

## Tinjauan Buku:

# **OTONOMI BIDANG KESEHATAN YANG SETENGAH HATI**

---

Oleh: Jane KP<sup>1</sup>



Judul Buku : Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007 (Mengkaji Pengalaman dan Skenario Masa Depan)

Editor : Laksono Trisnantoro

Penerbit : BPFY-Yogyakarta

Cetakan : II, Juli 2009

Tebal : xxii + 376 hlm.

ISBN : 979-503-518-5

## **Pendahuluan**

Kesehatan merupakan salah satu bagian dari pembangunan bangsa untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Hal ini dapat dilihat dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2009-2014 yang memposisikan kesehatan berada di nomor 3 dari 11 prioritas pembangunan nasional. Meskipun demikian, pembangunan di sektor kesehatan selama ini masih lemah yang dapat kita lihat dari angka Indeks Pembangunan Manusia (*Human Development Index*) negara kita yang berada pada peringkat 112 dari 177 negara di dunia pada tahun 2009. Indikator HDI dalam bidang kesehatan yang mempengaruhi yakni IMR (*Infant Mortality Rate*), MMR (*Maternal Mortality Rate*), gizi kurang balita dan umur harapan hidup yang mempengaruhi tingkat kesehatan di Indonesia. Permasalahan kesehatan yang kompleks di Indonesia bukan sesuatu yang mustahil untuk diselesaikan. Beberapa contoh permasalahan kesehatan di Indonesia adalah masih tingginya angka kematian bayi yang merupakan contoh

---

<sup>1</sup>Kandidat peneliti pada Pusat Penelitian Kemasyarakatan dan Kebudayaan (PMB)-LIPI. Widya Graha, Lantai IX. Jl. Jenderal Gatot Subroto No. 10, Jakarta Selatan, e-mail: propiona\_great@yahoo.com

nyata bahwa Indonesia berada pada urutan atas di antara negara anggota South East Asia Medical Information Center (SEAMIC), sedangkan angka kematian ibu melahirkan di Indonesia pada tahun 2009 mencapai 307 per 100.000 kelahiran. Angka ini 65 kali kematian ibu di Singapura; 9,5 kali dari Malaysia dan bahkan 2,5 kali lipat dari Filipina.

Beberapa permasalahan kesehatan lainnya adalah sebagian besar masyarakat Indonesia masih sulit mendapatkan pelayanan kesehatan yang disebabkan oleh berbagai faktor seperti keadaan geografi, sosial dan ekonomi. Pada saat ini terdapat 7.237 Puskesmas, 21.267 Puskesmas Pembantu, dan 6.392 Puskesmas Keliling. Namun, pelayanan kesehatan masih dirasakan belum mencukupi, baik dari segi keterjangkauan maupun kualitasnya. Keadaan geografi negara Indonesia yang terdiri dari ribuan pulau merupakan salah satu tantangan dalam upaya pembangunan nasional terutama dalam pembangunan kesehatan. Ketersediaan sumber daya manusia di bidang kesehatan juga menjadi permasalahan yang masih belum terselesaikan. Apabila dilihat dari ketersediaan jumlah tenaga kesehatan, misalnya pada jumlah dokter sampai tahun 2009 adalah 40.000 orang sedangkan indikator idealnya adalah tersedianya 94.376 dokter dengan kondisi ideal 1:2000-2500 orang penduduk dan berdasarkan jumlah tersebut sangat tidak ideal untuk saat ini dimana rasionya adalah 1:4000 orang penduduk. Demikian juga pada tenaga perawat yang juga tidak ideal dimana sampai tahun 2009 adalah 117 orang per 100.000 penduduk dengan indikator idealnya adalah 276.049 perawat. Dilain sisi, anggaran kesehatan yang dialokasikan oleh pemerintah hanya berkisar 2,3% dari total APBN setiap tahunnya. Meskipun WHO telah menyarankan agar setiap negara mengalokasikan anggaran kesehatan sebesar 5% dari total APBN. Tetapi dari APBN 2009 yang berjumlah Rp1.037,1 triliun, anggaran Departemen Kesehatan mendapatkan Rp 20,3 triliun atau 2,8 persen dari total APBN 2009. Untuk menyelesaikan berbagai permasalahan kesehatan yang ada, maka pada tahun 2010, Depkes telah menyusun empat isu pokok kesehatan yang menjadi agenda utama, diantaranya: adalah peningkatan kesehatan masyarakat dalam program MDGS; peningkatan pembiayaan kesehatan untuk memberikan jaminan kesehatan masyarakat; pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana serta peningkatan ketersediaan, pemerataan dan kualitas tenaga kesehatan terutama di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan dan kepulauan (DTPK).

