



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**Analisis Kebijakan Pembiayaan  
Rumah Sakit Milik Pemerintah DKI Jakarta  
Tahun 2004-2008**

**TESIS**

**OLEH :  
SANDRA OLIVIA KUSWANDANI  
NPM : 0706190194**

**PROGRAM PASCASARJANA  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
JULI 2009**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**Analisis Kebijakan Pembiayaan  
Rumah Sakit Milik Pemerintah DKI Jakarta  
Tahun 2004-2008**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister**

**SANDRA OLIVIA KUSWANDANI  
0706190194**

**PROGRAM PASCASARJANA  
KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
JULI 2009**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

**Nama : Sandra Oliva Kuswandani**  
**NPM : 0706190194**  
**Tanda Tangan :**  
**Tanggal : 2 Juli 2009**


## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :


Nama : Sandra Olivia Kuswandani  
NPM : 0706190194  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Judul Tesis : Analisis Kebijakan Pembiayaan Rumah Sakit Milik  
Pemerintah DKI Jakarta Tahun 2004 - 2008

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra Dumilah Ayuningtyas, MARS (  )

Penguji : Prof. dr. Amal C. Sjaaf, SKM, Dr.PH (  )

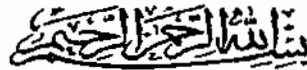
Penguji : Prof. dr. Purnawan Djunadi, MPH (  )

Penguji : drg. Ahmad Husni, MARS (  )

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 2 Juli 2009

## KATA PENGANTAR



Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah Subhana Wa Ta'ala atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul **“Analisis Kebijakan Pembiayaan Rumah Sakit Milik Pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008”**

Terima kasih penulis sampaikan dengan penuh rasa hormat kepada ibu dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS selaku pembimbing yang dengan segala kesibukannya masih meluangkan waktu kepada penulis dalam memberikan bimbingan, arahan, saran dan dukungan yang diperlukan penulis untuk perbaikan tesis ini, walaupun tesis ini masih jauh dari harapan beliau. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. dr. Amal C. Sjaaf, SKM, Dr.PH selaku penguji dalam seminar proposal, dan sidang ujian yang sangat banyak memberikan arahan kepada penulis bukan hanya dalam perbaikan tesis ini, tetapi juga hal lain yang sangat berarti.
2. Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH selaku penguji dalam seminar hasil, dan sidang ujian yang sangat banyak memberikan arahan kepada penulis dalam perbaikan tesis ini.
3. drg. Achmad Husni, MARS yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk hadir sebagai penguji luar pada ujian tesis penulis dan telah memberikan saran untuk perbaikan tesis ini.
4. Seluruh Pengajar Program Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat, yang telah memberikan tambahan ilmu pengetahuan kepada penulis sehingga memperkaya wawasan bagi penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
5. Rasa hormat dan terima kasih buat papah tercinta Kuswana yang selama hidupnya telah mendidik penulis untuk selalu menjadi orang yang berarti, mamah tercinta Muslena Wardani. Adik tercinta Indra Kusuma Wardana. Terimakasih atas segala pengertian, dorongan baik mental maupun materi. Doa mamah papah, insyaAllah jadi barokah buat Sandra.
6. Teristimewa untuk Shaogi Syam, S.Ked atas bantuan, dukungan dan motivasi yang diberikan hingga selesainya penulisan tesis ini.
7. Kepada bapak Muhammad Abbas, staf Bappeda DKI Jakarta; dr. Asiah, M.Sc dan drg. Dian, MARS; mba niken dari Rumah Sakit Duren Sawit; Bapak bambang, S.Sos, MARS dari Rumah Sakit Pasar Rebo; drg. Yudita, M.Kes dari Dinas Kesehatan DKI Jakarta; Bapak Dani Anwar anggota DPRD DKI Jakarta; dr. hanna Permana, MARS selaku ketua ARSADA; dan para pasien di RS. Pasar Rebo dan RS. Duren Sawit telah menerima penulis untuk mewawancarai dan mengambil data untuk keperluan tesis.

8. Kepada seluruh staf Klinik Sartika Medical Centre atas segala bantuan moril dan tak lupa drg. Amirani Zaibun yang telah menggantikan praktek selama penulis mengerjakan tesis.
9. Teman-teman mba nani, mba Widi, mba Ririen, mba Spency yang telah menjadi penyanggah baik di seminar proposal maupun seminar hasil yang telah memberikan masukan berarti dalam penyelesaian tesis.
10. Seluruh teman-teman mahasiswa angkatan 2007 program pascasarjana FKM UI, khususnya teman – teman KARS FKM UI.
11. Dan semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan tesis ini yang tak mungkin disebutkan satu persatu.

Akhir kata penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan oleh sebab itu segala kritik dan saran sangat penulis harapkan untuk kesempurnaan tesis ini sehingga tesis ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Depok, Juli 2009  
Penulis

Sandra Olivia Kuswandani

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sandra Olivia Kuswandani  
NPM : 0706190194  
Program Studi : Pasca Sarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :  
**Analisis Kebijakan Pembiayaan Rumah Sakit Milik Pemerintah DKI Jakarta Tahun 2004-2008**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : .....  
Pada tanggal : .....

Yang menyatakan

(.....)

**ABSTRAK**

# DAFTAR RIWAYAT HIDUP

## A. IDENTITAS

Nama : Sandra Olivia Kuswandani  
Tempat, Tanggal Lahir : Jakarta, 26 Juli 1984  
Jenis kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Alamat : Jl. Tegalan No.21B Rt. 13/Rw 06.  
Palmeriam, Matraman, Jakarta Timur  
Telp : 021-8580140, 08121347928

## B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. Tahun 1996 : Lulus Sekolah Dasar Negeri Kenari 07 Jakarta Pusat
2. Tahun 1999 : Lulus Sekolah Menengah Pertama Negeri 216 Jakpus
3. Tahun 2002 : Lulus Sekolah Menengah Atas Negeri 68 Jakpus
4. Tahun 2007 : Lulus Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Indonesia
5. Tahun 2009 : lulus Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

## C. RIWAYAT PEKERJAAN

1. Tahun 2007 – 2008 : Dokter Gigi Praktek di Klinik Ibin Sina, Pondok Kelapa
2. Tahun 2007 – 2008 : Dokter Gigi Praktek di Klinik Sartika Medical Centre, Jakarta Timur



Nama : Sandra Olivia Kuswandani  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Judul : Analisis Kebijakan Pembiayaan Rumah Sakit Milik Pemerintah DKI Jakarta

