

LAPORAN HASIL  
**LOKAKARYA NASIONAL**  
TINJAUAN TAHUNAN 1999/2000  
PROYEK KESEHATAN IV  
DI PROPINSI JAWA TIMUR



KANTOR WILAYAH DEPARTEMEN KESEHATAN PROP. JAWA TIMUR  
DINAS KESEHATAN PROP. JAWA TIMUR  
MALANG, MARET 2000

LAPORAN HASIL  
**LOKAKARYA NASIONAL**  
TINJAUAN TAHUNAN 1999/2000  
PROYEK KESEHATAN IV  
DI PROPINSI JAWA TIMUR



KANTOR WILAYAH DEPARTEMEN KESEHATAN PROP. JAWA TIMUR  
DINAS KESEHATAN PROP. JAWA TIMUR  
MALANG, MARET 2000

## DAFTAR ISI

- I. LAPORAN HASIL LOKAKARYA NASIONAL TINJAUAN TAHUNAN KEEMPAT PROYEK KESEHATAN IV
- II. MATERI
  1. Materi Luar Sektor Kesehatan dan Sambutan-sambutan
    - 1.1. Otonomi Daerah dan Implikasinya bagi sektor Kesehatan
    - 1.2. Sambutan Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Jawa Timur
    - 1.3. Sambutan Bank Dunia
    - 1.4. Sambutan Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan RI pada Pembukaan Lokakarya
    - 1.5. Sambutan Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan RI pada Penutupan Lokakarya
  2. Materi Pusat
    - 2.1. Tinjauan Pelaksanaan Proyek Kesehatan IV sampai dengan tahun 1999/2000
    - 2.2. Pengembangan Program JPKM dalam Proyek Kesehatan IV
    - 2.3. Laporan Komponen Jaminan Mutu Pusat
    - 2.4. Laporan Pelaksanaan Kegiatan Pusdiklat
    - 2.5. Laporan Tahunan Pelaksanaan Penilaian Kinerja Pegawai di Puskesmas
    - 2.6. Laporan Tahunan Ke IV Manajemen Peralatan Puskesmas Proyek HP IV
    - 2.7. Laporan Kegiatan Pokja Pengelolaan dan Penggunaan Obat HP-IV
    - 2.8. Indikator Kinerja Proyek Kesehatan IV
    - 2.9. Presentasi Pelaksanaan Civil Work
    - 2.10. Mobilisasi Pembiayaan Kesehatan (Project HP IV Tahun ke 4)
  3. Materi Propinsi
    - 3.1. Ringkasan Laporan Tahunan Proyek Kesehatan IV Provinsi NTB
    - 3.2. Penyajian Laporan Tahunan Pelaksanaan Proyek Kesehatan IV di Provinsi Jawa Timur
    - 3.3. Laporan Tahunan Pelaksanaan Proyek Kesehatan IV Provinsi Kalimantan Timur
    - 3.4. Resume Laporan Tahunan Proyek Kesehatan IV Provinsi Kalimantan Barat
    - 3.5. Resume Laporan Tahunan Proyek Kesehatan IV Provinsi Sumatera Barat.
- III. HASIL
  1. Rangkuman Penyajian Lokakarya Nasional
  2. Hasil Diskusi Kelompok A
  3. Hasil Diskusi Kelompok B

**LAPORAN - HASIL**  
**LOKAKARYA NASIONAL TINJAUAN TAHUNAN 1999/2000**  
**PROYEK KESEHATAN IV**  
**JAWA TIMUR, MARET 2000**

---

I. PENDAHULUAN

Lokakarya Nasional ini telah dilaksanakan berdasarkan Surat Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan RI nomor: KS.01.SJ.IV.0151 tanggal 18 Pebruari 2000 Perihal Tinjauan Tahunan Proyek Kesehatan IV dan nomor: KS.01.SJ.Und.I.0199 tanggal 2 Maret 2000 Perihal Undangan Rapat Tinjauan Tahunan Keempat Proyek Kesehatan IV serta Surat Keputusan Kepala Kantor Wilayah Depkes Provinsi Jawa Timur nomor: PR.00.01.4.2.HP-IV.451 tanggal 7 Maret 2000 tentang Pembentukan Panitia Penyelenggara Lokakarya Nasional Tinjauan Tahunan 1999/2000 Proyek Kesehatan IV di Jawa Timur dan Panitia Penyusun Laporan Proyek Kesehatan IV Propinsi Jawa Timur.

Dalam evaluasi ini telah dihasilkan beberapa kesepakatan untuk tindak lanjut pelaksanaan Proyek Kesehatan IV, yang pada tahun ini akan memasuki tahun terakhir pelaksanaannya. Proyek yang dilaksanakan di 5 propinsi (Nusa Tenggara Barat, Jawa Timur, Kalimantan Timur, Kalimantan Barat, dan Sumatra Barat) sejak tahun anggaran 1996/1997 ini bermaksud untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pemberian wewenang, tanggung jawab, sumber daya dan kemampuan yang lebih besar kepada manajer kesehatan ditingkat propinsi, kabupaten/kota, dan Puskesmas. Adapun tujuan khusus proyek ini adalah untuk menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang 'cost effective' namun memenuhi standar pelayanan kesehatan yang optimal, serta meningkatkan akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang tersedia, terutama bagi penduduk miskin.

Tujuan proyek ini dilaksanakan melalui 8 komponen proyek yaitu: a) Quality assurance (Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan), b) Pelayanan Kesehatan Dasar, c) Manajemen Obat, d) Manajemen Peralatan Kesehatan, e) Mobilisasi Pembiayaan Kesehatan, f) Pendayagunaan Tenaga dan Pengembangan, g) Pelatihan Tenaga Kesehatan, h) JPKM. Implementasinya diintegrasikan dalam struktur organisasi yang ada di Departemen Kesehatan, dimana pada tingkat Propinsi dan Kabupaten/Kota dibentuk gugus tugas ("Task Forces") yang bertanggung jawab untuk mengkoordinasi pelaksanaan kegiatan pada masing-masing komponen. Dengan demikian koordinasi menjadi isu yang paling utama dalam pelaksanaan proyek ini.

Pada saat yang bersamaan dengan tahun terakhir Proyek Kesehatan IV, Propinsi dan Kabupaten/Kota sedang dalam proses untuk mulai otonomi daerah, sehingga isu mengenai kesinambungan kegiatan inovatif dan hasil yang telah dicapai melalui prakarsa Proyek Kesehatan IV menjadi bahasan utama dalam lokakarya nasional ini dan diharapkan dapat sebagai fondasi bagi desentralisasi pelayanan kesehatan, khususnya yang berkaitan dengan upaya peningkatan mutu secara komprehensif.

Dengan demikian tinjauan secara menyeluruh terhadap apa yang telah dan belum mampu dicapai menjadi lebih penting, dan masalah-masalah yang telah, sedang atau

mungkin akan dihadapi oleh Proyek Kesehatan IV, serta bagaimana program/kegiatan yang telah dilaksanakan melalui Proyek ini bisa berkesinambungan ('Sustainable') telah dicermati dalam lokakarya ini.

Laporan hasil lokakarya ini disajikan dalam bentuk narasi yang memuat substantial menonjol baik keberhasilan maupun kekurangannya dari seluruh komponen proyek, yang telah dirangkum secara sinergis antara penyaji yang satu dengan yang lainnya, dan antara penyaji dan hasil diskusi. Sementara itu kesimpulan dibuat berdasarkan rangkuman sinergis tersebut, dan out-put dari hasil diskusi kelompok menjadi bahan utama dalam penyajian saran dan rekomendasi, sehingga laporan ini perlu mendapat pembahasan ulang sebelum diproduksi. Dengan demikian laporan hasil lokakarya ini akan menjadi sangat penting bagi penentuan langkah dan strategi selanjutnya.

## II. TUJUAN

Tujuan dari Pertemuan Tinjauan Tahunan ini adalah:

1. Untuk memperoleh gambaran terkini tentang kemajuan/progress seluruh aspek kegiatan proyek, meliputi pencapaian sasaran dan implikasinya terhadap pencapaian tujuan Proyek Kesehatan IV secara keseluruhan.
2. Untuk memperoleh informasi langsung dari penanggung jawab dan pelaksana disemua tingkat tentang pelaksanaan komponen-komponen proyek, serta upaya untuk mengintegrasikan pelaksanaan komponen-komponen tersebut dalam mencapai tujuan proyek
3. Untuk membangun kesamaan pemahaman serta menyusun dan menyepakati upaya untuk menjamin kesinambungan (sustainability) kegiatan-kegiatan yang telah dilaksanakan melalui Proyek Kesehatan IV, disetiap tingkat administrasi.
4. Untuk menggali masalah/kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian tujuan Proyek Kesehatan IV serta menyepakati upaya pemecahannya, dalam rangka mempercepat pencapaian tujuan Proyek Kesehatan IV

## III. TOPIK BAHASAN

1. Bank Dunia : 'Hasil supervisi Bank Dunia dan Prediksi pelaksanaan tahun terakhir Proyek Kesehatan IV dari kaca-mata Bank Dunia'
2. Luar Sektor Kesehatan:
  - ❖ Bappenas : 'Pengarahan Bappenas'
  - ❖ Kantor Meneg Otonomi Daerah: 'Otonomi Daerah dan Implikasinya bagi sektor Kesehatan'
3. Presentasi Pusat:
  - ❖ Laporan umum pelaksanaan Proyek Kesehatan IV, termasuk laporan keuangan
  - ❖ Laporan rinci dan mendalam pelaksanaan Komponen Pusat, dan umpan balik hasil supervisi yang dilaksanakan pusat
4. Presentasi Propinsi: Laporan umum proyek termasuk keuangan, keberhasilan, kegagalan, dan upaya pemecahan serta inovasi dan upaya-upaya meningkatkan kesinambungan

#### IV. HASIL LOKAKARYA

Didalam Hasil Lokakarya ini disajikan hal-hal yang menjadi penekanan atau yang digaris-bawahi oleh para pemberi materi/pengarah yaitu Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan RI, Perwakilan Bank Dunia, Deputy Menteri Negara Otonomi Daerah, Kepala Biro KSKG Bappenas dan Kepala Biro Perencanaan Depkes RI. Disamping itu juga materi dari penyaji Pusat dan Propinsi, serta hasil diskusi dari para peserta lokakarya, dimana hasil tersebut dapat disampaikan sebagai berikut:

1. Menurut pandangan Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan RI, dikatakan bahwa tinjauan tahun keempat ini sangat penting dan strategis oleh karena memasuki tahun terakhir dari pelaksanaan Proyek Kesehatan IV dan ditambah adanya perubahan kebijakan nasional yang sangat mendasar yang mempunyai pengaruh besar dalam kebijakan bidang kesehatan. Hal ini tampak secara jelas pada RAPBN tahun 2000 didepan sidang DPR bahwa prioritas program kesehatan menjadi jauh lebih tajam yang mana difokuskan pada program kesehatan masyarakat dan pencegahan penyakit menular. Seperti yang telah dirancang dan ditetapkan bahwa orang/keluarga miskin menjadi sasaran utama dalam tujuan Proyek Kesehatan IV, dimana hal ini merupakan peletakkan fondasi bagi 'Indonesia sehat 2010', maka semua pencapaian tujuan proyek wajib dilestarikan. Sehingga isu pelestarian hasil-hasil proyek menjadi sangat dominan dan penting utamanya dalam era otonomi daerah. Adalah wajar bila terdapat kekuatiran pada masa otonomi nanti utamanya pada bidang kesehatan, karena masalah kesehatan belum dianggap sebagai prioritas di banyak daerah, dimana hal ini tampak pada data bahwa sampai saat ini anggaran kesehatan di kabupaten/kota sekitar 70 - 80 % dari APBN (anggaran Pusat).
2. Kondisi diatas merupakan acuan dalam menyusun strategi dan langkah-langkah nyata dalam upaya pelestarian program-program yang telah dirintis oleh Proyek Kesehatan IV, maka bagaimana upaya untuk mencapai tujuan proyek dan bagaimana untuk melestarikan hasil yang telah dicapai dalam proyek ini menjadi sangatlah penting, baik pada pertemuan ini maupun pada paska pertemuan yang berarti pada pelaksanaan proyek di tahun terakhir dari lima tahun masa pelaksanaan proyek kesehatan IV di lima propinsi. Untuk itu Sekretaris Jenderal Depkes RI menggaris bawahi bahwa interaksi positif antara Pusat - Propinsi - Kabupaten/Kota sangatlah perlu diperhitungkan dan ditingkatkan koordinasi dan jalinan kerjasamanya, dengan memperhitungkan faktor otonomi daerah.
3. Peningkatan kualitas dan pemerataan pelayanan kesehatan perlu mendapat perhatian yang serius. Pada kesempatan ini Sekjen Depkes RI menambahkan pengamatannya, bahwa pada kenyataannya dirasakan adanya komponen-komponen/ program-program dalam proyek ini masih terkesan berjalan menurut visi masing-masing dan melupakan tujuan bersama yang telah disepakati. Adanya kurang sinergi diantara komponen-komponen diduga karena dua faktor. Faktor pertama karena filosofi tujuan proyek belum dipahami secara benar oleh pelaksana proyek. Faktor kedua karena kurang atau bahkan tidak adanya koordinasi yang baik antara penanggung jawab komponen, dimana antara komponen-komponen dalam proyek tidak pernah duduk bersama untuk menentukan arah mana program jaminan mutu akan dibawa. Sekjen

menambahkan bahwa dugaan ini belum tentu benar, maka bila dugaan ini meleset diharapkan pada pertemuan lokakarya nasional ini diketemukan penyebab yang sebenarnya dan apabila benar supaya dipikirkan bagaimana upaya-upaya pemecahannya.

4. Hal tersebut diatas didukung oleh pernyataan dari Perwakilan Bank Dunia yang menyampaikan fakta tentang program peningkatan kualitas dan pemerataan pelayanan kesehatan dimana dalam program Jaminan Mutu masih terdapat kekurangan dalam pelaksanaannya, seperti halnya 'materi' pelatihan jaminan mutu yang masih diketemukan selalu dalam penyempurnaan, sehingga kesiapan materi tersebut perlu mendapat perhatian yang serius. Disamping itu masih perlu pula perhatian dari pelaksana proyek utamanya dalam kesiapan sarana peralatan pelatihan dan kesiapan untuk 'distance learning'. Namun keberhasilan jaminan mutu tampak menonjol dalam mempengaruhi program/kegiatan lain yang tidak didanai proyek kesehatan IV malahan mengambil inisiatif mencontoh model jaminan mutu untuk masing-masing kegiatan mereka (misalnya: program Bidan di Polindes dengan flow-chart nya, dan bagian Yankesgi).
5. Ditambahkan oleh Kepala Biro Perencanaan Depkes RI yang mensinyalir bahwa program Jaminan Mutu setidaknya telah berhasil menciptakan suatu iklim sadar mutu pelayanan yang juga mendorong pihak-pihak lain untuk memikirkan secara kritis dan menawarkan model-model pendekatan dan strategi yang lain yang nota-bene lebih baik. Dikatakan Bank Dunia bahwa keberhasilan jaminan mutu yang lain adalah bahwa semua Puskesmas dalam daerah proyek kesehatan IV telah melaksanakan jaminan mutu meskipun secara teoretis tidak sepenuhnya memenuhi kriteria yang telah ditetapkan, dimana hal ini juga didukung oleh pengamatan Kepala Biro Perencanaan Depkes RI yang menyatakan bahwa baru sejumlah kecil Puskesmas yang telah dilatih Team-based benar-benar mampu melaksanakan dan menyelesaikan masalah yang kompleks, dan sebagian besar Puskesmas baru sampai pada langkah ke 5 (yaitu memahami lokasi dimana masalah itu berada) dari 8 langkah yang seharusnya dicapai. Masalah mutu yang dipecahkan baru berkisar pada pencapaian cakupan program, belum sampai pada taraf memecahkan masalah yang berkaitan dengan kepuasan pasien ataupun peningkatan mutu pelayanan, hal ini dimungkinkan karena fokus evaluasi kinerja pada pencapaian target cakupan, bukan pada tujuan dilakukan nya program/kegiatan. Namun Fellowship Quality Assurance yang secara target telah terpenuhi, mampu mempengaruhi perubahan, sedikitnya perilaku dan sikap para pejabat dan pelaksana program pelayanan di Puskesmas.
6. Lebih jauh Kepala Biro Perencanaan menyampaikan analisisnya, bahwa dari 1,558 buah Puskesmas yang melaksanakan program Jaminan Mutu, 993 diantaranya telah mendapat pelatihan Team-based yaitu pelatihan untuk dapat menyelesaikan permasalahan kualitas pelayanan kesehatan yang kompleks, dan masih terdapat 71 Puskesmas di Sumatera Barat yang belum mendapat pelatihan Team-Based, sementara di Jawa Timur terdapat 554 Puskesmas yang belum mendapat pelatihan ini karena memang baru mulai ikut program Jaminan Mutu pada tahun anggaran 1999/2000. Meskipun pelatihan-pelatihan telah dilaksanakan, program Jaminan Mutu yang pelaksanaannya diintegrasikan dengan PKD ini belum bisa mencapai kondisi yang diharapkan.
7. Seperti contoh yang disampaikan Kepala Biro Perencanaan; Pusat telah menyediakan 12 standar pelayanan kesehatan dasar (PKD), yang diharapkan

dapat dilaksanakan adalah 10 PKD, namun rata-rata baru 4 PKD yang dapat dilaksanakan. Evaluasi sementara menunjukkan bahwa 'daftar tilik' yang digunakan untuk sarana pelaksanaan standar pelayanan, berubah menjadi tujuan pelaksanaan Jaminan Mutu, karena petugas terkonsentrasi untuk memenuhi daftar tilik tersebut. Lebih jauh 'daftar tilik' dirasakan sebagai beban bagi Puskesmas, sehingga Puskesmas tidak meningkatkan jumlah PKD yang di - 'Jaminan Mutu' - kan, dan lagi pula penilaian kepatuhan hanya dilakukan terhadap 4 PKD saja. Indikator kinerja yang dikembangkan ini menurut Bank Dunia masih harus mendapat perhatian. Sebagai upaya pemecahannya, Kepala Biro Perencanaan menambahkan, akan dilaksanakan uji-coba penggunaan 'clinical algorithm' untuk pemeriksaan dan pengobatan di dua propinsi, sementara itu 'daftar tilik' digunakan untuk kegiatan pencegahan. Kepala Biro Perencanaan menyatakan bahwa untuk meningkatkan kinerja komponen Jaminan Mutu yang pelaksanaannya berkaitan dengan PKD ini telah diterbitkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan pada Januari 1999, namun masih belum juga menunjukkan aktifitasnya yang berarti, hal ini dimungkinkan karena pergantian personil, sehingga perlu waktu untuk penyesuaian.

8. Lebih rinci Perwakilan Bank Dunia mengupas permasalahan yang dihadapi PKD, yaitu tugas administrasi masih perlu pembenahan, retribusi belum seperti yang diharapkan, sehingga pelayanan belum dapat maksimal, dan visit rate masih dibawah 0.8 yang seharusnya minimal 1.2. Untuk visit rate ini perlu perhatian karena visit rate yang dimaksud sebenarnya adalah kesempatan seseorang berkunjung ke Puskesmas, b u k a n presentase penduduk yang berkunjung.
9. Lebih jauh Perwakilan Bank Dunia menyatakan lemahnya monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaan proyek ini, yang semestinya sudah ada pedoman supervisi yang dibuat oleh konsultan manajemen proyek dan seharusnya sudah berada di daerah untuk dilaksanakan, yang kemudian pedoman supervisi perlu di-supervisi.
10. Menurut Kepala Biro Perencanaan bahwa pendayagunaan tenaga kesehatan dan pengembangan sistem insentif berdasarkan kinerja pada awalnya dapat terlaksana dengan baik, namun hal ini mengalami kemunduran, dimana petugas tidak lagi mencatat pekerjaan yang telah dilakukannya. Tentang 'uji-coba SKM' sebagai orang kedua diPuskesmas juga masih belum menunjukkan hasil yang memuaskan seperti yang diharapkan, hal ini dimungkinkan karena tidak tersedianya 'job-description' yang jelas yang mengakibatkan konflik antara SKM dan dokter/dokter gigi sebagai kepala Puskesmas. Hal ini juga dikatakan oleh Perwakilan Bank Dunia bahwa menurut hasil pengamatan di beberapa Puskesmas terlihat tenaga SKM tidak tahu tugasnya sehingga tampak tidak bermanfaat. Pihak Perwakilan Bank Dunia menilai bahwa informasi tentang akan ditempatkannya tenaga SKM ini di Puskesmas yang akan ditetapkan sebagai bagian dari program kepegawaian mulai tahun depan perlu mendapat perhatian yang serius. Lebih lanjut dikatakan bahwa seminar tentang penempatan tenaga SKM ini memutuskan untuk melanjutkan program ini karena menilai uji-coba ini berhasil.
11. Masalah Manajemen Obat menurut hasil supervisi ke dua propinsi yakni Kalimantan Timur dan Jawa Timur, Kepala Biro Perencanaan menyampaikan, ditemukan adanya perbedaan pencatatan antara apotik dan gudang obat pada 5

dari 7 Puskesmas yang dikunjungi. Namun 'Rational drug Use' (RDU) dikatakan Bank Dunia sebagai program yang significant, yaitu mampu merubah kinerja Puskesmas yang 'b o r o s' obat menjadi yang 'h e m a t' obat, dan Kepala Biro Perencanaan menyatakan lebih rinci bahwa RDU mampu menurunkan injeksi untuk myalgia, dan menurunkan antibiotika untuk ISPA non-pneumonia, serta menurunkan praktek polifarmasi.

12. Manajemen Peralatan Kesehatan dikatakan oleh Kepala Biro Perencanaan bahwa belum ada evaluasi terbaru, namun dari hasil supervisi dilapangan ditemukan bahwa petugas puskesmas termasuk dokter belum memanfaatkan alat secara optimal. Hal ini terlihat dari adanya kolom suhu badan dan tenggorok pada daftar tilik ISPA terisi namun peralatan (termometer dan spatula) tidak tersedia di ruang pemeriksaan.
13. Mobilisasi Pembiayaan Kesehatan menjadi fokus dari proyek kesehatan IV ini dimana penggalan sumber-sumber pembiayaan kesehatan melalui retensi retribusi Puskesmas sebesar 100 persen. Namun hal ini oleh Kepala Biro Perencanaan dikatakan sulit dicapai karena beberapa hal faktor yaitu adanya kenyataan kabupaten/kota yang miskin yang justru mengandalkan sektor kesehatan sebagai pendapatan asli daerah (PAD) mumi, sementara faktor krisis ekonomi yang berkepanjangan telah menurunkan kemampuan keuangan kabupaten/kota. Namun hasil study tarif telah mampu meyakinkan para anggota DPRD dan pemerintah daerah untuk mengambil langkah menaikkan tarif pelayanan kesehatan. Disisi lain pihak Bank Dunia merasa yakin atas kelangsungan hasil proyek ini dengan menyatakan bahwa para wakil dari pemerintah daerah telah berjanji untuk membantu kelangsungan kegiatan yang ada dalam proyek ini bila proyek ini telah berakhir.
14. Program JPKM yang pada awalnya tidak dibiayai dalam proyek kesehatan IV ini karena pihak bank merasa kurang aman, namun pada akhirnya mendapat dukungan dana karena dari program ini dapat meyakinkan pihak bank. Lebih jauh bank menilai bahwa JPKM merupakan jaminan kesehatan dimasa yang akan datang bagi Indonesia, sehingga pendanaan diberikan untuk study, training, dan fellowships. Sementara itu Kepala Biro Perencanaan menyampaikan bahwa mulai tahun 97/98 JPKM melaksanakan pilot project di 7 kabupaten/kota yang pada saat ini telah dalam proses pengembangan ke 48 kabupaten/kota di lima propinsi.
15. Perwakilan Bank Dunia menyatakan bahwa 'civil-work' merupakan keberhasilan tersendiri dalam proyek ini karena adanya peningkatan proses procurement yang menunjukkan adanya kemajuan yang menggembirakan dari pejabat proyek di jajaran kesehatan. Bank menilai bahwa surat Kepala Kantor Wilayah Propinsi Jawa Timur adalah sakti, sehingga beberapa bulan yang lalu terbit radiogram dari Mendagri yang menyatakan tentang dicabutnya pengaruh Assosiasi dalam pengadaan. Sedang Kepala Biro Perencanaan menyampaikan bahwa 'civil-work' adalah bagian terbesar dproyek ini yaitu meliputi sekitar 35% dari total proyek, sehingga pelaksanaan penyerapan dan pengamanannya sangat diperlukan.

## V. PEMBAHASAN

Pembahasan ini disajikan berdasarkan materi saji pada lokakarya nasional dan hasil diskusi peserta lokakarya nasional. Hal-hal yang telah disampaikan oleh para penyaji utamanya Sekretaris Jenderal Depkes RI, Perwakilan Bank Dunia, dan Kepala Biro Perencanaan Depkes RI beberapa hal diantaranya ditunjang oleh hasil diskusi kelompok, tetapi ada beberapa hal yang komponennya ditambahkan oleh hasil diskusi kelompok, dan menyatakan bahwa :

1. Semua komponen dalam proyek belum terkoordinasi dengan baik, padahal Sekjen Depkes RI menyatakan bahwa koordinasi merupakan isu penting dalam proyek ini.
2. Masalah kesinambungan program tidak dapat dijamin kelangsungannya bila hanya diandalkan melalui komitmen pemerintah daerah saja seperti yang disampaikan oleh pihak bank dunia, melainkan harus merupakan komitmen menyeluruh perangkat daerah yaitu yang meliputi pemerintah daerah, legislatif, intersektor dan masyarakat.
3. Komponen Jaminan Mutu yang dirasa kekurangan oleh pihak pusat, ternyata mendapat dukungan dari hasil diskusi kelompok yang mengatakan bahwa komponen ini mengalami banyak hambatan karena dari internal kesehatan menganggap bahwa Jaminan Mutu hanyalah sebagai program tambahan dan berada diluar sistem manajemen, sementara pelatihannya dirasa kurang proporsional antara waktu dan materi, kurang pemantauan terhadap hasil pelatihan. Lebih jauh diskusi kelompok menyampaikan bahwa materi pelatihan terlalu provider oriented, indikator masing-masing dimensi mutu tidak jelas, dan masih berorientasi pada 'disease-base'. Disisi lain, faktor monitoring dan evaluasi kegiatan juga menjadi hambatan karena supervisi kurang memanfaatkan format yang tersedia, dan supervisor kurang 'self-confidence' sehingga kualitas supervisi menjadi kurang. Terasa komitmen para penanggung jawab masih kurang yang dimungkinkan karena banyak kesibukan lain. Ditambahkan pula bahwa kesinambungan komponen Jaminan Mutu akan terjadi bila dilakukan pengintegrasian kegiatan ini kedalam manajemen melalui revitalisasi instrumen manajemen Puskesmas dan , akreditasi dan supervisi yang juga dikombinasikan dengan penyiapan 'clinical algorithm' sebagai standar pelayanan kesehatan
4. Dikatakan bahwa Pelaksanaan Jaminan Mutu diintegrasikan dengan PKD, namun diskusi kelompok menyatakan bahwa Jaminan Mutu belum terintegrasi pada program kesehatan lainnya, dan kemampuan teknis belum sesuai dengan kebutuhan penyelenggaraan PKD. Sementara itu juga disampaikan bahwa substitusi dana SAF belum terumuskan untuk menunjang penyelenggaraan PKD.
5. Komponen Pendayagunaan Tenaga dikatakan oleh diskusi kelompok bahwa penempatan tenaga SKM di Puskesmas masih belum berhasil, dengan alasan yang tidak berbeda dengan alasan yang dikemukakan oleh pihak bank dunia maupun Depkes. Sementara SIMK belum mencakup semua pegawai karena updating data kurang dilakukan secara kontinyu, dan distribusi tenaga belum mengantisipasi kebutuhan otonomi daerah.

