

KOORDINASI PELAKSANAAN PEMBIAYAAN PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK DI KABUPATEN LOMBOK TENGAH PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT TAHUN 2011

COORDINATION OF MOTHER AND CHILD HEALTH PROGRAM FINANCING IMPLEMENTATION
AT DISTRICT OF LOMBOK TENGAH PROVINCE OF NUSA TENGGARA BARAT 2011

Lalu Najmul Erpan¹, Laksono Trisnantoro², Tudiono³

¹ Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Tengah

² Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran,
Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

³ Bapelkes Kalasan, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Health financing provided by the government greatly helps the implementation of health system in the decentralized era. General Allocation Fund and Local Revenue and Expenditure Budget are apparently inadequate to finance health service. Some efforts have been made to finance health service such as Community Health Insurance (Jamkesmas), Childbirth Insurance (Jampersal), and Health Operational Fund (Bantuan Operasional Kesehatan/BOK). These are meant to achieve Millennium Development Goals in 2015. The practice of coordination from planning to implementation and stakeholders' commitment can affect the process of maternal and child health service. Coordination is definitely needed to run the program policy and prevent the overlapping financing in order that the objective of the program can be achieved.

Objective: To evaluate coordination of planning, implementation and stakeholders' commitment in relation to maternal and child health (MCH) service in Lombok Tengah District.

Method: This was a descriptive-analytical study with a qualitative approach and a case-study design. Samples were taken purposively. The data were obtained through in-depth interview, observation and documentation analysis.

Result: The planning coordination of MCH health financing had not been optimal, even despite the involvement of cross sector and program. However, the organizations of health professionals were not involved in program planning. The coordination of health financing implementation had not been optimal as well. Even though there was no overlapping financing from some different sources, in the policy implementation there was cost sharing for referral and drugs. Private sectors were not involved in the implementation of Jampersal. Stakeholders' commitment was relatively optimum as reflected from the policy and action in health development acceleration particularly MCH. The process of MCH service at both primary and secondary level could run well.

Conclusion: Coordination of MCH financing implementation in Lombok Tengah District through BOK, Jampersal, Jamkesmas, Community Empowerment National Program of Healthy and Smart Generation and Local Revenue and Expenditure Budget had not been optimal; therefore, it needed to be improved to eliminate cost sharing. Professional organizations and private health providers were not yet involved in the program planning and implementation.

Keywords: coordination, stakeholders' commitment, health financing, maternal and child health, program evaluation

ABSTRAK

Latar Belakang: Pembiayaan Kesehatan bersumber pemerintah sangat membantu jalannya sistem kesehatan pada era desentralisasi. Dana Alokasi Umum dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBN) ternyata tidak cukup untuk membiayai pelayanan kesehatan. Berbagai upaya dilakukan pemerintah dalam membiayai pelayanan kesehatan seperti Jamkesmas, Jampersal serta Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Hal ini dilakukan untuk mencapai MDGs 2015. Adanya koordinasi sejak perencanaan dan pelaksanaan serta komitmen *stakeholder* dapat mempengaruhi proses pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Koordinasi mutlak diperlukan untuk menjalankan kebijakan program dan mencegah tumpang tindih pembiayaan sehingga tujuan program dapat tercapai. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi koordinasi perencanaan dan pelaksanaan serta komitmen *stakeholder* dalam pembiayaan kesehatan yang berkaitan dengan pelayanan KIA di Kabupaten Lombok Tengah.

Metode Penelitian: Penelitian dengan analisis *deskriptif* menggunakan pendekatan kualitatif dengan rancangan *study kasus*. Pengambilan sampel dengan *Purposive sampling*. Metode pengumpulan data dengan *in-depth interview*, observasi dan telaah dokumen.

Hasil Penelitian: Koordinasi perencanaan pembiayaan KIA belum berjalan optimal, walaupun telah melibatkan peran lintas sektor dan lintas program namun pada perencanaan program organisasi profesi kesehatan tidak dilibatkan. Koordinasi pelaksanaan pembiayaan juga belum berjalan optimal. Meskipun tidak ada tumpang tindih pembiayaan dari beberapa sumber yang ada, hanya saja pada pelaksanaan kebijakan ditemukan iur biaya untuk rujukan maupun obat. Peran swasta tidak dilibatkan dalam pelaksanaan Jampersal. Komitmen *stakeholder* secara umum sudah optimal dibuktikan adanya kebijakan serta gerakan dalam percepatan pembangunan kesehatan khususnya KIA. Proses pelayanan KIA baik di pelayanan dasar maupun pelayanan lanjutan berjalan dengan baik.

Kesimpulan: Koordinasi pelaksanaan pembiayaan Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Lombok Tengah dari dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), Jampersal, Jamkesmas, dan APBD belum berjalan optimal, sehingga perlu ditingkatkan lagi untuk mencegah terjadinya iur biaya. Organisasi profesi serta pelayanan kesehatan swasta belum dilibatkan dalam perencanaan maupun pelaksanaan program.

KataKunci: koordinasi, komitmen *stakeholder*, pembiayaan Program KIA

PENGANTAR

Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih cukup tinggi dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya. Menurut data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007, AKI 228 per 100.000 kelahiran hidup, AKB 34 per 1000 kelahiran hidup, Angka Kematian Neonatus (AKN) 19 per 1000 kelahiran hidup. Berdasarkan kesepakatan global (MDGs) pada tahun 2015 diharapkan AKI menurun dari 228 pada tahun 2007 menjadi 102 per 100.000 KH dan AKB menurun dari 34 pada tahun 2007 menjadi 23 per 1000 KH¹.

