

STUDI KASUS PROGRAM PENDIDIKAN PASCASARJANA DALAM KEDOKTERAN KELUARGA DI UNIVERSITAS KEBANGSAAN MALAYSIA

*A CASE STUDY OF A FAMILY MEDICINE POSTGRADUATE TRAINING PROGRAM IN
THE UNIVERSITY OF KEBANGSAAN MALAYSIA*

Ali Ghufron Mukti
Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada

Abstract

Background: More than a decade, issues and problems related to a family physician are intensively discussed in Indonesia. Discussions on a family physician are always interesting because these involved many parties, specialties and interests. Moreover, it is believed that family physician system will provide personalized comprehensive, holistic and continued care for individuals and their families. Therefore, it is hoped that this system will lead to development of a cost-effective health care system.

Methods: The question is how to produce human resources needed in the family medicine, who is responsible, how is the program structure will be run, what are the contents and processes in the production of the these human resources.

To answer those questions this case study was conducted at the Postgraduate Training Program in Family Medicine of University Kebangsaan Malaysia. Qualitative approaches such as in-depth interview to the program manager and lecturers as well as a review to the related literatures were performed.

Results: The result showed that the development of the program is successful if main responsible parties such as Department of Health, Profession and University are working hand in hand and supporting each other. A distance learning with the optimal use of the existing resources in the local department of health was implemented. Four-year duration is needed to complete this program. Those who completed the program are recognized as having Master degree and having the right as a specialist in family medicine. In addition they received direct civil effects.

Keywords: family physician, primary care, health care system, education and development.

PENGANTAR

Spesialisasi dan sub-spesialisasi berkembang amat pesat. Pada tahun 1988 sebagaimana dicatat dalam *The American Medical Dictionary* telah berkembang sebanyak 33 jenis. Pada saat ini jumlah spesialisasi dan sub-spesialisasi tersebut sudah tidak kurang dari 57 jenis¹⁻³.

Perkembangan yang pesat tersebut, selain membawa kemanfaatan yang besar ternyata juga membawa dampak negatif. Manfaat yang besar terlihat dengan makin meningkatnya kualitas dan

efektivitas pelayanan dalam menegakkan diagnosis dan melakukan terapi penyakit yang diderita pasien. Dampak negatif misalnya pasien bukan lagi dilihat sebagai subjek manusia yang utuh, tetapi lebih merupakan objek kumpulan organ yang didekati secara tersegmentasi. Seolah-olah dalam diri seorang pasien merupakan kumpulan organ yang menjadi kapling banyak dokter. Sehingga bisa terjadi seorang pasien yang sakit tidak terlalu gawat dirawat oleh lebih dari 10 dokter. Hal ini dapat terjadi baik oleh karena tuntutan pasien ataupun

induksi dokter. Pemeriksaan dan pengobatan yang telah dilakukan oleh dokter sebelumnya dapat dianggap kurang absah dan harus diulang dari awal. Dengan demikian dampak terhadap peningkatan biaya dan *in-efisiensi* jelas tidak dapat dielakkan.

Dampak negatif ini tentunya lebih besar di negara yang menganut pola pelayanan medis yang liberal. Di Indonesia pola pelayanan medis yang diterapkan ternyata sangat liberal, bahkan lebih liberal daripada negara paling liberal di dunia. Di sinyalir bahwa di Indonesia seorang dokter boleh praktik sesuai yang diinginkannya, dengan tarif pembayaran yang juga ditetapkannya sendiri. Seorang dokter spesialis Penyakit Dalam tidak menolak pasien anak demikian juga sebaliknya. Boleh jadi seorang ahli Bedah Syaraf tidak menolak pasien yang datang karena batuk pilek. Seorang dokter umum boleh jadi tidak merujuk pasien yang harus dirujuk ke spesialis karena jika dirujuk dia takut tidak ada umpan balik bahkan dapat terjadi pasiennya pun menjadi pasien tetap dokter spesialis tersebut. Sementara itu dokter spesialis tidak mau menyerahkan pasien umum ke dokter umum karena dia merasa mampu dan sebelum menjadi spesialis sudah pernah menjadi dokter umum meskipun sudah puluhan tahun yang telah lewat.

Permasalahan di atas memicu pemikiran bagaimana mengembangkan suatu sistem pelayanan yang lebih komprehensif, terpadu, berkesinambungan dan dapat memandang pasien sebagai subjek manusia yang utuh. Untuk itu di Indonesia sejak tahun 1981 telah didirikan Kelompok Studi Dokter Keluarga. Melalui kongresnya yang kedua di Bogor, nama organisasi ini diubah menjadi Kolese Dokter Keluarga Indonesia. Meskipun organisasi ini sejak tahun 1988 telah menjadi anggota IDI, tetapi pelayanan dokter keluarga di Indonesia belum secara resmi mendapat pengakuan baik dari profesi kedokteran dan ataupun dari pemerintah. Hal ini antara lain disebabkan konsep, status, kedudukan, peran, tanggung jawab dan kesiapan sumber daya dokter keluarga masih diperdebatkan. Untuk penyiapan sumber daya manusia dokter keluarga ini, masih dipertanyakan

siapa yang harus bertanggung jawab menyelenggarakan program untuk menghasilkannya, dari mana harus dimulai, bagaimana struktur, apa isi dan proses penyelenggaraan program dalam rangka melahirkan kebutuhan sumberdaya manusia tersebut. Setelah dokter keluarga dilahirkan maka menjadi pertanyaan gelar, keahlian, pekerjaan serta *civil effect* apa yang akan diperolehnya? Untuk menjawab pertanyaan tersebut maka studi kasus ini dilakukan.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Studi kasus Program Pendidikan Pascasarjana dalam Kedokteran Keluarga di Universitas Kebangsaan Malaysia ini dilakukan dengan berkunjung ke universitas tersebut selama dua hari. Pengumpulan data dilakukan dengan observasi di kantor Program Pendidikan Pascasarjana. Dilakukan wawancara secara mendalam kepada penanggung jawab program kedokteran keluarga, dosen-dosen pengampu dan dilengkapi dengan mengkaji beberapa tulisan ilmiah terkait.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Faktor pendorong

Pengembangan kedokteran keluarga di Malaysia selain didorong oleh dampak negatif perkembangan pesat spesialisasi, pelayanan yang tersegmentasi dan dampak biaya yang ditimbulkannya juga didorong oleh bukti-bukti di lapangan mengenai permasalahan kualitas pelayanan dokter di pusat pelayanan primer. Dengan demikian dapat dikatakan kebijakan yang diambil tentang kedokteran keluarga bersifat *evidence based policy*. Bukti itu antara lain diungkapkan bahwa dokter umum yang menjalankan wajib kerja 3 tahun itu semata-mata untuk pengabdian pelayanan daripada untuk menumbuh-kembangkan profesi. Setelah menjadi dokter umum yang bekerja di pelayanan primer atau Puskesmas ternyata mereka tidak mendapatkan pendidikan pascasarjana, tidak pernah di supervisi, tidak mendapatkan pendidikan medis berkelanjutan dan kurang terpapar permasalahan klinis. Oleh

karena itu kebutuhan peningkatan kompetensi dokter di Puskesmas menjadi keharusan. Ini didukung kenyataan bahwa 27% pasien yang datang di Puskesmas dirawat inap rata-rata selama dua hari. Dari angka itu lebih kurang 65% ternyata tidak perlu dirawat dan 90% pasien yang datang di Puskesmas minta dirujuk ke spesialis¹.

Proses awal memulai pengembangan pendidikan

Menyadari kenyataan di atas Universitas Kebangsaan Malaysia dan Kolese Dokter Umum (*The College of General Practice*) berdiskusi secara intensif. Mereka bersama Dekan Fakultas Kedokteran menyusun konsep *paper* yang dibawa untuk negosiasi ke Departemen Kesehatan. Isi konsep *paper* meliputi data-data, klarifikasi data di lapangan, justifikasi kebutuhan program pendidikan dokter keluarga dan lain-lain. Hasilnya sangat menggembirakan oleh karena dari negosiasi telah disusun kerangka acuan (*term of reference*) yang berisi perlunya pendidikan spesialisasi dan pascasarjana kedokteran keluarga yang merupakan program bersama antara Departemen Kesehatan, Universitas Kebangsaan dan Organisasi Profesi. Dalam hal ini Departemen Kesehatan bertanggungjawab mengembangkan karier dan pos lulusan dokter keluarga. Universitas menyusun dan mengembangkan komite kurikulum serta membuka Departemen Kedokteran Keluarga. Di sisi lain organisasi profesi memantau kualitas proses dan hasil pendidikan¹.

Tujuan Program

Program pendidikan kedokteran keluarga ini bertujuan untuk membekali peserta didik tentang pengetahuan, sikap, perilaku dan keterampilan kedokteran keluarga sehingga mampu melahirkan spesialis kedokteran keluarga yang berkompeten dan penuh perhatian yang mampu memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif, holistik, terpadu, berkualitas dan berkesinambungan kepada individu pasien dan keluarganya.

Struktur dan Isi Program

Filosofi program ini merupakan integrasi aspek akademik dengan berbagai komponen praktik di tempat kerja nyata untuk mendidik dokter dari masyarakat, di masyarakat dan untuk masyarakat. Program pendidikan didasarkan pada konsep bahwa dokter keluarga merupakan dokter profesional yang paling depan dan pertama dalam melayani kesehatan dan mampu memberikan pelayanan yang manusiawi, komprehensif, holistik, berkelanjutan yang efektif dan efisien pada individu dan keluarganya. Struktur program ini berupa program pendidikan kedokteran keluarga selama 4 tahun pendidikan, rotasi klinis di rumah sakit kabupaten atau propinsi selama 27 bulan, dan praktik dokter keluarga selama 21 bulan. Isi program meliputi kursus pendahuluan yang intensif, berbagai pengetahuan dan keterampilan klinis seperti Penyakit Dalam, Kebidanan dan Kandungan, Anak-anak, Bedah Kecelakaan dan Kegawatdaruratan medis, kepuskesmasan disamping metodologi. Proses aplikasi struktur program ini menerapkan konsep pendidikan dewasa dan teknik-teknik belajar jarak jauh.

Supervisi

Supervisi dan penilaian merupakan hal yang mendasar dalam proses pendidikan dan merupakan hal yang mutlak diperlukan dalam program pendidikan. Supervisi pada rotasi klinis yang berbasis di rumah sakit dilakukan oleh spesialis-spesialis sedang supervisi praktik kedokteran keluarga oleh pejabat medis senior. Mereka bertanggungjawab dalam mendidik, melakukan supervisi dan penilaian karyasiswa selama karyasiswa tersebut bersamanya dalam rangka tugas rotasi klinis. Lama rotasi ini bervariasi dari 2 minggu sampai 3 bulan dan lama rotasi praktik kedokteran keluarga dari 2 sampai 18 bulan. Maksimum 2 karyasiswa di bawah satu orang penyelia. Dosen di Bagian Kedokteran Keluarga yang ditugasi sebagai pembimbing satu atau dua karyasiswa akan mengarahkan karyasiswa selama

4 tahun dan berkewajiban membina hubungan dan kerjasama yang baik dengan penyelia untuk memonitor kemajuan karyasiswa. Semua penyelia diberi kedudukan sebagai dosen akademik lapangan. *Workshop* dua kali setahun tentang permasalahan belajar-mengajar kedokteran dilakukan oleh Departemen Kedokteran Keluarga bersama dengan Departemen Pengembangan Pendidikan yang harus diikuti oleh penyelia-penyelia yang baru. Penyelia secara aktif ikut di dalam persiapan bahan atau modul belajar mandiri dan acara telekonferensi⁵.

Penilaian berkelanjutan

Penilaian karya siswa termasuk penilaian berkelanjutan dan ujian formal. Penyelia dan dosen bertanggung jawab terhadap penilaian yang berkelanjutan sampai keseluruhan nilai mencapai 100%. Nilai 40% dialokasikan bagi penyelia sebagai penekanan peran penting mereka, 20% untuk studi kasus dokter keluarga, 20% untuk rekam medis dan 20% untuk ujian akhir rotasi. Di samping itu terdapat dua ujian formal. Pertama pada tahun pertama untuk menyeleksi siapa yang patut melanjutkan pendidikan dan kedua setelah menyerahkan tesis. Penguji adalah dosen, dokter keluarga lokal dan akademisi dokter keluarga dari luar negeri. Dikatakan bahwa lulusan mereka ini diakui di luar negeri terutama di negara persemakmuran. Mereka yang telah menyelesaikan pendidikan mendapatkan keahlian kedokteran keluarga dan gelar Master disamping mendapatkan insentif gaji atau *civil effect* sebagaimana berlaku bagi spesialisasi yang lain⁶.

Pembahasan

Meskipun sistem pelayanan kesehatan di Malaysia tidak sama dengan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia terutama sistem pembiayaannya akan tetapi masalah yang mendorong perlunya pengembangan pendidikan dokter keluarga hampir sama. Pokok permasalahan utama adalah belum memuaskannya tingkat profesionalisme dokter umum dalam memberikan

pelayanan kesehatan primer. Mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas oleh dokter masih perlu ditingkatkan⁷. Mutu pelayanan primer oleh tenaga kesehatan lain seperti bidan juga masih di bawah mutu pelayanan primer di beberapa negara sedang berkembang lain⁸. Akibat ini antara lain pasien merasa tidak puas, dokter sendiri juga tidak puas. Pasien akan cenderung langsung ke spesialis yang akan mengakibatkan kerancuan sistem rujukan akhirnya pelayanan kesehatan menjadi tidak efektif dan efisien. Dengan keadaan seperti ini kesiapan kita di dalam menghadapi era globalisasi khususnya di bidang industri pelayanan kesehatan masih dipertanyakan.

Untuk itulah maka pemikiran tentang penyiapan sumber daya manusia khususnya dalam mengembangkan sistem pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien menjadi penting. Penyiapan sumber daya dokter keluarga yang dipercaya dapat mengarah pada sistem yang dimaksud haruslah segera dimulai. Kasus pengembangan pendidikan kedokteran keluarga di Universitas Kebangsaan Malaysia dapat ditarik beberapa pelajaran.

Pertama, pelajaran tentang mulus dan lancarnya proses pengembangan pendidikan dokter keluarga di Malaysia. Konsep pemikiran tentang dokter keluarga yang jelas dan didukung oleh bukti-bukti di lapangan sehingga mengarah pada *evidence based policy*. Pemikiran dari perguruan tinggi dan ikatan profesi disambut baik oleh pengambil keputusan di Departemen Kesehatan kemudian mendapat dukungan penuh. Ini berarti kerja sama semua pihak yang berkepentingan dapat terjalin. Kedua, konsep pendidikan dari masyarakat, di masyarakat untuk masyarakat dapat diaplikasikan dalam proses belajar mengajar yang nyata melalui pendayagunaan sumber daya yang ada terutama dari Departemen Kesehatan. Ketiga, kompetensi lulusan dapat diuraikan dengan jelas bahkan bertaraf internasional. Keempat, *civil-effect* para lulusan dapat ditetapkan selain gelar dan gaji mereka juga menerima hak yang sama seperti spesialis yang lain.

Untuk di Indonesia, dalam sementara waktu ini pengembangan pendidikan kedokteran keluarga

nampaknya lebih baik jika tidak diarahkan ke spesialisasi. Pendidikan tersebut tidak perlu memakan waktu 4 tahun seperti di Malaysia atau di Israel". Hal ini disebabkan spesialisasi memerlukan biaya yang tidak murah, kedudukan spesialis di sistem pelayanan kesehatan belum jelas, kesiapan semua pihak terutama dokter umum untuk pendidikan dan pembiayaannya selama 4 tahun masih dipertanyakan disamping *civil effect* belum pasti. Pengembangan pendidikan kedokteran keluarga setingkat S2 tetapi yang lebih menekankan praktik pendekatan keluarga dan keterampilan klinis barangkali lebih sesuai daripada yang menekankan teori. Meskipun demikian paket-paket kursus kedokteran keluarga perlu juga dikembangkan¹⁰. Sekarang ini setahu penulis hanya satu perguruan tinggi yang telah mengembangkan program setingkat master dalam bidang kedokteran keluarga. Hanya saja orientasinya lebih kearah akademik daripada praktisi.

Menurut hemat penulis perlu kiranya diupayakan oleh Departemen Kesehatan atau Kolese Dokter Keluarga untuk mengembangkan kualifikasi atau persyaratan dokter yang berhak memasang papan nama untuk berpraktik sebagai dokter keluarga. Lebih dari itu, semua pihak yang berkepentingan (*stake-holders*) perlu duduk bersama untuk penyiapan yang dimaksud. Meskipun Departemen Kesehatan sudah menerbitkan kurikulum pedoman pelatihan kedokteran keluarga¹¹, PT. Askes sudah pernah mencoba melatih dokter keluarga¹², Kolese Dokter Keluarga sudah memiliki rencana pengembangan dokter keluarga, Konsorsium Ilmu Kesehatan sudah menggariskan arah pendidikan dokter keluarga dalam sistem pendidikan kedokteran di Indonesia¹³ akan tetapi nampaknya masih diperlukan duduk bersama sehingga dapat menghasilkan kesatuan visi, misi dan strategi terutama dengan pemegang otoritas pelaksanaan pendidikan kedokteran keluarga seperti perguruan tinggi termasuk di dalamnya Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Fakultas Kedokteran baik negeri maupun swasta. Dengan penyatuan pandangan, kematangan persiapan, kejelasan kedudukan, peran dan fungsi dokter keluarga maka diharapkan nantinya produk dokter keluarga dapat menjadi komponen yang sangat menentukan terciptanya sistem pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien seperti digambarkan dalam sistem *managed care*^{14,15}.

KESIMPULAN

Keberhasilan proses pengembangan pendidikan dokter keluarga memerlukan kerjasama yang baik di antara perguruan tinggi, ikatan profesi dan Departemen Kesehatan. Perlu juga diupayakan untuk mengikutsertakan *stake-holder* yang lain misalnya Badan Penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan seperti PT. Askes, PT Jamsostek dan Badan penyelenggara swasta. Kerjasama yang baik ini akan berhasil jika pemikiran tentang konsep dokter keluarga jelas, kompetensi diuraikan dengan gamblang, dan rasionalisasi kebutuhannya berbasis pada bukti data (*evidence based*) disamping prinsip-prinsip kerjasama harus dipenuhi.

Model pengembangan pendidikan kedokteran keluarga setingkat S2 yang lebih menekankan praktik pendekatan keluarga dan keterampilan klinis barangkali lebih sesuai daripada pendidikan spesialisasi. Hendaknya pendidikan tersebut memiliki filosofi dari masyarakat, di masyarakat untuk masyarakat sehingga proses belajar-mengajarnya memanfaatkan seoptimal mungkin sumberdaya yang ada di jajaran Departemen Kesehatan seperti dokter ahli, rumah sakit kabupaten, pejabat dinas kesehatan serta dikelola sedemikian rupa sehingga dalam menempuh pendidikan tersebut tidak mengurangi tugas pelayanan dokter kepada masyarakat. *Civil-effect* yang diperoleh, peran dan kedudukannya dalam sistem pelayanan kesehatan harus pula dipikirkan sehingga menjanjikan dan menarik.

KEPUSTAKAAN

1. Somers, MH and Somers, R A. Doctors, Patient and Health Insurance. The Brooking Institute, Washington D C. 1970.
2. - Mohammad K. Konsep Dokter Keluarga. Makalah dalam Seminar Sehari Kedokteran Keluarga dan Pertemuan Regional Ilmu Kesehatan Masyarakat UNDIP-UGM-UNS di Yogyakarta 5 Juli 1997.
3. Azwar A. Pengantar Pelayanan Dokter Keluarga. Jakarta: Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia. 1996.
4. Chin G. L. Shahabudin and Nik-Safiah. The Postgraduate Training Programme in Family Medicine of Universiti Kebangsaan Malaysia. *Annals of Community-Oriented Education*. 1995; 8:103-113.
5. Nik-Safiah, N L. Shahabudin, S. H. and Chin G.L. The Training of Supervisors for Distance Learning in The Family Medicine Programme of Universiti Kebangsaan Malaysia. *Annals of Community-Oriented Education*. 1995;8:115-125.
6. Shahabudin, S. H., Liew C. G. and Nik-Safiah, N.I. Intersectoral Collaboration in The Family Medicine Programme of Universiti Kebangsaan Malaysia. *Annals of Community-Oriented Education*. 1995;8:95-102.
7. Mukti A G, Dwiyanto A, Effendi S, Sucipto T, Purbo K Y. Determinants of Quality of Health Care and Family Planning in Bali and Nusa Tenggara Timur, Indonesia. *Indonesian Journal of Clinical Epidemiology and Biostatistics* 1997;1(4 suppl).
8. Mukti AG, Radyowiyati A, Hakimi M, Lamsudin R. Prescribing Pattern of Village Midwives for Non-Obstetric Cases in Purworejo, Central Java, Indonesia. *Berita Kedokteran Masyarakat* 1997;XII (2):55-64.
9. Arif M. Dokter Keluarga dalam Perspektif Profesionalisme dan Pengembangan Karier. Makalah Disampaikan dalam Konferensi Kerja BKS Bagian IKM Fakultas Kedokteran Negeri Se-Indonesia di Yogyakarta. Tanggal 17 dan 18 Desember 1997.
10. Rifki N N. Pengembangan Pendidikan Kedokteran Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Makalah Disampaikan dalam Konferensi Kerja BKS Bagian IKM Fakultas Kedokteran Negeri Se-Indonesia di Yogyakarta. Tanggal 17 dan 18 Desember 1997.
11. Departemen Kesehatan R.I. Pedoman Pelatihan Dokter Keluarga-JPKM. Jakarta: Depkes R.I. 1986.
12. Sudibyo E P. Pengalaman Kursus/Pelatihan Kedokteran Keluarga di UNAIR. Makalah Disampaikan dalam Seminar Sehari Kedokteran Keluarga dan Pertemuan Regional Ilmu Kesehatan Masyarakat UNDIP-UGM-UNS. di Yogyakarta 5 Juli. 1997.
13. Husin M. Pendidikan Dokter Keluarga dalam Sistem Pendidikan Kedokteran di Indonesia. Makalah Disampaikan dalam Konferensi Kerja BKS Bagian IKM Fakultas Kedokteran Negeri Se-Indonesia di Yogyakarta. Tanggal 17 dan 18 Desember 1997
14. Mukti A G. Managed Care: Perkembangan, Implikasi dan Tantangan ke Depan. *Berita Kedokteran Masyarakat* 1997;XII (3):151-158.
15. Azwar A. Managed Care Development and Expectations of the Indonesian Medical Community. *Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia* 1996;XXIV (8):501-504.

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPUASAN KERJA
DAN MOTIVASI DOKTER KELUARGA PT ASKES
DALAM MEMBERIKAN PELAYANAN KESEHATAN
KEPADA PESERTA WAJIB PT ASKES
di Kotamadia Malang, Madiun dan Kediri Propinsi Jawa Timur**

*FACTORS INFLUENCING WORK SATISFACTION AND MOTIVATION OF FAMILY
DOCTORS OF PT ASKES IN PROVIDING HEALTH SERVICES FOR PT ASKES MEMBERS
IN MALANG, MADIUN, AND KEDIRI, OF EAST JAVA PROVINCE*

Noer Chotimah¹, Hari Kusnanto²,

¹ Kanwil Depkes, Propinsi Jawa Timur

² Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: The aims of this study were to find out factors influencing satisfaction and motivation of family doctors of PT. Askes in providing comprehensive health services for PT. Askes members; to find out the level of satisfaction and work motivation; and to find out family doctors' opinion concerning preventive and promotional health service. This study was conducted in response to the poor work achievement, especially in terms of preventive and promotional health service as part of comprehensive services based on Health Project Evaluation IV 1998.

Method: This was a cross-sectional study with 37 family doctors in contractual agreements with PT. Askes in Malang, Kediri, and Madiun as subjects. The measurement tools were closed questionnaires using Likert Scale and Osgood's multi-semantic model. Data were processed using descriptive analysis, statistical analysis with regression correlation, and t-test, and qualitative analysis for open answers.

Results: The results showed that the levels of work satisfaction among family doctors were 4.97% very satisfied; 40.9% satisfied; 34.6% rather satisfied; 12.7% rather dissatisfied; 5.66% dissatisfied; 1.29% very dissatisfied. The biggest contributions on very dissatisfied, dissatisfied, and rather dissatisfied feelings were the sub variables of salary, which was 27.17% and the administrative policy 21.63%. The result of work motivation analysis showed that the levels of work motivation were very high 4.79%; high 40.9%; rather high 34.6%; rather low 12.7%; low 5.66%; and very low 5.7%. The regression analysis showed that there was no significant relationship between motivator (satisfier) and job satisfaction; but there was significant relationship between hygiene (dissatisfier) and job satisfaction; while there was no significant relationship between job satisfaction and work motivation; and there was significant relationship between motivator (satisfier) and work motivation. There was significant relationship between factors of hygiene (dissatisfier) and job satisfaction. The qualitative analysis showed that respondents focused more on salary, administrative policy, and facilities. Sixty two point eighty six percent of all 25 activities of the promotional and preventive health services had not been conducted. The family doctors agreed to conduct preventive and promotional health services.