6. Komponen Manajemen Alat pada hasil diskusi kelompok dikatakan bahwa kalibrasi alat tidak ada yang disebabkan karena tidak adanya pedoman yang disediakan oleh Pusat, dan tidak teralokasinya anggaran kalibrasi. Namun menurut laporan tahunan dari propinsi Jawa Timur dinyatakan bahwa kalibrasi alat telah dilakukan yang merupakan kegiatan inisiatif (baik pedoman maupun anggaran) yang dikembangkan oleh Sub-Timjanis Manajemen Alat di propinsi. Kalibrasi dilakukan terhadap Tensimeter, dan Timbangan Bayi, dimana dari 7 kabupaten/kota terdapat 452 Sphygmomanometer dan 41,6% (188) diantaranya tidak standar, dan dari 143 Timbangan bayi 16,1% (23) tidak standar. Maka perlu adanya deseminasi informasi kalibrasi ke propinsi lain. Lebih jauh diskusi kelompok menyampaikan bahwa pengadaan alat tidak didasarkan pada LT3, jumlah dan kualitas alat rendah karena standar barang tidak dipatuhi. Hal ini mengakibatkan ketidaksesuaian alat medis yang tersedia dengan kebutuhan yang ada.
7. Komponen Manajemen Obat meskipun telah dikatakan merupakan kegiatan yang significant oleh bank dunia, namun hasil diskusi kelompok menunjukkan bahwa masih terdapatnya pengadaan obat terutama obat program tidak tepat waktu, tidak tepat jenis dan tidak tepat jumlahnya. Hal ini selaras dengan temuan Kepala Biro Perencanaan bahwa terdapat perbedaan pencatatan pada gudang farmasi dan apotik.
8. Pembiayaan Pelayanan Kesehatan dinyatakan oleh diskusi kelompok bahwa pemerintah daerah perlu mempersiapkan pendanaan untuk sektor kesehatan melalui dana masyarakat/JPKM disamping retensi teribusi dan penyesuaian tarif puskesmas. Sementara itu dikatakan pula bahwa perkembangan JPKM tidak dapat optimal karena belum terciptanya iklim yang kondusif bagi perkembangan program ini.

## VI. KESIMPULAN

1. Tinjauan tahunan keempat ini sangat penting dan strategis oleh karena memasuki tahun terakhir dari pelaksanaan Proyek Kesehatan IV
2. Dirasakan adanya komponen-komponen/ program-program dalam proyek ini masih terkesan berjalan menurut visi masing-masing dan melupakan tujuan bersama yang telah disepakati.
3. Semua komponen dalam proyek belum terkoordinasi dengan baik, padahal Sekjen Depkes RI menyatakan bahwa koordinasi merupakan isu penting dalam proyek ini
4. Program Jaminan Mutu setidaknya telah berhasil menciptakan suatu iklim sadar mutu pelayanan
5. Retribusi belum seperti yang diharapkan, sehingga pelayanan kesehatan belum dapat maksimal
6. 'Civil-work' merupakan keberhasilan tersendiri dalam proyek ini

## VII. SARAN

1. Semua pencapaian tujuan proyek wajib dilestarikan mengingat proyek kesehatan IV ini merupakan peletakkan fondasi bagi 'Indonesia sehat 2010'
2. Perlu pengamanan pada pelaksanaan dan penyerapan 'Civil-work' karena bagian ini adalah bagian terbesar didalam proyek ini yang meliputi sekitar 35% dari total proyek.

## VIII. REKOMENDASI

1. Masalah kesinambungan program tidak dapat dijamin kelangsungannya bila hanya diandalkan melalui komitmen pemerintah daerah saja, melainkan harus merupakan komitmen menyeluruh perangkat daerah yang meliputi pemerintah daerah, legislatif, intersektor dan masyarakat
2. Masalah kesinambungan pelaksanaan komponen Jaminan Mutu akan terpelihara bila di-integrasikan pada manajemen melalui revitalisasi instrumen manajemen Puskesmas, akreditasi dan supervisi yang juga dikombinasikan dengan penyiapan 'clinical algorithm' sebagai standar pelayanan kesehatan
3. Masalah Pembiayaan Pelayanan Kesehatan perlu meyakinkan perangkat daerah bahwa pemerintah daerah perlu mempersiapkan pendanaan untuk sektor kesehatan melalui dana masyarakat/JPKM

Surabaya, 3 April 2000

An. Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan  
Provinsi Jawa Timur  
Plh. Koordinator Administrasi



Dr. Bambang Giatno, R. MPH  
NIP. 140 097 695





KANTOR MENTERI NEGARA OTONOMI DAERAH  
REPUBLIK INDONESIA

**MAKALAH**  
**OTONOMI DAERAH DAN IMPLIKASINYA**  
**BAGI SEKTOR KESEHATAN**

**OLEH :**  
**DEPUTI MENTERI NEGARA OTONOMI DAERAH**  
**BIDANG PEMERINTAHAN DAN PEMBANGUNAN DAERAH**

---

**A. PENDAHULUAN**

Otonomi daerah sebagai manifestasi desentralisasi teritorial sejak terbentuknya Negara Kesatuan Republik Indonesia telah mengalami pasang surut dan senantiasa menjadi wacana publik. Otonomi daerah pada dasarnya sudah menjadi prinsip dalam penyelenggaraan pemerintahan sebagaimana diamanatkan oleh konstitusi negara UUD 1945. Sistem penyelenggaraan otonomi dijalankan dengan berpijak kepada desentralisasi, dekonsentrasi dan tugas pembantuan. Asas ini juga diterapkan dalam penyelenggaraan otonomi daerah berdasarkan Undang-undang Nomor 5 Tahun 1974 tentang Pokok-pokok Pemerintahan Di Daerah, demikian juga Undang-undang tentang Otonomi Daerah sebelumnya, dengan nuansa dan semangat yang berbeda sesuai dengan kondisi politik pada waktu itu. Undang-undang Nomor 5 Tahun 1974, semangat sentralistik berkembang baik (*over centralistic*), sementara desentralisasi terjadi distorsi dan otonomi daerah mengalami deviasi yang sangat elementer dengan hilangnya nilai-nilai demokrasi dalam implementasinya.

Kebijakan pemerintahan selalu bersumber dari Pemerintah Pusat dan diambil dengan cara tidak kompromistis dan terlalu mengedepankan kepentingan Pemerintah Pusat dibanding kepentingan lokal dan keragaman karakteristik Daerah.

Pola ini menjadikan sistem pemerintahan menjadi sangat sentralistik dan distribusi kewenangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah sangat tidak proporsional, sehingga kewenangan pemerintahan terformatisasi dalam bentuk piramida terbalik. Akibatnya Pemerintah Daerah tidak memiliki kewenangan yang cukup dalam menggali dan memanfaatkan sumber dan potensi Daerah yang pada akhirnya aspirasi masyarakat tidak dapat terserap dan terakomodasi dengan baik.

Konsep otonomi nyata dan bertanggung jawab nampaknya tidak relevan lagi dengan perkembangan dunia yang semakin mengglobal. Oleh karena itu secara eksplisit MPR dalam ketetapan Nomor XV Tahun 1998 menyebutkan perlunya pembaharuan dalam sistem penyelenggaraan negara dengan memberikan otonomi secara utuh dan seluas-luasnya kepada Pemerintah Daerah.

Implementasi normatif dari penyelenggaraan otonomi luas dan utuh ini adalah lahirnya dua paket undang-undang tentang Otonomi Daerah, yaitu undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah. Undang-undang ini meletakkan otonomi penuh pada Kabupaten/ Kota serta memberikan keseimbangan keuangan yang proporsional kepada Daerah.

## B. ASPEK-ASPEK OTONOMI DAERAH

Otonomi Daerah sebagai pengejawantahan Desentralisasi tidak saja menyangkut aspek administrasi pemerintahan saja, melainkan juga aspek politik, ekonomi, pembangunan dan kemasyarakatan, yang pada akhirnya akan menyentuh aspek yang lebih esensial lainnya yaitu eksistensi negara kesatuan dan integritas nasional.

Bila dilihat dari aspek administrasi, otonomi daerah harus dapat memberikan kontribusi yang proporsional dalam upaya memandirikan administrasi pemerintahan daerah dan sekaligus meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat. Untuk mewujudkan hal tersebut, ada beberapa alternatif yang bisa ditempuh, salah satunya adalah dengan pemisahan yang spesifik pada setiap tingkatan hirarki administrasi pemerintahan, baik di tingkat Pusat, Propinsi dan Kabupaten/Kota. Dengan adanya pemisahan hirarki administrasi tersebut diharapkan dapat tercipta hubungan timbal balik (*mutual relationship*) antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Propinsi, Kabupaten/Kota). Model hubungan timbal balik yang dirasa paling ideal adalah dengan sistem kemitraan melalui koordinasi unit-unit organisasi disetiap tingkatan hirarki.

Ditinjau dari aspek politik, adanya tuntutan global mendorong otonomi daerah mengedepankan demokratisasi sebagai fundamental dalam menciptakan suatu sistim ketatanegaraan. Untuk merealisasikan demokratisasi itu, setiap keputusan politik yang diambil harus dapat mengabsorpsi kehendak rakyat. Hal ini sejalan dengan makna otonomi daerah yang secara eksplisit merupakan instrumen politik untuk mengaktualisasikan aspirasi rakyat dan memberikan tempat kepada rakyat untuk berpartisipasi dalam menentukan arah kebijakan politik. Selain itu keputusan politik juga harus memosisikan diri dalam bingkai demokratisasi sehingga pada akhirnya mampu memberikan kontribusi yang optimal pada kepentingan rakyat.

Bila dilihat dari aspek ekonomi pembangunan, eskalasi pertumbuhan ekonomi di suatu negara sangat bergantung pada partisipasi rakyat dan kemampuan sumber daya manusia dengan didukung oleh ketersediaan potensi sumber daya alam. Kebijakan ekonomi Pemerintah yang terlalu sentralistis dan kurang memperhatikan kepentingan rakyat banyak dapat berimplikasi kontra produktif terhadap sistem perekonomian secara keseluruhan. Kebijakan ini pada akhirnya dapat menyentuh masalah yang paling krusial yaitu kecemburuan sosial dan kerawanan sosial. Dengan nilai-nilai yang terkandung didalam filosofi otonomi daerah, kebijakan yang bernuansa

sentralistis harus direduksi seminimal mungkin, dan rakyat sudah seharusnya memiliki independensi untuk mengembangkan setiap potensi yang mereka miliki di Daerahnya.

Otonomi daerah dalam aspek kemasyarakatan diinterpretasikan sebagai pola hidup yang kondusif dalam membina hubungan antar masyarakat dan masyarakat dengan Pemerintah. Kemajemukan masyarakat dan keanekaragaman Daerah yang terdiri dari suku, budaya dan etnis, sangat rentan terhadap issue yang mengancam integrasi bangsa. Oleh karena itu kebijakan Pemerintah yang bersifat diskriminatif dan hanya menguntungkan kelompok tertentu akan menghambat proses desentralisasi disegala bidang. Untuk itu Pemerintah perlu mencermati dan mengantisipasi kehendak masyarakat dan menghargai adanya pluralisme dan keanekaragaman Daerah.

### C. KEBIJAKAN DAN LANGKAH-LANGKAH DALAM PELAKSANAAN OTONOMI.

Sebagai langkah awal dalam rangka pelaksanaan otonomi daerah, Pemerintah segera mengeluarkan peraturan pendukung yang saling berkaitan, yaitu :

1. Peraturan Pemerintah tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi Sebagai Daerah Otonom.
2. Peraturan Pemerintah tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah.
3. Peraturan Pemerintah tentang Pengaturan Distribusi Aset-aset Negara, dan Personil.

Atas dasar Peraturan Pemerintah yang mengatur hal-hal tersebut diatas, maka pengaturan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan otonomi daerah akan segera dapat diselesaikan sesuai masa waktu yang diamanatkan Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah. Rancangan Peraturan Pemerintah tentang Kewenangan, saat ini sedang dalam proses pembahasan intensip di kantor Menteri Negara Otonomi Daerah. Dalam proses perumusan berbagai kebijakan diatas diupayakan semaksimal mungkin melibatkan semua elemen/ komponen pemerintahan terkait termasuk Pemerintah Daerah.

memfasilitasi pembentukannya termasuk dalam penyusunan pedoman konstitusinya.

#### D. IMPLIKASI OTONOMI BAGI SEKTOR KESEHATAN.

Sebagai konsekwensi dari kebijakan politik dibidang otonomi yang terformulasi dalam Undang-undang Nomor 22 dan 25 Tahun 1999 adalah perubahan radikal dan mendasar terhadap sistim dan pembiayaan pemerintahan.

Sumber perubahan tersebut bermula dari diberikannya kewenangan pemerintahan yang utuh dan luas kepada Daerah Kabupaten/kota dan sebagian pada propinsi yang kemudian akan berimplikasi ke berbagai aspek pemerintahan lainnya, baik secara nasional maupun lokal.

Beberapa implikasi yang terdeteksi sebagai akibat di berlakukannya Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 dengan konsep Otonomi utuh dan luas tersebut antara lain adalah :

##### 1. Implikasi terhadap kewenangan.

Tidak dapat dipungkiri bahwa pelaksanaan otonomi utuh dan luas akan terjadi pergeseran kewenangan yang demikian besar kepada Daerah, hanya beberapa bidang yang masih secara utuh menjadi kewenangan Pemerintah di antaranya adalah kewenangan di bidang politik luar negeri, moneter dan fiskal serta bidang teknis lain yang diukur melalui kriteria yang ditetapkan .

Persoalan yang perlu mendapat perhatian dari kebijakan pemberian kewenangan yang besar kepada Daerah adalah keterseleenggaraan kewenangan tersebut bagi sebesar-besarnya untuk kepentingan pelayanan masyarakat, utamanya terhadap pelayanan dasar masyarakat seperti kesehatan. Oleh karena itu dalam memformat kewenangan dibidang kesehatan perlu bijaksana, karena bidang kesehatan ini bersifat sangat strategis dengan spesialy tinggi, baik dibidang teknologi, pengetahuan dan kemampuan sumber daya manusia.

Dalam penyelenggaraan otonomi di bidang kesehatan kedepan, peran Pemerintah yang dalam hal ini Departemen Kesehatan masih dan akan sangat strategis dalam memfasilitasi Pemerintah Daerah dalam rangka pengembangan teknologi, sarana dan prasarana kesehatan serta sumber daya manusia di bidang kesehatan. Oleh karena itu proyek-proyek yang selama ini berfungsi memfasilitasi Pemerintah Daerah dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat dalam arti meningkatkan mutu dan pemerataan pelayanan kesehatan, seperti proyek Kesehatan IV masih bijaksana untuk dipertimbangkan apabila proyek tersebut di manajementi oleh Pemerintah paling tidak untuk satu tahun terakhir karena Undang-undang 22 Tahun 1999 ini efektif berlaku Mei 2001.

## 2. Implikasi terhadap kelembagaan.

Tidak dapat dipungkiri bahwa dengan penggeseran kewenangan dari Pemerintah Pusat kepada Daerah akan berdampak kepada sistim kelembagaan, baik pada Tingkat pusat, Propinsi dan Kabupaten/kota.

Pemberian kewenangan yang luas kepada Daerah menyebabkan berkurangnya tugas dan fungsi Pemerintah ini berarti pula bahwa struktur organisasi Pemerintah Pusat perlu dilakukan penyesuaian termasuk kemungkinan peninjauan kembali keberadaan beberapa Departemen.

Paradigma organisasi Pemerintah pada masa lalu dengan besarnya struktur organisasi Departemen, banyaknya Institusi/Departemen, dengan indikator keberhasilan program yang tidak jelas dan bahkan beberapa Institusi/Departemen yang tidak punya visi, misi dan tujuan serta overlap antara Departemen yang satu dengan lainnya, belum lagi terjadi pemaksaan struktur organisasi yang seragam pada tingkat Daerah dan pembentukan perpanjangan tangan departemen di Daerah yang kesemuanya akan bermuara pada inefisiensi pemerintahan. Oleh karena itu dengan pemberlakuan otonomi daerah maka tidak ada alasan bagi semua pihak, baik Pemerintah maupun Pemerintah Daerah untuk tidak

melakukan rekayasa ulang struktur organisasi pemerintahan dalam berbagai strata pemerintahan.

Rekayasa ulang terhadap organisasi ini berlaku juga bagi institusi yang bertanggung jawab di bidang kesehatan, baik Departemen Kesehatan maupun berbagai lembaga kesehatan pada tingkat Daerah.

Penggabungan Kantor Wilayah Departemen Kesehatan dan Dinas Kesehatan merupakan amanat Undang-undang yang harus dipahami oleh semua pihak. Dengan penggabungan kedua lembaga tersebut dengan struktur kewenangan yang berbeda tidak berarti salah satu dari fungsi kedua lembaga itu hilang karena fungsi dekosentrasi di bidang kesehatan akan tetap eksis. Persoalan yang perlu diupayakan dalam hal ini adalah bagaimana format organisasi Dinas Kesehatan Propinsi yang baru dan pola pertanggung jawaban pelaksanaannya. Dalam hal ini kantor Menteri Negara Otonomi Daerah sedang membahas RPP tentang Organisasi Perangkat Daerah sebagai pedoman pokok bagi Pemerintah Daerah dalam penataan kelembagaannya. Atas dasar pedoman pokok tersebut Pemerintah akan memberi pedoman lebih lanjut dan bentuk manual bagi masing-masing organisasi perangkat Daerah.

### 3. Implikasi terhadap sumber daya manusia.

Implikasi lain terhadap pemberlakuan otonomi daerah adalah tingkat kebutuhan dan pola penyebaran sumber daya manusia di bidang kesehatan, yang selama ini lebih banyak terkonsentrasi pada tingkat pusat, dan tidak kemungkinan terjadi kelebihan pegawai termasuk pada kesehatan.

Tidak Proporsionalnya pemanfaatan dan penyebaran sumber daya manusia di bidang kesehatan ini, kedepan menjadikan salah satu kendala bagi pembangunan kesehatan dimasa datang dengan paradigma baru "Indonesia Sehat 2010". Oleh karena itu Pemerintah sekarang ini sedang melakukan pembahasan mengenai kebijakan Pemerintah

dalam mengatasi persoalan sumber daya manusia sebagai akibat dari kebijakan otonomi daerah.

## E. PENUTUP

Dengan kewenangan luas yang didelegasikan kepada Daerah termasuk pengaturan organisasi dan pengelolaan sumber daya daerah serta penerapan pola perimbangan keuangan yang proporsional akan sangat berdampak kepada penyebaran kegiatan pemerintahan, pembangunan dan kegiatan bisnis yang tentu akan diikuti pula oleh penyebaran tenaga ahli dalam berbagai bidang yang pada gilirannya akan bermuara pada peningkatan kesejahteraan masyarakat.

Untuk keberhasilan itu perlu dukungan dari berbagai sektor terkait.

Demikian yang dapat saya sampaikan dan akhirnya, semoga apa yang saya uraikan disini akan bermanfaat untuk pengambilan kebijakan lebih lanjut dalam rangka penguatan otonomi utamanya bidang kesehatan.

DEPUTI BIDANG MANAJEMEN  
PEMERINTAHAN DAN PEMBANGUNAN DAERAH.



GUBERNUR JAWA TIMUR

PENGARAHAN  
GUBERNUR JAWA TIMUR  
PADA ACARA PEMBUKAAN LOKAKARYA NASIONAL  
TINJAUAN TAHUNAN 1999/2000 PROYEK KESEHATAN IV  
DI PROPINSI JAWA TIMUR

---

*Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarohkatuh*

- Yth. :- Bpk. Sekjen Departemen Kesehatan ;
- Para Pejabat Pusat dari Departemen/Lembaga terkait ;
  - Para Wakil dari Propinsi NTB, Kalbar, Kaltim, Sumbar dan Jawa Timur ;
  - Perwakilan dari Bank Dunia ;
  - Dan para undangan serta hadirin sekalian yang saya hormati,

Pertama-tama marilah kita bersama-sama memanjatkan puji syukur kehadiran Tuhan YME atas segala rahmat dan hidayah-Nya, sehingga pada hari yang berbahagia ini kita sekalian dapat berkumpul dan menghadiri acara pembukaan Lokakarya Nasional Tinjauan Tahunan 1999/2000 Proyek Kesehatan IV dalam keadaan sehat Wal'afiat.

Selanjutnya pada kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih atas kepercayaan Pemerintah Pusat yang telah menunjuk Jawa Timur sebagai tempat diselenggarakannya lokakarya ini dan kepada para peserta dari luar Jawa Timur saya ucapkan selamat datang, semoga momentum kunjungan ini tidak hanya untuk mengikuti kegiatan lokakarya saja, tetapi dapat dimanfaatkan sebagai forum bertukar pikiran dan pengalaman selama

mengelola Health Project-IV. Disamping itu agar dimanfaatkan pula untuk lebih mengenal Jawa Timur, baik masyarakatnya, obyek kawasan wisata di Jawa Timur maupun cenderamata dan makanan khasnya, apalagi pada bulan Juni 2000 nanti Jawa Timur akan menjadi tuan rumah penyelenggara PON-XV.

Secara umum saya informasikan pada forum ini bahwa Propinsi Jawa Timur memiliki faktor pendukung yang strategis, yaitu sebagai pintu gerbang aktivitas ekonomi Indonesia Bagian Timur dan salah satu penyangga stock pangan dan ternak nasional, disamping berada diantara 2 (dua) Propinsi yang mempunyai daya tarik wisata yang luar biasa yaitu Propinsi Bali dan Daerah Istimewa Yogyakarta serta mempunyai berbagai industri strategis, seperti pabrik Semen Gresik, pabrik Pupuk Petrokimia, PT. PAL, PT. PINDAD dan sebagainya.

Disamping faktor pendukung diatas, peluang investasi sangat terbuka luas di bidang sumber daya alam, pariwisata, agroindustri, pertanian dengan lahan yang subur dan sumberdaya laut serta ditunjang keberadaan Bandara Juanda Surabaya sebagai pintu gerbang internasional kedua setelah Bandara Soekarno-Hatta Jakarta.

*Para hadirin sekalian yang saya hormati,*

Sebagaimana kita ketahui bersama, bahwa krisis moneter yang berkepanjangan menjadi krisis ekonomi berkelanjutan mengakibatkan meningkatnya jumlah masyarakat miskin. Dari dampak krisis tersebut yang paling berpengaruh di Propinsi Jawa Timur adalah sektor pendidikan dan sektor kesehatan. Sebagai ilustrasi, perkenankan saya akan menyampaikan sekilas tentang kondisi Jawa Timur untuk sektor Pendidikan ditandai adanya penurunan Angka Partisipasi Kasar SD/MI dari 122 % pada tahun 1997 menjadi 110,11 % pada tahun 1999, dan angka transisi dari SD ke SLTP dari 86,41 % pada tahun 1998 turun

menjad. 83,40 % pada tahun 1999. Begitu pula akibat adanya krisis ekonomi yang berkepanjangan, sangat dirasakan oleh keluarga-keluarga yang semula mampu menyekolahkan anak-anaknya, menjadikan mereka putus sekolah atau anak-anak tersebut terpaksa membantu orang tuanya mencari nafkah.

Untuk mengantisipasi masalah pendidikan diatas, Pemerintah melalui program JPS Bidang Pendidikan memberikan bea siswa dan dana bantuan operasional sekolah, kepada anak usia sekolah 7-12 tahun dari keluarga miskin. Berdasarkan data yang ada terdapat sebanyak 799.135 anak dari keluarga miskin, dan baru dapat ditangani melalui Program tersebut sebanyak 227.662 anak. Sedangkan sisanya sebanyak 571.473 anak, oleh Pemerintah Jawa Timur telah mengikutsertakan peran serta masyarakat dan pengusaha yang sampai saat ini telah terkumpul dana sebanyak Rp. 320.040.000,-.

Sedangkan pada Sektor Kesehatan berdasarkan data terakhir yang kami terima ditemukan Anak Balita di Bawah Garis Merah (BGM) sebanyak 33.713 anak dengan rincian Balita Kurang Energi dan Protein (KEP) kategori berat sebanyak 3.771 anak, sedangkan dari jumlah tersebut yang bisa disembuhkan sebanyak 1.220 anak dan yang meninggal 43 anak.

Perlu kita ketahui bersama, bahwa pembangunan kesehatan merupakan sektor yang strategis, khususnya guna menyiapkan sumber daya manusia secara dini yang produktif dan berkualitas. Dengan adanya proyek ini sangat dirasakan sekali manfaatnya oleh masyarakat, apalagi ditengah-tengah perjalanan proyek ini negara kita mengalami krisis ekonomi yang mengakibatkan pemerintah kesulitan dalam membiayai pembangunan.

Berbagai upaya telah dilakukan melalui proyek ini dalam rangka peningkatan mutu dan jangkauan pelayanan kesehatan yang diarahkan bagi masyarakat miskin untuk menuju kemandirian di daerah, baik Tingkat Propinsi maupun Tingkat Kabupaten / Kota.

Secara umum keberhasilan proyek ini telah dirasakan oleh masyarakat Jawa Timur antara lain dengan adanya renovasi dan keramikisasi Puskesmas serta pelatihan-pelatihan yang ditandai dengan peningkatan mutu dan cakupan pelayanan kesehatan, meskipun hanya dialokasikan pada 14 Kabupaten/Kota, mudah-mudahan pada kesempatan lain 23 Daerah yang lain akan mendapat kesempatan yang sama, meskipun saat ini di 23 Daerah telah dimulai dengan pelatihan guna peningkatan mutu pelayanan, melalui kegiatan jaga mutu atau Quality Assurance (QA)

*Para hadirin sekalian yang saya hormati,*

Guna kesinambungan kegiatan yang telah dirintis oleh proyek ini, Jawa Timur telah bertekad untuk melanjutkan hasil-hasil yang telah dicapai selama ini. Beberapa upaya yang telah dilakukan antara lain dengan penyesuaian tarif dan peningkatan pengembalian retribusi secara bertahap, sehingga menjadi 100%. Hal ini sesuai dengan komitmen kami bersama para Bupati / Walikota di 14 Kabupaten / Kota.

Harapan kami dengan diselenggarakannya lokakarya ini akan mampu menggali berbagai permasalahan yang timbul dalam pelaksanaan proyek diseminasi jenjang administrasi dan selanjutnya kepada para peserta lokakarya, saya harapkan agar didalam sidang kelompok dapat dihasilkan kesepakatan-kesepakatan baru yang nantinya dapat dipergunakan sebagai kebijaksanaan pemerintah pusat guna menyelesaikan proyek ini dengan sebaik-baiknya sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan.

*Para hadirin sekalian yang saya hormati,*

Demikian beberapa hal yang dapat saya sampaikan pada acara ini dan semoga lokakarya ini bermanfaat.

Akhirnya dengan mengucapkan :

**" BISMILLAHIRROHMANIRROHIM "**

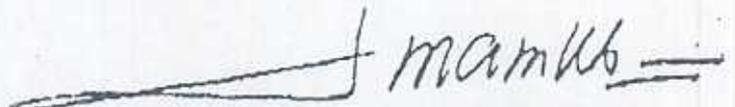
Lokakarya Nasional Tinjauan Tahunan 1999/2000 Proyek Kesehatan IV di Jawa Timur secara resmi saya nyatakan dibuka dan dimulai. Sekian dan terima kasih.

