



LAPORAN PENELITIAN
DIK RUTIN UNIVERSITAS AIRLANGGA
TAHUN ANGGARAN 2001

PERSEPSI KEPALA PUSKESMAS DI KOTAMADYA SURABAYA TERHADAP KONSEP OTONOMI DAERAH BIDANG KESEHATAN

Peneliti:

DJAZULY CHALIDYANTO, SKM.,MARS.
THINNI NURUL ROCHMAH., Dra.,Ec., M.Kes.
RATNA DWI WULANDARI, SKM., M.Kes.

3000 289023141

M I I K
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

LEMBAGA PENELITIAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Dibiayai oleh Dana DIK Rutin Universitas Airlangga Tahun 2001

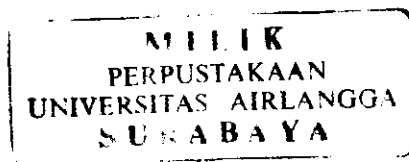
SK Rektor Universitas Airlangga Nomor 5307/JO3/PG/2001

Tanggal 12 Juni 2001

Nomor Urut: 29

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA

Desember, 2001





LEMBAGA PENELITIAN

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| 1. Puslit Pembangunan Regional | 5. Puslit Pengembangan Gizi (5995720) | 9. Puslit Kependudukan dan Pembangunan (5995719) |
| 2. Puslit Obat Tradisional | 6. Puslit/Studi Wanita (5995722) | 10. Puslit/ Kesehatan Reproduksi |
| 3. Puslit Pengembangan Hukum (5923584) | 7. Puslit Olah Raga | |
| 4. Puslit Lingkungan Hidup (5995718) | 8. Puslit Bioenergi | |

Kampus C Unair, Jl. Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5995246, 5995248, 5995247 Fax. (031) 5962066
E-mail : lpunair@rad.net.id - http://www.geocities.com/Athens/Olympus/6223

3000289023141

IDENTITAS DAN PENGESAHAN LAPORAN AKHIR HASIL PENELITIAN

1. a. Judul Penelitian : Persepsi Kepala Puskesmas Di Kotamadya Surabaya Terhadap Konsep Otonomi Daerah Bidang Kesehatan
- b. Macam Penelitian : (V) Fundamental, () Terapan, (V) Institusional
- c. Katagori Penelitian : (V) I () II () III
2. Kepala Proyek Penelitian
- a. Nama Lengkap dan Gelar : Djazuly Chalidyanto, SKM.,MARS
- b. Jenis Kelamin : Laki - Laki
- c. Pangkat/Golongan dan NIP : Penata Muda/ IIIa / 132 205 651
- d. Jabatan Sekarang : Asisten Ahli
- e. Fakultas/Puslit/Jurusan : Kesehatan Masyarakat
- f. Univ./Inst. /Akademi : Universitas Airlangga
- g. Bidang Ilmu Yang Diteliti : Kesehatan
3. Jumlah Tim Peneliti : 3 (Tiga) orang
4. Lokasi Penelitian : Kotamadya Surabaya
5. Kerjasama dengan Instansi Lain
- a. Nama Instansi : -
- b. A l a m a t : -
6. Jangka Waktu Penelitian : 6 (enam) bulan
7. Biaya Yang Diperlukan : Rp 3.000.000,00
8. Seminar Hasil Penelitian
- a. Dilaksanakan Tanggal : 20 Februari 2002
- b. Hasil Penelitian : () Baik Sekali (V) Baik
() Sedang () Kurang

Surabaya, 20 Februari 2002

M I I K
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

Mengetahui/Mengesahkan :
a.n. Rektor
Ketua Lembaga Penelitian,

Seau Gonal 2001 - 24-2001 - P.R.M

Prof. Dr. H. Sarmanu, M.S.
NIP. 130 701 125

RINGKASAN

PERSEPSI KEPALA PUSKESMAS DI KOTAMADYA SURABAYA TERHADAP KONSEP OTONOMI DAERAH BIDANG KESEHATAN (Djazuly Chalidyanto, Thinni Nurul Rochmah, Ratna Dwi Wulandari, 2002, 42 halaman)

Puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan di suatu wilayah dan memiliki peran yang sangat besar dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Sebagai penanggung jawab Puskesmas, Kepala Puskesmas harus memiliki persepsi yang baik tentang konsep otonomi daerah dan otonomi daerah bidang kesehatan. Persepsi ini akan sangat mempengaruhi tindakan yang akan dilakukan oleh Kepala Puskesmas tersebut. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis persepsi kepala Puskesmas terhadap konsep otonomi daerah bidang kesehatan.

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang dilakukan di kota Surabaya selama 6 bulan dengan responden Kepala Puskesmas di wilayah kota Surabaya sebanyak 11 orang. Data dikumpulkan dengan wawancara mendalam (*indepth interview*). Analisis dilakukan secara deskriptif dengan melihat substansi jawaban dari responden. Data yang telah dianalisis disajikan dalam bentuk narasi.

Secara umum persepsi Kepala Puskesmas di kota Surabaya terhadap otonomi daerah sudah cukup baik, artinya bahwa persepsinya sudah sesuai dengan konsep otonomi daerah yang ada pada kebijakan pemerintah. Dalam otonomi daerah, Kepala Puskesmas mempersepsikan bahwa daerah diberi kewenangan dalam menentukan kebutuhannya sendiri baik itu dana, tenaga maupun sumber daya lain yang disesuaikan dengan kondisi spesifik daerah. Selain itu, daerah juga memiliki kewenangan dalam merumuskan kebijakan termasuk menyusun hak dan kewajiban daerah. Sedangkan persepsi terhadap otonomi daerah bidang kesehatan masih belum memadai, artinya bahwa Kepala Puskesmas mempersepsikan otonomi daerah bidang kesehatan hanya dalam ruang lingkup Puskesmas tidak mencakup semua aspek kesehatan di daerah.

Adapun mengenai penerapan konsep otonomi daerah bidang kesehatan terutama untuk Puskesmas, secara umum mempersepsikan bahwa besar kemungkinan konsep tersebut dapat dijalankan dengan beberapa persyaratan tertentu. Persyaratan tersebut akan

sangat menentukan keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan otonomi daerah bidang kesehatan terutama untuk Puskesmas. Paling tidak ada 3 komponen utama yang mempengaruhi keberhasilan dan kegagalan penerapan otonomi daerah bidang kesehatan di Puskesmas yaitu : Puskesmas sendiri, pemerintah dan masyarakat.

Mengenai penerapan otonomi daerah bidang kesehatan di Puskesmas, Kepala Puskesmas mempersepsikan bahwa kewenangan Puskesmas lebih kearah penentuan dan pelaksanaan program termasuk anggaran yang disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat sekitar. Namun demikian, ada juga Kepala Puskesmas yang pesimis terhadap penerapan konsep otonomi daerah bidang kesehatan di Puskesmas. Kelompok yang pesimis ini menyatakan bahwa dengan otonomi bidang kesehatan akan menyebabkan daerah meminta Puskesmas untuk menyetorkan retribusi untuk masuk sebagai PAD.

Sebagian besar Kepala Puskesmas mempersepsikan bahwa hubungan antara Puskesmas dengan Rumah Sakit dalam penerapan otonomi daerah bidang kesehatan lebih bersifat kemitraan, konsultatif serta sebagai jalur rujukan untuk Puskesmas. Sedangkan peran Dinas Kesehatan dalam hubungannya dengan Puskesmas lebih berbentuk koordinasi dan pengawasan.

Agar dalam penerapan dan pelaksanaan otonomi daerah bidang kesehatan dapat berjalan dengan baik, maka perlu diciptakan kesamaan persepsi antar semua komponen yang terlibat dalam penyelenggaraan kesehatan di kota mulai dari Dinas Kesehatan (Pemerintah Kota), Puskesmas maupun Rumah sakit.

Dalam implementasi otonomi daerah bidang kesehatan khusus untuk Puskesmas, perlu disusun suatu kebijakan yang jelas dan operasional sebagai petunjuk bagi Puskesmas. Kebijakan tersebut mencakup hak dan kewajiban Puskesmas serta batas kewenangan yang diberikan kepada Puskesmas dalam merencanakan, melaksanakan mengawasi kegiatan Puskesmas.

(Lembaga Penelitian, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, No. Kontrak S.K. Rektor : 5307/J03/PG/2001, 12 Juni 2001)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT atas limpahan karunia dan hidayah-Nya sehingga laporan penelitian Persepsi Kepala Puskesmas di Kotamadya Surabaya terhadap Konsep Otonomi Daerah bidang Kesehatan dapat diselesaikan.

Kami menyadari laporan penelitian ini dapat tersusun atas bantuan berbagai pihak. Untuk itu kami mengucapkan terima kasih kepada :

1. Kepala Proyek DIK Rutin Universitas Airlangga atas dana yang diberikan
2. Ketua Lembaga Penelitian Universitas Airlangga selaku pengelola penelitian
3. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya yang telah memberikan ijin untuk melakukan penelitian
4. Seluruh kepala Puskesmas di kota Surabaya yang telah berpartisipasi aktif sebagai sumber informasi dalam penelitian ini
5. Semua pihak yang telah membantu terselesaikannya laporan penelitian ini

Kami berharap semoga hasil penelitian ini, dapat dimanfaatkan dan berguna bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya dalam memperlancar bergulirnya era otonomi daerah.

Surabaya, April 2002

Tim Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
Lembar Identitas dan Pengesahan	ii
Ringkasan	iii
Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vi
Daftar Tabel	viii
Daftar Lampiran	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	2
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Otonomi Daerah	3
2.2 Desentralisasi	4
2.2.1 Pengertian desentralisasi	4
2.2.2 Tujuan desentralisasi	6
2.2.3 Jenis desentralisasi	7
2.3 Kewenangan Pemerintah di Bidang Kesehatan berdasarkan Undang-undang no. 22 tahun 1999	9
2.3.1 Kewenangan pemerintah pusat	11
2.3.2 Kewenangan pemerintah propinsi	12
2.3.3 Kewenangan pemerintah kabupaten/kota	14
2.4 Desentralisasi Bidang Kesehatan	16
2.5 Puskesmas dan Puskesmas Reformasi	17
2.6 Persespi	19
BAB 3 TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN	
3.1 Tujuan Penelitian	22
3.2 Manfaat Penelitian	22
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Rancangan Penelitian	23
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	23
4.3 Sumber Informasi (Responden)	23
4.4 Instrumen Pengumpulan Data	23
4.5 Cara Pengumpulan Data	23
4.6 Variabel Penelitian	24
4.7 Teknik Analisis dan Penyajian Data	24
4.8 Jadwal Waktu Pelaksanaan	24

BAB 5 HASIL DAN PELAKSANAAN	
5.1 Gambaran Umum Responden	25
5.2 Persepsi tentang Otonomi Daerah dan Otonomi Daerah Bidang Kesehatan	25
5.2.1 Persepsi tentang otonomi daerah	25
5.2.2 Persepsi tentang otonomi daerah bidang kesehatan dan persepsi terhadap otonomi dan desentralisasi	26
5.3 Persepsi tentang Kemungkinan Penerapan, Keberhasilan dan Kegagalan Otonomi Daerah Bidang Kesehatan	28
5.3.1 Kemungkinan penerapan otonomi daerah bidang kesehatan di Puskesmas	28
5.3.2 Persepsi tentang keberhasilan dan kegagalan penerapan otonomi daerah bidang kesehatan bidang kesehatan	29
5.3.3 Persepsi tentang kegagalan Otonomi Daerah bidang kesehatan	32
5.4 Persepsi tentang Penerapan Otonomi Daerah Bidang Kesehatan di Puskesmas	35
5.4.1 Kewenangan Puskesmas	35
5.4.2 Hubungan antara Puskesmas, Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan	36
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan	40
6.1 Saran	41
Daftar Pustaka	42

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Macam Desentralisasi dan Perbedaannya	9
Tabel 2.2 Perbedaan Desentralisasi berdasar Fungsi	10

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian	44
Lampiran 2. Biodata Peneliti	45

BAB I

PENDAHULUAN

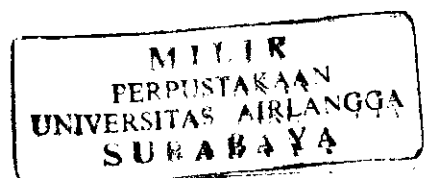
1.1 Latar Belakang

Saat ini telah terjadi berbagai perubahan pada beberapa aspek di bidang kesehatan, yaitu; (a) perubahan falsafah penyelenggaraan pembangunan kesehatan, dari model pelayanan ke model pemeliharaan, (b) sifat pelayanan, dari sifat sosial menjadi sifat sosial ekonomi, dan (c) sistem pembiayaan kesehatan, dari *fee for services* ke *prospective pre-payment system*, beserta segala implikasinya. Perubahan di bidang kesehatan itu lebih dipicu dengan adanya 'penyerahan kembali' urusan kesehatan ke daerah. Ketentuan tentang penyerahan kembali urusan kesehatan itu tampak pada beberapa kebijakan di bawah ini:

1. UU no. 23/1992, tentang kesehatan,
2. UU no. 22/1999, tentang pemerintahan daerah,
3. UU no. 25/1999, tentang perimbangan keuangan antara pemerintah pusat dan daerah,
4. PP no. 25 /200, tentang kewenangan propinsi sebagai daerah otonom
5. PP no. 84/2000, tentang pedoman organisasi perangkat daerah pemerintahan.

Adanya undang-undang tentang penyelenggaraan pemerintah daerah dan otonomi daerah membawa konsekuensi pada Pemerintah Daerah untuk mengembangkan sistem kesehatan yang sesuai dengan kondisi setempat. Masalah fundamental yang harus dilakukan adalah merumuskan visi dan misi pembangunan kesehatan daerah yang jelas berdasarkan kondisi daerah masing-masing. Visi dan misi merupakan acuan utama kebijakan pengembangan sistem kesehatan di setiap daerah. Pemerintah Daerah harus mampu mengelola dan membiayai pembangunan kesehatan secara mandiri, sesuai dengan visi dan misi yang telah ditetapkan.

Puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan di suatu wilayah dan memiliki peran yang sangat besar dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, dengan berbagai perubahan yang ada baik sifatnya global maupun



nasional (terutama otonomi daerah), Puskesmas dituntut untuk selalu siap untuk menyesuaikan diri dengan perubahan tersebut.

Dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, Puskesmas dipimpin oleh seorang kepala Puskesmas. Kepala Puskesmas ini adalah yang bertanggungjawab terhadap semua proses pelayanan di Puskesmas mulai dari proses perencanaan, pelaksanaan, pengkoordinasian sampai proses evaluasi. Demikian pula halnya dengan adanya konsep otonomi daerah ini, kepala Puskesmas memegang peranan yang penting untuk mengimplementasikan konsep otonomi daerah khususnya bidang kesehatan di Puskesmas.

Agar konsep otonomi daerah bidang kesehatan dapat diimplementasikan dengan baik di Puskesmas, kepala Puskesmas harus memiliki pengetahuan yang lengkap tentang konsep tersebut serta peraturan yang terkait dengan pelaksanaan konsep tersebut. Pemahaman yang baik terhadap suatu konsep akan memberikan persepsi yang baik pula terhadap konsep tersebut. Persepsi antar individu akan sangat berbeda, oleh karena itu perlu dipikirkan aspek apa yang berbeda dalam mempersepsikan suatu konsep. Hal ini penting dilakukan agar perbedaan itu dapat diminimalkan, sehingga konsep yang ada dapat dikembangkan dengan baik. Persepsi ini akan sangat mempengaruhi tindakan yang akan dilakukan oleh seseorang, apabila persepsinya baik, maka tindakan yang dilakukan akan baik pula, akan tetapi bila persepsinya salah, ada kecenderungan tindakan yang dilakukan akan salah pula.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimanakah pengetahuan dan persepsi kepala Puskesmas terhadap konsep otonomi daerah dan otonomi daerah bidang kesehatan ?
2. Bagaimanakah persepsi kepala Puskesmas terhadap kemungkinan penerapan, keberhasilan dan kegagalan penerapan konsep otonomi daerah bidang kesehatan di Puskesmas ?
3. Bagaimanakah persepsi kepala Puskesmas terhadap kewenangan Puskesmas dalam otonomi daerah bidang kesehatan ?

4. Bagaimanakah persepsi kepala Puskesmas terhadap hubungan antara Dinas Kesehatan, Rumah Sakit dan Puskesmas dalam penerapan konsep otonomi daerah bidang kesehatan ?

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Otonomi Daerah

Menurut UU No. 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah disebutkan bahwa yang dimaksud dengan otonomi daerah adalah kewenangan daerah otonom untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Adapun yang dimaksud daerah otonom dalam UU tersebut adalah kesatuan masyarakat hukum yang mempunyai batas daerah tertentu berwenang mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat dalam ikatan Negara Kesatuan Republik Indonesia. Berdasarkan pengertian diatas dapat dikatakan bahwa otonomi daerah merupakan pemberian kewenangan kepada daerah dalam mengelola sendiri daerahnya berdasarkan aspirasi, prakarsa dan tuntutan serta kebutuhan masyarakat daerah setempat dengan tetap mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Kewenangan daerah dalam otonomi daerah akan lebih banyak diberikan kepada kabupaten atau kotamadya / kota. Bentuk kewenangan daerah otonom diatur dalam Peraturan Pemerintah No. 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Propinsi Sebagai Daerah Otonom. Didalam peraturan tersebut disebutkna beberapa kewenangan propinsi dalam segala bidang termasuk bidang kesehatan dan sosial. Secara umum, dalam peraturan tersebut disebutkan bahwa daerah otonom dalam bidang kesehatan diberikan kewenangan dalam menentukan standar atau pedoman yang terkait dengan pelayanan kesehatan termasuk sarana, prasarana dan pembiayaan mulai dari perencanaan, pelaksanaan hingga evaluasi.

Pelaksanaan otonomi daerah khususnya di kabupaten dan kota, sangat ditenatukan oleh kesiapan dan kemampuan kabupaten dan kota dalam melaksanakannya. Didalam PP No. 25 tahun 2000 disebutkan bahwa apabila kabupaten dan kota tidak atau belum mampu melaksanakan salah satu atau beberapa kewenangan yang diberikan, dapat

melaksanakan kewenangan tersebut melalui kerjasama antar kabupaten/kota, kerjasama antar kabupaten/kota dengan propinsi atau menyerahkan kewenangan tersebut kepada propinsi.

2.2 Desentralisasi

2.2.1 Pengertian desentralisasi

Dalam Encyclopedia Of The Social Sciences, desentralisasi didefinisikan *The Proces Of Decentralization Denotes the Transparence of Authority, " Legislative, Judicial or Administrative foom higher level of government to a lower"* (proses penyerahan wewenang dari tingkat pemerintah yang lebih tinggi kepada pemerintah yang lebih rendah, baik pada bidang legislatif, yudikatif atau administratif). Sedang menurut Ruitter dalam Hogerwerf (1978) Desentralisasi adalah sebagai pengakuan atau penyerahan wewenang oleh badan-badan umum yang lebih tinggi kepada badan-badan umum yang lebih rendah untuk secara mandiri dan berdasarkan pertimbangan kepentingan sendiri mengambil keputusan pengaturan dan pemerintahan, serta struktur wewenang yang terjadi dari hal itu. Sementara itu Rondinelli dan Chema (1983) mendefinisikan desentralisasi sebagai berikut : *"Desentralization is the transfer of planning, decision making, or administrative units, semi autonomoos and parasfatal organizations"*. Koswara (1996) dalam Sarundajang (1999) menyatakan bahwa desentralisasi merupakan proses dimana urusan pemerintah yang semula termasuk wewenang badan/lembaga pemerintah daerah agar menjadi urusan rumah tangganya sehingga urusan tersebut beralih kepada dan menjadi wewenang dan tanggungjawab pemerintah daerah.

Darumurti dan Rauta (2000) desentralisasi adalah penyerahan wewenang pemerintah oleh pemerintah kepada pemerintah daerah otonom dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia. Sedang menurut Departemen Kesehatan RI (1999), adalah pendelegasian wewenang yang lebih besar kepada pemerintah daerah untuk mengatur sistem pemerintahan dan rumah tangga sendiri dalam mengelola pelbagai pembangunan nasional pada masa mendatang.

Desentralisasi secara umum dapat juga didefinisikan sebagai pemindahan kewenangan atau pembagian kekuasaan dalam perencanaan pemerintahan, manajemen dan pembagian keputusan ditingkat nasional ke tingkat daerah atau pemindahan dari tingkat pemerintah yang lebih tinggi ke tingkat yang lebih rendah (Mills, et al. 1989). Menurut Furniss dalam Mills, et al. (1989) desentralisasi merupakan pemindahan kewenangan dalam urusan kemasyarakatan dari pejabat politik ke badan yang relatif otonom. Pengembangan input ekonomi regional ke usaha perencanaan tingkat nasional, pemindahan fungsi administrasi ke hirarki yang lebih bawah, atau secara jenis kewenangan atau berdasarkan masalah, pendirian unit legislatif dalam ukuran yang lebih kecil atau pemindahan pemindahan tanggungjawab ke badan legislatif sub nasional, anggapan adanya kontrol oleh lebih banyak orang dalam suatu persekutuan produksi ekonomi, harapan akan adanya kontrol oleh lebih banyak orang dalam suatu persekutuan produksi ekonomi, harapan akan adanya keadaan yang lebih banyak orang berpartisipasi.

Otonomi daerah kabupaten dan kota menurut UU RI Nomor 22 Tahun 1999 merupakan otonomi riil dengan prinsip sebagai berikut :

1. Penyelenggaraan desentralisasi dan otonomi daerah dilaksanakan dengan prinsip demokrasi dan memperhatikan keanekaragaman daerah (menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat sesuai dengan aspirasi masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia. (Ps 1)
2. Pelaksanaan otonomi daerah lebih mengutamakan kemandirian daerah sehingga didalam otonomi daerah kabupaten dan kota tidak ada lagi wilayah administrasi atau kawasan khusus (Ps 4)
3. Pelaksanaan otonomi daerah harus lebih meningkatkan peran dan fungsi badan legislatif, baik sebagai penyalur aspirasi rakyat maupun sebagai lembaga pengawas atas penyelenggaraan pemerintah daerah yang dijalankan oleh lembaga eksekutif daerah Ps 16 ayat 2 Badan legislatif daerah berkedudukan sejajar dan menjadi mitra dengan pemerintah daerah.

2.2.2 Tujuan desentralisasi

Tujuan Desentralisasi menurut Fester (1965) dan Leemans (1970) dalam Sarundajang (1999) adalah merupakan nilai-nilai dari komunitas politik yang dapat berupa *kesatuan bangsa (National unite)*, *pemerintahan Demokrasi (democratic government)*, kemandirian sebagai penjelmaan dari otonomi, efisiensi Administrasi dan pembangunan sosial ekonomi.

Di Indonesia, Pelaksanaan desentralisasi terdapat pergeseran dalam skala prioritas untuk mencapai tujuan desentralisasi tersebut. Pada masa Hindia Belanda di bawah *Desentralisatieweti* (1903) tujuan desentralisasi untuk efisiensi (Furnivall, 1956) dalam Sarundajang, 1999), kemudian pada waktu *Bertuurhervrominswet*, (1922) beralih ke efisiensi dan partisipasi (Furnivall, 1956) dan Bendon (1971) dalam Sarundajang, 1999). Tujuan partisipasi dalam bentuk kabupaten (*Regent schap*) sebagai daerah otonom bagi kelompok pribumi.

Pada masa kemerdekaan, dibawah Undang-Undang Nomor 22 tahun 1948 dan Undang-Undang Nomor 1 tahun 1957 tujuan desentralisasi adalah untuk demokrasi atau pendemokrasian pemerintahan (Maryanov, 1958) dalam Sarundajang, 1999). Dalam masa Demokrasi terpimpin, di bawah Undang-Undang Nomor 18 Tahun 1965, Desentralisasi untuk stabilitas dan efisiensi pemerintahan (The liang Gie, 1968) dalam Sarundajang (1999).

Sementara itu pada masa orde baru, di bawah UU Nomor 5 Tahun 1974, tujuan desentralisasi adalah untuk meningkatkan daya guna dan hasil guna penyelenggaraan pemerintahan daerah, terutama dalam pelaksanaan pembangunan dan pelayanan terhadap masyarakat serta untuk meningkatkan pembinaan kestabilan politik dan kesatuan negara. Untuk saat ini dibawah undang-undang Nomor 22 tahun 1999, desentralisasi diartikan sebagai penyerahan wewenang pemerintahan oleh pemerintah kepada daerah otonom dalam rangka negara kesatuan (Sarundajang, 1999).

Mills, at all (1989) berpendapat, tujuan desentralisasi secara filosofis dan ideologis, dianggap sebagai tujuan politik yang penting, karena memberikan kesempatan munculnya partisipasi masyarakat dan kemandirian daerah serta untuk menjamin kecermatan pejabat-pejabat pemerintah terhadap masyarakatnya. Dalam tingkat

pragmatis, desentralisasi dianggap sebagai cara untuk mengatasi berbagai hambatan institusional, fisik dan administratif dalam pembangunan.

Menurut Mochny (2001) ada empat manfaat dalam pelaksanaan desentralisasi di bidang kesehatan, yaitu :

1. Membuat program kesehatan berdasarkan data yang relevan terbukti.
2. Program berdasarkan kepada masalah setempat pemecahan masalah setempat dan memakai sumberdaya setempat secara efisien.
3. Kesiapan untuk perencanaan dan pelaksanaan setempat.
4. Kepemimpinan dan manajemen setempat yang bersifat "demokratis" berdasarkan : saling percaya, tatanilai setempat, standar yang bermutu dan memanfaatkan sumber daya fisik dan non fisik.

2.2.3 Jenis desentralisasi

Koesoemahatmadja (1979) dalam Sarundajang (1999) membagi Desentralisasi menjadi dua macam yaitu : Dekonsentrasi (*ambtelijke decentralisatie*) dan desentralisasi ketatanegaraan (*staatskundige decentralisatie*). Desentralisasi ketatanegaraan dibagi dua bagian, Desentralisasi teritorial (*territoriale decentralisatie*) dan desentralisasi fungsional (*Functionale decentralisatie*).

Dekonsentrasi adalah pelimpahan kekuasaan dari perlengkapan negara tingkat atas kepada bawahannya guna melancarkan pelaksanaan tugas pemerintahan, desentralisasi ketatanegaraan atau desentralisasi politik adalah pelimpahan kekuasaan perundangan dan pemerintahan kepada daerah otonom di dalam lingkungannya. Desentralisasi teritorial adalah pelimpahan kekuasaan untuk mengatur dan mengurus rumah tangga daerah masing-masing, sedang desentralisasi fungsional, yaitu pelimpahan kekuasaan untuk mengatur dan mengurus sesuatu atau beberapa kepentingan tertentu. (Koesoemahatmadja, 1979 dalam Sarundajang, 1999).

Sedang menurut Riggs (1985) dalam Sarundajang (1999) desentralisasi mempunyai dua makna, yaitu sebagai pelimpahan wewenang (*delegation*) dan pengalihan kekuasaan (*devaluation*). Muslimin (1986) dalam Sarundajang (1999) tidak sependapat bila dekonsentrasi sebagai bagian dari desentralisasi dan membagi

desentralisasi menjadi desentralisasi politik, desentralisasi fungsional dan desentralisasi kebudayaan (*Cultural desentralisatie*).

Sementara itu, Rondinelle dan Cheeman (1983) membagi desentralisasi dalam empat bentuk, yaitu dekonsentrasi (deconsentration) delegasi (delegation), devaluasi (devaluation) dan Privatisasi. Keempat bentuk ini, menurut Siswanto (2000) perbedaannya dapat dilihat pada tabel 2.1 dan menurut Supriyanto (2001) dalam makalahnya Sistem Kesehatan Kabupaten atau Kota yang disampaikan pada Lokakarya Tantangan dan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Sistem Kesehatan Kabupaten atau Kota pada tanggal 29 Oktober 2001 dapat dilihat pada tabel 2.2 seperti dibawah ini.

