

INOVASI DALAM PEMBERIAN PELAYANAN BERDASARKAN KONTRAK DI RSD CUT NYA'DIEN KABUPATEN ACEH BARAT DAN DI KABUPATEN BERAU KALIMANTAN TIMUR

*INOVATIVE HEALTH SERVICE BASED ON CONTRACT AT CUT NYA'DIEN HOSPITAL
IN ACEH AND BERAU DISTRICT IN EAST KALIMANTAN*

Laksono Trisnantoro, Dwi Handono
Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan,
FK UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Human resources shortage is a chronic problem in remote and difficult areas in Indonesia. The current policy is to send human resources based on individual contract by central government to the remote areas and government employees by local government. After years of implementation, this policy has no significant impact to problem. Therefore, an innovative policy is needed. This paper aims to discuss the innovative program for fulfilling the human resources through contracting mechanism in Aceh Barat District (after tsunami) and Berau District in East Kalimantan Province. These cases show many obstacles in implementing contracting. One of big problems is to find the suitable contractor for this policy. There is no contractor available, although the budget for human resources deployment through contracting-out had been approved by local government and local parliament. The West Aceh experience showed positive result. The deployment of human resources through contracting mechanism can be done, although it demanded strong resources, including finance. If the contracting mechanism is implemented in other districts, the main problem is to find the financial resources. Who will pay the contract? Central or local government. The availability of contractor is another concern. Furthermore, the contracting policy needs more detailed regulation at central and local government.

Keywords: health human resources; policy for remote and difficult areas; contracting mechanism

ABSTRAK

Masalah kekurangan tenaga kesehatan di daerah yang sulit merupakan hal klasik di Indonesia. Selama ini usaha pengatasannya dilakukan secara biasa yaitu pemerintah pusat mengirimkan tenaga dalam bentuk pegawai negeri, dokter kontrak, atau bidan kontrak. Setelah bertahun-tahun kebijakan berlaku, masalah kekurangan tenaga untuk daerah terpencil masih belum dapat diatasi. Oleh karena itu, diperlukan inovasi kebijakan untuk penyebaran tenaga kesehatan di daerah sulit atau terpencil. Makalah ini bertujuan membahas inovasi kebijakan penyebaran tenaga dengan menggunakan studi kasus di daerah sulit di Kabupaten Aceh Barat setelah tsunami dan di Kabupaten Berau Kalimantan Timur. Kedua daerah sulit dan jauh ini berusaha memenuhi kebutuhan tenaga dengan kerja sama pihak luar menggunakan mekanisme kontrak kegiatan. Kedua kasus menunjukkan pula berbagai kesulitan untuk melakukan penyebaran tenaga kesehatan dengan sistem kontrak kelompok. Salah satu kesulitan utama adalah mencari kontraktor seperti

yang dihadapi oleh Kabupaten Berau. Karena baru pertama kali diadakan, tidak banyak atau bahkan tidak ada pihak ketiga yang siap dan berpengalaman sebagai pihak ketiga. Keterbatasan calon kontraktor ini akan mengurangi persaingan yang sehat sesuai mekanisme pasar. Pengalaman di Kabupaten Aceh Barat menunjukkan hal positif. Penyebaran tenaga dengan sistem kontrak dapat dilakukan, walaupun membutuhkan sumber daya kuat, termasuk anggaran yang cukup. Jika model kontrak ini dipakai di tempat lain, permasalahan utama yang timbul adalah kesulitan mendapatkan sumber dana yang cukup dan mencari kontraktor. Siapa yang membayar penyebaran sumber daya manusia dengan sistem kontrak, termasuk memberikan insentif untuk lembaga kontraktor? Pemerintah daerah ataukah pemerintah pusat, ataukah keduanya? Siapa yang siap menjadi kontraktor?. Kebijakan ini membutuhkan pula regulasi yang lebih rinci di pemerintah nasional maupun pemerintah daerah.

Kata kunci: sumber daya manusia; kebijakan untuk daerah sulit dan terpencil; mekanisme kontrak

PENGANTAR

Masalah ketersediaan sumber daya manusia (SDM) di daerah yang sulit, terpencil, ataupun berbahaya merupakan masalah besar yang klasik terdapat di Indonesia. Daerah terpencil kekurangan tenaga kesehatan yang penting seperti dokter, dokter gigi, perawat, bidan, epidemiolog, dan ahli gizi. Laporan dari Pusrengun¹ menyatakan bahwa 30% dari 7500 Puskesmas di daerah terpencil tidak mempunyai tenaga dokter. Survei yang dilakukan Pusrengun di 78 kabupaten di 17 propinsi di Indonesia (*out of 440 districts/municipals in 33 provinces*) menemukan hal menarik. Dari 1165 Puskesmas di daerah tersebut, 364 Puskesmas (31%) berada di daerah terpencil/belum berkembang/perbatasan/konflik dan bencana atau di daerah yang buruk situasinya.

Sekitar 50% dari 364 Puskesmas dilaporkan tidak mempunyai dokter, 18% tanpa perawat, 12% tanpa bidan, 42% tanpa tenaga sanitarian, dan 64%

tanpa tenaga ahli gizi. Dibandingkan dengan daerah biasa, gambaran ini sangat buruk. Sebagai contoh di daerah biasa hanya 5% Puskesmas yang tanpa dokter.

Dalam hal tenaga spesialis juga terlihat ketimpangan. Menurut data dari KKI (2007), DKI Jakarta mempunyai 2890 spesialis (23,92%). Jawa Timur 1980 (16,39%), Jawa Barat 1,881 (15,57%). Sementara itu di Sumatera Barat hanya 167 (1,38%) (Lihat Tabel 1). Ketimpangan penyebaran spesialis ini merupakan hal yang tidak adil, terutama dalam konteks kebijakan nasional yang menggunakan pembayaran penuh untuk masyarakat miskin. Di daerah yang jarang dokter spesialisnya, masyarakat miskin akan kesulitan mendapatkan akses ke pelayanan medik. Sebaliknya di tempat yang banyak dokternya, akan sangat mudah. Akibatnya dana pusat untuk masyarakat miskin dikhawatirkan terpakai lebih banyak di kota-kota besar dan di Pulau Jawa.

Analisis dari tulisan Mary² dapat disimpulkan bahwa situasi ini terjadi karena berbagai faktor yang saling terkait secara kompleks. Berbagai faktor terkait tersebut dapat dibagi menjadi beberapa hal: (1) situasi tempat produksi dokter; (2) perilaku dokter; (3) situasi di daerah terpencil; dan (4) kebijakan dokter.

Kebijakan apa yang telah dilakukan sampai saat ini?

Berbagai kebijakan telah dilakukan pada masa lampau. Kebijakan tersebut antara lain menggunakan peraturan wajib, menggunakan istilah dokter kontrak atau bidan kontrak dan sebagainya. Walaupun telah dilakukan berbagai cara, tetap ada masalah bahkan beberapa kejadian muncul yaitu sumber daya yang dikontrak oleh pemerintah tidak sampai ke lapangan, atau sengaja tidak datang walaupun sudah diberi

beasiswa. Mustikowati³ meneliti bahwa sebagian dokter spesialis yang diberi beasiswa oleh Departemen Kesehatan cenderung untuk tidak menepati janji. Berbagai pengalaman menunjukkan bahwa tenaga kesehatan yang dikirim ke daerah terpencil tidak sampai di tempat, atau berada hanya sebagian kecil dari waktu yang seharusnya atau ada di tempat namun tidak dapat melakukan banyak hal yang seharusnya dilakukan.

Tantangan ke depan

Dalam usaha mengurangi ketimpangan di masa depan ada pertanyaan penting bagaimanakah kebijakan pemerintah pusat dan Pemda dalam penempatan tenaga medik dan kesehatan di daerah terpencil dan sulit? Terkait dengan kebijakan sekarang pertanyaan berikutnya adalah apakah kebijakan sekarang ini dapat diteruskan walaupun sudah terbukti tidak bisa memenuhi harapan seperti data yang diperoleh Pusrengun.