Pembangunan kesehatan ditujukan untuk mewujudkan manusia yang sehat, cerdas dan produktif. Menurut indikator *Human Development Index* Indonesia adalah peringkat 110 dari 177 negara. Dalam menuju visi Indonesia Sehat 2010, pembiayaan merupakan faktor yang signifikan mempengaruhi kualitas kesehatan masyarakat. Tujuan pembiayaan kesehatan adalah agar setiap individu memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan pribadi maupun masyarakat melalui penyediaan dana dan terciptanya insentif finansial yang benar bagi para penyedia pelayanan kesehatan. Rumah sakit milik pemerintah adalah salah satu fasilitas kesehatan yang disediakan untuk melayani dan menjamin kesehatan warganya. Penelitian ini melakukan analisis terhadap kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan menggunakan wawancara mendalam sebagai data primer yaitu peraturan dan regulasi terkait serta data keuangan rumah sakit. Penelitian ini melibatkan dua rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta yaitu Rumah Sakit Pasar Rebo dan Rumah Sakit Duren Sawit. Hasil penelitian ini yaitu kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah terdiri kebijakan tarif, kebijakan subsidi APBD, kebijakan dan GAKIN dan SKTM, serta keterkaitan dengan status kelembagaan dan pola keuangan rumah sakit. Pada pembuatan kebijakan, didapatkan bahwa aktor yang paling menentukan adalah pihak DPRD DKI Jakarta, tetapi pihak tersebut masih memiliki keterbatasan pengetahuan dan informasi. Ada beberapa ketidaksempurnaan dalam proses pembuatan kebijakan yaitu penentuan agenda dan formulasi kebijakan, sehingga menimbulkan kendala pada implementasinya, serta evaluasi dan adaptasi yang belum maksimal dilakukan. Sehingga kesimpulannya dibutuhkan kerjasama dan diskusi antara berbagai aktor kebijakan untuk menghasilkan sebuah kebijakan. Administrator rumah sakit yang memiliki fungsi strategis harus melakukan usaha peningkatan baik kearah internal rumah sakit menuju kemandirian maupun kearah eksternal melakukan advokasi dengan pihak legislatif untuk memperbaiki kebijakan selanjutnya.

Kata kunci :  
Kebijakan, pembiayaan RS Pemerintah, subsidi APBD, GAKIN, Tarif

## ABSTRACT

Name : Sandra Olivia Kuswandani  
Study Program: Hospital Administration  
Title : Policy Analysis of DKI Jakarta Government Hospital in 2004 - 2008

Development of health addressed to realize the healthy human, productive and smart. According to indicator Human Development Index Indonesia is rank 110 from 177 states. In going to the Indonesia health vision 2010, defrayal is the significant factor influence the quality health of society. Purpose of defrayal of health is each individual have to access to service of health of person and society through ready incentive creation and fund financial the correctness to all service provider of health. Governmental hospital is one of reserved for health facility serve and guarantee health of his citizen. This research analyze to politics policy of defrayal of governmental property hospital DKI Jakarta year of 2004 - 2008. This research is research qualitative by using circumstantial interview as primary data that is regulation and relevant and also hospital finance data. This research entangles two hospital property of DKI Jakarta governmental that is Pasar Rebo Hospital and Duren Sawit Hospital. Result of this research that is policy of defrayal of governmental property hospital compose policy of tariff, policy of subsidy APBD, policy and GAKIN and SKTM, and also related to hospital finance pattern and institute status. In making of policy, please get that actor most determining is DPRD DKI Jakarta, but them still having limitation knowledge and information. There are some imperfection in the process of policy that is determination of agenda and policy formulation, causing constraint his implementation, and also the adaptation and evaluation not yet ever been maximal done. So that his conclusion cooperation and discussion among various policy actor to yield a policy. Administrator the hospital have the strategic function have to do the effort improvement of good toward internal hospital to independence and toward external do advocacy with legislative to improve policy hereinafter.

Key words:

Policy, Government Hospital, hospital financing, states subsidization through APBD,,GAKIN, Tariff

## DAFTAR ISI

Abstrak

### BAB 1. PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang .....	1
1.2. Rumusan masalah .....	7
1.3. Pertanyaan penelitian .....	10
1.4. Tujuan penelitian	
1.4.1. Tujuan umum .....	10
1.4.2. Tujuan khusus .....	10
1.5. Manfaat penelitian .....	11
1.6. Ruang lingkup penelitian .....	12

### BAB 2. Tinjauan Pustaka

2.1. Kebijakan publik dan kebijakan kesehatan .....	14
2.1.1. Kebijakan publik .....	14
2.1.2. Kebijakan kesehatan .....	17
2.2. <i>Triangle (framework)</i> kebijakan kesehatan.....	23
2.2.1. Aktor .....	24
2.2.2. Konteks .....	28
2.2.3. Konten .....	29
2.2.4. Proses .....	30
2.3. Pembiayaan kesehatan	
2.3.1. Pembiayaan kesehatan secara umum .....	39
2.3.2. Pembiayaan Rumah Sakit .....	44
2.3.3. Kebijakan terkait Pembiayaan Rumah Sakit .....	44

2.4. Rumah Sakit	
2.4.1. Rumah Sakit di Indonesia .....	47
2.4.2. Kebijakan otonomi dalam manajemen rumah sakit .....	50
2.4.3. Perubahan bentuk badan hukum rumah sakit .....	54
2.4.4. Privatisasi dan rumah sakit .....	60
2.5. DKI Jakarta.....	63
2.5.1. Profil .....	63
2.5.2. Status kesehatan .....	66
2.5.3. Rumah sakit di DKI Jakarta .....	66
<b>BAB 3. Gambaran Umum Rumah Sakit</b>	
3.1. Rumah Sakit Pasar Rebo .....	70
3.2. Rumah Sakit Duren Sawit .....	75
<b>BAB 4. Kerangka Teori, Kerangka Konsep, dan Definisi Operasional</b>	
4.1. Kerangka Teori .....	79
4.2. Kerangka Konsep .....	82
4.3. Definisi Operasional.....	84
<b>BAB 5. Metode Penelitian</b>	
5.1. Desain .....	88
5.2. Lokasi dan Waktu .....	88
5.3. Tahapan Penelitian .....	88
5.4. Informan .....	89
5.5. Teknik Pengumpulan Data .....	91
5.6. Manajemen Data .....	92

5.7. Analisis Data .....	93
--------------------------	----

## **BAB 6. Hasil Penelitian**

6.1. Gambaran Pelaksanaan Penelitian .....	95
--	----

### **6.2. Hasil Penelitian**

6.2.1. Karakteristik Informan .....	98
6.2.2. Kebijakan Pembiayaan Rumah Sakit Milik Pemerintah DKI Jakarta Tahun 2004-2008.....	100
6.2.3. Gambaran Kebijakan Pembiayaan Rumah Sakit Milik Pemerintah DKI Jakarta Tahun 2004-2008.....	102
6.2.4. Analisis Aktor .....	106
6.2.5. Analisis Konten .....	110
6.2.6. Analisis Konteks .....	123
6.2.7. Analisis Proses .....	130
6.2.8. Usulan Evaluasi dan Rekomendasi terhadap Kebijakan dan Implementasi Strategi di Rumah Sakit Milik Pemerintah di DKI Jakarta.....	139

