

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 Jembrana. 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 sistem¹? 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.

¹ 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	Swsta
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 mendarat 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 Draft 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

perbaiki 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 strukturisasi 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 Bali², 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.

² 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.

Dengan bantuan GTZ, pemerintah Propinsi NTT melakukan kegiatan penguatan sistem manajemen secara terpadu dengan berbagai 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 mewadahi 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 mewadahi 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 Kovner³, 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

³ 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

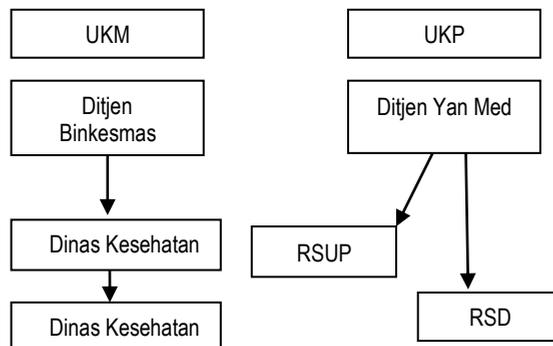
Kesehatan Propinsi dan Departemen Kesehatan. Dengan demikian, ada harmonisasi fungsi dan struktur.

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.

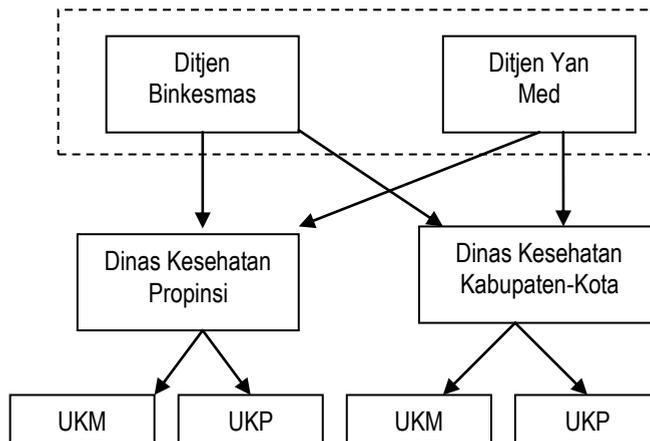
Dalam Gambar 2.1.1 terlihat perubahan yang dilihat dalam konteks hubungan antara pusat, propinsi, dan kabupaten khususnya antara dinas kesehatan dengan rumahsakit, termasuk rumahsakit pemerintah. Keadaan sebelum desentralisasi (sebelum PP No.38/2007 UKP melalui Ditjen Binkesmas dan Ditjen Bina Pelayanan 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.



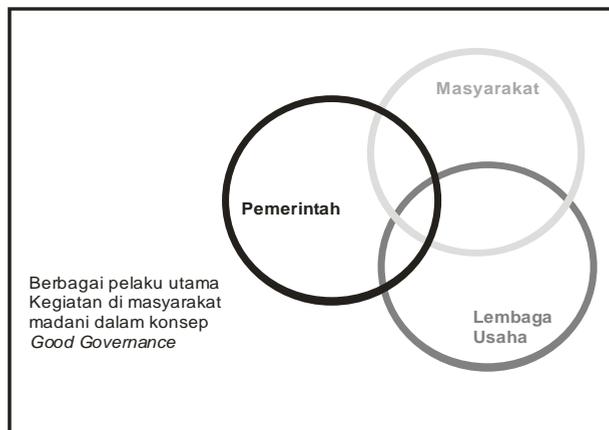
Gambar 2.1.2 Harapan Setelah PP No. 38/2007 dan PP No. 41/2007 Dijalankan

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 daerah⁴. 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

⁴ Nugroho, Adam. I.GSP (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.

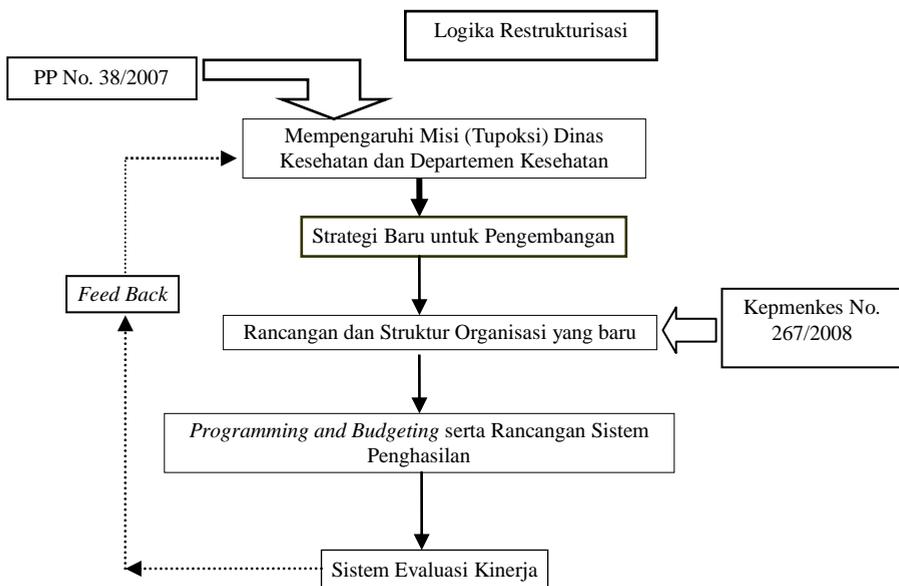
kesehatan dan lintas sektor, dan fungsi yang sifatnya teknis operasional dilakukan oleh UPT atau Lembaga Teknis Daerah (LTD). Fungsi sebagai pelayanan ada tiga yaitu pelayanan publik, pelayanan yang terkait dengan potensi di daerah, pelayanan yang terkait dengan pelayanan kesehatan dasar dan tingkat 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 pemerintah, 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 kelanggehan 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 pmda 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*⁵ 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.

⁵ 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 Utoro⁶ 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

⁶ 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.