Tabel 2.1 Macam Desentralisasi dan Perbedaannya

No.	Variabel	Dekonsentrasi	Devolusi	Delegasi	Privatisasi
1	Definisi Operasional	Desentralisasi administrasi	Desentralisasi politik	Pemindahan fungsi-fungsi khusus pada komisi atau perusahaan	Pemindahan fungsi-fungsi pada badan-badan privat dan sukarela
2	Potensi keuntungan	Program-program daerah menjadi beban pusat	Peka terhadap gejala-gejala daerah koordinasi pelayanan menjadi besar	Keluwesannya dalam pengelolaan fungsi-fungsi lebih besar, beberapa kebebasan politik	Keluwesannya dan kebebasan politik lebih besar (tergantung mekanisme pasar)
3	Potensi kerugian atau keterbatasan	Kurang koordinasi dan kurang peka terhadap kebutuhan daerah	Pembiayaan pusat masih diperlukan untuk pelayanan kesehatan yang mahal oleh karena itu masih perlu diawasi pusat	Kurang koordinasi dengan departemen dan badan-badan lain	Perlu peraturan dan mekanisme pengawasan
4	Contoh di Indonesia	- Dinas kesehatan Propinsi	- Dinas Kesehatan Daerah	Perum Astek PT Askes	Rumah Sakit Swasta

Tabel 2.2 Perbedaan Desentralisasi berdasar Fungsi

Fungsi	Dekonsentrasi	Devolusi	Delegasi	Swastanisasi
Legislatif	--	**	--	--
Pencarian dana	*	**	**	***
Kebijakan	--	**	**	**
Peraturan	--	**	*	--
Perencanaan	**	**	*	--
SD/SDM	*	**	***	***
Kerjasama	*	***	***	***
Koordinasi	*	**	***	***
Latihan	*	**	***	***

2.3 Kewenangan Pemerintah di Bidang Kesehatan berdasarkan Undang-undang no. 22 tahun 1999

Undang-Undang No. 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah menyebutkan dalam pasal 2 bahwa "wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia dibagi dalam Daerah Propinsi, Daerah Kabupaten, dan Daerah Kota yang bersifat otonom." Daerah Propinsi sekaligus berkedudukan juga sebagai Wilayah Administrasi. Selanjutnya Pasal 7 menyatakan : "Kewenangan Daerah mencakup kewenangan dalam seluruh bidang pemerintahan, kecuali fiskal, agama, serta kewenangan bidang lain." Yang termasuk kewenangan bidang lain adalah : (1) kebijakan tentang perencanaan nasional dan pengendalian pembangunan nasional secara makro, (2) dana perimbangan keuangan, (3) sistem administrasi negara dan lembaga perekonomian negara, (4) pembinaan dan pemberdayaan sumber daya manusia, (5) pendayagunaan sumber daya dan teknologi tinggi yang strategis, (6) konservasi, dan (7) standarisasi nasional. Sementara itu, Pasal 11 menyebutkan adanya bidang-bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Daerah Kabupaten dan Daerah Kota, di mana salah satunya adalah kesehatan. Hal ini berarti bahwa betapa pun miskinnya suatu Kabupaten atau Kota, ia wajib melaksanakan urusan kesehatan walau dalam bentuk minimal. Urusan kesehatan dalam bentuk minimal

ini seyogianya dapat ditetapkan dalam peraturan pelaksanaan dari Undang-Undang No. 22 tahun 1999, di samping kejelasan wewenang di bidang kesehatan dari Pemerintah Pusat (Departemen Kesehatan), Pemerintah Propinsi, dan Pemerintah Kabupaten/Kota.

Berkaitan dengan kewenangan Propinsi, Pasal 9 Undang-undang NO. 22 tahun 1999 menyatakan bahwa kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom mencakup (1) kewenangan yang bersifat lintas kabupaten dan kota, (2) kewenangan yang tidak atau belum dapat dilaksanakan Daerah Kabupaten dan daerah kota, serta (3) kewenangan dalam bidang pemerintahan tertentu lainnya. Penjelasan Pasal 9 menyebutkan bahwa yang tercakup dalam kewenangan dalam bidang pemerintahan tertentu meliputi : (1) Perencanaan dan pengendalian pembangunan regional secara makro, (2) Pelatihan bidang tertentu, alokasi sumber daya manusia potensial, dan penelitian yang mencakup wilayah propinsi, (3) Pengelolaan pelabuhan regional, (4) Pengendalian lingkungan hidup, (5) Promosi dagang dan budaya/peristiwa, (6) Penanganan penyakit menular dan hama tanaman, serta (7) Perencanaan tata ruang propinsi. Sedangkan kewenangan Propinsi sebagai Wilayah Administrasi mencakup kewenangan dekonsentrasi, yaitu kewenangan dalam bidang pemerintahan yang dilimpahkan oleh Pemerintah Pusat kepada Gubernur selaku wakil Pemerintah Pusat.

Mengenai kepegawaian, Undang-Undang No. 22 tahun 1999 menyatakan bahwa "Kebijakan kepegawaian dalam Undang-Undang ini menganut kebijakan yang mendorong pengembangan Otonomi Daerah sehingga kebijakan kepegawaian di daerah yang dilaksanakan oleh Daerah Otonom sesuai dengan kebutuhannya, baik pengangkatan, penempatan, pemindahan, dan mutasi maupun pemberhentian sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Mutasi antar Daerah Kabupaten dan Daerah Kota dalam Daerah Propinsi diatur oleh Gubernur, sedangkan mutasi antara Daerah Propinsi diatur oleh Pemerintah Pusat. Mutasi antar Daerah Propinsi dan/atau antar Daerah Kabupaten dan Daerah Kota didasarkan pada kesepakatan Daerah Otonom yang bersangkutan" (Penjelasan Umum). Adapun tentang norma, standar, dan prosedur disebutkan bahwa "Norma, standar, dan prosedur mengenai pengangkatan, pemindahan, pemberhentian, penempatan pensiun, gaji, tunjangan, kesejahteraan, hak, dan kewajiban, serta kedudukan hukum Pegawai Negeri Sipil di Daerah dan Pegawai Negeri Sipil

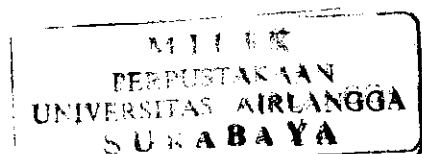
Daerah, ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan” (Pasal 75). Selanjutnya Pasal 76 menyatakan bahwa “Daerah mempunyai kewenangan untuk melakukan pengangkatan, pemindahan, pemberhentian, penetapan pensiun, gaji, tunjangan, dan kesejahteraan pegawai, serta pendidikan dan pelatihan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan Daerah yang ditetapkan dengan Peraturan Daerah, berdasarkan peraturan perundang-undangan” Sedangkan pasal 77 menyatakan bahwa “Pemerintah Wilayah Propinsi melakukan pengawasan pelaksanaan administrasi kepegawaian dan karir pegawai di wilayahnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan”.

Mempelajari Undang-Undang No. 22 tahun 1999 dan mengacu kepada Undang-Undang No 23 tahun 1992 tentang Kesehatan serta Peraturan Pemerintah No 7 tahun 1987 tentang Penyerahan Sebagian Urusan Pemerintahan Dalam Bidang Kesehatan Kepada Daerah, dapat dikatakan bahwa di bidang kesehatan, peran pemerintah tampaknya meliputi : (1) Pembinaan, yang berupa penetapan kebijakan, pengaturan, standarisasi, dan penetapan program kesehatan, (2) Pengawasan, yang berupa perizinan, standarisasi, dan pengamanan, (3) Fasilitasi, yang berupa bimbingan dan pengendalian pelaksanaan program dan upaya kesehatan, (4) ikut melaksanakan upaya kesehatan yang belum dapat sepenuhnya dilaksanakan masyarakat.

Peran Pemerintah tersebut selanjutnya dibagi antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Propinsi (sebagai Wilayah maupun Daerah), dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota. Sejumlah hal yang dianggap strategis secara nasional akan tetap dipegang oleh Departemen Kesehatan, sejumlah hal lain yang masih menjadi kewenangan Departemen Kesehatan tetapi dari segi rentang kendali sulit dilaksanakan sendiri oleh Departemen Kesehatan dilimpahkan ke Pemerintah Propinsi dalam bentuk dekonsentrasi. Sedangkan hal-hal lain yang lebih efektif dan efisien apabila dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah Propinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dilimpahkan dalam bentuk desentralisasi dan tugas pembantuan.

2.3.1 Kewenangan pemerintah pusat

Setelah mempelajari peraturan perundang-undangan yang ada, peran pemerintah di bidang kesehatan, dan mengingat kekhasan urusan kesehatan, dapat ditetapkan hal-hal



yang masih merupakan kewenangan Pemerintah Pusat (dalam hal ini Departemen Kesehatan) sebagai berikut :

1. Kebijakan pengaturan, perizinan dan akreditasi upaya-upaya penyehatan lingkungan dan perilaku masyarakat, pelayanan kesehatan masyarakat, pelayanan medik, pemberantasan penyakit menular, pembiayaan kesehatan (jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat), serta pengembangan dan pendayagunaan tenaga kesehatan.
2. Kebijakan pengaturan, perizinan, akreditasi, dan pengamanan obat dan makanan.
3. Kebijakan pengaturan dan pelaksanaan pengembangan Sistem Informasi Manajemen Kesehatan secara nasional
4. Kebijakan pengaturan dan koordinasi surveilans epidemiologi, karantina, kesehatan pelabuhan, kesehatan haji, serta penanggulangan krisis kesehatan dan wabah skala nasional.
5. Pelaksanaan upaya kesehatan dan sumber daya kesehatan lain yang bersifat strategis secara nasional.

2.3.2 Kewenangan pemerintah propinsi

Pemerintah Propinsi memegang kewenangan dekonsentrasi luas dan desentralisasi terbatas serta tugas pembantuan, yang dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Penyusunan rencana strategis kesehatan wilayah propinsi serta koordinasi dan bimbingan penyusunan rencana dan program/upaya kesehatan yang dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota.
2. Perencanaan kebutuhan dan pembinaan karir tenaga kesehatan secara menyeluruh serta seleksi, rekrutmen, distribusi tenaga kesehatan yang bersifat strategis.
3. Koordinasi perizinan, akreditasi, pengamanan serta bimbingan dan pengendalian di bidang kesehatan yang dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota, termasuk peninjauan kembali hal-hal yang telah ditetapkan apabila dijumpai masalah.
4. Perizinan, akreditasi serta bimbingan dan pengendalian upaya-upaya penyehatan lingkungan dan perilaku masyarakat, pelayanan kesehatan masyarakat, pelayanan medik, pemberantasan penyakit menular, pembiayaan kesehatan (jaminan

pemeliharaan kesehatan masyarakat), serta pengembangan dan pendayagunaan tenaga kesehatan skala propinsi yang dilaksanakan oleh pemerintah atau masyarakat.

5. Akreditasi, bimbingan dan pengendalian serta pelaksanaan penelitian dan pengembangan kesehatan skala propinsi.
6. Pendidikan tenaga kesehatan setingkat D3 dan D4 melalui UPT/Perguruan Tinggi.
7. Pemberdayaan dan pelatihan tenaga kesehatan melalui Balai Pelatihan Kesehatan Propinsi serta pemberdayaan dan pengembangan kerjasama dengan organisasi kemasyarakatan dan profesi kesehatan lingkup propinsi.
8. Penyuluhan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat serta pengembangan kerjasama lintas sektor skala propinsi.
9. Koordinasi pelaporan dan pengembangan Sistem Informasi Manajemen Kesehatan Propinsi.
10. Pelaksanaan dan koordinasi surveilans epidemiologi, karantina, kesehatan pelabuhan, kesehatan haji, serta penanggulangan krisis kesehatan, wabah, kejadian luar biasa, dan bencana alam skala propinsi.
11. Penyehatan lingkungan dan pemberantasan penyakit yang berpotensi membahayakan kesehatan masyarakat lintas kabupaten/kota dan pengembangan kesehatan matra.
12. Pengadaan, penyimpanan, dan distribusi obat dan perbekalan farmasi untuk pelayanan kesehatan di propinsi.
13. Pelayanan medik dan kesehatan masyarakat bercakupan lintas kabupaten/kota melalui rumah sakit dan balai (balai kesehatan mata masyarakat, balai pengobatan penyakit paru-paru, balai kesehatan kerja masyarakat, balai laboratorium kesehatan, balai teknik kesehatan lingkungan, dan lain-lain).
14. Pelaksanaan upaya kesehatan dan sumber daya kesehatan lain yang bersifat strategis secara lintas kabupaten/kota
15. Pemantauan dan evaluasi program-program dan upaya-upaya kesehatan di wilayah propinsi serta menyusun dan mengkoordinasikan pelaporannya ke Departemen Kesehatan

2.3.3 Kewenangan pemerintah kabupaten/kota

Pemerintah Kabupaten/Kota memegang kewenangan desentralisasi luas dan tugas pembantuan, yang di bidang kesehatan dapat dirumuskan sebagai berikut :

1. Penyusunan rencana strategis kesehatan wilayah kabupaten/kota dan koordinasi penyusunan rencana tahunan kesehatan kabupaten/kota.
2. Penyehatan lingkungan yang tidak berpotensi dampak lintas kabupaten/kota.
3. Pencegahan dan penanggulangan kecelakaan dan rudapaksa.
4. Pelaksanaan dan koordinasi surveilans epidemiologi, kesehatan haji, serta penanggulangan krisis kesehatan, wabah, kejadian luar biasa, dan bencana alam dalam skala kabupaten/kota.
5. Pelayanan medik skala kabupaten/kota melalui Puskesmas, Rumah Sakit, dll.
6. Pelayanan kesehatan masyarakat yang meliputi perbaikan gizi masyarakat, upaya kesehatan keluarga, upaya kesehatan usia sekolah dan olah raga, laboratorium kesehatan, serta upaya kesehatan kerja skala kabupaten/kota melalui puskesmas dan sarana atau cara-cara lain.
7. Pemberantasan penyakit dan imunisasi dalam lingkup kabupaten/kota melalui puskesmas dan sarana atau cara-cara lain.
8. Pengembangan Bapel JPKM, pengembangan kepesertaan masyarakat dalam JPKM, dan penyelesaian perselisihan JPKM skala kabupaten/kota.
9. Bimbingan dan pengendalian terhadap upaya pengembangan sistem pembiayaan kesehatan di luar JPKM berskala kabupaten/kota/kecamatan/desa.
10. Pengadaan, penyimpanan, dan distribusi obat dan perbekalan farmasi untuk pelayanan kesehatan di kabupaten/kota.
11. Rekrutmen dan pendayagunaan tenaga kesehatan untuk Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.
12. Pendidikan tenaga kesehatan setingkat SLTA melalui UPT/Sekolah.
13. Pemberdayaan dan pelatihan tenaga kesehatan dalam skala kabupaten/kota.
14. Penyuluhan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat skala kabupaten/kota/kecamatan/desa.
15. Pengembangan kerjasama lintas sektor skala kabupaten/kota/kecamatan/desa.