## **BAB 7. Pembahasan**

7.1. Keterbatasan Penelitian .....	143
7.2. Analisis Dokumen Kebijakan Pembiayaan Rumah Sakit Milik Pemerintah DKI Jakarta Tahun 2004-2008.....	144
7.3. Analisis Garis Besar Kebijakan Pembiayaan Rumah Sakit Milik Pemerintah DKI Jakarta Tahun 2004-2008 .....	146
7.4. Analisis Aktor, Konten, Konteks, dan Proses dalam Kebijakan Rumah Sakit Milik Pemerintah DKI Jakarta Tahun 2004-2008.....	149
7.4.1. Analisis Aktor.....	149
7.4.2. Analisis Konten.....	155

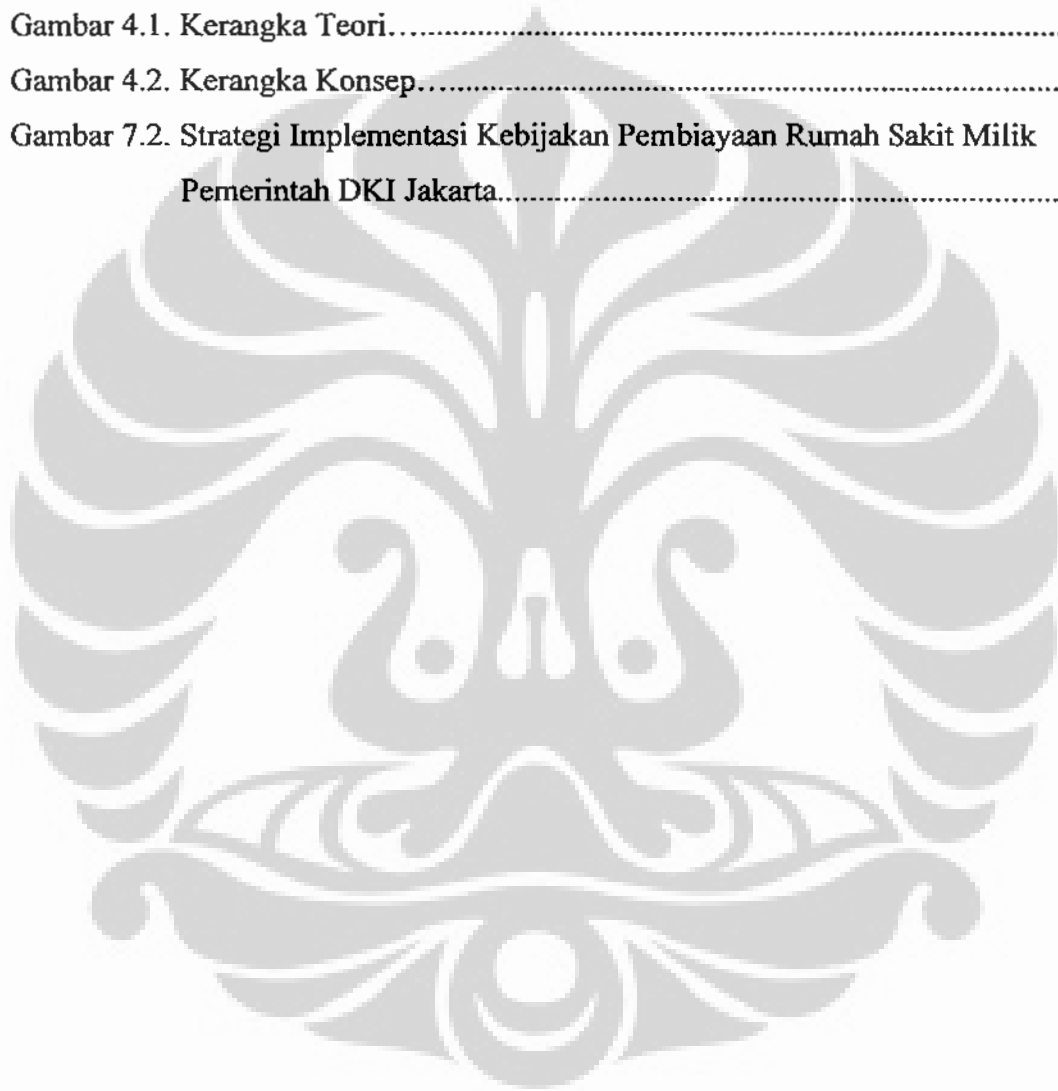
7.4.3. Analisis Konteks .....	159
7.4.4. Analisis Proses .....	162
7.5. Analisis Strategi Implementasi Administrasi Rumah Sakit terhadap Kebijakan Rumah Sakit Milik Pemerintah DKI Jakarta Tahun 2004-2008.....	168
7.5.1. Strategi Implementasi Arah Kebijakan Internal oleh Administrator Rumah Sakit.....	173
7.5.2. Strategi Implementasi Arah Kebijakan Eksternal oleh Administrator Rumah Sakit.....	179
<b>BAB 8. Penutup</b>	
8.1. Kesimpulan .....	180
8.2. Saran .....	182
Daftar Pustaka.....	186
Lampiran	

## DAFTAR TABEL

Tabel. 2.1. Tipe Kebijakan.....	29
Tabel. 2.2. Perubahan Perencanaan Dalam Pelayanan Kesehatan dan Perencanaan Perusahaan.....	57
Tabel. 2.3. Jumlah Fasilitas Kesehatan, 2002-2006.....	67
Tabel. 2.4. Jumlah Rumah Sakit dan Tempat Tidur Menurut Kotamadya dan Jenis Rumah Sakit, 2006.....	67
Tabel. 2.5. Jumlah Rumah Sakit dan Tempat Tidur yang Tersedia Menurut Kotamadya dan Status Rumah Sakit, 2006.....	68
Tabel. 2.6. Sumber pembiayaan kesehatan rumah tangga.....	69
Tabel. 3.1. Transformasi RSUD Pasar Rebo.....	71
Tabel. 4.1. Definisi Operasional.....	84
Tabel. 6.1. Karakteristik Informan.....	99
Tabel. 6.2. Status kelembagaan Rumah Sakit Pasar Rebo dan Duren Sawit.....	111
Tabel. 6.3. Rekapitulasi Urusan Kesehatan APBD Propinsi DKI Jakarta.....	116
Tabel. 6.4. Rekapitulasi Penerimaan GAKIN Rumah SAKIT Tahun Anggaran 2008: Maret s/d Desember 2008.....	118
Tabel. 6.5. Rincian Realisasi Anggaran Rumah Sakit Duren Sawit.....	119
Tabel. 6.6. Rincian Realisasi Anggaran Rumah Sakit Pasar Rebo.....	120
Tabel. 7.1. Perbandingan ketiga kelembagaan.....	156

