

Mewujudkan Administrator Publik yang Profesional Berbasis Kinerja

Seminar Para-Musyawarah Kerja Asosiasi Dinas Kesehatan Seluruh Indonesia: Peninjauan Kembali PP 8 Tahun 2003 dalam Upaya Peningkatan Kinerja Dinas Kesehatan dalam Era Globalisasi dan Otonomi Daerah

Dilaporkan oleh: NugrohoWiyadi¹ dan Deni Kurniadi S²

Pengantar:

Perubahan paradigma pemerintah yang semula sentralistik menjadi desentralistik membutuhkan komitmen baru bagi para birokrasi, dalam mengelola institusi yang terkait dengan pelayanan publik. Salah satu elemen utama dari proses Otonomi Daerah adalah memberdayakan dan mensejahterakan masyarakat; sementara itu, kebijakan dalam era globalisasi akan lebih banyak melayani kepentingan global dengan membuka diri seluas-luasnya bagi masuknya korporasi dunia yang ikut aktif dalam berbagai kelompok ekonomi kawasan dan ikut dalam pasar bebas. Hal ini berarti semakin ketatnya persaingan yang bisa saja membuat situasi bertambah buruk jika ada keterlambatan untuk melakukan antisipasi.

Dinas kesehatan beserta jajarannya merupakan salah satu penopang dari pelayanan publik yang mempunyai kontribusi sangat besar dalam peningkatan kesejahteraan masyarakat. Oleh sebab itu, Dinas Kesehatan perlu selalu mengikuti perkembangan tuntutan masyarakat sebagai basis pelayanan publik. Hasil Muker Adinkes 2003 di Solo, telah disepakati penyelenggaraan Muker Adinkes tahun 2004 yang akan diselenggarakan pada bulan Desember 2004 di Makasar. Dalam persiapan menghadapi Muker 2004 ada beberapa agenda kerja Muker Adinkes 2003 yang belum ditinjaklanjuti, antara lain AD/ART Adinkes, Peninjauan kembali PP 8/2003 dalam upaya peningkatan kinerja Dinas Kesehatan, Permasalahan dan Penyusunan Sistem Kesehatan Daerah, Rancangan Undang-undang Praktek Kedokteran, dan Performance based budgeting bidang kesehatan.

Untuk menjawab permasalahan di atas, perlu diadakan pertemuan dengan pengurus Adinkes melalui kegiatan Pra-Musyawarah Kerja. Diharapkan dalam Muker 2004 dapat dilakukan pembahasan *critical issues* secara matang dan diperoleh kesepakatan dan kesamaan visi dalam menindaklanjuti agenda pertemuan. Hadir dalam acara seminar dua hari ini, Menteri Kesehatan RI yang memberikan sambutan sekaligus pengarahan. Hadir pula dalam kesempatan tersebut antara lain: Kepala Biro Perencanaan dan Anggaran DepKes RI dr. Gunawan Setiadi, MPH, Wakil Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah sekaligus Pengurus Adinkes Pusat dr. Budihardja, DTM&H, MPH, Kepala Dinas Kesehatan Kota Pare-pare dr. Arvanita Andi Dengkeng, pakar dari FK UGM dr. Laksono Trisnantoro, MSc, PhD, dan akademisi dari FKM UI dr. Andang Bachtiar, MPH, DSc.

¹ Dosen Bagian IKM FK UGM, Konsultan *Public Health Policy and Management*

² Dosen Bagian IKM FK Unpad, Mahasiswa S3 IKM FK UGM

Cara Baru untuk Memecahkan Masalah Baru

Dalam pengarahan yang berlangsung sekitar 45 menit, Menteri Kesehatan RI menyampaikan bahwa saat ini terjadi perubahan besar pada seluruh tatanan global yang memaksa seluruh elemen masyarakat dunia berubah dan beradaptasi. Bidang kesehatan merupakan area yang tidak luput dari proses perubahan global ini. Dokter Spesialis Bedah yang sebelum menjadi Menteri Kesehatan RI menjabat sebagai Direktur RSUP Dr. Sardjito ini menekankan bahwa perubahan yang terjadi bisa berlangsung begitu cepat. Dalam waktu yang tidak terlalu lama kita semua dapat menyaksikan beralihnya sistem kesehatan yang tadinya sentralistik dimana pusat memiliki peran yang sangat dominan, kini telah berubah menjadi sistem yang terdesentralisasi, dimana tanggung jawab dan kewenangan terbesar telah dialihkan kepada daerah.

