahwa program Askeskin merupakan murni program pemerintah pusat. Keadaan ini menunjukkan adanya eforia “resentralisasi” yang mirip dengan eforia “desentralisasi” di tahun 2000-an awal. Ketika terjadi kekurangan dana yang besar di tahun 2007, baru disadari bahwa peran pemda merupakan hal yang tidak dapat diabaikan dalam program Askeskin. Hasil yang dipelajari bahwa secara jelas memang tidak ada batasan yang hitam putih dalam hal pembiayaan masyarakat miskin dari pemerintah pusat dan daerah. Saat ini berbagai daerah mulai mengkombinasikan dana dari berbagai sumber.

Dalam kasus *surveilans*, terjadi perbedaan konteks. Pemerintah pusat terlihat tidak mantap dalam menerapkan Kepmenkes tentang *surveilans*. Seharusnya pemerintah pusat harus tegas untuk menerapkan peraturan *surveilans*, yang terkait dengan undang-undang wabah. Kebijakan *surveilans* merupakan kebijakan yang seharusnya lebih sentralistis dan tidak boleh ada versi daerah dalam *surveilans*. Akibat lebih lanjut dari kegamangan ini maka tim pendamping yang dikembangkan oleh pemerintah pusat masih belum efektif menjalankan fungsinya.

Pertanyaan menarik berikutnya dalam skenario ini adalah apakah seluruh Pemda menginginkan. Jawabannya memang sulit. Pemda yang mendapatkan keuntungan finansial dari kebijakan desentralisasi tentunya ingin kebijakan diteruskan. Sementara itu, pemda yang tidak mempunyai keuntungan finansial tentunya tidak

sepenuh hati mendukung kebijakan ini. Dengan demikian, skenario ini sebenarnya masih tergantung pada situasi di berbagai daerah.

Pertanyaan terakhir dalam situasi ini: apa yang akan terjadi di masa depan dalam skenario 2? Gambaran sementara saat ini dapat menjadi suatu prediksi situasi di masa mendatang. Saat ini terlihat adanya desentralisasi separuh hati, dimana pemerintah pusat di sektor kesehatan belum melakukan kegiatan penuh untuk membangun kesehatan dalam sistem pemerintahan yang terdesentralisasi. Akibatnya adalah pemerintah pusat juga kehilangan cara untuk memimpin pembangunan kesehatan di seluruh Indonesia. Keputusan dan peraturan di level Menteri Kesehatan tidak cukup kuat untuk membalikkan dampak peraturan pemerintah, dan tentunya undang-undang. Dalam skenario ini, berbagai inovasi di daerah seperti yang dibahas di Bagian 2 buku ini diabaikan oleh pemerintah pusat.

Berbagai pengalaman desentralisasi 2000-2007 menunjukkan bahwa kegiatan pembangunan kesehatan tersendat-sendat. Alokasi anggaran kurang berhasil menyeimbangkan pelayanan kesehatan, berbagai peraturan dan kebijakan pusat kurang berhasil dilaksanakan, sampai masalah SDM kesehatan yang sulit dikelola. Saat ini sudah terjadi berbagai kegiatan inovatif di PHP-1 tidak dimanfaatkan secara nasional. Gambaran situasi pelaksanaan kebijakan desentralisasi saat ini dapat diperburuk dalam skenario desentralisasi separuh hati ini.

Berpegang pada pemikiran "tiada rotan akarpun jadi", daripada masuk ke skenario ke-2 yang tidak ada kesepakatan, sebenarnya lebih baik masa depan berada di skenario 3 (kesepakatan untuk resentralisasi) dimana akan terjadi resentralisasi. Pemerintah pusat dan

daerah sepakat bahwa kesehatan kembali ke model sentralisasi. Akan tetapi skenario 3 ini probabilitasnya rendah karena harus melakukan amandemen (kembali) terhadap UU No.32/2004 dan mengganti seluruh peraturan pemerintah yang mengikutinya. Untuk meningkatkan probabilitas ke skenario 3, Departemen Kesehatan harus melakukan lobi-lobi kuat untuk merubah undang-undang dan peraturan pemerintah yang ada dimana sektor kesehatan dikeluarkan dari daftar sektor yang didesentralisasikan di UU No.32/2004. Dalam hal ini perlu ada suatu perubahan politik tingkat tinggi yang kuat. Patut dicermati bahwa selama ini kebijakan desentralisasi kesehatan berasal dari tekanan politik bukan berasal dari kemauan Departemen Kesehatan.