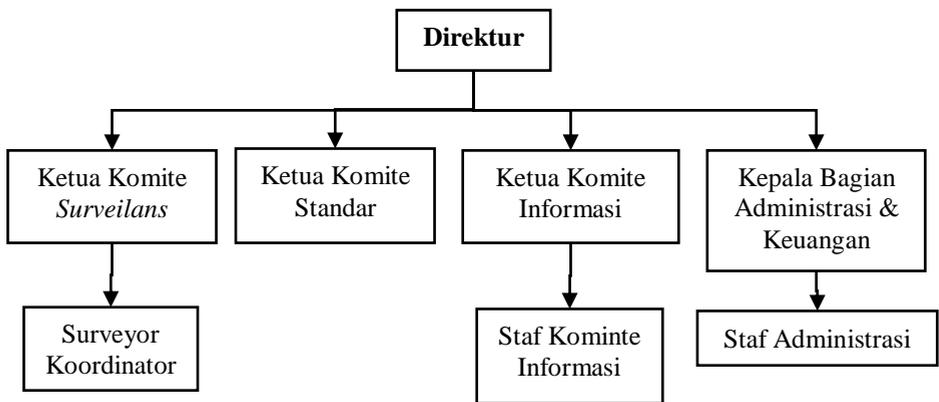
Bagian buku ini membahas inovasi dalam fungsi pemerintah di aspek regulasi, khususnya dalam fungsi dinas kesehatan sebagai regulator pelayanan kesehatan. Ada tiga kasus yang dibahas yaitu Badan Mutu Pelayanan Kesehatan (BMPK) di Propinsi DIY sebagai lembaga baru mitra regulator yang masuk dalam sistem 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

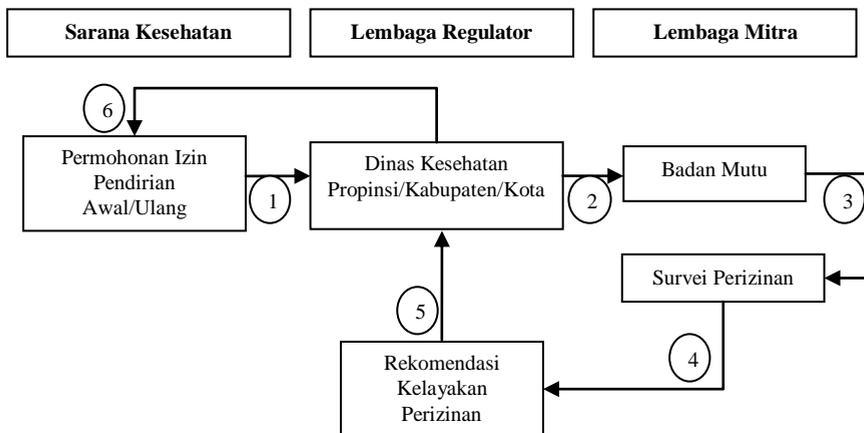
Secara garis besar, Badan Mutu mempunyai peran dalam proses dua kegiatan regulasi pelayanan yang utama yaitu perizinan sarana pelayanan kesehatan dan perizinan tenaga kesehatan. Peran utama Badan Mutu dalam proses perizinan sarana pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan adalah melakukan penilaian (yaitu 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

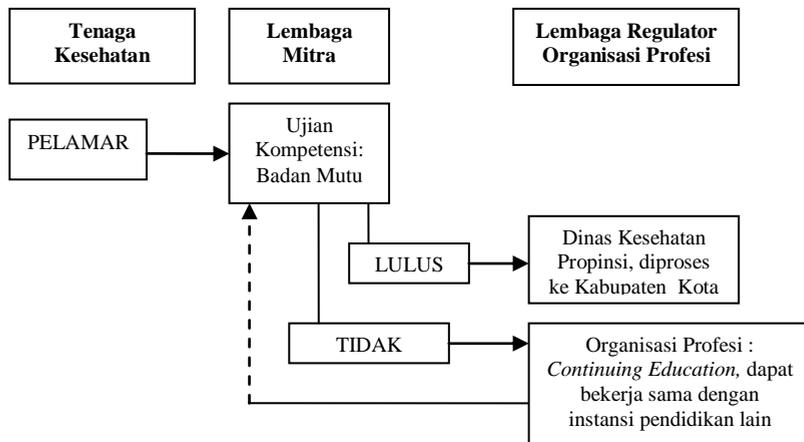
mengajukan permohonan izin pendirian awal atau perizinan ulang kepada dinas kesehatan propinsi atau kabupaten/kota sesuai dengan sarana yang menjadi kewenangannya. Langkah 2: untuk sarana pelayanan kesehatan tertentu yang menjadi kerja sama dan kesepakatan antara dinas kesehatan propinsi atau kabupaten/kota 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

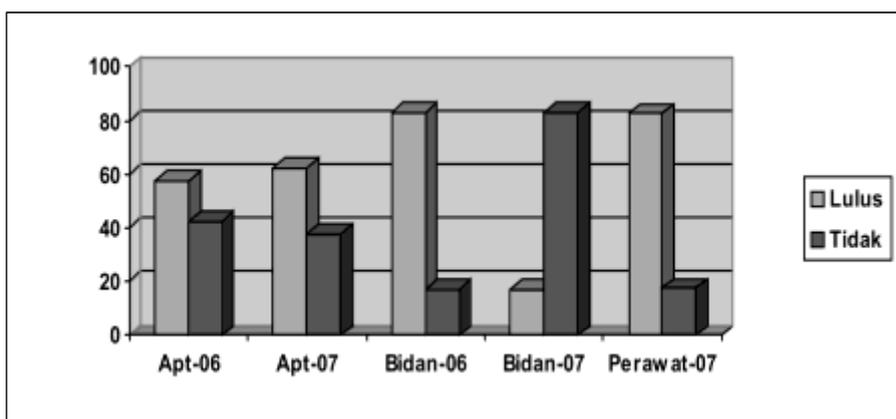
Dalam perizinan sarana pelayanan kesehatan, Badan Mutu telah berperan dalam perizinan awal maupun *monitoring* dan perizinan ulang sarana rumahsakit (umum dan khusus), balai pengobatan (BP) dan rumah bersalin (RB) serta peningkatan kelas rumahsakit. Di tiga kabupaten di Propinsi DIY (Sleman, Bantul dan 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