Dalam konteks penyebaran tenaga kerja, dalam tahun 2005 dipicu oleh musibah tsunami di Aceh ada inovasi pengiriman tenaga kerja melalui pendekatan kontrak tim (bukan kontrak perorangan) untuk menggantikan tenaga kesehatan sementara. Dengan dukungan dana dari LSM Australia, *World Vision*, FK UGM bersama dengan *University of Melbourne* dikontrak untuk menyediakan bantuan tenaga dokter, dokter spesialis, perawat, dan tenaga-tenaga manajemen di RSD Cut Nya' Dien. Rumah sakit (RS) ini berada di pesisir barat Propinsi NAD, di kota Meulaboh. Kota ini merupakan salah satu daerah yang terkena dampak dahsyat tsunami. Di samping itu, pada awal setelah tsunami RSD Cut Nya' Dien berada pada situasi yang sangat terisolasi dan rawan konflik dengan GAM (pada saat itu). Untuk

Tabel 1. Jumlah Dokter dan Rasio Terhadap Penduduk

Propinsi	Jumlah Spesialis	%	Kumulatif	Penduduk	Rasio
DKI Jakarta	2.890	23,92%	23,92%	8.814.000,00	1 : 3049
Jawa Timur	1.980	16,39%	40,30%	35.843.200,00	1 : 18102
Jawa Barat	1.881	15,57%	55,87%	40.445.400,00	1 : 21502
Jawa Tengah	1.231	10,19%	66,06%	32.119.400,00	1 : 26092
Sumatera Utara	617	5,11%	71,17%	12.760.700,00	1 : 20681
DIY	485	4,01%	75,18%	3.343.000,00	1 : 6892
Sulawesi Selatan	434	3,59%	78,77%	8.698.800,00	1 : 20043
Banten	352	2,91%	81,69%	9.836.100,00	1 : 27943
Bali	350	2,90%	84,58%	3.466.800,00	1 : 9905
Sumatera Selatan	216	1,79%	86,37%	6.976.100,00	1 : 32296
Kalimantan Timur	203	1,68%	88,05%	2.960.800,00	1 : 14585
Sulawesi Utara	173	1,43%	89,48%	2.196.700,00	1 : 12697
Sumatera Barat	167	1,38%	90,86%	4.453.700,00	1 : 26668
Propinsi Lainnya	1.104	9,14%	100,00%	52.990.200,00	1 : 47998
	12083	100,00%		224.904.900,00	1 : 18613

Catatan:

Jumlah dokter menggunakan data KKI 2007

Jumlah penduduk menggunakan data BPS 2005

mencapai kota Meulaboh apabila berjalan melalui darat, membutuhkan waktu sekitar 16 jam dari Medan. Jika melalui udara membutuhkan waktu sekitar 1 jam dengan pesawat kecil.

Untuk memenuhi kebutuhan tenaga dokter, manajer perawat, dan tenaga manajemen, selama periode 3 tahun, antara tahun 2005 - 2007 telah dikirim sekitar 500 tenaga dengan sekitar 50 gelombang pemberangkatan. Program ini kemudian mengilhami Kabupaten Berau untuk melakukan hal serupa yaitu mengkontrakkan jasa tenaga pelayanan kesehatan di sebuah daerah terpencil di daerahnya. Kegiatan yang berada di Kabupaten Berau memang masih dalam tahap persiapan. Namun pola inovatifnya dapat dipelajari. Dalam perbandingan dengan kasus di Kabupaten Aceh Barat, pola Kabupaten Berau diusahakan lebih sistematis dalam melakukan kontrak penyediaan jasa tenaga kesehatan.

Pertanyaan yang akan dibahas dalam bagian ini adalah apakah inovasi kontrak secara tim merupakan salah satu hal yang dapat dilakukan oleh Pemda dalam era desentralisasi. Pertanyaan berikutnya: apakah model *contracting-out* ini akan terus berkembang di era desentralisasi? Dua konsep di bawah ini dapat dikaji sebagai bahan kajian.

Kasus 1. Pengiriman tenaga ke RSD Cut Nya' Dien

Pada akhir tahun 2004, tepatnya 26 Desember 2004 terjadi bencana global tsunami di dunia dan Propinsi Aceh merupakan tempat yang paling terkena dampak. Fakultas Kedokteran dan RS Sardjito mengirimkan relawan sejak hari keempat bencana dengan penerjunan tim medik di Kabupaten Aceh Barat, tepatnya di kota Meulaboh. Setelah beberapa bulan, program pengiriman tenaga berkembang menjadi program *multi-years* dengan nama "*Supporting Human Resources Development and Health Services Reconstruction in Aceh Barat and Nanggroe Aceh Darussalam Province*" yang didanai oleh *World Vision Australia* dengan sistem perjanjian berdasarkan *log-frame*.

Tujuan pengiriman tenaga medik ke RSD Cut Nya' Dien untuk: (1) Memperkuat dan mendukung pemenuhan kebutuhan tenaga medis/nonmedis RSD Cut Nya' Dien melalui pengiriman tim medis secara rotasi dan menyiapkan dokter untuk belajar lebih lanjut dan melatih staf RS; (2) Revitalisasi penuh RSD Cut Nya' Dien *Full* melalui pemenuhan kebutuhan tenaga medis/non medis berdasarkan penilaian kebutuhan dan permintaan direktur RSD Cut Nya' Dien.

Selama tiga tahun, telah dikirim sekitar 50 tim medis dalam rangka memenuhi kebutuhan pelayanan klinis terutama pelayanan dokter spesialis. Satu tim medis (tim 29) gagal berangkat karena terjadi bencana gempa di Propinsi DIY dan Jawa Tengah pada bulan Mei 2006. Setiap tim bertugas selama 1 bulan dan terdiri dari dokter residen maupun dokter spesialis. Pada awalnya bagian yang terlibat dalam pengiriman tim medis adalah 10 bagian, yaitu: bedah, anestesi, radiologi, mata, psikiatri, patologi klinik, anak, obsgyn, THT, dan penyakit dalam.

Berdasarkan penilaian kebutuhan dan permintaan direktur RSD Cut Nya' Dien akan pelayanan spesialis neurologi, mulai bulan Agustus 2006 residen dari bagian neurologi juga dikirimkan, sehingga anggota tim setiap bulan berjumlah 11 orang. Selain bertugas memberikan pelayanan klinik, anggota tim medis juga mengemban tugas yang berkaitan dengan pengembangan mutu pelayanan RSD Cut Nya' Dien. Beberapa kegiatan yang dilakukan tim medis berkaitan dengan pengembangan mutu adalah: penyusunan prosedur tetap pelayanan medik di beberapa unit seperti ICU, instalasi radiologi, kamar operasi, UGD, dan instalasi rawat inap; menyelenggarakan seminar untuk dokter umum dan perawat; menyelenggarakan pertemuan ilmiah mingguan, dan berbagai kegiatan lain.

Adanya pelayanan medis spesialis menimbulkan berbagai dampak positif bagi RSD Cut Nya' Dien. Jenis-jenis kasus yang dapat ditangani lebih bervariasi, sehingga secara langsung meningkatkan jumlah pasien di RSD Cut Nya' Dien. Pasien poliklinik bedah tampak mempunyai jenis penyakit yang bervariasi dan sebagian besar memerlukan tindakan operatif. Jumlah kasus terbanyak yang memerlukan rawat inap adalah cedera kepala ringan, dan jumlah kasus terbanyak yang ditangani di IRD adalah *vulnus laceratum*. Hal ini menunjukkan bahwa banyak kasus-kasus bedah yang disebabkan kecelakaan lalu lintas di RSD Cut Nya' Dien.