Untuk merubah pihak-pihak yang mempunyai kewenangan dalam amandemen undang-undang, maka perlu analisis *stakeholder*. Dalam analisis stakeholder ada berbagai pihak yang kuat mendukung desentralisasi antara lain DPR, DPD, Departemen Dalam Negeri, dan sebagian pemda. Dalam merubah undang-undang maka peran berbagai pihak ini harus dipengaruhi agar mau merubah UU No.32/2004 dan melepaskan kesehatan sebagai salahsatu sektor yang didesentralisasi. Untuk melakukan hal ini kegiatan lobi Departemen Kesehatan ke berbagai pihak perlu dilakukan dan hal ini membutuhkan dana dan tenaga besar. Menjadi pertanyaan apakah mungkin terjadi dalam situasi ini ketika negara sedang mempersiapkan diri untuk pemilihan umum di tahun 2009 dan masih banyak agenda RUU yang belum diselesaikan dalam Program Legislasi Nasional.

Oleh karena itu usaha peningkatan probabilitas ke skenario 1 menjadi penting karena skenario kedua merupakan skenario yang saat ini sudah kelihatan tanda-tandanya terjadi. Apabila probabilitas kebijakan desentralisasi di Indonesia lebih banyak berada pada skenario dimana Departemen Kesehatan enggan melakukan desentralisasi kesehatan sementara daerah menginginkannya maka situasi yang sudah buruk saat ini akan memburuk. Pertanyaannya adalah: apakah mungkin merubah probabilitas agar semakin mendekati ke skenario 1? Hal ini merupakan tugas para *lobbyist* dan *advocator* kebijakan desentralisasi.

Sebagai catatan akhir, tahun 2008 ini merupakan momentum yang tepat untuk menilai pelaksanaan kebijakan desentralisasi di Indonesia. Tahun 2008 merupakan "*new beginning*" dengan telah keluarnya berbagai peraturan pemerintah sebagai pelaksanaan UU Desentralisasi maka perlu ada suatu *review* strategis dalam peran berbagai *stakeholders* di sektor kesehatan. Hasil *review* ini diharapkan dapat menjadi bahan untuk pemerintah pusat dan daerah, serta masyarakat untuk melaksanakan desentralisasi dengan sepenuh hati. Sebaliknya apabila hasil *review* menunjukkan perlunya resentralisasi maka harus kembali melakukan sentralisasi secara penuh. Bahan buku ini dapat dipergunakan oleh para pengambil kebijakan sebagai salah satu bahan kajian desentralisasi di sektor kesehatan Indonesia.

Di masa mendatang diharapkan jangan sampai terjadi skenario yang separuh hati dalam pelaksanaan kebijakan desentralisasi. Skenario separuh hati ini terkait dengan posisi pendulum kebijakan desentralisasi yang belum stabil, seperti diuraikan dalam Bab

Pengantar buku ini. Masih ada yang ingin menarik pendulum ke arah sentralisasi namun ada yang ingin mempertahankan. Akibatnya dalam keadaan yang masih belum seimbang ini, terjadi kegamangan dalam pelaksanaan, kesulitan-kesulitan prosedur, bahkan konflik antar berbagai pihak. Sesuatu yang pasti dalam situasi tidak sepenuh hati ini adalah kebijakan desentralisasi menjadi strategi yang belum efektif untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat Indonesia.