*Wabilallhi Taufiq Walhidayah*

*Wassalamu`alaikum Warohmatullahi Wabarokatuh*

Batu - Malang, 22 Maret 2000

GUBERNUR JAWA TIMUR

  
IMAM UTOMO S

SAMBUTAN PADA PERTEMUAN TAHUNAN  
PROYEK KESEHATAN 4  
X ? Loan 3905-IND

Oleh : E.Iswandi (Operations Officer, the World Bank))

1. Bapak Gubernur,  
Bapak Sekretaris Jendral Departemen Kesehatan, Dirjen Binkesmas dan Staff Ahli Menteri Bidang Epidemiologi dan Deputy Kantor Negara Otonomi Daerah,  
Bapak dan Ibu Pejabat teras Departemen Kesehatan, Departemen Keuangan, dan Bappenas,  
Bapak Ibu Kakanwil dan Kadinkes serta para pejabat Bappeda propinsi proyek,  
Ibu Ira, para konsultan dan teman teman yang saya hormati
  
2. Atas nama Task Team Leader (Task Manager) dan Bank, saya mengucapkan banyak terima kasih atas undangan untuk menghadiri pertemuan tahunan ini. Saya juga mengucapkan selamat kepada sekretariat yang telah berhasil menyelenggarakan dan menghimpun peserta untuk melihat progres serta tentunya menerima feedback yang akan disajikan dari semua komponen dan provinsi. Saya percaya ini akan mendorong semua termasuk misi Bank lebih teliti dalam melaksanakan sisa dari pekerjaan yang tinggal kira kira 12 bulan. Masih banyak pekerjaan yang harus kita kerjakan bersama. Hanya keberhasilan proyek yang akan kemudian management Bank menilai bahwa Task management juga berhasil. Kita merupakan satu team. Kita bersama menyusun proyek ini dan bersama pula harus berhasil menyelesaikan proyek ini. Hambatan tak terduga memang terjadi, seperti telah diduga, (-walau tidak tahu benar akan adanya krisis moneter), yang dapat dilihat dalam dokumen proyek (dengan judul "Risk"=risiko). Mr. Vincent Turbat.Task Manager, sebenarnya ingin sekali hadir seperti dahulu di Pontianak, tetapi karena adanya hambatan pekerjaan, beliau mengirim salam dan berharap agar pertemuan ini menjadi sungguh sukses.
  
3. Tentunya pencapaian dan bahkan keberhasilan yang diperoleh proyek ini akan disajikan sedang hambatan pelaksanaan akan dibahas serta dicari jalan keluarnya. Bank dengan senang hati akan membantu apa yang dapat dikerjakan oleh pihak Bank. Seperti masalah disbursement, dana (contract) yang backlog. Bank Dunia kantor Jakarta (WBOJ) memang sudah pernah meminta Departemen Keuangan untuk segera menyampaikan withdrawal applicationnya yang justru sudah dikerjakan oleh para proyek sekretariat untuk membantu Departemen keuangan, tetapi tetap saja sampai sekarang backlognya masih besar (kurang lebih diatas USD 700 juta). Ini hendaknya menjadi perhatian para atasan kita dipemerintahan. Karena dengan demikian commitment fee tetap dikenakan walau dana sudah dipakai habis dilapangan, melalui KPKN.

4. Beberapa hal yang misi Bank Dunia ingin mengingatkan kembali dan apa yang paling perlu diusahakan agar sisa waktu dan dana yang di pergunakan dan belanjakan benar benar bermanfaat, terutama dirasakan oleh orang yang kurang mampu (the poors) sesuai dengan dokumen Bank yang sudah disetujui oleh kedua pihak. Saya akan memulai dari:

**Pekerjaan bangunan (Civil Works):**

5. Pertama kami dari Bank sangat menghargai hasil pekerjaan konsultan teknik tingkat pusat (arsitek), yang mencatat dan melaporkan secara teknis dengan baik sehingga kami semua menyadari betapa civil works ini sangat perlu perhatian penuh. Mulai dari pengadaan konsultan perencana, kontraktor dan pekerjaanya serta kualitas konstruksinya. Tidak terlewatkan konsultan supervisi juga. Hasil pekerjaan ini membawa konsekwensi tindak lanjut pelaksanaan. Hasil perkerjaan konsultan ini perlu didistribusikan dan dituangkan dalam petunjuk dan pedoman, kalau perlu melalui SK untuk memperbaiki hasil pekerjaan yang belum terlaksana. Kontribusi finansial pemerintah daerah mungkin bisa memperbaiki hasil pekerjaan yang kurang baik tetapi sudah dinyatakan selesai. Konsultan tingkat propinsi memang belum menunjukkan hasil pekerjaanya, karena persetujuannya (NOL) baru beberapa minggu diterbitkan. Kami dari Bank barangkali akan bisa yakin bahwa pekerjaan konstruksi tidak hanya saja bisa diselesaikan pada waktunya tetapi juga berkualitas lebih baik. Mohon para konsultan terutama yang dipropinsi betul betul memberi saran dan para pimpro betul betul mendengarkan saran sarannya. Supervisi yang benar hendaknya dilaksanakan yang dimulai dari perencanaanya dan kemudian pelaksanaannya. Antisipasi pelaksanaan pekerjaan yang akan menyebabkan hasil yang tidak baik, sangat diperlukan, termasuk juga hambatan yang mungkin timbul diluar konstruksi itu sendiri, seperti sering terjadi DIP benar benar efektif jauh sesudah bulan April. Hambatan penunjukan pimpro dan bendahawaran harus menjadi perhitungan yang cermat dalam perencanaan pengadaan konstruksi. Pejabat pelaksana penerbitan SK pimpro dan bendaharawan perlu pendekatan. Penjadwalan pekerjaan perlu dibuat dengan baik dengan bantuan para konsultan. Keterlibatan asosiasi perusahaan dan profesi mohon juga mendapat perhatian sehingga hasil pekerjaan justru menjadi baik. Radiogram dari Mendagri yang baru baru ini terbit hendaknya mendorong semua pihak untuk meghasilkan pekerjaan yang baik. Hasil pertemuan ini kami harapkan akan membuahkan suatu pedoman dan petunjuk atau arahan untuk melaksanakan rekomendasi dari konsultan. Yang menjadi pemikiran adalah proyek ini sudah menjadi proyek hardware, ketimbang software. Sampai saat ini civil works masih mempunyai dana sebesar USD 14,199,367.69.

**Kelangsungan (Sustainability).**

6. Pertemuan ini karena yang terakhir tentu saja kita harapkan menjadi titik awal akan keberhasilan proyek ini. Pertemuan ini menjadi sangat berharga karena bisa membicarakan hambatan yang dihadapi pada pelaksanaan dipermulaan tahun terakhir, tetapi juga menjadi titik tolak untuk menentukan kelangsungan kegiatan kegiatan yang dibiayai dengan pinjaman dari Bank

Dunia. Apakah akan masih ada ungkapan dari diantara kita ini yang menyatakan "habis proyek habis kegiatan". Seperti dalam tujuan proyek ini yang antara lain meningkatkan pelayanan kesehatan dasar (QA-BHS) di puskesmas yang menjangkau juga orang kurang mampu agar menyukai pelayanan dipuskemas, seakan akan kegiatannya akan menjadi berhenti, karena proyeknya berhenti. Dananya tidak bisa dipakai lagi. Kehadiran Bapak Gubernur tentu justru agar beliau mendapat informasi atas pencapaian proyek ini sampai pada hari ini dan agar (saya yakin) untuk memberikan perhatian akan kelanjutan kegiatan maintenance dan operation demi kelangsungan kegiatannya. Pada kunjungan supervisi yang lalu di Jatim kami melihat satu puskesmas yang baik dengan tempat tidur, dibangun dengan biaya dari proyek ini. Konstruksi dan perlengkapan yang baik, program jaminan mutu yang baik. Tetapi kalau puskesmas yang besar dan megah ini akan tetap survive, perlu didukung oleh pemerintah daerah terutama nanti kalau proyek ini habis. Peningkatan tarif pelayanan yang lebih baik dan retention rate yang menjadi 100% melalui keputusan dan Perda akan mendukung kelangsungan program puskesmas ini. Demikian pula program penggunaan obat yang rational, sekarang benar benar terasa hasilnya, tetap harus menjadi lestari pada saat nanti proyek ini selesai. Harapan dari Bank kepada Pemerintah Daerah adalah agar benar menunjang program SAF bagi kegiatan operasional dan maintenance terutama di puskesmas. Pekerjaan Monitoring dan evaluasi perlu lebih penuh perhatian. Program peningkatan kinerja para pekerja kesehatan (health staff performance improvement), hendaknya jangan berhenti dan perlu diteruskan, terutama dalam menghadapi kebijakan pemerintah yang desentralisasi ini. JPKM adalah program kesehatan utama dimasa depan untuk Indonesia. Saya kira proyek ini belum atau tidak terlalu banyak memberikan dukungan finansial kepada program JPKM. Tetapi kami melihat sudah ada dan akan ada para staff yang mengikuti pelatihan dibidang asuransi atau sejenis JPKM diluar negeri. Para pejabat staff yang sudah dan akan berangkat nanti melalui program fellowship hendaknya dipekerjakan betul betul secara operasional profesional sehingga program JPKM menjadi program yang baik. Kembali ke golongan orang yang kurang mampu, penggunaan kartu sehat atau apapun, kartu JPS agar menjadikan bermanfaat bagi penerima bantuan sehingga mereka benar benar puas.(beneficiaries' satisfaction). Hasil konsultan yang seharusnya menyiapkan pedoman, petunjuk dan mekansim dari institusi yang akan menjadikan kelangsungan program QA pada khususnya dan semua program pada umumnya semestinya harus sudah ada. Kami menunggu hasilnya, serta tatalaksana tindaklanjutnya untuk dikemudian hari.

#### **Jaminan mutu (QA program):**

7. Sebelum berbicara tentang rencana pelaksanaan clinical algorithms Bank ingin kembali mengingat apa yang sudah dihasilkan dalam program jaminan mutu ini. Tentunya ini diperlukan untuk dasar kelangsungan program serta dalam rangka pelaksanaan clinical algorithms. Peranan pelatihan menjadi penting didalam keberhasilan pelaksanaan program. Materi yang dapat berupa pedoman, modul sangat diperlukan. Bank menginginkan informasi sampai

dimana materi dan sarana peserta peralatan untuk pelatihan ini, apakah betul sudah siap. Sementara yang Bank peroleh dari pelaporan pada setiap supervisi yang lalu adalah materi, modul; dan bahan lain selalu masih dalam perbaikan dan penyempurnaan. Bank sangat berharap dalam pelaksanaan algorithms ini nanti semua materi dan bahan lain sudah tidak akan ada yang dalam proses revisi. Termasuk materi dan modul distance learning. Para komponen yang bertanggungjawab semestinya sudah menyelesaikan semua.

Bagaimana rencana penggunaan **clinical algorithms**. Ini juga menjadi perhatian misi Bank. Bagaimana merencanakan dan melaksanakannya, apakah akan diselenggarakan dengan melibatkan universitas atau perguruan tinggi lain dan para ahli (catatan: HP 4 mempunyai ahli yang cukup banyak didaerah dan dipusat yang dapat dimanfaatkan) serta para profesional. Apakah akan sekaligus diseluruh puskesmas proyek atau mulai beberapa dahulu dengan beberapa puskesmas yang sudah siap dan dilanjutkan kemudian dalam masa sesudah proyek. Bank ingin memperoleh gambaran tentang ini yang tentunya pada akhir pertemuan ini usulannya sudah dapat dicatat.

#### **Monitoring dan Evaluasi.**

8. Tentunya pertemuan ini juga akan membahas monitoring dan evaluasi tentang bagaimana mengamati kecenderungan dampak dari proyek ini, misalnya dapat dilihat dari kunjungan penderita dan status kesehatan. Waktu yang lima tahun mungkin sudah bisa membaca, tentu didaerah yang memulai proyek ini lebih awal. (Sidoarjo dengan Bangkalan dibandingkan dengan yang baru memulai). Sebelum jauh kepada evaluasi dampak, apakah misalnya monitoring dan supervisi pelaksanaan proyek sudah berjalan dengan baik, artinya dijalankan dengan pedoman dan dicatat yang kemudian di bahas dan ditindak lanjuti. Yang kami ketahui mestinya sudah ada pedoman yang dibuat oleh konsultan manajemen proyek dan disampaikan ke daerah untuk dilaksanakan. Apakah pedoman supervisi ini juga disupervisi pelaksanaannya? Bagaimana kinerja (performance) manajemen proyek sekarang. Untuk memantau pelaksanaan kegiatan di tahun anggaran 2000/2001 misi Bank telah memberikan saran bagaimana menyusun matrix pengamatan.

#### **Disbursement dan rencana untuk Tahun Anggaran 200/2001**

9. Sampai hari ini disbursement tidak meningkat sejak bulan December 1999 Jumlah dana yang didisbursement per laporan tanggal 16 Maret 2000, masih : USD 24,750,253.63 termasuk special account yang jumlahnya USD 3,000,000. Proyek yang sudah dua kali di kensel masing masing di bulan Agustus 1998 sebesar USD 20,000,000 dan di bulan December 13, 1999 sebesar USD 19,000,000, sehingga sisa pinjamannya menjadi USD 49,000,000. ~~Sisa dana yang belum didisbursed adalah USD 27,249,746.37 (termasuk SA deposit).~~ Bank berharap bahwa dana ini bisa dijadwalkan dengan baik pada pertemuan ini sehingga dalam pada akhir proyek akan bisa diselesaikan. CW masih USD 14,199,367.69; Equipment :USD 4,669,178.70; SAF USD 6,631,517.08 sebagai contoh contoh yang membebaskan proyek ini (lihat rekap per kategori).

### **Keperluan peralatan di Puskesmas dan Pustu.**

10. Keperluan peralatan untuk puskesmas dan pustu, serta barangkali rumah sakit kabupaten yang dapat mendukung peningkatan pelayanan dan QA program melalui clinical algorithms perlu menjadi perhatian. Bank sangat mendukung rencana ini. Seperti pembahasan dengan Bank pada misi supervisi yang baru saja berlalu hal ini diungkapkan lagi. Ada beberapa kategori yang mungkin tidak dapat dilaksanakan, dan sampai sekarang belum habis pakai. Incremental operating cost masih USD 6,793,395.24.

### **JPKM.**

11. Seperti sudah dikemukakan didepan JPKM adalah hari depan system kesehatan di Indonesia. Bank sangat entusias. Oleh karena itu Bank ingin tahu apakah dalam pertemuan ini sudah akan dapat ditentukan langkah selanjutnya setelah Bapel-Bapel ini terbentuk dengan baik. Pengamatan Bank yang lalu masih ada calon Bapel yang belum menyadari pentingnya kemandirian serta transparansi. Ini akan sangat membebani proyek dan tidak membantu kelancaran dan kelangsungan pelaksanaan program JPKM di Indonesia.

### **Pelayanan kesehatan Dasar.**

12. Pelayanan Kesehatan Dasar ditingkat Puskesmas dan Pustu.

Ada beberapa pengamatan yang agak detail terhadap program dan kegiatan dipuskesmas, tetapi hal ini justru yang dapat untuk menilai apakah QA program berjalan dengan melihat bahwa QA adalah program yang multi dimensi dan oleh karena itu diamati pada tatalaksana yang lebih detail.

(i). Masalah pembatasan jam buka: bagi puskesmas yang tidak banyak melayani penderita dan tetapi banyak melayani kegiatan diluar gedung mungkin masih bukan masalah. Tetapi bagi puskesmas yang pengunjungnya berlebihan (mendekati atau lebih 200 orang) akan menyebabkan penurunan mutu pelayanan (masa tunggu yang lama – karena menumpuknya pasien-dan pelayanan dokter yang sangat cepat – untuk menghindari penumpukan pasien, dokter harus bekerja cepat, pemeriksaan fisik jadi bisa tidak teliti).

(ii). Semestinya dokter memberikan waktu yang ada dan berusaha memeriksa pasien. Memang pekerjaan diluar pemeriksaan klinik banyak, tetapi bagaimanapun, dari pengamatan Bank para penderita sering kecewa karena tidak diperiksa dokter.

(iii). Tugas adminstrasi masih perlu banyak di benahi. Adanya QA program tentu akan menjadi tambahan pekerjaan, tetapi ini seharusnya akan merubah perilaku dan sikap para staff untuk bekerja dengan protokol dan standar, lebih kreatif dan inovative, sehingga membawa dampak kearah perbaikan pekerjaan adminstrative. Pada pengamatan yang dilakukan oleh misi, misalnya banyak sekali data dasar yang diperlukan selalu tidak siap, mestinya dengan program QA manajemen di bidang adminstrasi (penyiapan data) menjadi bergairah, karena merupakan kebutuhan.

(iv). Retribusi yang diharapkan agar puskesmas bisa melaksanakan tatalaksana lebih baik menurut pengamatan Bank masih belum memuaskan. Ini

bisa dilihat dari retention rate yang kebanyakan masih hanya 25% saja. Retention rate yang diharapkan 100%, tentunya akan membantu kelangsungan program pelayanan yang baik di tingkat puskesmas.

(v). Visit rate. Ini adalah salah satu indikator yang dipakai untuk menilai penggunaan jasa puskesmas. Satuan hitungannya sebaiknya bukan dengan persentase, karena bisa membuat rancu. Yang dimaksud visit rate mestinya adalah kesempatan (frequency) seseorang berkunjung ke puskesmas dilihat dari seluruh penduduk dalam satu tahun (period tertentu). Bukan persentase penduduk yang berkunjung. Visit rate yang diharapkan pada akhir proyek ini kalau saja bisa mencapai 1,2 akan menunjukkan bahwa puskesmas kita sudah disukai oleh para pelanggan. Rata rata visit rate tetap masih rendah dalam pengamatan misi. Pada saat sekarang visit rate masih banyak yang dibawah 0,8.

(vi). Penggunaan suntik dalam pelayanan menunjukkan kemajuan yang baik, tetapi penyuluhan yang melalui poster yang sudah di uji-cobakan, bagaimanapun mengandung pesan yang bisa merugikan program RDU (suntikan itu sendiri).

(vii). Indikator kinerja yang dikembangkan melalui Biro kepegawaian dengan bantuan seorang konsultan perlu mendapat perhatian untuk mendapat hasil yang lebih benar. ~~Walaupun~~ indikator ini masih perlu untuk dilihat lagi apakah memang dapat digunakan oleh unit yang memang memerlukan. Uji coba penempatan tenaga SKM menjadi orang kedua di puskesmas semestinya adalah baik. Yang misi Bank amati di beberapa puskesmas masih terkesan bahwa tenaga SKM ini belum atau tidak tahu tugasnya, sehingga tampaknya tidak bermanfaat. Bank mendapat informasi kalau ditahun yang akan datang penempatan tenaga SKM malah akan ditetapkan sebagai bagian dari program kepegawaian. Hal ini perlu mendapat perhatian. Kesan yang diperoleh oleh misi adalah, seakan akan (i) tidak ada pengenalan (introduksi) kepada staf lain siapa sebenarnya tenaga SKM ini, (ii) tidak ada uraian tugas yang jelas bagi tenaga ini, (iii), tidak ada bimbingan teknis dan program oleh atasan bagi SKM ini. Seminar yang dilaksanakan membahas uji coba ini telah memutuskan untuk melanjutkan program ini karena menilai uji coba ini berhasil. Bank hanya ingin menegaskan agar program ini berjalan dengan baik.

13. Bank tidak segan menyampaikan maaf kalau masih saja <sup>ada</sup> keterlambatan penerbitan NOL. Hal ini memang kadang kadang tidak bisa dihindari. Karena Task Manager dan operations officernya selalu merangkap menangani beberapa proyek.

#### Keberhasilan Proyek.

14. Sambutan ini senganja dimulai dengan merinci apa yang belum bisa dan perlu diselesaikan karena pertemuan ini adalah pertemuan terakhir. Sekarang akan dirinci apa yang sebenarnya sudah dicapai dengan baik oleh proyek ini. Seperti telah dimulai didepan, Task Management dari World Bank adalah bagian dari kesatuan atas keberhasilan Proyek ini. Yang menyenangkan dari hasil proyek ini adalah:

(i) Civil works. Walau diwarnai proses procurement yang tidak ideal yang mengakibatkan kualitas diantaranya tidak baik, tetapi perubahan dan peningkatan proses diprocurement menunjukkan adanya kemajuan baik dari para pejabat proyek di jajaran kesehatan. Surat Kakanwil Jatim oleh Bank dianggap cukup "sakti". (tambahan informasi :sejak beberapa bulan yang lalu telah terbit Radiogram Mendagri tentang dicabutnya pengaruh asosiasi dalam pengadaan). Wajah puskesmas dengan keramikisasi dan renovasi memang menjadi daya tarik pelanggan untuk berkunjung, paling tidak,(- memang perlu survey hal ini versus krismon-). Perihal mutu memang masih banyak yang jauh dari harapan, tetapi dengan dikontraknya para arsitek pasti akan membawa kemajuan yang baik. (Usulan pengadaan arsitek sudah dua tahun yan lalu oleh misi Bank, tetapi baru tahun terkhir ini disepakati). Pekerjaan konsultan aritek pusat menjadi tumpuan kalau ditindak lanjuti dengan petunjuk dan pedoman yang tertulis kepada yang bersangkutan.

(ii). Kelangsungan proyek. Setiap misi mengunjungi bupati (walaupun beberapa) dan hadirnya para wakil pemerintah daerah dalam pertemuan supervisi, semuanya memberikan janji akan tetap membantu kelangsungan kegiatan yang ada dalam proyek ini nanti pada saatnya proyek ini berhenti. Desentralisasi memang mendorong sikap ini. Dan komitment inilah yang memberi harapan progres dari proyek ini.

(iii). Semua puskesmas telah melaksanakan jaminan mutu. Walau secara teoritis tidak sepenuhnya memenuhi, tetapi secara praktis banyak dilakukan. Banyak staff yang mulai mengerti bahwa pelayanan kepada pasien itu perlu diperbaiki yang membawa hasil bermutu. Bahkan sudah lebih baik walau disana sini masih berjalan perbaikannya. Loker pendaftaran dengan sistem filingnya, pelayanan apotik, manajemen obat, adalah bagian bagian yang selalu mendapat pujian. Koponen lain yang tidak "diikutsertakan" sudah banyak yang "menjiplak" untuk meniru kegiatan program mutu ini. (walau tidak mendapat dukungan finansial, -bagian pelayanan gigi disalah satu puskesmas, sebagai contoh). Banyak bagian yang secara inisiatif melangkah lebih dahulu, seperti bidan yang sudah membuat flowchart untuk polindesnya. Bahwa clinical algorithms akan menjadi bagian dari program jaminan mutu ini adalah bagian dari pencapaian proyek yang sangat positive.

Inisiatif melibatkan Dati II dalam proses perencanaan dan penganggaran (planning & budgeting) dengan warna jaminan mutu sungguh membesarkan hati misi. Kalau saja ini dilanjutkan disemua kabupaten dimasa yang akan datang maka progam akan menjadi lebih baik.

(iv). RDU. Program ini sangat signifikan, merubah kinerja puskesmas yang "boros" obat menjadi "hemat" obat. Ini menunjukkan adanya pengertian yang mendasar dari para staff dan juga pelanggan (pasien). Penurunan penggunaan dan permintaan suntikan dan antibiotik yang sangat drastis. Tatalaksananya juga baik. LPLPO sangat membantu pekerjaan ini.

(v) SAF memang sangat membantu tugas operasional puskesmas, yang tentu meningkatkan pelayanan puskesmas. Walau belum sepenuhnya dipergunakan. SAF yang dikaitkan dengan QA dilaksanakan juga oleh dokter puskesmas yang innovative (SAF yang hanya untuk program gizi).

- (v). Keberanian uji coba SKM untuk membantu dokter Puskesmas memang sangat dihargai, tentunya dengan perbaikan yang serius. Tenaga SKM dimasa yang akan datang akan menjadi bagian pelayanan yang baik dari puskesmas. Pengangkatan (employment) tenaga Assisten Apotker untuk beberapa daerah memang juga perlu dihargai, walau penempatannya (deployment) terkesan tidak didukung dengan suatu kriteria yang baik.
- (vi) Beberapa study mendukung perubahan dalam pengambilan keputusan terutama dalam perubahan tarif puskesmas. Sosialisasi dengan pemerintah daerah akan membawa hasil yang lebih luas.
- (vi). Fellowship QA program yang secara target terpenuhi telah mempengaruhi perubahan, sedikitnya perilaku dan sikap para pejabat dan pelaksana program pelayanan di puskesmas. Fellowship dalam negeri pasti telah banyak membantu pekerjaan yang lebih baik di unitnya masing masing.
- (vii). JPKM; kalau melihat sejarah persiapan proyek ini dimulai dengan kurang rasa aman dari Bank untuk memasukan JPKM kedalam proyek, tetapi berkat perkembangan yang dipaparkan oleh program itu sendiri (bukan sekedar karena menjadi program pemerintah) Bank percaya JPKM merupakan jaminan dimasa depan, dan oleh karena itu proyek ini membantu pembiayaan JPKM, melalui study, training dan fellowships.
- (viii). Mid term review telah di selesaikan. Memang ada kekecewaan dari hasilnya tetapi walau demikian informasi yang disampaikan menjadi dorongan bagi misi dan proyek untuk melihat bagian dari proyek yang perlu diperbaiki. Misi Bank mengucapkan penghargaan kepada semua jajaran unit pelaksana dari pusat sampai daerah atas apa yang telah dilaksanakan.

15. Memang semua yang dibicarakan diatas perlu pengukuran yang kuantitatif dan kualitatif. Ini akan bisa dilihat nanti pada akhir proyek ini, walau semestinya trendnya sudah bisa kelihatan. Harapan dari Bank adalah dalam pertemuan ini semua program menjadi perhatian serta bagi pelaksana agar mempersiapkan diri untuk mencapai hasil akhir dari proyek yaitu paling tidak mendekati obyektif yang sudah disepakati. Kami percaya bahwa kita yang hadir ini mempunyai komitmen yang tinggi.

Bapak Gubernur,  
Bapak Sekjen dan semua pejabat dan hadirin semua terima kasih atas kesabaran mendengarkan uraian ini.

Terima kasih, Selamat Malam

**Sambutan dan Pengarahan  
Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan RI  
pada  
Pertemuan Tinjauan Tahunan ke IV  
Proyek Kesehatan V (UP-IV)**

---

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

Yang terhormat

Saudara Gubernur Kepala Daerah Provinsi Jawa Timur,

Pejabat yang mewakili Bank Dunia,

Saudara-saudara yang mewakili Bappenas, Departemen Keuangan, dan

Kantor Menteri Negara Otonomi Daerah,

Saudara-saudara Ketua Bappeda Tingkat I dan Tingkat II,

Saudara-saudara hadirin peserta Pertemuan Tinjauan Tahunan Keempat

Proyek Kesehatan IV.

Pertama-tama, izinkanlah saya untuk mengajak semua yang hadir disini, untuk memanjatkan puji-syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan karunia Nya sehingga kita dapat hadir di tempat ini untuk mengikuti Pertemuan Tinjauan Tahunan keempat Proyek Kesehatan IV.

Pada kesempatan ini, atas nama Departemen Kesehatan, saya juga ingin menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada saudara Gubernur Jawa Timur, yang telah bersedia untuk menjadi tuan rumah bagi penyelenggaraan pertemuan ini.

