

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 dilingkungan 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 di daerah, 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		REALISASI PRIORITAS (DSP) di DATI II	
		WEWENANG BAPPEDA II		BAPPEDA KOTAMADIA YOGYAKARTA	BAPPEDA KABUPATEN KULONPROGO	SUMBER	% Realisasi
		SEHAT RUSNYA	FAKTA				
1. Tahap pertama: Musbang Tingkat Desa	Laporan hasil Musbang	+	± Gap	- Puskesmas tidak terlibat - Dinkes Dati II tidak terlibat	- Puskesmas tidak terlibat - Dinkes Dati II tidak terlibat		
2. Tahap kedua: UDKP tingkat kecamatan	DUPD kecamatan	+	± Gap	- 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	+	± Gap	- 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	- RAPBN Sektoral (Kandep) untuk Dati II	+	- Gap	- 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%)
	- RAPBD Dati I untuk Dati II	±	±	- Tidak diusulkan Lewat Bappeda	- Tidak diusulkan lewat Bappeda		
	- INPRES Dati II	±	±	- Tidak ada DSP	- Tidak ada DSP		
	- RAPBD 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%)
	- RAPBN (Kandep)	-	-	- Usulan 1200 paket obat TBC	- Usulan paket obat Malaria.		
	- INPRES	±	±	- Rujukan spesimen TB Rp3.260.000,-	- Pemberantasan Malaria Rp30.000.000,		
	- RAPBN (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	- RAPBN	-	-	- Tidak ada perubahan	- Tidak ada perubahan		
	- INPRES DATI II	-	-	- Tidak ada perubahan	- Tidak ada perubahan		
6. Forum Konsultasi Nasional Bappeda	- RAPBN	-	-	- 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. Spyckerelle, 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 menggali 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 peranan

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