

PERSIAPAN PUSKESMAS BANDARJAYA MENJADI UNIT SWADANA

Wahyu Pudji Nugraheni¹

PREPARING PUSKESMAS BANDARJAYA TO BE AN AUTONOMY HEALTH CENTER

Abstract. *Health Center is one of health organization in district level that have comprehensive and holistic health care system in the society, as a point to improving health status program. Because of that, improving quality of services is very important. Many perspectives of quality, two of them are about improving quality of manpower and financing. Swadana concepts may give the answer for the many problems in the health centers. This study was a cross sectional study in Puskesmas Bandarjaya, Lampung. The study had 3 steps analysis, they were; (1) situation analysis before to be Swadana Units, (2) Cost Analysis, and (3) Tariff Simulation. The study showed that human resources in Puskesmas Bandarjaya was very limited, visite rate in many services was high, equipment and building in Puskesmas Bandarjaya were in good condition, the population around Puskesmas Bandarjaya area and the government gave a positive support for the Swadana program. Cost analysis showed that the actual tariff for all services was very lower or under the unit cost and the CRR of all services in Puskesmas Bandarjaya was very low or under 100% for 3 scenarios (excepcion Laboratory Unit). The tariff stimulation showed that Puskesmas Bandarjaya had profit financing if the tariff would be taken about Rp. 2.500,00-Rp.3.000,00. All facts showed that Swadana concept would be necessary to accepted for Puskesmas Bandarjaya to get improving performance and quality. The study recommends that Puskesmas Bandarjaya must regulate the administration to be the holistic pay system, improving quality and quantity of human resources, regulate financing report and system and to adjust the old tariff with the new one after cost analysis in actual scenario.*

Key Word: health center, health care center, swadana

PENDAHULUAN

Meskipun dalam dua dekade terakhir pemerintah telah berhasil menata kembali sistem pelayanan untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar secara merata, tetapi kebutuhan masyarakat pada saat ini di dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu masih belum terpenuhi, ditambah lagi dengan krisis ekonomi yang berkepanjangan sampai saat ini. Untuk mengatasi hal tersebut, pemerintah telah mengambil berbagai langkah kebijaksanaan

dalam sektor kesehatan yang lebih ditujukan kepada pemberian pelayanan yang lebih baik, berkualitas, merata dan berkesinambungan dengan menghilangkan hambatan terhadap pelayanan kesehatan.

Puskesmas sebagai salah satu unit organisasi kesehatan di tingkat Kecamatan dengan upaya kesehatan yang menyeluruh dan terpadu adalah paling dekat dengan masyarakat, sehingga merupakan tulang

¹Puslitbang Yantekes, Badan Litbangkes

panggung untuk tercapainya program peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Dengan demikian berkembangnya jumlah penduduk serta makin berkembangnya teknologi, makin besar pula sasaran yang harus digarap oleh pelayanan kesehatan. Untuk menanggulangi hal tersebut telah dilaksanakan berbagai upaya, baik dengan meningkatkan jumlah Puskesmas maupun perluasan program. Pada hakekatnya Puskesmas mempunyai tugas pokok menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar yang bermutu, terjangkau oleh masyarakat dan sebagai motor pembangunan kesehatan di daerah kerjanya ⁽¹⁾.

Sebagaimana diketahui bahwa Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Tugas pokok Puskesmas meliputi 3 aspek: pertama, memberi pelayanan kesehatan yang bermutu, terjangkau, cakupannya luas dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat; ke dua, membina peran serta masyarakat dalam berbagai upaya kesehatan; ke tiga, mengembangkan usaha inovatif agar terjamin pemerataan pelayanan dan tergalinya potensi masyarakat.

Sejalan dengan hal di atas, saat ini tengah diupayakan perlunya penyederhanaan upaya kesehatan dasar Puskesmas guna efisiensi. Dalam hal ini Puskesmas tidak perlu melaksanakan 18 upaya pelayanan kesehatan dasar namun lebih disederhanakan menjadi 8 atau 9 upaya esensial selaras dengan keperluan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas. Hal ini penting dilakukan agar Puskesmas lebih fokus dengan kebutuhan dan kegiatan yang esensial sehingga pelayanan dapat lebih me-

ningkat mutunya. Selain penyederhanaan UKD Puskesmas, standar pelayanan minimal juga penting untuk dilaksanakan.

Saat ini Departemen Kesehatan tengah mensosialisasikan Standar Pelayanan Minimal (SPM) dalam melaksanakan pelayanan kesehatan di daerah. Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan kiranya bisa mengaplikasikan SPM tersebut dalam rangka meningkatkan mutu.

Dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan tersebut diperlukan biaya yang tidak sedikit, hal ini diperlukan untuk biaya operasional Puskesmas dalam penyelenggaraan semua yang menjadi tugas pokoknya. Di samping itu dengan adanya krisis moneter selama ini juga memicu peningkatan semua bahan medis, obat dan bahan non medis lainnya yang diperlukan oleh Puskesmas untuk kegiatannya sehingga secara langsung juga menjadi beban yang berat bagi Puskesmas dalam pembiayaan. Dengan demikian kebutuhan biaya Puskesmas terus meningkat dalam melaksanakan 18 program pokok yang menjadi tugasnya serta dalam upaya peningkatan mutu pelayanan.

Disisi lain biaya yang tersedia sekarang baik yang berasal dari pusat, provinsi, dan kabupaten dirasakan semakin tidak mencukupi, sementara tuntutan masyarakat akan pelayanan bermutu terus meningkat. Penerimaan Puskesmas saat ini tidak dapat dipergunakan untuk mendukung kegiatan Puskesmas karena seluruh pendapatan disetorkan ke Kas Negara, sedangkan di lain pihak anggaran pemerintah untuk sektor kesehatan berkisar 2,6% dari Anggaran Belanja Negara, dan hanya mampu menyediakan rata-rata 50-60% dari kebutuhan operasional dan pemeliharaan Puskesmas ⁽²⁾.