Para hadirin yang saya hormati,

Pertemuan Tinjauan Tahunan ke IV ini saya nilai **sangat penting dan strategis**, karena selain diselenggarakan pada saat Proyek Kesehatan IV memasuki tahun terakhirnya, juga adanya berbagai perubahan kebijakan nasional yang mendasar, yang berpengaruh terhadap kebijakan-kebijakan dibidang kesehatan. Disamping itu, pertemuan ini diselenggarakan pada saat krisis yang sedang dialami bangsa dan negara kita belum sepenuhnya dapat diatasi. Kondisi keuangan negara masih cukup memprihatinkan, sehingga setiap rupiah yang kita keluarkan akan berpengaruh besar terhadap anggaran secara keseluruhan. Oleh karenanya, saya sangat mengharapkan agar pertemuan yang diselenggarakan dengan biaya yang tidak sedikit ini dapat menghasilkan sesuatu yang benar-benar besar manfaatnya bagi bangsa dan negara kita.

Hadirin yang saya hormati,

Dalam penyampaian 'Keterangan Pemerintah tentang RAPBN tahun 2000' didepan Rapat Paripurna DPR, secara eksplisit telah disampaikan kebijakan pemerintah yang akan lebih mempertajam prioritas pembangunan kesehatan, dengan penekanan pada program kesehatan masyarakat dan pencegahan penyakit menular. Kalau kemudian kita telaah Proyek Kesehatan IV, maka relevansi proyek ini masih cukup tinggi. Sejak awalnya Proyek Kesehatan IV memang dirancang untuk lebih berpihak kepada golongan masyarakat miskin melalui program kesehatan masyarakat, yang sesuai kondisi lokal.

Proyek ini juga menunjukkan besarnya komitmen dari Departemen Kesehatan pada desentralisasi. Hal ini bisa kita lihat misalnya:

1. Melalui Proyek Kesehatan IV ini, para manager kesehatan di Propinsi, Kabupaten/Kota, serta Puskesmas diberi kewenangan,

- tanggung jawab, sumber daya, dan ketrampilan yang lebih besar untuk meningkatkan mutu dan pemerataan pelayanan kesehatan.
2. Perencanaan dan pelaksanaan proyek telah didesentralisasikan ke Propinsi, Kabupaten/Kota, dan bahkan sampai ke tingkat Puskesmas.
  3. Pada proyek ini juga telah diperkenalkan semacam '*block grant*' dalam bentuk Special Assistance Fund (SAF), yang dapat dipergunakan oleh Kabupaten/Kota dan Puskesmas untuk membiayai kegiatan-kegiatan yang sesuai dengan kebutuhan setempat.

Mengingat besarnya relevansi Proyek Kesehatan IV dengan kebijakan nasional yang baru, termasuk dalam meletakkan fondasi untuk menuju 'Indonesia Sehat 2010', maka sangat beralasan bila kita semua berkepentingan dengan tercapainya tujuan proyek dan kelestariannya.

Isu mengenai kelestarian tersebut menjadi sangat penting karena proyek ini akan berakhir pada saat sedang dimulainya pelaksanaan otonomi daerah. Dalam era otonomi nanti, Pemerintah Daerah diberikan kewenangan yang luas untuk mengambil keputusan-keputusan dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan prioritas daerah. Dengan kewenangan tersebut diharapkan Pemerintah Daerah akan lebih mampu mengembangkan potensinya dan menetapkan berbagai kebijakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, menciptakan iklim yang memungkinkan bagi pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan, serta menyediakan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan. Sedangkan Departemen Kesehatan Pusat akan berfungsi sebagai regulator, perumus kebijakan nasional bidang kesehatan, perencanaan nasional, penetapan standar dan pengawasan serta pengendalian, termasuk sistem informasi sebagai pendukung pengambilan keputusan yang cepat dan tepat. Terus terang saja, hingga saat ini sementara kalangan masih punya semacam

kekhawatiran bahwa **masalah kesehatan belum dianggap sebagai suatu prioritas** oleh Pemerintah Daerah, sehingga tidak diberikan alokasi anggaran yang memadai. Kekhawatiran tersebut cukup beralasan kalau memperhatikan besarnya komposisi anggaran kesehatan. Hingga tahun 1999/2000, sebagian besar Kabupaten dan Kota, masih mengandalkan anggaran untuk pelayanan kesehatan masyarakat dari Pusat. Sekitar 70-80 persen anggaran pelayanan kesehatan masyarakat di Kabupaten/Kota berasal dari APBN.

Hadirin sekalian yang terhormat,

Kekhawatiran tadi mungkin tidak seluruhnya benar. Oleh karena itu, untuk mendapatkan gambaran yang lebih benar mengenai otonomi daerah, serta kemungkinan implikasinya bagi sektor kesehatan, maka pada pertemuan kali ini, selain pejabat dari Bappenas, kita juga mengundang pejabat dari Kantor Menteri Negara Otonomi Daerah untuk memberikan masukan-masukan yang berharga, dan sekaligus berdiskusi dengan kita. Hal ini dimaksudkan agar kita dapat mempersiapkan diri untuk menghadapinya, serta sebagai bahan acuan kita dalam menyusun strategi dan langkah-langkah pelestarian program-program yang telah dirintis oleh Proyek Kesehatan IV.

Saudara-saudara sekalian yang saya hormati,

Ada **dua pertanyaan pokok** yang perlu kita jawab dalam pertemuan tinjauan tahunan ini:

***Pertama**, apa yang harus kita lakukan agar tujuan Proyek Kesehatan IV dapat dicapai?*

***Kedua**, bagaimana kegiatan/program yang diprakarsai melalui Proyek Kesehatan IV bisa lestari/berkesinambungan setelah proyek ini berakhir tahun depan?*

Agar kedua pertanyaan tersebut dapat terjawab dengan baik, tentunya kita harus melakukan evaluasi terhadap kondisi riil yang ada saat ini, termasuk komitmen, kemampuan, dan kinerja semua pihak yang terkait. Diharapkan, pada sidang-sidang dan diskusi-diskusi yang diadakan nanti, semua pihak mau melakukan *evaluasi secara jujur* terhadap segala sesuatu yang dapat berpengaruh pada pencapaian tujuan dan kelestarian proyek. Tujuannya bukan untuk mencari siapa yang salah, melainkan mencari solusi yang tepat untuk memperbaiki kekurangan, serta memelihara dan meningkatkan apa yang sudah dicapai.

Dalam sidang dan diskusi-diskusi, juga diharapkan terjadinya interaksi positif antara pusat, propinsi, dan Kabupaten/Kota, dengan tetap memperhitungkan faktor otonomi daerah yang sebentar lagi akan dilaksanakan. Dengan adanya interaksi tersebut, diharapkan hasil dari pertemuan ini akan lebih mudah untuk diaplikasikan (applicable).

Agar interaksi ini dapat terjadi dengan baik, maka semua pihak, baik dari pusat, propinsi, maupun Kabupaten/Kota harus bersedia untuk dengan sungguh-sungguh mengikuti dan *berperan aktif* dalam semua kegiatan pertemuan dari awal hingga akhir.

Hadirin yang terhormat,

Masih berkaitan dengan dua 'pertanyaan pokok' diatas, saya perlu mengingatkan bahwa, Proyek Kesehatan IV ditujukan untuk memperbaiki status kesehatan masyarakat, melalui upaya-upaya peningkatan mutu (quality) dan pemerataan (equity) pelayanan kesehatan. Dengan demikian, semua komponen / program yang dilaksanakan dalam proyek ini memiliki *satu tujuan bersama*, dan diharapkan dapat *saling menunjang* untuk tercapainya tujuan bersama tersebut, yaitu meningkatnya mutu dan pemerataan pelayanan kesehatan.

Kenyataan yang dirasakan, komponen-komponen / program-program tersebut *terkesan* berjalan menurut arah maupun visinya masing-masing, dan agak melupakan *tujuan bersama* tadi. Masih dirasakan kurangnya sinergi diantara komponen-komponen.

Hal tersebut, menurut hemat saya, disebabkan karena, *pertama*, belum difahaminya secara benar filosofi dan tujuan proyek. *Kedua*, kurangnya, atau bahkan tidak adanya koordinasi yang baik antara para penanggung jawab komponen. Para penanggung jawab komponen tidak pernah duduk bersama untuk menentukan kearah mana program jaminan mutu kita ini akan dibawa, dan bagaimana komponen-komponen tersebut dapat saling menunjang. Dugaan saya ini belum tentu benar, oleh karena itu saya minta agar dalam diskusi nanti, saudara-saudara menguji kebenaran dugaan tersebut. Seandainya dugaan itu salah, apa kira-kira penyebab yang sebenarnya. Namun seandainya benar, tolong dipikirkan upaya-upaya pemecahan yang realistis, dan bisa kita laksanakan.

Hadirin sekalian,

Saya ingin menyampaikan evaluasi saya terhadap beberapa hal yang saya anggap penting.

*Pertama*, mengenai **program jaminan mutu**.

Filosofi dan konsep program ini, dalam perjalanannya telah banyak disalah tafsirkan. Kepatuhan kepada *standar pelayanan* telah bergeser menjadi kepatuhan kepada *daftar tilik*. Daftar tilik yang dimaksudkan sebagai 'peringat-ingat' telah berubah fungsi menjadi tujuan yang harus dicapai. Barangkali ini memang kekeliruan kita.

Selama ini, prestasi sebuah puskesmas dalam melaksanakan program jaminan mutu kita nilai berdasarkan tingkat kepatuhan mereka terhadap daftar tilik. Tingkat kepatuhan, yang dinyatakan dalam persen, telah menjadi semacam target bagi mereka di puskesmas. Dan puskesmas berusaha dengan segala cara untuk memenuhinya agar dinilai baik. Akibatnya, tujuan berubah dari *memberikan pelayanan sesuai standar pelayanan yang bermutu* menjadi: *mencapai target kepatuhan terhadap daftar tilik*. Akibat lain adalah: pada banyak puskesmas, program ini lebih dirasakan sebagai beban daripada sesuatu yang berguna bagi mereka dan masyarakat. Hal yang demikian ini tentunya menimbulkan kekhawatiran kita dalam kesinambungannya.

Kekurangan kita yang lain adalah: kita terlalu memusatkan perhatian kepada puskesmas, dan hampir melupakan Dokabu yang merupakan 'pejabat kunci' berhasil tidaknya pelaksanaan suatu program kesehatan. Para Dokabu dituntut untuk membuat program jaminan mutu berhasil, namun kepada mereka ini hampir tidak pernah diberikan pembinaan yang memadai. Saya menghargai sekali propinsi Sumatra Barat yang telah lebih dulu menyadari hal ini, dan kemudian mengambil langkah-langkah untuk membina para Dokabu dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan di wilayahnya.

Selanjutnya, *yang kedua*, mengenai *Civil works*,

Pada umumnya, saya melihat rendahnya mutu kegiatan ini, baik dalam ketepatan waktu maupun dalam mutu pekerjaannya (khususnya finishing). Secara rinci, nanti konsultan kita akan memaparkan hasil investigasinya ke lapangan. Namun secara umum saya akan menggaris bawahi beberapa fakta sebagai berikut:

Di **Sumatra Barat**, selain pelaksanaannya tidak tepat waktu, kami juga melihat adanya bangunan-bangunan yang baru dibangun atau direnovasi tidak menunjukkan penampilan sebagai layaknya bangunan yang baru. Mutu finishingnya juga mengecewakan.

**Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, dan NTB** juga bermasalah dengan ketepatan waktu. Selain itu masalah finishing juga patut menjadi perhatian kita.

**Jawa Timur**, masalah ketepatan waktu juga ada, namun mutu pekerjaan relatif lebih baik. Hanya saja, saya minta untuk lebih jeli lagi dalam memeriksa bagian-bagian bangunan yang tersembunyi.

*Ketiga*, mengenai **Special Assistance Funds (SAF)**.

Kami menerima keluhan dari puskesmas mengenai adanya *plafon* untuk kegiatan yang dibiayai dengan SAF, sehingga banyak kegiatan yang tidak bisa dilaksanakan. Setelah diteliti, yang ada ternyata *unit-cost* untuk menentukan besarnya alokasi anggaran. Hal ini barangkali disebabkan karena tidak efektifnya diseminasi informasi dari atas kebawah.

Masalah yang terjadi pada dua kegiatan terakhir yang saya sebutkan tadi, telah berakibat pada rendahnya penyerapan anggaran. Kita telah mengalami dua kali '*cancellation*', pada bulan Agustus 1998 dan Desember 1999. *Cancellation* yang pertama memang lebih banyak disebabkan oleh penurunan yang tajam dari nilai Rupiah kita terhadap Dollar Amerika. Namun, kita harus mengakui bahwa *cancellation* yang kedua lebih banyak disebabkan oleh rendahnya kemampuan kita dalam menyerap anggaran.

Hadirin yang saya hormati,

Apa yang kita lakukan dalam Proyek Kesehatan IV adalah suatu kerja tim. Disana ada Bappenas, Departemen Keuangan, Departemen Kesehatan, Bank Dunia, Sekretariat Proyek, Pemerintah Daerah, dan masyarakat sendiri sebagai 'beneficiary' utama. Sebagai suatu kerja tim, maka berhasil atau tidaknya proyek ini akan sangat tergantung pada kerja sama antara semua komponen yang saya sebutkan tadi. Keberhasilan proyek ini adalah keberhasilan seluruh anggota Tim, dan sebaliknya, bila proyek ini gagal, maka itu adalah kegagalan seluruh anggota Tim pula. Saya yakin bahwa kita semua menyadari hal ini. Kerja sama dan koordinasi yang baik menuntut adanya keterbukaan diantara kita, agar kita satu sama lain dapat saling mengetahui dan memahami masalah dan kendala masing-masing. Tanpa keterbukaan dan pemahaman, kita hanya akan terjebak dalam asumsi-asumsi yang tidak dapat dipertanggung jawabkan kebenarannya. Dan hal ini tentunya akan membawa akibat yang kurang menguntungkan bagi kita semua.

Para hadirin sekalian,

Sebelum mengakhiri sambutan ini, saya ingin menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan saya kepada Gubernur pada kelima propinsi Proyek Kesehatan IV, beserta seluruh jajarannya, atas segala perhatian, dukungan, dan komitmennya yang telah diberikan bagi pembangunan kesehatan selama ini, khususnya terhadap Proyek Kesehatan IV. Saya berkeyakinan, bahwa perhatian, dukungan, dan komitmen tersebut akan semakin meningkat pada era otonomi daerah nanti.

Saya juga sangat berterima kasih atas kehadiran dan partisipasi para pejabat dari Bappenas, Kantor Menteri Negara Otonomi Daerah,

Departemen Keuangan, dan Bank Dunia. Mudah-mudahan kerjasama kita akan semakin baik dimasa-masa mendatang.

Kepada semua pihak yang telah bekerja keras sehingga dapat terselenggaranya pertemuan yang penting ini, saya sampaikan rasa terima kasih saya yang tidak terhingga.

Para hadirin yang saya hormati,

Demikianlah yang ingin saya sampaikan pada kesempatan ini. Sekali lagi saya mengharapkan agar pertemuan ini tidak berlalu dengan sia-sia, tapi sebaliknya akan menghasilkan sesuatu yang benar-benar bermanfaat dan bernilai tinggi. Selamat bekerja, semoga Tuhan Yang Maha Esa meridhoi maksud baik kita.

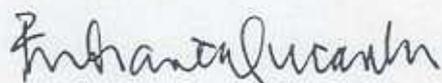
Selanjutnya, saya persilahkan Saudara Gubernur Jawa Timur untuk pada saatnya nanti membuka dengan resmi 'Pertemuan Tinjauan Tahunan Keempat Proyek Kesehatan IV' ini.

Terima kasih.

Wabilahitaufiq wal hidayah, wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Batu, 22 Maret 2000

Sekretaris Jenderal Depkes RI



Dr.E.Sutarto, SKM

*(Sebagai contoh, ada sebuah Puskesmas pada salah satu propinsi Proyek Kesehatan IV dengan performans mutu yang terkesan baik dari segi fisik, sikap petugas, maupun ketaatan kepada standar pemeriksaan. Namun setelah dilihat lebih jauh lagi, ternyata di puskesmas tersebut:*

- *Dokter hanya menggunakan stetoskop untuk memeriksa pasiennya.*
- *kulkas penyimpan vaksinnya bersuhu diatas 10°C selama beberapa hari, namun pimpinan puskesmasnya tidak mengetahui, dan vaksin tetap dipakai untuk pelayanan).*
- *ada ketidak cocokan antara pencatatan obat di apotik dengan gudang obat, dan*
- *ada kekosongan salah satu jenis obat esensial karena tidak tersedia di GFK (belum dikirim oleh supplier).*

DISPERPUSIP JATIM

**Sambutan Sekretaris Jenderal Depkes RI  
pada  
Penutupan Pertemuan Tinjauan Tahunan IV  
Proyek Kesehatan IV**

---

Assalamu'allaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Bapak, Ibu, Saudara sekalian peserta Pertemuan yang saya hormati.

Syukur Alhamdulillah, berkat rahmat dan barokah, serta ijin Allah SWT Tuhan Yang Maha Esa, kita semua telah mampu melewati waktu-waktu yang melelahkan, dalam rangka menyelesaikan tanggung jawab kita melakukan evaluasi tahunan terhadap Proyek Kesehatan IV.

Saya telah mengikuti seluruh proses pertemuan ini, mulai dari persiapan sampai selesainya pertemuan pada hari ini. Dan secara umum, harus saya akui *dengan jujur* bahwa saya "*cukup puas*" terhadap apa yang sudah kita capai sampai hari ini. Saya katakan demikian, karena:

*Pertama*, walaupun mungkin belum maksimal, saya mendapat kesan bahwa saudara-saudara sekalian telah berusaha untuk melaksanakan Proyek Kesehatan IV ini dengan penuh kesungguhan. Beberapa komponen proyek memang belum menunjukkan hasil yang menggembirakan, namun sebagian yang lain telah menunjukkan hasil yang cukup bermakna. Saya yakin bahwa para pelaksana komponen-komponen yang belum berhasil tersebut akan segera membenahi diri, dan meningkatkan kinerjanya.

*Kedua*, walaupun masih banyak kekurangan dan kelemahan dalam pelaksanaan proyek ini, namun saudara-saudara sekalian pada pertemuan ini,

telah berhasil mengidentifikasi dan menyepakati penyebab-penyebab masalahnya, serta telah pula menyepakati upaya penyelesaiannya.

*Ketiga*, saudara-saudara telah mampu untuk saling membuka diri menyampaikan masalah dan kelemahan masing-masing, serta menyatakan pendapat dan keinginan secara lebih transparan dibanding masa-masa sebelumnya. Ini saya pandang sebagai sebuah prestasi tersendiri, yang akan sangat berpengaruh bagi keberhasilan kita untuk mencapai tujuan proyek.

*Keempat*, kita telah berhasil memformulasikan strategi untuk melestarikan kegiatan-kegiatan positif yang telah dirintis oleh Proyek Kesehatan IV ini.

Saudara-saudara sekalian,

“Kepuasan” yang saya sebut tadi tentu saja bukan berarti kerja kita berhenti sampai disini. Masih banyak *pekerjaan rumah* yang cukup berat menanti kita. Kesepakatan-kesepakatan yang telah kita buat disini harus kita tindak-lanjuti. Monitoring yang ketat dan cermat harus kita lakukan, agar setiap masalah yang timbul dapat segera diketahui dan diselesaikan sebelum masalah tadi menjadi besar. Hanya dengan cara begitulah hasil yang kita harapkan bersama dapat dicapai pada waktunya. Untuk itu perlu saya ingatkan kembali, bahwa waktu kita tinggal satu tahun. Kerja keras harus kita lakukan, karena sebagaimana telah saya kemukakan terdahulu, keberhasilan Proyek Kesehatan IV akan merupakan salah satu tolok ukur Bank Dunia dalam memberikan pinjaman berikutnya. Saya ingin mengajak kita sekalian untuk menjadikan pertemuan di Jawa Timur ini sebagai salah satu tonggak keberhasilan Proyek Kesehatan IV.

Pekerjaan rumah lainnya yang juga cukup berat tetapi harus kita lakukan adalah bagaimana langkah-langkah kita yang telah kita sanggupi kita laksanakan agar kesinambungan program yang telah dirintis melalui Proyek Kesehatan IV dapat lestari.

Hadirin sekalian yang saya hormati,

Saya sangat menghargai semangat, pengorbanan, dan kesungguhan yang telah saudara-saudara sekalian tunjukkan didalam pertemuan ini. Saya yakin bahwa semangat dan kesungguhan tersebut akan tetap ada pada diri saudara-saudara sekalian dalam melakukan tindak lanjutnya. Kita tentu sependapat, bahwa hasil yang telah kita capai dalam pertemuan ini tidak akan ada artinya bila tidak diikuti dengan tindak lanjut yang memadai.

Kepada saudara-saudara yang akan kembali ke daerah masing-masing, saya ucapkan selamat jalan, semoga selamat sampai ditempat. Sampaikan salam saya untuk keluarga dirumah.

Kepada semua pihak yang telah bekerja keras demi suksesnya Pertemuan Tinjauan Tahunan Proyek Kesehatan IV ini, saya sampaikan penghargaan dan terima kasih yang sebesar-besarnya. Mudah-mudahan Allah SWT meridhoi semua yang telah kita kerjakan ini, dan mencatatnya sebagai amal ibadah kita sekalian. Amin.

Dan akhirnya, dengan mengucapkan Alhamdulillah hirobbil Alamin, saya nyatakan Pertemuan Tinjauan Tahunan Proyek Kesehatan IV di Batu, Malang ini ditutup dengan resmi.

Terima kasih. Selamat bekerja.

Wabillahi taufik wal hidayah wassalam'allaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Malang, 24 Maret 2000  
Sekretaris Jenderal Depkes RI

Dr.E.Sutarto, SKM

DISPERPUSIP JATIM

# TINJAUAN PELAKSANAAN PROYEK KESEHATAN IV SAMPAI DENGAN TAHUN 1999/2000

Oleh:

Kepala Biro Perencanaan Setjen. Depkes RI

## I. PENDAHULUAN

Proyek Kesehatan IV dimulai pada tahun anggaran 1995/1996, dan dibiayai dengan dana pinjaman dari Bank Dunia (Loan IBRD N0.3095-IND). Proyek yang akan berakhir pada 31 Maret 2001 ini mencakup 5 (lima) propinsi, yaitu Sumatra Barat, Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, Nusa Tenggara Barat, dan Jawa Timur.

Proyek Kesehatan IV ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat, melalui pemberian wewenang, tanggung jawab, sumber daya, dan kemampuan yang lebih besar kepada para manager kesehatan di propinsi, kabupaten/kota, dan puskesmas.

Tujuan khusus proyek adalah:

- Meningkatkan kewenangan dan kemampuan propinsi, kabupaten/kota, serta puskesmas untuk merencanakan dan melaksanakan program-program kesehatan yang sesuai dengan kondisi setempat,
- Menjamin bahwa penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan telah sesuai dengan standar pelayanan yang terjangkau dan 'cost-effective',
- Meningkatkan akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan, khususnya bagi kelompok masyarakat miskin,
- Meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan dasar.

Untuk mencapai tujuan tersebut diatas, Proyek Kesehatan IV dibagi dalam 8 (delapan) komponen proyek, meliputi:

1. Program Jaminan Mutu (Quality Assurance)
2. Pelayanan Kesehatan Dasar
3. Pendayagunaan tenaga kesehatan
4. Manajemen Obat, termasuk rasionalisasi penggunaan obat
5. Manajemen peralatan puskesmas
6. Mobilisasi dana
7. JPKM
8. Pelatihan

Dalam hal 'disbursement' keuangannya, kegiatan-kegiatan dalam Proyek Kesehatan IV dibagi dalam 9 katagori, yaitu:

1. Civil Work
2. Peralatan dan Furniture
3. Fellowship
4. Training dan Workshop
5. Project Development Expenditures (PDE)
6. Special Assistance Funds (SAF)
7. Managemen Proyek
8. Incremental recurrent cost
9. Konsultan dan Studi.

## II. PELAKSANAAN PROYEK KESEHATAN IV

### a. Organisasi Proyek

Untuk mencapai tujuannya, pelaksanaan Proyek Kesehatan IV diintegrasikan dalam struktur yang ada di Departemen Kesehatan. Komponen-komponen proyek didistribusikan kepada unit-unit teknis (direktorat dan biro) yang relevan. Peranan Sekretariat Proyek terbatas pada administrasi proyek dan penyediaan dukungan bagi unit-unit teknis dalam melaksanakan Proyek Kesehatan IV. Pada tingkat Propinsi juga berlaku cara yang sama, dimana telah dibentuk beberapa kelompok kerja sesuai dengan komponen proyek, dan bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan kegiatan-kegiatan yang ada dalam masing-masing komponen proyek.

Sistem seperti tersebut diatas dimaksudkan agar program serta hasil-hasil yang dicapai dalam proyek ini bisa lebih mudah diadaptasikan kedalam program-program Departemen Kesehatan. Konsekuensi dari sistem ini adalah bahwa, koordinasi yang baik dan intensif antara para penanggung jawab komponen proyek akan menjadi faktor penentu bagi keberhasilan proyek.

Pada kenyataannya, sampai dengan tahun keempat perjalanan Proyek Kesehatan IV, koordinasi seperti tersebut diatas belum mampu ditunjukkan secara baik. Masing-masing komponen cenderung berjalan menurut visi dan strateginya masing-masing seolah-olah tidak ada kaitan antara satu komponen dengan yang lainnya.

## b. Penyerapan Anggaran (disbursement)

Pada awal proyek, besarnya dana Loan yang disepakati adalah US\$ 88 juta. Namun akibat terjadinya krisis ekonomi, dimana nilai tukar Rupiah mengalami penurunan secara cukup tajam, maka pada bulan Agustus 1998 telah dilakukan pengurangan (cancellation) sebesar US\$ 20 juta sehingga menjadi US\$ 68 juta. Dari jumlah tersebut, sampai dengan Agustus 1999, ternyata hanya mampu terserap sekitar US\$ 21,03 juta atau 30,93% nya saja. 'Cancellation' dilakukan lagi pada Desember 1999 sebesar US\$ 19 juta, sehingga besarnya loan menjadi hanya US\$ 49 juta.

Secara keseluruhan, sampai dengan Februari 2000, penyerapan anggaran mencapai US\$ 31.809.527 atau 64,92% dari besarnya loan setelah 'cancellation', dengan perincian:

1. Sudah diaplikasikan TUA : US\$ 26.246.616 ( 53,56% )
2. Backlock : US\$ 5.562.911 ( 11,36% )

Adanya backlock yang mencapai lebih dari 11% tersebut, tentunya banyak berpengaruh pada penilaian besarnya penyerapan anggaran. Banyak upaya yang sudah dilakukan untuk meminimalkan jumlah backlock, antara lain dengan menyediakan tenaga dan sarana untuk membantu TUA dalam pemasukan/entry data. Namun upaya tersebut masih belum menunjukkan hasil yang menggembirakan.

