

KEBIJAKAN DAN STRATEGI DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA DALAM MENDUKUNG REFORMASI PUSKESMAS STUDI DI 6 PROVINSI DI INDONESIA

Wasis Budiarto,¹ Tety Rachmawati¹ dan Ristrini¹

ABSTRACT

Background: Public health center reform as decentralization step in health sector had poured into SK Menkes Number 128/Menkes/SK/II/2004 about Public Health Center Basic Policies. The aims of this research are to identified policy and strategy of District Health Office on Health Center Reform included health human resources reform, health effort reform, health financing reform, and health management reform. **Methods:** The research done in 6 provinces, by purposive sampling that is DI Yogyakarta, Bengkulu, South Kalimantan, South Sulawesi, East Kalimantan and Papua province. Each province chosen 1 (one) regency and 1 (one) municipality. Health Center which performing reform chosen, amount of sample health center around 52 units. Data collecting done by indepth interview, secondary data and focus group discussion (FGD), and by descriptive analysis. **Results:** The result of research indicating that policy and strategy District Health Office in supporting health center reform, (a) in HRD reform performed through flattening health personnel with job contract, (b) in health center effort reform through improving health services access and revitalization, (c) in health financing reform performed with health center self-effort with autonomy as well as increasing APBD finance support for health, (d) and health management reform by clarifying authority sharing among provinces, regencies/municipalities, health center autonomy, health center services with Certification ISO 9001 and Community Based Health Effort (UKBM) revitalization. Therefore necessary done institutional established in regional and relation manner, as well as allocating health budget suitable with determined health development objectives.

Key words: Policy Analysis; Health Center Reform; Development Strategy

ABSTRAK

Reformasi puskesmas merupakan langkah desentralisasi bidang kesehatan telah tertuang dalam SK Menkes No. 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas. Tujuan penelitian ini adalah teridentifikasinya kebijakan dan strategi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam reformasi puskesmas di 6 provinsi, meliputi reformasi di bidang SDM kesehatan, upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, dan manajemen kesehatan. Penelitian ini dilakukan di 6 provinsi, dipilih secara purposive 6 (enam) provinsi yaitu DI Yogyakarta, Bengkulu, Kalimantan Selatan, Sulawesi Selatan, Kalimantan Timur dan provinsi Papua. Masing-masing provinsi dipilih 1 (satu) kabupaten dan 1 (satu) kota. Puskesmas yang dipilih adalah puskesmas yang melakukan reformasi sehingga jumlah sampel puskesmas sebanyak 52 buah. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, data sekunder, observasi tidak terstruktur serta depth interview, dan analisis dilakukan secara deskriptif Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan dan strategi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam mendukung reformasi puskesmas yang telah dilaksanakan adalah (a) bidang SDM adalah upaya pemerataan tenaga kesehatan dengan kontrak kerja, (b) bidang upaya kesehatan dilakukan melalui peningkatan akses pelayanan kesehatan dengan sarana dan revitalisasi puskesmas, (c) bidang pembiayaan kesehatan dilaksanakan melalui upaya kemandirian puskesmas dengan otonomi pembiayaan serta meningkatkan dukungan pembiayaan APBD untuk kesehatan, dan bidang manajemen kesehatan dilakukan dengan memperjelas pembagian kewenangan antara provinsi, Kabupaten/kota, kemandirian puskesmas, pelayanan puskesmas dengan sertifikasi ISO 9001 serta revitalisasi UKBM. Untuk itu direkomendasikan untuk segera dilakukan pemantapan kelembagaan di daerah dan tata hubungannya, serta mengalokasikan anggaran pembiayaan kesehatan sesuai dengan sasaran pembangunan kesehatan yang telah ditetapkan.

Kata kunci: analisis kebijakan, reformasi puskesmas, strategi pengembangan

PENDAHULUAN

Dalam konstitusi Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO) tahun 1948 disepakati, antara lain, bahwa diperolehnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya adalah suatu hak yang fundamental bagi setiap orang tanpa membedakan ras, agama, politik yang dianut, dan tingkat sosial ekonominya. Menurut Tagela (2001), beberapa kendala umum yang dihadapi daerah (Kabupaten/Kota) dalam melaksanakan desentralisasi adalah terbatasnya sumber daya manusia, sarana dan prasarana, manajemen, sumber daya alam, pendapatan asli daerah, dan mental aparatur yang sudah terbiasa dengan mengikuti petunjuk atasan.

Pada saat reformasi yang dimulai pada tahun 2000, terjadi paradigma sentralistik menjadi paradigma desentralistik. Perubahan paradigma politik, ternyata tidak merubah kebijakan politik kesehatan (*health politics*) karena tersurat dalam konstitusi hasil amandemen. Sebaliknya administrasi pembangunan berubah ke arah paradigma desentralisasi dengan harapan bisa lebih efektif untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan bisa mempersempit disparitas status kesehatan antardaerah, maupun antarkelompok masyarakat. Reformasi puskesmas yang merupakan langkah desentralisasi bidang kesehatan dan tertuang dalam SK Menkes No. 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas merupakan bagian dari reformasi kesehatan (*health sector reform*).

Secara teoritis, strategi *health policy* merupakan kebijakan publik untuk menghimpun semua potensi guna memelihara dan meningkatkan status kesehatan masyarakat (Roger Detels, et al., 2002), dan menurut Dawnie (2000) upaya tersebut perlu melibatkan semua kekuatan masyarakat. Dikemukakan pula oleh T. Collins (2005) bahwa dalam analisis kebijakan terdapat dua area yaitu analisis dari proses kebijakan dan analisis dari isi kebijakan. Dalam analisis ini lebih memfokuskan pada isi dari kebijakan itu sendiri, khususnya kebijakan tentang reformasi puskesmas, dan ketaatan pelaksana di daerah melaksanakan kebijakan kesehatan dari Pemerintah Pusat.

