

BENEFIT MONITORING AND EVALUATION (BME): A CASE STUDY

A. Ridwan Malik* Tati Suryati* Endang Indriasih*

ABSTRACT

Theoretically, the ultimate benefits of health development projects are reflected as increased incomes or tangible improvements in quality of life. They will only be forthcoming if services provided by project have more direct effect for those who use the services. However the effects of health programs might be direct or indirect so that they are difficult to be measured comparing with other sectors.

The study team conducted a study on Benefit Monitoring and Evaluation (BME) by using The Rural Health and Population Project (ADB III-Loan No.1299-Ilo) as objective of the study. The study was conducted in the year 2000, however, the results of this study is relevant to be published due to it is difficult to find the references, which showed the experiences of the BME study in the health sector.

The prime objective of the Rural Health and Population Project was to assist the Government in raising the health status of the population and reducing total fertility rates through the improvement of quality, relevance, efficiency and effectiveness of community-based rural health and family planning (FP) delivery system. The Project adopted the following three strategic initiatives: (1) to change the role and orientation of the district hospital; (2) to improve community-based rural health, nutrition and FP service delivery and capabilities; and (3) to strengthen the organization and management at district level.

To examine the extent, to which these reforms through the project implementation have intended benefits and effects, both individually and collectively, the evaluation team conducted a study to evaluate the progress on the field implementation of these reforms in the area of the project. The evaluation of benefits of projects will be conducted, whether or not the benchmarks of benefit monitoring was adequately documented when the project is prepared.

The study team using a conceptual model called a Logical Framework (LF) a set of cause- and- effect relationship through which resources provided through the project are transformed so they contribute to achieving the objective of the intervention, and assumptions about external factors which affect these relationships. A LF enables one to describe a project in terms of three sequential relationships: inputs to outputs, outputs to effects and effects to impact. Assessment was used benchmark that information available in the project documents. Addition primary and secondary data needed was collected in the locations of the project.

The study identified three group or stakeholders which have benefits of the projects: (1) the local authority; (2) The health provider; (3) the community or recipients. By using the benchmark which available in the regularly reporting and recording system the benefits of the project was assessed as; (1) no benefit; (2) minimal benefit; (3) and optimal benefit.

Results of the study showed that (1) the local authority in general have optimal benefit, however several activities have minimal benefits; (2) the health providers have minimal benefit, some showed have no benefit, it is only improvement of medical services have an optimal benefit; (3) the community or recipients almost have optimal benefit.

Key words:

PENDAHULUAN

Hasil semua program dan proyek pembangunan Pemerintah termasuk pembangunan kesehatan seharusnya dimanfaatkan atau bermanfaat bagi masyarakat. Untuk dapat menilai apakah proyek tersebut bermanfaat dapat kita gunakan suatu cara penilaian yaitu "Benefit Monitoring and Evaluation (BME)" atau Monitoring dan Evaluasi Manfaat.

Hasil pengamatan selama ini menunjukkan bahwa monitoring dan evaluasi program dan proyek kesehatan sebetulnya secara rutin dilakukan oleh Departemen Kesehatan. Akan tetapi monitoring dan evaluasi sering terbatas hanya pada input, beberapa program atau proyek sampai output, tetapi hampir tidak pernah dilakukan evaluasi manfaat daripada program atau proyek kesehatan tersebut.

* Researcher, National Institute Of Health Research and Development Ministry Of Health, Republic of Indonesia

Khusus proyek bantuan Luar Negeri baik yang multilateral seperti World Bank, ADB (Asia Development Bank), WHO, dan yang bilateral seperti USAID, AUSAID, JICA, penyandang dana ini sering ingin pula mengetahui apakah proyek bantuan mereka tersebut bermanfaat bagi masyarakat di Indonesia, karena sering mereka berpraduga bahwa proyek tersebut hanya bermanfaat untuk Departemen pelaksana saja.

Pelaksanaan BME untuk sektor kesehatan memang jarang dilakukan bukan hanya di Indonesia tetapi juga oleh negara lain sehingga sulit mencari literatur terkait. Salah satu penyebabnya adalah hasil program atau proyek kesehatan tidak langsung hasilnya dapat dilihat tidak seperti misalnya proyek jalan raya atau bendungan. Efek dan dampak upaya kesehatan memerlukan waktu yang agak lama, sehingga lebih sulit untuk dilakukan BME. Masalah lain indikator atau alat ukur manfaat sulit untuk ditentukan baik indikator kuantitatif maupun indikator kualitatif.

Studi kasus ini dilaksanakan dalam rangka melakukan BME proyek kesehatan bantuan ADB atas permintaan penyandang dana yaitu ADB. Untuk itu telah dipilih sesuai permintaan yaitu Proyek Kesehatan Pedesaan dan Kependudukan, Proyek ADB III Loan 1299-INO yang berakhir pada tanggal 31 Desember 2000. Proyek ADB III berlokasi di provinsi terpilih di pulau Sumatra yaitu provinsi Nanggroe Aceh, Riau, Sumatra Selatan, dan Lampung. Selain itu di Sumatra Barat dilaksanakan pengembangan sistem keluarga berencana (yang tidak termasuk dalam lingkup BME ini).