2.3.3 Kewenangan pemerintah kabupaten/kota

Pemerintah Kabupaten/Kota memegang kewenangan desentralisasi luas dan tugas pembantuan, yang di bidang kesehatan dapat dirumuskan sebagai berikut :

1. Penyusunan rencana strategis kesehatan wilayah kabupaten/kota dan koordinasi penyusunan rencana tahunan kesehatan kabupaten/kota.
2. Penyehatan lingkungan yang tidak berpotensi dampak lintas kabupaten/kota.
3. Pencegahan dan penanggulangan kecelakaan dan rudapaksa.
4. Pelaksanaan dan koordinasi surveilans epidemiologi, kesehatan haji, serta penanggulangan krisis kesehatan, wabah, kejadian luar biasa, dan bencana alam dalam skala kabupaten/kota.
5. Pelayanan medik skala kabupaten/kota melalui Puskesmas, Rumah Sakit, dll.
6. Pelayanan kesehatan masyarakat yang meliputi perbaikan gizi masyarakat, upaya kesehatan keluarga, upaya kesehatan usia sekolah dan olah raga, laboratorium kesehatan, serta upaya kesehatan kerja skala kabupaten/kota melalui puskesmas dan sarana atau cara-cara lain.
7. Pemberantasan penyakit dan imunisasi dalam lingkup kabupaten/kota melalui puskesmas dan sarana atau cara-cara lain.
8. Pengembangan Bapel JPKM, pengembangan kepesertaan masyarakat dalam JPKM, dan penyelesaian perselisihan JPKM skala kabupaten/kota.
9. Bimbingan dan pengendalian terhadap upaya pengembangan sistem pembiayaan kesehatan di luar JPKM berskala kabupaten/kota/kecamatan/desa.
10. Pengadaan, penyimpanan, dan distribusi obat dan perbekalan farmasi untuk pelayanan kesehatan di kabupaten/kota.
11. Rekrutmen dan pendayagunaan tenaga kesehatan untuk Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.
12. Pendidikan tenaga kesehatan setingkat SLTA melalui UPT/Sekolah.
13. Pemberdayaan dan pelatihan tenaga kesehatan dalam skala kabupaten/kota.
14. Penyuluhan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat skala kabupaten/kota/kecamatan/desa.
15. Pengembangan kerjasama lintas sektor skala kabupaten/kota/kecamatan/desa.

16. Pemberdayaan dan pengembangan kerjasama dengan organisasi kemasyarakatan dan profesi kesehatan lingkup kabupaten/kota.
17. Koordinasi pencatatan dan pelaporan data serta pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Kabupaten/Kota yang berkait dengan Sistem Informasi Kesehatan Propinsi dan Sistem Informasi Kesehatan Nasional.
18. Pembuatan daftar masalah kesehatan masyarakat kabupaten/kota dan agenda penelitiannya serta penyampaian agenda berikut tahapan, prioritas, dan lain-lainnya kepada pihak terkait.
19. Pembuatan dan atau penjarangan usulan penelitian berskala kabupaten/kota dari pihak-pihak terkait untuk disampaikan ke Departemen Kesehatan.
20. Pelaksanaan penelitian dan pengembangan kesehatan (termasuk survei cepat) skala kabupaten/kota.
21. Bimbingan, pengendalian, dan pembinaan jaringan serta kerjasama penelitian dan pengembangan kesehatan dalam lingkup kabupaten/kota.
22. Koordinasi penyelenggaraan seminar dalam rangka pelaksanaan penelitian berskala kabupaten/kota.
23. Inventarisasi, klasifikasi, dan evaluasi hasil-hasil penelitian dan pengembangan kesehatan di kabupaten/kota untuk diseminasikan.
24. Perizinan, akreditasi, bimbingan, dan pengendalian pelayanan medik yang dilaksanakan oleh swasta dan pemerintah lingkup kabupaten/kota.
25. Perizinan, akreditasi, bimbingan dan pengendalian pelayanan kesehatan masyarakat yang dilaksanakan oleh swasta dan pemerintah lingkup kabupaten/kota.
26. Perizinan, akreditasi, bimbingan dan pengendalian Bapel JPKM, kepesertaan JPKM dan pelaksana Pemeliharaan Kesehatan berskala kabupaten/kota
27. Perizinan, akreditasi, bimbingan, dan pengendalian penyelenggaraan apotik
28. Perizinan, akreditasi, bimbingan dan pengendalian pelayanan/praktek tenaga kesehatan.
29. Perizinan, akreditasi, bimbingan dan pengendalian terhadap pendidikan tenaga kesehatan setingkat SLTA yang diselenggarakan oleh masyarakat/swasta.

30. Pemantauan dan evaluasi program-program dan upaya-upaya kesehatan di wilayah kabupaten/kota serta menyusun dan mengkoordinasikan pelaporannya ke Departemen Kesehatan.

2.4 Desentralisasi Bidang Kesehatan

Pelimpahan kewenangan oleh pemerintah pusat ke daerah otonom di bidang kesehatan sesungguhnya telah berlangsung sejak 1950an. Pada tahun 1970, desentralisasi kesehatan ini diperkuat dengan dibentuknya Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) di kecamatan seluruh Indonesia, yang kemudian diserahkan sebagai Unit Pelaksana Teknis dari Dinas Kabupaten / Kota. Desentralisasi kesehatan ini makin diperkuat lagi dengan terbitnya PP No. 7 tahun 1987 tentang pengalihan sebagian urusan kesehatan kepada pemerintah daerah. Berlandaskan peraturan pemerintah ini, pada tahun 1990an pelimpahan bidang kesehatan ini makin ditingkatkan dengan didelegasikannya sebagian urusan perijinan kepada pemerintah daerah. Ketika dirimuskannya visi, misi dan strategi baru pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat, ditegaskan lagi bahwa desentralisasi merupakan salah satu strateginya. Keberadaan UU no. 22 dan 25 tahun 1999 serta PP no. 25 tahun 2000 merupakan dukungan politis yang kuat untuk terealisirnya desentralisasi bidang kesehatan.

Desentralisasi kesehatan bertujuan untuk mewujudkan pembangunan nasional di bidang kesehatan yang berlandaskan prakarsa dan aspirasi masyarakat dengan cara memberdayakan, menghimpun dan mengoptimalkan potensi daerah untuk kepentingan daerah dan nasional dalam mencapai Indonesia Sehat 2010. Pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan didasarkan pada prinsip sebagai berikut :

1. Dalam kaitan negara kesatuan Republik Indonesia, pemerintah pusat tetap bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan secara nasional. Desentralisasi bukan dimaksudkan sebagai dikotomi antara pusat dan daerah.
2. Secara nasional pemerintah pusat berwenang dalam pengembangan berbagai kebijakan, regulasi, standarisasi, perencanaan program kesehatan, penetapan berbagai indikator kinerja untuk mencapai tujuan pembangunan.

3. Pemerintah pusat berkewajiban menjamin tersedianya pelayanan kesehatan bagi kelompok rentan dan miskin, penanggulangan kejadian luar biasa dan bencana dan masalah kesehatan lintas provinsi dan lintas negara.
4. Pemerintah pusat berkewajiban mendukung pengembangan kemampuan daerah yang dilaksanakan melalui peningkatan kapasitas, bantuan teknik dan peningkatan citra
5. Daerah bertanggung jawab mengelola sumber daya yang tersedia di wilayahnya secara optimal dalam mewujudkan pencapaian kinerja sistem kesehatan di wilayahnya sebagai bagian integral dari pembangunan kesehatan nasional
6. Desentralisasi pada dasarnya adalah suatu jejaring antara Pusat dan Daerah yang saling melengkapi yang memperkuat kesatuan dan persatuan bangsa dan negara Indonesia.
7. Desentralisasi memberdayakan dan meningkatkan peran masyarakat dalam pembangunan kesehatan, termasuk pengawasan sosial dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pemerintahan yang baik dan bertanggungjawab

Adapun strategi dan pokok-pokok program aksi yang dikembangkan oleh Departemen Kesehatan untuk mencapai keberhasilan desentralisasi dalam bidang kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Pembangunan komitmen, citra kesehatan dan peran masyarakat
2. Pemantapan kelembagaan dan manajemen
3. Pengambagan sumber daya manusia
4. Pemantapan pembiayaan
5. Pengembangan sarana dan prasarana

2.5 Puskesmas dan Puskesmas Reformasi

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah satuan organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepatguna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut

diselenggarakan dengan menitikberatkan pada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan perorangan. Secara administratif berkedudukan Puskesmas merupakan perangkat Pemerintah Daerah Tingkat II dan bertanggung jawab langsung baik teknis maupun administratif kepada Kepala Dinas Kesehatan Daerah Tingkat II.

Adapun fungsi Puskesmas adalah sebagai berikut :

1. Sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya
2. Sebagai pusat pembinaan peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat
3. Sebagai pusat untuk memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh, terpadu dan bermutu kepada masyarakat dalam rangka memelihara dan melindungi kesehatan masyarakat

Sejalan dengan diberlakukannya kebijakan otonomi daerah dan upaya meningkatkan kinerja Puskesmas, saat ini Departemen Kesehatan sedang mengembangkan Puskesmas Reformasi melalui beberapa kebijakan :

1. Puskesmas harus merupakan unit mandiri dalam mengembangkan fungsinya untuk memenuhi kebutuhan masyarakat sesuai kemampuan yang tersedia
2. Puskesmas perlu merumuskan visi secara jelas dan merumuskan misi untuk mewujudkan visinya.
3. Kegiatan pokok Puskesmas tidak harus seragam di setiap Puskesmas karena situasi dan kondisi serta tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan sangat berbeda dari masyarakat yang satu ke masyarakat yang lain

Secara umum yang dimaksud dengan Puskesmas setelah direformasi adalah satuan unit pelaksanaan pelayanan kesehatan mandiri terdapat dari dinas kesehatan kota / kabupaten yang menyelenggarakan upaya kesehatan secara menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat. Pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas dilakukan melalui berbagai upaya yaitu :

1. Pemberdayaan masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna

2. Pembiayaan yang dipikul oleh pemerintah dan dana masyarakat melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)
3. Upaya kesehatan dititikberatkan pada promotif, preventif serta meningkatkan mutu pelayanan

Kewenangan yang diberikan kepada Puskesmas setelah reformasi Puskesmas lebih besar dibandingkan dengan sebelum direformasi. Kewenangan tersebut adalah :

1. Melaksanakan dan mengendalikan upaya kesehatan
2. Mengelola alokasi anggaran Puskesmas sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan
3. Pengelolaan dan pembinaan karier pegawai atau tenaga kesehatan di Puskesmas
4. Pengembangan dan pengendalian Sistem Informasi Kesehatan (SIK)
5. Koordinasi dan kerjasama dengan lintas sektor, swasta, Lemabag Swadaya Masyarakat (LSM) dan masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Ada hal penting didalam konsep Puskesmas Reformasi, yaitu perlu dilakukan suatu upaya oleh Puskesmas untuk menciptakan kemitraan yang konkrit antara masyarakat dan Puskesmas sehingga diperlukan wadh semacam Badan Penyantun Puskesmas.

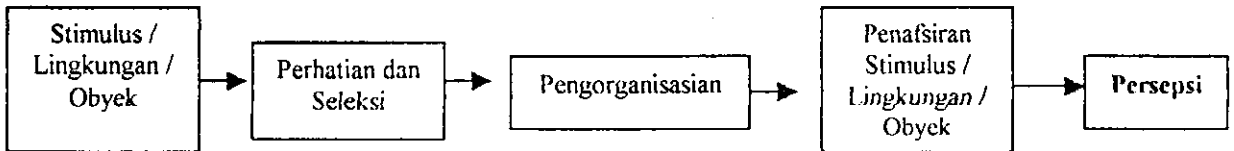
2.6 Persepsi

Persepsi merupakan pandangan seseorang tentang lingkungan atau stimulus tertentu. Persepsi dapat juga diartikan sebagai pengalaman individu terhadap suatu situasi atau lingkungan tertentu. Oleh karena itu, persepsi antara orang yang satu dengan yang lain mungkin akan berbeda tentang situasi atau lingkungan yang sama. Persepsi seseorang terwujud dalam suatu kerangka yang terorganisir yang telah dibentuk berdasarkan pengalaman dan nilai yang ada pada orang tersebut. Persepsi seseorang selain dipengaruhi oleh pengalamannya, juga dipengaruhi oleh masalah yang dihadapi, kepentingan dan latar belakang tertentu pada seseorang.

Selain itu persepsi dapat diartikan sebagai suatu proses dimana individu mengorganisasikan dan menafsirkan kesannya untuk memberi arti tertentu pada lingkungannya. Persepsi ini penting dalam membahas atau mengkaji perilaku individu dan kelompok, karena perilaku manusia seringkali ditentukan oleh persepsinya terhadap

relita atau situasi lingkungan tertentu, bukan realitas diri sendiri. Faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang adalah pemberi kesan, obyek atau sasaran yang dipersepsikan serta konteks situasi pada saat persepsi diciptakan.

Berikut ini adalah proses pembentukan persepsi seseorang :



Persepsi adalah suatu proses mental dan kesadaran seseorang untuk menterjemahkan, menginterpretasikan atau memahami lingkungan atau situasi disekitarnya. Proses pembentukan persepsi diawali dengan adanya stimulus pada seseorang, kemudian menyeleksi dan mengorganisir stimulus tersebut, menyimpan stimulus yang diterima dan menafsirkan stimulus yang ada dalam bentuk yang berarti bagi individu tersebut.

Persepsi pada hakikatnya adalah proses kognitif yang dialami oleh setiap orang dalam memahami informasi tentang lingkungannya, baik lewat pengelihatian, pendengaran, penghayatan, perasaan dan penciuman. Kunci untuk memahami persepsi adalah terletak pada pengenalan bahwa persepsi itu merupakan suatu penafsiran yang unik terhadap situasi, dan bukannya suatu pencatatan yang benar terhadap situasi. Menurut Duncan (Thoha, 1999) menyebutkan bahwa persepsi itu dapat dirumuskan dengan berbagai cara, tetapi dalam ilmu perilaku khususnya psikologi, istilah ini dipergunakan untuk mengartikan perbuatan yang lebih dari sekedar mendengarkan, melihat atau merasakan sesuatu.

