

# Paradigma Baru Manajemen Kesehatan

Prof. Dr. Indra Bastian, M.B.A., Akt.  
Irma, S.E., M.SAK.



## PENDAHULUAN

---

Modul ini akan memberikan pemahaman kepada mahasiswa mengenai paradigma baru manajemen kesehatan. Materi pertama yang dibahas adalah ideologi dalam kesehatan, ideologi dan utopia dalam sistem kesehatan, kerangka sistem kesehatan, desentralisasi kesehatan, serta manajemen kesehatan Indonesia.

Modul ini terdiri atas tiga kegiatan belajar. Kegiatan Belajar 1 membahas ideologi dalam kesehatan serta ideologi dan utopia dalam sistem kesehatan. Dalam kegiatan belajar ini, akan dibahas mengenai hakikat ideologi, aspek ideologi kesehatan yang berkembang selama ini, ideologi kesehatan dan revolusi kesehatan dunia, serta ideologi dan utopia dalam sistem kesehatan.

Kegiatan Belajar 2 memuat kerangka sistem kesehatan dan desentralisasi kesehatan. Dalam kegiatan belajar ini, akan dibahas mengenai kerangka sistem kesehatan, pengertian desentralisasi kesehatan, dan tipologi desentralisasi kesehatan.

Kegiatan Belajar 3 membahas manajemen kesehatan Indonesia. Dalam kegiatan belajar ini, akan dibahas mengenai arah pandangan kesehatan Indonesia, ideologi kesehatan di Indonesia, implikasi hasil pembangunan terhadap sektor kesehatan, perubahan paradigma kesehatan: desentralisasi kesehatan, serta perubahan paradigma manajemen keuangan kesehatan.

Setelah mempelajari modul 1, mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan:

1. ideologi dalam kesehatan,
2. ideologi dan utopia dalam sistem kesehatan,

3. kerangka sistem kesehatan,
4. desentralisasi kesehatan,
5. manajemen kesehatan Indonesia.

## KEGIATAN BELAJAR 1

# Ideologi dalam Kesehatan dan Ideologi Utopia dalam Sistem Kesehatan

## A. IDEOLOGI DALAM KESEHATAN

### 1. Hakikat Ideologi

Tidak ada bidang usaha manusia yang bisa bersikap netral atau bebas nilai karena selalu didukung oleh nilai-nilai dan keyakinan, baik sadar maupun bawah sadar, dari pendukungnya. Keyakinan atau pandangan dunia adalah contoh dari ideologi. Ideologi adalah kumpulan ide atau gagasan.

Ideologi berasal dari bahasa Yunani dan merupakan gabungan dari dua kata, yaitu *edios* yang artinya gagasan atau konsep dan *logos* yang berarti ilmu. Pengertian ideologi secara umum adalah sekumpulan ide, gagasan, keyakinan, serta kepercayaan yang menyeluruh dan sistematis. Dalam arti luas, ideologi adalah pedoman normatif yang dipakai oleh seluruh kelompok sebagai dasar cita-cita, nilai dasar, dan keyakinan yang dijunjung tinggi (<http://id.shvoong.com/society-and-news/news-items/2005723-pengertian-ideologi/#ixzzIIC17Ga8g>).

Ideologi juga didefinisikan sebagai satu aturan yang bertautan luas antara ide dan keyakinan tentang dunia yang diselenggarakan oleh sekelompok orang yang menunjukkan perilaku dan percakapan ke berbagai orang atau masyarakat. Sistem kepercayaan ini biasanya dilihat sebagai “cara atau hal yang benar” oleh kelompoknya dan menjadi cara untuk memahami dunia (Meighan *et al.*, 2007: 212).

Ideologi merupakan cerminan cara berpikir orang atau masyarakat yang sekaligus membentuk orang atau masyarakat itu menuju cita-citanya. Ideologi merupakan sesuatu yang dihayati menjadi suatu keyakinan. Ideologi merupakan suatu pilihan yang jelas membawa komitmen (keterikatan) untuk mewujudkannya. Semakin mendalam kesadaran ideologis seseorang semakin tinggi pula komitmennya untuk melaksanakannya.

Komitmen itu tercermin dalam sikap seseorang yang meyakini bahwa ideologinya sebagai ketentuan yang mengikat, yang harus ditaati dalam kehidupannya, baik dalam kehidupan pribadi maupun masyarakat. Ideologi berintikan seperangkat nilai yang bersifat menyeluruh dan mendalam yang

dimiliki serta dipegang oleh seseorang atau suatu masyarakat sebagai wawasan atau pandangan hidup masyarakat tersebut. Lalu bagaimana cara untuk mengetahui nilai yang paling baik dari seperangkat nilai tersebut? yaitu nilai yang secara moral atau normatif dianggap benar dan adil, dalam bersikap dan bertingkah laku dengan tujuan untuk memelihara, mempertahankan, serta membangun kehidupan duniawi bersama dengan berbagai dimensinya.

## **2. Aspek Ideologi Kesehatan yang Berkembang Selama Ini**

Dari uraian di atas, ideologi mencakup pengertian tentang ide, pengertian dasar, gagasan, dan cita-cita. Hal ini menyangkut:

1. bidang politik (termasuk bidang pertahanan dan keamanan),
2. bidang sosial,
3. bidang kebudayaan,
4. bidang keagamaan.

Ideologi, pada umumnya, berkonotasi ketidakberubahan. Hal ini terjadi karena ideologi didasarkan pada keyakinan pokok yang mencakup makna khusus kenyataan. Keyakinan ini cenderung menjadi lebih kaku ketimbang keyakinan yang didasarkan pada perkiraan umum tentang hakikat kenyataan di tingkat abstraksi yang tinggi. Ideologi kesehatan terkait dengan sistem filosofis dalam empat hal berikut.

1. Merupakan sistem gagasan yang umum atau luas ketimbang kebanyakan filosofi.
2. Mengakar pada etika sosial (yakni dalam filosofi moral serta politik) dan hanya memiliki akar yang tidak besar dalam sistem filosofi yang lebih abstrak, seperti realisme, idealisme, dan pragmatisme.
3. Mengarahkan tindakan sosial dan bukan sekadar menjernihkan ataupun menata pengetahuan.
4. Merupakan sebab akibat dari perubahan sosial yang mendasar.

Ideologi berisikan konsep dasar tentang kehidupan yang dicita-citakan oleh bangsa. Kemampuan ideologi tergantung pada rangkaian nilai yang dikandungnya, yaitu dapat memenuhi serta menjamin segala aspirasi hidup dan kehidupan manusia. Suatu ideologi bersumber dari suatu aliran pikiran atau falsafah dan merupakan pelaksanaan dari sistem falsafah tersebut.

Tabel 1.1  
Ideologi Dunia

No	Ideologi	Keterangan
1	Liberalisme ( <i>individualisme</i> )	<p>Negara adalah masyarakat hukum (<i>legal society</i>) yang disusun atas kontrak semua orang (individu) dalam masyarakat (kontraksosial). Liberalisme bertitik tolak dari hak asasi yang melekat pada manusia sejak lahir dan tidak dapat diganggu gugat oleh siapa pun, termasuk penguasa, terkecuali atas persetujuan dari yang bersangkutan. Paham liberalisme mempunyai nilai-nilai dasar (intrinsik), yaitu kebebasan kepentingan pribadi yang menuntut kebebasan individu secara mutlak. Tokoh: Thomas Hobbes, John Locke, J.J. Rousseau, Herbert Spencer, dan Harold J. Laski.</p>
2	Komunisme ( <i>class theory</i> )	<p>Negara adalah susunan golongan (kelas) untuk menindas kelas lain. Golongan borjuis menindas golongan proletar (buruh). Oleh karena itu, kaum buruh dianjurkan mengadakan revolusi politik untuk merebut kekuasaan negara dari kaum kapitalis dan borjuis. Komunisme akan melakukan hal-hal berikut dalam merebut atau mempertahankan kekuasaan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menciptakan situasi konflik untuk mengadu golongan-golongan tertentu serta menghalalkan segala cara untuk mencapai tujuan.</li> <li>• Ateis: agama adalah racun bagi kehidupan masyarakat.</li> <li>• Mengkomunikasikan dunia, masyarakat tanpa nasionalisme.</li> <li>• Menginginkan masyarakat tanpa kelas, hidup aman, tanpa pertentangan, dan perombakan masyarakat dengan revolusi.</li> </ul>

No	Ideologi	Keterangan
3	Paham agama	Negara membina kehidupan keagamaan umat dan bersifat spiritual religius. Bersumber pada falsafah keagamaan dalam kitab suci agama, negara melaksanakan hukum agama dalam kehidupan dunia.

### 3. Ideologi Kesehatan dan Revolusi Kesehatan Dunia

Penerapan beberapa ideologi dalam satu negara berkembang menarik. Terdapat negara lain yang menerapkan multiideologi. Cina yang sistem politiknya komunis dan sosialis, ternyata memiliki sistem ekonomi yang kapitalis. Amerika Serikat yang kapitalis juga cenderung ke “kiri” atau “sosialis” dengan Undang-Undang Reformasi Kesehatan yang meningkatkan peran pemerintah dalam kesehatan. Oleh karena itu, “tidak perlu fanatik dengan satu ideologi”.

Pertumbuhan industri obat perlu diperhatikan. Harga obat yang menjadi semakin mahal dapat menjadi ancaman bagi rumah sakit karena masyarakat mungkin tidak mampu membelinya. Di samping itu, lingkungan luar industri obat ini dapat membuat rumah sakit terjerumus pada hubungan yang tidak baik (kolusi) antara rumah sakit, dokter, dan jaringan industri obat dalam konteks promosi penggunaan obat. Akibatnya, biaya pengobatan rumah sakit menjadi meningkat. Dalam jangka panjang, keadaan ini dapat merugikan rumah sakit. Serupa dengan industri obat, terdapat kecenderungan semakin mahalnya peralatan kedokteran. Dalam hal pembelian alat dan fasilitas kesehatan, peluang mendapatkan insentif keuangan dari proses pengadaan sarana dapat menjadi pemicu inefisiensi di kalangan birokrasi organisasi kesehatan dan para pengelola rumah sakit.

Hasil pengamatan menunjukkan bahwa semakin banyak variasi obat maka semakin mahal harga obat. Teknologi kedokteran semakin meningkat dan menghasilkan berbagai alat kedokteran yang canggih. Pasien semakin menuntut pelayanan yang bermutu. Para perawat dituntut untuk mengembangkan diri. Direksi rumah sakit menggunakan berbagai konsep manajemen baru. Para dokter semakin mengembangkan diri dengan berbagai pengetahuan dan keterampilan. Akan tetapi, perubahan ini mengakibatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit semakin mahal.

Salah satu konsep untuk mengamati perubahan tersebut adalah perubahan global. Global merupakan tatanan yang sangat dinamis. Sejarah menunjukkan adanya pergolakan, perang antarnegara, serta konflik antarideologi, bangsa, dan pemeluk agama. Dalam konteks perubahan tata ekonomi dunia yang memengaruhi sektor rumah sakit, saat ini, berkembang aliran yang disebut sebagai neoliberalisme (Stiglitz, 2002) yang menekankan pentingnya stabilisasi. Liberalisasi perdagangan dan privatisasi. Pandangan neoliberalisme menganggap dunia sebagai pasar besar yang dapat dimanfaatkan oleh produsen secara efisien.

Banerjee dan Linstead (2001) menyatakan bahwa globalisasi dapat menjadi jenis baru kolonialisme karena kekuatan modal negara akan menguasai negara sedang berkembang. Penguasaan ini dilakukan melalui ketergantungan pada barang dengan meningkatkan konsumsi melalui berbagai promosi gaya hidup atau iklan. Secara populer, hal ini disebut konsumerisme, yaitu manusia adalah pasar yang harus dipengaruhi untuk membeli sesuatu.

Akibat paham globalisasi ini, penduduk dunia yang masuk dalam *World Trade Organization* menjadi pasar besar. Misalnya, penduduk Sleman di Yogyakarta bisa membeli peralatan *scanning* kesehatan yang dibuat di Jepang atau penduduk Brooklyn di Massachussets bisa membeli teh kesehatan buatan Semarang, Jawa Tengah. Dalam konteks perdagangan global ini, penjual berbagai barang dan jasa berteknologi tinggi dikuasai oleh negara maju yang bebas menjual barangnya ke seluruh negara. Sektor kesehatan merupakan contoh nyata ketergantungan ini. Hampir seluruh teknologi obat dan peralatan kedokteran merupakan produk negara maju yang dikonsumsi oleh negara sedang berkembang dengan harga setempat yang sangat tinggi.

Perubahan global membuat sebuah negara menjadi semakin sulit melakukan isolasi dari perubahan dunia. Di samping itu, semakin sulit menemukan manusia yang tidak terpengaruh budaya global. Sebagai contoh, cara hidup manusia Indonesia semakin terpengaruh oleh kebudayaan luar. Berbagai simbol sukses masyarakat maju masuk ke Indonesia, menggantikan simbol-simbol tradisional. Mobil mewah dapat menjadi simbol sukses seorang profesional, misalnya pengacara, dokter, atau dosen perguruan tinggi di negara sedang berkembang. *Kentucky Fried Chicken* merupakan simbol modernisasi pola makan di luar, menggantikan makanan tradisional.

Semua produk industri global tersebut membutuhkan biaya yang besar untuk memperolehnya. Dari mana sumber biayanya? Di sektor kesehatan yang bertumpu pada pembayaran langsung, sumber biaya tentunya berasal dari pasien atau dari industri obat dan teknologi kedokteran yang pada akhirnya dibebankan kepada pasien.

Berbagai teknologi medis dan konsep-konsep baru tumbuh, berkembang, dan menyebar dengan cepat ke seluruh penjuru dunia yang dipacu penggunaan internet. Isu mengenai efisiensi, produktivitas, pengembangan mutu, dan pemerataan pelayanan merupakan kata-kata kunci dunia yang juga mengenai sektor rumah sakit.

## **B. IDEOLOGI DAN UTOPIA DALAM SISTEM KESEHATAN**

Dalam konstitusi Organisasi Kesehatan Dunia tahun 1948, disepakati bahwa diperolehnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya adalah hak yang fundamental bagi setiap orang tanpa membedakan ras, agama, politik yang dianut, dan tingkat sosial ekonomi. Program pembangunan kesehatan yang dilaksanakan telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara cukup bermakna walaupun masih dijumpai berbagai masalah dan hambatan yang akan memengaruhi pelaksanaan pembangunan kesehatan.

Oleh karena itu, diperlukan adanya reformasi di bidang kesehatan untuk mengatasi ketimpangan hasil pembangunan kesehatan antardaerah dan antargolongan. Tingkat kesehatan di Indonesia masih tertinggal dibandingkan dengan negara tetangga dan kurangnya kemandirian dalam pembangunan kesehatan. Reformasi di bidang kesehatan perlu dilakukan mengingat lima fenomena yang berpengaruh terhadap pembangunan kesehatan:

1. perubahan pada dinamika kependudukan,
2. temuan-temuan ilmu dan teknologi kedokteran,
3. tantangan global sebagai akibat dari kebijakan perdagangan bebas, revolusi informasi, telekomunikasi, dan transportasi,
4. perubahan lingkungan,
5. demokratisasi.



## LATIHAN

---

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan hakikat ideologi!
- 2) Jelaskan ideologi kesehatan yang berkembang selama ini!
- 3) Jelaskan ideologi dan utopia dalam sistem kesehatan!