Proyek Kesehatan Pedesaan dan Kependudukan intinya adalah mengimplementasikan reformasi dalam pelayanan kesehatan komunitas, pelayanan rumah sakit dan manajemen di tingkat kabupaten.

Dari hasil-hasil yang telah dicapai dalam Proyek Kesehatan Pedesaan dan Kependudukan dimaksud, perlu dilakukan suatu studi mengenai apakah hasil-hasil tersebut sudah sesuai dengan sasaran awal yang di rencanakan melalui program-program yang diimplementasi di lima wilayah target proyek ADB III. Studi BME ini akan menilai apakah reformasi tersebut memberikan efek yang diharapkan dan bermanfaat bagi masyarakat.

Hasil Monitoring dan Evaluasi Manfaat ini walaupun pelaksanaannya pada tahun 2000 masih relevan untuk dipublikasikan karena langkanya dilakukan BME di Indonesia khususnya program atau proyek kesehatan.

Proyek Kesehatan Pedesaan dan Kependudukan, Proyek ADB III Loan 1299-INO

Proyek Kesehatan dan Kependudukan adalah Proyek Pemerintah RI di bidang kesehatan yang mendapat bantuan Asian Development Bank melalui program loan 1299-INO, berlaku efektif sejak tanggal 24 Agustus 1994 dan berakhir pada tanggal 31 Desember 2000.

Sasaran akhir proyek ini adalah membantu Pemerintah Indonesia melalui Departemen Kesehatan meningkatkan status kesehatan masyarakat pada umumnya serta mengurangi tingkat kematian ibu dan bayi pada khususnya melalui peningkatan mutu, efisiensi dan efektivitas pelayanan kesehatan di kawasan pedesaan yang berbasis komunitas dan sistem pelayanan keluarga berencana.

Untuk mencapai sasaran dimaksud dilaksanakan pengembangan program kesehatan pedesaan yang terpadu, serta penerapan sistem rujukan untuk kesehatan dan keluarga berencana. Proyek tersebut menerapkan tiga prakarsa strategis, yaitu:

1. Merubah peranan dan orientasi rumah sakit kabupaten dalam sistem pelayanan rujukan, dari pasif menjadi proaktif, untuk menunjang pelayanan kesehatan yang berbasis komunitas dan layanan keluarga berencana.
2. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang berbasis komunitas, program perbaikan gizi serta peningkatan kemampuan pelayanan keluarga berencana.
3. Memperkuat organisasi dan manajemen, memperkuat proses sistem rujukan yang ada serta memfasilitasi desentralisasi perencanaan kesehatan dan pembiayaan bagi daerah.

Proyek ADB III di Sumatra berlokasi di 5 provinsi terpilih, yaitu di Daerah Isitimewa Aceh, Riau, Sumatra Selatan dan Lampung, di Sumatra Barat dilaksanakan pengembangan sistem keluarga berencana (tidak termasuk dalam lingkup BME ini).

Tabel 1. Lokasi Proyek ADB III Loan 1299-ino

No.	Provinsi	Kabupaten	Peningkatan Pelayanan	Peningkatan Pelayanan Kesehatan Pedesaan	
				Puskesmas	Pustu
I	D.I. ACEH	1. Aceh Utara	RSU Lhokseumawe	7	32
		2. Aceh Barat	RSU Meulaboh	6	24
		3. Aceh Selatan	RSU Tapaktuan	5	24
II	RIAU	4. Bengkalis	RSU Dumai	6	24
		5. Kepulauan Riau	RSU Tanjung Pinang	7	24
III	SUMATERA SELATAN	6. Musi Banyuasin	RSU Sekayu	6	24
		7. Musi Rawas	RSU Lubuk Linggau	6	24
		8. Lahar	RSU Lahat	6	24
IV	LAMPUNG	9. Lampung Barat	RSU Liwa	6	24
Jumlah			9 RSU	54 Puskesmas	216 Pustu

Sumber: Proyek Sekretariat ADB III Pusat

Proyek Kesehatan Pedesaan di Indonesia (PROYEK ADB III Loan 1299 – INO)

Lingkup Proyek	Kegiatan Intervensi	Hasil yang Diharapkan
Perbaikan sistem referal (Rumah Sakit)	<ul style="list-style-type: none"> • Pembangunan Fisik (<i>Construction</i>) • Pengangkatan, Pelatihan, dan Penempatan Tenaga Kesehatan • Administrasi Rumah Sakit (RS) • Pelaratan Komunikasi dan Transportasi • Sistem Informasi • Sistem Pembiayaan • Reformasi RS (<i>Proactive Hospital System</i>) • Perbaikan Kualitas Pelayanan 	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan kualitas pelayanan • Peningkatan akses Masyarakat ke Fasilitas Pelayanan • Efisiensi penggunaan sumber daya • Pelayanan masyarakat yang berorientasi pencegahan dan promosi kesehatan
Perbaikan Program Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Pedesaan dan Dinas Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Pembangunan Fisik (<i>Construction</i>) • Pengembangan (SDM) Sumber Daya Manusia • Perbaikan pelaksanaan sistem referral • Sistem pembiayaan pemeliharaan kesehatan masyarakat • Pelatihan bidan dan perawat • Pelatihan kader masyarakat • Peningkatan pelayanan (PUSTU) Puskesmas Perbank 	<ul style="list-style-type: none"> • Perluasan keikutsertaan pihak swasta • Berkurangnya subsidi pemerintah • Peningkatan partisipasi masyarakat • Pemerataan secara adil
Peningkatan Program KB Masyarakat dan Program Kesehatan dan Kesejahteraan ibu	Pelaksanaan referral sistem berbasis masyarakat	