Untuk mengatasi kesulitan tersebut, Puskesmas perlu diberikan kewenangan

dan otonomi yang lebih luas dalam mengelola sumber daya, sehingga kegiatan pelayanan yang dikembangkan dapat mencapai tujuan dan sasaran dengan cara yang lebih efektif dan efisien. Salah satu alternatifnya adalah dengan menerapkan konsep swadana. Namun perlu disepakati bersama bahwa tujuan swadana bukan semata untuk mencukupi biaya atau mencapai *cost recovery* akan tetapi tetap sejalan dengan tujuan normatif pembangunan kesehatan, yaitu pemerataan, mutu yang baik, efisiensi serta kesinambungan⁽²⁾.

Penyelenggaraan unit swadana pada hakekatnya merupakan penjabaran tujuan otonomi daerah yaitu untuk mewujudkan peningkatan pelayanan masyarakat dalam berbagai bidang secara efisien dan efektif. Pengembangan Puskesmas unit swadana merupakan pencerminan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebaikbaiknya⁽²⁾.

Sehubungan dengan pengembangan Puskesmas unit swadana tersebut, maka isu pokok adalah menghitung biaya satuan, mempertimbangkan kemampuan membayar penduduk, menerapkan penyesuaian tarif yang sesuai dengan tujuan normatif pembangunan kesehatan, dan akhirnya kriteria untuk menentukan kapan sebuah Puskesmas bisa menjadi Puskesmas unit swadana.

Sudah sejak lama diketahui bahwa Puskesmas yang menyelenggarakan 18 program pokok menghadapi ketidakcukupan biaya, khususnya biaya operasional. Namun berapa sebetulnya kebutuhan yang normatif, tidak diketahui secara pasti karena belum dilakukan analisis biaya. Oleh sebab itu penyusunan anggaran Puskesmas lebih bersifat pengulangan anggaran tahun lalu dengan penyesuaian (peningkatan) secara kira-kira. Sehingga dengan demikian analisis biaya perlu dilakukan untuk mendapatkan informasi be-

rapa biaya satuan dari pelayanan di Puskesmas. Dengan telah diketahuinya biaya satuan maka dapat digunakan untuk menyusun anggaran, meningkatkan efisiensi serta untuk penentuan tarif Puskesmas.

Beberapa analisis yang pernah dilakukan diketahui bahwa biaya satuan pelayanan Puskesmas jauh lebih tinggi dari tarif yang berlaku. Dalam upaya penyesuaian tarif Puskesmas, perlu ditekankan bahwa Puskesmas adalah suatu kesatuan sistem pelayanan kesehatan yang tidak lepas dari tujuan sistem kesehatan nasional. Tujuan normatif dalam pembangunan kesehatan adalah: pemerataan, perbaikan mutu, efisiensi dan kesinambungan⁽²⁾.

Dengan demikian penyesuaian tarif diharapkan dapat untuk menjamin meningkatnya pemerataan pelayanan kesehatan dengan cara subsidi silang. Penyesuaian tarif juga diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan, dimana pendapatan yang diperoleh dari peningkatan tarif dimanfaatkan untuk meningkatkan mutu obat, mutu pelayanan dan mutu manajemen. Sehingga pendapatan yang diperoleh hendaknya menunjang pemenuhan kebutuhan biaya operasional Puskesmas (termasuk insentif staf). Selain itu penyesuaian tarif diharapkan ada efisiensi dalam mengalokasikan dana di Puskesmas yaitu antara biaya untuk investasi, biaya operasional dan biaya pemeliharaan.

Tujuan normatif Puskesmas adalah juga pemerataan, maka dalam penyesuaian tarif juga harus diperhitungkan kemampuan membayar masyarakat atau disebut juga *Ability to Pay* atau ATP. Salah satu cara untuk menghitung ATP adalah dengan menghitung besar pengeluaran rumah tangga untuk hal-hal yang bersifat tidak esensial (rokok, alkohol/soft drink, kosmetika, hiburan/rekreasi, dan lain-lain). Asumsinya adalah kalau rumah tangga mampu mengeluarkan uang untuk hal-hal yang ber-

sifat esensial tersebut, seharusnya ia juga mampu mengeluarkan uang untuk biaya kesehatan sejumlah total pengeluaran yang non esensial.

Mengacu pada uraian di atas, jelas bahwa upaya mengelola langsung penerimaan fungsional dan memobilisasi potensi pembiayaan masyarakat yang dilaksanakan oleh Puskesmas adalah untuk mendukung pencapaian tujuan dari unit swadana. Akan tetapi bukan berarti Puskesmas bisa mandiri secara total dalam aspek pembiayaan. Puskesmas tidak bisa mandiri secara penuh dalam pembiayaan karena tidak semua pelayanan dikenai tarif dan terdapat golongan masyarakat miskin yang gratis.

Dengan kewenangan mengelola secara langsung, Puskesmas mengendalikan salah satu sumber pembiayaan yang dapat digunakan secara fleksibel sesuai kebutuhan mendukung kegiatan yang direncanakan. Akhirnya dana swadana yang diperoleh diharapkan dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan kelancaran dan mutu pelayanan melalui pemenuhan kebutuhan logistik, peningkatan kemampuan, motivasi dan kepatuhan petugas memberikan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang mengacu pada program jaminan mutu atau *Quality Assurance*.

BAHAN DAN METODA

Disain penelitian ini adalah *cross sectional*. Lokasi penelitian dilakukan di Puskesmas Bandarjaya, Provinsi Lampung. Pengambilan data dilakukan pada tahun 2000. Pada penelitian ini akan dilakukan 3 tahap analisis yaitu; 1) analisis situasi Puskesmas Bandarjaya saat dilakukan penelitian dan gambaran langkah-langkah persiapan Puskesmas Bandarjaya menuju Unit Swadana, 2) analisis biaya Puskesmas tahun 2000 dimana akan diketahui besarnya Biaya Total, Penadatan Total, Biaya satuan

dan Tingkat Pemulihan Biaya masing-masing pelayanan di Puskesmas Bandarjaya, 3) simulasi tarif pelayanan BP (Balai Pengobatan) di Puskesmas Bandarjaya.

