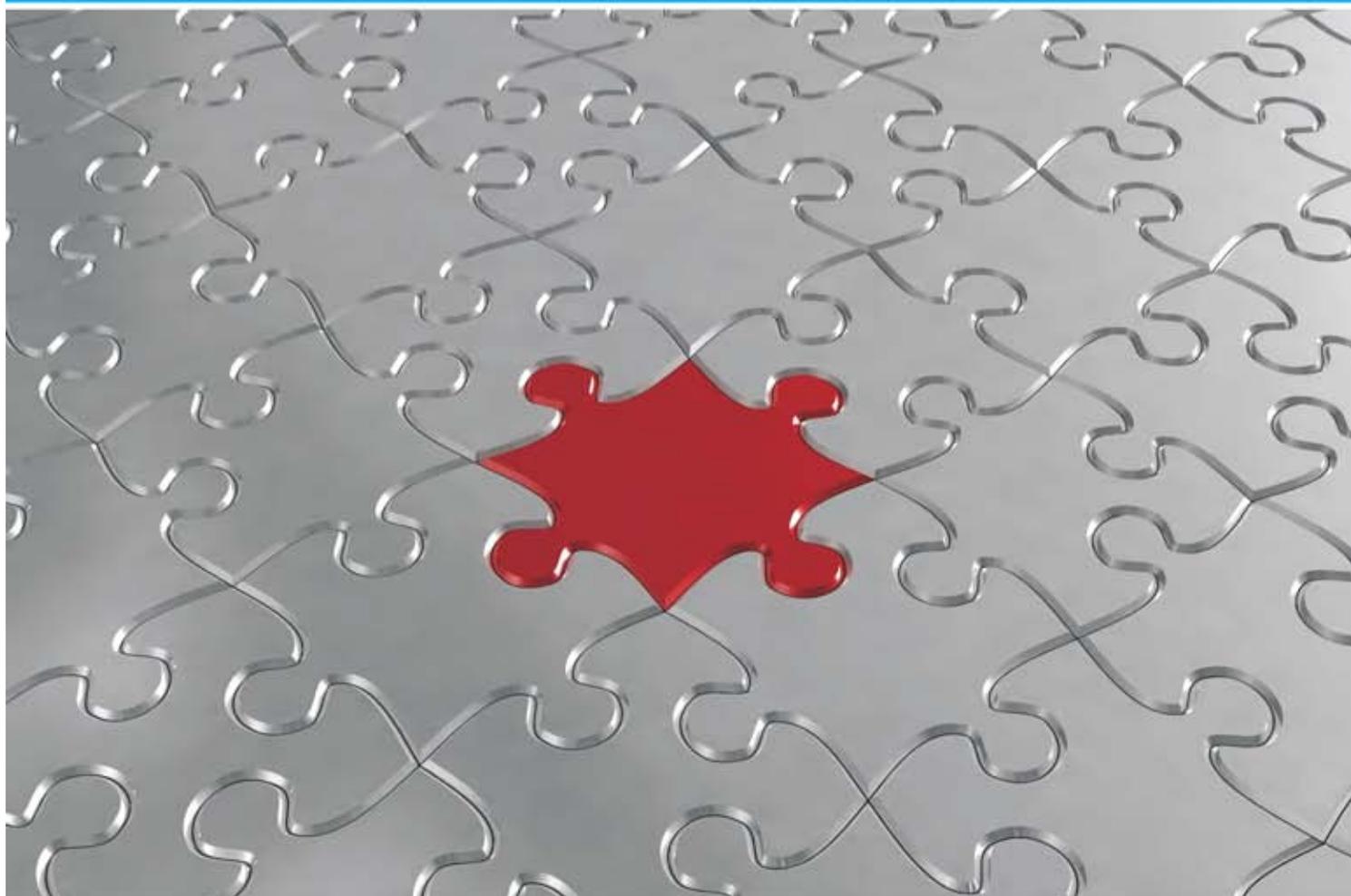


GTZ SISKES di Nusa Tenggara, 2006 - 2009

Fakta
Uji Petik
Studi Kasus
& Praktek Terbaik



GTZ SISKES in Nusa Tenggara, 2006 - 2009

Facts
Lessons Learnt
Case Studies
& Best Practices



Untuk mengenang teman-teman kami yang turut memberi sumbangan dalam proyek ini:

Janette Margaret O'Neill (14 May 1955 - 16 November 2009)
James Darmawan (9 June 1950 - 11 December 2009)

© 2009

Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH
Dag-Hammarskjöld-Weg 1-5
65760 Eschborn, Germany

First Published December 2009

Published by
Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH

The Findings, interpretations and conclusions expressed herein do not necessarily reflect the view of the Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, or the governments they represent.

All Rights Reserved

GTZ SISKES & HRD in Nusa Tenggara, 2006 - 2009: Lessons Learnt working in the Indonesian Health Sector in the West & East Nusa Tenggara Province, Indonesia.

GTZ SISKES & PSDM di Nusa Tenggara, 2006 - 2009

Uji Petik kerjasama di Sektor Kesehatan di Provinsi Nusa Tenggara Barat & Nusa Tenggara Timur, Indonesia

Editor:

James Carl Sonnemann

Principal Advisor:

Gertrud Schmidt-Ehry

Layout & Design

Karsten van der Oord

gtz



Funded by:







Table of contents

Lembar Informasi: SISKES.....	1
Lembar Informasi: PSDM.....	5
Menghubungkan metodologi IHPB & DTPS-MNCH.....	9
Memperkenalkan District dan Provincial Health Accounts di Provinsi NTB: Tinjauan terhadap Pembiayaan Publik.....	15
Pengembangan Sektor Kesehatan dalam era otonomi daerah: Pendekatan “Think - Tank”	26
Fleksibilitas dan kreativitas dalam menemukan solusi perbedaan prioritas antara Badan Bantuan Luar Negeri dengan Mitra Kerja untuk pencapaian yang lebih tinggi.....	30
Apakah Pertemuan koordinasi para donor program Kesehatan Reproduksi memang bermanfaat?	34
Pentingnya Pemilihan strategi percobaan yang benar. Antara yang teratur dengan percobaan kerjasama penuh.....	44
Mitra yang berbeda meminta pendekatan yang berbeda: Pelaksanaan Desa Siaga di NTB dan NTT	48
Stakeholders NTB menggabungkan Sumber Daya untuk Menanggapi Komitmen Politik: Pengalaman dari Kolaborasi.....	52
Memfungsikan Sistem Rujukan: Uji Coba di Lombok Barat.....	56
Pelatihan PONED: Pengalaman Proyek SISKES di Provinsi NTB.....	64
Pemberdayaan dari dalam: Apa yang menggerakkan masyarakat untuk menurunkan kasus kematian maternal dan neonatal?.....	79
Study Masyarakat untuk Perubahan Perilaku: Mencuci tangan dan Potong kuku menurunkan kasus diare pada bayi.....	93
Kerjasama dengan VSO melalui kolaborasi dengan sukarelawan tenaga ahli yang bekerja di tingkat masyarakat untuk membawa pada pencapaian yang lebih tinggi dari proyek SISKES.....	99
Penerapan metodologi WISN pada sistem pelayanan kesehatan terdesentralisasi: pengalaman di Provinsi NTT.....	103



SISKES

LEMBAR INFORMASI

SISKES Peningkatan Sistem Kesehatan Kabupaten di NTT dan NTB

Pemerintah Jerman telah memberi dukungan di bidang kesehatan kepada Indonesia di provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) sejak 1999 dan provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) sejak 2006. Melalui GTZ sebagai lembaga pelaksana, sejak tahun 2006 proyek SISKES mendapat pendanaan patungan dari Pemerintah Inggris (DFID) untuk menggarap Peningkatan Sistem Kesehatan Kabupaten yang berfokus pada Kesehatan Maternal dan Neonatal.

Pengembangan kapasitas berkelanjutan dan kerja sama dengan Pemerintah Indonesia untuk mengaitkan semua tingkatan merupakan salah satu prinsip kerjasama teknis. Kebijakan dan Pedoman dari Pusat serta prioritas daerah dan harmonisasi antar pemangku kepentingan merupakan dasar dari kerjasama ini.

Salah satu kemungkinan kerjasama di lapangan adalah kerjasama dengan lembaga profesi dan LSM lokal serta pihak lain. Penggunaan mekanisme subsidi lokal (saat memungkinkan) untuk membantu mitra dari pihak pemerintah dalam implementasi merupakan cara yang ditempuh agar ada kepemilikan yang lebih baik.

SISKES I	NTT	East Sumba, Alor	1999 - 2002	2.452.000 Euro
SISKES II	NTT	East Sumba, Alor, Belu, Kupang, Maumere, Timor Tengah Selatan (TTS), Rote Ndao, Ende	2003-2005	2.345.000 Euro
SISKES III	NTT & NTB	NTT: 16 kabupaten untuk pengembangan sistem; 6 kab. didukung untuk MPS: Kota/Kab. Kupang, TTS, TTU, Belu, Rote NTB: ke-10 kab. untuk pengembangan sistem; 5 kabupaten didukung MPS: Mataram, Lobar, Kota Bima, Sumbawa, Sumbawa Barat	2006-2009	10,15 Jt Euro (BMZ: 4,000 Jt Euro; DFID 4,20 jt £)

Bidang Kerjasama Utama:

1. Penguatan Sistem Kesehatan:

- Berdasarkan siklus perencanaan dan penganggaran pemerintah, proyek ini berupaya memperkuat sistem dengan menghubungkan berbagai tingkatan pemerintah sehingga perencanaan didasarkan pada data dan prioritas daerah daerah sesuai dengan kebijakan dan standar nasional. Penguatan perencanaan dan penganggaran kesehatan (IHPB) dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten di kedua

provinsi. Instrumen monitoring dan evaluasi (Monev) menyediaka kajian terpadu sebelum siklus perencanaan baru dimulai. Enam belas kab/kota di NTT dan ke-10 kab/kota di NTB terlibat dalam IHPB. Semua Puskesmas (272 di NTT dan 142 di NTB) merupakan bagian dari proses IHPB sebagai langkah awal IHPB.

- Analisa belanja - DHA (District Health Account) dan PHA (Provincial HA) merupakan aspek penting dalam pengembangan sistem dan dilaksanakan di ke-10 kabupaten di NTB dan digunakan untuk perencanaan dan penganggaran serta untuk meningkatkan transparansi belanja publik. Anggaran Daerah sudah tersedia untuk melanjutkan DHA setelah 2009 di NTB. GTZ SISKES bekerja sama dengan GTZ Good Local Governance (GLG) dan proyek kebijakan (PAF) mendukung pengembangan model pembiayaan untuk orang miskin di NTB yang belum tercakup JAMKESMAS. Di NTT, SISKES II mendukung analisa belanja di Sumba Timur (2001-2003), dan DHA saat ini didukung oleh AusAID di 9 kab/kota.
- SISKES mendukung penguatan Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA) melalui Tim SIKDA di Dikes Provinsi dan Kabupaten di kedua provinsi. Di Kabupaten Belu - NTT format SIKDA yang disederhanakan dan perangkat lunaknya dikembangkan dan disetujui oleh Dinas Kesehatan Provinsi untuk dilakukan di semua kabupaten. Di NTB, sistem terkomputerisir dan manual dilaksanakan di 30 Puskesmas untuk dikaji dan diperluas akhir tahun 2009, Satu rumah sakit di NTB mengembangkan Sistem Informasi terkomputerisir.
- Forum untuk koordinasi donor di tingkat provinsi sudah dibentuk di NTT dan NTB dan sepenuhnya berada di bawah pengawasan pemerintah Indonesia (NTT oleh Dikes Provinsi dan di NTB oleh BAPPEDA).

2. Manajemen Pelayanan Kesehatan:

- Alat Bantu Pelatihan Manajemen Puskesmas Komprehensif dikembangkan dan digunakan di kedua provinsi. Di NTT evaluasi terhadap 79 dari 103 Puskesmas yang dilatih menunjukkan peningkatan kinerja dan kepuasan pasien. Di NTB,

31 dari 60 Puskesmas dilatih dan menunjukkan peningkatan kinerja dan kepuasan pasien. Alat Bantu itu kemudian diadaptasikan oleh Depkes untuk mengakomodasi kurikulum baru.

- Sejak 2003 Rumah Sakit di NTT mendapatkan banyak dukungan peningkatan manajemen dan infrastruktur melalui GTZ maupun KfW/EPOS. KfW menyediakan peralatan dan dukungan untuk monitoring kinerja, pengadaan dan pemeliharaan alat, business planning, dan manajemen keperawatan di 14 rumah. GTZ/Saniplan memberi dukungan kepada 7 rumah sakit (Sumba Timur, Alor, Belu, Ende, Kupang, Maumere, dan TTS) dan mengembangkan kapasitas untuk mencapai status otonomi. Semua diarahkan ke manajemen mutu menggunakan model European Foundation for Quality Management, dan pembentukan kelompok pelatih. Empat Rumah Sakit (Sumba Timur, Alor, Belu, & Ende) diberikan pelatihan intensif dalam akuntansi dan manajemen SDM. Tahun 2009 tiga diantaranya didukung untuk memfokuskan proses peningkatan manajemen terkait keselamatan pasien (Kupang, Belu, TTS). Pelatihan Manajemen Rumah Sakit di NTB dilakukan di ke-7 kabupaten dalam kerjasama dengan Universitas Gajah Mada/Yogyakarta (UGM), dan proses peningkatan mutu yang berkelanjutan sudah dimulai.
- Setelah kajian terhadap system rujukan di 5 kabupaten MPS, sebuah pedoman rujukan dan rujukan balik yang mengintegrasikan pedoman rujukan 1972 dan Pedoman MPS tahun 2004 diuji coba di Lombok Barat NTB. Pedoman ini telah diadaptasi dan diujicoba di Belu- NTT. Format rujukan balik saat ini sudah digunakan di kedua provinsi dan pendekatan ini sudah siap diperluas.

.3. Peningkatan Pelayanan Klinis:

- SISKES mendukung pelatihan APN inisiatif Depkes bagi 347 dari 1058 bidan (240 sepenuhnya didanai GTZ) di NTT dan untuk 432 dari 553 bidan (60 didukung GTZ) di NTB. Evaluasi oleh SISKES menunjukkan bahwa kinerja bidan meningkat. SISKES mendukung pelatihan PONEB untuk 18 tim (4 tim didanai SISKES) di NTB dan 12 tim di NTB (sepenuhnya didanai SISKES) di

6 kabupaten. Evaluasi dampak pelatihan sebagai bagian tak terpisahkan semua pelatihan yang dilakukan proyek, menggunakan temuan dari audit maternal di 5 kabupaten NTB untuk menunjukkan bahwa keterlambatan pengambilan keputusan dari fasilitas dan keterlambatan mendapatkan perawatan yang tepat di Polindes & Puskesmas sudah menurun namun di rumah Sakit belum menurun.

- Di NTB pelatihan juga untuk ketrampilan neonatal dasar dilakukan dan dikaji bagi 26 peserta dari 5 Rumah Sakit kab., perawatan neonatal darurat bagi 5 dokter di Kota Mataram dan pelatihan 3 bulan untuk kedaruratan anak bagi 1 perawat anak dari RS Mataram. Kajian menunjukkan peningkatan penanganan kasus. Di NTT, Pelatihan Resusitasi Neonatal dilakukan di 5 Rumah Sakit (79 peserta), Pelatihan Penanganan BBLR di 4 Rumah Sakit Kab. dan pelatihan CTU untuk 20 bidan di Kota Kupang.
- Proyek mendukung Dikes Provinsi dalam pelaksanaan Kepmenkes 836/2005 "Penilaian Manajemen Kinerja Klinis" diperkenalkan ke dikes provinsi; dengan 5 komponen: a. Tersedia SOP; b. Uraian Tugas; c. Indikator Kinerja yang jelas; d. Diskusi Refleksi Kasus; e. Monev. Pelaksanaan di NTT dimulai 2007 di 2 kab. uji coba (Rote dan Belu) dengan kajian situasi, kemudian PMKK dan pengembangan uraian tugas dan SOP maternal & neonatal sehingga seluruh persyaratan terpenuhi. Sosialisasi Pedoman Nasional untuk Manajemen Kinerja Klinis dilakukan di 4 kab. (Kab. Kupang, Kota, TTS & TTU). Dikes Provinsi menyetujui SOP yang baru (berdasarkan 17 referensi) dan menyebarkannya ke semua kab. MPS dan dengan dukungan UNFPA, UNICEF dan AIPMNH ke kab lain di NTT. Pemanfaatan dan ketepatan pada SOP dievaluasi menggunakan checklist yang dikembangkan SISKES dan direvisi bersama Dikes Provinsi dan lembaga eksternal lain, hasil menggembirakan. 31 Puskesmas dan dua RS Kab. dikaji dan telah mempunyai SOP kebidanan jelas tertera di dinding bagian KIA atau ruang persalinan. Di NTB ketersediaan dan pemanfaatan algoritma klinis yang diseminasi dan pelaksanaannya didukung SISKES telah dievaluasi di 5 'kabupaten MPS' dan hasilnya memuaskan.

- SISKES mendukung rancangan strategi KIE dan CD yang bahan KIE telah dikompilasi dan didiseminasi di kedua provinsi. Di NTT perbaikan strategi dan pelaksanaan KIE didukung VSO (kontrak hibah dengan GTZ) dan telah berhasil dilakukan di TTS.

- Instrumen riset Hak Asasi Manusia WHO diimplementasi SISKES tersedia dan didiseminasi ke Dinas Kesehatan Provinsi NTT dan NTB dan lembaga eksternal. NTB menindaklanjuti beberapa rekomendasi dan mengintegrasikannya dalam perencanaan operasional.

- Strategi eradikasi Lymphatic Filariasis dan buku pedoman berhasil dilakukan di Alor. LF ratenya mencapai < 1% sejak 2008 (perlu 5 tahun berturut-turut untuk mencapai LF rate < 1% yaitu status eradikasi)! Sejak tahun 2009 kab. Belu melaksanakan strategi eradikasi dengan anggaran sendiri. LF rate tahun 2008 adalah 2.6%.

4. Pemberdayaan Masyarakat

- Lima Jaringan siaga maternal dan neonatal terbentuk dan berjalan di 90 desa (5 kab) di NTB dan 50 desa (6 kab) di NTT. Instrumen pembentukan Desa Siap Antar Jaga dikembangkan di NTB dan evaluasi akhir menunjukkan hasil yang memuaskan. Analisa biaya (NTT dan NTB) bermanfaat untuk penyebaran.

- Di NTB, modul Kelas Reproduksi Remaja tersedia dan diuji coba di 3 Kelas Reproduksi di Kota Mataram & Lombok Barat.

- Hibah skala kecil mendukung kegiatan promosi cuci tangan dengan sabun dan potong kuku. Efektivitasnya menurunkan kasus diare bayi di satu Puskesmas di Lombok Barat - NTB diinformasikan ke masyarakat untuk meyakinkan mereka untuk merubah perilaku menuju perilaku hidup sehat. Ibu-ibu mengalami sendiri bagaimana mencuci tangan dengan sabun membuat anak-anak mereka hidup lebih sehat dan menjadi bagian kehidupan keseharian mereka.

Project Contact:

Dr. Gertrud Schmidt-Ehry (Principal Advisor)
Jl. Swara Mahardika No. 16
Mataram - Lombok (NTB)
Tel: +62 (0)370 647 848 (Hunting)
Fax: +62(0)370 637 676
Email: health.mataram@gmail.com



PSDM

LEMBAR INFORMASI

PSDM: Pengembangan Sumber Daya Manusia Di Sektor Kesehatan Indonesia

Atas permintaan Pemerintah Indonesia, Pemerintah Jerman telah bekerja sama dengan Badan Pengembangan dan Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (BPPSDMK) di Departemen Kesehatan sejak akhir tahun 2005 untuk mendukung provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) dan Nusa Tenggara Barat (NTB) dibidang pengembangan sumber daya manusia disektor kesehatan.

Proyek Pengembangan Sumber Daya Manusia Disektor Kesehatan dirancang untuk melanjutkan

Proyek	Wilayah	Organisasi Mitra	Periode	Pendanaan
HRD	Nasional NTB&NTT	BPPSDMK, Bapelkes dan Poltekes di provinsi NTT dan NTB, semua rumah sakit di NTB, 3 rumah sakit di NTT dalam kerjasama dengan SISKES; Intervensi WISN di NAD (Aceh)	10/2005 12/2009	4.000.000 Euro

beberapa bagian dari Proyek SISKES Fase ke dua dalam memajukan pengembangan sumber daya manusia dan manajemen serta penguatan kantor proyek di Jakarta sehingga mampu untuk menghubungkan pelaksanaan di tataran provinsi dan daerah dengan pengembangan kebijakan dan strategi ditingkat pusat. Proyek telah berkonsentrasi secara terarah pada penguatan sistem sumber daya manusia (SDM), termasuk perencanaan SDM, manajemen SDM serta peningkatan mutu sistem dan lembaga pendidikan dan pelatihan. Dalam kegiatan yang terkait, rumah sakit provinsi di Aceh telah didukung dalam penyelenggaraan studi Kebutuhan Tenaga Berdasarkan Beban Kerja (Workload Indicator of Staffing Needs = WISN).

Bidang Utama Kerjasama dan Pencapaian:

1. Penguatan Perencanaan dan Manajemen Sumber Daya Manusia:

- Suatu Sistem Informasi Manajemen Sumber Daya Manusia (SIM-SDM) telah diperkenalkan di 6 kabupaten/kota dan 4 rumah sakit pemerintah di provinsi NTT. Pengembangan ke NTB saat ini dalam tahapan terakhir yang akan meliputi Dinas Kesehatan Provinsi, 10 dinas kesehatan

kabupaten/kota dan semua rumah sakit pemerintah.

- Suatu perangkat perlengkapan kerja SIM-SDM (HR-MIS Toolkit) telah dikembangkan.
- Metodologi Pengembangan Perencanaan Tenga Kerja Kesehatan (Dewdney Method) telah diperkenalkan pada tataran pusat, provinsi dan kabupaten/kota..Telah diselesaikan perangkat perlengkapan kerja WISN (WISN Tool Kit).
- Telah diperkenalkan Proses Pemetaan Tanggung Jawab Dan Kewenangan (Responsibility and Authority Mapping Process = RAMP) di NTT dan NTB dan diimplementasikan di NTB. Pemerintah-pemerintah daerah di NTB telah meminta perluasan alat ini kepada sektor-sektor pemerintah lainnya.
- Perencanaan berbasis fasilitas dengan menggunakan metodologi Workload Indicator of Staffing Need (WISN) diterapkan di 12 kabupaten/kota di NTT dan semua kabupaten/kota di NTB. Pemerintah-pemerintah daerah di NTB telah meminta penerapan perangkat kerja ini kepada sektor-sektor lain daipemerintah daerah, dan faslitator telah dilatih untuk membantu mempertahankan kesinambungan. Tim fasilitator NTT juga telah membantu rumah sakit provinsi Nanggroe Aceh Darrusalam (NAD) dalam mengimplementasikan WISN.

2. Mutu Tenaga Kerja Kesehatan:

- Sistem pendidikan di provinsi NTT dan NTB dipelajari melalui kerjasama dengan AusAID. Bagian-bagian yang perlu diperkuat diidentifikasi dan upaya tindak lanjut dilaksanakan melalui kerjasama antar lembaga (twinning) diantara POLTEKES Jakarta III di Jakarta dan POLTEKES Kupang di NTT.
- Pelatihan 30 orang surveyor akreditasi tingkat provinsi dan 30 assesor dilaksanakan untuk memepkuat pelayanan pelatihan kedinasan di NTT dan NTB. Pelatihan ini mengikut sertakan staf dari pendidikan untjuk mempereat hubungan antara pendidikan dan pelatihan. Staf Dinas Kesehatan Provinsi NTB saat ini sedang bekerja

untuk mendirikan suatu badan akreditasi provinsi untuk memantau mutu pendidikan.

- Bapelkes di NTT dan NTB telah menyelesaikan peta pengembangan dan pelaksanaan upaya peningkatan status akreditasi pelatihan kedinasan. NTB telah berhasil meningkatkan nilai akreditasi dari 3,7 menjadi 3,9. NTT sedang menanti penilaian akreditasi dari pusat, dan proses internal di provinsi menunjukkan perbaikan dari 3,2 mednjadi 4,35.

3. Penguatan Manajemen Rumah Sakit:

- Pelatihan manajemen rumah sakit telah didukung bersama-sama oleh proyek HRD dan SISKES. Konsultan teknis dari kedua proyek telah terlibat dalam persiapan dan pendampingan bersama-sama dengan universitas yang ditunjuk.
- Pelatihan Manajemen Rumah Sakit (Hospital Management Training = HMT) telah diselesaikan di NTB dan saat ini Aksi Peningkatan Mutu (Quality Improvement Action) sedang berlangsung. Delapan rumah sakit pemerintah, termasuk rumah sakit jiwa saat ini telah menggunakan HR-MIS.
- Manajemen sumber daya manusia telah diperkuat di sepuluh rumah sakit di melalui penerapan WISN, dan pelatihan fasilitator rumah sakit telah diselesaikan. HR-MIS telah diperkenalkan ke empat rumah sakit dan kini sudah dipergunakan secara rutin.
- Pelatihan tentang Keselamatan Pasien dan upaya Perbaikan Mutu telah diselsaikan di tiga rumah sakit. Di NTT untuk melengkapi intervensi-intervensi yang dimulai oleh SISKES I dan II serta dukungan KfW/EPOS.

1. Dr. Gertrud Schmidt-Ehry (Principal Advisor) 2. Joyce Smith (Team Leader)
Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan
Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan
Jl. Hang Jebat III Blok F3
Kebayoran Baru
Jakarta 12120
T +62 (0)21 720 7806, 7279 7446
F +62 (0)21 720 7806
E gtzeshrd@cbn.net.id







Menghubungkan metodologi IHPB & DTSP-MNCH untuk perencanaan program:
Sebuah studi kasus dari Dinas Kesehatan Kota Kupang
Provinsi NTT , 2007-2009

Desentralisasi di sektor kesehatan bertujuan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan untuk mencapai kinerja yang lebih baik dan pemerataan akses pelayanan. Dengan membawa kekuatan pengambilan keputusan lebih dekat ke “masyarakat”, maka pemberian pelayanan akan lebih memenuhi kebutuhan lokal sehingga menjadi lebih efisien dan efektif dibandingkan dengan system yang tersentralisasi. Peringkat hasil perencanaan yang dibuat diantara keputusan-keputusan terpenting , idealnya berdasarkan kebutuhan lokal yang teridentifikasi melalui partisipasi masyarakat, semua tingkatan dalam system kesehatan, dan para pemangku kepentingan dari berbagai sector. Dalam memfasilitasi perencanaan dan penganggaran local telah dikembangkan sebuah proses yang sistematis agar tercapainya efektifitas, efisiensi, efikasi dan pemerataan.

Selama dukungan GTZ SISKE di NTT dan NTB, kedua metode tersebut yaitu DTSP dan IHPB diperkenalkan dan dilaksanakan. Tulisan ini memuat tentang kontribusi GTZ Siskes di satu mitra kerjanya yaitu Dinas Kesehatan Kota Kupang, NTT.

Latar Belakang

Sub-direktorat Kesehatan Ibu dan Anak, Departemen Kesehatan RI telah mempromosikan penggunaan pendekatan District Team Problem Solving (DTSP) sejak 2003 untuk menyusun perencanaan dan penganggaran kesehatan ibu, bayi dan neonatal. Metode ini memakai pendekatan ,multisektor untuk melibatkan semua pemangku kepentingan for planning and budgeting the Maternal, Neonatal, and Child Health program (MNCH).

Sebagai bagian dari dukungannya bagi provinsi NTT dan NTB untuk pelayanan kesehatan, GTZ SISKE membantu Dinas Kesehatan Provinsi untuk mengembangkan sebuah mekanisme Perencanaan dan Penganggaran kesehatan Terpadu yang telah disetujui oleh kedua provinsi dan tingkat nasional.

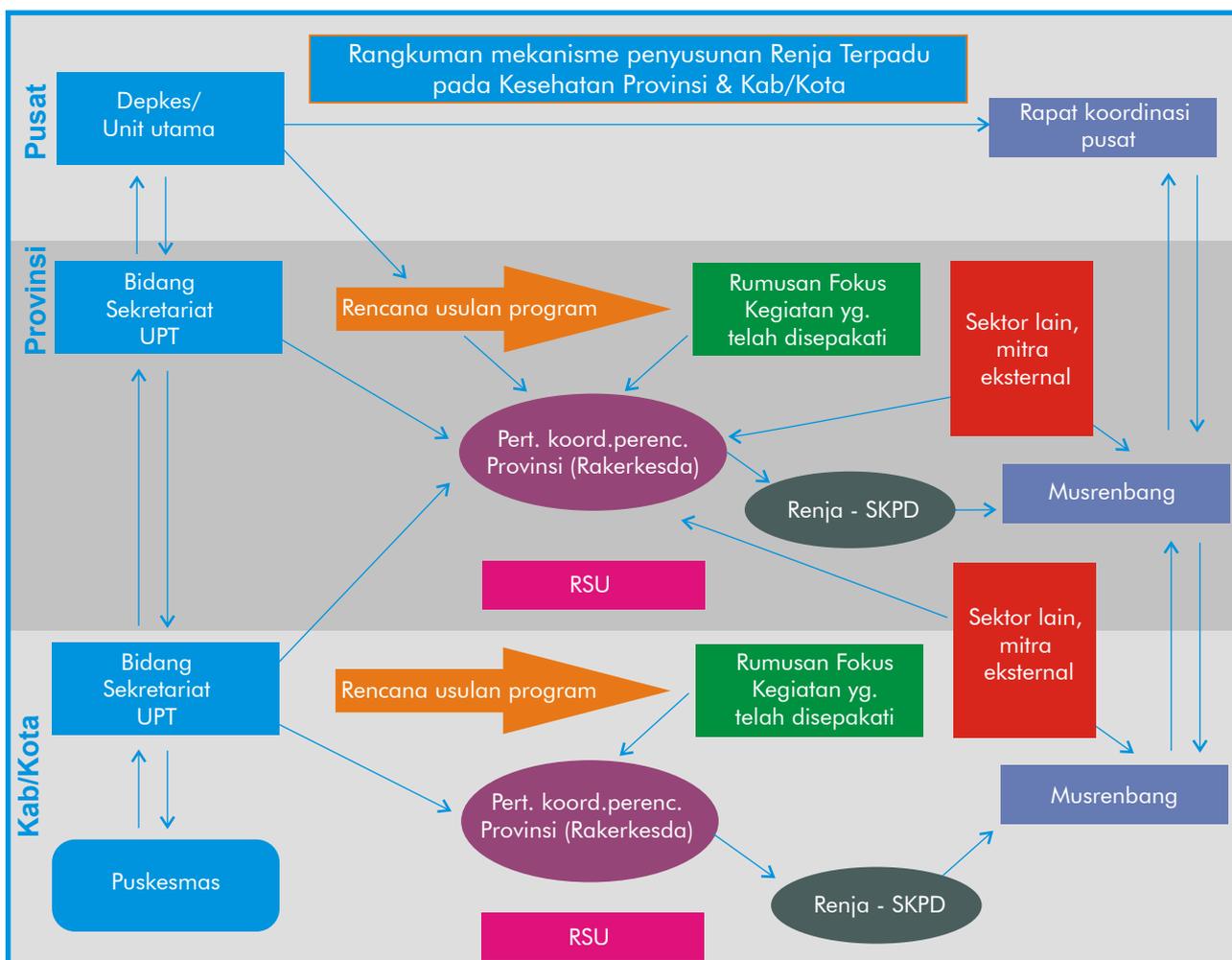
Tim rencana dan fasilitator IHPB dari kedua provinsi telah membuat sebuah panduan praktis tentang bagaimana melaksanakan metodologi IHPB dengan kerangka langkah yang kronologi yang logis mulai dari puskesmas, dinas kesehatan kabupaten/ kota dan tingkat provinsi.

Dilaksanakannya IHPB dimaksudkan agar dapat berkontribusi untuk perencanaan yang efektif dan efisien di sektor kesehatan, meningkatkan sinergi dari semua tingkat untuk mengembangkan perencanaan sesuai dengan mandat dari Undang-Undang no. 25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Nasional.

Sudah pasti bahwa program Kesehatan Ibu, neonatal dan anak merupakan bagian dari pengembangan keseluruhan program kesehatan, sehingga hasil dari DTPS – KIBLA harus terintegrasi dan diakomodasi di dalam proses IHPB yang lebih luas. Dokumen ini menggambarkan bagaimana adanya kaitan/ hubungan antara DTPS dan IHPB dengan menjelaskan proses pelaksanaannya di Kota Kupang selama 2007-2009.

Integrated Health Planning and Budgeting (IHPB) / Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu

IHPB merupakan sebuah mekanisme yang lebih memadai dalam perencanaan kesehatan dan penganggaran dalam mencapai outcome kesehatan yang lebih baik. Berdasarkan undang-undang dan peraturan pemerintah yang berlaku, IHPB bukan merupakan mekanisme yang baru namun merupakan upaya untuk perbaikan proses yang telah ada dalam penyusunan rencana kerja tahunan mulai dari tingkat puskesmas sampai dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota dan tingkat Dinas Kesehatan provinsi sampai Departemen Kesehatan.



II. District Team Problem Solving in Maternal, Neonatal, and Child Health/ Kesehatan Ibu, bayi dan balita (DTPS – MNCH/ KIBLA)

DTPS merupakan sebuah alat perencanaan yang dikembangkan WHO untuk dipakai oleh tim kabupaten/ kota untuk semua tipe program kesehatan. Di Indonesia metode ini dipakai oleh program KIA sejak tahun 2003 sebagai metode dalam penyusunan perencanaan kesehatan. Awalnya digunakan untuk perencanaan dari strategi Making Pregnancy Safer/ Menuju Persalinan Selamat (MPS), “DTPS-MPS” kemudian di perluas untuk semua elemen program KIBLA.

Keikutsertaan semua pemangkin kepentingan dan memakai bukti untuk perencanaan dan penganggaran yang lebih baik program KIBLA. Bukti didapat dari hasil analisa situasi memakai data KIBLA kab/kota, analisa masalah dan orientasi prioritas. Proses 3 langkah dimulai dari orientasi dan konsultasi multi pemangku kepentingan, kemudian diikuti dengan pertemuan perencanaan dan advokasi tindak lanjut oleh pemerintah setempat untuk mendapat dana yang memadai

Kotak warna pink “Perumusan Fokus Kegiatan” dalam skema di halaman sebelumnya menunjukkan dimana DTPS dan bertintegrasi dalam mekanisme IHPB.

I. Proses Perencanaan di Dinas Kesehatan Kota Kupang tahun 2007-2009

Penggunaan dan koordinasi antara IHPB dan DTPS dalam menyusun rencana kerja tahunan yang terpadu (Renja) yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Kupang mulai berkembang tahap demi tahap melalui dukungan GTZ SISKES selama tiga tahun ini:

2007 – Penyusunan Rencana Kerja (Renja) 2008

- IHPB: Dinas Kesehatan Kota Kupang mulai

melaksanakan mekanisme IHPB tahun 2007 dengan dukungan dari GTZ SISKES. Proses dimulai pada bulan Maret dengan terlaksananya pertemuan perencanaan bersama antara semua kepala puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Kupang. Dalam mekanisme IHPB yang sebenarnya diharapkan puskesmas membuat perencanaannya sebelum Dinas Kesehatan Kota, namun pada tahun pertama ini tidak dapat dilakukan karena saat itu penyusunan panduan belum final dan sosialisasi belum dilaksanakan.

- DTSP: Pelaksanaannya tertunda karena terlambatnya pencairan dana dekon dari pusat sebagai sumber dana yang membiayai DTSP, lokakarya DTSP yang pertama kali dilaksanakan pada April 2007. Pada saat ini rencana kerja puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota sudah selesai disusun, namun integrasi hasil DTSP ke dalam renja masih dapat terjadi karena pada saat itu musrenbang belum dilaksanakan.
- Respons Dinas Kesehatan Provinsi: Karena selalu terlambatnya dana dekon untuk pelaksanaan DTSP dari mulainya pelaksanaan mekanisme IHPB, Tim MPS NTT memutuskan untuk melaksanakan lokakarya DTSP dua tahun sekali dan memakai hasilnya untuk dua tahun proses perencanaan.

Untuk itu hasil DTSP 2007 akan dipakai dalam perencanaan tahun 2008 dan 2009.

2008 Penyusunan Rencana Kerja/ Renja Terpadu for 2009

- IHPB: Tahun ini puskesmas telah memulai proses IHPB pada bulan Januari untuk menyusun perencanaannya (RUK/ Rencana Usulan Kegiatan), fasilitasi proses penyusunan perencanaan di Dinas Kesehatan Kota Kupang pada bulan Maret. Berdasarkan perencanaan – perencanaan ini Dinas Kesehatan Kota Kupang menyusun perencanaannya (renja).

¹. Rakerkesda: Rapat Kerja Kesehatan Daerah, pertemuan di tingkat kabupaten/ kota yang melibatkan Dinas Kesehatan Provinsi, Pemda dan Bappeda untuk mendiskusikan prioritas dan perencanaan dinas kesehatan kab/kota dan puskesmas.

- Rakerkesda dilaksanakan pada bulan April, kemudian disusul dengan pelaksanaan Musrenbang.
- DTPS: Temuan/ hasil dari DTPS 2007 terintegrasi dalam perencanaan Kesehatan Ibu Neonatal dan Anak sebagai bagian dari rencana kesehatan tahun 2009.

2009 Penyusunan Rencana Tahunan / Renja Terpadu for 2010

- IHPB: Pelaksanaan mekanisme IHPB dimulai pada bulan Januari di tingkat puskesmas dengan difasilitasi oleh Dinas Kesehatan kota Kupang. Kemudian dilaksanakan penyusunan Renja Dinas Kesehatan Kota Kupang yang diikuti dengan pelaksanaan Rakerkesda¹ pada bulan April.
- DTPS: Sudah diperkirakan, dana dekon terlambat pencairannya untuk melakanan lokakrya DTPS sesuai dengan waktu perencanaan, jadi hasil DTPS 2007 sekali lagi dipakai untuk perencanaan program Kesehatan Ibu Neonatal dan anak. Hasil lokakarya DTPS yang dilaksanakan pada bulan Juli dipakai untuk meng-update rencana tahunan program Kesehatan Ibu Neonatal dan Anak.
- Hasil DTPS 2009 akan dipakai untuk proses perencanaan tahun 2010 untuk menghasilkan perencanaan tahunan 2011. Lokakarya DTPS yang berikutnya akan dilaksanakan pada tahun 2011.

Table 1 memnunjukkan hasil DTPS 2007. Team DTPS merekomendasikan 21 intervensi untuk mengatasi problem prioritas yang diidentifikasi. Tidak semua rekomendasi tersebut di akomodir dalam renja 2008. Berdasarkan proritas-proritas ini namun karena keterbatasan dana, 9 intervensi yang direkomnedasikan teredapat dalam renja, Lihat pada tabel pada kalimat yang dicetak tebal.

Table 1: Hasil DTPS – KIBLA 2007

1. Pelatihan APN², PPGDON³, APK⁴, Poned⁵
2. Pengembangan SOPs⁶
3. Pengadaan buku KIA
4. Pengadaan obat dan alat-alat kesehatan
5. Pembangunan rumah untuk tenaga medis lengkap dengan fasilitasnya
6. Penyuluhan kesehatan tentang persalinan oleh tenaga kesehatan
7. AMP⁷ di tingkat puskesmas
8. Pertemuan rutin untuk PWS KIA di tingkat puskesmas(pemantauan wilayah setempat KIA)
9. Pertemuan rutin antara tenaga kesehatan dan dukun bay (kemitraan antara bidan dan dukun)
10. Transport untuk rujukan terutama unmtuk pasien rawat inap
11. Pengangkatan supir untuk rujukan rawat inap
12. Pelatihan tentang penyuluhan kesehatan
13. Penyediaan pelayanan gratis untuk keluarga berencana
14. **Pembentukan sistem siaga di tingkat desa**
15. Pelatihan pengelolaan Asfiksia
16. Protap tentang kekerasan terhadap anak (KPA)
17. Penyuluhan kesehatan untuk orang tua tentang pendidkan anak dengan pendekatan humanity
18. Penyuluhan kesehatan di sekolah tentang kesehatan reproduksi dan kekerasan terhadap anak.
19. Penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi dan pelayanan kekerasan terhadap anak (ruangan, peralatan, materi dan dana)
20. Penyuluhan kesehatan di sekolah-sekolah: pendidikan sebaya dan pelatihan dokter kecilHealth education in schools Sosialisasi lintas sektor tentang kekerasan terhadap anak dan kesehatan reproduksi

². APN: Asuhan Persalinan Normal

³. PPGDON: Pelayanan Persalinan Gawat Darurat Obstetri Neonatus

⁴. APK: Asuhan Persalinan Komplikasi

⁵. Poned: Pelatihan Obstetri Neonatus Emergensi dasar

⁶. SOP: Standard Operation Procedures/ Prosedur Tetap

⁷. AMP: Maternal and Perinatal audit

Tabel 2 menunjukkan penggunaan hasil DTSP – KIBLA tahun 2009 dalam siklus IHPB untuk menyusun renja (rencana kerja) 2010.

Hanya 6 dari 22 intervensi kegiatan yang diusulkan tercantum dalam Renja. Pilihannya berdasar prioritas dan ketersediaan dana.

1. Pelatihan dan Evaluasi Pasca Pelatihan(EPP) APN dan PONEK
2. Pelatihan dan evaluasi pasca pelatihan supervisi suportiv
3. Pelatihan dan EPP tentang penggunaan buku KIA
4. Pelatihan dan APP penggunaan buku ABPK KB⁸
5. Pelatihan dan EPP tentang penggunaan P4K⁹
6. Pelatihan dan EPP tentang Contraceptive Techniques (CTU)
7. Pelatihan dan EPP tentang penggunaan Parrotogram
8. Melaksanakan AMP di tingkat puskesmas dan masyarakat.
9. Penggunaan AMP sosial di tingkat kecamatan.
10. Pelatihan tentang penggunaan buku KIA untuk kader posyandu
11. Pelatihan dan EPP tentang asfiksia
12. Pelatihan dan EPP tentang ANC
13. Pelatihan dan EPP BBLR (Berat Badan Lahir Rendah)
14. Magang di Rumah sakit provinsi untuk PONEK¹⁰
15. Pengadaan kartu menuju sehat untuk balita
16. Melaksanakan FGD di tingkat rukun tetangga tentang KIA, deteksi dini tumbuh kembang anak
17. Pertemuan 3 bulanan antara Dinas Kesehatan Kota dan puskesmas
18. Penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi di setiap desa
19. Pelatihan MTBS /IMCI¹¹
20. Pengendalian kualitas air
Pelaksanaan penyuluhan kesehatan partisipatif tentang diare



III. Kesimpulan

DTSP adalah sebuah alat untuk mendapatkan sebuah hasil yang dapat dipakai dalam perencanaan KIA yang merupakan bagian dari keseluruhan perencanaan program kesehatan. Hasil [ertemuan DTSP dipakai dan terintegrasi dalam prioses IHPB seperti yang telah dilustrasikan dalam studi kasus ke dinas kesehatan kota Kupang. Walaupun ada kaitannya/ hubungannya namun tidak semua rekomendasi dari hasil DTSP dikomodir dalam renja (lihat tabel 1 & 1) karena keterbatasan dana.