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. <i>Triangle (framework)</i> kebijakan kesehatan.....	24
Gambar 2.2. Tahapan <i>Policy Cycle</i> .....	31
Gambar 2.2. Kebijakan Otonomi Rumah Sakit.....	52
Gambar 2.3. Perjalanan Kelembagaan RS Pemerintah, 1974 – 2004.....	59
Gambar 4.1. Kerangka Teori.....	81
Gambar 4.2. Kerangka Konsep.....	83
Gambar 7.2. Strategi Implementasi Kebijakan Pembiayaan Rumah Sakit Milik Pemerintah DKI Jakarta.....	172





# BAB I PENDAHULUAN

## 1.1. Latar Belakang

Kesehatan merupakan investasi penting untuk generasi penerus bangsa. Menurut definisi WHO (1994), bahwa sehat adalah sebuah kondisi lengkap sehat fisik, mental dan sosial. Deklarasi Alma Alta (WHO, 1997) dengan jelas mengatakan : ....*health, .....*, *is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is almost important world-wide social goal.* Sehat memungkinkan sebuah bangsa dengan daya tahan yang tinggi, dan berkontribusi positif dalam arena bangsa - bangsa di dunia. Agar pembangunan berhasil, kita memerlukan SDM yang sehat, yang berasal dari keluarga sehat, dan komunitas yang suportif (Junadi, 2005).

Dalam memenuhi peran serta dalam mewujudkan kondisi sehat tersebut, maka dicanangkanlah Visi Indonesia Sehat 2010 dengan tujuan (1) untuk memulai dan memimpin suatu orientasi kesehatan dari pembangunan nasional; (2) untuk memelihara dan tingkatkan individu, keluarga, dan kesehatan masyarakat bersama dengan meningkatkan lingkungan; (3) untuk memelihara dan tingkatkan mutu, jasa kesehatan dapat diakses, dan bisa usahakan; (4) untuk mempromosikan kepercayaan publik dalam mencapai kesehatan rakyat (Departemen Kesehatan, 2004).

Lalu bagaimana dengan status kesehatan Indonesia sekarang ini ? Menurut indikator *Human Development Index* Indonesia adalah peringkat 110 dari 177 negara. Dimana ada 3 (tiga) *domain* utama yang dinilai pada *HDI* tersebut di atas, yaitu: 1. Kesehatan, diurutan pertama, 2. Pendidikan, diurutan kedua, dan 3. Ekonomi, diurutan ketiga (Departemen Kesehatan, 2004).

Berbagai masalah kesehatan di Indonesia diantaranya disparitas status kesehatan muncul dengan angka kematian ibu dan bayi lebih tinggi empat kali lipat untuk

golongan miskin. Masalah beban ganda penyakit seperti HIV, DBD, SARS, dll. Hal ini diperburuk dengan kinerja pelayanan kesehatan yang rendah menurut laporan WHO tahun 2000 yaitu pada urutan ke-92, perilaku masyarakat yang kurang mendukung pola hidup bersih dan sehat, rendahnya kondisi kesehatan lingkungan, rendahnya kualitas, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan, terbatasnya tenaga kesehatan dan distribusi tidak merata, serta rendahnya status kesehatan penduduk miskin yaitu angka kematian bayi pada kelompok termiskin adalah 61 dibandingkan dengan 17 per 1000 kelahiran pada kelompok terkaya; serta utilisasi rumah sakit masih didominasi oleh golongan mampu, sedangkan masyarakat miskin cenderung memanfaatkan pelayanan hanya di puskesmas (Adisasmito, 2007).

Permasalahan kesehatan tidak akan dapat diselesaikan dengan baik tanpa adanya pembiayaan kesehatan yang memadai. Pembiayaan kesehatan merupakan faktor yang signifikan mempengaruhi kualitas kesehatan suatu negara. Menurut Departemen Kesehatan tahun 2008, tujuan pembiayaan kesehatan adalah agar setiap individu memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan pribadi maupun masyarakat melalui penyediaan dana dan terciptanya insentif finansial yang benar bagi para penyedia pelayanan kesehatan. Secara umum, Indonesia masih dikategorikan negara yang rendah dalam membiayai kesehatannya, yaitu rata – rata 2,2 % dari GDP dan 87 \$ per kapita, presentase ini masih jauh dari anjuran WHO, yakni paling sedikit 5 % dari GDP pertahun. Sementara negara – negara tetangga Asia Tenggara seperti Malaysia yaitu rata – rata 4,3 % dari GDP dan 500 \$ per kapita, dan Thailand yaitu rata – rata 3,5 % dari GDP dan 346 \$ per kapita, serta SriLanka yaitu rata – rata 4,2 % dari GDP dan 213 \$ per kapita. Sedangkan untuk negara yang telah memiliki sistem kesehatan yang baik seperti Australia, telah memiliki pembiayaan kesehatan rata – rata 8% – 15 % dari GDP, dan 3.122 per kapita (Adisasmito, 2007; Thabrany, 2005; *World Health Statistics*, 2008).

Rendahnya biaya kesehatan diperberat dengan tingginya beban biaya kesehatan yang harus dikeluarkan oleh rumah tangga. Secara garis besar pihak swasta membiayai

sekitar 70 % total pendanaan (Biro Keuangan Depkes, 2001). Di berbagai negara maju, pembiayaan kesehatan bersumber dana publik mengambil porsi yang lebih besar. Di Inggris, Perancis, Australia, dan Taiwan pembiayaan publik untuk pelayanan kesehatan mencapai lebih dari 80 % dari biaya kesehatan total. Di Indonesia sebaliknya, lebih dari 70 % biaya kesehatan harus ditanggung oleh tiap orang yang sakit, atau umum dikenal sebagai biaya *Out of Pocket* (OOP) (Thabrany, 2003).

Secara umum, pembiayaan kesehatan dirumuskan dalam dana urusan kesehatan yang terdapat dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara / Daerah (APBN/D). Pembiayaan kesehatan diperuntukkan untuk Dinas Kesehatan yang terdiri dari belanja tidak langsung seperti peningkatan kesehatan masyarakat, peningkatan pelayanan kesehatan, program perbaikan kebijakan dan manajemen kesehatan (termasuk didalamnya pelaksanaan sistem JPK GAKIN dan bencana), penanganan gawat darurat, serta belanja langsung seperti belanja pegawai, belanja barang dan jasa, serta pemeliharaan. Juga diperuntukkan untuk alokasi dana subsidi untuk masing – masing rumah sakit milik pemerintah (Bappeda, 2008).

Pembiayaan rumah sakit terdiri dari pendapatan dan belanja. Dimana pendapatan rumah sakit pemerintah memiliki sumber pendanaan utama yang berasal dari subsidi APBN/D, dan pendapatan operasional dari pasien GAKIN. Dalam pelaksanaannya, pendapatan operasional akan sangat dipengaruhi oleh tarif pelayanan yang ditetapkan oleh pemerintah. Sama halnya dalam pelaksanaan belanja, baik belanja pegawai, belanja operasional, maupun belanja investasi alat kesehatan yang terkait dengan regulasi pengadaan barang dan jasa pemerintah melalui Keputusan Presiden nomor 80.