Dari uraian di atas terlihat bahwa tingginya taat azas dan loyalitas pemerintah provinsi dan daerah terhadap kebijakan kesehatan nasional, merupakan indikator efektifnya administrasi pemerintah untuk mengkondisikan pemerintahan daerah guna menghimpun semua potensi guna memelihara dan meningkatkan status kesehatan masyarakat.

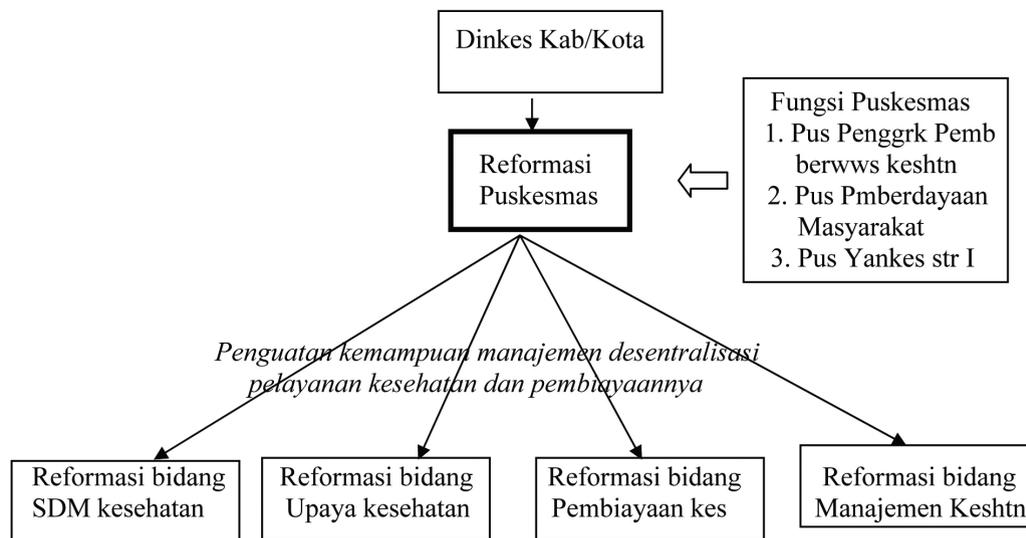
Secara umum penelitian ini bertujuan untuk teridentifikasinya kebijakan dan strategi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam reformasi puskesmas di era desentralisasi di 6 provinsi, khususnya reformasi di bidang SDM kesehatan, upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, dan manajemen kesehatan.

METODE

Kerangka pikir dalam penelitian ini dapat digambarkan pada Gambar 3.1.

Penelitian ini merupakan penelitian *deskriptive-explorative* yang dilakukan di 6 provinsi yang dipilih secara *purposive* 5 (enam) provinsi dengan proyek desentralisasi yaitu DI Yogyakarta (PHP-1), Bengkulu (DHS-1), Kalimantan Selatan (DHS-2), Sulawesi Selatan (DHS-2), Kalimantan Timur (HWS dan PHP-3) dan 1 (satu) provinsi yang tidak memperoleh proyek desentralisasi tetapi otonomi khusus yaitu provinsi Papua.

Masing-masing provinsi dipilih 1 (satu) kabupaten dan 1 (satu) kota, yaitu Provinsi DIY dipilih Kota Yogyakarta dan Kabupaten Sleman, provinsi Bengkulu dipilih kota Bengkulu dan kab. Rejanglebong, provinsi Kalimantan Selatan dipilih kota Banjarmasin dan Kabupaten Banjar, provinsi Sulawesi Selatan dipilih kota Pare-pare dan Kabupaten Gowa, provinsi Kalimantan Timur dipilih kota Balikpapan dan Kabupaten Paser serta provinsi Papua dipilih kota Jayapura dan Kabupaten Jayapura. Jumlah puskesmas yang dipilih untuk masing-masing provinsi tidak sama, yaitu dipilih puskesmas yang melakukan reformasi atau upaya inovatif yaitu untuk DIY 6 puskesmas, Bengkulu 10 puskesmas, Kalimantan Selatan 11 puskesmas, Sulawesi Selatan 12 puskesmas, Kalimantan Timur 7 puskesmas, dan Papua 6 puskesmas, sehingga total puskesmas sampel sebanyak 52 puskesmas.



Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

Responden karyawan dipilih masing-masing puskesmas 2 orang yaitu kepala puskesmas dan perawat senior sehingga jumlah responden karyawan 104 orang, dan sampel pasien sebanyak 167 orang, yakni pasien yang pernah dirawat atau berkunjung ke puskesmas minimal 2x pada tahun yang berbeda selama penelitian berlangsung. Sebagai unit analisis adalah provinsi, kabupaten/kota, puskesmas, dan orang.

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, data sekunder, observasi serta *depth interview*, dan analisis di lakukan secara deskriptif dan data kualitatif dianalisis melalui kualitatif-rasionalistik dan *expert judgment*.

HASIL

Reformasi bidang Sumber daya Manusia Kesehatan

Kondisi sumber daya manusia kesehatan

Tenaga kesehatan di sini dikelompokkan sesuai PP no. 32 tahun 1996 yaitu tenaga medis, keperawatan, farmasi, kesehatan masyarakat, gizi, keterampilan fisik, teknis medis serta tenaga non kesehatan.

a. Jumlah Tenaga Kesehatan

Jumlah rata-rata tenaga kesehatan per puskesmas di 6 provinsi dan 12 Kabupten/kota yang menjadi sampel dalam penelitian ini tampak pada Tabel 4.1 berikut ini.