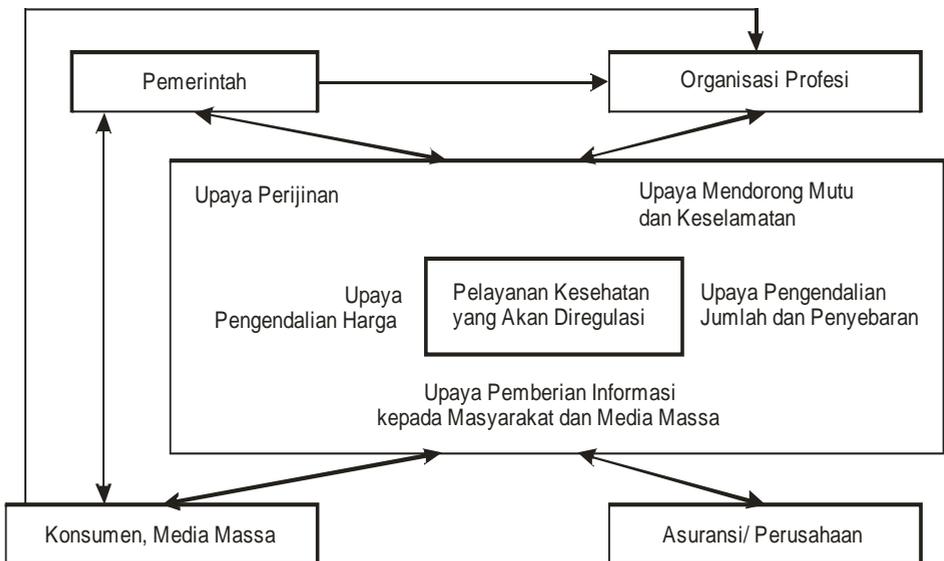
kesehatan dalam hal regulasi. Hal ini tentunya membutuhkan dana dari pemda.

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, Mills⁷ 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

⁷ 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 pertama⁸ 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

⁸ Final Report, (2004). *Operational Research Policy Development Related Decentralization, Loan Agreement Decentralized Health Services Project*, ADB Loan 1910-INO

Hongoro & Kumaranayake.⁹ 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

⁹ 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.

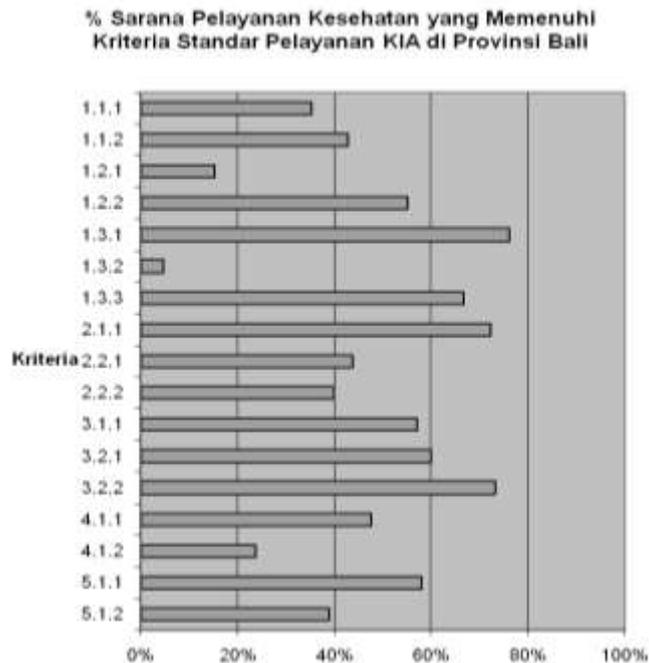
Tahapan ketiga (2006) adalah mendiseminasi SPM KIA yang telah dihasilkan dan menilai tingkat pencapaian saat ini di 9 kabupaten-kota di propinsi Bali. *Surveyor* terdiri dari 35 orang, berasal dari propinsi dan kabupaten-kota di Bali, sebagai bagian dari peningkatan kapasitas dinas kesehatan dalam melakukan 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 swasta¹⁰. 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,

¹⁰ 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

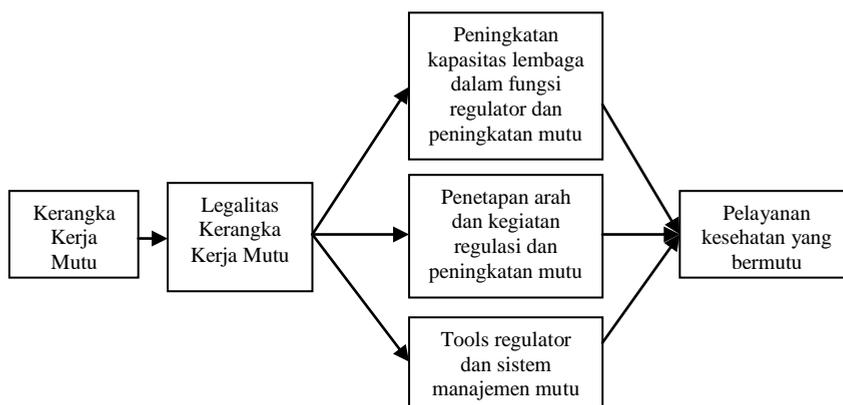
Regulasi kesehatan bukan merupakan tujuan akhir yang ingin dicapai yaitu meningkatkan status kesehatan masyarakat dan mutu pelayanan, melainkan merupakan suatu cara untuk mencapai tujuan akhir. Salah satu tujuan akhir yang ingin dicapai adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien. 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, Walshe¹¹ 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

¹¹ 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 Jamkesos.

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 diberlakukannya, 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.

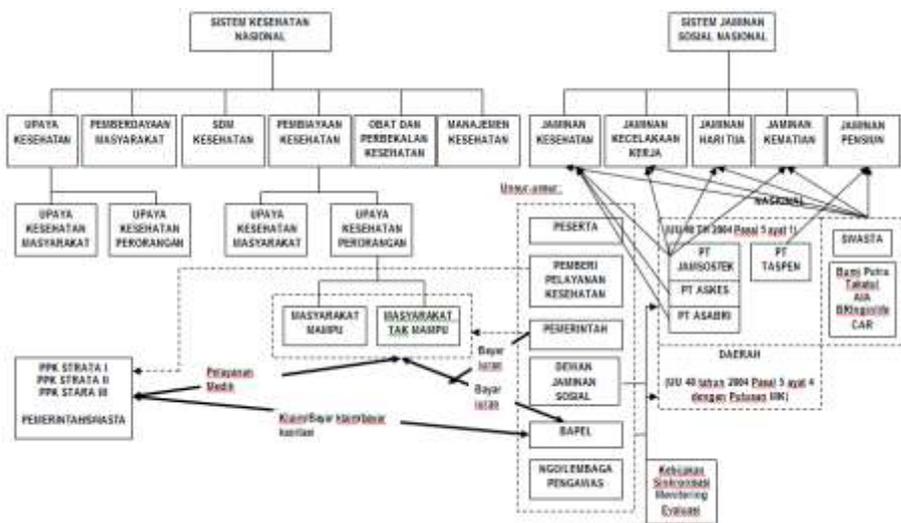
Jamkessos DIY saat ini masih menghadapi berbagai persoalan seperti bagaimana melakukan *coordination of benefit* yaitu menentukan penjamin primer dari seorang peserta. Dalam hal ini belum ditentukan siapa yang membayar tagihan rumahsakit apabila seorang peserta Jamkessos mengalami kecelakaan sedangkan 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 tertentu¹², 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.