Pengiriman residen anestesi secara rutin sangat membantu dalam pelayanan di RSD Cut Nya' Dien karena sebelumnya RS memang belum mempunyai dokter spesialis anestesi. Berdasarkan grafik jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan anestesi mencapai puncaknya pada akhir tahun yaitu bulan Desember.

Hasil yang diperoleh dalam program pengiriman tenaga medis ini adalah: (1) meningkatnya jumlah dokter spesialis di RSD Cut Nya' Dien, yang berasal dari anggota tim medis program maupun wajib kerja sarjana (WKS), (2) tersedianya pelayanan medis

spesialis sesuai kebutuhan RSD Cut Nya' Dien; dan (3) tersedianya staf lokal permanen dalam jangka waktu 4 hingga 5 tahun yang akan datang. *Output* yang dihasilkan adalah: (1) terdapat peningkatan jumlah pasien rawat inap maupun rawat jalan; (2) terdapat peningkatan jenis pelayanan medis yang sebelumnya belum tersedia. Hambatan yang dialami adalah: pengiriman dokter residen/spesialis dari beberapa bagian tidak berkesinambungan, sehingga menghambat keberlangsungan program pelayanan klinis; kerja sama dari staf lokal RSD Cut Nya' Dien terkadang masih kurang; belum terpenuhinya beberapa standar peralatan minimal dalam pelayanan medik; persediaan bahan habis pakai di beberapa instalasi belum mencukupi sehingga pelayanan medik tidak dapat berjalan dengan maksimal.

Kasus 2. Pengembangan *contracting-out* di Kabupaten Berau

Belajar dari pengalaman di Aceh, pemerintah Kabupaten Berau Propinsi Kalimantan Timur berusaha mengatasi masalah kekurangan tenaga dengan menggunakan mekanisme *contracting-out*. Kecamatan Kelay di Kabupaten Berau merupakan daerah pedalaman dengan sebagian besar wilayahnya adalah daratan. Ibu kota kecamatan ini adalah Muara Lesan. Luas daratannya adalah 613,460 km² sedangkan perairannya hanya sekitar 13,66 km². Kecamatan ini di sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Segah, sebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Kutai Timur, sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Sambaliung, sedangkan sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Bulungan. Kecamatan Kelay mempunyai 14 desa yang dikepalai masing-masing oleh seorang kepala desa.

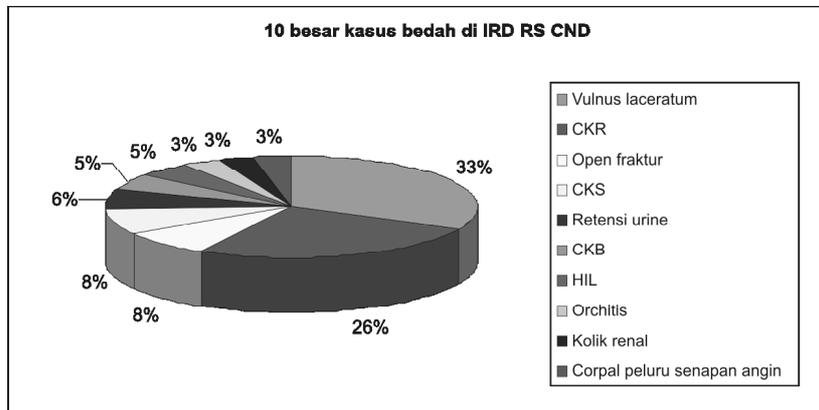
Jarak tempuh dari ibukota kabupaten ke ibukota Kecamatan Kelay adalah 127,0 km yang dapat di

tempuh melalui transportasi darat, sedangkan melalui perairan berjarak tempuh 110,5 km. Desa yang terdekat dari ibukota kecamatan adalah Desa Lesan Dayak yang berjarak 2,50 km sedang desa terjauh adalah Long Sului, yang berjarak 176 km ke ibukota kecamatan. Sementara itu transportasi utama adalah melalui perairan.

Jika melaksanakan kegiatan operasional dengan menggunakan kegiatan air, maka waktu yang diperlukan adalah 3 hari untuk wilayah I; 3 hari untuk wilayah II; dan 6 hari untuk wilayah III. Jumlah penduduk Kecamatan Kelay pada akhir Desember 2006 adalah 5.202 jiwa (dengan proporsi 2.961 jiwa laki-laki dan 2.241 jiwa perempuan) sedangkan jumlah penduduk tahun 2005 sebesar 5.146 jiwa. Pertumbuhan penduduk ini terjadi karena adanya pertumbuhan alamiah dan adanya migrasi. Tahun 2005 jumlah penduduk Kecamatan Kelay sekitar 3% dari seluruh penduduk Kabupaten Berau. Mata pencaharian sebagian besar penduduk adalah bertani yang dilakukan secara tradisional, sementara perkebunan hanya dilakukan dalam skala kecil.

Pelayanan kesehatan di Kelay dilakukan oleh 24 orang tenaga kesehatan (10 orang di Puskesmas induk termasuk pimpinan Puskesmas; 14 orang di Puskesmas pembantu atau desa). Sarana kesehatan terdiri dari 1 Puskesmas induk, 8 Puskesmas pembantu, 1 polindes, 18 Posyandu, dan 1 pos obat desa. Pelayanan ini didukung oleh 1 kendaraan roda empat dan 9 kendaraan roda dua, 1 unit mesin temple 15 HP, dan 5 unit keliling 5 HP (laporan evaluasi kinerja/program kesehatan tahun 2006 Puskesmas Kecamatan Kelay). Selama ini terjadi kesulitan dalam mengelola tenaga kesehatan. Selalu kekurangan tenaga karena tenaga yang diharapkan tidak datang.

Kenyataan tersebut mendorong pemerintah Kabupaten Berau di Kalimantan Timur untuk



Gambar 2.5.1. 10 Besar Kasus Bedah di IRD RS Cut Nya'Dien

mencoba menerapkan *contracting-out* dalam penyediaan pelayanan kesehatan di kecamatan terpencil yaitu Puskesmas Kelay mulai tahun 2008. Menurut Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Berau⁴, latar belakang melakukan *contracting-out* adalah kewajiban memberikan pelayanan yang adil dan merata, Indonesia Sehat dan MDGs. Pulau Maratua dan Kelay mempunyai masalah besar, dan alasan menarik adalah Kabupaten Berau memiliki anggaran.

Alasan utama pelaksanaan uji coba tersebut adalah keinginan Dinas Kesehatan Kabupaten Berau untuk meningkatkan akses sekaligus meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang tinggal di daerah terpencil. Masalah akses pelayanan di daerah tersebut muncul karena terbatasnya jumlah tenaga kesehatan dan sarana prasarana kesehatan dibandingkan dengan luas dan atau sulitnya wilayah Puskesmas. Selain itu, tenaga kesehatan yang ada pun sering kali tidak berada di lokasi, sementara *monitoring* dari Dinas Kesehatan pun tidak dapat menjangkau sampai daerah pedalaman.

Untuk mengatasi masalah ketenagaan tersebut, pihak Dinas Kesehatan sudah menerapkan kebijakan Pegawai Tidak Tetap (PTT) baik PTT pusat maupun daerah, tapi tidak sepenuhnya dapat memecahkan masalah. Kebijakan PTT saat ini yang lebih bersifat "kontrak" perorangan sering kali tidak efektif di lapangan karena pada dasarnya pelayanan kesehatan merupakan kerja tim, bukan kerja perorangan. Selain itu, pemerintah baik pusat maupun daerah kesulitan dalam melakukan pemantauan di lapangan.