HASIL

Susunan organisasi Puskesmas Bandarjaya saat ini sebelum swadana organisasi berdasarkan Surat Keputusan Menteri Dalam Negeri No. 23 Tahun 1994, tanggal 22 Maret 1994, terdiri dari; a) kepala, b) bagian tata usaha, dan c) unit pelaksana (unit pemberantasan penyakit menular, unit kesehatan keluarga, unit pemeliharaan kesehatan, unit kesehatan lingkungan, unit perawatan, unit penunjang, unit khusus, Puskesmas pembantu, dan bidan desa).

Puskesmas Bandarjaya mempunyai luas 3.400 m² terletak di Kecamatan Terbanggi Besar, Kabupaten Lampung Tengah. Wilayah kerja Puskesmas Bandarjaya terdiri dari 6 desa yang luasnya 73,41 km². Batas wilayah kecamatan dibatasi oleh; a) sebelah Timur: Kecamatan Seputih Mataram, b) sebelah Selatan: Kecamatan Gunung Sugih, c) sebelah Barat: Kecamatan Simpang Agung, dan d) sebelah Utara: Kecamatan Poncowati. Jumlah penduduk keseluruhan Kecamatan Terbanggi Besar adalah 62.966 jiwa, yang terdiri dari penduduk pria 26.561 jiwa dan penduduk wanita 36.405 jiwa.

Sarana dan prasarana yang dimiliki Puskesmas Bandarjaya dalam melaksanakan program kesehatan adalah sebagai berikut; Puskesmas induk dengan rawat inap (1 unit), UGD 24 jam (1 unit), Puskesmas Pembantu (2 unit), Polindes (3 unit), Posyandu (53 unit), klinik KB (3 unit), Puskesmas Keliling (1 unit), *ambulance* (1 unit), sepeda motor (2 unit), radiologi (1 unit), laboratorium (1 unit), apotik (1 unit), gudang obat (1 unit), rumah dinas dokter (3 unit), rumah dinas paramedis (3 unit), dan mushollah (1 unit).

Untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu kepada masyarakat, Puskesmas Bandarjaya pada tahun 2000/2001 telah mengembangkan unit rawat inap dari 8 TT menjadi 12 TT, dengan menambah fasilitas gedung rawat inap dari bantuan APBD II. Pengelolaan manajemen rawat inap dilaksanakan secara swakelola yang tidak banyak bergantung pada Puskesmas induk.

Keadaan tenaga/karyawan Puskesmas Bandarjaya pada tahun 2000, baik itu tenaga medis maupun tenaga non medis adalah sebagai berikut: dokter umum (2 orang, 1 orang pindah awal tahun 2001), dokter gigi (2 orang), bidan PNS (3 orang), bidan desa (3 orang), asisten apoteker (1 orang), perawat (6 orang), perawat gigi (1 orang), sanitarian (1 orang), pelaksana gizi (1 orang), tata usaha (5 orang), petugas laboratorium (1 orang), pelaksana KIA (1

orang), petugas radiologi (1 orang), petugas imunisasi (1 orang), petugas apotek (1 orang), dan pengemudi (1 orang), honorer (6 orang).

Dari hasil survei cepat yang dilakukan oleh Puskesmas Bandarjaya terhadap 250 responden, terlihat sebagian besar responden berusia 26-36 tahun yaitu 120 responden (48%) dan tidak ada responden yang berusia ≥ 68 tahun, serta 130 responden tersebar pada umur ≤ 25 tahun, 37-46 tahun, 47-56 tahun dan 57-67 tahun yaitu masing-masing 22 responden (8,8%), 74 responden (29,6%), 18 responden (7,2%) dan 16 responden (6,4%) (Tabel 1). Pada Tabel 2 tingkat pendidikan responden sebagian besar adalah tamat SD yaitu 138 responden (55,2%) sedangkan yang tidak bersekolah 6 responden (2,4%), tidak tamat SD tidak ada, tamat SLTP 60

Tabel 1. Distribusi Responden Menurut Umur

No.	Umur	Frekuensi	(%)
1.	≤ 25 tahun	22	8,8
2.	26-36 tahun	120	48,0
3.	37-46 tahun	74	29,6
4.	47-56 tahun	18	7,2
5.	57-67 tahun	16	6,4
6.	≥ 68 tahun	0	0,0
Jumlah		250	100,0

Tabel 2. Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan

No.	Pendidikan	Frekuensi	(%)
1.	Tidak sekolah	6	2,4
2.	Tidak tamat SD	0	0,0
3.	Tamat SD	138	55,2
4.	Tamat SLTP	60	24,0
5.	Tamat SMU	42	16,8
6.	Akademi/PT	4	1,6
Jumlah		250	100,0

responden (24%), tamat SMU 42 responden (16,8%) dan yang menyelesaikan akademi/PT 4 responden (1,6%). Sebagian besar pekerjaan responden adalah petani yaitu 130 responden (52,0%), selanjutnya adalah wiraswasta 43 responden (17,2%), bergerak dibidang jasa 22 responden (8,8%), PNS/POLRI/TNI 16 responden (6,4%), dagang 7 responden (2,8%), karyawan swasta 2 responden (0,8%) sisanya lain-lain 30 responden (12,0%). Pad Table 4 Terlihat bahwa 190 responden (76,0%)

menyatakan bahwa sehat merupakan hal yang sangat penting dalam kehidupan ini, sedangkan sisanya 60 responden (24%) menyatakan sehat merupakan hal yang penting.