Gambaran penyerapan anggaran Proyek Kesehatan IV secara keseluruhan, sampai dengan Februari 2000 adalah sebagai tersebut dalam Tabel 1 berikut ini:

**Tabel 1**  
**Penyerapan Anggaran Proyek Kesehatan IV sampai dengan Februari 2000**  
**(dalam US\$)**

Kategori	Rencana Pengeluaran 5 tahun*)	Penyerapan s/d Feb-00	Penyerapan (%)
Civil Works (1)	17.300.000	7.077.984	40,91%
Equipment & Furniture (2)	5.000.000	2.972.590	59,45%
Fellowship (3)	6.600.000	4.199.289	63,63%
Training & Workshop (4)	4.150.000	2.213.600	53,34%
PDE (5)	1.300.000	507.529	39,04%
SAF (6)	5.600.000	3.654.298	65,26%
Manajemen Proyek (7)	1.750.000	1.132.196	64,70%
Incremental cost (8)	5.000.000	3.022.161	60,44%
Consultant & study (9)	2.300.000	1.466.969	63,78%
	49.000.000	26.246.616	<b>53,56%</b>
Backlock		5.562.911	
Total	49.000.000	31.809.527	64,92%

\*) Alokasi setelah cancellation Desember 1999, terdiri: sudah di DIP kan dan Belum di DIP kan

Tabel 1 juga menunjukkan bahwa, penyerapan pada komponen civil works mempunyai dampak yang bermakna terhadap penyerapan secara keseluruhan. Hal ini disebabkan karena proporsi komponen civil works cukup besar dibanding komponen yang lain, yaitu meliputi 35,31% dari total loan. Dengan penyerapan pada komponen civil works sebesar US\$ 7.077.984 atau 40,91% dari anggaran yang tersedia untuk civil works, maka komponen ini masih menyisakan anggaran sebesar US\$ 10.222.016 yang merupakan 44,93% dari seluruh dana Loan yang belum terserap.

Dari pemantauan lapangan yang dilakukan oleh sekretariat proyek kesehatan IV pusat diperoleh gambaran sementara bahwa rendahnya penyerapan pada komponen ini lebih disebabkan oleh faktor kemampuan konsultan (perencana dan pengawas) di lapangan serta kemampuan dari kontraktor pelaksanaanya sendiri. Namun untuk memperoleh gambaran mengenai penyebab yang pasti, telah ditugaskan konsultan arsitek dari pusat untuk melakukan evaluasi lapangan, dan memberikan rekomendasi pemecahan-nya.

Penyerapan anggaran (proxy) pada ke lima propinsi, sampai dengan Februari 2000, bervariasi antara 35,59% sampai 60,57% seperti tersaji pada Tabel 2.

**Tabel 2**  
Proxy Penyerapan Anggaran per Propinsi  
sampai dengan Februari 2000\*)

	% Penyerapan
Pusat	87,71%
Sumatra Barat	42,34%
Kalimantan Barat	59,00%
Kalimantan Timur	38,80%
Nusa Tenggara Barat	35,59%
Jawa Timur	60,57%
Total HP-IV	53,56%

\*) Tidak termasuk backlock

### c. Pelaksanaan Komponen Proyek

Pelaksanaan komponen-komponen proyek akan dilaporkan secara terinci oleh masing-masing penanggung jawab komponen. Namun sebagai bahan perbandingan, berikut ini disampaikan hasil monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh Sekretariat Proyek Kesehatan IV Pusat.

#### c.1. Program Jaminan Mutu (JM)

Sebagai sebuah program perintis, harus diakui bahwa program ini masih mengandung berbagai kelemahan dan kekurangan. Namun disamping segala kelemahan dan kekurangannya, harus diakui juga bahwa Program Jaminan Mutu Proyek Kesehatan IV ini telah berhasil menciptakan suatu iklim sadar mutu pelayanan, dan mendorong banyak pihak untuk secara kritis memikirkan dan mengemukakan model-model pendekatan dan strategi yang lebih baik dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

Program jaminan mutu, dalam pelaksanaannya diintegrasikan dalam pelayanan kesehatan dasar. Sesuai dengan sasaran yang telah disepakati, program ini seharusnya sudah terintegrasi dalam 10 pelayanan kesehatan dasar. Namun pada kenyataannya, sampai dengan saat ini baru meliputi 4 pelayanan kesehatan dasar, yaitu: ISPA, ante natal care, pengobatan diare, dan imunisasi, walaupun sebenarnya pusat sudah menyediakan 12 standar pelayanan kesehatan dasar. Evaluasi sementara menunjukkan bahwa puskesmas memandang keharusan menggunakan daftar tilik sebagai suatu beban, sehingga mengurangi keinginan mereka untuk meningkatkan jumlah Pelayanan Kesehatan Dasar yang di 'Jaminan-Mutu' kan. Disamping itu, penilaian tingkat kepatuhan juga hanya dilakukan terhadap keempat pelayanan tersebut diatas. Belajar dari pengalaman tersebut,

dalam sisa waktu proyek ini akan diuji cobakan penggunaan *clinical algorithm* pada dua propinsi yang akan ditentukan kemudian. Saat ini BUKP sedang mempersiapkan hal itu. Daftar tilik tetap akan dipergunakan untuk kegiatan pencegahan, sedang untuk kegiatan pemeriksaan dan pengobatan akan dipergunakan *clinical algorithm*.

Program jaminan mutu telah dilaksanakan pada 72 Kabupaten / Kota, meliputi 1.558 buah puskesmas, dengan berbagai tahapannya. Jumlah puskesmas yang telah melaksanakan program jaminan mutu dengan tahapannya masing-masing tersaji pada Tabel 3.

**Tabel 3**  
Pelaksanaan Program Jaminan Mutu (JM)  
sampai dengan Februari 2000

Propinsi	Jml Kab/Kota	Jml Kab/Kota yang melaks program JM	Jml Seluruh Puskesmas	Jml Puskesmas yang melaks program JM	Jml Puskesmas yg telah mencapai tahap Team-based*)
Sumbar	14	14	202	202	131
Kalbar	7	7	186	186	186
Kaltim	7	7	141	141	141
NTB	7	7	112	112	112
Jatim	37	37	917	917	363
Jumlah	72	72	1.558	1.558	933

\*) sudah diberi kemampuan memecahkan masalah mutu yang kompleks

Masih adanya puskesmas yang belum sampai mencapai tahap team-based, yaitu tahapan dimana puskesmas diharapkan sudah mampu menyelesaikan problem mutu yang kompleks, disebabkan karena:

1. Adanya sejumlah 554 puskesmas di Jawa Timur yang baru mulai diikuti sertakan dalam program ini pada tahun 1999.
2. Adanya sejumlah puskesmas di propinsi lain yang belum dilatih team-based.
3. Baru sejumlah kecil puskesmas yang mampu menyelesaikan masalah kompleks. Sebagian besar pada umumnya berhenti sampai langkah ke 5, yaitu *memahami lokasi dimana masalah berada*.

Dari laporan dan dokumen yang ada, didapatkan bahwa masalah mutu yang dipecahkan pada umumnya berkisar pada masalah cakupan. Semua Puskesmas menganggap pencapaian target cakupan sebagai prioritas utama. Belum ada laporan ataupun dokumen yang menyatakan adanya puskesmas yang telah memecahkan masalah yang berkaitan dengan kepuasan pasien ataupun yang berkaitan dengan peningkatan mutu

pelayanan. Hal ini dapat dimengerti mengingat bahwa selama ini, dengan alasan untuk memudahkan evaluasi kinerja, kita lebih memfokuskan perhatian pada pencapaian target cakupan, dan bukan kepada tujuan dilakukannya suatu program/kegiatan.

Pada tanggal 13 Januari 1999, di tingkat pusat telah dibentuk Tim Koordinasi Pemantapan Pelaksanaan Jaminan Mutu, dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan No.HK.00.Sj.SK.1.0040. Dengan adanya Tim tersebut, diharapkan koordinasi program jaminan mutu di tingkat pusat akan lebih baik. Kegiatan terakhir yang termonitor dari Tim ini adalah penyusunan Pedoman Nasional Jaminan Mutu. Namun akhir-akhir ini Tim tersebut tidak menunjukkan aktivitas yang berarti. Hal ini mungkin disebabkan karena adanya perubahan struktur organisasi dalam Departemen Kesehatan, yang menyebabkan adanya perubahan-perubahan personil didalam Tim, sehingga perlu waktu untuk penyesuaian.

### **c.2. Pendayagunaan Tenaga Kesehatan.**

Program pendayagunaan tenaga dan pengembangan sistem insentif berdasarkan kinerja, yang pada awalnya berjalan dengan baik, pada tahun keempat ini telah mengalami kemunduran. Kunjungan lapangan ke puskesmas-puskesmas di wilayah Sumatra Barat, Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, dan Jawa Timur yang dilakukan oleh Tim dari Sekretariat Proyek Kesehatan IV pusat, menemukan kenyataan bahwa petugas pada puskesmas-puskesmas yang dikunjungi tersebut tidak lagi mencatat kegiatan yang mereka lakukan sehari-hari. Mereka pada umumnya menganggap hal itu sebagai tambahan beban kerja. Hal ini mungkin disebabkan karena mereka belum mengerti benar, dan belum pernah mendapat manfaat dari program tersebut.

Uji coba penempatan tenaga SKM sebagai 'orang kedua' di puskesmas juga belum dapat berjalan seperti yang diharapkan. Hal ini barangkali disebabkan karena belum adanya rincian tugas (job description) yang jelas, sehingga memicu timbulnya konflik antara tenaga SKM tersebut dengan dokter atau dokter gigi sebagai kepala puskesmas.

### **c.3. Manajemen Obat Puskesmas.**

Fokus dari komponen ini adalah pengelolaan dan penggunaan obat. Pelatihan-pelatihan pengelolaan dan penggunaan obat yang dilakukan pada tahun-tahun sebelumnya, secara umum telah menunjukkan hasil dengan tercukupinya kebutuhan obat-obatan puskesmas. Namun, pada pengamatan ke beberapa puskesmas di Kaltim dan Jatim

ditemukan adanya perbedaan pencatatan antara gudang obat dan apotik pada 5 dari 7 puskesmas yang dikunjungi.

Kegiatan rasionalisasi penggunaan obat juga telah menunjukkan hasil yang menggembirakan, yang ditunjukkan dengan semakin menurunnya secara konsisten penggunaan injeksi untuk myalgia, menurunnya penggunaan antibiotika untuk ISPA non-pneumoni dan diare akut, serta berkurangnya praktek polifarmasi.

Guna mengantisipasi datangnya era otonomi daerah, pada tahun 1999/2000 telah dilakukan studi tentang peran Gudang Farmasi Kabupaten (GFK). Studi tersebut dimaksudkan untuk menghasilkan rekomendasi-rekomendasi tentang kemungkinan-kemungkinan peran GFK dalam menunjang peningkatan mutu pelayanan pada era otonomi nanti.

#### **c.4. Manajemen Peralatan Puskesmas.**

Tujuannya adalah untuk menunjang peningkatan mutu pelayanan kesehatan di puskesmas. Melalui kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam komponen ini, diharapkan puskesmas mempunyai peralatan yang dibutuhkan sesuai standar yang ditentukan, puskesmas dapat menyiapkan peralatan dengan baik sebelum dipakai, dan petugas mau dan dapat menggunakan peralatan dengan benar. Belum ada evaluasi terbaru dari pelaksanaan komponen ini, namun pengamatan ke lapangan menunjukkan bahwa petugas puskesmas, termasuk dokter, belum menggunakan semua peralatan yang dasar yang diperlukan untuk melakukan pemeriksaan. Alat-alat yang hampir tidak pernah dipergunakan antara lain adalah termometer, otoscope, dan spatel lidah. Alat-alat tersebut tidak ada di ruang pemeriksaan, namun pada daftar tilik untuk ISPA ruang yang disediakan untuk hasil pemeriksaan suhu badan dan tenggorokan selalu terisi.

#### **c.5. Mobilisasi Pembiayaan Kesehatan.**

Komponen mobilisasi pembiayaan kesehatan semula ditujukan untuk menggali sumber-sumber pembiayaan kesehatan, termasuk adanya retensi pendapatan puskesmas sebesar minimal 100%, dan meningkatnya secara bertahap kontribusi anggaran daerah dalam pembiayaan kesehatan. Namun pada tahun-tahun terakhir proyek, tujuan ini menjadi sulit dicapai karena:

1. Pada Kabupaten/Kota yang relatif miskin, pendapatan sektor kesehatan pemerintah masih menjadi salah satu andalan pendapatan asli daerah (PAD),
2. Krisis ekonomi yang terjadi sejak pertengahan tahun 1997 membawa akibat turunnya kemampuan keuangan pemerintah Kabupaten/Kota.

Turunnya kemampuan pemerintah Kabupaten/Kota ini dikhawatirkan akan berpengaruh negatif pada pembiayaan kesehatan dalam era otonomi daerah nanti. Namun, satu hal yang menggembirakan adalah bahwa hasil study tarif yang dilakukan melalui Proyek Kesehatan IV, telah berhasil meyakinkan Pemerintah Daerah dan DPRD untuk menaikkan tarif pelayanan kesehatan di puskesmas tanpa menimbulkan gejolak di masyarakat. Dana masyarakat melalui tarif pelayanan ini, pada tingkat tertentu akan bisa menjadi salah satu sumber pembiayaan kesehatan.

#### **c.6. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM).**

Berbeda dengan komponen yang lain, JPKM baru dimulai pada tahun 1997/1998 dan tahun 1999/2000 ini memasuki tahun ketiganya. Program JPKM dimulai dengan pilot project di 7 Kabupaten/Kota, yaitu Sawahlunto Sijunjung, Sambas, Pasir, Balikpapan, Lombok Barat, Sidoarjo, dan Probolinggo. Saat ini telah dalam proses pengembangan ke 48 Kabupaten/Kota di 5 propinsi.

Total biaya untuk pengembangan JPKM di 7 (tujuh) Kabupaten/Kota berjumlah Rp.1.371.606.000 dimana Rp.1.164.949.000 (84,9%) dialokasikan untuk kegiatan di tingkat pusat. Sampai dengan Maret 2000, penyerapan anggaran di tingkat pusat masih kurang dari 20% dari alokasi.

#### **c.7. Pelatihan dan Fellowship.**

Pelatihan-pelatihan dalam rangka menunjang pelaksanaan program jaminan mutu masih terus dilakukan pada tahun 1999/2000. Pelatihan yang dilakukan terdiri atas pelatihan ulangan/penyegaran (pada 5 propinsi) dan pelatihan untuk puskesmas-puskesmas yang baru diikut sertakan dalam program jaminan mutu (pada 23 Kabupaten/Kota di Jatim).

Selain itu, telah pula dikirimkan tenaga kesehatan untuk mengikuti pendidikan jangka pendek maupun jangka panjang di luar negeri. Sampai dengan bulan Februari 2000, telah dikirimkan 112 orang untuk mengikuti program jangka panjang (S2) dalam berbagai bidang, dan 78 orang untuk mengikuti program jangka pendek dan seminar (Tabel 4).

**Tabel 4**  
Program Fellowship  
Sampai dengan Februari 2000

	Jangka Panjang				Jangka pendek					
	Mngmt Kes	QA	Mngmt RS	Lain lain	Mngmt Kes	Financing	Travel seminar	Comparative Study	QA	Int'l Conference
<b>Sumbar</b>										
Rencana	8	6	0	0	2	6	7	5	0	0
Realisasi	1	8	0	9	2	0	0	0	4	0
<b>Kalbar</b>										
Rencana	0	5	0	14	0	0	0	0	5	0
Realisasi	0	7	0	19	0	0	0	0	1	0
<b>Kaltim</b>										
Rencana	0	11	0	3	0	0	0	0	10	0
Realisasi	0	6	0	11	0	0	0	0	3	0
<b>NTB</b>										
Rencana	0	7	6	0	0	0	0	0	8	0
Realisasi	1	5	0	5	0	0	0	0	4	0
<b>Jatim</b>										
Rencana	0	6	0	10	0	0	0	0	0	0
Realisasi	0	9	0	15	0	2	0	0	3	0
<b>Pusat</b>										
Rencana	0	5	0	8	0	0	0	0	0	10
Realisasi	0	8	0	8	0	3	0	1	6	0

**c.8. Civil Works.**

Selain masalah mutu bangunan, kegiatan civil works juga banyak mengalami kelambatan. Seperti telah disebutkan terdahulu, bahwa kelambatan dalam pelaksanaan civil works telah berpengaruh besar pada rendahnya penyerapan anggaran. Sampai dengan Februari 2000, dari US\$ 17.300.000 yang tersedia dalam anggaran, baru terserap sebanyak US\$ 7.077.984 atau sekitar 40,91%. Penyerapan anggaran civil works (berdasarkan DIP) per propinsi tersaji pada Tabel 5 berikut ini.

**Tabel 5**  
Realisasi Anggaran (DIP) Civil Works  
sampai dengan Desember 1999

Propinsi	Anggaran dlm DIP*)	Penyerapan*)	% Penyerapan
Sumbar	21.946.299.900	6.716.268.000	30,6%
Kalbar	54.546.969.000	34.547.762.084	63,3%
Kaltim	18.530.671.000	12.912.597.485	69,7%
NTB	19.682.191.000	6.963.104.358	35,4%
Jatim	26.703.948.090	21.424.657.489	80,2%
Total HP-IV	141.410.078.990	82.564.389.416	58,4%

\*) : dalam Rupiah

Beberapa hal yang menjadi penyebab terjadinya kelambatan-kelambatan dalam pelaksanaan civil works antara lain adalah:

1. Masalah pada perencanaan:
  - a. Konsultan perencana kurang menguasai perencanaan fasilitas kesehatan,
  - b. Konsultan perencana tidak menghasilkan dokumen pelaksanaan yang lengkap.
2. Masalah pada pengawasan:
  - a. Konsultan pengawas tidak memiliki metoda pengawasan,
  - b. Tenaga pengawas lapangan kurang berpengalaman.
3. Masalah pada pelaksanaan:
  - a. Beberapa kontraktor belum bekerja secara profesional, dalam arti tidak melaksanakan pekerjaan sesuai gambar dan RKS, sehingga seringkali harus memperbaiki hasil kerjanya,
  - b. Kontraktor tidak memiliki tenaga kerja yang trampil, dan manajemen kerja yang baik.

### III. MASALAH DAN HAMBATAN

Pelaksanaan Proyek Kesehatan IV tidak lepas dari masalah dan hambatan, baik masalah / hambatan baru, maupun yang lama, yang belum dapat terselesaikan pada tahun sebelumnya. Masalah/hambatan yang dapat diinventarisir pada tahun 1999/2000 antara lain adalah:

1. Seperti telah disinggung diatas, pelaksanaan proyek ini diintegrasikan dalam unit-unit teknis yang ada dalam struktur Departemen Kesehatan. Karena komponen-komponen Proyek Kesehatan IV sifatnya saling menunjang satu sama lain, maka sistem seperti ini hanya akan efektif bila koordinasi antar unit berjalan dengan baik dan intensif. Yang terjadi, masing-masing 'komponen' berjalan sendiri-sendiri, dan koordinasi antar komponen hampir tidak pernah terjadi. Hal ini berdampak pada tidak optimalnya upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang bisa dilakukan puskesmas. Dan karena setiap komponen membawa kepentingan dan metodenya masing-masing, maka puskesmas merasakan hal itu sebagai beban, bukan sebagai manfaat.
2. Kurang efektifnya diseminasi informasi. Ini terlihat misalnya pada hal-hal sebagai berikut:
  - a. Puskesmas-puskesmas yang dikunjungi oleh tim sekretariat proyek, maupun oleh mission Bank Dunia menyampaikan keluhan tentang adanya 'plafon' untuk kegiatan-kegiatan yang dibiayai dengan dana SAF, padahal dalam petunjuk sudah

- disebutkan bahwa besarnya biaya untuk kegiatan SAF adalah sesuai dengan biaya riil yang diperlukan untuk suatu kegiatan (*at cost*). Hal ini berdampak pada rendahnya penyerapan dana SAF karena banyak puskesmas yang tidak mampu melaksanakan kegiatan akibat terbatasnya biaya.
- b. Pada program Jaminan Mutu, kepatuhan kepada standar pelayanan telah ditafsirkan sebagai kepatuhan kepada daftar tilik. Daftar tilik yang seharusnya merupakan sarana telah berubah fungsi menjadi tujuan. Akibatnya, program jaminan mutu menjadi berubah arah, sehingga dikhawatirkan tujuan dasarnya tidak bisa dicapai.
  - c. Masih sering terjadinya kekeliruan dalam procurement (pengadaan barang dan jasa), seperti: pembuatan dokumen, proses lelang, sampai pembuatan kontrak. Hal ini berakibat mundurnya waktu pelaksanaan.
3. Proyek Kesehatan IV dalam pelaksanaannya telah melibatkan banyak pihak, baik didalam lingkungan Departemen Kesehatan sendiri (lintas program) maupun dengan pihak-pihak diluar Departemen Kesehatan (lintas sektor). Pihak-pihak tersebut mempunyai kebijakan dan masalah intern nya masing-masing, yang kadang-kadang tidak bisa sejalan. Dewan Penasehat sebagai badan untuk konsultasi lintas sektor di tingkat pusat belum berfungsi optimal. Hal yang sama juga terjadi dalam lingkungan Departemen Kesehatan sendiri, dimana kelompok kerja yang bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan pelaksanaan komponen-komponen proyek jarang sekali melakukan pertemuan koordinasi.
  4. Kurang intensifnya komunikasi antara unit-unit teknis maupun Kelompok Kerja di tingkat pusat dengan Sekretariat Proyek. Masalah-masalah baru diketahui oleh Direktur Proyek dan Pembina Proyek pada kesempatan 'annual review', atau ketika Sekretariat Proyek melakukan pemantauan ke lapangan, sehingga langkah-langkah perbaikan menjadi terlambat dilakukan.
  5. Adanya kecenderungan dari para penanggung jawab maupun pelaksana kegiatan program untuk sedapat mungkin *menutupi kelemahan, kekurangan, ataupun masalah* yang ada, karena dianggap sebagai hal yang tidak selayaknya diketahui oleh orang lain. Hal ini membuat pihak-pihak yang terkait dengan masalah yang dihadapi tidak mengetahui, dan tidak bisa ikut memikirkan upaya-upaya untuk memecahkannya. Akibatnya, terjadi akumulasi masalah yang semakin sulit untuk dipecahkan.

## PENGEMBANGAN PROGRAM JPKM DALAM PROYEK KESEHATAN IV (HP-IV)

Jakarta, 20 Maret 2000

### Pendahuluan

Kegiatan pengembangan JPKM HP-IV telah memasuki tahun ke tiga (1999/2000), mencakup 7 (tujuh) Kabupaten/Kota. Mulai diperlukan perluasan ke 48 Kabupaten/Kota di 5 (lima) propinsi HP-IV, dengan tujuan mendukung Kabupaten/Kota dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayahnya dengan pembiayaan berasal dari masyarakat melalui kepesertaan JPKM.

Dalam struktur Proyek HP-IV, pengembangan JPKM masuk dalam komponen "institutional development", kategori Project Development Expenditure (PDE) yang bersifat eksploratif. Dalam 2 (dua) tahun pertama (1997/1998-1998/1999) telah dilaksanakan pengembangan sesuai pentahapannya: fase persiapan, fase penyusunan strategi pengembangan model JPKM dan fase implementasi, yang ditandai dengan penetapan calon Bapel setempat. Penetapan kebijakan JPKM-JPSBK telah memacu juga sebagian Bapel yang telah terbentuk untuk beroperasi sebagai JPKM mandiri/profesional dengan pesertanya terdiri dari gakin dan non gakin.

Pengembangan kelembagaan yang melibatkan peran masyarakat akan sangat tergantung pada kemampuan petugas Kabupaten/Kota serta penerimaan masyarakatnya. Peran tingkat pusat adalah memberikan fasilitasi dan dukungan teknis untuk kelancaran kegiatan. Selama ini ke 7 Kabupaten/Kota lokasi pengembangan JPKM dalam HP-IV menunjukkan pencapaian hasil yang bervariasi, dipengaruhi oleh situasi dan kondisi setempat.

Melihat kenyataan saat ini dimana telah terbentuk Penyelenggara JPKM di semua Kabupaten/Kota, diharapkan di seluruh 48 Kabupaten/Kota lokasi HP-IV dapat beroperasi Bapel JPKM yang profesional. Untuk itu perlu diimbangi dengan peningkatan fungsi pembinaan yang didukung dengan kemampuan SDM yang andal.

## **Tujuan**

### ***Tujuan umum***

Terwujudnya penyelenggaraan JPKM di Dati II yang dapat beroperasi dengan optimal untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, yang terjangkau oleh masyarakat (affordability), dan memenuhi segi pemerataan (equity), kualitas pelayanan (quality) serta kelangsungan kelembagaan (sustainability) secara finansial.

### ***Tujuan khusus***

1. Meningkatnya kemampuan Pemda di Kabupaten/Kota berikut jajaran kesehatannya dalam mendorong pengembangan dan penerapan JPKM di wilayahnya.
2. Meningkatnya peran swasta/dunia usaha dalam penyelenggaraan JPKM di wilayah Kabupaten/Kota yang bersangkutan.
3. Meningkatnya kemampuan dan mutu pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta di wilayah Kabupaten/Kota yang bersangkutan.
4. Meningkatnya kesertaan masyarakat dalam JPKM di wilayah Kabupaten/Kota yang bersangkutan

### **Lokasi**

Lokasi Proyek Kesehatan IV terdapat pada 48 Kabupaten/Kota di 5 Propinsi (Jawa Timur, Kalimantan Timur, Kalimantan Barat, Sumatera Barat dan Nusa Tenggara Barat). Dari lokasi tersebut di atas, "pilot project" pengembangan JPKM dilaksanakan di 7 (tujuh) kabupaten saja yakni Sawahlunto Sijunjung, Sambas, Lombok Barat, Pasir, Sidoarjo, Probolinggo dan kodya Balikpapan .

### **Kegiatan Pengembangan JPKM dalam HP-IV**

Pelaksanaan Pengembangan JPKM Kabupaten/Kota Percontohan, dalam tahun ke 3 ini merupakan lanjutan bagi pemantapan pengembangan JPKM yang telah dilakukan dalam 2 tahun sebelumnya.

1. Persiapan berupa pengadaan beberapa peralatan yang menunjang kegiatan pengadministrasian proyek.
2. Penyusunan strategi dan model pengembangan JPKM oleh masing-masing Kabupaten/Kota.
3. Implementasi berupa penetapan dan mulai beroperasinya Bapel JPKM Kabupaten/Kota, pemantapan sistem informasi dan pemasaran sosial JPKM, dibarengi dengan pemantapan fungsi pembinaan.

Pelaksanaan kegiatan di atas dapat diuraikan sebagai berikut :

## 1. Persiapan

- 1.1 Telah dilaksanakan pengadaan peralatan yang dapat menunjang kelancaran pengadministrasian proyek dan kegiatan pengembangan JPKM serta menunjang kegiatan Badan Pembina (Bapim) JPKM melaksanakan fungsinya.  
Peralatan dimaksud terdiri dari : OHP, Filing Kabinet, Wireless, white board electric, mesin tik, papan visual data dan kursi kerja komputer.
- 1.2 Pengadaan bantuan konsultan JPKM dan Akuntansi, akan dilaksanakan pada tahun ke 4 (2000/2001).