Hal terakhir inilah yang ikut menjadi pertimbangan dalam menentukan tipe atau jenis *contracting-out* yang sebaiknya dipilih untuk Puskesmas Kelay. Berdasarkan pengalaman ketidakefektifan kebijakan PTT selama ini, pendekatan *contracting-out* yang dipilih harus dapat mengatasi kelemahan kebijakan PTT tersebut. Ketika "kontrak" perorangan terbukti kurang efektif, maka pemikiran yang muncul adalah bagaimana jika "kontrak" dilakukan secara tim. Dengan format tim, sejumlah tenaga kesehatan (jumlah dan kualifikasi sesuai dengan kebutuhan) akan dikontrak untuk membantu pelayanan kesehatan di wilayah Puskesmas Kelay dalam waktu 1 tahun. Selain itu, yang berbeda dengan kebijakan PTT selama ini adalah bukan Departemen Kesehatan atau Dinas Kesehatan Kabupaten Berau yang merekrut, melatih, menempatkan, menggaji, dan memantau tenaga yang dikontrak, tapi dilakukan oleh pihak ketiga yang menang dalam proses lelang.

Dengan demikian, pendekatan *contracting-out* yang dipilih adalah mengontrak pihak ketiga untuk menyediakan tambahan tenaga kesehatan yang dibutuhkan. Dalam pendekatan ini, pimpinan Puskesmas dan staf lama yang ada tetap dipertahankan, sementara tenaga kontrak merupakan tambahan yang tetap sebagai bagian tak terpisahkan dari SDM Puskesmas Kelay.

Tujuan kegiatan *contracting-out* adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan seluruh masyarakat Kecamatan Kelay. Tujuan khususnya adalah untuk meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan, meningkatkan mutu pelayanan, dan secara epidemiologis menurunkan jumlah kasus. Sasaran seluruh masyarakat Kecamatan Kelay. Pembiayaan berasal dari APBD tahun 2008. Jenis tenaga yang dibutuhkan adalah para staf yang mempunyai spesifikasi umum berupa pengabdian yang tinggi, berorientasi pada tugas, mempunyai kepribadian yang baik, dan mampu beradaptasi dengan situasi daerah terpencil. Spesifikasi khususnya adalah sesuai dengan kompetensi profesional yang dibutuhkan.

Awalnya rencana *contracting-out* ini akan dilakukan pada dua Puskesmas yaitu Puskesmas Kelay dan Puskesmas Maratua yang terletak di daerah sangat terpencil di kepulauan sebelah timur Kabupaten Berau (laut Sulawesi), dengan alokasi anggaran sekitar 1,5 miliar rupiah. Tetapi karena adanya tuntutan efisiensi demi suksesnya penyelenggaraan Pekan Olahraga Nasional (PON) tahun 2008 di Kalimantan Timur, alokasi anggaran diturunkan menjadi sekitar Rp970 juta. Dengan alokasi anggaran yang dipangkas ini, uji coba terpaksa hanya dapat dilakukan di satu Puskesmas dan yang terpilih adalah Puskesmas Kelay dengan pertimbangan antara lain biaya transportasi yang lebih terjangkau sehingga pemantauan nantinya lebih mungkin dilakukan.

Berbagai hambatan

Hambatan pertama kegiatan ini adalah masih belum jelasnya legalitasnya secara hukum. Sampai saat ini belum satu pun dasar hukum yang khusus mengatur tentang kegiatan tersebut. Dari aspek ketentuan tentang pengadaan barang/jasa pemerintah menurut Keputusan Presiden Republik Indonesia (Keppres) RI No. 80/2003 yang telah diubah tujuh kali (terakhir dengan Peraturan Presiden No. 95/2007), jasa *contracting-out* dapat digolongkan ke dalam jasa lainnya. Menurut ketentuan pasal 1 butir 14 Keppres No. 80/2003 tersebut, jasa lainnya adalah segala pekerjaan dan atau penyediaan jasa

selain jasa konsultasi, jasa pemborongan, dan pemasokan barang. Berdasarkan ketentuan tersebut, secara teknis pengadaan jasa *contracting-out* dapat dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku. Di lain pihak, Peraturan Pemerintah (PP) No. 50/2007 tentang Tata Cara Pelaksanaan Kerja Sama Daerah (termasuk kerja sama dengan pihak ketiga) secara operasional belum ada peraturannya.

Dalam mengatasi kendala hukum ini, pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Berau pada 27 Februari sampai dengan 1 Maret 2008 melakukan konsultasi kepada para *stakeholders* di tingkat pusat seperti Depdagri, Depkes, Menpan, Depnakertrans, dan Bappenas. Dari hasil konsultasi ini diperoleh berbagai masukan dan dukungan untuk terus melaksanakan kegiatan *contracting-out*. Ketidakjelasan aturan hukum justru menjadi peluang untuk "bermain di daerah abu-abu". Sayangnya para *stakeholders* tersebut tidak bersedia memberikan dukungan secara tertulis.

Kendala lainnya yang diperkirakan terjadi adalah langkanya atau bahkan tidak adanya calon *provider* yang siap untuk melaksanakan kegiatan itu. Oleh karena itu, pada tanggal 24 April 2008 Dinas Kesehatan Kabupaten Berau dan Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada (PMPK FK-UGM) melaksanakan suatu *workshop* dan seminar Penyiapan Calon *Provider Contracting-out* Penyediaan Tenaga Kesehatan bertempat di Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman Samarinda. Kegiatan ini diikuti oleh CV. Jaya Makmur Abadi, Muhammadiyah Kalimantan Timur, STIKES Respati Yogyakarta, PPNI Kalimantan Timur, PSKO-Unmul, dan HWS Kalimantan Timur.

Secara keseluruhan peserta yang hadir memang terbatas (hanya 12 orang) tetapi itu sudah cukup menggembirakan karena upaya menghadirkan mereka tidak cukup dengan undangan tertulis tetapi harus dengan persuasi "*door-to-door*" (kecuali STIKES Respati Yogyakarta) yang dilakukan oleh drg. Murti Lestari, MKM (Staf Dinas Kesehatan Kabupaten Berau). *Workshop* ini bertujuan agar peserta memahami seluk beluk tentang *contracting-out*, termasuk bagaimana menghitung biaya pelaksanaannya.

Sekitar sebulan kemudian (29 Mei 2008), panitia lelang Dinas Kesehatan Kabupaten Berau memasang iklan (pengumuman) lelang di harian Kalimantan Timur Post. Lelang diikuti oleh 4 perusahaan dari Kabupaten Berau sendiri. Di luar dugaan, semua calon *provider* yang mengikuti *workshop* di Samarinda batal mengikuti lelang. Salah satu alasannya adalah keinginan mereka agar dana kontrak bersifat "*block grant*" tidak dapat dipenuhi

karena alasan ketentuan anggaran pemerintah yang ada. Hal ini patut disayangkan karena mereka sudah terpapar dengan kegiatan tersebut.

Sebaliknya 4 perusahaan yang mengikuti lelang sama sekali awam dengan *contracting-out* (kalaupun mereka berupaya mencari informasi, tapi tetap tidak komprehensif). Akibatnya bisa diduga, ketika hasil lelang diumumkan 25 Juni 2008, tak satu perusahaan pun yang dinyatakan menang. Bahkan dari persyaratan administrasi tak satu pun yang memenuhi syarat. Dalam akte perusahaan lelang seharusnya tertera secara spesifik jenis usaha atau jasa penyediaan tenaga kesehatan, bukan jenis tenaga umum atau lainnya seperti pertambangan.

Berdasarkan hasil lelang tersebut, sesuai ketentuan harus dilakukan lelang ulang. Proses tersebut setidaknya membutuhkan waktu sebulan. Jika semua lancar maka baru akhir Juli 2008 pemenang akan diketahui. Dengan memperhitungkan berbagai persiapan yang harus dilakukan *provider*, calon tenaga kesehatan (termasuk pelatihan pembekalan), penempatan, dan lain-lain, diperkirakan kegiatan *contracting-out* baru efektif di lapangan pada minggu II-III Agustus.

