

Keynote speaker: dr. Budi Rahaju, MPH. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Surabaya.

“Review Kebijakan dalam Pencapaian Tujuan Pembangunan Kesehatan”

Dalam pelaksanaan pembangunan, harus kembali pada GBHN tentang tahapan pembangunan. Ingat juga untuk berkiblat pada paradigm sehat. Saya sangat risau dengan keadaan saat ini, yang sepertinya berpindah pada paradigm sakit. Terfokus pada kuratif. Banyak dana yang diluncurkan kesana. Saat pilkada yang diutamakan adalah pengobatan gratis/aspek kuratif, sehingga preventif dan promotif dilupakan. Kebijakan jamkesmas, dulu sebelumnya ada program JPKM. Setelah ada kebijakan jamkesmas, tidak ada urun biaya. Nlat ini mulia untuk orang miskin agar tidak terbebani. Masyarakat yang terhitung miskin oleh BPS (14 kriteria) hanya 30%. Ada orang-orang yang tidak tercover dalam kriteria BPS – benar-benar miskin – ada surat miskin dan sharing dengan penda. Akibatnya, ada orang-orang yang tidak miskin juga terjaring, sehingga biaya membengkak, biaya kuratif naik, sedangkan biaya promotif preventif turun.

Formulasi kebijakan untuk SPM adalah UU No. 32 thn 2004. Sejak ada UU ini dan otonomi daerah, maka daerah memiliki kewenangan yang sangat luas (sekali merdeka, merdeka sekali – terserah bupati mau berbuat apa), sehingga kesehatan yang hampir kasat mata, tidak terlalu mendapat perhatian. Maka mendagri membuat SPM yang perlu dicapai oleh setiap daerah.

Prinsip penyusunan SPM. Bagaimana memahami konsep SPM pusat untuk daerah? Di Jawa Timur, ingin pemahaman yang sesuai dari tingkat pusat ke daerah. Maka kami mendefinisikan lagi secara operasional SPM dan menulis surat ke pusat agar ada pertimbangan lain. Jadi ada yang disebut SPM Provinsi, tujuannya untuk membantu secara focus kabupaten yang lebih membutuhkan.

Kepentingan review formulasi kebijakan. Hal ini dilakukan untuk mengkaji karakteristik masalah dan struktur manajemen program, serta factor di luar peraturan. Hal ini meliputi: ketersediaan teknologi dan teori teknis, keragaman perilaku sasaran, sifat populasi dan derajat perubahan perilaku yang diharapkan. Selain itu kejelasan dan konsistensi tujuan, sumber dana yang mencukupi, integrasi organisasi pelaksana (missal antara gizi dan kesga catatan antenatal care tidak sama – hal ini menunjukkan kurangnya integrasi data), diskresi pelaksana (untuk daerah-daerah tertentu SDM harus sesuai dengan kapasitas yang dibutuhkan tetapi tidak tersedia – jadi menggunakan yang ada saja), penetapan pejabat pelaksana (siapa yang bertanggungjawab pada program tersebut), dan akses formal pelaksana ke organisasi lain juga tercakup. Faktor diluar peraturan meliputi kondisi social, ekonomi dan

teknologi, perhatian pers terhadap masalah kebijakan, dukungan public, sikap dan sumber daya kelompok sasaran, dukungan kewenangan dan komitmen dan kemampuan pejabat pelaksana.

Kepentingan review pengambilan keputusan memiliki manfaat untuk menghindari kontroversi dari kebijakan yang telah dijalankan dan Memilih alternative dan akibatnya yang dapat memaksimalkan tercapainya tujuan, nilai dan sasaran. Contoh: pembinaan tukang gigi.

Problematika implementasi kebijakan kesehatan. SPM tidak sepenuhnya diterima karena: (1) belum ada standar input untuk implementasi program (sesuai NSPK – Norma Standar Pedoman dan Kriteria), (2) tidak sepenuhnya mewakili program. (3) besarnya target minimal yang ditetapkan sama. Untuk semua daerah pencapaian ANCnya 95%. Hal ini kalau diterapkan di Jatim – 38 kabupaten tidak akan bisa tercapai. Misal: Sidoarjo bisa tercapai karena SDMnya banyak sekali, tapi di Sampang tidak mungkin tercapai karena SDMnya tidak ada. Perlu di sesuaikan dengan daerahnya. (3) Ada perbedaan waktu pencapaian. (4) pelaksanaan monitoring dan evaluasi sangat minimal. Dari segi pelaku, tidak semua pelaku mampu melaksanakan SPM, antara lain karena kompetensi rendah (missal: hanya untuk mencocokkan definisi operasional antara orang provinsi dengan kabupaten sangat sulit), dan kerancuan pengertian dalam penerapan standar. Problem juga timbul pada level perencana yaitu dinkes dan bappeda yang tidak sepenuhnya memahami SPM kesehatan yang ditetapkan. Problem dalam level organisator yaitu bupati dan walikota yang tidak memahami arti dan kepentingan SPM sehingga komitmen yang ditunjukkan masih kurang termasuk dalam hal koordinasi lintas sector dan penganggaran. Dari level Pembina – pengawas yaitu kementerian kesehatan dan dalam negeri tidak optimal melakukan fasilitasi.

Maka, bagi yang dilapangan, keputusan yang bersifat wajib dan mengikat perlu dilakukan dengan baik.