Berdasarkan berbagai pengertian diatas, maka dapat diambil kesimpulan bahwa persepsi merupakan suatu penilaian atau gambaran seseorang terhadap suatu obyek atau lingkungan atau stimulus melalui proses tertentu yang ada pada diri orang tersebut, dan persepsi ini bisa berbeda antara orang yang satu dengan orang yang lain terhadap obyek atau lingkungan atau situasi yang sama

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang yaitu :

1. Karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, motivasi, status ekonomi, dan sebagainya)
2. Stimulus (ukuran, intensitas, frekuensi, kontras, pengulangan, perubahan dan stimulus yang baru)
3. Pengalaman terhadap stimulus yang sama atau yang berbeda

BAB 3

TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

3.1 Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum :

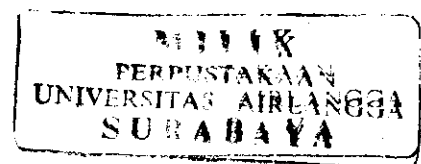
Menganalisis persepsi kepala Puskesmas terhadap konsep otonomi daerah bidang kesehatan.

2. Tujuan Khusus :

- a. Mengidentifikasi pengetahuan dan persepsi kepala Puskesmas terhadap konsep otonomi daerah dan otonomi daerah bidang kesehatan
- b. Mengidentifikasi persepsi kepala Puskesmas terhadap kemungkinan penerapan, keberhasilan dan kegagalan penerapan konsep otonomi daerah bidang kesehatan di Puskesmas
- c. Mengidentifikasi persepsi kepala Puskesmas terhadap kewenangan Puskesmas dalam otonomi daerah bidang kesehatan
- d. Mengidentifikasi persepsi kepala Puskesmas terhadap hubungan antara Dinas Kesehatan, Rumah Sakit dan Puskesmas dalam penerapan konsep otonomi daerah bidang kesehatan

3.2 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dipakai sebagai masukan bagi pemerintah daerah kotamadya Surabaya, khususnya Dinas Kesehatan Kotamadya dalam menerapkan konsep otonomi daerah bidang kesehatan terutama dalam pelayanan di Puskesmas menuju Puskesmas Reformasi



BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan rancangan crosssectional

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di kotamadya Surabaya yang memiliki 37 Puskesmas dan dilakukan selama 6 bulan

4.3 Sumber Informasi (Responden)

Sumber informasi dalam penelitian ini adalah Kepala Puskesmas di lokasi penelitian. Dalam penelitian ini, sumber informasi sebanyak 10 kepala Puskesmas yang terdiri dari 1 Puskesmas Perawatan dan 9 Puskesmas Non Perawatan.

4.4 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian ini adalah kuesioner dalam bentuk pertanyaan terbuka dan tertutup

4.5 Cara Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dengan wawancara mendalam berdasarkan pertanyaan yang ada pada kuesioner dengan mendatangi sumber informasi (Kepala Puskesmas) di Puskesmasnya masing-masing. Untuk dapat melakukan wawancara, terlebih dahulu membuat perjanjian untuk waktu pelaksanaan wawancara antara peneliti dengan Kepala Puskesmas.

4.6 Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini meliputi karakteristik kepala Puskesmas, pengetahuan tentang otonomi daerah bidang kesehatan, persepsi tentang otonomi daerah bidang kesehatan

4.7 Teknik Analisis dan Penyajian Data

Analisis dilakukan secara deskriptif dengan melihat substansi jawaban dari sumber informasi. Data yang telah dianalisis disajikan dalam bentuk narasi

4.8 Jadwal Waktu Pelaksanaan

No	Kegiatan	Bulan Ke-																				
		I			II			III			IV			V			VI					
1.	Pengurusan perijinan	x	x																			
2.	Persiapan lapangan		x	x																		
3.	Persiapan instrumen				x	x	x															
4.	Pelatihan enumerator						x															
5.	Pengumpulan data							x	x	x	x	x	x									
6.	Pengolahan data												x	x	x	x						
7.	Penyusunan laporan awal														x	x	x					
8.	Seminar hasil																	x				
9.	Perbaikan laporan																		x	x	x	
10.	Penggandaan laporan																					x

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Gambaran Umum Responden

Puskesmas yang menjadi sumber informasi (responden) dalam penelitian ini meliputi Puskesmas Perawatan (1 Puskesmas) dan Puskesmas Non Keperawatan sebanyak 9 Puskesmas. Dimana untuk respondennya adalah Kepala Puskesmas dengan usia antara 40-56 tahun, sudah menikah, serta memiliki pendidikan terakhir dokter. Seluruh responden telah memiliki masa kerja di Puskesmas selama 13 sampai 24 tahun dan menjabat sebagai kepala Puskesmas, dokter kedua, staf rumah sakit, serta staf Dinas Kesehatan.

Pada umumnya responden telah mendengar istilah otonomi daerah pertama kali pada tahun 1999-2000, melalui media massa (elektronik dan cetak) serta sosialisasi dari Dinas Kesehatan. Sedangkan mengenai otonomi daerah bidang kesehatan, sebagian besar responden pernah mendengar istilah otonomi daerah bidang kesehatan dari Dinas Kesehatan dan dari media massa.

5.2 Persepsi tentang Otonomi Daerah dan Otonomi Daerah Bidang Kesehatan

5.2.1 Persepsi tentang otonomi daerah

Sebagian besar responden mempersepsikan otonomi daerah sebagai kewenangan daerah dalam menentukan sendiri kebutuhannya baik itu dana, tenaga, maupun sumber daya yang lain sesuai dengan kondisi spesifik daerah. Otonomi daerah juga dipersepsikan bahwa kebutuhan daerah tidak di drop lagi dari pusat

... kewenangan daerah untuk menentukan apa yang bisa dikerjakan sendiri sesuai dengan kondisi daerah yang bersangkutan

... kewenangan daerah dalam semua hal termasuk masalah dana, tenaga dan lain sebagainya...

..... daerah memiliki wewenang untuk menentukannya sendiri.....

..... kewenangan pada daerah. Tidak di drop dari pemerintahan pusat.....

Selain itu, dalam otonomi daerah responden mempersepsikan bahwa pemerintah daerah memiliki kewenangan merumuskan kebijakan termasuk menyusun hak dan kewajiban daerah.

..... kewenangan pusat dilimpahkan pada daerah.....
Daerah otonomi akan memiliki wewenang untuk mengurus kebijakan.....

..... daerah punya wewenang sendiri dalam mengelola daerahnya.....juga ada kewajiban dan hak

Berdasarkan Undang-undang nomer 22 tahun 1999, otonomi daerah berarti bahwa kewenangan daerah otonomi untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Hal ini berarti bahwa persepsi responden terhadap otonomi daerah sudah baik, namun responden belum mempersepsikan bahwa dalam mengelola daerah, daerah harus selalu memperhatikan peraturan perundang-undangan yang ada.

5.2.2 Persepsi tentang otonomi daerah bidang kesehatan dan persepsi terhadap otonomi dan desentralisasi

Persepsi sebagian besar responden tentang otonomi daerah bidang kesehatan adalah kewenangan Puskesmas dalam menentukan program sesuai dengan kondisi wilayah kerjanya (semi swasta), berarti bahwa Puskesmas akan memiliki hak dan kewajiban tertentu. Semua responden mempersepsikan bahwa otonomi daerah bidang kesehatan menyangkut persoalan Puskesmas, hal ini dapat dimaklumi karena responden adalah Kepala Puskesmas.

.....kewenangan Puskesmas untuk mengendalikan derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas dengan menggali sendiri potensi yang ada di masyarakat setempat.....

.....kewenangan Puskesmas untuk mengendalikan program-program kesehatan sesuai dengan kondisi di lapangan.

.....pada pelaksanaan pelayanan di Puskesmas dimana penyusunan program kesehatan menjadi wewenang Puskesmas yang disesuaikan dengan kebutuhan wilayah kerjanya.....

Bahkan ada juga yang mempersepsikan otda bidang kesehatan merupakan suatu kondisi dimana Puskesmas merupakan institusi yang harus dapat menambah PAD. Selain itu ada responden yang mempersepsikan otda bidang kesehatan sebagai perubahan struktur organisasi Dinas Kesehatan yang berdampak pada pengelolaan pelayanan di Puskesmas terutama dalam hal program dan pengadaan obat.

.....Saya belum mengetahui secara gamblang tentang otonomi daerah bidang kesehatan. Namun di tingkat Puskesmas sudah mulai terencana. Dimana Puskesmas menyusun program kesehatan kemudian diajukan melalui camat. Namun belum ada realisasi lebih lanjut.....

Terjadinya perubahan struktur organisasi di Dinas Kesehatan, hal ini berdampak pada pelaksanaan pelayanan di Puskesmas dimana penyusunan program kesehatan menjadi wewenang Puskesmas yang disesuaikan dengan kebutuhan wilayah kerjanya. Selain itu pengadaan obat tidak dilakukan oleh Depkes tetapi oleh Pemda.

... Otonomi daerah bidang kesehatan di Puskesmas ditandai dengan Puskesmas menyusun perencanaan program kerjanya untuk kemudian diajukan ke pemerintah daerah (Pemkot Surabaya).

...Otonomi daerah bidang kesehatan di Puskesmas berarti Puskesmas membuat pengelolaan sendiri dan tidak lagi diperintah oleh Pusat.

...Otonomi daerah bidang kesehatan artinya semua keputusan dari daerah. Sebagai ujung tombak akan terlihat pada pengelolaan di Puskesmas....

Mengenai pengertian antara otonomi dan desentralisasi, sebagian besar responden mengatakan berbeda. Letak perbedaan itu adalah untuk otonomi memiliki pengertian yang lebih luas dari desentralisasi. Dimana otonomi berarti keputusan terletak pada kewenangan daerah. Sedangkan desentralisasi dalam pengambilan keputusan masih ada koordinasi dengan pemerintah Pusat.

... Desentralisasi berarti segala keputusan ditentukan sendiri oleh daerah, sedangkan otonomi masih ada koordinasi dengan pusat

... kebijakan tetap dari Pemerintah Pusat sedangkan pelaksanaannya diserahkan ke daerah ... sedangkan otonomi berarti adanya kewenangan penuh daerah untuk menentukan sendiri kebutuhannya termasuk dalam hal dana dan tenaga....

... otonomi berarti disesuaikan dengan daerah masing-masing sedangkan desentralisasi seluruh program terpusat dari pemerintah pusat....

Walaupun demikian masih ada sebagian kecil responden yang mengatakan bahwa desentralisasi dan otonomi memiliki pengertian yang sama.

... Sama pengertian desentralisasi dan otonomi daerah...

... Sama. Yakni kewenangan pusat dilimpahkan ke daerah namun otonomi daerah lebih luas dibandingkan desentralisasi...

5.3 Persepsi tentang Kemungkinan Penerapan, Keberhasilan dan Kegagalan Otonomi Daerah Bidang Kesehatan

5.3.1 Kemungkinan penerapan otonomi daerah bidang kesehatan di Puskesmas

Hampir semua responden (80%) menyatakan bahwa desentralisasi bidang kesehatan terutama untuk Puskesmas kemungkinan besar dapat diterapkan dengan baik. Agar dapat berjalan dengan baik, beberapa persyaratan harus dipenuhi terutama kesiapan semua sumber daya di Puskesmas. Persyaratan tersebut terutama dalam hal ketersediaan sumber daya di Puskesmas antara lain sumber daya manusia (SDM), dana, fasilitas dan sarana, serta peraturan perundang-undangan.

... Otonomi daerah bidang kesehatan dapat dilaksanakan apabila semua komponen yang dibutuhkan sudah siap. Meliputi : SDM, Dana, Subsidi dari Pemerintah, fasilitas atau sarana....

... Dalam otonomi daerah bidang kesehatan dapat berjalan secara baik bila didukung dengan perangkat undang-undang (aturan yang jelas)...

... Penerapan otoda bidang kesehatan di Puskesmas akan berjalan dengan baik apabila ditunjang dengan dana yang cukup...

... Penerapan otoda bidang kesehatan di Puskesmas dapat berhasil apabila ada komitmen dari semua komponen...

Walaupun sebagian besar responden menyatakan bahwa otonomi daerah kemungkinan besar bias diterapkan di Puskesmas, namun sekitar 20% responden menyatakan pesimis terhadap penerapan tersebut. Pesimistis tersebut disebabkan karena dengan penerapan otonomi daerah bidang kesehatan di Puskesmas, akan menyebabkan daerah meminta Puskesmas untuk menyetorkan retribusi untuk masuk sebagai Pendapatan Asli Daerah (PAD) dan hal ini akan memberatkan masyarakat.

... Saya sangat pesimis dengan pelaksanaan otonomi daerah bidang kesehatan Namun dengan adanya otonomi daerah, daerah akan meminta Puskesmas untuk menyetorkan sekian retribusi Puskesmas untuk masuk ke Kas daerah...

... dapat disimpulkan bahwa saat ini masyarakat belum siap menghadapi otonomi Puskesmas. Namun lambat laun masyarakat akan siap juga....

5.3.2 Persepsi tentang keberhasilan dan kegagalan penerapan otonomi daerah bidang kesehatan bidang kesehatan

Sebagian besar responden (60%) berpendapat bahwa otoda bidang kesehatan dapat berhasil apabila didukung oleh komponen yang meliputi SDM, dana dan Undang-Undang. Selain itu ada responden yang lain (20%) juga mengatakan bahwa faktor kemampuan daerah dalam hal ini adalah masyarakat juga berpengaruh terhadap keberhasilan otoda bidang kesehatan. Ada juga sebagian kecil responden yang mengaku

tidak tahu kemungkinan keberhasilan otoda bidang kesehatan karena hal ini masih akan dijalankan tahun depan.

Adapun menurut sebagian besar responden, faktor yang perlu dipersiapkan sebelum diberlakukannya otonomi daerah bidang kesehatan, sehingga dapat berhasil dengan baik yaitu :

- a. Sumber daya manusia (SDM)
- b. Dana
- c. Fasilitas fisik

...Otda bidang kesehatan di Puskesmas dapat berjalan dengan baik apabila dana untuk Puskesmas itu dapat dipenuhi dan jelas sumbernya

...Penerapan otda bidang kesehatan di Puskesmas akan berjalan apabila ditunjang dengan dana yang cukup...