Dari Tabel 5 terlihat bahwa distribusi responden menurut tempat pencarian pengobatan yang paling sering dikunjungi bila responden sakit yang terbanyak adalah ke Puskesmas/Pustu sebesar 220 responden (88,0%), kemudian Bidan Desa 7 respon-

Tabel 3. Distribusi Responden Menurut Pekerjaan

No.	Pekerjaan	Frekuensi	(%)
1.	PNS/POLRI/TNI	16	6,4
2.	Karyawan Swasta	2	0,8
3.	Wiraswasta	43	17,2
4.	Petani	130	52,0
5.	Jasa/Penjual Jasa	22	8,8
6.	Dagang	7	2,8
7.	Lain-lain	30	12,0
Jumlah		250	100,0

Tabel 4. Distribusi Responden Menurut Persepsi Sehat

No.	Pernyataan Sehat	Frekuensi	(%)
1.	Sangat penting	190	76,0
2.	Penting	60	24,0
Jumlah		250	100,0

Tabel 5. Distribusi Responden Menurut Tempat Pencarian Pengobatan

No.	Tempat Pencarian Pengobatan	Frekuensi	(%)
1.	Puskesmas/Pustu	220	88,0
2.	RS Pemerintah	6	2,4
3.	Bidan Praktek	5	2,0
4.	Bidan Desa	7	2,8
5.	Dokter Praktek	6	2,4
6.	RS Swasta	0	0,0
7.	Mantri	6	2,4
8.	Shinse/Dukun	0	0,0
Jumlah		250	100,0

den (2,8%), RS Pemerintah 6 responden (2,4%), Dokter Praktek 6 responden (2,4%), Mantri 6 responden (2,4%) dan Bidan Praktek 5 responden (2,0%), sedangkan untuk RS Swasta dan Shinse/Dukun tidak ada responden yang berkunjung ke tempat tersebut.

Pada Tabel 6 terlihat bahwa alasan utama pemilihan tempat pencarian pengobatan dari 250 responden, paling banyak menyatakan karena pelayanan baik 120 responden (48,0%), kemudian murah 76 responden (30,4%), jaraknya dekat 50 responden (20,0%) dan tempatnya nyaman 4 responden (1,6%).

Untuk pembiayaan terlihat pada Tabel 7, dari 250 responden menyatakan bahwa bersedia membayar Rp 3.000,00 s/d Rp 3.500,00 atas pelayanan Puskesmas Bandarjaya sebanyak 202 responden (80,8%) sedangkan yang bersedia membayar Rp 3.500,00 s/d Rp 4.000,00 sebesar 30 responden (12,0%), 15 responden (6,0%) bersedia membayar Rp 4.500,00 s/d Rp 4.000,00 dan 3 responden (1,2%) bersedia membayar \geq Rp 4.500,00.

Tabel 6. Distribusi Responden Menurut Alasan Pemilihan Tempat Pencarian Pengobatan

No.	Alasan Utama	Frekuensi	(%)
1.	Pelayanan baik	120	48,0
2.	Murah	76	30,4
3.	Jaraknya dekat	50	20,0
4.	Tempatnya nyaman	4	1,6
Jumlah		250	100,0

Tabel 7. Distribusi Responden Menurut Kemauan Mengeluarkan Biaya Pelayanan

No.	Biaya	Frekuensi	(%)
1.	Rp. 3.000,- s/d Rp. 3.500.-	202	80,8
2.	Rp. 3.500,- s/d Rp. 4.000.-	30	12,0
3.	Rp. 4.000,- s/d Rp. 4.500.-	15	6,0
4.	\geq Rp. 4.500.-	3	1,2
Jumlah		250	100,0

Tabel 8. Distribusi Responden Menurut Tanggapan Atas Tarif Saat Ini

No.	Tanggapan	Frekuensi	(%)
1.	Sangat Murah	108	43,2
2.	Murah	140	56,0
3.	Mahal	2	0,8
Jumlah		250	100,0

Tabel 9. Distribusi Responden Menurut Tanggapan Perlu Adanya Penyesuaian Tarif

No.	Perlu Penyesuaian Tarif	Frekuensi	(%)
1.	Ya	175	70,0
2.	Tidak	75	30,0
Jumlah		250	100,0

Dari Tabel 8 terlihat bahwa 108 responden (43,2%) menyatakan bahwa tarif Puskesmas Bandarjaya yang berlaku saat ini yaitu Rp 1.000,00 sangat murah dan 140 responden (56,0%) menyatakan murah, serta 2 responden (0,8%) menyatakan mahal.

Sedangkan untuk penyesuaian tarif terlihat pada Tabel 9 bahwa sebagian besar responden menanggapi perlu adanya penyesuaian tarif dari Puskesmas Bandarjaya yaitu 175 responden (75%), sedangkan 75 responden (30%) menganggap tidak perlu ada penyesuaian tarif.

Pada Tabel 10 terlihat bahwa 196 responden (78,4%) menyatakan puas atas pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas Bandarjaya, sedangkan 48 responden (19,2%) menyatakan sangat puas, serta 2 responden (0,8%) dan 4 responden (1,6%) menyatakan tidak puas dan kurang puas.

Pada Tabel 11 diketahui bahwa responden memberikan tanggapan yang positif terhadap petugas Puskesmas Bandarjaya yaitu yang menyatakan bahwa petugas Puskesmas Bandarjaya ramah sebesar 180 responden (72,0%) dan yang menyatakan menyenangkan adalah 64 responden

(25,6%), sedangkan yang menyatakan bahwa petugas Puskesmas Bandarjaya tidak ramah dan tidak menyenangkan sebesar lima responden (2,0%) dan satu responden (0,4%).

Dalam rangka menyiapkan peningkatan jaminan mutu untuk mendukung konsep Puskesmas swadana telah diupayakan persiapan-persiapan antara lain penataan sumber daya manusia. Peninjauan kembali fungsi dan tugas staf Puskesmas dalam menyongsong Puskesmas swadana dengan melihat kembali tugas-tugas yang diemban oleh staf Puskesmas dan disesuaikan dengan fungsi swadana nantinya. Kemudian mempelajari tentang konsep unit swadana dengan membaca literatur yang ada ataupun mencari informasi kepada yang sudah melaksanakan unit swadana. Terakhir adalah mempersiapkan persyaratan administrasi.