Salah satu hal menarik sebagai dampak desentralisasi adalah perbedaan kemampuan fiskal yang semakin besar antar provinsi dan kabupaten/kota. Dengan adanya dana bagi hasil maka ada provinsi dan kabupaten/kota yang mendadak menjadi kaya dalam waktu sekejap. Beberapa daerah mempunyai Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) sekitar 2 triliun dengan penduduk yang tidak mencapai 500.000 orang. Di sektor kesehatan setelah beberapa tahun kemudian terjadi situasi bahwa ada kekecewaan secara nasional terhadap proses desentralisasi. Kekecewaan ini dapat dipahami karena dana kesehatan dari Dana Alokasi Umum (DAU) dan APBD jumlahnya tidak cukup untuk membiayai pelayanan kesehatan².

Analisis pembiayaan kesehatan di Indonesia mengungkapkan beberapa masalah yaitu 1) jumlahnya kecil, 2) kurang biaya untuk program promotif dan preventif, 3) Kurang biaya operasional, 4) terlambat realisasi, 5) tidak dikaitkan dengan kinerja, 6) terfragmentasi, dan 7) inefisien. Anggaran kesehatan direncanakan secara historikal dan besarnya tergantung pada *plafond* anggaran yang dari tahun ketahun tidak berubah³.

Berbagai upaya telah dilakukan pemerintah agar peran dan fungsi puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan dasar semakin meningkat. Dukungan pemerintah bertambah lagi dengan diluncurkannya Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) bagi puskesmas sebagai kegiatan inovatif di samping kegiatan lainnya seperti Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan (Jampersal)⁴.

Tahun 2011 Kabupaten Lombok Tengah memperoleh dana BOK dari pemerintah sebesar Rp6.250.000.000,00 dana Jamkesmas sebesar Rp 5.807.102.000,00 serta dana Jampersal sebesar Rp3.829.277,00⁵.

Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Persalinan (Jampersal), Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) adalah kebijakan besar peme-

rintah baik dari segi anggaran maupun tujuan yang akan dicapai oleh kebijakan tersebut yaitu mencapai MDGs tahun 2015. Adanya perbedaan sistem dari beberapa sumber pembiayaan kesehatan, dan untuk mencegah tumpang tindih pembiayaan dibutuhkan koordinasi yang baik. Koordinasi perlu dilaksanakan sejak dari proses perumusan kebijakan, perencanaan, pelaksanaan, sampai pada pengawasan dan pengendalian. Komitmen *stakeholder* dalam pelaksanaan kebijakan akan mendorong dalam percepatan pencapaian program⁶. Efektivitas proses pelayanan KIA di pelayanan kesehatan dasar dan lanjutan akan mampu dilaksanakan jika sumber pembiayaan yang ada bisa saling mendukung kegiatan pelayanan KIA.

Mengevaluasi koordinasi perencanaan dan koordinasi pelaksanaan serta komitmen *stakeholder* dalam pembiayaan kesehatan yang berkaitan dengan pelayanan KIA di Kabupaten Lombok Tengah tahun 2011.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian *eksploratif deskriptif*, dengan rancangan penelitian studi kasus yang menggunakan metode pendekatan kualitatif. Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Lombok Tengah dari bulan September-Nopember 2011 dengan responden berjumlah 23 orang. Pengambilan sampelnya secara *purposive sampling*.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Koordinasi Perencanaan Pembiayaan KIA

Proses perencanaan tingkat puskesmas seperti minilokakarya rutin dilaksanakan setiap bulan. Pihak-pihak yang terlibat dalam minilokakarya tingkat puskesmas adalah semua staf puskesmas terutama pemegang program. Untuk tingkat kabupaten proses perencanaan dalam pembangunan kesehatan antara lain dalam bentuk Rapat Kerja Kesehatan Daerah (Rakerkesda) dan forum Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) yang bersifat lintas sektor, serta Rencana Kerja (Renja) dinas kesehatan yang bersifat internal atau lintas program. Perencanaan program kesehatan tidak melibatkan secara aktif organisasi profesi seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Ikatan Bidan Indonesia (IBI), dan Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI) serta organisasi kesehatan lain yang erat kaitannya dengan pelaksanaan kebijakan-program. Hal ini sesuai dengan petikan wawancara berikut ini: "Kalau organisasi profesi kayaknya ndak ya jadi karna..karna inikan sifatnya memang eee...intern..intern kedinasan (R3).

2. Koordinasi Pelaksanaan Pembiayaan KIA

Pelaksanaan koordinasi dan sosialisasi kebijakan pembiayaan kesehatan sudah dilakukan pada lintas sektor maupun lintas program namun masih belum maksimal, terbukti dengan tidak ada satupun klinik swasta atau Bidan Praktek Swasta (BPS) yang mengadakan kerja sama dalam memberikan pelayanan Jampersal. Di Kabupaten Lombok Tengah klinik swasta berjumlah tujuh buah dan BPS sebanyak 35 orang. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara sebagai berikut: "Jadi untuk klinik-klinik swasta tahun ini belum tahun ke-2 insyaallah nanti lihat situasi dan kondisi kalau memang dilingkup intern kita saja masih berantakan belum rapi sisi administrasinya (R7)

Pelaksanaan koordinasi pembiayaan KIA di Kabupaten Lombok Tengah terdiri dari beberapa tahapan yaitu:

a. Fase hamil

Dalam pelayanan kehamilan lokasi pelayanan terbagi menjadi pelayanan luar gedung dan pelayanan dalam gedung. Pelayanan luar gedung dapat dilakukan di posyandu maupun di rumah pasien. Jenis pelayanan kehamilan dan sumber biaya untuk kegiatan pelayanan di luar gedung seperti pada Tabel 1.

Tabel 1. Koordinasi Pembiayaan Pelayanan Fase Hamil Kegiatan Luar Gedung Kabupaten Lombok Tengah Tahun 2011

Kegiatan	Sumber Dana				
	A	B	C	D	E
Transport Pendataan ibu hamil P4K		✓			✓
Pelaksanaan kelas Ibu					✓
Transport Petugas kelas ibu dan P4K		✓			
Transport Petugas ANC ke luar gedung		✓			
Jasa petugas ANC di luar gedung	✓		✓		
Transport bumil ke faskes		Tidak dijamin			

Keterangan: A=Jamkesmas, B=BOK C=Jampersal, D=GSC,E=APBD

Jenis pelayanan ibu hamil di dalam gedung seperti polindes dan puskesmas serta sumber pembiayaannya seperti pada Tabel 2.