¹² 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

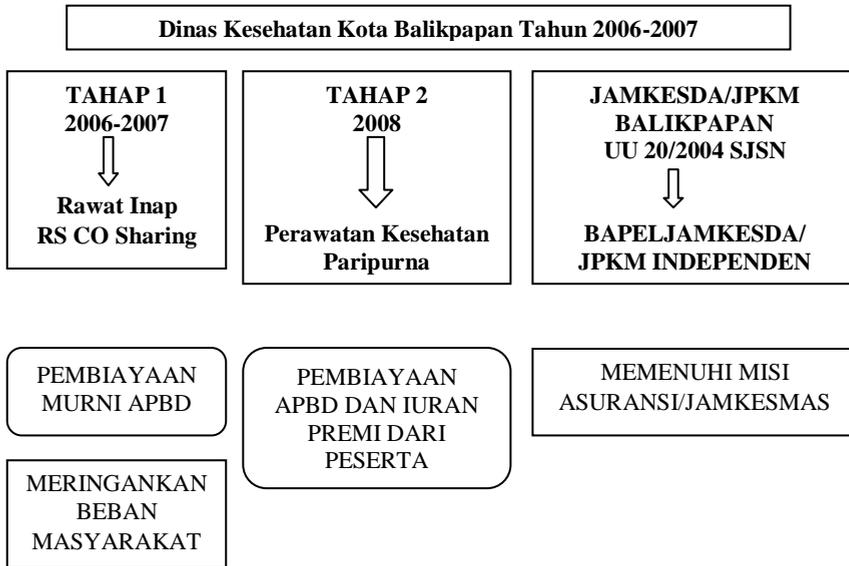
Untuk mengidentifikasi masyarakat miskin selain menggunakan data BPS Pemerintah Kota Balikpapan juga memiliki Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Kota yang bertugas menetapkan kriteria masyarakat miskin dan melakukan pendataan setiap 2 tahun. Program pengentasan kemiskinan Kota Balikpapan ini diatur 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.

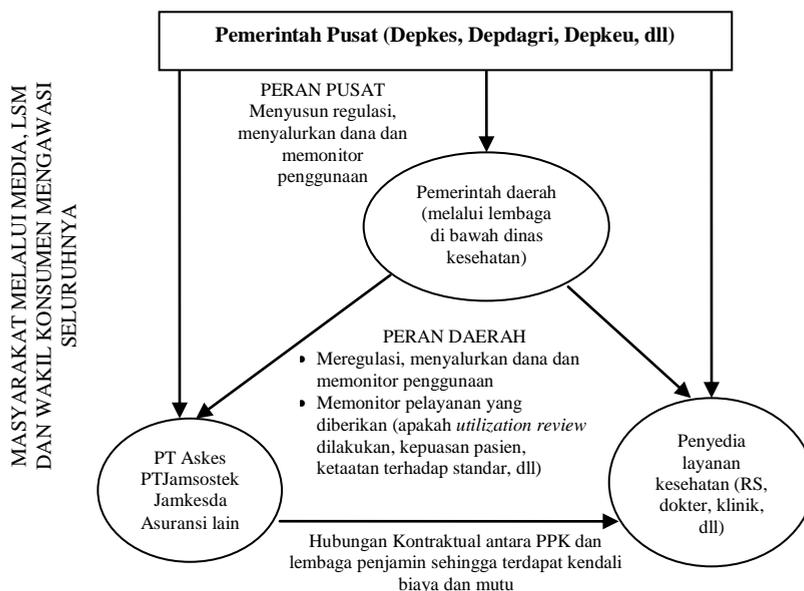
Kasus yang mirip dengan hal ini adalah ketika sebelum munculnya SK 1241 tentang penunjukkan PT. Askes sebagai asuradur (penjamin) masyarakat miskin. Ketika itu lembaga daerah yang diberi wewenang, dan kemudian oleh pemerintah pusat dikembalikan wewenangnya ke pusat. Ketidakpastian hukum menyangkut sistem 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 dukunan 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%¹³.

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 Tabanan¹⁴. 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, yaitu¹⁵: Fase 1: *Shocking*, Fase 2: Membentuk *Shared Vision*, Fase 3: Reorganisasi dan perbaikan sistem operasional, dan Fase 4: Membangun Institusi.

¹³ Ketut Sanjana dan Laksono Trisnantoro, (2002) Membangun Budaya Organisasi RSD Tabanan. Kongres PERSI

¹⁴ Laporan Hasil Penelitian PMPK FK UGM, (2000) Yogyakarta

¹⁵ Laporan PMPK FK UGM, (2004) Lokakarya & Studi Banding Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat ke RSU Tabanan.

Fase 1: Shocking

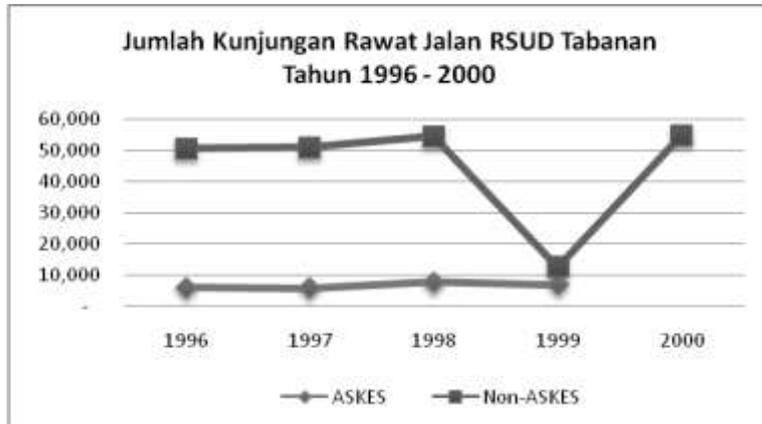
Fase ini berlangsung sekitar tahun 1997-2000. Pada fase ini yang dilakukan adalah *shocking therapy* yaitu menciptakan rasa kebutuhan (*urgency*) untuk berubah dengan membandingkan antara kondisi RSUD Tabanan saat itu dengan kondisi yang seharusnya. *Shocking* ini dilakukan kepada *stakeholder* internal 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,