### *Petunjuk Jawaban Latihan*

- 1) Hakikat ideologi

Ideologi juga didefinisikan sebagai satu aturan yang bertautan luas antara ide dan keyakinan tentang dunia yang diselenggarakan oleh sekelompok orang yang menunjukkan perilaku dan percakapan ke berbagai orang atau masyarakat. Ideologi merupakan cerminan cara berpikir orang atau masyarakat yang sekaligus membentuk orang atau masyarakat itu menuju cita-citanya. Komitmen itu tercermin dalam sikap seseorang yang meyakini ideologinya sebagai ketentuan yang mengikat yang harus ditaati dalam kehidupannya, baik dalam kehidupan pribadi maupun masyarakat.

- 2) Ideologi kesehatan yang berkembang selama ini

Ideologi mencakup pengertian tentang ide, pengertian dasar, gagasan, dan cita-cita. Ideologi pada umumnya berkonotasi ketidakberubahan. Ideologi kesehatan terkait dengan sistem filosofis dalam empat hal berikut ini.

- Merupakan sistem gagasan yang umum atau luas ketimbang kebanyakan filosofi.
- Mengakar pada etika sosial (yakni dalam filosofi moral serta politik) dan hanya memiliki akar yang tidak besar dalam sistem filosofi yang lebih abstrak, seperti realisme, idealisme, dan pragmatisme.
- Mengarahkan tindakan sosial dan bukan sekadar menjernihkan ataupun menata pengetahuan.

Ini merupakan sebab sekaligus akibat dari perubahan sosial yang mendasar. Ideologi berisikan konsep dasar tentang kehidupan yang dicita-citakan oleh bangsa.

### 3) Ideologi utopia dalam sistem kesehatan

Program pembangunan kesehatan yang dilaksanakan telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara cukup bermakna walaupun masih dijumpai berbagai masalah dan hambatan yang akan memengaruhi pelaksanaan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan reformasi di bidang kesehatan untuk mengatasi ketimpangan hasil pembangunan kesehatan antardaerah dan antargolongan, derajat kesehatan yang masih tertinggal dibandingkan dengan negara tetangga, dan kurangnya kemandirian dalam pembangunan kesehatan.



## RANGKUMAN

---

Ideologi didefinisikan sebagai satu aturan yang bertautan luas antara ide dan keyakinan tentang dunia yang diselenggarakan oleh sekelompok orang yang menunjukkan perilaku dan percakapan ke berbagai orang atau masyarakat. Ideologi merupakan cerminan cara berpikir orang atau masyarakat yang sekaligus membentuk orang atau masyarakat itu menuju cita-citanya. Komitmen itu tercermin dalam sikap seseorang yang meyakini ideologinya sebagai ketentuan yang mengikat serta harus ditaati dalam kehidupannya, baik dalam kehidupan pribadi maupun masyarakat.

Ideologi mencakup pengertian tentang ide, pengertian dasar, gagasan, dan cita-cita. Ideologi, pada umumnya, berkonotasi ketidakberubahan. Ideologi berisikan konsep dasar tentang kehidupan yang dicita-citakan oleh bangsa.

Pertumbuhan industri obat perlu diperhatikan. Hasil pengamatan menunjukkan bahwa obat semakin banyak variasi obat maka semakin mahal harga obat. Dalam konteks perdagangan global ini, penjual berbagai barang dan jasa berteknologi tinggi dikuasai oleh negara maju yang bebas menjual ke seluruh negara. Perubahan global membuat sebuah negara menjadi semakin sulit untuk melakukan isolasi dari perubahan dunia. Semua produk industri global tersebut membutuhkan biaya yang besar untuk memperolehnya. Berbagai teknologi medis dan konsep-konsep baru tumbuh, berkembang, dan menyebar dengan cepat ke seluruh penjuru dunia yang dipacu penggunaan internet.

Program pembangunan kesehatan yang dilaksanakan telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara cukup bermakna walaupun masih dijumpai berbagai masalah dan hambatan yang akan memengaruhi pelaksanaan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu,

diperlukan adanya reformasi di bidang kesehatan untuk mengatasi ketimpangan hasil pembangunan kesehatan antardaerah dan antargolongan. Derajat kesehatan masih tertinggal dibandingkan dengan negara tetangga dan kurangnya kemandirian dalam pembangunan kesehatan.



### TES FORMATIF 1 \_\_\_\_\_

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Ideologi mencakup pengertian tentang ide, pengertian dasar, gagasan, dan cita-cita dalam bidang ....
  - A. ekonomi
  - B. keuangan
  - C. sosial
  - D. etika
  
- 2) Dunia dianggap sebagai pasar besar yang dapat dimanfaatkan oleh produsen secara efisien. Hal tersebut merupakan pandangan dari paham....
  - A. kapitalisme
  - B. neoliberalisme
  - C. pragmatisme
  - D. komunisme
  
- 3) Banerjee dan Linstead (2001) menyatakan bahwa globalisasi ....
  - A. merupakan tatanan yang sangat dinamis
  - B. dapat menjadi jenis baru kolonialisme karena kekuatan modal negara akan menguasai negara sedang berkembang
  - C. membuat sebuah negara menjadi semakin sulit untuk melakukan isolasi dari perubahan dunia
  - D. membutuhkan biaya yang besar untuk memperolehnya
  
- 4) Reformasi di bidang kesehatan perlu dilakukan mengingat lima fenomena yang berpengaruh terhadap pembangunan kesehatan, salah satunya adalah adanya ....
  - A. demokrasi
  - B. desentralisasi

- C. transparansi
- D. tantangan global sebagai akibat dari kebijakan perdagangan bebas, revolusi informasi, telekomunikasi, dan transportasi

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes Formatif 1 yang terdapat di bagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut untuk mengetahui tingkat penguasaan Anda terhadap materi Kegiatan Belajar 1.

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{Jumlah Jawaban yang Benar}}{\text{Jumlah Soal}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan: 90 - 100% = baik sekali  
80 - 89% = baik  
70 - 79% = cukup  
< 70% = kurang

Apabila mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, Anda dapat meneruskan dengan Kegiatan Belajar 2. **Bagus!** Jika masih di bawah 80%, Anda harus mengulangi materi Kegiatan Belajar 1, terutama bagian yang belum dikuasai.

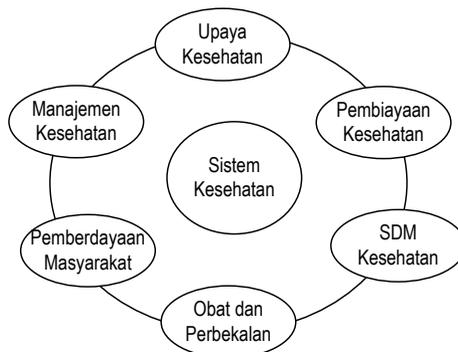
## KEGIATAN BELAJAR 2

## Kerangka Sistem Kesehatan dan Desentralisasi Kesehatan

### A. KERANGKA SISTEM KESEHATAN

Keberadaan sistem kesehatan adalah sebuah pencapaian terhadap tujuan sistem tersebut yang dilakukan secara efektif dan efisien. Secara makro, sistem kesehatan adalah pelayanan kesehatan. Ini merupakan sistem yang menyangkut tenaga medis dan pasien yang terikat dalam hubungan dokter dan pasien. Sistem kesehatan menyangkut berbagai hal, selain masyarakat (penerima pelayanan kesehatan), pemerintah (penyedia pelayanan kesehatan), dan interaksi antarkeduanya, juga melibatkan sistem politik, sistem ekonomi, sistem pendidikan, serta sistem lainnya.

Berbagai faktor yang memengaruhi derajat kesehatan antara lain adalah lingkungan (fisik, biologis, dan sosial), perilaku dan gaya hidup, faktor genetis, serta pelayanan kesehatan. Dalam sistem kesehatan itu, menurut Sistem Kesehatan Nasional (Depkes, 2004), paling tidak terdapat enam subsistem yang turut menentukan kinerja sistem kesehatan nasional, yaitu subsistem upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, SDM kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, dan manajemen kesehatan.



Gambar 1.1  
Sistem Kesehatan Nasional (Depkes, 2004)

Dalam subsistem SDM kesehatan, tenaga kesehatan merupakan unsur utama yang mendukung subsistem kesehatan lainnya. Yang dimaksud dengan tenaga kesehatan adalah semua orang yang bekerja secara aktif dan profesional di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan. Subsistem SDM kesehatan bertujuan untuk tersedianya tenaga kesehatan yang bermutu secara mencukupi, terdistribusi secara adil, serta termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna. Hal ini dilakukan agar menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Depkes, 2004).

Derajat kesehatan masyarakat ditentukan oleh sistem kesehatan yang dilaksanakan. Sistem kesehatan dipengaruhi oleh berbagai sistem lain di luar sistem kesehatan, seperti sistem pendidikan, sistem ekonomi, sistem lingkungan, dan sebagainya.

## **B. DESENTRALISASI KESEHATAN**

### **1. Pengertian Desentralisasi Kesehatan**

Desentralisasi dalam arti umum didefinisikan sebagai pemindahan kewenangan atau pembagian kekuasaan dalam perencanaan pemerintahan, manajemen, dan pengambilan keputusan dari tingkat nasional ke tingkat daerah (Rondinelli, 1981). Secara lebih umum, desentralisasi didefinisikan sebagai pemindahan kewenangan, kekuasaan, perencanaan pemerintahan, dan pengambilan keputusan dari tingkat pemerintahan yang lebih tinggi ke tingkat yang lebih rendah (Mills dkk, 1989).

Dalam bidang kesehatan, desentralisasi kesehatan berarti memberikan peluang yang lebih besar bagi daerah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di daerah tersebut. Sejatinya, masalah kesehatan bukan hsnys urusan pusat, tetapi merupakan urusan bersama pusat, provinsi, dan kabupaten atau kota.

Desentralisasi pembangunan kesehatan bertujuan mengoptimalkan pembangunan bidang kesehatan dengan cara lebih mendekati pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dengan sistem desentralisasi, diharapkan program pembangunan kesehatan lebih efektif dan efisien untuk menjawab kebutuhan kesehatan masyarakat. Hal ini dimungkinkan karena sistem desentralisasi akan memperpendek rantai birokrasi. Selain itu, sistem desentralisasi juga memberi kewenangan bagi daerah untuk menentukan

program serta pengalokasian dana pembangunan kesehatan di daerahnya. Keterlibatan masyarakat (*community involvement*) menjadi kebutuhan sistem ini untuk dapat lebih mengeksplorasi kebutuhan dan potensi lokal.

Dengan adanya kebijakan desentralisasi dalam bidang kesehatan akan membawa implikasi yang luas bagi pemerintah daerah dan masyarakat. Implikasi tersebut dapat memberikan dampak positif dan dampak negatif.

Tabel 1.2  
Dampak Desentralisasi Kesehatan

<b>Desentralisasi Kesehatan</b>	
<b>Dampak Positif</b>	<b>Dampak Negatif</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terwujudnya pembangunan kesehatan yang demokratis berdasarkan aspirasi masyarakat.</li> <li>2. Pemerataan pembangunan dan pelayanan kesehatan.</li> <li>3. Optimalisasi potensi pembangunan kesehatan di daerah yang selama ini belum tergarap.</li> <li>4. Memacu sikap inisiatif dan kreatif aparatur pemerintah daerah yang selama ini hanya mengacu pada petunjuk atasan.</li> <li>5. Menumbuhkembangkan pola kemandirian pelayanan kesehatan (termasuk pembiayaan kesehatan), tanpa mengabaikan peran serta sektor lain.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organisasi kesehatan di daerah diharuskan membuat program dan kebijakan sendiri. Jika pemerintah daerah tidak memiliki sumber daya yang andal dalam menganalisis kebutuhan, mengevaluasi program, dan membuat program sehingga program yang dibuat tidak akan bermanfaat.</li> <li>2. Pengawasan dana menjadi hal yang harus diperhatikan untuk menghindari penyelewengan anggaran.</li> <li>3. Arus desentralisasi semakin menuntut pemotongan jalur birokrasi aparatur pemerintahan. Hal ini menjadi kendala karena perubahannya membutuhkan waktu yang lama dan komitmen dari aparatur pemerintah.</li> </ol>

Desentralisasi pembangunan kesehatan dimaksudkan untuk lebih mengoptimalkan pembangunan bidang kesehatan dengan cara lebih mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dengan sistem

desentralisasi, diharapkan program pembangunan kesehatan lebih efektif dan efisien serta menyentuh kebutuhan kesehatan riil masyarakat. Hal ini dimungkinkan karena dalam sistem desentralisasi, rantai birokrasi akan diperpendek. Selain itu, sistem desentralisasi juga memberi kewenangan bagi daerah untuk menentukan program serta pengalokasian dana pembangunan kesehatan di daerahnya. Hal ini berbeda dengan sistem sentralisasi yang mekanisme penyusunan program dan pengalokasian dana pembangunannya berbentuk *top-down*. Secara tidak langsung, sistem sentralisasi menganggap masalah kesehatan di seluruh Indonesia sama. Kenyataannya tidak sama dan bahkan sangat berbeda dari daerah yang satu ke daerah lain.

Dengan sistem desentralisasi, diharapkan pembangunan kesehatan dilakukan dengan mempertimbangkan masalah, kebutuhan kesehatan, dan potensi setempat. Dengan sistem desentralisasi, diharapkan juga adanya keterlibatan masyarakat (*community involvement*) yang besar dalam pembangunan kesehatan di daerahnya. Dengan cara ini, masyarakat tidak lagi sebagai objek pembangunan, tetapi berperan sebagai subjek pembangunan.

## 2. Tipologi Desentralisasi Kesehatan

Dalam praktiknya, terdapat empat jenis desentralisasi yang umum dijumpai, yaitu dekonsentrasi, devolusi, delegasi, dan privatisasi (Rondinelli, 1983). Istilah dekonsentrasi dipakai untuk menggambarkan pemindahan beberapa kekuasaan administratif ke kantor daerah dari pemerintah pusat. Dalam praktiknya, sebelum era otonomi daerah, Indonesia sudah menerapkan dekonsentrasi, yaitu dengan adanya kantor wilayah kementerian di provinsi. Dekonsentrasi melibatkan pemindahan fungsi administratif, bukan fungsi politis. Sehingga dekonsentrasi merupakan bentuk desentralisasi yang paling lemah. Dalam hal ini, kantor wilayah kementerian hanya merupakan perpanjangan tangan pemerintah pusat karena secara riil tanggung jawab pemerintahan tetap berada pada pemerintah pusat.

Devolusi merupakan kebijakan untuk membentuk atau memperkuat pemerintahan tingkat daerah yang benar-benar independen dari tingkat pusat dalam beberapa fungsi secara jelas. Otoritas daerah mempunyai status hukum yang jelas, sejumlah fungsi yang harus dikerjakan, dan kewenangan untuk mencari sumber pembiayaan serta pembelanjannya. Pemerintah Indonesia secara setengah hati telah mempraktikkan devolusi, yaitu dengan adanya kantor dinas di kabupaten atau kota. Walaupun pihak dinas kabupaten atau kota diberi kewenangan untuk mencari sumber dana sendiri, namun dalam

praktiknya bagian terbesar pembiayaannya masih berasal dari pemerintah pusat. Pemerintah pusat secara kuat masih memegang kewenangan dalam penentuan kebijakan pembangunan di daerah.