Keywords: family medicine, job satisfaction, work motivation, preventive and promotional health services.

PENGANTAR

Dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi peserta wajib PT Askes, maka pada tahun 1997 PT Askes Cabang Jawa Timur bekerjasama dengan Proyek Kesehatan IV (HP IV) menyelenggarakan uji coba pelayanan kesehatan melalui sarana pelayanan dokter praktik swasta yaitu dokter keluarga PT Askes, melalui naskah kerjasama antara PT Askes cabang Jawa Timur dengan dokter selaku pemberi pelayanan kesehatan. Uji coba diselenggarakan di Kotamadia Malang, Madiun dan Kediri sejak tahun 1997 dengan jumlah pelayanan dokter keluarga 32 dokter, tahun 1998 sebanyak 33 dokter dan tahun 1999 sebanyak 37 dokter.

Sebelum pelaksanaan uji coba, seluruh pelayanan rawat jalan tingkat pertama diselenggarakan di Puskesmas. Beban kerja yang sangat tinggi bagi dokter Puskesmas di luar pelayanan medis sebesar 60% merupakan salah satu sebab pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) di Puskesmas bagi peserta wajib PT Askes sering tidak diberikan oleh dokter melainkan oleh paramedis. Hal ini menjadi faktor penyebab ketidakpuasan peserta wajib PT Askes.

Perbedaan prinsip antara pelayanan di Puskesmas dan dokter keluarga adalah pelayanan Puskesmas menggunakan pendekatan komunitas sedang pelayanan dokter keluarga menggunakan pendekatan keluarga sebagai inti. Dengan pendekatan konsep dokter keluarga maka hubungan antara peserta dengan dokternya akan menjadi lebih baik dan pengenalan kesehatan keluarga diharapkan lebih mendalam sehingga upaya preventif dan promotif yang dikembangkan dapat lebih spesifik, sehingga diharapkan dapat memberikan keuntungan kepada berbagai pihak antara lain:

- 1) Bagi peserta, pelayanan kesehatan yang diterima lebih profesional, dengan pendekatan yang bersifat lebih kekeluargaan dan pribadi.
- 2) Bagi badan penyelenggara (PT Askes) terjadi efisiensi biaya, karena peran dokter keluarga melalui kegiatan promotif dan preventif melalui keluarga akan menurunkan angka

kesakitan dan rujukan serta menekan biaya pelayanan.

- 3) Bagi pemberi pelayanan (dokter keluarga), mendapat imbalan jasa tetap secara kapitasi dan dapat lebih mengembangkan diri secara profesional.
- 4) Bagi pemerintah, maka pelayanan Puskesmas dapat lebih terarah kepada pelayanan kepada masyarakat di luar peserta Askes.
- 5) Memberikan kesempatan kepada dokter pasca PTT yang tidak tertampung di sektor pemerintah untuk pelayanan dokter keluarga dalam rangka pendayagunaan tenaga kesehatan di sektor swasta.

Ruang lingkup pelayanan rawat jalan tingkat pertama pada dokter keluarga PT Askes meliputi: (1) penyuluhan kesehatan (pelayanan promotif); (2) pencegahan penyakit termasuk perawatan kesehatan Ibu dan Anak (pelayanan preventif); (3) pemeriksaan dan pengobatan, (4) tindakan medis ringan, (5) pemberian obat sesuai kebutuhan medis; dan (6) pemberian rujukan.

Di dalam lampiran Keputusan Menteri Kesehatan nomor 56 tanggal 17 Nopember 1995, tentang pengembangan dokter keluarga dalam penyelenggaraan JPKM, pengertian dokter keluarga, yaitu dokter yang menyelenggarakan upaya pemeliharaan kesehatan dasar puripurna yaitu upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dengan pendekatan menyeluruh (holistik dan kesisteman) untuk pemecahan masalah kesehatan yang dihadapi oleh individu dalam keluarga dan oleh setiap keluarga dalam kelompok masyarakat yang memilihnya sebagai mitra utama pemeliharaan kesehatan.

Pelayanan yang diberikan oleh dokter keluarga PT Askes, diharapkan lebih diutamakan kepada pelayanan promotif dan preventif selain pengobatan terhadap penyakit yang dideritanya melalui pembayaran muka (pra bayar). Penulisan resep sesuai dengan Daftar Plafon Harga Obat (DPHO) yang diterbitkan PT.Askes. Bila diperlukan atas indikasi medis, dokter keluarga dapat merujuk peserta kerumah sakit yang ditunjuk.

Dalam pelaksanaan pembayaran dilakukan dengan cara kapitasi berdasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar. Biaya pelayanan kesehatan (jasa) sebesar Rp 266,- atau Rp 250,- bersih perkapita. Rincian untuk mendapat kapitasi per orang Rp 250,- adalah sebagai berikut: (1) di Kotamadia Malang bila jumlah peserta < 1200 jiwa jasa dokter dibayar sebesar Rp 300.000,- per bulan, bila jumlah > 2000 jiwa dibayarkan kapitasi sebesar Rp 250,- per orang/per bulan; (2) di Kotamadia Kediri jumlah peserta < 1500 jiwa, jasa dokter dibayar Rp 250.000,- per bulan, bila > 2000 jiwa dibayar kapitasi Rp 250,- per orang/per bulan dan; (3) di Kotamadia Madiun, bila jumlah peserta < 1500 jiwa jasa dokter dibayar Rp 300.000,- bila jumlah peserta > 2000 jiwa dibayar kapitasi Rp 250,- per orang/per bulan. Seluruh biaya pelayanan kesehatan sebesar Rp 1000,- per kapita meliputi biaya rawat jalan tingkat pertama, rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap dan biaya obat. Apabila terjadi efisiensi biaya pelayanan kesehatan tersebut, maka sisa dana akan dibagi (*profit sharing*) 65% untuk dokter keluarga, 35% untuk PT Askes yang akan diserahkan setiap akhir tahun. Perjanjian yang saling mengikat ini berlaku minimal 2 tahun. Peserta Askes dikenakan iuran biaya (*co-payment*) sebesar Rp 2000,- setiap pemeriksaan, untuk membayar resep obat-obatan. Kekurangan anggaran pelayanan rawat jalan di daerah uji coba ini mendapat subsidi dari Proyek Kesehatan IV (HP4) Pusat.

Untuk mengetahui sejauhmana kinerja dokter keluarga dalam memberikan pelayanan paripurna, maka dilakukan evaluasi program melalui penelitian tahun 1998. Hasil penelitian yang pernah dilakukan Proyek Kesehatan IV (HP4) dan PT Askes tahun 1998 terhadap pelayanan paripurna dokter keluarga PT Askes (33 orang) tersebut adalah sebagai berikut: (1) pelayanan kesehatan keluarga belum dilaksanakan oleh 11,54% dokter keluarga; (2) pembinaan kesehatan keluarga rata-rata belum dilaksanakan oleh 56,16% dokter keluarga; (3) kegiatan promotif dan preventif rata-rata belum dilaksanakan oleh 88,40% dokter keluarga dan; (4) pembinaan kesehatan masyarakat belum

dilaksanakan oleh 84,62% dokter keluarga. Hasil penelitian lainnya adalah mengenai: (1) peserta wajib PT Askes (993 responden) menyatakan 96,6% merasa puas mendapat pelayanan dokter keluarga dan tidak puas 3,4%; (2) dokter keluarga PT Askes yang menyatakan puas memberikan pelayanan sebesar 81,3% dan tidak puas 18,7%; (3) dampak terhadap pasien pribadi dokter setelah menjadi dokter keluarga adalah meningkat 31,1%, tetap sebesar 46,9%, menurun sebesar 21,9% dan; (4) rata-rata kunjungan pasien peserta wajib PT Askes perbulan sebesar 14,23% (rata-rata kunjungan Puskesmas 12%-15% perbulan).

Apabila dilihat dari rata-rata pencapaian hasil kegiatan dokter keluarga dalam pelayanan paripurna khususnya pelayanan promotif dan preventif yang rendah, dampak negatif terhadap pasien pribadi dokter setelah menjadi dokter keluarga (tetap 46,9% dan menurun 21,9%), kapitasi yang kecil, angka kunjungan rata-rata cukup tinggi 14,23% dihubungkan dengan pernyataan puas dokter keluarga dalam memberikan pelayanan kesehatan sebesar 81,3% terdapat kesenjangan. Oleh karena dalam penelitian kepuasan dokter keluarga tersebut belum dilakukan pengukuran tingkat kepuasan dan pengkajian lebih dalam tentang pernyataan puas dokter keluarga dalam pekerjaannya, serta motivasi apa yang mendorong dokter keluarga untuk melakukan pekerjaannya.

Dalam rangka perluasan jangkauan dan peningkatan pelayanan kesehatan paripurna terhadap peserta wajib PT Askes dan peserta JPKM sesuai dengan arah dan strategi pembangunan dalam Kebijakan Pembangunan Kesehatan tahun 2000 bahwa pada masa yang akan datang dibutuhkan tempat-tempat pelayanan kesehatan yang semakin banyak dan lebih profesional dan berkualitas, termasuk pelayanan oleh dokter keluarga, maka peran dokter keluarga baik yang berada di rumah sakit, Puskesmas, praktik swasta bersama atau perorangan akan sangat dibutuhkan untuk dapat memberikan pelayanan paripurna kepada keluarga. Agar peran itu dapat dijalankan

dengan baik maka harus ada keseimbangan antara pemberi pelayanan (dokter keluarga), pihak asuransi (PT Askes) dan penerima pelayanan (peserta Askes). Apabila hasil penelitian yang menyatakan rasa puas dokter keluarga sebesar 81,3% terhadap pekerjaan ini dijadikan masukan untuk para pengambil keputusan, dikhawatirkan dapat melahirkan kebijakan yang kurang tepat.

Kepuasan kerja dan motivasi kerja seseorang dipengaruhi banyak faktor. Berdasarkan teori kepuasan, De Santis¹ dalam penelitiannya membuktikan bahwa kepuasan kerja seseorang dipengaruhi oleh lingkungan kerja atau iklim kerja, ciri pekerjaan, ciri individu, kompensasi yang diterima serta faktor-faktor lainnya. Ciri pekerjaan terletak pada aspek internal dari pekerjaan terdiri dari: (1) variasi keterampilan; (2) otonomi; (3) tanggung jawab; (4) derajat pentingnya tugas; dan (5) umpan balik. Iklim kerja adalah aspek lingkungan kerja yang meliputi ruang kerja, teman sekerja dan penyeliaan. Ciri individu yaitu: (1) pendidikan; (2) umur; (3) status perkawinan; (4) jenis kelamin; dan (5) ras.

Dalam penelitian tersebut De Santis dkk¹, membandingkan tingkat kepuasan kerja bagi pekerja swasta dan pemerintah, ditemukan bahwa variabel kunci yang berpengaruh terhadap kepuasan kerja tenaga dari sektor swasta dan pemerintah terdapat persamaan yaitu (a) melakukan yang terbaik; (b) bekerja di lingkungan yang menyenangkan; (c) mendapat rekan kerja yang bersahabat; (d) mendapat pekerjaan yang berarti dalam konteks luas. Dua di antara aitem yang terbukti memberikan kontribusi terhadap kepuasan kerja adalah lingkungan kerja, dan hubungan dengan teman sejawat yang dalam teori iklim motivasi Herzberg termasuk dalam faktor hygiene (*dissatisfier*).

Penelitian lain yang dilakukan Kristiansen² terhadap 116 praktik dokter umum yang menghitung jumlah waktu konsultasi antara dokter yang digaji dan dokter yang menerima pembayaran langsung (*Fee for Service*), menunjukkan bahwa insentif finansial dapat digunakan untuk

mempengaruhi pola praktik serta kepuasan kerja dokter umum.

Koontz, dkk., melalui teori Rantai kebutuhan-keinginan-kepuasan, menggambarkan bahwa motivasi seseorang dalam bekerja diawali dengan adanya kebutuhan yang menimbulkan keinginan. Sedangkan keinginan mengacu pada dorongan dan upaya untuk mencapai suatu tujuan dan memuaskan keinginan seseorang.³

Berelson dan Steiner⁴ mendefinisikan motivasi adalah istilah umum yang mencakup keseluruhan dorongan, keinginan, kebutuhan dan daya yang sejenis, sehingga motivasi dapat dikatakan sebagai satu dorongan untuk bertindak guna mencapai sesuatu yang diinginkan.

Schiffman dan Kanuk, berpendapat bahwa motivasi dihasilkan karena adanya ketegangan akibat tidak terpenuhinya suatu kebutuhan, sehingga secara sadar atau tidak seseorang akan mengurangi ketegangan dengan perilaku yang dapat memenuhi kebutuhannya.

Melalui teori dua faktor motivator atau teori Iklim motivator Herzberg⁵ membagi dua faktor yang berhubungan dengan kepuasan dan motivasi kerja, yaitu faktor motivator (*satisfier*) yang bersifat intrinsik terdiri dari: (1) pencapaian kerja; (2) pengakuan atas hasil kerja; (3) kemajuan dan perkembangan kerja; dan (4) tanggung jawab; apabila terpenuhi sesuai dengan keinginan akan menimbulkan kepuasan kerja dan motivasi kerja yang tinggi sedangkan faktor hygiene (*dissatisfier*) yang bersifat ekstrinsik terdiri dari: (1) kebijakan administrasi dan penerapannya; (2) hubungan dengan teman sejawat; (3) hubungan dengan atasan dan pelaksana supervisi, (4) kondisi tempat kerja; (5) keamanan kerja; dan (6) gaji dan upah, apabila kebutuhan di atas tidak terpenuhi maka akan menjadi sumber rasa tidak puas dan motivasi kerja rendah. Apabila seluruh kebutuhan tersebut terpenuhi belum tentu menjadi puas akan tetapi sekedar mengurangi rasa tidak puas. Agar dalam penerapan kebijakan berdasar pada fakta-fakta yang terjadi dilapangan maka dilakukan penelitian untuk mengetahui:

- (1) Bagaimana pendapat dokter keluarga terhadap pelayanan paripurna.
- (2) Bagaimana pendapat dokter keluarga terhadap pelayanan promotif dan preventif sebagai bagian dari pelayanan paripurna.
- (3) Keluhan apa yang selama ini dirasakan oleh dokter keluarga terhadap pekerjaannya.
- (4) Faktor-faktor apakah yang mempengaruhi kepuasan dan ketidakpuasan dokter keluarga dan bagaimana tingkat kepuasan dokter keluarga terhadap pekerjaannya.
- (5) Faktor apakah yang mempengaruhi motivasi dokter keluarga terhadap pekerjaannya.
- (6) Apakah terdapat hubungan positif antara faktor motivator terhadap kepuasan dan motivasi kerja.
- (7) Apakah ada hubungan positif antara faktor hygiene terhadap kepuasan dan motivasi kerja.
- (8) Apakah ada hubungan positif antara kepuasan kerja dengan motivasi kerja.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan rancangan penelitian *cross sectional* untuk mendapatkan penjelasan (*explanatory* atau *confirmatory*) agar dapat dianalisis hubungan antara variabel satu dengan variabel lainnya. Pengamatan dilakukan secara sensus terhadap seluruh populasi.

1. Unit analisis penelitian adalah 37 dokter keluarga yang melakukan kontrak kerjasama dengan PT. Askes sebagai pemberi pelayanan peserta wajib Askes dan melakukan praktik di daerah Kabupaten/Kotadia Malang, Madiun, dan Kediri.
2. Subjek penelitian adalah seluruh dokter keluarga PT Askes sebanyak 37 orang dengan kriteria:
 - a. Masih dalam status kontrak kerja sama dengan PT Askes sebagai pemberi pelayanan kesehatan.
 - b. Masih aktif memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta wajib PT. Askes.
 - c. Tempat praktik pelayanan kesehatan berada di Kabupaten/Kotamadia Malang,

Madiun dan Kediri masing-masing di Malang 13 dokter, Madiun 7 dokter, dan Kediri 17 dokter.

- d. Bersedia memberikan jawaban seluruh daftar pertanyaan dan pernyataan dalam kuesioner.

Data yang dianalisa adalah data primer hasil penelitian dan data sekunder yang berasal dari Kantor Cabang PT Askes Jatim, Kantor Pembantu Cabang PT Askes Malang, Madiun dan Kediri serta Proyek Kesehatan IV (HP IV).

Alat penelitian untuk mengumpulkan data primer adalah instrumen berupa kuesioner yang terdiri dari daftar pernyataan tertutup dan terbuka. Kuesioner dibagi menjadi 4 (empat), terdiri dari:

1. Kuesioner pertama yaitu yang menanyakan tentang ciri dokter keluarga (variabel bebas) meliputi usia, jenis kelamin, kawin atau belum, status kepegawaian, lama bekerja (kontrak), dan pelatihan dokter keluarga yang telah diikuti, perlu tidaknya kontrak dilanjutkan, pilihan urutan kegiatan pelayanan kesehatan paripurna yang harus diberikan dokter keluarga sesuai dengan kontrak.
2. Kuesioner kedua untuk mengetahui pendapat dokter keluarga terhadap pelayanan promotif dan preventif sebagai bagian pelayanan paripurna melalui pengisian skala sikap model Likert dengan penilaian skala interval (6 skala pilihan).
3. Kuesioner ketiga terdiri dari pengisian skala sikap model Likert melalui skala interval dengan 6 skala pilihan terdiri dari aspek afektif (perasaan), kognitif (pikiran) dan konatif (tindakan) untuk memberikan penilaian motivasi dokter keluarga terhadap pekerjaannya.
4. Kuesioner keempat yaitu pernyataan langsung tentang kepuasan kerja memakai metode pengungkapan langsung (*direct assessment*) menggunakan aitem ganda dengan teknik deferensi semantik.

Pada setiap kuesioner diberikan kesempatan memberikan komentar atau pendapat terbuka yang akan diolah secara kualitatif.

Penelitian dilakukan 2 tahap yaitu:

1. Penelitian awal, penelitian dilakukan dengan:
 - pengisian kuesioner bagian pertama tentang data karakteristik individu dan kuesioner bagian kedua untuk menggali pendapat dokter keluarga terhadap pelayanan promotif dan preventif, pelaksanaan kegiatan promotif dan preventif yang pernah dilakukan, serta pendapat dokter keluarga terhadap aitem yang mempunyai pengaruh terhadap pelayanan kesehatan paripurna.
2. Penelitian lanjutan, dalam penelitian ini dilakukan 3 tahap yaitu uji coba alat ukur, pengumpulan data dan pengolahan data kepuasan dan motivasi kerja dokter keluarga.
 - a. Uji coba alat ukur/instrumen penelitian
Dilakukan dengan uji validitas dan reliabilitas, menggunakan metode perkiraan *Cronbach's Alpha*, dengan hasil dari 107 aitem pernyataan layak dipakai. Koefisien keandalan/reliabilitas (*Cronbach's Alpha*) berkisar antara 0,6989 dan 0,9510 dan ini menggambarkan secara umum bahwa reliabilitas cukup tinggi. Hasil uji validitas masing-masing aitem mempunyai kisaran r antara 0,3670 dan 0,7652.
 - b. Pengumpulan data
Pengumpulan data dasar berupa ciri individu dan pengumpulan pendapat mengenai pelayanan kesehatan paripurna serta kegiatan pelayanan promotif dan preventif dilakukan secara langsung. Pengumpulan data tentang kepuasan, motivasi dan pemenuhan kebutuhan dari faktor motivator dan faktor higiene dilakukan melalui pengiriman kuesioner kepada responden melalui pos dan surat, jawaban kepada peneliti dikirim melalui pos dalam amplop tertutup.
 - c. Pengolahan data
Data primer yang telah dikumpulkan diolah secara deskriptif dan analisis statistik. Data karakteristik individu dan pendapat responden pada penelitian awal di analisis dengan cara deskriptif untuk

mengetahui sebaran frekuensi, rata-rata (*mean*) dari variabel-variabel. Untuk mengetahui hubungan antara variabel-variabel terhadap kepuasan kerja maupun terhadap motivasi kerja dianalisis melalui program SPSS 6.0 for Windows dipakai rumus korelasi *product moment*. Guna melengkapi analisis data kuantitatif maka, jawaban terbuka responden dianalisis secara kualitatif dan dipilih yang mempunyai arti dalam melengkapi penelitian.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Karakteristik responden

Dalam penelitian ini 37 responden yang bersedia menjawab adalah 35 responden, terdiri dari 22 wanita dan 13 pria. Rata-rata usia responden 34,57, usia < 40 tahun 071,5% dan > 40 tahun 8,5%. Status responden adalah 7 pegawai negeri sipil dan 12 pegawai lainnya, 16 sebagai dokter keluarga saja. Dari 35 responden, sebanyak 21 orang pernah mengikuti pelatihan dokter keluarga di FK UNAIR selama 3 bulan. Dari 21 responden yang mengikuti pelatihan, 12 responden menyatakan berguna, 9 menyatakan tidak berguna.

Menurut Azwar⁶, salah satu ciri dokter keluarga adalah memiliki pengetahuan dan keterampilan khusus kedokteran dan keluarga serta kesehatan keluarga yang diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan khusus dengan pendalaman di bidang ilmu bedah, ilmu kebidanan dan kandungan, kesehatan anak dan penyakit dalam. Di Swedia spesialisasi yang harus diambil dokter keluarga 4,5 tahun, di Israel 4 tahun, di New Zealand 3 tahun, sedangkan di Jepang diciptakan hubungan yang erat antara dokter keluarga dengan rumah sakit untuk secara terus menerus meningkatkan keterampilan dan kemampuannya, dan di Australia mengikutsertakan dokter keluarga pada *teaching hospital*. Dengan demikian pelatihan awal yang dilakukan selama kurun waktu 3 bulan yang diselenggarakan di Jawa Timur sebelum dokter keluarga bertugas hanya merupakan pengenalan program saja, belum kepada pemahaman terhadap tugas dan fungsi dalam pelayanan dokter keluarga

Tabel 1: Rerata jumlah pasien Askes yang dilayani, jumlah kapitasi dan pasien umum serta hasil praktek

No	Variabel per bulan	Jumlah per bulan	Rata-rata bulan per orang	Min per bulan	Max per	n
1	Jumlah kapitasi yg diterima per bulan (Rp)	19.359.726,-	553.135,-	250.000,-	1.000.000,-	35
2	Jumlah pasien peserta Askes yg dilayani per bulan	14852	424	75	1000	35
3	Jumlah pasien umum yg dilayani per bulan	7500	214	15	625	35
4	Jumlah-hasil praktek umum (Rp)	564.486.650,-	1.822.150,-	200.000,-	4.500.000,-	35

Pada Tabel 1 terlihat bahwa rata-rata pasien Askes dokter keluarga per bulan ternyata lebih besar dari rata-rata pasien umum yang dilayani oleh dokter keluarga yaitu 424 orang/bulan peserta Askes dan 214 orang/bulan pasien umum. Dari penelitian ini, hasil praktik tidak diisi oleh 4 orang responden. Hasil praktik rata-rata sebesar Rp. 1.822.150,- per dokter/bulan ternyata lebih besar 3,3 kali dari penghasilan rata-rata kapitasi per bulan sebesar Rp. 523.135,-. Apabila rata-rata kapitasi yang diterima per bulan dibagi dengan jumlah rata-rata pasien yang dilayani maka per pasien hanya terbayar Rp. 1.234,- per pasien. Perhitungan rata-rata kapitasi per bulan tersebut belum termasuk penerimaan sisa hasil keuntungan tiap tahun.

Untuk mengetahui pendapat responden yang ingin melanjutkan kontrak kerja lagi, maka urutan yang dipilih dari 6 kegiatan pelayanan kesehatan paripurna sesuai kontrak kerja (Tabel 2).

Tabel 2 menggambarkan urutan pertama yaitu kegiatan promotif dan preventif dipilih oleh 20 (57,14%) responden dan 24 (68,57%) responden memilih pada urutan kedua. Sedangkan pengobatan dipilih oleh 22 (62,86%) responden pada urutan ketiga.

Hal ini menggambarkan bahwa sebagian besar responden menyetujui kegiatan promotif dan preventif memang harus diselenggarakan sebagai bagian pelayanan paripurna.

Hasil Pelayanan Promotif dan Preventif

Pengumpulan data terhadap 35 responden untuk mengetahui pendapat mereka terhadap kegiatan pelayanan promotif dan preventif serta kegiatan tersebut pernah dilakukan atau tidak selama tahun 1999, tanpa memperhitungkan frekuensi pelaksanaan dan mutu pelayanan. Dari 25 aitem pertanyaan terdiri dari kegiatan pada

Tabel 2: Urutan kegiatan pelayanan kesehatan paripurna yang dipilih responden

No	Kegiatan	Ur. I	Ur. II	Ur. III	Ur. IV	Ur. V	Ur. VI	N.
1	Penyuluhan Kesehatan dan pelayanan promotif	14	5	11	-	-	-	35
2	Pencegahan penyakit & pelayanan ibu dan anak preventif	6	19	2	2	6	-	35
3	Pemeriksaan dan pengobatan	1	3	22	5	3	1	35
4	Tindakan medis ringan	2	5	-	8	19	4	35
5	Pemberian obat sesuai kebutuhan medis	5	3	-	19	7	1	35
6	Rujukan	2	-	-	1	-	32	35
	Jumlah	35	35	35	35	35	35	35

Keterangan: Ur = urutan

periode prepatogenesis yaitu kegiatan promotif dan perlindungan spesifik pada kelompok pencegahan primer serta pencegahan sekunder pada sebagian kegiatan diagnosa awal dan pengobatan yang sesuai. Kegiatan ini merupakan gabungan dari program pelayanan dokter keluarga dari Depkes RI, PT Askes serta kegiatan promotif dan preventif dari teori Leavel dan Clark serta pendapat beberapa ahli dengan uraian kegiatan sesuai lampiran.