Untuk memastikan terlaksanakannya DTSP KIBLA di awal tahun(Jan-April) yaitu sebelum proses perencanaan dinkes kab/kota hanya dengan menyediakan dana yang memadai dari provinsi atau kabupaten/ kota (APBD), dengan asumsi bahwa pencairan dana dari pusat untuk kegiatan DTSP terlambat yaitu setelah waktu untuk proses IHPB. Dalam hal ini keputusan tim perencana NTT untuk melaksanakan DTSP setiap 2 tahun sekali adalah masuk akal.

⁸. ABPK KB: Alat Bantu Pengambilan Keputusan dalam Ber KB

⁹. P4K: Program Persiapan Pertolongan Persalinan Komplikasi

¹⁰. PONEK: Pelatihan Obstetri Neonatal emergensi Komprehensif

¹¹. MTBS: Manajemen Terpadu Balita Sakit



Uji Petik

Author: Ir. Zubaebah, MA



Memperkenalkan District dan Provincial Health Accounts di Provinsi NTB: **Tinjauan terhadap Pembiayaan Publik**

Monitoring terhadap pembiayaan publik mengikutsertakan seluruh belanja kesehatan berdasarkan wilayah tertentu. Sistem yang umum digunakan adalah standar internasional untuk National Health Account (NHA). Indonesia menggunakan sistem Klasifikasi Akun Nasional dan Internasional Classification for Health Account (ICHA) yang dikembangkan oleh Organisasi Koperasi dan Pengembangan Ekonomi (OECD) yang bekerjasama dengan Bank Dunia, WHO, dan USAID. Sesuai dengan sistem ICHA, NHA dan perpanjangannya, sistem pembiayaan kesehatan di kabupaten/kota dan provinsi "dapat digunakan untuk melihat peran dari pemerintahan, industri, rumah tangga, dan organisasi luar dalam pembelian pelayanan kesehatan. Sistem ini mengunggulkan adanya klasifikasi dan standarisasi dari penyedia layanan (provider) dan fungsi kesehatan. NHA dapat menggambarkan hubungan antara pembiayaan kesehatan dan pelayanan serta hasil akhir (outcome) dari belanja barang dan jasa yang diberikan¹.

Panduan ICHA "menghimbau kepada tim pembiayaan kesehatan untuk memahami isu system kesehatan sehingga data pembiayaan kesehatan dapat menjadi alat yang bermanfaat sebagai bahan mengambil keputusan."² Sistem Pembiayaan Kesehatan dikembangkan secara lokal, hal ini mendorong para ekonom dan akuntan untuk "memilih aspek-aspek yang paling relevan menjawab kebutuhan lokal mereka dan memfokuskan sumber daya serta perhatian mereka pada aspek-aspek tersebut.

Disadari bahwa sampai saat ini para ekonom kesehatan dan akuntan dari berbagai negara-negara yang memiliki pengalaman kerja lebih dari satu dekade masih terus dalam proses pengembangan yang berkelanjutan."³

Desentralisasi dan Pembiayaan Kesehatan

Ketika awal diterapkannya desentralisasi pada tahun 2001, Indonesia memberlakukan penganggaran untuk sektor kesehatan tidak lagi

¹ Guide to producing national health accounts, With special applications for low – income and middle – income countries, 2003, World Health Organisation, World Bank, United States Agency For International Development, Canada, (p.2).

² Ibid (p. 7)

³ Ibid (p. 9)

sentralistik, 85% dari dana publik di administrasikan dari Departemen Kesehatan. Oleh karena itu, agen internasional mendorong Indonesia untuk menggunakan NHA sebagai alat untuk memonitor belanja sektor kesehatan, yang kemudian mengembangkan NHA pada tahun 1980-an sebagai salah satu bagian dari komunitas internasional. Dengan adanya desentralisasi, kewenangan pembelanjaan dan tanggung jawab untuk kesehatan serta layanan sosial lainnya dikembangkan pada tingkat daerah dan pemerintah daerah sebagai pengambil keputusan yang secara nyata membutuhkan informasi akutansi kesehatan agar dapat memonitor dan mengalokasi sumber daya publik untuk sector kesehatan yang menjawab kebutuhan lokal. Membandingkan antara pengeluaran yang dilakukan dengan apa yang dibutuhkan serta apa yang dialokasikan.

Desentralisasi mengambil alih secara cepat, dan sebuah sistem yang rumit pada pengiriman fiskal antar pemerintah yang timbul secara besar-besaran melewati Departemen Kesehatan untuk membantu desentralisasi administrasi. Ini menghasilkan kesulitan-kesulitan yang pantas untuk dipertimbangkan, termasuk gangguan dari aliran informasi yang ada dalam sektor publik. Konsekuensinya adalah terbengkalainya monitoring pengeluaran pemerintah untuk kesehatan. Beberapa provinsi dan daerah di Indonesia telah mencoba untuk mengembangkan DHA dan PHA secara mandiri, namun umumnya masih dengan dukungan pendanaan donor.

Desentralisasi diharapkan memfasilitasi kebutuhan menjadi lebih baik, alokasi sumber daya yang lebih efisien untuk kesehatan karena pemerintah daerah khususnya pejabat kesehatan daerah memiliki pengetahuan yang lebih baik dan tajam tentang kebutuhan, sumber daya dan peluang lokal. Tanpa informasi lokal yang cukup, berkaitan dengan kebutuhan dan kemampuan pada sektor kesehatan, pengambil keputusan pada tingkat lokal tidak didasarkan oleh panduan yang cukup, dan data NHA tidak dapat membantu banyak untuk keputusan lokal.

Di Provinsi NTB kondisi yang ada menunjukkan ketidak cukupan anggaran untuk pelayanan kesehatan minimal sehingga terjadi pelayanan kesehatan yang tidak efektif, fragmentasi anggaran, dan tidak efisiennya penggunaan dana yang ada. Pendanaan operasional yang tidak cukup secara langsung menurunkan kualitas pelayanan kesehatan, tingginya belanja investasi (modal), terlambatnya realisasi anggaran kesehatan tahunan yang menyebabkan kegiatan implementasi dilakukan tergesa-gesa sehingga berdampak pada rendahnya kualitas kerja. Alokasi anggaran yang tidak sesuai dengan prioritas dalam standar layanan minimum (SPM), Rencana Jangka Menengah Nasional (RPJM), peraturan Menteri Dalam Negeri (Permendagri), Millenium Development Goals (MDGs), dll.

Pejabat pemerintah daerah dan masyarakat memerlukan informasi yang transparan dan dapat diakses berkaitan pembiayaan kesehatan baik di kabupaten/kota maupun di provinsi. DPRD, politisi dan pembuat kebijakan berulang kali mempertanyakan permasalahan pembiayaan kesehatan di daerah NTB. Mereka menanyakan kemana saja dana sektor kesehatan, siapa penerima manfaat terbesar dari layanan kesehatan, dan berapa besar yang dibutuhkan untuk mengurangi angka kematian ibu dan bayi yang sampai saat ini masih saja pada peringkat kedua tertinggi di Indonesia setelah Papua. Pertanyaan-pertanyaan tersebut hanya bisa dijawab oleh data yang lengkap dan terkini tentang pembelanjaan kesehatan yang pada tingkat kabupaten/kota disebut District Health Accounts (DHA) dan Provincial Health Accounts (PHA) pada tingkat propinsi. DHA dan PHA mampu memberikan gambaran belanja kesehatan dari segi sumber, agen, penyedia layanan. Alat ini mampu memperlihatkan pola pembiayaan kesehatan pada daerah tertentu berdasarkan prioritas dan kecenderungan yang terjadi terdahulu.

Sebagian tujuan dari DHA dan PHA adalah untuk memperkuat manajemen sektor kesehatan di provinsi NTB, melalui pengembangan metode

penyediaan alat yang dapat memberikan informasi tentang fakta yang dapat dipercaya untuk memandu keputusan yang sesuai dan memfasilitasi perencanaan dan penganggaran kesehatan terpadu (IHPB). Proyek SISKES mendukung pengembangan kapasitas sumber daya manusia (SDM) NTB untuk mengembangkan DHA dan PHA di seluruh provinsi NTB. Dokumen ini menjelaskan tentang proses pengembangan DHA dan PHA di provinsi NTB serta temuan dan pembelanjaan yang didapat sampai saat ini.

Dukungan GTZ untuk DHA dan PHA di Provinsi NTB

Melalui proyek SISKES, GTZ mendukung pengembangan DHA dan PHA di Provinsi NTB sebagai bagian dari komitmen yang luas untuk memperkuat sistem informasi manajemen kesehatan daerah (SIKDA). Produk dari SIKDA diharapkan dapat menyediakan informasi yang dapat dipercaya untuk meningkatkan manajemen sektor kesehatan dan khususnya untuk perencanaan dan penganggaran kesehatan terpadu (IHPB). Tim PHA provinsi dibimbing untuk melakukan penilaian terhadap kecukupan alokasi pendanaan kesehatan kabupaten/kota saat ini dan untuk menghasilkan data yang baik untuk meningkatkan perencanaan dan pembuatan kebijakan kesehatan, terutama dalam penggunaan anggaran pemerintah. Peta pendanaan kesehatan publik pada tingkat kabupaten memperlihatkan aliran dan belanja. Hal tersebut memungkinkan dilakukannya perbandingan antar kabupaten/kota serta dapat mendukung disagregasi data NHA.

SISKES mengidentifikasi tujuan pengembangan PHA dan DHA di Provinsi NTB:

- meningkatkan pemahaman tentang pendanaan kesehatan dan permasalahan pada taraf yang berbeda-beda pada daerah dan provinsi.
- meningkatkan pemahaman tentang konsep "Health Accounts" (NHA, PHA, dan DHA) pada tingkat daerah dan provinsi.
- mengembangkan kemampuan dari petugas kabupaten/kota dan provinsi untuk

mengembangkan DHA dan PHA menggunakan klasifikasi standar WHO (ICHA) sehingga data dan informasi yang diperoleh dapat diperbandingkan antar kabupaten/kota di NTB dan Indonesia serta antar negara.

- meningkatkan pengetahuan dan kemampuan untuk menganalisis dan menginterpretasi data DHA dan PHA untuk memperkuat IHPB, monitoring dan evaluasi (monev) terpadu dan reformasi kebijakan kesehatan.
- mengembangkan alat transparansi dan akuntabilitas pada tingkat kabupaten/kota dan provinsi
- menginstitusionalisasikan DHA dan PHA kedalam sistem mendukung disagregasi data NHA

SISKES mengidentifikasi beberapa indikator kunci untuk memonitor aktivitas DHA/PHA:

- data seri DHA untuk 2006, 2007, dan 2008 yang akurat, terpercaya dan dapat dibandingkan
- kumpulan data DHA untuk IHPB tiap tahun, Monev terpadu, dan reformasi kebijakan pada tingkat kabupaten/kota dan provinsi tiap tiga tahun sekali.
- Kapasitas sumber daya manusia yang berkemampuan dan profesional untuk mengembangkan DHA menggunakan standar ICHA
- mengintegrasikan data DHA dan PHA menjadi bagian dari SIKDA dan menjadi bagian dari informasi yang ditampilkan pada profile serta laporan tahunan Dinas Kesehatan baik kabupaten maupun provinsi.
- penggunaan data DHA dan PHA secara rutin di dalam bidang perencanaan.

Strategi, metode dan aktivitas untuk mengembangkan DHA dan PHA

Secara umum, pembelanjaan untuk klasifikasi akutansi kesehatan dapat di kelompokkan menjadi dua kelompok utama yaitu belanja yang bersumber dari pemerintah atau swasta, organisasi maupun perorangan. Pendanaan sektor publik untuk kesehatan datang dari dua sumber utama yaitu pemerintah dan bantuan **donor asing**.

Karena pendanaan pemerintah selalu tidak cukup dan bantuan donor sering ditaksir terlalu tinggi dan kurang terintegrasi dengan pendanaan pemerintah, perencanaan dan monitoring terpadu sangat esensial untuk mengarahkan prioritas lokal dan menghindari pendanaan yang tumpang tindih. Informasi dan analisis terpercaya dari pembelanjaan kesehatan juga sangat esensial untuk transparansi publik dan dapat digunakan sebagai bahan advokasi yang efektif untuk pemerintah daerah dalam mengalokasikan anggaran yang cukup.

Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari sektor swasta termasuk asuransi kesehatan bagi pegawai dan pengeluaran langsung individu (OoP) tercatat sangat kecil di Provinsi NTB, namun hal ini seharusnya tersedia untuk provinsi secara keseluruhan, jika tidak tersedia berdasarkan kabupaten maka ini menjadi dasar yang kuat untuk melakukan PHA dan DHA. Lebih penting lagi OoP dapat diperoleh melalui survey berkala. Survey terakhir yang dilakukan Indonesia adalah Survey Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) yang mencakup sekitar 200,000 rumah tangga dan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2008. Hasil dari survey tersebut belum dapat menyediakan informasi untuk OoP dari survey tersebut. Namun sebuah analisis dari pembiayaan publik sendiri dapat menjadi berguna untuk memonitoring kecocokan antara kebutuhan prioritas dan pembelanjaan, untuk mengevaluasi dan melakukan perbaikan dalam keputusan alokasi anggaran daerah. Ketika informasi tentang belanja kesehatan yang bersumber swasta tersedia, maka akan melengkapi dan memperkaya data DHA dan PHA yang dibuat dan akan dianalisa secara lokal.

Konsultansi SISKES menggunakan methodology workshop, pelatihan, on the job training, dan pembentukan tim DHA dan PHA dalam pengembangan DHA dan PHA diseluruh NTB. Data yang dikembangkan secara bertahap masih bersumber pada belanja publik dan sumber dana dari luar. Workshop yang dilakukan

memperkenalkan alat, format, pembentukan komitmen, dan menjelaskan kegunaan dari peralatan dengan pelatihan untuk memasukkan data, cleaning data, interpretasi, dan penyebaran. Informasi mendetail pada pembelanjaan publik menggunakan definisi dan klasifikasi standar internasional seperti yang diperkenalkan oleh buku panduan WHO (WHO, 2002). Menindaklanjuti pelatihan dan workshop tentang metode dasar, dengan bantuan dari konsultan internasional, pelatihan berlanjut melalui email, kontak telepon, dan bantuan konsultan dari Universitas Indonesia.

Langkah-langkah untuk mengembangkan DHA dan PHA di Propinsi NTB

Orientasi

Proses persiapan diawali dengan workshop bagi para pengambil keputusan dari Bapeda, Dinas Kesehatan kabupaten/kota (10) dan propinsi, serta rumah sakit daerah untuk memperkenalkan konsep, kebutuhan dan pentingnya Health Account dengan menggunakan standar OECD. Tujuannya adalah untuk menumbuhkan ketertarikan dan komitmen dalam menggunakan DHA, mengidentifikasi staf yang akan terlibat dan bertanggung jawab, meningkatkan akses terhadap data pembiayaan kesehatan, dan melakukan kesepakatan untuk memasukkan belanja tunai dan 'in-kind' kedalam perhitungan DHA dan PHA.

Pada tingkat propinsi, dibentuk tim PHA yang terdiri dari 12 orang yang merupakan perwakilan dari masing-masing divisi yang berasal dari Dinas Kesehatan Propinsi, RSUD, Bapeda, BPS, dan unit pelayanan kesehatan lainnya, seperti Bapelkes, Rumah sakit Jiwa, dll. Tim yang terbentuk di tingkat daerah terdiri dari 1 orang yang berasal dari Bapeda (bagian social dan budaya), 2 orang berasal dari Dinas Kesehatan kabupaten/Kota (dari bagian perencanaan), dan 1 orang yang berasal dari RSUD (bagian perencanaan/keuangan). Bapeda berperan sebagai anggota kunci untuk memfasilitasi akses terhadap data dari sektor lain selain dinas kesehatan dan rumah sakit.

Workshop kedua kemudian dihadiri oleh perwakilan dari seluruh kabupaten/kota yang ada di propinsi NTB yaitu masing-masing 4 orang dari tim DHA dan bersama tim perencana Dinas Kesehatan Propinsi mengembangkan 'roadmap' yang selanjutnya sebagai petunjuk proses pengembangan DHA dan PHA.

Pengembangan alat dan bahan ajar

SISKES memilih tim NHA Indonesia yang berasal dari Universitas Indonesia untuk mengidentifikasi kebutuhan dan mengembangkan alat, serta materi pengajaran untuk pembuatan DHA dan PHA :

- Konsep dan Teori tentang Health Account sebagai materi pengajaran.
- Database dalam bentuk format Tabel Pivot.
- Pengisian petunjuk DHA pada database yang ada.
- Kode Account berdasarkan klasifikasi ICHA - WHO dan hubungan dengan Permendagri No.59./Tahun 2007.

Workshop ke tiga memperkenalkan peralatan dan mengidentifikasi sumber dan aliran dana.

Workshop ini juga meninjau ulang konsep dan teori dari DHA menggunakan ICHA-WHO karena beberapa dari partisipan mengalami mutasi dan digantikan dengan personil yang baru. Peralatan diperkenalkan dan identifikasi sumberdana dan diskusi detail tentang aliran dana.

Pengumpulan data

Dengan bantuan Dinas Kesehatan Propinsi, tim DHA kemudian mengumpulkan data yang dibutuhkan. Lingkup data yang dikumpulkan dari semua kabupaten/ kota dilakukan secara bertahap dari tahun ke tahun disesuaikan dengan data yang tersedia dan kesanggupan dari tim DHA. Untuk tahun 2006, DHA merekam pengeluaran Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dan RSUD. Tahun 2007, tim DHA melakukan pengembangan dengan menghitung seluruh belanja public yang bersumber dari sektor kesehatan (dinas dan instansi terkait) serta donor. Tahun 2008 data DHA meliputi semua pengeluaran umum dari sektor

kesehatan. Sayangnya data belanja langsung individu (OoP) masih ditunggu samapi tulisan ini dibuat.

Nama Anggaran	Judul Dokumen
Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (I dan II)	2006-2007: DASK DIPA
Dana dekonsentrasi (DEKON)	DIPA
Dana Alokasi Khusus (DAK) Dana Investasi (TA)	Part of DPA within APBD for 2008 DIPA
Gaji PTT	Gaji PTT

Tahun 2008, data sektor swasta seperti asuransi kesehatan dan donor serta organisasi internasional tidak tersedia pada tingkat kabupaten/kota, namun secara umum tersedia pada tingkat propinsi. Hal ini mendasari SISKES mendukung pembuatan PHA yang bertujuan untuk mencapai keseluruhan gambar dari pengeluaran kesehatan di propinsi yang berasal dari semua sumber. Termasuk bantuan dari GTZ untuk tahun 2006-2007, tidak dapat didisagregasi berdasarkan kabupaten/kota.

Proses pengumpulan data merupakan tantangan terbesar dalam pengembangan DHA dan PHA. Seluruh tim menghadapi masalah keterbatasan data, kurangnya keyakinan para pengambil keputusan (mulai dari kepala seksi ke atas) berkaitan dengan transparansi, dan arogansi pada tingkat ini. Ini mnejadi alasan utama bagi anggota tim yang mengundurkan diri.

Membuat akutansi kesehatan daerah yang aktual

Workshop ke empat mengundang partisipan dengan membagi pulau (Lombok dan Sumbawa) untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi.

Partisipan diharuskan membawa laptop agar lebih cepat dan memberi peluang untuk saling berbagi pengetahuan, keterampilan dan data antar partisipan. Latihan sebelumnya tentang entry data untuk DHA 2006 dan 2007 menggunakan OECD dengan format standar, tetapi kali ini format yang digunakan adalah ICHA, dan partisipan memasukkan data daerah mereka masing-masing yang didampingi oleh konsultan untuk mengukur bahwa semua format yang ada telah diisi berdasarkan klasifikasi dan batasan dari ICHA. Workshop ini juga mengharmoniskan klasifikasi menurut ICHA dengan Permendagri No. 59 / 2007.

Pembersihan Data (data cleaning)

Workshop ke lima yang berkaitan dengan pembersihan data dilaksanakan berdasarkan permintaan dari partisipan. Awalnya data cleaning dilaksanakan secara mandiri dimasing-masing kabupaten/kota yang dilakukan oleh tim DHA dibawah supervisi tim PHA. Proses konsultasi dan pemberian masukan balik oleh tim UI dilakukan melalui telepon dan email. Kelengkapan data dan konsistensi klasifikasi berdasarkan standar yang ada merupakan tantangan utama saat proses ini. Selanjutnya data cleaning yang dilaksanakan melalui email dan telepon masih dirasakan kurang memuaskan. Anggota tim DHA tidak dapat menindak lanjuti masukan dari tim UI karena kesibukan melaksanakan tugas utama lembaga, dan yang lebih mendasar adalah kurangnya dukungan dari para atasan yang belum menganggap bahwa DHA suatu hal yang cukup penting sehingga perlu juga diprioritaskan. Oleh karenanya, tim DHA menyarankan workshop lanjutan "cara melakukan data cleaning" dimana mereka dapat bekerja dan konsentrasi penuh melakukan data cleaning. Dari hasil workshop ini kemudian disadari juga bahwa keterampilan tim DHA untuk melakukan data cleaning juga sangat terbatas.

Analisis data dan interpretasi.

Data processing dan analisis dilakukan bersama antara tim DHA dan PHA dengan pendampingan

tim UI. Analisis data menggunakan ICHA dengan beberapa modifikasi berdasarkan konteks lokal. Data dirubah ke dalam informasi yang dapat memberikan gambaran mengenai sumber, agen, penyedia layanan, fungsi, sumber dana, dan penerima manfaat. Informasi tersebut dianalisa menggunakan perspektif kecukupan, keberlanjutan, efisiensi, efektifitas dan keadilan. Informasi ini digunakan sebagai bahan dalam perencanaan, monitoring dan evaluasi terpadu.

Diseminasi dan Pemanfaatan data DHA dan PHA

Hasil dari DHA dan PHA disajikan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/kota, Dinas Kesehatan Propinsi, pada tingkat nasional dan internasional. Penyajian ini juga digunakan untuk mengadvokasi terinstitusionalisasinya kelembagaan dari NHA, PHA dan DHA kedalam system formal yang ada, serta kegunaan dari data DHA dan PHA dalam disagregasi data NHA, selain itu juga untuk perbaikan perencanaan, manajemen dan kebijakan kesehatan pada semua level.

Metode pengembangan DHA dan PHA yang digunakan

Pembiayaan kesehatan yang bersumber publik dilaksanakan pada sembilan kabupaten/kota yang ada di Propinsi NTB dengan memberdayakan staff yang sudah ada sampai mampu menampilkan data DHA secara mandiri. Selama proses pendampingan jelas terlihat adanya peningkatan motivasi, pengetahuan dan keterampilan dari tim DHA di seluruh kabupaten/kota dalam mengklasifikasikan dan menganalisis data yang bersumber dari belanja publik.

Untuk menghasilkan data belanja publik yang berkualitas, definisi yang jelas dengan batasan yang ada digunakan untuk mengklasifikasikan semua belanja pemerintah untuk aktivitas yang bertujuan utama memulihkan, memperbaiki, dan memelihara kesehatan masyarakat selama kurun waktu tertentu yang telah ditetapkan. Kegiatan mendasar health account adalah

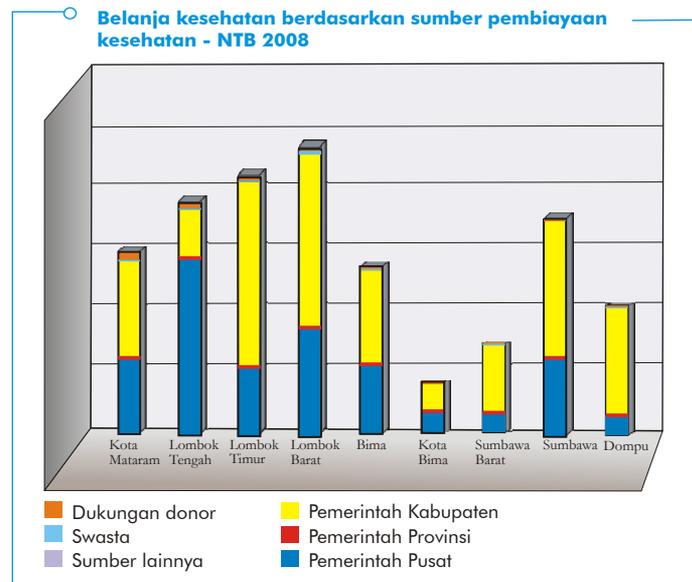
mengklasifikasikan belanja kesehatan dengan menggunakan definisi standar internasional yang dikeluarkan oleh WHO dan mempresentasikan data dalam bentuk tabulasi tabel standar berdasarkan katagori sumber, agen keuangan, penyedia layanan, input sumber daya, fungsi, dan penerima manfaat. Materi pelatihan, format standar dikembangkan dan digunakan sebagai panduan bagi tim DHA dan PHA dalam pembuatan data awal yang sejalan dengan kerangka NHA. Data tahun 2008, merupakan harmonisasi dari sistim ICHA dengan sistim akutansi kesehatan nasional RI.

Perhitungan belanja publik di NTB dilakukan bertahap dan berkembang. Analisis data tahun 2006 terbatas pada perhitungan belanja Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan RSUD. Perhitungan lebih komprehensif untuk data tahun 2007 yang meliputi belanja kesehatan publik bagi sektor kesehatan utama, donor dan agen international ("rest of the world"). Perkembangan yang lebih lengkap dilakukan tahun 2008 dengan menghitung seluruh belanja publik dari sektor kesehatan, serta "rest of the world". PHA tahun 2008 sudah menghitung seluruh belanja kesehatan termasuk publik dan swasta melalui asuransi sosial ASKES dan JAMSOSTEK. Namun belum termasuk belanja langsung individu (OoP) yang sampai saat ini masih dinantikan. Kedepan akan ditambahkan dalam data DHA bila data telah tersedia. Focus utama dengan menghitung pembiayaan publik sangat bernilai, karena secara langsung merefleksikan kebijakan politik dan performan serta dapat dijadikan sebagai petunjuk untuk manajemen dan kebijakan kesehatan.

Agen kesehatan	Agen Non-kesehatan	Tidak termasuk
1. Pelayanan Kesehatan 2. RSUD 3. RS Kepolisian	1. BKKBN 2. Lembaga Pendidikan 3. Departemen Infrastruktur 4. Pelabuhan 5. Kesejahteraan sosial 6. Bapeda 7. Penjara 8. Asuransi kesehatan pekerja (PT. ASKES, JAMSOSTEK)	1. RS Angkatan 2. Out-of-pocket (data tidak tersedia)

Temuan yang diperoleh dari data DHA

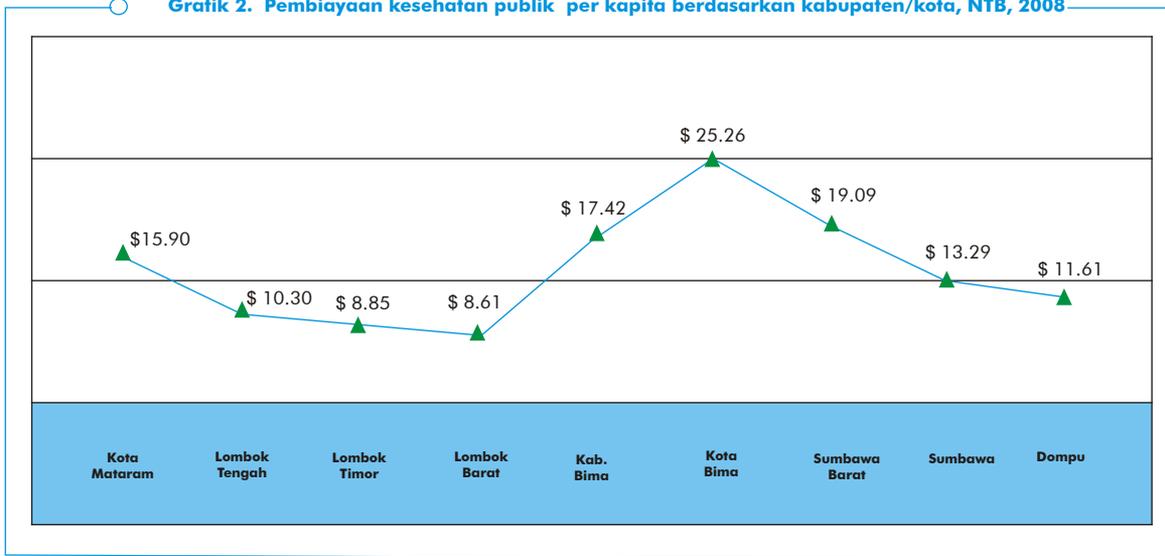
Tabel berikut mempresentasikan temuan-temuan dari sembilan kabupaten kota berdasarkan katagori pembiayaan kesehatan. Juga disampaikan analisa dari data tersebut.



Dari tabel tersebut tampak jelas bahwa belanja kesehatan terbesar di 9 kabupaten /kota di NTB tahun 2008 adalah bersumber dari pemerintah daerah (APBD II) kemudian kontribusi dari pemerintah pusat. Kontribusi yang diberikan oleh donor, bantuan dan sumber lainnya tergolong kecil.

Hal ini merefleksikan pentingnya pengambilan keputusan untuk alokasi anggaran yang tepat sesuai kebutuhan pada tingkat pemerintah daerah (kabupaten/kota), serta dukungan inovasi yang diberikan oleh pihak international seperti GTZ akan dimungkinkan untuk berlanjut. Analisa lebih jauh menunjukkan bahwa sebagian besar belanja kesehatan kabupaten/ kota adalah untuk belanja gaji pegawai dan belanja modal yang diserap mulai dari 56% dari total belanja kesehatan di Kota Bima sampai pada 80% di Kabupaten Sumbawa Barat. Proporsi belanja operasional untuk program tampak kecil. Ini juga menunjukkan kepada lembaga tingkat kabupaten khususnya Dinas Kesehatan kabupaten/ kota bahwa sebenarnya mempunyai peluang yang besar untuk mengatur belanja kesehatan. Dengan adanya kekuasaan kabupaten/ kota untuk mengatur dan mengalokasikan dana, maka kebutuhan terhadap data DHA yang lengkap dan akurat menjadi nyata.

Grafik 2. Pembiayaan kesehatan publik per kapita berdasarkan kabupaten/kota, NTB, 2008



Pembiayaan kesehatan perkapita dari semua sumber (belum termasuk Out of Pocket/OoP) bervariasi antar Kabupaten/kota di NTB. Hal ini dimungkinkan karena sebagian kabupaten/kota sedang dalam proses pembangunan fisik rumah sakit atau adanya pembangunan serta bantuan fisik lainnya. Kabupaten/ kota tersebut juga bervariasi dalam kesejahteraan sehingga proporsi untuk total alokasi kesehatan juga bervariasi sesuai dengan kebijakan pemerintah daerah masing-masing. Jika dibandingkan dengan standard WHO US \$ 34 perkapita/tahun dari semua sumber (termasuk OoP), beberapa kabupaten/kota di NTB akan melampaui nilai tersebut (perhitungannya termasuk OoP).

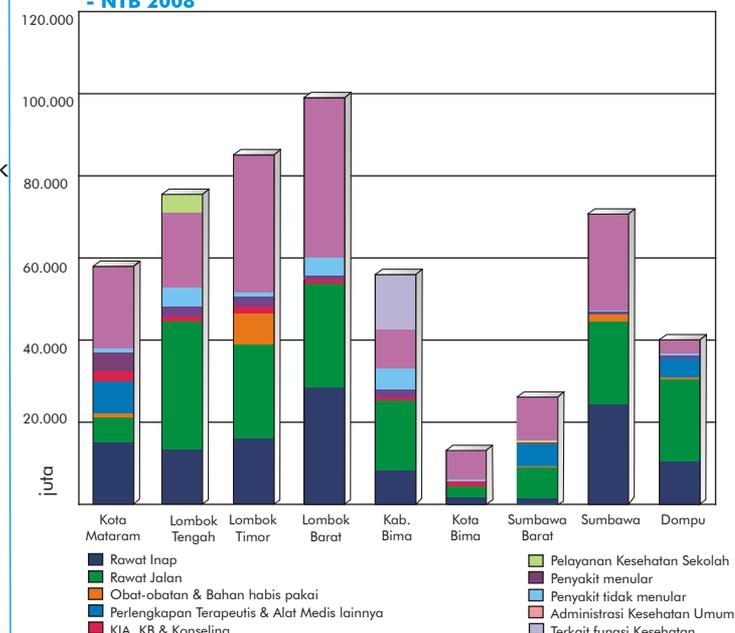
Selanjutnya analisa berdasarkan fungsi pembiayaan dalam grafik 3 memberikan gambaran ada 2 Fungsi kesehatan yang mendominasi pembiayaan kesehatan di provinsi NTB yaitu fungsi curative dalam bentuk rawat jalan dan rawat inap and belanja administrasi umum.

Pembiayaan fungsi kuratif ini bervariasi dari 35% sampai 70%. Hal ini dimungkinkan karena adanya program jaminan sosial kesehatan bagi keluarga miskin (JAMKEMAS) pada dua tahun terakhir. Namun demikian untuk kegiatan Kesehatan Masyarakat yang berkaitan dengan pencapaian Millenium

Development Goals (MDGs) seperti Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) Keluarga Berencana (KB) dan Conseling serta Pemberantasan Penyakit Menular (P2M) masih rendah. Jika keadaan ini terus berlanjut maka pembiayaan kesehatan kedepan akan terus meningkat karena lebih bertitik berat pada kuratif dan kurang menaruh perhatian pada program pencegahan, akibatnya diperkirakan pola angka kesakitan tidak akan berubah pada tahun-tahun mendatang.

Dari gambaran grafik berikut dapat juga dilihat sebagian besar pembiayaan kesehatan providernya adalah institusi Rumah Sakit.

Belanja Kesehatan berdasarkan fungsi di 9 Kabupaten/Kota - NTB 2008

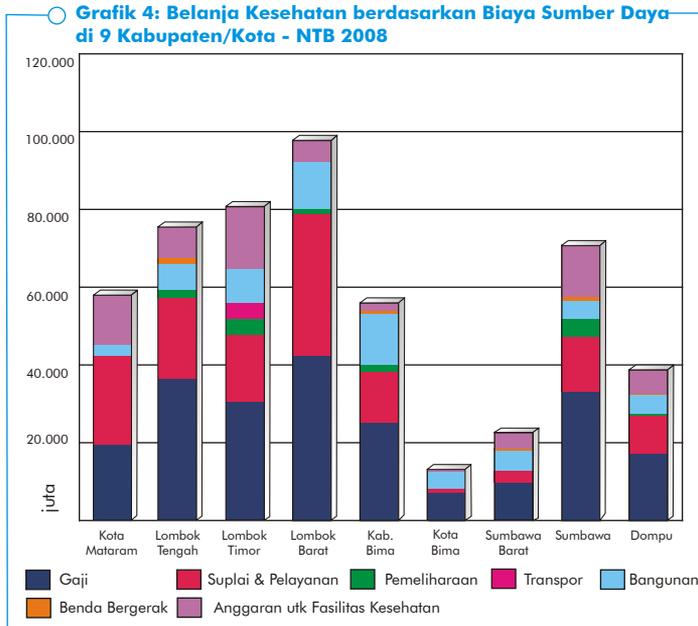


Pembiayaan kesehatan menurut sumberdaya secara garis besar terbagi dalam investasi dan operasional, yang masing-masing dapat dijabarkan secara lebih detail.

Investasi terdiri dari belanja gedung, belanja investasi yang digunakan oleh petugas, dan belanja investasi bergerak. Sedangkan operasional terdiri dari gaji, perawatan, supply dan pelayanan.

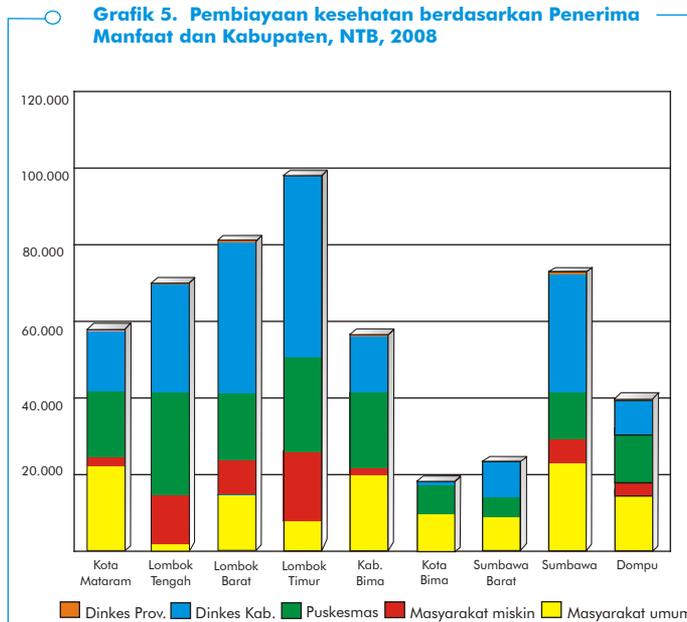
Dari kesembilan kab/kota di NTB, dana yang digunakan untuk investasi rata-rata sekitar 27,8%, dan untuk operasional sekitar 72% termasuk belanja gaji dan honor. Proporsi untuk gaji dan honor rata-rata mencapai 60% dari total biaya operasional, sekitar 40% dari total pembiayaan kesehatan keseluruhan.

Grafik 4: Belanja Kesehatan berdasarkan Biaya Sumber Daya di 9 Kabupaten/Kota - NTB 2008



Sedangkan proporsi kedua terbesar setelah belanja gaji dan honor adalah untuk belanja investasi yang digunakan oleh petugas, diantaranya alat medis, peralatan kantor, dll. Kabupaten yang membelanjakan investasi yang terbesar proporsinya adalah Lombok Timur, yaitu untuk pengadaan alat medis/kedokteran yang mencapai nilai Rp.17 Milyar dari total pembiayaan kesehatan sebesar Rp. 84 milyar.

Grafik 5. Pembiayaan kesehatan berdasarkan Penerima Manfaat dan Kabupaten, NTB, 2008



Pembiayaan kesehatan menurut penerima manfaat dalam grafik 5 menunjukkan bahwa petugas Puskesmas, petugas Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Dinas Kesehatan Propinsi menerima 80% dari belanja kesehatan di masing-masing kabupaten/kota. Sedangkan masyarakat umum dan miskin hanya menerima 20% dari belanja kesehatan. Rata-rata masyarakat miskin di semua kabupaten/kota hanya menerima 7,5% dari belanja kesehatan. Sumbawa Barat tidak menunjukkan belanja untuk masyarakat miskin karena mereka memberikan pembiayaan gratis bagi semua penduduk.

Pemanfaatan data DHA dan PHA

Ketika tulisan ini dibuat, 7 dari 9 kabupaten/kota telah menggunakan data DHA untuk proses penganggaran dan perencanaan terpadu serta advocacy untuk peningkatan alokasi anggaran kesehatan. Pada tingkat propinsi, data PHA 2008 telah digunakan oleh Dewan Peduli Anggaran (DPA) untuk memberikan masukan kepada DPRD propinsi NTB dalam proses perbaikan anggaran APBD 2010. Kabupaten Dompu menggunakan data DHA dalam kaitan dengan kasus gizi buruk dalam meningkatkan equity untuk alokasi anggaran bagi Puskesmas daerah terpencil.

Proses pengembangan, methodologi dan temuan-temuan dari DHA dan PHA telah dipresentasikan secara internal di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Propinsi, dan LSM di Propinsi NTB, serta kepada Departemen Kesehatan RI, serta kepada semua staff perencana kesehatan dari seluruh propinsi di Indonesia melalui forum NGO, Donor, Universitas, serta pada saat pertemuan IHEA di Beijing pada bulan Juli 2009.

Pengalaman NTB dalam pembuatan DHA telah diadopsi oleh dua kabupaten yaitu Kudus (Jawa Tengah) dan Aceh Besar (Nanggro Aceh Darussalam - NAD), Staff Dinas Kesehatan Kabupaten tersebut secara mandiri (dana lembaga sendiri) telah berkunjung ke Mataram untuk berproses bersama dalam pembuatan DHA yang diorganisir oleh SISKES.

Proses yang dimulai oleh proyek SISKES menunjukkan tanda-tanda keberlanjutan. Dinas Kesehatan kabupaten/ kota bersama propinsi telah sepakat dalam RAKERKESDA 2009 untuk melanjutkan DHA dan PHA pada tahun mendatang. Dinas Kesehatan Propinsi telah memasukkan mata anggaran dalam anggaran mereka yang bersumber dari pusat untuk kelanjutan PHA dan DHA, Lombok Barat dan Kabupaten Bima telah memasukkan dalam anggaran APBD mereka.

Kesimpulan

Pembiayaan kesehatan publik di Propinsi NTB sebagian besar bersumber dan diatur oleh pemerintah daerah, berikutnya berasal dari pemerintah pusat. Belanja untuk program kesehatan masyarakat diluar curative sangat dibutuhkan peningkatan. Perhitungan belanja kesehatan sangat dibutuhkan pada dua tingkatan tersebut (kabupaten dan pusat) untuk kebijakan kesehatan yang tepat. Proses health accounts menyediakan informasi untuk pembiayaan kesehatan publik yang memfasilitasi keputusan rasional untuk mengalokasikan sumber daya yang terbatas. Kedepan juga akan dimasukkan

pembiayaan kesehatan yang bersumber dari swasta ketika data sudah tersedia.

Membangun keterampilan sumber daya local dalam mengembangkan DHA di NTB tampak jelas, namun membutuhkan investasi yang cukup besar untuk membangun Tim DHA dan PHA serta melakukan advocacy untuk membuat pemerintah daerah melihat apa yang telah diproduksi oleh tim DHA. Staff tingkat kabupaten, setelah mendapat dukungan pelatihan dan bimbingan, telah mampu menyusun DHA dan PHA dengan analisa yang cukup tajam. Aspek yang dirasakan paling sulit dalam proses pembuatan DHA dan PHA adalah mendapatkan data riil tentang belanja kesehatan dan klasifikasi data berdasarkan standar ICHA serta harmonisasi dengan sistim keuangan nasional. Perhitungan belanja kesehatan OoP terbukti juga tidak mudah diperoleh.

Temuan dari data DHA 2006 – 2008 menunjukkan bahwa proporsi belanja kesehatan untuk kuratif jauh lebih besar dibandingkan belanja kesehatan untuk preventive dan promosi yang secara mendasar akan mencapai goal seperti MDGs dan Indonesia Sehat 2010.

DHA dan PHA yang dikembangkan di propinsi NTB saat ini menghasilkan informasi pembiayaan kesehatan bersumber publik dengan menggunakan format yang sama dengan NHA.



Telah terlihat adanya ketertarikan yang mendalam dari kabupaten/kota dalam proses pengembangannya, dan informasi yang mereka kumpulkan telah digunakan untuk mempertajam proses penganggaran dan perencanaan terpadu pada tingkat kabupaten/kota. Dukungan dari pemerintah kabupaten/kota dan propinsi untuk keberlanjutan DHA dan PHA di NTB telah mulai diinisiasi oleh proyek SISKES.

Referensi

Gani, Ascobat, 2009, Pedoman Dan Modul Pelatihan District Health Account (DHA) Untuk Tingkat Kabupaten/ Kota, Pusat Kajian Ekonomi & Kebijakan Kesehatan FKMUI, AusAID Jakarta, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Depkes RI, Jakarta.