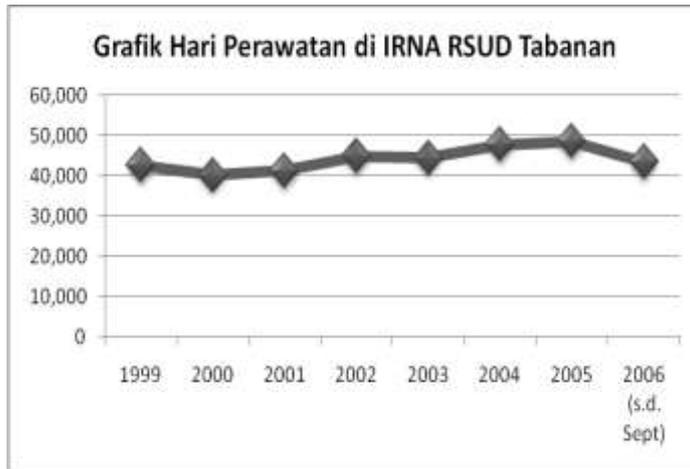
poliklinik eksekutif, rawat inap VIP, paket-paket *check up* kesehatan, kantin yang bersih dan nyaman bagi pengunjung RS; (2) Membangun sistem operasional non klinik: *out sourcing* pelayanan parkir pengunjung dan menertibkan pedagang yang berjualan di halaman rumahsakit, sistem pendaftaran dengan perjanjian, 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

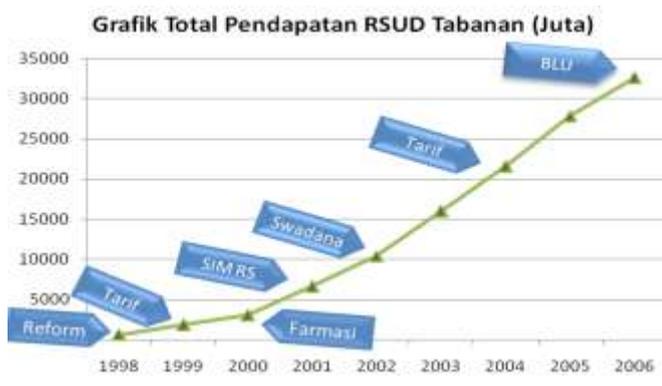
Dari berbagai data, nampak bahwa RSUD Tabanan telah mengalami perubahan-perubahan yang terukur, dari perspektif pertumbuhan dan pembelajaran, proses pelayanan dan perspektif kepuasan pengguna yang ditunjukkan dengan meningkatnya angka kunjungan rawat jalan (termasuk poliklinik eksekutif).

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 berikut¹⁶:

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,

¹⁶ 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	2.164.979 (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

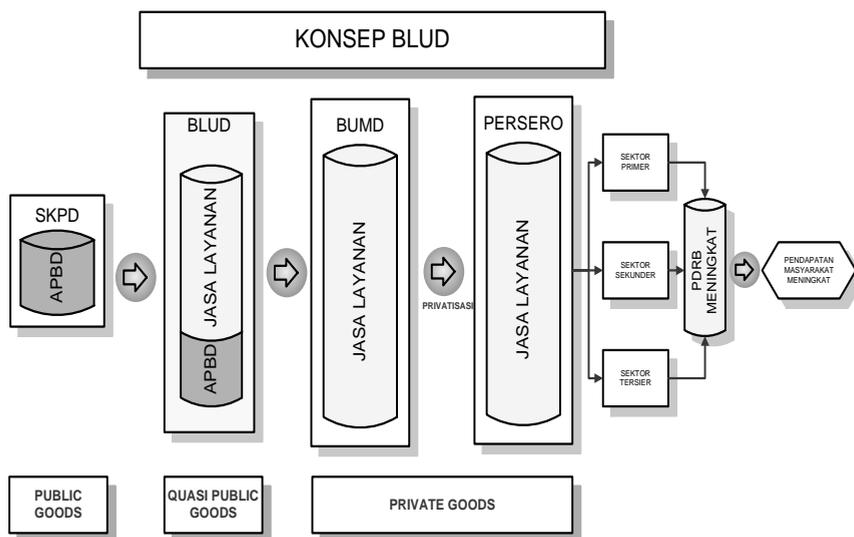
public dan *private goods*, ternyata ada relativitas yang tergantung pada kemauan dan kemampuan negara membayar.

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).



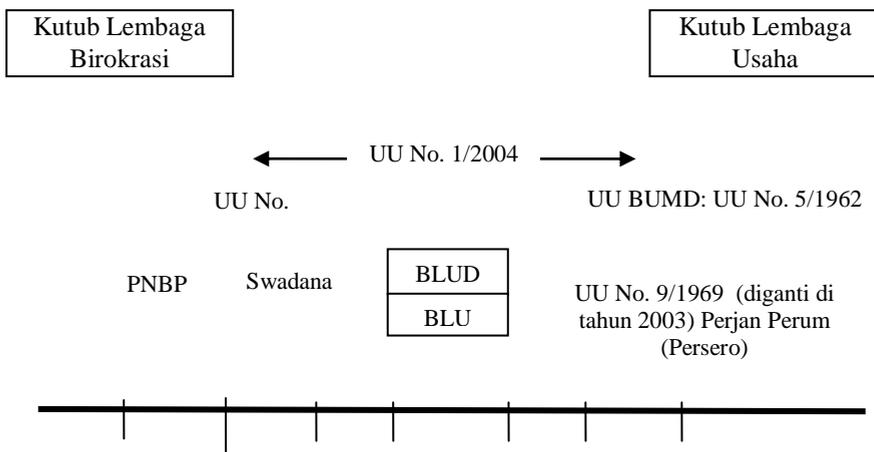
Gambar 2.4.6 Konsep BLU dari Departemen Dalam Negeri

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	Tidak membayar sama sekali	Mempunyai subsidi berdasarkan kemampuan dan mereka yang tidak membayar sama sekali
	Modal	Sumbangan dana kemanusiaan dan hibah	Campuran antara sumbangan dana kemanusiaan dan modal yang dinilai berdasarkan pasar
	Tenaga kerja	Sukarela	Dibayar di bawah nilai pasar, atau campuran antara sukarela dengan yang dibayar penuh
	Pasokan bahan	Diberikan pasokan bahan berdasarkan sumbangan	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.*¹⁷

Berdasarkan undang-undang, pendapatan rumahsakit BLU dapat bersumber dari: jasa layanan; hibah; hasil kerja sama dengan 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

¹⁷ Dees J.G. (1999). *Enterprising Nonprofits*. In Harvard Business on Nonprofits Harvard Business Press.