Hasil yang diperoleh dari seluruh pernyataan no 1 s/d 25 menyatakan sangat tidak setuju tidak ada, tidak setuju 53 (6,06%), agak tidak setuju 36 jawaban (4,4%), agak setuju 164 (16,69%), setuju 514 (58,74%) dan sangat setuju 126 (14,4%). Bila dikelompokkan pada kategori tidak setuju (sangat, agak dan tidak) maka terdapat 89 jawaban (10,17%), sedangkan kelompok setuju (sangat, setuju dan agak) sebesar 786 jawaban (89,83%).

Dari kegiatan promotif dan preventif yang seyogyanya dilakukan oleh dokter keluarga, maka didapat angka yang tidak mendukung dari 25 aitem kegiatan yang pernah dilakukan oleh 35 responden adalah 325 (37,14%) atau rata-rata 9 aitem yang pernah dilakukan. Sedangkan 25 aitem kegiatan yang tidak pernah dilakukan adalah 550 (62,86%) atau rata-rata 15 aitem yang tidak pernah dilakukan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa walaupun 29 (82,85%) responden setuju melakukan kegiatan nomor 1 penyuluhan kesehatan keluarga binaan, ternyata 23 orang (65,7%) responden tidak pernah melakukan kegiatan tersebut. Sesuai dengan hasil tersebut berikut ini pendapat terbuka dari responden:

Kegiatan promotif dan preventif hanya dilakukan apabila penderita datang ke tempat praktek belum dilakukan secara khusus karena program tersebut membutuhkan dana dan selama ini belum ada dana dan sarana untuk kegiatan itu. Misalnya mengumpulkan keluarga binaan untuk diberikan penyuluhan kelompok. Bila diberi anggaran untuk kegiatan tersebut, pasti kami senang melaksanakannya (3 orang).

Kegiatan nomor 2 kunjungan rumah pada kelompok keluarga binaan yang menyetujui 28 (80%) responden yang melaksanakan baru 6

responden. Kegiatan nomor 3, pengamatan kesehatan lingkungan rumah hanya dilakukan oleh 3 orang (8,57%) walaupun 25 responden (71,42%) setuju terhadap kegiatan tersebut. Melengkapi hasil penelitian maka pernyataan terbuka responden sebagai berikut:

Untuk melaksanakan pembinaan keluarga, domisili peserta wajib PT Askes menyebar di daerah kabupaten dan kotamadya yang sangat sulit dijangkau tanpa kendaraan roda 4, mampukah perusahaan menyediakan kendaraan dan uang transport (perjalanan)? (2 orang)

Saya setuju kegiatan tersebut asal sarana, prasarana, dana sesuai dan tidak ada tekanan/peraturan yang mengikat dari pihak perusahaan (1 orang).

Kegiatan nomor 4 pemantauan penyakit menular hanya dilakukan oleh 1 responden (2,9%) dan yang setuju terhadap kegiatan tersebut 34 responden (97,1%). Pendapat responden tentang tidak dilaksanakannya kegiatan tersebut adalah:

Dalam posisi sebagai dokter keluarga yang kapitasnya sangat minus rasanya sulit untuk melakukan kegiatan terjun langsung ke lapangan karena tidak punya instansi khusus dan dapat tumpang tindih dengan program Puskesmas (2 orang)

Demikian juga untuk kegiatan nomor 5 pelaporan penyakit menular yang dapat menimbulkan wabah 32 responden (91,14%) menyatakan setuju tetapi baru 7 orang (20%) yang melakukan pelaporan melalui laporan W1, W2. Beberapa alasan mengenai sulitnya dilakukan kegiatan tersebut dapat dilihat dalam pernyataan berikut:

Keterbatasan waktu dan tenaga (tidak punya staf) maka kegiatan tersebut tidak dapat berkembang sesuai yang diharapkan (1 orang).

Ada keinginan tapi waktu sempit, harus ada kerjasama dengan lintas sektor karena selama ini belum tampak ada kerjasama, PT Askes harus menjembatani karena punya kewajiban yang sama (1 orang).

Kegiatan nomor 6 dan 16 yaitu konseling pencegahan penyakit menular, PMS dan HIV/AIDS 35 responden setuju, tapi 26 (74,85%) belum melaksanakan. Kegiatan nomor 17 yaitu pemberian konseling bagi pasangan yang akan menikah dari 35 responden yang setuju, ternyata 28 (80%) belum

melaksanakan. Beberapa alasan yang disampaikan secara terbuka adalah sebagai berikut:

Gaji kecil, tak sempat berpikir tentang kegiatan tersebut kecuali praktek saja apalagi dana dan sarana tidak pernah mendukung (4 orang).

Disamping kegiatan-kegiatan yang disetujui responden tapi belum dilaksanakan, ternyata kegiatan nomor 7 yaitu menyarankan imunisasi lengkap bagi bayi, pemeriksaan ibu dan anak secara teratur ke Puskesmas (nomor 9) dan menyarankan pengaturan kehamilan (nomor 24) maka masing-masing sebesar 33 (94,28%), 25 (71,42%) dan 33 (94,28%) telah melaksanakan. Dari analisis hasil penelitian ini ternyata sebenarnya responden setuju kegiatan promotif dan preventif asalkan didukung oleh dana dan sarana yang memadai.

Untuk lebih melengkapi pendapat responden tentang faktor apa saja yang dapat membantu kelancaran kegiatan promotif dan preventif dengan hasil sebagai berikut: (1) sebanyak 21 responden memilih faktor kemauan yang kuat menjadi urutan pertama dan kedua; (2) ada kemampuan yang memadai dipilih oleh 16 responden pada urutan pertama dan kedua; (3) ada dana dan sarana yang

lengkap dipilih oleh 21 responden pada urutan pertama dan kedua.

Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan dan Motivasi Kerja Dokter Keluarga

Oleh karena faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan dan motivasi sangat banyak maka dalam penelitian dipilih beberapa variabel yang mempengaruhi kepuasan dan motivasi kerja responden yaitu faktor *motivator*, faktor higiene dan ciri individu. Faktor *motivator* dalam penelitian ini terdiri dari sub variabel: (1) pencapaian hasil kerja; (2) pengakuan atas hasil kerja; (3) perkembangan kerja dan; (4) tanggung jawab. Faktor higiene dalam penelitian ini terdiri dari sub variabel: (1) kebijakan administrasi; (2) hubungan dengan teman; (3) hubungan dengan atasan; (4) kondisi kerja; (5) keamanan kerja dan; (6) gaji upah. Sedangkan ciri individu adalah: (1) jenis kelamin; (2) status pekerjaan; dan (3) pelatihan dokter keluarga.

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini meliputi pernyataan responden terhadap: (1) pemenuhan faktor *motivator*; (2) pemenuhan faktor higiene; (3) kepuasan kerja dan; (4) motivasi kerja dan; (5) pengisian kuesioner ciri individu. Hasil pemenuhan faktor higiene (6 sub variabel) dapat dilihat dalam Tabel 3.

Tabel 3: Pemenuhan pada sub-sub variabel faktor higiene (*dissatisfier*)

Keterangan	Sangat tidak terpenuhi (1)	Tidak terpenuhi (2)	Agak tidak terpenuhi (3)	Agak terpenuhi (4)	Terpenuhi (5)	Sangat terpenuhi (6)	N	Aitem
Kebijakan administrasi	4 (2,9%)	18 (12,9%)	53 (37,9%)	31 (22,1%)	34 (24,3%)	-	35	140
Hubungan dengan teman	-	9 (5,1%)	20 (11,4%)	41 (23,4%)	86 (49,1%)	19 (10,9%)	35	175
Hubungan dengan atasan	1 (0,6%)	5 (2,9%)	10 (5,7%)	66 (37,7%)	93 (53,1%)	-	35	175
Kondisi kerja	-	15 (7,1%)	14 (6,7%)	91 (43,3%)	88 (41,9%)	2 (0,9%)	35	210
Keamanan kerja	-	3 (2,1%)	7 (5%)	56 (40)	74 (52,9%)	-	35	140
Gaji/upah	32 (15,2%)	77 (36,7%)	41 (19,5%)	41 (19,5%)	19 (9,1%)	-	35	210
Total	37 (3,5%)	127 (12,1%)	145 (13,8%)	326 (31,1%)	394 (37,5%)	21 (2%)	35	1050

Bila dilihat dari pilihan jawaban dari masing-masing sub variabel pada variabel pemenuhan faktor higiene, maka pilihan jawaban skala 2 (tidak terpenuhi) 127 dan skala 3 (agak tidak terpenuhi) 145 dan sangat tidak terpenuhi (skala 1) sebesar 37. maka gaji/upah memberikan kontribusi yang sangat besar yaitu 150 jawaban atau 48,54% dan kebijakan administrasi 75 jawaban atau 24,27%. Kenyataan tersebut menunjukkan bahwa gaji/upah dan kebijakan administrasi merupakan masalah yang perlu mendapatkan perhatian khusus. Untuk mengetahui pendapat responden mengenai gaji/upah dan kebijakan administrasi dapat diperoleh pernyataan sebagai berikut:

Dalam kondisi ekonomi seperti sekarang seharusnya kapitasi Rp. 266,- (dipotong pajak) dinaikkan sepuluh kali lipat agar motivasi kerja meningkat, apalagi bagi mereka yang hanya sebagai dokter keluarga *sayafull timer* (1 orang).

Dalam pemenuhan terhadap faktor higiene, selain permasalahan keuangan, maka kebijakan administrasi menyangkut kejelasan dari pedoman kerja, serta kejelasan tentang hak pasien dan hubungan dengan atasan juga menjadi sorotan responden, yang dapat dilihat dalam pernyataan dibawah ini:

Setelah penelitian ini saya berharap ada pedoman yang jelas dan transparan dan ada kenaikan kapitasi yang memadai kalau bisa Rp. 5000 per orang. Kapan ada penelitian mengenai *unit cost* pelayanan dokter keluarga yang pantas (jasa)? (1 orang).

Apabila dilihat dari pilihan jawaban pada skala 4, 5 dan 6 faktor higiene sebesar 741 menyatakan terpenuhi maka, kontribusi yang besar adalah dari kondisi kerja 181, hubungan dengan atasan 159 dan, hubungan dengan teman 146. Hasil penelitian pemenuhan faktor *motivator* dapat dilihat dalam Tabel 4.

Tabel 4 : Pemenuhan faktor motivator (*satisfier*)

Keterangan	Sangat tidak terpenuhi (1)	Tidak terpenuhi (2)	Agak tidak terpenuhi (3)	Agak terpenuhi (4)	Terpenuhi (5)	Sangat terpenuhi (6)	N	Aitem
Pencapaian hasil kerja	-	3 (2,1%)	3 (2,1%)	23 (16,4%)	86 (61,4%)	25 (17,9%)	35	140
Pengakuan atas hasil kerja	-	1 (0,7%)	7 (5%)	8 (5,7%)	93 (66,4%)	31 (22,1%)	35	140
Perkembangan kerja	-	3 (2,8%)	10 (9,5%)	26 (24,8%)	43 (40,9%)	23 (21,9%)	35	105
Tanggung jawab	-	1 (0,9%)	2 (1,9%)	20 (19,1%)	74 (70,5%)	8 (7,6%)	35	105
Total	-	8 (1,6%)	22 (4,5%)	77 (15,7%)	296 (60,4%)	87 (17,6%)	35	490

Menjadi dokter keluarga sebenarnya merupakan dilema satu sisi (dari perusahaan) mengharuskan obat-obatan, rujukan spesialis/RS dan pemeriksaan laboratorium seperlunya, sementara pihak peserta minta hak dengan maksimal, obat mahal, rujukan spesialis, *check-up* laborat/photo rontgen, tindakan medis, pelayanan KB dsb. Sementara kapitasi hanya seharga separuh biaya parkir mobil. Semoga pemerintah menaikkan subsidi agar PT Askes dapat bermapas lega (1 orang)

Pada faktor *motivator* (4 sub variabel) ini kelompok yang merasa tidak terpenuhi (sangat tidak dan agak) sebesar 6,1%, sedangkan kelompok terpenuhi (agak, terpenuhi dan sangat) sebesar 93,9%. Hal ini menunjukkan bahwa pendapat responden terhadap pemenuhan faktor *motivator*, sebagian besar merasa terpenuhi. Angka tertinggi terdapat pada terpenuhinya tanggung jawab sebesar 97,2%.

Pada sub variabel perkembangan kerja, 13 (12,3%) aitem jawaban menyatakan tidak terpenuhi dan agak tidak terpenuhi. Hal ini mungkin masih diragukannya kelangsungan program dokter keluarga di masa yang akan datang.

Hasil Penelitian Kepuasan Kerja dan Motivasi Kerja.

Jawaban terhadap kepuasan kerja responden dalam penelitian ini adalah sebagai berikut: sangat tidak puas (skala 1) 1,29%, agak tidak puas (skala 3) 5,66% dan tidak puas (skala 2) 12,7% menjadi kelompok tidak puas sebesar 19,02%. Kelompok puas 80,98% terdiri dari sangat puas 4,79%, puas 40,9% dan agak puas 34,6%. Pada penelitian yang dilakukan proyek kesehatan IV tahun 1998 ternyata responden yang menyatakan puas hampir sama yaitu sebesar 81,3%.

Pada kelompok puas sub variabel yang memberikan kontribusi besar dapat dilihat pada Tabel 5.

Kepuasan Terhadap Faktor Higiene

Kepuasan terhadap faktor higiene (*dissatisfier*), pilihan jawaban terbesar pada skala 5 (puas) sebesar 39,5%, kedua pada skala 4 (agak puas) sebesar 37,1%, ketiga pada skala 3 (agak tidak puas) sebesar 11,2%. Ke empat pada skala 2 (tidak puas) 7,96%, skala 6 (sangat puas) 2,3% pada urutan kelima dan urutan keenam skala 1 (sangat tidak puas) sebesar 2,3%.

Dari kelompok tidak puas skala 1,2 dan 3 sebesar 245 (21,26%) maka sub variabel gaji dan upah memberikan kontribusi sebesar (42,04%) dan kebijakan administrasi sebesar (33,47%) serta hubungan dengan atasan (12,48%) memberikan kontribusi terhadap ketidakpuasan. Dari beberapa pernyataan di bawah ini menggambarkan bahwa gaji, upah, kebijakan administrasi merupakan faktor yang menimbulkan ketidakpuasan kerja.

Kurang transparannya antara perusahaan, peserta dan dokter keluarga mengenai pembiayaan, misalnya

Tabel 5 : Kepuasan Kerja

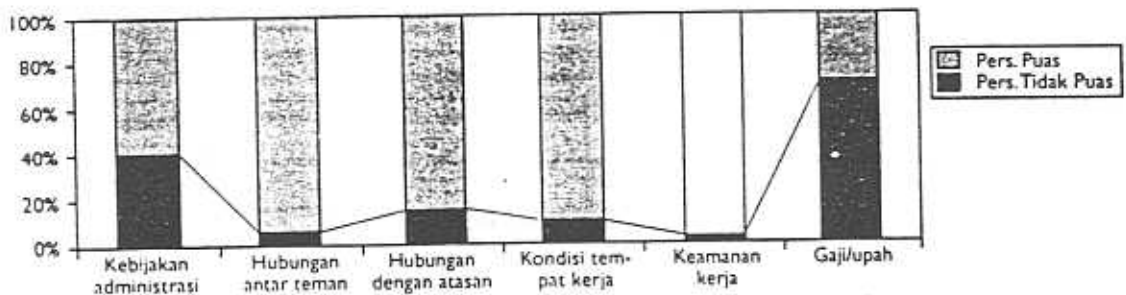
No	Sub variabel	Sangat tidak (1)	Tidak puas (2)	Agak Tidak (3)	Agak Puas (4)	Puas (5)	Sangat Puas (6)	Aitem	N	Total
1	Pencapaian atas hasil kerja	1 (0,47%)	10 (4,7%)	23 (10,9%)	66 (31,4%)	97 (46,1%)	13 (6,1%)	6	35	210
2	Pengakuan atas hasil kerja	0	1 (0,57%)	39 (22,2%)	64 (36,5%)	60 (34,2%)	11 (6,2%)	5	35	175
3	Kemajuan dan perkembangan kerja	0	6 (3,4%)	36 (20,5%)	45 (25,7%)	74 (42,2%)	14 (8%)	5	35	175
4	Tanggung jawab	0	0	8 (3,8%)	63 (30%)	111 (52,8%)	28 (13,3%)	6	35	210
5	Kebijakan administrasi	6 (2,8%)	31 (14,7%)	45 (21,4%)	92 (43,8%)	35 (16,6%)	1 (0,4%)	6	35	210
6	Hubungan dengan teman	0	6 (2,4%)	5 (2%)	54 (22%)	161 (65,7%)	19 (7,7%)	7	35	245
7	Hubungan dengan atasan	1 (0,4%)	2 (0,9%)	23 (10,9%)	87 (41,4%)	96 (45,7%)	1 (0,4%)	6	35	210
8	Kondisi tempat kerja	0	2 (0,9%)	17 (8%)	97 (46,1%)	91 (43,3%)	3 (1,4%)	6	35	210
9	Keamanan kerja	0	0	4 (2,8%)	61 (43,5%)	73 (52,1%)	2 (1,4%)	4	35	140
10	Gaji upah	17 (21,1%)	51 (36,4%)	35 (25%)	37 (26,4%)	0	0	4	35	140
	Jumlah	25 (1,29%)	109 (5,66%)	245 (12,7%)	666 (34,6%)	788 (40,9%)	92 (4,79%)	55	35	1925

peserta belum mengetahui hak dan kewajibannya sehingga peserta berpikiran bahwa gajinya yang dipotong setiap bulan diserahkan seluruhnya ke dokter keluarga. Jadi peserta merasa telah membayar premi banyak dan begitu lama (selama menjadi pegawai dan pensiunan) akibatnya peserta minta obat dan pemeriksaan laboratorium (4orang).

Bila mungkin gaji/upah agar dinaikkan dan tambahan (*co-payment*) dari pasien per kunjungan dibayarkan untuk dokternya saja sedangkan klaim obat tetap pada apotik.

Pilihan jawaban skala 4 dan 5 dan 6 kelompok puas (sangat puas, puas dan agak puas) sebesar 910, kontribusi terbesar adalah dari hubungan dengan teman 234 (25,7%), kondisi tempat kerja 191 (20,9%), kontribusi terbesar lainnya adalah dari hubungan dengan atasan 184 (20,2%).

Bila dikelompokkan pada kategori puas (sangat puas, puas dan agak puas) dan tidak puas (sangat tidak puas, tidak puas dan agak tidak puas) maka kontribusi masing-masing sub variabel dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1: Kepuasan Faktor Higiene (*dissatisfier*)

Pada Gambar 1 dapat dilihat bahwa keamanan kerja mempunyai angka paling tinggi pada kelompok puas sebanyak 136 (97,14%) dan hubungan dengan teman sebanyak 234 jawaban atau 95,51% pada kelompok puas. Sedangkan

kondisi tempat kerja sebesar 90,95% inerasa puas. Ternyata pada item gaji/upah, jawaban tertinggi pada kelompok tidak puas sebanyak 103 (73,57%) dan kebijakan administrasi sebanyak 82 jawaban (39,04%) pada kelompok tidak puas.

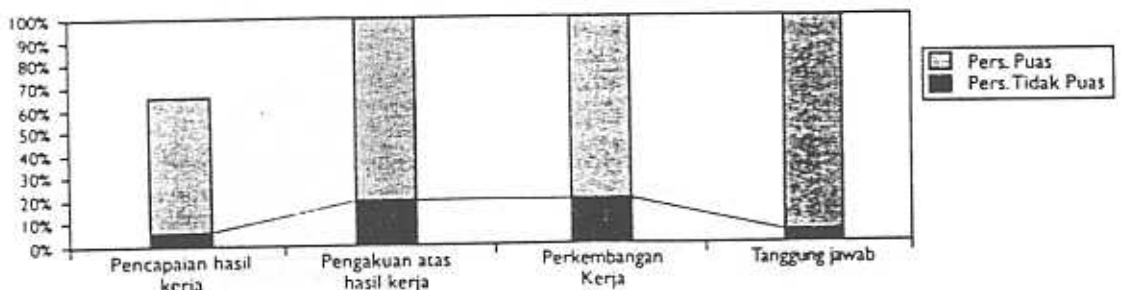
Kepuasan terhadap faktor *motivator*

Kepuasan terhadap faktor *motivator* (*satisfier*), pilihan jawaban paling besar pada skala 5 (puas) sebesar 332 (43,1%), skala 4 (agak puas) sebesar 238 (30,9%) dan terendah pada skala 1 (sangat tidak puas) sebesar 1 (0,1%). Bila dikelompokkan pada kelompok tidak puas (sangat tidak puas, tidak puas, agak tidak puas) dan kelompok puas (agak puas, puas dan sangat puas) maka kelompok puas terdapat 636 jawaban atau 82,6% dan kelompok tidak puas 134 jawaban atau 17,4%.

Pada kelompok puas, kontribusi paling besar adalah dari item tanggung jawab sebesar 202 atau 31,76% dan pencapaian hasil kerja sebesar 176 jawaban atau 27,67%. Pada kelompok tidak puas kontribusi yang paling besar adalah kemajuan dan

perkembangan kerja sebesar 42 (31,43%) dan pengakuan atas hasil kerja sebesar 40 (29,85%).

Hasil yang diperoleh dari kelompok puas dan tidak puas terhadap faktor *motivator* (*satisfier*) dapat dilihat pada Gambar 2.



Gambar 2 : Kepuasan Faktor *Motivator* (*satisfier*)

Maka dapat dilihat bahwa tanggung jawab justru memperoleh angka paling tinggi yaitu 96,19% merasa puas (kelompok sangat puas, puas dan agak puas), pencapaian hasil kerja 83,81% dan pengakuan atas hasil kerja pada urutan ketiga serta perkembangan kerja sebesar 76% pada urutan keempat, walaupun kenyataannya faktor higiene (*dissatisfier*) banyak dikeluhkan oleh responden, ternyata subvariabel tanggung jawab, dianggap sesuatu yang dapat menimbulkan kepuasan kerja. Melengkapi data diatas berikut ini pernyataan terbuka

Karena kebanyakan pasien kami pensiunan PNS/ABRI, kadang kami juga merasa ada hambatan, mau agak keras yang dihadapi orang tua kurang perhatian, apalagi dari golongan menengah kebawah jadi kadang-kadang terjadi miskomunikasi dan agak susah/sulit diberi pengertian apalagi mereka terbiasa dengan pelayanan di Puskesmas yang gampang untuk diminta rujukan (1 orang).

Saya bekerja ini sebagian adalah untuk memberikan pertolongan pada orang lain, tanpa membeda-bedakan sesuai dengan janji yang pernah saya ucapkan pada saat pengukuhan sebagai tenaga profesi dokter, jadi saya *enjoy* saja, apalagi nafkah saya sudah ditanggung oleh suami (1 orang).

Segala sesuatu di dunia ini penuh dinamika, tapi bagi saya karena sudah ditakdirkan sebagai dokter dengan sumpah profesinya yang harus percaya diri (PD), pekerjaan juga membanggakan selalu optimis dan segala sesuatunya juga "Insya Allah" (1 orang).

Motivasi Kerja

Hasil sebaran jawaban penilaian motivasi adalah berikut, sangat rendah 22 jawaban (5,7%), rendah 46 (11,9%), agak rendah 63 (16,4%), agak tinggi 84 (21,8%), tinggi 148 (38,4%) dan sangat tinggi 22 (5,7%). Bila dikelompokkan pada kelompok rendah dan tinggi maka motivasi kerja pada kelompok rendah sebesar 34%, kelompok tinggi 66%.