Tabel 2. Koordinasi Pembiayaan Pelayanan dalam Gedung pada Fase Hamil Kabupaten Lombok Tengah Tahun 2011

Kegiatan	Sumber Dana				
	A	B	C	D	E
Biaya obat-obatan di faskes					✓
Jasa ANC dalam gedung	✓		✓		
Biaya obat-obatan di luar Faskes		Tidak terbiayai			
Biaya pemeriksaan laboratorium sederhana					✓
Biaya pemeriksaan kehamilan RISTI	✓		✓		
Biaya penanganan (KET)	✓		✓		
Biaya pelayanan pasca keguguran	✓		✓		

Keterangan: A=Jamkesmas, B=BOK C=Jampersal, D=GSC, E=APBD

Pelayanan kehamilan di rumah sakit baik kehamilan normal maupun risiko tinggi menggunakan sistem INA CBGs.

b. Fase persalinan

Biaya pertolongan persalinan baik persalinan normal maupun dengan penyulit di fasilitas kesehatan dasar seperti polindes dan puskesmas tergantung dari status kepesertaan ibu bersalin, jika ibu bersalin tersebut sebagai peserta Jamkesmas maka diklaim di Jamkesmas namun jika bukan peserta Jamkesmas maka diklaim di Jampersal. Begitu juga dengan pelayanan persalinan di rumah sakit baik untuk persalinan normal, persalinan *emergency* dasar maupun persalinan dengan *emergency komprehensif (sectio)* diklaim dengan sistem INA CBGs. Jenis pelayanan pada ibu bersalin dan sumber pembiayaannya seperti pada Tabel 3.

Tabel 3. Koordinasi Pembiayaan Pelayanan Pada Fase Persalinan Kabupaten Lombok Tengah Tahun 2011

Kegiatan	Sumber Dana				
	A	B	C	D	E
Biaya persalinan px. Jamkesmas	✓				
Biaya persalinan px. Jampersal			✓		
Biaya obat-obatan di faskes					✓
Biaya obat-obatan diluar faskes		Tidak dijamin			
Insentif dukun persalinan normal			✓		
Insentif dukun persalinan penyulit		Tidak dijamin			
Biaya persalinan pervaginam <i>emergency</i> komprehensif (SC) px. Jampersal			✓		
Biaya persalinan pervaginam <i>emergency</i> komprehensif (SC) px. jamkesmas	✓				
Biaya persalinan pervaginam <i>emergency</i> dasar px. Jampersal			✓		
Biaya persalinan pervaginam <i>emergency</i> dasar px. jamkesmas	✓				
Biaya persalinan di rumah pasien jampersal				✓	
Biaya persalinan di rumah pasien jamkesmas	✓				
Transport dukun mengantar bulin ke faskes		Tidak dijamin			
Dana kemitraan dukun		Tidak dijamin			
Transport Bulin ke faskes PP		Tidak dijamin			

Keterangan: A=Jamkesmas, B=BOK C=Jampersal, D=GSC, E=APBD

c. Fase nifas dan atau bayi 0-28 hari

Pelayanan pada fase nifas (PNC) atau Kunjungan Neonatus (KN) bagi ibu yang sudah bersalin terdiri dari jasa pelayanan yang dianggarkan dari Jampersal dengan maksimal tiga kali kunjungan. Transport petugas ke rumah ibu nifas dibiayai dari dana BOK. Jenis pelayanan nifas dan bayi baru lahir serta sumber pembiayaannya seperti Tabel 4.

Tabel 4 Koordinasi Pembiayaan Pelayanan Fase Nifas dan Bayi Baru lahir Kabupaten Lombok Tengah Tahun 2011

Kegiatan	Sumber Dana				
	A	B	C	D	E
Biaya PNC/KN pasien Jamkesmas	✓				
Biaya PNC/KN pasien Jampersal			✓		
Transport petugas PNC/KN		✓			
Transport bufas dan atau bayi PP rumahnya		Tidak dijamin			
Biaya obat-obatan di faskes					✓
Biaya obat-obatan di luar faskes		Tidak dijamin			
Biaya Pelayanan bufas/bayi dengan tindakan emergensi dasar pasien Jamkesmas	✓				
Biaya Pelayanan bufas/bayi dengan tindakan emergensi dasar pasien Jampersal			✓		
Biaya Pelayanan bufas/bayi dengan tindakan emergensi komprehensif pasien Jamkesmas	✓				
Biaya Pelayanan bufas/bayi dengan tindakan emergensi komprehensi pasien Jampersal			✓		
Biaya hidup orang tua bayi jika bayi dirawat					Tidak dijamin

Keterangan: A=Jamkesmas, B=BOK C=Jampersal, D=GSC, E=APBD

d. Keluarga Berencana Pascamelahirkan

Koordinasi antara dinas kesehatan, dan organisasi profesi tentang pentingnya Keluarga Berencana (KB) sudah berjalan cukup baik. Penyediaan alat kontrasepsi oleh pihak Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (BPPKB), sedangkan biaya jasanya sudah termasuk dengan jasa *Post Natal Care* (PNC) yang bersumber dari Jampersal. Hampir semua ibu bersalin peserta Jamkesmas dan Jampersal dengan tindakan *sectio* di rumah sakit dipasang *Intra Uterine Device* (IUD) untuk KB pascaplasenta.

e. Sistem Rujukan

Sistem pembiayaan rujukan KIA di Kabupaten Lombok Tengah tergantung jenis jaminan pembiayaan yang dimiliki oleh pasien. Koordinasi pembiayaan pelayanan rujukan di Kabupaten Lombok Tengah seperti terlihat pada Tabel 5.