Delegasi berkaitan dengan pemindahan tanggung jawab manajerial untuk tugas-tugas tertentu ke organisasi-organisasi tertentu di luar struktur pemerintah pusat. Akan tetapi dalam pelaksanaannya, secara tidak langsung masih dikontrol pemerintah pusat. Pemerintah pusat memandang pendelegasian tanggung jawab sebagai suatu cara untuk menghindari ketidakefisienan pengelolaan, penghematan biaya pengawasan, serta penyusunan suatu organisasi yang responsif dan luwes. Tanggung jawab terakhir masih di tangan pemerintah pusat, tetapi pelaksanaannya mempunyai kewenangan luas untuk melakukan tugas-tugas kewenangan dan kewajiban yang sudah ditentukan. Pengadaan dokter pegawai tidak tetap merupakan kebijakan pemerintah pusat (termasuk penggajian), sedangkan pengelolaannya (penugasan) merupakan wewenang pemerintah daerah melalui dinas kesehatan.

Privatisasi merupakan pemindahan tugas pengelolaan ke organisasi sukarelawan atau perusahaan privat, baik yang mencari untung maupun tidak. Dalam bidang kesehatan, beberapa jenis pelayanan telah diserahkan kepada perusahaan swasta, seperti pengelolaan rumah sakit dan perusahaan farmasi. Namun, penting untuk diketahui bahwa privatisasi tidak membuat pemerintah lepas beban dari pengelolaan pelayanan kesehatan. Sebuah badan pengatur (misalnya Badan Pengawasan Obat dan Makanan) dibutuhkan untuk mengawasi penyediaan dan mutu obat dan makanan. Perbedaan antara keempat jenis desentralisasi tersebut pada prinsipnya berdasarkan status hukumnya (Mills dkk, 1989). Selanjutnya, salah satu jenis desentralisasi di negara tertentu dapat lebih menonjol daripada jenis yang lainnya atau saling tumpang-tindih.



## LATIHAN

---

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan kerangka sistem kesehatan!
- 2) Jelaskan pengertian desentralisasi kesehatan!

- 3) Jelaskan tipologi desentralisasi kesehatan!

*Petunjuk Jawaban Latihan*

- 1) Kerangka sistem kesehatan

Keberadaan sistem kesehatan adalah mencapai tujuan sistem kesehatan secara efektif dan efisien. Berbagai faktor yang memengaruhi derajat kesehatan antara lain adalah lingkungan (fisik, biologis, dan sosial), perilaku dan gaya hidup, faktor genetik, serta pelayanan kesehatan. Dalam subsistem SDM kesehatan, tenaga kesehatan merupakan unsur utama yang mendukung subsistem kesehatan lainnya. Derajat kesehatan masyarakat ditentukan sistem kesehatan yang dilaksanakan.

- 2) Pengertian desentralisasi kesehatan

Dalam bidang kesehatan, desentralisasi kesehatan berarti memberikan peluang yang lebih besar bagi daerah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di daerah tersebut. Sejatinya, masalah kesehatan bukan hanya urusan pusat, tetapi merupakan urusan bersama pusat, provinsi, dan kabupaten atau kota.

- 3) Tipologi desentralisasi kesehatan

Dalam praktiknya, terdapat empat jenis desentralisasi yang umum dijumpai seperti berikut.

- a) Dekonsentrasi merupakan pemindahan beberapa kekuasaan administratif ke kantor daerah dari pemerintah pusat.
- b) Devolusi merupakan kebijakan untuk membentuk atau memperkuat pemerintahan tingkat daerah yang benar-benar independen dari tingkat pusat dalam beberapa fungsi secara jelas.
- c) Delegasi berkaitan dengan pemindahan tanggung jawab manajerial untuk tugas-tugas tertentu ke organisasi-organisasi tertentu di luar struktur pemerintah pusat, tetapi pelaksanaannya, secara tidak langsung, masih dikontrol pemerintah pusat.
- d) Privatisasi merupakan pemindahan tugas pengelolaan ke organisasi sukarelawan atau perusahaan privat, baik yang mencari untung maupun tidak.



## RANGKUMAN

---

Keberadaan sistem kesehatan adalah sebuah pencapaian terhadap tujuan sistem itu yang dilakukan secara efektif dan efisien. Berbagai faktor yang memengaruhi derajat kesehatan antara lain adalah lingkungan (fisik, biologis, dan sosial), perilaku dan gaya hidup, faktor genetik, serta pelayanan kesehatan. Dalam subsistem SDM kesehatan, tenaga kesehatan merupakan unsur utama yang mendukung subsistem kesehatan lainnya. Derajat kesehatan masyarakat ditentukan oleh sistem kesehatan yang dilaksanakan.

Dalam bidang kesehatan, desentralisasi kesehatan berarti memberikan peluang yang lebih besar bagi daerah supaya memajemen usaha untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di daerah tersebut. Sejatinnya, masalah kesehatan bukan hanya urusan pusat, tetapi merupakan urusan bersama pusat, provinsi, dan kabupaten atau kota. Desentralisasi pembangunan kesehatan bertujuan mengoptimalkan pembangunan bidang kesehatan dengan cara lebih mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Desentralisasi pembangunan kesehatan dimaksudkan untuk lebih mengoptimalkan pembangunan bidang kesehatan dengan cara lebih mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Dalam praktiknya, terdapat empat jenis desentralisasi yang umum dijumpai, yaitu dekonsentrasi, devolusi, delegasi, dan privatisasi. Dekonsentrasi merupakan pemindahan beberapa kekuasaan administratif ke kantor daerah dari pemerintah pusat. Devolusi merupakan kebijakan untuk membentuk atau memperkuat pemerintahan tingkat daerah yang benar-benar independen dari tingkat pusat dalam beberapa fungsi secara jelas. Delegasi berkaitan dengan pemindahan tanggung jawab manajerial untuk tugas-tugas tertentu ke organisasi-organisasi tertentu di luar struktur pemerintah pusat. Akan tetapi, pelaksanaannya secara tidak langsung masih dikontrol pemerintah pusat. Privatisasi merupakan pemindahan tugas pengelolaan ke organisasi sukarelawan atau perusahaan privat, baik yang mencari untung maupun tidak.

**TES FORMATIF 2**

---

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Salah satu faktor yang memengaruhi derajat kesehatan adalah ....
  - A. peraturan pemerintah
  - B. sumber daya manusia kesehatan
  - C. fasilitas kesehatan
  - D. faktor genetis
  
- 2) Sistem kesehatan dipengaruhi oleh berbagai sistem lain di luar sistem kesehatan, seperti sistem ....
  - A. lingkungan
  - B. pembayaran
  - C. jamkesda
  - D. askes
  
- 3) Desentralisasi pembangunan kesehatan bertujuan ....
  - A. mengoptimalkan pembangunan bidang kesehatan dengan cara lebih mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat kota
  - B. mengoptimalkan pembangunan bidang kesehatan dengan cara lebih mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat desa
  - C. mengoptimalkan pembangunan bidang kesehatan dengan cara lebih mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat kalangan menengah ke atas
  - D. mengoptimalkan pembangunan bidang kesehatan dengan cara lebih mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat
  
- 4) Salah satu dampak positif desentralisasi kesehatan adalah....
  - A. pengawasan dana menjadi hal yang harus diperhatikan untuk menghindari penyelewengan anggaran
  - B. arus desentralisasi semakin menuntut pemotongan jalur birokrasi aparaturnya pemerintahan
  - C. pemerataan pembangunan dan pelayanan kesehatan
  - D. organisasi kesehatan di daerah diharuskan membuat program dan kebijakan sendiri

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes Formatif 2 yang terdapat di bagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut untuk mengetahui tingkat penguasaan Anda terhadap materi Kegiatan Belajar 2.

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{Jumlah Jawaban yang Benar}}{\text{Jumlah Soal}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan: 90 - 100% = baik sekali

80 - 89% = baik

70 - 79% = cukup

< 70% = kurang

Apabila mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, Anda dapat meneruskan dengan Kegiatan Belajar 3. **Bagus!** Jika masih di bawah 80%, Anda harus mengulangi materi Kegiatan Belajar 2, terutama bagian yang belum dikuasai.

## KEGIATAN BELAJAR 3

## Manajemen Kesehatan Indonesia

## A. ARAH PANDANGAN MANAJEMEN KESEHATAN INDONESIA

Manajemen kesehatan adalah suatu kegiatan atau suatu seni untuk mengatur para petugas kesehatan dan nonpetugas kesehatan guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan. Dengan kata lain, manajemen kesehatan masyarakat adalah penerapan manajemen umum dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, yang menjadi objek dan sasaran manajemen adalah sistem pelayanan kesehatan masyarakat (Notoatmodjo, 2003).

Sehat adalah suatu keadaan yang optimal baik fisik, mental, maupun sosial dan tidak hanya terbatas pada keadaan bebas dari penyakit atau kelemahan. Tujuan sehat yang ingin dicapai oleh sistem kesehatan adalah peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Sesuai tujuan sistem kesehatan tersebut, administrasi (manajemen) kesehatan tidak dapat disamakan dengan administrasi niaga (*business administration*) yang lebih banyak berorientasi pada upaya mencari keuntungan finansial (*profit oriented*). Administrasi kesehatan lebih tepat digolongkan dalam administrasi umum atau publik (*public administration*). Oleh karena itu, organisasi kesehatan lebih mementingkan pencapaian kesejahteraan masyarakat umum.

Manajemen kesehatan harus dikembangkan di setiap organisasi pelayanan kesehatan di Indonesia, seperti kantor kementerian kesehatan, dinas kesehatan, rumah sakit dan puskesmas, ataupun jajaran manajemennya. Untuk memahami penerapan manajemen kesehatan di rumah sakit, dinas kesehatan perlu melakukan kajian dokumen rencana tahunan kementerian kesehatan, demikian juga puskesmas, dengan memahami rencana kerja dinas kesehatan terkait. Selain itu, penerapan manajemen dapat dipelajari melalui perencanaan multitanah melalui dokumen rencana strategi yang disusun dengan rentang lima tahun. Secara rinci, dokumen rencana kerja tahunan biasanya berisi pembagian dan uraian tugas staf yang sesuai dengan masing-masing tugas pokoknya, seperti rencana kerja puskesmas dan rumah sakit.

## B. IDEOLOGI KESEHATAN DI INDONESIA

Aspek ideologi tampaknya cukup berperan dalam penyusunan kebijakan kesehatan di Indonesia. Ideologi apa yang dianut oleh Pemerintah Indonesia dalam penerapan kebijakan kesehatannya? Apakah sosialisme, kapitalisme, etatisme, neoliberal, atau Pancasila?

### 1. Ideologi Sistem Kesehatan dan Tahapan Sejarah Indonesia

Berikut ideologi sistem kesehatan yang diterapkan di Indonesia seiring dengan tahapan sejarah yang berkembang selama ini (Laksono Trisnantoro, 2011).

Tabel 1.3  
Perjalanan Ideologi Sistem Kesehatan di Indonesia

Periode	Kondisi
Sebelum 1945: periode kolonialisme (anggaran kesehatan tidak untuk semua orang)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemerintah Hindia Belanda tidak menerapkan <i>welfare state</i>.</li> <li>2. Pelayanan kesehatan diselenggarakan untuk pegawai pemerintah, militer, dan pegawai perusahaan besar.</li> <li>3. Rumah sakit dan pelayanan kesehatan misionaris bekerja dalam lingkup terbatas.</li> </ol>
1945—1965: Kemerdekaan dan Orde Lama (anggaran kesehatan tidak untuk semua orang)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periode penekanan kekuatan pasar.</li> <li>2. Tidak ada kebijakan pembiayaan kesehatan nasional yang jelas.</li> <li>3. Terdapat undang-undang pelayanan kesehatan untuk keluarga kurang mampu pada awal tahun 1950-an, tetapi pelaksanaannya masih minim.</li> <li>4. Asuransi kesehatan dan jaminan sosial terbatas pada pegawai pemerintah, militer, dan perusahaan besar.</li> </ol>
1965—1999: Orde Baru (anggaran kesehatan tidak untuk semua orang)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ekonomi pasar diperkenalkan.</li> <li>2. Sektor swasta tumbuh pesat, termasuk rumah sakit swasta.</li> </ol>

Periode	Kondisi
	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Terdapat korporasi pelayanan medis berbasis kekuatan pasar.</li> <li>4. Tidak ada peraturan yang jelas terkait pasar kesehatan.</li> <li>5. Dokter medis mempunyai budaya dan kecenderungan praktik beragam dalam melayani masyarakat yang tergolong mampu.</li> <li>6. Tahun 1997: krisis ekonomi menghancurkan mekanisme keselamatan sosial, termasuk kesehatan.</li> </ol>
1999—sekarang : era desentralisasi (anggaran kesehatan mulai ditujukan untuk semua orang)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Era desentralisasi dimulai sejak jatuhnya Mantan Presiden Suharto tahun 1998.</li> <li>2. Pemilihan presiden dan gubernur atau kepala daerah secara langsung.</li> <li>3. Kebijakan lebih merata di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten atau kota.</li> <li>4. Keluarga miskin mendapatkan pelayanan kesehatan dan rumah sakit gratis.</li> <li>5. Skema keluarga miskin menjadi isu politik.</li> </ol>

## 2. Ideologi yang Dianut oleh Kebijakan Kesehatan di Indonesia?

Ideologi apa yang dianut oleh Pemerintah Indonesia dalam penerapan kebijakan kesehatannya? Apakah sosialisme, kapitalisme, etatisme, neoliberal, atau Pancasila? Sebuah pertanyaan yang cukup sulit dijawab karena dalam perjalanan sejarah terjadi pergeseran, bahkan pencampuran berbagai ideologi. Hal ini tampak dalam kebijakan pendirian rumah sakit swasta. Sejak zaman Belanda, pihak swasta diberi peran yang cukup signifikan untuk turut serta dalam membangun rumah sakit. Dengan demikian, sejak awal berdirinya, sebenarnya Indonesia sudah mempunyai ideologi yang berbasis pasar. Hal ini juga tampak dengan adanya kelas-kelas

(VIP, kelas 1, dan kelas 2) dalam rumah sakit yang menunjukkan pengakuan terhadap struktur masyarakat yang didasarkan pada hierarki sosial ekonomi.

Ideologi berbasis pasar ini semakin tampak pada masa Orde Baru yang semakin lama semakin mengurangi peran pemerintah. Contohnya, berkurangnya subsidi negara dan didorongnya kemandirian dan peran serta masyarakat dalam membiayai pengobatan sehingga rumah sakit boleh memungut tarif dari masyarakat langsung. Dari tahun ke tahun, tampak bahwa pembangunan rumah sakit swasta yang berbentuk PT semakin meningkat.

Namun, menarik untuk diamati bahwa dalam beberapa tahun belakangan ini, terjadi penguatan peran pemerintah yang mencerminkan ideologi yang tidak menyerahkannya kepada pasar. Contohnya adalah program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) yang dananya berasal dari pemerintah pusat dan berfungsi “membeli” premi asuransi kesehatan bagi orang miskin. Kebijakan ini menunjukkan bahwa pemerintah merasa perlu lebih berperan dalam pembiayaan kesehatan.