Analisis Uji Hipotesis

Untuk mengetahui seberapa kuat hubungan antara variabel bebas dengan variabel tergantung dilakukan perhitungan melalui program SPSS 6.0 for Windows dengan mempergunakan analisis korelasi *Product Moment* (Pearson). Untuk

memperkirakan ada tidaknya hubungan antara variabel bebas dan variabel tergantung digunakan analisis regresi linier, dengan hasil sebagai berikut:

1. Hubungan antara faktor *motivator (satisfier)* terdiri dari pencapaian hasil kerja, pengakuan atas pencapaian hasil kerja, kemajuan dan perkembangan kerja serta tanggung jawab terhadap kepuasan kerja, dalam perhitungan statistik menunjukkan hasil koefisien korelasi (r) yang menyatakan keeratn hubungan antara faktor *motivator (satisfier)* dengan kepuasan kerja, menunjukkan angka 0,066, *R Square* yang menyatakan seberapa besar kontribusi pengaruh faktor *motivator (satisfier)* terhadap kepuasan kerja sebesar ,004 atau hanya 0,4%. Pada Signifikasi T Probabilitas (peluang terjadinya kesalahan 0,05) hasil penelitian diperoleh nilai $p = 0,706$, berarti $>0,05$. Dari hasil uji statistik tersebut maka dinyatakan tidak ada pengaruh yang bermakna antara pemenuhan faktor *motivator (satisfier)* dengan kepuasan kerja.
2. Hubungan antara faktor higiene (*dissatisfier*) terdiri dari variabel kebijaksanaan administrasi dan penerapannya, hubungan dengan teman sejawat, hubungan dengan atasan dan pelaksana *supervisor*, kondisi tempat kerja, keamanan kerja, gaji/upah dengan kepuasan kerja. Analisis korelasi hasil $r=0,6130$, *R Square*=0,376 atau pengaruh faktor higiene terhadap kepuasan kerja sebesar 36,76% dan nilai $p=0,0 (<0,05)$, dengan demikian maka terdapat hubungan yang signifikan antara faktor higiene dengan kepuasan. Jadi apabila faktor higiene tak terpenuhi maka kepuasan juga rendah (tidak puas) atau bila faktor higiene terpenuhi maka ketidakpuasan akan berkurang. Hasil ini sesuai dengan teori Herzberg yaitu apabila faktor higiene (*dissatisfier*) tidak terpenuhi maka, dapat menimbulkan ketidakpuasan.
3. Hubungan antara kepuasan kerja dengan motivasi kerja, analisis korelasi dengan hasil $r=0,227$ dan nilai $p=0,190 (>0,05)$, *R Square*

0,051 atau 5,1% dengan demikian maka tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kepuasan kerja dengan motivasi kerja. Berarti bila kepuasan kerja tinggi belum tentu motivasi kerja tinggi, sebaliknya bila kepuasan rendah belum tentu motivasi kerja menjadi rendah.

Teori Herzberg menyatakan bila faktor motivator (*satisfier*) terpenuhi, maka kepuasan kerja menjadi tinggi dan berakibat pada motivasi kerja yang tinggi. Apabila faktor hygiene (*dissatisfier*) tidak terpenuhi akan menimbulkan ketidakpuasan dan berakibat pada motivasi kerja yang rendah, tetapi bila faktor hygiene (*dissatisfier*) terpenuhi maka belum tentu ada kepuasan kerja, tetapi hanya sekedar mengurangi ketidakpuasan dan belum tentu motivasi akan menjadi baik. Kemungkinan kepuasan atau berkurangnya rasa tidak puas pada pekerjaan responden berasal dari terpenuhinya faktor hygiene (*dissatisfier*) oleh karenanya belum tentu berpengaruh terhadap motivasi kerja.

4. Hubungan antara faktor motivator (*satisfier*) dengan motivasi kerja, koefisien korelasi $r=0,33926$ dan nilai $p=0,0462 (<0,05)$, $R\ Square=0,115$ atau sebesar 11,5% faktor motivator memberikan kontribusi terhadap motivasi kerja, dengan demikian maka terdapat hubungan yang signifikan antara faktor motivator (*satisfier*) dengan motivasi kerja. Jadi bila faktor motivator (*satisfier*) terpenuhi maka berpengaruh terhadap motivasi kerja yang tinggi dan sebaliknya bila faktor motivator (*satisfier*) tidak terpenuhi maka motivasi rendah.
5. Hubungan antara faktor hygiene (*dissatisfier*) dengan motivasi kerja sebagai dokter keluarga analisis korelasi dengan hasil $r=0,51478$ $R\ Square=0,26501$ atau sebesar 26,5% faktor hygiene memberikan kontribusi terhadap motivasi kerja dan nilai $p = 0,0016 (<0,05)$, dengan demikian maka terdapat hubungan yang signifikan antara faktor hygiene (*dissatisfier*) dengan motivasi.

Hal ini berarti bahwa bila faktor hygiene tidak terpenuhi maka motivasi kerja juga akan terpengaruh dan menjadi rendah, akan tetapi Herzberg mengatakan apabila faktor hygiene

terpenuhi sebenarnya motivasi kerja belum tentu meningkat hal ini yang belum bisa di buktikan dalam penelitian ini dan diperlukan penelitian lanjutan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Pendapat dokter keluarga terhadap pelayanan paripurna sesuai dengan kesepakatan kontrak kerja, hasil penelitian sebesar 57,14% responden memilih kegiatan promotif dan preventif dilakukan pada urutan pertama, kegiatan preventif pada urutan kedua dipilih oleh 68,5%, kegiatan pengobatan pada urutan ketiga dipilih 62,86% responden. Kegiatan lain meliputi tindakan medis, pemberian obat dan rujukan.
2. Pendapat dokter keluarga terhadap pelayanan promotif dan preventif adalah kelompok setuju 89,83%, kelompok tidak setuju 10,17%. Kegiatan baru dilaksanakan 37,14% dan 62,86% belum melaksanakan.
3. Keluhan yang didapatkan dalam pengumpulan pendapat secara terbuka yang diolah secara kualitatif adalah ketidakadilan mengenai kompensasi gaji/upah, sarana dan prasarana penunjang, kebijakan administrasi menyangkut pedoman dan informasi kepada pengguna jasa PT Askes (peserta).
4. Faktor yang berpengaruh terhadap ketidakpuasan dokter keluarga dari kelompok faktor hygiene adalah variabel gaji/upah sebesar 73,57%, kebijakan administrasi sebesar 39,04%. Kelompok faktor *motivator* variabel pengembangan kerja sebesar 23,9% dan pengakuan atas hasil kerja sebesar 22,97%. Kepuasan kerja pada kelompok faktor hygiene dipengaruhi oleh variabel keamanan kerja 97,14% dan hubungan dengan teman 95,51%. Kepuasan kerja pada faktor *motivator* adalah tanggung jawab 96,19% dan pencapaian hasil kerja sebesar 83,81%.
5. Faktor yang mempengaruhi motivasi dokter keluarga yaitu faktor hygiene yang memberikan kontribusi sebesar 26,50% terhadap motivasi

kerja, serta faktor *motivator* yang memberikan kontribusi sebesar 33,9%.

6. Hubungan antara faktor higiene dengan kepuasan kerja, hasil analisis korelasi $r=0,6130$; $R\ Square=0,376$ dan nilai $p=0,0$, terdapat hubungan bermakna antara faktor higiene dan kepuasan kerja. Bila dilihat dari nilai $R\ Square$ sebesar 0,376 maka pengaruh faktor higiene hanya memberikan kontribusi 37,6% terhadap kepuasan kerja, dan masih 72,4% faktor lain yang berpengaruh. Hubungan antara faktor *motivator* dengan kepuasan kerja, hasil analisis korelasi $r=0,066$. $R\ Square=0,004$; $p=0,706$, tidak terjadi hubungan yang bermakna, kemungkinan variabel yang dinilai dalam penelitian ini kurang tepat untuk pengukuran kepuasan kerja.
7. Hubungan antara faktor higiene dengan motivasi, hasil analisis korelasi $r=0,5147$. $R\ Square=0,2650$ dan $p=0,0016$, maka terdapat hubungan bermakna antara faktor higiene dengan motivasi kerja. Bila dilihat dari $R\ Square=0,2650$ maka pengaruh faktor higiene terhadap motivasi kerja hanya memberikan kontribusi sebesar 26,5% dan masih 73,5% harus dicari dari faktor-faktor lain. Hubungan antara faktor *motivator* dengan motivasi kerja, hasil analisis korelasi $r=0,33926$. $R\ Square=0,1151$, $p=0,0462$, terdapat hubungan bermakna tetapi pengaruh faktor *motivator* hanya sebesar 11,51% terhadap motivasi kerja, masih terdapat 88,49% faktor lain yang mempunyai pengaruh terhadap motivasi kerja.
8. Hubungan antara kepuasan kerja dan motivasi kerja, hasil analisis korelasi $r=0,227$; $R\ Square=0,051$; nilai $p=0,19$, maka tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kepuasan kerja dan motivasi kerja.

Saran

Berdasarkan hasil penelitian maka saran yang diberikan adalah:

1. Perlu dilakukan kebijakan mekanisme pemberian uang jasa medik melalui kapitasi yang layak dan pembagian hasil secara transparan, terbuka dan sesuai harapan dari dokter keluarga dengan kondisi saat ini.

2. Perlu diberikan pedoman kepada peserta Askes tentang hak yang diperoleh dalam pelayanan kesehatan dasar dan lanjutan melalui buku pedoman peserta Askes.
3. Perlu disusun suatu pedoman yang disepakati bersama tentang pelayanan promotif dan preventif yang dapat dijalankan dokter keluarga.
4. Perlunya pendidikan dan pelatihan berkualitas bagi peningkatan pengetahuan dan keterampilan bagi dokter keluarga secara berkelanjutan dalam rangka memenuhi persyaratan sebagai dokter keluarga agar kualitas pelayanan meningkat.
5. Perlunya pendanaan khusus untuk kegiatan promotif dan preventif dalam rangka menekan angka kesakitan dan pengobatan, dan lebih mengarah kepada mencegah sebelum sakit.
6. Diperlukan penelitian lanjutan untuk mengetahui faktor-faktor lain yang mempunyai pengaruh besar terhadap kepuasan dan motivasi dokter keluarga dalam melaksanakan pekerjaannya.

KEPUSTAKAAN

1. De Santis, V.S. Comparing Job Satisfaction Among Public and Private Sector Employee. *American Review of Public Administration*. 1996;23(3):427-343.
2. Kristiansen, I.S., Money, G. The General Practitioner's Use of Time, is it Influence by the Remuneration, *Journal-Article*, 1993;37 (3): 393-9.
3. Koontz, H., O'Donnell, C., Weihrich, H. Edisi V. *Management*. Edisi Bahasa Indonesia. PT Gelora Aksara Pratama, Jakarta, 1993.
4. Berelson, B., Steiner, G.A. *Human Behavior a Inventory of Scientific Findings*, Brace & World Inc, New York, 1964.
5. Herzberg, F., Mausner, B., Peterson, O., dan Capwell, D.P. *Job Attitudes: Review of the Research and Opinion*. Pittsburgh, PA: Psychological Service of Pittsburgh, 1957.
6. Azwar, A. *Pengantar Pelayanan Dokter Keluarga*, Edisi II, YPIDI, Jakarta, 1997.

STUDI KASUS PENGGUNAAN INDIKATOR KINERJA DI BERBAGAI ORGANISASI PELAYANAN KESEHATAN PEMERINTAH

A CASE STUDY ON THE USE OF PERFORMANCE INDICATOR IN VARIOUS GOVERNMENT'S HEALTH SERVICE ORGANIZATIONS

Agustian Ipa¹, Laksono Trisnantoro², Heru Nugroho²

¹ Kanwil Depkes Propinsi Maluku

² Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan FK-UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: This study was based on the fact that the performance of government health service organizations (HSOs) are relatively hard to evaluate in absence of complete and clear performance indicators. Consequently, an accountable measurement of performance is difficult to undertake. This study aimed to study the currently used performance indicators at various HSOs.

Method: This study was a case study research. The subjects were 8 HSOs representing various types of HSOs from bureaucratic to corporate organizations. The respondents were directors of the organizations. The locations of the study were 5 HSOs in Bantul, 2 HSOs in Yogyakarta, and 1 in Magelang. The currently used performance indicators were compared to several indicators developed based on four aspects of Balanced score Card (BSC).

Results: The results showed that the bureaucratic organization had no clear and complete performance indicators as the result of inadequate strategic planning so that their visions, missions, and objectives were unclear. The bureaucratic organization had not yet prepared for developing and applying The BSC indicators. Meanwhile the corporate health service organizations had clear and complete performance indicators, and were relatively ready to develop and apply the performance indicator based on BSC.

Conclusion: In order to have sound performance accountability indicators, attempts to plan for clear and complete performance indicators are needed to improve the quality of care, to satisfy the community needs.

Keywords: performance indicator, balanced scorecard, health service organization.

PENGANTAR

Penilaian keberhasilan organisasi pelayanan kesehatan sering menghadapi kendala, antara lain karena belum adanya indikator kinerja organisasi yang secara komprehensif dapat digunakan untuk mengukur tingkat keberhasilan organisasi pelayanan kesehatan pada berbagai jenjang administrasi. Berbagai indikator telah disusun dan dikembangkan, akan tetapi tampaknya indikator-indikator tersebut baru terbatas pada pengukuran kinerja program atau proyek, sehingga nilai strategisnya untuk perencanaan dan pengembangan

organisasi belum optimal. Penggunaan indikator yang terlalu banyak, juga sering menjadi hambatan dalam penilaian kinerja organisasi pelayanan kesehatan pemerintah.

Kenyataan-kenyataan yang ada menunjukkan telah terjadi perubahan orientasi dalam perencanaan pelayanan kesehatan menjadi suatu perencanaan lembaga usaha atau perusahaan. Organisasi pelayanan kesehatan, khususnya tampak pada rumah sakit, sebenarnya suatu lembaga usaha yang mempunyai berbagai macam unit-unit bisnis strategis. Unit-unit ini yang dinilai oleh masyarakat

dan mempunyai semacam akuntabilitas (untung rugi).¹

Dibandingkan dengan rumah sakit, sistem manajemen Dinas Kesehatan Dati II, relatif tidak menunjukkan respon terhadap perubahan lingkungan, termasuk sistem pembiayaannya. Dinas Kesehatan Dati II masih mencerminkan sebagai lembaga pemerintah yang bersifat birokratik. Padahal berbagai keadaan yang terjadi saat ini membutuhkan perubahan-perubahan sistem manajemen untuk mengelolanya, diantaranya: secara faktual Kepala Dinas Kesehatan mengelola beragam macam kegiatan, mulai dari pencegahan penyakit, perbaikan gizi, pelayanan medik, pendidikan, pengawasan dan banyak hal lagi. Dalam pengelolaan urusan-urusan tersebut, dihadapkan pada berbagai kendala, keterbatasan SDM, keuangan, motivasi kerja dan peraturan daerah yang kurang memberi peluang pengembangan. Sumber pembiayaan dari pusat semakin berkurang dan tidak dapat diandalkan sepenuhnya untuk membiayai program di daerah, sehingga perlu upaya penggalan dana lain dari daerah.¹

Organisasi asuransi kesehatan dan JPKM telah berkembang menjadi badan usaha, bahkan berbentuk Perseroan Terbatas (PT. ASKES). JPKM saat ini juga menunjukkan arah menuju suatu badan usaha. Dalam hal ini pengawasan teknis kesehatan dan pembinaan harus tetap dilakukan oleh Depkes.

Indikator merupakan alat untuk pemantauan pencapaian tujuan dan sasaran organisasi. Melalui perbandingan indikator dapat diketahui tingkat kemajuan di dalam suatu organisasi, yaitu dengan melihat pencapaian indikator pada periode sebelumnya, dan dapat juga dilakukan perbandingan antar organisasi yang bergerak dalam bidang yang sama, sehingga dapat dilakukan tindakan atau kebijakan guna penentuan arah yang harus ditempuh selanjutnya.² Dengan demikian dapat disebutkan bahwa indikator adalah variabel untuk mengukur perubahan, terutama bila perubahan-perubahan tersebut tidak dapat diukur secara langsung. Pengukuran dengan menggunakan

indikator ini dilakukan untuk mengetahui pencapaian suatu standar yang telah ditetapkan.

Kinerja merupakan proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam memberikan jasa atau produk kepada pelanggan. Dengan demikian indikator dan pengukuran kinerja dapat dikembangkan dari hasil yang dicapai atau kinerja hasil, dan dari proses dalam mencapai hasil atau kinerja proses. Kinerja hasil meliputi kinerja produktivitas, kinerja finansial dan kepuasan pelanggan terhadap produk atau jasa, sedangkan kinerja proses antara lain adalah kinerja proses bisnis dan kinerja proses pembelajaran dalam organisasi.³ Penilaian kinerja dengan mengukur aspek-aspek yang disebutkan di atas dilakukan dengan pendekatan *Balanced Scorecard* (BSC) yang dikembangkan oleh Kaplan dan Norton (1999) melalui pendekatan manajemen strategik.⁴

Permasalahan dalam penelitian ini adalah apa saja indikator kinerja organisasi yang digunakan oleh berbagai macam organisasi pelayanan kesehatan pemerintah, mulai dari yang berbentuk lembaga birokrat sampai yang mengarah ke lembaga usaha.

Tujuan umum penelitian adalah mengkaji penggunaan indikator kinerja pada berbagai bentuk organisasi pelayanan kesehatan pemerintah. Sedangkan tujuan khusus penelitian ini adalah: 1) mengkaji apa saja indikator kinerja yang digunakan, 2) membandingkan indikator kinerja yang digunakan dengan 4 perspektif indikator kinerja berbasis BSC, dan 3) mengkaji kesiapan penggunaan indikator kinerja berbasis BSC pada berbagai bentuk organisasi pelayanan kesehatan pemerintah.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian studi kasus. Subjek penelitian adalah 8 organisasi pelayanan kesehatan pemerintah (OPK). Pemilihan berbagai jenis organisasi pelayanan kesehatan pemerintah ini berdasarkan pendekatan bahwa masing-masing OPK tersebut mewakili bentuk-bentuk organisasi dari lembaga birokrat

murni sampai yang mengarah ke lembaga usaha murni.

Responden penelitian adalah pimpinan organisasi pada masing-masing OPK. Lokasi penelitian di Kabupaten Bantul sebanyak 5 OPK (Puskesmas, Kandepkes, Dinkes Dati II, RSUD Bantul dan P.T. ASKES Perwakilan Cabang Bantul), Yogyakarta 2 OPK (Akademi Gizi Depkes dan Bapelkes Yogyakarta) dan Kodya Magelang 1 OPK (RSUD Swadana). Kabupaten Bantul dipilih karena termasuk pelaksana proyek DHP (*District Health Project*) untuk persiapan otonomi daerah. Sedangkan RSUD Tidar Kota Magelang dipilih karena sampai saat ini Propinsi DIY belum ada RSU dengan status swadana.

Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner terbuka dan *check list* yang mengukur: 1) apa saja indikator kinerja yang digunakan oleh OPK, meliputi jenis dan jumlah indikator serta standar yang digunakan 2) proses penyusunan, meliputi dari mana sumber data diperoleh, siapa yang menyusun, pemanfaatan indikator, 3) kegiatan penilaian kinerja organisasi, meliputi waktu penilaian, aspek yang dinilai, siapa yang menilai, dan umpan balik hasil penilaian, dan 4) kesiapan penerapan indikator kinerja berbasis BSC, dengan menggunakan *check list* yang berisi pertanyaan-pertanyaan dengan pilihan jawaban "Ya" atau "Tidak". Total aitem pertanyaan untuk 4 perspektif adalah 34 aitem. Seluruh OPK menggunakan *check list* yang sama.

Pengukuran validitas dan realibilitas kuesioner dan *check list* hanya dilaksanakan untuk menilai penerimaan (akseptabilitas) atau pemahaman terhadap pertanyaan-pertanyaan yang ada dalam kuesioner tersebut. Uji coba kuesioner dilaksanakan pada institusi pendidikan dengan responden pimpinan organisasi tersebut.

Data hasil penelitian dianalisis secara deskriptif kualitatif serta diinterpretasikan untuk menilai keberadaan indikator kinerja organisasi pada masing-masing OPK. Penilaian rumusan visi, misi dan tujuan OPK dilakukan dengan menggunakan kriteria yang disusun oleh Betlac.⁵ Sedangkan

kesiapan dalam mengembangkan indikator berbasis BSC dinilai dari jumlah aitem terbanyak yang dijawab "Ya" dalam *check list*.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Visi, Misi dan Tujuan Organisasi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh organisasi pelayanan kesehatan pemerintah (OPK) yang diteliti telah mempunyai rumusan visi, misi dan tujuan organisasi. Proses penyusunan visi, misi dan tujuan ini tampak lebih banyak dipengaruhi atau ditentukan oleh institusi di atasnya, walaupun pada beberapa OPK peranan pimpinan lebih menonjol dalam mengemukakan pemikiran atau ide-ide dasar untuk melengkapi perumusan visi, misi dan tujuan yang telah disusun oleh propinsi atau pusat. Masih belum tampak keterlibatan yang intensif dari kelompok pegawai atau karyawan dalam proses penyusunan visi dan misi, dan belum dilakukannya analisis isu-isu strategis organisasi yang didasarkan atas penilaian faktor internal dan eksternal yang dihadapi organisasi.

Kajian lebih lanjut terhadap rumusan visi, misi dan tujuan OPK menemukan, OPK yang memiliki rumusan visi dan misi relatif lebih jelas adalah RSUD Swadana dan PT. ASKES, sementara untuk OPK lainnya, dengan menggunakan kriteria yang disusun oleh Betlach.⁵ Rumusan relatif kurang jelas atau kabur karena belum memberikan gambaran yang jelas tentang siapa *customer* yang menjadi sasaran organisasi, produk atau layanan apa yang dihasilkan, serta belum nampak keterkaitan yang jelas antara visi, misi dan tujuan OPK.

Diperoleh kesan bahwa pada OPK yang berbentuk lembaga usaha, karena memiliki visi dan misi yang relatif jelas dan adanya kewenangan dan tanggung jawab penuh untuk menjalankan visi dan misi organisasi, maka upaya-upaya sosialisasi dan membangun komitmen seluruh pegawai menjadi relatif lebih mudah.

Sementara itu pada OPK birokrat, ketidakjelasan visi dan misi organisasi cenderung menyebabkan tugas dan fungsi organisasi menjadi

tidak jelas dan tumpang tindih.⁶ Di samping itu, kurangnya kewenangan dan pendelagasian untuk mengambil keputusan strategis, menyulitkan dalam mewujudkan visi dan misi menjadi aksi yang realistis yang didasarkan pada analisis faktor internal dan eksternal organisasi.⁵

Proses manajemen stratejik dimulai dari penetapan misi, visi dan tujuan organisasi.³ Inpres R.I. Nomor 7 Tahun 1999, menetapkan bahwa penilaian akuntabilitas kinerja organisasi pemerintah dilihat dari kemampuan organisasi mencapai visi, misi dan tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Dengan demikian perumusan visi dan misi OPK yang jelas, dapat dipandang sebagai salah satu upaya menegakkan akuntabilitas organisasi pemerintah. Kegiatan pengendalian melalui aturan yang rinci dan pengawasan yang ketat, sebagaimana menjadi ciri pelaksanaan pengendalian organisasi birokrat⁶ harus bergeser ke arah pengendalian melalui visi dan *values* organisasi.⁷

2. Penilaian Kinerja

Hasil penelitian menunjukkan pada OPK birokrat dan PNBP penilaian kinerja dilakukan oleh tim eksternal, biasanya dari aparat pengawasan fungsional (BPKP atau Irjen). Aspek yang dinilai lebih menonjol pada pertanggung jawaban pengelolaan keuangan, baik yang bersumber dari dana proyek maupun biaya rutin, indikator yang digunakan adalah indikator-indikator pengelolaan administrasi keuangan. Penilaian kinerja ini tidak rutin dilakukan, tergantung dari keperluan dan kebutuhan tim eksternal tersebut.

Penilaian kinerja juga dilakukan oleh institusi yang dianggap sebagai pembina OPK birokrat, seperti Kanwil Depkes Propinsi, Dinas Kesehatan Dati I, dan Depkes Pusat (termasuk Pusdiklat untuk Bapelkes dan Pusdiknakes untuk Akademi). Aspek yang dinilai antara lain mencakup pelaksanaan program atau proyek yang dibiayai oleh masing-masing institusi pembina tersebut, indikator yang digunakan adalah indikator-indikator pengelolaan administrasi program atau proyek, seperti dalam Stratifikasi Puskesmas, Profil Kesehatan Kabupaten, Instrumen Akreditasi Pendidikan dan

Instrumen Bapelkes. Penilaian kinerja ini rutin dilakukan setiap tahun, kecuali untuk penilaian akreditasi pendidikan dan Bapelkes.

Penilaian kinerja oleh Tim Eksternal ini pada umumnya dilakukan untuk menilai kepatuhan organisasi terhadap pedoman, standar, aturan-aturan atau target yang telah ditetapkan. Apabila organisasi patuh, walaupun hanya secara administratif, terhadap ketentuan dan pedoman tersebut, maka biasanya dinilai telah memiliki kinerja yang baik. Belum terlihat adanya kaitan penilaian kinerja dengan pemberian penghargaan atau insentif terhadap organisasi atau pegawai, dan pemberian umpan balik yang optimal terhadap organisasi yang dinilai kinerjanya.