## **Desentralisasi Kesehatan: Sebuah Solusi?**

Berbagai macam penyelesaian dan ide-ide inovatif telah dikemukakan termasuk ide desentralisasi kesehatan yang diharapkan dapat menjadi solusi penyelesaian dalam keanekaragaman kondisi kesehatan di Indonesia. Untuk melaksanakan desentralisasi kesehatan diperlukan keseriusan dari berbagai pihak terutama departemen kesehatan karena pembangunan kesehatan yang bersifat regional harus diaktifkan bukan dikendalikan dari pusat (sentralisasi), apalagi Depkes tidak akan mampu untuk mengendalikan sekitar 400 kabupaten/ kota di seluruh Indonesia.

Desentralisasi Menurut UU Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, adalah penyerahan wewenang oleh Pemerintah Pusat kepada Daerah Otonom dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia. Dalam bidang kesehatan berarti memberikan peluang yang lebih besar kepada daerah untuk menentukan sendiri program dan alokasi dana pembangunan kesehatan di daerahnya. Dengan sistem desentralisasi diharapkan program pembangunan kesehatan lebih efektif dan efisien.

Desentralisasi kesehatan sampai saat ini masih menjadi topik yang menarik karena pelaksanaannya masih belum efektif berjalan. Kebijakan desentralisasi kesehatan di daerah masih belum memberikan hasil pada peningkatan kinerja pembangunan kesehatan, yang diukur dengan perbaikan status kesehatan masyarakat dan pemerataan pelayanan kesehatan. Melihat kenyataan ini timbul beberapa pertanyaan, “Apakah desentralisasi kesehatan mampu memperbaiki efisiensi dan pemerataan pelayanan kesehatan?” atau “Apakah desentralisasi kesehatan mampu memperbaiki status kesehatan masyarakat?”

Buku yang terdiri dari beberapa penulis diantaranya dari PMPK FK UGM dan dinas kesehatan daerah, membahas mengenai pelaksanaan desentralisasi kesehatan di Indonesia dengan cara melakukan analisis terhadap pengalaman Indonesia selama tujuh tahun terakhir (tahun 2000-2007), menganalisis pengalaman pelaksanaan desentralisasi kesehatan di tiga negara (Uganda, Filipina dan Vietnam), serta melakukan analisa *stakeholders* dan skenario masa depan desentralisasi kesehatan di Indonesia. Pengalaman Indonesia dalam melaksanakan kebijakan desentralisasi kesehatan dari tahun 2000-2007 dapat direfleksikan sebagai suatu proses yang berjalan secara mendadak

(*Big Bag policy*). Kebijakan desentralisasi di sektor kesehatan terjadi akibat tekanan politik, namun secara teknis sebenarnya para pelaku di sektor kesehatan belum siap untuk melakukannya.

Buku yang terdiri dari 4 bagian ini pada bagian pertama berbicara mengenai tantangan hubungan pemerintah pusat dan daerah dalam kebijakan desentralisasi kesehatan. Bagian dua buku ini membahas bagaimana inovasi-inovasi kesehatan yang dikembangkan oleh beberapa daerah era desentralisasi. Bagian tiga mengulas pengalaman tiga negara (Uganda, Filipina dan Vietnam) dalam pelaksanaan desentralisasi kesehatan dan bagian empat mengemukakan aspek politik dan merancang skenario mendatang mengenai pelaksanaan desentralisasi kesehatan.