“Dengan berubahnya sistem kesehatan di negara kita yang tadinya bersifat sentralistik dimana Departemen Kesehatan RI memiliki kewenangan yang begitu besar sementara Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/kota sekedar menjadi kepanjangan tangan pusat, dan sekarang menjadi suatu sistem kesehatan yang terdesentralisasi dimana kewenangan dan tanggung jawab yang tadinya dipegang oleh pusat dan sekarang telah diserahkan kepada daerah, bukan serta merta berbagai persoalan yang ada pada jaman sentralistik dapat dipecahkan dengan mudah di era desentralisasi ini,” tegas Menteri Kesehatan RI. Selanjutnya ia menjelaskan bahwa masalah paling besar yang dihadapi di masa sentralisasi adalah kurang responsifnya pelayanan kesehatan, kurang sesuai perencanaan dan anggaran dengan kebutuhan daerah karena sistem yang sentralistik cenderung tidak bisa mengakomodasi variasi antar daerah, yang pada gilirannya kinerja pelayanan publik bidang kesehatan menjadi kurang optimal.

Namun demikian, dengan seiring dengan dilaksanakan kebijakan desentralisasi bidang kesehatan, kini masalah baru juga muncul, sementara masalah yang lama belum bisa dipecahkan secara tuntas. “Saat ini muncul begitu banyak masalah baru seiring dengan pelaksanaan desentralisasi kesehatan. Masalah yang menonjol adalah kecukupan anggaran bagi sektor kesehatan di daerah. Hal ini muncul karena Dana dari pusat sebagian besar diserahkan ke daerah dalam bentuk DAU, konsekuensinya dinas kesehatan di daerah harus berusaha keras di pemerintah daerah meminta anggaran yang cukup. Celaknya cukup banyak daerah yang dipimpin oleh orang-orang yang komitmennya terhadap sektor kesehatan lemah, sehingga menyebabkan porsi anggaran untuk sektor kesehatan yang belum sesuai dengan yang diharapkan,” tandas Menkes. “Masih banyak lagi contoh masalah baru yang lain sebagai konsekuensi pelaksanaan desentralisasi. Namun dari itu semua, makna terpenting untuk kita adalah perlunya dicari cara baru untuk memecahkan berbagai masalah tersebut. Kita tidak mungkin bisa memecahkan masalah yang baru dengan cara yang lama,” imbuhnya.

Feodalisme dan Toleran terhadap Kinerja Buruk

Pada Sesi 1 Hari Pertama Seminar Para-Muker Adinkes yang memiliki tujuan khusus terbentuknya kelembagaan dinas kesehatan yang cocok dalam peningkatan kinerja administrasi pelayanan publik, serta tersusunnya konsep ukuran yang dipakai untuk menilai kinerja dinas kesehatan dan adanya ukuran untuk menilai kompetensi kepala dinas kesehatan tersebut empat pembicara kunci menyampaikan makalahnya. Dr.

Achmad S. Ruky menyampaikan materi Kinerja Administrator Pelayanan Publik, Drs. Hardianto selaku Kepala BKN menyampaikan topik Sumber Daya Manusia Administrator Pelayanan Publik. dr. Gunawan Setiadi, MPH menyampaikan materi Pelayanan Publik di Bidang Kesehatan, sementara dr. Budihardja, DTM&H, MPH mempresentasikan Permasalahan PP 8/2003 dalam Peningkatan Kinerja Dinas Kesehatan selaku Administrator Pelayanan Publik.