Sementara itu, pada OPK yang berbentuk menuju lembaga usaha (RSUD dan RSUD Swadana) dan Lembaga Usaha Murni (P.T. ASKES) telah memiliki Tim Pengawas Internal, antara lain Satuan Pengawas Internal (SPI) atau Panitia Peningkatan Mutu untuk melakukan penilaian kinerja organisasi dengan menggunakan indikator-indikator proses dan hasil pelayanan. Umpan balik secara optimal digunakan untuk memperbaiki mutu pelayanan dan penentuan pemberian penghargaan dan insentif kepada pegawai.

3. Indikator Kinerja

Hasil penelitian menunjukkan, kecuali Dinkes dan Kandep, OPK lainnya telah memiliki indikator kinerja organisasi. Dinkes dan Kandep memang tampak belum memiliki kesiapan dalam menentukan indikator kinerja organisasi internal. Pada Puskesmas, indikator kinerja bersifat internal, dan ditetapkan atas inisiatif pimpinan. Sedangkan pada OPK PNBP, ketergantungan pada indikator kinerja eksternal yang ditetapkan oleh pusat sangat menonjol.

Pada RSUD non swadana, sudah mulai digunakan indikator internal, walaupun ketergantungan terhadap indikator eksternal masih relatif ada. Pada OPK Lembaga Usaha, tampak bahwa ketergantungan terhadap indikator eksternal yang ditetapkan oleh pusat relatif tidak ada. Pengembangan indikator internal oleh Tim Penilai

Internal telah berjalan, bahkan pada P.T. ASKES tidak ada perbedaan antara indikator eksternal dan internal. Indikator kinerja organisasi yang ada saat ini sudah dianggap memenuhi kebutuhan untuk menilai kinerja organisasi.

Tabel 1 menyajikan rekapitulasi keberadaan indikator kinerja organisasi berdasarkan 4 aspek BSC. Tampak bahwa indikator yang digunakan

Puskesmas, RSUD dan ASKES memiliki indikator aspek pengguna. Kajian lebih lanjut menemukan, pada OPK lembaga usaha indikator aspek pengguna sudah mengukur mutu layanan dan tingkat kepuasan pengguna, sedangkan pada OPK lainnya belum mengukur aspek ini. Demikian pula pada indikator aspek keuangan, pada OPK lembaga usaha yang digunakan adalah indikator profit,

Tabel 1 Keberadaan Indikator Kinerja Organisasi Berdasarkan 4 Aspek BSC Pada Berbagai Organisasi Pelayanan Kesehatan Pemerintah

No	Organisasi	Aspek <i>Balanced Score Card</i> (BSC)								Jumlah
		SDM		Proses Layanan		Pengguna		Keuangan		
		Indikator	Standar	Indikator	Standar	Indikator	Standar	Indikator	Standar	
1	Kandep Dan Dinkes II	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Puskesmas	2	-	5	+/-	1	+/-	-	-	8 aitem
3	Akademi	2	+	5	+	-	-	3	-	12 aitem
4	Bapelkes	-	-	2	+/-	-	-	1	+/-	3 aitem
5	RSUD	2	-	6	+/-	1	-	1	+/-	10 aitem
6	RSUD Swadana	1	+	10	+	1	+/-	1	+/-	13 aitem
7	P.T. ASKES	4	+/-	4	+	2	+	2	+	12 aitem

Keterangan : + = ada dan jelas
 - = tidak ada
 +/- = ada, tapi tidak jelas

OPK Lembaga Usaha, termasuk juga RSUD non swadana telah lengkap mencakup 4 aspek indikator dalam BSC. Sedangkan OPK lainnya (tidak termasuk Kandep dan Dinas), indikator kinerja masih kurang lengkap, baru mencakup 2 sampai 3 aspek BSC.

Di samping itu, indikator kinerja OPK lembaga usaha relatif memiliki standar yang jelas, yang secara kuantitatif dapat diukur. Sedangkan indikator kinerja OPK lainnya, sebagian besar belum memiliki standar, dan standar yang ditetapkan kurang jelas, karena baru bersifat kualitatif.

Secara keseluruhan, jumlah item indikator terbanyak adalah pada aspek proses layanan, dan relatif sedikit pada aspek pengguna, keadaan ini berlaku untuk seluruh OPK. Tampaknya, hanya OPK dengan *customer* yang jelas, seperti

sementara pada OPK lainnya baru terbatas pada indikator administrasi keuangan.

4. Kesiapan Pengembangan Indikator Kinerja Organisasi

Tabel 2 menyajikan rekapitulasi penilaian kesiapan OPK untuk menerapkan indikator kinerja berbasis BSC. Kesiapan dinilai dari jawaban 'Ya' terhadap *check list* yang diberikan kepada pimpinan organisasi. Jumlah aitem pertanyaan untuk masing-masing aspek dapat dilihat pada Tabel 2.

Hasil kajian menunjukkan, OPK lembaga usaha relatif sangat siap untuk menerapkan indikator berbasis BSC. Sedangkan OPK Lembaga Birokrat tampak belum memiliki kesiapan, terutama untuk mengembangkan dan menerapkan indikator pada aspek pengguna.

Tabel 2 Tingkat Kesiapan Organisasi Pelayanan Kesehatan Pemerintah dalam Mengembangkan Indikator Kinerja Organisasi Berbasis BSC (Berdasarkan jumlah aitem pertanyaan yang dijawab "Ya")

No	Organisasi	Aspek <i>Balanced Score Card</i> (BSC)				Jumlah (35)
		SDM (12)	Proses Layanan (7)	Pengguna (7)	Keuangan (9)	
1	Kandep dan Dinkes Dati II	7	3	-	2	12 aitem
2	Puskemas	7	4	1	3	15 aitem
3	Akademi	9	6	3	7	25 aitem
4	Bapelkes	9	3	4	5	21 aitem
5	RSUD	10	7	5	3	25 aitem
6	RSUD Swadana	12	5	7	8	32 aitem
7	P.T. ASKES	12	7	7	9	35 aitem

Kesiapan OPK lembaga usaha dapat dikaitkan dengan telah tersedianya sistem informasi yang baku dan lengkap. Data dikumpulkan secara rutin dan telah dilakukan pendokumentasian dengan baik. Bahkan, pada PT. ASKES, keandalan sistem informasi ini ditunjukkan dengan kesiapannya untuk memperoleh standar ISO 9002. Sedangkan pada OPK lainnya, masalah ketersediaan data dan sistem pendokumentasiannya masih belum mendukung diterapkannya indikator kinerja berbasis BSC.

Penerapan konsep BSC memerlukan kesiapan organisasi, pimpinan dan seluruh karyawannya. Menurut Rimar dan Garstka, bila ingin menerapkan BSC organisasi sekurang-kurangnya telah memiliki sistem informasi yang relatif baik, menerapkan manajemen strategik dan memiliki pimpinan yang mengelola organisasi seperti badan usaha.⁸

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan hal-hal berikut:

1. OPK birokrat murni masih belum memiliki indikator kinerja organisasi internal. Sedangkan OPK lembaga usaha telah memiliki indikator kinerja organisasi internal, dan indikator ini mempunyai kesesuaian dengan kepentingan pengawasan eksternal organisasi.

2. Indikator kinerja organisasi pada OPK lembaga usaha telah lengkap mencakup 4 aspek indikator BSC dan memiliki standar yang jelas, sedangkan indikator OPK birokrat baru mencakup 2 sampai 3 aspek indikator BSC dan relatif belum memiliki standar yang jelas.
3. Indikator kinerja organisasi OPK lembaga usaha sebagian besar disusun untuk mengukur mutu dan proses layanan, sedangkan pada OPK Lembaga Birokrat indikator kinerja organisasi sebagian besar baru mengukur tingkat kepatuhan dengan pedoman atau acuan yang dibuat oleh institusi pengawas atau pembina.
4. OPK lembaga usaha relatif memiliki kesiapan untuk menerapkan penilaian kinerja berbasis BSC, sementara OPK lembaga birokrat relatif belum siap untuk menggunakan indikator BSC.

Saran

1. Untuk Lembaga Birokrat Murni dan PNBP:
 - a. Menyusun indikator kinerja organisasi internal untuk menilai kinerja organisasi. Indikator ini dikembangkan dari indikator-indikator yang telah ada, dengan memperoleh masukan dari bagian atau unit-unit yang ada dalam struktur organisasi dan indikator eksternal yang digunakan Tim Pengawas Eksternal. Dengan demikian, diharapkan indikator

yang disusun sesuai dengan filsofi BSC, dan dapat memenuhi kebutuhan internal dan eksternal organisasi.

- b. Perlu dilakukan upaya peningkatan kemampuan dalam perencanaan stratejik, termasuk di dalamnya menyusun dan menggunakan indikator kinerja. Upaya-upaya tersebut antara lain dapat berupa orientasi, pelatihan, studi banding ke lembaga usaha murni dan penyusunan pedoman atau acuan yang secara spesifik dapat digunakan masing-masing organisasi di berbagai tingkatan administrasi.
 - c. Diperlukan sosialisasi Inpres Nomor 7 tahun 1999 tentang akuntabilitas kinerja instansi pemerintah. Bahwa kinerja instansi pemerintah dinilai dari pencapaian visi, misi dan tujuan organisasi dengan menggunakan indikator kinerja organisasi. Kegiatan sosialisasi dapat dilakukan antara lain dengan memasukkan materi tentang akuntabilitas dan indikator kinerja dalam pelatihan, pertemuan atau pendidikan penjenjangan.
2. Untuk Lembaga Usaha dan RSUD:
 - a. Diperlukan upaya untuk mulai mengembangkan dan menerapkan indikator kinerja organisasi berbasis BSC, karena konsep ini diyakini dapat lebih meningkatkan mutu pelayanan. Upaya-upaya tersebut dimulai antara lain dengan

melakukan sosialisasi konsep BSC, orientasi, pemilihan indikator untuk dikembangkan dan uji coba penerapan konsep BSC.

KEPUSTAKAAN

1. Trisnantoro, L. "Hubungan Antar Organisasi dalam Sektor Pelayanan Kesehatan-Sebuah Visi Manajerial", *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 1998;1:3-8.
2. Azwar, A. *Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. PKMI, Jakarta, 1993.
3. Bapelkes Gombong dan MMPK FK-UGM. *Modul Pelatihan Manajemen Kinerja Dinas Kesehatan Dati II*. Yogyakarta, 1997.
4. Kaplan, R. S., and Norton, D. P. *Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System*, *Harvard Business Review*, Jan-Feb, 1996;75-85.
5. Betlach, T. *Strategic Planning and Performance Measurement Handbook*. *Strategic Planning Advisory Handbook*. Phoenix, 1999.
6. Dwiyanto, A. *Penilaian Kinerja Organisasi Pelayanan Publik*. Jurusan Ilmu Administrasi Negara FISIP-UGM, Yogyakarta, 1995.
7. Mulyadi dan Setyawan, J. *Sistem Perencanaan dan Pengendalian Manajemen*. Aditya Media, Yogyakarta, 1999.
8. Rimar, S., Garstka, S.J. *The Balanced Scorecard : Development and Implementation in an Academic Clinical Department*, *Acad. Med.*, 1999;74:114-122.

EVALUASI KEGIATAN PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN PEMULIHAN DALAM PROGRAM JARING PERLINDUNGAN SOSIAL BIDANG KESEHATAN DI KOTAMADYA YOGYAKARTA

EVALUATION OF THE IMPLEMENTATION OF SUPPLEMENT FEEDING IN SAFETY NET PROGRAMME IMPLEMENTATION IN YOGYAKARTA

Rahmat Alyakin Dakhi¹, Hamam Hadi², and Toto Sudargo²

¹RSUD Buntok, Kalimantan Tengah

²Magister Manajemen Pelayanan Gizi Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta

ABSTRACT

Background: This study was an evaluation of a pilot intervention, which adopted the supplement feeding model to minimise the impact of economic crisis on nutritional status of infant and children aged 6 – 23 month in poor families of Yogyakarta, from October 1998 to May 1999. The objectives of this study were to evaluate the implementation of supplementary feeding in health sector-social safety net programme and to determine the effect of program in nutritional status.

Method: This study used longitudinal design. In addition, one group pre-post evaluation design was employed to evaluate the effect of program. The data were primary and secondary utilising qualitative and quantitative approaches. Data were collected using questionnaires, observations, and in-depth interviews, in addition to administering assessed relevant documents. Sampling was conducted using the proportional random sampling method.

Results: The result of this study indicated that not all of the procedures and standards in the guidelines were implemented. There was a mismatch between the budget plan and the budget allocated. This program was perceived to increase workload with insufficient unit cost allocation to support it. The realization of budget was low and delayed. Also, this study found that not all of the supplementary food were consumed by the targeted population. The program coverage was 64,71 percent, the level of public participation was 60,00 percent, the level of targeted for monitored growth was 92,73 percent, the success of the program was 51,37 percent, and the success of weighing was 85,62 percent. The targeted population at the beginning of the program consisted of malnourished status about 21,18 percent. At the end this study, the nutritional status of targeted showed that about 94,90 percent was constant, 2,75 percent was increased and 2,35 percent was decreased. However, this study indicated that there was no difference of the nutritional status of targeted population between pre and post intervention.

Keywords: evaluation, social safety net programme, supplement feeding, nutritional status

PENGANTAR

Krisis moneter yang melanda Indonesia sejak pertengahan tahun 1997 menyebabkan terjadinya penurunan daya beli masyarakat termasuk untuk bahan makanan yang memenuhi standar gizi sementara di lain pihak biaya pelayanan kesehatan termasuk perbaikan gizi masyarakat semakin meningkat. Apabila keadaan ini terus berlanjut,

maka dikhawatirkan akan terjadinya peningkatan jumlah status gizi buruk. Untuk mengatasi dampak krisis tersebut, melalui kegiatan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-Pemulihan) dalam program Jaring Perlindungan Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) diharapkan dapat melindungi kelompok masyarakat khususnya masyarakat miskin dari ancaman menurunnya status gizi.

Jumlah penduduk miskin di Indonesia diperkirakan telah mencapai 79,4 juta orang atau 39,1% dari total penduduk. Angka ini telah mengalami peningkatan lebih dari 350% dibandingkan keadaan sebelum krisis moneter, yaitu pada tahun 1996 (sebelum krisis) jumlah penduduk miskin baru sekitar 22,5 juta orang atau 11,3% dari total penduduk. Demikian juga di kotamadya Yogyakarta pada tahun 1996 terdapat 5.184 Kepala Keluarga (KK) yang tergolong keluarga miskin atau sekitar 5,5%. Pada saat yang sama Balita kekurangan energi kronik sebesar 15,9%. Hal ini mengandung pengertian bahwa apabila jumlah balita diperkirakan sebesar 4% dari jumlah penduduk (471.335 jiwa) maka pada tahun 1996 di kotamadya Yogyakarta terdapat balita KEK sebanyak 2.998 jiwa. Terjadinya krisis moneter menyebabkan jumlah keluarga miskin mengalami peningkatan yang cukup tajam. Pendataan yang dilakukan pada bulan September 1998 menunjukkan bahwa jumlah keluarga miskin telah mencapai 21.541 KK dari 87.873 KK dan telah mengalami kenaikan sekitar 418,43% dibanding keadaan pada tahun 1996.

Banyak ahli mengatakan keterlambatan pertumbuhan anak merupakan salah satu indikator rendahnya kualitas bangsa. Hasil penelitian yang pernah dilakukan oleh Roy dkk¹ di Bangladesh ternyata status gizi buruk merupakan resiko utama penyebab kematian bayi dan anak. Terjadinya krisis moneter di Indonesia menurut Hamam², mempengaruhi konsumsi makanan sehingga menimbulkan dampak negatif terhadap status gizi masyarakat.

Melakukan evaluasi terhadap program PMT-Pemulihan merupakan salah satu kegiatan manajerial yang sangat strategis dan mutlak dilakukan. Hidayat³ mengemukakan, evaluasi program merupakan kegiatan yang dilakukan secara sistematis dan berkelanjutan untuk menilai apakah suatu program telah atau dapat dilaksanakan sesuai rencana serta mengidentifikasi masalah-masalah yang mempengaruhi keberhasilan program tersebut. Ada beberapa hal yang perlu dievaluasi dalam

kegiatan PMT-Pemulihan, antara lain: kegiatan manajerial, kesesuaian pelaksanaan dengan acuan yang telah ditetapkan, keberhasilan program dan dampak program terhadap status gizi bayi dan anak baduta dari keluarga miskin.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini termasuk jenis penelitian deskriptif analitik dengan menggunakan pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Penelitian dilakukan dengan menggunakan rancangan penelitian longitudinal dan khusus untuk mengetahui dampak program digunakan rancangan evaluasi *one group pre-post test*. Penelitian dilakukan di Kotamadya Yogyakarta sejak Oktober 1998 sampai Mei 1999. Populasi penelitian adalah seluruh keluarga miskin di Kotamadia Yogyakarta dengan unit analisis bayi dan anak baduta. Subyek penelitian adalah Tim Koordinasi Kabupaten (TKK), anggota keluarga miskin, Puskesmas, Bidan, Petugas Gizi Puskesmas, dan Ibu Asuh serta Kader Posyandu. Pengumpulan data dilakukan melalui : observasi, kuesioner, penimbangan Berat Badan (BB) sasaran, wawancara mendalam, dokumen-dokumen tertulis, dan laporan-laporan yang ada serta KMS sasaran.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Menurut Shortell dan Richardson⁴, untuk mengevaluasi suatu program kesehatan dapat dilakukan mulai dari masukan, proses, dan hasil keluaran, serta umpan balik. Hal ini mengandung pengertian bahwa evaluasi program kesehatan termasuk kegiatan PMT-Pemulihan dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan sistem. Hal senada juga dikemukakan oleh Donabedian⁵, bahwa karakteristik pelayanan kesehatan dapat dikelompokkan dalam 3 kategori, yaitu: struktur/ *input*, proses, dan hasil keluaran.

Hasil penelitian yang dilakukan di Kotamadia Yogyakarta diperoleh jumlah keluarga miskin di Kotamadia Yogyakarta pada pendataan yang dilakukan pada September 1998 sebanyak 21.541 KK. Selanjutnya pada pemutakhiran data yang

dilakukan pada Desember 1998 dan Maret 1999, jumlah ini mengalami kenaikan yaitu pada Desember 1998 naik sebesar 17,47% dibandingkan pada September 1998. Pendataan pada Maret 1999 naik sebesar 4,24% dibandingkan hasil pendataan bulan Desember 1998. Data terperinci mengenai jumlah keluarga miskin se-Kotamadia Yogyakarta dapat dilihat pada Tabel 1.

1999 cakupan distribusi KS sebagaimana pada Tabel 2 baru mencapai 72,09%. Hal ini berarti bahwa tidak semua keluarga miskin yang ada di Kotamadia Yogyakarta memiliki KS. Apabila keadaan ini terus berlanjut, ada kemungkinan sasaran yang berhak menerima pelayanan kesehatan melalui bantuan dana dari program JPS-BK tidak mendapatkannya karena pada saat membutuhkan

Tabel 1: Perkembangan Jumlah Keluarga Miskin di Kotamadia Yogyakarta Periode September 1998 s/d Maret 1999

NO.	KECAMATAN	PERKIRAAN BAPPENAS (KK)	SEP '98 (KK)	DES '98 (KK)	MAR '99 (KK)
1.	Tegalrejo	1.877	2.021	3.037	1.877
2.	Jetis	1.691	1.691	3.254	3.254
3.	Gedongtengen	1.804	1.790	1.406	1.480
4.	Gondomanan	1.889	1.877	1.879	1.879
5.	Gondokusuman	2.234	2.231	1.692	2.159
6.	Kraton	1.707	1.574	1.233	1.628
7.	Ngampilan	920	898	1.128	1.128
8.	Danurejan	1.121	1.183	1.150	1.533
9.	Pakualaman	674	780	652	674
10.	Mantrijeron	1.272	1.688	4.001	4.001
11.	Wirobrajan	1.274	1.218	1.511	1.511
12.	Mergangsan	1.221	1.260	1.335	1.335
13.	Kotagede	1.155	1.147	741	1.156
14.	Umbulharjo	1.559	2.183	2.286	2.764
	TOTAL	20.398	21.541	25.305	26.379

Sumber: Dinas Kesehatan Kotamadia Yogyakarta

Setiap keluarga miskin yang terdata diberikan Kartu Sehat (KS) sebagai bukti diri untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dalam program JPS-BK termasuk PMT-Pemulihan. Sampai Maret

pelayanan tidak dapat menunjukkan KS sebagai bukti diri atau dengan kata lain adanya kemungkinan dana program JPS-BK tidak mencapai sasaran.

Tabel 2: Cakupan Distribusi Kartu Sehat (KS) terhadap Keluarga Miskin di Kotamadia Yogyakarta periode September 1998 s/d Maret 1999

NO	KECAMATAN	CAKUPAN S/D SEP'98 (%)	CAKUPAN S/D DES '98 (%)	CAKUPAN S/D MAR'99 (%)
1.	Gondokusuman	57,82	96,39	100,00
2.	Mantrijeron	44,19	51,69	52,31
3.	Kotagede	51,61	100,00	95,33
	Rata-rata	51,88	69,01	73,18
	Se-Kotamadia	13,59	40,13	72,09

Sumber: Dinas Kesehatan Kotamadia Yogyakarta

Dari hasil pendataan keluarga miskin juga diperoleh jumlah sasaran PMT-Pemulihan khususnya bayi dan anak baduta. Sasaran PMT-Pemulihan secara berturut-turut adalah sebagai berikut: periode September 1998 – Desember 1998 sebanyak 1.607 jiwa, periode Desember 1998 – Maret 1999 sebanyak 2.908 jiwa dan periode April 1999 – Juni 1999 sebanyak 2.551 jiwa. Perincian lebih lanjut sebagaimana pada Tabel 3.

Perbedaan rumus ini menyebabkan rencana kebutuhan dana yang diajukan tidak sama dengan rencana alokasi dana setelah ditetapkan. Hasil penelitian ini menemukan jumlah dana yang ditetapkan jauh lebih rendah yaitu hanya mencapai 49,48% dari jumlah dana yang direncanakan. Selain itu penyebab lainnya adalah telah ditetapkannya alokasi dana PMT-Pemulihan untuk Kotamadia Yogyakarta dari Depkes (pusat) sebelum kegiatan

Tabel 3: Perkembangan Jumlah Sasaran PMT-Pemulihan menurut Puskesmas Pelaksana di Kotamadia Yogyakarta Periode September 1998 s/d Maret 1999

NO.	PUSKESMAS	PERKIRAAN BAPPENAS (org)	SEP '98 (org)	DES '98 (org)	MAR '99 (org)
1.	Gondokusuman I	206	126	151	155
2.	Gondokusuman II	132	46	60	60
3.	Mantrijeron	192	123	123	698
4.	Kotagede I	107	89	100	102
5.	Kotagede II	68	48	47	54
	TOTAL	705	432	481	1.069
	SE-KOTAMADIA	3.087	1.607	2.908	2.551

Sumber: Dinas Kesehatan Kotamadia Yogyakarta

Pembuatan rencana kerja dan rencana biaya dilakukan oleh masing-masing bidan Puskesmas (karena di Kotamadia Yogyakarta tidak ada Bidan di desa) sebagai penanggung jawab program PMT-Pemulihan untuk setiap keluarahan bersama-sama dengan petugas gizi Puskesmas. Pembuatan rencana ini disusun dengan mempergunakan format yang sudah ditetapkan pada petunjuk teknis penyelenggaraan PMT-Pemulihan setiap tiga bulan sekali untuk kegiatan selama tiga bulanan dengan rumus perencanaan kebutuhan dana PMT-Pemulihan: jumlah sasaran x 90 hari x Rp. 750,-. Di lain pihak penetapan alokasi dana dilakukan oleh TKK dengan rumus sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah sasaran di wilayah Kerja Puskesmas}}{\text{Jumlah sasaran di Kotamadia Yogyakarta}} \times \text{alokasi dana dari Pusat untuk paket PMT-Pemulihan}$$

perencanaan kebutuhan dan penetapan alokasi dana dilakukan. Hal ini semakin diperparah oleh rendahnya realisasi dana yang tertera di rekening Kepala Puskesmas untuk PMT-Pemulihan yaitu hanya mencapai 34,82% dari kebutuhan. Akibatnya cakupan program hanya mencapai 37,32% dengan lama pemberian antara 70 – 90 hari. Keadaan ini menyebabkan keluarga sasaran yang telah terdaftar tetapi tidak menerima PMT-Pemulihan, merasa diabaikan bahkan timbul kecurigaan telah terjadi penyalahgunaan dana oleh petugas.

Cara penetapan alokasi dana yang menggunakan proporsi jumlah sasaran per Puskesmas pada kenyataannya memberikan insentif bagi petugas pendataan sasaran untuk menaikkan jumlah sasaran sebanyak-banyaknya dengan harapan jumlah dana yang akan dialokasikan menjadi lebih besar. Hal ini dapat saja terjadi karena selain motivasi tersebut juga karena untuk

melakukan pendataan sasaran tidak tersedia dana transportasi. Untuk itu perlu dipertimbangkan disediakannya dana transportasi dan insentif bagi petugas yang terlibat dalam penyelenggaraan program ini secara proporsional. Penambahan beban kerja tanpa dibarengi dengan *reward* yang sesuai akan mengurangi keberhasilan produktivitas kerja. Di samping itu, keadaan ini justru bisa menjadi pemicu petugas untuk menyalahgunakan dana program PMT-Pemulihan. Penetapan alokasi dana sebaiknya dilakukan setelah data dikumpulkan dan usulan kebutuhan dana diajukan ke TTK kemudian TTK menyampaikan usulan tersebut secara kumulatif ke tingkat pusat. Setelah data ini sampai di tingkat pusat barulah alokasi dana tersebut ditetapkan.