Rumah Sakit sebagai *provider* pelayanan kesehatan, dimana hampir 80 % pembiayaan kesehatan masyarakat ada di rumah sakit, dengan tujuan mengemban amanah meningkatkan kesehatan masyarakat. Sehingga pembiayaan atau subsidi

pemerintah merupakan faktor yang penting. (Thabrany, 2005). Dimana kebijakan, administrasi dan manajerial Rumah Sakit Pemerintah sangat dipengaruhi oleh pihak eksternal yaitu kebijakan pemerintah sebagai pemilik rumah sakit.

Menurut Walt tahun 2005, kebijakan kesehatan didefinisikan sebagai suatu bentuk arah utama dalam suatu pemerintahan negara berupa kebijakan politik guna menjalankan program – program pembangunannya, secara khusus di sektor kesehatan. Menurut Easton, pemerintah tergolong sebagai '*authorities in a political system*' yaitu para penguasa dalam suatu sistem politik yang terlibat dalam masalah – masalah sehari – hari yang telah menjadi tanggung jawab atau peranannya. Oleh karena itu, sebagai aktor penting atau penentu pilihan dalam masyarakat, maka pemerintah adalah pihak yang menentukan kebijakan negara, termasuk kebijakan kesehatan yang mencakup pembiayaan kesehatan.

Penentuan kebijakan di bidang kesehatan merupakan sebuah sistem yang tidak lepas dari keadaan sekitar yaitu faktor ideologi, politik, sosial, budaya dan pertahanan keamanan sebuah negara. Komponen, proses, alokasi, sumber daya, aktor dan kekuasaan merupakan faktor yang berperan pada penetapan kebijakan sebagai sistem. Maka, kebijakan yang dihasilkan merupakan interaksi elit kunci dalam setiap detail proses pembuatan kebijakan termasuk tarik-menarik kepentingan antara aktor, interaksi kekuasaan, alokasi sumber daya dan *bargaining position* di antara elit yang terlibat (Ayuningtyas, 2008; Adisasmito, 2007).

Sejak dikeluarkannya Undang – Undang Otonomi Daerah tahun 1999, maka isu desentralisasi daerah menjadi utama. Dampaknya pada kebijakan kesehatan sekarang ini adalah kebijakan kesehatan diatur oleh masing – masing daerah. Hal ini diakibatkan perubahan tatanan sosio ekonomi politik yang terus bergulir dengan munculnya tuntutan yang lebih lugas terhadap otonomi yang lebih luas dari pemerintah daerah untuk mengelola sendiri daerahnya (Soejitno, 2000).

DKI Jakarta adalah ibukota negara Republik Indonesia, merupakan salah satu propinsi dengan daerah kekhususan. Melalui otonomi daerah, maka tiap provinsi memiliki keleluasaan dalam menentukan kebijakan untuk daerahnya masing – masing. Pada tahun 2006, DKI Jakarta memiliki populasi sebesar 8.916.000 jiwa. DKI Jakarta juga merupakan wilayah dengan kualitas *HDI* peringkat satu di Indonesia, menjadi pusat dan teladan dalam penentuan kebijakan di propinsi lainnya. Status Kesehatan DKI Jakarta mengalami kemajuan melalui penurunan angka kematian bayi (AKB), pada tahun 2006, mencapai 13,7 bayi yang meninggal per 1000 kelahiran. (Indikator Kesejahteraan Rakyat, 2006; Jakarta dalam Angka, 2007). Walaupun terjadi peningkatan dalam status kesehatan masyarakat DKI Jakarta, alokasi dana dalam pembiayaan kesehatan masih cenderung rendah. Dari keseluruhan APBD (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah), alokasi dana untuk urusan kesehatan hanya sekitar 4 – 5 %, sangat jauh dibandingkan dengan pendidikan yang juga merupakan salah satu indikator dalam *HDI* yaitu sebesar 20 %. Alokasi dana urusan kesehatan ini hampir 50 % digunakan dalam pembiayaan atau subsidi untuk Rumah Sakit milik pemerintah DKI Jakarta (Bappeda, 2008).

DKI Jakarta memiliki enam rumah sakit milik pemerintah daerah. Dengan adanya desentralisasi daerah mengakibatkan reformasi atau perubahan terhadap kelembagaan dan mempengaruhi struktur, hubungan kerja, fungsi dan tanggung jawab dalam pengelolaan rumah sakit pada tingkat propinsi dan kota/kabupaten. Pada tahun 2004 sampai dengan tahun 2008, di DKI Jakarta telah terjadi perubahan status kelembagaan rumah sakit pemerintah. Diantaranya adalah kebijakan privatisasi rumah sakit yang dimulai dengan perubahan status tiga rumah sakit di DKI Jakarta menjadi Perseroan Terbatas (PT) yang dimaksudkan untuk peningkatan profesionalisme kerja sehingga diharapkan nantinya rumah sakit tersebut dapat mandiri dan tidak membebani APBD DKI Jakarta. Walaupun akhirnya kebijakan tersebut dibatalkan. Disinyalir bahwa dampak krisis multi dimensi menyebabkan kemampuan pemerintah dalam membiayai pelayanan kesehatan menurun.

Rumah Sakit merupakan organisasi pelayanan kesehatan yang padat modal, karya dan teknologi, yang dituntut memiliki kinerja dengan ekuitas, transparan, akuntabilitas, kualitas, efektivitas dan efisiensi yang baik, oleh karena itu, dalam menjalankan fungsinya diperlukan pembiayaan yang memadai untuk memenuhi *cost of doing business, cost of staying business, cost of changing business, cost of capital investment* yang merupakan faktor penting dalam merumuskan kebijakan strategis dalam administrasi dan manajerial keseluruhan rumah sakit yaitu kebijakan tingkat program, organisasi dan instrumental (Cleverly, 1997; Walt, 1994).

Oleh karena itu, seorang administrator rumah sakit yang memiliki fungsi strategis dan merupakan salah satu stakeholder dalam pembuatan kebijakan pemerintah harus memiliki kemampuan untuk menganalisis kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah, terkait rumah sakit yang dipimpinnya, sehingga dapat menyesuaikan kebijakan pemerintah tersebut dengan kebijakan rumah sakit, memberikan masukan serta evaluasi untuk perbaikan kebijakan ke depannya. Kebijakan tingkat program, organisasi, maupun instrumental yang dirumuskan oleh administrator rumah sakit akan sangat bergantung pada konteks kebijakan tingkat sistemik, yaitu kebijakan pemerintah (Walt, 1994).