Tabel 1. Jumlah Tenaga Kesehatan menurut Jenis Tenaga di 6 provinsi Tahun 2006

No	Jenis Tenaga Kesehatan	Provinsi						Total
		DIY	Bengkulu	Kalsel	Sulsel	Kaltim	Papua	
1	Tenaga Medis	6,2	2,6	3,18	4,42	4,29	3,20	3,82
2	Tenaga Keperawatan	16,2	23,9	15,73	25,00	9,71	23,80	19,6
3	Tenaga Farmasi	1,8	0,7	1,91	2,00	1,43	0,80	1,50
4	Tenaga Kesehatan Masyarakat	1,6	1,4	2,09	3,08	1,29	1,80	2,00
5	Tenaga Gizi	1,8	1,1	1,18	1,25	1,14	2,40	1,36
6	Tenaga Terapi Fisk	0,4	-	0,18	0,33	-	-	0,16
7	Tenaga Tek Medis	2,0	0,8	1,91	2,50	0,71	1,20	2,68
8	Tenaga Non Medis	11,6	5,6	3,27	6,67	5,43	3,40	5,70
Total		41,6	36,1	29,45	45,25	24,0	36,6	36,82
N (jumlah puskesmas)		6	10	11	12	7	6	52

Dari Tabel 4.1. di atas tampak bahwa rata-rata jumlah tenaga di puskesmas sebanyak 36,8 orang per puskesmas, dan jumlah tenaga kesehatan sebanyak 31,12 orang per puskesmas. Jumlah tenaga medis (dokter dan dokter gigi) per puskesmas sebanyak 3,82 dan tenaga keperawatan (perawat dan bidan sebanyak 19,6 orang). Jumlah tenaga medis per puskesmas di DIY cukup besar yakni 6,2 orang, sedangkan tenaga keperawatan paling banyak di Sulsel, Bengkulu dan Papua.

b. Frekuensi Pelatihan yang Diikuti Karyawan

Frekuensi pelatihan yang diikuti karyawan selama 3 tahun terakhir, baik pelatihan kesehatan maupun nonkesehatan tampak pada Gambar 4.1.

Dari gambar tersebut tampak bahwa pelatihan nonkesehatan/administrasi tidak banyak diikuti oleh tenaga kesehatan sampel (n = 104) dalam 3 tahun terakhir, yakni sebesar 73,08% dan yang mengikuti 1x sebanyak 12,5%, sedangkan pelatihan kesehatan yang tidak pernah diikuti tenaga kesehatan dalam 3 tahun terakhir sebanyak 31,73%, yang mengikuti 1–2x sebanyak 39,43% dan yang mengikuti 5x atau lebih sebanyak 2,88%. Dari gambaran tersebut dapat dikatakan bahwa dalam kurun waktu reformasi puskesmas jumlah pelatihan yang diikuti staf puskesmas relatif sudah cukup baik, atau mengalami peningkatan.

Kebijakan yang Dilaksanakan

Beberapa kebijakan yang dilakukan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk mendukung reformasi puskesmas bidang SDM kesehatan yang dikatakan oleh informan, sebagai berikut:

a. Informan Bapak A, B, Dinkes Kabupaten/Kota di Provinsi X:

”ada upaya regulasi dan pengembangan legislasi tenaga kesehatan seperti lisensi, akreditasi, registrasi, sertifikasi dan ditindaklanjuti dengan Perda.....”

”dalam rangka upaya pemerataan tenaga kesehatan di daerah dilakukan dengan membuat perjanjian kontrak kerja dengan tenaga kesehatan, khususnya dokter, bidan dan perawat untuk ditempatkan di daerah pelosok sebagai tenaga kesehatan baru.....”

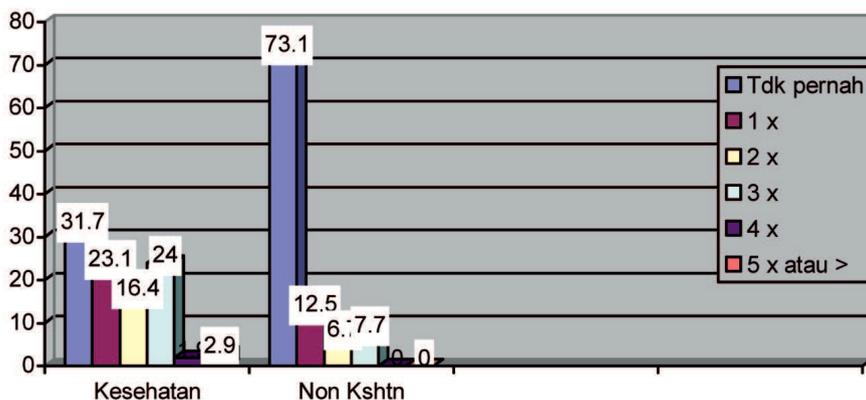
b. Informan Bapak C, D, Dinkes Kabupaten/Kota di Provinsi Y:

”.....agar pemerataan tenaga kesehatan dapat terdistribusi dengan baik, dilakukan dengan memberikan insentif (tunjangan khusus) bagi tenaga kesehatan yang bekerja di daerah terpencil.....”

”.....distribusi tenaga kesehatan juga diikuti dengan kebijakan jumlah obat yang sesuai kebutuhan dan kecukupan obat esensial di puskesmas di atas standar nasional.....”