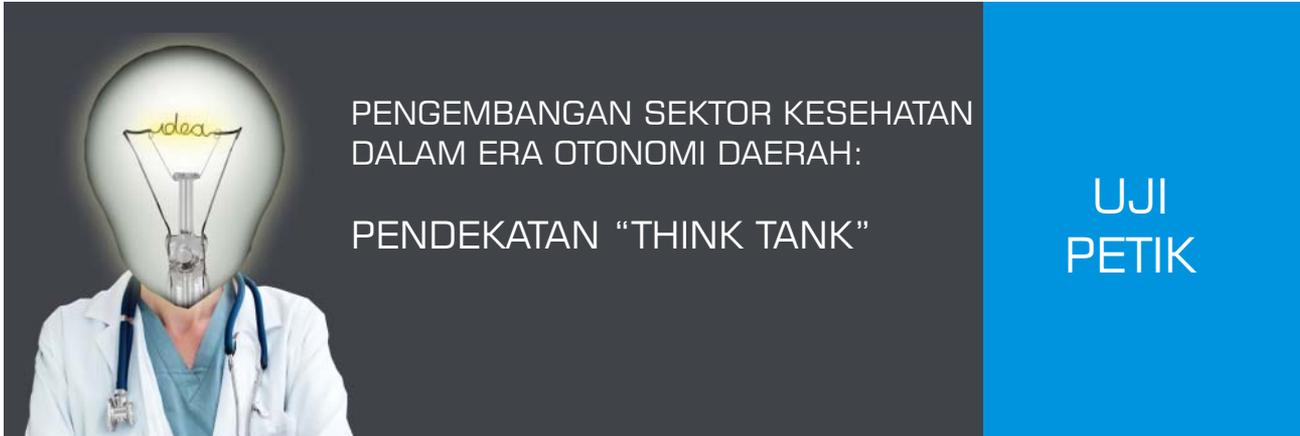
Guide to producing national health accounts, With special applications for low – income and middle – income countries, 2003, World Health Organisation, World Bank, The United States Agency For International Development, Canada.

Nadjib, Mardiaty,..., 2009, Pelatihan dan Pendampingan Penyusunan District Health Account di Propinsi Nusa Tenggara Barat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, GTZ, Dinas Kesehatan Propinsi NTB.

Soewondo, Prastuty, and Dadun, 2009, Local Health Account, District Reviews of Public Expenditure on Health, 9 Districts of Nusa Tenggara Barat, Indonesia.

Suwondo, Prastuti, 2008, DHA and PHA Development in NTB Province, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, GTZ, Dinas Kesehatan Propinsi NTB





Pada saat pelaksanaan Proyek GTZ-SISKES di NTB, diskusi-diskusi informal dengan staff Dinas Kesehatan Provinsi secara gradual berubah menjadi kelompok kerja informal yang kemudian dikenal sebagai “Think-tank” bagi Proyek dan mitra kerjanya.

Pertemuan-pertemuan tersebut merupakan forum untuk diskusi kreatif mengenai masalah dan pendekatan potensial yang tidak terbentur pada batasan birokrasi atau pertemuan formal yang hasilnya telah ditentukan. “Think-tank” menjadi istimewa, memfasilitasi bentuk dari pembangunan kesehatan di provinsi NTB.

Pelaksanaan otonomi daerah/desentralisasi membawa pengaruh positif bagi pemerintah daerah, dimana kewenangannya menjadi jauh lebih luas dalam mengambil kebijakan yang menyangkut pembangunan di daerahnya. Namun demikian, dalam pelaksanaannya ada beberapa catatan-catatan permasalahan yang timbul diantaranya:

- Periodisasi pimpinan nasional dan pimpinan daerah (provinsi dengan Kabupaten/kota) tidak sama, kondisi ini menyebabkan implementasi kebijakan yang tidak selalu sinkron dan tekanan prioritas program yang tidak sama di tiap daerah. Meskipun proses koordinasi dan perencanaan telah diatur dalam UU No. 25 tahun 2004 namun faktanya banyak kendala operasional yang terjadi meskipun out put dari proses pembangunan adalah sama namun focus dan lokus kegiatan atau program tidak berbanding lurus
- Kelembagaan dan struktur organisasi yang tidak sama pada tiap daerah juga menjadi salah satu masalah yang dalam koordinasi dan implementasi program pembangunan

- Tingginya frekuensi mutasi dan rotasi staf dan dengan kerangka waktu yang tidak jelas akan berpengaruh sangat besar terhadap keberhasilan dan kinerja pelaksanaan program, karena setiap orang tidak tenang bekerja, harus selalu melakukan penyesuaian dan terdapat sekat – sekat yang lebar dalam komunikasi pelaksanaan program sehingga koordinasi internal tidak kondusif dalam menjalankan kebijakan program.

Proyek GTZ-SISKES NTB yang dimulai pada tahun 2006 masuk dalam situasi dan kondisi kelembagaan seperti itu, sehingga pada masa awal pelaksanaan proyek sempat terjadi beberapa kendala teknis dan mengalami stagnasi. Untuk mengatasi masalah ini, diskusi-diskusi informal dilakukan dengan contact person (3 orang). Dari diskusi ini lahirlah ide untuk melibatkan lebih banyak staff Dinas Kesehatan Provinsi dari berbagai unsur yang dianggap mempunyai ketertarikan dan komitmen dalam pembangunan kesehatan, sehingga kemudian muncullah sedikit orang secara informal melaksanakan berbagai diskusi untuk mengakselerasikan pelaksanaan

proyek GTZ-SISKES dalam kerangka pembangunan kesehatan di daerah. Diskusi informal tersebut merumuskan berbagai kerangka dasar serta melaksanakan identifikasi program dan kegiatan apa yang bisa di didukung oleh proyek GTZ-SISKES serta dapat mempercepat terlaksananya sasaran program pembangunan nasional (RPJMN dan Renstra Dep. Kes) dan Pembangunan Daerah (Renstrada - RPJMD dan Renstra Dinas Kesehatan).

Selanjutnya, masih dalam suasana informal forum diskusi diperluas dan mulai melibatkan berbagai komponen teknis (pejabat struktural) untuk lebih memperluas wacana serta menyusun rencana aksi secara lebih detail berdasarkan kerangka dasar yang telah disusun. Forum pertemuan semakin intensif dan melibatkan berbagai pejabat kunci, lintas instansi serta lintas wilayah (melibatkan kabupaten/kota) sehingga kemudian oleh Bapak Wakil Kepala Dinas (pada saat itu dalam struktur organisasi Dinas Kesehatan Provinsi ada jabatan Wakil Kepala Dinas) forum informal tersebut diistilahkan sebagai "Think Tank". Hasil-hasil diskusi dalam forum informal selanjutnya dibawa dan dibicarakan dalam forum pimpinan yang kemudian disepakati menjadi agenda pembangunan kesehatan di daerah secara bersama-sama antara Dinas Kesehatan dengan GTZ-SISKES.

Pola Kerja Think-tank

Peran forum informal yang diprakarsai oleh beberapa staf (think tank) tersebut sangat mendasar dalam mengkomunikasikan berbagai ide pembangunan dan menjadi kebijakan teknis. Ciri-ciri yang menonjol dari pola kerja Think-tank diantaranya adalah:

- Menerapkan prosedur informal dalam pekerjaan, terbuka bebas mengemukakan pendapat sesuai konteksnya
- Siapapun bisa terlibat karena tidak ada batasan formalitas
- Merancang kebijakan yang dianggap dapat menyelesaikan masalah,
- Memberi informasi pada para pihak mengenai isu-isu penting terkini

- Intensifikasi pertemuan-pertemuan informal (diluar jam kerja) yang diikuti dengan laporan/komunikasi hasil pertemuan yang baik kepada para pejabat setruktural (manajemen) dapat mengakselerasi dan mendinamisir pelaksanaan program kegiatan yang telah disusun sebagaimana tertuang dalam Rencana Strategis (5 Tahunan) Dinas Kesehatan maupun Rencana Tahunan.

Dampak positif

Beberapa hal positif terkait dengan Think-tank adalah:

- Pendekatan think-tank membuka peluang kepada setiap orang untuk berpartisipasi dalam pembangunan kesehatan tanpa terikat sekat struktural dalam birokrasi.
- Potensi staff dapat teridentifikasi dan dipergunakan dengan maksimal, sehingga tergambar dengan jelas bahwa Dinas Kesehatan mempunyai sumber daya manusia yang sangat bagus dengan komitmen yang tinggi. Hal ini menepis anggapan bahwa daerah tidak mempunyai cukup sumber daya manusia yang kompeten.
- Kegiatan-kegiatan diprakarsai dan dilaksanakan sendiri tanpa harus mendatangkan resource dari luar daerah.
- Membantu memperlancar komunikasi dan koordinasi baik internal dinas kesehatan maupun diluar dinas kesehatan.
- Dengan adanya rotasi staff yang cukup tinggi yang berimplikasi kepada seringnya pergantian pejabat pengambil keputusan, peran Think tank sangat penting untuk memberikan informasi dan advokasi kepada pejabat baru.
- Jika terjadi perpindahan staff keluar dari Dinas Kesehatan, anggota Think Tank menerapkan pengetahuannya kepada lingkungan kerjanya yang baru, yang membawa dampak positif tidak hanya untuk institusi tersebut tetapi juga untuk Dinas Kesehatan. Sebagai contoh diadopsinya pendekatan Integrated Health Planning and Budgeting (IHPB) oleh BAPPEDA yang rencananya akan diterapkan diseluruh

sektor. Hal ini terjadi tidak terlepas dari advokasi yang dilakukan oleh anggota Think-tank yang pindah tugas dari Dinas Kesehatan ke BAPPEDA.

- Think-tank masih terus bisa terlibat aktif dalam menyumbangkan ide dan pengetahuannya kepada Dinas kesehatan walaupun sudah berpindah tugas ke instansi yang lain.

Kendala

- Kendala yang dihadapi adalah masih adanya pertanyaan dari beberapa pihak tentang legalitas dari keberadaan Think-tank, mengingat sistem kerja Pemerintahan yang sangat terikat dengan birokrasi dan tugas pokok dan fungsi (TUPOKSI).
- Menimbulkan salah pengertian dimana staff/Think-tank dianggap melakukan kegiatan yang bukan wewenangnya.

Kesimpulan dan Rekomendasi

Think-tank berkembang menjadi kelompok kerja informal yang anggotanya berjumlah sekitar 20 orang yang berasal dari Kantor Gubernur NTB, Dinas Kesehatan Provinsi, dan bahkan Kabupaten. Sebagai sebuah kelompok kerja informal, Think-tank relative tidak terpengaruh oleh perpindahan staff dan mereka tetap menjadi anggota karena komitmen dan ketertarikan secara pribadi. Karena anggotanya berasal dari unit yang berbeda, terbukti menjadi forum yang dinamik dan komprehensif ketika bekerja untuk pengembangan perencanaan dan penganggaran, monitoring dan evaluasi terpadu. Think-tank menjadi kelompok mitra yang sangat penting dalam pengembangan sistem kesehatan yang sedang berjalan di NTB dan memberikan harapan akan keberlanjutan dan rasa kepemilikan.

- Mengingat hal-hal positif yang telah dihasilkan melalui pendekatan Think-tank, hendaknya keberadaannya tetap dipertahankan dengan memperhatikan hal-hal yang menyangkut legalitas.

- Secara kelembagaan Think-tank hendaknya terus melakukan analisis kebijakan dan mengusulkan saran-saran bersifat teknis dan dilengkapi dengan database yang lengkap.



Sebuah Pembelajaran

Penulis: Dr. Lieve Goeman, MPH, MP
Kontribusi: Dr. Lau Fabianus
Dr. Idawati Trisno, MKes



Fleksibilitas dan kreativitas dalam menemukan solusi perbedaan prioritas antara Badan Bantuan Luar Negeri dengan Mitra Kerja untuk pencapaian yang lebih tinggi

Apa yang telah kita pelajari dari perbedaan-perbedaan prioritas? **Apa** yang terjadi jika Donor menginginkan suatu hasil namun hasil tersebut bukan merupakan kepentingan bagi Mitra Kerja atau tidak terdapat dalam dana yang dianggarkan? **Apa** yang terjadi jika tiba-tiba Mitra Kerja menemukan masalah kesehatan yang penting dan perlu diselesaikan tetapi tidak terdapat di dalam perencanaan Donor?

Pernyataan:

Jika prioritas tidak sesuai, maka penyelesaian harus dicari seperti kerjasama dengan LSM yang dapat memampukan Donor untuk mencapai hasil dan memfasilitasi Mitra Kerja dalam pelaksanaannya. Jika prioritas-prioritas Mitra Kerja tidak terdapat dalam program kerja Donor, maka Donor harus fleksibel untuk menyesuaikan perencanaan, anggaran belanja dan kegiatan-kegiatan mereka agar dapat memenuhi keperluan dan perubahan prioritas Mitra Kerja.

Dua contoh nyata yang menggambarkan keadaan ini:

Dalam rencana pelaksanaan SISKES dinyatakan untuk hasil 3.3: "pembaharuan strategi IEC". Indikator yang digunakan adalah revisi, persetujuan dan diseminasi strategi yang telah direvisi; CD materi promosi kesehatan yang digunakan oleh

mengembangkan strategi IEC; dan penguatan kegiatan IEC, berdasarkan strategi IEC. Dua indikator pertama berhasil dengan mudah dicapai pada tahap awal proyek. Namun karena tidak adanya prioritas dari Dinas Kesehatan Propinsi, maka sulit untuk melanjutkan pelaksanaan kegiatan yang menunjukkan hubungan dan manfaat strategi IEC.



dan difasilitasi oleh sukarelawan VSO yang ditempatkan di Bidang Promosi Kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten TTS. Strategi IEC disesuaikan dengan kondisi setempat di TTS, kegiatan-kegiatan direncanakan pada tahun 2008, disetujui dalam anggaran tahun 2009 dan dilaksanakan segera setelah anggaran dicairkan dengan dukungan dari Proyek SISKES dan VSO.

Proses ini membuat proyek berhasil mencapai output dan indikatornya serta meyakinkan Mitra Kabupaten akan pentingnya hal tersebut.

Flu H1N1 di Belu.

Penyebaran flu H1N1 di Indonesia dan Timor Leste menciptakan kecemasan di antara masyarakat dan para pemegang kebijakan kesehatan di Kabupaten Belu, yang bertetangga dengan Timor Leste. Dinas Kesehatan Kabupaten Belu merasa perlu segera mengumpulkan semua pemegang kebijakan untuk menyebarkan informasi kesehatan yang benar dan untuk mengembangkan rencana tindak lanjut yang tepat untuk pencegahan dan pengendalian penyakit.



Dinas Kesehatan Kabupaten Belu meminta nara sumber dari Dinas Kesehatan Propinsi NTT dan dukungan dari proyek SISKES untuk memfasilitasi kegiatan tersebut. Fleksibilitas dalam perencanaan dan penganggaran, serta kesediaan SISKES untuk menyelesaikan permasalahan kesehatan yang muncul telah memungkinkan untuk merespon perubahan prioritas dari Mitra Kabupaten/Kota.





Apakah Pertemuan Koordinasi Para Donor Program Kesehatan Reproduksi Memang Bermanfaat?

Penulis: Dr. Loesje Sompie

Sejak tahun 2006 sampai tahun 2009 Proyek SISKES telah menunjuk seorang ahli nasional senior untuk Departemen Kesehatan guna membantu dalam koordinasi, bekerja sama dengan Direktorat Kesehatan Maternal dan WHO. GTZ-SISKES ikut serta dalam sejumlah pertemuan dengan badan-badan donor lain untuk mengkoordinasikan kegiatan promosi program Making Pregnancy Safer (MPS) dari Departemen Kesehatan. Makalah ini meninjau koordinasi tersebut dari sudut pandang Proyek.

Latar Belakang

Departemen Kesehatan mengawali Upaya Kesehatan Ibu (Safe Motherhood Initiative) pada tahun 1988, dan pertemuan pertama untuk mengkoordinir para donor, LSM, dan wakil Pemerintah dalam upaya untuk mempercepat penurunan angka kesakitan dan kematian maternal/perinatal di Indonesia diselenggarakan dalam bulan Juli 1994. Setelah itu, pertemuan-pertemuan koordinasi, yang disponsori oleh WHO, diselenggarakan setiap 3 bulan. Mulai bulan Juli 1994 sampai November 2001, telah diselenggarakan 24 pertemuan untuk membicarakan sejumlah hal dan saling berbagi pengalaman, serta rekomendasi. Ada banyak cerita keberhasilan dari donor atau suatu tempat yang dilaporkan, namun jarang sekali keberhasilan ini dapat dipertahankan. Komitmen yang sudah disetujui tidak pernah dipantau, dan setelah proyek selesai, program-programnya juga hilang begitu saja. Apa yang tersisa dari rangkaian 24 pertemuan tiga bulanan tidak tampak sama sekali. Sementara angka kematian maternal/ibu (AKI) di Indonesia tetap tinggi dan Pemerintah gagal untuk mencapai tujuannya dalam menurunkan AKI dari tahun 1985 sebesar 450 kematian per 100.000 kelahiran hidup ke 225 atau kurang pada akhir Repelita VI.

Pada tahun 2000 Pemerintah memperbarui komitmen mereka terhadap Safe Motherhood dengan meluncurkan program Making Pregnancy Safer (MPS) yang mempunyai tiga pesan utama dan empat strategi kunci.

Ketiga pesan utama tersebut adalah:

- 1) semua persalinan harus dibantu oleh petugas persalinan terlatih,
- 2) semua komplikasi kehamilan harus dirujuk dan ditangani dengan benar, dan
- 3) semua kehamilan harus merupakan kehamilan yang diinginkan.

Keempat strategi kunci adalah:

- 1) meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan reproduksi,
- 2) meningkatkan mutu pelayanan kesehatan reproduksi,
- 3) memberdayakan masyarakat untuk meningkatkan kesehatan reproduksi mereka, dan
- 4) meningkatkan manajemen sistem pelayanan kesehatan reproduksi.

Survei Demografik dan Kesehatan (Demographic and Health Survey) Indonesia pada tahun 2002-2003 memperkirakan adanya penurunan AKI ke 307 per 100.000 kelahiran hidup, yang masih jauh dari target nasional tahun 2009 sebesar 226 per 100.000 kelahiran hidup.

Untuk mencapai target tersebut, Departemen Kesehatan mempunyai komitmen untuk meningkatkan koordinasi dengan dan antara para donor, bukan hanya untuk berbagi informasi, namun juga untuk membuat rencana kegiatan bersama agar sumber-sumber daya dapat dimanfaatkan secara efektif dan untuk menghindari pelaksanaan kegiatan yang sama atau duplikasi.

Pada tahun 2006, ketika Proyek SISKES mengawali fokus khusus mereka pada MPS, suatu pertemuan kerja para donor pada tanggal 8 Februari di Bali mengeluarkan delapan rekomendasi:

- 1) Departemen Kesehatan harus menentukan kebijakan, strategi, dan standar serta bertanggung-jawab untuk menyebarkannya ke tingkat provinsi/kabupaten. Sebagai tambahan, Departemen Kesehatan harus mengkoordinir semua bantuan dari donor dengan membentuk suatu unit/badan koordinasi untuk bertindak sebagai badan yang menyetujui dan memberikan dukungan serta pengarahan dalam perencanaan dan dalam penggunaan cara-cara terbaik untuk melaksanakan program-program yang berkaitan dengan bagian-bagian teknis Departemen Kesehatan dan dengan para donor.
- 2) Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak harus dilakukan dengan pendekatan sistem, melaksanakan semua program dengan cara yang terkoordinir, selaras, dan terpadu untuk mencegah tumpang-tindih dan kontradiksi antar program dan dukungan donor.
- 3) Selain memberikan informasi dan supervisi provinsi harus juga melaksanakan perannya untuk berkoordinasi dengan kabupaten, serta harus mempersatukan kabupaten untuk saling belajar. Hal ini membutuhkan bantuan teknis dan manajerial dalam pelaksanaannya.
- 4) Departemen Kesehatan harus membentuk suatu "satuan tugas" untuk menangani 2-3 hal-hal kritis pada tahun 2006 guna mendukung peningkatan perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan reproduksi.

5) Setiap tahun harus diselenggarakan dua pertemuan koordinasi, yang pertama pada permulaan tahun (Maret 2006) dan yang kedua pada pertengahan tahun untuk mengakomodasi intervensi sesuai kebutuhan. Dalam tahun-tahun sesudahnya pertemuan pertama harus dilaksanakan sebelum bulan Maret agar para donor mempunyai waktu untuk menyesuaikan dukungan mereka dengan rencana kabupaten dan alokasi anggaran.

6) Pelaksanaan program tahun 2006 harus dijadwalkan kembali sesuai dengan pendanaan dan kegiatan dari pemerintah setempat, dan distribusi anggaran harus dikaitkan dengan kinerja serta hasil pelaksanaan yang dicapai oleh provinsi/kabupaten.

7) Suatu peta harus dibuat untuk setiap kali mengetahui 1-2 topik untuk memfokuskan koordinasi. Salah satu topik yang diusulkan adalah Desa Siaga sebagai contoh peran serta masyarakat yang dapat menangani MPS dan juga isu-isu non-medis.

8) Suatu tim kecil harus dibentuk untuk membuat rencana tindak lanjut kegiatan-kegiatan praktis.

Berdasarkan rekomendasi ini, GTZ dan WHO mengambil inisiatif untuk membantu Departemen Kesehatan dalam menyediakan data yang akurat mengenai kegiatan para donor melalui pemutakhiran mekanisme pemetaan data donor.

Tabel 1 di halaman berikut merupakan inventarisasi kegiatan para donor dan proyeksi dalam tahun 2006.



Table 1. Inventory of external support Maternal and Neonatal Health Projects, 17 May 2006,

Agency	Project Name	Funding & Duration	Geographic focus
AusAID	Women's Health and Family Welfare Project. Project components includes: assistance to Gol to improve the quality and access to health care for women and newborn infants; promotion of FP and safe motherhood; promotion of community responses to safe motherhood. (the project finished on June 2006) and will be continued this year in NTT first	A\$27.8 million grant over 4 years (Jul 02 – Jun 06)	NTT: Sikka, Ende, Ngada, East Flores, Manggarai, Lembata NTB: East Lombok, Central Lombok, Bima, Dompu
UNICEF / AusAID	Improving Maternal Health in Eastern Indonesia. Program includes: support to policy, district planning, and problem solving; health system strengthening and quality control; improved delivery of health services; improved community participation	US\$4,16 million grant over 3 years (Jan 04 – Dec 06)	NTT: Kota Kupang, Alor, West Sumba, East Sumba Papua: Jayapura, Jayawijaya, Sorong, Bi: Manokwari
UNICEF / DFID	Improving Maternal Health in Indonesia. Program includes: support to policy, district planning, and problem solving; health system strengthening and quality control; improved health services delivery; improved community participation	US\$14.9 million grant over 3 years (Feb 06 – Feb 09)	Banten (3 districts) W. Java (3 districts) Central Java (3 dist.) E. Java (3 districts) S. Sulawesi (3 dist.) W. Sulawesi Maluku (3 districts) N. Maluku (2 districts)
GTZ / DFID-BMZ	GTZ Siskes III with a Making Pregnancy Safer Component includes: support to effective management of health services; functioning referral system; availability of appropriate technical skills for health professionals; informed, alert and supportive communities and political leaders; improved sector coordination	10.15 million grant over 4 years (Jan 06 – Dec 09)	NTT: Kab. Kupang, Kota Kupang, TTS, TTU., Belu, Rote Ndao, W. Manggarai NTB: Kota Mataram, West, Central and East Lombok, Sumbawa, West Sumbawa, Kota Bima
UNICEF / AusAID	Women and Children Health Program in Papua. Program will focus on: increasing community awareness of and initiative in adopting good health practices; strengthening decentralized health system; strengthening human capacity for health system management and delivery	A\$6.2 million grant (subject to approval). Expected commencement July 06 – Jun 09	Papua: Jayapura, Jayawijaya, Sorong, Bi: Manokwari

USAID	Health Services Program. Program includes technical assistance to reduce maternal, newborn and child mortality. Focus on improving District Health Office performance in planning and budgeting; increasing skilled attendance at delivery; mobilizing communities: Desa Siaga, advocacy, and bcc interventions at community level. HSP works with GOI, NGOs, and private sector organizations. The project closed September 09	US\$38 million grant over 4 ½ years (Apr 05 – Oct 09)	NAD North Sumatra Banten West Java East Java DKI Jakarta
European Union	Support to Community Health Services. Program includes: improved skills and capacity of districts to plan and manage community health care system; define and operate quantitative and qualitative performance standards for community health care services; develop district capacities and systems to carry out new roles in health financing with particular emphasis on financing for the poor and socially deprived.	€35 million grant over 4.5 years (Sep 03 – Mar 08)	South Sumatra Jambi Papua
World Bank	Provincial Health Project. The project aims to bring about effective health sector decentralization in two provinces; and help the central ministry carry out its new role in a decentralized system.	US\$38.3 million loan over 6 years (Jun 00 – Jun 06)	Lampung DI Yogyakarta
World Bank	Second Provincial Health Project.	US\$63.2 million loan over 6 years (Jun 01 – Jun 07)	North Sumatra Banten West Java
ADB	Decentralised Health System (DHS) – 1 -Effort to improve province & district capacity to provide local specific & needs driven health services planning & implementation activities. -Accessible & affordable health services. -Focus on the poor and vulnerable, including women & children.	US\$65 million loan. Initially over 5 years (Jun 01 – Sep 06, extended to Dec. 2008)	NAD Bengkulu Riau Kepulauan Riau North Sulawesi Central Sulawesi SE Sulawesi Bali

ADB	DHS – 2 -Improved health status of the population, especially the poor and vulnerable groups	US\$100 million loan over 5 years. Began in 2005.	South Sumatera Bangka-Belitung Central Kalimantan South Kalimantan South Sulawesi West Sulawesi Gorontalo NTT NTB
ADB / AusAID	TA 3579-INO: Strengthening Health Reforms. Provide advice to 1) Assist MOH and selected local governments identify, implement, and evaluate health sector reforms in the context of decentralisation and 2) support DHS in meeting its objectives for: a) improved health and family planning services b) guaranteed access of the poor to essential health and family planning services.	A\$2 million grant 2005 – 2008	Selected districts receiving DHS1 or DHS2 funding
UNFPA	7 th Country Program. Main program focus includes: integration of RH in Devt. Framework; awareness and advocacy for RH / Adolescent RH / RR / Gender; Improved maternal care and EOC; Youth friendly RH information / services; Linking population / RH / Gender to poverty	US\$23 million core grant over 5 years + US\$2 million other grants (2006 – 2010)	NAD (4 districts) S. Sumatera (OKI) W. Java (2 districts) W. Kalimantan (5 dist) NTT (5 districts) NTB (4 districts)
JICA	Ensuring the Quality of MCH Services through MCH Handbook. -Started a pilot project in Central Java, collaboration with Central Java Health Office, in one district (1994) -Adopted at the national level (2001), Continuous printing support by JICA MCH office -Strong commitment and ownership by MoH: SK Menkes no 248/Menkes/SK/III/2004 on Using MCH Handbook	1994 - present	NAD (with UNICEF and USAID) N. Sumatra (w/ USAID) Central Java E. Java (w/ UNICEF) W. Java (w/ UNICEF) Banten (w/ USAID) DKI Jkt (w/ UNICEF) NTT (w/ UNICEF) Papua (w/ UNICEF)

WHO	Making Pregnancy Safer Project. Project provided technical assistance in: policy and strategy, program / model development, adaptation guidelines / tools in the areas of: technical/clinical; management of MNH services, advocacy and community empowerment, coordination, and partnership with other donors and Gol		Bangka-Belitung Banten NTT N. Maluku Papua
WHO/GTZ/DFID and all RH Donors	RH Donor Coordination Improve coordination among all partners in health linked to RH with a focus on MPS under stewardship of the Gol at central, provincial, and district level in order to contribute to an effective, harmonized, and scaled-up response to maternal mortality in Indonesia, aligned to the MPS strategy.		(national level)
IMPACT / DFID	IMPACT Indonesia Aims to provide rigorous evidence of the effectiveness and cost-effectiveness of safe motherhood intervention strategies and their implications for equity and sustainability.		Banten (Serang, Pandeglang)

Koordinasi GTZ dengan para donor dan tim kesehatan Pemerintah

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2007 menemukan bahwa AKI telah menurun sampai 248 per 100.000 kelahiran hidup, tidak jauh dari target tahun 2009 sebesar 226, namun jauh dari target MDG 2015 sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup. Ternyata bahwa untuk mencapai target MDG, Departemen Kesehatan tidak bisa bekerja sendiri: perlu untuk bekerja erat dengan program dan sektor lain, serta semua donor dari luar termasuk badan-badan PBB dan LSM. Untuk itu suatu tim kecil telah dibentuk yang dipimpin oleh WHO selama tahun 2007-2008 untuk mempromosikan keselarasan antara Departemen Kesehatan, para donor luar, dan badan-badan PBB. Tim ini bertemu sesuai

kebutuhan untuk menanggapi kondisi yang membutuhkan diskusi atau tindak lanjut dari Departemen Kesehatan. Pertemuan-pertemuan ini tidak berlanjut karena perubahan personil di WHO, AusAID, dan UNICEF, namun kolaborasi antara para pimpinan kunci donor-donor luar tetap berlanjut, dan, karena beberapa donor mendekati tahap akhir proyek mereka (ump., USAID's Health Services Project, JICA, UNICEF, GTZ's SISKES dan HRD Proyek), dilakukan upaya untuk melibatkan donor-donor luar yang lain untuk melanjutkan pertemuan-pertemuan koordinasi dengan Direktorat Kesehatan Maternal.

Sebagai tujuan GTZ mengadopsi peningkatan koordinasi dan keselarasan antara para donor dan Departemen Kesehatan untuk menghindari duplikasi kegiatan dan meningkatkan arah dari

Direktorat Kesehatan Maternal Departemen Kesehatan pada kebijakan dan strategi untuk memandu pelaksanaan program para donor luar di daerah kerja geografis mereka masing-masing. Langkah awal dalam menyelenggarakan pertemuan para donor dua kali per tahun adalah untuk mengadakan rapat antara para donor terkait dan Direktorat Kesehatan Maternal, sebelum pertemuan diadakan, untuk memilih topik atau topik-topik yang paling penting bagi pertemuan yang akan datang. Dalam rapat-rapat kecil yang dipimpin oleh tim kecil WHO ditentukan topik atau topik-topik yang akan diusulkan kepada Departemen Kesehatan untuk pertemuan para donor. Setelah topik atau topik-topik disetujui bersama, persiapan untuk pertemuan para donor dapat dimulai.

Meskipun hanya bertanggung-jawab untuk dukungan teknis dan sejumlah anggaran, koordinator kesehatan reproduksi GTZ biasanya juga meninjau sebagian besar persiapan tersebut (draft ToR, tempat, undangan, paket pertemuan, agenda, logistik, makanan dan minimum, dll.).

Draft ToR untuk pertemuan butuh waktu lama apabila para counterpart sedang sangat sibuk, namun pemberitahuan rencana tentatif dan jadwal sudah dikirim ke para donor, LSM terkait, dan program/sector.

Pertemuan koordinasi yang telah diselenggarakan adalah sebagai berikut.

No.	Tanggal	Topik	Peserta	Anggaran
1	02.06.2006, Bali	Menyelaraskan upaya koordinasi Kesehatan Reproduksi antara para mitra, Pem. Indo. dan para mitra (Tuning RH coordination effort between partners, Gov, and partners)	~ 67	Pemerintah Indonesia Rp 244.4 juta
2	09.17.2006, Depkes	Desa Siaga, sosialisasi dan mekanisme perencanaan dan penganggaran (Desa Siaga socialization and mechanisms of planning and budgeting)	~ 65	GTZ SISKES
3	02.08.2007, Depkes	Advokasi MPS (MPS advocacy)	~ 60	GTZ SISKES
4	08.13- 14.2007, Depkes	Pengarus-utamaan gender oleh para donor luar (Mainstreaming gender by external donors)	~ 65	GTZ SISKES Rp 41.2 juta
5	11.14- 15.2007, Depkes	Sosialisasi dan rencana tindakan, Survei Hak Reproduksi (Socialization and action plan, Reproductive Rights Survey)	~ 50	GTZ SISKES Rp 91.9 juta
6	03.13.2008, Depkes	Kebijakan dan strategi baru program kesehatan neonatal (New maternal and neonatal health program policy and strategies)		GTZ SISKES Rp 12.5 juta
7	11.19.2008, Depkes	Tantangan dan Kesempatan untuk mempercepat Pembangunan Kesehatan untuk mencapai target MDG tahun 2015 (Challenges and Opportunities to accelerate Health Development to achieve the MDG's target 2015)	~ 70	GTZ SISKES Rp 7.1 juta

Dapat dilihat bahwa pertemuan-pertemuan diselenggarakan lewat waktu yang seharusnya, yang pertama dalam bulan Maret dan yang kedua dalam bulan November. Sekitar 85% dari para undangan hadir dan kebanyakan donor MPS mengutus pimpinan tertinggi atau pimpinan kedua mereka. Biasanya Pemerintah Indonesia mengutus eselon IV atau bahkan staf saja. Para donor lebih menyukai seminar setengah hari karena kebanyakan pimpinan program dengan tingkat yang lebih tinggi cenderung untuk menghilangkan setelah rehat makan siang. Direktur Proyek HSSP (SISKES + SPH + HRD) biasanya membuka pertemuan, memberikan pengarah dan menyerahkan pertemuan kepada tim SISKES. Unit Koordinasi Proyek Pusat HSSP (the HSSP's Central Project Coordinating Unit) merupakan sekretariat pusat yang bertanggung jawab untuk koordinasi, selalu hadir dalam pertemuan. Tergantung pada topik, GTZ SISKES dari NTT atau NTB akan diundang juga. Lampiran 1 menyajikan ringkasan dari sejumlah pertemuan koordinasi di mana GTZ-SISKES ikut serta.

Apa yang telah dicapai oleh pertemuan koordinasi para donor?

Apakah pertemuan-pertemuan ini meningkatkan keselarasan dan kesuaian antara para donor dan Pemerintah Indonesia?

Ya, kegiatan program donor RH/MSP telah dikembangkan atau direvisi bersama, dan petunjuk, prosedur operasional standar, serta panduan telah ditinjau, dikembangkan dan direvisi. Kebijakan dan arah yang telah disetujui diperjelas untuk didistribusikan ke tingkat provinsi dan kabupaten bagi pelaksanaan, dan GTZ SISKES diberi wewenang untuk mensosialisasikan pendekatan, mendistribusikan bahan, dan mendukung sesi-sesi pelatihan.

Kesulitan apa yang dijumpai?

Mengatur pertemuan untuk para donor membutuhkan kesabaran, terutama dalam mencari waktu para counterpart setelah pencairan anggaran APBN setiap tahun.

Karena tingginya volume kegiatan para counterpart, bahkan waktu untuk mendiskusikan topik pertemuan donor yang akan datang harus dijadwal ulang sampai beberapa kali. Proyek SISKES juga merasakan betapa sulitnya mencari waktu yang sesuai yang disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat sebagai Direktur Proyek HSSP, dan Direktur Kesehatan Maternal sebagai Koordinator SISKES. Kehadiran keduanya penting bagi suatu pertemuan koordinasi yang efektif, dan juga karena para koordinator donor akan meninggalkan pertemuan apabila kedua pimpinan ini terlihat akan meninggalkan pertemuan, sehingga para hadirin akan bertanya-tanya mengenai kepemilikan bersama dan komitmen untuk mengkoordinir pihak-pihak lainnya.

Apakah pertemuan para donor relevan?

Pertemuan terbukti relevan terutama dalam menjamin bahwa tujuan-tujuan program dan pelaksanaannya dikaitkan dengan kebijakan nasional pada tingkat provinsi dan kabupaten.

Apakah ada kepemilikan dari proses pertemuan para donor?

Meskipun fungsi ini seharusnya ditangani oleh Departemen Kesehatan, komitmen terhadap kepemilikan tidak selalu nampak, karena pelaksanaan kegiatan hampir selalu tertunda setiap tahun yang disebabkan oleh karena tertundanya penyelenggaraan pertemuan kedua para donor dalam tahun tersebut. Pertemuan kedua seharusnya dilaksanakan dalam bulan September, seperti yang telah disetujui di Bali, namun apabila waktunya bersamaan dengan pencairan anggaran pusat, fokus pertama para counterpart adalah bagaimana menggunakan anggaran ini untuk program dan kegiatan mereka.

Apakah pertemuan para donor dapat dipertahankan?

Bahkan jika Departemen Kesehatan sadar akan pentingnya koordinasi dengan dan antara para donor untuk menghindari tumpang-tindih dan berkolaborasi dalam menurunkan AKI, tidak jelas apakah kepemilikan Departemen Kesehatan cukup besar untuk melanjutkan pertemuan apabila memang perlu, tanpa dukungan para donor.

Kesimpulan

Tujuan pertemuan para donor ini adalah untuk meningkatkan keselarasan dan kolaborasi di antara para donor dan Pemerintah Indonesia. Pertemuan koordinasi para donor penting baik untuk para donor maupun Pemerintah Indonesia sebagai suatu forum untuk berbagi pengalaman dan rencana, dan mendiskusikan kebijakan serta strategi baru Pemerintah Indonesia, serta masalah yang dihadapi para donor. Keselarasan dan kolaborasi akan berhasil jika ada saling percaya, saling menghargai, dan keterbukaan. Pertemuan koordinasi para donor Departemen Kesehatan dalam kurun waktu 2006-2009 telah meningkatkan keselarasan dan kolaborasi di antara para donor dan membentuk suatu jaringan kerja. Fasilitasi bukan hanya terjadi dari para donor bagi counterpart Pemerintah, namun juga di antara para donor.

Mutu pertemuan para donor tergantung bukan hanya pada topiknya saja namun juga pada apakah pertemuan ini dihadiri atau tidak oleh para counterpart tingkat tinggi. Kehadiran para Direktur Jenderal dan atau Direktur dari Departemen Kesehatan akan mendorong juga kehadiran para pimpinan tingkat tinggi. Pertemuan setengah hari lebih disukai daripada pertemuan satu hari. Persiapan pertemuan dapat merupakan proses yang panjang karena banyaknya tanggungjawab para counterpart, terutama di dalam Direktorat Kesehatan Maternal.

Rekomendasi

Berdasarkan pengalaman GTZ dalam menyelenggarakan pertemuan para donor dari tahun 2006-2009, dapat diusulkan beberapa rekomendasi:

1. Meskipun pertemuan koordinasi para donor adalah penting untuk berbagi informasi, diskusi, dan pengambilan keputusan untuk meningkatkan kolaborasi, keselarasan, dan kesesuaian antara para donor dan Departemen Kesehatan, kesulitan yang dihadapi dalam menyelenggarakan pertemuan antara tahun 2006 dan 2009 memberikan pemikiran bahwa mekanisme alternatif ini dapat dipertimbangkan. Apakah pertemuan dua kali dalam setahun memang merupakan cara yang paling efektif untuk mencapai keselarasan?

2. Karena banyaknya kebijakan baru Pemerintah Indonesia yang tidak langsung berkaitan dengan RH/MPS akan secara tidak langsung mempengaruhi pelaksanaan kegiatan program, pertemuan para donor harus menangani juga isu-isu non-RH/MPS (antara lain Keputusan Departemen Keuangan tentang hibah/pinjaman).

3. Banyak program lain Kesehatan Reproduksi (antara lain Keluarga Berencana, IMS, termasuk HIV/AIDS, Kesehatan Reproduksi Remaja, dan Kesehatan Reproduksi para Lanjut Usia) serta program kesehatan anak dapat memperluas topik/isu yang dibicarakan dalam pertemuan.

4. Pendanaan untuk pertemuan koordinasi seharusnya ditanggung bersama antara para donor/LSM, dan jika mungkin dengan kontribusi dari Departemen Kesehatan, untuk meningkatkan kepemilikan.

5. Menyelenggarakan pertemuan sesuai jadwal membutuhkan perhatian dari seorang anggota staf Pemerintah Indonesia sebagai tambahan pada koordinator RH/MPS.

6. Pertemuan harus selalu memastikan kehadiran Direktur Jenderal Pengobatan Masyarakat atau paling tidak Direktur Kesehatan Maternal untuk memotivasi para donor agar mengutus para pengambil keputusan mereka ke pertemuan ini.

Referensi:

1. Departemen Kesehatan, RI : Gambaran Umum HSSP (Health Sector Support Programme), Jakarta, 2007
2. Departemen Kesehatan, RI : Petunjuk Pelaksanaan Pengelolaan Kegiatan HSSP, Jakarta, 2007
3. Departemen Kesehatan, WHO : Tinjauan Pertemuan Koordinasi Pemerintah Indonesia/LSM/Badan Donor tentang Upaya Kesehatan Ibu di Indonesia ("Review of the GOI/NGO/Donor Agency Coordination Meetings on the Safe Motherhood Initiative in Indonesia) July 1994- December 1996"), Indonesia, 1997
4. Departemen Kesehatan, WHO : Tinjauan Pertemuan Koordinasi Pemerintah Indonesia/LSM/Badan Donor tentang Upaya Kesehatan Ibu di Indonesia ("Review of the GOI/NGO/Donor Agency coordination meetings on the Safe Motherhood Initiative in Indonesia) April 1997 – November 2001"), Indonesia, 2001
5. Menteri Kesehatan, RI : "Kepmenkes RI No : HK.03.05/BI.5/648/09 tentang Unit Pengelola Proyek Health Sector Support Programme (HSSP) tingkat Pusat dan personalianya", Jakarta, 2009
6. Kemajuan Bersama Menuju Efektifitas Bantuan yang diperoleh (Joint Progress Toward Enhanced Aid Effectiveness), Forum Tingkat Tinggi: :Deklarasi Paris tentang Efektifitas Bantuan" (High Level Forum : "Paris Declaration on Aid Effectiveness"), Paris, 2005
7. OECD : Kriteria DAC untuk evaluasi bantuan pembangunan (DAC criteria for evaluating development assistance).



Sebuah Pembelajaran

Penulis: Dr. Lieve Goeman, MP MPH
Kontribusi: Dr. Stefanus Bria Seran, MP, MPH,
Gabriel Kennenbudi

Pentingnya pemilihan strategi percobaan yang benar Antara yang tidak teratur dengan percobaan kerjasama penuh

Menggunakan strategi percobaan yang benar dan tepat sangatlah penting untuk mencapai keberhasilan dalam pelaksanaan sebuah konsep atau strategi. Perubahan dan perbaikan sebuah strategi yang gagal, berdasarkan pemantauan dan penilaian hasil, harus dilakukan secepatnya jika hasil yang diinginkan tidak tercapai.

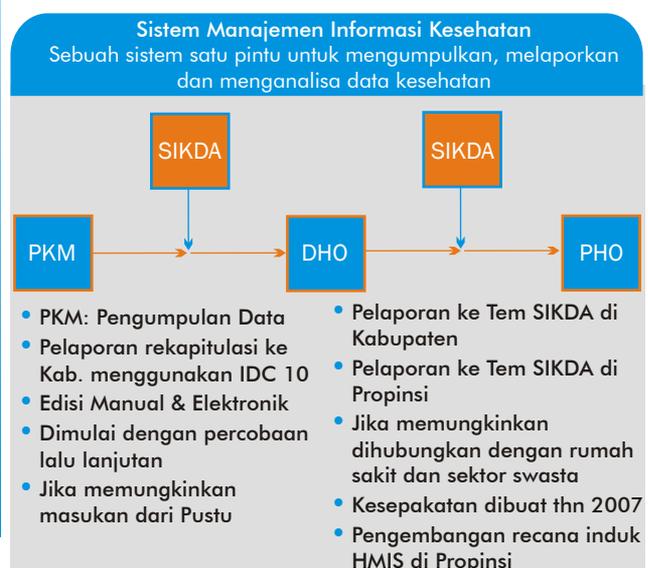
Pembelajaran ini berdasarkan pengalaman Proyek SISKES ketika menerapkan sistem HMIS (Sistem Informasi Manajemen Kesehatan) dan konsep Desa Siaga di NTT.