METODOLOGI PENELITIAN

Studi Kepustakaan

Definisi dan Pengertian¹

Benefit Monitoring and Evaluation

BME suatu proyek mencakup sejumlah kegiatan yang memonitor dan menilai peningkatan dampak dan manfaat dari proyek tersebut, sekaligus mendapatkan pelajaran pengalaman bagi kemungkinan perbaikan bantuan proyek di masa yang akan datang.

BME terdiri dari tiga tahapan kegiatan yang bertujuan menyediakan informasi bagi para manajer dan perencana. Data dan informasi yang dipilih tersebut sangat dibutuhkan dalam rangka meningkatkan efisiensi dan efektivitas investasi yang telah dialokasikan untuk suatu pembangunan pemerintah termasuk pembangunan kesehatan. Kegiatan tersebut adalah:

- (a) persiapan dan *Informasi benchmark*,
- (b) monitoring manfaat dan
- (c) studi tentang evaluasi manfaat proyek.

(a) Informasi Benchmark

Informasi *Benchmark* adalah pengertian dan penjelasan umum tentang data dan laporan yang telah dikompilasi. Data dan informasi tersebut akan memberikan gambaran tentang karakteristik penting dari orang atau grup yang akan terkena dampak proyek. Penyediaan informasi *Benchmark* tersebut dapat kita gunakan untuk dua keperluan: (1) untuk meyakinkan bahwa intervensi yang dilakukan sesuai dengan keinginan dan kemauan kepada siapa intervensi tersebut akan bermanfaat, (2) akan digunakan untuk menilai dampak dari intervensi tersebut.

(b) Monitoring Manfaat

Monitoring manfaat (*Monitoring Benefits*) memberikan informasi kepada para manajer untuk meyakinkan mereka bahwa *services* yang di berikan atau pelaksanaan proyek hasilnya dapat digunakan serta bermanfaat bagi masyarakat yang menjadi target proyek tersebut.

(c) Evaluasi Manfaat

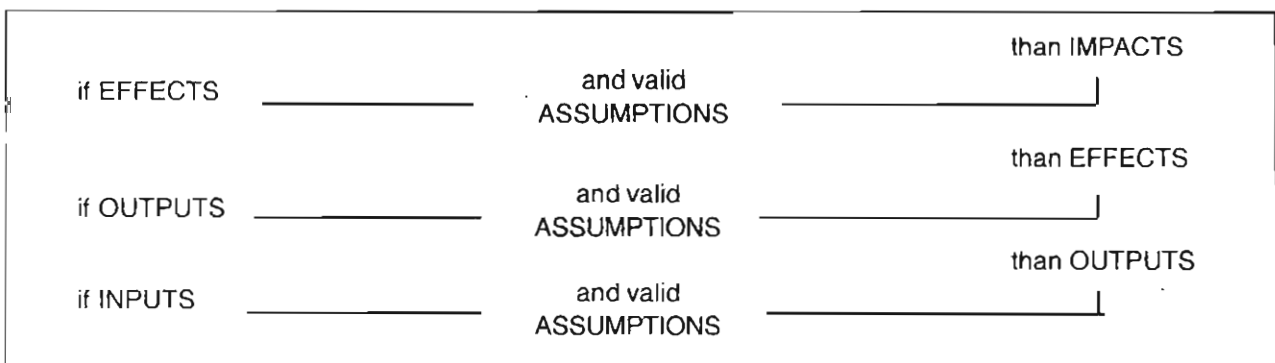
Evaluasi manfaat sebuah proyek yang pada akhirnya berupa informasi bagi *Executing Agencies* dan Bank tentang efek atau manfaat yang didapat sebagai hasil pelaksanaan proyek. Evaluasi ini dilaksanakan seharusnya setelah proyek selesai seluruhnya.

Logical Framework (LF)–Kerangka Kerja Logis^{1,2}

Pada hakikatnya metoda studi BME menggunakan konsep model “hubungan sebab-akibat” (*cause and effect relationship*) dengan mempertimbangkan kendala atau *assumptions* yang dihadapi.

Dalam “hubungan sebab-akibat” ingin dilihat apakah sumber-sumber yang diberikan oleh proyek telah di transformasikan sehingga memberikan sumbangan bagi sasaran intervensi proyek, berupa hubungan sebab-akibat dari pada *input-output* serta hubungan sebab akibat antara input dengan efek yang ditimbulkannya. Jika ada kendala yang berasal dari beberapa faktor eksternal yang berpengaruh terhadap hubungan-hubungan tersebut juga akan dipertimbangkan di mana ada yang dapat dicarikan solusinya ada pula yang tidak dapat diselesaikan oleh hanya sektor kesehatan.