Diskusi:

1. Prof Nuhabahli, Unhas: Pengertian kebijakan selama ini, salah kaprah. Dari akademisi melihat pada segi ilmunya. Kebijakan yang bagus itu tidak ditentukan oleh atas ke bawah. Perlu peran formulasi, need assessment, dll yang merupakan respon dari masyarakat. Misal: peningkatan BBM – respon masyarakat bagaimana? Akhirnya tidak jadi dilaksanakan bahkan banyak merugikan. Jadi SPM itu bukan minimal lagi tapi maksimal. Maka, bagaimana kebijakan kesehatan ini sudah bisa diikuti, sehingga setiap kebijakan yang substansial perlu diuji cobakan, hasilnya di diskusikan dengan melibatkan stakeholder (tapi yang hadir tidak mensosialisasikan kepada operasional di tempatnya sehingga operasional ini juga tidak tau apa-apa). Perlu ada

reward jika bisa mensosialisasikan hasil-hasil diskusi kebijakan ini. Maka, kebijakan yang bagaimana yang bisa diambil pusat dan pengejawantahannya kepada jajaran dibawahnya?

2. Kebijakan internasional – MDGs, pemerintah Indonesia punya apresiasi yang besar dalam hal ini. Pada kebijakan pemerintah ttg SPM, tentang keluarnya permenke 8 tahun 2002 ditindaklanjuti permenkes 741 tahun 2008, ada perpecahan kuratif dan preventif. Kenapa? Karena dalam SPM itu sendiri ada dua kubu, sedangkan puskesmas menjalankan kuratif dan preventif. Jadi kebijakan-kebijakan ini sangat tidak baik karena bertolak belakang. Di tingkat bapeda, SPM tidak senergi dengan renja SKPD dan RS. Apakah sudah mengakomodir dibawahnya atau grassroot? Dan Renja di kabupaten daerah? Sejauh mana dilakukan?

Jawab:

1. Ini juga keluhan kami di lapangan. Kebijakan itu harus diterjemahkan secara operasional. Sehingga, missal NSPK yang seharusnya sudah 2 tahun lalu dilakukan sampai sekarang tidak bisa, jadi kami jembatan buat, rencana kegiatan harian untuk mengoperasionalkan NSPK. Satu kebijakan jika di break down bisa banyak sekali indicator dan itu berasal dari pusat. Kami tawar, apakah indicator itu bisa dirubah, target bisa diperkecil agar lebih masuk akal dengan daerah, tapi jawaban pusat 'tidak boleh'. Katanya dari 'bawah' tapi ternyata 'top down'. Jadi apa maunya pusat ini? Jadi kami menyamakan persepsi itu bertahap-tahap. Undang semua yang terkait untuk menyamakan persepsi tapi hal ini perlu banyak waktu dan buat lelah, tapi itu kita lakukan. Jadi kami sangat setuju, setiap pembuatan kebijakan menggunakan saran dari FKKI. Maka, jika dari pusat sudah dibuatkan NSPK maka hal itu akan mempermudah kami dilapangan.
2. SPM untuk pelayanan dasar di daerah dan kota, untuk RS dikembangkan di RS, sehingga SPMnya bukan standar baku untuk pelayanan kesehatan dasar, apalagi kalau sudah BLU itu penilaian melalui indicator SPMnya sendiri. Apakah itu sesuai dengan RPJM di Kab? RPJM di kabupaten berdasarkan RPJM prov yang mengikuti kepala daerah. Dalam perencanaan SPM perlu acrobat sedikit untuk disesuaikan dengan RPJMN disesuaikan dengan MDG, dan RAD bukan hanya mengikuti kemauan kepala daerahnya saja terus-terusan.

Diskusi 2:

1. Esensi dari pelatihan ini apakah bisa memperbaiki kebijakan yang diambil oleh pusat. Ada banyak sekali ketidaktahuan, atau ketidakpedulian dari pemda ke daerah. Apa yang sudah dilakukan oleh dinkes prov jatim untuk membantu pencapaian SPM di kabupaten yang membutuhkan? Dukungan kebijakan yang sudah ada untuk dukung pencapaian SPM. Bagaimana kita memberikan dukungan pada SPM ini yang sudah didukung oleh peraturan tadi?
2. Frangky, AIPMNH. Tentang kebijakan, sebaiknya kita bisa memahami konsep kebijakan yang punya instrument membuat juklak, juknis, dll. Bisa dilaksanakan dan bisa tidak dilaksanakan. DI Jatim, ada banyak problem, jadi buat kebijakan berdasarkan masalah. SPM, inovasi dengan RPJM dan Renstra, seringkali bupati lupa ada kaitan dengan prioritas, mereka harus menyiapkan semua kementerian, RPJM, dll. Pengalaman, RPJMD itu tidak nyangkut dengan RPJMN, renstra daerah dengan dinas tidak saling berkoordinasi, jadi beda. APakah mungkin dalam forum ini dapat menjadikan aturan depkes dan kemendagri ini jadi satu?

Jawab:

1. Sosialisasi di jalur yang dimiliki oleh dinkes, juga advokasi ke pemda pada musrenbang (walaupun kualitasnya masih belum maksimal). Untuk daerah, kita hanya bisa mengusulkan kepada daerah, tapi tidak bisa mencoret atau melarang apa yang dimau oleh daerah. Kami hanya bisa menanyakan, kenapa bisa begini, tanpa bisa melarang mereka mengambil keputusan tersebut. Sesuai dengan pembagian peran, provinsi harus membantu daerah yang butuh. Kami selalu lakukan hal itu, dan gubernur juga memiliki indikator-indikatornya, dan kami selalu melihat hal itu, agar dapat mensinkronkan renstra dinkes dengan renja dll perlu diterjemahkan dengan baik.
2. Sama, hal ini juga kami alami. Kami berusaha mencantolkan apa yang ada di renstra kita dengan RPJMD, sehingga anggaran kita juga bisa lancar. Inilah akrobatnya kita sebagai perencana bisa mengoperasionalkan keinginan Gubernur kita tapi terhadap kementerian juga kita tidak berkhianat.