Upaya rujukan pada pelayanan KIA ditemukan adanya iur biaya oleh pasien yang akan dirujuk dari puskesmas ke rumah sakit seperti petikan wawancara berikut ini: “Uang ongkos.. ongkos anu, ambulans seratus dua puluh, dua kali saya dibawa sini pak berarti dua ratus empat puluh jadinya (R21)

Tabel 5. Koordinasi Pembiayaan Rujukan pada Ibu Hamil, Ibu Bersalin, Ibu Nifas dan atau Bayi Baru Lahir Kabupaten Lombok Tengah Tahun 2011

Kegiatan	Sumber Dana				
	A	B	C	D	E
Transport pasien dirujuk dari desa ke PKM					✓
Transport Petugas merujuk dari desa ke PKM		✓			
Transport Rujukan dari PKM ke RS Pasien Jampersal			✓		
Transport Rujukan dari PKM ke RS Pasien Jamkesmas		✓			
Insentif petugas merujuk dari desa ke PKM					Tidak dijamin
Insentif petugas merujuk dari PKM ke RS Pasien Jampersal					Tidak dijamin
Insentif petugas merujuk dari PKM ke RS Pasien Jamkesmas		✓			

Keterangan: A=Jamkesmas, B=BOK C=Jampersal, D=GSC, E=APBD

f. Obat-obatan dan BHP

Obat-obatan yang dibutuhkan oleh ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas serta bayi baru lahir cukup tersedia fasilitas kesehatan, pasien tidak membeli obat di luar obat yang disediakan fasilitas kesehatan. Pada pelayanan persalinan di RSUD Praya ditemukan ada iur biaya pada ibu bersalin dengan tindakan *sectio* untuk membeli obat sendiri. Hal ini terungkap dari hasil wawancara seperti berikut ini: “Ndek, pas.. kan operasi kadun beli oat ape aran oat bius dait pas ulek pas selesai operasi ye sik tiang beli oat (R20)

g. Realisasi anggaran BOK, Jamkesmas, dan Jampersal

Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) yang turunnya tidak di awal tahun kegiatan yaitu bulan Maret 2011 dan sistem administrasi yang cukup sulit dirasakan beberapa puskesmas ternyata mempengaruhi serapan. Serapan dana BOK sampai bulan Nopember 2011 ternyata bervariasi, beberapa puskesmas cakupannya ada yang lebih dari 80% namun ada juga yang kurang dari 60%. Persentase realisasi dana program Jamkesmas dan Jampersal di Kabupaten Lombok Tengah dari Januari-Juni sudah cukup baik yaitu di atas 40%.

3. Komitmen Stakeholder dalam Koordinasi Pelaksanaan Pembiayaan KIA

Dikeluarkannya kebijakan pemeriksaan kehamilan dan persalinan gratis sejak tahun 2003 dan gerakan Angka Kematian menuju Nol (AKINO) serta gerakan Lembaga Pembangunan Masyarakat Terpadu (Lempermadu) menjadi bukti kuat adanya

komitmen yang tinggi dari pemerintah daerah dalam program KIA. Sejak tahun 2003 sampai tahun 2009 anggaran dana jaminan persalinan gratis dari APBD cukup besar. Tahun 2009 alokasi dana untuk KIA sebesar Rp936.347.500,00 (4,2%) dari belanja langsung dinas kesehatan. Dari jumlah tersebut Rp766.950.000,00 untuk jaminan persalinan gratis. Namun sejak tahun 2010 setelah adanya Jamkesmas NTB dan gerakan AKINO dana jaminan persalinan tidak lagi dialokasikan ke dinas kesehatan akan tetapi di serahkan ke pengelola Jamkesmas NTB sebagai dukungan dana untuk gerakan AKINO. Alokasi dana KIA pada tahun 2010 menurun drastis menjadi Rp82.710.000,00 (0,8%), dan tahun 2011 ketika Jampersal di luncurkan alokasi dana KIA semakin menurun menjadi Rp37.646.500,00 (0,4%). Rendahnya anggaran untuk KIA di Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Tengah pada tahun 2010 dan 2011 di samping dipengaruhi oleh adanya kebijakan AKINO Provinsi NTB dan adanya Jampersal juga disebabkan adanya defisit APBD yang cukup besar. Anggaran kesehatan tahun 2011 sebesar Rp29.616.482.127,00 atau sekitar 14,78% dari total belanja langsung (di luar gaji). Meningkat bila dibanding tahun 2010 yang baru mencapai 12,52%. Dana pembiayaan kesehatan tersebut tersebar di dinas kesehatan, rumah sakit, dan BPPKB.

Proses Pelayanan KIA

Pemeriksaan kehamilan atau *antental care* di Kabupaten Lombok Tengah sudah berjalan dengan baik dan dilaksanakan di dalam gedung seperti di polindes, puskesmas dan di rumah sakit, maupun di luar gedung seperti di posyandu. Pada bulan Oktober 2011 cakupan pelayanan kehamilan di Kabupaten Lombok Tengah adalah KI 78,78% dan K4 70,35%. Proses pelayanan pada ibu bersalin sudah berjalan dengan baik dan dapat terlayani oleh tenaga kesehatan mulai dari polindes, puskesmas sampai rumah sakit untuk kasus normal maupun untuk kasus-kasus risiko tinggi. Sistem rujukan pada ibu bersalin berjalan dengan baik, walaupun rujukan terencana masih cukup rendah. Peran dukun dalam persalinan di unit pelayanan dasar cukup besar untuk meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.

