

BAB 2.1

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

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

Pengantar

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

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

dan sinkronisasi berbagai kegiatan pengembangan semakin ditekankan.

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

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

Kasus

Kasus 1: Pengalaman di Propinsi Kalimantan Timur

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

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

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

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

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

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

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

melakukan analisis dan kajian terhadap sistem, kebijakan dan perencanaan.

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

Tabel 2.1.1 Matriks Konsep dan Pendekatan

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Komponen pelaku sektor kesehatan

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

Pelaku dalam stewardship

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

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

Pelaku dalam financing

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pelaku dalam healthcare delivery

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pelaku dalam resource generation

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

Hubungan antar pelaku

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

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

Proses penyusunan

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

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

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

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

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

Tahap workshop, fasilitasi, dan konsultasi

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

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

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

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

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

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

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

Tahap penyusunan draf dokumen dan persiapan legal drafting

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

Restrukturisasi organisasi Dinas Kesehatan Propinsi

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

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

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

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

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

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

Kasus 2: Pengembangan sistem kesehatan di Propinsi NTT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pembahasan

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

Sistem yang memisahkan regulator dan operator

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

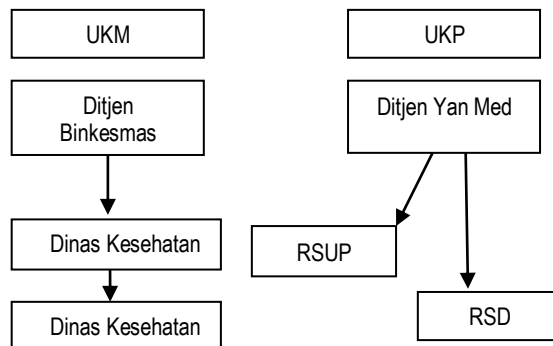
Kesehatan Propinsi dan Departemen Kesehatan. Dengan demikian, ada harmonisasi fungsi dan struktur.

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

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

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

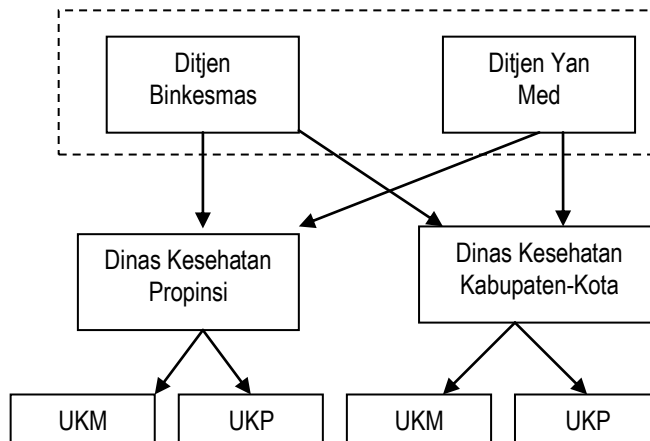
Dalam Gambar 2.1.1 terlihat perubahan yang dilihat dalam konteks hubungan antara pusat, propinsi, dan kabupaten khususnya antara dinas kesehatan dengan rumahsakit, termasuk rumahsakit pemerintah. Keadaan sebelum desentralisasi (sebelum PP No.38/2007 UKP melalui Ditjen Binkesmas dan Ditjen Bina Pelayanan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



Gambar 2.1.1 Suasana Sebelum Desentralisasi

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

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



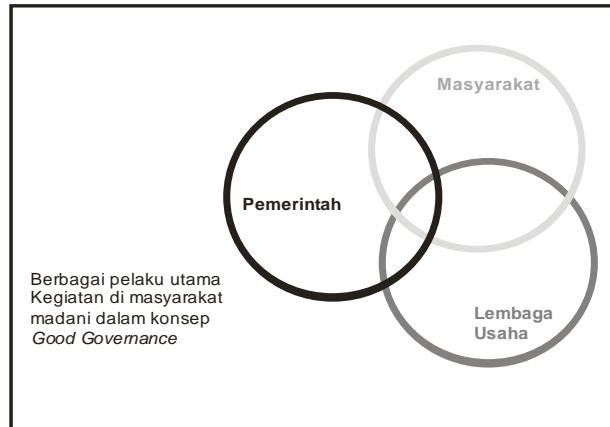
Gambar 2.1.2 Harapan Setelah PP No. 38/2007 dan PP No. 41/2007 Dijalankan

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

Peran serta swasta dan masyarakat

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

Kelompok-kelompok ini sering diabaikan dalam penyusunan sistem kesehatan.



Gambar 2.1.3 Konsep Struktur Good Governance

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

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

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

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

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

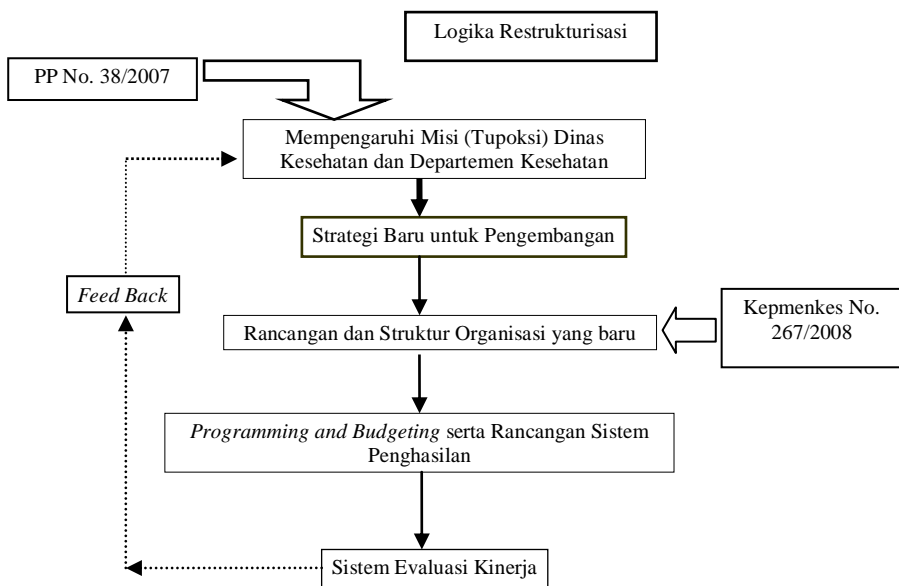
kesehatan dan lintas sektor, dan fungsi yang sifatnya teknis operasional dilakukan oleh UPT atau Lembaga Teknis Daerah (LTD). Fungsi sebagai pelayanan ada tiga yaitu pelayanan publik, pelayanan yang terkait dengan potensi di daerah, pelayanan yang terkait dengan pelayanan kesehatan dasar dan tingkat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

Integrasi perubahan pusat dan daerah dalam konteks struktur organisasi

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

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

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



Gambar 2.1.4 Logika Restrukturisasi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pendekatan *by design* (top down)

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

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

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

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

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

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

Peranan konsultan

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Peranan donor

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

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

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

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

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

Penutup

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

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

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

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