Penelitian ini juga menemukan bahwa sejak April 1999 sampai berakhirnya penelitian ini dilakukan, kegiatan PMT-Pemulihan di Kotamadya Yogyakarta telah berhenti sambil menunggu kucuran dana berikutnya. Untuk itu pengucuran dana dari pusat seharusnya tepat waktu dan dilakukan setiap tiga bulan sekali sehingga diharapkan program PMT-Pemulihan dapat dilakukan secara terus menerus. Selain itu ditemukan juga kegiatan PMT-Pemulihan di Kotamadia Yogyakarta baru efektif dilaksanakan pada bulan Januari 1999 yang seyogianya sudah dilaksanakan sejak Oktober 1998. Tertundanya pelaksanaan kegiatan ini akibat keterlambatan pengucuran dana dari pusat. Selain itu petugas Puskesmas terutama Kepala Puskesmas dan petugas gizi serta bidan tidak biasa berinisiatif, karenanya mereka pada umumnya ragu-ragu untuk bertindak dan takut salah ketika mereka diberi keleluasaan untuk mengelola dana. Kegiatan dikoordinir oleh tenaga gizi Puskesmas dan penentuan jenis makanannya disepakati bersama dengan kader Posyandu dan Ibu Asuh.

Penyaluran dana dilakukan oleh Bidan penanggung jawab kepada Ibu Asuh sebagai pelaksana lapangan secara langsung pemberian makanan tambahan untuk keperluan 10 (sepuluh) hari. Bersamaan dengan itu petugas gizi dan Ibu Asuh menyusun menu makanan sepuluh-harian.

Berdasarkan menu makanan yang telah disusun inilah Ibu Asuh membelanjakan uang yang diterimanya dan memasaknya, kemudian dibagi-bagikan kepada sasaran setiap hari dengan frekuensi untuk satu kali makan. Pertanggungjawaban dana dilakukan melalui penyediaan dan pemakaian Buku Kas Umum (BKU) yang meliputi meliputi: waktu, jenis penerimaan dan pengeluaran, serta jumlah biaya. Setiap ada transaksi keuangan baik berupa penerimaan maupun pengeluaran dicatat dan disertai bukti seperti: kuitansi, bon, dan bukti-bukti transaksi lainnya.

Tempat memasak tidak selamanya di tempat Ibu Asuh. Di Kelurahan Terban misalnya yang memiliki sasaran 15 orang anak, tempat memasak dilakukan di tempat sasaran secara bergiliran. Bentuk makanan yang diberikan kepada sasaran seluruhnya dalam bentuk masakan matang. Pada tahap awal untuk mengatasi sulitnya mencari penyalur makanan tambahan tersebut pernah diusulkan agar makanan tambahan yang diberikan sebaiknya dalam bentuk *blended food* saja, namun tidak disetujui oleh TTK dengan alasan dana tersebut dapat membantu perputaran ekonomi masyarakat setempat.

Selama kegiatan berlangsung masalah-masalah yang dihadapi antara lain: tempat tinggal sasaran yang terpencar-pencar, sulitnya memperoleh bahan mentah untuk makanan tambahan dengan dana sebesar Rp. 750 / hari sasaran. Diusulkan pula agar *unit cost* ini perlu ditinjau kembali. Masalah lain adalah tidak disediakannya insentif bagi Ibu Asuh. Demikian juga kurangnya pemasaran sosial yang dilakukan adanya persepsi bahwa makanan tambahan merupakan makanan pokok, dan sebaiknya kegiatan ini perlu disertai dengan pendidikan dan penyuluhan gizi. Menurut Habicht dan Bultz, intervensi pendidikan dan penyuluhan gizi dapat meningkatkan *intake* nutrisi anak dalam keluarga.⁶

Ditemukan juga adanya makanan tambahan setelah sampai di rumah tidak seluruhnya sampai di mulut sasaran tetapi juga diberikan kepada kakak-kakaknya yang masih tergolong Balita namun bukan termasuk sasaran karena tidak

termasuk sebagai anak baduta lagi. Untuk itu perlu dipikirkan kembali sasaran program ini agar tidak hanya kelompok bayi dan anak baduta saja melainkan sampai pada kelompok yang tergolong usia Balita. Selain alasan tersebut di atas penelitian yang pernah dilakukan oleh Aryastami dkk status gizi Balita KEP pada kelompok umur 36-59 bulan lebih tinggi bila dibandingkan pada kelompok umur di bawahnya.⁷ Hal ini kemungkinan dipengaruhi oleh faktor umur dan aktivitas anak yang lebih banyak dan kurang diimbangi oleh konsumsi makanan serta faktor perhatian orang tua yang mulai berkurang, terutama bila anak tersebut memiliki adek baru. Demikian juga hasil penelitian yang dilakukan oleh Supriyono bahwa dalam perbandingan kelompok umur, Balita dalam kelompok umur 13-36 bulan mempunyai peluang lebih besar berstatus gizi buruk dibandingkan pada usia sebelumnya. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa Balita dengan status KEP mengalami kenaikan tertinggi pada kelompok umur 37-60 bulan.⁸

Untuk pelaksanaan pemantauan, pencatatan dan pelaporan kegiatan merupakan bagian dari pelaksanaan kegiatan itu sendiri. Pencatatan dan pelaporan dilakukan dengan mengisi register yang telah ditetapkan pada Petunjuk Teknis. Hal yang sama juga dilakukan untuk memantau pelaksanaannya, yaitu ketepatan sasaran, cara pengolahan, pengisian register, cara penyimpanan, jenis makanan tambahan, dan besar porsi untuk mengetahui kesesuaian antara rencana dan pelaksanaan. Mekanisme pemantauan dilakukan oleh Kepala Puskesmas, tenaga gizi Puskesmas, dan bidan penanggung jawab secara periodik terhadap Ibu Asuh dengan pelaksanaan sesuai dengan pada Petunjuk Teknis yang sudah ditetapkan.

Apabila pemantauan lebih menekankan pada masukan dan proses maka evaluasi lebih

menekankan pada hasil dan dampak. Evaluasi dilakukan secara berjenjang mulai dari Ibu Asuh, Bidan penanggung jawab, tenaga gizi Puskesmas, Kepala Puskesmas dan TKK. Mekanisme evaluasi dilaksanakan melalui analisa terhadap data-data yang terdapat pada register isian, analisa hasil pemantauan, dan pembahasan dalam rapat yang dilakukan secara berkala. Untuk tingkat kelurahan evaluasi dilaksanakan setiap sepuluh hari sekali sedangkan tingkat Puskesmas dan TKK dilakukan setiap bulan. Hasil evaluasi diumpunbalikkan kepada pihak-pihak yang terlibat dan berkepentingan untuk perbaikan pelaksanaan pada tahap berikutnya.

Menurut Supriyono⁸ untuk menilai *output* dan *outcome* suatu program intervensi gizi dengan rumus S-K-D-N, yaitu: jumlah balita (S) yang memiliki KMS (K), dan ditimbang setiap bulannya (D), serta setiap penimbangan mengalami kenaikan (N). Berdasarkan rumus ini maka indikator-indikator keberhasilan program gizi adalah: cakupan pelayanan program (K/S), tingkat partisipasi masyarakat (D/S), kelangsungan penimbangan (D/K), keberhasilan program (N/S) dan keberhasilan penimbangan (N/D). Dalam penelitian ini, *output* dan *outcome* program PMT-Pemulihan mempergunakan rumus S-K-D-N dengan analogi: jumlah bayi dan anak berumur di bawah dua tahun dari keluarga miskin (S), yang menerima PMT-Pemulihan (K), dan ditimbang setiap bulan (D) dengan hasil BB mengalami kenaikan (N).

Selanjutnya penelitian ini menunjukkan bahwa keberhasilan kegiatan PMT-Pemulihan di Yogyakarta sebagai suatu program intervensi gizi sebagaimana pada Tabel 4 termasuk kategori sedang⁹.

Tabel 4: Tingkat Keberhasilan Program PMT-Pemulihan di Kotamadia Yogyakarta sampai bulan Mei 1999.

NO	INDIKATOR KEBERHASILAN	KISARAN PENCAPAIAN (%)	RATA-RATA PENCAPAIAN (%)	KATEGORI KEBERHASILAN
1.	Cakupan program	30,95 - 100,00	64,71	SEDANG
2.	Tingkat partisipasi masyarakat	30,95 - 100,00	60,00	SEDANG
3.	Kelangsungan penimbangan	73,33 - 100,00	92,73	BAIK
4.	Keberhasilan program	23,81 - 92,86	51,37	KURANG
5.	Keberhasilan penimbangan	72,73 - 95,24	85,62	BAIK
	TOTAL		70,89	SEDANG

Cakupan program adalah proporsi sasaran yang menerima PMT-Pemulihan dari seluruh sasaran yang ada. Pada Tabel 4, cakupan program hanya mencapai 64,71%. Dibandingkan dengan indikator keberhasilan yang dipersyaratkan Depkes¹⁰ yaitu seharusnya mencapai 100%, angka pencapaian cakupan program ini masih jauh dari yang diharapkan. Hal ini patut menjadi pertimbangan dalam upaya meningkatkan cakupan program PMT-Pemulihan terhadap sasaran karena angka tersebut masih mencerminkan bahwa ada sekitar 35,29% lagi sasaran yang belum menerima PMT-Pemulihan. Demikian juga apabila angka ini dihubungkan dengan indikator keberhasilan PMT-Pemulihan sebagai suatu program intervensi gizi, cakupan program ini termasuk kategori jelek⁹.

Tingkat partisipasi adalah proporsi sasaran yang menerima PMT-Pemulihan dan ditimbang setiap bulannya terhadap jumlah seluruh sasaran. Tingkat kehadiran sasaran di Posyandu atau partisipasi masyarakat sebesar 60,00%. Hal ini patut mendapat perhatian karena begitu pentingnya kehadiran sasaran ke Posyandu setiap bulannya untuk ditimbang. Apabila sasaran tidak ditimbang setiap bulannya berarti perubahan Berat Badan (BB)-nya tidak diketahui. Selain itu Posyandu dapat menjadi forum komunikasi tempat para ibu berkumpul bersama dalam suasana yang sesuai dengan adat dan budaya setempat. Mereka berbagi pengalaman tentang perawatan anak termasuk

bagaimana memilih dan menyiapkan makanan yang bergizi dan dapat diterima oleh anak-anaknya. Frekuensi kehadiran Balita di Posyandu juga berhubungan dengan status gizi Balita. Menurut hasil penelitian yang pernah dilakukan oleh Aryastami dkk⁷, ternyata bahwa pada kelompok umur Balita proporsi anak dengan status gizi KEP lebih tinggi pada anak yang tidak pernah dibawa ke Posyandu. Dapat diasumsikan bahwa keluarga yang membawa anaknya ke Posyandu setidaknya mengerti tentang pentingnya penimbangan anak setiap bulan dan *monitoring* terhadap status gizi dilakukan.

Kelangsungan penimbangan adalah proporsi jumlah sasaran yang menerima PMT-Pemulihan dan ditimbang setiap bulannya terhadap jumlah sasaran yang menerima PMT-Pemulihan. Tingkat kelangsungan penimbangan di Kotamadia Yogyakarta termasuk kategori baik⁹ yaitu mencapai 92,73%. Angka ini menunjukkan tingginya partisipasi masyarakat dalam kewaspadaan dini gizi sebagaimana yang diutarakan Esterick¹¹ bahwa apabila seorang ibu mengetahui bahwa anaknya tergolong status gizi rendah maka ia akan cenderung merubah perilaku makanan keluarga dan lebih memperbesar perhatian dan alokasi pendapatan keluarga bagi kebutuhan anak-anaknya. Pendapat senada juga pernah dikemukakan oleh Winarno¹² bahwa melakukan penimbangan BB bayi dan anak balita secara teratur merupakan langkah yang tepat

dalam rangka kewaspadaan terhadap perubahan status gizi.

Keberhasilan program adalah proporsi jumlah sasaran yang menerima PMT-Pemulihan dan ditimbang setiap bulan dengan hasil mengalami kenaikan BB terhadap jumlah seluruh sasaran yang ada. Apabila pencapaian angka cakupan program rendah maka akan keberhasilan program tentu saja juga rendah. Tabel 4 menunjukkan bahwa keberhasilan program PMT-Pemulihan di Kotamadia Yogyakarta hanya mencapai 51,37% atau termasuk kategori kurang⁹.

Keberhasilan penimbangan adalah proporsi seluruh sasaran yang menerima PMT-Pemulihan dan ditimbang setiap bulan dengan hasil mengalami kenaikan BB terhadap jumlah sasaran yang menerima PMT-Pemulihan dan ditimbang setiap bulannya. Keberhasilan penimbangan di Kotamadia Yogyakarta sebesar 85,62%. Apabila dikaitkan dengan indikator keberhasilan sebagaimana yang dipersyaratkan Depkes¹⁰, yaitu minimal 80% sasaran yang menerima PMT-Pemulihan BB-nya

naik, angka ini menunjukkan keberhasilan yang memenuhi syarat.

Untuk mengetahui dampak program dapat dilaksanakan dengan berbagai metode antara lain pengukuran antropometri seperti yang dikemukakan oleh Simanjuntak¹³ yaitu Berat Badan menurut Umur (BB/U). Dengan metode ini status gizi balita ditentukan dengan menggunakan indeks dan baku rujukan WHO-NCHS¹⁴. Baku rujukan ini menetapkan 4 kategori status gizi, yaitu: (1) KEP Berat: < 70% terhadap baku median, (2) KEP Ringan: 70% - 79,9% terhadap baku median, (3) Status Gizi Baik: 80% - 110% terhadap baku median, dan (4) Status Gizi Lebih: > 110% terhadap baku median.

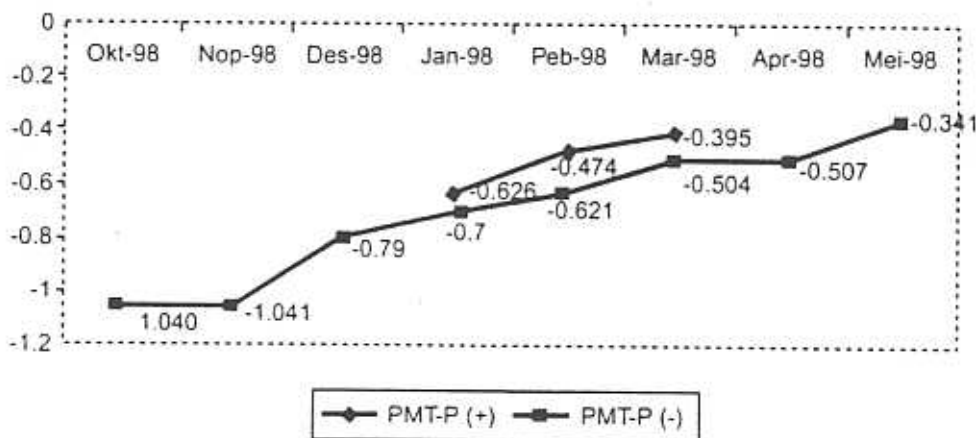
Keadaan status gizi sasaran pada awal program 54 jiwa (21,18%) berstatus gizi KEP sedangkan sisanya tergolong berstatus gizi baik atau lebih. Setelah program dilaksanakan ternyata proporsi sasaran dengan status gizi KEP ini mengalami penurunan menjadi 52 jiwa (20,39%). Data terperinci sebagaimana pada Tabel 5.

Tabel 5 : Status Gizi Sasaran Sebelum dan Sesudah Program PMT-Pemulihan

NO.	KELURAHAN	JUMLAH SASARAN (org)	SEBELUM PROGRAM (org)		SESUDAH PROGRAM (org)	
			NON KEP	KEP	NON KEP	KEP
1.	Klitren	42	38	4	37	5
2.	Demangan	32	28	4	29	3
3.	Terban	27	23	4	22	5
4.	Suryodiningratan	17	11	6	11	6
5.	Gedongkiwo	42	27	15	25	17
6.	Mantrijeron	14	7	7	9	5
7.	Prenggan	35	29	6	31	4
8.	Purbayan	18	14	4	14	4
9.	Rejowinangun	28	24	4	25	6
	TOTAL	255	201	54	203	52

Hasil pengujian statistik menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara status gizi sasaran sebelum dan sesudah program dilaksanakan ($F \text{ prob.} = 0.29$, $p > 0.05$ dan $r = 0.99$). Dari hasil ini dapat disimpulkan bahwa status gizi sasaran setelah program dilaksanakan tidak lebih baik dibandingkan dengan status gizi sasaran sebelumnya. Hasil ini bisa saja terjadi karena selain sebagian besar status gizi sasaran sebelum program sudah termasuk kategori baik (salah sasaran), juga

Dari Gambar 1 menunjukkan bahwa rata-rata BB sasaran pada awal kegiatan PMT-Pemulihan sudah tergolong baik. Selama kegiatan PMT-Pemulihan dilaksanakan (Januari - Maret 1999) nilai rata-rata *Weight Age* terhadap *Z-Score* (WAZ) kelompok sasaran penerima PMT-Pemulihan lebih tinggi dibandingkan dengan nilai rata-rata *Weight Age* terhadap *Z-Score* (WAZ) kelompok sasaran yang tidak menerimanya. Walaupun demikian perbedaan itu sebenarnya tidaklah bermakna, baik



Gambar 1: Grafik Rerata *Weight Age for Z-score* (WAZ) Sasaran PMT-Pemulihan di Kotamadia Yogyakarta

karena program PMT-Pemulihan itu sendiri baru berjalan selama 3 bulan (70 - 90 hari). Penyebab lain adalah rendahnya anggaran yang dialokasikan untuk PMT-Pemulihan terutama *unit cost* yang hanya sebesar Rp. 750 / hari/orang.

Kesimpulan ini juga dapat dilihat pada Gambar 1 tentang nilai rata-rata *Weight Age* terhadap *Z-Score* (WAZ) antara kelompok sasaran yang menerima PMT-Pemulihan dengan yang tidak menerimanya.

pada Januari ($p=0.65$; $p > 0.05$), Pebruari ($p=0.36$; $p > 0.05$), maupun pada Maret ($p=0.48$; $p > 0.05$). Hal ini mengandung pengertian bahwa tidak ada perbedaan kenaikan BB sasaran yang menerima PMT-Pemulihan dengan yang tidak menerimanya untuk setiap bulan selama kegiatan.

Dampak program juga dapat diketahui dari pengaruh penerimaan PMT-Pemulihan terhadap perubahan status gizi sasaran (Tabel 6).

Tabel 6 : Hubungan antara Penerimaan PMT-Pemulihan dengan Perubahan Status Gizi

	MENERIMA PMT-P (org)	TIDAK MENERIMA PMT-P (org)	TOTAL SASARAN (org)
STATUS GIZI TETAP	155	87	242
STATUS GIZI NAIK	5	2	7
STATUS GIZI	5	1	6
TOTAL	165	90	255

Berdasarkan hasil pengujian statistik ($p = 0,58$; $p > 0,05$) menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara status gizi kelompok sasaran yang menerima PMT-Pemulihan dibandingkan dengan status gizi sasaran yang tidak menerima. Hal ini berarti bahwa status gizi sasaran yang menerima PMT-Pemulihan tidak lebih baik dibandingkan dengan status gizi sasaran yang tidak menerima PMT-Pemulihan atau dengan kata lain tidak ada pengaruh PMT-Pemulihan terhadap status gizi sasaran.

KESIMPULAN DAN SARAN

Dari uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan kegiatan PMT-Pemulihan di Kotamadya Yogyakarta secara umum belum dapat dilaksanakan sesuai dengan Pedoman Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis yang ada. Adapun masalah-masalah yang ditemukan antara lain: ketidaksesuaian cara perencanaan kebutuhan dana dengan cara penetapan alokasi dana. Demikian juga dengan tidak disediakannya uang transportasi dan insentif bagi petugas menimbulkan persepsi bahwa program PMT-Pemulihan hanyalah berupa penambahan beban kerja saja. *Unit cost* untuk setiap sasaran yang telah ditetapkan sebesar Rp.750/hari dirasakan masih belum mencukupi.

Keberhasilan program PMT-Pemulihan di Kotamadia Yogyakarta secara keseluruhan rata-rata mencapai 70,89% dengan rincian sebagai berikut: (a) cakupan program sebesar 64,71%, (b) tingkat

partisipasi masyarakat mencapai 60,00%, (c) kelangsungan penimbangan mencapai 92,73%, (d) keberhasilan program mencapai 51,37%, dan (e) keberhasilan penimbangan mencapai 85,62%.

Dampak program PMT-Pemulihan terhadap status gizi bayi dan anak baduta di Kotamadia Yogyakarta belum ada. Hal ini disebabkan, antara lain: sasaran PMT-Pemulihan yang tidak tepat, keterlambatan realisasi dana sehingga pelaksanaan kegiatan sempat tertunda, rendahnya realisasi dana, *unit cost* yang tidak mencukupi, dan tidak seluruh sasaran menerima PMT-Pemulihan. Rata-rata WAZ sasaran menunjukkan bahwa tidak adanya perbedaan rata-rata *Weight Age* terhadap *Z-score* (WAZ) sasaran penerima PMT-Pemulihan dengan yang tidak menerimanya untuk setiap bulan selama kegiatan berlangsung dan tidak ada perbedaan status gizi sasaran penerima PMT-Pemulihan dengan yang tidak menerimanya. Sehingga status gizi sasaran setelah PMT-Pemulihan dilaksanakan tidak lebih baik dibandingkan dengan sebelumnya.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut maka diperlukan penyesuaian cara perencanaan kebutuhan dana sebagaimana ditetapkan pada Petunjuk Teknis dengan cara penetapan alokasi dana sebagaimana yang ditetapkan dalam Pedoman Pelaksanaan. Sebaiknya cara penetapan alokasi dana oleh TTK direvisi menjadi sama dengan cara perencanaan kebutuhan dana oleh Puskesmas sehingga merupakan kebutuhan kumulatif dari seluruh Puskesmas se-kotamadia. Sejalan dengan

itu alokasi dana dari pusat dilakukan berdasarkan usulan dari TKK. Selain itu perlunya penyediaan uang transportasi dan insentif untuk meningkatkan kinerja petugas di lapangan sehingga tidak menimbulkan kesan bahkan program PMT-Pemulihan hanya menambah beban kerja. Hal lain adalah perlunya ditinjau kembali *unit cost* yang hanya Rp. 750/sasaran/hari agar lebih rasional dan efektif sesuai dengan standar nilai gizi makanan tambahan pemulihan dan kegiatan PMT-Pemulihan perlu disertai dengan pendidikan dan penyuluhan gizi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku keluarga miskin terhadap nilai-nilai gizi yang baik. Demikian juga sasaran PMT-Pemulihan agar tidak hanya berdasarkan pada kriteria bayi (6-11 bulan) dan anak baduta (12-23 bulan) dari keluarga miskin, tetapi juga akan lebih berdayaguna dan berhasilguna apabila sasaran PMT-Pemulihan adalah seluruh bayi (6-11 bulan) dan anak balita (12-59 bulan) dari keluarga miskin yang menderita KEP.

KEPUSTAKAAN

- Roy, S.K., Akma, R., Rahman, M.M., Excess Mortality among Children Discharge From Hospital after Treatment for Diarrhoea in Rural Bangladesh, *British Medical Journal*. 1983; 287:1097-1099.
- Hamam H, Impact of Economic Crisis on Maternal and Child Nutrition, disampaikan pada semiloka "Krisis ekonomi dan kiat penanggulangan masalah kesehatan masyarakat", dalam rangka Dies Natalis ke-53 Fakultas Kedokteran - UGM, Yogyakarta, 1999
- Hidayat H., 1990, Manajemen Rumah Sakit, No.4 tahun 1, hal.:31-34, Percetakan Thania, Jakarta
- Shortell, S.M., and Richardson, W.C., Health program evaluation, Mosby Company, Saint Louis, Washington, 1978
- Donabedian, A., Aspects of Medical Administration: Specifying Requirements for Health Care, Cambridge, Harvard University Press, 1979.
- Habicht, J.P., and Butz, W.P., Measurement of Health and Nutrition Effect of Large Scale Nutrition Intervention Projects, Cornell International Nutrition Monograph Series, No. 15, 1985
- Aryastami, K., Suwandono, A., Atmarita, Analisis Keadaan Gizi Balita terhadap Beberapa Faktor yang Mempengaruhinya, *Majalah Kesehatan Masyarakat*, Departemen Kesehatan, RI, Jakarta, 1994.
- Supriyono, Pengamatan Tingkat Pencapaian Program dan Status Gizi Balita berdasarkan Kelompok Umur di Kabupaten Lamongan, *Majalah Kesehatan*, 1996; 147: 49-53.
- Departemen Kesehatan RI, Petunjuk Teknis Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan, PT-03 dan PT-04, Depkes RI, Jakarta, 1998.
- Departemen Kesehatan RI, Pedoman Pemantauan Status Gizi Melalui Posyandu, Depkes RI, Jakarta, 1996.
- Esterick V.P., Intra Family Food Distribution, Its Relevance for Maternal and Child Nutrition, Cornell Nutritional Surveillance Programme, Working Paper, 31, 111, Cornell University, Ithaca, New York, 1985
- Winarno, Gizi dan Makanan bagi Bayi dan Anak Sapihan, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 1987.
- Simanjuntak, D., Tumbuh Kembang Anak dan Pengaruh Faktor Gizi, USU Press, Medan, 1995.
- Biro Pusat Statistik, Status Gizi Balita Menurut Baku Harvard dan WHO-NCHS, BPS, Jakarta, 1986.