Dari kebijakan yang mendukung reformasi bidang SDM Kesehatan di puskesmas tersebut, beberapa hasil yang tampak adalah:

- kualitas sumber daya tenaga kesehatan mulai meningkat, namun jenis tenaga dan distribusi tidak seimbang, antarpuskesmas sangat beragam. Jumlah tenaga rata-rata per puskesmas 36 orang (range 24–45 orang), tenaga medis rata-rata per puskesmas 3,8 orang (range 2,6–6,2 org), dan terbanyak adalah tenaga keperawatan yakni 19,6 per puskesmas (range 9,7–25,0 org).



Gambar 4.1. Frekuensi pelatihan yang pernah di ikuti karyawan dalam 3 tahun terakhir

- Kebutuhan obat dari puskesmas yang dapat dipenuhi oleh Dinkes Kabupaten/Kota pada 2000–2003 sekitar 40–75%, dan tahun 2005 80–100% (standar nasional 70%)

Reformasi Bidang Upaya Kesehatan

Keadaan fasilitas kesehatan

Jumlah fasilitas kesehatan di 6 provinsi atau di 12 Kabupaten/kota yang menjadi sampel dalam penelitian ini tampak pada Tabel 4.2.

Dari Tabel 4.2 tersebut tampak bahwa jumlah puskesmas pembantu sebanyak 2,6 per puskesmas sedangkan polindes rata-rata 2,60 per puskesmas. Polindes tersebut hanya ada di kabupaten saja, sedangkan untuk kota tidak ada, sehingga dapat dikatakan bahwa jumlah polindes per puskesmas di wilayah kabupaten rata-rata 5,2 polindes. Jumlah posyandu cukup menggembirakan yakni 29,9 posyandu per puskesmas.

Kebijakan yang dilaksanakan

Beberapa kegiatan yang dilakukan dalam rangka reformasi puskesmas bidang upaya kesehatan yang dikatakan informan adalah sebagai berikut:

- Informan Bp/Ibu E, F, Dinkes Kabupaten/Kota di Provinsi Z:

".....ada daerah yang melakukan peningkatan akses pelayanan kesehatan dengan sarana mobil puskesmas Keliling, revitalisasi program puskesmas dalam intervensi pengobatan keluarga rawan....."

".....ada daerah yang melaksanakan SPMKK (Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis) bagi perawat dan bidan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, juga QA melalui team based dan peer review....."

- Informan Bp/Ibu G, H, Dinkes Kabupaten/Kota di Provinsi P:

"dalam rangka meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan, sebagian besar daerah melaksanakan program peningkatan cakupan khususnya bagi Gakin melalui program JPK MM....."

".....peningkatan kualitas pelayanan puskesmas dilakukan dengan menambah jumlah obat yang sesuai kebutuhan dan kecukupan obat esensial di puskesmas di atas standar nasional....."

- Informan Bp/Ibu G, H, Dinkes Kabupaten/Kota di Provinsi Q:

"upaya untuk meng ISO kan puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sudah terlaksana lebih dari 50%, tetapi karena terkena gempa maka kondisinya sudah berubah....."

Dari kebijakan yang mendukung reformasi bidang upaya kesehatan puskesmas tersebut, beberapa hasil yang tampak adalah:

- masih kurangnya akses terhadap pelayanan kesehatan (kendala geografis, pendapatan, sosial budaya, dll) tetapi pada tahun 2005 jumlah puskesmas per kecamatan 1,24 buah, pustu 2,60 buah/per puskesmas, polindes 1,86/per puskesmas, posyandu 29,9 buah/per puskesmas.
- masih kurangnya kualitas (kepuasan pelanggan, hak pasien, dll) sehingga ada daerah yang lebih memfokuskan pada peningkatan kualitas layanan di puskesmas (ISO).
- pemanfaatan pelayanan kesehatan milik pemerintah masih kurang, dan sebagian besar oleh Gakin.

Tabel 2. Jumlah Fasilitas Kesehatan per Wilayah Puskesmas di 6 provinsi Tahun 2006

No	Fasilitas Kesehatan	Provinsi						Total
		DIJ	Bengkulu	Kalsel	Sulsel	Kaltim	Papua	
1	Puskesmas	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2	Pusk pembantu	2,6	3,2	2,54	3,25	1,0	2,20	2,60
3	Polindes	1,0	3,3	2,36	1,17	1,43	1,00	1,86
4	Posyandu	75,0	13,8	19,91	25,33	48,70	23,60	29,90
N	(juml puskesmas)	6	10	11	12	7	6	52

*) bukan fasilitas kesehatan

- Dari 6 (enam) upaya wajib SPM (UW-SPM) yang dilaksanakan puskesmas, yang terdiri dari 45 indikator, 9 indikator (20,0%) tidak dapat diisi dengan baik. Capaian indikator SPM tahun 2005 relatif rendah, 15,6% indikator SPM tercapai sesuai standar nasional, 15,5% tercapai 81–99%, 28,9% dan sisanya (20,0%) tercapai 51–80% dari standar nasional

Reformasi Bidang Pembiayaan Kesehatan

Kondisi pembiayaan kesehatan

Kondisi pembiayaan kesehatan dalam penelitian ini meliputi dua bahasan pokok yaitu sumber pembiayaan program puskesmas dan efektivitas pembiayaan dari masyarakat.