## 2. Penyusunan Strategi dan Model Pengembangan JPKM

- 2.1 Dalam rangka memberikan keterampilan teknis penyelenggaraan JPKM dan peningkatan fungsi Bapim, di Daerah diadakan serangkaian pelatihan JPKM bagi calon/Bapel, PPK dan aparat Pembina dengan kurikulum dan materi yang dikembangkan di Pusat berdasarkan masukan dari daerah. Untuk menunjang pelatihan, diadakan pencetakan ulang buku Pedoman Pembinaan Bapel dan penyusunan buku Pedoman Pembinaan Bapim.
- 2.2 Pelatihan/Kursus Managed Care (6 Modul) diselenggarakan oleh FKM-UI dengan peserta dari Pusat dan Daerah.
- 2.3 Analisis Data Susenas dan validasi data di lapangan dilakukan kembali sebagai lanjutan dari kegiatan tahun sebelumnya. Diupayakan agar dapat diperolehnya data yang lebih baik dan lebih mewakili keadaan saat ini dengan melakukan pengolahan Data Susenas 1999, bekerja sama dengan Biro Pusat Statistik dan Biro Perencanaan Depkes RI.
- 2.4 Telah dilaksanakan analisis data susenas 1995 untuk mengetahui potensi pengembangan JPKM di 7 (tujuh) Kabupaten/Kota yang telah ditetapkan. Data Susenas 1999 akan diperluas penggunaannya ke 48 Kabupaten/Kota HP-IV.  
Analisis dimaksud mencakup:
  - a. Potensi kemauan membayar (willingness to pay=WTP), yakni besarnya dana yang mau dibayarkan oleh individu/keluarga untuk kesehatan, dengan melihat besar pengeluaran rata-rata rumah tangga terhadap kesehatan.
  - b. Potensi kemampuan membayar (ability to pay=ATP), yakni besarnya dana yang sebenarnya dapat dialokasikan untuk membiayai kesehatan, diperhitungkan dari data tentang pengeluaran untuk tembakau dan sirih, pesta-pesta dan sebagainya.
  - c. Potensi perkiraan besar iuran diperhitungkan berdasarkan point a dan b.

- d. Potensi target populasi yang ditetapkan berdasarkan pola pengeluaran rumah tangga (point a dan b), data pola pencarian pengobatan dan struktur demografi.
- e. Rancangan Paket pemeliharaan kesehatan yang akan menjamin pemenuhan kebutuhan kesehatan untuk setiap penduduk.
- f. Potensi keberadaan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang akan melayani peserta JPKM di Kabupaten/Kota yang bersangkutan.
- g. Potensi keberadaan swasta/dunia usaha sebagai calon Badan Penyelenggara JPKM yang akan mengelola JPKM secara *profesional*.

Analisis data SUSENAS dilaksanakan di tingkat pusat, dan dibahas bersama daerah dalam suatu lokakarya. Selanjutnya dilaksanakan analisis mendalam di masing-masing Kabupaten/Kota untuk memvalidasi hasil analisis di atas, melalui survei rumah tangga dengan jumlah sampel tertentu.

Tabel Hasil Analisis Potensi JPKM di 7 Kabupaten/Kota HP-IV

Kabupaten/Kota	Potensi		
	Premi*/KK	Cakupan Peserta	Paket Yankes **
Lombok Barat	Rp. 1.400,-	45 %	Puskesmas+RS-C
Sw. Sijunjung	Rp. 1.600,-	55 %	Puskesmas+RS-C
Sambas	Rp. 1.800,-	60 %	Puskesmas+RS-C
Probolinggo	Rp. 2.400,-	40 %	Puskesmas+RS-C
Sidoarjo	Rp. 2.700,-	60 %	Puskesmas+RS-C
Pasir	Rp. 2.400,-	55 %	Puskesmas+RS-C
Balikpapan	Rp. 4.000,-	77 %	Puskesmas+RS-C

- \* Premi dihitung berdasarkan ATP 1, yakni dana untuk membiayai kesehatan/bulan, setara dengan 5 % dari pengeluaran non kesehatan. Potensi premi dan cakupan peserta menjadi lebih besar bila dihitung berdasarkan ATP 2, yakni untuk membiayai kesehatan, setara dengan pengeluaran untuk konsumsi alkohol + tembakau/rokok + pengeluaran untuk pesta dan upacara.
- \*\* Paket JPKM disusun setelah potensi premi disesuaikan dengan data Kabupaten/Kota.

- 2.5. Pada tahap ini juga dilaksanakan promosi kepada Pemda dan sektor terkait untuk mendapatkan dukungan pengembangan JPKM di wilayah Kabupaten/Kota masing-masing melalui fokus grup diskusi ataupun pertemuan lintas sektor.

- 2.6. Kegiatan lain yang masih akan dilaksanakan dalam tahap ini adalah pembahasan aspek legal JPKM/Pengembangan peraturan nasional yang direncanakan pada tahun ke 4 (2000/2001).

### 3. Tahap Implementasi

- 3.1 Pada tahap implementasi dilaksanakan sosial marketing melalui media elektronik/Radio/TV yang berskala nasional. Dengan dilakukannya pemasaran sosial JPKM ini, diharapkan masyarakat akan lebih mengenal JPKM, sehingga Bapel akan bertumbuh dan berkembang serta mencapai target jumlah peserta sesuai dengan yang direncanakan.
- 3.2 Bapel JPKM sudah mulai beroperasi yang ditandai dengan mulai dilaksanakannya pemeliharaan kesehatan kepada peserta JPKM.
- 3.3 Pada tahap ini dilakukan juga operasionalisasi dari sistem informasi manajemen (SIM), serta Studi Aspek Risiko Dasar dan Subsidi Silang, meliputi 5 Kabupaten/Kota di 3 Propinsi. Penyelesaiannya direncanakan pada tahun ke 4 (2000/2001).
- 3.4 Kegiatan evaluasi (biaya dari Pusat) yang melibatkan Bapim di daerah dan Bapel. Evaluasi ini dilaksanakan pada akhir bulan Maret 2000. Kegiatan Supervisi dari Pusat dilaksanakan secara teratur mulai dari awal proyek, pertengahan dan di akhir proyek.

#### Anggaran

Total biaya untuk pengembangan JPKM di 7 (tujuh) datu II berjumlah Rp 1.371.606.000,- dengan alokasi kegiatan di pusat berjumlah Rp 1.164.949.000,-, dengan Porsi BLN 100% kecuali pengadaan alat dengan Porsi BLN 80% dan GOI 20%.

Sampai dengan Maret 2000, penyerapan dana di tingkat pusat mencapai 15,15%, menggunakan alokasi DIP 1999/2000 yang diluncurkan sampai T.A. 2000/2001.

#### Masalah

1. Hasil analisis data SUSENAS 1999 terlambat diterbitkan untuk penggunaan di Kabupaten/Kota. Ini menyebabkan potensi pengembangan JPKM yang ada di wilayah Kabupaten/Kota belum diidentifikasi dan dimanfaatkan secara maksimal.
2. Penyerapan dana di Pusat masih kurang antara lain disebabkan karena terbitnya NOL Bank Dunia terlambat (tanggal 30 Nopember 1999).
3. Pemasaran Sosial direncanakan akan dilakukan pada tahun ke 4 (2000/2001) yang besarnya kurang lebih 50% alokasi dana kegiatan di Pusat.

### Rencana tindak lanjut

1. Peningkatan Fungsi Pembinaan dan pengembangan SDM yang andal
2. Untuk Perencanaan Proyek tahun 2000/2001 sesuai hasil pertemuan restrukturisasi proyek, ada beberapa kegiatan yang masih belum tertampung yaitu :
  1. Studi Operasional Penetapan Paket Harkes Dasar dan Unit Cost nya, di 7 + 41 (48 daerah HP-IV) Kabupaten/Kota.
  2. Penetapan Premi yang mempertimbangkan ATP/WTP masyarakat dan Pemda di 48 Kabupaten/Kota.
  3. Evaluasi penggunaan Kapitasi Puskesmas, Dokter Praktek dan Rumah Sakit, di 48 Kabupaten/Kota.
  4. Kursus Penyegaran Bapel 48 Kabupaten/Kota
  5. Training Cum Simposium Nasional JPKM dengan Pamjaki dan Univ. Pusat-Daerah.
  6. Peningkatan Kinerja Manajemen Bapim, Bapel dan PPK.
  7. Pengembangan dan Pencetakan Pedoman Unit Cost dan Premi Kabupaten/Kota oleh Pusat.
3. Sehubungan dengan adanya Program JPSBK, hal mana disetiap Kabupaten/Kota telah ada Bapel JPKM, maka kegiatan proyek yang akan datang adalah peningkatan pembinaan Bapel JPKM, Penjaminan mutu Yankes dan pendorongan perluasan kepesertaan masyarakat dalam JPKM.

### Lampiran

Matriks pelaksanaan kegiatan dan penyerapan dana.

Disk: Ch-8/C.LapHP4/F.LHP4

***Laporan***  
***Komponen Jaminan Mutu Pusat***

**Rachmi Untoro**

**Kepala Direktorat  
Bina Upaya Kesehatan Puskesmas**

**Annual Review Ke-empat, HP-IV  
Batu, Malang, Jawa Timur**

## Laporan Komponen Jaminan Mutu Pusat, tahun 1999

Oleh: Rachmi Untoro, Kepala Direktorat BUKP  
Disampaikan pada: Annual Review Ke-empat, HP-II  
Di Batu, Malang, Jawa Timur.

### I. Pendahuluan

Jaminan Mutu atau Quality Assurance merupakan salah satu dari delapan komponen Proyek Kesehatan IV. Proyek ini dilaksanakan di lima propinsi yaitu: Kaltim, NTB, Kalbar, Sumbar dan Jatim. Proyek ini akan berlangsung selama 5 tahun dari tahun 1995/1996 sampai dengan 2000/2001, dan akan berakhir pada 31 Maret 2001.

Memasuki tahun ke-empat (1999), perkembangan Puskesmas yang melaksanakan Jaminan Mutu (JM) meningkat secara eksponensial menjadi 1,558 Puskesmas. Kegiatan Jaminan Mutu yang dilaksanakan di lima propinsi ini mencakup "total coverage" yaitu 72 Dati II dan 1,558 Puskesmas.

Tujuan kegiatan JM ialah:

- Meningkatkan mutu Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD).
- Meningkatkan penggunaan (utilisasi) Puskesmas, utamanya oleh masyarakat yang tidak mampu.

Bila tujuan kegiatan JM ini tercapai, maka akan mendukung tercapainya tujuan Proyek Kesehatan IV, yang antara lain ialah: meningkatkan kemampuan dan kinerja Dati II (termasuk Puskesmas) dalam menyelenggarakan urusan kesehatan yang telah diserahkan (desentralisasi).

Dalam upaya untuk mencapai tujuan tersebut, telah ditempuh **tiga upaya**: yaitu Peningkatan Konsensus, Peningkatan Kapasitas dan Pelembagaan.

#### 1. Peningkatan Konsensus

Membangun kesepakatan (konsensus) ini diperoleh dengan melaksanakan Seminar Awareness JM, di tingkat Pusat, Propinsi maupun Dati II, agar kegiatan JM mendapat komitmen pejabat Pemda maupun kesehatan di semua tingkat. Kegiatan ini telah selesai dilaksanakan di semua tingkat di propinsi HP-IV. Meskipun kita telah berusaha untuk mendapat konsensus ini, namun masih ada kelemahan di semua tingkat karena adanya mutasi para pejabat.

#### 2. Peningkatan Kapasitas

Membangun kemampuan ini diperoleh dengan berbagai cara seperti:

- Pelatihan, dari TOT sampai di tingkat Puskesmas.
- Penyusunan Modul Pelatihan
- Penyusunan Pedoman-pedoman
- Monitoring dan supervisi untuk memberikan bimbingan.

Meskipun demikian, masih dijumpai masalah-masalah yang berkaitan dengan peningkatan kapasitas ini. Pada awal proyek, petunjuk belum mantap, panduan, pedoman dan modul pelatihan belum ada. Saat ini modul pelatihan Team-based sudah dipakai di semua propinsi HP-IV.

### 3. Pelembagaan

Yang dimaksudkan dengan pelembagaan JM ialah: menjadikan pelaksanaan kegiatan JM menjadi kegiatan rutin sehari-hari tanpa harus diperintah oleh atasan. Kegiatan untuk mengarah pada pelembagaan disini ialah memasukkan kegiatan JM dalam sistem manajemen kesehatan di Puskesmas (P1= PTP= Perencanaan Tahunan Puskesmas; P2 = Lokakarya Mini dan P3 = Stratifikasi). Beberapa bentuk kegiatan untuk mendukung pelembagaan ini antara lain: pembentukan "Tim Koordinasi Pemantapan Pelaksanaan Jaminan Mutu" (TKPPJM), Penyusunan pedoman JM, Pedoman Pelaporan dan Supervisi. Pada tahun terakhir HP-IV, prioritas diberikan pada upaya-upaya untuk melembagakan kegiatan JM.

#### Indikator Keberhasilan

Indikator yang dipakai untuk mengukur keberhasilan kegiatan JM, sebagai yang tercantum dalam SAR (Staff Appraisal report) antara lain sebagai berikut:

- *Quality of Care:*
  - *Compliance Rate (Tingkat kepatuhan)*
  - *Kepuasan Pasien*
- *Rate of Adoption*
  - *Jumlah PKD yang dilaksanakan kegiatan JM*
  - *Prosentase staff Puskesmas yang telah dilatih JM*
  - *Puskesmas mempunyai Tim Pemecah Masalah*
  - *Frekuensi Pertemuan Tim pemecah Masalah*
- *Utilization*

Untuk mengukur Pemanfaatan Puskesmas dipakai "Visit Rate".

  - *Visit Rate Umum*
  - *Visit Rate Askes / JPKM*
  - *Visit rate penduduk Miskin*

## II. Kegiatan dan Hasil yang dicapai Komponen Jaminan Mutu tahun 1999

Sampai saat ini belum ada sistem pelaporan yang terkirim dari Puskesmas sampai di tingkat Pusat, sehingga Pusat tidak dapat melaporkan dengan tepat. Laporan dalam bentuk iri mungkin dapat diperoleh lebih lengkap di tingkat propinsi, dan mungkin lebih lengkap lagi di tingkat Dati II. Oleh karena itu laporan kegiatan JM dari daerah dapat dibaca dari presentasi atau laporan dari tingkat propinsi pada pertemuan ini.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan komponen JM tingkat Pusat pada tahun 1999 antara lain ialah:

1. Dibentuknya Tim Koordinasi Pemantapan Pelaksanaan Jaminan Mutu = **TKPPJM** (disebut pula **QACC** = Quality Assurance Coordinating Committee), dengan SK Menkes nomor HK.00.SJ.I.0040; tanggal 13 Januari 1999, untuk mengkoordinasikan kegiatan JM di Pusat maupun daerah. Tim ini bertugas mengkoordinasi kegiatan dari Pokja Manajemen Obat, Training dan JM. Diharapkan Penggunaan Obat Rasional akan terintegrasi dalam JM, menyangkut Pelatihan, Pelaksanaan dan Supervisinya. Tim ini mengadakan pertemuan rutin:
  - Rapat Bulanan: dilaksanakan minimal sekali dalam sebulan, yang dihadiri anggota Pusat saja.
  - Rapat Semesteran: dilaksanakan sekali dalam enam bulan, yang dihadiri oleh anggota Pusat dan Daerah.
2. Mengintensifkan supervisi dan monitoring sampai ke Puskesmas. Untuk ini telah disusun:
  - Daftar Tilik Supervisi beserta petunjuk pengisiannya.
  - Format Laporan dan petunjuk pengisiannya.
3. Membuat Pedoman Pelaksanaan Jaminan Mutu PKD di Puskesmas, agar dapat dipakai sebagai pedoman yang diterbitkan Depkes untuk melaksanakan Jaminan Mutu di seluruh Indonesia.
4. Menginformasikan ke daerah tentang indikator yang dipakai pada Jaminan Mutu adalah sama dengan Indikator umum "Pembangunan Kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010". Indikator umum tersebut ialah:
  - Tingkat Kepuasan Pasien,
  - Kepatuhan petugas pada standar pelayanan,
  - Proporsi Puskesmas yang menjalankan manajemen standar,
  - Visit Rate atau Proporsi kunjungan Puskesmas terhadap jumlah penduduk wilayah kerja, termasuk visit rate untuk orang miskin.Issue tentang indikator ini baru saja dibahas pada Rakerkesnas tahun 2000 yang lalu (9-12 Februari 2000).

### III. Pembahasan dan Analisis Kegiatan Komponen Jaminan Mutu tahun 1999

Pembahasan pada Bab ini akan diuraikan berdasarkan indikator yang tertulis dalam SAR (Staff Appraisal Report) World Bank.

#### A. Cakupan Puskesmas (Coverage) yang telah melaksanakan Jaminan Mutu

Cakupan Puskesmas ini dapat dipakai sebagai kelompok indikator di tingkat propinsi maupun Dati II. Cakupan Puskesmas ini dapat dirinci menjadi:

1. Cakupan Puskesmas yang telah melaksanakan tahap Analisis Sistem,
2. Cakupan Puskesmas yang telah melaksanakan tahap Team-based.

Secara umum pada tahun 1999, semua Puskesmas telah melewati tahap Analisis Sistem. Pada beberapa propinsi semua Puskesmas telah masuk tahap Team-based. Sedangkan propinsi Jawa Timur sejak Januari 1999 mulai ekspansi ke 23 Dati II baru, dimulai dengan Seminar Awareness JM, diikuti Pelatihan Analisis Sistem, kemudian Peer Review, Lokakarya Hasil Analisis Sistem. Pada akhir Desember 1999 sebagian telah melaksanakan Pelatihan Team-based, dan diyakini pada tahun kelima (2000), semua sudah akan memasuki operasional Team-based. "Kegiatan akselerasi" ini telah dilaksanakan dengan baik oleh Tim JM propinsi Jawa Timur.

#### Cakupan (Coverage) Dati II di 5 propinsi.

Pada awalnya direncanakan total coverage, kecuali untuk Jawa Timur hanya 14 dari 37 Dati II. Namun sesuai dengan kesepakatan Aide Memoire pada 30 November 1998, diputuskan seluruh Dati II (14+23) di Jawa Timur akan melaksanakan JM. Sejak penyusunan proposal HP-IV, telah dibuat rencana pengembangan Dati II maupun Puskesmas yang akan melaksanakan JM. Kenyataan jumlah Dati II yang telah melaksanakan JM sampai tahun 1999 adalah sebagai berikut:

Propinsi	Jumlah Dati II melaksanakan JM					Jumlah
	96/97	97/98	98/99	99/00	00/01	
1. Kaltim	2	2	3	0	0	7
2. NTB	2	2	3	0	0	7
3. Kalbar	2	3	2	0	0	7
4. Sumbar	2	4	8	0	0	14
5. Jatim	3	4	7	23	0	37
J U M L A H	11	15	23	23	0	72

#### Cakupan Puskesmas di 5 propinsi

Sedangkan jumlah Puskesmas yang melaksanakan JM adalah sebagai berikut:

Propinsi	Jumlah Puskesmas melaksanakan JM					Jumlah
	96/97	97/98	98/99	99/00	00/01	
1. Kaltim	12	35	48	46	0	141
2. NTB	12	29	46	25	0	112
3. Kalbar	14	45	71	56	0	186
4. Sumbar	14	42	87	59	0	202
5. Jatim	21	45	145	706	0	917
J U M L A H	73	196	397	892	0	1,558

Bank Dunia memberi perhatian yang besar untuk propinsi Jawa Timur karena beban ekspansi yang cukup besar ini. Tambahannya 554 Puskesmas milik 23 Dati II baru dan yang dikerjakan secara simultan ini mempunyai potential problem dalam bidang training dan supervisi yang berkaitan dengan manpower. Untuk ini diperlukan special effort, agar dapat menjamin kesinambungan program. Persiapan dan pelaksanaan Jaminan Mutu untuk 23 Dati II baru ini telah dikerjakan oleh Jawa Timur melalui koordinasi yang baik di tingkat propinsi maupun Dati II.

## B. Mutu Pelayanan (Quality of Care) di Puskesmas

Di tingkat Pusat tidak mempunyai data yang lengkap dan terperinci untuk tahun 1999, namun ada gambaran makro sbb:

Kelompok Indikator Mutu Pelayanan ini dapat dirinci menjadi indikator-indikator:

### 1. Tingkat Kepatuhan (Compliance Rate) terhadap Daftar Tilik PKD tertentu.

- Secara umum dapat dikatakan bahwa Tingkat Kepatuhan (TK) mempunyai trend naik. TK pasca intervensi JM hampir selalu lebih baik daripada TK sebelum intervensi (data dasar). Demikian pula TK untuk data dasar pada Puskesmas angkatan ketiga lebih tinggi dari angkatan kedua. Sedangkan TK angkatan kedua umumnya lebih tinggi dari angkatan pertama. Hal ini disebabkan karena adanya "learning process", dimana Puskesmas angkatan berikutnya telah mengetahui dan belajar dari Daftar Tilik milik Puskesmas tetangga yang telah mengerjakan Peer Review.

### 2. Tingkat Penggunaan Suntikan ( Injection Rate )

- Trend prosentasi suntikan juga menunjukkan penurunan yang bermakna. Pada awalnya Puskesmas yang tidak memberikan suntikan agak ditinggalkan pasien untuk berobat ke Puskesmas tetangga. Namun di Puskesmas tetangga juga tidak memberikan suntikan yang tidak perlu. Maka pasien-pasien tersebut kembali ke Puskesmas semula. Penghapusan suntikan yang tidak perlu ini harus dijelaskan pada masyarakat melalui penyuluhan.

### 3. Polifarmasi

- Polifarmasi juga telah menunjukkan trend penurunan yang bermakna. Hal ini juga disebutkan dalam Aide Memoire supervisi Bank Dunia.

### 4. Penggunaan antibiotika yang tidak rasional.

- Indikator ini sering menimbulkan salah pengertian, karena antibiotika boleh dan benar diberikan pada penderita infeksi yang membutuhkan. Yang salah ialah bila antibiotika diberikan untuk kasus seperti diare non spesifik, influenza, dll.

## C. Adopsi (Adoption) Daftar Tilik PKD

Direktorat BUKP bersama program terkait telah menyusun 12 Daftar Tilik yang dibukukan dalam "Buku Merah". Adopsi Daftar Tilik ini menggambarkan jumlah Daftar Tilik PKD yang telah dikerjakan oleh Puskesmas.

Sebagai contoh: Puskesmas Ngumpakdalem pada tahun 1999 telah mengadopsi 7 Daftar Tilik.

#### D. Tingkat Pemanfaatan (Utilization) Puskesmas oleh masyarakat,

Tingkat Pemanfaatan ini digambarkan dengan jumlah kunjungan (visit) masyarakat ke gedung tempat pelayanan. Telah disepakati bahwa yang dimaksud dengan kunjungan atau visit ialah kunjungan ke Puskesmas, Pustu dan Polindes, untuk keperluan apapun (promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif). Tidak termasuk kunjungan ke Posyandu, Pusling, UKS, kunjungan rumah dll.

$$\text{Visit Rate} = \frac{\text{Jumlah Kunjungan dalam 1 tahun}}{\text{Jumlah Penduduk di wilayah kerja}}$$

Disepakati pula bahwa bahwa pada rumus ini meskipun menggunakan istilah "rate", namun tidak dikalikan 100 %.

Target ialah: setiap tahun ada kenaikan Visit rate sebesar 10 % dari Visit Rate tahun sebelumnya.

Pada awal proyek (tahun 1996, 1997), laporan Visit Rate dari 5 propinsi tidak dapat dibandingkan karena propinsi menggunakan pengertian yang berbeda. Ada yang memasukkan kunjungan ke Posyandu, kunjungan rumah, dll. Adapula yang mengalikan dengan 100 %. Namun mulai tahun ketiga, telah dicapai kesepakatan diatas, sehingga Visit Rate dapat dibandingkan antar Puskesmas, Dati II maupun Propinsi.

Saat ini dianut hipotese bahwa bila mutu pelayanan baik, maka Visit Rate akan meningkat pula. Apa yang terjadi di lapangan tidak selamanya demikian. Contoh untuk propinsi Kalbar diperoleh Visit Rate yang naik dan turun seperti data dibawah ini:

Visit Rate Propinsi Kalbar tahun 1997 dan 1998

Kabupaten	VR 1997	VR 1998	Naik	Turun
1. Sintang	0.83	0.81		2.5 %
2. Sambas	0.43	0.49	14.0 %	
3. Ketapang	0.40	0.51	21.6 %	
4. Pontianak	0.59	0.61	3.4 %	
5. Sanggau	0.63	0.41		35 %
6. Kapuas Hulu	0.47	0.60	27.7 %	

#### E. Tingkat Kepuasan Pasien (Patient Satisfaction)

Kepuasan pasien merupakan outcome dari pelayanan kesehatan yang bermutu. Kepuasan Pasien merupakan indikator yang paling sulit diukur, karena sangat subyektif. Biasanya yang diukur ialah "Proxy-indicatornya", yaitu indikator yang "mendekati". Sebagai proxy-indicator untuk Kepuasan Pasien, antara lain:

- Kesembuhan berobat,
- Tersedianya obat di Puskesmas
- Privacy

- Kesenambungan
- Adanya informasi yang jelas,
- Waktu Tunggu
- Kebersihan
- Biaya terjangkau, dll.

#### F. Pemecahan Masalah Kompleks

Ciri Puskesmas pada tahap Team-based ialah: mereka bekerja dalam tim untuk mengidentifikasi masalah mutu dan memecahkan masalah tersebut. **Target: tiap tahun diharapkan Puskesmas memecahkan 2-3 masalah kompleks.**

Masalah kompleks ialah masalah yang terdapat pada output atau outcome. Untuk memecahkan masalah kompleks harus dicari "root cause"-nya. Kesalahan yang sering terjadi di Puskesmas pada waktu meng-identifikasi masalah kompleks ialah: mereka memilih "public health" problems yang berkaitan dengan cakupan, dan dicari melalui hasil stratifikasi Puskesmas. Yang benar, mereka harus meng-identifikasi "quality problem", yang harus dicari melalui dimensi mutu.

### IV. Kegiatan Jaminan Mutu pada tahun anggaran 1999/2000

Kegiatan JM, HP-IV, pada tahun anggaran 1999/2000 antara lain:

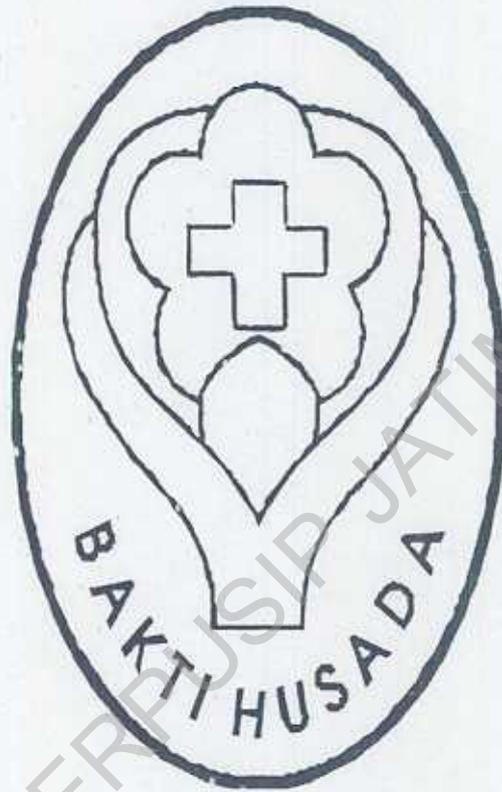
- Melaksanakan pertemuan TKPPJM untuk melakukan koordinasi kegiatan JM, utamanya untuk komponen JM, Training dan Manajemen Obat.
- Pelaksanaan Small Scale Study yang dilaksanakan oleh P4K Surabaya, berupa study untuk mengetahui hasil implementasi JM di Puskesmas dan Kepuasan Pasien dengan adanya kegiatan JM di Puskesmas.
- Melakukan supervisi bimbingan teknis ke propinsi, Dati II dan Puskesmas.
- Penyusunan Pedoman Jaminan Mutu
- Penyusunan Pedoman untuk Pelaporan
- Penyusunan Pedoman untuk Supervisi.