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 PNBPN 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 Pusrengun¹⁸ 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

¹⁸ 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 Mary¹⁹ 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.

¹⁹ 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. Mustikowati²⁰ 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.

²⁰ 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*.

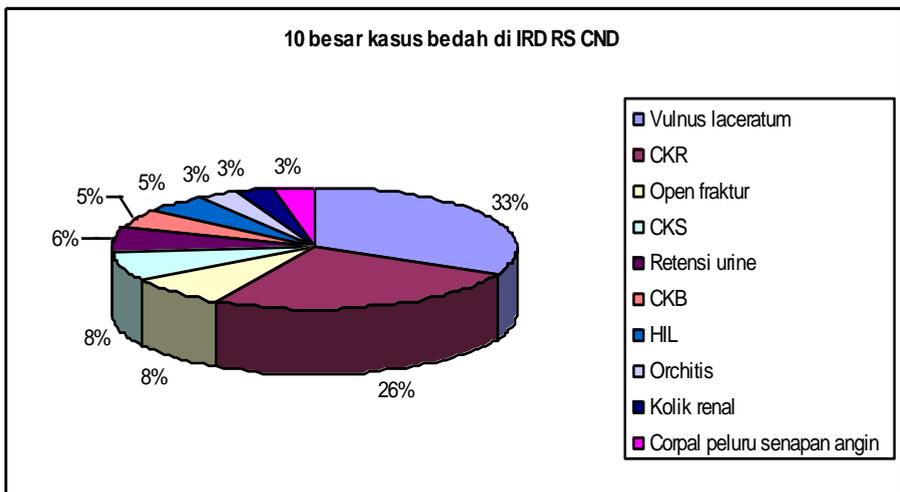
Tujuan pengiriman tenaga medik ke RSUD Cut Nya' Dien untuk: (1) Memperkuat dan mendukung pemenuhan kebutuhan tenaga medis/nonmedis RSUD Cut Nya' Dien melalui pengiriman tim medis secara rotasi dan menyiapkan dokter untuk belajar lebih lanjut dan melatih staf rumahsakit; (2) Revitalisasi penuh RSUD Cut 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 Berau²¹, 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

²¹ 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 konsultasi, 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

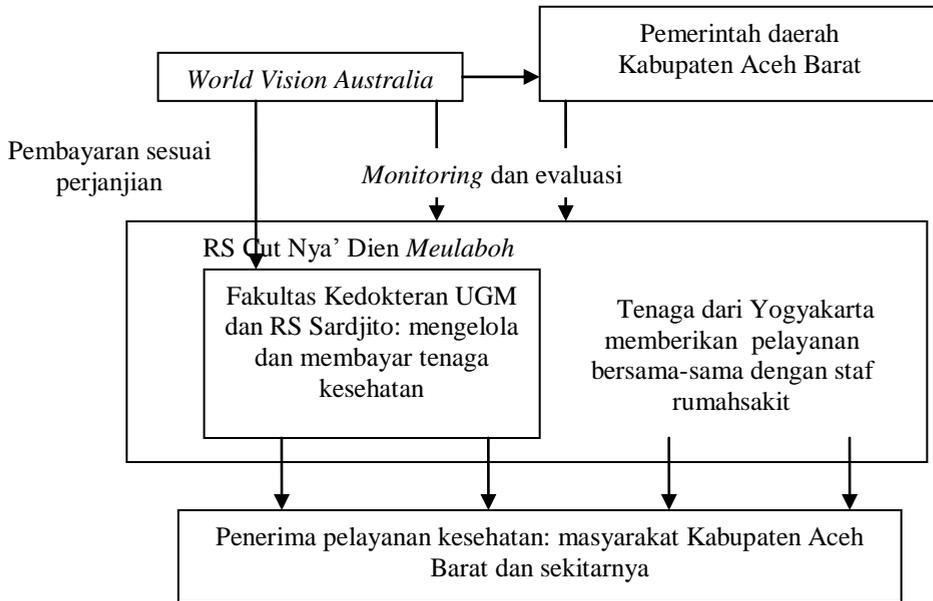
Meskipun dalam literatur pendekatan *contracting out* sudah banyak dilakukan di berbagai negara, namun di Indonesia masih belum banyak. Inovasi yang dilakukan dalam program pengiriman tenaga spesialis dan tenaga kesehatan lainnya di Meulaboh dan proposal Kabupaten Berau termasuk baru. Mengapa baru? Sampai 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.



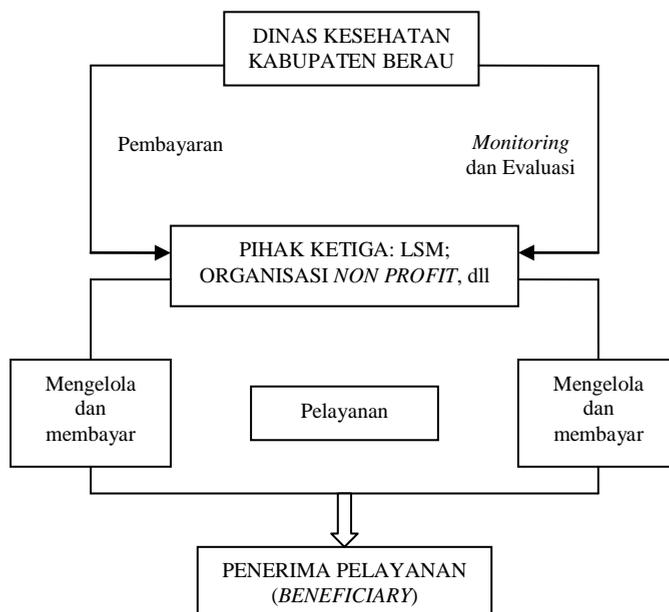
Gambar 2.5.2 Model *Contracting Out* yang Dikerjakan di Meulaboh dan Kabupaten Berau

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 mengatasnamakan sebuah masyarakat.