a. Sumber pembiayaan program puskesmas

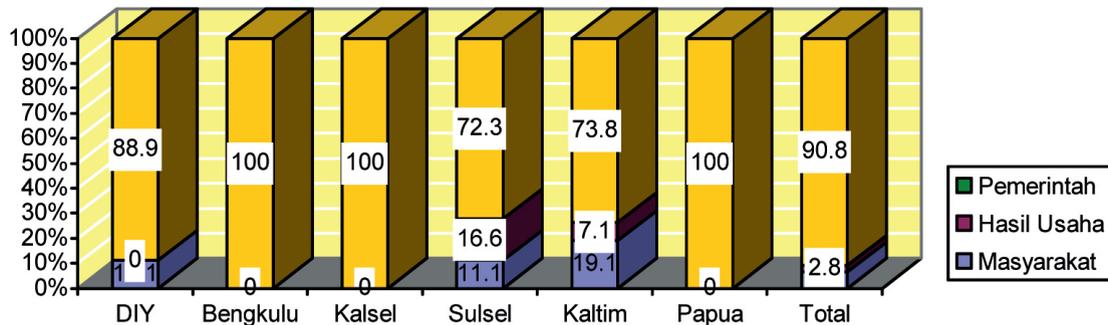
Sumber pembiayaan puskesmas berasal dari pemerintah, hasil usaha atau perusahaan dan berasal dari mobilisasi dana dari masyarakat. Gambar 4.2 berikut ini menggambarkan persentase pendapat puskesmas tentang efektivitas sumber pembiayaan untuk program-program puskesmas

Dari Gambar 4.2 tersebut tampak bahwa hampir seluruh puskesmas sebagian besar pembiayaannya berasal dari pemerintah cq Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan hanya sebagian puskesmas yang menyatakan bahwa ada pembiayaan yang berasal dari hasil usaha perusahaan (Sulsel 16,6%, Kaltim 7,1% dan total 2,8%) dan dari masyarakat melalui pembiayaan pra upaya (di DIJ 11,1%, Sulsel 11,1%, Kaltim 19,1% dan total 6,4%)

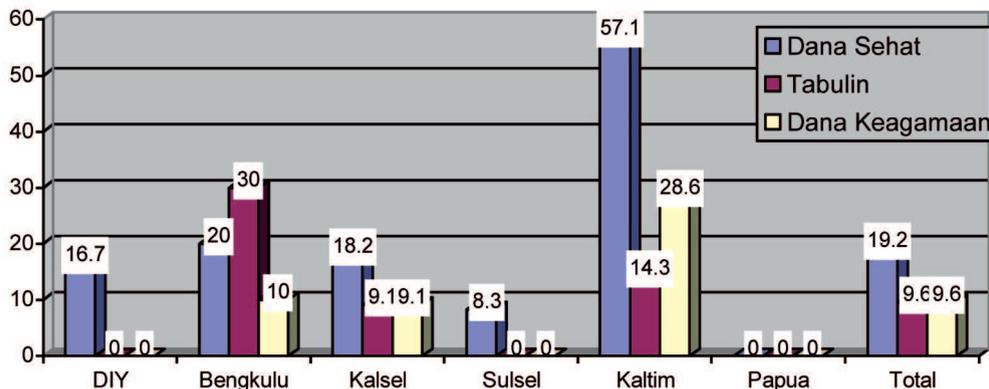
b. Efektivitas Mobilisasi Dana dari Masyarakat

Efektivitas mobilisasi dana dari masyarakat meliputi dana sehat, tabulin dan dana keagamaan, yang tampak pada Gambar 4.3.

Dari Gambar 4.3 tampak bahwa ada beberapa puskesmas yang mempunyai pendapat bahwa mobilisasi dana yang berasal dari masyarakat tampaknya sudah kurang efektif lagi, di mana pendapat tentang pendapat tentang efektivitas dana sehat hanya 19,2%, tabulin dan dana keagamaan hanya 0,6%. Di Kaltim pembiayaan dari dana sehat dinyatakan cukup efektif yakni 57,1% dari puskesmas menyatakan efektif, sedangkan di Papua tidak ada dana yang



Gambar 4.2. Persentase pendapat puskesmas tentang efektivitas sumber pembiayaan program-program



Gambar 4.3. Persentase pendapat Puskesmas tentang efektivitas mobilisasi dana masyarakat

bersumber dari mobilisasi dana dari masyarakat kecuali pembayaran langsung (*fee for service*)

Kebijakan yang dilaksanakan

Beberapa kebijakan yang dilaksanakan dalam rangka reformasi puskesmas bidang pembiayaan kesehatan yang dikatakan informan adalah sebagai berikut:

a. Informan Bp/Ibu G, H, Dinkes Kab/Kota di Prov. Q dan Z:

".....yang ada di daerah kami adalah pengembangan asuransi kesehatan melalui Askeskin/JPK-MM sedangkan gaung program SJSN sudah tidak terdengar lagi....."

".....dalam upaya memandirikan puskesmas dengan otonomi pembiayaan, prinsip swakelola (melalui Perda) dan ada yang membebaskan tarif (gratis) yankes bagi penduduknya....."

".....dilakukan dengan membuat komitmen bersama stakeholder untuk peningkatan pembiayaan kesehatan walau tidak dilakukan secara tertulis....."

Dari kebijakan yang mendukung reformasi puskesmas bidang pembiayaan tersebut, beberapa hasil yang tampak adalah:

- terbatasnya dukungan pembiayaan APBD untuk kesehatan, sepanjang 2001–2003 masih sekitar 2–7% total APBD dan tahun 2005 telah meningkat rata-rata 8,57% dari total APBD II (range 3,3–20,0%), padahal standar yg diharapkan 15% APBD II.
- tidak semua program kesehatan tercover di dalam anggaran dan ada daerah yang sudah

mengeluarkan Perda tentang pembiayaan puskesmas.