Proses pelayanan pada ibu nifas dan bayi baru lahir berjalan dengan baik. PNC atau KN yang dianjurkan sebanyak tiga kali sudah dilaksanakan, sampai Oktober 2011 cakupan KN.1 sebesar 76,11% dan KN.3 sebesar 73,16%. Koordinasi yang dimulai dari tahap perencanaan dan tahap pelaksanaan, serta komitmen yang tinggi dari *stakeholder*

memberikan dampak yang baik terhadap proses pelayanan KIA di pelayanan tingkat dasar maupun pelayanan tingkat lanjutan. Hal ini ditandai dengan tidak adanya tumpang tindih pembiayaan pada proses pelayanan KIA dan hampir seluruh jenis pelayanan KIA sudah terbiayai dari beberapa sumber pembiayaan yang ada seperti BOK, Jampersal, Jamkesmas, PNPM GSC dan APBD Kabupaten Lombok Tengah.

PEMBAHASAN

1. Koordinasi Pembiayaan KIA

a. Pembiayaan KIA

Pada rentang waktu 2009-2011 alokasi anggaran bidang kesehatan di Kabupaten Lombok Tengah menunjukkan peningkatan. Walaupun demikian peningkatan pembiayaan kesehatan sebagian besar berasal dari pemerintah pusat. Desentralisasi pada intinya bertujuan agar sektor kesehatan menjadi urusan rumah tangga daerah diharapkan terjadi *ownership* dan peningkatan APBD untuk kesehatan².

Hal ini sejalan dengan⁷ yang menyatakan bahwa besarnya dana yang disalurkan oleh pemerintah pusat berlawanan dengan janji desentralisasi, hanya terjadi sedikit peningkatan wewenang bagi kebijaksanaan di tingkat kabupaten dalam mengelola dana masyarakat untuk kesehatan yang alasan kurangnya peningkatan fasilitas kesehatan masyarakat. Keputusan-keputusan penting masalah pembiayaan masih dibuat oleh pemerintah pusat⁸. Kemampuan negara-negara miskin untuk memobilisasi sumber keuangan untuk kesehatan masih dipertanyakan, untuk itulah kehadiran lembaga donor sangat penting untuk mengatasi kesenjangan sumber daya keuangan. Untuk menghasilkan sesuatu yang efektif pada umumnya lembaga donor harus meningkatkan investasi disektor kesehatan terutama kesehatan ibu.

Berdasarkan analisis, pembiayaan sektor kesehatan di Kabupaten Lombok Tengah menunjukkan peningkatan walaupun sumber pembiayaan memang masih didominasi oleh pembiayaan dari pemerintah pusat.

b. Koordinasi perencanaan pembiayaan KIA

Perencanaan dengan segala variasinya bertujuan untuk membantu mencapai tujuan organisasi. Perencanaan untuk Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) akan lebih baik bila dilaksanakan dari tingkat kabupaten serta tetap meng-

acu pada Standar Pelayanan Minimal (SPM)⁹. Sistem pembiayaan kesehatan yang masih sentralistik akan berpengaruh pada proses perencanaan di daerah². Implikasi dari dana pusat yang tinggi adalah yang pertama memperbesar kemungkinan tidak sinkronnya perencanaan pusat dan daerah, jika dilihat banyak daerah yang tidak dapat menyerap anggaran dengan maksimal, salah satu problema penyerapannya adalah bagaimana koordinasi perencanaan dan pelaksanaan program dari dua sumber yang berbeda.

Pemerintah Kabupaten Lombok Tengah melibatkan peran lembaga penyandang dana seperti PNPM GSC, untuk koordinasi dan proses konsultasi dimulai dari tahap perencanaan program. Hal tersebut sejalan dengan Walt, *et al*¹⁰ yang menyatakan bahwa koordinasi berfungsi lebih luas dimana koordinasi sebagai sarana konsultasi dalam melakukan berbagai perubahan dan menyediakan informasi yang diperlukan untuk penetapan kebijakan dan tujuan dari donor. Kerangka kebijakan itu idealnya harus dapat melakukan koordinasi yang lebih baik dari seluruh sumber daya yang ada²⁹. Kebijakan itu harus dibentuk melalui proses konsultasi dimana *stakeholder* dalam hal ini pemerintah dan lembaga donor menentukan tujuan yang diinginkan.

Proses koordinasi perencanaan pembiayaan KIA di Kabupaten Lombok Tengah sudah berjalan mulai dari tingkat desa sampai kabupaten dengan melibatkan lintas sektor dan lintas program namun belum berjalan optimal, hal ini disebabkan karena organisasi profesi kesehatan tidak dilibatkan dalam tahap perencanaan.

c. Koordinasi pelaksanaan pembiayaan Kesehatan Ibu dan Anak

Pada pelaksanaan program ditemukan masih terdapat iur biaya yang dilakukan oleh pasien dalam bentuk biaya transport rujukan dan obat-obatan. Hal ini sama dengan hasil penelitian¹¹ di Banglades yang menjelaskan bahwa meskipun biaya persalinan gratis namun dari total pengeluaran langsung ibu bersalin 50% untuk biaya rujukan. Penelitian di Tanzania¹² yang menyatakan meskipun pemerintah Tanzania telah berkomitmen untuk membebaskan biaya persalinan tetapi dilaporkan bahwa ibu yang dirujuk ke fasilitas kesehatan mengeluarkan biaya rujukan rata-rata 5 dollar Amerika dan sekitar 80% dari pengeluaran langsung ibu bersalin untuk pembayaran obat, pembayaran

penyedia layanan dan pemeriksaan diagnostik¹³. Inovasi di India untuk menekan biaya rujukan bagi program KIA adalah dengan menggunakan program *voucher* yang dapat dimanfaatkan oleh ibu untuk membayar beberapa model transportasi seperti taxi, traktor untuk menjangkau fasilitas kesehatan, pemilik alat transportasi tersebut dapat menukar *voucher* tersebut kepada pemerintah.