### **Kebijakan Desentralisasi Kesehatan dan Tantangan Kelembagaan**

Bagian satu yang terdiri dari tiga bab ini membahas mengenai tantangan pelaksanaan kebijakan pemerintah pusat dalam konteks desentralisasi yang berisi berbagai problem kebijakan pemerintah pusat yang terkait dengan kebijakan desentralisasi. Beberapa hal yang dibahas antara lain: desentralisasi fiskal di sektor kesehatan, reposisi peran antara pemerintah pusat dan daerah, serta program Jamkesmas. Namun pada bagian ini hanya memuat studi kasus daerah dari desentralisasi fiskal dan tidak memuat penjelasan yang pemerintah pusat lakukan.

Pembahasan kedua tentang pelaksanaan program Jamkesmas yang menunjukkan kegagalan pemerintah pusat memahami arti desentralisasi dalam hal pembiayaan. Pada bagian buku ini dipaparkan berbagai permasalahan yang terjadi selama pelaksanaan Jamkesmas diantaranya definisi dasar dari “masyarakat miskin” yang masih menjadi perdebatan, data dan sistem informasi sasaran yang masih belum baku, belum adanya kerjasama yang baik antara dinas kesehatan kab/kota dengan pihak Askes di daerah. Salah satu isu pokok dan saran pada bagian ini yang disampaikan oleh penulis, merujuk pada hasil seminar Desentralisasi Kesehatan di Bali, yaitu adanya tiga hal pokok yang diperlukan dalam pembiayaan kesehatan yaitu berasal dari pemerintah pusat, pemda dan masyarakat. Sesuai dengan pernyataan oleh Moertjahjo (Ketua Asosiasi Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Daerah), bahwa harus ada beberapa prinsip pembiayaan jaminan kesehatan sosial yaitu: (1) Dana harus tersedia cukup dan dikelola secara akuntabilitas baik dan transparan, pemda harus *sharing* dana

dalam penyelenggaraan sistem jaminan sosial, pemda harus terlibat dalam upaya kendali biaya dan kendali mutu; (2) Meningkatkan komitmen *stakeholders* daerah yang diwujudkan dengan rencana penyusunan peraturan daerah tentang pengembangan sistem Jamkesda; (3) Diperlukan adanya integrasi yang jelas antara pemerintah pusat dan daerah.

### **Inovasi Kesehatan di Daerah**

Pada bagian dua buku ini, berbicara mengenai studi kasus inovasi kesehatan yang telah dilakukan oleh beberapa daerah. Salah satu contohnya adalah inovasi mengenai fungsi regulasi pemerintah untuk sektor kesehatan. Penulis berpendapat bahwa regulasi kesehatan belum dipahami dan belum menjadi prioritas kebijakan pemerintah pusat selama pelaksanaan desentralisasi kesehatan. Hal ini dikarenakan fungsi regulasi masih merupakan peran yang relatif baru bagi dinas kesehatan kab/kota dan provinsi.

Salah satu tujuan dari regulasi kesehatan selain meningkatkan status kesehatan masyarakat adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien. Untuk pengembangan sistem regulasi kesehatan di daerah, seperti yang dikatakan oleh Walshe (2002, 967-970) dalam perspektif efektifitas regulasi menyebutkan 10 ciri regulasi yang efektif yaitu: (1) Fokus ke kinerja; (2) Responsif; (3) proporsional/ seimbang; (4) Monitoring; (5) Pengaturan konsisten; (6) Biaya pengembangan regulasi; (7) Terbuka, transparan; (8) *Enforcement strategy*; (9) Akuntabilitas dan independensi lembaga regulasi; dan (10) Komitmen tinggi dalam evaluasi dan *review*. Berbagai ciri tersebut secara bertahap mulai terlihat dalam pengembangan inovasi regulasi di daerah yang mempertegas fokus regulasi ke kinerja pelayanan kesehatan. Akuntabilitas dan independensi regulasi dapat ditunjukkan dengan komitmen dinas kesehatan yang tinggi dalam evaluasi, *review* dan konsistensi implementasi yang telah disepakati.