- Pendapat puskesmas tentang efektivitas pembiayaan kesehatan yang bersumber dari masyarakat melalui dana sehat, sudah tidak efektif lagi (19,2%) sedangkan yang melalui tabulin dan dana keagamaan tidak efektif (9,6%).
- Cakupan peserta Jaminan Kesehatan bagi masyarakat miskin (JPK Gakin/Askeskin) masih rendah dan masih di bawah standar nasional.
- Rata-rata pembiayaan kesehatan per kapita sebesar Rp54.600,- masih di bawah target MDGs sebesar Rp120.000,- per kapita (Menkes, 2006).

Reformasi Bidang Manajemen Kesehatan

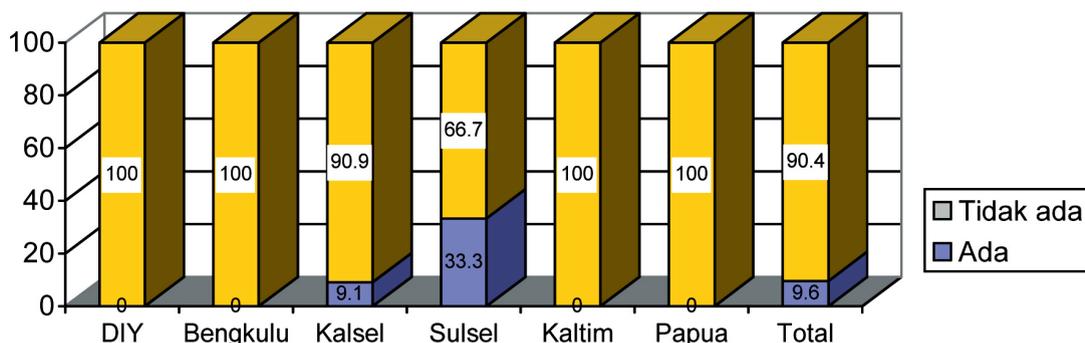
Kondisi Manajemen Kesehatan

Kondisi manajemen kesehatan dalam penelitian ini ditinjau dari aspek keberadaan Badan Penyantun Puskesmas atau Konsil Kesehatan Kecamatan. Pertanyaan yang disampaikan pada puskesmas adalah keberadaan KKK di puskesmas, tahapan yang telah dilakukan dalam rangka pembentukan KKK, dan dokumen manajemen yang dimiliki

a. *Pendapat tentang Efektivitas Keberadaan KKK*

Pendapat puskesmas tentang efektivitas keberadaan Konsil Kesehatan Kecamatan dapat dilihat pada Gambar 4.4.

Dari Gambar 4.4 tersebut tampak bahwa di DIY, Bengkulu, Kaltim dan Papua belum terbentuk KKK di puskesmas, sedangkan di Kalsel dan Sulsel sudah berdiri tetapi kurang efektif. Di Kalsel jumlah puskesmas yang menyatakan efektif sebanyak 9,1% dan di Sulsel jumlah puskesmas yang menyatakan bahwa KKK efektif sebanyak 33,3%. Pada tahapan pembentukan



Gambar 4.4. Persentase pendapat Puskesmas tentang efektivitas konsil kesehatan Kecamatan

KKK di puskesmas dapat dikatakan bahwa sebagian besar masih pada tahapan pematangan konsep yang dinyatakan oleh 23,1%, tahapan advokasi oleh 25% dan sisanya baru pada tahapan sosialisasi.

b. Dokumen Manajemen Kesehatan di Dinkes Kabupaten/Kota

Beberapa dokumen yang dimiliki oleh Dinkes Kab/Kota meliputi dokumen manajemen yang semua Dinkes Kab/Kota memilikinya, 83% Dinkes memiliki dokumen *contingency plan* untuk bencana, 100% Dinkes Kab/Kota mempunyai profil kesehatan, 75% kab/kota melaksanakan Surkesda, hanya 25% kab/kota yang melaksanakan DHA.

Kebijakan yang dilaksanakan

Beberapa kegiatan yang dilakukan dalam rangka reformasi puskesmas bidang manajemen kesehatan seperti yang disampaikan informan sebagai berikut:

a. Informan Bp/Ibu I, J, Dinkes Kab/Kota di Provinsi X dan Y:

“.....ada daerah yang melakukan pembuatan jaringan komputer (LAN) yang menghubungkan antarsubdin untuk kepentingan sharing data dan internet.....”

“.....ada daerah yang membentuk unit teknologi informasi kesehatan sebagai forum pembelajaran dan persiapan web site, membuat pemetaan melalui Geographic Information System dan komputerasi puskesmas.....”

b. Informan Bp/Ibu K, L, Dinkes Kab/Kota di Provinsi P dan Q:

“.....dilakukan melalui upaya revitalisasi puskesmas dan posyandu sehingga fungsi-fungsi puskesmas dan posyandu dapat terlaksana secara optimal.....”

“.....dilakukan pula upaya restrukturisasi puskesmas yang membagi puskesmas menjadi dua bagian/bidang, yaitu bagian pelayanan perorangan dan bagian pelayanan masyarakat.....”

Dari kebijakan yang mendukung reformasi puskesmas bidang manajemen kesehatan tersebut, beberapa hasil yang tampak adalah:

- pembagian kewenangan antara provinsi, kabupaten/kota, sudah mulai jelas tetapi masih memerlukan sinkronisasi.