### V. Kesimpulan dan Rekomendasi untuk kesinambungan proyek

#### A. Kesimpulan.

Secara umum indikator kegiatan Jaminan Mutu pada tahun 1999 menunjukkan kemajuan, namun masalah masih selalu terjadi sesuai yang dibahas pada point III. Agar program JM berkesinambungan, diperlukan kepemimpinan untuk menjaga agar momentum untuk peningkatan mutu (Quality improvement) berjalan terus, moral petugas tinggi dan selalu berusaha agar memaksimalkan dampak positif program serta perbaikan proses yang terukur. Pada kesinambungan ini tercakup pengertian melibatkan semua petugas, pemberdayaan dan kerjasama tim. Pada tahap Team-based juga terdapat ciri-ciri yang sama.

# LAPORAN PELAKSANAAN KEGIATAN PUSDIKLAT



PUSAT PENDIDIKAN DAN LATIHAN PEGAWAI  
DEPARTEMEN KESEHATAN R.I

DISAJIKAN PADA PERTEMUAN TAHUNAN  
PROYEK KESEHATAN IV  
BATU MALANG JATIM MARET 2000

## **LAPORAN PELAKSANAAN KEGIATAN PROYEK KESEHATAN IV PUSDIKLAT DEPKES**

### **I. PENDAHULUAN**

Tahun 2000-2001 merupakan tahun terakhir pelaksanaan Proyek Kesehatan IV. Pusdiklat yang merupakan salah satu unit dilingkungan Dep Kes ikut terlibat dalam kegiatan proyek tersebut sejak dari awal. Sehubungan dengan hal tersebut melalui laporan ini akan diuraikan berbagai hal berkaitan dengan pelaksanaannya, pencapaian kegiatan, hal-hal yang mendukung, masalah dan hambatan serta upaya-upaya untuk menyebarluaskan dan menjamin kesinambungannya. Terlebih lagi dengan telah diundangkannya UU 22/1999 tentang pemerintahan di daerah dan UU 25/1999 tentang perimbangan keuangan pusat dan daerah.

Seperti diketahui upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan di Indonesia telah ditempuh melalui berbagai kegiatan, terutama dengan mengupayakan peningkatan mutu serta pemerataan pelayanan dan program kesehatan bagi semua penduduk terlebih mereka yang miskin dan terpencil. Upaya yang diterapkan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan tersebut adalah dengan meningkatkan motivasi, kompetensi dan pendayagunaan tenaga kesehatan secara efektif dan efisien. Tenaga pelayanan kesehatan dituntut untuk melaksanakan kemampuan teknisnya dan upaya-upaya inovatifnya dengan lebih mengutamakan jaminan mutu. Untuk terselenggaranya Jaminan Mutu (QA) pelayanan kesehatan diperlukan kegiatan-kegiatan diklat teknis untuk tenaga kesehatannya maupun upaya-upaya meningkatkan kemampuan manajerial institusinya ditingkat propinsi, kab/kota maupun di puskesmas.

Upaya- upaya diklat jaminan mutu yang dilaksanakan baik oleh pusat maupun daerah ( propinsi ), tidak diselenggarakan hanya oleh jajaran unit diklat saja tetapi juga telah dilaksanakan oleh unit lain dilingkungan Departemen Kesehatan. Hal ini diharapkan tidak akan mengurangi makna dan tujuan diklat jaminan mutu itu sendiri. Mengingat untuk terselenggaranya diklat sesungguhnya ada prinsip-prinsip diklat yang harus dipatuhi, agar mutu diklat dapat terjamin juga. Tentu saja untuk itu pusdiklat dan jajarannya harus berkoordinasi dengan berbagai pihak terutama yang kompeten dalam hal substansinya. Selain itu patut disadari , perlunya menyiapkan landasan / komitmen yang kuat dari para pengambil keputusan tentang Jaminan Mutu itu sendiri, karena diklat yang berhasilpun masih perlu dukungan atasannya , untuk dapat diterapkan ditempat tugasnya.

## II. PERAN DAN TUGAS PUSDIKLAT/ BAPELKES Mendukung JAMINAN MUTU

Pada awal dari kegiatan proyek kesehatan IV ini direncanakan bahwa **peran Pusdiklat** mendukung proyek ini melalui pendidikan pelatihan dan kesinambungannya adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan mutu diklat melalui pengembangan metoda dan pendekatan diklat interaktif .
2. Pengorganisasian diklat Jaminan mutu PKD dan meningkatkan cakupannya.
3. Peningkatan kapasitas (Capacity Building) Pusdiklat dan Bapelkes.
4. Pembentukan jaringan diklat.

Kegiatan-kegiatan yang akan dilaksanakan untuk meningkatkan peran dan kompetensi Pusdiklat dan Bapelkes untuk mendukung Jaminan mutu

Pelayanan Kesehatan Dasar ( QA –PKD) dan penatalaksanaanya adalah sejak dari Analisis kebutuhan diklat, penyusunan disain , penyusunan kurikulum, bahan , pengembangan metoda sampai dengan monitoring dan evaluasi diklat Jaminan mutu. Diharapkan melalui proyek ini dapat dilaksanakan kegiatan untuk meningkatkan ketrampilan konsultasi bagi staf Bapelkes maupun Pusdiklat untuk memberikan bimbingan teknis pada staf dinas kesehatan Propinsi /Kabupaten dan puskesmas dalam melaksanakan diklat jaminan mutu.

Karena diklat ini merupakan upaya yang harus dilaksanakan terus-menerus dan berkesinambungan, untuk itu Diklat jaminan mutu dirancang agar terfokus pada upaya meningkatkan kompetensi sesuai standard pelayanan, harus selalu ditindaklanjuti dan dipantau , tidak mengganggu kegiatan pelayanan sehari-hari, kalau perlu tidak harus meninggalkan tempat tugas , menggunakan metoda interaktif dan bertumpu pada pendekatan diklat/ belajar orang dewasa . Dasar itulah yang dipakai sehingga diklat jaminan mutu mengembangkan berbagai pendekatan diklat tidak hanya melalui pembelajaran dikelas dengan diskusi, studi kasus, tugas baca, bedah buku, tetapi juga melaui diklat ditempat kerja ( Kalakarya), Diklat jarak jauh dan sebagainya.

Yang tidak kalah pentingnya adalah peningkatan kemampuan pengeioloan/ penyelenggaraan Diklat . Seperti diketahui sampai saat ini banyak pihak telah ikut berperan didalam pelaksanaan diklat. Untuk itu perlu diberikan pembekalan yang memadai tentang bagaimana menyelenggarakan diklat yang secuai standard/ prinsip kediklatan.Itulah yang mendasari perlunya dilaksanakan diklat baik untuk institusi penyelenggara maupun pelatuhnya. Hal ini dianggap penting karena mutu penyelenggaraan diklat akan mempengaruhi pula mutu pelayanan yang akan diberikan oleh para petugasnya.

akan mempengaruhi pula mutu pelayanan yang akan diberikan oleh para petugasnya.

Secara umum diklat Jaminan mutu dapat dibedakan dalam 2(dua) hal yaitu :

1. ***Awareness training*** , untuk meningkatkan pemahaman dan motivasi dari para pengambil keputusan (manajer) mulai dari tingkat atas sampai dengan tingkat yang paling bawah. Ini dapat diberikan sebagai diklat tersendiri atau diintegrasikan pada diklat yang ada misalnya Diklat Adum, SPAMA maupun diklat teknis fungsional / program dan sejenisnya.
2. ***Technical Training***, untuk meningkatkan kemampuan teknis baik klinik maupun manajerial. Misalnya diberikan melalui pelatihan teknis klinik ( CBT), pelatihan manajemen Kesehatan umum maupun manajemen diklat, seperti TOT, OJT (kalakarya), DJJ dan sejenisnya.

Dengan demikian jelas bahwa peran Pusdiklat dan Bapelkes pada proyek Kesehatan IV adalah mendukung Jaminan Mutu dan penatalaksanaan Pelayanan Kesehatan Dasar dan program diklat terkait baik ditingkat pusat maupun di tingkat Propinsi dan Kabupaten /Kota.

#### **TUGAS PUSDIKLAT PADA PROYEK KESEHATAN IV**

1. Penyusunan Training Kits.

Untuk memenuhi kebutuhan diklat yang sama diberbagai puskesmas perlu disediakan suatu training kits yang dapat dipergunakan baik oleh Bapelkes, Kabupaten maupun puskesmas. Training kits ini disusun oleh pusdiklat dengan bantuan unit lain dilingkungan Depkes seperti Ditjen Binkesmas ( BUKP) maupun mereka yang ahli dalam penyusunan produk serupa. Training Kits ini akan sangat membantu pelatih maupun peserta dalam pelaksanaan

dikiat jaminan mutu sehingga menjadi lebih efisien, karena sebagian dari pelatih adalah mereka yang bukan murni tugasnya melatih.

2. Meningkatkan kemampuan ( kompetensi ) Bapelkes.

Seperti diketahui peningkatan mutu Pelayanan Kesehatan Dasar sangat dilandasi oleh kemampuan pemberi pelayanan tersebut, atau dengan kata lain tergantung pada mutu dan kompetensi tenaga kesehatannya. Peningkatan kompetensi tenaga kesehatan tersebut antara lain sangat dipengaruhi oleh Diklat yang diperolehnya. Itulah sebabnya Bapelkes sangat berperan untuk membantu tim propinsi, Kabupaten dan Puskesmas dalam hal : analisis kebutuhan pelatihan, mendisain diklat, menerapkan berbagai metoda diklat dan juga monitoring dan evaluasi diklat.

3. Melaksanakan program Diklat Jarak Jauh.

Diklat Jaminan mutu dimasa yang akan datang akan makin meningkat. Puskidlat dan Bapelkes beserta unit lain tidak akan mampu melaksanakannya dengan cara seperti yang sekarang telah diterapkan . Untuk itu perlu dikembangkan inovasi pendekatan diklat yang lain, yang memungkinkan dapat menjangkau dan dijangkau oleh tenaga kesehatan yang membutuhkan, terutama yang berada di daerah terpencil. Untuk itu Puskidlat dan Bapelkes harus meningkatkan kemampuannya dalam hal pendekatan diklat interaktif. Melalui Proyek Kesehatan IV dilaksanakan kegiatan peningkatan kemampuan staf untuk penyusunan modul dan pelaksanaan DJJ, melalui pelatihan jangka panjang maupun jangka pendek .

4. Membentuk Laboratorium Diklat.

Sampai saat ini telah banyak metoda diklat diterapkan dalam pelaksanaan proses diklat, akan tetapi belum banyak dilakukan evaluasi atau kajian sejauh mana berbagai metoda tersebut efektif dan tepat untuk dipergunakan. Walaupun saat Puskidlat dan Bapelkes telah cukup memiliki komputer , tetapi

belum cukup banyak peralatan tersebut digunakan sebagai salah satu prasarana diklat. Untuk itu melalui Proyek Kesehatan IV ini, dikembangkan upaya untuk menggunakan komputer sebagai alat bantu diklat, sebagai prasarana sisten informasi Diklat juga untuk mengembangkan modul-modul DJJ, khususnya untuk mendukung Jaminan Mutu.

#### **TUGAS BAPELKES PADA PROYEK KESEHATAN IV.**

Dalam rangka mendukung pelaksanaan program Jaminan mutu di wilayah Propinsi terutama dalam hal Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas dan Kabupaten, Bapelkes mempunyai tugas untuk membantu Tim propinsi dan Kabupaten dalam melaksanakan diklat Jaminan mutu, antara lain melalui kegiatan-kegiatan sbb :

1. Membantu dalam Analisis kebutuhan diklat.
2. Memilih model / metoda diklat jaminan mutu untuk puskesmas.
3. Menyebarkan / meng-create diklat yang inovatif
4. Melaksanakan TOT ( Pelatihan bagi Pelatih)
5. Membantu Tim Jaminan mutu melaksanakan supervisi diklat
6. Membantu tim Jaminan mutu melaksanakan evaluasi hasil diklat
7. Memberikan konsultasi dalam hal ketrampilan diklat
8. Melaksanakan sistem informasi diklat.

#### **III. KEGIATAN PUSDIKLAT PADA PROYEK KESEHATAN IV.**

Uraian Kegiatan Diklat Jaminan Mutu yang ada di Pusdiklat sejak tahun 1995/1996 sampai dengan 1999/2000, dapat dilihat pada lampiran berikut.

Uraian tentang pedoman, modul, bahan ajar dan produk diklat yang telah dilaksanakan sampai dengan bulan Maret 2000, dapat dilihat pada lampiran.

Uraian tentang keadaan keuangan dan pencapaiannya sampai dengan bulan Maret 2000, dapat dilihat pada lampiran berikut.

#### **IV. DUKUNGAN dan MASALAH YANG DIHADAPI SERTA UPAYA PEMECAHANNYA**

Dukungan yang diperoleh Pusdiklat antara lain dari pimpinan Depkes berupa dorongan untuk tetap terlibat dalam upaya-upaya kegiatan Jaminan Mutu. Sampai saat ini, senyatanya pusdiklat dalam melaksanakan kegiatannya lebih banyak berhubungan dengan Sekretariat proyek dan Konsultan-konsultannya serta dengan Dit Jen Binkesmas terutama dengan Direktorat Bina Upaya Kesehatan Puskesmas (BUKP). Dengan unit-unit lain yang memiliki kegiatan Jaminan Mutu, tidak terlalu sering bekerjasama. Hal ini mungkin disebabkan antara lain karena keterikatan Pusdiklat dengan Ditjen Binkesmas melalui **SK Menkes No. HK.00.SJ.SK.I.0040** tentang Tim Koordinasi Pemantapan Pelaksanaan Jaminan Mutu Proyek Kesehatan IV, yang berkaitan dengan Pelayanan Kesehatan dasar, dimana pada klausul **Menimbang** dinyatakan tentang pentingnya dukungan pelatihan yang tepat guna dan tepat waktu.

Dukungan yang lain diperoleh dari konsultan, pimpinan dan staf pusdiklat sendiri yang selalu termotivasi dan terlibat untuk berinovasi mengembangkan dan menyempurnakan kurikulum dan modul diklat Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar. Perlu diketahui bahwa sampai saat ini, banyak Diklat dilaksanakan tanpa didasari oleh kurikulum atau kerangka acuan yang jelas. Diklat jaminan mutu seharusnya didukung oleh kurikulum, modul, dan bahan diklat yang tepat, serta dipantau melalui kegiatan monitoring dan evaluasi dengan instrumen yang tepat dan sesuai tujuan diklatnya.

Hal lain yang dapat disampaikan adalah masalah-masalah berkaitan dengan penyusunan rancangan pedoman-pedoman, kurikulum ataupun modul diklat Jaminan Mutu, Pusdiklat tidak dapat leluasa menyusun karena adanya kesepakatan bahwa untuk tugas pusdiklat hanya pada proses/ teknik diklat sedangkan substansi menjadi tanggung jawab Direktorat BUKP . Pada kenyataannya, penyusunan bahan-bahan diklat tersebut tidak berjalan mulus karena adanya berbagai hambatan baik dari unit lain maupun konsultan proyek yang tidak memahami tentang prinsip dasar penyelenggaraan diklat yang seharusnya. Kurangnya koordinasi dalam penyusunan kurikulum , modul dan bahan diklat jaminan mutu tersebut berpengaruh pada pelaksanaan kegiatan baik di pusat maupun di daerah. Hal lain yang patut dikemukakan sebagai masalah adalah kurangnya pendayagunaan para pengambil keputusan (manager) di Daerah Tingkat II dan pelatih pada kegiatan diklat Jaminan Mutu, begitupun persepsi yang tidak sama tentang jenjang diklat dan tanggung jawab pimpinan pada setiap tingkat administrasi terhadap pelaksanaan jaminan mutu, sangat mempengaruhi para pelaksana di lapangan.

Upaya yang telah dilakukan untuk mengatasi berbagai masalah tersebut antara lain adalah dengan meningkatkan koordinasi berbagai pihak yang terlibat dalam diklat jaminan mutu, melakukan telaah ulang terhadap modul yang ada serta menghimpun masukan dari berbagai pihak untuk penyempurnaan diklat jaminan mutu. Selain itu meskipun terasa terlambat perlu dilakukan upaya monitoring dan evaluasi dan merancang tidak lanjut kegiatan agar terjadi kesinambungan program jaminan mutu.

## **V. PENUTUP**

Telah dicoba disampaikan berbagai hal berkaitan dengan peran, tugas dan kegiatan Pusdiklat berkaitan dengan program jaminan mutu Proyek Kesehatan IV. Berbagai upaya perbaikan telah dilaksanakan pusdiklat untuk

kesinambungannya, baik melalui diklat-diklat sejenis yang dilaksanakan di *propinsi* yang lain maupun melalui inovasi strategi dan langkah-langkah kesinambungan program Jaminan Mutu dimasa yang akan datang, belajar dari pengalaman Proyek Kesehatan IV ini.

**Malang, 22 Maret 2000**

**Pusat Pendidikan dan Latihan Pegawai**

**Depkes R.I.**

**( Dr. Supartini Hanafi, MPH)**

DISPERPUSIP JATIM

LAPORAN TAHUNAN  
PELAKSANAAN PENILAIAN KINERJA PEGAWAI DI PUSKESMAS  
PROYEK KESEHATAN IV (HP-IV)  
TAHUN 1999-2000

## I. PENDAHULUAN

Dengan bantuan Proyek Kesehatan IV, Biro Kepegawaian telah melakukan beberapa kegiatan dalam hal ketenagaan untuk persiapan pelaksanaan kebijaksanaan pemerintah yang tercantum pada Undang Undang no 22 tahun 1999 mengenai desentralisasi dan otonomi daerah. Karena sebagai salah satu tugas dan kewenangan daerah adalah melaksanakan pembinaan dan pengembangan pegawai. Pembinaan dan pengembangan pegawai harus dilakukan untuk mengoptimalisasi pendayagunaan pegawai yang dimulai sejak direkrut sampai pensiun.

Sebagaimana dicantumkan dalam Undang-undang no 43 tahun 1999 pada pasal 12 yaitu "dalam mewujudkan manajemen pegawai (PNS), diperlukan PNS yang profesional, bertanggung jawab, jujur dan adil melalui pembinaan yang dilaksanakan berdasarkan sistem prestasi kerja dan sistem karier yang di titik beratkan pada sistem prestasi kerja". maka upaya pelaksanaan penilaian kinerja pegawai di suatu unit kerja merupakan dasar untuk memperoleh penilaian yang objektif terhadap kompetensi pegawai.

Unit kerja puskesmas merupakan ujung tombak Departemen Kesehatan dalam pembangunan dan memberikan pelayanan di bidang kesehatan, oleh karena itu kinerja pegawai dan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat sangat erat hubungannya dan merupakan cermin kinerja unit tersebut.

Pada saat ini sebenarnya sudah ada DP3 yang digunakan untuk menilai pegawai yang dirasakan masih bias karena penilaian kurang objektif dan tidak mempunyai dasar.

Melalui Proyek Kesehatan IV Biro Kepegawaian Departemen Kesehatan telah mencoba menyusun suatu instrumen untuk sebagai dasar penilaian atasan dan pengisian DP3 yang objektif dengan melakukan uji coba pelaksanaan Penilaian Kinerja Pegawai di Puskesmas. Diharapkan dengan kinerja pegawai di puskesmas yang baik dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Setelah berjalan hampir 4 tahun pelaksanaan uji coba ini mengalami beberapa kali perubahan karena belum mempunyai standar uraian tugas untuk tenaga yang ada dan standar waktu penyelesaian setiap tugas baik tugas pokok maupun penunjang. Hal ini ditemukan karena tugas/beban kerja puskesmas yang besar dan tidak sesuai dengan jenis/kualifikasi tenaga yang ada akibat keterbatasan pemerintah dalam pengangkatan pegawai baru serta efisiensi pendayagunaan tenaga. Selama ini yang dilakukan di puskesmas adalah sistem bagi habis tugas dalam arti banyak tenaga yang merangkap beberapa tugas, yang tidak sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya sebagai tenaga fungsional. Hal ini berdampak yang tidak menguntungkan pada yang bersangkutan dalam pengumpulan angka kredit dan menghambat kenaikan pangkat seseorang dengan jabatan tenaga fungsional.

## II. TUJUAN

### TUJUAN UMUM:

Meningkatkan prestasi kerja pegawai dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di puskesmas.

### TUJUAN KHUSUS:

- a. Mendapatkan instrumen penilaian kinerja pegawai di puskesmas sebagai alat mengukur prestasi kerja yang dipergunakan sebagai dasar pengisian DP3 dan pelaksanaan Pengembangan Karir pegawai di lingkungan Depkes.
- b. Menetapkan kebutuhan tenaga riil pada unit kerja puskesmas sesuai dengan beban kerja/program di puskesmas.
- c. Relokasi tenaga

## III. SASARAN

Sasaran dari uji coba adalah semua puskesmas yang mendapat pembiayaan dari Proyek Kesehatan IV di 5 provinsi yaitu Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Timur, Kalimantan Barat dan Sumatera Barat.

Uji coba telah dilakukan sejak tahun 1997 sampai tahun 2000, dan saat ini telah menghasilkan draft buku Pedoman Penilaian Kinerja Pegawai di Puskesmas.

## IV. HASIL

Buku Pedoman Penilaian Kinerja Pegawai yang dapat digunakan oleh semua unit kerja terutama Daerah Tingkat II (kabupaten/kota) untuk mendukung pelaksanaan otonomi daerah dalam pembinaan pegawai di lingkungan kerjanya. Buku tersebut terdiri dari 2 jilid :

1. Jilid 1 yaitu Pedoman Penilaian Kinerja Pegawai yang isinya meliputi:
  - Prestasi kerja berdasarkan tugas pokok dan penunjang
  - Perilaku kerja termasuk disiplin pegawai.
2. Jilid 2 yaitu Pedoman Penilaian Kinerja Pegawai yang isinya meliputi:
  - Potensi/ Kemampuan pegawai
  - Penilaian dalam promosi jabatan karir Pegawai Negeri Sipil
3. Buku Penilaian Kinerja Pegawai :
  - a. Kegiatan Bulanan untuk 14 jenis tenaga yang bekerja di puskesmas
  - b. Buku Penilaian Kinerja Pegawai (catatan prestasi kerja pegawai)

## V. INDIKATOR KEBERHASILAN

Sebagai indikator keberhasilan dari uji coba penilaian kinerja, sebagian dapat diukur tetapi sebagian sulit diukur tetapi hanya dilihat dari tingkat kemajuan dari tidak dilaksanakan hingga terlaksana dengan baik antara lain dengan semakin meningkatnya :

1. Pemanfaatan waktu/jam kerja efektif pegawai di puskesmas (asupan dari hasil penelitian tim Puslitbangkes Provinsi Jawa Timur)
2. Kemampuan mengatasi faktor pengaruh / kendala pada pelaksanaan Penilaian Kinerja
3. Peran pembinaan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota terhadap Penilaian Kinerja
4. Kemampuan menetapkan perencanaan kebutuhan tenaga
5. Kewenangan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam pelaksanaan relokasi tenaga sesuai kebutuhan program

## VI. PERMASALAHAN /KENDALA

Dalam pelaksanaan uji coba Penilaian Kinerja tidak semua provinsi/kabupaten melaksanakan dengan baik karena beberapa hal:

- a. Adanya pergantian personil ( di provinsi) selaku penanggung jawab pelaksanaan uji coba tersebut sehingga tidak ada kesinambungan dalam pelaksanaan pembinaan dan pemantauan
- b. Masih kurangnya pengetahuan personil pembina mengenai manfaat pelaksanaan penilaian kinerja walaupun telah dilaksanakan pelatihan berkali2
- c. Pembinaan dan pemantauan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota terhadap puskesmas masih kurang intensif
- d. Tidak adanya biaya pengadaan buku kegiatan harian sehingga menjadi beban pegawai yang dinilai
- e. Belum adanya ketentuan/sanksi bagi pegawai yang melaksanakan /tidak melaksanakan penilaian kinerja (reward/punishment)

## VII. PEMBIAYAAN

Proyek Kesehatan IV (HP-IV) Pusat

## VIII. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Dalam pelaksanaan Penilaian kinerja Pegawai memang tidak mudah karena harus merubah sikap, perilaku dan disiplin pegawai yang selama ini kurang diperhatikan sehingga dalam pelaksanaannya memerlukan waktu/proses yang tidak didapat dalam waktu yang singkat. Tetapi bila law enforcement (kekuatan hukumnya) jelas dan kuat maka kegiatan ini dapat terlaksana sesuai dengan tujuannya.

Dalam pelaksanaannya sistim pencatatan dan pemantauan juga harus dikembangkan kedalam sistim informasi yang baik, sehingga informasi mengenai setiap pegawai dapat diperoleh dengan akurat dan cepat.