Diagram 1



Metoda Analisis Manfaat

1) Informasi *Benchmark*

Mengingat studi BME dilaksanakan menjelang saat proyek ADB III berakhir, informasi *Benchmark* akan di cari di dalam studi kelayakan yang di susun pada awal sebelum proyek ADB III dilaksanakan, yang meliputi identifikasi fasilitas dan sumber daya wilayah proyek pada saat itu serta dokumentasi penetapan sasaran-sasaran yang ingin dicapai oleh proyek, yang akan disusun dalam bentuk Profil Sosio Teknik (*Socio Technical Profiles*) sebagai hasil identifikasi daripada keinginan pengguna jasa (*beneficiary needs/demands*) pada saat itu.

2) Monitoring Manfaat

Telaah terhadap aspek-aspek yang dimonitor akan dicari dalam laporan-laporan selama masa pelaksanaan proyek yang di susun oleh Sekretariat Proyek ADB III Pusat Bagian Monitoring dan Evaluasi, meliputi aspek: (1) Penyediaan jasa pelayanan kepada masyarakat penerima (*recipients*), (2) penggunaan jasa pelayanan oleh masyarakat penerima, dan (3) Efek langsung berupa pengharapan, manfaat dari pada pemakaian jasa tersebut. Berarti Monitoring Manfaat sebetulnya telah dilaksanakan oleh Manajemen Proyek ADB III, walaupun belum sempurna dan Indikator atau benchmark yang

digunakan belum sesuai dengan tujuan Evaluasi Manfaat dari suatu proyek.

3) Evaluasi Manfaat

Suatu studi yang komprehensif pertama akan mengidentifikasi target-target yang sudah dicapai (*output*) dan berikutnya akan menilai dampak dan manfaat yang timbul sesuai dengan yang diinginkan (*effects*). Indikator yang digunakan dalam asesmen dipilih secara selektif bersumber Sekretariat Proyek ADB III Pusat bagian Monitoring dan Evaluasi. Untuk melengkapi alat (*tool*) analisis kami kembangkan sendiri bersumber dari literatur yang tersedia.

Evaluasi Manfaat ini seharusnya dilaksanakan setelah proyek berakhir, akan tetapi tahapan studi ini pelaksanaannya sebelum proyek selesai oleh karena hasil studi sudah harus diserahkan menjelang proyek berakhir, sehingga dapat di dokumentasikan secara lengkap dalam Laporan Akhir Proyek (*Project Completed Report*). Walaupun demikian penilai beranggapan bahwa pengumpulan data dilakukan setelah hampir seluruh kegiatan proyek telah dilaksanakan, sehingga hasil analisis telah menggambarkan manfaat daripada proyek tersebut secara keseluruhan.

Efek dari program dan manfaat yang diinginkan dan indikatornya di presentasikan pada tabel 2.

Tabel 2. Matriks Reform, Efek, Manfaat, dan Indikator

No.	Reformasi/Kegiatan	Effek yang Diharapkan	Manfaat yang Dinginkan	Indikator
I Pelayanan RS				
1.	Rumah Sakit yang Proaktif	Perbaikan sistem referal Peningkatan program Promosi kesehatan dan pencegahan penyakit Membuka tembok RS (<i>Break Hospital wall</i>)	Pelayanan RS yang efisien dan efektif Pelayanan yang <i>client oriented</i> , Adanya pemerataan pelayanan (<i>social equity</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Jumlah kunjungan spesialis • # Pendidikan & Pelatihan <ul style="list-style-type: none"> – Teknis – Manajemen • # Kegiatan pendidikan kesehatan masyarakat • Pelaksanaan pelayanan dirumah (<i>Home care</i>) • # kasus referal • Jangkauan pelayanan (<i>Catchment area</i>)
2.	Pengadaan dan Perbaikan peralatan: <ul style="list-style-type: none"> • Peralatan Medis • Radio Komunikasi • Ambulance 	Peningkatan Pelayanan Peningkatan akses dan jangkauan Peningkatan sistem referal Peningkatan pelayanan emergensi	Peningkatan kualitas pelayanan Lebih meratanya pelayanan (geografi dan social ekonomi) Peningkatan revenue RS Kepuasan pasien meningkat	<ul style="list-style-type: none"> • Pemanfaatan peralatan medis dan non medist • Pemanfaatan ambulance • Pemanfaatan Radio komunikasi • MIS? • Kepuasan pasien