Beberapa inovasi kesehatan lainnya adalah inovasi dalam pelayanan otonomi di Rumah Sakit Daerah dan inovasi dalam pemberian pelayanan berdasarkan kontrak SDM di Rumah Sakit Daerah. Salah satu contoh kasus yang dapat menjadi pembelajaran bagi Rumah Sakit di daerah adalah RSUD Tabanan yang mengalami perkembangan sistem pelayanan yang buruk menjadi pelayanan prima

yang berkualitas. Menurut saya beberapa inovasi yang dilakukan oleh RSUD Tabanan dapat menjadi contoh bagi RS di daerah lainnya tetapi pada aspek fase terakhir mungkin di tiap daerah akan mengalami bermacam persoalan yang tidak sama dan dalam bagian ini belum dijelaskan apakah pemda di Indonesia akan menetapkan RSUD sebagai BLUD? dan apakah akan menetapkan RSUD sebagai lembaga teknis di luar dinas kesehatan.

Permasalahan lain yang diangkat dalam pelaksanaan desentralisasi kesehatan adalah masalah ketersediaan tenaga kesehatan. Untuk menangani permasalahan tenaga kesehatan tersebut, Provinsi NAD dan Kabupaten Berau telah melakukan inovasi tenaga kerja kesehatan melalui pendekatan kontrak secara tim (*contracting out*) bukan secara perorangan. Pada bagian ini penulis berpendapat bahwa seharusnya sistem "*contracting out*" dapat menjadi salah satu solusi yang efektif untuk mengurangi permasalahan tenaga kesehatan. Akan tetapi salah satu masalah besar dari sistem ini adalah belum tersedianya tenaga kontraktor atau pihak ketiga yang bersedia untuk menyediakan tenaga kesehatan secara kontrak tim, disamping peraturan hukum yang ada belum mendukung sistem ini secara penuh.

Namun sayangnya penulis tidak memberikan penjelasan bagaimana sistem tersebut dapat dilaksanakan dan tidak membedakan antara daerah yang mempunyai kemampuan fiskal tinggi dengan daerah dengan kemampuan fiskal rendah ataupun adanya pengecualian khusus bagi Provinsi NAD yang dengan mudah memperoleh bantuan luar negeri dalam hal kontrak tenaga kesehatan dikarenakan baru mendapatkan bencana tsunami. Menurut saya, meskipun prospek sistem *contracting out* di era desentralisasi cukup menjanjikan namun harus tetap dilihat dari kondisi masing-masing daerah yang tidak sama. Bagi daerah dengan kemampuan fiskal tinggi dapat melaksanakannya melalui pengadaan pihak ketiga (*system contracting out*) ataupun swakelola yang dilakukan oleh dinas kesehatan kab/kota. Apabila melalui swakelola sendiri maka dapat dilakukan melalui sistem *outsourcing*, dimana tidak membutuhkan pihak ketiga untuk menyediakan tenaga kesehatan tetapi dinas kesehatan sendiri yang merekrut tenaga kontrak kesehatan tersebut dengan mengajukan anggaran kepada pemda/pemkot dan DPRD untuk pengajiannya. Pelaksanaan sistem *outsourcing* ini telah dilaksanakan oleh Dinkes Kota Surabaya dengan Pemkot Surabaya sejak tahun 2006. Namun sistem *outsourcing* ini mungkin hanya berlaku pada daerah yang tidak terlalu terpencil ataupun daerah yang masih

memiliki universitas maupun sekolah kesehatan (stikes). Sedangkan pada daerah dengan kemampuan fiskal rendah yang harus lebih diperhatikan adalah lebih kreatif menjalin kerja sama dengan berbagai pihak yang memiliki sumber daya baik SDM maupun anggaran seperti yang dilakukan oleh Kabupaten Yahukimo, Papua yang menggunakan *Memorandum of Understanding* (MoU).