- SPM belum diterapkan di semua puskesmas dan aliran data dari puskesmas belum menggambarkan realitas cakupan SPM, karena belum ada Perda atau regulasi lain yang mengharuskan penerapan SPM.
- Penyusunan anggaran sudah berbasis kinerja, memakai DASK/RASK, alokasi anggaran tetap menggunakan plafond walaupun koordinasi & sinkronisasi perencanaan & penganggaran DAU, APBN, PHLN belum optimal.
- Pendapat puskesmas menyatakan bahwa keterpaduan lintas program cukup efektif, khususnya pada kegiatan MTBS, UKS, puskesmas keliling dan posyandu (67–82%) sedangkan keterpaduan lintas sektor juga cukup efektif, khususnya kegiatan KIA (61,5%), promkes (59,6%), gizi (48,1%) dan UKS (46,2%).
- Pendapat puskesmas tentang pertanggungjawaban wilayah dapat dikatakan cukup efektif, yaitu pemantauan dampak kesehatan (50,0%), penggerakan pembangunan (42,3%) dan membina upaya kesehatan (38,5%).
- Indikator yang digunakan untuk pemantauan dan evaluasi atas pencapaian pembangunan kesehatan adalah indikator derajat kesehatan, indikator perilaku sehat, indikator lingkungan sehat dan indikator pelayanan kesehatan.
- Hasil wawancara dengan 102 karyawan menyatakan bahwa hasil reformasi yang banyak dirasakan adalah peningkatan kualitas pelayanan, yang dirasakan oleh 84,6% karyawan, peningkatan cakupan oleh 83,8% karyawan, dan kecepatan layanan (79,8%).

PEMBAHASAN

Reformasi sistem pelayanan kesehatan puskesmas kita mendesak untuk dilakukan agar peristiwa-peristiwa memilukan akibat minimnya pelayanan kesehatan tidak terjadi di masa mendatang. Untuk mempercepat reformasi pelayanan kesehatan puskesmas, dibutuhkan tiga hal. Pertama, perubahan paradigma pelayanan kesehatan dari mengobati orang sakit menjadi mencegah orang sakit, kedua, perlunya dukungan finansial yang memadai terhadap berbagai program pelayanan kesehatan puskesmas terutama bagi warga miskin, dan ketiga, perlunya penataan manajemen pelayanan kesehatan puskesmas secara baik dan bertanggung jawab (Prasojo, 2008).

Reformasi SDM kesehatan di puskesmas yang dilakukan adalah upaya regulasi dan pengembangan legislasi tenaga kesehatan (lisensi, akreditasi, registrasi, sertifikasi) dan telah ditindaklanjuti dengan Perda, dan upaya pemerataan tenaga kesehatan dilakukan dengan perjanjian kontrak kerja di daerah pelosok (tenaga baru) dan memberikan insentif (tunjangan khusus) bagi tenaga kesehatan yang bekerja di daerah terpencil. Kualitas sumber daya tenaga kesehatan mulai meningkat, namun jenis tenaga dan distribusi tidak seimbang. Dari rekomendasi dan kesepakatan pertemuan sosialisasi kebijakan pembangunan kesehatan tahun 2003 menyebutkan bahwa dalam pengadaan formasi daerah, diharapkan Pemda dapat mengutamakan tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya. Di samping itu kebijakan bahwa Pemda diminta menyediakan tunjangan jabatan fungsional juga merupakan rekomendasi. Pemda dapat juga mengangkat tenaga PTT Daerah/Brigade Siaga Bencana/tenaga kontrak sesuai kebutuhan (Depkes, 2003).

Reformasi upaya kesehatan telah mampu meng ISO kan puskesmas dan Dinas Kesehatan Kab/Kota, dan sudah terlaksana lebih dari 50%. Kurangnya akses terhadap pelayanan kesehatan karena kendala geografis, pendapatan, sosial budaya, dll) juga masih merupakan permasalahan dalam reformasi upaya kesehatan. Jumlah fasilitas kesehatan terus ditingkatkan, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan milik pemerintah sudah mengalami peningkatan, bukan hanya oleh Gakin.

Reformasi pembiayaan di puskesmas sudah cukup menunjukkan hasil yang signifikan di mana persentase pembiayaan kesehatan tahun 2005 telah meningkat rata-rata 8,57% dari total APBD II padahal standar yang diharapkan 15% APBD II. Sesuai rekomendasi dan kesepakatan pertemuan sosialisasi kebijakan pembangunan kesehatan tanggal 14 Oktober 2003 di Surakarta menyatakan bahwa secara bertahap proporsi anggaran kesehatan akan ditingkatkan sesuai dengan kebutuhan berdasarkan standar WHO yaitu minimal 5% dari PDRB (Depkes, 2003). Efektivitas pembiayaan kesehatan yang bersumber dari masyarakat melalui dana sehat, sudah tidak efektif lagi sedangkan yang melalui tabulin dan dana keagamaan juga kurang efektif. Untuk itu dukungan Pemda dalam upaya membentuk JPKM segera dapat direalisasikan. Reformasi manajemen kesehatan masih banyak mengalami kendala, di mana

pembagian kewenangan antara provinsi, kabupaten/kota, sudah mulai jelas tetapi masih memerlukan sinkronisasi. Dengan demikian analisis kebijakan dalam rangka reformasi puskesmas mutlak harus dilaksanakan, dan harus sesuai dengan konsep, metode dan tantangan ke depan dari pelayanan kesehatan itu sendiri (Gill Walt, et al, 2008).