Lanjutan Tabel 2

No.	Reformasi/Kegiatan	Effek yang Diharapkan	Manfaat yang Dinginkan	Indikator
I Pelayanan RS				
3.	Pembangunan Rumah Sakit	Peningkatan pelayanan Rumah Sakit di Kabupaten Perluasan jangkauan layanan Penempatan tenaga medis, spesialis, dan tenaga lainnya	Mengurangi ketidakmeratannya layanan RS Desentralisasi Kesepakatan politik Pemda untuk mengelola dan kesinambungan	<ul style="list-style-type: none"> • Kualitas konstruksi RS • Adanya listrik dan air bersih • Jangkauan Pelayanan (<i>Catchment area</i>) • Transportasi pasien ke RS • Pemanfaatan RS oleh masyarakat • Penempatan dan jumlah tenaga medis, spesialis, perawat, bidan dan tenaga RS lainnya.
4. <i>Capacity Building:</i>				
A	Pelatihan dan Pendidikan teknis RS tenaga kesehatan	Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan teknis mengoperasikan dan memelihara peralatan medis dan non-medis Peningkatan sistem informasi kesehatan	Peningkatan kualitas pelayanan RS Pelayanan RS yang tepat teknologi, efisien, dan efektif RS terakreditasi	<ul style="list-style-type: none"> • Tersedianya biaya operasional dan pemeliharaan gedung • Tersedianya biaya pemeliharaan dan operasional peralatan medis dan non-medis • Evaluasi <i>post-training</i> • Kepuasan pasien
B	Pelatihan manajemen dan <i>Quality Assurance</i>	Peningkatan manajemen RS Peningkatan penampitan RS	Peningkatan administrasi dan manajemen RS Adanya standar pelayanan RS dan terakreditasinta RS	<ul style="list-style-type: none"> • Adanya kegiatan TQM • Adanya studi kelayakan dan Master Plan RS • <i>Review</i> organisasi, administrasi, dan manajemen RS • Adanya <i>medical record</i> dan MIS • Kepuasan provider • Kepuasan pasien • <i>Post training and education evaluation</i>
5.	Pengenalan dan pelaksanaan Unit Swadana	Perbaikan sistem pembiayaan RS Otonomi pengelolaan dan RS Adanya dana untuk pengembangan RS Adanya dana untuk insentif karyawan	Pasien tidak mampu dibantu dengan cara subsidi silang Adanya pelayanan khusus keluarga miskin Berkurangnya subsidi Pemda	<ul style="list-style-type: none"> • Jumlah total biaya • Jumlah total pendapatan • CRR • Analisis subsidi • Adanya insentif • Adanya subsidi silang • Tempat tidur untuk pasien miskin
II Pelayanan Kesehatan Masyarakat Pedesaan				
1.	Memperkuat sistem referal dari desa sampai tingkat kabupaten	Meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan Menurunkan biaya pelayanan kesehatan, Berjalannya referal dari tingkat bawah ke tingkat yang lebih tinggi.	Lebih meratanya pelayanan kesehatan Mengurangi biaya transportasi pasien Lebih efisien pelayanan kesehatan tk. pertama (<i>of primary care services</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Jangkauan dan cakupan Puskesmas • Jangkauan dan cakupan Puskesmas Pembantu • Jangkauan dan cakupan Posyandu <ul style="list-style-type: none"> • Pos Bidan Desa • referal kasus • Jumlah kunjungan Spesialis ke Puskesmas

Lanjutan Tabel 2

No.	Reformasi/Kegiatan	Effek yang Diharapkan	Manfaat yang Dinginkan	Indikator
II Pelayanan Kesehatan Masyarakat Pedesaan				
2.	<i>Capacity building</i> : Pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, Pelatihan kader	Peningkatan pengetahuan dan keterampilan teknis dan manajemen Peningkatan penampilan Puskesmas, Mengadakan sistem insentif.	Peningkatan kualitas layanan, Peningkatan partisipasi masyarakat Lebih efisien dan efektif pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi peserta training dan pendidikan • <i>Drop out</i> kader • Kualitas pelayanan • Kualitas managerial • Kepuasan <i>provider</i> • Kepuasan klien
3.	Peningkatan dan pembangunan infrastruktur (Upgrading 54 Puskesmas menjadi Puskesmas dengan tempat tidur)	Peningkatan penampilan dan layanan Puskesmas Adanya pelayanan rawat di Puskesmas Berjalannya sistem referal	Perluasan jangkauan pelayanan kuratif Pemerataan pelayanan kesehatan Mengurangi biaya kesehatan dan transportasi oleh masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> • Kualitas infra struktur • Jangkauan Puskesmas • # pasien rawat jalan dan rawat inap • Pemanfaatan peralatan medis • BOR • Jangkauan pelayanan puskesmas • Jumlah kasus referal
4.	Peningkatan program KB <i>community-based</i> dan <i>Safe Motherhood Initiatives</i>	Peningkatan sistem referal tk. Kabupaten, Promosi swadaya masyarakat, Meningkatkan kesadaran masyarakat akan program KB dan KIA, Pendidikan kesehatan masyarakat dan konseling	Meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap hidup sehat, Peningkatan partisipasi masyarakat, Peningkatan Surveillance, Epidemiologi penyakit, Menurunkan biaya pelayanan dan transportasi	<ul style="list-style-type: none"> • # kader yang telah mengikuti training • Evaluasi peserta training • <i>Drop out</i> kader • # kasus referal kasus oleh masyarakat • # Pos Yandu yang aktif • # Poliklinik Bidan Desa • # kunjungan KIA • # kunjungan KB
III Kebijakan Pembangunan Kesehatan				
1.	Desentralisasi pembangunan kesehatan ke tk. Kabupaten	Penyerahan fasilitas dan tenaga kesehatan ke Pemda kabupaten Tanggung jawab dalam biaya operasional dan pemeliharaan	Kesinambungan kegiatan proyek	<ul style="list-style-type: none"> • Alokasi dan realisasi Dana kesehatan
2.	Perencanaan dan pembiayaan terpadu (P2TK) tk. Kabupaten dan Provinsi (<i>Integrated Health Planning and Budgeting (IHPB) at district and province level</i>)	Perencanaan kegiatan dan pembiayaan secara terpadu Perencanaan berdasarkan " <i>evidence base</i> "	Program kesehatan yang lebih efisien dan efektif, Kegiatan dilakukan terintegrasi	<ul style="list-style-type: none"> • Rencana tahunan yang terintegrasi • Rencana kegiatan terintegrasi • Rencana Anggaran terintegrasi
3.	RS Unit Swadana	Pendapatan RS dapat digunakan flexibel penentuan tarif sesuai ekonomi masyarakat pelaksanaan TQM	Mobilisasi sumber dana pelayanan RS yang bermutu Peningkatan penampilan RS Pemerataan pelayanan melalui subsidi silang pelayanan untuk keluarga miskin	<ul style="list-style-type: none"> • Pendapatan RS • Biaya pelayanan RS • CRR • Master Plan RS • Kegiatan TQM • Kepuasan <i>provider</i> • Kepuasan pengguna RS