A

- acceptability*, 207, 209, 210
accessibility, 207, 209
accountability, 64
ad hoc, 407
 administrasi publik, 2, 360, 361, 391, 398
administrative skill, 54
Agents of change, 268
 AKB, 11, 89, 369, 443
 AKBA, 89
 AKI, 11, 89, 247, 369, 430
 Akseptabilitas, 95
alignment, 157, 186
 Alma Atta, 377, 378
 alokasi anggaran, 15, 25, 28, 29, 30, 38, 40, 43, 44, 45, 98, 99, 143, 220, 299, 315, 413, 434, 438, 451
 amandemen, 9
 analisis situasi, 104, 136, 149, 150, 152
 anggaran berbasis kinerja, 39, 121
 anggaran kesehatan nasional, 21
 Anggaran kesehatan per kapita, 25
 Angka Kematian Bayi, 11
 Angka Kematian Ibu, 11
antenatal care, 427
anti fraud, 51
 APBD, 5, 17, 18, 22, 25, 26, 27, 32, 33, 37, 39, 45, 70, 78, 87, 89, 91, 96, 121, 143, 234, 238, 239, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 249, 253, 278, 282, 299, 302, 303, 305, 315, 346, 427, 428
 APBN, 21, 24, 28, 29, 32, 33, 37, 39, 43, 78, 91, 96, 121, 143, 237, 244, 245, 246, 278, 282, 347
Asian Development Bank, 322
Askes Extra, 145
Askes Gold, 145
Askes Prima, 145
Askeskin, 10, 15, 19, 22, 40, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 59, 70, 73, 74, 233, 234, 237, 244, 254, 272, 334, 452, 465
assessment, 149, 233, 328
 asuransi kesehatan, 15, 52, 56, 58, 59, 61, 63, 64, 68, 144, 174, 239, 246, 250, 272, 334, 337, 375, 397, 464

B

- backing*, 425
 Badan Layanan Umum, 11, 279, 319
 Badan Pusat Statistik, 52
 Badan Usaha Milik Negara, 56
 Balai Teknik Kesehatan Lingkungan, 99
 Bali, 3
 Bantuan Langsung Tunai, 49
barangay, 362, 373
bargaining power, 360, 399
 BBLR, 90
Bed Occupancy Rate, 48
benchmark, 131, 219
benefit, 255, 258

Bengkalis, 5
best practices, 328, 330, 331
Big Bang, 6, 20, 387, 402, 455
billboard, 428
billing system, 268
 birokrasi, 62, 265, 276
blank spot, 176
block grant, 302, 416
 BLT, 49
 BLU, 11, 132, 146, 170, 172, 249, 261, 263, 271, 276, 278, 279, 280, 282, 285, 286, 450
 BOR, 48
 bottom-up, 44
 BPS, 52, 66, 217, 218, 246, 289
 BTKL, 99
budget, 21, 55
budget oriented, 21
building mutual trust, 267
 BUMN, 56, 62, 145, 170, 172, 278, 279, 280, 285, 450
by design, 180

C

capacity building, 13, 381, 456
capitation, 55
Centers for Disease Control and Prevention, 119
 cetak biru, 180
change without significant change, 9
check up, 269, 273
community building and organizing, 366
compliance, 103
Comprehensiveness, 54

confirmatory, 154
consistency, 64
contracting out, 11, 292, 295, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 308, 309, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320
coordination of benefit, 239
Corporate Social Responsibility, 143
cost of capital, 331, 338
Cost of Devolved Health Functions, 374
critical intervention, 430
cross-check, 13
 CSR, 143, 174
cut off point, 342

D

daerah otonom, 31
 DAK, 18, 24, 25, 31, 33, 36, 37, 44, 96, 451
 Dana Alokasi Khusus, 18, 35, 44
 Dana Alokasi Umum, 5
 dana bagi hasil, 4
 dana dekonsentrasi, 15, 18, 23, 28, 31, 32, 34, 35, 36, 39, 43, 44, 339, 403, 451
 dana luar negeri, 39, 132
 dana perimbangan, 33, 403
 dana sektoral, 28, 34
 Dana Tugas Pembantuan, 18, 35
database, 119, 198, 225, 231, 246
 DAU, 5, 15, 18, 22, 31, 33, 342, 403
de facto, 219
decision space, 35
 dekon-dekonan, 34
demand side, 352, 376