Ruky menjelaskan, ada tiga variable utama yang mempengaruhi perilaku dan unjuk kerja seseorang, yakni kompetensi individual, kebijakan dan sistem dan prosedur kerja, serta budaya organisasi. Ketiga variable tersebut dalam suatu keterkaitan akhirnya akan mempengaruhi perilaku kerja seseorang. Masalah terbesar yang sering di hadapi oleh organisasi pelayanan publik terkait dengan rendahnya kinerja para stafnya adalah budaya organisasi. Hingga saat ini budaya organisasi pemerintah masih didominasi budaya yang lemah, baik yang berupa perilaku arogan terhadap stakeholders yang dianggap lemah, cuek, lemahnya kreativitas dan inovasi, hampir tidak ada *sense of urgency* dalam menangani masalah pengguna jasa, perilaku kerja reaktif, serta toleransi terhadap memburuknya kinerja.

“Disamping itu, kita juga menyaksikan budaya unik yang masih saja berlangsung hingga saat ini. Feodalisme masih tertanam dalam budaya instansi pemerintah. Mereka sangat *concern* dengan status dan senioritas. Sehingga tidak mengherankan jika terjadi suatu pelayanan berlebihan kepada atasannya, berbasa-basi minta petunjuk dan pengarahan. Tidak heran kalau ada dogma bahwa bahwan tidak boleh ‘mendahului’ atasan dalam berpikir, apalagi bertindak,” tegas Ruky bersemangat yang kontan disambut tepuk tangan para peserta seminar.

Gunawan Setiadi lebih menyoroti hasil kerja bidang kesehatan, berupa kesenjangan-kesenjangan yang terjadi di berbagai kelompok masyarakat. Misalnya IMR dan MMR yang relatif lebih tinggi pada kelompok masyarakat menengah ke bawah. Menurutnya, hal ini juga menunjukkan bahwa jajaran kesehatan belum mampu menunjukkan kinerja yang optimal dalam menyelesaikan permasalahan. “Masih banyak agenda yang perlu direncanakan dan dilaksanakan agar kinerja jajaran kesehatan meningkat, sehingga tidak terjadi kesenjangan pelayanan kesehatan di antara kelompok-kelompok masyarakat,” ungkapnya.

Sementara itu, Budihardjo memilih menyoroti kemungkinan permasalahan yang memuncak dengan diberlakukannya PP 8/2003. Menurutnya, hal yang paling penting adalah bagaimana dengan mengacu kepada berbagai UU dan PP yang ada dinas kesehatan mampu melakukan tugasnya dengan baik. “Kunci dari itu semua adalah bahwa struktur harus mengikuti fungsi, bukan sebaliknya, kotak-kotaknya (pos untuk jabatan – red) dulu yang dibuat baru fungsinya yang dicarikan. Sayangnya hingga saat ini masih ada kesenjangan antara rumusan SKN dengan berbagai konsep universal tentang peran pemerintah di sektor kesehatan seperti dari WHO,” jelas Budihardjo.

Isu Rendahnya Gaji dan Incentive PNS

Selanjutnya pada Sesi 2, berbagai pengalaman implementasi peningkatan kinerja dinas kesehatan selaku administrator pelayanan publik disampaikan. drg. Tini Suryanti, MKes selaku Kepala Subdin Kesmas Kodya Jakarta Barat menyampaikan pengalaman upaya Sub Dinas Kesehatan di DKI Jakarta dalam mencapai ISO 9001 – 2000, dr. Bambang Giatno Rahardjo, MPH selaku Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur menyampaikan pengalaman peningkatan kinerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur selaku administrator pelayanan publik, sementara dr. Arvanita Andi Dengkeng, Kepala Dinas Kesehatan Kota Pare-pare juga menyampaikan pengalaman di Pare-pare dalam bahasan yang sama.

Hal yang menarik dari sesi kedua ini adalah munculnya isu rendahnya gaji dan *take home pay* yang diterima oleh PNS, yang pada gilirannya menyebabkan rendahnya motivasi kerja. Rendahnya motivasi kerja ini pada akhirnya akan mempengaruhi kinerja yang dicapai oleh seseorang. “Bisa dibayangkan, *take home pay* yang kita terima tidak mencapai 2 juta rupiah, padahal kebutuhannya jauh melebihi angka tersebut, bagaimana bisa berkinerja baik? Untuk beli pulsa telepon dan makan sehari-hari saja kadang tidak cukup,” ungkap seorang peserta dari Sumatera Utara dengan penuh semangat setelah mendapat sambutan tepuk tangan para hadirin.

