

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 LATAR BELAKANG

Pada akhir tahun 2000 lalu telah disepakati *Millennium Development Goals* (disingkat MDGs) oleh hampir 200 pemimpin dunia. Kesepakatan ini terjadi pada Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium di New York, dan Indonesia menjadi salah satu dari negara-negara yang menyetujui kesepakatan tersebut (<http://id.wikipedia.org>). MDGs berisi delapan tujuan, dan tujuan ini harus diupayakan dapat dicapai pada tahun 2015. Kedelapan tujuan tersebut adalah:

- a. menanggulangi kemiskinan dan kelaparan;
- b. mencapai pendidikan dasar untuk semua;
- c. mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan;
- d. menurunkan angka kematian anak;
- e. meningkatkan kesehatan ibu;
- f. memerangi penyebaran HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya;
- g. kelestarian lingkungan hidup; dan
- h. membangun kemitraan global dalam pembangunan.

Bagi negara-negara berkembang, seperti Indonesia, sesungguhnya, pencapaian tujuan-tujuan di atas bukan hal yang mudah. Hal ini karena di satu pihak sumberdaya yang dimiliki Indonesia –dan juga negara-negara berkembang lainnya-- sangat terbatas, sementara di pihak lain jumlah penduduk yang miskin cukup besar, angka kematian bayi dan balita masih tinggi, lingkungan hidup telah cukup lama mengalami degradasi, rata-rata tingkat kesehatan ibu –terutama di daerah pedesaan—relatif rendah.

Menurut data Badan Pusat Statistik (2009) angka kematian bayi dan balita di Indonesia masih sekitar 40 sampai dengan 60 per seribu balita. Angka harapan hidup masih sekitar 65 tahun, jauh di bawah angka harapan hidup di Jepang yang sekitar 79 tahun. Angka kematian ibu yang melahirkan per seratus ribu kelahiran sekitar 250 orang. Deforestasi di berbagai pulau telah lama terjadi dengan laju sekitar 1,8 hektar per tahun; belum lagi peningkatan kadar karbondioksida di kota-kota besar, seperti DKI Jakarta dan Surabaya.

Dari 8 (delapan) tujuan yang termuat dalam MDGs tersebut di atas, 4 (empat) diantaranya –yaitu tujuan: (d) sampai dengan (g)—mengarah pada bidang kesehatan dan peningkatan kualitas hidup manusia; satu pada masalah pendidikan (tujuan b); satu pada masalah kesetaraan gender (tujuan c); satu pada hubungan antar negara (tujuan h); dan satu lainnya pada masalah yang fundamental yaitu kemiskinan dan kelaparan.

Di bidang kesehatan, menurut penelitian dari Bank Dunia (2008), pembangunan di bidang ini, meski telah lama diupayakan, ternyata masih mengandung kelemahan serius. Kelemahan-kelemahan itu antara lain: pertama, banyak institusi penyedia dan pendukung pelayanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas, asuransi-asuransi kesehatan) belum efisien dalam kiprahnya. Ini mengakibatkan kualitas pelayanan kesehatan menjadi tidak sebagaimana yang diharapkan. Selain daripada itu, tingkat pemanfaatan fasilitas kesehatan --baik yang dimiliki pemerintah maupun swasta— masih di bawah kapasitas optimumnya. Ini tak pelak membuat investasi di institusi-institusi ini ebagian menjadi mubazir. Kedua, baik pemerintah pusat maupun daerah ternyata baru mengalokasikan anggaran belanjanya ke bidang kesehatan masyarakat sekitar 3%, dalam rasio terhadap GDP. Ketiga, meski era otonomi telah dicanangkan (sejak tahun 2001) namun berbagai peraturan pemerintah pusat dan surat keputusan menteri-menteri banyak yang masih membatasi ruang gerak pemerintah daerah (utamanya kabupaten/kota). Akibatnya, pemerintah daerah tidak memiliki kewenangan yang cukup untuk mengalokasikan anggarannya ke bidang-bidang yang menjadi prioritasnya, termasuk bidang kesehatan masyarakat.

Ditilik dari sisi sejarah bangsa, jelas terlihat upaya dari Pemerintah Indonesia untuk mengatasi permasalahan kesehatan masyarakat –terutama yang ditujukan kepada masyarakat miskin— telah lama berlangsung. Sejak tahun 1972, pemerintah (pusat) telah berupaya untuk menumbuhkembangkan pusat-pusat pelayanan kesehatan bagi masyarakat di seluruh Indonesia. Puskesmas-puskesmas, sebagai sebuah organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat di Indonesia, didorong untuk dibangun pada daerah-daerah melalui *specific grant*, yang disebut dana Inpres Kesehatan.