Upaya yang telah dilakukan adalah membentuk protap-protap pelayanan kesehatan, membenahan administrasi keuangan melalui penertiban pencatatan dan pelaksanaan pembayaran satu pintu. Selain itu diupayakan survei cepat perhitungan daya beli masyarakat dan perhitungan *unit cost*

Tabel 10. Distribusi Responden Menurut Tingkat Kepuasan

No.	Tingkat Kepuasan	Frekuensi	(%)
1.	Tidak memuaskan	2	0,8
2.	Kurang memuaskan	4	1,6
3.	Memuaskan	196	78,4
4.	Sangat memuaskan	48	19,2
Jumlah		250	100,0

Tabel 11. Distribusi Responden Menurut Tanggapan Terhadap Petugas

No.	Tanggapan Terhadap Petugas	Frekuensi	(%)
1.	Ramah	180	72,0
2.	Menyenangkan	64	25,6
3.	Tidak Ramah	5	2,0
4.	Tidak Menyenangkan	1	0,4
Jumlah		250	100,0

sebagai salah satu syarat mutlak dalam perubahan pola tarif.

Kemudian mempelajari konsep dan peraturan unit swadana terutama dalam aspek perundangan; a) Keppres Nomor 38 tahun 1991 tentang Unit Swadana dan tata cara pengelolaan keuangan, b) Kepmendagri Nomor 92 tahun 1993 tentang penetapan dan penatausahaan serta pertanggung jawaban keuangan unit swadana daerah, c) Instruksi Mendagri No 29 tahun 1997 tentang penyediaan dana Pembinaan, d) SKB Mendagri dan Menkes No 93 A/Menkes/SKBN/1996 tanggal 17 Mei 1996 tentang Pedoman Pelaksanaan Pungutan Retribusi Pelayanan Kesehatan Pada Puskesmas, e) belajar dari pihak yang berpengalaman.

Tahap selanjutnya adalah menghadiri kursus singkat Leadership yang dilaksanakan di Pusdiklatkes Cilandak, Jakarta tanggal 1 sampai dengan 30 Oktober 2000. Kemudian mempersiapkan Puskesmas sebagai unit swadana khususnya dalam bidang administrasi akuntansi dan melakukan survei cepat tentang daya beli masyarakat dengan sampel acak 250 responden. Selanjutnya melakukan studi banding ke Puskesmas unit swadana Bukit Kemuning, Lampung Utara dan berkonsultasi dengan Pemerintah Daerah TK II. Lalu meminta persetujuan untuk mempersiapkan Puskesmas Bandarjaya menjadi unit Swadana dari Dinas Kesehatan Propinsi Lampung dan berkonsultasi dengan Pakar/konsultan Swadana. Terakhir adalah melakukan penyusunan rencana kegiatan dan mengajukan aspek kepentingan pembentukan Puskesmas Unit Swadana kepada pemerintah daerah guna mendapat dukungan politis berupa surat keputusan pemerintah daerah yang disetujui DPRD TK II.

Dari segi aspek teknis yang dilakukan adalah : 1) pengumpulan data kunjungan, penyakit, anggaran pendapatan dan belanja

selama 1 tahun terakhir, 2) melakukan survei cepat pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Bandarjaya, 3) perhitungan unit cost Puskesmas Bandarjaya guna menentukan pola tarif yang sesuai dengan ATP/WTP masyarakat setempat, 4) penyediaan perangkat keras dan lunak untuk mendukung terlaksananya prosedur tetap yang direncanakan, sehingga berdampak pada perbaikan mutu pelayanan medik dan administrasi, 5) melakukan penyusunan sistem, prosedur dan standar kerja melalui bantuan konsultan, 6) mempersiapkan tenaga pelaksana Puskesmas dengan memberikan beasiswa untuk kursus-kursus yang menunjang sistem swadana, 7) menyusun kebijakan tertulis terutama dalam menempuh perubahan ke Puskesmas unit swadana baik medis maupun non medis.

Gambaran Biaya Puskesmas Bandarjaya

Untuk mengetahui gambaran biaya Puskesmas Bandarjaya, selain mencari data situasi Puskesmas Bandarjaya, peneliti juga melakukan pengumpulan data keuangan Puskesmas Bandarjaya tahun anggaran 2000. Dari data keuangan tersebut dilakukan analisis dengan tahapan sebagai berikut: 1) Pengelompokan Data Biaya; Biaya yang dikumpulkan diklasifikasikan menjadi 3 jenis yaitu biaya investasi, biaya operasional dan biaya pemeliharaan yang selanjutnya menjadi biaya tetap dan biaya variabel. 2) Melakukan distribusi biaya; Setelah biaya diklasifikasikan maka biaya-biaya tersebut didistribusikan dari unit-unit penunjang yang ada di Puskesmas Bandarjaya ke unit produksi yang terdapat dalam Puskesmas Bandarjaya. Pembagian biaya tersebut menggunakan metode/teknik distribusi ganda yang dilakukan dengan komputer yaitu dengan program *excel for windows*. Dengan cara ini akan diperoleh total biaya pada masing-

masing unit pelayanan di Puskesmas Bandarjaya dalam satu tahun, yaitu tahun 2000, 3) Menghitung biaya satuan; Setelah didapatkan total biaya dari masing-masing unit layanan/produksi di Puskesmas Bandarjaya, maka akan dicari biaya satuan untuk layanan di tempat tersebut dengan cara membagi total biaya yang ada dengan jumlah *output* pada masing-masing unit layanan/produksi di Puskesmas Bandarjaya, 4) Menghitung *Cost Recovery Rate* (CRR). *Cost recovery ratio* (CRR) yang merupakan cerminan dari kemampuan Puskesmas Bandarjaya untuk menutup seluruh biaya yang dikeluarkan, baik setiap kasus, setiap unit maupun di Puskesmas Bandarjaya. Apabila dihitung kasus maka tarif yang berlaku dibagi dengan biaya satuan merupakan CRR kasus, demikian pula untuk unit, maka pendapatan unit dibagi dengan biaya unit ataupun pendapatan Puskesmas Bandarjaya secara keseluruhan dibagi dengan biaya yang dikeluarkan secara keseluruhan⁽³⁾.

Hasil pengumpulan dan perhitungan (dapat dilihat pada lampiran), baik perhitungan biaya satuan maupun CRR Puskesmas Bandarjaya mempergunakan tiga skenario, yaitu: 1) pemerintah sudah tidak memberikan subsidi baik subsidi biaya gaji

dan biaya investasi, disini dihitung semua biaya (biaya gaji dan biaya investasi); 2) pemerintah memberikan subsidi biaya investasi tetapi tidak memberikan subsidi biaya gaji, disini biaya investasi tidak dihitung namun biaya gaji tetap dihitung; dan 3) pemerintah memberikan subsidi untuk biaya gaji dan biaya investasi seperti saat ini, maka untuk kedua biaya tersebut tidak dimasukkan di dalam perhitungan.