Strategi percobaan dengan pencakupan penuh untuk HMIS. Sistem HMIS yang baru, yang mana telah dimulai pada fase sebelum SISKES II, telah lebih jauh dikembangkan, diusulkan dan disahkan oleh tingkat pusat (PUSDATIN) dan PHO (Dinas Kesehatan Propinsi). Hal ini telah direncanakan untuk diuji cobakan di 5 Kabupaten. Setiap Kabupaten/Kota telah didukung oleh tim SIKDA (HMIS) yang telah dibentuk di DHO (Dinas Kesehatan Kabupaten) dan sistem HMIS manual telah diterapkan di 2 Puskesmas di setiap Kabupaten/Kota.

Tanggapannya adalah strategi ini akan diterapkan di 5 Kabupaten/Kota dan setiap Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota akan melanjutkannya ke puskesmas-puskesmas diwilayahnya, yang mana kemudian akan berlanjut lebih jauh ke semua Kabupaten di NTT dengan kesepakatan dan di bawah tanggung jawab dari Dinas Kesehatan Propinsi.

Strategi percobaan dengan pencakupan penuh untuk HMIS.

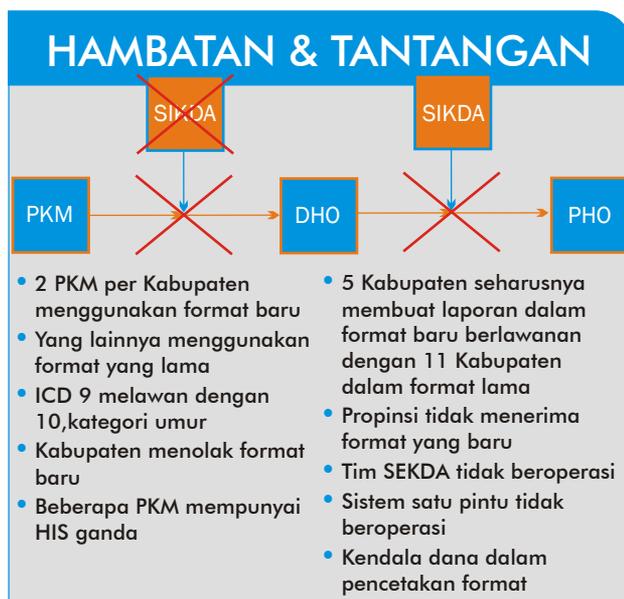
Sistem HMIS yang baru, yang mana telah dimulai pada fase sebelum SISKES II, telah lebih jauh dikembangkan, diusulkan dan disahkan oleh



pusat (PUSDATIN) dan PHO (Dinas Kesehatan Propinsi). Hal ini telah direncanakan untuk diuji cobakan di 5 Kabupaten. Setiap Kabupaten/Kota telah didukung oleh tim SIKDA (HMIS) yang telah dibentuk di DHO (Dinas Kesehatan Kabupaten) dan sistem HMIS manual telah diterapkan di 2 Puskesmas di setiap Kabupaten/Kota.

Tanggapannya adalah strategi ini akan diterapkan di 5 Kabupaten/Kota dan setiap Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota akan melanjutkannya ke puskesmas-puskesmas di wilayahnya, yang mana kemudian akan berlanjut lebih jauh ke semua Kabupaten di NTT dengan kesepakatan dan di bawah tanggung jawab dari Dinas Kesehatan Propinsi.

staf yang telah memahami sistem yang sudah ada. Dinas kesehatan Kabupaten/Kota menolak data baru dari 2 Puskesmas dikarenakan laporan dari Puskesmas yang lain masih menggunakan sistem lama, begitu pula Dinas Kesehatan Propinsi menolak data baru dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dikarenakan tidak sesuai Kabupaten/Kota yang lain.



Tetapi kelanjutan dari Kabupaten/Kota ke Puskesmas yang lain tidak terwujud dengan semestinya dikarenakan kurangnya nara sumber mitra dan adanya 2 perbedaan cara pengumpulan dan pelaporan data di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan Dinas Kesehatan Propinsi dan membingungkan instansi kesehatan tersebut. Kesejajaran 2 sistem pengumpulan dan pelaporan data di Puskesmas percobaan, adalah sistem lama dan baru, menjadi beban berat administrasi bagi

Hasil dari kunjungan M&E untuk menilai kemajuan dari HMIS di NTT menunjukkan hasil yang mengecewakan: strategi percobaan yang dipilih tidak berhasil, walaupun Puskesmas percontohan menunjukkan keuntungan dari penggunaan sistem yang baru. Perbaikan strategi yang baru dengan kerjasama yang lebih erat bersama Kepala Dinas Kesehatan Propinsi.

HMIS sekarang sedang di ujicobakan di 1 kabupaten dengan cakupan penuh seluruh Puskesmas dan ini merupakan kesepakatan Kabupaten, Belu. Seluruh Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota akan mengumpulkan dan melaporkan data dengan menggunakan sistem HMIS yang baru.

Perbaikan strategi ini sudah pernah di pantau dan di evaluasi dengan teliti oleh Dinas Kesehatan Propinsi. Saat ini, strategi ini telah berhasil dan jelas menunjukkan keuntungan, kesesuaian, dan dampak dari sistem yang baru. Dinas Kesehatan Propinsi dan semua Kabupaten/Kota telah menyetujui sistem HMIS yang baru ini dan mereka berkeinginan kuat untuk menjalankan dan menerapkan ke seluruh Propinsi di NTT.

Percobaan geografis yang tidak teratur untuk diterapkan pada Desa Siaga.

Dalam penerapan pada Desa Siaga telah dipilih strategi yang mirip dengan percobaan strategi HMIS. Pemilihan 50 desa, di mana proyek SISKES akan memfasilitasi penerapan sistem siaga dan 5 jaringan, telah dikerjakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan pembagian geografis minimal 4 desa per Kabupaten/Kota dengan total keseluruhan di 6 Kabupaten/Kota. Penerapan yang tidak teratur ini ditanggapi bahwa desa tetangga akan belajar dari konsep Desa Siaga yang sudah terbentuk, akan merasakan keuntungan dan akan diteruskan oleh desa-desa sekitarnya hingga mencakup seluruh Kabupaten/Kota dan ini akan dikoordinasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.



Dukungan yang tidak teratur/terarah ini tidak mengganggu sistem Desa Siaga yang telah ada, tidak menyebabkan beban administrasi lagi dan saling melengkapi dengan konsep Desa Siaga yang didukung oleh GOI. Salinan atau kelanjutan yang telah terjadi terjadi di Belu menjadi 31 desa melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan BPMD (Badan Pemberdayaan Masyarakat Daerah) menjadi 13 desa di Kota Kupang (masih dalam proses), menjadi 4 desa di TTS dan 3 desa di TTU Kabupaten.

Kesimpulan

Dengan menggunakan strategi percobaan yang benar dan tepat sangatlah penting untuk mencapai keberhasilan dalam penerapan sebuah konsep atau strategi baru. Perubahan dan perbaikan sebuah strategi yang gagal, berdasarkan pemantauan dan penilaian hasil, harus dilakukan secepatnya jika hasil yang di inginkan tidak tercapai.



Sebuah Pembelajaran

Oleh: Dr. Rahmi Sofiarini,
Dr. Lieve Goeman
Kontribusi oleh: Dr. Nyoman Wijaya
Kusuma, Dra. Yohana Maxi, MDM



Mitra yang berbeda meminta pendekatan yang berbeda:

Pelaksanaan Desa Siaga di NTB dan NTT

SISKES mendukung implementasi Program Desa Siaga di Provinsi NTB dan NTT, namun proses pelaksanaannya berbeda. NTB membagi tanggung jawab yang jelas kepada pemangku kepentingan yang terlibat dan percaya dengan pendekatan ini waktu dan biaya dapat dihemat. NTT menggunakan Dinkes kabupaten pada setiap tahapan proses dan percaya bahwa pendekatan ini akan menghasilkan rasa kepemilikan yang lebih kuat dalam jangka waktu yang cukup panjang.

Masing-masing pendekatan mungkin tepat untuk konteksnya masing-masing.

Pendekatan di NTB

NTB menentukan pembagian peran, tugas dan tanggung jawab yang jelas diantara pemangku kepentingan yang terlibat sebelum pelaksanaan Desa Siaga dimulai. Kesepakatan yang dicapai mencakup kegiatan mana akan dilaksanakan dimana dan diorganisir oleh siapa. Pendekatan ini, yang disebut, "pemangku kepentingan yang tepat untuk kegiatan yang tepat dan pada waktu yang tepat pula", telah melancarkan pelaksanaan dan membutuhkan biaya yang lebih rendah, menghilangkan kebingungan dan penundaan dalam menanti persetujuan untuk melanjutkan kegiatan ke langkah berikutnya.

Di NTB, Dinas Kesehatan provinsi dan kabupaten merupakan koordinator utama yang bertanggung jawab terhadap kegiatan yang dilaksanakan di tingkat provinsi dan kabupaten. LSM memainkan peran yang menonjol sebagai penghubung

berbagai pemangku kepentingan dan menyediakan dukungan teknis di desa selama kegiatan pembentukan system kesiagaan. Dalam perannya sebagai perpanjangan tangan GTZ dalam hal urusan administrasi dan memfasilitasi semua kegiatan, LSM berperan sebagai katalisator. Namun, peran LSM ini bersifat sementara, setelah sistem kesiagaan Desa Siaga terbentuk, sistem tersebut menjadi milik masyarakat itu sendiri dan sistem kesehatan.

Fasilitator Puskesmas, bersama dengan Fasilitator Desa, merupakan elemen penting untuk kegiatan di tingkat desa berkaitan dengan tanggung jawab dalam sistem kesehatan untuk setiap kegiatan di tingkat desa. Para petugas Puskesmas yang bertanggung jawab untuk pemberdayaan/partisipasi masyarakat diperkuat perannya sebagai fasilitator Desa Siaga, guna menjamin keberlanjutan dan kepemilikan konsep juga dalam mereplikasi dan koordinasi di tingkat masyarakat didalam wilayah kerja Puskesmas. Terima kasih atas pembagian peran yang jelas sejak

awal, sehingga sistem kesiagaan Desa Siaga telah dengan cepat dapat berfungsi.

Pendekatan di NTT

NTT memilih untuk bekerja secara langsung melalui Dinas Kesehatan Kabupaten pada keseluruhan proses. Dinas Kesehatan Kabupaten mengkoordinasikan dan mengorganisir seluruh kegiatan, bahkan kegiatan di tingkat desa, berkolaborasi dengan fasilitator kabupaten dari LSM atau instansi kabupaten lainnya seperti BKKBN atau BPMD. Pendekatan ini dipilih untuk menjamin kepemilikan dan keberlanjutan system kesiagaan Desa Siaga sebesar mungkin karena Dinas Kesehatan Kabupaten adalah koordinator utama dalam mengumpulkan semua pemangku kepentingan untuk merencanakan, membiayai dan melaksanakan semua kegiatan yang berkaitan dengan Desa Siaga. Dengan mengharuskan setiap Dinas Kesehatan Kabupaten untuk fokus pada proses, setiap kabupaten dapat melaksanakan prosesnya sendiri yang sesuai dengan kondisinya dan yang diinginkan. Beberapa langkah dari proses implementasi bisa dikombinasikan ataupun dihilangkan. Di Kabupaten Kupang, sebagai contoh, kabupaten terakhir di NTT yang memulai pelaksanaan Desa Siaga, kegiatan pertemuan orientasi kabupaten tidak diperlukan karena konsep yang ada sudah dimengerti dan tidak perlu untuk memilih Fasilitator Desa karena mereka sudah tersedia untuk kegiatan desa yang lainnya.

Tergantung pada pilihan kabupaten, kegiatan untuk sosialisasi konsep Desa Siaga, pemilihan fasilitator desa, dan pengumpulan data sekunder bisa dilakukan dalam tiga kegiatan yang terpisah atau dikombinasikan di NTT.

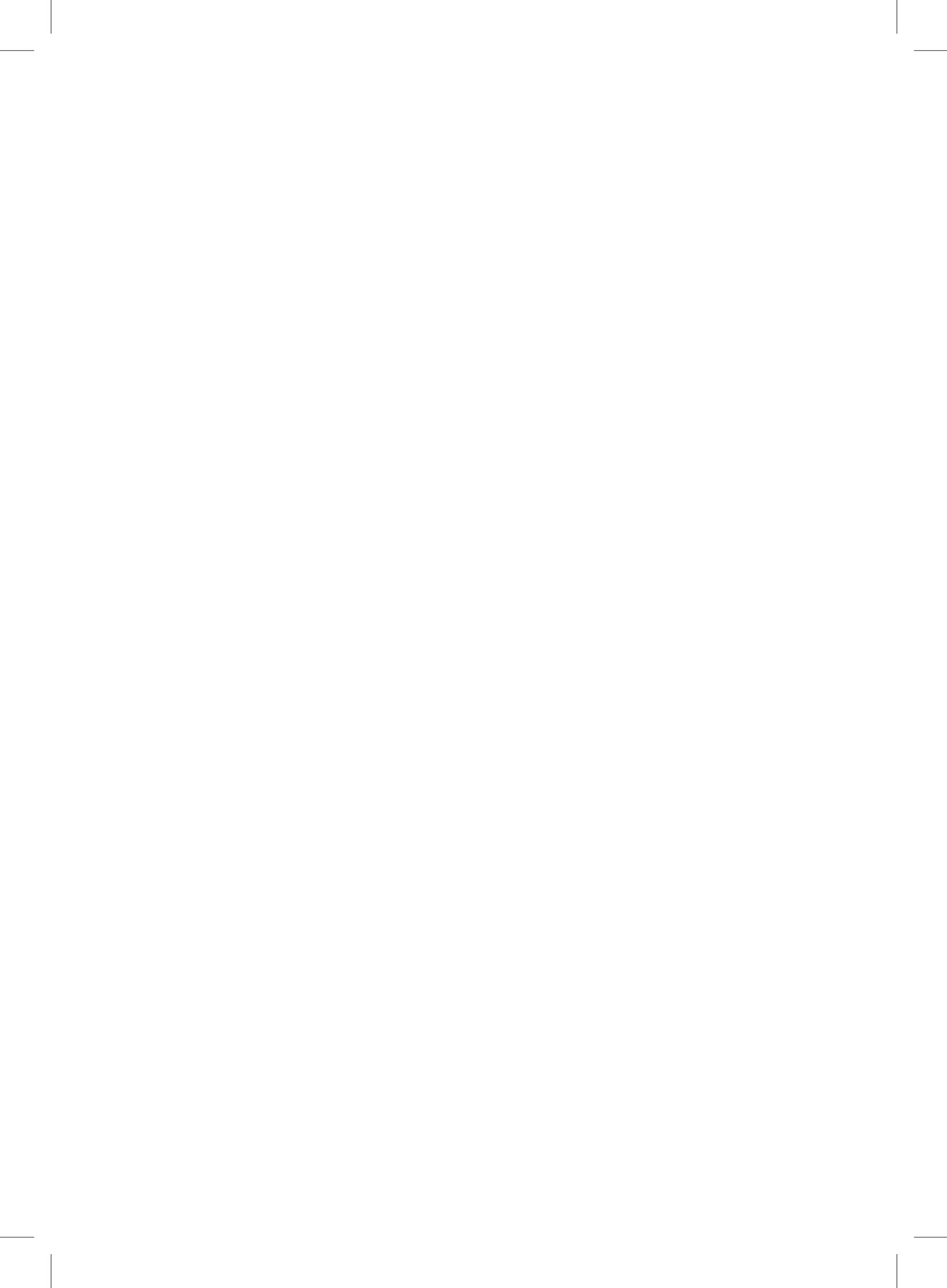
Kelemahan dari pendekatan 'terfokus pada Dinas Kesehatan Kabupaten' yang digunakan di NTT adalah menimbulkan biaya yang lebih tinggi, proses yang lebih lambat dan rumit karena staf Dinas Kesehatan Kabupaten memiliki tanggung jawab yang cukup banyak, dan gangguan yang disebabkan oleh tingginya mutasi staf tanpa adanya serah terima tanggungjawab tentang pekerjaan yang sedang dikerjakan secara memadai. Desa Siaga membutuhkan koordinasi yang kuat, akan tetapi, NTT yakin bahwa bermanfaat untuk menginvestasikan dana lebih, waktu dan usaha untuk melibatkan Dinas Kesehatan Kabupaten pada keseluruhan proses dan karena itu memperkuat kepemilikan dan komitmen mereka untuk mempertahankan fungsi sistem kesiagaan Desa Siaga.

Kalau petugas pemerintah dilibatkan dalam setiap langkah dukungan, proses mobilisasi masyarakat akan menjadi lebih lambat dan memerlukan biaya lebih banyak, namun waktu dan uang bukan satu-satunya faktor yang perlu diperhitungkan:

- Ada berbagai cara untuk memulai pengembantan Desa Siaga
- Keterlibatan petugas pemerintah dapat mencakup berbagai langkah berbeda dalam proses:
 - Berdasarkan distribusi tugas pada awal
ATAU
 - Mendampingi setiap langkah
- Kepemilikan ada pada masyarakat; pemerintah mendukung proses
- Keduanya berpendapat bahwa metode mereka merupakan cara terbaik untuk keberlanjutan
- Setiap pendekatan bisa jadi tepat untuk masing-masing konteks
- Hanya penilaian jangka panjang yang akan membuktikan salah atau benarnya kedua pendekatan.









Komitmen Politik untuk Jaminan Kesehatan Semesta Masyarakat NTB

Sejak kampanye calon Gubernur NTB telah menyatakan akan memberikan pembiayaan gratis bagi seluruh masyarakat NTB untuk Kesehatan dan Pendidikan. Para tokoh agama, pengambil keputusan pada tingkatan pemerintahan, dan masyarakat umumnya sangat mendukung kampanye tersebut. Pelayanan kesehatan secara gratis, diharapkan dapat meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan kelas menengah (sekitar 87% dari total populasi) yang tidak mampu membayar tingginya biaya perawatan rumah sakit dan transportasi ke pelayanan kesehatan rujukan.

Disisi lain, Donor, NGO, dan Universitas sebenarnya dalam proses melakukan advokasi panjang dan sistimatis agar sektor kesehatan dapat meningkatkan alokasi pembiayaan kesehatan untuk Promosi dan Pencegahan Penyakit. Pembiayaan kesehatan semesta untuk masyarakat NTB seperti pisau bermata dua, bila sumberdaya yang terbatas akan dialokasikan sebagian besar untuk kuratif bagaimana keseimbangan perencanaan kesehatan untuk promosi dan pencegahan kesehatan yang terbukti akan membawa pada penggunaan sumber daya yang lebih efektif dan efisien. Pengalaman dari pelaksanaan JAMKESMAS menggambarkan bahwa biaya kuratif melampui biaya yang tersedia terutama karena adanya moral hazard baik dari sisi pasien maupun pelayan kesehatan.

Respon dari Agen International

Keberadaan Proyek SISKES di NTB adalah untuk memperkuat sistem kesehatan di propinsi NTB dengan salah satu tujuannya adalah tersedianya "model pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin" yang sejalan dengan komitmen politik Gubernur NTB. Kepentingan politik sebenarnya dapat berdampak luas untuk kepentingan masyarakat umum bila model pembiayaan kesehatan semesta ini dapat dirancang dengan tepat dan profesional melalui analisis yang komprehensif berdasarkan data yang akurat. Meskipun tidak termasuk dalam perencanaan dan anggaran proyek SIKES tetapi hal ini dilihat sebagai program yang perlu ditangani segera dan emergensi.



Untuk memperluas kapasitasnya dalam memberikan respon yang efektif, SISKES melakukan pendekatan kepada lembaga pemerintah dan non pemerintah, universitas serta individu terkait yang memiliki tujuan searah misalnya akses untuk pemeliharaan kesehatan; memperbaiki status kesehatan; pemberdayaan perempuan; peduli anak; dan good governance dan transparansi secara bersama mengumpulkan sumber daya untuk memberikan dukungan terhadap komitmen politik yang diberikan oleh Gubernur terpilih serta politikus lainnya. Untuk dapat melakukan hal ini, dibutuhkan usaha khusus mendekati para donor dan international NGO yang cenderung bekerja focus pada misi, tujuan dan rencana masing-masing dengan memberikan sedikit perhatian kepada perubahan politik dan kebutuhan lokal, yang biasanya berakibat pada kurangnya kepemilikan (rasa memiliki) serta keberlanjutan terhadap program yang mereka dukung oleh pemerintah daerah.

SISKES mulai melakukan pendekatan kepada sepuluh institusi dan stakeholder yang memiliki misi, tujuan serta perhatian yang searah, kemudian mengatur pertemuan formal untuk membentuk kelompok kerja yang terdiri dari 14 perwakilan dari Donor, LSM International dan lokal, perorangan, universitas, pemerintah daerah, dan Dinas Kesehatan Propinsi NTB. Kelompok kerja ini adalah orang-orang yang peduli terhadap perbaikan sistem kesehatan dan mempunyai hubungan serta kapasitas untuk melakukan pendekatan dengan para politicus sehingga secara langsung mendukung para politikus untuk menjadi "agen perubahan" kesehatan bagi masyarakat umum.

Pertemuan kedua menghasilkan rencana dan pemetaan kerja yang sederhana, menentukan persamaan misi dan tujuan; pembagian peran; serta mengumpulkan sumber daya (dana, pengetahuan, keterampilan, kemampuan kerjasama, serta dukungan lain yang dibutuhkan) antar anggota kelompok kerja. Semua keputusan dibuat dan dilakukan secara partisipatif yang difasilitasi oleh pimpinan/ koordinator dan sekretaris yang dipilih saat rapat pertama.

Fungsi lain dari ketua dan sekretaris adalah mengambil inisiatif dan keputusan bila dibutuhkan dalam situasi mendesak.

Langkah selanjutnya adalah pengembangan konsep Pembiayaan Kesehatan Semesta untuk Masyarakat NTB (JAMKESMAS NTB). Pengembangan konsep dilakukan selama tiga hari, dengan dukungan analisis data yang tajam oleh para anggota kelompok kerja, serta dukungan penuh dari kantor gubernur, Badan Perencana Daerah NTB, Dinas Kesehatan NTB, serta representasi dari 4 (empat) kabupaten/ kota di NTB. Draf konsep pembiayaan kesehatan yang dibuat secara profesional oleh kelompok kerja atas bimbingan konsultan dari Universitas Indoensia kemudian dipresentasikan di depan 10 perwakilan pemerintah daerah dan dimoderatori langsung oleh Gubernur NTB.



Segara setelah pertemuan, 50% dari dana yang ada disetujui menjadi kebutuhan yang disediakan oleh propinsi dan 50% sisanya disediakan oleh daerah. Forum tersebut juga memutuskan bahwa program dimulai hanya dengan melibatkan masyarakat miskin pada tahun pertama dan secara berkala diperluas sampai mencakup seluruh masyarakat, yang akan dicapai dalam lima tahun kedepan. Pendekatan yang sama kemudian juga dilakukan ketika pengembangan grand design AKINO (Angka Kematian Ibu Nol) dan pengembangan jaminan kesehatan semesta di kabupaten Lombok Barat. Salah satu strategi utama untuk mencapai AKINO adalah partnership dengan donor – swasta – LSM dll. Sebagian besar anggota kelompok kerja pada AKINO sama dengan JAMKESMAS NTB.

Kesimpulan

Strategi dengan pengumpulan sumberdaya dapat merespon kepentingan politik untuk menjawab kebutuhan dasar masyarakat melalui analisis dan kolaborasi yang profesional. Kelompok masyarakat yang memiliki motivasi tinggi dan secara sukarela mendukung program dari para pemimpin politik mampu mempercepat terjadinya perubahan pada tingkat pengambil keputusan.

Pengalaman ini menunjukkan bahwa dukungan yang diberikan kepada pengambil keputusan dapat membangun solidaritas dan komitmen diantara institusi dan perorangan melalui "gotong royong" yang akan dapat mencapai misi bersama yang lebih cepat dan efisien.

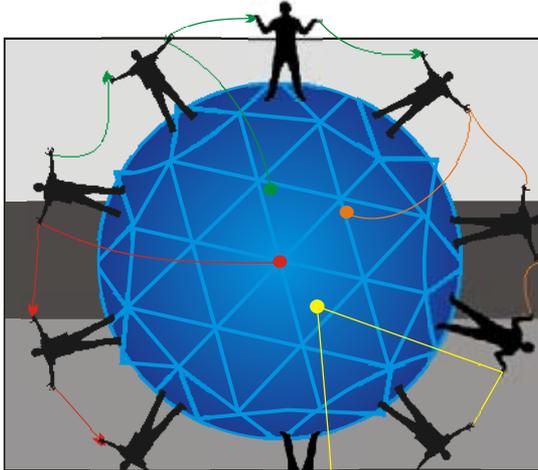


Pengumpulan sumber daya akan dapat merespon kebutuhan politik yang mendadak dan program tersebut tidak tertuang baik dalam perencanaan maupun penganggaran lembaga pendukung terutama lembaga internasional. Khusus untuk lembaga bantuan internasional, pendekatan ini menyelesaikan permasalahan kecenderungan donor untuk focus bekerja sesuai dengan fisi dan misi serta rencana yang telah mereka buat dengan sedikit perhatian pada perubahan lingkungan dan kebutuhan lokal, sehingga berdampak pada rendahnya tingkat keberlanjutan dan rasa memiliki terhadap program yang didukung.

Hasil dari pengumpulan sumber daya ini, lembaga internasional menemukan dirinya lebih dekat dengan para pengambil keputusan sehingga memfasilitasi kelancaran program yang lain. Disisi lain, program yang responsif terhadap kebutuhan lokal telah diinisiasi dan didukung penuh oleh komitmen politik.

Jika ada komitmen politis yang kuat untuk mendukung pendekatan strategis dan jika ada kerjasama yang berat antara berbagai pelaku, pengumpulan sumber daya dapat mempercepat proses dan memungkinkan pelaksanaan kegiatan lebih awal





Memfungsikan Sistem Rujukan: Uji coba di Lombok Barat

Pengenalan buku petunjuk teknis rujukan telah meningkatkan jumlah kasus kehamilan dengan komplikasi di rujuk ke RSU

Sebuah Pembelajaran

Oleh: Dr. Husin Fahmi, MPH; Dr. H.L. Thamrin Hijaz;
Gusti Bagus Kertayasa, SKM,MARS; Dr. IB Jelantik;
Soetarno, Apt; Dr. Nyoman Wijaya Kusuma

Buku Petunjuk teknis system rujukan telah di terapkan di Kabupaten Lombok Barat dan dievaluasi dengan dukungan SISKES NTB. Ditemukan adanya peningkatan dan penguatan pelaksanaan system rujukan disertai dengan munculnya hubungan yang harmonis antara puskesmas dan Rumah sakit umum kabupaten/propinsi dalam penanganan kasus rujukan.

Ringkasan

Target Master Plan dan Rencana tahunan Dinas Kesehatan Propinsi NTB untuk 2006-2010 adalah menurunkan angka kematian ibu dan bayi, namun penurunan jumlah kematian ibu yang terjadi sangat sedikit yaitu tercatat 99 (th.2006), 95 (th.2007) dan 92 (th.2008). Sebagian besar kematian tsb terjadi di Rumah sakit umum akibat keterlambatan pelayanan dari petugas kesehatan. Bahkan terjadi peningkatan jumlah kematian bayi neonatal yaitu dari 920 (th.2007) menjadi 946 (th.2008). Berbagai alasan dikemukakan oleh para petugas kesehatan menuju ke satu arah yaitu lemahnya sistem rujukan.



Sistem Rujukan meduduki peran yang penting dan strategis dalam Sistem Kesehatan Nasional. Pelayanan kesehatan tingkat pertama di puskesmas membutuhkan dukungan Rumah sakit kabupaten dan propinsi untuk menjamin tersedianya pelayanan rujukan untuk kasus-kasus emergensi, komplikasi dan risiko tinggi. Pasien kehamilan dengan komplikasi yang ditemukan di polindes atau puskesmas harus dirujuk ke Rumah sakit atau puskesmas PONED untuk menghindari kematian ibu. Terlalu banyak kematian ibu di Rumah sakit umum akibat terlambat penanganan oleh dokter terlatih atau akibat lemahnya system dalam merujuk pasien ke Rumah sakit umum atau puskesmas. Untuk mengatasi masalah ini dan meningkatkan keselamatan persalinan dan bayinya maka sistem rujukan harus diperkuat dan langkah utama adalah menyediakan dan digunakannya petunjuk teknis termasuk SOP (Standar Operasional Prosedur) disertai kegiatan monitoring dan evaluasi yang dilakukan semestinya.

Asesmen Sistem Rujukan di 5 Kabupaten/Kota di NTB tahun 2007 menemukan bahwa Pedoman Rujukan sudah kadaluwarsa bahkan tidak ada di sarana kesehatan puskesmas dan Rumah sakit

NTB dan Buku Pedoman Sistem Rujukan Maternal dan Neonatal edisi tahun 2003 dan 2005 di beberapa puskesmas dan terbatas digunakan oleh bidan dan dokter puskesmas terlatih saja. Sistem Rujukan Kesehatan tersebut berjalan seadanya tanpa buku pegangan pedoman ataupun SOP. Dibutuhkan segera adanya suatu Buku Petunjuk Tehnis Sistem Rujukan termasuk SOPnya. Apabila daerah ingin mencapai indikator kesehatan dalam MDGs petunjuk teknis tersebut harus mengarah ke sistem rujukan kesehatan yang menjelaskan bagaimana keterkaitan antar sub-sistem dari sistem kesehatan.

Sebagai bagian dari komitmennya untuk menguatkan system rujukan, GTZ-SISKES telah memfasilitasi penyusunan dan penerbitan buku petunjuk teknis system rujukan berdasarkan kepada pedoman umum dari Departemen Kesehatan tahun 1972 dan Pedoman rujukan untuk maternal dan neonatal tahun 2005. Buku petunjuk teknis tersebut kemudian di ujicoba diterapkan di kabupaten Lombok Barat selama 8 bulan mulai November 2008 s/d Juni 2009.



Evaluasi hasil ujicoba tersebut menunjukkan bahwa buku petunjuk teknis telah disebar dan digunakan oleh petugas di setiap tingkat sarana kesehatan di Lombok Barat dan Lombok Utara termasuk bidan di desa, polindes/poskesdes, puskesmas, Rumah sakit umum kabupaten Lombok Barat dan Rumah sakit umum propinsi NTB. Buku petunjuk teknis tersebut telah disambut hangat oleh semua petugas kesehatan.

Ada dua target indikator selama ujicoba tsb:

- Tercatatnya rujukan kasus maternal di Rumah Sakit Umum sebesar 60% dari perkiraan kasus kehamilan dengan komplikasi yang harus dirujuk.
- Adanya Surat rujukan balasan dari Rumah Sakit Umum sebesar 60% dari kasus rujukan yang diterimanya.

Makin tinggi proporsi kasus kehamilan dengan komplikasi yang dirujuk ke Rumah sakit umum akan makin meningkatkan keselamatan ibu hamil dan bayinya. Evaluasi laporan Rumah sakit umum ditemukan kasus rujukan ibu hamil dengan komplikasi di Rumah Sakit Umum Gerung meningkat dari 31% (th.2007) menjadi 61% (th.2008) dari perkiraan total ibu hamil dengan komplikasi (20% dari seluruh perkiraan ibu hamil), dan di Rumah Sakit Propinsi NTB di Mataram meningkat dari 81% (th.2007) menjadi 90.7% (th.2008). Hasil evaluasi ketika ujicoba juga menunjukkan proporsi pasien rujukan yang mendapat surat rujukan balasan sebelum dan sesudah ujicoba meningkat dari 37% menjadi 92.3% di Rumah sakit umum Gerung dan meningkat dari 18.5% menjadi 83.7% di Rumah Sakit Propinsi NTB di Mataram.

Buku petunjuk teknis ini juga mempunyai dampak positif bagi pasien rujukan. Beberapa kali survei cepat dilakukan terhadap pasien rujukan (Patient exit survey) menunjukkan kepuasan pasien meningkat dari 76.6% (sebelum ujicoba) menjadi 89.8% (sesudah ujicoba).

Telah dibentuk Tim Penguatan Sistem Rujukan di Dinas Kesehatan Propinsi NTB dan tim tsb telah menyusun rencana kerja (road map) untuk melanjutkan penerapan buku petunjuk teknis tsb beserta kegiatannya ke semua Dinas Kesehatan Kab/Kota dan Rumah Sakit dan semua puskesmas yang ada di Propinsi NTB. Untuk memperoleh dampak yang lebih baik, direncanakan akan melibatkan tokoh masyarakat dan kader di Desa Siaga untuk mempromosikan system rujukan ini di

masyarakat sehingga nantinya setiap ditemukan komplikasi kehamilan dan persalinan dapat segera dirujuk ke puskesmas PONEB atau Rumah sakit umum terdekat. Adapun dukungan biayanya telah dialokasikan pada rencana usulan biaya Dinas Kesehatan Propinsi NTB tahun 2010.

GTZ SISKES menyambut hangat dan mendukung pengembangan dan penerbitan buku petunjuk teknis system rujukan di propinsi NTB. Penyebarluasan dan pemanfaatan buku petunjuk teknis oleh semua petugas kesehatan di semua tingkat srana kesehatan mulai dari Polindes, Poskesdes, Puskesmas Pembantu, Puskesmas, Rumah sakit umum kabupaten/kota dan Propinsi akan menguatkan Sistem Kesehatan Daerah dan akan mempercepat penurunan kematian ibu dan bayi.

Model dan Pelaksanaan Ujicoba.

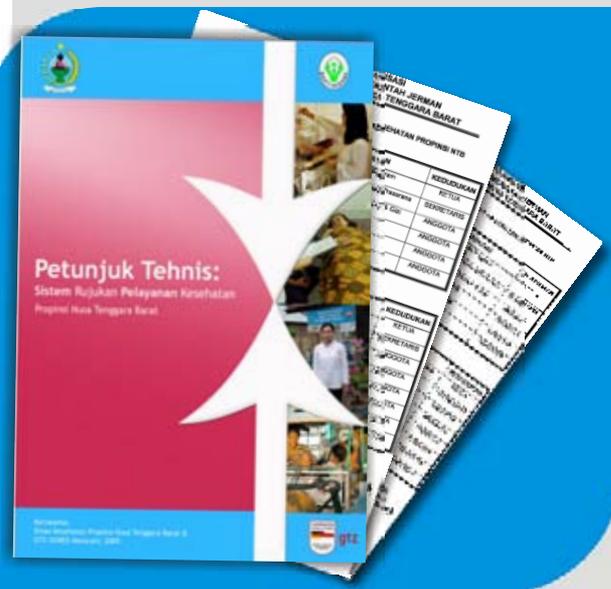
Intervensi SISKES ditujukan untuk memperkuat proses rujukan antar fasilitas kesehatan, termasuk upaya-upaya administratif dan manajerial untuk menghindari kematian ibu dan bayi karena keterlambatan penanganan di fasilitas kesehatan. Tujuan yang diinginkan adalah memperkuat sistem rujukan dengan menyebarkan petunjuk teknis yang baru yang diharapkan akan a) mendidik staf fasilitas kesehatan untuk menggunakan standar operasional rujukan pasien dan rujukan balasan pasien dan menggunakan dokumen catatan pasien yang baik dan b)menciptakan suatu lingkungan yang didedikasikan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan pasien rujukan. Ada dua indikator keberhasilan yang digunakan yaitu:

1. 60% kasus kehamilan dengan komplikasi berhasil dirujuk dan tercatat di Rumah Sakit Umum.
2. 60% kasus rujukan tsb memperoleh surat balasan rujukan dari Rumah Sakit Umum.

Langkah pertama adalah melakukan penilaian terhadap sistem rujukan saat ini. Hasil diskusi kelompok (FGD) dengan mitra di Dinas Kesehatan Propinsi NTB, Dinas Kesehatan Kab/Kota,

pengalaman masa lalu dan menggunakan format yang beragam baik di puskesmas dan Rumah sakit. Mitra sepakat untuk melakukan penilaian lapangan dari Sistem Rujukan, dan Tim konsultan lokal dari Universitas NTB (UNTB) telah menilai fungsi sistem rujukan di 5 kabupaten /kota pada bulan April 2007. Ditemukan bahwa masalah utama adalah bahwa tidak ada fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit di 5 MPS kabupaten yang memiliki pedoman sistem rujukan. Hanya di bidan puskesmas dan desa memiliki buku pedoman sistem rujukan untuk ibu dan bayi dari Depkes edisi tahun 2003 dan 2005. Kemudian Dinas Kesehatan Propinsi NTB bertekad untuk memperkuat sistem rujukan dengan membentuk tim / kelompok kerja dengan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Propinsi NTB.

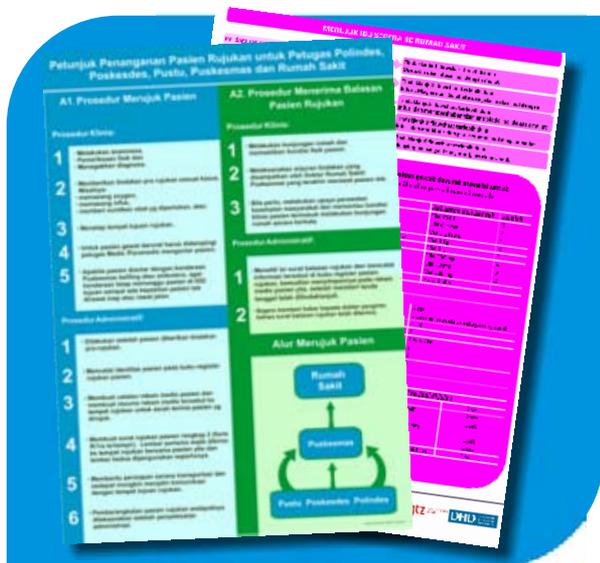
Pada tahun 2008, Tim tsb berhasil menyusun sebuah buku petunjuk teknis sistem rujukan lengkap dengan prosedur operasi standar (SOP) untuk petugas kesehatan dalam hal rujukan pasien, rujukan spesimen laboratorium, dan rujukan pengetahuan medis.



Buku Petunjuk teknis ini disusun dengan menggunakan referensi dari Buku Pedoman Rujukan dari Depkes.RI edisi tahun 1978, Buku Pedoman Sistem Rujukan Kesehatan Ibu dan Neonatal dari Depkes R.I edisi 2005, Buku

dan Laporan hasil penilaian sistem rujukan di 5 kabupaten/kota di NTB tahun 2007. Draft Buku Petunjuk Tehnis Sistem Rujukan tsb kemudian dibahas dan direvisi dalam beberapa kali lokakarya lokal yang dihadiri oleh waki-wakil dari Depkes R.I, Dinas Kesehatan Propinsi NTB, Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit Umum Kabupaten/kota/propinsi se NTB, dokter-dokter dan bidan puskesmas, organisasi profesi IDI, IBI, PPNI, PT.ASKES dan PT.JAMSOSTEK dan pihak GTZ SISKES. Akhirnya buku petunjuk teknis tsb diterbitkan dengan kata sambutan dari Kepala Dinas Kesehatan Propinsi NTB dan Pimpinan GTZ SISKES pada bulan September 2008. Tim berharap nantinya dimasukkan kata pengantar dari Gubernur NTB setelah buku petunjuk teknis tsb selesai di ujicoba di kabupaten Lombok Barat.

Disepakati bersama wilayah ujicoba buku petunjuk teknis system rujukan tsb di Kabupaten Lombok Barat (termasuk wilayah Kabupaten Lombok Utara sekarang) dengan melibatkan semua sarana kesehatan pemerintah yang ada : 19 puskesmas dan 77 puskesmas pembantu, 121 bidan desa, 1 Rumah Sakit Umum kabupaten, dan 1 Rumah Sakit Umum Propinsi NTB di Mataram. Kabupaten Lombok Barat dipilih karena terletak dekat dengan Rumah Sakit Umum Provinsi, memiliki Rumah Sakit Umum Kabupaten, dan memiliki empat puskesmas dilatih PONED. Orang-orang yang terlibat termasuk staf Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat dan Lombok Utara, staf



dari 19 puskesmas, 121 bidan desa, staf dari Rumah Sakit Umum terkait, Kepala Sub Direktorat Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan Departemen Kesehatan R.I, Badan Asuransi Kesehatan Nasional (ASKES), dan Asuransi Kesehatan Tenaga Kerja Nasional (JAMSOSTEK). Ada Tiga tahapan ujicoba telah dilakukan yaitu sosialisasi (orientasi), pemantauan, dan evaluasi.

Tim Dinas Kesehatan Propinsi bersama Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat telah memfasilitasi pertemuan di tingkat kabupaten dan di tiap puskesmas untuk memperkenalkan Petunjuk Tehnis sistem rujukan kepada semua staf kesehatan di daerah ujicoba. Semua petugas kesehatan diminta untuk mengikuti SOP, menggunakan formulir yang baru, dan mendokumentasikan semua rujukan kasus yang ditangani, dirujuk, atau diterima pada suatu buku register puskesmas. Sosialisasi diawali dengan suatu pertemuan di Mataram yang diselenggarakan oleh Tim Dinas Kesehatan Propinsi NTB, kemudian 19 puskesmas menyelenggarakan pertemuan orientasi di masing-masing puskesmas untuk para stafnya termasuk puskesmas pembantu dan bidan desa. Tim Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten Lombok Barat berpencah menghadiri pertemuan puskesmas tersebut. Pada pertemuan di puskesmas tsb setiap dokter / perawat / bidan puskesmas, perawat puskesmas pembantu, dan bidan di desa diberikan satu paket alat yang terdiri dari buku petunjuk teknis rujukan, Poster SOP rujukan pasien, format-format surat rujukan, pencatatan dan laporan.

Kemudian semua peserta bertekad untuk mulai menggunakan pedoman, SOP, dan formulir-formulir sesuai sosialisasi saat pertemuan tsb.

Monitoring dilakukan secara teratur setiap 2 atau 3 bulan. Anggota Tim Dinas Kesehatan Propinsi NTB dan Dinsa Kesehatan Kabupaten Lombok Barat dan Lombok Utara mengunjungi setiap puskesmas setidaknya tiga kali untuk mengumpulkan data dan mendiskusikan mengatasi masalah yang dihadapi. Masing-masing Kepala Puskesmas menunjuk satu perawat yang bertugas sebagai administrator sistem rujukan, dengan tugas melakukan pemantauan dan pendokumentasian pasien yang dirujuk dari puskesmas ke rumah sakit dan mengelola buku register rujukan dan menjaga stok persediaan formulir-formulir rujukan pasien. Sebelum ujicoba, setidaknya dua atau tiga buku register rujukan berbeda yang digunakan di setiap puskesmas (misalnya, rujukan di IGD, di Bagian KIA, di bagian rawat inap dan rawat jalan). Sekarang setelah ujicoba hanya ada satu buku register rujukan yang dapat digunakan untuk semua bagian/bangsar, sehingga memungkinkan pencatatan dan pelaporan rujukan melalui satu pintu dan penggunaan surat rujukan yang seragam.