- Departemen Kesehatan, 5
- Departemen Kesehatan Filipina, 6
- desentralisasi, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 28, 31, 33, 34, 35, 36, 38, 45, 47, 55, 56, 69, 72, 73, 92, 97, 98, 103, 104, 131, 132, 133, 141, 156, 166, 171, 177, 178, 179, 181, 182, 189, 190, 222, 229, 236, 259, 260, 262, 264, 292, 312, 313, 315, 321, 322, 323, 325, 327, 337, 338, 340, 341, 342, 345, 350, 351, 352, 353, 355, 358, 359, 360, 361, 362, 365, 368, 369, 370, 372, 373, 376, 377, 379, 380, 381, 383, 385, 386, 387, 388, 389, 391, 393, 394, 395, 396, 398, 399, 400, 401, 402, 405, 406, 407, 408, 411, 412, 413, 414, 415, 432, 435, 439, 440, 441, 442, 443, 445, 446, 447, 449, 451, 453, 454, 455, 456, 457, 459, 460, 461, 463, 464, 465, 466, 467, 468
- Desentralisasi, 1
- desentralisasi demokratis, 1
- desentralisasi fiskal, 2, 10, 15, 17, 28, 31
- Desentralisasi Kesehatan, 1
- desentralisasi keuangan, 15, 386, 451
- desentralisasi manajemen, 2
- desentralisasi politis, 2
- Desentralisasi Terintegrasi, 72
- DEST, 87, 97, 99
- devolusi kesehatan, 376
- DHS-1, 11, 22, 76, 84, 98, 132, 202, 212, 213, 321, 322, 338, 339, 341, 342, 343, 351, 355, 356, 357, 437, 452
- diagnosis related group*, 241
- diagnostic related group*, 256
- Diagnostic Related Groups*, 55
- diem*, 55
- differential*, 363
- disease specific*, 132
- diskriminasi pelayanan, 50
- dispensing*, 165
- District council*, 381
- District Epidemiological Surveillance Team*, 87
- Doi Moi*, 391, 392
- donor agency*, 316
- donor driven*, 185
- door to door*, 301
- DPR, 19, 29, 30, 32, 36, 45, 256, 388, 433, 435, 440, 458, 461, 467
- DRG's, 55
- ## E
- effectiveness*, 64
- efficiency*, 64
- efisiensi, 2
- eforia reformasi, 6
- Electronic TB Register*, 119
- emergency of international concern*, 94
- ends*, 53
- enforcement*, 62, 165, 170, 229
- enterpreneur*, 243
- entry data*, 50, 119
- epidemiologi, 77, 78, 80, 82, 83, 86, 92, 93, 94, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 112, 117, 119, 124
- EpiInfo*, 119

epireport, 119
equality, 38, 44
equity, 38, 44, 412
essential public health function, 40, 42
evaluasi Kirkpatrick, 85
evidence based policy making, 355
exemption, 412
existing, 155
exit strategy, 184, 327, 328
external agents of change, 269

F

facility based, 112
faktor risiko, 105, 112, 117, 142
fee for service, 63
feedback, 76, 77, 78, 81, 88, 96, 115, 119, 126
fees, 382, 386, 410
FGD, 154, 203
Filipina, 3
financial incentive, 54
financing, 141, 142, 341
finetuning, 431
fiscal capacity, 30, 38, 342
Fleksibilitas, 95, 394
focus group discussion, 154
frame, 60, 154, 292, 306, 309
fraud, 69
fungsi pembiayaan pemerintah, 11
fungsi regulasi pemerintah, 11

G

gakin, 19, 24, 30, 38, 47, 50, 51, 53, 56, 59, 61, 62, 64, 136, 144, 233, 235, 237, 243, 245, 251, 341, 348, 375
gap, 155, 373, 415, 419
garbage can, 417
global fund, 30
Global Fund, 39
good governance, 61, 136, 152, 168, 170, 177, 180, 191, 255, 257, 340, 450
Good governance, 51
governance, 61, 63, 64, 69, 141, 168, 170, 172, 353, 371, 384, 419
grand design, 365, 430
grand strategy, 242
Grant, 323
grassroot, 378, 381
Gross National Product, 369

H

health delivery, 141
hierarki pemerintahan, 70
holding, 62, 451
hygiene, 162
hystorical budget, 28, 30