Hasil analisis satuan biaya/*unit cost* rata-rata biaya satuan pada unit-unit produksi di Puskesmas Bandarjaya menurut masing-masing skenario dapat dilihat pada Tabel 12. Sedangkan tarif Puskesmas Bandarjaya sebelum dilakukan analisis biaya dapat dilihat pada Tabel 14. Hasil analisis CRR pada unit-unit produksi di Puskesmas Bandarjaya menurut masing-masing skenario adalah seperti pada Tabel 13. Dari Tabel 13 menunjukkan bahwa pada rata-rata CRR semua pelayanan di Puskesmas Bandarjaya (kecuali Laboratorium) masih dibawah 100%. Sedangkan Laboratorium memiliki angka CRR yang baik yaitu di atas 100%.

Tabel 12. Rata-rata Biaya Satuan Pada Unit Produksi dan Skenario Puskesmas Bandarjaya, Tahun 2000

Unit Produksi	Unit Cost Skenario 1 (Rp)	Unit Cost Skenario 2 (Rp)	Unit Cost Skenario 3 (Rp)
IRNA	52.095,00	44.966,00	22.797,00
BP	5.980,00	5.466,00	2.549,00
BP Gigi	17.787,00	16.192,00	7.580,00
KIA	6.787,00	6.198,00	3.096,00
KB	32.187,00	29.104,00	9.394,00
Imunisasi	5.246,00	4.657,00	1.457,00
Laboratorium	5.264,00	4.629,00	1.991,00
Radiologi	230.576,00	176.265,00	51.07200
UGD & Tindakan Medik	305.554,00	276.813,00	97.395,00

Tabel 13. CRR Pada Unit Produksi Berdasarkan Skenario 1, 2 dan 3 di Puskesmas Bandarjaya

Unit Produksi	CRR Skenario 1 (%)	CRR Skenario 2 (%)	CRR Skenario 3 (%)
IRNA	17,83%	22,24%	43,86%
BP	16,72%	18,29%	39,23%
BP Gigi	34,59%	38,02%	81,21%
KIA	18,54%	20,35%	40,75%
KB	34,13%	37,74%	116,93%
Imunisasi	13,47%	15,17%	48,48%
Laboratorium	91,99%	104,60%	243,24%
Radiologi	14,48%	18,94%	65,37%
UGD & Tindakan Medik	10,90%	12,03%	34,20%

Tabel 14. Tarif Rata-Rata yang Berlaku Menurut Unit Produksi Puskesmas Bandarjaya tahun 2000(sebelum Swadana)

Unit Produksi	Tarif Rata-Rata (Rp.)
IRNA	10.000,00
BP	1.000,00
BP Gigi	3.500,00
KIA	1.833,00
KB	5.463,00
Imunisasi	1.667,00
Laboratorium	5.469,00
Radiologi	32.087,00
UGD & Tindakan Medik	33.045,00

Dari hasil perhitungan biaya satuan/ *unit cost*, CRR di atas serta atas dasar *ability to pay* (ATP)/kemampuan masyarakat untuk membayar Kabupaten Lampung Tengah, (Tabel 15) yang didapat dari data Susenas tahun 2000 dan *willingness to pay* (WTP)/kemauan masyarakat untuk membayar, yang didapat dari hasil survei cepat yang dilakukan oleh Puskesmas Bandarjaya, maka didapat simulasi tarif yang nantinya digunakan sebagai dasar penentuan tarif Puskesmas Bandarjaya yang rasional dalam menuju Puskesmas Unit Swadana. Simulasi tarif yang diperoleh di Pus-

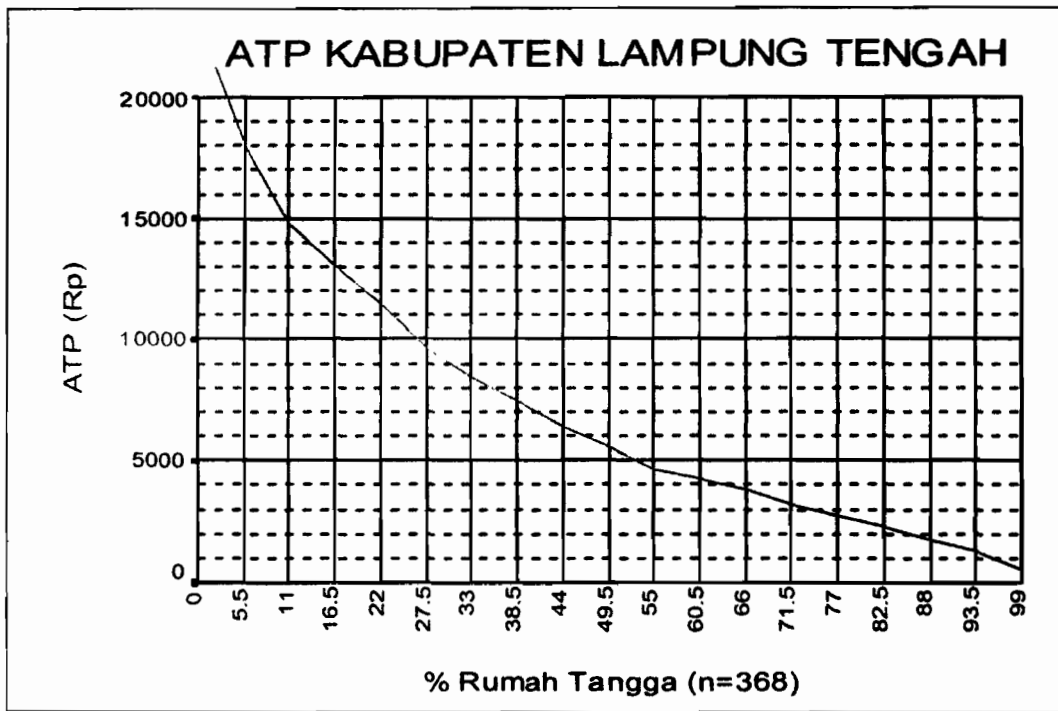
kesmas Bandarjaya seperti terlihat pada Table 16 dan Gambar 1.