Masalah waktu ini menjadi pertimbangan serius bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Berau karena jika lelang dan kegiatan terus dilaksanakan, maka efektif kegiatan di lokasi hanya 3-4 bulan. Padahal rencana awal yang tertuang dalam APBD adalah 12 bulan dengan anggaran hampir 1 miliar rupiah. Dalam hal ini timbul keraguan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Berau. Jika kegiatan diteruskan risikonya adalah efektivitas dan efisiensi anggaran jelas tidak akan tercapai. Anggaran 1 miliar rupiah terlalu besar untuk kegiatan 3-4 bulan, sementara dalam waktu singkat tersebut sulit mengharapkan target (*output*) kegiatan dapat tercapai.

Di lain pihak, jika proses lelang dihentikan begitu saja jelas melanggar ketentuan yang ada dan pasti akan dipertanyakan dan mendapat sanggahan dari peserta lelang. Selain itu, alasan pembatalan tersebut harus bisa dipertanggungjawabkan kepada *stakeholders* khususnya Bappeda, Biro Keuangan dan DPRD setempat. Setelah melakukan konsultasi dengan berbagai pihak, akhirnya pilihan menghentikan proses lelang yang dipilih. Salah satu pertimbangan utamanya adalah risiko yang timbul lebih kecil daripada jika kegiatan tersebut tetap diteruskan. Konsekuensinya, panitia lelang harus menjawab sanggahan dari peserta lelang. Sanggahan pertama tidak dapat memuaskan peserta sehingga muncul sanggahan kedua dengan tembusan sampai pihak kejaksaan setempat dan KPK. Hal ini membuat repot panitia lelang dan Dinas Kesehatan Kabupaten Berau.

Meskipun demikian inovasi *contracting-out* ini tidak berhenti sampai di situ. Pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Berau tidak menyerah begitu saja. Saat ini mereka mengusulkan kembali kegiatan tersebut untuk anggaran (APBD) 2009. Belajar dari pengalaman 2008, timbul wacana strategi pelaksanaan *contracting-out* tahun 2009 akan diubah. Tidak seperti 2008, anggaran akan dipecah atau dipisahkan antara pengadaan sarana-prasarana pendukung dengan penyediaan tenaga. Adapun masalah manajemen SDM tenaga kontraknya masih dipertimbangkan apakah tetap oleh pihak ketiga seperti konsep 2008, atau swakelola oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Berau. Selain itu, waktu tersisa yang di tahun 2008 akan dimanfaatkan Dinas Kesehatan Berau untuk melakukan persiapan yang lebih matang baik dari kesiapan lokasi, administrasi, maupun calon *provider*nya.

Pembahasan

Meskipun dalam literatur pendekatan *contracting out* sudah banyak dilakukan di berbagai negara, namun di Indonesia masih belum banyak. Inovasi yang dilakukan dalam program pengiriman tenaga spesialis dan tenaga kesehatan lainnya di Meulaboh dan proposal Kabupaten Berau termasuk baru. Mengapa baru? Sampai saat ini yang dikenal luas di Indonesia adalah tenaga yang dikontrak secara perorangan, seperti dokter PTT atau bidan PTT. Kontrak perorangan dilakukan oleh Departemen Kesehatan atau Pemda.

Dalam kontrak perorangan berbagai masalah timbul, antara lain: kesulitan mengawasi kinerja tenaga yang dikontrak. Tidak ada jaminan bahwa tenaga yang dikontrak, terutama di tempat terpencil akan berada di tempat sejak hari pertama sampai dengan hari terakhir masa kontrak. Berbagai kasus menunjukkan bahwa masa efektif tenaga kontrak perorangan (terutama di tempat terpencil), terbatas.

Tenaga kontrak perorangan mempunyai masalah dengan keterbatasan kegiatan karena dikontrak tanpa persiapan. Kelemahan-kelemahan kontrak secara perorangan ini perlu dikurangi atau dihilangkan. Namun mengapa kontrak kelompok masih belum banyak berkembang? Salah satu hambatan besar adalah masalah biaya dan hambatan hukum. Mengenai masalah biaya, memang akan menjadi lebih besar. Kasus di Meulaboh dan Kabupaten Berau menunjukkan bahwa memang ada

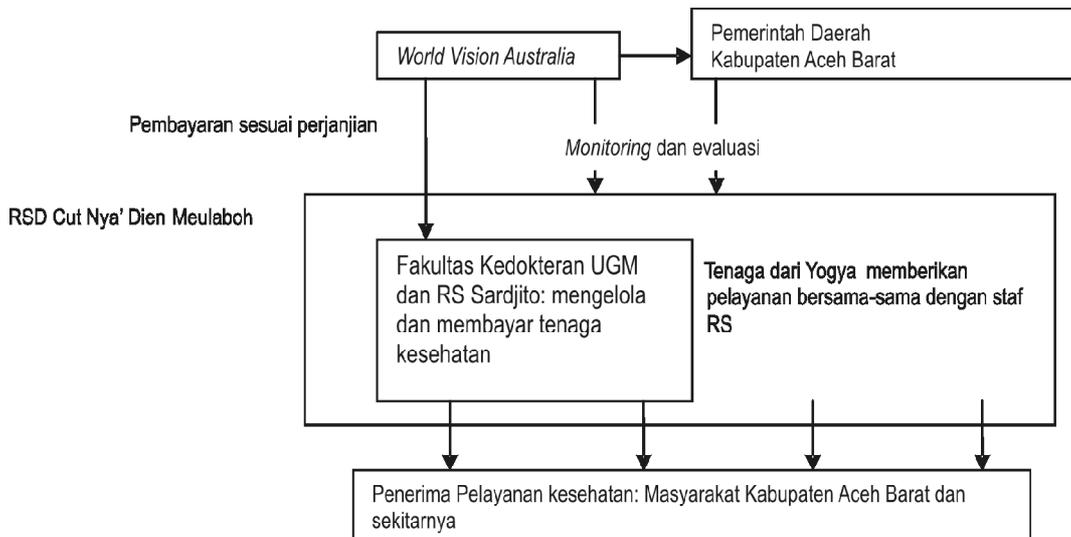
sumber dana yang kuat untuk melakukan kontrak dengan model kelompok.

Dari segi pendanaan, program di Meulaboh didanai oleh Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) Australia (*World Vision*), sedangkan pelaksanaan di Berau dibiayai oleh APBD Kabupaten Berau. *World Vision Australia* merupakan lembaga kemanusiaan yang mempunyai kekuatan ekonomi kuat. Sementara itu Kabupaten Berau termasuk kabupaten yang mempunyai kekuatan fiskal tinggi. Kekuatan pemberi dana penting karena sistem kontrak kelompok ini harus menyediakan sebagian dana untuk pengelolaan tim yang dikontrak. Untuk memahami mengapa diperlukan dukungan tenaga pengelola dapat dilihat pada Gambar Model *Contracting* yang dikerjakan di Meulaboh dan Kabupaten Berau, (Gambar 1).

Pihak *World Vision Australia* mengadakan kerja sama dengan FK UGM dan *University of Melbourne* untuk mengirimkan tenaga medik dan kesehatan ke Aceh. Perjanjian ini dilakukan dalam pemahaman bahwa dana yang ada di *World Vision Australia* adalah milik masyarakat Kabupaten Aceh Barat. Dalam kerja sama ini masyarakat Kabupaten Aceh Barat diwakili oleh pemerintah kabupaten. Di samping sebagai penyandang dana, *World Vision Australia* melakukan fungsi pengawasan terhadap kegiatan. Kerja sama dilakukan dengan indikator *log-frame* yang jelas.