Berdasarkan hasil analisis koordinasi pelaksanaan pembiayaan KIA di Kabupaten Lombok Tengah belum berjalan optimal. Walaupun tidak ditemukan terjadinya tumpang tindih pembiayaan dan tidak ada pelayanan KIA yang tidak terbiayai, namun masih ditemukan adanya iur biaya untuk obat maupun biaya rujukan serta tidak dilibatkannya pihak swasta dalam program Jampersal.

d. Peranan swasta dan organisasi profesi dalam pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Pelaksanaan program Jampersal dinas kesehatan kabupaten dapat bekerjasama dengan klinik atau bidan praktek swasta¹⁴. *Trend* dengan banyaknya fasilitas kesehatan swasta menggambarkan bahwa negara dianggap gagal dalam menyediakan pelayanan bagi semua orang, malah menaikkan tingkat pengeluaran.

Klinik swasta atau Bidan Praktik Swasta (BPS) adalah salah satu dari empat komponen pelaku di sektor kesehatan yaitu dalam *health care delivery*. Keterlibatan pelayanan kesehatan swasta seperti yang di atur dalam petunjuk teknis Jampersal, sesuai juga dengan¹³ yang menjelaskan bahwa di India diperkenalkan skema dengan melakukan kontrak dengan klinik swasta dalam memberikan pelayanan pada ibu bersalin. Sistem pembayaran, klinik swasta tersebut akan mengklaim ke pemerintah dan ibu dapat memilih dimanapun klinik swasta yang bekerjasama dengan pemerintah tanpa harus membayar. Hal ini sesuai juga dengan² yang menyatakan usaha meningkatkan status kesehatan tidak hanya urusan pemerintah khususnya dinas kesehatan. Lembaga pemerintah lain, peran swasta dan masyarakat merupakan hal penting. Pada konteks Peraturan Pemerintah (PP) No.38/2007 dan PP No. 41/ 2007 ditekankan bahwa peran dinas kesehatan harus mengkoordinasi berbagai pelaku dalam sektor kesehatan.

Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan (PPK) I swasta di Kabupaten Bandung penting

dilibatkan dalam skema jaminan kesehatan dengan melakukan upaya sosialisasi untuk membangkitkan rasa kepercayaan serta mempertimbangkan benefit yang wajar bagi para pihak agar tidak dirugikan¹⁵.

Dari sisi fasilitas kesehatan swasta, perlu dipertimbangkan alasan mereka untuk menolak dalam kerjasama pelayanan KIA. Hanya 21% dari BPS yang ada di Kota Bandung yang mengadakan kerjasama dengan pihak ketiga. Beberapa alasan penyelenggara pelayanan kesehatan swasta menolak untuk bekerja sama dengan pihak ketiga antara lain fasilitas kesehatan swasta tersebut masih kurang sumber daya manusia maupun sarana dan prasarananya, dari segi tarif tidak sesuai, tidak ada jaminan pelunasan dan prosedur pembayaran yang lama, malas mengurus klaim dan pencatatan serta pelaporannya ruwet¹⁵.

Kelompok-kelompok swasta ini sering diabaikan dalam penyusunan sistem kesehatan. Dalam penyelenggaraan sistem kesehatan tidak terlepas dari peranan pihak swasta². Salah satu poin dalam langkah prioritas untuk meningkatkan keadaan kesehatan adalah memperkenalkan peran pihak swasta dalam dunia kesehatan. Sistem kesehatan di Indonesia banyak bergantung pada sektor swasta dan upaya untuk meningkatkan kondisi kesehatan tidak akan berhasil jika mereka tidak dilibatkan dalam proses ini, contoh, akhir-akhir ini lebih banyak orang yang menggunakan fasilitas kesehatan sektor swasta untuk pelayanan kesehatan dibandingkan fasilitas kesehatan pemerintah termasuk seperti ketika bersalin maupun untuk mencari pengobatan.

Kecenderungan ini terlihat semakin meningkat, bahkan terjadi pula pada perilaku kaum miskin. Hal ini sesuai dengan¹⁴ yang menyatakan banyak orang termasuk orang miskin di negara-negara paling miskin, pada kenyataannya sangat mengandalkan fasilitas kesehatan swasta. Kondisi ini sesuai juga dengan hasil *regional confrence revitalizing primary health care* yang menyatakan, kenyataannya banyak orang miskin maupun kaya memanfaatkan penyedia pelayanan kesehatan swasta sebagai tempat kontak pertama, untuk merevitalisasi puskesmas seharusnya melibatkan swasta dalam penyedia layanan masyarakat.

Puskesmas diharapkan lebih terfokus pada pelayanan kesehatan masyarakat secara umum seperti promosi kesehatan, pencegahan

penyakit melalui imunisasi dan pengendalian berbagai penyakit menular tanpa menghalangi pihak swasta untuk melibatkan diri dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Di kota-kota besar para praktisi swasta juga telah menyediakan pelayanan imunisasi untuk anak-anak walaupun masih bagi kelompok masyarakat yang berpenghasilan menengah ke atas. Memang sektor swasta seharusnya lebih bertanggung jawab untuk perawatan kesehatan perorangan atau pelayanan medis. Di beberapa negara pelayanan pihak swasta berkembang dengan cukup pesat. Tetapi informasi yang berhubungan dengan kegiatan sektor swasta di bidang kesehatan sebagian besar tidak tersedia, sehingga sulit untuk mengaturnya¹⁶.

Menyatakan peran negara dikurangi, ketentuan kesehatan dibuat lebih efektif dengan memperkenalkan kompetisi dan desentralisasi pengambilan keputusan dan sektor swasta untuk mempunyai peranan yang lebih luas¹⁴.

Perencanaan pembiayaan kesehatan yang dilakukan dinas kesehatan hendaknya melibatkan semua sektor yang terkait dengan program yang direncanakan. Keterlibatan dan partisipasi dari organisasi profesi kesehatan seperti IDI, IBI, POGI dan IDAI mutlak di laksanakan dari tahap perencanaan. Hal ini sejalan dengan Reinke¹⁷ yang menyatakan bahwa mereka yang terkena pengaruh perencanaan harus langsung dilibatkan dalam proses perencanaan, dengan cara ini para perencana dapat menjamin bahwa prioritas telah ditetapkan dengan tepat, rencana dapat dikerjakan dengan mudah dan fase penerapan akan mendapatkan dukungan yang luas.