### **3. Ideologi sebagai Pedoman Penetapan Kebijakan dan Pelaksanaannya**

Kebijakan kesehatan memerlukan mekanisme kontrol dan pola pengelolaan yang tepat. Dalam hal ini, ideologi dapat dipergunakan menjadi pedoman. Perlu dicermati pula bahwa Indonesia yang sangat luas ini mempunyai infrastruktur layanan kesehatan yang amat beragam. Daerah NTT dan Papua kekurangan dokter dan fasilitas kesehatan yang memadai sehingga Jampersal atau pelayanan kesehatan gratis tidak akan dirasakan manfaatnya oleh masyarakat jika di daerahnya tidak ada fasilitas kesehatan yang memadai dan tenaga kesehatan yang cukup.

Untuk itu, apa pun ideologinya sebaiknya tetap memperhatikan “tombol pengendali” yang dapat memengaruhi hasil pembangunan kesehatan. Tombol kendali ini terdiri atas pembiayaan, pembayaran, pengorganisasian, regulasi, dan promosi.

Dengan mengatur kendali yang tepat akan didapatkan hasil kinerja kesehatan yang baik pula. Misalnya, pembiayaan kesehatan yang saat ini berupa Jamkesmas tidak akan dapat menghasilkan kinerja yang baik tanpa sistem pembayaran kepada dokter atau rumah sakit yang memuaskan.

### C. IMPLIKASI HASIL PEMBANGUNAN TERHADAP SEKTOR KESEHATAN

Saat ini, dirasakan bahwa hasil-hasil pembangunan nasional bidang kesehatan belum optimal. Hal ini dapat dilihat dari indikator atas pencapaian *human development index* dan pencapaian atas *millenium development goals* yang kurang mengembirakan.

Ketidakoptimalan ini, selain disebabkan oleh semakin besarnya tantangan dari lingkungan strategis yang ada, baik secara nasional, regional, maupun internasional, juga dapat dilihat dari perspektif bahwa saat ini kesungguhan dalam menjalankan paradigma nasional belum sesuai harapan. Untuk itu, permasalahannya adalah bagaimana memahami lebih lanjut implementasi paradigma nasional dalam bidang kesehatan menuju tercapainya Indonesia sehat sebagaimana yang diharapkan.

Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Dalam pengukuran indeks pembangunan manusia (IPM), kesehatan adalah salah satu komponen utama, selain pendidikan dan pendapatan. Dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, ditetapkan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

Tabel 1.4  
Pembangunan Kesehatan Indonesia 1997–2004

Indikator IPM	Tahun	Kondisi	Kete- rangan
Angka kematian bayi	1997	46 per 1.000 kelahiran hidup	Menurun
	2002-2003	35 per 1.000 kelahiran hidup	
Angka kematian ibu melahirkan	1997	334 per 100.000 kelahiran hidup	Menurun
	2002-2003	307 per 100.000 kelahiran hidup	
Umur harapan hidup	1999	65,8 tahun	Meningkat
	2003	66,2 tahun	

<b>Indikator IPM</b>	<b>Tahun</b>	<b>Kondisi</b>	<b>Kete- rangan</b>
Prevalensi gizi kurang ( <i>underweight</i> ) pada anak balita	1999	34,4 persen	Menurun
	2004	27,5 persen	

Apabila diamati permasalahan gizi antarprovinsi, terlihat sangat bervariasi, yaitu terdapat 10 provinsi dengan prevalensi gizi kurang di atas 30%. Bahkan ada yang di atas 40%, yaitu Provinsi Gorontalo, NTB, NTT, dan Papua. Kasus gizi buruk umumnya menimpa penduduk miskin atau tidak mampu. Di sisi lain, masalah baru gizi, seperti kegemukan, terutama di wilayah perkotaan cenderung meningkat karena perubahan gaya hidup masyarakat. Angka kesakitan yang tinggi terjadi pada anak-anak dan usia di atas 55 tahun dengan tingkat mortalitas lebih tinggi pada wanita dibanding pria. Sebanyak 10 penyakit dengan memiliki prevalensi tertinggi:

- 1) penyakit gigi dan mulut,
- 2) gangguan refraksi dan penglihatan,
- 3) ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Bagian Atas),
- 4) gangguan pembentukan darah (anemia) dan imunitas,
- 5) hipertensi,
- 6) penyakit saluran cerna,
- 7) penyakit mata,
- 8) penyakit kulit,
- 9) penyakit sendi, dan
- 10) infeksi napas kronik.

Selain itu, Indonesia juga menghadapi *emerging diseases* (seperti demam berdarah dengue/DBD, HIV/AIDS, chikungunya, SARS, dan *avian influenza*) serta penyakit-penyakit *re-emerging diseases* (malaria dan TBC). Kondisi umum kesehatan seperti dijelaskan di atas dipengaruhi oleh berbagai faktor, yaitu lingkungan, perilaku, dan pelayanan kesehatan.

Sementara itu, pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain ketersediaan dan mutu fasilitas pelayanan kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan, tenaga kesehatan, pembiayaan, serta manajemen kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan dasar, yaitu puskesmas yang diperkuat dengan puskesmas pembantu dan keliling, telah didirikan di hampir seluruh wilayah Indonesia.

Saat ini jumlah puskesmas di seluruh Indonesia terdiri dari 7.550 unit, puskesmas pembantu 22.002 unit dan puskesmas keliling 6.132 unit. Meskipun fasilitas pelayanan kesehatan dasar tersebut terdapat di semua kecamatan, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan masih menjadi kendala. Fasilitas ini belum sepenuhnya dapat dijangkau oleh masyarakat terutama yang terkait dengan biaya dan jarak transportasi.

Fasilitas pelayanan kesehatan lainnya adalah rumah sakit yang terdapat di hampir semua kabupaten atau kota. Namun, sistem rujukan pelayanan kesehatan perorangan belum dapat berjalan dengan optimal.

Di bidang obat dan perbekalan kesehatan, telah ditetapkan standar cara pembuatan obat yang baik (CPOB) dan jenis obat generik yang mencakup 220 obat. Penggunaan obat generik dan obat tradisional cenderung mengalami kenaikan. Sebanyak 95 persen kebutuhan obat nasional telah dipenuhi dalam negeri. Demikian juga dengan vaksin dan sebagian alat-alat kesehatan. Namun, ketersediaan, mutu, keamanan obat, dan perbekalan kesehatan belum optimal dan belum dapat dijangkau dengan mudah oleh masyarakat. Selain itu, Obat Asli Indonesia (OAI) belum sepenuhnya dikembangkan dengan baik meskipun potensi yang dimiliki sangat besar. Pengawasan terhadap keamanan dan mutu obat serta makanan telah dilakukan meliputi produk pangan, suplemen makanan, obat tradisional, kosmetika, produk terapeutik, dan NAPZA disertai dengan penyidikan kasus tindak pidana.

Dalam hal tenaga kesehatan, Indonesia mengalami kekurangan pada hampir semua jenis tenaga kesehatan yang diperlukan. Permasalahan besar tentang SDM adalah inefisiensi dan inefektivitas SDM dalam menanggulangi masalah kesehatan. Walaupun rasio SDM kesehatan telah meningkat, masih jauh dari target Indonesia Sehat 2010. Ditambah lagi dengan variasi antardaerah yang masih tajam. Dengan produksi SDM kesehatan dari institusi pendidikan saat ini, target tersebut sulit untuk dicapai. Pada tahun 2003, rasio tenaga dokter 17.47, dokter spesialis 5.2, perawat 108.53, dan bidan 28.40 per 100.000 penduduk.

Dalam aspek manajemen pembangunan kesehatan dengan diterapkannya desentralisasi kesehatan, permasalahan yang dihadapi adalah kurangnya sinkronisasi kegiatan antara pusat dan daerah, peningkatan kapasitas SDM daerah terutama dalam perencanaan, peningkatan sistem informasi, terbatasnya pemahaman terhadap peraturan perundangan, serta struktur organisasi kesehatan yang tidak konsisten.

## **D. PERUBAHAN PARADIGMA KESEHATAN: DESENTRALISASI KESEHATAN**

Keberhasilan pembangunan, termasuk pembangunan kesehatan di Indonesia, sangat terkait dengan keberadaan paradigma nasional dalam kehidupan berbangsa dan bernegara. Paradigma nasional pada hakikatnya adalah pola sikap, pola pikir, dan pola tindak yang harus melekat dalam setiap sanubari bangsa Indonesia, khususnya para pengambil kebijakan, termasuk pengambil kebijakan di bidang kesehatan.

Paradigma nasional merupakan acuan untuk melihat apakah kondisi status kesehatan bangsa Indonesia sudah sesuai dengan tujuan nasional atau tidak. Seperti diketahui bahwa tujuan nasional bangsa Indonesia adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia, memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut serta dalam proses menjaga perdamaian dunia berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial.

Paradigma nasional adalah acuan dasar dalam melaksanakan upaya untuk mencapai tujuan nasional melalui pembangunan nasional. Paradigma nasional bangsa Indonesia adalah Pancasila, UUD 1945, wawasan nusantara, dan ketahanan nasional. Seharusnya, dengan menjalankan sungguh-sungguh keempat pilar paradigma nasional tersebut, akan terjamin keberhasilan tujuan nasional bangsa, termasuk tujuan nasional bidang kesehatan yang merupakan salah satu komponen untuk memajukan kesejahteraan umum.

Paradigma nasional pada hakikatnya adalah acuan bangsa Indonesia dalam melaksanakan pembangunan nasional dalam rangka mencapai tujuan nasional. Yang termasuk di sini adalah pelaksanaan pembangunan nasional bidang kesehatan guna mencapai keberhasilan pembangunan dalam bidang kesejahteraan umum. Hal tersebut merupakan salah satu tujuan nasional bangsa Indonesia.

Paradigma nasional dalam pembangunan kesehatan adalah sebagai berikut.

### **1. Pancasila sebagai Landasan Idiil**

Pancasila sebagai dasar negara pada hakikatnya merupakan sumber segala sumber hukum nasional dan memiliki peran mengatur penyelenggaraan pemerintah. Ini juga merupakan landasan yang kokoh

bagi hukum dasar. Dalam hal ini, termasuk pembukaan dan pasal-pasal UUD 1945 serta segala ketentuan yang mengatur aktivitas kenegaraan.

Kaitan Pancasila sebagai dasar negara terhadap sektor kesehatan haruslah diarahkan untuk menghasilkan SDM bangsa sebagai manusia Indonesia yang seutuhnya, sehat fisik dan mental serta berkualitas. SDM bangsa seperti ini hanya akan tercipta apabila nilai-nilai yang terkandung dalam tiga pola hubungan manusia, yaitu 1) manusia dengan Sang Pencipta yang tergambar dari sifat keimanan dan ketakwaan, 2) manusia dengan manusia lain yang tergambar dari moral dan akhlak yang dimiliki; serta 3) hubungan manusia dan lingkungannya dituangkan secara konkret dalam bentuk peraturan dan perundangan yang mengikat dan menaati pelaksanaannya.

## 2. UUD 1945 sebagai Landasan Konstitusional

Sesungguhnya, UUD 1945 yang dijiwai oleh nilai-nilai Pancasila telah secara jelas memberikan arahan dalam kehidupan berbangsa dan bernegara, khususnya bagi penyelenggara negara, untuk menghasilkan SDM bangsa sebagai manusia Indonesia yang seutuhnya. Dalam hal kesehatan, diperlukan SDM yang sehat fisik dan mental. Secara khusus, landasannya dapat dilihat pada Pasal 28H dan Pasal 34 UUD 1945.

Dalam Pasal 28H ayat 1, disebutkan, "... setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan ...." Pada ayat 2, disebutkan, "... setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan ...." Pada ayat 3, disebutkan, "... setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat ...."

Dalam Pasal 34 ayat 2 UUD 1945, disebutkan, "... negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan ...." Pada ayat 3, disebutkan, "... negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak ...." Pada ayat 4, disebutkan, "... ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pasal ini diatur dalam undang-undang ...."

### **3. Wawasan Nusantara sebagai Landasan Visional**

Wawasan nusantara adalah tujuan antara yang ingin dicapai dan syarat untuk meraih tujuan nasional. Wawasan nusantara adalah cara pandang bangsa Indonesia yang dijiwai nilai-nilai Pancasila dan berdasarkan Undang-Undang Dasar 1945. Hal ini memperhatikan sejarah, budaya, diri, dan lingkungan keberadaannya dalam memanfaatkan kondisi dan konstelasi geografi dengan menciptakan tanggung jawab, dan motivasi bagi seluruh bangsa Indonesia. Selain itu juga mengutamakan persatuan dan kesatuan bangsa serta kesatuan wilayah pada penyelenggaraan kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara. Cara pandang seperti ini merupakan syarat utama untuk melaksanakan pembangunan nasional guna mencapai tujuan nasional. Jika dilihat kaitannya dengan upaya menghasilkan SDM bangsa sebagai manusia Indonesia yang seutuhnya, sehat fisik, dan mental; wawasan nusantara merupakan pijakan yang harus selalu menginspirasi berbagai kebijaksanaan apa pun yang akan diambil dalam upaya meningkatkan kualitas SDM bangsa yang sehat fisik dan mental agar tetap berada dalam kerangka tujuan nasional.

### **4. Ketahanan Nasional sebagai Landasan Konsepsional**

Ketahanan nasional sebagai landasan konsepsional dalam menghasilkan SDM bangsa, yaitu manusia Indonesia yang seutuhnya, sehat fisik, dan mental memiliki kedudukan yang sangat penting. Hal ini mengingat bahwa ketahanan nasional adalah kondisi dinamis bangsa Indonesia yang meliputi segenap aspek kehidupan nasional yang terintegrasi. Hal tersebut berisi keuletan dan ketangguhan yang mengandung kemampuan mengembangkan kekuatan nasional dalam menghadapi dan mengatasi segala tantangan dan hambatan baik yang datang dari luar maupun dari dalam, untuk menjamin identitas, integritas, kelangsungan hidup bangsa dan negara, serta perjuangan mencapai tujuan nasionalnya. Yang termasuk di sini adalah kemampuan mengembangkan kekuatan nasional dalam pembangunan sektor kesehatan.

### **Perubahan paradigma sakit ke paradigma sehat**

Perubahan yang mendasar dalam sektor kesehatan adalah terjadinya perubahan paradigma pembangunan kesehatan menjadi ‘paradigma sehat’.

Dengan paradigma baru ini, terjadilah perubahan konsep yang sangat mendasar dalam pembangunan kesehatan seperti berikut.

1. Pembangunan kesehatan yang semula lebih menekankan pada upaya kuratif dan rehabilitatif menjadi lebih fokus pada upaya preventif dan kuratif tanpa mengabaikan kuratif-rehabilitatif.
2. Pelaksanaan upaya kesehatan yang semula lebih bersifat terpilah-pilah (*fragmented*) berubah menjadi kegiatan yang terpadu (*integrated*).
3. Sumber pembiayaan kesehatan yang semula lebih banyak dari pemerintah berubah menjadi pembiayaan kesehatan lebih banyak dari masyarakat.
4. Pergeseran pola pembayaran dalam pelayanan kesehatan yang semula *fee for service* menjadi pembayaran secara praupaya.
5. Pergeseran pemahaman tentang kesehatan dari pandangan konsumtif menjadi investasi.
6. Upaya kesehatan yang semula lebih banyak dilakukan oleh pemerintah akan bergeser dan lebih banyak dilakukan oleh masyarakat sebagai “mitra” pemerintah (*partnership*).
7. Pembangunan kesehatan yang semula bersifat terpusat (*centralization*) menjadi otonomi daerah (*decentralization*).
8. Pergeseran proses perencanaan dari *top down* menjadi *bottom up* seiring dengan era desentralisasi.
9. Sejalan dengan pemahaman dan pengetahuan kita, konsep sehat dalam upaya penanganan kesehatan penduduk sudah mengalami banyak perubahan. Banyak negara berkembang, termasuk Indonesia, sampai saat ini melakukan penanganan kesehatan yang berupa program-program konvensional serta masih menekankan pada pengembangan rumah sakit-rumah sakit, penanganan penyakit secara individual, dan spesialis, terutama penanganan peristiwa sakit secara episodik. Program kesehatan jangka panjang tidak menguntungkan karena akan berkumpul di tempat yang banyak uang, yaitu kota-kota besar. Dari segi ekonomi, upaya kesehatan yang berorientasi kuratif bersifat konsumtif dan tidak produktif.