Metode Pengumpulan Data

Informasi Benchmark

Mengingat studi BME dilaksanakan menjelang saat proyek ADB III berakhir, informasi *Benchmark* di cari di dalam studi kelayakan yang pernah di susun pada awal sebelum proyek ADB III dilaksanakan, meliputi identifikasi fasilitas dan sumber daya wilayah proyek pada saat itu serta dokumentasi penetapan sasaran-sasaran yang ingin dicapai oleh proyek, yang akan disusun dalam bentuk Profil Sosio Teknik (*Socio Technical Profiles*) sebagai hasil identifikasi dari pada keinginan pengguna jasa (*beneficiary needs/ demands*) pada saat itu.

Monitoring Manfaat

Telaahan terhadap aspek-aspek yang dimonitor akan dicari dalam laporan-laporan selama masa pelaksanaan proyek yang disusun oleh Sekretariat Proyek ADB III Pusat Bagian Monitoring dan Evaluasi, meliputi aspek: (1) Penyediaan jasa pelayanan kepada masyarakat penerima (*recipients*), (2) penggunaan jasa pelayanan oleh masyarakat penerima, dan (3) Efek langsung berupa pengharapan, manfaat dari pada pemakaian jasa tersebut.

Berarti Monitoring Manfaat seharusnya telah dilaksanakan oleh Manajemen Proyek ADB III.

Evaluasi Manfaat

Dalam analisis efek yang diharapkan dan evaluasi manfaat proyek dilakukan *sampling* kabupaten pada empat wilayah proyek yang akan mewakili kabupaten tersebut mempunyai sistem pelayanan rujukan dari tingkat desa (Poliklinik Bidan Desa, Pustu) sampai tingkat kabupaten (Rumah Sakit) dengan kondisi yang berbeda. Kriteria yang digunakan adalah sebagai berikut:

- 1) Di mana sebuah rumah sakit baru didirikan untuk mengganti rumah sakit yang kondisinya sudah tidak layak operasional, antara lain karena; lahan sempit, tidak adanya ruang perawatan, dll
- 2) Di mana sebuah rumah sakit baru didirikan sebagai akibat pemekaran wilayah, sehingga belum adanya fasilitas rumah sakit di daerah pemekaran tingkat II tersebut.
- 3) Renovasi dan perluasan rumah sakit yang ada. Berdasarkan kriteria di atas wilayah kabupaten yang terpilih sesuai urutan di atas masing-masing adalah: (1) RSUD Lhokseumawe di Kabupaten Aceh

Utara dan RSUD Sekayu di Kabupaten Musi Banyuasin, (2) RSUD Liwa di kabupaten Lampung Barat dan (iii) RSUD Tanjung Pinang di Kabupaten Riau Kepulauan.

Data yang dikumpulkan adalah berupa data primer dan data sekunder. Cara pengumpulan data adalah sebagai berikut:

1) Pengumpulan data primer:

- *Focus Grup Discussion* (FGD) dilakukan untuk kelompok berikut:
 - a. Tenaga kesehatan:
 - tingkat Kabupaten: kelompok manajemen dan teknis
 - Rumah Sakit kelompok manajemen dan teknis
 - Puskesmas
 - b. Stakeholders: kelompok Pemda
 - c. Masyarakat:
 - kelompok tokoh masyarakat
 - pengguna layanan (*user*)
- Wawancara yang mendalam menggunakan daftar isian
 - a. Secara selektif tenaga kesehatan di Dinas kesehatan, RS, dan Puskesmas
 - b. Secara selektif tokoh masyarakat
 - c. Secara selektif pengguna jasa pelayanan

2) Pengumpulan data sekunder, sumber data sebagai berikut:

- Feasibility Proyek ADB III
- Laporan Konsultan
- Bagian Evaluasi, Sekretariat Proyek
- Rencana Kegiatan dan Anggaran Proyek
- Profil kabupaten dan provinsi
- Laporan rutin proyek
- Laporan rutin rumah sakit dan puskesmas.