Selain faktor diatas, ada beberapa faktor lain yang disebutkan oleh sebagian kecil responden, yaitu :

- a. Peraturan perundang-undangan
- b. Pelatihan manajemen Puskesmas
- c. Masyarakat
- d. Sarana (laboratorium)
- e. Penyusunan program
- f. Sistem informasi antar instansi
- g. Rasionalisasi tarif Puskesmas

...Otda bidang kesehatan dapat berhasil bila didukung oleh undang-undang...

... kerjasama lintas sektor antar Puskesmas dan kecamatan yang selama ini sudah berjalan sangat baik merupakan faktor pendukung terhadap pelaksanaan otda bidang kesehatan terutama di Puskesmas....

... Otonomi daerah bidang kesehatan di Puskesmas dapat berhasil apabila didukung oleh masyarakat setempat

Menurut sebagian besar responden (60%), keberhasilan penerapan otonomi daerah bidang kesehatan di Puskesmas ditentukan oleh 2 faktor utama yaitu :

- a. Faktor internal Puskesmas, meliputi sumber daya manusia (terutama kualitasnya), fasilitas pendukung lain (sistem manajemen), tarif Puskesmas
- b. Faktor eksternal Puskesmas, meliputi pemerintah kota dan pertauran perundang-undangan

1. *SDM, terutama mengenai pengetahuan SDM tentang otonomi daerah bidang kesehatan.*
2. *Sistem Informasi, yaitu adanya keterbukaan pada instansi yang terkait meliputi pihak Puskesmas, Dinas Kesehatan*
3. *Pelatihan-pelatihan, guna mensosialisasikan konsep otonomi daerah, termasuk bidang kesehatan.*
4. *Dana ...*

...perangkat undang-undang tentang pelaksanaan otoda bidang kesehatan terutama di Puskesmas...

- a. *aturan yang jelas tentang otoda*
- b. *dana yang mencukupi*
- c. *masyarakat (pemahaman masyarakat tentang otoda bidang kesehatan khususnya di Puskesmas)*
- d. *Sumber daya manusia ...*

- a. *Intern Puskesmas : (1). Peningkatan kemampuan SDM Puskesmas dalam hal pengetahuan, penyegaran dan manajemen kesehatan Puskesmas dalam otonomi daerah. (2). Penyusunan program yang terencana dengan baik sesuai dengan kebutuhan daerah setempat. (3). Dana*
- b. *Ekstern Puskesmas : Undang-Undang yang mengatur pelaksanaan otonomi daerah terutama bidang kesehatan (di Puskesmas)...*

... Kemampuan SDM Puskesmas baik dalam hal kualitas maupun kuantitas, penyesuaian tarif Puskesmas yang rasional, yang sesuai dengan kebutuhan operasional Puskesmas ...

Menurut sebagian besar responden (60%), keberhasilan penerapan otonomi daerah bidang kesehatan di Puskesmas ditentukan oleh 2 faktor utama yaitu :

- a. Faktor internal Puskesmas, meliputi sumber daya manusia (terutama kualitasnya), fasilitas pendukung lain (sistem manajemen), tarif Puskesmas
- b. Faktor eksternal Puskesmas, meliputi pemerintah kota dan pertauran perundang-undangan

1. *SDM, terutama mengenai pengetahuan SDM tentang otonomi daerah bidang kesehatan.*
2. *Sistem Informasi, yaitu adanya keterbukaan pada instansi yang terkait meliputi pihak Puskesmas, Dinas Kesehatan*
3. *Pelatihan-pelatihan, guna mensosialisasikan konsep otonomi daerah, termasuk bidang kesehatan.*
4. *Dana ...*

...perangkat undang-undang tentang pelaksanaan otoda bidang kesehatan terutama di Puskesmas...

- a. *aturan yang jelas tentang otoda*
- b. *dana yang mencukupi*
- c. *masyarakat (pemahaman masyarakat tentang otoda bidang kesehatan khususnya di Puskesmas)*
- d. *Sumber daya manusia ...*

- a. *Intern Puskesmas : (1). Peningkatan kemampuan SDM Puskesmas dalam hal pengetahuan, penyegaran dan manajemen kesehatan Puskesmas dalam otonomi daerah. (2). Penyusunan program yang terencana dengan baik sesuai dengan kebutuhan daerah setempat. (3). Dana*
- b. *Ekstern Puskesmas : Undang-Undang yang mengatur pelaksanaan otonomi daerah terutama bidang kesehatan (di Puskesmas)...*

... Kemampuan SDM Puskesmas baik dalam hal kualitas maupun kuantitas, penyesuaian tarif Puskesmas yang rasional, yang sesuai dengan kebutuhan operasional Puskesmas ...

5.3.3 Persepsi tentang kegagalan Otda bidang kesehatan

Sebagian besar responden berpendapat bahwa otda bidang kesehatan dapat mengalami kegagalan apabila komponen yang dibutuhkan tidak siap, yaitu meliputi SDM, dana dan Undang-undang. Selain itu ada sebagian kecil responden yang mengatakan bahwa faktor masyarakat setempat yang tidak siap juga berpengaruh terhadap kegagalan otda bidang kesehatan. Namun ada juga responden yang berpendapat bahwa otda bidang kesehatan tidak dapat diprediksikan kemungkinan kegagalan dari otda bidang kesehatan dengan alasan hal ini masih akan dijalankan tahun depan.

....Dapat mengalami kegagalan apabila komponen yang dibutuhkan tidak mendukung....

Beberapa komponen yang dibutuhkan untuk mendukung pelaksanaan otonomi daerah tersebut adalah:

1. Peraturan perundang-undangan
2. Dana
3. Sumber Daya Manusia
4. Masyarakat

....Kegagalan otda bidang kesehatan disebabkan karena belum jelasnya aturan (juklak pelaksanaannya tidak ada) sehingga Puskesmas belum berani melangkah yang berkaitan dengan otda bidang kesehatan....

....Kegagalan otda bidang kesehatan disebabkan karena belum jelasnya aturan dan dana yang tidak mencukupi....

....Otonomi daerah bidang kesehatan di Puskesmas dapat gagal apabila tidak ada perbaikan dalam mekanisme pelaksanaannya yang didukung dengan Undang-Undang yang jelas...

.... SDM, dimana saat ini SDM yang ada di Puskesmas masih sangat terbatas kemampuannya. Terutama dalam hal manajemen Puskesmas dalam otonomi daerah ...

... Dana. Karena sebelum otonomi Puskesmas masih disubsidi oleh Pemerintah, sehingga dengan tarif yang hanya Rp. 1600 masih bisa memenuhi kebutuhan Puskesmas. Dan pada saat otonomi sudah dijalankan subsidi akan dicabut, sehingga harus ada penyesuaian tarif...

... Kesiapan masyarakat. Kemampuan masyarakat yang belum mendukung merupakan kendala, terutama dalam menghadapi kenaikan tarif Puskesmas....

Ketidakjelasan masing-masing komponen tersebut secara simultan akan memperbesar peluang gagalnya penerapan otonomi daerah bidang kesehatan. Adapun peranan dari masing-masing komponen tersebut diuraikan di bawah ini.

1. Peraturan perundang-undangan

Otonomi daerah merupakan sistem baru bagi pemerintahan di Indonesia. Kepastian tentang penerapan otonomi daerah ini sudah diketahui sejak tahun 1999, bersamaan dengan diundangkannya UUD No. 22/1999 tentang pemerintahan daerah dan UU No. 25/1999 tentang perimbangan keuangan antara pemerintah pusat dan daerah. Meskipun penerapannya sendiri baru dimulai pada tahun 2001, dengan pertimbangan diperlukan waktu 1 (satu) tahun untuk melakukan sosialisasi dan mempersiapkan semua komponen pendukungnya. Hanya saja, sayangnya dalam undang-undang tersebut belum secara jelas memberikan batasan atau rambu-rambu kegiatan yang dapat dilakukan oleh daerah.

Demikian juga tentang petunjuk pelaksanaan atau petunjuk teknisnya, hingga saat ini masih belum jelas sehingga Puskesmas ragu-ragu dalam melangkah. Sebagai contoh, peraturan dalam hal rekrutmen pegawai, dalam era otonomi ini sampai dimana kewenangan yang dimiliki Puskesmas belum diketahui secara pasti.

2. Dana

Dana yang mencukupi dibutuhkan untuk menunjang kelangsungan hidup Puskesmas. Hal ini terkait dengan adanya penjelasan bahwa secara bertahap subsidi dari pemerintah kepada Puskesmas akan semakin dikurangi. Jika besarnya subsidi yang diterima Puskesmas berkurang sementara Puskesmas belum memiliki kemampuan untuk menggali potensi sumber dananya sendiri, maka ini akan menjadi ancaman bagi kelangsungan hidup Puskesmas. Sumber dana apa yang bisa digali dan dimanfaatkan

oleh Puskesmas sampai saat ini juga masih belum dipahami dengan baik oleh kepala Puskesmas. Sebagai contoh, selama ini dengan tarif kunjungan sebesar Rp. 1.600,00, masih memadai karena subsidi dari pemerintah masih cukup besar. Jika nantinya subsidi tersebut benar-benar dihentikan, otomatis harus ada penyesuaian tarif agar Puskesmas tidak bangkrut. Mekanisme penyesuaian tarif serta kepastian bahwa hal itu bisa dilakukan oleh Puskesmas juga masih menjadi pertanyaan bagi beberapa pihak. Pentingnya aspek dana ini karena menyangkut upaya pengadaan sarana dan prasarana penunjang pelayanan kesehatan, termasuk untuk mencukupi kebutuhan obat yang merupakan kebutuhan esensial dalam proses pengobatan.

3. Sumber daya manusia

Sampai saat ini masih banyak Puskesmas yang merasa sumber daya manusianya belum mencukupi baik dilihat dari aspek jumlah (kuantitas) maupun aspek mutu (kualitas). Padahal untuk dapat melaksanakan otonomi dengan baik dua aspek tersebut merupakan prasarat yang sangat vital. Fungsi sumber daya manusia tersebut selain berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan juga berfungsi sebagai administrator dan manager bagi pelaksanaan setiap program kesehatan di Puskesmas. Justru kemampuan manajerial inilah yang dirasakan masih sangat kurang bagi petugas Puskesmas. Jika tidak segera ditanggulangi hal ini dapat menjadi ancaman serius bagi keberhasilan penerapan otonomi daerah bidang kesehatan di Puskesmas.

4. Masyarakat

Sekalipun tidak terlibat langsung dalam proses manajerial di puskesmas, tetapi kesiapan masyarakat menjadi hal yang cukup penting juga. Kesiapan masyarakat yang diharapkan di sini terutama adalah yang berkenaan dengan besarnya tarif pelayanan per kunjungan (per tindakan). Seringkali masyarakat merasa belum siap dan tidak mampu jika tarif Puskesmas dinaikkan padahal seperti dijelaskan sebelumnya bahwa penyesuaian tarif ini penting dilakukan

5.4 Persepsi tentang Penerapan Otonomi Daerah Bidang Kesehatan di Puskesmas

5.4.1 Kewenangan Puskesmas

Menurut sebagian besar responden, penerapan otonomi daerah bidang kesehatan akan membawa konsekuensi pada perubahan kewenangan Puskesmas. Perubahan yang dimaksud berupa bertambahnya kewenangan Puskesmas. Kewenangan tersebut terutama adalah dalam hal penyusunan dan pelaksanaan program, serta dalam hal penyusunan dan pengelolaan anggaran kesehatan di Puskesmas.

... Kewenangan Puskesmas dalam otonomi daerah adalah mengendalikan pelaksanaan program kesehatan di lapangan...

...Kewenangan Puskesmas dalam otonomi daerah bidang kesehatan akan lebih besar berkaitan dengan penyusunan program...

...Kewenangan Puskesmas dalam otonomi daerah bertambah terutama dalam mengelola anggaran, harus jelas berapa jumlahnya sehingga Puskesmas dapat mengelola dari awal...

... Kewenangan Puskesmas dalam otonomi daerah bertambah terutama dalam hal anggaran, dimana yang dulunya didrop dari Pusat sekarang dikelola dan diusahakan sendiri.

a. Penyusunan dan Pelaksanaan Program

Program kesehatan yang diterapkan di Puskesmas selama ini mengacu pada buku "Pedoman Kerja Puskesmas" dari pemerintah pusat yang sifatnya seragam untuk semua Puskesmas di Indonesia. Sehingga dalam masa tersebut hampir semua Puskesmas menjalankan program sejumlah 18 program yang dikenal dengan nama "18 Program Pokok Puskesmas". Sejalan dengan nuansa otonomi daerah, maka saat ini Puskesmas mempunyai kebebasan untuk menyusun dan melaksanakan program kesehatannya. Kewenangan Puskesmas dalam otonomi daerah bidang kesehatan akan lebih besar berkaitan dengan penyusunan program yang disesuaikan dengan kebutuhan setempat. Demikian juga dalam tahap pelaksanaannya, kewenangan Puskesmas dalam pengendalian akan lebih besar sesuai dengan kondisi daerah setempat, tidak berdasarkan target dari pusat. Meskipun untuk pelaporannya, Puskesmas tetap harus melapor ke Dinas Kesehatan Kota

b. Penyusunan dan pengelolaan anggaran

Kewenangan Puskesmas dalam hal mengelola anggaran dalam masa otonomi daerah semakin besar. Puskesmas dituntut untuk bisa menyusun dan mengusahakan sendiri anggaran yang dibutuhkan. Pada masa sebelum otonomi, jumlah dan alokasi anggaran untuk setiap Puskesmas sudah ditentukan oleh pemerintah pusat sehingga terkadang ditemukan adanya ketidak sinkronan antara kebutuhan dengan alokasi anggaran. Tetapi hal ini bukan berarti bahwa Puskesmas dilepas begitu saja oleh pemerintah. Pemerintah masih akan tetap berperan, hanya saja secara bertahap (perlahan-lahan) subsidi dari pemerintah akan dihilangkan. Untuk saat ini, obat masih perlu di drop dari pusat mengingat kemampuan keuangan Puskesmas masih sangat terbatas. Meskipun demikian hendaknya Puskesmas tetap diberi kebebasan untuk menentukan tarifnya sendiri, sesuai dengan kebutuhan Puskesmas.