Sebagaimana diharapkan oleh pemerintah, puskesmas menjadi salah satu ujung tombak dari pemerintah dalam memperbaiki kualitas hidup penduduknya guna

mencapai derajat kesehatan yang optimal tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan di hampir seluruh pelosok tanah air. Puskesmas-puskesmas ini diharapkan dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang menyeluruh, terpadu, merata dan dapat diterima serta terjangkau oleh masyarakat. Puskesmas diharapkan dapat berperan aktif dalam pemanfaatan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang medik, untuk kemudian diterapkan guna meningkatkan kesehatan masyarakat.

Sampai dengan tahun 2001 (Warta Kesehatan Indonesia, 2002), jumlah puskesmas di seluruh Indonesia ada sekitar 7.277 unit, belum termasuk puskesmas pembantu sebanyak 24.587 unit dan puskesmas keliling 5.084. Jumlah yang cukup menggemirakan dibandingkan dengan kondisi di tahun 1972, saat awal Inpres kesehatan dijalankan, meski jika dibandingkan dengan jumlah penduduk Indonesia yang 200 juta lebih jumlah itu masih belum seberapa. Dengan bertambahnya penduduk Indonesia setiap tahun tentu jumlah ini mesti ditingkatkan lagi.

Memasuki era otonomi dan desentralisasi, pasca tahun 2001, kewenangan untuk menumbuhkembangkan puskesmas-puskesmas –menurut undang-undang yang berlaku di era ini—berada di pemerintah daerah. Pemerintah pusat tidak dapat lagi secara langsung mengintervensi peran serta puskesmas. Di era ini peran pemerintah pusat hanyalah menghadirkan insentif bagi daerah-daerah untuk mau memberikan perhatian yang besar, atau paling tidak sama dengan waktu-waktu lalu, kepada pembangunan kesehatan masyarakat melalui puskesmas. Pemerintah pusat memunculkan Dana Alokasi Khusus untuk kesehatan guna menghadirkan insentif agar daerah mau memberi perhatian pada pembangunan kesehatan di daerahnya, di samping juga menyediakan dana subsidi bagi masyarakat miskin untuk dapat akses ke jasa kesehatan yang disediakan oleh puskesmas atau rumah sakit.

Studi SMERU (2004) dan kemudian juga Menteri Kesehatan pada Kabinet Indonesia Bersatu, Siti Fadilah Supari (Suara Pembaharuan, 2006), mengungkapkan segala apa yang telah dihasilkan di masa lalu di bidang kesehatan bukannya menjadi bertambah baik tetapi malah sebaliknya di era otonomi dan desentralisasi ini. Ini membuat upaya pemerintah Indonesia mencapai tujuan MDGs di tahun 2015 menjadi kian sulit dicapai. Studi SMERU mengungkapkan bahwa memasuki era otonomi dan desentralisasi daerah puskesmas-puskemas menerima dana operasional yang lebih rendah dari jumlah yang diterimanya sebelum era otonomi dan desentralisasi. Sebagai

akibatnya pelayanan puskesmas kepada masyarakat pun menjadi berkurang baik kualitas dan kuantitasnya. Studi SMERU ini dilakukan dengan survei terhadap 977 buah puskesmas yang berada di berbagai daerah di Indonesia. Studi Ahmad selanjutnya mengungkapkan bahwa desentralisasi fiskal sama sekali tidak berkaitan dengan penurunan angka kematian bayi, bahkan kuantitas keberadaan tenaga medik pun tidak berkorelasi dengan angka kematian bayi itu. Studi Ahmad dilakukan pada 14 kabupaten/kota di Sumatra Barat. Akhirnya, Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Siti Fadilah Supari, mengungkapkan dan mengeluh bahwa pelayanan kesehatan menjadi menurun di banyak daerah. Daerah-daerah banyak menempatkan tenaga mediknya pada puskesmas-puskesmas namun tidak sejalan dengan kompetisinya. Dikarenakan pada era otonomi dan desentralisasi penempatan pegawai sepenuhnya menjadi kewenangan daerah maka pusat tidak dapat lagi mengatur penempatan tenaga medis yang sejalan dengan keperluan dan kompetensi yang tepat.