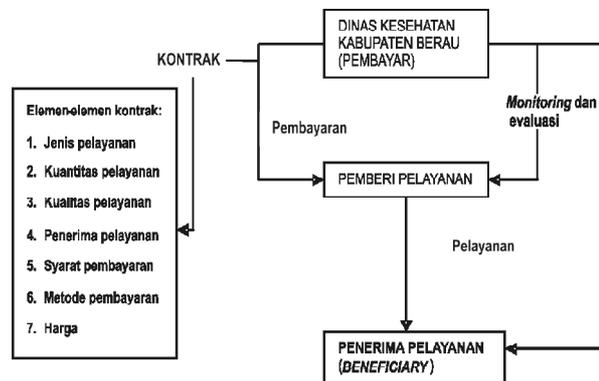
Dalam menjalankan fungsi sebagai pengelola bantuan tenaga medik dan tenaga kesehatan lainnya, FK UGM membentuk sebuah Unit Penunjang Program (*Program Supporting Unit*). Unit ini diketuai oleh dosen senior dan sehari-hari dijalankan oleh seorang sekretaris eksekutif. Fungsi unit ini antara lain untuk mendukung mobilisasi tenaga, mengatur perjalanan tim dan keperluan, dan mengurus keperluan logistik tim. Tim ini tentunya membutuhkan dana, sehingga menambah biaya program. Akan tetapi manfaat yang diperoleh sangat besar sehingga tim ini memang diperlukan.

Model yang akan dikerjakan di Kabupaten Berau serupa dengan yang ada di Kabupaten Aceh Barat. Namun sumber dana berbeda yaitu berasal langsung dari Pemerintah Kabupaten Berau. Mekanisme lebih sederhana dibanding model yang pembayaran berasal dari sebuah lembaga yang mengatasnamakan sebuah masyarakat (Gambar 2).

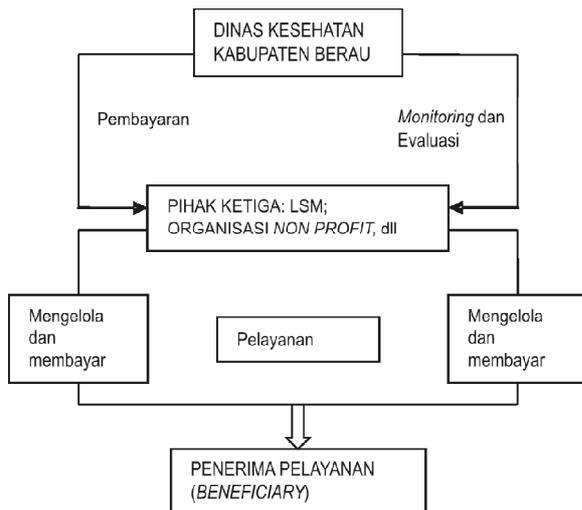


Gambar 2.1. Model Contracting yang Dikerjakan di Meulaboh dan Kabupaten Berau

Dari model tersebut terlihat bahwa peran Dinas Kesehatan Kabupaten Berau lebih pada fungsi "steering" (mengarahkan, memonitor dan mengevaluasi); bukan lagi melakukan fungsi "rowing" (memberikan pelayanan). Fungsi "rowing" dalam pendekatan contracting out dilakukan oleh penyedia pelayanan (provider"kontraktor").



Gambar 2.3. Desain dan Mekanisme Kerja Contracting-Out



Adaptasi dari: Bhisma Murti, p.4

Gambar 2.2. Model Contracting-Out Pelayanan di Kabupaten Berau

Desain dan mekanisme kerja contracting-out yang dilakukan oleh Kabupaten Berau adalah sebagai berikut:

Dua kata kunci dalam desain dan mekanisme kerja contracting-out adalah kontrak dan monitoring dan evaluasi. Tanpa adanya kontrak, maka tidak akan ada contracting-out. Tanpa monitoring dan evaluasi, maka contracting-out tidak akan berjalan baik. Dalam suatu kontrak, minimal ada 12 elemen yang harus ada dalam klausul yang diuraikan secara jelas dan tegas. Jika dianggap perlu, dapat ditambahkan elemen-elemen lain sesuai dengan situasi dan kondisi setempat.

Kelebihan dan kekurangan contracting out

Contracting out mempunyai sejumlah kelebihan, antara lain:

1. Dapat fokus terhadap pencapaian hasil-hasil yang dapat terukur. Pengalaman Kabupaten Aceh Barat menunjukkan bahwa dengan adanya kontrak yang terukur melalui mekanisme log-

frame maka pengiriman tenaga medik tidak hanya sampai tersedia atau tidak. Lebih jauh, pengiriman tenaga medik diukur efektivitasnya dengan peningkatan jumlah pelayanan, pengembangan sistem dasar, sampai ke peningkatan mutu pelayanan. Hal ini berbeda dengan kontrak perorangan yang sering tidak sampai melakukan perincian terhadap kinerja yang diharapkan.

2. Kegiatan kontrak mampu mengatasi hambatan kemampuan penyerapan (*absorptive capacity*) sumber daya yang tersedia, serta memanfaatkannya seefektif mungkin. Pengalaman di Kabupaten Aceh Barat menunjukkan bahwa sumber dan untuk sumbangan bagi korban tsunami sangat melimpah. Akan tetapi ada kesulitan dalam menyalurkan karena keterbatasan sumber tenaga setempat. Dengan adanya kerja sama kontrak maka penyerapan dana dapat terjadi, dengan *monitoring* dan evaluasi kinerja yang terukur.
3. Pelayanan kontrak memberikan kesempatan ke sektor swasta untuk berpartisipasi dalam kegiatan pembangunan secara langsung. Proposal yang dikembangkan di Kabupaten Berau menunjukkan bahwa diperlukan kontraktor dari pihak swasta. Dengan demikian, terjadi apa yang disebut sebagai peningkatan harapan bagi pihak swasta untuk mengembangkan kegiatan sekaligus memberikan perannya dalam pembangunan kesehatan. Hal ini akan memperbesar semangat bekerja pihak swasta.
4. Sistem kerja sama berdasarkan kontrak memberikan otonomi yang lebih luas dan kewenangan mengambil keputusan kepada para manajer di lapangan. Pengalaman pengiriman tenaga medik di Kabupaten Aceh Barat menunjukkan bahwa perlu adanya manajer lapangan yang mengelola tim. Dengan adanya manajer di lapangan terjadi suatu bentuk kerja yang berdasarkan filosofi kerja sama antar profesi, dan antara tenaga medik yang dikirim dengan RS sasaran. Manajer ini bekerja terutama untuk membina hubungan baik dan menjaga agar tidak terjadi konflik yang berasal dari hubungan antara manusia yang buruk.
5. Proposal yang disusun Kabupaten Berau berusaha untuk memanfaatkan kompetisi antar kelompok swasta untuk meningkatkan keefektifan pengiriman tenaga. Proses pemilihan ini dilakukan dengan cara *tender* terbuka. Diharapkan terjadi efisiensi melalui *tender*, walaupun ada risiko bahwa *tender* akan

meningkatkan biaya pelaksanaan dan berjalan tidak efektif.