3) Survei:

- Kepuasan pengguna layanan (*users*, pasien)
- Kepuasan *provider*

HASIL DAN PEMBAHASAN (STUDI EVALUASI)

Evaluasi Manfaat Proyek Kesehatan Pedesaan dan Kependudukan-ADB III di empat provinsi ini menilai apakah program-program atau kegiatan proyek tersebut bermanfaat. Penilai berpendapat bahwa ada 3 (tiga) komponen yang akan mendapat manfaat (*beneficiaries*) yaitu:

1. Pihak Pemberi Pelayanan Kesehatan (*Provider*)
2. Pemerintah Daerah
3. Masyarakat pengguna layanan tersebut (*User*)

Manfaat manfaat yang diterima adalah sebagai berikut:

- a) Pemberi Pelayanan
 - Peningkatan mutu dan kualitas pelayanan
 - Peningkatan keterampilan, kepandaian, dan penampilan tenaga kesehatan
 - Peningkatan manajerial
 - Perbaikan sistem pembiayaan kesehatan
 - Penyempurnaan sistem referral kesehatan dan medis.
 - Tersedianya *evidence base* indikator untuk perencanaan dan evaluasi.
- b) Pemerintah Daerah
 - Didesentralisasikan fasilitas dan biaya kesehatan ke daerah

- Pendapatan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai salah satu untuk mobilisasi sumber dana
 - Berkurangnya subsidi ke fasilitas pelayanan.
- c) Pengguna-Masyarakat
 - Pelayanan kesehatan terjangkau oleh masyarakat (geografi dan sosial ekonomi)
 - Adanya pelayanan dan pembiayaan untuk keluarga miskin
 - Berkurangnya biaya kesehatan rumah tangga (biaya pengobatan dan transportasi)
 - Adanya Jaminan Pemeliharaan Kesehatan
 - Mendapat pelayanan kesehatan yang komprehensif dan bermutu
 - Dapat ikut berpartisipasi dalam pembangunan kesehatan.

Analisis Manfaat dan hasilnya dipresentasikan pada tabel 3.

Tabel 3. Asesmen Manfaat Proyek

Deskripsi Manfaat yang Diharapkan	Indikator Manfaat	Hasil Penelitian	Penilaian Manfaat
Pelayanan Kesehatan ■ Peningkatan mutu layanan	– Aplikasi TQM – Kepuasan pasien/klien	– Banyak peralatan tidak dapat dioperasikan karena kurangnya pelatihan, – TQM belum dilaksanakan karena adanya metoda baru dan belum dilakukan pelatihan, – Hasil wawancara sebagian besar pasien puas akan layanan yang diberikan	Manfaat minimal
■ Peningkatan keterampilan, kapabilitas dan kinerja staf kesehatan	– Pelayanan pengobatan pencegahan, dan promosi kesehatan, – Kepuasan pasien.	– Layanan media dilakukan oleh profesional, termasuk spesialis, – Akan tetapi layanan non-medis dan manajemen, banyak dari staf ditempatkan dalam posisi yang tidak sesuai setelah training. Hasil wawancara pasien puas atas layanan.	– Untuk layanan medis manfaat optimal, – Untuk layanan non-medis administrasi manfaat minimal