### **Paradigma dan konsep baru tentang sehat**

Pengertian paradigma sehat menurut Stephen R Covey termuat dalam bukunya yang berjudul *The Seven Habits of Highly Effective People* sebagai berikut. Kata paradigma berasal dari bahasa Yunani dan merupakan istilah

sains yang berarti model, teori, konsep, persepsi, orientasi, asumsi, dan kerangka referensi. Pada tahun 1950, definisi WHO tentang sehat adalah keadaan sehat sejahtera, baik fisik, mental, maupun sosial, serta bukan hanya bebas dari penyakit dan kelemahan. Namun, pada tahun 1980-an, definisi WHO mengalami perubahan, seperti yang tertera dalam UU Kesehatan No. 36/2009. WHO memasukkan unsur hidup produktif sosial dan ekonomi dalam pengertian tentang sehat. Kesehatan, menurut UU No. 36/2009, adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial, yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

1. Pengertian paradigma sehat
  - a. Paradigma sehat adalah cara pandang, pola pikir, atau model pembangunan kesehatan yang bersifat holistik.
  - b. Melihat masalah kesehatan yang dipengaruhi oleh banyak faktor yang bersifat lintas sektor.
  - c. Upayanya lebih diarahkan pada peningkatan, pemeliharaan, dan perlindungan kesehatan.
  - d. Bukan hanya penyembuhan orang sakit atau pemulihan kesehatan.
  
2. Faktor yang mendorong perlu adanya paradigma sehat
  - a. Pelayanan kesehatan yang berfokus pada pelayanan orang sakit ternyata tidak efektif.
  - b. Konsep sehat mengalami perubahan, yaitu dalam arti sehat dimasukkan unsur sehat produktif sosial dan ekonomis.
  - c. Adanya transisi epidemiologi dari penyakit infeksi ke penyakit kronis regeneratif.
  - d. Adanya transisi demografi, yaitu meningkatnya lansia yang memerlukan penanganan khusus.
  - e. Makin jelasnya pemahaman tentang faktor yang memengaruhi kesehatan penduduk.

Program kesehatan yang menekankan upaya kuratif merupakan *health program for survival*, sedangkan yang menekankan pada upaya promotif dan preventif merupakan *health program for human development*. Paradigma sehat dicanangkan Depkes pada 15 September 1998. Upaya pelayanan kesehatan yang menekankan upaya kuratif-rehabilitatif kurang menguntungkan karena:

- a. melakukan intervensi setelah sakit,
- b. cenderung berkumpul di tempat yang banyak uang,
- c. dari segi ekonomi lebih efektivitas biaya,
- d. melakukan tindakan preventif dari penyakit agar tidak terserang penyakit.

Perubahan pemahaman konsep akan sehat dan sakit serta semakin majunya iptek dengan informasi determinan penyebab penyakit telah menggugurkan paradigma pembangunan kesehatan lama yang mengutamakan pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif. Paradigma pembangunan kesehatan baru, yaitu paradigma sehat, merupakan upaya peningkatan kesehatan masyarakat yang bersifat proaktif. Paradigma sehat sebagai model pembangunan kesehatan dalam jangka panjang diharapkan mampu mendorong masyarakat untuk mandiri dalam menjaga kesehatan melalui kesadaran tinggi terhadap pentingnya pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif.

Organisasi pelayanan kesehatan, seperti rumah sakit dan puskesmas, merupakan salah satu jenis organisasi yang langsung melayani masyarakat. Karena itu, organisasi pelaksana pelayanan kesehatan dapat diidentifikasi sebagai organisasi yang aktivitas pokoknya melaksanakan pelayanan kesehatan ke masyarakat dengan mengutamakan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Salah satu prinsip organisasi kesehatan adalah fleksibilitas. Maksudnya, organisasi senantiasa dinamis sesuai dinamika organisasi dengan memperhatikan perubahan dari luar organisasi. Salah satu pendorong terjadinya perubahan mendasar dalam semua organisasi kesehatan di Indonesia adalah reformasi nasional pada tahun 1998.

Terkait perubahan atau reformasi pelayanan kesehatan, Soedarmono Soejitno (2001) mengemukakan bahwa terdapat lima hal penting yang perlu diantisipasi dalam melakukan perubahan seperti berikut ini.

1. Masa depan akan sangat berbeda dengan masa kini  
Organisasi kesehatan, yang memiliki kreativitas tinggi dan muncul dari dalam organisasi itu (orisinal) serta peka terhadap kecenderungan perubahan yang mungkin terjadi di masa depan dengan visi yang jelas, akan menjadi pemenang dalam kompetisi pelayanan kesehatan. Dalam hal ini, organisasi kesehatan menempatkan manusia sebagai aset serta investasi paling penting dan berharga.

2. Perlu adanya visi kesehatan yang dapat memberikan pedoman bagi segala upaya pelayanan di masa depan  
Satu-satunya cara bagi organisasi kesehatan untuk memperoleh keunggulan di masa depan dilakukan melalui dorongan pelaksanaan inovasi teknologi dan metode klinis serta peningkatan kualitas pelayanan. Dorongan tersebut merupakan visi yang akan memberi arah bagi organisasi kesehatan.
3. Perlu perubahan tata nilai yang akan dianut oleh organisasi kesehatan di masa depan  
Peningkatan mutu organisasi kesehatan bukan hanya bertumpu pada teknologi, metode, struktur, sistem, dan proses, melainkan lebih memfokuskan pada pengembangan nilai, yaitu keadilan, kejujuran, integritas, dan saling percaya. Organisasi kesehatan yang berorientasi nilai-nilai tersebut pada saat sulit akan termotivasi untuk berkonsolidasi dengan saling mendukung serta bukan menjadi terpecah belah.
4. Perlu strategi yang konkret untuk mewujudkan perubahan pelayanan kesehatan  
Strategi merupakan upaya mewujudkan visi paradigma baru kesehatan menjadi kenyataan. Dalam menentukan strategi secara konkret, ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan.
  - a. Apa yang harus kita kerjakan sekarang?
  - b. Dalam kemampuan baru, baik teknologi kesehatan maupun metode klinis, apa yang harus kita kembangkan?
  - c. Kelompok penyakit, virus, atau bakteri baru mana yang harus mulai dipahami kebutuhannya?
  - d. Jalur distribusi pelayanan kesehatan atau jaringan kerja organisasi pelayan kesehatan baru mana yang harus mulai digarap?
5. Perlu bentuk dan struktur baru organisasi kesehatan di masa depan  
Dalam lingkungan yang terus-menerus berubah, struktur organisasi kesehatan tidak bisa bersifat kaku, tetapi harus mampu melakukan adaptasi terhadap tuntutan perubahan, baik karena dinamika dalam organisasi maupun karena dorongan di luar organisasi. Ada dua hal penting dalam menentukan bentuk dan struktur baru organisasi kesehatan sebagai berikut.
  - a. Peranan pimpinan, manajer, dan pegawai pelayan kesehatan  
Salah satu hal penting kaitannya dengan peranan ini adalah kriteria dalam menentukan prestasi seorang pegawai pelayanan kesehatan

didasarkan pada (1) orientasi kepada inovasi, (2) orientasi kepada kelompok kerja, (3) fokus kepada pasien, serta (4) orientasi kepada kemampuan nyata yang dimiliki dan peningkatan keterampilan yang menunjang tugas/pekerjaan.

b. Pola hierarki dalam organisasi kesehatan

Ini meliputi hal-hal berikut. (1) Luasnya wawasan: dengan luasnya wawasan, seseorang akan memberikan kemampuan untuk melihat kemungkinan dampak yang lebih jauh dari suatu keputusan yang diambil. (2) Cakrawala waktu artinya kemampuan seseorang yang menduduki jabatan atau tugas/pekerjaan melihat seberapa jauh masa depan. Dalam hal ini, seorang pegawai, misalnya perawat dan bidan yang ada di rumah sakit/puskesmas yang sehari-hari berhadapan dengan pasien, harus mampu melihat jangka waktu *beberapa jam sampai dengan beberapa hari* untuk dapat memuaskan pasien. Seorang kepala ruangan/kasi perawatan ataupun seorang kepala puskesmas bertanggung jawab terhadap proses yang membantu perawat dan bidan dalam memuaskan pasien tersebut. Sementara itu, direktur RS atau kepala dinas kesehatan kab/kota harus mampu melihat dalam jangka waktu 3–10 tahun untuk membenahi fungsi-fungsi organisasi, efektivitas organisasi, melihat dampak organisasi terhadap masyarakat luas, dan merumuskan pokok-pokok kebijakan yang mendukungnya.

Semakin jelas bahwa rumah sakit dan puskesmas sebagai suatu organisasi pelayan kesehatan. Apabila ingin tetap mampu menjalankan fungsinya secara optimal, perlu dilakukan perubahan dalam organisasi tersebut, terutama perubahan tata nilai yang dapat menciptakan suasana organisasi yang kondusif, memiliki visi dan misi yang jelas sebagai pedoman kegiatan ke masa depan, menetapkan strategi yang konkret, serta perubahan struktur yang mendukung tujuan dan visi organisasi kesehatan.

Adanya kebijakan desentralisasi dalam bidang kesehatan akan membawa implikasi yang luas, terutama terhadap pemerintah daerah sebagai pelaksana kebijakan dan terhadap masyarakat sebagai pelaku pembangunan dan yang akan merasakan hasil pembangunan. Implikasi tersebut tidak saja positif, tetapi mungkin negatif. Hal ini dapat dimengerti karena selama ini pihak pelaksana pembangunan kesehatan di daerah (dinas kesehatan kabupaten dan kota) sudah terbiasa dengan kebijakan yang digariskan secara *top-down*. Sementara itu, mereka tidak terbiasa menyusun program kesehatan yang

sesuai dengan kebutuhan dan potensi setempat. Di sisi lain, masyarakat yang selama ini dianggap sebagai objek pembangunan, dengan adanya desentralisasi kesehatan, akan turut serta menentukan apa yang menurut mereka baik dan sesuai untuk dilakukan. Hal ini tidak mudah. Tidak saja karena selama ini masyarakat jarang dilibatkan dalam setiap program pembangunan, tetapi juga adanya ‘stigmatisasi negatif’ masyarakat terhadap pemerintah yang menyebabkan mereka sulit dilibatkan.

Berdasarkan uraian di atas, beberapa hal yang patut dikaji dalam upaya meningkatkan kesiapan daerah dalam melaksanakan pembangunan kesehatan pada era desentralisasi kesehatan sebagai berikut.

- a. Dampak desentralisasi kesehatan terhadap pelaksanaan program kesehatan di daerah oleh penyelenggara pemerintahan di kabupaten/kota.
- b. Peningkatan kesiapan masyarakat untuk turut serta mendukung kebijakan desentralisasi kesehatan.
- c. Kesiapan sarana dan prasarana daerah kabupaten/kota untuk mendukung kebijakan desentralisasi kesehatan.
- d. Penyusunan program pembangunan kesehatan daerah yang mempertimbangkan potensi sumber daya manusia dan sumber daya alam daerah.

## **E. ELEMEN PERUBAHAN PARADIGMA DESENTRALISASI KESEHATAN**

Desentralisasi kesehatan di Indonesia secara lebih jelas dilaksanakan setelah dikeluarkannya UU No. 22 Tahun 1999, PP No. 25 Tahun 2000, serta SE Menkes No.1107/Menkes/E/VII/2000. UU No. 22 Tahun 1999 Pasal 1 ayat h menyebutkan bahwa *otonomi daerah adalah kewenangan daerah otonom untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat (termasuk bidang kesehatan), menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku*. Menurut aturan perundang-undangan dan dalam praktiknya, desentralisasi bidang kesehatan di Indonesia menganut semua jenis desentralisasi (dekonsentrasi, devolusi, delegasi, dan privatisasi). Hal ini terlihat dari masih adanya kewenangan pemerintah pusat yang didekonsentrasikan di daerah provinsi melalui dinas kesehatan provinsi. Selain itu, berdasarkan SE Menkes/E/VII/2000, disebutkan bahwa beberapa tugas yang mungkin tidak

dapat dilaksanakan oleh pemerintah kabupaten/kota dapat diserahkan ke tingkat yang lebih tinggi.

Upaya privatisasi pelayanan kesehatan dan perusahaan pendukung pelayanan kesehatan juga sedang giat dilakukan. Kandungan makna substansial dari desentralisasi adalah bagaimana menyejahterakan dan menciptakan keadilan bagi kehidupan masyarakat di daerah (Tagela, 2001). Selanjutnya, Simangunsong (2001) mengatakan bahwa inti dari pelaksanaan otonomi daerah adalah terdapatnya keluwesan pemerintah daerah untuk melaksanakan pemerintahan atas prakarsa, kreativitas, dan peran serta masyarakat dalam mengembangkan dan memajukan daerahnya. Dalam bidang kesehatan, implikasi desentralisasi pembangunan kesehatan antara lain sebagai berikut. 1) Terwujudnya pembangunan kesehatan yang demokratis berdasarkan aspirasi masyarakat. 2) Pemerataan pembangunan dan pelayanan kesehatan. 3) Optimalisasi potensi pembangunan kesehatan di daerah yang selama ini belum tergarap. 4) Memacu sikap inisiatif dan kreatif aparatur pemerintah daerah yang selama ini hanya mengacu pada petunjuk atasan. 5) Menumbuhkembangkan pola kemandirian pelayanan kesehatan (termasuk pembiayaan kesehatan) tanpa mengabaikan peran serta sektor lain. Semua ini bermuara pada peningkatan kesejahteraan masyarakat di daerah.

### **Kesiapan daerah**

Keberhasilan pelaksanaan desentralisasi kesehatan tergantung pada kesiapan daerah untuk dapat mengimplementasikannya. Berdasarkan fungsi dan kewenangan yang dimiliki kabupaten/kota serta visi dan misi pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010, ada tiga elemen masyarakat pokok di daerah yang dituntut kesiapannya dalam memahami hakikat dan tujuan desentralisasi kesehatan sehingga pelaksanaannya di daerah dapat berjalan sesuai dengan harapan. Ketiga elemen tersebut:

- a. dinas kesehatan kabupaten/kota (pihak eksekutif),
- b. DPRD kabupaten/kota (pihak legislatif), dan
- c. masyarakat.

Beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk lebih menyiapkan daerah dalam menghadapi dan melaksanakan desentralisasi kesehatan diuraikan berikut ini.