6. Keunggulan lain dari model kontrak adalah memungkinkan pemerintah untuk memfokuskan diri terhadap peran-peran lain yang seharusnya dilakukan seperti perencanaan, penetapan standar, pembiayaan, evaluasi dan regulasi.⁵

Di samping kelebihan, terdapat pula kekurangan atau masalah potensial yang dapat timbul dalam *contracting-out* seperti:

1. Kontrak pelayanan akan lebih mahal daripada pelayanan yang dilakukan sendiri oleh pemerintah, sebagian disebabkan oleh besarnya biaya transaksi (termasuk lelang). Dalam konteks *contracting-out* di Kabupaten Aceh Barat tidak ada lelang sehingga lebih mudah dan murah.
2. Keberhasilan yang dicapai lewat kontrak disebabkan karena lebih besarnya pembiayaan dibandingkan dengan yang dibayar pemerintah. Hal ini memang benar karena *contracting-out* pasti lebih mahal dibandingkan dengan pelayanan pemerintah sendiri.
3. Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan pihak ketiga lainnya tidak mau bekerja di daerah terpencil atau daerah sulit serta kurang mampu memberikan pelayanan kepada orang miskin, sehingga meningkatkan ketidakadilan dalam pelayanan kesehatan
4. Pemerintah mempunyai keterbatasan kapasitas dalam mengelola kontrak dengan efektif.
5. Lelang dan manajemen kontrak akan menciptakan peluang-peluang tambahan terjadinya kecurangan dan korupsi.
6. Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan pemerintah akan letih dan bosan terhadap satu sama lainnya sehingga meskipun berhasil, kontrak tidak dapat dilakukan selamanya.

Pendekatan kontrak dan desentralisasi

Kasus di Kabupaten Aceh Barat dan Kabupaten Berau menunjukkan kesamaan yaitu pengiriman tenaga ke daerah terpencil atau jauh dari pusat pembangunan. Hal ini wajar karena pendekatan kontrak merupakan strategi penting untuk penyebaran tenaga kesehatan ke daerah terpencil. Jarang ada tenaga kesehatan yang mau ditempatkan di daerah terpencil selama hidup.

Permasalahannya adalah daerah terpencil sering kesulitan mendapatkan sumber dana yang cukup. Siapa yang membayar sistem kontrak? Pemerintah Daerah (Pemda) ataukah pemerintah pusat, ataukah keduanya? Dalam hal ini dukungan

pemerintah pusat perlu ditambah. Jika dibandingkan dengan pengalaman negara lain, pilihan pendekatan *contracting-out* yang dilakukan Dinas Kesehatan Kabupaten Berau tersebut merupakan pendekatan baru yang belum pernah dilakukan di negara manapun. Ada sejumlah karakteristik yang membedakan pendekatan Berau dengan pendekatan yang ada dalam literatur yaitu pertama, pemerintah pusat (Departemen Kesehatan) sendiri belum pernah melakukannya, padahal menurut Bergstrom⁶ dukungan pemerintah pusat mutlak adanya.

Karena baru pertama kali dilakukan di Indonesia, dukungan regulasi belum sepenuhnya ada padahal adanya regulasi baik tingkat nasional maupun lokal juga mutlak adanya⁷ dan tidak banyak atau bahkan tidak ada pihak ketiga yang siap dan berpengalaman sebagai pihak ketiga. Keterbatasan calon kontraktor ini akan mengurangi persaingan yang sehat sesuai mekanisme pasar, padahal persaingan inilah yang diinginkan terjadi agar diperoleh efektivitas dan efisiensi *contracting-out*.⁸

Prospek dalam era desentralisasi

Setelah lebih dari 7 tahun kebijakan desentralisasi di Indonesia diterapkan, ada pertanyaan yang tetap relevan diajukan yaitu: apakah desentralisasi mampu memperbaiki efisiensi dan pemerataan pelayanan kesehatan? Banyak fakta menunjukkan bahwa Pemda, khususnya Dinas Kesehatan propinsi dan kabupaten yang memiliki wilayah sulit (sangat terpencil) di pedalaman maupun kepulauan, belum mampu menjawab pertanyaan tersebut. Secara umum, fenomena tersebut menunjukkan adanya keterbatasan kapasitas pemerintah dalam memecahkan masalah pemerataan pelayanan kesehatan khususnya bagi daerah sulit (sangat terpencil). Dalam situasi seperti ini ide dan alternatif baru seperti *contracting-out* sangat layak dipertimbangkan.

Secara konkrit, seperti yang dilakukan Dinas Kesehatan Kabupaten Berau Kalimantan Timur, contoh *contracting-out* yang dilakukan adalah mengontrak pihak ketiga untuk menyediakan sejumlah tenaga kesehatan tertentu dalam waktu tertentu, kemudian tenaga kesehatan tersebut ditugaskan untuk membantu tenaga kesehatan yang sudah ada untuk melakukan pelayanan kesehatan secara tim dengan target cakupan yang telah ditentukan.

Dalam hal *contracting-out* sebenarnya tidak hanya Kabupaten Berau atau Kabupaten Aceh Barat yang berusaha melakukannya di Indonesia Timur, Kabupaten Yahukimo di Papua juga tengah merintis bentuk lain *contracting-out*. Pendekatan yang

langsung dipelopori oleh Bupati Yahukimo ini dilakukan bukan melalui lelang tapi dengan kerja sama atau semacam *Memorandum of Understanding* (MoU) dengan suatu yayasan yang berpusat di Bandung. Yayasan ini nantinya bertugas untuk menyediakan tenaga kesehatan sekaligus membantu pelaksanaan pelayanan kesehatan di lokasi terpencil yang disepakati. Model yang ditempuh Kabupaten Yahukimo ini secara hukum dimungkinkan dengan adanya PP No. 50/2007 tentang Tata Cara Pelaksanaan Kerja Sama Daerah meskipun peraturan pelaksanaannya masih dalam proses penyusunan.

Adanya PP No. 50/2007 ini juga dapat membuka peluang baru kerja sama multi pihak antara pemerintah kabupaten, Departemen Kesehatan, perguruan tinggi kesehatan, dan LSM atau yayasan. Dalam hal ini pemerintah kabupaten dapat melakukan inisiatif untuk "jemput bola" dan melakukan MoU dengan perguruan tinggi kesehatan untuk mendapatkan tenaga kesehatan yang dibutuhkan, kemudian melobi Departemen Kesehatan untuk mendapatkan alokasi anggaran PTT sesuai kebutuhan, dan terakhir bekerja sama dengan LSM atau yayasan untuk mengelola penyiapan, penempatan, pendayagunaan, *monitoring*, evaluasi, dan rotasi tenaga kesehatan yang dikontrak. Alternatif tersebut dapat dicoba oleh kabupaten yang tidak memiliki APBD yang memadai. Di lain pihak, bagi kabupaten yang kaya, alternatif *contracting-out* seperti yang dilakukan Kabupaten Berau layak dipertimbangkan.

Dari uraian di atas, prospek *contracting-out* di era desentralisasi cukup menjanjikan. Bagi daerah kaya yang diperlukan adalah *awareness* dan komitmen *stakeholders* agar bersedia mendukung kegiatan tersebut. Sementara bagi daerah miskin, mereka harus lebih kreatif menjalin kerja sama dengan berbagai pihak yang memiliki sumber daya baik Sumber Daya Manusia (SDM) maupun anggaran.

Dana dari mana? Pemerintah pusat, Pemda atau donor

Sumber dana untuk *contracting-out* bisa berasal dari mana saja. Bagi kabupaten kaya, dukungan anggaran Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) untuk kegiatan tersebut sebetulnya tidak menjadi masalah seperti halnya Kabupaten Berau sepanjang telah diperoleh *awareness* dan komitmen *stakeholders*. Bagi kabupaten di Papua dan Papua Barat, selain dapat memanfaatkan dana otonomi khusus juga terbuka peluang untuk memanfaatkan program *Save Papua* dari pemerintah pusat, atau menggali dana dari donor misalnya AusAid, serta *donor agency* lainnya. Bagi kabupaten miskin, selain

harus kreatif berinisiatif menggalang kerja sama dengan berbagai pihak, tampaknya harus didukung oleh pemerintah pusat dan/atau donor untuk pembiayaan *contracting-out*.

Bagaimana sustainabilitas?