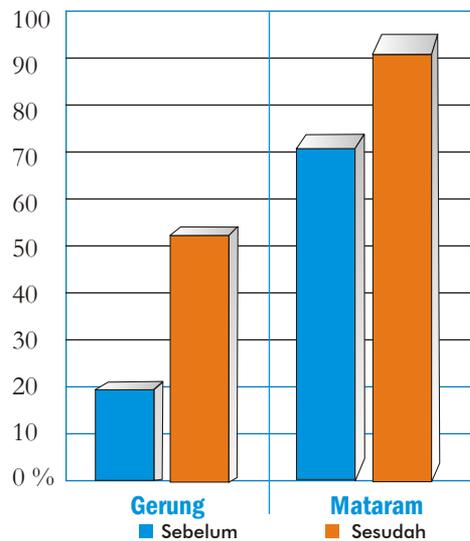
Sebagian besar staf puskesmas dengan senang hati mau menggunakan SOP dan format surat rujukan yang dibagikan, mereka menjelaskan bahwa sekarang tidak lagi bingung bagaimana untuk merujuk pasien ke rumah sakit atau puskesmas PONEB, walau saat itu dokter puskesmas mereka tidak berada ditempat. Pemantauan sistem rujukan di rumah sakit dilakukan dengan menggunakan survei cepat yaitu wawancara terhadap pasien rujukan di rawat inap yang baru keluar dari perawatan. Dilakukan 3 kali survei secara berkala tiap 1-2 bulan oleh staf administrasi Rumah Sakit yang ditunjuk. Data dianalisis setelah mencapai sekitar 50 responden pasien, dan kemudian hasilnya didiskusikan dalam tiap pertemuan internal staf dan pertemuan review ujicoba. Masing2 Direktur Rumah Sakit Umum telah menunjuk satu staf yang bertanggung jawab atas administrasi sistem rujukan. Surat balasan rujukan (rujukan balik) secara bertahap meningkat setelah

hambatan dari dokter spesialis yang ada a.l dokter spesialis kandungan, anak dan penyakit dalam yang enggan membuat surat rujukan balik. Ketika itu beberapa dokter spesialis menolak istilah "rujukan balik" karena tidak mungkin dokter spesialis merujuk ke dokter puskesmas, kemudian akhirnya diubah dengan istilah "balasan rujukan". Perubahan itu diterima, dan semua formulir surat rujukan balik di cetak ulang menjadi Surat Balasan Rujukan.

Setelah 8 bulan, ujicoba buku petunjuk teknis sistem rujukan dievaluasi dan hasil evaluasi disampaikan dalam suatu pertemuan yang dihadiri oleh Kepala Sub Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer dan Kepala Sub Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan, Kepala Dinas Kesehatan Propinsi NTB beserta staf, Yang mewakili Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten dan Direktur Rumah Sakit Umum Kabupaten se Pulau Lombok beserta staf, Kepala puskesmas wilayah ujicoba dan wakil dari Rumah Sakit Umum Propinsi NTB. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa semua 19 puskesmas dan 2 Rumah Sakit Umum Kabupaten Lombok Barat dan Propinsi telah berhasil menerapkan buku petunjuk teknis sistem rujukan dan standar prosedur rujukan pasien dan menggunakan format surat rujukan pasien dan surat balasan rujukan yang seragam. Dan tetap menggunakan sistem rujukan tersebut walaupun waktu ujicoba telah selesai.



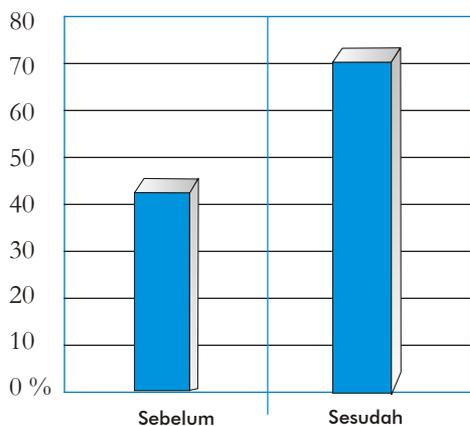
○ Fig. 1: Kasus kehamilan dengan komplikasi yang dirujuk di Rumah Sakit Umum & Propinsi di Mataram.



Setiap Rumah Sakit Umum mencatat kasus kehamilan dengan komplikasi yang dirujuk oleh puskesmas. Kemudian jumlah kasus rujukan yang ditangani dibandingkan dengan perkiraan kasus kehamilan dengan komplikasi yaitu 20% populasi ibu hamil.

Proporsi kasus rujukan meningkat di kedua Rumah Sakit Umum yaitu dari 31% (th.2007) menjadi 61% (th.2008) di Rumah Sakit Umum Gerung, dan dari 81% (th.2007) menjadi 90.7% (th.2008) Di Rumah Sakit Umum Propinsi NTB di Mataram.in Mataram. Jadi kemungkinan kehamilan dan persalinan yang aman telah meningkat.

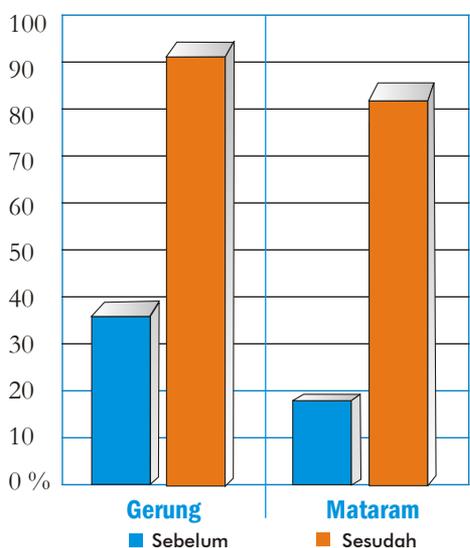
Fig. 2: Kasus Kehamilan dengan komplikasi yang ditangani di Puskesmas PONED wilayah Ujicoba Sistem Rujukan.



Semua kasus kehamilan dengan komplikasi di PKM PONED dicatat dan tiap bulan dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten melalui format PWS-KIA. Dinas Kesehatan Kabupaten membandingkan data tsb dengan perkiraan ibu hamil dengan komplikasi yaitu 20% total perkiraan ibu hamil.

Ditemukan bahwa proporsi yang ditangani di PKM PONED di Kabupaten Lombok Barat meningkat dari 45.8% (th.2007) menjadi 72% (th.2008). Hal ini juga berarti kemungkinan kehamilan dan persalinan yang aman telah meningkat.

Fig. 3: Surat Balasan Rujukan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Gerung dan Mataram dari Hasil Exit survei.



Setiap Rumah Sakit Umum mencatat semua kasus rujukan dari puskesmas dan membuat surat balasan rujukan yang diberikan kepada pasien tersebut saat selesai perawatan di Rumah Sakit. Tim administrasi Rumah Sakit melakukan survey berkala dengan wawancara terhadap pasien rujukan yang sudah keluar sembuh atau rawat jalan. Rata2 sampel 50 responden tiap 2 bulan.

Hasilnya menunjukkan proporsi pasien yang diberi surat balasan rujukan di kedua Rumah Sakit meningkat, dari 37% sebelum uji coba menjadi 92.3% setelah ujicoba di Rumah Sakit Umum Gerung dan dari 18.5% menjadi 83.7% di Rumah Sakit Umum Propinsi NTB di Mataram.

Ujicoba petunjuk teknis sistem rujukan di Lombok Barat / Lombok Utara menimbulkan kesadaran mitra di Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota, Rumah Sakit Umum, stakeholder, dan petugas kesehatan di semua tingkat fasilitas kesehatan bahwa sistem rujukan kesehatan selama ini telah diabaikan dan banyak kesalahan tidak terdeteksi. Ujicoba Petunjuk teknis juga menimbulkan dampak positif bagi pasien rujukan, karena berdasarkan exit patient survei bahwa kepuasan pasien rujukan meningkat sebelum dan sesudah ujicoba yaitu dari 76,6% menjadi 89,8%.

Ujicoba ini juga menunjukkan bahwa dalam penguatan sistem rujukan diperlukan komitmen yang tinggi dari petugas kesehatan dan dukungan pihak manajemen sarana kesehatan. Secara individual, masing-masing staf kesehatan sepakat bahwa sistem rujukan harus berfungsi baik, tapi mereka tidak bisa melakukan perubahan tanpa dukungan pihak manajemen. Sebagai staf, mereka tidak mampu mengadvokasi pihak manajemen, padahal advokasi sangat dibutuhkan untuk dapat memberikan informasi yang bermanfaat bagi kebaikan pelayanan dilapangan. Telah terbukti bahwa pihak Dinas Kesehatan Propinsi / Kabupaten / Kota dan manajemen Rumah Sakit Umum baru menyadari setelah dilakukan penilaian bahwa saat itu tidak ada petunjuk teknis untuk sistem rujukan kesehatan, dan beranggapan bahwa sistem rujukan pasien selama ini berjalan baik, padahal dilapangan hal itu tidak benar.

Rencana Kedepan: Kelestarian dan replikasi

Karena petunjuk teknis yang komprehensif belum ada, dan Buku petunjuk teknis sistem rujukan yang baru ini sejalan dengan Kebijakan Depkes RI dan Dinas Kesehatan lokal dan sudah ada SOP untuk petugas dilapangan, maka direncanakan bahwa semua fasilitas kesehatan di NTB akan terus menggunakan buku petunjuk teknis sistem rujukan ini termasuk SOP dan formulir-formulir pencatatan dan pelaporannya. Tim penguatan sistem rujukan Di Dinas Kesehatan Propinsi NTB telah terbentuk dan bekerja dengan baik dan telah menyusun rencana kerja (road map) menerapkan petunjuk teknis sistem rujukan sebagai pedoman lengkap yang baru kepada semua Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Rumah Sakit, dan puskesmas di provinsi NTB.

Upaya ini menunjukkan bahwa kelestarian kegiatan rujukan dan replikasinya dapat diharapkan berjalan lancar. Rencana pembiayaan untuk kegiatan rujukan telah dimasukkan dalam rencana anggaran Dinas Kesehatan Propinsi tahun 2010. Perlu diperhatikan bahwa sosialisasi dari tingkat Propinsi ke tingkat Kabupaten/Kota sampai puskesmas dan yang disertai pemantauan intensif terbukti sangat bermanfaat untuk memelihara komitmen petugas dan mengamankan pelaksanaan rujukan dilapangan.

Intervensi ini bisa direplikasi di kabupaten/kota atau provinsi lain. Syarat pertama adalah komitmen dari tingkat manajemen, ditunjukkan dengan pembentukan Tim/kelompok kerja internal yang bertugas memperbaiki dan memperkuat sistem rujukan. Syarat kedua adalah dukungan anggaran untuk bahan cetakan (buku pedoman, formulir-formulir pencatatan pelaporan) dan biaya pertemuan. Risiko berbagai persepsi dan respon petugas kesehatan akan terjadi jika pertemuan sosialisasi petunjuk teknis ini diberikan terlalu singkat waktunya, untuk menghindari itu dibutuhkan pertemuan sosialisasi dan klarifikasi berkali-kali dan pemantauan yang ketat di lapangan. Sangat dianjurkan bahwa dalam rencana pengembangan (road map) sistem rujukan tsb agar disusun kegiatan yang realistis dengan melibatkan semua petugas kesehatan (medis dan non-medis) serta semua stakeholder kesehatan dalam proses pelaksanaan sistem rujukan nantinya. Para tokoh / pamong masyarakat dan Kader Desa Siaga harus dilibatkan karena dapat membantu mensosialisasikan masyarakat mengenai pentingnya rujukan komplikasi kehamilan dan kelahiran sedini mungkin ke puskesmas PONEB atau rumah sakit terdekat.

Referensi:

Departemen Kesehatan RI:
Pedoman Pengembangan dan Pembinaan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan di Indonesia, Direktorat Rumah Sakit, Departemen Kesehatan R.I, Jakarta, Tahun 1978.

Departemen Kesehatan RI:
Pedoman Sistem Rujukan Maternal dan Neonatal di Tingkat Kabupaten/Kota. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Jakarta, Tahun 2005.

Departemen Kesehatan RI:
Sistem Informasi Rumah Sakit Di Indonesia (Sistem Pelaporan Rumah Sakit Revisi V), Keputusan Menkes RI No.1410/Menkes/SK/X/2003, Tanggal 1 Oktober 2003, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Jakarta Tahun 2003.

Lembaga Penelitian UNTB, GTZ Siskes:
Laporan Hasil Penilaian Sistem Rujukan Kesehatan di Propinsi Nusa Tenggara Barat, Kerjasama Lembaga Penelitian Universitas Nusa Tenggara Barat dengan GTZ Siskes-Mataram, Tahun 2007.





SEBUAH PEMBELARAN

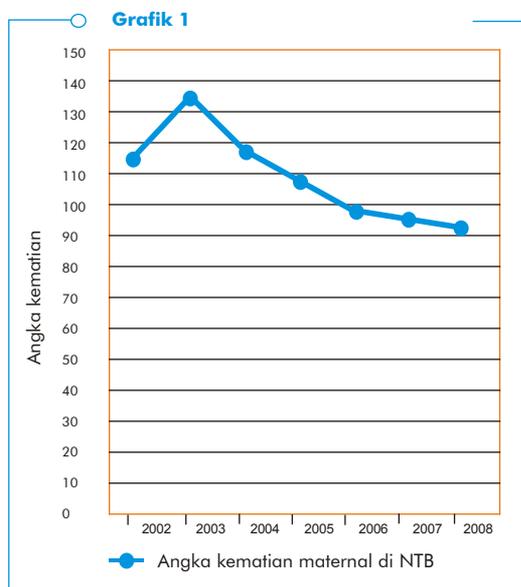
Author:
Dr. Karina Widowati

Pelatihan PONED: Pengalaman Proyek SISKES di Provinsi NTB

Latar Belakang

Provinsi NTB telah lama menduduki posisi sebagai salah satu provinsi di Indonesia yang memiliki angka kematian maternal dan neonatal yang paling tinggi. Namun, dalam dekade terakhir, upaya yang terfokus telah dilakukan guna memperbaiki situasi tersebut dan Provinsi NTB telah mulai mengalami penurunan angka kematian seperti yang digambarkan pada Grafik 1 dibawah.

Penurunan setelah 2003 seperti yang terlihat dalam grafik sebagian besar dikaitkan dengan peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga



terlatih¹ di wilayah padat penduduk, peningkatan akses ke jaminan kesehatan, dan peningkatan akseptor keluarga berencana.

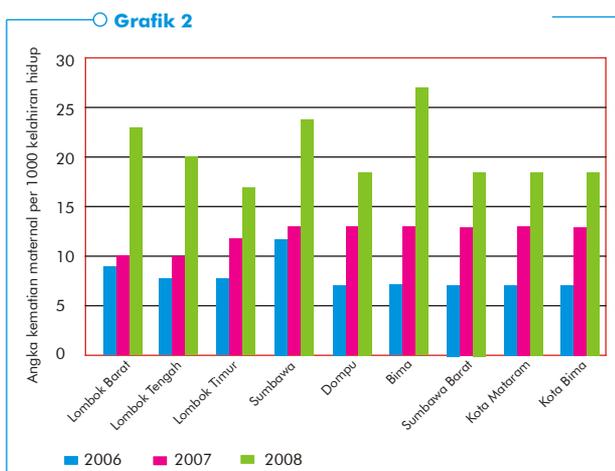
Dimulai pada tahun 2006, Departemen Kesehatan telah menyediakan dana pembangunan tambahan guna mempercepat tren penurunan angka kematian maternal melalui penguatan program Kesehatan Ibu dan Anak. Penurunan yang lambat tetap terjadi, tetapi kebutuhan juga disadari untuk memperkuat jejaring, aksesibilitas yang siap untuk menyediakan pelayanan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal di rumah sakit kabupaten/kota dan di beberapa Puskesmas terpilih dalam memberikan pelayanan kepada para ibu di wilayah yang terpencil yang masih bersalinan dengan tenaga kesehatan yang tidak terlatih.

Pada tahun 2006 dan 2007, kasus kematian neonatal yang dilaporkan oleh Provinsi NTB telah menunjukkan angka kematian neonatal hanya 8 dan 10 kematian per 1,000 kelahiran hidup, jauh dibawah rata-rata nasional sebesar 23 dan jauh dari temuan berbagai survei yang telah dilakukan.

Hal ini sangat tidak mungkin bahwa sebuah provinsi dengan angka kematian bayi (AKI) tertinggi di Indonesia akan memiliki angka kematian bayi baru lahir yang lebih rendah dari angka rata-rata nasional.

¹ Selama kurun waktu tersebut terjadi peningkatan momentum dalam Pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN) dengan hasil paling sedikit 75% bidan desa telah mengikuti pelatihan tersebut sejak awal tahun 2000s.

Cukup sederhana, hanya beberapa kematian bayi baru lahir yang telah dilaporkan. Akan tetapi, hal ini telah berubah, dan pada akhir 2008, sejumlah kabupaten telah melaporkan lebih dari 20 per 1,000 kelahiran hidup (Grafik 2). Hal ini mungkin mengindikasikan bahwa masyarakat telah meningkat aksesnya ke sistem kesehatan dan petugas kesehatan telah meningkatkan pengumpulan datanya.



Diantara program yang dilaksanakan dalam mempercepat perbaikan kesehatan ibu dan anak adalah pendidikan dan pelatihan untuk pertolongan persalinan terlatih dan pembentukan Pelayanan dasar kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal komprehensif (PONED dan PONEK) di fasilitas rujukan tingkat pertama – Puskesmas perawatan – dan rumah sakit kabupaten secara berturut –turut.

Tidak ada yang menyangkal bahwa persalinan yang dibantu tenaga kesehatan terlatih dan pelayanan kegawatdaruratan obstetrik yang tepat saat dibutuhkan merupakan tindakan yang terbaik guna menghindari kematian yang tidak perlu pada ibu dan bayinya?²

Tulisan ini akan memaparkan kerjasama program GTZ SISKES dengan Dinas Kesehatan NTB dalam membentuk Puskesmas PONED di lima kabupaten untuk meningkatkan pelayanan rujukan di tingkat pertama, menurunkan rujukan yang tidak perlu dan memperkuat persiapan rujukan dalam

menjangkau pelayanan rujukan yang tepat oleh pelayanan kesehatan yang terlatih di fasilitas yang siap untuk kasus kegawatdaruratan.

Diskripsi singkat tentang program GTZ/SISKES fokus pada Penguatan Sistem Kesehatan Daerah dengan fokus khusus pada kesehatan ibu dan bayi baru lahir dari empat perspektif utama³:

- Manajemen sistem kesehatan,; perencanaan dan penganggaran serta monitoring terpadu, termasuk Sistem Manajemen informasi Kesehatan (SIKDA) dan pembiayaan kesehatan
- Manajemen pelayanan kesehatan dan hubungannya didalam sistem kesehatan
- Kualitas pelayanan klinis
- Pemberdayaan Masyarakat dan partisipasi didalam aksi-aksi yang terkait dengan kesehatan

Di NTB, program ini telah berlangsung antara January 2006 dan Desember 2009 dengan BMZ (the German Ministry of Economic Cooperation) sebagai penyedia dana utama dan the British DFID (British Department for International Development) sebagai penyedia dana penting untuk program tambahan kesehatan ibu dan anak. Program ini dilaksanakan dalam kerangka pelaksanaan program Menuju Persalinan yang Aman dan Selamat (MPS) dari Departemen Kesehatan RI, yang di implementasikan secara nasional dengan perhatian khusus pada peningkatan manajemen fasilitas kesehatan, sistem kesehatan ditingkat kabupaten dan peningkatan pelayanan klinis melalui keterampilan tenaga yang lebih baik⁴.

B. Tujuan dan indikator utama

1. Ketersediaan dan fungsi pelayanan PONED

Sebuah daftar pendek tentang fungsi PONED digunakan untuk memonitor perkembangan fasilitas kesehatan dari berfungsi sebagian menuju berfungsi penuh dalam kurun waktu enam bulan hingga satu tahun setelah mengikuti pelatihan PONED.

² Marger Berer "Maternal Mortality and Morbidity: Is Pregnancy Getting Safer for Women?", RHM journal

³ Laporan tahunan 2008 SISKES & HRD

⁴ Review Perkembangan Program SISKES 2009

2. Kinerja fasilitas PONED

Kinerja fasilitas juga dinilai dengan mengumpulkan data sekunder rutin dari fasilitas kesehatan tentang kasus kegawatdaruratan dan rujukan. Input dicatat sebagai salah satu indikator komitmen dinas kesehatan kabupaten/kota dalam mendukung fasilitas dalam menyediakan pelayanan PONED.

Dua jenis kasus diikuti – perdarahan post partum karena atonia uteri, retensi plasenta, sisa –sisa plasenta dan asfiksia bayi atau bayi berat badan lahir rendah (BBLR)– karena tindakan yang tepat terhadap kasus –kasus tersebut di Puskesmas dengan kemampuan PONED bisa menurunkan kasus rujukan yang tidak perlu dan meningkatkan persiapan untuk kasus rujukan yang perlu dirujuk ke rumah sakit.

C. Implementasi Program

Sebuah pendekatan yang terpadu guna memperkuat pelayanan klinis obstetrik dan neonatal dibagi kedalam 3 langkah utama:

1. Perencanaan
2. Implementasi
3. Monitoring dan evaluasi

Konsep pelatihan untuk MPS yang disiapkan oleh konsultan SISKES menyatakan bahwa NTB telah siap untuk melangkah ke pelatihan PONED karena ada kabupaten yang memiliki lebih dari 75% bidan telah dilatih APN⁵. Dengan cakupan lebih 80% persalinan ditolong tenaga terlatih, pembentukan PONED dan fungsi sistem rujukan melengkapi paket intervensi maternal dan neonatal ini.

Untuk mengetahui kondisi pelayanan klinis MPS saat ini, sebuah survei pendek telah dilaksanakan oleh staf KIA dari Dinas Kesehatan Provinsi di sembilan kabupaten/kota di NTB pada bulan November 2006. Peningkatan perhatian pada lima kabupaten/kota fokus MPS setelah January 2007 bertujuan untuk menjamin keberlanjutan pelayanan PONED dengan menjamin ketersediaan tenaga medis, bidan yang telah mengikuti 10 hari pelatihan APN, infrastruktur dan peralatan yang

tetap. Kriteria tambahan untuk seleksi Puskesmas PONED disusun bersama Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota guna mengambil manfaat dari keberadaan gerakan DESA SIAGA dan pelatihan manajemen puskesmas yang di dukung oleh program. Seleksi akhir dilakukan juga oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dengan memberikan penekanan lebih pada pelatihan tim daripada pelatihan individual.

Proses implementasi PONED berbeda diantara kabupaten/kota. Permintaan tertulis dari mitra dibutuhkan, dan kemampuan kabupaten/kota untuk menulis proposal yang baik pun berbeda-beda. Pelatihan PONED untuk sepuluh tim Puskesmas telah dilaksanakan di tiga kabupaten pada tahun 2007, diikuti oleh tujuh Puskesmas lainnya di dua kabupaten pada tahun 2008.

Pelatihan 6 hari di P2KS mencakup komponen maternal (60%) dan komponen bayi baru lahir (40%). Tiga belas tim dilatih dengan dukungan penuh dari GTZ dan empat tim dari Kabupaten Lombok Barat dilatih menggunakan dana dari pusat. Hanya Lombok Barat yang memiliki dana yang diperlukan untuk melengkapi 14 hari magang (on the job training) yang direkomendasikan di lokasi pelatihan. Untuk mengatasi sebagian masalah ini, pelatih dari kabupaten lain melakukan magang secara bergantian pada malam hari selama masa pelatihan.

Langkah implementasi berikutnya adalah diseminasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/kota tentang standar peralatan, obat-obatan, suplai yang diperlukan oleh fasilitas PONED seperti yang termuat pada pedoman dari Departemen Kesehatan RI⁶. Hal ini memerlukan pertemuan yang intensif dengan bagian farmasi karena daftar permintaan obat dari bagian farmasi tidak pernah di perbaharui selama bertahun-tahun dan obat untuk perawatan gawatdarurat untuk obstetrik dan neonatal tidak termuat dalam daftar permintaan obat. Advokasi yang kuat juga diperlukan dengan bagian perencanaan guna mendapatkan dana yang mencukupi guna melengkapi sarana yang dibutuhkan.

⁵ Training Concept for Making Pregnancy Safer, Janette O'Neill, Oct 2006 – the assumption was based on a critical mass of skilled birth attendants with basic competencies to support movement to the next skill level.

⁶ Pedoman Pengembangan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Dasar di Puskesmas, Depkes RI.

Ketersediaan standar peralatan penting karena fungsi pelayanan PONED sangat tergantung pada lingkungan yang mendukung dan hanya pelatihan itu sendiri tidak bisa meningkatkan performan pelayanan. Jika obat-obatan dan peralatan yang esensial tersedia, aksi-aksi yang terkait dengan klinis kemungkinan besar akan dilakukan⁷. Kegiatan penting lainnya untuk meningkatkan performan pelayanan adalah meyakinkan bahwa tenaga kesehatan, sekali dilatih, selalu mengikuti standar prosedur operasional nasional. Algoritma Klinis telah disusun oleh organisasi profesi⁸ untuk tiga kegawatdaruratan obstetrik – perdarahan kehamilan, perdarahan post partum, dan pre-eklampsia – dan dua kegawatdaruratan neonatal – berat badan lahir rendah dan asfiksia bayi.

Ketersediaan kelima algoritma klinis ini penting untuk menjamin standar kualitas klinis dan meminimalkan variasi pelayanan klinis karena kemungkinan mencoba untuk menghemat sumberdaya. Ketersediaan kelima algoritma telah dimasukkan kedalam checklist supervisi KIA yang ada saat ini.

Evaluasi pertama terhadap kepatuhan menilai ketersediaan standar input – sumberdaya manusia, lingkungan fisik, pelayanan pendukung, peralatan, sistem organisasi, dan sumberdaya pembiayaan¹⁰. Evaluasi kedua menggunakan standar proses (apa yang kita lakukan) untuk memonitor kinerja performan standar kegiatan pertemuan– prosedur pelayanan, dokumentasi, dan penggunaan sumberdaya seperti yang dinilai melalui observasi langsung dan kelengkapan partograf WHO¹¹.

Untuk menjamin bahwa peserta latih didukung dalam pekerjaannya oleh lembaga tempat mereka bekerja, lingkungan kerja mereka, dan atasan mereka, pelatihan juga diikuti oleh kunjungan penilaian ke tempat kerja peserta latih selama 6 bulan hingga 1 tahun setelah pelatihan. Kunjungan ini telah mengevaluasi kompetensi klinis yang baru saja dilatih dalam menyediakan pelayanan kesehatan maternal dan bayi baru lahir yang berkualitas tinggi dan mendapatkan dukungan dan komitmen dari pihak atasan untuk penguatan pelayanan yang baru saja disediakan. Kunjungan dilakukan oleh pelatih dan juga melibatkan perwakilan dari IBI (Ikatan Bidan Indonesia) dan menejer program di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagai supervisor luar fasilitas yang bertanggungjawab dalam meningkatkan performan pelayanan kesehatan setelah pelatihan.

Evaluasi pasca pelatihan hanya mungkin dilakukan di tiga kabupaten – Lombok Barat, Kota Mataram, dan Sumbawa Barat, tetapi monitoring performan keseluruhan PONED telah dilakukan menggunakan daftar singkat “fungsi PONED”. Hal ini dipertimbangkan penting untuk membedakan bagaimana fasilitas didukung untuk berfungsi dan bagaimana sebenarnya fasilitas tersebut berfungsi, dan enam fungsi pelayanan maternal ditambah 2 fungsi pelayanan gawatdarurat neonatal dipilih untuk melihat pengklasifikasian dan memonitor untuk mengenal pelayanan PONED yang sebaiknya disediakan di fasilitas dasar PONED¹³. Enam fungsi PONED diperlihatkan dalam Tabel 1.

Table 1. Fungsi PONED - Apakah fungsi yang diobservasi berikut ini sedang berfungsi?		yes	no
1	Pemberian anti biotik (suntikan atau infus)		
2	Pemberian suntikan oksitoksin		
3	Pemberian suntikan anti kejang untuk pre-eklamsia dan eklamsia		
4	Pelepasan plasenta secara manual		
5	Pengangkatan sisa-sisa plasenta (vacuum aspirasi manual)		
6	Persalinan pervaginam yang dibantu		
7	Perawatan bayi BBLR		
8	Resusitasi awal untuk bayi asfiksia		

⁷ The Skilled Attendant Index: Proposal for a New Measure of Skilled Attendant at Delivery. Hussein et al, Reproductive Health Matters, 2004

⁸ IBI= Ikatan Bidan Indonesia, POGI = Persatuan Obstetrik Indonesia, IDAI= Indonesian Pediatrics Association

⁹ Block 2 module Pelatihan Manajemen Rumah Sakit

¹⁰ Check List Supervisi Perawatan Persalinan di tingkat Puskesmas, Depkes 2008

¹¹ Sama dengan pathway klinis untuk perkembangan persalinan

¹² HPIEGO/Maternal & Neonatal Health Program: Guideline for Assessment of Skilled Provider After Training in Maternal And Newborn Healthcare. 2004

¹³ Guideline for Monitoring the Availability and the Use of Obstetric Service. UNICEF, WHO, UNFPA, August 1997

Supervisi tambahan guna menjamin dukungan lingkungan yang mencukupi juga telah dilakukan dua kali dalam setahun oleh Dinas kesehatan kabupaten/kota dan IBI guna melengkapi proses monitoring. Penilaian dukungan lingkungan ini termasuk ketersediaan dan kepatuhan terhadap SOP.

D. Hasil

1. Ketersediaan dan fungsi pelayan PONED

Data provinsi menunjukkan bahwa 74 dari 146 Puskesmas di 9 kabupaten (kabupaten kesepuluh adalah pembagian satu kabupaten yang terjadi pada awal 2009) telah menyelesaikan pelatihan PONED, tetapi tidak ada penilaian yang dilakukan hingga saat ini untuk mengevaluasi performan mereka pada pelayanan gawatdarurat obstetrik dan bayi baru lahir.

Evaluasi hanya telah dilakukan untuk pelatihan yang didukung oleh GTZ di 5 kabupaten/kota fokus MPS. Menggunakan temuan dari check list dalam Tabel 1, evaluasi dukungan SISKES menemukan hal-hal berikut ini:



Tabel 2. Pelatihan PONED di lima kabupaten fokus MPS-kabupaten yang didukung evaluasi

Kabupaten	Puskesmas yang dilatih	Status setelah 6 bulan	Status setelah 1 tahun
Kota Mataram	4	2 berfungsi penuh 2 sebagian berfungsi	3 sepenuhnya berfungsi 1 sebagian berfungsi
Lombok Barat	4	1 berfungsi sepenuhnya 3 sebagian berfungsi	1 sepenuhnya berfungsi 3 sebagian berfungsi
Sumbawa Barat	3	1 berfungsi penuh 2 sebagian berfungsi	2 sepenuhnya berfungsi 1 sebagian berfungsi
Sumbawa	4	1 berfungsi penuh 3 sebagian berfungsi	3 sepenuhnya berfungsi 1 sebagian berfungsi
Kota Bima	3	3 berfungsi sebagian	3 sebagian berfungsi

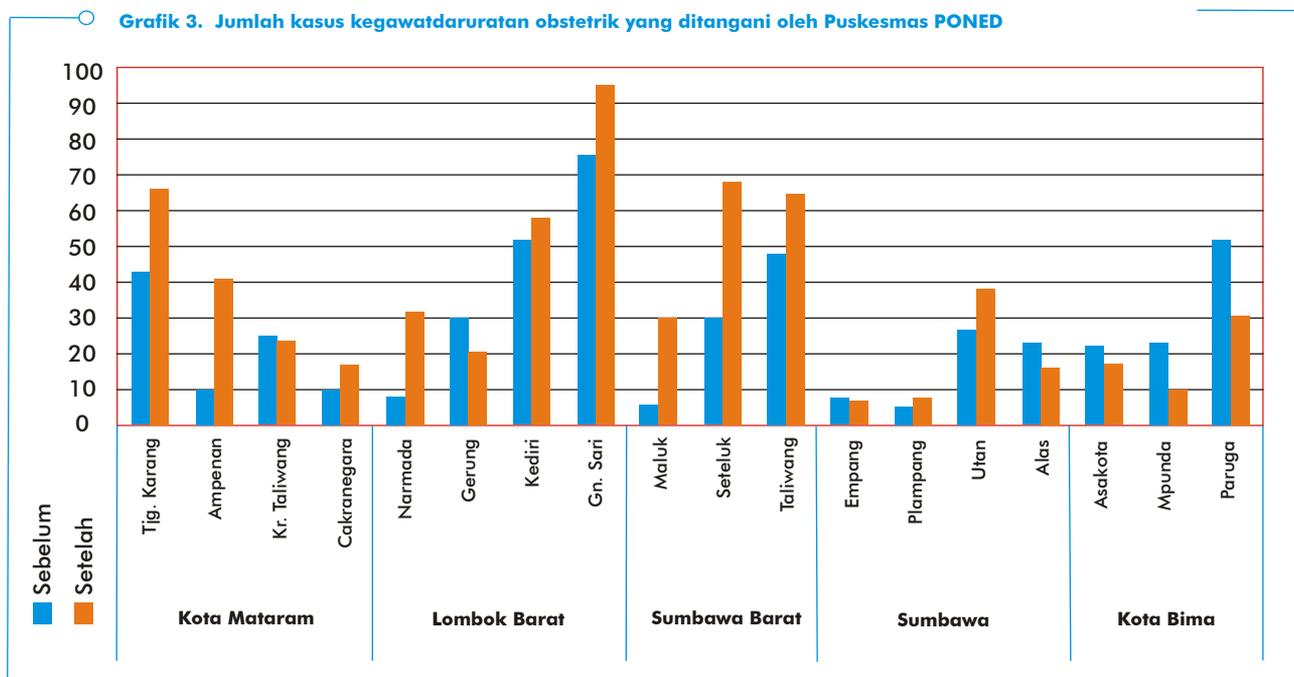
Temuan dalam Tabel 2 berdasarkan pada data rutin dan observasi langsung tentang kelengkapan standar peralatan, obat-obatan dan suplai. Fungsi 6 (pertolongan persalinan pervaginam yang dibantu) biasanya tidak dilakukan karena kurangnya kepercayaan diri pada sebagian tim dalam melakukan itu. Tiga puskesmas mengklaim telah mencoba melakukannya tetapi gagal dalam dua kasus, mematahkan semangat mereka dalam melakukan fungsi tersebut. Untuk pelayanan bayi baru lahir, laporan puskesmas yang tidak berfungsi sepenuhnya menunjukkan bahwa mereka telah merujuk banyak kasus bayi baru lahir yang berat badan lahir rendah dan yang asfiksia. Dalam hal ini, kurangnya kompetensi, khususnya untuk bayi baru lahir yang asfiksia, adalah faktor utama yang ditemukan dalam penilaian pelatih. Grafik 3 memperlihatkan pola dalam kasus-kasus yang diatasi sendiri oleh Puskesmas Poned di kabupaten yang didukung SISKES.

2. Performan Fasilitas Poned

Hasil untuk ketersediaan standar input berkisar antara 88% - 100%, artinya sebagian besar fasilitas Poned memiliki input yang cukup untuk menyediakan pelayanan.

Untuk memantau performannya, ketersediaan SOP dan rujukan yang nyata kemudian di pantau. SOP untuk lima jenis gawatdarurat obstetrik dan dua jenis kegawatdarurata neonatal adalah penting untuk performan klinis. Program telah membantu untuk mendiseminasikan "Panduan Praktis untuk Perawatan Maternal dan Neonatal" yang diterbitkan 2002 oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia bekerjasama dengan Jaringan Nasional Pelatihan Klinis (JNPK) kepada semua Puskesmas dan klinik bersalin pada 2007, dan dalam kunjungan awal sebulan setelah pelatihan tim menemukan semua Puskesmas telah mempunyai salinan buku petunjuk tersebut. Akan tetapi, bagian algoritma klinis yang telah diterjemahkan kedalam SOP yang tersedia hanya untuk perdarahan post partum, tatakelola pre-eklamsi, dan perawatan berat badan lahir rendah untuk bayi baru lahir. Algoritma untuk perdarahan sebelum partus dan penilaian awal untuk asfiksia bayi baru lahir masih tidak tersedia/ada.

Dinas Kesehatan Kabupaten bekerjasama dengan BI karenanya mengambil inisiatif untuk menyusun draft dua algoritma menggunakan modul pelatihan dan buku petunjuk dari Depkes sebagai referensi.

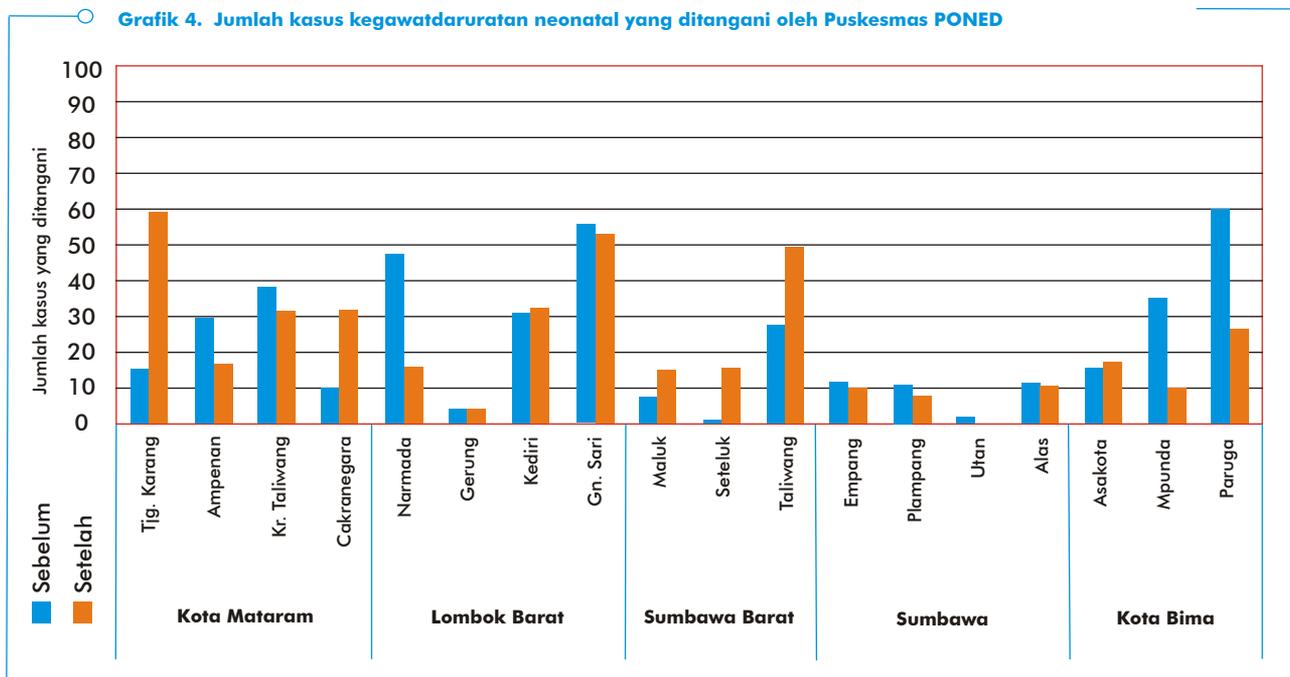


Dengan dukungan SISKES, Dinas Kesehatan Kabupaten mempresentasikan draft yang telah disusun tersebut ke Ikatan Dokter Ahli Anak (IDAI) dan Perstuan Obsetrian dan Genikologis Indonesia (POGI) untuk mendapatkan final draft tentang isi dan disainnya, dan cetakan sederhana telah disebarluaskan pada saat kunjungan monitoring. Saat evaluasi 6-bulan setelah pelatihan, 10 dari 18 Puskesmas telah melengkapi algoritma untuk kelima kasus kegawatdaruratan. Kunjungan terakhir pada awal 2009 telah menunjukkan bahwa 12 dari 18 Puskesmas telah mempunyai kelima algoritma yang digantung diruang kerja dalam waktu setahun setelah pelatihan.

Fungsi PONEP dipengaruhi oleh banyak faktor, tetapi pada dasarnya tergantung pada kepemimpinan dokter didalam tim yang dilatih. Tanpa keterlibatan aktif mereka, kepercayaan diri anggota tim yang lain akan menurun secara drastis, dan keinginan untuk mengadakan pelayanan PONEP sangat rendah.

Hal ini adalah sebagian alasan tiga Puskesmas di Kota Bima dan Sumbawa Barat hanya berfungsi sebagian setelah satu tahun pelatihan. Komitmen dari Kepala Puskesmas juga penting untuk menjamin faktor-faktor yang berpengaruh dan dukungan dari staf Puskesmas yang lain karena pelayanan PONEP membutuhkan 24 jam pelayanan. Satu Puskesmas di Kota Mataram memiliki kurang komitmen ini. Masalah lain yang ditemukan adalah hampir semua kabupaten/kota di NTB mengalami tingginya pergantian staf, dan hal ini secara serius mempengaruhi fungsi pelayanan Puskesmas. Hal ini mempengaruhi pelayanan PONEP di kelima Kabupaten/kota (Lombok Barat, Kota Bima, dan Sumbawa).

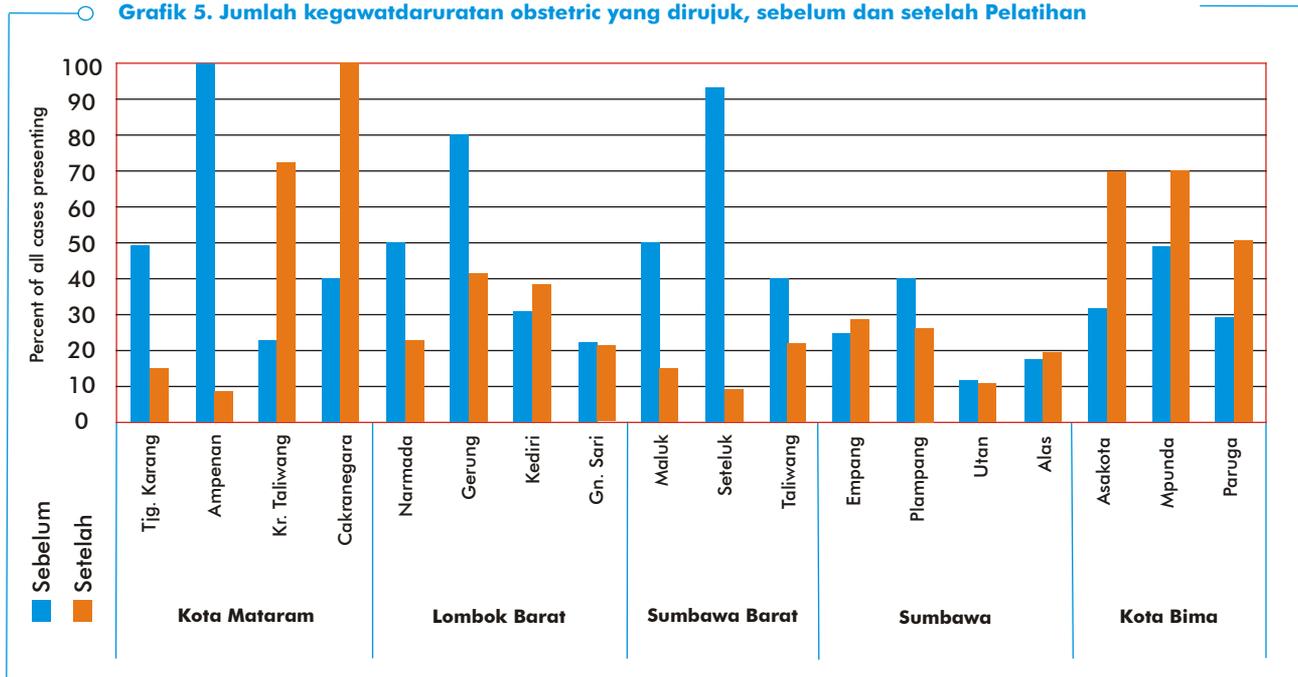
Data rutin yang dikumpulkan sebelum dan setahun setelah pelatihan menunjukkan bahwa 11 dari 18 Puskesmas telah meningkat kasus gawatdarurat obstetrik yang ditangani (Grafik 4) sementara hanya tujuh Puskesmas yang telah meningkat kasus gawatdarurat bayi baru lahir yang dikelola.