#### **1. Dinas kesehatan kabupaten kota**

Hal pertama yang perlu dipahami oleh pihak dinas kesehatan kabupaten/kota beserta jajarannya adalah memahami hakikat dan tujuan kebijakan desentralisasi kesehatan serta mengintegrasikannya dengan visi

dan misi pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010. Selain itu, hal lain yang sama pentingnya adalah pemahaman fungsi, tugas, dan wewenang dinas kesehatan kabupaten/kota yang ditetapkan oleh peraturan serta kewenangan pihak instansi yang lebih tinggi (provinsi dan pusat). Hal ini diperlukan untuk menghindari kemungkinan adanya saling tidak pengertian antara pemerintah kabupaten/kota dengan pemerintah provinsi dan pusat. Untuk tujuan ini, pemerintah daerah bersama-sama dengan pihak DPRD dapat menyelenggarakan sebuah seminar atau sejenis pelatihan yang berkenaan dengan fungsi, tugas, dan wewenang daerah untuk menyamakan persepsi mereka terhadap desentralisasi kesehatan.

Berkenaan dengan pelaksanaan desentralisasi kesehatan, pihak pemerintah daerah, dinas kesehatan kabupaten/kota, dan DPRD perlu melaksanakan hal-hal berikut.

*a. Menetapkan sistem kesehatan daerah*

Menurut Hartono (2001), sistem kesehatan adalah semua kegiatan yang secara bersama-sama diarahkan untuk mencapai tujuan utama berupa peningkatan dan pemeliharaan kesehatan. Tujuan pokok penetapan sistem kesehatan adalah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, merespons harapan-harapan dan kebutuhan masyarakat sesuai dengan harga diri dan hak asasinya, serta memberikan perlindungan finansial terhadap kemungkinan dikeluarkannya biaya pelayanan kesehatan. Untuk mencapai tujuan tersebut, sistem kesehatan memiliki empat fungsi, yaitu pelayanan kesehatan, pembiayaan kesehatan, pengembangan sumber daya kesehatan, serta pengawasan, pengarahan pembangunan, dan pelayanan kesehatan.

Penetapan sistem kesehatan dapat dilakukan dengan menempatkan bidang kesehatan sebagai salah satu pilar pembangunan daerah. Hal ini dilakukan tentunya dengan melihat potensi dan prioritas masalah di daerah. Penempatan bidang kesehatan sebagai salah satu pilar pembangunan daerah membawa konsekuensi luas terhadap kebijakan pembangunan di daerah. Semua program pembangunan sedapat mungkin diarahkan untuk mendukung program kesehatan. Konsekuensi lain adalah perlunya peningkatan yang signifikan mengenai alokasi biaya pembangunan kesehatan dalam rancangan anggaran pembangunan daerah. Dalam sistem kesehatan daerah juga harus ditetapkan visi dan misi pembangunan kesehatan daerah yang dapat menunjang serta mendukung visi dan misi pembangunan kesehatan nasional.

Visi dan misi ini selanjutnya dimasukkan dalam rencana strategis pembangunan kesehatan daerah.

Pihak perencana program dituntut kepekaannya untuk menangkap setiap peluang agar melakukan perubahan (*seizing the opportunity for change*) (IVACG, 1992) berdasarkan potensi setempat. Selain itu, terdapat masalah yang dapat digunakan sebagai dasar penentuan prioritas pembangunan.

*b. Menata ulang struktur organisasi kesehatan dinas kesehatan*

Struktur organisasi yang selama ini dianut sudah sangat terbiasa dengan pola sentralistik. Untuk lebih akomodatif dan tanggap terhadap perubahan yang relatif sangat berbeda, perlu dilakukan penyegaran strukturnya. Dianjurkan untuk pembentukan subdinas baru (sesuai dengan kebutuhan dan kondisi setempat), misalnya subdinas penelitian dan pengembangan. Subdinas ini nantinya akan membawahi seksi sistem informasi kesehatan.

*c. Menyusun program pembangunan secara bottom-up*

Setelah pihak kabupaten/kota menetapkan sistem kesehatan daerahnya, hal yang segera perlu dilakukan adalah merencanakan dan menyusun program pembangunan kesehatan secara *bottom-up*. Dinas kesehatan diberi kewenangan yang sangat luas untuk merencanakan dan menyusun programnya. Dalam menyusun program kesehatan ini, dinas kesehatan kabupaten/kota harus memperhatikan hal-hal berikut.

- 1) Memilih/menentukan program kesehatan yang sesuai dengan kondisi riil masyarakat setempat (melakukan identifikasi masalah secara akurat). Hal ini didukung oleh penentuan skala prioritas pembangunan.
- 2) Melakukan analisis SWOT (*strengths, weaknesses, opportunities, and threats*) untuk mengidentifikasi dan mengetahui kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman daerah. Analisis SWOT adalah identifikasi berbagai faktor secara sistematis untuk merumuskan strategi program pembangunan (Rangkuti, 2002). Analisis ini didasarkan pada logika yang dapat memaksimalkan kekuatan dan peluang, tetapi secara bersamaan dapat meminimalkan kelemahan dan ancaman. Dengan demikian, para perencana strategis harus menganalisis faktor-faktor strategis daerah (kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman) pada kondisi saat ini. Beberapa faktor strategis yang harus dipertimbangkan antara lain adalah sumber daya (alam, manusia), sarana dan prasarana (RS, puskesmas, puskesmas pembantu, posyandu, dan lain-lain), kondisi

geografis, sarana transportasi, jumlah penduduk, serta budaya masyarakat. Mengoptimalkan potensi daerah dilakukan melalui pemanfaatan secara bijaksana sumber daya lokal untuk mendukung pembangunan kesehatan. Kemudian, menjajaki kemungkinan pemanfaatan pengobatan tradisional adalah contoh optimalisasi potensi daerah.

d. *Menumbuhkan mental proaktif*

Sudah saatnya pihak dinas kesehatan melakukan upaya-upaya pembangunan secara proaktif tanpa menunggu petunjuk dari atasan. *Budaya asal bapak senang* sudah saatnya ditinggalkan. Beberapa hal yang dapat dilakukan sebagai berikut.

1. Proaktif mengembangkan serta menghasilkan ide-ide dan berpikir secara sistem (*system thinking*).
2. Proaktif mencari sumber dana pembangunan kesehatan.
3. Proaktif mengundang investor bidang kesehatan.
4. Proaktif melakukan kerja sama dengan lembaga-lembaga donor nasional dan internasional.

e. *Mengembangkan sistem informasi kesehatan daerah*

Setiap program yang direncanakan dan disusun harus didukung oleh data yang akurat dan mutakhir. Selama ini, kebanyakan data yang dilaporkan disesuaikan dengan keinginan pihak yang dilapori (atasan) sehingga data yang ada tidak mencerminkan kondisi sebenarnya di lapangan. Oleh karena itu, langkah yang penting diambil adalah pengumpulan data yang akurat dan mutakhir tentang situasi kesehatan daerah dan faktor-faktor pendukungnya. Hal tersebut dapat dilakukan dengan merevitalisasi dan menata kembali peran sistem informasi kesehatan yang selama ini kurang berjalan dengan baik. Pembentukan seksi penelitian dan pengembangan juga merupakan salah satu alternatif untuk pengadaan data yang akurat terhadap tujuan penyusunan program kesehatan daerah.

f. *Menjalin kerja sama dengan lembaga-lembaga ilmiah dan pendidikan kesehatan*

Pihak dinas kesehatan kabupaten/kota juga dituntut untuk lebih proaktif menjalin kerja sama dengan lembaga-lembaga ilmiah dan pendidikan yang terkait dengan kesehatan. Sebagai contoh, selama ini tenaga dokter spesialis

enggan bertugas di daerah. Namun, hal ini dapat diatasi melalui kerja sama dengan pihak perguruan tinggi untuk menempatkan dokter yang sedang mengikuti pendidikan spesialis agar berpraktik di rumah sakit daerah. Berbagai jenis pelatihan tenaga kesehatan juga dapat dilakukan secara baik melalui kerja sama dengan pihak perguruan tinggi dan lembaga pendidikan kesehatan.

*g. Mengembangkan model promosi kesehatan daerah*

Pembangunan kesehatan akan berjalan lebih baik apabila didukung oleh bentuk penyampaian informasi yang baik dan efektif. Upaya-upaya penyuluhan kesehatan akan berjalan lebih efektif apabila didukung oleh promosi kesehatan yang baik. Pihak dinas kesehatan kabupaten/kota dapat memilih berbagai model pemasaran sosial untuk tujuan itu. Dengan menerapkan sistem pemasaran sosial, dapat dilakukan penentuan bentuk informasi yang akan disampaikan, pengembangan strategi komunikasi, dan penentuan sasaran dengan baik.

*h. Meningkatkan kerja sama lintas sektor*

Salah satu penyebab kurang berhasilnya program pembangunan (dalam berbagai bidang) selama ini adalah terdapat egosektoral instansi pemerintahan. Padahal, beberapa program pembangunan akan dapat berjalan apabila ada kerja sama dengan sektor lain. Pembangunan sektor kesehatan, misalnya, memerlukan kerja sama dengan sektor pertanian, pendidikan, dan sosial.

*i. Membentuk badan kerja sama antarkabupaten/kota*

Harus disadari bahwa penyakit tidak mengenal batas daerah. Wabah penyakit di satu daerah dapat menjalar ke daerah lain. Selain itu, masalah penyakit yang dihadapi daerah yang satu dengan daerah yang lain (dalam satu provinsi) relatif sama. Oleh karena itu, untuk dapat mengatasi masalah tersebut, dengan daerah lain secara lebih terarah, efisien, dan efektif, perlu dibentuk badan kerja sama antarkabupaten/kota yang berupa *provincial joint health council* (PJHC). Kerja sama dapat berupa pertukaran informasi, pelatihan bersama, dan penanganan masalah penyakit bersama. Adanya PJHC juga akan meningkatkan posisi tawar daerah terhadap pemerintah provinsi dan pusat.

*j. Meningkatkan keterlibatan masyarakat*

Hakikat pembangunan adalah peningkatan kesejahteraan masyarakat dalam arti luas. Misra (1981) menyatakan bahwa *real meaning of development is an increasing attainment of one's own cultural values*. Selanjutnya, Susanto (2000) menyatakan bahwa pembangunan tidak hanya ditujukan untuk pencapaian kebutuhan fisik, tetapi lebih dari itu, yaitu untuk peningkatan dan pengakuan harkat dan martabat manusia. Pembangunan harus bermuara pada peningkatan dan apresiasi martabat dan harga diri manusia. Dalam bidang kesehatan, tujuan pembangunan adalah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat tanpa mengabaikan harkat dan martabat serta budaya masyarakat.

Konsep pemberdayaan masyarakat harus lebih diartikan sebagai lebih memberdayakan masyarakat, bukan menganggap masyarakat tidak berdaya. Masyarakat yang selama ini dianggap sebagai objek pembangunan harus diubah menjadi pelaku pembangunan. Oleh karena itu, pembangunan kesehatan harus dilakukan dengan melibatkan masyarakat, yaitu mendengarkan aspirasi masyarakat. Program yang baik menurut pemerintah belum tentu baik menurut masyarakat dan sebaliknya. Pemerintah dan masyarakat harus duduk dan berjalan bersama-sama untuk menyusun dan melaksanakan pembangunan kesehatan daerah.

*k. Mengembangkan model pembiayaan kesehatan*

Dalam SE Menkes No. 1107/Menkes/E/VII/2000, disebutkan dinas kesehatan kabupaten/kota berwenang mengembangkan sistem pembiayaan kesehatan melalui jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM). Hal tersebut senada dengan satu strategi pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010, yaitu JPKM. Untuk mendukung hal tersebut, salah satu model pembiayaan kesehatan yang mungkin dilakukan adalah sistem prabayar layanan kesehatan. Salah satu bentuk pembiayaan kesehatan tersebut adalah asuransi kesehatan skala kecil, seperti arisan kesehatan.

## **2. Dewan perwakilan rakyat daerah**

Disadari bahwa kemampuan anggota DPRD sangat beragam dan cenderung terbatas, terutama DPRD tingkat kabupaten/kota. Sementara itu, mereka dituntut untuk memahami hakikat desentralisasi (termasuk desentralisasi bidang kesehatan) agar dapat mengawasi pelaksanaan pembangunan kesehatan daerah dan mengeluarkan peraturan daerah (perda).

Perda yang dihasilkan harus mendukung program pembangunan kesehatan serta menciptakan iklim yang kondusif untuk infestasi kesehatan. Hal ini dapat terjadi jika pihak DPRD memiliki komitmen yang baik terhadap pembangunan kesehatan dan memahami hakikatnya. Untuk tujuan ini, perlu diselenggarakan pelatihan (*capacity building*) kepada anggota DPRD (terutama komisi E yang membidangi kesehatan) mengenai kebijakan desentralisasi kesehatan. Ada baiknya juga dipertimbangkan agar komisi E DPRD memiliki staf ahli bidang kesehatan untuk dimintai saran dan pendapat berkaitan dengan tugas pengawasan DPRD.

### 3. Masyarakat

Seperti telah disebutkan sebelumnya bahwa makna substansial dari desentralisasi kesehatan adalah peran serta masyarakat. Karena itu, adanya kebijakan desentralisasi akan memberi ruang dan waktu bagi masyarakat untuk mengemukakan pendapat dan mengajukan usul yang berkenaan dengan pembangunan kesehatan di daerah. Masyarakat berhak dimintai pendapatnya mengenai apa yang terbaik bagi mereka dan apa yang mereka butuhkan.

Organisasi sosial kemasyarakatan, lembaga adat, tokoh masyarakat, serta lembaga swadaya masyarakat (LSM) harus secara bersama-sama dan bahu-membahu dengan pemerintah menjalankan pembangunan kesehatan di daerahnya. Pemerintah harus memberi akses yang sebesar-besarnya kepada masyarakat tentang kebijakan yang dilakukan sehingga masyarakat merasa turut memiliki pembangunan dan diakui keberadaannya. Selain itu, masyarakat dapat berperan sebagai pengawas jalannya pembangunan kesehatan daerah.

## F. PEMBIAYAAN KESEHATAN NONPEMERINTAH

Adanya sektor pemerintah dan sektor swasta dalam penyelenggaraan kesehatan sangat memengaruhi perhitungan total biaya kesehatan suatu negara. Total biaya dari sektor pemerintah tidak dihitung dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh pemakai jasa (*income* pemerintah), tetapi dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh pemerintah (*expencc*) untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Total biaya kesehatan adalah penjumlahan biaya dari sektor pemerintah dengan besarnya dana yang dikeluarkan pemakai jasa pelayanan untuk sektor swasta.

### *Sumber biaya kesehatan*

Pelayanan kesehatan dibiayai dari berbagai sumber seperti berikut. Pemerintah, baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah (provinsi dan kabupaten/kota), dengan dana yang berasal dari pajak (umum dan penjualan), defisit keuangan (pinjaman luar negeri), serta asuransi sosial. Lalu, sumber swasta berasal dari perusahaan, asuransi kesehatan swasta, sumbangan sosial, pengeluaran rumah tangga, serta gotong royong masyarakat.

Sumber dana lain untuk upaya kesehatan masyarakat adalah swasta serta masyarakat. Sumber dari swasta dihimpun dengan menerapkan prinsip *public-private partnership* yang didukung dengan pemberian insentif, misalnya keringanan pajak untuk setiap dana yang disumbangkan. Sumber dana dari masyarakat dihimpun secara aktif oleh masyarakat guna membiayai upaya kesehatan masyarakat. Hal ini berupa dana sehat atau dilakukan secara pasif, yakni menambahkan aspek kesehatan dalam rencana pengeluaran dari dana yang sudah terkumpul di masyarakat, misalnya dana sosial keagamaan.