Salah satu sistem perencanaan adalah perencanaan dengan pendekatan partisipatif dilaksanakan dengan melibatkan semua pihak yang berkepentingan terhadap pembangunan. Pelibatan mereka adalah untuk mendapatkan aspirasi dan menciptakan rasa memiliki¹⁸.

Para profesional perawatan kesehatan dan organisasi profesi memiliki peran utama untuk memainkan posisi dalam proses peningkatan kesehatan ibu dan anak. Mereka merupakan organisasi para profesional yang sangat terlatih, dan mereka tinggal dan bekerja di negara-negara di seluruh dunia. Organisasi profesi kesehatan atau *Health Care Professional Organizations* (HCPOs) yang terdiri dari FIGO, ICM, ICN, IPA, COINN dan PIF adalah anggota dalam kemitraan untuk kesehatan ibu dan anak yaitu *Partnership for Maternal Newborn and Child Health*

(PMNCH). Para profesional perawatan kesehatan dan organisasi profesi kesehatan sangatlah penting dalam keberhasilan dan keberlanjutan sejumlah kegiatan seperti: 1) meningkatkan kesehatan dan menangani penyakit dalam bidang kesehatan perempuan, reproduksi, kehamilan, pertolongan persalinan, kesehatan bayi, anak dan remaja. 2) mengajar dan melatih tenaga profesional pada pelayanan layanan kesehatan ibu dan anak pada pelayanan perorangan disemua tingkatan, 3) menetapkan standard sebagai bukti yang berbasis kurikulum kesehatan ibu, bayi, dan anak, intervensi, strategi layanan persalinan, dan pendidikan pada tingkat nasional, regional, dan global, serta *monitoring* kesehatan bidang perawatan dan persalinan. 4) memberikan kepemimpinan dan pendampingan dalam perencanaan, pelaksanaan, dan monitoring program. 5) melakukan advokasi peningkatan kesehatan ibu, bayi, dan anak serta untuk meningkatkan perhatian dalam memperkuat sistem kesehatan yang terkait¹⁹.

Peran yang mungkin organisasi profesi terapkan pada negara-negara berkembang sangatlah banyak dan memiliki potensi untuk mengurangi angka kematian ibu²⁰. Upaya FIGO mencegah perdarahan post partum dengan pola kemitraan antara Akademi Peditarik Amerika (AAP) dengan Dinas Kesehatan India (IHS) selama 40 tahun merupakan contoh bagaimana dan mengapa peran organisasi profesi kesehatan sangat penting dalam memimpin advokasi untuk KIA²¹.

2. Komitmen Stakeholder

Besarnya alokasi biaya untuk kesehatan sangat dipengaruhi oleh pola kebijakan politik, ekonomi dan perundangan yang ada. *Political will* pemerintah disemua tingkatan dalam rangka kebijakan alokasi biaya kesehatan dapat berperan banyak demi sistem kesehatan yang lebih reliabel dan tahan goncangan²².

Menyatakan komitmen politik daerah sangat tergantung pada koalisi *stakeholder* yang mampu menggerakkan arah kebijakan yang sesuai dengan prioritas daerah²³. Ini juga dipertegas oleh Oyaya²⁴ yang menyatakan reformasi sektor kesehatan diartikan sebagai proses perubahan yang terus menerus dalam meningkatkan kinerja dan fungsi dari sektor kesehatan untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat. Keberadaan pemerintah dan dukungan dari lembaga-lembaga donor diharapkan mampu meningkatkan komitmen untuk menciptakan sehat untuk semua. Komitmen *stakeholder* dalam koordinasi

pembiayaan kesehatan dari sumber-sumber pembiayaan seperti BOK, Jamkesmas, Jampersal dan sumber yang lain mutlak diperlukan²⁵. Menyatakan upaya pemerintah pusat menggulirkan BOK ini harus diperkuat oleh komitmen dinas kesehatan selaku operator dana BOK di daerah sebelum diserahkan ke puskesmas. Harus ada suatu *grand* strategi bagaimana pengelolaan dana kesehatan yang baik dan akan memberikan dampak untuk tercapainya hasil yang baik. Berdasarkan analisis komitmen *stakeholder* Kabupaten Lombok Tengah dalam koordinasi pelaksanaan pembiayaan Program KIA secara umum mempunyai komitmen yang optimal. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kiramang²⁶ *stakeholder* Kabupaten Luwu Utara berkomitmen melaksanakan Jamkesda, dan penelitian Mayeni²⁷ Pemerintah Kota Denpasar mempunyai komitmen yang tinggi terhadap pembiayaan sektor kesehatan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Koordinasi perencanaan untuk pembiayaan KIA belum berjalan optimal, walaupun perencanaan kesehatan ditingkat puskesmas dan kabupaten sudah dilakukan, namun organisasi profesi kesehatan tidak dilibatkan dalam proses perencanaan, sehingga koordinasi pelaksanaan belum berjalan optimal, tidak ditemukan adanya tumpang tindih atau *overlapping* pembiayaan, hanya saja masih ada iur biaya pada pasien untuk biaya obat dan rujukan serta pelaksanaan kebijakan Jampersal tidak melibatkan pihak swasta dalam memberikan pelayanan KIA. Proses pelayanan KIA mulai dari fase hamil sampai dengan fase nifas dipelayanan dasar dan pelayanan lanjutan berjalan dengan baik dan dilaksanakan sesuai petunjuk. Komitmen *stakeholder* secara umum sudah optimal ditandai dengan adanya gerakan-gerakan serta kebijakan dalam usaha menurunkan angka kematian ibu dan bayi termasuk jaminan pembiayaan kesehatan bagi seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu.