Apa yang dikemukakan dan dikeluhkan oleh studi-studi di atas tampaknya terjadi pula di Kota Semarang. Alokasi anggaran kesehatan untuk Kota Semarang pada tahun 2008 lebih kecil daripada alokasi tahun sebelumnya (2007). Jumlah alokasi itu di tahun 2008 adalah sebesar Rp 97,6 miliar, sedang untuk tahun 2007 adalah Rp98,7 miliar. Anggaran untuk Dinas Kesehatan Kota Semarang yang pada tahun 2009 sebesar Rp50,1 miliar menurun menjadi hanya Rp36,5 miliar pada tahun anggaran 2010 (Kompas, 2010). Tentu saja penurunan-penurunan dalam alokasi anggaran ini dikhawatirkan oleh banyak pihak, terutama oleh pemerhati kesehatan masyarakat di Kota Semarang, dan akan berdampak pada keterbatasan pelayanan kesehatan bagi masyarakat luas di Kota Semarang. Sebab timbul kemungkinan terhadap jumlah anggaran yang akan diterima oleh puskesmas-puskesmas akan menurun di tahun 2009 dan 2010 dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya.

Bertolakbelakang dengan penurunan-penurunan alokasi anggaran yang disebut di atas, Dinas kesehatan Pemerintah Kota Semarang –sebagaimana tercantum dalam SK Walikota Semarang No.440/001 tanggal 2 Januari 2008 tengah berupaya untuk menerapkan konsep *Total Coverage* jaminan kesehatan di kota Semarang. Dengan konsep *Total Coverage* pelayanan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif di bidang kesehatan harus mampu menjangkau dan dijangkau oleh seluruh masyarakat. Berbagai hambatan-- baik geografi, perilaku maupun ekonomi—yang dihadapi

masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan harus ditiadakan dalam penerapan konsep *Total Coverage* ini ([www.semarangkota.go.id](http://www.semarangkota.go.id)).

Penurunan alokasi anggaran Pemerintah Daerah Kota Semarang kepada Dinas Kesehatan tak dipungkiri bisa menjadi gangguan bagi penerapan konsep *Total Coverage* di bidang kesehatan ini. Penurunan alokasi anggaran akan memperkecil ketersediaan biaya operasional untuk diolah puskesmas-puskesmas dan rumah sakit umum milik daerah sementara kesehatan telah menjadi kebutuhan utama bagi masyarakat perkotaan seperti di Ibukota Provinsi Jawa Tengah ini. Ditambah dengan tenaga kesehatan dan peralatan medis yang juga terbatas di puskesmas-puskesmas dan rumah sakit di Kota Semarang (seperti terlihat di tabel 1.1) kekuatiran akan gagalnya penerapan konsep *total coverage* menjadi lebih nyata.

Jumlah tenaga medis di Kota Semarang masih jauh dari angka ketercukupan, sebagaimana yang ditargetkan dalam Program Indonesia Sehat tahun 2010 oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Program Indonesia Sehat Tahun 2010 menargetkan rasio ketersediaan dokter umum untuk setiap 100.000 penduduk adalah 40, sementara untuk Kota Semarang rasio ini baru 18,36.

Satu-satunya jalan yang mesti ditempuh oleh Dinas Kesehatan melalui puskesmas-puskesmas dan rumah sakit yang ada di kota Semarang untuk merealisasi tekad memberikan lingkup menyeluruh dalam pelayanan kesehatan kepada masyarakat barangkali hanya melalui efisiensi dalam operasional unit kerjanya. Di saat sumber daya yang dimiliki terbatas sedangkan tugas yang membebani cukup berat maka hal yang terbaik untuk dilakukan adalah berusaha untuk bekerja efisien.