Nampaknya memang isu rendahnya gaji dan incentive yang diterima PNS ini sebagai penyebab penting rendahnya kinerja. Sehingga tidak mengherankan jika sedikit sekali staf dinas kesehatan yang tertarik menduduki jabatan fungsional sementara orientasi struktural masih tinggi. Mengapa? Bukannya tunjangan fungsional jauh lebih besar dibandingkan tunjangan struktural? “Tunjangan boleh kecil, tapi *sabetan-nya man!*” Seloroh Andi Dengkeng.

Pembekalan Pelaksanaan Muker Makasar

Pada hari kedua antusiasme peserta yang tercatat lebih dari 400 orang Kepala Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota tetap tinggi, karena pada hari kedua ini ada kegiatan pembekalan bagi pelaksanaan Muker yang akan dilaksanakan di Makasar. Topik pembekalan tersebut meliputi 4 hal, yaitu: (1) Metode dan Prinsip Sistem Kesehatan Daerah Propinsi DKI Jakarta oleh Dr Sandi Iljanto , MPH dari FKM UI; (2) Manfaat Pembiayaan Kesehatan Daerah (DHA) dalam Efisiensi Pembiayaan Kesehatan oleh Prastuti Suwondo, PhD (FKM-UI); (3) Peran dan ukuran kinerja Dinas Kesehatan selaku administrator Kesehatan Daerah oleh Dr Laksono Trisnantoro, MSc. PhD (PMPK UGM); dan (4) Kinerja Sumberdaya Manusia kesehatan dan Kriteria Pimpinan Kesehatan di daerah oleh Dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc (FKM-UI)

Sistem Kesehatan Daerah

Secara ringkas, Dr Sandi Iljanto menjelaskan tentang batas-batas, tujuan, metode, prinsip Siskesda di Provinsi DKI Jakarta yang telah disusun. Batas-batas siskesda ditentukan secara arbitrer. Dimulai dengan konsep *health action* yang memilah dengan tegas tiga pilar pelayanan kesehatan, yaitu: (1) Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Kesmas); (2)

Pelayanan Kesehatan Klinis dan Rujukan (Yankes); dan (3) Pelayanan Kesehatan Kegawatdaruratan Medik dan Bencana (Gadarcana). *Health action* merupakan seluruh kegiatan yang tujuan utamanya (*primary intent criterion*) meningkatkan dan mempertahankan derajat kesehatan. Ruang lingkup sikesda meliputi semua sumber daya, pelaku dan institusi yang berkaitan dengan pembiayaan, regulasi dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. *Primary intent criterion* menghimpun semua pelaku dan institusi yang mempunyai minat untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan.

Lebih lanjut Sandi menjelaskan bahwa suatu sikesda bisa *exist* jika mempunyai tujuan unik yang ingin dicapai pada suatu waktu kelak (*defining goal*). Selain itu, sikesda juga memiliki dua tujuan lain yang bersifat umum untuk semua sistem sosial, yaitu: (1) *Responsiveness* terhadap harapan masyarakat; (2) *Fairness* dalam kontribusi pembiayaan yang dibutuhkan untuk menggerakkan sistem kesehatan daerah. Metode dalam penyusunan Sikesda dengan cara menentukan *relevant interventions* untuk mencapai *defining goal* dilakukan oleh tiga domain sesuai dengan tiga tingkatan terjadinya sakit yaitu penyebab langsung, penyebab tidak langsung dan penyebab mendasar.