Penelitian yang dilakukan Sub Utama (2005) menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan petugas KIA terhadap SOP di Puskesmas reformasi lebih tinggi dibanding Puskesmas nonreformasi, sedangkan tingkat kepatuhan petugas BP tidak ada perbedaan. Kepuasan pasien lebih tinggi di Puskesmas reformasi dibanding Puskesmas nonreformasi, demikian pula kepuasan provider lebih puas di Puskesmas reformasi.

Paradigma *good governance* sangat relevan dan menjiwai kebijakan pelayanan publik yang diarahkan untuk meningkatkan kinerja manajemen pemerintahan, mengubah sikap mental dan perilaku aparat penyelenggara pelayanan, serta menumbuhkan kepedulian dan komitmen pimpinan dan aparat penyelenggara dalam memberikan pelayanan (Pollit dan Geert, 2000).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dari bahasan di atas, dapatlah disampaikan kesimpulan sebagai berikut:

- a. Reformasi SDM kesehatan dilaksanakan melalui upaya pemerataan tenaga kesehatan dengan kontrak kerja, karena rasio tenaga kesehatan- penduduk sangat variatif. Pendayagunaan belum sepenuhnya didukung penyediaan sumber daya lain (pembiayaan, sarana dan prasarana, dan logistik) yang memadai.
- b. Reformasi upaya kesehatan dilakukan melalui upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan dengan sarana dan revitalisasi puskesmas, serta melaksanakan SPMKK (Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis) bagi perawat dan bidan, dan hasilnya adalah frekuensi kunjungan meningkat, walaupun pencapaian standar nasional dari SPM masih kurang.
- c. Reformasi pembiayaan kesehatan dilaksanakan melalui upaya kemandirian puskesmas dengan otonomi pembiayaan dengan prinsip swakelola (melalui Perda), yang menghasilkan meningkatnya

dukungan pembiayaan APBD untuk kesehatan. Pendapatan dari puskesmas masih merupakan bagian dari PAD, dan belum sepenuhnya dikembalikan untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Rata-rata pembiayaan kesehatan per kapita sebesar Rp.54.600,- masih di bawah target MDGs sebesar Rp.120.000,- per kapita.

- d. Reformasi manajemen kesehatan puskesmas dilakukan dengan memperjelas pembagian kewenangan antara provinsi, kabupaten/kota, di mana program unggulan di puskesmas sudah mulai diberlakukan diberbagai Dinkes Kab/ Kota yakni kemandirian puskesmas, pelayanan puskesmas dengan sertifikasi ISO 9001 tahun 2000, revitalisasi UKBM.

Saran

Dari beberapa kesimpulan tersebut dapatlah diberikan saran sebagai berikut:

- a. Dalam rangka meningkatkan reformasi puskesmas secara nyata, maka perlu melakukan pemantapan kelembagaan daerah termasuk UPT-UPT nya seperti RS, puskesmas, gudang farmasi kab/kota, dan lebih memfokuskan pada tata hubungan kerja antarlembaga di daerah.
- b. Daerah perlu merencanakan kebutuhan sumber daya kesehatan (SDM, fasilitas, sarana, obat dan perbekalan kesehatan) dan melakukan kerja sama antardaerah khususnya yang berkaitan dengan pembinaan dan fasilitasi kesehatan di daerah
- c. Reformasi puskesmas perlu terus dilakukan, baik dari aspek internal maupun eksternal, khususnya yang menyangkut restrukturisasi puskesmas dan refungsionalisasi unit pelayanan kesehatan, agar pelaksanaan SPM di daerah menjadi lebih fokus dan merata di semua daerah.
- d. Reformasi bidang pembiayaan mengharapkan agar pengalokasian dan pembelanjaan pembiayaan baik melalui APBD dan APBN lebih terarah/

terfokus dan terpadu dalam mencapai sasaran pembangunan kesehatan yang telah ditetapkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Beier C, and Ferrazzi G, 1998. Fiscal Decentralization in Indonesia : A Comment on Smoke and Lewis. *World Development*, 26 (12).
- Collins T, 2005. Health Policy Analysis: a simple tool for policy makers. *Public Health*, vol. 119, issue 3, March 2005: 192–196.
- Departemen Kesehatan RI, 2003. Rekomendasi dan Kesepakatan Pertemuan Sosialisasi Kebijakan Pembangunan Kesehatan, 14 Oktober 2003, Depkes, Surakarta.
- , 2006. Kesepakatan Pertemuan Evaluasi Tahun 2006 dan Rencana Aksi tahun 2007 Pembangunan Kesehatan, 13 Desember 2006, Depkes, Batam.
- , 2003. *Sistem Kesehatan Nasional (draft)*, Tim Penyusunan Sistem Kesehatan Nasional, Jakarta.
- Hartono, Bambang. 1996. Decentralization and Health System Change in Indonesia. National Institute of Health Research and Development, Ministry of Health Republic of Indonesia, Jakarta.
- Desler, Gary, 1997. *Human Resource Management*, Seventh Edition. Prentice Hall, Inc. A Simon & Schuster Company, Upper Saddle River, New Jersey.
- Elitan, Lena, 2002. Praktik-Praktik Pengelolaan Sumber Daya Manusia dan Keunggulan Kompetitif Berkelanjutan, *Jurnal Manajemen dan Kewirausahaan*. 4 (2).
- Mardiasmo, 2002. Otonomi dan Manajemen Keuangan Daerah, Penerbit Andi, Yogyakarta.
- Robbins, Stephen, 1995. *Organization Theory: Structure, Design and Applications*. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey.
- Walt, Gill *et al.* 2008. Doing Health Policy Analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Oxford Journals*, vol. 23, issue 5: 308–317.
- World Health Organizations Report, 2000. *Health System: Improving Performance*, WHO, Geneva.