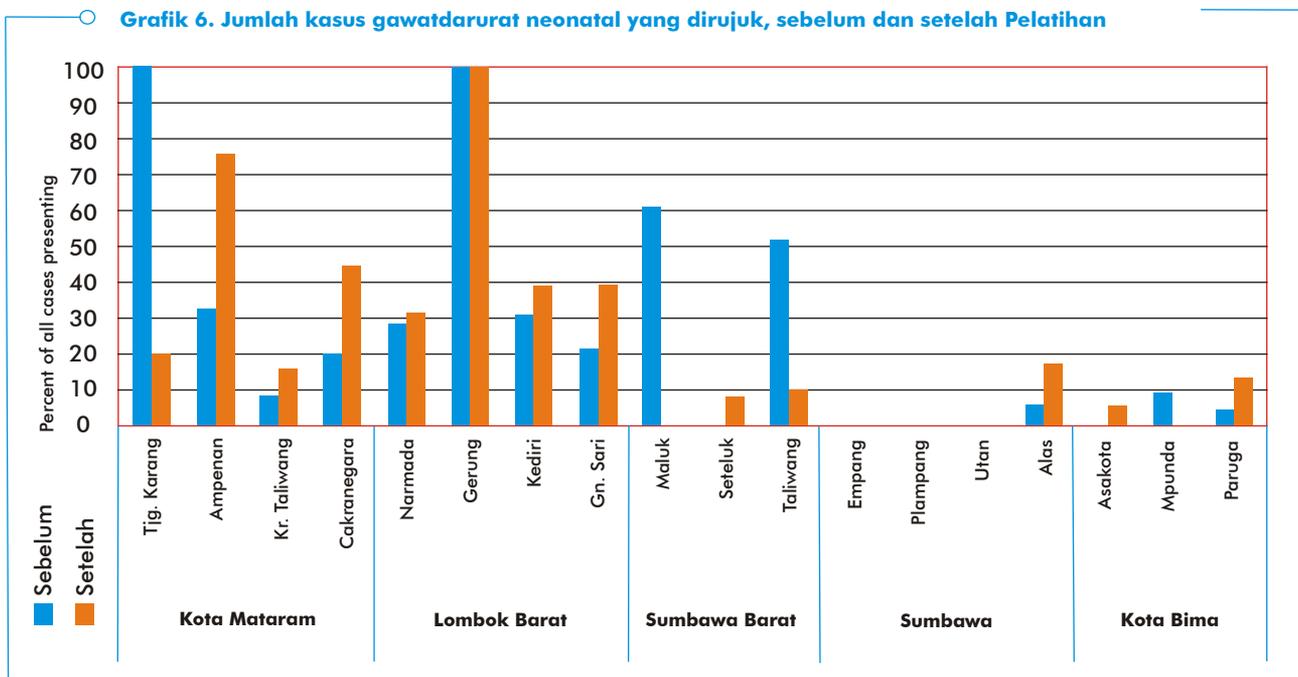
Secara keseluruhan, angka rujukan maternal telah menurun dari 39% ke 28% di 18 Puskesmas. Sebelum intervensi PONED, semua tetapi 2 dari 18 Puskesmas yang telah merujuk paling sedikit 20% komplikasi ke rumah sakit. Setelah itu, sepuluh dari 18 telah merujuk kasus komplikasi obstetrik lebih sedikit (Grafik 5). Akan tetapi, untuk kegawatdaruratan neonatal, hanya dua Puskesmas telah menurun rujukannya, dan tiga Puskesmas tidak merujuk sama sekali satu kasus pun (Grafik 6).

Jenis kasus yang dirujuk telah berubah. Sebelum pelatihan, semua kasus pre-eklamsi dan partus lama dikirim ke rumah sakit untuk mendapatkan tindakan akhir, dan hampir semua kasus asfiksia secara langsung dikirim ke rumah sakit tanpa persiapan yang memadai. Akibatnya, kondisi beberapa pasien menjadi lebih lemah sebelum tiba di rumah sakit, yang berakibat kecacatan tetap dan bahkan kadang-kadang meninggal dalam waktu dari 1 jam setelah tiba di rumah sakit.

Grafik 5. Jumlah kegawatdaruratan obstetrik yang dirujuk, sebelum dan setelah Pelatihan



Grafik 6. Jumlah kasus gawatdarurat neonatal yang dirujuk, sebelum dan setelah Pelatihan



Setelah mendapatkan pelatihan, Puskesmas menyiapkan kasus lebih baik jika dibutuhkan untuk dirujuk karena mereka sekarang bisa memperkirakan kondisi pasien ketika mereka tiba di rumah sakit.¹⁵ Perubahan ini sering kali tidak terbukti dalam data sekunder dan paling tepat diperoleh dengan mewawancarai staf seperti yang ditunjukkan dalam narasi berikut.

“Satu minggu setelah mengikuti pelatihan, kami mendapatkan perempuan yang datang dengan pre-eklamsi. Tekanan darahnya 190/120 dan pembukaan lengkap. Kami sadar bahwa jika kami rujuk ke rumah sakit, kemungkinan dia akan berkembang menjadi eklamsi berat karena diperlukan paling sedikit 1.5 jam untuk membawanya ke rumah sakit terdekat, jadi kami

putuskan untuk mendrip larutan Magnesium Sulfate, menolong dia bersalin dengan petunjuk melalui telepon dari salah satu pelatih, terima kasih Tuhan, si bayi lahir dengan selamat dan si ibu juga sehat saat kami kirim dia pulang dua hari berikutnya. Satu bulan yang lalu kami mendapatkan kasus yang sama dan merujuknya langsung ke rumah sakit, dia selamat tetapi bayinya meninggal”.

Berikut adalah daftar kasus kegawatdaruratan yang ditunjukkan oleh Puskesmas PONE D yang diseleksi dalam tahun pertama setelah pelatihan. Akan tetapi, Laporan Dinas Kesehatan Provinsi, menyatakan bahwa kasus bayi baru lahir telah meningkat di hampir semua fasilitas, apakah sudah PONE D atau belum. Hal ini digambarkan juga oleh peningkatan kematian neonatal yang dilaporkan .

Tabel 3. Jumlah kasus obstetrik yang ditangani di Puskesmas pada tahun 2008

Health Center	Tanjung Karang			Kediri			Taliwang			Alas			Paruga		
	No of cases	Refer	Out-come	No of cases	Refer	Out-come	No of cases	Refer	Out-come	No of cases	Refer	Out-come	No of cases	Refer	Out-come
Severe pre-eclampsia	17	11		16	13		5	4		3	-		10	-	
Eclampsia	-	-		-	-		-	-		1	1		-	-	
Uterus Atoni	14	-		19	5		1	1		3	1		3	2	† (2)
Placenta Retention	13	3		2	0		9	3		6	1		4	4	
Retained Product of Uterus	4	-		2	0		42	3		-	-		-	-	
Low Birth Weight	7	3	† (3)	8	4		22	3	† (3)	10	-	† (2)	14	2	† (2)
Newborn Asphyxia	31	-	† (2)	3	1	† (1)	21	5	† (1)	1	1	† (1)	11	1	† (1)
Maternal Deaths	0			0			1 – infection post CS			0			2		
Newborn Deaths	5			1			6 – congenital (2)			9 – still birth (5)			9 – stillbirth (5) and infection (1)		

¹⁵. Maternal Audit: Lombok Barat and Sumbawa Barat, 2007

Fasilitas PONE D mengklaim tidak ada kematian maternal pada tahun 2008 (kecuali Kota Bima), dan data dari Kota Mataram menunjukkan bahwa tidak satu pun dari lima kasus kematian maternal yang dipalorkan pada 2008 berasal dari Puskesmas PONE D. Butkti anekdotal menyatakan bahwa hampir semua kasus disebabkan karena respon yang terlambat di rumah sakit dibandingkan dengan keterlambatan rujukan dari Puskesmas tersebut (Laporan Confidential Enquiry of Maternal Death, Lombok Barat, 2009). Kemampuan Puskesmas untuk menangani kasus yang semula dirujuk telah meningkat setelah pelatihan. Sebaliknya, untuk kegawatdaruratan bayi baru lahir ditemukan bahwa keterlambatan rujukan dari Puskesmas PONE D ke rumah sakit kadang-kadang terlambat karena anggota keluarga lambat mengambil keputusan untuk menyetujui dilakukannya rujukan.

Ada kemungkinan bahwa intervensi PONE D telah meningkatkan pengelolaan kasus kegawatdaruratan obstetrik tetapi tidak pada kasus pengelolaan kasus kegawatdaruratan bayi baru lahir. Ada kemungkinan bahwa melalui pelatihan, tenaga Puskesmas telah kehilangan kepercayaan diri dalam menangani kasus kegawatdaruratan bayi baru lahir dan lebih sadar tentang resiko rujukan ke rumah sakit.

Hasil kasus yang dirujuk menemukan bahwa tidak ada perbedaan antara tim yang telah menerima paket pelatihan penuh (6 hari pelatihan ditambah 14 hari magang) dan tim yang hanya mengikuti pelatihan di kelas.

E. Biaya Program

Ada perbedaan dalam keseluruhan biaya unit pelatihan untuk setiap Puskesmas, magang dan kegiatan monitoring. JNPK menekankan pelatihan dalam "tim work" daripada individu, dan setiap Puskesmas mengirim 3 atau 4 orang staff untuk dilatih dengan total 12 peserta per pelatihan dan 3 sampai 4 Puskesmas per angkatan pelatihan.

Biaya langsung mencakup pengeluaran yang dibayarkan langsung ke Pusat pelatihan di ibukota provinsi untuk membiayai honor pelatih, alat tulis menulis, pencetakan modul, sewa ruang pertemuan dan makanan untuk peserta dan pelatih.

Akomodasi juga merupakan biaya langsung untuk peserta yang berasal dari Pulau Sumbawa (Sumbawa Barat, Sumbawa dan Kota Bima) yang datang ke Mataram untuk mengikuti pelatihan. Biaya tidak langsung mencakup biaya perjalanan peserta dari kabupaten ke provinsi dan semua pengeluaran yang terkait untuk panita dari Dinas Kesehatan Kabupaten/kota (misalnya transportasi dari kabupaten, akomodasi dan makanan selama pelatihan). Tunjangan harian juga bagian dari biaya tidak langsung.



Biaya magang untuk Kota Mataram dan Kota Bima mencakup hanya transportasi lokal untuk mentor pada sore hari selama 6 hari pelatihan, tetapi di Lombok Barat mencakup 14 hari penuh magang di rumah sakit provinsi.

Semua pengeluaran yang terkait dengan pelatihan secara penuh dibiayai oleh dana GTZ dengan perkecualian pada Lombok Barat dimana GTZ hanya membiayai 31% dari total biaya pelatihan dan dana pusat membiayai 69%. Empat kabupaten lainnya berkontribusi untuk membiayai biaya transport lokal selama pelatihan untuk peserta dan biaya transport dari kecamatan ke kabupaten.

Untuk evaluasi pelatihan, biaya utama adalah honor untuk evaluator dari pusat pelatihan provinsi, transportasi, makanan dan akomodasi jika evaluasi dilakukan di kabupaten yang ada di Pulau Sumbawa. Karena padatnya jadwal pelatih, untuk Sumbawa dan Kota Bima, evaluasi secara langsung disupervisi oleh GTZ dan Dinas Kesehatan kabupaten menggunakan checklist di Tabel 1 untuk mengevaluasi kecocokan pelayanan yang disediakan dan observasi langsung tentang kelengkapan obat-obatan, suplai dan data.

Biaya untuk supervisi rutin juga didukung oleh GTZ bersama mitra untuk satu tahun setelah pelatihan (sebagian besar untuk makanan) sementara biaya transportasi dibiayai oleh dana kabupaten. Tabel 4 dibawah menunjukkan bahwa unit biaya per intervensi dalam rupiah per kabupaten, kecuali untuk Sumbawa dan Kota Bima dimana biaya untuk supervisi sepenuhnya di biaya oleh dana kabupaten.



Tabel 4. Unit Biaya pe intervensi PONED, menurut kabupaten di kabupaten dukungan GTZ fokus MPS

No.	Variabel Biaya	Mataram	Lombok Barat	Sumbawa Barat	Sumbawa	Kota Bima
1	Pelatihan					
	Biaya langsung	24.100.000	32.797.500	27.523.000	27.885.000	25.563.000
	Biaya tidak langsung	1.050.000	1.350.000	6.040.000	4.581.000	6.744.000
	Magang	1.050.000	29.470.000	Not done	Not done	1.050.000
2	Monitoring					
	Evaluasi setelah pelatihan	4.530.000	2.025.000	2.253.000	1.785.000	Not done
	Supervisi / Tahun	1.130.000	2.809.211	339.000	909.167	659.000
	TOTAL:	31.860.000	66.451.711	36.155.000	35.160.167	34.016.000

*1€ = 14,000 IDR

Untuk menjawab pertanyaan apakah rujukan yang tidak perlu telah menurun melalui intervensi ini, kita telah memfokuskan pada perdarahan post partum karena atonia uteri dan sisa-sisa plasenta dan pengelolaan asfiksia bayi baru lahir karena pelatihan telah menekankan deteksi dini dan pengelolaan setempat yang memadai pada kasus-kasus ini yang seharusnya menurunkan kebutuhan rujukan.

Membandingkan satu tahun sebelum dengan kasus setelah pelatihan selesai, data menunjukkan penurunan 17% untuk rujukan perdarahan post partum dan 12% untuk asfiksia bayi. Hal ini diasumsikan bahwa kasus-kasus yang tidak lagi dirujuk telah ditangani secara efektif di Puskesmas PONED. Lama tinggal di rumah sakit telah menurun rata-rata 2 hingga 4 hari untuk pasien maternal dan 3 sampai 6 hari untuk bayi baru lahir.

Tabel 5

No.	Variabel biaya	Min	Max	Rata-rata
1	Biaya langsung di Rumah Sakit	149.000	400.000	274.500
2	Biaya tidak langsung			
	Biaya transpor pasien ke Rumah Sakit	40.000	1.125.000	582.500
	Biaya transportasi anggota keluarga (harus diperhitungkan biaya pulang-pergi)	0	150.000	150.000
	Makanan untuk anggota keluarga (50 IDR/ hari utk 1 penunggu)	200.000	300.000	250.000
TOTAL		580.000	1.975.000	1.232.000

Kesimpulannya, biaya untuk perawatan rumah sakit dihemat baik untuk asuransi pasien rumah sakit yang di biayai oleh program Jamkesmas dan untuk biaya-biaya yang berkaitan dengan orang yang menunggu selama tinggal di rumah sakit rata-rata Rp. 1,232,000 (88€) dalam total biaya.

Tabel 5 menunjukkan bahwa biaya yang bisa dihemat dengan menghindari perawatan rumah sakit:

Dapat disimpulkan bahwa peningkatan pelayanan kegawatdaruratan di Puskesmas dapat berkontribusi pada efisiensi melalui penurunan lama tinggal di rumah sakit dan menurunkan biaya lain terkait perawatan rumah sakit.

F. Pembelajaran

Paket penuh pelatihan yang termasuk magang dan monitoring telah menunjukkan tidak ada tren yang jelas dalam menurunkan kasus rujukan setelah satu tahun evaluasi. Ada kebutuhan untuk melanjutkan penelaahan ini sampai 3 tahun setelah pelaksanaan pelatihan, untuk menelaah tren ini. Kombinasi pelatihan yang diikuti oleh evaluasi paska pelatihan dan monitoring rutin menunjukkan hasil yang positif dalam kaitannya dengan performan klinis dibandingkan hanya intervensi pelatihan saja.

Penambahan hari untuk magang di lokasi pelatihan (rumah sakit provinsi) tidak menyediakan hasil yang diharapkan dalam menurunkan rujukan, kemungkinan karena pengalaman magang tergantung pada ketersediaan kasus kegawatdaruratan selama 14 hari magang.

Dibandingkan dengan pelatihan individu, pendekatan berbasis tim seperti yang disarankan oleh program menunjukkan hasil yang lebih positif dalam meningkatkan kepercayaan diri Puskesmas dalam menangani kasus-kasus kegawatdaruratan maternal dan bayi baru lahir.

Penekanan pada monitoring enam bulan hingga satu tahun setelah pelatihan mungkin bisa meningkatkan fungsi Puskesmas untuk menyediakan pelayanan kegawatdaruratan dasar karena monitoring yang terjadwal menggambarkan adanya upaya yang nyata dalam meningkatkan performan.

G. Rekomendasi

Ada kebutuhan untuk memodifikasi program magang dalam meningkatkan percaya diri tim dalam menanggapi kasus-kasus gawatdarurat obstetrik dan bayi baru lahir melalui koordinasi yang terus menerus antara peserta latih dan pelatih melalui kunjungan yang rutin untuk magang di tempat kerja atau mengikuti kasus yang dirujuk oleh tim sehingga mampu untuk melakukan tindakan di rumah sakit dibawah supervisi langsung pelatih. Pendekatan ini mungkin bisa menurunkan biaya dan hari magang dan menjamin ketersediaan kasus yang memadai untuk meningkatkan kompetensi.

Guna menjamin fungsi pelayanan PONED, sistem monitoring untuk mengukur performan pelayanan perlu disusun dengan menganalisa enam fungsi perawatan obstetrik dasar dan dua fungsi dasar tambahan untuk bayi baru lahir melalui data rutin dan supervisi rutin (menggunakan format Depkes). Sangat diperlukan bahwa mutasi staf hanya dilakukan diantara fasilitas PONED.

Puskesmas PONED mungkin bisa berfungsi secara optimal (24 jam per hari, 7 hari seminggu) jika lebih dari satu tim yang tersedia. Jadi, tim tambahan yang terdiri dari satu dokter medis,



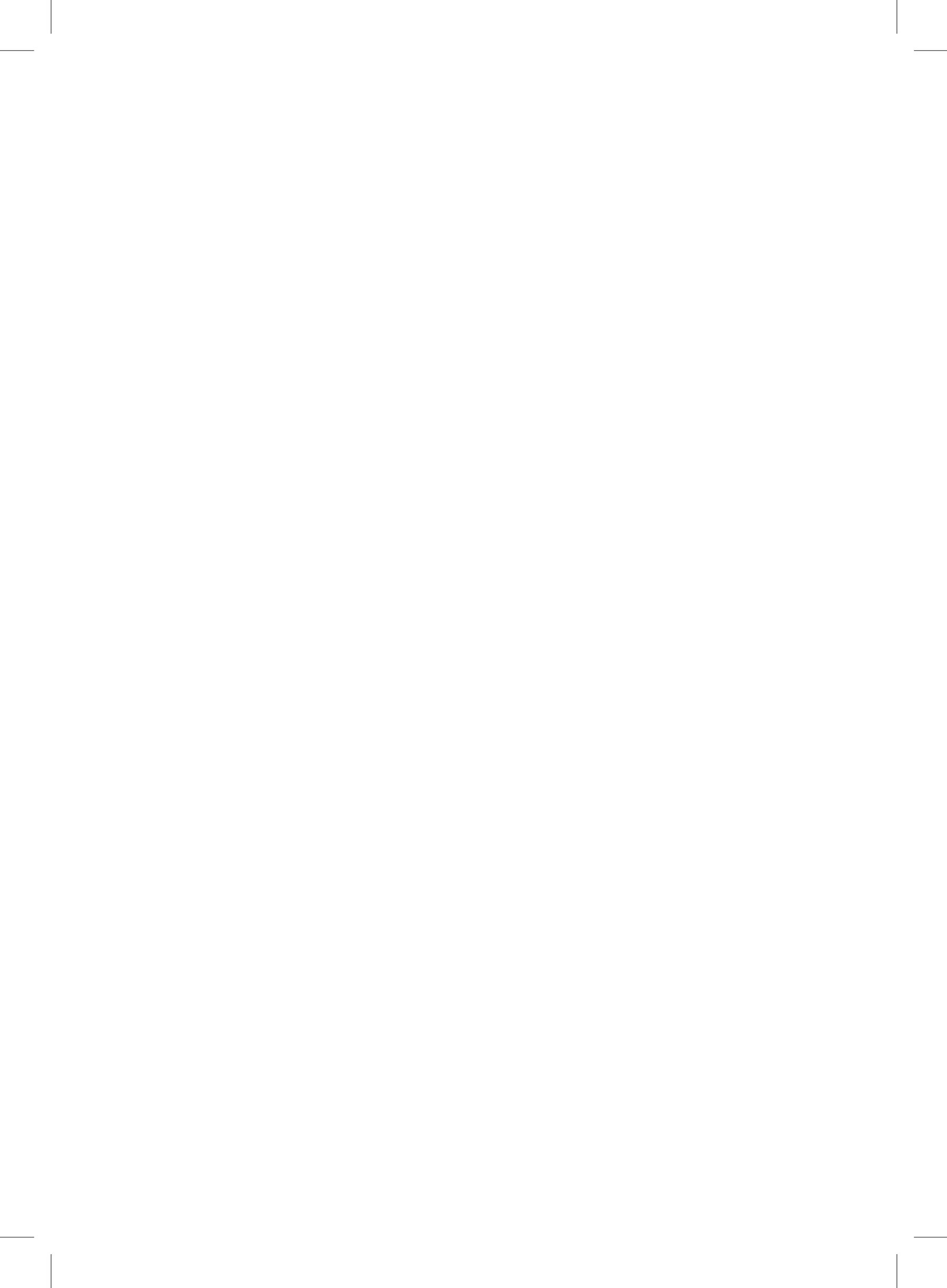
bidan yang kompeten dan perawat sebaiknya dipertimbangkan untuk Puskesmas PONED. Sementara menunggu dana untuk mendapatkan persetujuan, tim yang ada saat ini bisa memberikan magang pada kandidat yang terpilih.

Persediaan peralatan, obat-obatan dan suplai yang tidak terputus harus dijamin guna berfungsinya pelayanan PONED. Sangat penting untuk menghindari keterlambatan pengusulan dan pengadaan di tingkat dinas kesehatan kabupaten karena kelengkapan fasilitas penting untuk berfungsinya pelayanan.

Intervensi ini yang berfokus pada tingkat pelayanan telah menunjukkan hasil yang kecil dalam peningkatan kesehatan bayi baru lahir. Dalam hal ini, sebaiknya dikombinasikan dengan program pemberdayaan masyarakat untuk meminimalkan keterlambatan tindakan di sisi masyarakat.

Referensi

1. Marger Berer. " Maternal Mortality and Morbidity: Is Pregnancy Safer for Women?", RHM Journal 2007
2. Laporan Tahunan SISKES & HRD, 2008
3. Review Perkembangan Program SISKES 2009
4. Jannette O'Neill. Konsep Pelatihan untuk Persalinan Aman dan Selamat, October 2006
5. Pedoman Pengembangan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Dasar di Puskesmas, DEPKES RI, 2007
6. Hussein et al, The Skilled Attendant Index: Proposal for a New Measure of Skilled Attendant at Delivery. RHM Journal 2004
7. Block 2 Modul of Hospital Management Training
8. JHPIEGO/Maternal & neonatal Health Program: Guideline for Assessment of Skilled Provider after Training in Maternal and Newborn Healthcare, 2004
9. UNICEF, WHO, UNFPA. Guideline for Monitoring the Availability and





Apa yang menggerakkan masyarakat untuk menurunkan kasus kematian maternal dan neonatal?

Kunci pendekatan yang diterapkan dalam pelaksanaan ISKES secara luas guna memperkuat sistem kesehatan daerah yang fokus pada kesehatan maternal dan neonatal adalah pemberdayaan masyarakat. Komponen ini dikembangkan secara utuh dalam konteks pemberdayaan masyarakat untuk membangun "sistem kesiapsiagaan" yang dikenal sebagai Desa Siaga guna menanggulangi kegawatdaruratan maternal dan neonatal dan untuk meningkatkan akses perempuan dan remaja pada pelayanan kesehatan termasuk informasi dan pendidikan tentang Kesehatan Reproduksi/Seksual dan Hak-hak Kesehatan. Dokumen ini menguraikan pengalaman proyek dari Propinsi NTB dalam menentukan apa yang menggerakkan masyarakat dalam menurunkan kematian maternal dan neonatal.

1. Ringkasan

Dikembangkan atas dasar tradisi tolong menolong yang ada di masyarakat NTB, Proyek SISKES membantu masyarakat dalam membangun kesepakatan secara partisipatif untuk membentuk "sistem kesiapsiagaan berbasis Masyarakat" dimana setiap anggota masyarakat saling mendukung satu sama lain dalam menanggulangi kejadian darurat kesehatan maternal. Sistem kesiapsiagaan ini mencakup sistem notifikasi tentang informasi kasus kegawatdaruratan dan masalah kesehatan yang penting, informasi keluarga berencana, penyediaan alat transportasi dan komunikasi untuk menjangkau fasilitas kesehatan terdekat, dukungan dana dan relawan pendonor darah.

Informasi kualitatif dan kuantitatif dari data rutin dan evaluasi khusus menunjukkan bahwa sistem kesiapsiagaan berbasis masyarakat ini telah digunakan dan memberikan manfaat pada para ibu sebagai penerima manfaat utama. Program ini secara signifikan telah merubah perilaku perempuan dan laki-laki dalam mencari pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan perawatan kehamilan dan persalinan. Hasil evaluasi menunjukkan peningkatan pada beberapa indikator berikut:

- Kunjungan pemeriksaan kehamilan pada tiga bulan pertama kehamilan (K1): 4,5% peningkatan ($p < 0.05$)
- Kunjungan pemeriksaan kehamilan pada tiga bulan keempat kehamilan (K4): 3,3% perbaikan ($p < 0.05$)

- Persalinan dibantu tenaga terlatih: 3,5% perbaikan ($p < 0.01$)
- Persalinan di fasilitas kesehatan: 16,3% perbaikan ($p < 0.01$)
- Pengetahuan tentang keluarga berencana, dibandingkan dengan data awal 2007 dari hasil survey rumah tangga
- Akseptor Keluarga Berencana
- Kepuasan klien pada pelayanan kesehatan di tingkat desa
- Keterlibatan suami saat istri melakukan ANC :31,8% perbaikan ($p < 0.01$)
- Kehadiran suami ketika persalinan istri: 15,8% perbaikan ($p < 0.01$)

Upaya-upaya dari program ini telah dikombinasikan dengan tradisi setempat guna memicu adanya tradisi baru dimana setiap orang saling bantu membantu dalam menyelamatkan nyawa manusia. Keberlanjutan program ini dijamin oleh manfaat sistem ini sendiri dan ketersediaan alat bantu¹ yang mencakup analisis biaya pembentukan sistem kesiapsiagaan ini dan bukti dari dampak program ini. Alat bantu tersebut memungkinkan daerah/propinsi lain untuk mengadaptasi pendekatan ini dan menggunakannya sesuai kondisi daerah tertentu.

Paparan tentang manfaat program ini menjadikan program pemberdayaan masyarakat ini menjadi program yang bagus untuk diinvestasikan. Elemen pokok yang menggerakkan masyarakat adalah nilai dari tradisi yang sudah ada yang kemudian digunakan untuk memicu kesadaran akan kebutuhan untuk saling tolong antara satu dengan yang lainnya dalam hal menyelamatkan nyawa seseorang. Tingkat kepemilikan yang tinggi yang bersinergi dengan kebutuhan nyata dan manfaatnya akan membantu keberlangsungan program ini.

2. Latar Belakang

Angka kematian maternal dan bayi masih tetap tinggi di Indonesia, dan Propinsi NTB berada pada urutan propinsi dengan angka kematian terparah di Indonesia. Propinsi NTB juga berada pada urutan

ketiga terendah tentang Indeks Pembangunan Manusia (IPM)². Usia harapan hidup adalah 60.5 tahun, dibandingkan dengan 68.1 tahun secara nasional. Angka Buta Aksara dewasa adalah 78,8% dibandingkan 90,9% di tingkat nasional. Perbaikan pada sektor kesehatan akhir-akhir ini telah mengubah indikator ini, tapi penurunan terjadi sangat lambat, sebagian terjadi karena minimnya perhatian yang diberikan pada peran masyarakat itu sendiri dalam menurunkan indikator-indikator kunci ini.

Angka kematian maternal dihubungkan dengan penyebab yang dikenal dengan "tiga terlambat" (terlambat dalam pengambilan keputusan, terlambat dalam mendapatkan transportasi untuk membawa si ibu dalam mendapatkan perawatan kegawatdaruratan, terlambat dalam menerima pelayanan yang tepat di fasilitas kesehatan) dan adanya empat "terlalu" (terlalu tua, terlalu muda, terlalu banyak, terlalu dekat jarak kehamilan).

Salah satu solusi yang bisa diberikan untuk mengatasi masalah tersebut adalah dengan meningkatkan peran masyarakat untuk mengurangi kematian maternal dan perbaikan atas kemampuan bertahan hidup anak dengan menjamin pemberian ASI eksklusif oleh ibunya.

Pertanyaan utamanya adalah:

Apakah aksi nyata yang harus diambil oleh masyarakat?

Bagaimana masyarakat bisa dibantu untuk meningkatkan perannya dalam mengurangi kematian maternal dan neonatal?

Apa kontribusi dari pemberdayaan masyarakat terhadap keseluruhan tujuan dari Proyek?

Tulisan ini menguraikan tentang program pemberdayaan masyarakat melalui pendekatan Desa Siaga untuk menggerakkan masyarakat dan untuk berkontribusi dalam mengatasi masalah kesehatan mereka sendiri.

¹ Toolkit adalah tempat kotak informasi lengkap mengenai pedoman teknis, studi kasus, modul pelatihan, dll untuk mendukung advokasi dan pelaksanaan Desa Siaga.

² Berdasarkan data terbaru yang dikeluarkan oleh beberapa departemen dari pemerintah Indonesia.

3. Tujuan dan Strategi

Tujuan keseluruhan dari Proyek ini adalah penduduk, khususnya yang masyarakat miskin, perempuan dan anak-anak, bisa menggunakan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Dampaknya akan dilihat pada peningkatan status kesehatan penduduk. Sebagai bagian dari Proyek Penguatan Sistem Kesehatan Daerah, tujuan dari komponen pemberdayaan masyarakat adalah masyarakat membentuk dan mempertahankan lingkungan yang mendukung anggota masyarakat mampu mengakses pelayanan Kesehatan Reproduksi yang tepat.

Strategi yang telah dipilih yang digunakan untuk mencapai tujuan adalah strategi Desa Siaga (DS) yang memberdayakan masyarakat dalam mengurangi kematian maternal dan neonatal serta mempertahankan akses ke pelayanan Kesehatan Reproduksi yang tepat. Strategi Desa Siaga ini didukung oleh tradisi tolong menolong yang ada di masyarakat NTB. Strategi Proyek adalah untuk memfasilitasi masyarakat melalui proses yang



partisipatif untuk membangun kesepakatan diantara mereka guna saling membantu dalam mengatasi situasi gawat darurat yang terjadi diantara mereka dengan membangun "Sistem kesiapsiagaan berbasis masyarakat" yang merupakan bagian dari program nasional Desa Siaga.

Sistem kesiapsiagaan ini mencakup sistem notifikasi diantara anggota masyarakat pada saat terjadi masalah kesehatan yang penting atau kasus gawat darurat, penyediaan alat transportasi dan komunikasi guna mengakses fasilitas kesehatan, penyediaan dukungan dana, dan relawan pendonor darah. Pintu masuk untuk memperbaiki kesehatan maternal dan bayi didasarkan pada pemikiran bahwa dengan peningkatan dukungan dan perilaku masyarakat akan mengurangi kerentanan, yang akan memberi hasil positif, dan memungkinkan untuk diaplikasikan pada isu kesehatan yang lebih luas.

Semua desa yang terpilih dalam komponen proyek pemberdayaan masyarakat ini berada pada wilayah Puskesmas yang mendapatkan dukungan program PONED³ dan mendapatkan pelatihan manajemen Puskesmas. Setiap desa memiliki bidan yang telah dilatih APN (Asuhan Persalinan Normal) dan desa yang memiliki Pos Kesehatan Desa (POSKESDES). Kriteria pemilihan lokasi ditentukan guna menjamin bahwa upaya peningkatan aksi masyarakat dari sisi permintaan akan bertemu dengan upaya peningkatan dari sisi penyedia layanan juga.

³. Puskesmas PONED: fasilitas kesehatan masyarakat yang mampu menangani gawatdarurat obstetric dan neonatal dasar.

4. Indikator Kunci

Tingkat Keluaran:

- Cakupan program Desa Siaga dari dukungan GTZ-SISKES
- Pengetahuan, pemahaman dan kegunaan dari sistem siaga dan jejaringannya.
- Pendapat tentang kegunaan Desa Siaga

Tingkat Dampak:

- Perubahan perilaku: suami mendampingi istri (dampak gender) dan saling bantu dalam menyelamatkan nyawa.
- Kriteria DAC (Development Assistance Commite) :relevansi, efektifitas, dampak, efisiensi dan keberlanjutan.
- Indikator terkait Pelayanan Kesehatan Reproduksi: pemeriksanaan kehamilan, persalinan dibantu tenaga terlatih, tempat persalinan, keluarga berencana, dan kepuasan pasien atas pelayanan kesehatan.

5. Kegiatan Utama

Program pemberdayaan masyarakat telah dilaksanakan melalui 6 tahapan proses fasilitasi:

1. Pertemuan orientasi

- Pertemuan tingkat provinsi dengan pemangku kepentingan yang terkait
- Pertemuan Orientasi di tingkat kabupaten dengan para pemangku kepentingan termasuk dari tingkat kecamatan dan desa
- Pemilihan fasilitator desa/fasilitator kabupaten/kota

2. Pelatihan pertama mengenai konsep Desa Siaga dan pembelajaran dan aksi secara partisipatif untuk fasilitator desa dan fasilitator Puskesmas.

3. Survey Mawas Diri oleh masyarakat

Survey mawas diri oleh anggota masyarakat untuk menganalisa kondisi kesehatan mereka sendiri dan potensi yang mereka miliki guna mencari jalan keluar atas masalah kesehatan yang mereka hadapi.

4. Pelatihan yang kedua tentang pengorganisasian masyarakat untuk membentuk sistem kesiapsiagaan

5. Pertemuan-pertemuan untuk membentuk 5 sistem kesiagaan

- Pertemuan untuk mencapai kesepakatan tentang sistem notifikasi
- Pertemuan untuk mencapai kesepakatan dalam sistem penyediaan alat transportasi/komunikasi
- Pertemuan untuk mencapai kesepakatan dalam menyediakan dukungan dana sosial
- Pertemuan untuk mencapai kesepakatan dalam menyediakan pendonor darah.
- Pelatihan Kader untuk Pos Informasi Keluarga Berencana

6. Monitoring dan evaluasi

- Memonitor dan mengevaluasi selama proses-indikator input dan proses selama proses pembentukan Desa Siaga.
- Memonitor dan mengevaluasi pemeliharaan fungsi dari sistem kesiagaan (Desa Siaga)



Langkah pertama sampai dengan langkah ke 5 dapat dipandang sebagai kegiatan investasi, dan langkah ke 6 sebagai kegiatan pemeliharaan untuk fungsi sistem kesiagaan setelah terbentuk.

6. Orang-orang yang terlibat

Sesuai dengan kesepakatan yang dicapai sebelum memulai pelaksanaan tentang kegiatan apa akan dilaksanakan pada tingkatan yang mana dan diorganisir oleh siapa, Desa Siaga (DS) telah dilaksanakan oleh berbagai pemangku kepentingan di berbagai tingkatan dengan pembagian tugas, tanggungjawab yang telah ditentukan bersama secara jelas untuk setiap pemangku kepentingan. Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota adalah koordinator utama dan yang bertanggung atas kegiatan yang dilaksanakan ditingkat provinsi dan kabupaten. Dinas Kesehatan provinsi bertanggung jawab untuk mengorganisir kegiatan pertemuan orientasi provinsi, pelatihan pertama dan pelatihan kedua. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertanggung jawab untuk mengorganisir kegiatan orientasi kabupaten/kota, dan monitoring dan evaluasi. Pelatihan tentang keluarga berencana diorganisir oleh lembaga keluarga berencana kabupaten/kota.

Untuk kegiatan-kegiatan desa, fasilitator Puskesmas dan fasilitator desa memegang peran yang paling penting karena di NTB, Puskesmas adalah struktur yang tanggung jawab dalam sistem kesehatan untuk kegiatan desa. LSM lokal, sebagai fasilitator kabupaten, memegang peran kunci sebagai penghubung antar pemangku kepentingan dan menyediakan bantuan teknis di desa selama pembentukan system kesiagaan Desa Siaga.

Perannya adalah sebagai perwakilan GTZ untuk urusan administrasi dan memfasilitasi semua kegiatan (peran katalisator). Peran dari LSM ini bersifat sementara, selama proses pembentukan sistem kesiagaan, begitu sistem Siaga terbentuk, sistem tersebut langsung dimiliki oleh masyarakat dan sistem kesehatan. Orang-orang yang terlibat di tingkat desa meliputi organisasi perempuan, tokoh

agama/tokoh masyarakat, bidan desa, tokoh formal (camat/staf kantor camat/desa/dusun), dukun beranak/dukun berobat, dan anggota masyarakat (perempuan, laki-laki, perempuan hamil dengan suami mereka, perempuan yang baru melahirkan, perempuan/laki-laki miskin, remaja).

7. Bukti dari dampak program

Evaluasi Program Desa Siaga telah dilakukan di 70 dari 90 desa yang didukung oleh SISKES-GTZ di NTB dengan melalui wawancara terhadap para ibu (N=280) yang pernah melahirkan sebelum dan sesudah terbentuknya system kesiagaan di desa mereka (bayi hidup ataupun tidak). Hasil evaluasi menunjukkan perbedaan antara waktu kehamilan sebelumnya dan kehamilan mereka setelah pembentukan system kesiagaan di masyarakat.



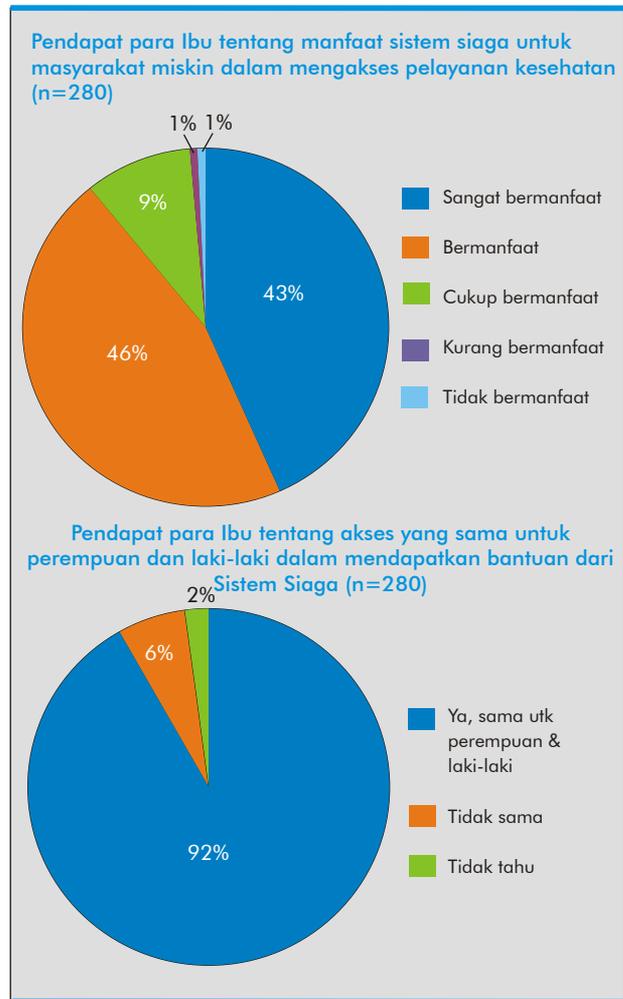
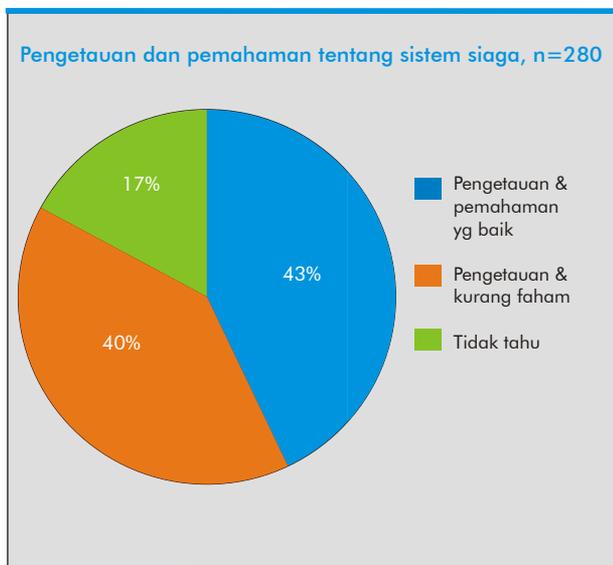
7. Bukti dari dampak program

Evaluasi Program Desa Siaga telah dilakukan di 70 dari 90 desa yang didukung oleh SISKES-GTZ di NTB dengan melalui wawancara terhadap para ibu (N=280) yang pernah melahirkan sebelum dan sesudah terbentuknya system kesiagaan di desa mereka (bayi hidup ataupun tidak). Hasil evaluasi menunjukkan perbedaan antara waktu kehamilan sebelumnya dan kehamilan mereka setelah pembentukan system kesiagaan di masyarakat.

- **Pemahaman dan Penggunaan Sistem Siaga**

Kesadaran dan pemahaman mengenai Sistem kesiapsiagaan Desa Siaga adalah penting, jika akan digunakan ketika dibutuhkan.

83% dari para ibu yang diwawancarai ditemukan memiliki pemahaman yang baik tentang system kesiagaan Desa Siaga dan kebanyakan dari mereka telah menggunakannya system tersebut. 89% dari para ibu percaya bahwa system kesiagaan ini telah menyediakan akses yang lebih baik untuk kaum miskin dalam mengakses pelayanan kesehatan dan telah memberikan kesempatan yang sama untuk perempuan dan laki-laki dalam menggunakan Sistem Kesiapsiagaan yang ada.