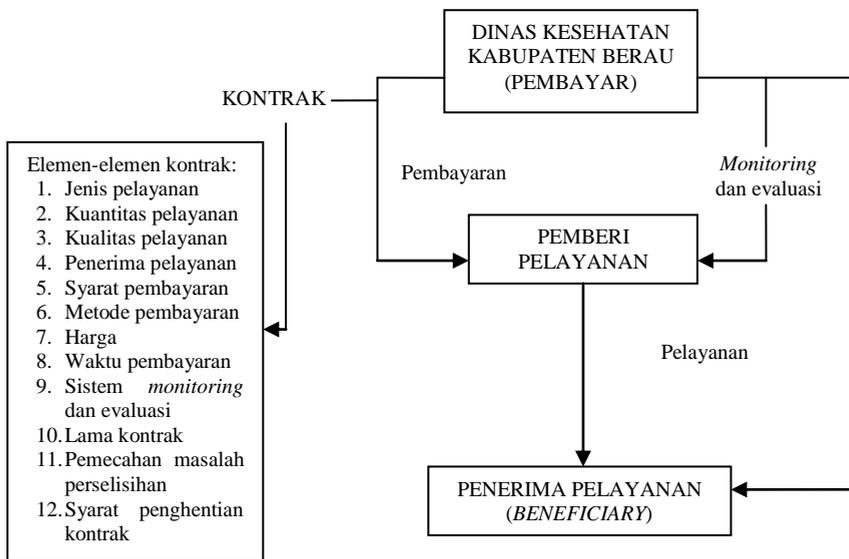


Adaptasi dari: Bhisma Murti, p.4

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 regulasi²².

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

²² 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/315060FINPCContractingOLoevinshonHarding.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 Bergstrom²³ 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 adanya²⁴. 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*.²⁵

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

²³ Bergstrom, F. (1999) *Why Do Local Governments Privatise?* Available from: > <http://www.isnie.org/ISNIE99/Papers/bergstrom.pdf> [Accessed 22 Mei 2007].

²⁴ 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].

²⁵ 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

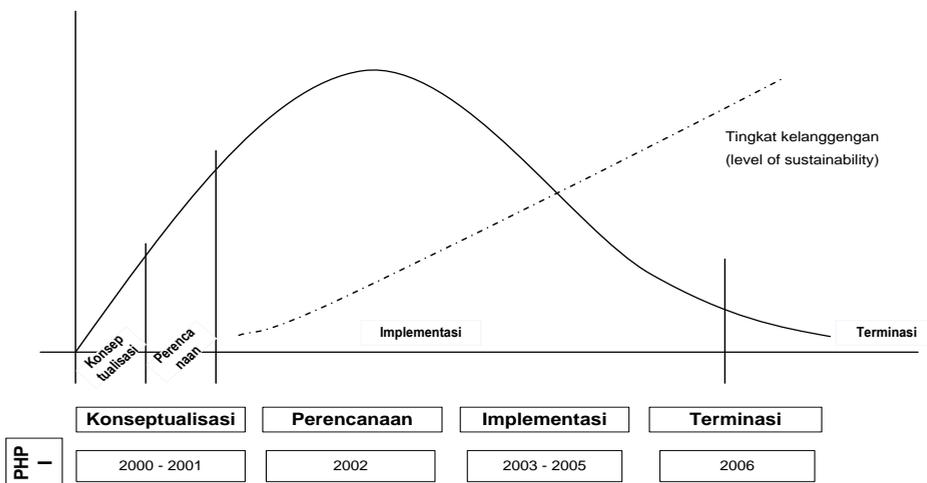
pada masalah-masalah penting di institusi terkait kesehatan di propinsi. PHP-1 bertujuan pula untuk mengembangkan rekomendasi kebijakan, serta melaksanakannya. Di samping itu, PHP-1 mempunyai komponen untuk pengembangan desentralisasi di pemerintah pusat.

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 kelanggenan 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. Kelangganan kegiatan kelompok organisasi dilakukan dengan menggunakan model perencanaan usaha (business plan). Untuk kelompok kedua kelangganan 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 2 Standar Akreditasi Pelayanan Medik Dasar: puskesmas 3 Lisensi dan Akreditasi Sarana Pelayanan Kesehatan 4 Badan Mutu Pelayanan Kesehatan (BMPK)	1 Manajemen SDM dan Restrukturisasi Organisasi di Lingkungan Dinkes Kesehatan Provinsi DIY 2 Analisis beban kerja di Lingkungan Dinkes Provinsi DIY	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 lain²⁶, 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

²⁶ Seminar mengenai *Best Practices* PHP-1 dan PHP-2. Bogor, 9-11 Desember 2007

<i>Program 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 (Jamkesos)	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 Jamkesos 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 lembaga²⁷. 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?

²⁷ 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

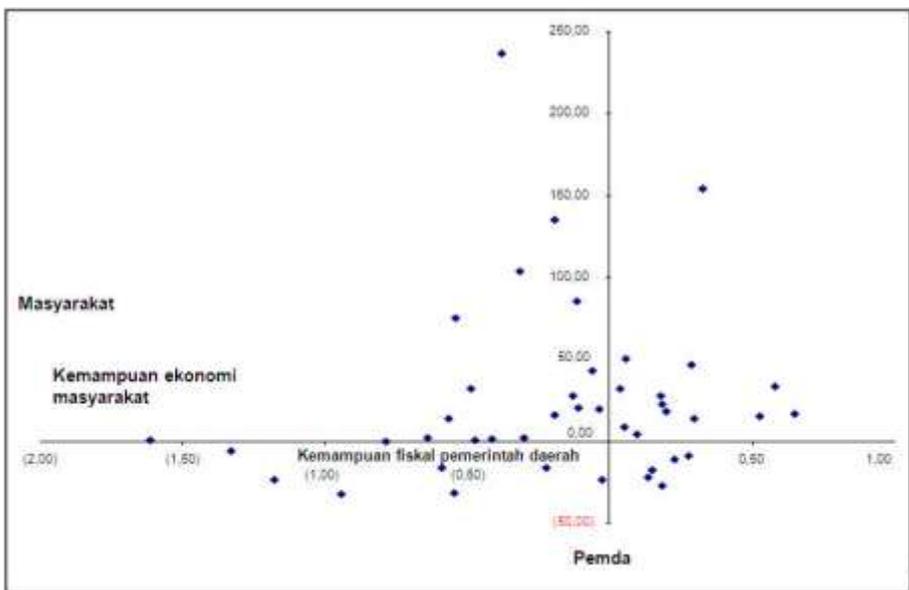
Perubahan peran pemerintah di berbagai tingkat sebagai kegiatan reformasi dilakukan dengan meneliti: (1) situasi perizinan dalam konteks peran *stewardship*; (2) situasi pelayanan gakin dalam konteks peran *financing*; (3) situasi *surveillance* dalam konteks peran *service provision*; dan (4) situasi 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 daerah²⁸. 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 $< Rp 4.000.000,00$.