Selama ini, jaringan kemitraan antara sektor pemerintahan dan swasta belum dikembangkan secara optimal. Program-program kemitraan pemerintah dan swasta (*public and private mix*) masih dalam tahap perintisan. Kemitraan yang telah dibangun belum menampakkan kepekaan, kepedulian, serta rasa memiliki terhadap permasalahan dan upaya kesehatan.

Masyarakat termasuk swasta bukan semata-mata sebagai objek pembangunan kesehatan, melainkan juga sebagai subjek atau penyelenggara dan pelaku pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting agar masyarakat, termasuk swasta, dapat mampu dan mau berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan.

## **G. PEMBIAYAAN KESEHATAN PEMERINTAH**

Untuk kasus Indonesia, belum ada *grand strategy* yang terarah dalam peningkatan kualitas kesehatan individu dan masyarakat, yang dengan tegas tecermin dari minimnya pos anggaran kesehatan dalam APBN ataupun APBD. Belum lagi jika kita ingin bertutur tentang program pengembangan kesehatan maritim yang semestinya menjadi keunggulan komparatif negeri kita yang wilayah perairannya dominan. Pelayanan kesehatan di tiap sentra pelayanan selalu jauh dari memuaskan.

Minimnya anggaran negara yang diperuntukkan bagi sektor kesehatan dapat dipandang sebagai rendahnya apresiasi kita akan pentingnya bidang ini

sebagai elemen penyangga. Apabila terabaikan, hal itu akan menimbulkan rangkaian problem baru yang justru menyerap keuangan negara lebih besar lagi.

Pada kenyataannya, masih sangat banyak wilayah di negeri ini yang sangat jauh dari jangkauan pelayanan kesehatan berkualitas. Padahal, pada saat yang sama, kecenderungan epidemiologi penyakit tak kunjung berubah. Ini diperparah dengan lemahnya infrastruktur promotif dan preventif di bidang kesehatan.

Sebagai subsistem penting dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, terdapat beberapa faktor penting dalam pembiayaan kesehatan yang mesti diperhatikan. Pertama, besaran (kuantitas) anggaran pembangunan kesehatan yang disediakan pemerintah ataupun sumbangan sektor swasta. Kedua, tingkat efektivitas dan efisiensi penggunaan (fungsionalisasi) dari anggaran yang ada. Di Indonesia, proporsi anggaran pembangunan kesehatan tidak pernah mencapai angka dua digit dibanding dengan total APBN/APBD.

Padahal, Badan Kesehatan Dunia (WHO) jauh-jauh hari telah menstandarkan anggaran pembangunan kesehatan suatu negara pada kisaran minimal 5% dari GDP (*gross domestic product*/pendapatan domestik bruto). Pada tahun 2003, pertemuan para bupati/wali kota se-Indonesia di Blitar telah juga menyepakati komitmen besarnya anggaran pembangunan kesehatan di daerah-daerah sebesar 15% dari APBD. Kenyataannya, Indonesia hanya mampu mematok anggaran kesehatan sebesar 2,4% dari GDP atau sekitar 2,2-2,5% dari APBN.

Apa pun yang pernah terjadi, pemerintah sebagai tonggak utama dalam kebijakan pelayanan kesehatan tak boleh tinggal diam. Saat ini, banyak program layanan kesehatan yang telah dijalankan oleh pemerintah. Mulai dari berobat gratis, berobat dengan potongan biaya, dan jaring pengaman sosial. Semua program pemerintah dilakukan dengan jalan memberi subsidi.

## **H. PENGELOLAAN KARIER TENAGA MEDIS**

Survei Depkes tahun 1997 menunjukkan bahwa tenaga kesehatan di Indonesia, khususnya perawat kesehatan, yaitu sekitar 211.422 orang tenaga perawat dari 769.832 orang tenaga kesehatan di seluruh Indonesia. Untuk tahun 2010, direncanakan seluruh tenaga kesehatan mencapai sekitar 1.305.000 orang dengan 255,441 orang tenaga perawat profesional yang

dibutuhkan. Secara keseluruhan, tampaknya jumlah pengembangan dan penyediaan tenaga kesehatan pada tahun 2010 cukup seimbang. Akan tetapi, apabila ditinjau secara lebih spesifik, pengembangan untuk beberapa kategori tenaga kesehatan profesional masih kurang mencukupi. Salah satunya adalah tenaga perawat.

Untuk itu, usaha pengembangan tenaga kesehatan, khususnya tenaga perawat, perlu terus ditingkatkan agar tidak terjadi *the wrong man in the right place*, baik yang bekerja di rumah sakit maupun pusat-pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) atau institusi kesehatan lainnya. Adapun cara yang ditempuh dilakukan melalui pengembangan karier, seperti pendidikan, pelatihan, promosi jabatan, dan rotasi jabatan, termasuk pengalaman kerja sebagai penunjang dalam menduduki suatu jabatan (Simamora, 1997).

Pendidikan dalam hal ini, yaitu pendidikan formal yang mengarah pada pengembangan karier sehingga akan meningkatkan motivasi pegawai dalam mengikuti program pendidikan. Begitu pula dengan pelatihan, pelatihan yang diharapkan adalah pelatihan yang terpadu, yaitu terlihat *kaftan* antara satu pelatihan dan pelatihan lainnya serta tidak terputus-putus/berkesinambungan (Depkes RI, 1994). Tujuannya, meningkatkan peluang dalam memikul tanggung jawab yang lebih meningkat. Sementara itu, mutasi adalah pengembangan karier, baik dengan memindahkan pegawai tersebut secara horizontal maupun dalam posisi sama yang didudukinya sekarang (vertikal). Maksudnya, memberikan peluang untuk mengembangkan keterampilan baru dan menguji kecerdasannya (*Pengelolaan Karier*, 2000). Pengalaman kerja ditujukan bagi perawat yang akan menduduki jabatan sebagai pengelola pelayanan keperawatan minimal 1—3 tahun, seperti kepala bidang keperawatan, kepala seksi perawatan, pengawas perawatan, dan sebagainya yang memenuhi syarat. Sementara itu, jabatan sebagai pelaksana keperawatan, seperti pelaksana perawatan di unit rawat jalan, ruang rawat, kamar bersalin, dan unit gawat darurat, tidak memerlukan pengalaman kerja, kecuali pelaksana perawatan di kamar bedah, yaitu minimal 1—2 tahun (Depkes RI, 1991).

### *Model desentralisasi pengelolaan kesehatan*

Seperti yang telah diuraikan sebelumnya, sedikitnya ada tiga model desentralisasi dalam bidang kesehatan, yaitu dekonsentrasi, devolusi, dan delegasi. Di beberapa negara, seperti India dan Bangladesh, digunakan model dekonsentrasi, yaitu menyerahkan tanggung jawab administratif dari pusat ke

daerah. Indonesia mengikuti model devolusi, yaitu desentralisasi sektor publik ke daerah dengan kekuatan perundang-undangan. Oleh karena itu, pemerintah daerah di Indonesia bisa menyusun sendiri PAD (pendapatan asli daerah).

Desentralisasi bisa bermanfaat positif ataupun negatif bagi status kesehatan. Devolusi bisa meningkatkan status kesehatan masyarakat, tetapi juga bisa melemahkan status kesehatan masyarakat. Secara umum, hal ini dipengaruhi oleh prioritas yang dibuat. Di Indonesia, kebijakan pelaksanaan kesehatan tertentu dilakukan tanpa ada suatu kebijakan yang mengaturnya, tidak jelas siapa yang harus menyediakan layanan. Masyarakat di Indonesia bisa mengajak pemerintah untuk membuat kebijakan tersebut. Pada daerah yang penduduknya kurang dan ekonominya rendah, devolusi bisa menimbulkan masalah pada biaya. Perbedaan sumber daya, keterampilan, alokasi dana, dan infrastruktur yang tidak cukup juga bisa menjadi persoalan.

## **I. PERUBAHAN PARADIGMA MANAJEMEN KEUANGAN KESEHATAN**

### **1. Pandangan dalam Manajemen Keuangan Kesehatan**

Tidak dapat dimungkiri bahwa organisasi pelayan kesehatan mempunyai pengaruh yang sangat besar dalam kehidupan bermasyarakat di Indonesia. Setiap organisasi pelayan kesehatan pasti mempunyai tujuan, sasaran, agenda kegiatan, ataupun program bagi masyarakat yang dituju. Dengan demikian, implikasinya adalah timbulnya kebutuhan akan pengelolaan organisasi pelayan kesehatan tersebut. Beberapa tugas dan fungsi organisasi pelayan kesehatan menjadi salah satu *agent of public service* bagi sebuah masyarakat.

Manajemen keuangan adalah suatu kegiatan perencanaan, penganggaran, pemeriksaan, pengelolaan, pengendalian, pencarian, dan penyimpanan dana yang dimiliki oleh organisasi. Oleh karena itu, manajemen keuangan organisasi pelayan kesehatan ini sangat erat kaitannya dengan perencanaan, penganggaran, dan pelaksanaan seluruh kegiatan dalam sebuah organisasi pelayanan kesehatan. Setelah itu, mekanisme pertanggungjawaban menjadi bagian yang tidak terpisahkan dan tidak akan pernah ditinggalkan dalam pelaksanaan seluruh aktivitas organisasi pelayanan kesehatan tersebut.

Dalam konteks idealitas secara umum, tidak ada satu organisasi pelayanan kesehatan pun yang bertujuan pada ketidakjujuran, pelanggaran terhadap amanah, ataupun pelarian dari tanggung jawab. Apabila program

sudah dijalankan, pertanggungjawaban harus dilakukan. Jadi, seluruh aspek dalam pengelolaan organisasi pelayanan kesehatan menjadi bahan yang harus dipertanggungjawabkan oleh penanggung jawab program atau pelaku organisasi pelayanan kesehatan.

Untuk mengkaji lebih dalam tentang manajemen, khususnya manajemen keuangan kesehatan, perlu disampaikan pandangan tentang manajemen keuangan kesehatan sebagai berikut.

a. Manajemen sebagai suatu sistem

Manajemen dipandang sebagai suatu kerangka kerja yang terdiri atas berbagai bagian yang saling berhubungan dan yang diarahkan dalam rangka pencapaian tujuan organisasi pelayanan kesehatan.

b. Manajemen sebagai suatu proses

Manajemen sebagai rangkaian tahapan kegiatan yang diarahkan pada pencapaian tujuan dengan memanfaatkan sumber daya yang tersedia. Manajemen sebagai suatu proses dapat dipelajari dari fungsi-fungsi manajemen yang dilaksanakan oleh manajer.

c. Manajemen sebagai proses pemecahan masalah

Proses manajemen dalam praktiknya dapat dikaji dari proses pemecahan masalah yang dilaksanakan oleh semua bagian/komponen yang ada dalam organisasi pelayanan kesehatan.

Melalui manajemen keuangan ini, diharapkan tercapai hasil kegiatan kesehatan secara efektif dan efisien.

## **2. Tujuan dan Manfaat Manajemen Keuangan Kesehatan**

Tujuan dan manfaat manajemen keuangan di organisasi pelayanan kesehatan sebagai berikut.

a. Menetapkan struktur keuangan organisasi pelayanan kesehatan. Hal ini dilakukan dengan menetapkan kebutuhan organisasi pelayanan kesehatan terhadap dana untuk sekarang (modal kerja jangka pendek) dan masa depan (keperluan investasi jangka panjang) serta menetapkan sumber dana yang dapat menutup kebutuhan-kebutuhan itu secara sehat. Dalam prinsipnya, kebutuhan dana jangka pendek dibiayai oleh sumber jangka pendek dan kebutuhan dana jangka panjang dibiayai oleh sumber jangka panjang.

b. Mengalokasikan dana sedemikian agar dapat memperoleh tingkat efisiensi atau profitabilitas yang optimal.

- c. Mengendalikan keuangan perusahaan dengan mengadakan sistem dan prosedur yang dapat mencegah penyimpangan, mengambil langkah perbaikan jika terjadi penyimpangan dalam pelaksanaan usaha, serta memengaruhi struktur keuangan dan alokasi dana.

Untuk dapat menjalankan fungsi dan tugasnya, manajemen keuangan memerlukan dukungan akuntansi yang melakukan pencatatan, penggolongan, serta peringkasan peristiwa-peristiwa dan kejadian-kejadian. Setidaknya, sebagian bersifat keuangan dengan cara yang setepat-tepatnya dan dengan petunjuk atau yang dinyatakan dalam uang serta penafsiran terhadap hal-hal yang timbul daripadanya.

### 3. Siklus Manajemen Keuangan Kesehatan

Manajemen keuangan adalah manajemen terhadap fungsi-fungsi keuangan. Fungsi keuangan adalah kegiatan utama yang harus dilakukan oleh mereka yang bertanggung jawab dalam bidang tertentu. Fungsi manajemen keuangan adalah menggunakan dana dan menempatkan dana.

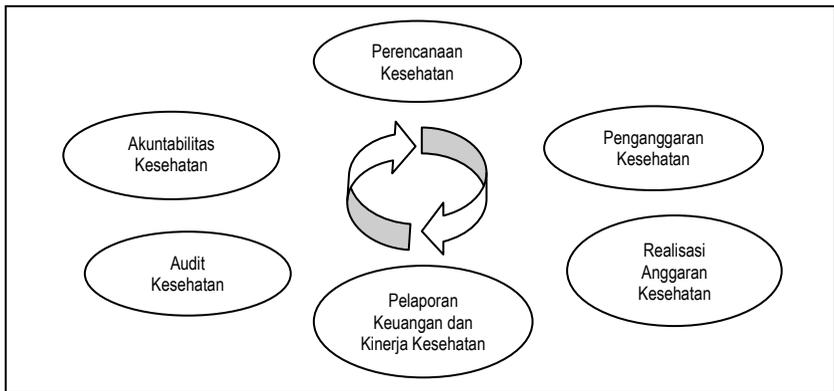
Manajemen dalam bisnis perusahaan terdiri atas beberapa individu yang dikelompokkan menjadi tiga kelompok berikut.

- a. Kelompok manajemen tingkat pelaksana (*operational management*) yang meliputi para supervisor.
- b. Kelompok manajemen menengah meliputi kepala departemen/bidang, manajer devisi, dan manager cabang.
- c. Manajemen eksekutif atau disebut juga manajemen puncak eksekutif sebagai penanggung jawab dari fungsi-fungsi: pemasaran, pembelanjaan, produksi, pembiayaan, dan akuntansi. Manajemen eksekutif secara prinsipil berkenaan dengan pembuatan keputusan jangka panjang, manajemen menengah berkaitan dengan keputusan jangka menengah, dan manajemen operasional berkaitan dengan keputusan jangka pendek.

Konsep manajemen dapat digambarkan dalam kalimat “membuat keputusan, memberi perintah, menetapkan kebijakan, menyediakan pekerjaan dan *system reward* (imbalan), serta mempekerjakan orang untuk melaksanakan kebijakan”. Manajemen menetapkan tujuan yang akan dicapai dengan mengintegrasikan pengetahuan dan keterampilan melalui kecakapan dan pengalaman personel. Supaya berhasil, manajemen harus melaksanakan secara efektif fungsi-fungsi perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan. Perencanaan dan pengorganisasian merupakan fungsi utama manajemen

eksekutif, sedangkan pengawasan merupakan fungsi operasional. Pelaksanaan ketiga fungsi utama tadi perlu keterlibatan dari tiap tingkatan manajemen.