DHA dan Efisiensi Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan publik adalah kumpulan tabel standar yang berisi informasi pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah menurut berbagai aspek. Dr. Prastuti yang dikenal dengan panggilan Bu Becky ini menegaskan bahwa dengan mengkaji pembiayaan kesehatan daerah bersumber publik maka akan dapat diketahui: (1) besar pembiayaan kesehatan publik yang tersedia pada satu tahun, total dan per cápita; (2) aktor penting dalam pembiayaan kesehatan bersumber Public dan Seberapa penting perannya terhadap total pembiayaan kesehatan Publik; (2) Distribusi dana publik ke berbagai pelayanan Analisa ini dapat digunakan sebagai indikator yang baik bila penentu kebijakan ingin merubah prioritas sumber daya; dan (3) Siapa yang merasakan manfaat dari pembiayaan kesehatan ini.

Instrumen yang digunakan adalah Kode *account* berupa table. Hasil studi Pembiayaan Kesehatan di DI Yogyakarta dan Lampung. Dari hasil studi didapatkan berbagai informasi hasil analisis, bahwa DHA memberi informasi tentang tingkat kecukupan, *sustainability*, efisiensi, dan efektivitas pembiayaan pada periode yang telah berjalan. DHA juga bisa dipakai untuk penajaman sasaran perencanaan dan penganggaran kabupaten/kota. Selain itu DHA bisa dijadikan dasar untuk efisiensi distribusi anggaran di periode mendatang.

Ukuran Kinerja Dinas Kesehatan

Jarang terjadi, pada awal sesi ini diawali dengan nyanyian, karena ternyata pembicara pada saat itu persis sedang berulang tahun. Selamat Ulang Tahun Pak Laksono. Pembicara memulai bahasan dengan pembelajaran atas kasus-kasus, seperti perijinan rumah sakit dan Buyat. Dengan melihat kasus, Laksono mengajak peserta mendalami peran berbagai level pemerintah dalam masa desentralisasi.

Bagian kedua pembahasan adalah tentang kebijakan desentralisasi dan reformasi di sektor kesehatan yang bertujuan untuk peningkatan efisiensi dalam pelayanan kepada masyarakat. Secara umum pengaruh desentralisasi meliputi perubahan mekanisme keuangan dan perubahan struktural. Secara singkat makna kebijakan desentralisasi mengisyaratkan perlunya Perda yang menjabarkan lebih rinci produk hukum UU dan PP. Sejalan itu, desentralisasi hanya dapat berjalan baik bila mempraktekan konsep Good Governance dalam Siskesda.

Dalam era desentralisasi saat ini, dinas kesehatan diharapkan berperan sebagai lembaga yang mengatur kesehatan, penetap kebijakan dan bukan *operasional* langsung. Peran ini tergantung pada situasi lingkungan eksternal masing-masing. Hal yang masih harus dimantapkan lebih lanjut adalah diskusi detil untuk pembagian peran/wewenang antar lembaga. Direktur PMPK FK UGM menekankan perihal ukuran kinerja dan indikator. Pembicara menegaskan perlunya pembedaan indikator sistem kesehatan dan indikator lembaga.

Sebagai kesimpulan, peran dinas kesehatan propinsi dan kabupaten/kota hingga saat ini belum terumuskan dengan baik. Demikian pula halnya dengan indikator kelembagaan Dinas Kesehatan. Untuk itu, pembicara menyarankan adanya kajian peran Dinkes propinsi dan Dinkes Kabupaten/kota secara bersama, serta perlunya pengembangan indikator untuk lembaga Dinas yang berbasis pada peran.

Tindak Lanjut

Untuk mengakhiri rangkaian acara Pra-Muker ini, Ketua Adinkes menutup langsung. Sedianya akan dilakukan rapat pengurus terpisah dari pleno namun ketua langsung memimpin rencana tindak lanjut bersama seluruh anggota. Berbekal dari seminar hari pertama dan Pembekalan di hari ke dua, akan dibuat rumusan sebagai bahan Muker di Makasar, yang disepakati akan diselenggarakan pada Bulan november tahun ini.

Tindak lanjut lainnya adalah: (1) Pelatihan bagi personil Dinas Kesehatan untuk membentuk calon konsultan-konsultan di daerah; (2) Membuat perusahaan milik Asosiasi Dinas Kesehatan. *Sampai jumpa di Makasar.*