Pada Tabel 16 menunjukkan bahwa tarif yang rasional diberlakukan di Puskesmas Bandarjaya adalah antara Rp 2500,00-Rp 3000,00. Dengan tarif tersebut diperhitungkan Puskesmas tidak mengalami kerugian (lihat kolom neraca) dan justru dengan tarif tersebut pihak Puskesmas mendapatkan keuntungan sebesar Rp 8.055.469,00 sampai dengan Rp 9.303.592,00 walaupun harus tetap memberikan subsidi pada 17,4%-24,7% masyarakat yang tidak mampu membayar tarif.

Tabel 15. ATP Kabupaten Lampung Tengah

ATP (Rp)	Frekuensi	% Kumulatif
1.000,00	2	99,45
1.500,00	3	98,63
2.000,00	14	94,81
2.500,00	18	89,89
3.000,00	15	85,79
3.500,00	37	75,68
4.000,00	42	64,21
4.500,00	35	54,64
5.000,00	29	46,72
6.000,00	28	39,07
7.000,00	36	29,23
8.000,00	25	22,40
9.000,00	26	15,30
10.000,00	15	11,20

Sumber: SUSENAS 2000, (n = 368)



Gambar 1 ATP Kabupaten Lampung Tengah

Tabel 16. Simulasi Penyesuaian Tarif Puskesmas Bandarjaya

TARIF (Rp)	ATP (+) (%)	ATP (-) (%)	Q	QS	TR (Rp)	CROSS-SUB (Rp)	REAL TR (Rp)	TC (Rp)	NERACA (Rp)
1,000	99,7%	0,3%	11629	32	11,629,313	37,100	11,592,213	13,652,656	(2,060,443)
1,500	95,7%	4,3%	11154	507	16,731,000	593,594	16,137,406	13,652,656	2,484,750
2,000	89,4%	10,6%	10425	1236	20,850,375	1,446,885	19,403,490	13,652,656	5,750,834
2,500	82,6%	17,4%	9633	2028	24,082,500	2,374,375	21,708,125	13,652,656	8,055,469
3,000	75,3%	24,7%	8777	2884	26,332,313	3,376,064	22,956,248	13,652,656	9,303,592
3,500	63,5%	36,5%	7405	4256	25,916,573	4,983,219	20,933,353	13,652,656	7,280,697
4,000	54,9%	45,1%	6401	5260	25,603,500	6,158,535	19,444,965	13,652,656	5,792,309
4,500	44,3%	55,7%	5165	6496	23,242,781	7,605,420	15,637,362	13,652,656	1,984,706
5,000	35,9%	64,1%	4183	7478	20,913,750	8,755,508	12,158,242	13,652,656	(1,494,413)
6,000	26,1%	73,9%	3042	8619	18,252,000	10,091,093	8,160,907	13,652,656	(5,491,749)
7,000	19,8%	80,2%	2313	9348	16,192,313	10,944,384	5,247,928	13,652,656	(8,404,728)
8,000	13,3%	86,7%	1553	10108	12,421,500	11,834,775	586,725	13,652,656	(13,065,931)
9,000	12,4%	87,6%	1446	10215	13,013,676	11,959,726	1,053,950	13,652,656	(12,598,706)
10,000	11,1%	88,9%	1294	10367	12,943,710	12,137,211	806,499	13,652,656	(12,846,157)

PEMBAHASAN

Puskesmas unit swadana pada hakekatnya adalah sama dengan Puskesmas biasa yang diberi wewenang dan tanggung jawab dalam mengelola pendapatan fungsional secara langsung serta memobilisir potensi pembiayaan masyarakat yang memungkinkan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang diembannya, sehingga mutu pelayanannya meningkat ⁽⁴⁾.

Puskesmas Bandarjaya merupakan Puskesmas biasa dimana angka kunjungan cukup tinggi dan pelayanan hampir lengkap dimana sudah ada tempat tidur rawat inap, UGD, Ronten dan Laboratorium. Dengan konsep swadana diharapkan nantinya Puskesmas ini bisa lebih meningkatkan mutu untuk memberikan pelayanan yang berkualitas bagi masyarakat. Dimensi mutu sangat luas, di antaranya adalah hal hal yang berkaitan dengan performan SDM, kelengkapan alat medis/non medis yang tersedia, dan kepuasan pasien.

Gambaran situasi Puskesmas sebelum menjadi unit swadana yang telah di

paparkan sebelumnya menunjukkan bahwa dari jumlah seluruh karyawan Puskesmas Bandarjaya masih ditambah 2 dokter spesialis yang merupakan perbantuan, serta pada awal tahun 2001 seorang dokter umum pindah, jadi saat ini Puskesmas Bandarjaya hanya memiliki 1 orang dokter umum. Melihat hal tersebut dan juga melihat rasio tenaga kesehatan Puskesmas dengan jumlah penduduk yang hanya 1:2998, maka dapat dirasakan bahwa Puskesmas Bandarjaya sangat kekurangan tenaga, terutama tenaga medis untuk memenuhi pelayanan yang bermutu, untuk itu perlu dipikirkan penambahan jumlah tenaga kesehatan. Namun dari kriteria Puskesmas swadana yang dikeluarkan Departemen Kesehatan tahun 1998, jumlah sumber daya manusia tersebut sudah layak untuk menjadi unit swadana ⁽⁴⁾.

Dilihat dari sarana dan prasarana, Puskesmas Bandarjaya pada tahun 2000/2001 telah mengembangkan unit rawat inap dari 8 TT menjadi 12 TT, dengan menambah fasilitas gedung rawat inap dari bantuan APBD II.