²⁸

Acuan yang dipergunakan adalah Penghitungan Kemampuan Fiskal Daerah Tahun 2001/2002, Dirjen Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah, Departemen Keuangan RI, 2002

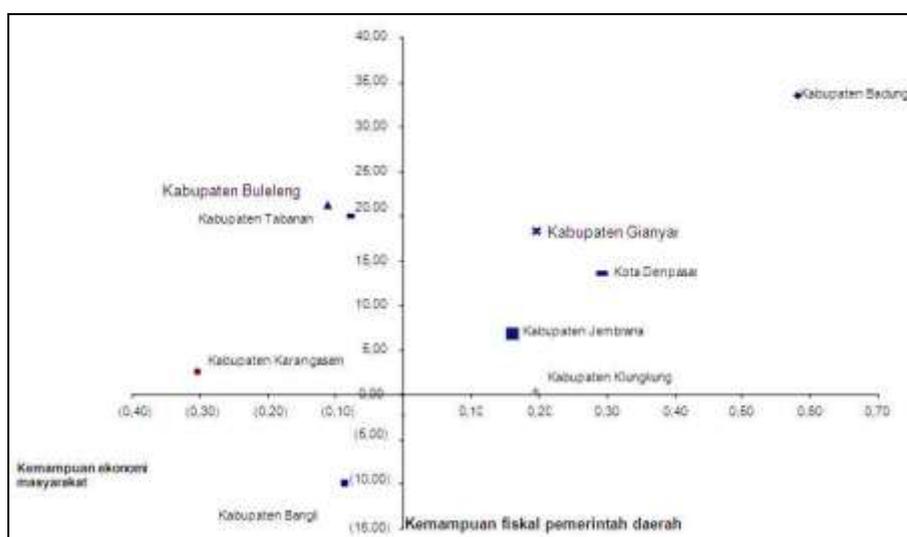
Hasil penelitian pertama menunjukkan grafik yang menggambarkan kondisi lingkungan ekonomi di delapan propinsi DHS-1 yang menunjukkan variasi besar. Sebagai gambaran, Kabupaten Bengkalis Riau menjadi daerah yang mempunyai kemampuan fiskal sangat tinggi. Keadaan serupa terdapat di hampir semua daerah kabupaten/kota di Propinsi Riau. Sebaliknya Propinsi Gorontalo, situasi ekonominya 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.



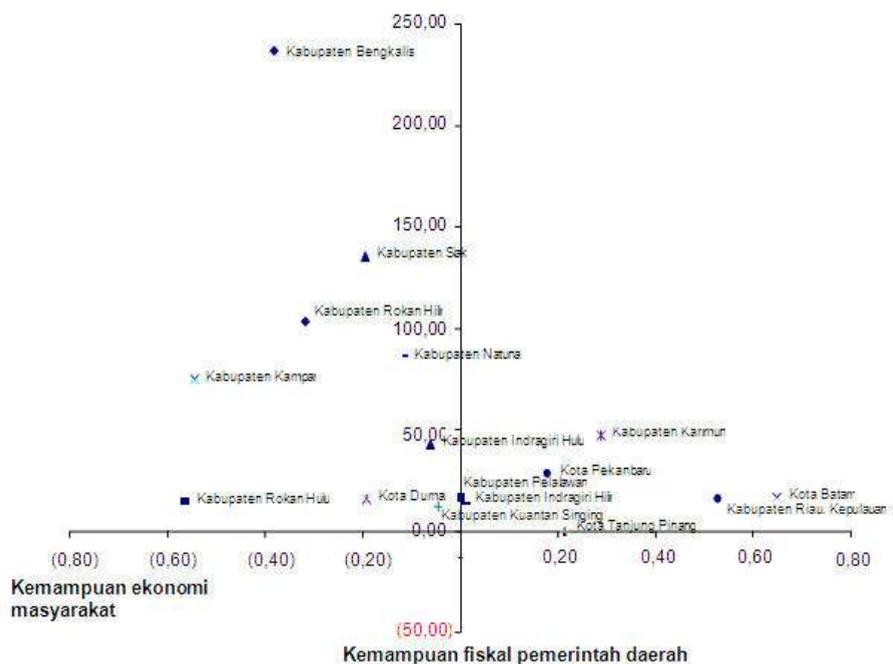
Gambar 2.6.4 Matriks Kemampuan Fiskal Pemda dan Keadaan Ekonomi Masyarakat di Propinsi Bali

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.

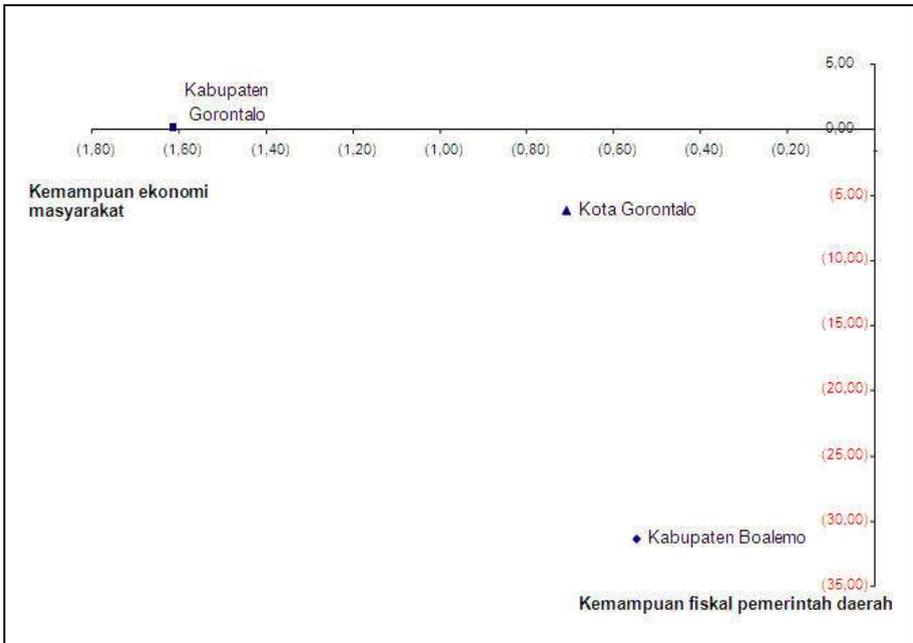


Gambar 2.6.5 Matriks Kemampuan Fiskal Pemda dan Keadaan Ekonomi Masyarakat di Propinsi Riau

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 mempermantap 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 gant 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 atautakah 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.