Beberapa hal diatas yang memicu penulis untuk melakukan penelitian mengenai analisis kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008. Analisis ini didasarkan pada teori Walt yaitu analisis aktor, konten, konteks dan proses. Sehingga pada setiap elemen tersebut selanjutnya akan diteliti dan dianalisis secara lebih mendalam. *Outcome* atau dampak dari penelitian ini diharapkan dapat menganalisis garis besar kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008.

Hasil penelitian ini diharapkan memberi manfaat teoritis, metodologis dan aplikatif khususnya bagi peneliti sendiri maupun *stakeholders* dalam menentukan kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta, baik dari besaran alokasi

dana maupun *equity*, efektivitas, efisiensi pembiayaan kesehatan untuk organisasi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dan implikasi pada pengelolaan manajerial pada rumah sakit tersebut.

## 1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah dapat disintesa rumusan masalah sebagai berikut :

Kesehatan merupakan investasi penting untuk generasi penerus bangsa. Pembangunan kesehatan ditujukan untuk mewujudkan manusia yang sehat, cerdas dan produktif. Sehat memungkinkan sebuah bangsa dengan daya tahan yang tinggi, dan berkontribusi positif dalam arena bangsa - bangsa di dunia.

Menurut indikator *Human Development Index* Indonesia adalah peringkat 110 dari 177 negara. Berbagai masalah kesehatan di Indonesia diantaranya disparitas status kesehatan muncul dengan angka kematian ibu dan bayi lebih tinggi empat kali lipat untuk golongan miskin. Masalah beban ganda penyakit seperti HIV, DBD, SARS, dll. Hal ini diperburuk dengan kinerja pelayanan kesehatan yang rendah, perilaku masyarakat yang kurang mendukung pola hidup bersih dan sehat, rendahnya kondisi kesehatan lingkungan, rendahnya kualitas, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan, terbatasnya tenaga kesehatan dan distribusi tidak merata, serta rendahnya status kesehatan penduduk miskin.

Dalam menuju visi Indonesia Sehat 2010, pembiayaan merupakan faktor yang signifikan mempengaruhi kualitas kesehatan masyarakat. Tujuan pembiayaan kesehatan adalah agar setiap individu memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan pribadi maupun masyarakat melalui penyediaan dana dan terciptanya insentif finansial yang benar bagi para penyedia pelayanan kesehatan. Secara umum,

o

Indonesia masih dikategorikan negara yang rendah dalam membiayai kesehatannya, yaitu rata – rata 2,2 % dari GDP dan 87 \$ per kapita, presentase ini masih jauh dari anjuran WHO, yakni paling sedikit 5 % dari GDP pertahun.

Salah satu pembiayaan kesehatan yaitu membiayai rumah sakit milik pemerintah. Rumah Sakit sebagai *provider* pelayanan kesehatan, dimana hampir 80 % pembiayaan kesehatan masyarakat ada di Rumah Sakit, dengan tujuan mengemban amanah meningkatkan kesehatan masyarakat. Sehingga pembiayaan atau subsidi pemerintah merupakan faktor penting dalam mewujudkan peran dan fungsinya.

Kebijakan kesehatan dan pada gilirannya status kesehatan sebuah negara merupakan cerminan dari sistem politik yang ada pada negara tersebut. Pemerintah memegang peranan penting dalam menentukan kebijakan dalam suatu negara, termasuk kebijakan kesehatan. Sejak dikeluarkannya Undang – Undang Otonomi Daerah tahun 1999, maka isu desentralisasi daerah menjadi utama. Dampaknya pada kebijakan kesehatan sekarang ini adalah kebijakan kesehatan diatur oleh masing – masing daerah.

Penelitian ini melakukan analisis terhadap kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008. Dengan adanya desentralisasi daerah mengakibatkan reformasi atau perubahan terhadap kelembagaan dan mempengaruhi struktur, hubungan kerja, fungsi dan tanggung jawab dalam pengelolaan rumah sakit pada tingkat propinsi dan kota/kabupaten. Pemerintah daerah DKI Jakarta dipilih karena merupakan daerah yang telah mengalami beberapa kali perubahan status rumah sakit milik pemerintah termasuk mengeluarkan kebijakan perubahan status rumah sakit pemerintah menjadi perseroan terbatas, selain itu merupakan ibukota negara dengan peringkat Indeks Pembangunan Manusia (IPM/HDI) tertinggi di Indonesia (tahun 2005), serta merupakan daerah dengan kondisi politik dimana interaksi elit kunci dalam setiap detil proses pembuatan kebijakan termasuk tarik-menarik kepentingan antara aktor, interaksi kekuasaan, alokasi sumber daya dan



*bargaining position* di antara elit yang terlibat. Tahun 2004 – 2008 dipilih terkait tahun dikeluarkannya kebijakan perubahan status rumah sakit pemerintah menjadi perseroan terbatas, serta rentang masa kerja pemerintahan seorang gubernur yang akan menentukan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dan pada akhirnya alokasi dana pembiayaan kesehatan daerah dan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta.

Administrator rumah sakit yang memiliki fungsi strategis dan merupakan salah satu stakeholder dalam pembuatan kebijakan pemerintah harus memiliki kemampuan untuk menganalisis kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah, terutama karena kebijakan, administrasi dan sistem manajerial rumah sakit sangat dipengaruhi oleh faktor eksternal yaitu pemerintah daerah sebagai pemilik rumah sakit. Kebijakan tingkat program, organisasi, maupun instrumental yang dirumuskan oleh administrator rumah sakit akan sangat bergantung pada konteks kebijakan tingkat sistemik, yaitu kebijakan pemerintah.

### **1.3. Pertanyaan Penelitian**

- a. Bagaimana garis besar analisis kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008 ?
- b. Bagaimana strategi implementasi oleh administrator rumah sakit terhadap analisis kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008 ?

### **1.4. Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1. Tujuan Umum**

Menganalisis dan mengetahui garis besar kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008

#### **1.4.2. Tujuan Khusus**

- a. Diketuinya kebijakan berupa peraturan dan regulasi yang terkait dengan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008
- b. Didapatkannya gambaran garis besar kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008
- c. Didapatkannya analisis aktor yang berperan dalam kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008
- d. Didapatkannya analisis konten yang berperan dalam kebijakan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008
- e. Didapatkannya analisis konteks meliputi ideologi, politik, sosial budaya, pertahanan dan keamanan dalam kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008
- f. Didapatkannya analisis proses (penentuan agenda, formulasi pilihan, pengambilan keputusan, implementasi, evaluasi dan adaptasi) dalam kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008
- g. Didapatkannya keterkaitan status kelembagaan dengan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008
- h. Didapatkannya strategi implementasi oleh administrator rumah sakit terhadap kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008

#### **1.5. Manfaat Penelitian**

Manfaat akan disusun sesuai dengan ruang lingkup penelitian ini, meliputi manfaat teori, manfaat metodologis, dan manfaat aplikasi antara lain :

### 1.5.1. Manfaat Teoritis.

Sebagai sumbangan referensi akademis berkaitan dengan kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah

### 1.5.2. Manfaat Metodologis.

Tesis ini diharapkan menambah pengetahuan tentang metodologis studi kebijakan dan keanekaragaman analisis dalam studi kebijakan.