Manajemen memiliki tiga tahapan penting, yaitu tahap perencanaan, tahap pelaksanaan, dan tahap penelitian. Ketiga tahap tadi, apabila diterapkan dalam manajemen keuangan, menjadi tahap perencanaan keuangan, tahap pelaksanaan, dan tahap penilaian.



Gambar 1.2  
Siklus Akuntansi Sektor Publik (Sektor Kesehatan)

Pada gambar siklus akuntansi sektor publik di sektor kesehatan Indonesia, terlihat bahwa manajemen kesehatan pun seyogianya terdiri atas elemen-elemen berikut.

a. Perencanaan kesehatan

Proses perencanaan yang dilaksanakan ini akan menentukan aktivitas dan fokus strategi organisasi pelayanan kesehatan. Dalam prosesnya, perencanaan membutuhkan partisipasi publik yang akan sangat menentukan kualitas serta berterimanya arah dan tujuan organisasi pelayanan kesehatan. Aspek yang terkandung dalam perencanaan adalah perumusan tujuan dan cara mencapai tujuan tersebut dengan memanfaatkan sumber daya yang ada.

b. Penganggaran kesehatan

Anggaran memberikan rencana detail atas pendapatan dan pengeluaran organisasi pendidikan. Hal ini dilakukan agar pembelanjaan dapat

dipertanggungjawabkan kepada publik. Tanpa anggaran, organisasi tidak dapat mengendalikan pemborosan pengeluaran. Bahkan, tidak berlebihan jika dikatakan bahwa pengelola/pengguna anggaran dan manajer publik lainnya dapat dikendalikan melalui anggaran.

c. Realisasi anggaran kesehatan

Realisasi anggaran pendidikan merupakan pelaksanaan anggaran publik yang telah direncanakan dan ditetapkan dalam program dan kegiatan yang nyata. Ini berarti fokus pelaksanaan anggaran adalah operasionalisasi program atau kegiatan yang telah direncanakan dan ditetapkan. Selain itu, realisasi anggaran menunjuk pada arahan atau pengendalian sistematis dari proses-proses yang mengubah *input* menjadi barang dan jasa. Dalam hal ini, proses sangat terkait dengan kualitas keluaran. Realisasi anggaran terangkai dari suatu siklus yang terdiri atas kegiatan persiapan, proses pelaksanaan, dan penyelesaian.

d. Pengadaan barang dan jasa kesehatan

Pengadaan barang dan jasa pendidikan adalah proses, cara, serta tindakan dalam menyediakan barang dan jasa bagi organisasi pelayanan kesehatan. Barang dan jasa yang disediakan merupakan bentuk pelayanan dalam memenuhi kebutuhan masyarakat agar tercapainya tujuan organisasi pelayanan kesehatan.

e. Pelaporan keuangan dan kinerja kesehatan

Laporan keuangan adalah hasil akhir dari proses akuntansi. Sebagai hasil akhir dari proses akuntansi, laporan keuangan menyajikan informasi yang berguna untuk pengambilan keputusan oleh berbagai pihak yang berkepentingan. Laporan keuangan menggambarkan pencapaian kinerja program dan kegiatan, kemajuan realisasi pencapaian target pendapatan, realisasi penyerapan belanja, serta realisasi pembiayaan. Perlu diperhatikan, ada beberapa komponen laporan, seperti neraca, laporan laba rugi, laporan perubahan modal, laporan arus kas yang dilengkapi oleh catatan atas laporan keuangan, ataupun laporan tambahan lainnya, seperti pada laporan tahunan dan prospektus. Sementara itu, laporan kinerja adalah ikhtisar yang menjelaskan secara ringkas dan lengkap capaian kinerja yang disusun berdasarkan rencana kerja yang ditetapkan dalam rangka pelaksanaan anggaran pendapatan dan belanja organisasi pelayanan kesehatan.

## f. Audit kesehatan

Pengujian atas laporan keuangan, laporan kinerja, dan laporan lainnya oleh auditor independen ini bertujuan mengekspresikan suatu opini secara jujur tentang posisi keuangan, hasil operasi, kinerja, dan aliran kas yang disesuaikan dengan prinsip akuntansi berterima umum. Laporan auditor merupakan media yang mengekspresikan opini auditor atau dalam kondisi tertentu menyangkal suatu opini.

## g. Pertanggungjawaban kesehatan

Dalam organisasi pelayanan kesehatan, pertanggungjawaban atau akuntabilitas adalah pertanggungjawaban tindakan dan keputusan dari para pemimpin atau pengelola organisasi pendidikan kepada pihak yang memiliki kepentingan (*stakeholder*) serta masyarakat yang memberikan amanah kepadanya berdasarkan sistem pemerintahan yang berlaku.

**LATIHAN**

---

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan arah pandangan manajemen kesehatan Indonesia!
- 2) Jelaskan ideologi kesehatan di Indonesia!
- 3) Jelaskan implikasi hasil pembangunan terhadap sektor kesehatan!
- 4) Jelaskan perubahan paradigma manajemen keuangan kesehatan!

*Petunjuk jawaban latihan*

## 1. Arah pandangan manajemen kesehatan Indonesia

Sehat adalah suatu keadaan yang optimal, baik fisik, mental, maupun sosial, dan tidak hanya terbatas pada keadaan bebas dari penyakit atau kelemahan. Tujuan sehat yang ingin dicapai oleh sistem kesehatan adalah peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Sesuai tujuan sistem kesehatan tersebut, administrasi (manajemen) kesehatan tidak dapat disamakan dengan administrasi niaga (*business administration*) yang lebih banyak berorientasi pada upaya mencari keuntungan finansial (*profit oriented*). Administrasi kesehatan lebih tepat digolongkan dalam administrasi umum/publik (*public*

*administration*). Oleh karena itu, organisasi kesehatan lebih mementingkan pencapaian kesejahteraan masyarakat umum.

## 2. Ideologi kesehatan di Indonesia

Ideologi sistem kesehatan yang diterapkan di Indonesia seiring dengan tahapan sejarah yang berkembang selama ini. Sejak awal berdirinya, sebenarnya Indonesia sudah mempunyai ideologi yang berbasis pasar. Ideologi berbasis pasar ini semakin tampak pada masa Orde Baru yang semakin lama semakin mengurangi peran pemerintah. Namun, menarik untuk diamati bahwa dalam beberapa tahun belakangan ini, terjadi penguatan peran pemerintah yang mencerminkan ideologi yang tidak menyerahkannya ke pasar. Kebijakan kesehatan memerlukan mekanisme kontrol dan pola pengelolaan yang tepat. Apa pun ideologinya sebaiknya tetap memperhatikan “tombol pengendali” yang dapat memengaruhi hasil pembangunan kesehatan.

## 3. Implikasi hasil pembangunan terhadap sektor kesehatan

Saat ini, dirasakan bahwa hasil-hasil pembangunan nasional bidang kesehatan belum optimal. Penyebab ketidakefektifan hasil pembangunan di bidang kesehatan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Sementara itu, pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain ketersediaan dan mutu fasilitas pelayanan kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan, tenaga kesehatan, serta pembiayaan dan manajemen kesehatan. Di bidang obat dan perbekalan kesehatan, telah ditetapkan standar cara pembuatan obat yang baik (CPOB) dan jenis obat generik yang mencakup 220 obat. Dalam hal tenaga kesehatan, Indonesia mengalami kekurangan pada hampir semua jenis tenaga kesehatan yang diperlukan.

## 4. Perubahan paradigma manajemen keuangan kesehatan

Beberapa tugas dan fungsi organisasi pelayanan kesehatan menjadi salah satu *agent of public service* bagi sebuah masyarakat. Manajemen keuangan adalah suatu kegiatan perencanaan, penganggaran, pemeriksaan, pengelolaan, pengendalian, pencarian, dan penyimpanan dana yang dimiliki oleh organisasi. Seluruh aspek dalam pengelolaan organisasi pelayanan kesehatan menjadi bahan yang harus dipertanggungjawabkan oleh penanggung jawab program atau pelaku organisasi pelayanan kesehatan. Manajemen keuangan adalah manajemen terhadap fungsi-fungsi keuangan. Sementara itu, fungsi

keuangan adalah kegiatan utama yang harus dilakukan oleh mereka yang bertanggung jawab dalam bidang tertentu. Fungsi manajemen keuangan adalah menggunakan dana dan menempatkan dana. Manajemen menetapkan tujuan yang akan dicapai dengan mengintegrasikan pengetahuan dan keterampilan melalui kecakapan dan pengalaman personel. Manajemen memiliki tiga tahapan penting, yaitu tahap perencanaan, tahap pelaksanaan, dan tahap penelitian. Manajemen kesehatan terdiri atas elemen-elemen: perencanaan kesehatan, penganggaran kesehatan, realisasi anggaran, pengadaan barang dan jasa kesehatan, pelaporan keuangan dan kinerja kesehatan, audit kesehatan, serta pertanggungjawaban kesehatan.



## RANGKUMAN

---

Manajemen kesehatan masyarakat adalah penerapan manajemen umum dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat. Yang menjadi objek dan sasaran manajemen adalah sistem pelayanan kesehatan masyarakat. Organisasi kesehatan lebih mementingkan pencapaian kesejahteraan masyarakat umum. Sejak awal berdirinya, sebenarnya Indonesia sudah mempunyai ideologi yang berbasis pasar. Ideologi berbasis pasar ini semakin tampak pada masa Orde Baru yang semakin lama semakin mengurangi peran pemerintah. Namun, menarik untuk diamati bahwa dalam beberapa tahun belakangan ini, terjadi penguatan peran pemerintah yang mencerminkan ideologi yang tidak menyerahkannya kepada pasar. Kebijakan kesehatan memerlukan mekanisme kontrol dan pola pengelolaan yang tepat. Untuk itu, apa pun ideologinya sebaiknya tetap memperhatikan “tombol pengendali” yang dapat memengaruhi hasil pembangunan kesehatan.

Saat ini, dirasakan bahwa hasil-hasil pembangunan nasional bidang kesehatan belum optimal. Ketidakefektifan ini, selain disebabkan oleh semakin besarnya tantangan dari lingkungan strategis yang ada, baik secara nasional, regional, maupun internasional, juga dapat dilihat dari perspektif bahwa saat ini sesungguhnya dalam menjalankan paradigma nasional belum sesuai harapan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Di bidang obat dan perbekalan kesehatan, telah ditetapkan standar cara pembuatan obat yang baik (CPOB) dan jenis obat generik yang mencakup 220 obat. Dalam hal tenaga kesehatan, Indonesia

mengalami kekurangan pada hampir semua jenis tenaga kesehatan yang diperlukan.

Keberhasilan pembangunan, termasuk pembangunan kesehatan di Indonesia, sangat terkait dengan keberadaan paradigma nasional dalam kehidupan berbangsa dan bernegara. Paradigma nasional merupakan acuan untuk melihat apakah kondisi status kesehatan bangsa Indonesia sudah sesuai dengan tujuan nasional atau tidak. Paradigma nasional adalah acuan dasar dalam melaksanakan upaya untuk mencapai tujuan nasional melalui pembangunan nasional. Paradigma nasional dalam pembangunan kesehatan sebagai berikut. Pancasila sebagai landasan idiil, UUD 1945 sebagai landasan konstitusional, wawasan nusantara sebagai landasan visional, dan ketahanan nasional sebagai landasan konsepsional.



### TES FORMATIF 3

---

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Salah satu dari sepuluh penyakit dengan prevalensi tertinggi adalah ....
  - A. kanker rahim
  - B. hipertiroid
  - C. diabetes
  - D. ISPA
  
- 2) Manajemen dipandang sebagai suatu kerangka kerja yang terdiri atas berbagai bagian yang saling berhubungan dan yang diarahkan dalam rangka pencapaian tujuan organisasi pelayanan kesehatan. Hal ini merupakan cara pandang manajemen sebagai ....
  - A. suatu proses
  - B. proses pemecahan masalah
  - C. suatu sistem
  - D. akar dari masalah
  
- 3) Perumusan tujuan dan cara mencapai tujuan tersebut dengan memanfaatkan sumber daya yang ada merupakan elemen manajemen keuangan kesehatan dari aspek ....
  - A. penganggaran kesehatan
  - B. pengadaan barang dan jasa kesehatan

- C. audit kesehatan
  - D. perencanaan kesehatan
- 4). Pelaksanaan anggaran publik yang telah direncanakan dan ditetapkan dalam program dan kegiatan yang nyata, merupakan pengertian dari elemen ....
- A. perencanaan kesehatan
  - B. penganggaran kesehatan
  - C. realisasi anggaran kesehatan
  - D. pengadaan barang dan jasa kesehatan

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes Formatif 3 yang terdapat di bagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut untuk mengetahui tingkat penguasaan Anda terhadap materi Kegiatan Belajar 3.

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{Jumlah Jawaban yang Benar}}{\text{Jumlah Soal}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan: 90 - 100% = baik sekali  
80 - 89% = baik  
70 - 79% = cukup  
< 70% = kurang

Apabila mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, Anda dapat meneruskan dengan modul selanjutnya. **Bagus!** Jika masih di bawah 80%, Anda harus mengulangi materi Kegiatan Belajar 3, terutama bagian yang belum dikuasai.

## Kunci Jawaban Tes Formatif

### *Tes Formatif 1*

- 1) C
- 2) B
- 3) B
- 4) D

### *Tes Formatif 2*

- 1) D
- 2) A
- 3) D
- 4) C

### *Tes Formatif 3*

- 1) D
- 2) C
- 3) D
- 4) C

## Daftar Pustaka

- Banerjee, S.B. dan S. Linstead. (2001). *Globalization, Multiculturalism and Other Fictions: Colonialism for the New Millennium Organization*.
- Bastian, Indra. (2001). *Akuntansi Sektor Publik di Indonesia*. Edisi Pertama. Yogyakarta: BPFE.
- Covey, Stephen R. (2004). *The 7 Habits of Highly Effective People: Powerful Lessons in Personal Change*. Simon & Schuster.
- IFAC Public Sector Committee. (2000). *Governmental Financial Reporting*. International Federation of Accountants. New York.
- IFAC. (1991). *Study No. 1 – Financial Reporting by National Governments*.
- IFAC. (1993). *Proposed Study 2 – Elements of the Financial Statements of National Governments*.
- Meighan, R. & C. Harber. (2007). *A Sociology of Educating*. London: Continuum.
- Misra, R.P. (1981). *Development Where People Matter: Case for A Comprehensive Social Policy*. Maruzen, Asia, Nagoya: Regional Development Alternatives, International Perspectives.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Rangkuti, F. (2002). *Analisis SWOT: Teknik Membedah Kasus Bisnis*. Jakarta: PT Gramedia.
- Rondinelli, D.A. (1983). *Decentralization in Developing Countries (Staff Working Paper)*. Washington D.C.: World Bank,

Simamora, Henry. (1997). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Edisi Kedua. STIE YKPN.

Stiglitz, J.E., W.W. (2002). *Globalization and Its Discontents*. Norton & Company.

Susanto, D. (2000). *Pendekatan Paradigma Baru Ilmu Penyuluhan Pembangunan*. Sumbang.