Rekomendasi agar kegiatan ini dapat terjamin kesinambungannya:

- a. Perlu dilakukan sosialisasi ke semua Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota agar dapat dilaksanakan di puskesmas.
- b. Pedoman ini perlu di perkuat dengan peraturan/ ketentuan sanksi untuk mendukung Undang-undang no 43 tahun 1999 pasal 12
- c. Digunakan sebagai dasar pengisian DP3 yang masih berlaku
- d. Digunakan sebagai bahan penetapan Angka Kredit (PAK) jabatan fungsional pegawai
- e. Perlu di bentuk tim pengelola di semua unit kerja (puskesmas, Kabupaten/Kota dan provinsi, Pusat )
- f. Perlu tambahan biaya dari Proyek Kesehatan IV dalam pengadaan buku kegiatan bulanan pegawai

DISPERPUSIP JATIM

LAPORAN TAHUNAN PELAKSANAAN  
KEGIATAN PROYEK KESEHATAN 4 (HP4)  
KOMPONEN KETENAGAAN TA 1999/2000  
BIRO KEPEGAWAIAN

NO	KEGIATAN	MASALAH	TINDAK LANJUT	KET.
I	PENILAIAN KINERJA PEGAWAI DI PUSKESMAS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buku Pedoman Penilaian Kinerja masih perlu disempurnakan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengevaluasi hasil pencatatan harian dgn pendekatan Analisis Jabatan untuk mendapatkan <u>Standar Waktu</u></li> <li>b. Mengkompilasi hasil pencatatan kegiatan harian dan mengacu kepada referensi yg ada dim penyusunan <u>Uraian Tugas Pegawai di Puskesmas</u></li> </ol>	Sedang berjalan
		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Perencanaan Kebutuhan tenaga dan relokasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>. Memantapkan formula perhitungan kebutuhan riil tenaga (bagi unit kerja yang jumlah tenaga dan beban kerjanya tidak seimbang)</li> <li>- Puskesmas ideal melalui DSP</li> </ol>	Selesai
		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Sosialisasi Penggunaan Penilaian Kinerja Kaitannya dgn Pengembangan Karir Pegawai</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. SK Sekjen/Menteri</li> <li>b. Sosialisasi ke semua propinsi (mendukung desentralisasi daerah)</li> </ol>	Akan (TA 2000)
II	STUDI (LIPIDUTA)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendayagunaan Dokter Paska PTT</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Telah direkrut 3 dokter paska PTT (1 Kalbar, 2 NTB)</li> <li>2. Gaji sebesar Rp. 1,5 jt /bln di kelola Kanwil setempat</li> </ol>	Selesai

<p>III</p> <p>SIMKA</p>	<p>2. Minat BDD PTT</p> <p>3. Standar evaluasi pola tenaga di puskesmas</p> <p>4. Penilaian Jabatan Fungsional</p> <p>5. Penempatan SKM di puskesmas</p> <p>1. Perlu informasi data pegawai Dep. Kesehatan di 5 prov</p>	<p>2. Laporan akhir</p> <p>3. Laporan</p> <p>4. Sosialisasi draft penilaian Jafung</p> <p>5. Laporan</p> <p>a. Pelatihan tenaga pengentri data di prov. dan Dati II ( 83 orang)</p> <p>b. Entri 52.630 data pegawai (data dr BAKN) yg belum di update 82.846</p>	<p>Selesai</p> <p>Selesai</p> <p>Selesai</p> <p>Selesai</p> <p>Selesai</p> <p>Selesai</p>
<p>IV.</p> <p>PENEMPATAN TENAGA SKM DI PUSKESMAS</p>	<p>1. Mempersiapkan tenaga SKM sebagai orang kedua/ manajer di puskesmas</p>	<p>a. Tahun 1998/99 ujicoba di Sumbang dan Jatim dgn merekrut 10 SKM.</p> <p>b. Tahun 1999/20 akan merekrut</p> <p>7 SKM di Sumbang</p> <p>5 SKM di Kaibar</p> <p>5 SKM di Kaltim</p> <p>5 SKM di Jatim</p> <p>5 SKM di NTB</p> <p>c. Penyusunan instrumen</p> <p>d. Pengumpulan data awal</p> <p>e. Sosialisasi</p> <p>f. Pelatihan manajemen puskesmas. Peserta pelatihan : SKM, dokter Ka Puskesmas dan KaTU non SKM</p> <p>g. Pelatihan SKM di daerah</p> <p>h. Pengumpulan data akhir</p> <p>i. Analisa data</p> <p>j. Evaluasi</p>	<p>Selesai</p> <p>Selesai</p> <p>Selesai</p> <p>Selesai</p> <p>Selesai</p> <p>Selesai</p> <p>Selesai</p> <p>Akan</p> <p>Akan</p> <p>Akan</p>

LAPORAN PENYERAPAN KEUANGAN PUSAT  
 KOMPONEN TENAGA  
 BIRO KEPEGAWAIAN TA 1999-2000

NO	KEGIATAN	ALOKASI DANA	PENYERAPAN	SISA	%	KETERANGAN
I	PENILAIAN KINERJA PEGAWAI DI PUSKESMAS	Rp. 121.005.000	Rp. 86.071.400	Rp. 34.933.600	71,1	Sisa dana akan terserap pada awal TA 2000 untuk pencetakan Buku Pedoman PK
II	SIMKA	Rp. 120.986.000	Rp. 116.712.300	Rp. 4.273.700	96,4	Sisa dana akan digunakan TA 2000
III	PENEMPATAN TENAGA SKM DI PUSKESMAS	Rp. 149.370.000	Rp. 83.120.000	Rp. 66.250.000	55,6	Dana akan terserap untuk kegiatan: • Pengumpulan data akhir • Analisa data • Evaluasi
IV	KONSULTAN	Rp. 121.000.000	Rp. 121.000.000	-	100	Terserap habis

LAPORAN TAHUN KE-4  
MANAJEMEN PERALATAN PUSKESMAS  
PROYEK HP-IV  
TAHUN 1999 – 2000

DISPERPUSIP JATIM

DITJEN BINKESMAS  
DEPARTEMEN KESEHATAN  
JAKARTA

**LAPORAN PELAKSANAAN TAHUN KE IV  
MANAJEMEN PERALATAN PUSKESMAS PROYEK HP-IV  
TAHUN 1999 – 2000**

( Disampaikan oleh Pokja Manajemen Peralatan HP-IV )

---

## I. PENDAHULUAN

Dalam rangka meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan, Departemen Kesehatan sejak tahun 1995/1996 telah mendapat bantuan pembiayaan melalui Health Project IV. Proyek ini diperuntukkan bagi provinsi Jawa Timur, NTB, Kalimantan Barat, Kalimantan Timur dan Sumatera Barat. Salah satu kegiatan untuk mencapai tujuan tersebut adalah Peningkatan Manajemen Peralatan Kesehatan Puskesmas.

Berikut ini dijelaskan secara singkat kegiatan Manajemen Peralatan Kesehatan Puskesmas dengan sistematika.

- I. Pendahuluan
- II. Konsep peningkatan manajemen alat
  - A. Konsep pemikiran
  - B. Pengertian
  - C. Ruang lingkup
  - D. Tujuan
- III. Peningkatan manajemen peralatan proyek HP-IV
  - A. Konsep kegiatan
  - B. Strategi
  - C. Target
- IV. Kegiatan yang telah dilaksanakan
- V. Kegiatan yang dilaksanakan tahun 1999/2000
- VI. Kegiatan yang dilaksanakan tahun 2000
- VII. Masalah/pemecahan
- VIII. Kesimpulan
- IX. Penutup

## II. KONSEP KEGIATAN

### A. Konsep Pemikiran

Upaya peningkatan mutu pelayanan diharapkan tercapai melalui pelaksanaan program Quality Assurance. Masalah sederhana dalam peningkatan QA menyangkut prosedur kerja. Sedangkan masalah kompleks a.l. meliputi kepuasan masyarakat, kelancaran pelayanan dan ketersediaan sumberdaya yaitu tenaga, pembiayaan, peralatan, obat, metode kerja yang tercantum dalam berbagai pedoman/standard.

Aspek peralatan diharapkan dapat mendukung peningkatan mutu pelayanan melalui pencapaian kondisi :

1. Puskesmas mempunyai peralatan yang dibutuhkan sesuai standard yang ditentukan.
2. Puskesmas dapat menyiapkan peralatan dengan baik sebelum dipakai.
3. Petugas puskesmas dapat menggunakan alat dengan benar.

Kondisi tersebut diupayakan dengan pelaksanaan manajemen peralatan puskesmas yang baik.



Secara umum diamati saat ini terdapat berbagai masalah peralatan dan manajemennya.

Masalah peralatan di tingkat puskesmas :

1. Alat kurang
2. Alat lebih
3. Alat tidak dipakai
4. Alat dipakai tidak benar
5. Alat kurang dipelihara
6. Alat tidak disimpan dengan baik
7. Alat yang rusak tertumpuk
8. Pencatatan belum baik
9. Pelaporan tidak ada
10. Penanggungjawab peralatan tidak jelas
11. Pengetahuan/keterampilan petugas kurang
12. Sumber informasi terbatas
13. Biaya pendukung kurang
14. Kepedulian kurang
15. Pembinaan dan dukungan kurang

Masalah dukungan peralatan puskesmas di Tingkat Kabupaten/Kota, Propinsi dan Pusat :

1. Pengetahuan/keterampilan petugas terbatas
2. Anggaran terbatas
3. Dukungan logistik terbatas
4. Sumber informasi terbatas
5. Mekanisme kerja pengelolaan peralatan tidak jelas
6. Pencatatan peralatan tidak lengkap
7. Pelaporan peralatan tidak dilaksanakan
8. Penyusunan kebutuhan belum dilaksanakan
9. Perencanaan alat belum dilakukan dengan baik
10. Pengadaan belum sesuai prosedur
11. Penerimaan belum dilaksanakan dengan baik
12. Pendistribusian belum terarah
13. Gudang peralatan tidak ada
14. Perbaikan belum dilaksanakan
15. Pemilikan tidak jelas
16. Penghapusan belum dilaksanakan
17. Pembinaan dan pengendalian kurang
18. Perhatian terhadap pengelolaan alat kurang

Masalah tersebut mengakibatkan upaya meningkatkan mutu pelayanan Puskesmas selama ini tidak optimal.

Dengan melaksanakan kegiatan peningkatan manajemen peralatan kesehatan Puskesmas diharapkan dapat memecahkan masalah tersebut.

## B. Pengertian

Terdapat berbagai pengertian tentang peralatan kesehatan Puskesmas. Sesuai Pasal 1 UU Kesehatan No. 23 tahun 1992 disebutkan bahwa :

Alat kesehatan adalah instrumen, apparatus, mesin, implant yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosa menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit serta memulihkan kesehatan pada manusia dan atau untuk membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.

Tetapi yang dimaksud dengan Peralatan Kesehatan Puskesmas- dalam uraian ini dibatasi pada semua peralatan kesehatan/penunjang yang diperlukan untuk mendukung pelayanan kesehatan di Puskesmas.

## C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup manajemen peralatan kesehatan sangat luas. Apabila diuraikan secara detail fungsi-fungsi substansial manajemen peralatan adalah :

1. Pencatatan dan pelaporan
2. Penyusunan kebutuhan
3. Perencanaan pemenuhan
4. Pengadaan

5. Pendistribusian/pengiriman
6. Penerimaan/penggudangan
7. Pemanfaatan
8. Pemeliharaan, penyimpanan, kalibrasi
9. Perbaikan
10. Penghapusan
11. Pemilikan

Penekanan pelaksanaan fungsi tersebut tidak sama baik di : Puskesmas, Tingkat Kabupaten, Tingkat Propinsi, Tingkat Pusat.

Disamping fungsi substansial tersebut terdapat fungsi pergerakan manajemen peralatan :

1. Pengorganisasian
2. Pelatihan
3. Penggerakan pelaksanaan
4. Pembinaan/pengendalian
5. Pengembangan

Manajemen peralatan Puskesmas dapat pula dibedakan berdasarkan tanggungjawab pembinaan yaitu :

1. Fungsi-fungsi yang berkaitan dengan pemilikan yaitu administrasi barang atau penatausahaan barang merupakan tanggungjawab Pemerintah Daerah.
2. Fungsi-fungsi yang berkaitan dengan dukungan terhadap pelayanan kesehatan merupakan tanggungjawab Departemen Kesehatan.

Mengingat luasnya aspek manajemen peralatan dan telah ada penanggungjawab fungsi manajemen tertentu oleh berbagai program/sektor terkait maka tugas Pokja manajemen peralatan puskesmas adalah memantapkan fungsi tersebut dan mengembangkan yang belum ditangani unit lain.

#### D. Tujuan

Tujuan umum peningkatan manajemen peralatan puskesmas dirumuskan sebagai :

Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan puskesmas melalui terlaksananya peningkatan manajemen peralatan kesehatan puskesmas.

Tujuan khusus :

1. Puskesmas mempunyai peralatan yang dibutuhkan sesuai standard yang ditentukan.
2. Puskesmas dapat menyiapkan peralatan dengan baik sebelum dipakai.
3. Petugas puskesmas dapat menggunakan alat dengan benar.

Tujuan khusus tersebut dicapai melalui pelaksanaan fungsi-fungsi yang telah disebutkan.

### III. KONSEP KEGIATAN MANAJEMEN PERALATAN HP-IV

#### A. Konsep Kegiatan

Untuk mencapai tujuan, rencana peningkatan manajemen peralatan HP-IV dikelompokkan dalam :

1. Pengumpulan bahan :  
Inventarisasi peraturan, pedoman, kepustakaan, dan need assessment tentang manajemen peralatan baik secara umum, maupun khusus untuk puskesmas.
2. Penyusunan pedoman manajemen peralatan puskesmas
  - a. Untuk Petugas Puskesmas
  - b. Untuk Petugas Kabupaten/Kota/Propinsi/Pusat.
3. Pelaksanaan TOT.  
Pelatihan untuk pelatih dimaksudkan menyiapkan tenaga sebagai pelaksana pelatihan untuk petugas.
4. Pelatihan Petugas Lapangan  
Sasaran pelatihan adalah petugas kabupaten/kota dan puskesmas.
5. Penggerakan Pelaksanaan.  
Penggerakan pelaksanaan dilaksanakan melalui berbagai pertemuan manajerial, penyampaian informasi kepada program/sector terkait dan lainnya.
6. Pembinaan/Pemantauan.  
Dilaksanakan melalui kunjungan lapangan, pengkajian laporan dll.
7. Kegiatan pendukung, antara lain :
  - a. Pengembangan/penelitian  
Dilaksanakan dalam rangka mengkaji aspek manajemen peralatan yang perlu dituntaskan.
  - b. Pemenuhan dukungan logistik.  
Dukungan logistik yang perlu :
    - 1). Pedoman-pedoman
    - 2). Kebutuhan format-format

Kegiatan tersebut dibedakan antara tingkat pusat dan daerah.

1. Tingkat Pusat.
  - a. Pengumpulan bahan : peraturan, pedoman, kepustakaan, dll.
  - b. Penyusun Pedoman Manajemen Peralatan.  
Untuk petugas puskesmas dan Kab/Kota, Propinsi, Pusat.
  - c. Pelatihan untuk Pelatih
  - d. Penggerakan pelaksanaan
  - e. Koordinasi pelaksanaan/pembinaan
  - f. Pembinaan teknis
  - g. Pemantauan/penilaian
  - h. Penyiapan logistik : format, pedoman
  - i. Studi operasional/pengembangan  
Studi operasional yang diperlukan :
    - 1). Pengkajian standard peralatan puskesmas
    - 2). Peranan GFK dalam manajemen peralatan
    - 3). Peningkatan rujukan perbaikan alat
    - 4). Standard produksi peralatan puskesmas

2. Tingkat Daerah.
  - a. Pelatihan untuk petugas pelaksana  
Yaitu Petugas Kab/Kota dan Puskesmas
  - b. Pelaksanaan kegiatan
  - c. Penggerakan kegiatan
  - d. Koordinasi pembinaan/pelaksanaan
  - e. Pembinaan teknis
  - f. Pemantauan/Penilaian
  - g. Penyiapan logistik : format, pedoman
  - h. Studi operasional/pengembangan.  
Disesuaikan dengan kebutuhan daerah masing-masing.

## B. Strategi

1. Kegiatan peningkatan manajemen peralatan puskesmas bersama dengari kegiatan lain disesuaikan dengan kebijaksanaan pelaksanaan program quality assurance (QA).
2. Mengingat luasnya lingkup manajemen peralatan, kegiatan peningkatan manajemen peralatan HP-IV ditekankan kepada fungsi yang belum mendapat perhatian atau bukan tanggungjawab utama program lain, yaitu :
  - a. Pencatatan.  
Melalui format A1, A3, A5 khusus untuk mendukung perencanaan, sehingga teridentifikasi kebutuhan alat yang nyata.
  - b. Pelaporan.  
Melalui format LT-3, A4, A6 khusus untuk mendukung perencanaan.
  - c. Perhitungan kebutuhan.  
Untuk mengetahui kebutuhan puskesmas didasarkan atas standar dan beban kerja.
  - d. Perencanaan pemenuhan.  
Penentuan sumber pembiayaan untuk pengadaan.
  - e. Pengadaan.  
Informasi untuk menjaga mutu dan menghindari pemborosan.
  - f. Pendistribusian/penggudangan.  
Informasi untuk tertib administrasi dan pengelolaan.
  - g. Penerimaan.  
Informasi untuk tertib administrasi dan pengelolaan.
  - h. Perbaikan.  
Pengembangan konsep rujukan perbaikan.
  - i. Penghapusan.  
Informasi cara penghapusan.
  - j. Pemilikan.  
Langkah-langkah agar kepemilikan jelas.
  - k. Pengorganisasian.  
Penataan penanggungjawab dan tata hubungan kerja.

- I. Pengembangan.  
Agar lingkup manajemen alat yang belum tertangani dapat dikembangkan.

Fungsi penggunaan dan pemeliharaan adalah tugas utama program yang diharapkan dibina oleh pengelola propinsi.

3. Manajemen Peralatan Puskesmas merupakan tanggungjawab berbagai unit kerja terkait di berbagai tingkat administrasi. Melalui kegiatan peningkatan manajemen peralatan HP-IV disebarluaskan berbagai pengetahuan tentang manajemen peralatan untuk meningkatkan kepedulian dan peranan unit kerja sesuai dengan tugas dan tanggungjawab.
4. Sesuai dengan kebijaksanaan memperkuat desentralisasi dan otonomi, daerah dipersilahkan merencanakan kegiatan sesuai dengan prioritas setempat berdasarkan masalah manajemen peralatan utama yang dihadapi.

### C. Target

Secara umum target yang diharapkan dari pelaksanaan peningkatan manajemen peralatan kesehatan puskesmas adalah:

1. Target lokasi kegiatan.  
5 propinsi HP-IV (100%)  
48 kabupaten HP-IV (100%)
2. Target input :
  - a. Adanya penanggungjawab peralatan di puskesmas (75% puskesmas).
  - b. Tersedianya format/pedoman manajemen peralatan di fasilitas yang memenuhi.
    - 1). Pedoman Manajemen Alat untuk Puskesmas (75% puskesmas).
    - 2). Pedoman Manajemen Alat untuk Dati II, I, Pusat (75% Dati II, Dati I, Pusat – eselon II untuk utama terkait).
    - 3). Format A1 (75% puskesmas).
    - 4). Buku Alat Puskesmas Dalam Gambar/Standard Peralatan (75% puskesmas).
    - 5). Kumpulan Pedoman Pemanfaatan dan Pemeliharaan (75% puskesmas).
3. Target proses.
  - a. TOT Manajemen Alat untuk Petugas Puskesmas (TOT Tk. Pusat).
  - b. Pelatihan Manajemen Alat untuk Petugas Puskesmas (100% Puskesmas).
  - c. Pelatihan Manajemen Alat untuk Petugas Dati II (100% Dati II).
  - d. 3 kegiatan studi operasional.
  - e. Adanya kegiatan pembinaar/penggerakan (100% Dati I, Dati II).
  - f. Puskesmas membuat Format A1 (75% Puskesmas).
  - g. Puskesmas membuat LT-3/A2 (75% Puskesmas).
  - h. Dati II membuat A3 (75% Dati II).
  - i. Dati II membuat A4 (75% Dati II).
  - j. Dati I membuat A5 (80% Dati II).

4. Target output.
  - a. Puskesmas mempunyai data kebutuhan (75% Pusk).
  - b. Dati II mempunyai data kebutuhan alat (75% Dati II).
  - c. Dati I mempunyai data kebutuhan alat (75% Dati I).
5. Out come.
  - a. Puskesmas mempunyai alat yang dibutuhkan.
  - b. Pengadaan alat dilaksanakan per item sesuai kebutuhan.
  - c. Alat digunakan sesuai standard.
6. Impact.
 

Peningkatan mutu pelayanan.

Penyusunan target tersebut didasarkan pada area manajemen yang diintervensi.

#### IV. KEGIATAN YANG TELAH DILAKSANAKAN

Kegiatan yang telah dilaksanakan sampai dengan tahun 1998/1999 :

- A. Pengumpulan bahan.
 

Pedoman, bahan yang telah diidentifikasi antara lain :

  1. Manual Administrasi Barang Daerah.
  2. Pedoman Tata cara Penatausahaan barang Milik Kekayaan Negara.
  3. Laporan Pengelolaan Peralatan Medis Puskesmas Proyek Kesehatan III.
  4. Berbagai pedoman pemanfaatan, pemeliharaan peralatan yang diterbitkan oleh unit kerja lain.
  5. Berbagai peraturan yang berkaitan dengan manajemen alat.
- B. Penyusunan Pedoman Pengelolaan Peralatan Puskesmas.
 

Berdasarkan bahan tersebut dan pembahasan dengan LS/LP terkait telah disusun Buku Pedoman Pengelolaan Peralatan Puskesmas untuk :

  1. Petugas Puskesmas.
  2. Petugas Kabupaten/Kota, Propinsi dan Pusat.
- C. Pelaksanaan TOT.
 

Telah dilaksanakan TOT untuk Petugas Propinsi/Kabupaten/Kota.
- D. Pelatihan Petugas Lapangan.
 

Telah dilaksanakan pelatihan petugas lapangan di daerah.
- E. Penggerakan Pelaksanaan.
 

Telah dilaksanakan penggerakan melalui berbagai pertemuan rutin, pertemuan perencanaan/evaluasi baik di pusat maupun di daerah.
- F. Pembinaan/Pemantauan.
 

Telah dilaksanakan pembinaan dan pemantauan melalui kunjungan lapangan dan telaahan laporan.

- G. Pengembangan/penelitian.  
Masih dalam tahap persiapan.
- H. Pemenuhan dukungan logistik.
  1. Pengadaan Buku Pedoman Pengelolaan
  2. Kurikulum dan modul
- I. Pertemuan Konsultasi Tehnis.
  - Pertemuan di Cimacan, tanggal 8-11 Juli 1998.
  - Dihadiri Pokja Alat Pusat dan Propinsi.
  - Pertemuan membahas substansial teknis manajemen alat puskesmas.
- J. Pertemuan Perencanaan dan Evaluasi.
  - Pertemuan di Bogor, tanggal 1-4 Februari 1999.
  - Dihadiri Pokja Tingkat Pusat dan Manajemen Alat HP-IV Propinsi.
  - Pertemuan membahas evaluasi dan perencanaan kegiatan manajemen peralatan kesehatan.
- K. Pertemuan Diseminasi Informasi Manajemen Peralatan Puskesmas.
  - Pelaksanaan diadakan secara paralel dengan Pertemuan Perencanaan dan Evaluasi.
  - Dihadiri oleh unit terkait di tingkat pusat yang banyak mengadakan alat untuk puskesmas dan Kabag. TU Kanwil Depkes Propinsi HP-IV (mewakili unit terkait di propinsi yang mengadakan alat).
  - Pertemuan mendiseminasikan substansi manajemen peralatan dan mengharapkan dukungan dari unit kerja terkait.
- L. Penyiapan Studi Pengkajian Standard Peralatan Puskesmas.
- M. Penyiapan Studi Peranan GFK dalam pengelolaan Peralatan Puskesmas.
- N. Pengadaan buku Pemanfaatan dan Pemeliharaan Peralatan Puskesmas; Format A1.
- O. Bimbingan Teknis.

Dengan demikian sebagian besar kegiatan utama peningkatan pengelolaan peralatan puskesmas sudah dilaksanakan sampai dengan tahun 1998/1999.

## V. KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN TAHUN 1999/2000

### Tingkat Pusat :

- A. Pelaksanaan Studi Peranan GFK dalam pengelolaan Peralatan Puskesmas.  
Studi ini sedang dilaksanakan oleh Pokja Manajemen Alat Pusat dibantu oleh Peneliti dari Litbang Kesehatan dan Ditjen POM.  
Studi diharapkan selesai akhir bulan Maret 2000.

- B. Pelaksanaan Studi Penyusunan Standard Mutu Produksi Alkes Pusk. Studi ini dilaksanakan swakelola oleh Ditjen POM. Hasilnya adalah dirumuskannya standard Produksi Alkes yang banyak dipakai di Puskesmas untuk menjaga mutu. Masalah yang adalah penunjukan konsultan masih dalam proses.
- C. Penyiapan Studi Pengkajian Standard Peralatan Puskesmas. Semula kegiatan diusulkan untuk 1 tahun oleh konsultan yang ditunjuk langsung. Sesuai arahan World Bank/Sekretariat HP-IV, studi ini harus dilaksanakan dalam waktu 3 bulan oleh konsultan yang ditunjuk dengan pemilihan konsultan diantara 3 pembeding. Saat ini sedang dilakukan tender konsultan (karena kalau tidak disetujui penunjukan langsung, sesuai peraturan adalah tender).
- D. Pencetakan buku Pedoman untuk tahun Kabupaten/Propinsi dan Pusat.
- E. Pengiriman buku-buku yang terkait dengan manajemen peralatan yang telah dicetak oleh Proyek lain yang belum terkirim khusus untuk Puskesmas Propinsi HP-IV.
- F. Penyiapan pengembangan rujukan perbaikan alat yang akan dilaksanakan oleh Propinsi Sumatera Barat.
- G. Penyiapan Proposal Penyusunan Software dan TOT Pencatatan dan Pelaporan Manajemen Peralatan Puskesmas. Kegiatan menunggu hasil studi Pengkajian Standard Peralatan Puskesmas.
- H. Bimbingan teknis.
- I. Pertemuan Tim/Koordinasi Pokja dalam rangka mendukung kegiatan.

## VI. KEGIATAN YANG AKAN DILAKSANAKAN TAHUN 2000

Karena pemotongan jumlah pinjaman untuk proyek HP-IV maka pada tahun 2000 tidak dianggarkan kegiatan baru melalui DIP PPKM Pusat tahun 2000.

Kegiatan tahun 2000 dengan pembiayaan dari DIP tahun 2000 atau sebelumnya adalah :

- A. Pertemuan Perencanaan dan Evaluasi antara Pusat/Daerah. Pertemuan dimaksudkan untuk merangkum seluruh kegiatan peningkatan manajemen peralatan HP-IV.
- B. Pelaksanaan studi Pengkajian Standard Peralatan Puskesmas sebagai kelanjutan persiapan tahun 1999/2000.
- C. Penyusun Software Sistem Informasi Alkes-Puskesmas. Software didasarkan atas hasil kajian standard peralatan. Direncanakan anggaran diusulkan dikurangi untuk menambah kegiatan evaluasi akhir.
- D. Pelaksanaan Studi Penyusunan Standard Mutu Produksi Alkes Puskesmas.
- E. Pelaksanaan ujicoba Rujukan Perbaikan Alat.
- F. Bimtek
- G. Koordinasi Pokja Manajemen Peralatan.

## VII. MASALAH DAN SARAN

- A. Berbagai komponen dalam peningkatan mutu di lapangan belum terpadu dengan baik.  
Dalam pelaksanaan program QA perlu dibahas keterkaitan dengan komponen kegiatan lain khususnya alat (ketersediaan, pengetahuan/keterampilan menyiapkan dan menggunakan).
- B. Koordinasi pengadaan peralatan belum berjalan dengan baik.  
Petugas yang melaksanakan pengadaan belum memanfaatkan informasi kebutuhan alat yang telah ada di kabupaten/propinsi.  
Pada tahun 1998/1999 telah dilaksanakan pertemuan diseminasi dengan unit kerja yang banyak mengadakan alat untuk puskesmas dan Kabag. TU Kanwil (sebagai koordinator pelaksana pengadaan di Kanwil Depkes) dengan tujuan agar lintas program/sector terkait meningkatkan dukungan/perannya dalam manajemen alat puskesmas termasuk pengadaan.
- C. Pengadaan penggantian alat puskesmas bersumber OECF INP masih dalam bentuk paket.  
Sumber utama pengadaan penggantian peralatan puskesmas adalah bantuan OECF INP. Pengalokasian anggarannya belum menampung sepenuhnya pengadaan per-item tetapi masih set/paket.  
Walaupun demikian komposisi item alat tiap paket telah merujuk pada kebutuhan.
- D. Pengetahuan dan keterampilan petugas puskesmas dalam pemanfaatan, pemeliharaan alat masih kurang.  
Penanggungjawab program di berbagai tingkat administrasi perlu memperhatikan pembinaan pemanfaatan dan pemeliharaan peralatan program yang menjadi tanggungjawabnya kepada petugas.
- E. Perhatian Pemda terhadap pengelolaan peralatan puskesmas masih kurang.  
Hal ini tercermin dengan keterbatasan Pemda dalam pembinaan administrasi barang/peralatan dan audit peralatan. Pelaksanaan audit peralatan sangat berperan dalam peningkatan pencatatan peralatan puskesmas dan fungsi-fungsi lainnya.
- F. Terbatasnya sumber pembiayaan untuk pengadaan alat.  
Di Kabupaten/Kota HP-IV telah diadakan peralatan dengan jumlah terbatas sesuai tersedianya anggaran. Kebutuhan anggaran untuk peralatan, yang perlu dipenuhi dari berbagai sumber yang memungkinkan.
- G. Kurangnya komitmen bersama untuk meningkatkan manajemen peralatan.  
Pelaksanaan manajemen peralatan puskesmas tergantung pada berbagai unit kerja di berbagai tingkat administrasi dan komitmen bersama untuk melaksanakan, sehingga perlu advokasi pergerakan berkesinambungan.