Saran

Pemerintah pusat diharapkan menurunkan anggaran diawal tahun sehingga proses koordinasi perencanaan baik ditingkat puskesmas maupun di kabupaten segera dilakukan dengan lebih banyak melibatkan *stakeholder* yang terkait dengan pembiayaan kesehatan termasuk organisasi profesi. Meningkatkan sistem perencanaandengan pendekatan partisipatif. Pemerintah pusat diharapkan memperluas aspek jaminan dari pembiayaan yang sudah

ada seperti mengalokasikan dana rujukan pasien Jampersal dari dana Jampersal, peningkatan jasa ANC dan PNC serta jasa persalinan baik normal maupun dengan penyulit. Adanya jasa khusus untuk pelayanan KB pasca bersalin dan perluasan jaminan pada kasus-kasus KIA yang patologis. Koordinasi pada tahap pelaksanaan kegiatan harus tetap ditingkatkan dengan lintas sektor maupun lintas program. Kerjasama dengan pelayanan kesehatan swasta mutlak dilakukan untuk peningkatan akses. Komitmen *stakeholder* harus tetap dipertahankan bahkan ditingkatkan dengan melakukan lobi-lobi dan advokasi kepada pemangku kebijakan terutama dalam peningkatan alokasi anggaran pembangunan kesehatan khususnya untuk program KIA sehingga kinerja dalam proses pelayanan KIA dapat ditingkatkan lagi dengan melibatkan peran serta aktif dari organisasi profesi, kader, dukun bersalin, tokoh masyarakat, dan tokoh agama yang ada sehingga cakupan program KIA dapat tercapai.

REFERENSI

1. Kemenkes, Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar Jamkesmas, 2011b.
2. Trisnantoro L. Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007, Mengkaji Pengalaman dan Skenario Masa Depan, BPFE, Yogyakarta, 2009.
3. Gani A. Reformasi Pembiayaan Kesehatan Kabupaten/Kota Dalam Sistem Pertemuan Nasional Desentralisasi Kesehatan, Bandung, 2006.
4. Kemenkes, Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat, 2011a.
5. Dinas Kesehatan, Profil Dikes Lombok Tengah, 2011.
6. Usman H. Manajemen Teori Praktek & Riset Pendidikan (ed. Kedua), Bumi Aksara, Jakarta, 2006.
7. Heywood P. Harahap NP. Health Research Policy and Systems Public Funding of Health at the District Level in Indonesia After Decentralization – Sources, Flows and Contradictions. *Health Research Policy and Systems*, 2009;14:1-14, doi:10.1186/1478-4505-7-5
8. Borghi J, Ensor T, Somanathan A, Lissner C, Mills A. Maternal Survival 4 Mobilising Financial Resources for Maternal Health. Online, 2006;6736(06).doi:10.1016/S0140-6736(06)69383-5
9. Hanafi H. Manajemen, UPP-AMP-YPKN, Yogyakarta, 1997.
10. Walt G, Pavignani E, Gilson L, Buse K. Health Sector Development: from Aid Coordination to Resource Management. *Health Policy and Planning*, 1999;14(3):207-218.
11. Nahar S, Costello A. The Hidden Cost of 'Free' Maternity Care in Dhaka, *Health Policy, Bangladesh*, 1998;13(4):417-422.
12. Kruk ME, Mbaruku G, Rockers P, Galea S. User Fee Exemptions are Not Enough: Out-Of-Pocket Payments for "Free" Delivery Services in Rural Tanzania. *Tropical Medicine and International Health*, 2008;13(12):1442-1451. doi:10.1111/j.1365-3156.2008.02173.x
13. Kutzin J. A. Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements. *Health*, San Francisco, 2001; 56:171-204.
14. Buse K. et. al. Membuat Kebijakan Kesehatan, Yogyakarta, 2009.
15. Gondodiputro S. Djuhai H. Peran Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Primer Swasta Dalam Jaminan Kesehatan di Kabupaten Bandung. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 2010; 13:92-98.
16. WHO. Regional Conference Primary Health Care, Jakarta, 2008.
17. Reinke W A. Perencanaan Kesehatan Untuk Meningkatkan Efektivitas Manajemen. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta. 1994.
18. Undang-Undang RI No. 25/2004 Tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, 2005.
19. WHO. The Role Of Health Care Professional Organizations in The Partnership for Maternal Newborn and Child Health, 2006.
20. Chamberlain J, McDonagh R, Lalonde A, Arulkumaran S. The Role of Professional Associations in Reducing Maternal Mortality Worldwide. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2003;83(1):94-102. doi:10.1016/S0020-7292(03)00185-1.
21. Lalonde AB. Delivering Services and Influencing Policy: Health Care Professionals Join Forces to Improve Maternal, Newborn, and Child Health. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 2009;105(3):271-4. International Federation of Gynecology and Obstetrics, doi:10.1016/j.ijgo.2009.01.030
22. Adi Sasmito W. Sistem Kesehatan. Raja Grafindo Persada, 2007.

23. Hasanbasri M. Politik Daerah dan Program Kesehatan di Masa Desentralisasi in Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007, BPFE, Yogyakarta, 2009.
24. Oyaya C O, Rifkin S B. Health Sector Reforms in Kenya: an Examination of District Level Planning. *Health Policy*, 2003;64:113-27.
25. Gani A. Kesehatan Masyarakat Investasi Manusia Menuju Rakyat Sejahtera. Republika, Jakarta, 2011.
26. Kiramang. Analisis Stakeholder Terhadap Model Jaminan Kesehatan Daerah di Kabupaten Luwu Utara Provinsi Sulawesi Selatan, Tesis,. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2009.
27. Mayeni. Komitmen Stakeholder Terhadap Kebijakan Pelayanan Gratis di Kota Denpasar Bali, Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2008.
28. Buse K. Keeping a Tight Grip on The Reins: Donor Control Over Aid Coordination and Management in Bangladesh. *World*, 1999;14(3):219-28.