

Transformasi puskesmas swadana tahun 2000

Widya Ayu Puspita, author

Deskripsi Lengkap: <https://lib.ui.ac.id/detail?id=96126&lokasi=lokal>

Abstrak

Sejalan dengan gencarnya isu reformasi, desentralisasi dalam bentuk otonomi daerah menjadituntut banyak pihak. Pada akhirnya, pemberlakuan otonomi daerah ini akan membawa dampak bagi bidang kesehatan, yang salah satunya adalah Puskesmas. Maka dari itu, mengantisipasi kemungkinan timbulnya masalah yang lebih besar, Puskesmas diarahkan menjaditunit swadana daerah.

Berkaitan dengan hal di atas, penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi transformasi Puskesmas Swadana, dengan fokus kajian pada proses perencanaan dan pengelolaan penerimaan fungsional pada Puskesmas Swadana di DKI Jakarta, tepatnya di Puskesmas Kecamatan Tebet dan Jatinegara. Proses perencanaan dan pengelolaan penerimaan fungsional ini akan dibandingkan secara vertikal dan horisontal. Penelitian ini merupakan studi kasus dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Data diperoleh melalui observasi, penelusuran data sekunder, dan wawancara mendalam dengan 10 informan di Puskesmas Kecamatan Tebet dan 6 informan di Puskesmas Kecamatan Jatinegara. Informan ini adalah orang-orang yang berkepentingan dan memahami proses perubahan yang terjadi di kedua Puskesmas ini ketika menjadi Puskesmas Swadana - meskipun dalam SK Gubernur No. 39 Tahun 2000 masih disebut sebagai uji coba unit swadana daerah.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara persamaan antara sebelum dan sesudah swadana adalah proses perencanaan mengikuti tahapan-tahapan mulai dari analisis situasi sampai pada penyusunan rencana operasional dan sumber penerimaan fungsional berasal dari retribusi pasien. Sementara itu perbedaan antara sebelum dan sesudah menjadi Puskesmas Swadana antara lain bahwa setelah menjadi Puskesmas Swadana terdapat kemandirian dalam proses perencanaan (bottom up planning; integrated planning with budgeting dan target-based budgeting), pengelolaan 100% penerimaan fungsional, berlaku reward system, kapasitas sumber daya manusia diperhatikan, dan perubahan struktur organisasi yang lebih disesuaikan dengan kebutuhan, dibandingkan bila sebelum swadana, tidak ada kemandirian dalam proses perencanaan (top down planning, fragmented planning with budgeting dan budget-based activities), tidak memiliki wewenang dalam mengelola penerimaan fungsional (100% disetor ke kas daerah), tidak berlaku reward system secara jelas, partisipasi staf rendah dan struktur organisasi sama dengan struktur organisasi Puskesmas lainnya di Indonesia.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa di antara kedua Puskesmas swadana juga memiliki persamaan mendasar, antara lain kemandirian proses perencanaan (bottom up planning, integrated planning with budgeting target-based activities),

pengelolaan penerimaan insidental (sistem satu pintu, transparan, ada kriteria pembagian insentif), proses dimulainya keswadanaan (1 April 2000), legal aspect (SK. Gubernur No. 39 Tahun 2000) dan tahapan-tahapan yang dilalui untuk menjadi Puskesmas Swadana (tahap internal dan eksternal). Sementara itu, perbedaannya terletak pada optimalisasi partisipasi staf pada proses perencanaan (tinggi vs. cukup tinggi, teamwork solid vs. kurang solid, dukungan tinggi vs. rendah, manajemen partisipatif vs. representative), pola dalam pengelolaan pemerintahan fungsional (sentralistik vs. desentralistik), kedisiplinan staf (ketat vs. longgar, sistem amanah vs. absen tertulis), teknik pencatatan keuangan (komputerisasi vs manual), proses keswadanaan (sudah siap sebelumnya vs. belum begitu siap sebelumnya), perubahan (segmental vs. menyeluruh), serta pola pembagian insentif. Pada dasarnya, Puskesmas Swadana membawa banyak manfaat, terutama bagi peningkatan kemandirian dan mutu pelayanan, sehingga dapat dikembangkan lebih lanjut pada masa mendatang.

<hr>

 Abstract

Reformation issues has pointed decentralization willing in an district autonomous type being larger. At last, this district autonomous will bring some impacts to health sector, like public health centre. Therefore, to anticipate the bigger problems, public health centre is directed to self financed organization.

This research aims at identifying self financed public health centre transformation, focused at planning and revenue management process. This research is located at self financed public health centre in Jakarta, those are Tebet and Jatinegara. Both of process will be compared vertically and horizontally.

This research is case study with qualitative approach. It used observation, secondary data collection, and indepth interview to collect data. Indepth interview was conducted with ten informants in Tebet Public Health Centre and six informants in Jatinegara Public Health Centre. They were chosen because they had been considered know well about the process explored. For information, these Public Health Centres is called self financed, although the Decree of District Government is still in the process. The results show that generally, there are the some processes that similar before and after become self financed public health centre, they are 1). Planning process follows the same steps from situational analysis to plan of action arrangement and 2). The revenue is gotten from patients retribution. The differences are that after become a self financed organization their planning process use bottom up planning approach more, integrated planning with budgetting and target-based budgetting, 100% of their revenue is managed by themselves, reward system, care of human resources capability, and the change of organizational structure is suitable with the needs. Before become a self financed organization, their planning are dominated by top down planning approach, fragmented planning with budgetting and budget-based activities, have no authority to managed their own revenue (100% is given to the district government), there are no clear reward system, lower staffs participation and the same of organizational structure with another public health centre in Indonesia.

Beside that, the result also shows that between them have the basic same, comprises of planning process (bottom up planning, integrated planning with budgeting, target based activities, revenue management (a door, more transparant, using incentive criterions), the beginning of self financed process (1 ? of April 2000), legal aspect (District Government No. 39/2000) and the stage (intern and extern stage). The diEerences between them are optirnalization of staifs participation in planning process (higher vs. lower, solid teamwork vs. not, higher support vs. lower, participative vs. representative management), revenue management form (sentralized vs. decentralized), staH`s discipline (higher vs. lower, amano va manual), financial recording and reporting system (computerized vs. manually), self Hnanced process (ready vs. not ready), gradation of change (segmental- vs comprehensive) and reward system formula. Basically, the change being self financed public health centre is very useiiiill., - mainly to increase their autonomy and quality of care - , so that can be developed more in the future.