Disamping pendapat tersebut di atas, dalam persentase yang relatif kecil, ternyata ada juga kepala Puskesmas yang menyatakan bahwa kewenangan Puskesmas dalam era otonomi daerah bidang kesehatan adalah tetap (tidak mengalami perubahan). Pendapat ini terutama dilatarbelakangi oleh pemikiran bahwa Puskesmas merupakan organisasi pelayanan sosial yang pelaksanaan kerjanya masih berada di bawah kendali Dinas Kesehatan, sehingga setiap program yang dijalankan harus sepengetahuan Dinas Kesehatan.

...Kewenangan Puskesmas baik sesudah maupun sebelum otonomi bidang kesehatan tidak berubah atau tetap karena Puskesmas merupakan organisasi layanan sosial...

.... kewenangan Puskesmas dalam otonomi daerah tidak bertambah disebabkan karena kerja Puskesmas masih dalam sepengetahuan Dinas termasuk dalam hal program

5.4.2 Hubungan antara Puskesmas, Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan

Hubungan antara Puskesmas dan Rumah sakit dalam otonomi daerah menurut sebagian besar responden adalah sebagai mitra dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang direalisasikan dalam bentuk rujukan pasien serta dalam hal transfer

informasi (konsultatif). Namun ada juga sebagian kecil responden yang berpendapat bahwa fungsi rumah sakit dan Puskesmas terpisah karena fungsi keduanya berbeda.

...Hubungan Rumah Sakit dengan Puskesmas adalah sebagai tempat rujukan dan transfer ilmu secara berkala

...Hubungan antara rumah sakit dan Puskesmas meliputi rujukan dalam arti pasien yang tidak bisa dilayani di Puskesmas akan dirujuk di rumah sakit sekaligus rumah sakit menginformasikan perkembangan pasien rujukan, transfer informasi dalam hal perkembangan pengetahuan dan teknologi kesehatan, sedangkan fungsi dari dinas kesehatan adalah monitoring...

...Hubungan antara rumah sakit dan Puskesmas adalah sebagai mitra

...Hubungan antara rumah sakit dengan Puskesmas sebagai rujukan pasien dan rujukan informasi

...Hubungan antara rumah sakit dengan Puskesmas adalah hubungan konsultatif yang baik selain untuk transfer informasi dan rujukan pasien.

Sedangkan hubungan antara Puskesmas dan Dinas Kesehatan dalam otoda seluruh responden berpendapat bahwa hubungan antara Puskesmas dan Dinas Kesehatan fungsional terutama menyangkut fungsi *monitoring* dan *controlling* Dinas Kesehatan pada Puskesmas.

...Puskesmas adalah instansi yang mempunyai hubungan fungsional dengan Dinas Kesehatan

... sedangkan hubungan antara Puskesmas dengan Dinas Kesehatan adalah Dinas tetap memberikan controlling, walaupun Puskesmas memiliki kewenangan sendiri dalam mengatur dirinya sendiri....

a. Hubungan antara Puskesmas dengan rumah sakit

Fungsi rujukan yang dijalankan oleh rumah sakit terdiri dari dua macam, yaitu rujukan medis dan rujukan ilmu pengetahuan. Rujukan medis berupa pengiriman pasien yang tidak bisa ditangani oleh Puskesmas kepada rumah sakit. Rujukan pasien ini terutama terjadi karena kondisi sumber daya di Puskesmas yang masih terbatas,

baik kemampuan sumber daya manusianya maupun peralatan yang tersedia. Sedangkan rujukan ilmu pengetahuan yang dimaksud berupa proses transfer informasi dari rumah sakit kepada Puskesmas. Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan yang lebih lengkap dari Puskesmas, baik dari segi peralatan maupun sumber daya manusianya diharapkan dapat menjadi lahan bagi petugas Puskesmas untuk menggali ilmu pengetahuan baru dalam dunia pelayanan kesehatan karena kasus-kasus yang ditangani rumah sakit lebih kompleks sifatnya dari pada di Puskesmas. Atau dengan terminologi yang lain, ada responden yang menyebut bentuk hubungan antara Puskesmas dengan rumah sakit ini sebagai hubungan konsultatif. Wujud riil dari bentuk kerja sama antara Puskesmas dengan rumah sakit tersebut misalnya dalam bentuk kunjungan dokter spesialis secara berkala ke Puskesmas. Selama ini beberapa contoh yang sudah berjalan khususnya baru pada spesialis kandungan (obgyn).

b. Hubungan antara Puskesmas dengan Dinas Kesehatan

Puskesmas merupakan unit pelayanan kesehatan yang langsung berhadapan dengan masyarakat. Sedang Dinas Kesehatan berkedudukan sebagai instansi vertikal di atas Puskesmas yang menjalankan fungsi monitoring dan kontroling. Oleh karena itu hubungan antara Puskesmas dengan Dinas Kesehatan lebih merupakan hubungan struktural - fungsional dalam aspek manajerial tersebut. Tetapi yang harus diingat ialah bahwa Puskesmas tetap mempunyai kewenangan dalam mengatur dirinya sendiri. Fungsi Dinas Kesehatan sebagai regulator pelaksanaan pembangunan kesehatan di satu wilayah kabupaten dan kota agar pembangunan kesehatan tidak bersifat *fragmented* melainkan tetap menjadi satu kesatuan yang dinamis. Bentuk hubungan seperti ini ada yang menyebutnya sebagai hubungan koordinatif, yaitu Dinas Kesehatan berfungsi mengkoordinasikan seluruh program kesehatan di Puskesmas se kabupaten dan kota agar tidak terjadi tumpang tindih yang memboroskan atau sebaliknya juga untuk mencegah adanya suatu area tertentu yang tidak tersentuh program kesehatan (tidak ada program kesehatan yang menggarapnya).

Tetapi dalam jumlah yang relatif kecil, ada kepala Puskesmas yang menyatakan bahwa antara Puskesmas dengan rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang berdiri sendiri (terpisah), karena fungsi rumah sakit dengan Puskesmas memang berbeda. Puskesmas bergerak pada area promotif dan preventif, sedang rumah sakit titik beratnya pada area kuratif dan rehabilitatif.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Secara umum persepsi Kepala Puskesmas di kota Surabaya terhadap otonomi daerah sudah cukup baik, artinya bahwa persepsinya sudah sesuai dengan konsep otonomi daerah yang ada pada kebijakan pemerintah. Dalam otonomi daerah, Kepala Puskesmas mempersepsikan bahwa daerah diberi kewenangan dalam menentukan kebutuhannya sendiri baik itu dana, tenaga maupun sumber daya lain yang disesuaikan dengan kondisi spesifik daerah. Selain itu, daerah juga memiliki kewenangan dalam merumuskan kebijakan termasuk menyusun hak dan kewajiban daerah. Sedangkan persepsi terhadap otonomi daerah bidang kesehatan masih belum memadai, artinya bahwa Kepala Puskesmas mempersepsikan otonomi daerah bidang kesehatan hanya dalam ruang lingkup Puskesmas tidak mencakup semua aspek kesehatan di daerah.

Adapun mengenai penerapan konsep otonomi daerah bidang kesehatan terutama untuk Puskesmas, secara umum mempersepsikan bahwa besar kemungkinan konsep tersebut dapat dijalankan dengan beberapa persyaratan tertentu. Persyaratan tersebut akan sangat menentukan keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan otonomi daerah bidang kesehatan terutama untuk Puskesmas. Paling tidak ada 3 komponen utama yang mempengaruhi keberhasilan dan kegagalan penerapan otonomi daerah bidang kesehatan di Puskesmas yaitu : Puskesmas sendiri, pemerintah dan masyarakat.

Mengenai penerapan otonomi daerah bidang kesehatan di Puskesmas, Kepala Puskesmas mempersepsikan bahwa kewenangan Puskesmas lebih kearah penentuan dan pelaksanaan program termasuk anggaran yang disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat sekitar. Namun demikian, ada juga Kepala Puskesmas yang pesimis terhadap penerapan konsep otonomi daerah bidang kesehatan di Puskesmas. Kelompok yang pesimis ini menyatakan bahwa dengan otonomi bidang kesehatan akan menyebabkan daerah meminta Puskesmas untuk menyetorkan retribusi untuk masuk sebagai PAD.

Sebagian besar Kepala Puskesmas mempersepsikan bahwa hubungan antara Puskesmas dengan Rumah Sakit dalam penerapan otonomi daerah bidang kesehatan lebih bersifat kemitraan, konsultatif serta sebagai jalur rujukan untuk Puskesmas. Sedangkan peran Dinas Kesehatan dalam hubungannya dengan Puskesmas lebih berbentuk koordinasi dan pengawasan.

6.2 Saran

Agar dalam penerapan dan pelaksanaan otonomi daerah bidang kesehatan dapat berjalan dengan baik, maka perlu diciptakan kesamaan persepsi antar semua komponen yang terlibat dalam penyelenggaraan kesehatan di kota mulai dari Dinas Kesehatan (Pemerintah Kota), Puskesmas maupun Rumah sakit. Bukan hanya persepsi pimpinan saja, namun seluruh staf harus memiliki persepsi yang sama.

Upaya yang dapat dilakukan untuk menyamakan persepsi berupa sosialisasi konsep otonomi daerah dan otonomi daerah bidang kesehatan melalui seminar atau pelatihan terstruktur. Kegiatan sosialisasi perlu dilakukan secara terus menerus dan berkesinambungan, sehingga ada ketrkaitan antara proses sosialisasi yang satu dengan sosialisasi yang lain.

Dalam implementasi otonomi daerah bidang kesehatan khusus untuk Puskesmas, perlu disusun suatu kebijakan yang jelas dan operasional sebagai petunjuk bagi Puskesmas. Kebijakan tersebut mencakup hak dan kewajiban Puskesmas serta batas kewenangan yang diberikan kepada Puskesmas dalam merencanakan, melaksanakan mengawasi kegiatan Puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

- Clarke, Liz, 1999, *The Essence of Change : Manajemen Perubahan*, Penerjemah : Martin Muslie dan Magdalena S., Penerbit Andi, Yogyakarta
- Cushway, Barry dan Derek Lodge, 1995, *Organisational Behavior and Design : Perilaku dan Desain Organisasi (Struktur – Pekerjaan dan Peran – Komunikasi – Motivasi)*, Alih Bahasa : Sularno Tjiptowardojo, PT. Elex Media Komputindo, Jakarta.
- Davis, Keith dan John W. Newstrom, 1996, *Perilaku Dalam Organisasi : Jilid 1*, Edisi Ketujuh, Alih Bahasa : Agus Dharma, Penerbit Erlangga, Jakarta
- Luthans, Fred, 1995, *Organizational Behavior*, Seventh Edition, McGraw-Hill Inc., USA.
- Mills, A., Vaughan J., Smith D., Tabibzadeh I., 1989, *Health System Decentralization : Concept, Issue and Country Experience*, alih bahasa, World Health Organization
- Mochny, I., 2001, Desentralisasi di beberapa negara, *Simposium Nasional Sistem Kesehatan Wilayah*, Nopember 2001, Surabaya
- Nimran, Umar, 1999, *Perilaku Organisasi*, Edisi Revisi, CV. Citra Media, Surabaya
- Shortell, Stephen M. dan Arnold D. Kaluzny, 1994, *Health Care Management, Organization Design and Behavior*, 3rd Edition, Delmar Publishers Inc., New York.
- Thoha, Miftah, 1999, *Perilaku Organisasi : Konsep Dasar dan Aplikasinya*, PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Tim Redaksi Citra Umbara, 2001, *Peraturan Pemerintah Tentang Otonomi Daerah 2001*, Penerbit Citra Umbara, Bandung
- Tim Redaksi Arkola, 2000, *Undang-undang Otonomi Daerah 1999*, Penerbit Arkola, Surabaya.
- Tyson, Shaun dan Tony Jackson, 2000, *The Essence of Organizational Behavior : Perilaku Organisasi*, Penerjemah : Deddy Jacobus dan Dwi Prabantini, Penerbit Andi, Yogyakarta

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN

**“PERSEPSI KEPALA PUSKESMAS DI KOTA SURABAYA TERHADAP KONSEP
OTONOMI DAERAH BIDANG KESEHATAN”**

A. IDENTITAS RESPONDEN

Nama Puskesmas :

Janis Puskesmas : 1. Perawatan
2. Non Perawatan

Nama Responden :

Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan

Umur : Tahun

Status Perkawinan : 1. Menikah 2. Belum Menikah 3. Duda / Janda

Pendidikan Terakhir : 1. Dokter 2. Dokter Gigi
3. Sarjana Kesehatan lain : sebutkan

Pengalaman Kerja setelah Lulus Pendidikan :

1. Sebagai di tahun s/d
2. Sebagai di tahun s/d
3. Sebagai di tahun s/d
4. Sebagai di tahun s/d

B. PENGETAHUAN RESPONDEN

1. Kapan Saudara pertama kali mendengar istilah otonomi daerah ? dan darimana ?
2. Pernahkan Saudara mendengar istilah otonomi daerah bidang kesehatan ? dan darimana ?
3. Apakah yang Saudara ketahui dan Saudara persepsikan tentang otonomi daerah ?
Berilah kesempatan responden untuk memberikan jawaban selengkap-lengkapya

4. Apakah yang Saudara ketahui dan Saudara persepsikan tentang otonomi daerah bidang kesehatan ? Berilah kesempatan responden untuk memberikan jawaban selengkap-lengkapny
5. Apakah sama pengertian otonomi dengan desentralisasi ? Berilah kesempatan responden untuk memberikan jawaban selengkap-lengkapny
6. Bagaimanakah persepsi atau pemahaman Saudara tentang otonomi daerah ?
7. Bagaimanakah persepsi atau pemahaman Saudara tentang otonomi daerah bidang kesehatan ?
8. Bagaimanakah persepsi Saudara terhadap kemungkinan penerapan otonomi daerah bidang kesehatan di Puskesmas ?
9. Bagaimanakah persepsi Saudara terhadap kemungkinan keberhasilan dalam penerapan otonomi daerah bidang kesehatan di Puskesmas ?
10. Apa yang perlu dipersiapkan agar otonomi daerah bidang kesehatan ini dapat berhasil dengan baik ?
11. Bagaimanakah persepsi Saudara terhadap kemungkinan kegagalan dalam penerapan otonomi daerah bidang kesehatan di Puskesmas ?
12. Kira-kira, apa yang menyebabkan kegagalan dalam penerapan otonomi daerah bidang kesehatan ?
13. Bagaimana persepsi Saudara terhadap hubungan antara Dinas Kesehatan dengan Puskesmas dan Rumah Sakit dengan Puskesmas dalam otonomi daerah ?
14. Bagaimana persepsi Saudara terhadap kewenangan Puskesmas dalam otonomi daerah bidang kesehatan ?