### 1.5.3. Manfaat Aplikasi. Dari tesis ini diharapkan dapat bermanfaat bagi :

- a. Bagi pihak Pemerintah Daerah Propinsi DKI Jakarta, hasil penelitian ini dapat memberikan masukan dalam menentukan arah kebijakan selanjutnya sehubungan dengan permasalahan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008
- b. Direksi rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta sebagai bahan kajian akademik untuk menentukan kelayakan alokasi dana pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta pada tahun selanjutnya
- c. Peneliti, hasil penelitian ini bermanfaat agar peneliti dapat mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama belajar di Program Kajian Administrasi Rumah Sakit (KARS) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- d. Bagi peneliti lain, hasil penelitian ini bermanfaat untuk dijadikan bahan perbandingan ataupun data dalam penelitian kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah.
- f. Bagi program KARS UI, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan atas evaluasi hasil proses belajar mengajar yang telah dilaksanakan.
- g. Masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan di rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta
- h. Hasil penelitian ini juga dapat dijadikan bahan sosialisasi kepada pihak-pihak terkait atas kebijakan pembiayaan kesehatan dan privatisasi rumah sakit

### 1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dirancang menggunakan metode penelitian kualitatif. Penelitian akan dilaksanakan oleh peneliti itu sendiri. Bantuan dari pihak lain (penghubung) diperlukan saat proses wawancara mendalam dengan informan sebagai sumber data primer. Pada penelitian kualitatif populasi dan sampel tidak dikenal, tetapi berupa informan berdasarkan pertimbangan pada pengetahuan pemahaman pada kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008. Terkait topik, ruang lingkup dan lokasi penelitian informan yang akan dimintai pendapatnya yaitu informan utama yaitu para penentu kebijakan pada kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008. Informan pendukung yaitu para pakar dan pihak yang tidak terkait menentukan kebijakan tetapi memiliki pengaruh strategis, serta pelaksana fungsional pelayanan di rumah sakit pemerintah dan masyarakat sekitar di DKI Jakarta. Data juga diperoleh dengan melakukan telaah dokumen atau arsip kebijakan berupa peraturan dan regulasi apa saja yang terkait dengan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008

Penelitian dilakukan selama lima bulan yaitu bulan Januari sampai dengan Mei 2009. Satu bulan pertama untuk telaah dokumen dan arsip terkait kebijakan berupa peraturan dan regulasi apa saja yang terkait dengan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008 . Tiga bulan berikutnya wawancara mendalam dengan para informan. Dan satu bulan terakhir untuk melakukan pengolahan data dan dokumen.

Analisis terhadap data primer dan sekunder dianalisis sesuai kaidah matriks wawancara mendalam. Data kualitatif dalam penelitian ini dianalisis dengan teknik analisis aktor, konten, konteks dan proses, sehingga dapat mencapai tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian. Data sekunder digunakan untuk memperkuat hasil data primer.

Hasil penelitian ini nantinya sangat berguna dan memberi manfaat baik manfaat metodologi maupun aplikasi dalam kebijakan pembiayaan pada pelayanan kesehatan di DKI Jakarta selanjutnya.



## BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1. Kebijakan Publik dan Kebijakan Kesehatan

#### 2.2.1. Kebijakan publik

Terdapat empat lapis pemaknaan dari kebijakan publik. Yang pertama adalah memahami kebijakan publik sebagai *decision making*. Kedua, kebijakan dimaknai sebagai serangkaian fase kerja pejabat publik. Ketiga, kebijakan publik bisa berupa 'intervensi' sosio kultural dengan mendayagunakan berbagai instrumen untuk mengatasi persoalan publik. Dan keempat, bagaimana memahami kebijakan publik sebagai interaksi negara dengan rakyatnya dalam rangka mengatasi persoalan publik.

##### a. Kebijakan Publik sebagai Suatu bentuk *Decision Making*

Thomas R. Dye: "*public policy is whatever governments choose to do or not to do*". Graham Allison (1971) dalam Agustino (2006), Kebijakan publik merupakan hasil kompetisi dari berbagai entitas atau departemen yang ada dalam suatu negara dengan lembaga-lembaga pemerintahan sebagai aktor utamanya yang terikat oleh konteks, peran, kepentingan, dan kapasitas organisasionalnya.

Menurut Carl Friedrich dalam Agustino (2006), kebijakan publik adalah suatu arah tindakan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu yang memberikan hambatan-hambatan dan kesempatan-kesempatan terhadap kebijakan yang diusulkan untuk menggunakan dan mengatasi dalam rangka mencapai suatu tujuan atau

merealisasikan suatu sasaran atau maksud tertentu. Dalam hal ini, pemerintah berhak memberi hambatan dan kesempatan terhadap kebijakan tersebut. Pemerintah masih bisa dikatakan otoritatif meskipun kebijakan tersebut memiliki tujuan dan sasaran demi kepentingan masyarakat.

William N. Dunn merumuskan kebijaksanaan publik sebagai berikut: Kebijaksanaan Publik (*Public Policy*) adalah pedoman yang berisi nilai-nilai dan norma-norma yang mempunyai kewenangan untuk mendukung tindakan-tindakan pemerintah dalam wilayah yurisdiksinya.

Konsep kebijaksanaan publik menurut David Easton sebagai berikut: Alokasi nilai yang otoritatif untuk seluruh masyarakat akan tetapi hanya pemerintahlah yang dapat berbuat secara otoritatif untuk seluruh masyarakat, dan semuanya yang dipilih oleh pemerintah untuk dikerjakan atau untuk tidak dikerjakan adalah hasil-hasil dari alokasi nilai-nilai tersebut. Meskipun definisi ini bisa juga diklasifikasikan dalam pemaknaan kebijakan sebagai bentuk intervensi, namun nuansa kebijakan yang dipilih pemerintah untuk dikerjakan maupun tidak dikerjakan masih kental dalam definisi ini.

#### **b. Kebijakan Publik sebagai Serangkaian Fase Kerja Pejabat Publik**

Randall B. Ripley dalam Agustino (2006), menganjurkan agar kebijakan publik dilihat sebagai suatu proses dan melihat proses tersebut dalam suatu model sederhana untuk dapat memahami konstelasi antar aktor dan interaksi yang terjadi di dalamnya.

William Jenkins dalam Agustino (2006), kebijakan publik adalah sebuah rangkaian yang saling berkaitan yang diambil oleh seorang aktor politik atau sekelompok aktor politik berkenaan dengan tujuan yang telah dipilih beserta cara-cara untuk mencapainya dalam suatu situasi dimana keputusan itu pada

prinsipnya masih berada dalam batas-batas kewenangan kekuasaan daripada aktor tersebut.