### **Komparasi Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan: Studi Kasus Filipina, Uganda dan Vietnam**

Bagian tiga dalam buku ini mengulas tentang pengalaman beberapa negara (Filipina, Uganda dan Vietnam) dalam pelaksanaan desentralisasi kesehatan yang diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pelajaran terutama dalam hal pengelolaan undang-undang dan aturan pelaksanaan; hubungan antara pemerintah pusat dan daerah; peran departemen kesehatan; dampak desentralisasi dan pengalaman dalam konteks isu politik. Namun terdapat hal menarik yang bisa diambil dari pengalaman tersebut yang menunjukkan bahwa peningkatan status kesehatan yang didapat dari desentralisasi kesehatan di ketiga negara tersebut hanya sedikit. Hal ini mencerminkan keadaan diluar kendali para pembuat kebijakan. Isu ini menjadi menarik dikarenakan posisi Indonesia sekarang mengalami perubahan dari arah sentralisasi kesehatan menjadi desentralisasi kesehatan yang diharapkan akan terjadi peningkatan status kesehatan di masyarakat.

Bagian terakhir dari buku ini lebih banyak berusaha untuk melihat peran pelaku politik, *stakeholders* dan skenario masa depan pelaksanaan desentralisasi kesehatan. Hal menarik lainnya yang dibahas pada bagian terakhir buku ini adalah membahas mengenai berbagai kemungkinan skenario yang mungkin terjadi dalam pelaksanaan kebijakan desentralisasi di sektor kesehatan. Terdapat empat skenario pertanyaan yang diutarakan diantaranya adalah: (1) Kesepakatan untuk melaksanakan desentralisasi kesehatan; (2) Pelaksanaan desentralisasi kesehatan yang separuh hati; (3) Kesepakatan untuk melaksanakan resentralisasi kesehatan dan (4) Pelaksanaan desentralisasi kesehatan yang tidak terlaksana.

### **Simpulan**

Satu kritikan tajam yang disampaikan oleh penulis dalam buku ini adalah bahwa sampai saat ini pelaksanaan desentralisasi kesehatan di

Indonesia kemungkinan masih berada pada skenario dua yang tidak ideal. Hal ini dapat dilihat dari berbagai peraturan hukum tentang desentralisasi kesehatan sudah ada namun departemen kesehatan dan elemen pemerintah pusat masih cenderung sentralisasi. Sementara pemda berada dalam sistem yang semakin desentralisasi karena peraturan hukum yang mengharuskan.

Secara keseluruhan dari isi buku ini, penulis ingin menggugah perhatian tentang situasi permasalahan yang dihadapi oleh sektor kesehatan selama tujuh tahun pelaksanaan desentralisasi kesehatan (tahun 2000-2007) dan masa depan pelaksanaan desentralisasi kesehatan di Indonesia. Buku ini sangat berguna bagi para *stakeholders* sektor kesehatan di Indonesia, pengambil kebijakan kesehatan di pemerintah pusat/pemda/pemkot, peneliti maupun dosen ataupun masyarakat luas.

#### **Daftar Pustaka**

- Aitken, J.M.1994. “*Voices From The Inside Managing District Health Services in Nepal*”. *International Journal of Health Planning and Management*, 9, 304-309.
- Laksono T. 2005. *Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintahan 2001–2003*. Jogjakarta: Gajah Mada University Press.
- Tjahjono Koentjoro. 2007. *Regulasi Kesehatan di Indonesia*. Penerbit Andi.
- Walshe K. 2002. “*The Rise of Regulation in The NHS*”. *British Medical Journal*, 324: 967-70.
- Desentralisasi Kesehatan RI jadi Pembahasan Menarik di Inggris (<http://www.berita8.com>, diakses pada 15 Maret 2010)
- Diskusi Tentang Desentralisasi Kesehatan yang Setengah Hati (<http://www.mailarchive.com/desentralisasikesehatan@yahoo.groups.../msg0145.html> diakses pada 15 Maret 2010).
- Kematian Ibu dan Bayi di Indonesia Tertinggi di Asia (<http://www.menegpp.go.id>, diakses pada 25 Mei 2010).
- Nasib Pelaksanaan Desentralisasi Bidang Kesehatan di Indonesia (<http://www.ophey.blog-spot.com>, diakses pada 20 April 2010).



Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan Tidak Serius (<http://www.suara-pembaharuan.com>, diakses pada 28 Juni 2010).