Lampiran 2. Biodata Peneliti**BIODATA (Ketua Peneliti)****I. Data Pribadi**

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nama Lengkap | : Djazuly Chalidyanto, SKM, MARS. |
| 2. NIP. | : 132205651 |
| 3. Pangkat/Gol. Ruang | : Penata Muda (Gol. III/a) |
| 4. Jabatan Fungsional | : Asisten Ahli Madya |
| 5. Tempat, Tanggal Lahir | : Mataram, 8 November 1971 |
| 6. Jenis Kelamin | : Laki-laki |
| 7. Agama | : Islam |
| 8. Golongan Darah | : O |
| 9. Status Perkawinan | : Belum Menikah |
| 10. Bidang Keahlian Kesehatan | : Manajemen rumah sakit, Asuransi |

II. Riwayat Pendidikan

- | | |
|--|---|
| | : |
| 1. SD Negeri No. 10 Mataram, Lombok Barat – NTB (1978 – 1984) | |
| 2. SMP Negeri No. 1 Mataram, Lombok Barat – NTB (1984 – 1987) | |
| 3. SMA Negeri Ampenan, Lombok Barat – NTB (1987 – 1990) | |
| 4. Lulus Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga tahun 1995 | |
| 5. Lulus Program Magister Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2000 | |

III. Pengalaman Jabatan / Pekerjaan

- | | |
|---|---|
| | : |
| 1. Tenaga Honorair (Asisten Dosen) di Bagian Administrasi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat sejak 1 April 1996 – April 1998 | |
| 2. Anggota Tim Pengelola pada Minat Studi Administrasi Rumah Sakit Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Airlangga sejak September 1995 – sekarang | |
| 3. Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS), Februari 1998 | |
| 4. Pegawai Negeri Sipil (PNS), Januari 2001 | |

IV. Kursus / Training

- | | |
|---|---|
| | : |
| 1. Pelatihan Peningkatan Kemampuan Penelitian Bidang Kesehatan dan Gizi Masyarakat di Bogor, sebagai Peserta, tanggal 1 – 14 Juli 1996 | |
| 2. Pelatihan Metode Penelitian Berwawasan Jender Type A di Surabaya, sebagai Peserta, tahun 1997 | |
| 3. Pelatihan Analisis Biaya dan Perhitungan Tarif Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit dan Puskesmas di Surabaya, sebagai Instruktur, tahun 1997 | |
| 4. Training Health Economics, Management and Planning : Making Your Services More Effective, sebagai Peserta, 22-26 Februari 1999, Jakarta | |
| 5. Pelatihan Pembayaran Kapitasi dalam Pelayanan Kesehatan, sebagai Peserta, 5-6 Juli 1999, Jakarta | |

6. Problem Solving for Better Hospital, RS Ongkomulyo Jakarta, sebagai Peserta, 12 Juli - 14 Agustus 1999.
7. Diklat Manajemen Puskesmas Angkatan I Tahun 2000, Pendidikan dan Latihan Propinsi Jawa Timur, Sebagai Pemberi Materi. (2000).
8. Pelatihan Peningkatan Kemampuan Manajerial Pengelola Program, Kanwil Propinsi Jatim Bagian Proyek SMPFA Propinsi Jarim, Pemberi Materi & Pelatih, 30 Oktober - 1 November 2000.

V. Penelitian :

1. Studi Cara Penetapan Tarif Rumah Sakit Unit Swadana (Studi di Rumah Sakit Umum Pusat Tegalyoso Klaten Jawa Tengah), tahun 1995 (Swadaya)
2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi di Daerah Tertinggal Pedesaan dan Perkotaan di Kabupaten Sidoarjo tahun 1996 (SPP-DPP)
3. Studi Domestik Kebutuhan Biaya Pelayanan Kesehatan di 4 Kabupaten Propinsi Jawa Timur tahun 1997, (HP-4)
4. Studi Domestik Tingkat Kemampuan dan Kemauan Masyarakat Membiayai Kesehatan di 4 Kabupaten Propinsi Jawa Timur tahun 1997, (HP-4)
5. Tingkat Kemampuan dan Kemauan Masyarakat dalam Membayar Pelayanan Kesehatan Puskesmas di Surabaya tahun 1997, (SPP-DPP)
6. Pola Konsumsi dan Aktivitas Fisik pada Balita dengan Status Gizi Lebih di daerah Perkotaan (Studi Kasus di Kotamadya Surabaya), sebagai Anggota Peneliti, 1998
7. Analisis Biaya Satuan sebagai Dasar Penetapan Tarif Pelayanan Puskesmas (Studi Kasus Perhitungan Biaya Satuan Pelayanan Kuratif di Kuratif Gading Kotamadya Surabaya) sebagai Ketua Peneliti, 1999
8. Perhitungan Tingkat Konsumsi Pelayanan Rumah Sakit sebagai Dasar Perhitungan Biaya Kapitasi, Tesis, 2000

VI. Pengabdian masyarakat :

1. Peningkatan pengetahuan & pelatihan manajemen tingkat dasar bagi pekary administrasi di Surabaya, 1995
2. Peningkatan pengetahuan & pelatihan manajemen tingkat lanjut bagi pekary administrasi di Surabaya, 1996
3. Pelatihan peningkatan kinerja kelompok fungsional (Gugus Kendali Mutu) bagi dosen muda dan pekary administrasi. Oktober 1997 di Surabaya.

VII. Karya ilmiah dan Publikasi :

1. Studi Cara Penetapan Tarif Rumah Sakit Unit Swadana (Studi di Rumah Sakit Umum Pusat Tegalyoso Klaten Jawa Tengah) tahun 1995
2. Pedoman Penulisan dan Pelaksanaan Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga sebagai anggota Tim Penyusun tahun 1997

BIODATA (Anggota Peneliti)**I. Data Pribadi:**

1. Nama Lengkap : Dra.Ec. Thinni Nurul Rochmah, M.Kes.
2. No. Seri Karpeg : E 952460
3. NIP. : 131949829
4. Pangkat/Gol. Ruang : Penata Muda Tk. I (Gol. III/b)
5. Jabatan Fungsional : Asisten Ahli
6. Tempat, Tanggal Lahir : Tuban, 11 Februari 1965
7. Jenis Kelamin : Wanita
8. Agama : Islam
9. Golongan Darah : A
10. Status Perkawinan : Menikah
11. Bidang Keahlian : Ekonomi Kesehatan, akunting

II. Riwayat Pendidikan:

1. SDN Simo I Surabaya, tahun 1970 - 1976
2. SMPN IV Surabaya, tahun 1976 - 1980
3. SMAN V Surabaya, tahun 1980 - 1983
4. Lulus Fakultas Ekonomi Jurusan Manajemen Unair, tahun 1989. (Untuk Gelar Dra.Ec.)
5. Lulus Program Pascasarjana Unair (Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat), tahun 1994. (Untuk Gelar M.Kes.)

III. Pengalaman Penelitian:

1. Persepsi dan sikap masyarakat di perkotaan dan pedesaan terhadap metode pendidikan kesehatan (SPP/DPP), 1992/1993. (Sebagai Anggota)
2. Hubungan sanitasi lingkungan dan air minum dengan penyakit diare di Kabupaten Gresik (DIP/OPF), 1993/1994. (Sebagai Anggota)
3. Permintaan (demand) Ibu terhadap pertolongan persalinan di Puskesmas Cermei Kab. Gresik (DRK/DPP), 1994/1995. (Sebagai Ketua)
4. Peningkatan kemampuan manajemen petugas puskesmas program KIA & Gizi di Kabupaten Ende, Nusa Tenggara Timur. 1995 (CHN-3). Sebagai Ketua
5. Hubungan antara pola perilaku siswa dengan kejadian anemia (DIP OPF), 1996/1997. (Sebagai Anggota)
6. Pandangan siswa SMU terhadap keberadaan makanan tradisional dan modern di Surabaya (DIP OPF), 1996/1997 (Sebagai Anggota)
7. Studi domestik kebutuhan biaya pelayanan kesehatan di 4 kabupaten Propinsi Jawa Timur, 1997. (HP-4). Sebagai Anggota
8. Studi domestik tingkat kemampuan dan kemauan masyarakat membiayai kesehatan di 4 Kabupaten Propinsi Jawa Timur, 1997. (HP-4). Sebagai Anggota
9. Tingkat kemampuan dan kemauan masyarakat dalam membayar pelayanan kesehatan di Puskesmas (Studi di Wilayah kerja Puskesmas Sawahan Kotamadya Surabaya), 1997/1998 (DRK DPP) Sebagai Ketua

10. Analisis Biaya Satuan Sebagai dasar Penetapan tarif Pelayanan Puskesmas, 1998/1999 (DIK Suplemen), Sebagai Anggota.
11. Diklat Manajemen Puskesmas Angkatan I Tahun 2000, Pendidikan dan Latihan Propinsi Jawa Timur, Sebagai Pemberi materi. (2000).
12. Pelatihan Peningkatan Kemampuan Manajerial Pengelola Program, Kanwil Propinsi Jatim Bagian Proyek SMPFA Propinsi Jatim, Pemberi Materi & Pelatih, 30 Oktober - 1 November 2000.

IV. Pengalaman jabatan / pekerjaan:

1. Staf personalia PT. HM. Sampoerna Surabaya, 1989 - 1990.
2. Dosen Bagian AKM - FKM Unair tahun 1991 sampai sekarang.
3. Koordinator Sub Program II FKM Unair (1995 sampai sekarang)
4. Pengelola Program Magister Administrasi Rumah Sakit (MARS), 1995 sampai sekarang
5. Pengelola Program Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan (MMPK), 1998
6. Dosen Program Magister Administrasi Rumah Sakit (MARS) Program Pascasarjana Unair, 1997 sampai sekarang

V. Pengabdian Kepada Masyarakat:

1. Tenaga bantuan teknis di Kab. Sikka, Ende dan Alor, NTT tahun 1994 Selama 3 bulan
2. Peningkatan pengetahuan dan pelatihan manajemen bagi pekerya administrasi di Surabaya, Tingkat dasar. (1995)
3. Usaha-usaha pencegahan DHF di Kel. Petemon, Kec. Sawahan Surabaya, 1995-1996
4. Penyuluhan tentang fastfood dan akibatnya terhadap anak remaja usia sekolah menengah atas di Surabaya, 1995-1996
5. Peningkatan pengetahuan dan pelatihan manajemen bagi pekerya administrasi di Surabaya, Tingkat lanjut (1996)
6. Pelatihan peningkatan kinerja kelompok fungsional (Gugus Kendali Mutu) bagi dosen muda dan pekerya administrasi. Oktober 1997
7. Sosialisasi kesehatan di lingkungan sekolah Taman kanak-kanak Islam Dwimatra Surabaya, November 1997.

VI. Pelatihan / Training:

1. Pelatihan Manajemen Universitas di Universitas Indonesia, Depok Jakarta 1996 (3 bulan)
2. Pelatihan analisis biaya rumah sakit dan puskesmas (1997). Sebagai pemberi materi
3. Pelatihan Analisis biaya satuan & rasionalisasi tarif rumah sakit (1998). Sebagai Pemberi Materi.

VII. Karya Ilmiah:

1. Pola kebutuhan & permintaan ibu pasangan subur terhadap pelayanan pertolongan persalinan di Puskesmas (study Crosschectional di Kabupaten Gresik), 1994. (Mandiri). Sebagai Ketua.
2. Studi tentang pengelolaan dan pemanfaatan data SP2TP pada Dinas Kesehatan Daerah Kotamadya Dati II Surabaya tahun 1994 (Mandiri), 1995. Sebagai Anggota
3. Studi kontinuitas pemanfaatan Dinas Kesehatan Universitas Airlangga oleh mahasiswa FKM Unair (Mandiri), 1995. Sebagai Anggota.

VIII. Konsultan:

1. Konsultan perhitungan biaya satuan Rumah Sakit Pelabuhan Surabaya (1998)

BIODATA (Anggota Peneliti)**I. Data Pribadi**

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1. Nama Lengkap | : Ratna Dwi Wulandari, SKM |
| 2. NIP. | : 132230983 |
| 3. Pangkat/Gol. Ruang | : Penata Muda, III/ a |
| 4. Jabatan Fungsional | : Asisten Ahli Madya |
| 5. Tempat, Tanggal Lahir | : Blitar, 18 Oktober 1975 |
| 6. Jenis Kelamin | : Perempuan |
| 7. Agama | : Islam |
| 8. Golongan Darah | : A |
| 9. Status Perkawinan | : Menikah |

II. Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri Kalipang II Kecamatan Sutojayan Kab. Blitar (1981-1987)
2. SLTPN 1 Sutojayan Kab. Blitar (1987-1990)
3. SMAN Sutojayan Kab. Blitar (1990-1993)
4. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya (1993-1997)
5. PPS Universitas Gadjah Mada -- Minat Studi Manajemen Pelayanan Kesehatan (1998-2001)

III. Pengalaman Jabatan / Pekerjaan :

1. Staf Dosen pada Bagian Administrasi Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga (1999-sekarang)

IV. Kursus / Training :

1. Latihan Kepemimpinan dan Manajemen
2. Pelatihan Program Applied Approach (AA)
3. Pelatihan Kemampuan Negosiasi
4. Pelatihan Dosen Pembimbing Akademik
5. Diklat Manajemen Puskesmas Angkatan I Tahun 2000, Pendidikan dan Latihan Propinsi Jawa Timur, Sebagai Pemberi materi. (2000).
6. Pelatihan Peningkatan Kemampuan Manajerial Pengelola Program, Kanwil Propinsi Jatim Bagian Proyek SMPFA Propinsi Jarim, Pemberi Materi & Pelatih, 30 Oktober - 1 November 2000.

V. Seminar/Simposium yang pernah diikuti, baik sebagai peserta/pembicara :

1. Seminar ISO 9000 dan ISO 14000 sebagai Indikator Produktivitas di Perusahaan, sebagai Panitia, tanggal 14 September 1996
2. Lokakarya Nasional Peningkatan Fungsi dan Kinerja Posyandu
3. Lokakarya Dosen Pembimbing Akademik, Peserta, tgl. 28 - 29 September 2000