ANALISIS PERENCANAAN KESEHATAN OLEH LEMBAGA-LEMBAGA PERENCANA KESEHATAN DAERAH (BAPPEDA TINGKAT II DAN DINAS KESEHATAN TINGKAT II) DI DAERAH TINGKAT II PROPINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

HEALTH PLANNING ANALYSIS OF DISTRICT HEALTH PLANNING INSTITUTIONS (BOARD OF DISTRICT PLANNING AND DISTRICT HEALTH OFFICE) AT YOGYAKARTA SPECIAL TERRITORY PROVINCE

Andung Prihadi Santosa¹, Laksono Trisnantoro²

¹Dinas Kesehatan Propinsi DIY

² Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan, UGM

ABSTRACT

Background: Board of District Planning/BDP (Bappeda Dati II) and District Health Office/DHO (Dinas Kesehatan Dati II) are two health planning institutions at district level within Yogyakarta Special Territory. Current situation showed that these institutions are lacking capacity. This can be seen from the total health budget of the year 1998/99 at district level, which is dominated by central share (40% - 76%). Additionally, there is inappropriate share of proportion between the total district budget (APBD II) compared to the total district health budget (APBD II Kesehatan). District Health Budget (APBD II Kesehatan) in average only receives less than 3% of the total district budget (total APBD II). The purpose of this study was to analyze the existing capacity of health planning institutions, which would be categorized as internal and external capacity, and eventually propose recommendations, which match with the problem arised, particularly in the light of the approaching district autonomy in 2001.

Method: This study is an exploratory descriptive analysis, which uses qualitative method such as in-depth interview, structured observation and Focus Group Discussion. The subjects of the study included government employees at Bappeda Dati II (BDP) and Dinas Kesehatan Dati II (DHO) from Kulonprogo District and Yogyakarta Municipal, who were influential in developing health plans at district/municipal level.

Results: The internal capacity of health planning institutions in Kulonprogo and Yogyakarta Municipality was not adequate to perform a comprehensive health planning of an acceptable quality at district level. Some issues were raised, such as incoordination with related sectors, and the planning steps were not implemented in a logical sequence. This study also showed that external capacity of health planning institutions in Kulonprogo District and Yogyakarta Municipality was weak. The problem manifests due to lack of ability of Bappeda Dati II in their efforts to develop an appropriate district budget to support the defined Priority Scale List in health sector.

Conclusion: The result of this study indicates that during this period of anticipation for district autonomy, Bappeda Dati II and Dinas Kesehatan Dati II in Kulonprogo District and Yogyakarta District are insufficient for supporting decentralization.

Keywords: District Health Planning, Institutional Capacity, District Autonomy

PENGANTAR

Pada dekade milenium ketiga, kemampuan untuk mengaplikasikan fungsi-fungsi manajemen yang selaras dengan perkembangan global menjadi syarat standar kemampuan manajerial seorang pemimpin atau pemegang keputusan di berbagai institusi pemerintah maupun swasta. Salah satu fungsi manajemen yang krusial untuk keberhasilan suatu program adalah pada aspek perencanaan. Mintzberg menekankan bahwa perencanaan menjadi penting di lingkungan yang mempunyai keterbatasan sumberdaya, lingkungan yang berubah dinamis serta kompetisi yang semakin ketat.¹

Di lingkungan kesehatan, perencanaan kesehatan mempunyai peranan yang besar dalam mengolah sumber daya kesehatan yang memang terbatas untuk dapat dimanfaatkan seefisien mungkin dalam mendukung prioritas bidang kesehatan. Di Indonesia dengan spektrum permasalahan bidang kesehatan yang sedemikian luas mencakup penanganan penyakit infeksi dan non infeksi, anggaran nasional kesehatan rata-rata setiap tahunnya hanya bergerak di kisaran 3- 3,5% dari total anggaran nasional (APBN). Fenomena ini mengharuskan aparat manajerial kesehatan baik di pusat maupun daerah harus semakin fokus (tajam) dalam penetapan prioritas program dan efisiensi sumber dananya, dua hal yang menjadi esensi suatu perencanaan yang baik.

Selain itu, perencanaan pembangunan kesehatan bukanlah suatu proses aktivitas yang dapat berdiri sendiri. Keterkaitan dengan berbagai faktor internal dan eksternal sangat kuat. Menurut Mills dkk., kesehatan bersifat *continuum*, sehingga perencanaan pembangunan kesehatan di daerah (Dati II) harus dilaksanakan secara komprehensif dan terpadu, agar dapat dicapai titik temu antara aspirasi dan kebutuhan daerah yang mendesak, dengan kebijakan dan strategi pembangunan Nasional.²

Propinsi D.I. Yogyakarta mempunyai berbagai atribut yang spesifik, termasuk dalam bidang kesehatan. Dengan luas wilayah 3185,75 Km, secara administratif mempunyai struktur pemerintahan di tingkat propinsi, dan pemerintahan

di tingkat Dati II yang terdiri dari 4 kabupaten dan 1 kotamadia; 78 kecamatan dengan 356 desa dan 45 kelurahan (total 401 desa/kelurahan). Dalam bidang kesehatan, propinsi ini dikenal sejak bertahun-tahun mempunyai indikator derajat kesehatan yang terbaik dibandingkan semua propinsi di Indonesia.

Dibalik keberhasilan dalam derajat kesehatan, ternyata masalah-masalah kesehatan yang bersifat laten dan kronis masih saja terjadi di Propinsi DIY. Selain kenyataan bahwa indikator kesehatan yang dicapai bukan angka-angka yang statis, dalam arti dapat berubah setiap saat, permasalahan kesehatan akibat dampak beban ganda perubahan epidemiologi penyakit tampak semakin besar. Disamping kenaikan insidensi kasus-kasus penyakit metabolisme dan degeneratif, penyakit-penyakit infeksi pun belum dapat tertangani dengan tuntas. Penyakit-penyakit infeksi DHF, TBC, Malaria, Diare masih menjadi masalah endemis di Propinsi DIY.

Menurut Sibero dan Koswara, lembaga-lembaga yang berperan sebagai perencana kesehatan di Dati II sesuai aspek legalitasnya adalah Bappeda Dati II dan Dinas Kesehatan Dati II. Aspek legal dari Keputusan Mendagri Nomor 185 Tahun 1980 memberikan kewenangan pada Bappeda Dati II melalui seksi kesejahteraan rakyat dibawah bidang ekonomi dan sosial budaya, untuk melakukan koordinasi penyusunan bahan-bahan perencanaan kesehatan, menetapkan prioritas dan menetapkan anggaran di daerah. Sedangkan aspek legal dari Keputusan Mendagri Nomor 21 Tahun 1994 memberikan tugas dan fungsi menyusun bahan perencanaan kesehatan dari Dinas Kesehatan Daerah Tingkat II melalui Urusan Rencana dan Informasi Kesehatan dibawah Sub Bagian Tata Usaha. Di Propinsi DIY semua Bappeda Dati II tergolong tipe C (tipe terkecil) dimana urusan sosial budaya, termasuk didalamnya urusan kesehatan, masih menjadi satu dengan urusan ekonomi.³

Dalam bidang perencanaan kesehatan khususnya di semua Dati II di Propinsi DIY, sampai saat ini belum terbentuk Tim Perencanaan Kesehatan yang secara formal melibatkan lintas

sektoral terkait dengan kesehatan. Tim Perencanaan Kesehatan yang diharapkan ada sebaiknya dibentuk dengan Surat Keputusan dari Kepala Daerah Dati II. Menurut Depkes RI, dengan tidak adanya Tim Perencanaan Kesehatan maka fungsi koordinasi dalam aspek perencanaan anggaran, sumber daya maupun perencanaan kegiatan program-program bidang kesehatan, tidak dapat dilaksanakan secara terpadu dan sistematis, dalam arti sangat tergantung dengan situasi setempat, atau hanya menunggu instruksi pimpinan.

Masalah Tim Perencana Kesehatan ini bukanlah masalah yang dapat dianggap sederhana, karena urusan kesehatan tidak mungkin ditangani hanya oleh sektor kesehatan saja. Mintzberg menyatakan bahwa dalam proses pengambilan keputusan (*decision making process*) suatu perencanaan kesehatan harus memperhatikan faktor-faktor eksternal yang berpengaruh langsung pada efektivitas perencanaan yang dihasilkan¹. Trisnantoro memperjelas pendapat tersebut dengan membagi faktor-faktor eksternal dimana salah satu diantaranya adalah faktor lintas sektoral diluar sektor kesehatan.¹ Crane dalam penelitiannya di Indonesia mendapatkan fakta besarnya nilai peranan lintas sektoral yang mempunyai akses terhadap perbaikan derajat kesehatan (antara lain sektor lingkungan fisik, sektor Keluarga Berencana dan sektor sosial).²

Kelemahan lembaga perencana kesehatan juga terlihat dengan adanya indikasi bahwa Bappeda Tingkat II belum sepenuhnya mampu mengemban tugas dan fungsi yang diberikan kepadanya, khususnya dalam bidang kesehatan. Jumlah anggaran pembangunan kesehatan bersumber dana APBD II rutin maupun pembangunan yang sangat kecil di beberapa Dati II di Propinsi DIY, mengindikasikan kurang optimalnya peranan lembaga-lembaga perencanaan bidang kesehatan di daerah dalam memenuhi kebutuhan pembiayaan kesehatan di wilayahnya masing-masing. Dengan masih besarnya proporsi anggaran yang bersumber dari pusat (APBN) yang rata-rata mencapai 40 – 76%, maka kemandirian daerah dalam mengelola urusan rumahtangganya relatif kurang berkembang.

Dengan lemahnya koordinasi dan peran lembaga-lembaga perencanaan kesehatan di daerah tingkat II, maka akan mengecilkan arti besarnya kontribusi kesehatan terhadap pembangunan daerah yang justru berakibat sebaliknya yaitu semakin kecilnya perhatian pemerintah daerah tersebut terhadap pembangunan kesehatan. Seberapa besar perhatian Pemerintah Daerah Dati II di Propinsi DIY pada sektor kesehatan dapat dilihat pada Tabel I.

Tabel I.
Prosentase APBD II Kesehatan Program (*Non Rumah- Sakit*)
dengan Pendapatan Asli Daerah (PAD) dan APBD II Keseluruhan
Diperinci Menurut Kab/Kodya Propinsi DIY Tahun 1998/99

NO	SUMBER DANA	KODYA (Rp)	BANTUL, (Rp)	KULONPROGO (Rp)	G. KIDUL (Rp)	SLEMAN (Rp)
1	PAD – MURNI	17.392.303.400	6.272.283.529	3.303.528.300	1.367.597.000	14.825.140.000
2	PAD – KES % PAD – KES	1.297.460.780 7,46	1.266.552.000 19,47	1.998.667.000 60,5	1.312.220.000 95,6	1.927.990.000 13
3	APBD II	23.487.120.000	18.813.305.100	16.100.159.700	12.527.471.000	28.469.541.000
4	APBD – II PEMB.KES. (<i>Non Rumah Sakit</i>)	176.108.000	160.000.000	125.559.000	173.500.000	1.067.279.740
5	% APBD II KESEHATAN	0,74	0,85	0,77	1,38	3,75

Sumber: Profil Kesehatan Propinsi DIY tahun 1999/2000

Dari Tabel 1 terlihat jelas bahwa walaupun diberesapa kabupaten Dati II seperti Kabupaten Banjul, Kulonprogo dan Gunung Kidul kontribusi kesehatan terhadap Pendapatan Asli Daerah Murni berkisar antara 20% sampai 95%, tetapi perhatian pemerintah daerah terhadap pembangunan kesehatan yang diwujudkan dalam prosentase anggaran APBD II Kesehatan untuk program kesehatan (di luar rumah sakit) dibanding APBD II seluruhnya, masih relatif sangat kecil yaitu rata-rata dibawah 1,5%. Sedangkan untuk Kabupaten Dati II Sleman sebagai daerah uji coba otonomi masih dibawah prosentase 4% dari anggaran pembangunan daerah secara keseluruhan.

Untuk sumber anggaran APBN yang pada akhir PELITA VI (tahun anggaran 1998/99) masih merupakan sumber terbesar pembiayaan pembangunan kesehatan di semua Dati II di Propinsi DIY (40 – 76%), maka peranan Dinas Kesehatan Dati II dalam proses perencanaan kegiatan program yang dibiayai APBN masih kurang optimal karena semuanya masih diatur oleh instansi vertikal yaitu Kanwil Depkes Propinsi DIY.

Dalam teori dinamika evaluasi perencanaan yang efektif, Reinke dan Taylor memberikan acuan mengukur kapasitas kelembagaan organisasi perencana kesehatan, apakah sudah memadai untuk menghasilkan perencanaan yang efektif. Keduanya membagi kapasitas kelembagaan menjadi kapasitas internal dan kapasitas eksternal.⁶

Kapasitas internal lembaga/institusi perencana kesehatan mengarah pada pengenalan seperangkat tahap sistematis dalam proses perencanaan. Tahapan sistematis dalam menyusun bahan perencanaan menuju penentuan prioritas akan menentukan kapasitas internal suatu badan/institusi perencana. Mintzberg menguraikan tahapan sistematis sebagai formalisasi prosedur dalam suatu kerangka logis (*logical sequence*) untuk mencapai fokus prioritas program kesehatan, dengan langkah-langkah analisa situasi, analisa sumber daya, analisa kebijakan, dan penentuan tujuan.¹

Kapasitas eksternal suatu lembaga perencana kesehatan diukur dari kemampuan lembaga tersebut

dalam melaksanakan tahapan untuk mewujudkan rencana kerja prioritas dalam perencanaan menjadi suatu kegiatan nyata (*program action*). Kegiatan nyata yang dimaksud kedua pakar tersebut adalah dalam suatu ruang lingkup penganggaran/pembiayaan (*budgeting*).

Dengan mendasarkan pada teori dinamika evaluasi Reinke dan Taylor, maka penelitian akan difokuskan pada kapasitas internal lembaga perencana kesehatan Dati II yang direpresentasikan dari kemampuan Dinas Kesehatan Dati II melaksanakan langkah-langkah yang sistematis dalam suatu kerangka logis perencanaan (*logical sequences*) untuk menentukan prioritas dan rencana penganggaran serta pelaksanaannya (*Budgeting and Plan of Action*).⁶ Standar yang dipergunakan adalah langkah-langkah dalam Pedoman Perencanaan Kesehatan dari Departemen Kesehatan RI tahun 1993 yang merupakan petunjuk teknis para pelaksana perencanaan di daerah. Kesenjangan (*gap*) yang terjadi akan menentukan sejauh mana kapasitas internal lembaga perencana kesehatan tersebut.

Fokus selanjutnya adalah pada kapasitas eksternal lembaga perencana Kesehatan Dati II yang akan dilihat dari kemampuan Bappeda Dati II merealisasikan rencana kerja prioritas (Daftar Skala Prioritas/DSP) program kesehatan kedalam suatu anggaran daerah yang proporsional. Standar yang dipakai adalah 6 tahap mekanisme perencanaan terpadu daerah sesuai Permendagri No. 9 Tahun 1982, yang memberi kewenangan Bappeda Dati II untuk mengkoordinir perencanaan, menetapkan DSP (Daftar Skala Prioritas) sekaligus menetapkannya dalam anggaran daerah dari berbagai sumber. Kesenjangan (*gap*) yang terjadi akan menentukan sejauh mana kapasitas eksternal lembaga perencana kesehatan di Dati II di Propinsi DIY.

Dengan menganalisa kemampuan kapasitas kelembagaan perencanaan kesehatan di Dati II di Propinsi DIY maka manfaat penelitian ini dapat berupa masukan kepada manajemen yang lebih tinggi yang berada di Dati I maupun Dati II, untuk

dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dalam rangka meningkatkan fungsi kelembagaan perencana kesehatan di daerah menyongsong era otonomi daerah tahun 2001 nanti.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini bersifat kualitatif dengan tujuan untuk studi kasus eksploratif yang menggunakan cara pengumpulan data dengan observasi terstruktur (*check list* sumber daya, sarana dan dokumen perencanaan), wawancara mendalam dan Diskusi Kelompok Terarah (DKT).

Lokasi penelitian dilakukan di 2 (dua) Dati II dari 5 Dati II se Propinsi DIY, yaitu di Dati II Kotamadya Yogyakarta mewakili daerah perkotaan dan Dati II Kabupaten Kulonprogo mewakili daerah dengan karakteristik *sub urban* dan *rural* seperti dua kabupaten Dati II lainnya di Propinsi DIY. Sedangkan Kabupaten Dati II Sleman adalah daerah percontohan otonomi daerah yang dibentuk dengan dasar produk hukum yang sudah tidak berlaku lagi (UU Nomor 5 Tahun 1974) sehingga tidak dapat mewakili kondisi yang nyata untuk dianalisa. Unit analisis penelitian ini adalah Bappeda Dati II dan Dinas Kesehatan Dati II.

Responden adalah personal yang mempunyai akses langsung pada perencanaan kesehatan di Dati II yang untuk selanjutnya disebut subyek utama penelitian, serta para *stake holder* perencanaan kesehatan di Dati II yang terdiri dari para *programer* di Dinas Kesehatan Dati II dan Kandepkes Dati II. Responden sebagai subyek utama penelitian terdiri

dari ketua Bappeda Dati II, Kabid Ekonomi dan Sosial Budaya Bappeda Dati II, Kasi Kesejahteraan Rakyat Bappeda Dati II, kepala Dinas Kesehatan Dati II, Kasubag Tata Usaha Dinkes Dati II, dan kepala Urusan Rencana dan Informasi Kesehatan Dinkes Dati II. Responden *stake holder* perencanaan kesehatan Dati II terdiri dari semua Kepala Seksi dilingkungan Dinas Kesehatan Dati II (5 seksi) dan Kandepkes Dati II (1 seksi). Jumlah keseluruhan responden adalah 24 orang.

Analisis data dilakukan dengan cara kualitatif deskriptif analitis dengan pengkodean dan tabulasi untuk meringkas data-data hasil observasi terstruktur (*check list*) dan data-data naratif deskriptif, serta melakukan analisa dan *cross check* antara jawaban responden satu dengan yang lain, antara responden dengan hasil observasi terstruktur (*check list*), antara responden dengan hasil DKT, dan antara responden dengan hasil penelitian lain.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Kapasitas Internal Lembaga Perencana Kesehatan Dati II

Kapasitas internal lembaga perencana kesehatan Dati II dilihat dari kemampuan koordinator perencanaan kesehatan di Dinas Kesehatan Dati II Kulonprogo dan Kotamadia Yogyakarta dalam melaksanakan langkah-langkah perencanaan yang sistematis untuk menyusun prioritas program dan rencana penganggarannya (Rencana Tahunan Kesehatan Dati II) seperti terlihat dalam Tabel 2.

Tabel 2. Langkah-langkah perencanaan kesehatan yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Dati II di Kabupaten Kulonprogo dan Kotamadia Yogyakarta

STANDAR : PEDOMAN PERENCANAAN DEPKES RI (1993)	PRODUK	DINAS KESEHATAN KOTAMADIA YOGYAKARTA	DINAS KESEHATAN KABUPATEN KULONPROGO
1. Tahap Prakondisi: Pembentukan Tim Perencanaan Kesehatan Dati II.	SK Tim dari Kepala Daerah atau Kadinkes atau Kepala Bappeda	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)
2. Tahap Pelaksanaan: Langkah Perencanaan	a. - Notulen Rakor, - Dokumen & Laporan	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)
a. Analisis Situasi Daerah	b. - Notulen Rakor, - Dokumen & Laporan	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)
b. Inventarisasi Masalah Kesehatan.	c. - Notulen Rakor, - Dokumen & Laporan	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)
c. Penentuan Prioritas Masalah	d. - Notulen Rakor, - Dokumen & Laporan	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)
d. Penetapan Tujuan dan Strategi.	e. - Notulen Rakor, - Dokumen & Laporan	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)
e. Penentuan Alternatif Kegiatan.	f. - RTK (Rencana Tahunan Kesehatan) Dati II.	(+) / Dilaksanakan dan langsung disahkan Kadinkes Dati II	(+) / Dilaksanakan. Dan langsung disahkan Kadinkes Dati II
f. Rencana Operasional dan Penganggaran.			
3. Tahap Monitoring dan Evaluasi.	a. Laporan, Bimtek dan Monitoring.	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)	(±) / Dilaksanakan situasional dan tidak spesifik (gap)
a. Monitoring Perencanaan.	b. Buku Evaluasi.	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)	(-) / Tidak dilaksanakan (gap)
b. Evaluasi Perencanaan.			
4. Tahap Pelaporan Hasil Kegiatan Pembangunan Kesehatan	Profil Kesehatan kabupaten/kota.	(+) / Dilaksanakan dengan acuan dan pembinaan propinsi.	(+) / Dilaksanakan dengan acuan dan pembinaan propinsi.

Dari Tabel 2 terlihat banyak terjadi *gap* diantara langkah-langkah yang standar dengan kenyataan di lapangan. Kesenjangan (*gap*) yang pertama adalah dengan tidak dibentuknya suatu Tim Perencana Kesehatan yang berfungsi sebagai wadah formal keterpaduan dalam menyusun *input-input* dari sektoral terkait diluar kesehatan untuk mendapatkan bahan perencanaan yang komprehensif dan efektif.

Reinke dan Taylor mengemukakan bahwa menyusun bahan perencanaan kesehatan bukan hal yang sederhana. Perencanaan setidaknya harus memperhitungkan 3 aspek yaitu: (1) kepentingan akses pelayanan kesehatan primer bagi penduduk tidak mampu, (2) pemanfaatan alokasi sumber daya dan dana yang terbatas, dan (3) peningkatan peranan masyarakat dalam manajemen kesehatan.⁶ Mintzberg memperkuat dengan menyatakan bahwa

dalam proses pengambilan keputusan (*decision making process*) suatu perencanaan kesehatan harus memperhatikan faktor-faktor eksternal yang berpengaruh langsung pada efektivitas perencanaan yang dihasilkan.¹ Trisnantoro membagi faktor-faktor eksternal tersebut dimana salah satu diantaranya adalah faktor lintas sektor diluar sektor kesehatan.⁷

Dengan tidak adanya tim lintas sektoral perencanaan di Dati II, merupakan indikasi bahwa perencanaan kesehatan masih dianggap urusan yang mudah dan sederhana, serta cukup hanya dikerjakan oleh sektor kesehatan saja. Implikasi selanjutnya akan mempengaruhi tahapan langkah-langkah perencanaan berikutnya dengan suatu risiko untuk mendapatkan hasil akhir perencanaan kesehatan (*output*) yang tidak memadai untuk kebutuhan daerahnya serta cenderung pemborosan.

Gap yang kedua adalah pada tahap pelaksanaan langkah-langkah perencanaan kesehatan dalam menyusun Rencana Tahunan Kesehatan (RTK) Dati II. Kenyataan dilapangan menunjukkan bahwa prosedur berturut-turut: langkah analisis situasi, inventarisasi masalah, penentuan prioritas masalah, dan penetapan tujuan dan strategi tidak dilaksanakan oleh para koordinator perencanaan kesehatan di Dinas Kesehatan Dati II yang diteliti. Tanpa didahului langkah-langkah sistematis tersebut Rencana Tahunan Kesehatan (TRK) Dati II yang berupa Rencana Operasional dan Penganggaran Dinas Kesehatan langsung dikemas dan disahkan oleh Kepala Dinas sebagai RTK Dinas Kesehatan Dati II untuk diajukan kepada Bappeda Dati II ataupun instansi lainnya.