**Tabel 1.1 Data Tenaga Kesehatan di Kota Semarang Tahun 2008**

NO	JENIS TENAGA KESEHATAN	UNIT KERJA		
		DKK	PUSKESMAS	RSU/RS RSB KHUSUS LAINNYA
1	Dokter Spesialis	0	2	196
2	Dokter Umum	5	71	196
3	Dokter Gigi	3	41	51
4	Perawat	4	116	2.301
5	Sarjana Keperawatan	0	1	129
6	Bidan	3	158	256
7	Tenaga Farmasi	3	41	311
8	Sarjana Farmasi dan Apoteker	3	0	38
9	Tenaga Sanitarian	8	27	33
10	Kesehatan Masyarakat	28	19	56
11	Tenaga Gizi	4	43	79
12	Tenaga Terapi Fisik	0	0	82
13	Tenaga Ketenisian Medik	0	41	246

Sumber : Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2008

## 1.2 RUMUSAN MASALAH

Bertolak dari latar belakang yang telah diuraikan di bagian 1.1, maka permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini adalah:

1. Apakah puskesmas-puskesmas yang berada di Kota Semarang telah efisien dalam operasional kerjanya?;
2. Guna mendukung pencapaian kinerja operasional yang efisien, maka sumberdaya input atau output mana yang telah dimaksimalkan atau belum digunakan sepenuhnya oleh puskesmas-puskesmas di Kota Semarang.?

## 1.3 TUJUAN PENELITIAN

Berdasarkan rumusan masalah yang ada maka tujuan penelitian ini adalah mengukur efisiensi operasional puskesmas-puskesmas yang ada di Kota Semarang

#### **1.4 HIPOTESA PENELITIAN**

Hipotesis adalah merupakan jawaban sementara terhadap pertanyaan-pertanyaan yang dikemukakan dalam perumusan masalah dan masih harus dibuktikan kebenarannya melalui pengumpulan dan analisa data penelitian.

Hipotesis penelitian ini adalah bahwa kinerja dari sebagian besar puskesmas-puskesmas induk yang ada di Kota Semarang pada periode tahun 2009 mencapai efisiensi teknis optimal sebesar 100%. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian sehingga akan diperoleh hasil penelitian yang menunjukkan apakah kinerja unit kerja puskesmas yang ada di Kota Semarang tersebut benar-benar telah efisien

#### **1.5 MANFAAT PENELITIAN**

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah menjadi bahan masukan bagi :

1. Pihak Dinas Kesehatan Kota Semarang sebagai koordinator pengelola puskesmas maupun pengelola di masing-masing puskesmas dalam menggunakan hasil penelitian ini sebagai bahan pertimbangan dalam meningkatkan kinerja operasionalnya di masa mendatang.
2. Badan Pemeriksa Keuangan dalam mempersiapkan Panduan Pemeriksaannya menyangkut kinerja pada badan-badan pelayanan sektor publik, dalam hal ini puskesmas, guna mengantisipasi kelemahan-kelemahan yang perlu untuk di perdalam pemahamannya atas unit yang akan diperiksa di masa datang.
3. Pihak lain sebagai bahan referensi yang bermanfaat guna mengetahui kinerja operasional puskesmas.

#### **1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN**

Dalam penelitian ini data yang akan diolah merupakan data sekunder yaitu data-data operasional 37 (tiga puluh tujuh) puskesmas di Kota Semarang pada tahun 2009, dimana pengukuran terhadap efisiensi operasionalnya menggunakan metode *Data Envelopment Analysis* (DEA).

## 1.7 SISTEMATIKA PENULISAN LAPORAN

Penulisan laporan penelitian ini mengikuti sistematika sebagai berikut :

### **Bab 1 : Pendahuluan.**

Dalam bagian pendahuluan akan diuraikan didalamnya mengenai latar belakang masalah, rumusan masalah, ruang lingkup penelitian, tujuan penelitian, manfaat penelitian dan sistematika penulisan laporan.

### **Bab 2 : DEA : Alat Analisis Untuk Mengkaji Efisiensi Relatif**

Dalam landasan teori dibahas mengenai konsep efisiensi, gambaran mengenai unit kerja yang dijadikan bahan penelitian serta landasan teori mengenai metode DEA (*Data Envelopment Analysis*) yang menjadi konsep pokok dari penelitian ini.

### **Bab 3 : Kondisi Umum Puskesmas Di Kota Semarang**

Bab ini berisi kondisi umum puskesmas-puskesmas yang ada di Kota Semarang, termasuk variabel-variabel yang akan dipergunakan didalam perhitungan pendekatan DEA untuk memperoleh skor efisiensi relatif.

### **Bab 4 : Hasil Pengolahan Dengan Pendekatan DEA**

Dalam bab ini diuraikan mengenai pengolahan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan dengan menggunakan pendekatan DEA dan pembahasan hasil dari penelitian yang dilakukan.

### **Bab 5 : Kesimpulan dan Saran**