I

ICDC, 87, 97, 99
IDAI, 65
Ikatan Dokter Anak Indonesia, 65, 66
inclusiveness, 64
Indeks Pembangunan Manusia, 443

indikator status kesehatan, 3
Indonesia Policy Briefs, 173
 industri farmasi, 61
 Infeksi Saluran Pernapasan Atas, 90
informan, 155
 inovasi, 10, 45, 131, 132, 134, 178, 183,
 185, 187, 191, 211, 224, 228, 229,
 233, 257, 260, 265, 268, 274, 291,
 292, 303, 320, 322, 323, 325, 326,
 328, 329, 330, 333, 334, 335, 337,
 338, 349, 352, 354, 355, 356, 357,
 372, 432, 435, 437, 450, 452, 466
input, 40, 77, 83, 110, 185, 186, 204, 368,
 385
 insentif, 37, 43, 45, 54, 59, 125, 159, 214,
 383, 384, 385, 387, 399, 404
interconnection, 138
internal, 60, 77, 89, 94, 123, 126, 128,
 203, 226, 265, 266, 267, 268, 407,
 436, 464
Internal Revenue Allotment, 365
international health regulation, 91
interpersonal relationship, 207, 209
 IRA, 365, 374
 ISPA, 90
 iuran, 69, 70, 239, 240, 241, 244, 248

J

Jamkesmas, 16, 74, 234, 242, 244, 453
Joint Health Council, 159, 326, 334, 337
 JPSBK, 47, 48, 144, 236
Judicial review, 51

K

kapasitas kelembagaan, 10
 Kartu Beras Miskin, 49
 kebijakan, 3
 kemampuan fiskal, 4
 Kepmenkes No.1241/Menkes/
 SK/XI/2004, 52
 kerangka mutu, 202, 226
 Kerepresentatifan, 95
 Kesederhanaan, 95
killing fields, 381
 KLB, 75, 77, 79, 80, 94, 96, 99, 104, 127
know how, 398
knowledge, 398
 konflik, 8
 konkuren, 175, 176
 Kutai Kertanegara, 5

L

LAN, 118, 120
leadership, 267, 286, 437
legal drafting, 123, 137, 153
 lembaga kesehatan, 12, 61, 176, 190, 348,
 414, 432
lesson learned, 236, 452
lessons learned, 331
 LGUs, 365, 367, 368, 371, 374, 375, 376,
 385
Local Area Network, 118, 119
Local Government Units, 365, 370
 Low GDP, 342

M

Making Pregnancy Safer, 430
managed care, 54, 63, 238, 257, 258
managing for results, 157, 186
 manajer unit, 2
master plan, 158, 159, 160, 268
 masyarakat miskin, 15, 40, 48, 49, 50, 51,
 52, 56, 57, 58, 68, 234, 241, 244, 245,
 246, 253, 281, 288, 334, 337, 371,
 375, 392, 394, 396, 397, 399, 410,
 412, 429, 452, 464, 465
 MDG's, 89, 247, 297
mean, 112
means, 53
medication record, 165
 mekanisme pasar, 58, 64, 67, 313, 345,
 390
 Membangun Institusi, 264
Memorandum of Understanding, 314
 merger, 6
 Metode Kirkpatrick, 85
mindset, 21
 modal sosial, 360
model keranjang sampah, 417
monitoring, 3, 76, 80, 93, 110, 158, 160,
 164, 166, 195, 199, 205, 207, 210,
 214, 216, 219, 223, 225, 227, 229,
 230, 231, 298, 308, 309, 315, 384,
 423, 442
moral hazard, 55
 MoU, 314, 315
multi years, 182
multitier delivery, 362
municipal, 362

N

near poor, 242
need based approach, 38
new beginning, 468
non profit, 51, 276, 279, 281

O

online, 119
 Orde Baru, 6, 52
out of pocket, 142
out sourcing, 269
outcome specific, 110, 112
output, 40, 77, 83, 94, 110, 116, 264, 303,
 385
over, 78, 317
overlapping, 176
ownership, 25, 39, 59, 91, 186

P

PAD, 33, 214, 264
 pagu definitif, 30
Paris Declaration, 157, 159, 186
participation, 64, 406
 partisipasi publik, 2
 pasar liberal, 61
 pascadesentralisasi, 11, 435
 Pelayanan Kesehatan Masyarakat, 30,
 105
 Pelayanan Kesehatan Perorangan, 105
 pelimpahan kekuasaan, 2
 pembiayaan, 5
 pembiayaan publik., 70