- **Penilaian tentang Program Desa Siaga menggunakan kriteria DAC**

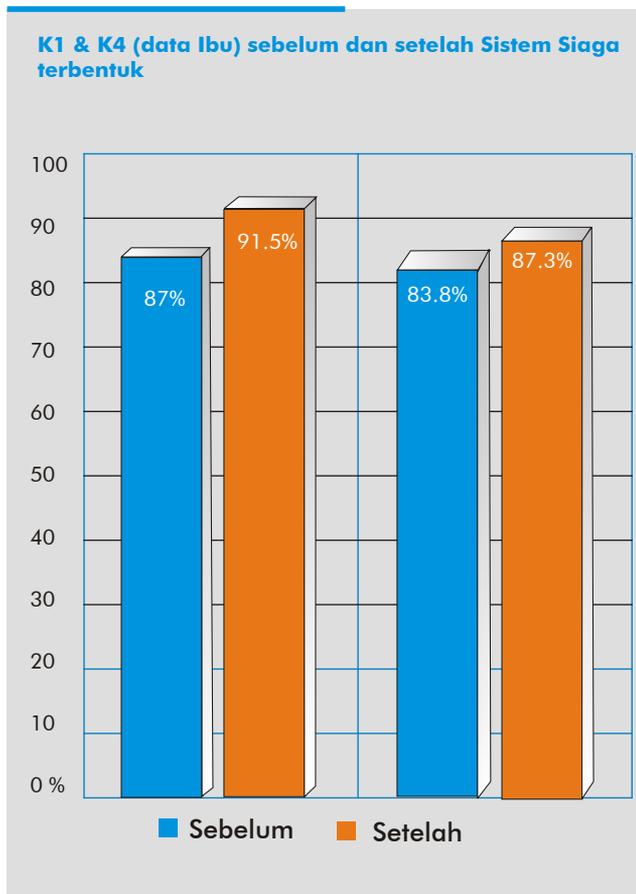
Berbagai pemangku kepentingan yang terlibat dalam pelaksanaan Desa Siaga ditanya tentang relevansinya, efektifitas, dampak, efisiensi dan keberlanjutannya. Pada tingkat desa ada 490 orang yang diberikan pertanyaan (70 kepala desa, 70 fasilitator desa, 70 bidan, 280 ibu-ibu). Pada tingkat kabupaten yang diwawancarai adalah staf Dinkes Kabupaten/kota (10 orang), staf lembaga Keluarga Berencana kabupaten/kota (5 orang), fasilitator kabupaten (4 orang) dan fasilitator Puskesmas (31 orang). Pada tingkat provinsi ada dua staf Dinas Kesehatan Provinsi yang diwawancarai. Hasil akhir rating, setelah perhitungan skor adalah 2 (artinya "bagus, sesuai dengan harapan-harapan, tidak ada kekurangan yang signifikan).

- Menggunakan Indikator Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Survey pada 280 orang ibu menunjukkan adanya bukti-bukti peningkatan setelah sistem kesiagaan Desa Siaga terbentuk di masyarakat:

- Indikator K1: Pemeriksaan kehamilan pada semester pertama kehamilan (K1): 4,5% peningkatan ($p < 0.05$)
- Indikator K4: Pemeriksaan kehamilan pada semester terakhir kehamilan (K4): 3.3% peningkatan ($p < 0.05$)

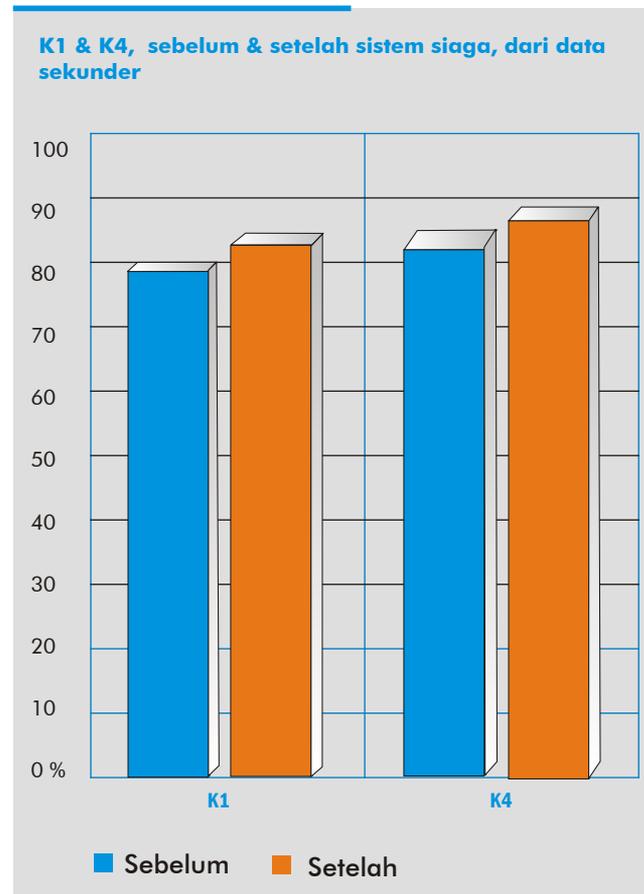
Salah satu fungsi dari sistem notifikasi adalah mengidentifikasi ibu hamil, mengingatkan mereka untuk memeriksa kehamilan mereka ke tenaga kesehatan yang profesional.



Pesan utama yang disampaikan oleh fasilitator desa pada setiap pertemuan adalah “setiap kehamilan dan persalinan memiliki resiko”, jadi setiap ibu hamil dimotivasi untuk melakukan pemeriksaan kehamilan selama masa hamil mereka.

Untuk memonitor efek dari system notifikasi tersebut, studi ini melihat proporsi ibu-ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan pada semester pertama (K1) dan semester terakhir kehamilan (K4) mereka untuk kehamilan anak kedua terakhir dan anak terakhir guna melihat apakah ada peningkatan kunjungan pemeriksaan kehamilan setelah sistem notifikasi terbentuk. Studi ini menemukan bahwa adanya peningkatan yang signifikan pada kedua indikator.

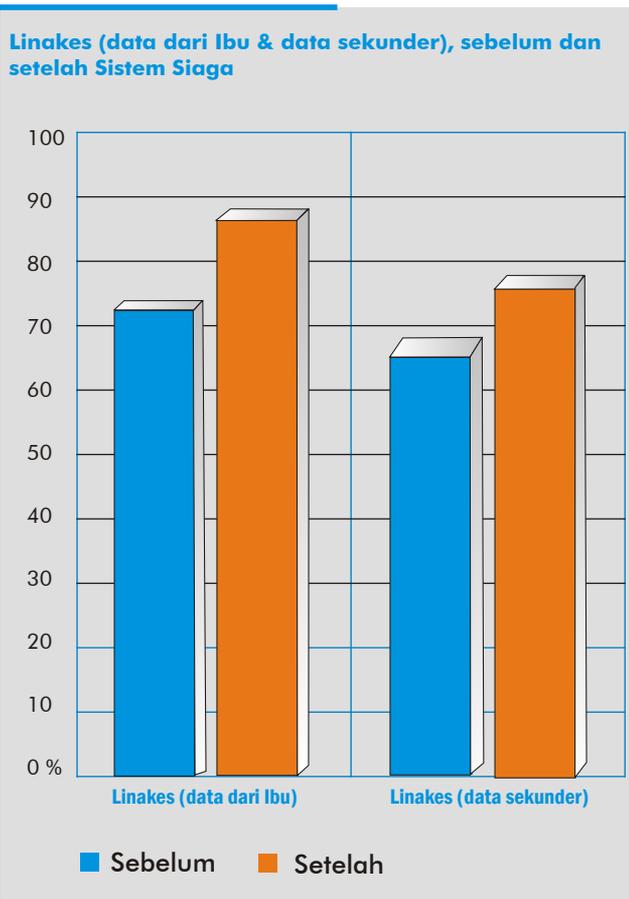
Trend yang sama juga ditunjukkan oleh data sekunder.



- Indikator persalinan dengan tenaga profesional: Persalinan dibantu tenaga profesional: 3.5 % peningkatan ($p < 0,01$)

Salah satu tujuan memberdayakan masyarakat melalui pendekatan Desa Siaga adalah untuk memungkinkan ibu hamil dibantu oleh tenaga terlatih saat persalinannya. Hasil evaluasi menunjukkan peningkatan yang signifikan pada persalinan yang dibantu oleh tenaga terlatih yaitu 3,5% setelah pembentukan Sistem kesiagaan Desa Siaga.

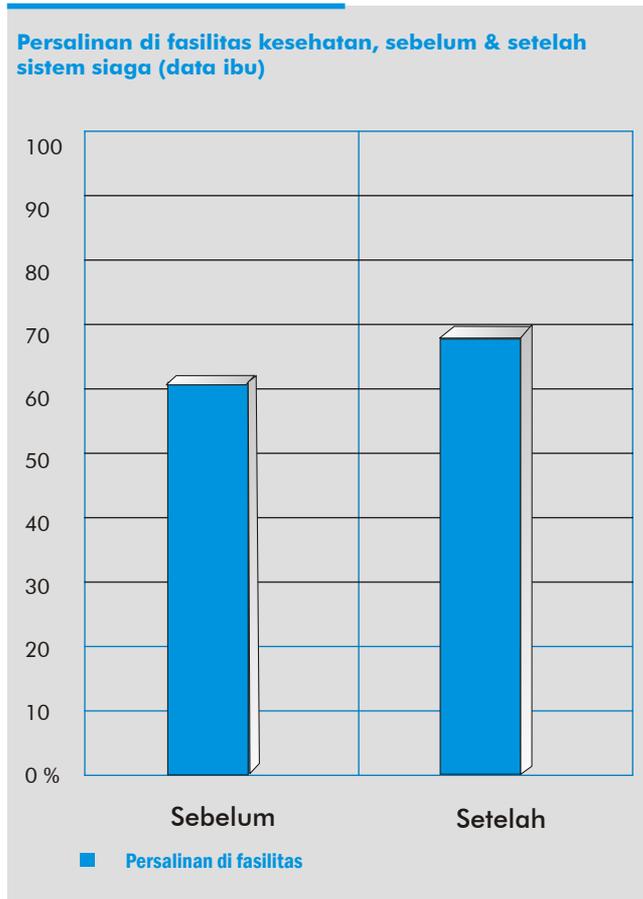
Tren yang sama ditunjukkan oleh data sekunder.



- Indikator: Persalinan di Fasilitas Kesehatan 4.0 % peningkatan ($p < 0,01$)

Dengan adanya peningkatan kesadaran mengenai resiko pada setiap kehamilan dan persalinan, perempuan lebih cenderung untuk dibantu oleh tenaga terlatih dan melahirkan di fasilitas

kehatan. Hasil evaluasi menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam proporsi persalinan di fasilitas kesehatan (4.0%) setelah terbentuknya Sistem Kesiapsiagaan Desa Siaga.



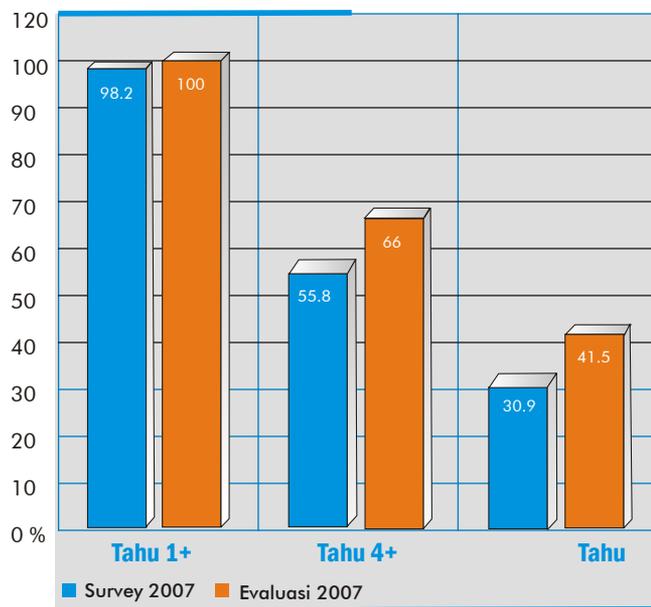
Bidan di Desa Sambinae, Kota Bima memperkuat bukti-bukti perubahan tersebut melalui cerita berikut:

“Sebelum desa ini memiliki bangunan Polindes dan membentuk sistem kesiagaan, hanya 20% dari persalinan yang didampingi oleh tenaga kesehatan. Setelah memiliki bangunan Polindes, jumlah dari persalinan yang dibantu oleh tenaga kesehatan meningkat menjadi 40% dan setelah terbentuknya Sistem kesiagaan Desa Siaga, persalinan dibantu tenaga kesehatan mencapai 100%, dan semuanya itu dilakukan di fasilitas kesehatan.”

Implementasi pendekatan Desa Siaga dalam memberdayakan masyarakat dapat dirasakan memberikan kontribusi terhadap perubahan perilaku ibu hamil dalam mencari pelayanan kesehatan: lebih banyak perempuan yang melahirkan dibantu oleh tenaga kesehatan dan bertempat di fasilitas kesehatan.

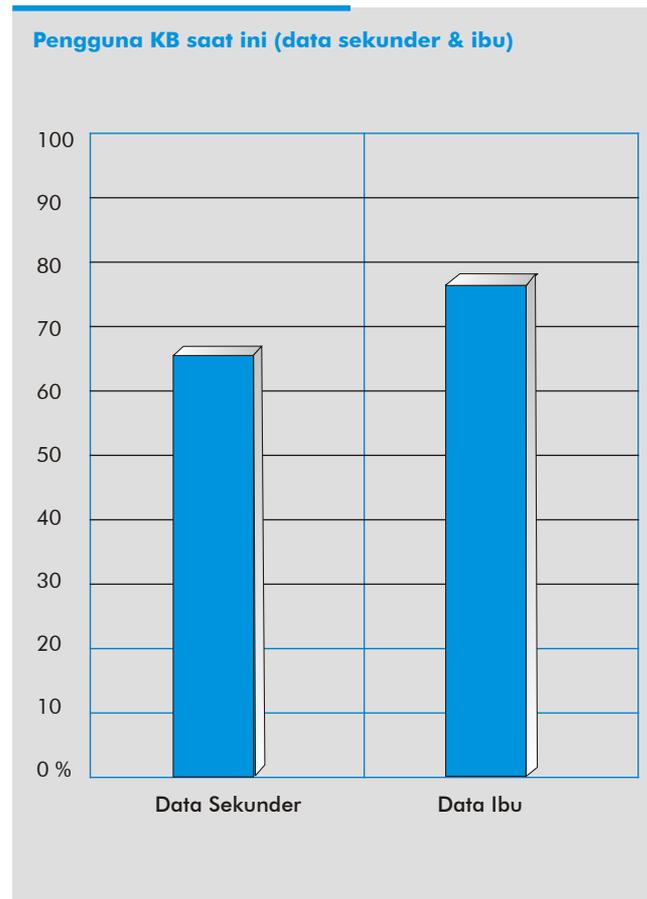
- Indikator: Pengetahuan KB dibandingkan dengan data awal (Survey Rumah Tangga tahun 2007)

Kematian maternal dapat berkurang melalui perencanaan kehamilan dan menghindari kehamilan yang tidak diinginkan. Terkait dengan hal ini, perempuan perlu untuk diberdayakan dalam memilih metode mana yang akan digunakan untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan. Pada konteks ini, alasan untuk memiliki pos informasi KB adalah untuk mendekatkan informasi tentang keluarga berencana kepada perempuan, sehingga mereka dapat saling tolong menolong untuk memperoleh informasi mengenai keluarga berencana. Grafik dibawa menunjukkan bahwa pengetahuan mengenai metode keluarga berencana mengalami peningkatan dibandingkan dengan hasil data awal dari survey rumah tangga pada tahun 2007. Dengan demikian, memiliki pengetahuan mengenai keluarga berencana memudahkan perempuan untuk menentukan pilihan dan ikut ber KB.



- Indikator: Pengguna Keluarga Berencana Saat ini

Keberadaan Pos informasi KB yang baru dari Desa Siaga telah mendekatkan informasi KB pada perempuan, melalui penyediaan informasi, telah memungkinkan perempuan untuk menggunakan alokon keluarga berencana. Data primer dan data sekunder menunjukkan tren yang sama tentang peningkatan Akseptor KB.



- Indikator: Kepuasan Klien terhadap Pelayanan Kesehatan di Tingkat Desa.

Walaupun pemberdayaan masyarakat pada dasarnya berhubungan dengan pendekatan non-medis/klinis guna mengurangi angka kematian maternal, upaya untuk menyelamatkan nyawa perempuan dan bayi adalah hal yang tak terpisahkan dari intervensi yang berdasarkan medis-klinis.

Peningkatan aksi masyarakat dari sisi permintaan pelayanan memerlukan perbaikan juga dari sisi penyedia layanan sehingga keduanya saling melengkapi dalam berkolaborasi dan berjejaring yang lebih baik. Kolaborasi dan jaringan ini sebagai dampak dari program penguatan masyarakat dicerminkan oleh kepuasan para ibu terhadap pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang disediakan di tingkat desa.

Para ibu ditanya tentang 10 aspek pelayanan dan setiap pertanyaan dinilai 1 hingga 10, dimana angka 10 adalah angka terbaik. Pertanyaan yang digunakan dalam studi ini sama dengan pertanyaan pada survey rumah tangga tahun 2007. Tabel berikut menunjukkan hasilnya:

Kepuasan Pelanggan Terhadap KIA di Polindes (skala 1-10, dimana 1 merupakan nilai terburuk dan 10 nilai terbaik)	Rata-rata	Rata-rata
Keramahan dari personil kesehatan dalam persalinan pada pelayanan kesehatan	7.9	9.0
Keerampilan dari personil kesehatan dalam memberikan perawatan kepada pasien	7.8	8.9
Penyediaan kelengkapan peralatan	7.6	8.9
Kebersihan dari fasilitas kesehatan	7.8	9.0
Waktu tunggu sebelum mendapatkan pelayanan	7.4	9.1
Perlengkapan untuk pelayanan pribadi	7.4	8.9
Merasakan kenyamanan terhadap diri sendiri	7.7	8.9
Menginformasikan hasil diagnosa kepada pasien	7.8	8.9
Kemudahan dalam menggunakan fasilitas kesehatan	7.8	9.0
Biaya yang relatif murah	7.9	9.1

Tabel diatas menunjukkan bahwa kepuasan para ibu dengan pelayanan KIA yang disediakan di Polindes telah mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan survey tahun 2007, artinya bahwa terjadi perbaikan dari sisi penyedia layanan juga dari sisi penerima layanan. Hasil ini tentu saja tidak bisa di klaim hanya sebagai hasil dari program Desa Siaga, tapi hal ini memperlihatkan upaya-upaya proyek untuk memperbaiki sisi permintaan secara paralel dengan perbaikan dari sisi penyedia layanan kesehatan.

Kesimpulan, hasil evaluasi menunjukkan bahwa pemberdayaan masyarakat melalui pendekatan Desa Siaga telah mendemonstrasikan peningkatan keterlibatan masyarakat dalam menurunkan kematian maternal dan neonatal, terutama karena keterlambatan ditingkat masyarakat, dengan memonitor indikator proksi tentang kemudahan dalam menangani kasus kegawatdaruratan pada bagian penyedia layanan di desa setelah terbentuknya sistem transportasi (76%) dan sistem penyediaan pendonor darah (71%).



3. Perspektif Bidan Desa

Bidan desa di Desa Tanjung, Kota Bima menjelaskan tentang bagaimana pemberdayaan masyarakat telah mempengaruhi tanggung jawabnya dalam menyediakan layanan kesehatan.

" Satu tahun terakhir ini merupakan waktu yang menyenangkan bagi saya sebagai bidan desa di desa. Hal ini karena ha-hal yang sebelumnya mengkhawatirkan saya saat membantu persalinan, sudah tidak terjadi lagi, dan sudah tidak ada lagi kematian maternal atau neonatal."

Tentu saja, rasa letih selalu muncul, karena saya membantu 162 ibu hamil untuk melahirkan bayi mereka dengan selamat tahun lalu. Bahkan, rasa letih itu hilang, ketika melihat bayi yang lucu itu lahir dengan selamat dari ibu mereka yang baru saja melewati masa kritis.

Saya harus mengakui bahwa hal ini terjadi karena desa saya telah menjadi Desa Siaga yang difasilitasi oleh GTZ SISKES, yang telah membawa inovasi pendekatan baru di desa ini. Masih segar dalam ingatan saya beberapa tahun yang lalu saya menangani satu kasus kematian maternal dan beberapa kasus perdarahan yang telah mengejutkan dan membuat saya frustrasi sendiri sebagai bidan. Saat ini, cerita-cerita lama ini tidak lagi mengganggu pikiran saya karena saya merasa lebih percaya diri sebagai bidan, melihat banyaknya perubahan dalam masyarakat setelah mereka membentuk sistem kesiagaan mereka sendiri.

Mungkin sebagai orang luar anda tidak akan percaya tentang banyaknya perubahan yang terjadi dalam setahun terakhir ini, tapi bagi saya, sebagai salah seorang yang terlibat dan mengalami perubahan ini, saya dapat memberi tahu anda bahwa ketika saya perlu untuk merujuk seorang perempuan, adalah sangat mudah untuk mendapatkan alat transportasi: hanya dengan menghubungi koordinator dari sistem transportasi, maka transportasi langsung disiapkan. Sebelumnya, ini merupakan hal yang sangat sulit sekali untuk meminta ibu hamil melakukan persalinan di Polindes, tetapi sekarang, walaupun anak mereka

akan keluar, mereka akan datang ke Polindes. Tahun 2008, 100% para ibu hamil melakukan persalinan di Polindes.

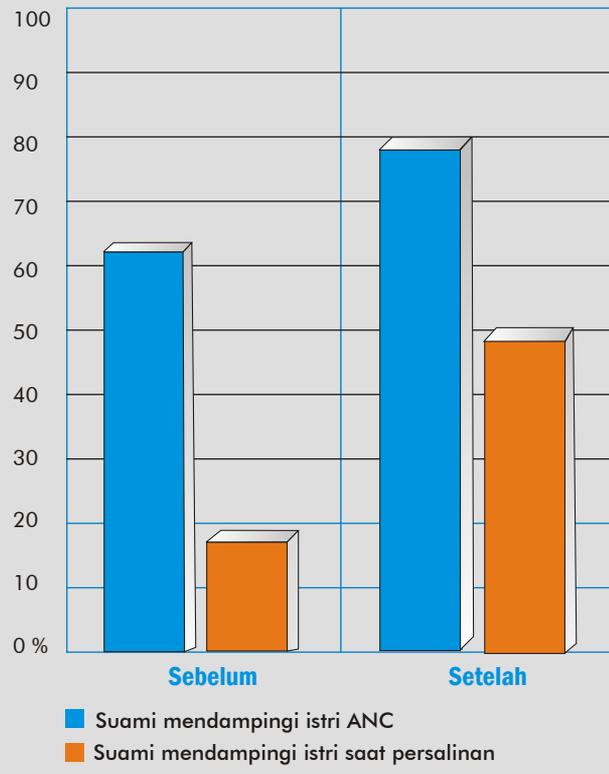
Kader-kader sangat aktif dalam memberitahu para ibu hamil dan memberikan informasi mengenai keluarga berencana. Sekarang saya menyadari bahwa semua ini terjadi karena adanya peningkatan pemahaman dari masyarakat dan keinginan mereka untuk berubah dalam hal saling bantu satu dengan lainnya. Pada tahap awal proses fasilitasi, saya merasa ragu – apakah ini akan bisa membuat sebuah perubahan?—tetapi sekarang setelah satu tahun terjadi perubahan yang besar. Para ibu hamil dapat menerima perawatan dan bayi-bayi yang merupakan masa depan kita lahir dengan selamat."

9. Dampak dalam hal Kemiskinan dan Persamaan Gender

Program Desa Siaga telah dikategorikan sebagai program yang pro-miskin", dalam kaitannya sejauh mana sistem kesiagaan tersebut telah menyediakan akses ke pelayanan kesehatan yang lebih baik bagi kaum miskin. Program ini juga telah menyediakan akses yang sama bagi perempuan dan laki-laki dalam menggunakan sistem. Pada kenyataannya, program ini juga telah merubah perilaku suami dalam mendampingi istri mereka pada saat memeriksa kehamilan (31.8% meningkat ($p < 0.01$)) dan ketika melahirkan (15.8% meningkat ($p < 0.01$)), peningkatan yang signifikan dapat dilihat pada grafik di halaman berikut.



Perilaku suami dalam mendampingi istri mereka pada saat memeriksa kehamilan dan ketika melahirkan sebelum dan setelah pembentukan Sistem Siaga



10. Efisiensi

Analisis biaya, yang dapat dilihat pada laporan terpisah, menunjukkan bahwa total biaya per desa dalam melaksanakan program ini dalam kurun waktu satu tahun menghabiskan biaya sebesar Rp. 53.414.400 (4,109 €). 80% dari total unit biaya digunakan untuk pembentukan sistem kesiagaan dan 20% adalah untuk kegiatan operasional. Memperhatikan biayanya dengan dampak yang telah dipaparkan di atas, program ini bermanfaat untuk dibiayai karena sistem kesiagaan tersebut tidak hanya untuk generasi ibu hamil saat ini, tetapi akan tetap ada untuk generasi berikutnya karena sistem kesiagaan yang telah terbentuk di masyarakat akan diturunkan ke generasi berikutnya, karena tolong menolong telah menjadi tradisi baru yang menguntungkan bagi mereka semua.

11. Melihat ke Masa Depan

Program mobilisasi masyarakat ini membutuhkan proses fasilitasi yang intensif, dan sepanjang proses fasilitasi diikuti dengan baik langkah demi seperti yang dipaparkan pada alat bantu, program ini akan memberikan hasil yang sukses. Karena programnya bersifat intensif, program ini harus didukung oleh pendanaan yang cukup. Perlu diperhatikan bahwa proses fasilitasi ini tidak hanya berkaitan dengan pembentukan sistem kesiagaan. Prosesnya sendiri adalah sebuah proses pemberdayaan masyarakat dari dalam masyarakat itu sendiri, yang melibatkan jiwa, nilai-nilai tradisi dan budaya mereka. Dengan demikian, hendaknya di perhatikan bahwa implementasi program tidak hanya tentang mencapai target cakupan, tetapi salah satu dampak dari proses implementasinya adalah merubah perilaku masyarakat.

Keberlanjutan dari sistem kesiagaan yang telah terbentuk akan bergantung pada pemeliharaan sistem yang telah dibentuk dari masyarakat dan penyedia pelayanan dan mendukung serta memotivasi mereka. Staf Puskesmas yang bertanggung jawab pada pemberdayaan masyarakat telah diperkuat peran dan tugasnya melalui program Desa Siaga sebagai fasilitator. Hal ini akan memfasilitasi keberlanjutan dan kepemilikan konsep, juga replikasinya karena peran ini sangat dekat dengan masyarakat dan kegiatan Desa Siaga dapat dikombinasikan dengan kegiatan diluar gedung Puskesmas.

Sebagai tambahan, alat bantu (kotak informasi yang lengkap yang berisi pedoman teknis, studi kasus, modul pelatihan dan film untuk mendukung advokasi dan pelaksanaan Desa Siaga) juga akan memberikan kontribusi untuk keberlanjutan karena konsep, pedoman pelaksanaan, dan modul pelatihan, evaluasi, dan analisis biaya didokumentasikan dan tersedia untuk replikasi dan memperluas cakupan program. Untuk NTB, khususnya, penguatan masyarakat ini adalah

bagian dari strategi AKINO (“Angka Kematian maternal Nol di desa”), program pemerintah provinsi NTB dalam menurunkan angka kematian maternal dan neonatal.

Kesepakatan masyarakat yang dibangun “dari, oleh dan untuk mereka sendiri” telah berhasil mengatasi kejadian gawat darurat dengan lebih mudah dan menyelamatkan nyawa, tidak hanya untuk kegawatdaruratan maternal tetapi juga untuk kecelakaan jalan raya dan masalah kegawatdaruratan kesehatan lainnya seperti demam berdarah dan malaria. Bahkan, nampak bahwa aksi masyarakat dalam mengatasi kejadian gawatdarurat mulai menjadi tradisi baru dalam hal saling tolong menolong di masyarakat. Aksi masyarakat ini juga telah mempengaruhi perbaikan pelayanan yang terus menerus melalui revitalisasi jaringan Komisi Keluarga Berencana (BKKBN) dan meningkatkan jumlah pengguna aktif kontrasepsi. Peran dari Palang Merah Kabupaten menjadi semakin jelas. Dan akhirnya, program ini telah menghasilkan advokasi yang sangat baik bagi pemerintah daerah untuk menyediakan pendanaan yang memadai untuk sektor kesehatan di tingkat desa.

Semua aksi masyarakat ini memberikan kontribusi pada visi pembangunan kesehatan di Indonesia, “untuk membuat masyarakat sehat”, dengan meningkatkan pemantauan, monitoring, informasi kesehatan dan pembiayaan kesehatan sehingga akses pada pelayanan kesehatan yang lebih baik tercapai. Dengan demikian, pemberdayaan masyarakat pada sektor kesehatan dapat dilakukan bahu membahu dalam upaya global pembangunan kesehatan dalam kontes pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium dan tersurat jelas dalam misi dari Departemen Kesehatan untuk menyediakan Pelayanan Kesehatan Dasar bagi masyarakat Indonesia.

12. Referensi

- Wijaya, Kusuma, dkk., 2008. Alat Bantu : Pemberdayaan Masyarakat di bidang KIA, Dinas Kesehatan Provinsi NTB dan GTZ SISKES.
- Lieve, G. dan Sofiarini, R, 2009. Analisa Biaya Implementasi Desa Siaga di NTB dan NTT.
- Sofiarini, R. dan Fachry, A, 2009. Laporan Hasil Evaluasi DSAJ di NTB, 2009.
- FKM UI, 2007. Perilaku dan Kebiasaan Perawatan Kesehatan Ibu dan Anak di Masyarakat Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur, Indonesia.





Uji Petik



Study Masyarakat untuk Perubahan Perilaku: Mencuci Tangan dan Potong Kuku Menurunkan Kasus Diare pada Bayi

Later belakang

Air minum, higienitas, dan sanitasi masih menjadi masalah penting di Indonesia. Studi dari Program Pengembangan Sektor Sanitasi Indonesia¹ tahun 2006 menunjukkan bahwa 47% penduduk Indonesia masih melakukan buang air besar di sungai, sawah, kolam, halaman belakang rumah dan tempat terbuka lainnya. Menurut Studi Pelayanan Dasar Manusia² tahun 2006, 12% orang Indonesia mencuci tangan mereka setelah buang air besar, 9% setelah membersihkan feses bayi dan anak di bawah lima tahun, 14% sebelum makan, 7% sebelum memberi makan bayi, dan 6% sebelum menyiapkan makanan. Perilaku cuci tangan yang tidak benar berkontribusi terhadap kejadian diare nasional (423 kasus/1000 orang) dan kejadian luar biasa diare di 16 provinsi dengan angka kematian sebesar 2.5% pada tahun 2006. Survey Riskesdas pada tahun 2007 (Depkes 2008)³ menunjukkan prevalensi diare lebih dari 10% di semua kabupaten di NTB kecuali Kota Mataram dan Kabupaten Lombok Timur. Hasil Riskesdas NTB juga melaporkan 11.2% penduduk NTB memiliki kebiasaan cuci tangan, dibandingkan angka nasional sebesar 43.3%.

Keefektifan cuci tangan dalam menurunkan kasus diare telah diperlihatkan dalam literatur dan dipromosikan di Indonesia oleh lembaga donor internasional dan tim promosi kesehatan, dan promosi cucitangan pakai sabun guna mencegah penularan penyakit adalah sangat penting khususnya di masyarakat dimana perilaku ini sangat tidak dilakukan. Pertanyaannya adalah bagaimana cara meyakinkan masyarakat untuk merubah kebiasaannya untuk mencucitangan dan memotong kuku. Strategy yang biasa dilakukan adalah mendemonstrasikan cucitangan pada anak-anak sekolah, akan tetapi hanya sedikit bukti tentang dampaknya. Sebagai bagian dari komponen mobilisasi masyarakat pada Proyek SISKES NTB, studi kecil yang dilakukan oleh Puskesmas Kediri di Kabupaten Lombok Barat pada tahun 2009 telah melakukan pegamatan yang melibatkan ibu-ibu yang memiliki bayi guna mempromosikan perubahan perilaku.

Hasil Riskesdas NTB juga melaporkan 11.2% penduduk NTB memiliki kebiasaan cuci tangan, dibandingkan angka nasional sebesar 43.3%.

¹ WSP/EAP-Bappenas, 2007. National Sanitation Awareness Campaign, Handwashing with Soap, ISSDP program pengembangan Sanitasi, Nov.2007.

² USAID, 2006. Basic Human Services, Baseline Household Survey 2005.2006 in 30 districts of 6 Provinces in Indonesia: Report of Results Health Services Program, Jakarta.

³ Depkes 2008. Laporan Riset Kesehatan Dasar NTB. 2007.



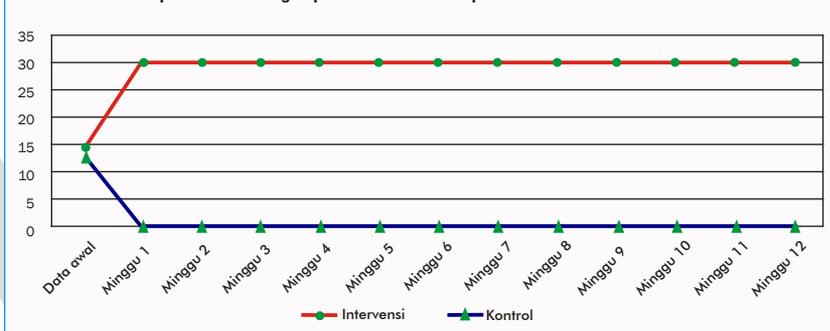
Studi yang bersifat Promosi



Studi yang bersifat promosi ini telah dilakukan di Desa Banyu Mulek selama bulan April-Juni 2009. Tim terdiri dari bidang Penyehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi NTB, bidang Penyakit Menular dari Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, petugas sanitarian dari Puskesmas Kediri, pemerintah desa, bidan desa, kepala dusun, dan 6 orang kader kesehatan telah melakukan pengamatan terhadap 60 orang ibu yang memiliki bayi berumur kurang dari 12 bulan pada bulan Juli 2009 selama 12 minggu untuk memantau kepatuhan mereka cucitangan pakai sabun, potong kuku dan memantau kasus diare pada bayi mereka.

Kelompok intervensi diberikan penyuluhan dan peragaan tentang mencuci tangan pakai sabun yang baik dan benar, dan mereka diberikan fasilitas untuk melakukan hal tersebut (wadah air, sabun, lap tangan, pemotong kuku).

Grafik 1: Kepatuhan cuci tangan pakai sabun di kelompok intervensi & Kontrol



Sebagai langkah awal, data dasar dikumpulkan tentang kebiasaan cucitangan dan potong kuku mereka, kepemilikan alat/fasilitas yang diperlukan, dan kasus diare pada bayi mereka pada minggu sebelumnya. Bahan KIE dan leaflet tentang cucitangan dicetak, dan pelatihan singkat dilaksanakan untuk kader, kepala dusun, bidan desa dan sanitarian tentang cara mengisi format observasi mingguan. Saat pertemuan di Posyandu dengan kelompok ibu-ibu, 6 langkah cucitangan pakai sabun didemonstrasikan, leaflet dibagikan ke setiap rumah tangga & ibu-ibu mendemonstrasikan cara cucitangan pakai sabun.

Kelompok kontrol menerima penyuluhan tentang pentingnya mencuci tangan pakai sabun dan memotong kuku dalam menurunkan kasus diare pada bayi, tetapi mereka tidak menerima fasilitas untuk melakukan dan memfasilitasi perubahan perilaku itu.

Kunjungan mingguan dan wawancara singkat oleh 6 orang kader dilakukan untuk memantau kepatuhan mencuci tangan pakai sabun dan memotong kuku dan untuk mengamati kasus diare diantara bayi-bayi mereka. Data dianalisis oleh tim dari Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Puskesmas dan diumpun balik ke kelompok ibu-ibu.

Ibu-ibu yang terlibat dalam studi ini dibagi kedalam 2 kelompok, masing-masing kelompok terdiri dari 30 orang dari dusun yang terpisah.

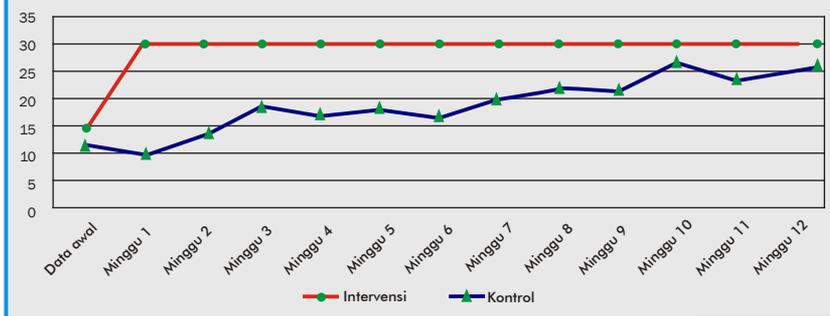
Hasil Intervensi

Kepatuhan ibu-ibu dalam cuci tangan pakai sabun digambarkan pada grafik di atas ini.



Hasil yang berkaitan dengan potong kuku (Grafik 2) menunjukkan bahwa adanya peningkatan kepatuhan memotong kuku di kedua kelompok, terutama di kelompok intervensi.

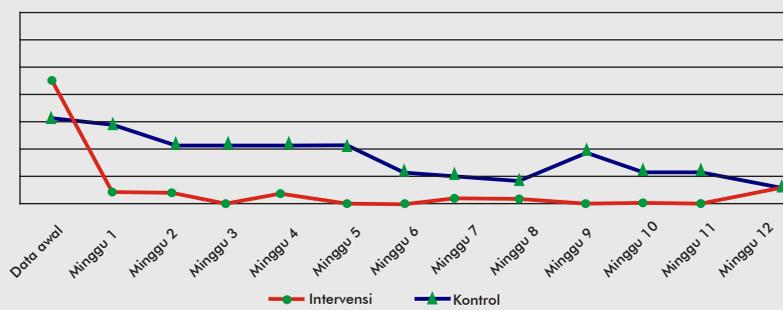
Grafik 2: Ibu-ibu memotong kukutangan mereka



Grafik 3 menunjukkan bahwa kejadian diare pada bayi dari kedua kelompok. Dari grafik tersebut dapat dilihat bahwa terjadi penurunan kasus diare pada bayi di kedua kelompok, dimana pada kelompok intervensi memperlihatkan penurunan kasus yang lebih banyak dan respon yang nyata.



Grafik 3: Dampak cuci tangan pakai sabun & potong kuku terhadap kejadian diare pada bayi di kelompok intervensi & kontrol



Diskusi Kelompok

Setelah tiga bulan observasi, pertemuan dilakukan dengan para ibu untuk menjelaskan apa yang telah ditemukan, kemudian diikuti dengan diskusi tentang pengalaman mencuci tangan dan tantangan yang harus diatasi untuk mengadopsi kebiasaan tersebut secara rutin.

Para ibu diyakinkan bahwa mencuci tangan dengan sabun dapat mengurangi kejadian diare pada bayi mereka. Mereka merasakan bahwa setelah mencuci tangan dengan sabun mereka lebih percaya diri untuk memegang bayi mereka dan terasa lebih bersih.

Mereka menyadari bahwa mencuci tangan dengan sabun lebih gampang daripada merawat bayi yang terkena diare, dan membandingkan uang yang dikeluarkan untuk membeli sabun dengan perawatan untuk diare, sabun dan air jauh lebih murah.

Disampaikan juga bahwa praktek cuci tangan pakai sabun oleh ibu-ibu disebarluaskan ke anggota keluarga lainnya. Ketika anggota keluarga ingin memegang bayi, maka si ibu mengingatkan mereka, "tolong cuci tangan terlebih dahulu sebelum menyentuh si bayi." Kegiatan promosi ini juga telah mengurangi beban perempuan untuk mengambil air karena anggota keluarga yang lain membantu mengambil air untuk cucitangan semua anggota keluarga.

Diatas semua itu, ibu - ibu juga menambahkan bahwa mencucitangan dan memotong kuku membuat mereka dapat menjalankan ajaran agama mereka. Seperti yang tertulis di Al-Quran, "Allah mencintai orang-orang yang selalu berada dijalan-Nya dan Dia juga mencintai orang-orang yang menjaga kebersihan dan kemurnian dirinya" dan "kebersihan adalah sebagian dari Iman". Mereka juga merasakan mencuci tangan pakai sabun membuat mereka lebih bersih untuk melakukan ibadah.

Kesimpulan

Petugas kesehatan yang telah melakukan studi ini menyimpulkan bahwa promosi perubahan perilaku melalui studi masyarakat adalah strategi yang efektif dalam merubah perilaku masyarakat. Ibu-ibu bisa membiasakan diri mereka mencucitangan pakai sabun setiap hari dan berdampak pada kesehatan bayi mereka. Hasil dari studi ini digunakan sebagai bahan promosi secara luas oleh Puskesmas, Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten. Selain itu, kegiatan seperti ini merupakan latihan yang baik untuk mengembangkan keterampilan tenaga kesehatan dalam bidang penelitian, jadi hal ini juga dapat berguna jika dilakukan pada bidang lainnya. Dinas Kesehatan Provinsi NTB juga telah memasukkan strategi ini dalam kegiatan promosinya di 16 wilayah Puskesmas di Kabupaten Lombok Timur yang terkena kasus luar biasa diare.









Sebuah pembelajaran

Penulis: Dr. Lieve Goeman, MP, MPH
Kontributor: Dinnia Joedadibrata

Kerjasama dengan VSO melalui kolaborasi dengan sukarelawan tenaga ahli yang bekerja di tingkat masyarakat untuk membawa pada pencapaian yang lebih tinggi dari proyek SISKES

Fakta

Kemitraan ini berdasarkan perjanjian antara GTZ Eschborn and VSO London melalui bagian pendanaan bersama dari DFID dalam proyek ini. Anggaran total adalah sampai dengan EUR 666,454 dari GTZ dengan dana pendamping dari VSO sebesar EUR 512,635. Periode perjanjian ini adalah dari 1 Mei 2006 sampai dengan 31 Desember 2009 dengan kedatangan sukarelawan pertama di bulan Juni 2007. Selanjutnya, 18 sukarelawan jangka panjang dan jangka pendek telah bekerja pada tiga tingkatan yang berbeda dari sistem kesehatan, seluruhnya di enam Kabupaten/Kota di mana ada komponen Menuju Persalinan Selamat (MPS). Tujuan utama dari kemitraan ini adalah agar penempatan sukarelawan memberikan kontribusinya pada tujuan utama proyek SISKES, yakni seluruh penduduk NTT dan NTB, terutama penduduk miskin, perempuan dan anak-anak agar bisa mengakses pelayanan kesehatan berkualitas yang terjangkau.

Pelayanan kesehatan ini termasuk jaminan akan dukungan profesional selama kehamilan, kelahiran, dan pasca melahirkan, dan juga keluarga

Kemitraan telah berkontribusi pada pencapaian dari proyek SISKES.

berencana dan perawat bayi baru lahir. Kegiatan-kegiatan sukarelawan juga termasuk peningkatan kapasitas mitra, penyediaan pendaan kecil, penyelenggaraan pelatihan dan lokakarya, pembuatan publikasi, serta mekanisme dan jaringan untuk saling berbagi.



VSO
Sharing skills
Changing lives

Pembelajaran

Kemitraan telah berkontribusi pada pencapaian dari proyek SISKES. Kemitraan ini telah membawa pengaruh sinergis terhadap dampak positif dari kegiatan proyek. Hal paling penting yang menonjol dari keefektifan kemitraan adalah kombinasi dari sukarelawan tenaga ahli VSO dengan kualifikasi yang tinggi dengan keahlian teknis dari staf GTZ, kerjasama nyata pada beberapa kegiatan tertentu dan keluaran dan hubungan pada tingkat kebijakan dengan tingkat implementasi di akar rumput. Kerjasama ini dibangun melalui pertemuan-pertemuan rutin dan konsultasi, pertukaran dan penyediaan informasi dan umpan balik dari hasil M&E antara kedua belah pihak.

Contoh nyata dari keberhasilan kemitraan ini adalah kerjasama antara Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA), Desa Siaga, dan strategi Komunikasi Informasi Edukasi (KIE).

Kemitraan ini telah berkontribusi pada perbaikan Sistem Manajemen Informasi kesehatan di NTT. VSO telah merekrut ahli yang berkompeten untuk mengimplementasikan sistem informasi di RSUD W.Z. Johannes di Kupang. Kerjasama antara Technical Advisor GTZ dan tenaga ahli VSO telah memfasilitasi implementasi ini dengan menyediakan informasi yang terkini pada pengumpulan data yang ada saat ini dan melaporkan kebutuhan-kebutuhan dan dengan memastikan hubungan dengan SIKDA propinsi NTT di masa depan.