Dukungan masyarakat terhadap rencana Puskesmas menjadi unit swadana juga cukup baik. Hal ini diperkuat dengan upaya yang telah dilakukan oleh Puskesmas dalam mempersiapkan menjadi unit Swadana. Dari hasil survei cepat yang dilakukan di masyarakat yang tinggal di sekitar Puskesmas juga menunjukkan dukungan yang positif bila nantinya Puskesmas dijadikan unit swadana. Selain itu dukungan politis bagi Puskesmas Bandarjaya dalam mewujudkan unit swadana sudah kuat dengan adanya peraturan yang telah ditetapkan pemerintah.

Ukuran yang lazim digunakan untuk menilai tingkat kemandirian pembiayaan upaya kesehatan (khususnya pelayanan kesehatan) adalah *cost recovery* yaitu perbandingan antara kontribusi biaya oleh pengguna pelayanan kesehatan dengan biaya yang dikeluarkan untuk pelayanan tersebut. Jadi makin tinggi CRR dari suatu unit produksi maka semakin baik pendapatan unit produksi tersebut⁽⁵⁾.

Dari hasil tiga analisis yang berkaitan dengan pembiayaan yaitu analisis biaya satuan/*unit cost*, analisis CRR dan simulasi tarif terlihat bahwa sebagian besar *unit cost* yang ada di unit produksi Puskesmas Bandarjaya jauh di atas tarif yang berlaku saat ini, kecuali pada unit produksi Imunisasi dan Laboratorium. Terlihat juga pada CRR di masing-masing unit dimana CRR-nya lebih kecil dari 100% baik di skenario 1, skenario 2 maupun skenario 3, kecuali unit Laboratorium pada skenario 2 dan skenario 3 yaitu 104, (60%) dan 243, (24%) serta unit Keluarga Berencana pada skenario 3 yaitu 116, (93%). Sedangkan secara keseluruhan Puskesmas saat ini (skenario 3) hanya mampu menutup seluruh biaya dengan penghasilannya (CRR) sebesar 75,47%.

Hal tersebut di atas tentu saja menjadikan Puskesmas mengalami beban yang

berat dalam melaksanakan operasionalnya, oleh karena untuk menutupi biaya operasional dalam menjalankan program pelayanan kesehatannya Puskesmas Bandarjaya menyajikan simulasi tarif yang rasional, yaitu simulasi tarif berdasarkan *unit cost* dan ATP dari Kabupaten Lampung Tengah.

Dari hasil simulasi tersebut, terlihat bahwa tarif yang rasional untuk Puskesmas Bandarjaya adalah antara Rp 2.500,00 sampai dengan Rp 3.000,00 dimana pada tarif tersebut Puskesmas akan dapat mengelola keuangannya dengan tidak mengalami defisit, serta masyarakat yang tertampung masih di atas 75%, sehingga diharapkan dengan usulan tarif tersebut dapat meningkatkan kesejahteraan dari karyawan/staf Puskesmas, yang diharapkan dapat pula meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan terhadap masyarakat.

Diharapkan dengan diubahnya status Puskesmas Bandarjaya menjadi unit swadana dapat memberikan dampak yang positif terhadap kendala-kendala yang dihadapi selama ini. Sebagai contoh, dalam konsep swadana diperlukan sumber daya manusia yang berkualitas dan jumlah yang memadai, sehingga kondisi selama ini dimana sumber daya manusia yang ada sangat terbatas dapat diperbaiki. Lebih penting adalah soal pengelolaan keuangan, diharapkan dengan menjadi unit swadana maka Puskesmas Bandarjaya mendapat wewenang yang lebih luas untuk mengelola keuangan untuk tujuan perbaikan pelayanan kepada masyarakat luas.

Dari hasil analisis di atas dapat disimpulkan sebagai berikut bahwa sumber daya manusia Puskesmas Bandarjaya masih kurang bila dibandingkan dengan jumlah penduduk di wilayah Puskesmas. Sarana dan prasarana Puskesmas sudah cukup baik dan memadai untuk menjadi unit swadana. Masyarakat secara eksplisit

mendukung rencana Puskesmas menjadi unit swadana. Hasil perhitungan menunjukkan bahwa besarnya tarif yang berlaku pada saat penelitian (sebelum swadana) masih sangat kecil, di bawah besarnya biaya satuan untuk semua pelayanan ke-cuali Laboratorium.

Hasil analisis biaya menunjukkan bahwa CRR untuk semua pelayanan di Puskesmas Bandarjaya rata-rata masih di bawah 100% (semua skenario), hal ini artinya bahwa pendapatan yang diterima belum dapat menutup biaya yang telah dikeluarkan oleh masing-masing unit pelayanan tersebut (Puskesmas merugi). Kecuali unit Laboratorium yang telah mendapatkan keuntungan dengan CRR tinggi yaitu 91,99%-243% pada 3 skenario. Simulasi Tarif menunjukkan bahwa penetapan tarif rasional untuk Puskesmas Bandarjaya adalah sebesar Rp 2.500,00 - Rp 3.000,00. Dengan kondisi yang ada maka disimpulkan Puskesmas Bandarjaya perlu menjadi unit swadana.

DAFTAR RUJUKAN

1. Trihandoyo, B & Trisnowibowo, H, Pengembangan Puskesmas Swadana di Kabupaten Serang, Propinsi Jawa Barat, Laporan Akhir Penelitian Risbinkes 1999/2000, Puslitbang Yantekkes, Badan Litbang Kesehatan, Depkes R.I., Jakarta: 2000: 91 .
2. Gani, A, Peluang Mengembangkan Puskesmas Swadana, Makalah Seminar Konsep Puskesmas Swadana, Direktorat Bina Upaya Kesehatan Puskesmas, Depkes RI, 1998:15
3. Trihandoyo B, dkk, Modul Pelatihan Analisis Biaya. Pusat Penelitian Pengembangan Pelayanan dan Teknologi Kesehatan, Depkes RI, 2001
4. Depkes RI, Pedoman Penyelenggaraan Puskesmas Unit Swadana. 1998
5. Gani, A, Kemandirian Upaya Kesehatan (Perspektif Ekonomi Kesehatan), Makalah Raker Binkesmas, Depkes RI, 1994:11