- pembobotan, 30, 38
- pemda, 3, 12, 16, 23, 33, 39, 41, 43, 49, 51, 52, 55, 59, 67, 68, 69, 71, 73, 74, 86, 87, 91, 94, 98, 99, 100, 104, 123, 125, 126, 128, 141, 142, 143, 149, 151, 163, 167, 171, 176, 177, 179, 184, 186, 188, 190, 206, 214, 220, 221, 222, 223, 224, 232, 235, 239, 244, 253, 254, 263, 283, 292, 313, 315, 321, 337, 340, 342, 343, 345, 346, 351, 353, 356, 360, 365, 369, 371, 375, 376, 379, 381, 382, 383, 392, 403, 404, 410, 411, 413, 415, 416, 420, 425, 426, 434, 436, 442, 445, 446, 451, 452, 454, 457, 459, 460, 461, 464, 465, 467
- Pemegang Uang Muka Cabang, 23
- pemerataan fasilitas pelayanan, 55
- pemerataan pelayanan kesehatan, 3
- pemerintah pusat, 1, 6, 10, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 31, 32, 34, 35, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 49, 51, 52, 55, 59, 60, 69, 70, 72, 74, 86, 90, 91, 92, 98, 99, 103, 104, 125, 131, 132, 134, 141, 168, 169, 170, 175, 178, 179, 181, 182, 188, 190, 205, 223, 234, 237, 253, 257, 258, 259, 262, 272, 290, 312, 315, 321, 323, 324, 325, 329, 340, 347, 348, 350, 351, 353, 355, 356, 361, 375, 383, 394, 395, 403, 405, 406, 411, 412, 413, 415, 440, 446, 450, 451, 452, 453, 457, 459, 460, 464, 465, 466, 468
- Pendapatan Asli Daerah, 33
- Pendulum, 5
- pengalaman Indonesia, 3
- penganggaran kesehatan, 8
- penjamin, 41, 235, 239, 253, 256, 257, 258
- pen-screw*, 273
- penyakit prioritas, 86, 90, 103, 107, 108, 109, 111, 116
- peran pemerintah, 5
- perdarahan ibu, 90
- performance based-budgeting*, 21
- persero, 261, 263, 279
- PEST, 87, 97, 99
- PhilHealth*, 371, 375
- PHP, 11, 131, 132, 133, 134, 163, 182, 183, 184, 189, 190, 191, 193, 195, 196, 202, 221, 236, 238, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 338, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 438, 452, 466
- PKM, 105, 106, 108, 109, 110
- PKP, 105, 106, 107, 108, 109
- Plan of Action*, 116
- pneumonia, 90
- PNS, 52
- PoA, 116
- Point of No Return*, 456
- policy option*, 431
- political approach*, 28
- political will*, 369
- politik desentralisasi, 10
- PONED, 212
- PONEK, 212
- PP No.08/2003, 8
- PP No.25/2000, 7

PP No.38/2007, 8, 60, 74, 92, 103, 125,
 126, 128, 134, 140, 141, 144, 147,
 149, 155, 156, 167, 168, 169, 170,
 171, 175, 178, 179, 183, 222, 223,
 232, 234, 235, 239, 243, 254, 257,
 283, 284, 326, 327, 354, 400, 439,
 440, 442

PP No.41/2007, 8

PP No.41/2007., 4

PP No.65/2005, 41

premi, 70, 235, 239, 240, 241, 245, 247,
 248, 253, 272, 375, 376

primary health care, 366

principal agent, 360

private goods, 277, 278

Privatisasi, 361

privatisasi pelayanan, 390

profit, 51, 63, 279, 280

Program TBC, 30

programmer, 123

project, 21, 186, 367, 397

project oriented, 21

propinsi, 4, 5, 6, 12, 13, 17, 22, 23, 25,
 27, 35, 38, 39, 42, 44, 45, 55, 62, 70,
 71, 72, 84, 85, 86, 87, 88, 91, 96, 97,
 99, 102, 103, 107, 115, 124, 125, 133,
 134, 136, 137, 144, 145, 146, 147,
 149, 150, 151, 152, 156, 158, 159,
 160, 163, 169, 171, 175, 177, 178,
 180, 182, 185, 186, 187, 189, 190,
 192, 198, 202, 213, 217, 219, 222,
 226, 228, 230, 232, 233, 237, 242,
 251, 283, 287, 313, 321, 322, 323,
 325, 326, 329, 331, 338, 339, 340,
 341, 342, 343, 348, 349, 350, 351,