Tenaga VSO ini juga memberikan masukan teknis dan saran mengenai pengembangan sistem SIKDA untuk propinsi. Seorang tenaga ahli VSO yang lain memfasilitasi pendirian tim SIKDA di Dinas Kesehatan Kabupaten Sikka serta pelaksanaan sistem manual SIKDA di semua puskesmas di kabupaten Sikka.

Pencapaian-pencapaian dari IEC/ strategi promosi kesehatan telah dimungkinkan melalui kemitraan dengan cara menggabungkan kebijakan yang ada di tingkat propinsi dengan pengimplementasian dari strategi promosi kesehatan pada tingkat kabupaten. Setelah strategi di tingkat propinsi direvisi dan inventarisasi seluruh materi promosi kesehatan yang ada telah dilakukan oleh staf GTZ bersama dengan mitra kesehatan di tingkat propinsi, pelaksanaan di tingkat kabupaten difasilitasi oleh sukarelawan VSO, tenaga ahli di bidang promosi kesehatan yang ditempatkan di Dinas Kesehatan Kabupaten TTS.

Kemitraan juga telah menghasilkan dampak sinergis pada pelaksanaan Desa Siaga. Pelaksanaan strategi yang dikembangkan oleh SISKES telah didukung oleh banyak sukarelawan tenaga ahli VSO di penempatan mereka. Saling berbagi sumber daya dalam hal waktu, dana dan keahlian, pertemuan rutin, pelatihan bersama, kegiatan-kegiatan dan kunjungan M&E untuk mengarah kepada pencapaian yang lebih tinggi.

Tantangan dan hambatan dari kemitraan ini.

Meskipun telah terjadi kerjasama yang nyata, pertemuan-pertemuan rutin, umpan balik yang bersifat dari bawah ke atas (bottom-up) dan mengembalikan kebijakan dan pedoman kembali ke tingkat akar rumput, namun masih ada peluang-peluang yang terlewatkan. Peluang-peluang untuk kerjasama yang lebih nyata dan lebih dekat dikembangkan perlahan-lahan selama 2,5 tahun kemitraan ini, dan ada beberapa peluang yang terlambat ditemukan. Hal-hal ini sebenarnya bisa dihindari dengan membangun perencanaan bersama pada tahap awal kemitraan, sistem kelembagaan yang lebih fleksibel, komunikasi yang lebih baik dan

kerangka kerja. Tetapi membangun sebuah kerjasama yang lebih optimal memang memerlukan waktu yang tidak sedikit; hambatan-hambatan sosial budaya perlu diatasi, saling memahami keterampilan teknis dan keahlian satu sama lain perlu dikembangkan.

Kemitraan ini telah memberi nilai tambah bagi kedua belah pihak, GTZ SISKES dan VSO dalam meraih tujuan-tujuan mereka.

Keberadaan sukarelawan-sukarelawan VSO yang berkeahlian tinggi di kantor-kantor Dinas Kesehatan, fasilitas kesehatan, LSM, dan masyarakat telah membantu fasilitasi pekerjaan dari penasihat teknis GTZ. VSO berkontribusi pada pelaksanaan kebijakan dan strategi-strategi di lapangan, terutama Desa Siaga, di mana diperlukan input sumber daya yang besar dan di mana VSO bisa melengkapi dan mengisi keterbatasan dalam melaksanakan kegiatan melalui staf GTZ SISKES. Mereka menyediakan peningkatan kapasitas mitra yang berkelanjutan. Kehadiran sukarelawan VSO telah mempercepat pelaksanaan dan memastikan kemajuan dari sasaran-sasaran kerja. Mereka memberikan umpan balik dan informasi tambahan mengenai apa yang telah terjadi di lapangan. Hal ini memberikan masukan yang berguna terhadap penyusunan kebijakan dan penguatan hubungan. Semua keunggulan ini telah memberikan dampak sinergis bagi pencapaian-pencapaian SISKES. Dan keuntungan tambahan adalah fakta bahwa melalui jaringan sukarelawan dan komunikasi, pengalaman dan ide-ide telah disebarluaskan lebih jauh daripada wilayah sasaran.



Kemitraan antara VSO-GTZ di dalam program SISKES yang telah terbangun dengan baik memperpendek jangka waktu bagi sukarelawan untuk menyesuaikan diri dan mendapat informasi. Ini juga memberikan perspektif yang lebih luas/besar terhadap penempatan mereka. Pengalaman teknis dan keahlian yang dimiliki Technical Advisor GTZ telah mempermudah pekerjaan sukarelawan VSO dan melalui penyediaan informasi, laporan-laporan, materi dan sumber daya dan melalui berbagi jaringan yang sudah ada dan perkenalan kepada mitra.

Tenaga ahli VSO dengan demikian menjadi lebih efisien. Ketersediaan pendanaan tambahan untuk pelaksanaan program dan pelatihan, tetapi juga keberadaan lebih banyak sukarelawan tenaga ahli di area yang sama dengan fokus pada tujuan-tujuan yang sama juga telah memfasilitasi pekerjaan mereka. Pengalaman-pengalaman tenaga ahli VSO di dalam beberapa kasus diambil sebagai contoh pada tingkat kebijakan yang lebih tinggi oleh GTZ SISKES untuk mengadvokasi dan mempengaruhi kebijakan yang ada saat ini dan memperkuat dampaknya di lapangan atau tingkat masyarakat.

Kesimpulan

Terlibat dalam kemitraan ini membawa pada pencapaian yang lebih tinggi bagi proyek SISKES. Kondisi-kondisi untuk mengoptimalkan dampak positif yang bisa dimiliki oleh sebuah kemitraan seperti ini adalah: mekanisme komunikasi yang terbangun dengan baik, pembagian peran yang jelas, pengakuan akan keahlian masing-masing pihak, pertukaran informasi dan pengalaman bersama, ada hubungan dari pelaksanaan dengan tingkat kebijakan dan kemauan untuk mencari langkah nyata dari suatu kolaborasi.

Untuk memenuhi persyaratan-persyaratan ini merupakan proses pembelajaran yang cukup menantang bagi kedua belah pihak dan kemajuan telah dicapai selama kemitraan. Kedua belah pihak merasakan kemitraan ini sebagai nilai tambah dalam mencapai tujuan-tujuan mereka.



PRAKTEK TERBAIK



Penerapan metodologi WISN pada sistem pelayanan kesehatan terdesentralisasi:



Pengalaman di provinsi Nusa Tenggara Timur, Indonesia

Proses Perencanaan Tenaga Kerja berdasarkan Beban Kerja (Workload Indicator of Staffing Needs = WISN) telah dianjurkan oleh WHO untuk perencanaan tenaga kerja tingkat nasional. Pelaksanaan perencanaan yang didesentralisasi yang dijelaskan disini memperlihatkan inovasi yang sesuai dengan kebutuhan saat ini dalam sistem desentralisasi di Indonesia.

Oleh: Dr. James Darmawan, MPH, Dr. Ketut Mendra, Joyce Smith, RN, HV, M. PHIL, Pardjono Kromoredjo, MPH, Dr. Riitta-Liisa Kolehmainen-Aitken, MD, DrPH

Perencanaan tenaga kerja pada tataran desentralisasi selama ini semata-mata didasarkan pada rasio staf terhadap penduduk saja. Meskipun metoda ini dapat menghasilkan angka secara global namun tidak tepat dan tidak mampu memperhitungkan faktor-faktor geografis serta beban kerja yang berujung pada maldistribusi petugas kesehatan. Proyek Sumber Daya Manusia dibidang Kesehatan (HRD) yang dilaksanakan oleh EPOS dengan pendanaan GTZ bersama-sama dengan Proyek GTZ SISKES bekerjasama dengan para mitra kerja di NTT untuk melengkapi staf di fasilitas kesehatan dengan alat bantu berbasis kenyataan agar lebih tepat mengidentifikasi kebutuhan staf mereka.

Latar Belakang dan Pemikiran Dasar

Departemen Kesehatan Republik Indonesia telah menggunakan berbagai metodologi untuk merencanakan sumber daya manusia bagi kesehatan. Pada tahun 1979 DepKes menerbitkan Keputusan Nomer 262/1979 yang menyatakan bahwa rasio tempat tidur dijadikan dasar bagi perhitungan kebutuhan staf dibangsal rumah sakit.

Pola staf standar yang baku juga digunakan bagi rumah sakit daerah dan Puskesmas. Namun ditemukan kesulitan dalam mengembangkan suatu metoda untuk perencanaan tenaga kerja yang sesuai untuk berbagai fasilitas kesehatan.

Undang-undang desentralisasi dan otonomi Indonesia yang pertama disahkan pada tahun 1999. Undang-undang ini mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2001 namun dengan peralihan yang tidak memadai. Kewenangan didesentralisasi langsung ke kabupaten/kota, dengan kewenangan yang terbatas bagi tingkat provinsi, meskipun



sudah diperluas dengan perubahan pada tahun 2004. Tanggung jawab bagi sumber daya manusia kesehatan juga didesentralisasikan kepada kabupaten/kota. Pembayaran gaji, pengembangan pola karir, pengangkatan dan penempatan pegawai negeri sipil kini menjadi tanggung jawab pemerintah kabupaten/kota.

Pemerintah pusat tetap memegang kewenangan pengalokasian pegawai baru dan penetapan peraturan pegawai negeri sipil. Pemerintah provinsi hampir tidak memiliki kewenangan atas sumber daya manusia, kecuali untuk koordinasi, monitoring dan evaluasi serta perpindahan antar kabupaten/kota atau provinsi. Fungsi perencanaan sumber daya manusia kesehatan tingkat provinsi hampir tidak bermakna. Kabupaten/kota menetapkan sendiri urusan sumber daya manusia, kecuali untuk pengalokasian pegawai baru yang membutuhkan izin pusat dari Badan Kepegawaian Nasional dibawah Kementerian Negara Pendayagunaan Aparatur Negara (MENPAN).

Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (BPPSDMK) didirikan pada tahun 2001 sebagai bagian daripada Departemen Kesehatan (DEPKES) untuk mengurus semua aspek sumber daya manusia mulai dari perencanaan dan pemanfaatan, pendidikan dan pelatihan untuk peningkatan kemampuan profesional, serta urusan kerja diluar negeri. Badan ini juga memiliki kewenangan akreditasi untuk lembaga-lembaga pendidikan dan pelatihan, tetapi hanya mengawasi politeknik milik DepKes. hampir tidak ada hubungan langsung antara BPPSDMK dengan dinas kesehatan kabupaten/kota dan provinsi.

Keputusan Menteri Kesehatan No.1202/2003 menetapkan Indikator-indikator Indonesia Sehat 2010 pada tahun 2003. Rasio penduduk dipergunakan dalam perhitungan kebutuhan staf (mis. 100 bidan untuk 100.0000 penduduk). Setelah desentralisasi diterbitkan pula Keputusan Menteri Kesehatan No 81/2004 berupa Pedoman Perencanaan Tenaga Kerja Kesehatan untuk Dinas Kesehatan Kabupaten/kota, Rumah Sakit Daerah

dan Puskesmas. Keputusan ini menganjurkan penggunaan tiga metodologi dalam menentukan staf yang dibutuhkan: rasio penduduk/staf, standar berdasarkan fasilitas dan WISN. BPPSDMK menyelenggarakan serangkaian pelatihan di Jakarta tentang ketiga metodologi ini. Peserta pelatihan berasal dari ke 33 provinsi di Indonesia. Dampak pelatihan ini terbatas karena beberapa faktor:

- BPPSDMK menetapkan persyaratan peserta, namun tidak bisa mengendalikan siapa yang dikirimkan oleh provinsi;
- Banyak peserta dari provinsi adalah staf administrasi. Mereka tidak cukup senior dan juga tidak memiliki kedudukan yang sesuai untuk dapat mengadvokasi kepada pimpinan provinsi dan kabupaten/kota tentang penggunaan metodologi-metodologi ini;
- Pelatihannya singkat dan WISN hanya dibahas selama sehari. Ini tidak cukup untuk memberikan kemampuan apapun tentang metodologi ini. Lagipula, pelatihan ini diarahkan pada mengerjakan perhitungan, bukan pada menginterpretasikan hasilnya.

Respons terhadap pelatihan ini bervariasi, tergantung kepadaThe training response varied greatly, dependi minat, kemampuan serta senioritas dari masing-masing peserta. Sekembalinya ke provinsi, beberapa hanya melaporkan tentang pelatihannya. Yang lain lalu berusaha melaksanakan WISN, namun segera mengalami berbagai permasalahan. Manajer senior ditingkat pusat sering berganti.

Tidak ada dukungan yang kuat untuk mempergunakan WISN dan juga tidak ada pendanaan yang memadai untuk upaya tindak lanjut dengan opera peserta. Provinsi (dan kabupaten/kota) sudah menggunakan metoda rasio. Oleh karena itu, lebih mudah untuk kembali kepada penggunaan rasio, yang juga tercantum dalam KepMenKes No 81/2004. Para pengambil keputusan dan politisi yang terdesentralisasi tidak mau menerima rekomendasi kebutuhan staf yang dibuat. Mereka juga tidak tahu atau memahami metodologi WISN yang mendasarinya.

Karena itu mereka tetap saja mempengaruhi pengangkatan dan penempatan petugas kesehatan berdasarkan alasan politis. Pendekatan “top down” dalam memperkenalkan WISN ternyata terlalu tersentralisasi untuk penerapan yang efektif pada tataran daerah.

Proyek Pengembangan SDM Di Sektor Kesehatan yang didanai GTZ dan dilaksanakan oleh EPOS bekerjasama dengan BPPSKMK. Proyek ini mendukung perencanaan dan manajemen SDM ditingkat pusat dan dua provinsi, Nus Tenggara Timur (NTT) dan Nusa Tenggara Barat (NTB). Proyek telah sepakat untuk mendukung penerapan metodologi WISN dikedua provinsi. Karena kedua Tenaga Ahli Jangka Panjang Nasional Proyek HRD tidak akrab dengan WISN, mereka turut serta dengan teman-teman mereka, staf Dinas Kesehatan provinsi dalam pelatihan yang diselenggarakan oleh tingkat pusat. Selanjutnya mereka bekerja sama dengan teman-teman di dinas kesehatan provinsi untuk menerapkan WISN. Namun mereka mengalami beberapa permasalahan dengan metodologi WISN dengan sedikit keberhasilan.

Tujuan dan Strategi

Tujuannya adalah mendukung penerapan WISN yang berhasil pada tingkat desentralisasi sebagai metodologi perencanaan tenaga kerja yang lebih efektif daripada hanya bergantung kepada metodologi rasio saja.

Seorang konsultan internasional jangka pendek dipekerjakan bersama dengan ketiga Tenaga Ahli Jangka Panjang Nasional Proyek GTZ/EPOS HRD untuk memfasilitasi pengenalan WISN dikedua provinsi.

Indikator Kunci

- Staf fasilitas kesehatan secara mantap menerapkan metodologi WISN pada beban kerja mereka.
- Para pengambil keputusan menerima metodologi WISN sebagai alternatif terhadap metoda rasio.

- Para pengambil keputusan menerima hasil WISN dan mempergunakan hasilnya dalam staffing fasilitas kesehatan.

Kegiatan-kegiatan Utama

Konsultan mula-mula menelaah bahan pelatihan WISN yang dipergunakan oleh Pusat. Beliau mencatat bahwa berapa langkah metodologi tidak disertakan atau dijelaskan secara tepat. Bahasa yang rumit dalam Manual WISN WHO tahun 1998 dengan kurangnya “keramahan kepada pengguna” (user friendliness) nampaknya menyebabkan kesulitan dalam penterjemahan dengan akibat pengertian yang salah. Juga ditemukan bahwa Keputusan Menkes No 81/2004 memuat Standar-standar Kegiatan dari negara-negara lain. Para wakil provinsi yang dilatih di Pusat telah mempergunakan standar-standar asing ini tanpa mempertimbangkan kesesuaiannya dengan provinsi mereka masing-masing.

Setelah diskusi yang mendalam, proyek GTZ/EPOS HRD bersepakat dengan provinsi NTT dan NTB bahwa diperlukan suatu pendekatan yang baru untuk memperkenalkan WISN dalam sistem pelayanan kesehatan yang telah didesentralisasi. Diputuskan bahwa di provinsi NTT pendekatan WISN yang baru mula-mula hanya akan menangani satu kategori staf, yaitu bidan di tataran puskesmas. Di NTB, perhatian diarahkan kepada perawat rumah sakit, kategori staf rumah sakit yang terbesar.

Langkah pertama dalam proses WISN adalah mengorientasikan para pengambil keputusan dan stakeholder kunci kepada metodologi WISN dengan kelebihan-kelebihannya. Di NTT dilakukan diskusi dengan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi untuk menentukan keanggotaan Panitia Pengarah, yang terdiri dari pejabat-pejabat yang berpengaruh pada tataran provinsi dan kabupaten/kota. Daftar yang final meliputi para Kepala dari Dinas Kesehatan Kabupaten/kota, Biro Kepegawaian Provinsi dan Daerah, dan Badan Perencanaan Daerah Provinsi; pejabat senior dari Dinas Kesehatan Provinsi (termasuk dari bagian

SDM) perwakilan dari Ikatan Bidan Indonesia serta dari lembaga pendidikan dan pelatihan bidan di provinsi. Mendapatkan perhatian dan pengertian dari Panitia Pengarah sangat penting bagi keberhasilan penerapan WISN.

Konsultan internasional dan para Tenaga Ahli Proyek GTZ/EPOS HRD menggelar orientasi sehari bagi Panitia Pengarah. Para anggota diberi informasi tentang metodologi WISN dengan kelebihan-kelebihannya dan dianjurkan untuk bertanya. Dukungan yang kuat dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi serta advokasinya bagi metodologi WISN sangat penting dalam mendapatkan dukungan Panitia Pengarah. Ketika para anggota menyadari bahwa WISN sebagai alat bantu yang berbasis beban kerja akan menghasilkan kebutuhan staf yang lebih akurat dan sesuai daripada metoda rasio yang lama, mereka dengan bersemangat mendukung penerapan WISN didalam wilayah kewenangan mereka.

Suatu Gugus Tugas diberi tanggung jawab bagi pengembangan WISN. Ke 23 anggotanya mewakili Sembilan kabupaten/kota di provinsi NTT.

Disamping bidan-bidan yang berpengalaman yang bekerja ditataran puskesmas, Gugus Tugas juga beranggotakan perwakilan dari IBI dan bidan-bidan di Dinas Kesehatan Provinsi. Konsultan internasional dengan ketiga Tenaga Ahli Jangka Panjang Nasional Proyek GTZ/EPOS HRD melatih Gugus Tugas selama suatu lokakarya tiga hari, setelah orientasi bagi Panitia Pengarah. Proyek GTZ/EPOS HRD mendanai kepesertaan wakil-wakil dari 6 kabupaten/kota dan proyek AusAID mendanai 3 kabupaten lainnya. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan pejabat-pejabat senior bagian SDM provinsi kembali memperlihatkan dukungan mereka melalui kehadiran mereka selama sebagian besar waktu pelatihan. Ini menjadi suatu tanda yang kuat tentang pentingnya WISN, meskipun tanpa adanya hubungan hirarkis antara provinsi dengan kabupaten/kota. Ini juga mendorong secara kuat semangat “kerja sama” bagi perencanaan SDM kesehatan yang lebih efektif.

Selama pelatihan, Gugus Tugas bersama-sama menghitung waktu kerja tersedia bagi bidan puskesmas, mendefinisikan komponen-komponen beban kerjanya, menyusun Standar Pelayanan dan Kelonggaran serta menghitung Beban Kerja Standar. Bagian terakhir lokakarya dipergunakan untuk menghitung jumlah bidan yang dibutuhkan di puskesmas pada tataran kabupaten dengan menggunakan data beban kerja mereka masing-masing dan membandingkannya dengan keadaan sesungguhnya. Dimana statistik beban kerja tidak lengkap atau defines data mereka tidak jelas, para bidan memutuskan untuk meneliti kembali perhitungan-perhitungan mereka setelah isu-isu data diselesaikan. Selanjutnya, mereka bersepakat untuk menghitung WISN pada masing-masing puskesmas dikabupaten/kota mereka.

NTT membantu Provinsi Lain

Proyek kesehatan yang didanai GTZ di provinsi Aceh mendengar tentang keberhasilan WISN di NTT. Manajer proyeknya lalu meminta dukungan dari proyek GTZ/EPOS HRD untuk menggunakan WISN diprovinsi tersebut. Sasarannya adalah staf dari rumah sakit di Banda Aceh, ibu kota provinsi, yang baru dibangun kembali. Dua orang pelatih WISN dari NTT mendampingi Tenaga Ahli Jangka Panjang Nasional Proyek GTZ/EPOS HRD yang berkedudukan di Jakarta ke Aceh. Mereka bersama-sama menyelenggarakan lokakarya pelatihan EWISN untuk tujuh kategori tenaga, termasuk dokter spesialis. Para pelatih dari NTT adalah bidan, yang sebelumnya hanya melaksanakan WISN di tataran puskesmas. Pada awalnya mereka ragu-ragu untuk menerapkannya dalam lingkungan rumah sakit yang lebih kompleks dengan berbagai kepentingan profesi yang berbeda. Tenaga Ahli dari Jakarta yang mendampingi mereka adalah mantan direktur rumah sakit yang berpengalaman. Dengan dukungannya, mereka bekerja dengan sangat baik dan mereka telah diundang kembali untuk lokakarya lanjutan.

Bagi para pelatih NTT, peranan mereka dalam memperkenalkan WISN ke provinsi Aceh telah



menjadi suatu kebanggaan tersendiri. Pengalaman dan pengertian mereka akan metodologi memungkinkan mereka untuk menerapkan WISN pada lingkungan yang lebih kompleks daripada puskesmas. Mereka kini mantap dalam menerapkan keahlian mereka pada rumah sakit-rumah sakit di NTT.

Temuan-temuan serta Beberapa Implikasi Kebijakan

Definisi dari komponen-komponen beban kerja seorang bidan puskesmas memperlihatkan bahwa para bidan seringkali melaksanakan pekerjaan yang "non kebidanan". Kegiatan non kebidanan tersebut bervariasi antar kabupaten dan meliputi kesehatan sekolah, pelayanan lansia, TB, Malaria dan kegiatan sejenisnya. Tidaklah jelas apakah ini dikarenakan kurangnya perawat atau kategori lainnya. Temuan ini memiliki implikasi kebijakan yang nyata dalam mendefinisikan peranan yang

diharapkan serta tanggung jawab dari berbagai kategori, memperbaiki kesesuaian dan efisiensi kelompok staf pada tataran fasilitas dan menjamin kompetensi petugas kesehatan dalam melaksanakan tugas mereka.

Temuan penting WISN lainnya adalah banyaknya waktu yang dihabiskan untuk kegiatan-kegiatan seperti operan jaga, pertemuan-pertemuan dan pengambilan gaji yang bukan tugas langsung seorang bidan. Tabel 1 dibawah menggambarkan variasi proporsi waktu antara pelayanan utama dan kegiatan kelonggaran di Sembilan kabupaten/kota yang dilatih pada putaran pertama.

Perhitungan-perhitungan WISN untuk puskesmas disustu kabupaten dengan jelas memperlihatkan fasilitas mana yang relatif kebanyakan atau terlalu sedikit staf.

Tabel 1: Waktu yang dihabiskan untuk kegiatan pelayanan utama dan kegiatan kelonggaran (sebagai % dari Total) disembilan kabupaten/kota NTT, Indonesia 2008.

No.	Kabupaten / Kota	Proporsi waktu	
		Pelayanan utama	Kegiatan kelonggaran
1	TTS	49.97	50.03
2	TTU	49.95	50.05
3	Belu.	49.95	59.80
4	Kota Kupang	42.17	57.83
5	Kupang	39.30	60.30
6	Rote Ndao	46.25	53.75
7	Sikka	38.03	61.97
8	Ende	42.78	57.27
9	Sumba Timur	28.80	71.20
10	Range	28.80 - 59.97	50.03 - 71.20
11	Average	43.02	58.02

Tabel 2: Hasil perhitungan WISN tentang kebutuhan bidan diseluruh puskesmas di kabupaten TTS tahun 2008

No	Puskesmas	Jumlah Bidan saat ini (a)	Kebutuhan Bidan (b)	Selisih (a-b)	Masalah	WISN ratio (a/b)	Beban kerja
1	Boking	4	4	0	Cukup	1.0	Sesuai
2	Batu putih	8	7	+1	Berlebih	1.1	Tidak
3	Kuanfatu	6	8	-2	Kurang	0.75	Rendah
4	Polen	6	9	-3	Kurang	0.67	Tinggi
5	Siso	9	11	-2	Kurang	0.81	Rendah
6	Manufui	3	2	+1	Berlebih	1.5	Tidak
7	Noemuke	4	4	0	Cukup	1.0	Sesuai
8	Hauhasi	3	8	-5	Kurang	0.38	Sangat tinggi
9	Kualin	6	5	+1	Berlebih	1.20	Tidak
10	Hoibeti	2	4	-2	Kurang	0.5	Sangat tinggi
11	Oe'ekam	6	9	-3	Kurang	0.66	Tinggi
12	Kie	7	10	-3	Kurang	0.70	Tinggi
13	Panite	12	10	+2	Berlebih	1.20	Tidak
14	Lilana	2	3	-1	Kurang	0.66	Tinggi
15	Oinlasi	6	10	-4	Kurang	0.60	Tinggi
16	Se'i	5	7	-2	Kurang	0.70	Tinggi
17	Fatumnasi	5	5	0	Cukup	1.00	Sesuai
18	Nulle	16	10	+6	Berlebih	1.60	Tidak
19	Nunkolo	4	3	+1	Berlebih	1.33	Tidak
20	Niki-niki	13	16	-3	Kurang	0.81	Rendah
21	Kota	16	12	+4	Berlebih	1.33	Tidak
22	Kapan	10	17	-7	Kurang	0.58	Sangat tinggi
23	Ayotupas	2	5	-3	Kurang	0.40	Sangat tinggi
Kabupaten TTS		155	179	-24	Kurang	0.86	Rendah

Pentingnya menginterpretasikan data sebelum menyusun kebijakan baru atau melakukan tindakan manajemen ditekankan kepada para peserta pelatihan WISN. Suatu pertanyaan penting dalam konteks NTT, misalnya, adalah apakah perhitungan semacam itu mengikut sertakan kegiatan “non kebidanan” atau hanya yang kebidanan saja. Hal ini sangat penting dalam konteks Indonesia dimana para bidan kini dididik untuk kebidanan saja sehingga tidak menguasai kegiatan-kegiatan “non kebidanan”. Oleh karena itu keputusan kebijakan untuk meningkatkan jumlah bidan untuk merespons hasil WISN yang mengikut sertakan kegiatan non kebidanan akan menjadi keputusan yang salah.

Kebanyakan puskesmas di NTT menerapkan WISN pada kategori bidan saja pada pelatihan WISN mereka yang pertama. Namun di kota Kupang, baik staf dinas kesehatan maupun staf puskesmas menginginkan pelaksanaan WISN bagi semua kategori puskesmas, yaitu bidan, perawat, ahli gizi dan sanitarian. Perwakilan dari tiap kategori dikumpulkan dalam kelompok-kelompok pada suatu lokakarya untuk mengembangkan WISN bagi kelompok mereka masing-masing. Kegiatan bersama ini antara kelompok-kelompok yang berbeda menemukan tumpang tindih beberapa kegiatan serta duplikasi pekerjaan. Ini sangat terlihat pada bidang gizi. Temuan-temuan seperti ini menunjukkan kebutuhan untuk meneliti kembali peranan dan fungsi setiap kategori serta uraian tugas dan mengubah kebijakan sebagai konsekuensinya.

Para pengambil keputusan dan kebijakan pada tingkat desentralisasi merasakan WISN sangat berguna. Ini memberikan kriteria yang berbasis teknis dan kenyataan untuk keputusan-keputusan staffing yang sebelumnya dibuat atau didasarkan pada kriteria lain, seringkali kriteria politis atau pada rasio staf/penduduk saja. Pendekatan yang digunakan untuk mula-mula memperkenalkan WISN memfasilitasi staf puskesmas untuk bekerja secara partisipatoris dengan staf kabupaten/kota dan provinsi dalam mengidentifikasi kebutuhan tenaga kerja kesehatan mereka dan distribusinya.

Berbagai data tentang fasilitas yang kekurangan staf dengan tataran provinsi dan kabupaten/kota memungkinkan mereka untuk mengembangkan strategi rekrutmen yang lebih sesuai, seperti menargetkan para lulusan siswa potensial dari wilayah yang kurang terlayani untuk mengikuti pendidikan. Metodologi WISN juga menudukung kebijakan yang lebih jelas tentang Standar Kegiatan serta peranan profesi di fasilitas kesehatan pada berbagai tataran dan dimana perlu, menyusun kembali profil pekerjaan. Pada gilirannya, ini akan berdampak kepada kebijakan-kebijakan tentang uraian tugas dan penilaian kinerja.

Mereka yang Terlibat

Pendekatan ini melibatkan staf dari semua kategori yang bekerja di fasilitas-fasilitas kesehatan. Para pengambil keputusan yang dioorientasikan kepada metodologi ini termasuk staf dari bagian SDM dan kepegawaian dari Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dan Provinsi, Bapelkes, Poltekkes; Badan Kepegawaian Daerah kabupaten/kota dan provinsi, Biro Organisasi, Bappeda dan DPRD, Ikatan Bidan Indonesia.

Apa Yang Menjadikannya Praktek Yang Baik

Metodologi ini lebih efektif apabila dilaksanakan oleh staf yang melaksanakan pekerjaan tersebut, daripada petugas administrasi yang jauh dari fasilitas dan tidak paham dengan kenyataan beban kerja sesungguhnya di fasilitas kesehatan atau unit kerja masing-masing.

Para pengambil keputusan yang tadinya bergantung kepada metoda rasio dapat melihat bukti yang dibutuhkan untuk memperlihatkan perubahan yang diperlukan pada pola staffing yang telah disusun sebelumnya bagi fasilitas masing-masing.

Staf fasilitas kesehatan sendiri merasa diberdayakan dalam menganalisa beban kerja mereka dan menyampaikan hasilnya sebagai bukti bagi para pengambil keputusan dan menjadi sangat termotivasi ketika para penambil keputusan bertindak berdasarkan bukti yang telah mereka hasilkan.

Gambaran Dampak dan Buktinya

- Lima kabupaten/kota menerima dan menindaklanjuti hasilnya.
- Empat kabupaten/kota telah mengadvokasikan hasil-hasilnya kepada DPRD masing-masing.
- Empat puskesmas telah memperesentasikan hasil WISN dan mendapatkan penyesuaian stsa mereka, dengan dampak yang tidak disangka pada motivasi kinerja, dan kini memulai program peningkatan motivasi/kinerja.
- Tujuh belas puskesmas lain sekarang memulai program peningkatan motivasi/kinerja setelah menyaksikan hasil WISN dikeempat puskesmas diatas.
- Satu kabupaten telah memprogramkan semua puskesmasnya untuk melaksanakan WISN dan motivasi kinerja melalui APBD 2010 nya.
- Berdasarkan pengalaman puskesmas dalam melaksanakan WISN, tiga rumah sakit telah memanfaatkan metodologi WISN bagi perencanaan tenaga kerja kesehatan mereka sebagai dari HMT, sedangkan enam rumah sakit lainnya mulai melaksanakan WISN dengan menggunakan anggaran masing-masing.
- Pelatihan kelompok inti pelatih WISN yang besar telah diselsaikan dalam antisipasi naiknya permintaan akan pelatihan WISN.
- Dinas Kesehatan Provinsi dan 5 Dinas Kesehatan Kabupaten/kota telah memasukkan kegiatan WISN dalam APBD 2010 mereka.

Kesimpulan

Introduksi metodologi WISN ke tataran desentralisasi merupakan suatu pengalaman yang menarik. Respons ditingkat provinsi dan kabupaten/kota jauh melebihi perkiraan staf proyek HRD. Sejumlah pelajaran penting yang diperoleh dalam proses ini adalah:

- Penggunaan metodologi WISN merupakan alternatif yang lebih efektif daripada metoda rasio, terutama ditataran desentralisasi.
- Pendekatan bawah keatas (bottom up approach) dalam pengenalan WISN jauh lebih efektif daripada atas kebawah (top down approach) pada sistem pemerintahan yang didesentralisasi. Pengalaman NTT menunjukkan bahwa sekali para pengambil keputusan dan pembuatan kebijakan daerah mengerti metodologi dan hasil-hasil WISN, mereka mau menerima dan menindaklanjuti hasil-hasilnya. Selanjutnya, mereka mengambil alih kepemilikan proses WISN dengan menyediakan pendanaan bagi WISN dalam APBD mereka.
- Mengajak para pengambil keputusan dan pembuat kebijakan senior daerah untuk mengerti metodologi ini penting bagi keberhasilan. Mendapatkan dukungan kelompok ini memberikan tanda yang jelas kepada para petugas kesehatan ditataran fasilitas kesehatan bahwa WISN merupakan metodologi yang diakui. Para pejabat kesehatan dan pemerintahan sekarang memperhitungkan kebutuhan tenaga kerja masing-masing fasilitas.
- Peranan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dalam advokasi dan dukungan bagi metodologi WISN sangat penting bagi kesuksesan WISN maupun pemberdayaan kategori staf. The Provincial Health Director's role in advocating and supporting the WISN methodology was particularly important both for the success of WISN and for empowering the staff category. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi memperlihatkan bahwa ia mempercayai kemampuan para bidan untuk menggunakan metodologi WISN dalam menganalisa dan Puskesmas maupun bagi profesi bidan secara keseluruhan.
- Rumitnya Manual WISN dari WHO tahun 1998 berdampak negatif kepada upaya dari tingkat pusat, sehingga mereka berusaha melaksanakan WISN dengan pendekatan dari atas kebawah dengan menggunakan bagian-bagian Manual yang telah diterjemahkan. Manual WHO yang

telah diterjemahkan tidak dibagikan kepada baik Panitia Pengarah maupun Gugus Tugas, ketika diperkenalkan dengan pendekatan dari bawah keatas. Bagian-bagian kunci WISN serta langkah-langkah pelaksanaannya diberikan kepada para peserta melalui tayangan presentasi Powerpoint. Contoh-contoh WISN dan perhitungan-perhitungan mempergunakan data setempat dari para peserta. Para anggota Panitia Pengarah maupun Gugus Tugas dianjurkan untuk bertanya dan mendapatkan penjelasan pada setiap langkah pelatihan.

- Petugas kesehatan pada tataran pelayanan dasarpun dapat mempergunakan dan menjadikan WISN milik mereka, apabila pelatihannya jelas, sederhana dan tepat pada sasaran. Pelatihan para bidan Puskesmas di NTT untuk menerapkan WISN di fasilitas kesehatan mereka masing-masing telah berhasil dengan baik. Para bidan memperlihatkan bahwa sekali mereka mengerti metodologi WISN dengan sempurna, dan mantap untuk menggunakannya ditempat masing-masing, mereka hanya membutuhkan supervisi yang suportif untuk menerapkannya dilingkungan yang lebih kompleks, seperti rumah sakit provinsi. Mereka dengan cepat mendapatkan keyakinan untuk berbagi metodologi WISN dengan kategori staf lainnya, termasuk para dokter spesialis.
- Merubah suatu Standar Kelonggaran Kategori dengan rumus matematis menjadi Faktor Kelonggaran Kategori merupakan langkah WISN yang paling sulit untuk dimengerti oleh para peserta pelatihan. Untuk mengatasinya, staf proyek GTZ/EPOS HRD kini berupaya menyusun Manual WISN yang disederhanakan. Termasuk didalamnya penjelasan langkah ini secara lebih jelas.
- Mengembangkan kemampuan sendiri dan kepemilikan akan proses WISN sangat penting. Pendekatan WISN yang baru mula-mula diperkenalkan oleh Proyek GTZ/EPOS HRD yang kemudian didukung bersama oleh GTZ dan AusAID. Para anggota Gugus Tugas yang melihat nilai dari metodologi WISN segera melobi untuk

mendapatkan pelatihan bagi kelompok pelatih WISN mereka sendiri. Sambutan yang bersemangat dari para pejabat senior kesehatan dan pemerintah daerah bagi WISN membawa mereka untuk melobi para anggota DPRD untuk menerima WISN sebagai metodologi perencanaan tenaga kerja yang resmi di NTT. Merka mengalokasikan dana dalam APBD untuk melanjutkan penerapan WISN. Proyek GTZ/EPOS kini mengambil posisi dikursi belakang dalam proses WISN. Hingga akhir proyek (akhir 2009), dukungannya akan dibatasi pada dua kegiatan: dukungan teknis, sesuai kebutuhan, oleh Tenaga Ahli Nasional yang berada di NTT serta penyegaran bagi para pelatih WISN. Kegiatan penyegaran diarahkan pada penyebaran WISN ke rumah sakit-rumah sakit dan staf lainnya.

- Proses WISN merupakan tenaga pendorong yang penting untuk mempersatukan berbagai stakeholder yang berperan dalam pengambilan keputusan pada tenaga kerja kesehatan dalam sistem kesehatan terdesentralisasi yang kompleks. Di NTT, para pejabat provinsi dan kabupaten/kota, para petugas profesional, serta ikatan profesi sekarang mulai menangani secara sistematis isu-isu peranan dan penyebaran tenaga kerja kesehatan di kabupaten/kota dan provinsi secara menyeluruh.
- Hasil-hasil WISN dapat sangat membantu mengklarifikasi peranan para profesional kesehatan serta kategori profesi. Penerapan WISN didatarn Puskesmas memperlihatkan dengan jelas bahwa bidan Puskesmas di NTT menghabiskan lebih dari 50% waktunya untuk mengerjakan kegiatan-kegiatan bukan kebidanan. Para bidan ini tidak dilatih untuk kegiatan-kegiatan ini seperti Upaya Kesehatan Sekolah atau pelayanan Lansia. Kegiatan-kegiatan ini sebenarnya lebih cocok ditugaskan kepada para perawat. Ini merupakan temuan yang penting. Anggapan yang umum hingga saat itu adalah bahwa jumlah bidan tidak memadai untuk beban kerja bidan mereka. Tanpa klarifikasi yang diberikan WISN, anggapan ini mungkin berakibat pengangkatan lebih banyak bidan daripada perawat untuk mengatasi kegiatan-kegiatan "non kebidanan". Pengalihan kegiatan-

kegiatan ini kepada para perawat akan memungkinkan para bidan untuk lebih berkonsentrasi pada fungsi bidan mereka yang utama.

- Menerapkan WISN kepada sejumlah kategori profesi kesehatan yang bekerja bersama-sama lebih berguna dalam mendefinisikan peranan daripada melakukannya kepada masing-masing kategori secara sendiri-sendiri. Para anggota Gugus Tugas tidak pernah terpapar kepada metodologi WISN sebelum pelatihan. Pada saat menerapkan metodologi WISN kepada satu kategori staf, para bidan Puskesmas, membuat mereka nyaman dengan metodologi tersebut. Dengan meningkatnya kompetensi, kota Kupang memutuskan untuk melatih keempat kategori staf kesehatan bersama-sama. Diskusi diantara kategori-kategori memudahkan mereka menemukan duplikasi peranan dan memberikan informasi yang berguna bagi telaah dan revisi uraian tugas.
- Proses WISN memperlihatkan ketidak konsistenan serta tidak jelasnya definisi data. Desentralisasi memiliki risiko ambruknya sistem informasi kesehatan yang ada, termasuk bagaimana data didefinisikan. Penerapan WISN baik di provinsi NTT maupun NTB memperlihatkan beberapa inkonsistensi serta tidak jelasnya definisi-definisi data. Dalam beberapa kasus, ini dapat diselesaikan melalui diskusi diantara para anggota Gugus Tugas. Pada kasus rumah sakit-rumah sakit di NTB, para perawat dalam Gugus Tugas tidak dapat menyelesaikan perhitungan WISN selama pelatihan karena mereka mendapatkan bahwa definisi “penerimaan pasien rawat inap” tidak sama diantara kedua rumah sakit.

Dampak kepada Kemiskinan dan Kesetaraan Jender

Penggunaan WISN mengungkapkan kenyataan bahwa para bidan menggunakan kurang dari 50% waktu kerja mereka untuk tugas utama kebidanan mereka. Penyesuaian terhadap pola staffing pada masing-masing fasilitas kesehatan memungkinkan realokasi tugas sehingga membebaskan para

bidan untuk menggunakan sebagian besar waktu kerja mereka dalam melayani ibu-ibu hamil diprovinsi yang memiliki salah satu Angka Kematian Bersalin yang tertinggi dinegara ini. Hal ini juga memberdayakan Puskesmas untuk berkontribusi kepada “Revolusi KIA di NTT” (Keputusan Gubernur NTT No 42/2009).

Efisiensi

Sekali staf di fasilitas-fasilitas menerapkan metodologi ini, mereka memiliki kemampuan untuk menerapkan WISN secara teratur setiap tahun atau manakala terjadi perubahan pada fasilitas kesehatan mereka masing-masing. Ini tidak membutuhkan anggaran atau waktu tambahan.

Kesinambungan

Kunci untuk kesinambungan adalah bahwa para pembuat keputusan terus menerima dan menindaklanjuti temuan-temuan WISN. Sejumlah kabupaten/kota telah beradvokasi kepada para pembuat keputusan agar menjadikan WISN metodologi perencanaan tenaga kerja yang resmi. Hal ini akan mengatasi permasalahan seringnya mutasi para pembuat keputusan. Sebanyak limapuluh dua pelatih WISN di Dinas Kesehatan Provinsi, Lembaga pendidikan dan pelatihan, sebelas Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan sembilan rumah sakit telah dilatih sehingga menjadi nara sumber yang penting bagi kesinambungan dalam kelanjutan penggunaan metodologi ini serta tersedianya dukungan yang berlanjut bagi semua fasilitas kesehatan.

Pertimbangan-pertimbangan

WISN bukan hanya suatu metodologi yang berdiri sendiri; ia merupakan satu dari tiga metodologi untuk perencanaan tenaga kerja yang menyeluruh bagi provinsi dan kabupaten/kota. Proyek HRD telah bekerjasama dengan para mitra untuk menyusun suatu Sistem Informasi Manajemen-Sumber Daya Manusia (SIM-SDM) (Human Resources Management Information System = HR-MIS) serta suatu metode perencanaan tenaga kerja

yang menyeluruh (Overall Workforce Planning Method = Dewdney Method). WISN mengisi kedua metoda dengan menyediakan masukan yang lebih spesifik tentang kebutuhan tenaga kerja dari masing-masing fasilitas kesehatan. Ini memungkinkan perencanaan ketenagakerjaan yang lebih teliti dan membantu penganggaran SDM yang lebih efektif.

Referensi

- WHO Workload Indicators for Staffing Needs (WISN) Geneva (1998)
- GTZ/EPOS WISN Tool Kit (2009)
- Guidelines on the development of HHR plans for Provinces, Districts and Hospitals (MOH Decree No. 81/2004).
- Healthy Indonesia 2010 (MOH Decree No. 1202/2003)
- Minimum Service Standards for Districts (MOH Decree No. 741/2008)
- Guideline on Estimation of Public Servant Needs Based On Workload (Minister of Apparatus Empowerment No. 75/2004)
- Health Personnel Standards to Carry Out the Health Obligatory Authority and Minimum Serves Standards at Districts (MOH Decree No. 910/2005)
- Health Exchange Article (in submission for the 4th quarter edition).