Sustainabilitas atau keberlanjutan kegiatan *contracting-out* dapat ditinjau dari tiga aspek yaitu anggaran tetap, perkembangan daerah dan pihak yang terlibat. Dari aspek anggaran, berdasarkan pengalaman di Cambodia yang sangat tergantung donor, ketersediaan dan sustainabilitas anggaran menjadi masalah utama. Ketika donor menghentikan bantuannya, pemerintah Cambodia kesulitan untuk meneruskan kegiatan tersebut. Tampaknya negara atau daerah yang kaya lebih berpeluang menjaga sustainabilitas kegiatan ini.

Dari aspek perkembangan daerah khususnya di pedalaman terpencil, alternatif *contracting-out* akan menjadi kurang relevan jika daerah yang bersangkutan suatu saat nanti akan maju dan berkembang. Secara jangka panjang, peluang *contracting-out* tetap terbuka di daerah pedalaman yang sulit untuk berkembang atau daerah kepulauan yang terpencil.

Dari aspek pihak yang terlibat seperti Dinas Kesehatan dan *provider*, dapat timbul letih dan bosan terhadap satu sama lainnya, sehingga meskipun berhasil, kontrak tidak dapat dilakukan selamanya. Dari aspek pihak lainnya yang terlibat yaitu tenaga kesehatan, perlu diantisipasi *turn over rate* yang tinggi karena sulit sekali untuk mencari tenaga yang mau bekerja selamanya.

Apa masalahnya yang perlu diatasi?

Salah satu masalah besar adalah belum adanya tenaga kontraktor yang siap. Kegagalan kegiatan ini di Kabupaten Berau tahun 2008 salah satu alasan utamanya adalah karena hal ini. Masalah besar lainnya adalah aspek hukum yang masih belum jelas. Sampai saat ini belum satu pun dasar hukum yang khusus mengatur tentang kegiatan tersebut. Dari aspek ketentuan tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah menurut Keppres RI No. 80/2003 yang telah diubah tujuh kali (terakhir dengan Peraturan Presiden No. 95/2007), jasa *contracting-out* dapat digolongkan ke dalam jasa lainnya. Berdasarkan ketentuan tersebut, secara teknis pengadaan jasa *contracting-out* dapat dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku. Di lain pihak, PP No. 50/2007 tentang Tata Cara Pelaksanaan Kerja Sama Daerah (termasuk kerja sama dengan pihak ketiga) secara operasional belum ada peraturan pelaksanaannya.

Di lingkup pemerintah kabupaten, permasalahan hukum *outsourcing* atau *contracting-out* khususnya bagi *contracting-out* penyediaan tenaga kesehatan dan pelayanan jasa kesehatan jauh lebih besar dibandingkan dengan kontrak di lingkup perusahaan. Permasalahan hukum yang dapat terjadi terkait dengan fungsi dari Dinas Kesehatan. Dalam PP No. 41/2007 pasal 14, fungsi Dinas Kesehatan kabupaten/kota adalah:

- (a) perumusan kebijakan teknis sesuai dengan lingkup tugasnya
- (b) penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum sesuai dengan lingkup tugasnya
- (c) pembinaan dan pelaksanaan tugas sesuai dengan lingkup tugasnya
- (d) pelaksanaan tugas lain yang diberikan bupati/walikota sesuai tugas dan fungsinya.

Pelayanan umum menurut ketentuan tersebut merupakan salah satu fungsi dari Dinas Kesehatan. Di lingkup Dinas Kesehatan, salah satu bentuk pelayanan umum adalah pelayanan kesehatan. Dalam pelaksanaannya, fungsi pelayanan ini tidak dilaksanakan sendiri oleh Dinas Kesehatan tapi didelegasikan kepada Unit Pelaksana Teknis (UPT)-nya yaitu Puskesmas. Dalam hal ini, Dinas Kesehatan lebih berfungsi dalam perumusan kebijakan teknis dan pembinaan.

Berdasarkan uraian di atas, terdapat sejumlah permasalahan hukum yang dapat terjadi seperti:

- (a) Tugas dan fungsi yang terkait dengan pengadaan tenaga termasuk tenaga kontrak bukan fungsi Dinas Kesehatan (biasanya dilakukan oleh Badan Kepegawaian Daerah/BKD). Dalam hal *outsourcing* atau *contracting-out*, apakah inisiatif tersebut tidak bertentangan dengan tugas dan fungsi BKD Kabupaten yang diatur dalam PP No. 41/2007?
- (b) Apakah inisiatif *contracting-out* oleh Dinas Kesehatan dapat dikategorikan sebagai salah satu bentuk pelaksanaan fungsi perumusan kebijakan teknis sesuai dengan lingkup tugas Dinas Kesehatan?
- (c) Apakah hal ini tidak bertentangan dengan pasal 64 dan 65 UU Ketenagakerjaan No. 13/2003 yang merupakan dasar dari pelaksanaan *outsourcing*?

Dari berbagai permasalahan hukum yang dikemukakan di atas terlihat bahwa regulasi yang ada belum cukup memadai untuk mengatur *contracting-out* pelayanan kesehatan yang merupakan pekerjaan utama Dinas Kesehatan. Hal ini wajar mengingat *contracting-out* khususnya untuk

pelayanan kesehatan di daerah terpencil/sangat terpencil dan sulit masih merupakan hal baru di sektor kesehatan. Meskipun demikian terdapat sejumlah regulasi yang mendukung, yaitu:

- Keputusan Presiden RI No. 80/2003 yang telah diubah tujuh kali (terakhir melalui Peraturan Presiden No. 95/2007)
- Undang-Undang Ketenagakerjaan No. 13/2003
- Keputusan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI No. 101/2004 tentang Tatacara Perizinan Perusahaan Penyedia Jasa Pekerja/Buruh
- Permendagri No. 61/2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah khususnya Pasal 2 Ayat 1
- Peraturan Pemerintah No. 50/2007 tentang Tata Cara Pelaksanaan Kerja Sama Daerah
- Permenkes No. 1199/2004 tentang Pedoman Pengadaan Tenaga Kesehatan dengan Perjanjian Kerja di Sarana Kesehatan Milik Pemerintah

Walaupun inovasi ini masih mempunyai berbagai hambatan, di masa depan *contracting out* merupakan salah satu solusi menarik untuk mengatasi kekurangan tenaga di daerah terpencil.

KEPUSTAKAAN

1. Kurniati, Anna. Incentives for Medical Workers and Midwives in Very Remote Areas an Experience from Indonesia.2007.
2. Maryam, Mary. Indonesia's Experience in Financing the Production and Retention of Physicians to Improve Specialist Medical Services in Rural Hospitals.2007.
3. Mustikowati, S.R. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penerimaan Penempatan Dokter Spesialis Ikatan Dinas, Tesis S2, Program Studi Pascasarjana S2 IKM, UGM, Yogyakarta, 2005.
4. Tenny dan Murti. Rencana Contracting Out di Kabupaten Berau. Disampaikan pada Lunch Seminar Tanggal 18 April 2007 di Jakarta. 2007.
5. Loevinshon, B., & Harding, A. Contracting for the Delivery of Community Health Services: A Review of Global Experience. 2004. Available from: http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSCContentServer/WDSP/IB/2005/02/23/000090341_20050223140558/Rendered/PDF/315060HNPCcontractingOLOevinshonHarding.pdf [Diakses pada 18 September 2007]
6. Bergstrom, F. Why Do Local Governments Privatise? 1999. Available from: <http://www.isnie.org/ISNIE99/Papers/bergstrom.pdf> [Diakses pada 22 Mei 2007].
7. Abramson, W.B. Contracting for Health Care Delivery, a Manual for Policy Makers [Internet]. 2004. Available from: <http://www.jsi.com/Managed/Docs/Publications/ContractingPrimerManual.pdf> [Diakses pada 30 April 2007].
8. Zarco-Jasso, H. Public-Private Partnership: a Multidimensional Model for Contracting [Internet]. 2005. Available from: <http://www.inderscience.com/storage/f410126115297381.pdf> [Diakses pada 18 Mei 2007].