352, 353, 354, 355, 356, 361, 362,
 368, 388, 391, 392, 394, 395, 396,
 397, 402, 414, 432, 438, 446, 452

protap, 86, 90, 115, 116

provider, 202, 204, 301, 302, 304, 308,
 316

*Provincial Epidemiological Surveillance
 Team*, 87

PT. Askes Indonesia, 49, 50, 51, 52, 56,
 58, 60, 62, 73, 144, 452

public administration, 51

public domain, 119

public goods, 39, 143, 277, 278, 279, 339,
 451

public health, 40, 42, 60, 94, 426, 431

PUMC, 23

Q

Quadrant (Q), 113

quality framework, 202, 204, 207

R

radical change but quiet way, 276

random, 25

RAPBN, 19

rapid assessment, 149, 152

Raskin, 49

rate, 112, 317

reform, 45

reformasi politik, 45, 409

regulator, 62, 70, 134, 141, 146, 147,
 149, 160, 162, 163, 166, 167, 170,
 187, 188, 190, 191, 192, 195, 203,

204, 209, 211, 214, 220, 223, 224,
228, 230, 249, 256, 257, 260, 333,
339, 351, 367, 432, 438

Reorganisasi, 264, 268

report, 119, 267

sentralisasi, 5, 13, 15, 20, 414, 454,
458, 460, 465, 466, 468

resource generation, 141, 148

respect and caring, 207, 209

restrukturisasi, 154, 155, 175, 176, 179,
187, 268, 323, 335

review, 229, 238, 382, 468

risk equalization, 72

risk taker, 50

rowing, 308

RSD, 11, 132, 170, 264, 287, 292

rule of law, 64

Rumah Sakit Daerah, 11, 259

S

Safe Motherhood, 212, 416

safety, 207, 209

Satuan Kerja Perangkat Daerah, 34, 166

Save Papua, 315

scenario planning, 456

SDM, 7, 21, 61, 77, 78, 79, 80, 82, 83,
89, 92, 93, 117, 124, 125, 138, 139,
146, 155, 163, 164, 177, 196, 202,
204, 206, 216, 243, 249, 254, 262,
268, 275, 287, 299, 304, 315, 323,
328, 329, 331, 335, 342, 348, 350,
351, 368, 373, 407, 466

sector wide, 132, 157, 158, 338, 355, 356

Sector-Wide Provincial Health Project,
11

sektor swasta, 8

semi (quasi) public goods, 277

Sensitivitas, 95

sentralisasi, 5

Servicer of Servicers, 366

shapefile, 119

Shared Vision, 264

sharing, 69, 70, 247, 267

Shocking, 264, 265

short winnings, 267

SIKDA, 136

sistem kesehatan, 9

Sistem Kesehatan Daerah, 11, 133

Sistem Kesehatan Nasional, 60, 61

Sistem Kesehatan Propinsi, 133

Sistem S-R, 111, 112, 113, 115, 116, 117

SK Menkes No.267/2008, 395, 396

SKB, 62

SKD, 11, 131, 133, 135, 187, 190, 337,
340, 357, 430

skenario, 3, 9, 10, 12, 13, 125, 181, 413,
414, 454, 456, 457, 460, 461, 462,
463, 465, 466, 468

skimming the cream, 272

SKN, 60, 152, 178, 179, 187, 220, 436

SKP, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139,
141, 142, 147, 149, 150, 151, 152,
153, 154, 166, 174, 182, 187