Lanjutan Tabel 3

Deskripsi Manfaat yang Diharapkan	Indikator Manfaat	Hasil Penelitian	Penilaian Manfaat
■ Perbaikan sistem finansial	<ul style="list-style-type: none"> – Analisis anggaran dan biaya – Akutansi 	<ul style="list-style-type: none"> – Tidak pernah dilakukan analisis anggaran dan biaya 	Tidak ada manfaat
■ Perbaikan sistem referral	<ul style="list-style-type: none"> – Jumlah kasus yang dikirim (refer) ke RS, – Jumlah kunjungan spesialis ke Puskesmas dengan tempat tidur – Pemanfaatan ambulans, – Pemanfaatan radio komunikasi 	<ul style="list-style-type: none"> – Jumlah kasus yang di refer dari tingkat layanan yang lebih rendah ke layanan tinggi sangat rendah, – Penggunaan ambulans dan radio komunikasi sangat rendah 	Manfaat minimal
■ Ketersediaan data "evidence base indicators" untuk keperluan perencanaan dan evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> – data epidemiologi – data kegiatan – data keuangan dan akuntansi 	<ul style="list-style-type: none"> – Hasil pengamatan menunjukkan bahwa data tersebut tersedia, akan tetapi penggunaan data sangat rendah 	Manfaat minimal
Pemerintah Daerah			
■ Sesentralisasi fasilitas dan finansial	<ul style="list-style-type: none"> – Komitmen politik dalam pembiayaan dan pemeliharaan, – Perencanaan dan penganggaran 	<ul style="list-style-type: none"> – Adanya komitmen politik untuk meningkatkan biaya kesehatan pemeliharaan fasilitas yang telah dibangun 	Manfaat optimal.
■ Mobilisasi sumber dana	<ul style="list-style-type: none"> – Uang retribusi – <i>Local government health financing and expenditure</i> 	<ul style="list-style-type: none"> – Hanya 50% dari RS yang mempunyai <i>recovery cost</i> di atas 100% – Hampir semua Puskesmas <i>recovery cost</i> dibawah 100% – Anggaran PEMDA dari tolak biaya kesehatan dibawah 25% walaupun ada kecenderungan meningkat 	– Manfaat minimal
■ Subsidi Pemerintah berkurang	<ul style="list-style-type: none"> – Satuan biaya – Tarif layanan 	<ul style="list-style-type: none"> – Semua tarif layanan di bawah satuan biaya 	– Manfaat minimal
Masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> – Hambatan geografi (jarak) – Hambatan sosial ekonomi (kultur, biaya) 	<ul style="list-style-type: none"> – Adanya hambatan minimal untuk mencapai Puskesmas dan Rumah Sakit hambatan sosial budaya, – Tidak ada hambatan budaya 	– Manfaat minimal

Lanjutan Tabel 3

Deskripsi Manfaat yang Diharapkan	Indikator Manfaat	Hasil Penelitian	Penilaian Manfaat
– Adanya pelayanan untuk orang miskin	– Jumlah kunjungan orang miskin – Cara pembayaran	– Persentase kunjungan orang miskin rendah dan sebagian besar hanya ke Pustu, – Hampir semua pasien membayar termasuk orang miskin	– Manfaat minimal
■ Menurunkan pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan	– Pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan	– Dengan adanya fasilitas pelayanan yang baru menurunkan biaya transpor	– Khusus untuk biaya transpor manfaat optimal
■ Meningkatnya Pelayanan Kesehatan dengan sistem JPKM	– Jumlah pemberi pelayanan – Jumlah peserta	– Tidak ada peningkatan yang signifikan dari pemberi pelayanan – Data menunjukkan adanya peningkatan kunjungan dengan menggunakan kartu JPKKM	– Manfaat minimal
■ Peningkatan kualitas layanan	– Kepuasan	– Hampir semua pasien/klien puas akan layanan baik di RS maupun Puskesmas	– Manfaat optimal
■ Meningkatnya partisipasi masyarakat	– Komitmen masyarakat – Jumlah posyandu – Jumlah kader	– Jumlah Posyandu yang dikelola masyarakat meningkat/ – Jumlah kader yang <i>drop out</i> menurun	– Manfaat optimal

KESIMPULAN

Berdasarkan evaluasi manfaat dapat kita tarik kesimpulan berdasarkan yang menerima manfaat dari proyek ini sebagai berikut.

1. Manfaat untuk pihak pemberi pelayanan (rumah sakit, puskesmas dengan tempat tidur, puskesmas tanpa tempat tidur, pustu, polindes):
Manfaat optimal belum tercapai, hanya peningkatan layanan medis manfaat optimal telah tercapai.
2. Manfaat untuk pemerintah daerah (termasuk dinas kesehatan kabupaten):
Walaupun belum optimal Pemerintah Daerah sudah banyak mendapat manfaat dari proyek ini.
3. Manfaat untuk pengguna pelayanan – masyarakat:
Masyarakat hampir optimal mendapat manfaat dari proyek ini. Akses untuk mendapat pelayanan yang komprehensif dan bermutu dapat tercapai.

Demikian pula hambatan geografi, sosial ekonomi dan perilaku dapat diatasi. Masyarakat dapat pula berpartisipasi dalam program kesehatan yang ada. Hanya pelayanan untuk Gakin belum tercapai manfaatnya secara optimal.

KEPUSTAKAAN

- Asian Development Bank. *Benefit Monitoring and Evaluation*.
- Badan Perencanaan Nasional, 2000. *Evaluasi Kinerja Proyek Pembangunan*.
- Badan Perencanaan Nasional, 2000. *Sistem Pemantauan dan Pelaporan Pelaksanaan Proyek Pembangunan*.
- European Commission, Europe Aid Co-operation Office, 2001. *Manual Project Cycle Management*.
- Julio Frank, 1995. *Comprehensive Policy Analysis for Health System Reform, Health Policy 32*.
- Malik Ridwan et al, 2000. *Evaluation on Health Financing Reforms in Indonesia*, Australia International Health Institute (The University of Melbourne).

Ministry of Health Indonesia, 1995, *Rural Health and Population Project- Loan 1299 – INO* University of The Philippines School of Economics, 1995, *Health Sector Reform in Asia Proceedings of Regional Conference*.

Ministry of Health Indonesia, 1995. *Rural Health and Population Project- Loan 1299 – INO* University of The Philippines School of Economics, 1995, *Health Sector Reform in Asia Proceedings of Regional Conference*.