Mintzberg berpendapat "*Planning is a formalized procedure to produce an articulated result, in the form of an integrated system of decisions*" yang menekankan pengertian perencanaan pada aspek formalisasi prosedur.¹ Dalam *guide line* diawal tahun 1993, WHO menetapkan bahwa perencanaan dapat dikatakan sebagai suatu proses penyusunan yang sistematis mengenai kegiatan-kegiatan yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah yang dihadapi dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Lebih lanjut ditegaskan bahwa langkah awal yang sangat penting adalah analisis komprehensif lingkungan dan sumberdaya.² Davis lebih mempertajam kedua pendapat tadi dengan menjelaskan bahwa jalan yang paling efisien (*the most efficient way*) untuk mencapai tujuan perencanaan dalam lingkungan sumber daya yang terbatas adalah dengan melaksanakan secara sistematis langkah-langkah analisis yang dalam dan logis untuk menyusun skala prioritas. Dengan demikian analisis data-data situasi dan alur informasi merupakan langkah awal dalam menentukan prioritas sebagai inti proses perencanaan.³

Pendapat para ahli tersebut memperjelas suatu paradigma perencanaan bahwa dalam perencanaan kesehatan terkandung suatu proses sistematis yang

mempunyai urutan logis (*logical sequence*). Artinya, suatu langkah dalam perencanaan adalah konsekuensi logis dari langkah sebelumnya, sehingga tidak mungkin akan didapatkan penentuan prioritas masalah kesehatan yang tajam (*focus*) tanpa terlebih dahulu melakukan langkah-langkah analisis data-data situasi dan inventarisasi masalah kesehatan. Tanpa adanya penetapan prioritas yang tajam, tidak mungkin dapat dihasilkan strategi dan Rencana Tahunan Kesehatan (RTK) yang efektif efisien. Dengan tidak dilaksanakannya sistematika langkah awal dan langkah-langkah berikutnya dalam menentukan prioritas program kesehatan didaerah, RTK yang dihasilkan oleh Dinas Kesehatan Dati II bukan berada dalam suatu kerangka logis perencanaan yang baik dan lebih cenderung menyerupai "kliping" bahan-bahan perencanaan yang sudah jadi dari para pemegang program (kepala-kepala seksi).

2. Kapasitas Eksternal Lembaga Perencana Kesehatan Dati II

Kapasitas eksternal lembaga perencana kesehatan Dati II dilihat dari kemampuan Bappeda Dati II Kulonproge dan Kotamadia Yogyakarta untuk merealisasikan rencana kerja prioritas (DSP) bidang kesehatan kedalam suatu penganggaran yang proporsional di Dati II. Standar yang dipakai adalah 6 tahap mekanisme terpadu daerah dari Permendagri No. 9 Tahun 1982, yang memberikan kewenangan Bappeda dalam mengatur, mengkoordinir, menyusun bahan-bahan perencanaan, menetapkan prioritas pembangunan di daerah serta merealisasikannya dalam anggaran pendukung dari berbagai sumber.⁴ Analisa retrospektif dilakukan pada usulan prioritas tahun anggaran 1998/99 dan melihat hasilnya pada tahun anggaran 1999/2000.

Hasil penelitian diringkas dalam Tabel 3, yang menggambarkan kemampuan unsur-unsur perencana kesehatan di Bappeda Dati II, untuk merealisasikan prioritas program kesehatan (DSP) di Dati II menjadi program yang didukung anggaran memadai dari berbagai sumber (APBN dan APBD).

Tabel 3. Tahap-tahap yang dilaksanakan Bappeda Dati II dalam merealisasikan DSP (Daftar Skala Prioritas) menjadi anggaran pendukungnya di daerah

STANDAR: Permendagri No. 9 Th 1982 (6 tahap)	OUTPUT	TAHUN ANGGARAN 1998/99				TAHUN ANGGARAN 1999/2000	
		WEWENANG BAPPEDA II		BAPPEDA KOTAMADIA YOGYAKARTA	BAPPEDA KABUPATEN KULONPROGO	REALISASI PRIORITAS (DSP) di DATI II	
		SEHA RUS- NYA	FAK TA			SUMBER	% Realisasi
1. Tahap pertama: Musbang Tingkat Desa	Laporan hasil Musbang	+	± <i>Gap</i>	- Puskesmas tidak terlibat - Dinkes Dati II tidak terlibat	- Puskesmas tidak terlibat - Dinkes Dati II tidak terlibat		
2. Tahap kedua: UDKP tingkat kecamatan	DUPD kecamatan	+	± <i>Gap</i>	- Tidak ada usulan program/proyek kesehatan - Puskesmas dan Dinkes Dati II tidak Terlibat	- Tidak ada sulan program/proyek kesehatan - Puskesmas dan Dinkes II tidak terlibat		
3. Tahap Ketiga: Forum Rakorbang Dati II	RAPBD Dati II	+	± <i>Gap</i>	- Daftar Skala Prioritas (DSP) ditetapkan oleh programmer.	- Daftar skala prioritas (DSP) ditetapkan oleh programmer	APBD II	DOTS TB Paru (Kodya): Rp.0.- (0%)
4. Tahap Keempat: Forum Rakorbang Dati I	- RABPN Sektoral (Kandep) untuk Dati II	+	- <i>Gap</i>	- DSP: Usulan program DOTS TB paru: Rp.19.910.000,- (4 PMC)	- DSP: Usulan pemberantasan Malaria Rp145.000000,- (7 kecamatan)		MALARIA (Kulon Progo): Rp10.500000 (7,42%)
	- RABPD Dati I untuk Dati II	±	±	- Tidak diusulkan Lewat Bappeda	- Tidak diusulkan lewat Bappeda		
	- INPRES Dati II	±	±	- Tidak ada DSP	- Tidak ada DSP		
	- RABPD Dati I	±	±	- Usulan rujukan spesimen TB Paru Rp3.260.000,-	- Usulan pemberantasan Malaria Rp30.000.000,-	APBD I	SPESIMEN TB: 0% MALARIA: Rp.9.000.000 (33%)
	- RABPN (Kandep)	-	-	- Usulan 1200 paket obat TBC	- Usulan paket obat Malaria.		
	- INPRES	±	±	- Rujukan spesimen TB Rp3.260.000,-	- Pemberantasan Malaria Rp30.000.000,		
	- RABPN (Kandep)	-	-	- Diusulkan paket program pemberantasan TB	- Diusulkan paket program pemberantasan Malaria		
	- INPRES	±	±	- Usulan 1200 paket obat TBC	- Usulan paket obat malaria		
5. Forum konsultasi Regional Bappeda	- RABPN	-	-	- Tidak ada perubahan	- Tidak ada perubahan		
	- INPRES DATI II	-	-	- Tidak ada perubahan	- Tidak ada perubahan		
6. Forum Konsultasi Nasional Bappeda	- RABPN	-	-	- Paket program TB	- Paket program pemberantasan Malaria	APBN	PROGRAM TB: 0% MALARIA: 0%
	- INPRES Dati II	-	-	- Usulan 1200 paket obat TB	- Usulan paket obat Malaria	INPRES	Paket Obat TB: 50 paket (4,1%) Malaria > 100%

Keterangan tabel:

Tanda + : berarti wewenang Bappeda Dati II kuat
Tanda ± : berarti wewenang Bappeda Dati II lemah
Tanda --- : berarti wewenang Bappeda Dati II tidak ada

Dari Tabel 3 terlihat bahwa Bappeda Dati II mempunyai wewenang yang kuat (+) pada tahap mekanisme perencanaan terpadu daerah kesatu, kedua, dan ketiga khususnya yang berkaitan dengan perencanaan jalur anggaran daerah Tingkat II (APBD II). Wewenang Bappeda Dati II menjadi kurang kuat/lemah (\pm) pada tahap mekanisme perencanaan terpadu daerah tahap ke empat yaitu pada forum Rakorbang Dati I yang masih melibatkan Bappeda Dati II sebagai tim anggota perumus. Pada tahap kelima dan keenam maka Bappeda Dati II tidak mempunyai akses (-) wewenang penentuan anggaran untuk kegiatan yang diprioritaskannya. Kewenangan memutuskan tahap kelima dan keenam untuk usulan anggaran dari Bappeda Dati II (INPRES Dati II), serta APBD I dan APBN, sepenuhnya berada pada aparat institusi perencana di tingkat Propinsi dan di tingkat Pusat (Bappeda Tingkat I, Departemen Kesehatan RI, Departemen Dalam Negeri dan Bappenas).

Kesenjangan (*gap*) timbul pada tahap kesatu dan kedua karena dengan wewenang yang kuat (+) seharusnya Bappeda Dati II mampu untuk melibatkan jajaran kesehatan di tingkat kecamatan (Puskesmas) dan di tingkat Dati II (Dinas Kesehatan) dalam proses perencanaan terpadu dari bawah (*bottom up planning*). Pada kenyataannya adalah lemah (\pm), karena kegiatan tersebut tidak dilakukan oleh unsur-unsur perencana kesehatan (Seksi Kesejahteraan Rakyat) di Bappeda Dati II, sehingga DUP kecamatan yang dihasilkan tidak menampung usulan-usulan dari pihak kesehatan.

Pada tahap ketiga (Forum Rakorbang Dati II) seharusnya wewenang Bappeda Dati II kuat (+), tetapi kenyataannya lemah (\pm) dan timbul *gap*. Hal ini disebabkan DSP (Daftar Skala Prioritas) bidang kesehatan yang ditentukan yaitu program DOTS TBC di Kotamadya dan pemberantasan Malaria di Kulonprogo tidak berhasil didukung anggaran yang proporsional melalui APBD II Proyek (program DOTS untuk TBC di Kodya tidak terealisasi atau 0% sedangkan Malaria di Kulonprogo hanya terealisasi 10,42%). Dengan kata lain, kemampuan aparat perencana kesehatan di Dati II dalam

merealisasikan anggaran pendukung prioritas program kesehatan, termasuk tidak memadai dan lemah.

Pada tahap ketiga seharusnya wewenang Bappeda Dati II adalah kuat (+) untuk mengkoordinasi usulan-usulan pusat (APBN) melalui intansi vertikal (Kandepkes Dati II) berupa bagian proyek PPKM Dati II, yang pada kenyataan dilapangan ternyata sama sekali tidak ada (-). Bahkan Kandepkes Dati II tidak terlibat dalam kegiatan forum Rakorbang di Dati II yang diteliti, yang berdampak usulan anggaran APBN di Dati II tidak dapat dipantau, kurang efektif dalam mendukung prioritas daerah dan besar kemungkinan terjadi *over lapping* dengan program APBD II.

Spyckerelle, dalam penelitiannya mengenai pengembangan kelembagaan Bappeda Dati II di empat propinsi di Indonesia, mengemukakan bahwa salah satu indikator keberhasilan perencanaan pembangunan di tingkat II adalah dengan menghitung proporsi program prioritas daerah yang dapat direalisasi dalam bentuk anggaran pendukung. Semakin besar dana pendukung untuk program prioritas akan semakin besar pula kemungkinan mencapai tujuan dan semakin besar pula tingkat keberhasilan perencanaan.⁴⁰

Spyckerelle juga menghitung indeks spesifisitas (*specificity index*) kinerja institusional Bappeda Dati II dengan penetapan *range* antara 26 (tertinggi) dan 19 (terendah). Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa indeks spesifisitas untuk kegiatan-kegiatan Bappeda yang mampu menghasilkan tambahan bagi aparat pelaksana mempunyai indeks yang tinggi (24 – 26), dan itu banyak didominasi proyek fisik yang sebenarnya bukan prioritas, sedangkan banyak program yang ditetapkan sebagai prioritas daerah mempunyai indeks spesifisitas rendah (19 – 21). Program-program kesehatan termasuk program dengan derajat spesifisitas yang rendah. Temuan dari Spyckerelle, mungkin dapat menambah penjelasan mengapa Bappeda Dati II Kulonprogo dan Kotamadya, Yogyakarta tidak begitu intensif untuk

mempertahankan program prioritas kesehatan, karena indeks spesifitasnya yang rendah, dalam arti intensitas untuk memperjuangkannya juga rendah.

Pada prakteknya, perencana kesehatan di Dati II tidak sekedar menyusun perencanaan program tetapi juga penganggarnya. Crane menjelaskan, penyusunan anggaran di daerah menjadi bagian yang tak terpisahkan dari perencanaan menyeluruh. Dengan penyusunan anggaran akan dapat menunjukkan dengan jelas bagaimana sumberdaya daerah digunakan, serta apakah keluaran (*output*) dan keuntungan yang mereka hasilkan dapat membantu dalam mempertimbangkan penentuan prioritas daerah dimasa mendatang. Fenomena ini tidak terjadi di Bappeda Dati II Kulonprogo dan Kotamadia Yogyakarta, dimana *output* yang dihasilkan tidak mempunyai akses anggaran yang memadai terhadap kepentingan prioritas program kesehatan yang telah ditentukannya sendiri.²

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kapasitas internal lembaga perencana kesehatan Dati II di Kabupaten Kulonprogo dan Kotamadia Yogyakarta tidak baik (tidak memadai). Hal ini dikarenakan pelaksanaan dari langkah-langkah perencanaan kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo dan Dinas Kesehatan Kotamadia Yogyakarta belum mengikuti urutan logis langkah perencanaan Depkes RI yang mengandung standar langkah perencanaan universal, sehingga Rencana Tahunan Kesehatan Dati II (RTK) yang dihasilkan lebih merupakan klipng dari para *programmer* (kepala seksi) dari pada hasil dari suatu proses yang sistimatis dan logis.³

Hasil studi eksplorasi juga menunjukkan bahwa kapasitas eksternal lembaga perencana kesehatan Dati II di Kabupaten Kulonprogo dan Kotamadia Yogyakarta tidak baik (tidak memadai). Indikasi utamanya adalah tidak terealisirnya usulan anggaran program-program yang telah ditetapkan menjadi prioritas bidang kesehatan di daerah menjadi DIP APBD II yang proporsional. Program

pemberantasan Malaria di Kulonprogo yang diusulkan, hanya terealisasi 10,24%, sedang di Kotamadia Yogyakarta, untuk program DOTS TBC yang diusulkan, sama sekali tidak terealisasi (0%). Hal ini dikarenakan Bappeda Dati II Kulonprogo dan Kotamadia Yogyakarta, khususnya pada aspek perencanaan kesehatan, tidak dapat melaksanakan kewenangannya secara otonom seperti digariskan dalam Permendagri Nomor 9 Th. 1982 tentang Perencanaan Terpadu Daerah yang mengandung standar perencanaan yang universal.

Saran

Dalam mengantisipasi otonomi daerah tahun 2001 nanti, perlu dilakukan upaya-upaya pemberdayaan kelembagaan perencanaan kesehatan di daerah, antara lain:

1. Mendorong terbentuknya Tim Perencana Kesehatan di Dati II yang beranggotakan pihak-pihak sektoral terkait dalam perencanaan kesehatan skala daerah. Penunjukkan sebaiknya dikuatkan dengan Surat Keputusan Bupati/Walikota/Kepala Daerah Tingkat II setempat dengan mencantumkan uraian tugas dan tanggung jawab serta kegiatan rutin tim tersebut setiap satu tahun anggaran.
2. Reorganisasi Bappeda Dati II dengan mengajukan draft usulan kepada Gubernur Kepala Daerah Propinsi DIY untuk kemungkinan kenaikan tipe Bappeda Dati II dari tipe C menjadi tipe B, sehingga urusan kesejahteraan rakyat, termasuk urusan kesehatan didalamnya, terpisah dengan urusan ekonomi.
3. Secara struktural yang menangani urusan perencanaan di Dinas Kesehatan Dati II sebaiknya setingkat seksi atau subbagian yang dipimpin oleh seorang tenaga berpengalaman dengan latar belakang pendidikan minimal S1 Kesehatan.
4. Agar Bappeda Dati II dapat memanfaatkan kewenangannya untuk mengkoordinasi proses perencanaan anggaran kesehatan sektoral (APBN) di daerah.

5. Institusi kesehatan ditingkat kecamatan seperti Puskesmas dan jajarannya perlu dilibatkan dalam tahap awal mekanisme perencanaan terpadu daerah sesuai Permendagri No.9, tahun 1982. Forum Konsultasi Perencanaan di Kecamatan (UIDKP Kecamatan) sebaiknya melibatkan Puskesmas dan hasilnya tercermin dalam DUKDA kecamatan yang akan dibahas kemudian di tingkat Rakorbang Dati II.

KEPUSTAKAAN

1. Mintzberg, H. *The Rise and Development of Strategic Planning: Models of The Strategic Planning Procees*, Prentice Hall, 1994.
2. Mills, A., Smith, D.L., Tabibzadeh, I. *Desentralisasi Sistem Kesehatan: Konsep-konsep, Isu-isu dan Pengalaman di Berbagai Negara*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 1991.
3. Sibero, A., & Koswara. *Perencanaan dan Pembangunan Daerah*, Perencanaan Kesehatan di Indonesia, Departemen kesehatan RI, Jakarta, 1987.
4. Trisnantoro, L. *Kursus Prinsip-Prinsip Manajemen dalam Lingkungan Dinamis*, Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 1996.
5. Crane, R. *The Practice of Regional Development in Indonesia: Resolving*, 1995.
6. Reinke, W.A., & Taylor, C.E. *Health Planning for Effective Management*, Oxford University Press, Inc., 1994.
7. Trisnantoro, L. *Perencanaan dan Penganggaran Terpadu di Dinkes Dati II*, MMPK UGM, Yogyakarta, 1999.
8. WHO. *Proses Manajerial untuk Pembangunan Kesehatan Nasional*, Badan Litbangkes Depkes RI, Jakarta, 1993.
9. Davis, J., Millburn, P., Murphy, T., Woodhouse, M. *Successful Team Building*, Penerbit Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 1997.
10. Spycykerelle, L. *Perencanaan Pembangunan pada Tingkat Kabupaten*, Prisma, 1996;25 (4): 31-45.
11. Depkes RI. *Pedoman Perencanaan Kesehatan Tingkat Daerah*, Direktorat Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat Depkes RI, Jakarta, 1993.

Resensi Buku

Judul Buku : *Clinical Governance in Health Care Practice*
 Penulis : Thoreya Swage
 Penerbit : Butterworth-Heinemann, Oxford, UK 2000
 Tebal : 254 hal.

Clinical Governance? Istilah ini mungkin masih jarang terdengar dalam dunia kesehatan di Indonesia, bahkan di sebagian besar negara-negara di dunia sekalipun istilah ini nampaknya belum begitu dikenal. Hal ini dikarenakan *clinical governance* merupakan istilah yang baru mulai diperkenalkan 1-2 tahun belakangan ini di negeri asalnya, yakni Inggris Raya. Apakah sebenarnya *clinical governance* ini? Bagaimana dampaknya terhadap profesi kesehatan? Apakah konsep ini merupakan sesuatu hal yang benar-benar baru atau semata merupakan kemasan baru dari konsep-konsep lama? Pertanyaan-pertanyaan tersebutlah yang akan dijawab oleh Thoreya Swage dalam buku yang terbagi dalam 10 bab ini.

Swage dalam bab I berupaya menghantarkan pembaca dengan menguraikan latar belakang berkembangnya konsep ini melalui deskripsi berbagai inisiatif mutakhir *quality* yang kini tengah digulirkan dalam sistem pelayanan kesehatan di Inggris (NHS). Bab inilah yang nampaknya akan menjadi kunci bagi pembaca, terutama yang berasal dari negara selain Inggris. Dalam bab ini pembaca akan mendapatkan gambaran umum konteks perkembangan pelayanan kesehatan mutakhir dalam NHS lengkap dengan jargon-jargon yang akan sering dipergunakan pada bab-bab selanjutnya. Dalam bab ini pulalah penulis mencoba menjelaskan *clinical governance* sebagai suatu pendekatan *quality* dalam pelayanan kesehatan. Swage disini menguraikan bahwa sesungguhnya *clinical governance* tidak seutuhnya orisinal, bahkan sesungguhnya bisa dikatakan berbasis pada konsep *clinical quality* yang diajukan oleh WHO

sejak 1983. Berdasarkan uraian di bab I, nampak 'keistimewaan' *clinical governance* disini sesungguhnya adalah sebagai kerangka kerja yang memayungi semua aspek mutu klinis sehingga dapat senantiasa dipantau dan dikembangkan. Konsep ini dalam mewujudkan *clinical quality* mengutamakan pemberian insentif, daripada pendekatan hukuman, dan menekankan pentingnya peranan *clinical leaders*.

Dalam bab II-VII, Swage menguraikan kompleksitas *clinical governance* dengan membahas berbagai aspeknya. Keenam bab tersebut berperan sebagai batang utama buku ini dengan menguraikan struktur dan berbagai proses yang tercakup dalam konsep tersebut. Permasalahan struktur disajikan dalam bab II dengan mengkaitkannya konsep *corporate governance* dimana di dalamnya, selain *clinical governance*, terdapat pula bahasan-bahasan untuk *non clinical areas* dan *financial management*. Bab III menekankan pentingnya konsep perubahan dalam mewujudkan *clinical governance* dan bagaimana melakukan perubahan. Berbagai teknik manajemen perubahan diuraikan dalam bab ini dalam rangka mengidentifikasi peluang-peluang untuk melakukan perubahan yang diperlukan. Swage disini menggarisbawahi bahwa kunci dalam upaya perubahan ini adalah analisis yang komprehensif akan kondisi-kondisi yang diperlukan, identifikasi akan *stakeholder* kunci, dan menggalang komitmen dan dukungan. Bab IV dan V berbicara mengenai *quality initiatives* terutama dalam konteks proses *clinical effectiveness*. Pembahasan proses *clinical effectiveness* yang merupakan salah satu pilar utama *clinical governance* ini berawal dari perananan

penelitian dan pengembangan dalam pengembangan *guidelines* hingga bagaimana menerapkan bukti-bukti dalam praktek klinis. *Evidence-based practice, care pathways* dan *clinical audit* tercakup dalam bahasan ini. Bab VI menguraikan permasalahan manajemen keluhan dan risiko (*complaints and risk management*). Disini ditekankan pentingnya *record keeping* sebagai basis utama manajemen keluhan dan risiko. Bab ini sangat terkait dengan uraian mengenai *clinical audit* dan *care pathways* dalam bab V yang dapat berperan dalam memberikan umpan balik bagi staff, terutama dalam hal penanganan keluhan dan risiko. Pada akhir pembahasan pembaca dihantarkan pada topik berikutnya dengan mengaitkan antara *complaint* dan *risk management* ini dengan konsep *CPD-Continuous Professional Development* (pengembangan profesional berkelanjutan) yang dibahas pada bab VII. *Continuous Professional Development* dalam bab VII dibahas bersama manajemen dan teknologi informasi yang keduanya merupakan komponen pendukung *clinical governance*.

Pentingnya perspektif pengguna jasa pelayanan dalam kesemua proses di atas diuraikan dalam bab VIII. Perspektif ini menurut Swage merupakan dasar bagi upaya kritisi berkelanjutan (*continuing critical scrutiny*) atas *clinical quality*. Aspek-aspek yang ditekankan untuk dikritisi meliputi struktur, upaya mutu, informasi bagi pasien, peranan *self-management*, dan penyelenggaraan pelayanan klinis keseluruhan. Bab IX mengupas peranan proses manajemen yang efektif dalam menunjang *clinical governance*. *Evidence-based management* merupakan model yang ditawarkan untuk mewujudkan tujuan ini. Menarik untuk dicatat bahwa Swage mengakui belum banyaknya pengalaman dengan model ini, namun demikian ia memiliki beberapa ilustrasi kasus kisah sukses penerapan *evidence-based management* yang disajikannya dalam bab ini. Selanjutnya, pada bab terakhir, dikupas aspek hukum dan etika yang terkait dengan *clinical governance*. Pembahasan

mengenai *clinical governance* diakhiri dengan menggarisbawahi perlunya pendekatan semacam ini untuk memayungi berbagai *good practice* yang terdapat dalam pelayanan klinis.

Sebagai salah satu terbitan pertama mengenai *clinical governance*, buku ini memiliki keunggulan dalam hal pembahasannya yang komprehensif. Hal ini bukanlah sesuatu yang mudah mengingat konsep ini saat penulisan boleh dikata masih dalam proses pencarian bentuk. Namun keterbatasan ini pada akhirnya tercermin pula dalam buku ini, nampak belum tertangkapnya 'bentuk' dari konsep ini secara eksplisit dalam 254 lembar halaman yang disajikan. Meskipun demikian, setidaknya tertangkap gagasan utama berupa suatu model yang berupaya memayungi berbagai *clinical quality initiatives* yang selama ini dikembangkan. Keunggulan lain buku ini adalah penekannya pada aspek praktis dengan banyaknya contoh-contoh nyata yang disajikan. Perlu dicatat pula bahwa bagian akhir buku ini dilengkapi dengan *tool-kit* berupa bahan-bahan penelitian, kuesioner dan *check list* yang akan sangat berguna bagi praktisi. Keterbatasan yang perlu dicatat adalah bahwa nampaknya buku ini sejak semula belum ditujukan bagi pasar internasional. Hal ini terlihat dari banyaknya penggunaan jargon-jargon NHS yang terkenal senantiasa berubah-ubah dari tahun ke tahun. Swage bagaimanapun telah mencoba mempermudah bagi pembaca dengan memperkenalkan berbagai perkembangan dalam NHS pada awal pembahasan. Namun kiranya akan lebih mempermudah apabila disediakan semacam *glossary* di bagian akhir buku sebagai *quick reference* sehingga pembaca yang masih asing dengan NHS akan terbantu dalam membaca uraian kalimat demi kalimat. Pada akhirnya, mengingat masih terbatasnya referensi yang mengkaji *clinical quality* di tanah air, nampaknya patut dipertimbangkan upaya untuk menerjemahkan buku ini dalam bahasa Indonesia.

Yodi Mahendradhata