SKPD, 34, 137, 138, 142

SKTM, 49, 59, 251

social capital, 360

social security, 59

software, 86, 93, 166, 396

- Sosialisasi, 94, 196, 390
- spec*, 36
- specific regulation*, 122, 123
- SPM, 40, 41, 42, 43, 186, 191, 217, 256, 442
- stakeholder*, 13, 73, 154, 159, 186, 207, 215, 220, 226, 228, 265, 266, 267, 328, 395, 413, 415, 419, 431, 432, 433, 434, 437, 439, 467
- stakeholders*, 10, 12, 69, 220, 300, 303, 315, 328, 365, 370, 414, 432, 433, 434, 435, 468
- stakholders*, 64
- standar pelayanan minimal, 40, 256
- standard operating procedure minimal*, 50
- status kesehatan, 3, 8, 9, 11, 14, 89, 105, 106, 107, 108, 110, 131, 156, 167, 188, 226, 368, 369, 388, 393, 400, 412, 443, 445, 453, 469
- steering*, 308
- stewardship*, 141, 142, 150, 190, 340, 341, 352, 450
- Stream* kebijakan, 416
- Stream* politik, 417
- struktur kelembagaan, 6
- sub county*, 381, 382
- subsidi langsung, 56, 58
- sumber daya finansial, 2, 17
- supply side*, 352, 376
- Surat Keputusan Bersama, 62
- Surat Keterangan Tidak Mampu, 49
- surveilans*, 10, 15, 16, 39, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 133, 139, 140, 156, 227, 322, 348, 350, 351, 354, 355, 442, 453, 464, 465
- surveilans* pasif, 107
- surveilans-respon*, 87, 104, 117
- surveyor*, 164, 166, 192, 196, 216, 219, 225, 228, 229
- sustainability*, 39, 327, 328
- swadana, 132, 259, 262, 268, 271, 274, 285, 323
- SwAp, 158
- swasta, 42, 64, 66, 67, 69, 77, 101, 109, 111, 115, 117, 122, 135, 136, 137, 139, 140, 142, 145, 147, 148, 150, 162, 166, 167, 168, 169, 171, 172, 173, 174, 178, 184, 190, 201, 209, 212, 215, 217, 218, 219, 220, 222, 224, 231, 241, 250, 261, 265, 279, 283, 284, 310, 324, 327, 339, 340, 341, 344, 345, 349, 350, 361, 389, 390, 393, 397, 404, 433, 435, 437, 439, 440
- SwiM, 156, 157

T

- Tang Connector*, 120
- Targeting*, 54
- task force*, 133, 195, 322, 325, 328, 331
- task force.*, 133
- technical competence*, 207, 209
- technical skills*, 54

tekanan politik, 4, 6, 45, 376, 455, 467
teleconference), 86
The First Decentralized Health Services Project, 11, 84
the graduated, 382
 tiada rotan akarpun jadi, 466
timeliness, 207, 209
timing, 39
 tipologi ekonomi, 66
tools, 223, 227, 228, 254
top down, 166, 180, 181, 182
total coverage, 239
trade off, 71
 transfer kewenangan, 1
transparency, 64
trauma center, 147
trend, 10

U

Uganda, 3
 UKM, 61, 62
 UKP, 61, 171, 236
unit cost, 265, 280
 unit pendukung *surveilans*, 86
unitary financial, 388
universal coverage, 73, 243, 254
unnecessary service, 55
 Upaya Kesehatan Masyarakat, 60
 Upaya Kesehatan Perorangan, 61
upgrading, 374
 UPS, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 107, 115, 116, 117

user friendly, 119
utilization review, 51, 238, 254
 UU Desentralisasi, 6
 UU No.22, 4
 UU No.32/2004, 5, 9
 UU Sistem Jaminan Sosial Nasional, 51

V

validitas data, 77, 79
value added activity, 121
 Vietnam, 3

W

weakest link, 430
web, 119
welfare state, 58, 278
 WHO, 21, 62, 75, 103, 112, 113, 117, 118, 143, 180, 358, 377, 379
words of mouth, 165
working groups, 331
workshop, 151, 152, 155, 204, 207, 236, 301, 302, 331, 354
World Bank, 21, 44, 327, 342
World Economic Indicator, 342
World Health Organization, 1, 21, 360
World Vision Australia, 292, 305, 306

Z

zero-tolerance, 219