Menurut Parker dalam Agustino (2006), kebijakan publik adalah suatu atau tindakan yang dilakukan oleh suatu tujuan tertentu atau serangkaian prinsip, atau tindakan yang dilakukan oleh suatu pemerintahan pada periode tertentu ketika terjadi suatu subyek atau krisis.

### **c. Kebijakan Publik sebagai Proses Intervensi Sosio Kultural**

Sulit mengklasifikasikan beberapa definisi dalam kelompok ini karena proses intervensi yang dilakukan pemerintah dalam pemecahan masalah sosial yang terlihat dari kata kunci dalam beberapa definisi dan teori masih sangat tergantung pada keputusan pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan tindakan. Proses intervensi lebih banyak menjadi salah satu bentuk pemaknaan kebijakan dalam klasifikasi administratif atau berbentuk *decision making*. Seperti halnya definisi dari Easton, kebijakan publik dimaknai sebagai alokasi nilai untuk seluruh masyarakat, namun dalam hal ini, pemerintah masih bersifat otoritatif terhadap kebijakan tersebut.

### **d. Kebijakan Publik sebagai Interaksi Negara dan Rakyatnya**

John Erik Lane (1995) dalam Agustino (2006) membagi wacana kebijakan publik ke dalam beberapa model pendekatan, yaitu (1) pendekatan demografik yang melihat adanya pengaruh lingkungan terhadap proses kebijakan. (2) model inkremental yang melihat formulasi kebijakan sebagai kombinasi variabel internal dan eksternal dengan tekanan pada perubahan gradual dari kondisi status quo. (3) model rasional. (4) *model garbage can* dan (5) *model collective choice* aksentuasinya lebih diberikan pada proses atau mekanisme perumusan kebijakan. Pendekatan dalam memahami kebijakan publik yang diungkapkan di



sini, selain memaknai kebijakan publik sebagai mekanisme dan proses yang bersifat teknokratis, pendekatan tersebut juga berusaha untuk menjelaskan relasi atau kombinasi faktor internal, dalam arti pemerintah dan faktor eksternal yaitu masyarakat. Dari pendekatan tersebut, bisa dilihat bagaimana pemerintah mencoba keluar dari sifat otoritatifnya dan berusaha untuk berinteraksi dengan masyarakat.

### 2.1.2. Kebijakan kesehatan secara umum

Menurut Walt (2005) kebijakan adalah pernyataan luas dari tujuan, objektif, dan dalam arti menciptakan *framework* dari aktivitas. Kebijakan kesehatan adalah sinonim dengan politik dan pernyataan eksplisit dari siapa yang mempengaruhi pembuatan kebijakan, bagaimana mengelola pengaruh tersebut, dan dalam kondisi yang seperti apa. Politik tidak dapat dipisahkan dari kebijakan kesehatan.

Penentuan kebijakan di bidang kesehatan merupakan sebuah sistem yang tidak lepas dari keadaan sekitar yaitu faktor ideologi, politik, sosial, budaya dan pertahanan keamanan sebuah negara. Komponen, proses, alokasi, sumber daya, aktor dan kekuasaan merupakan faktor yang berperan pada penetapan kebijakan sebagai sistem. Maka, kebijakan yang dihasilkan merupakan interaksi elit kunci dalam setiap detail proses pembuatan kebijakan termasuk tarik-menarik kepentingan antara aktor, interaksi kekuasaan, alokasi sumber daya dan *bargaining position* di antara elit yang terlibat (Ayuningtyas, 2008; Adisasmito, 2007).

Kebijakan kesehatan didefinisikan sebagai suatu bentuk arah utama dalam suatu pemerintahan negara berupa kebijakan politik guna menjalankan program-program pembangunannya, secara khusus di sektor kesehatan. Kebijakan ini terefleksi dalam beberapa bentuk produk hukum yang tertulis, misalnya

undang-undang, peraturan pemerintah, rencana strategis, program-program kesehatan, dan sebagainya. Kebijakan kesehatan mencakup tindakan yang berefek pada kedudukan institusi, organisasi, jasa atau pelayanan kesehatan, dan meliputi tindakan yang diharapkan oleh publik dan organisasi sukarela yang berdampak pada kesehatan.

Kebijakan digunakan untuk menandakan suatu rangkaian besar kecilnya aktivitas yang diharapkan dan tidak di harapkan dari konsekuensi yang terkait, bukannya suatu keputusan terpisah. Menurut Hog Wood Ana Gunn (1894) dikutip dari Walt (1994) kebijakan merupakan label untuk sesuatu bidang dari kegiatan (sebagai contoh, membicarakan tentang kebijakan ekonomi pemerintah atau kebijakan sosial).

Menurut Dunn (2000), analisis kebijakan adalah salah satu diantara sejumlah banyak actor lainnya dalam sistem kebijakan. Suatu sistem kebijakan (*policy system*) atau seluruh pola institusional dimana di dalamnya kebijakan dibuat, mencakup hubungan timbal balik diantara tiga unsur, yaitu : kebijakan publik, pelaku kebijakan, dan lingkungan kebijakan. Kebijakan publik (*public policy*) merupakan pilihan yang kurang lebih saling berhubungan termasuk keputusan-keputusan untuk tidak bertindak yang dibuat oleh badan dan pejabat pemerintah. Pada salah satu bidang isu tersebut banyak isu kebijakan, yaitu serangkaian arah tindakan pemerintah yang actual atau pun yang potensial yang mengandung konflik diantara segmen-segmen yang ada dalam masyarakat. Isu kebijakan yang ada biasanya merupakan hasil konflik definisi mengenai masalah kebijakan.

Barker (1996) mengemukakan bahwa teori tentang pembuatan kebijakan mempunyai kaitan dengan proses: sebuah analisis yang berfokus pada proses pengambilan keputusan, dan beberapa di bagi menjadi teori makro dan mikro. Teori makro terkait dengan sistem politik dan kekuasaan yang dibedakan

dengan tema konflik atau consensus kekuatan politis menyangkut kemampuan untuk memaksakan kebijakan yang mungkin dipertentangkan. Teori mikro tentang pembuatan kebijakan sedikit memfokuskan pada sistem politik dan lebih banyak pada mekanisme dan administrasi rutin.

Dalam pandangan demokrasi banyak cara untuk berpartisipasi dalam proses kebijakan yang dapat mempengaruhi pemerintah untuk menentukan kebijakan yang diinginkan. Pandangan ini tidaklah universal, dengan beberapa bantahan yaitu kekuasaan itu ada pada sebagian kecil orang dan kebanyakan kebijakan diputuskan oleh satu kelompok elit kecil dalam pemerintah atau luar pemerintah.

Dalam Islamy (2007), penganalisaan kebijaksanaan negara dari sudut proses lebih bersifat deskriptif, yaitu mencoba untuk menggambarkan bagaimana kebijaksanaan negara itu dibuat, yaitu model institusional, elit-massa, kelompok dan sistem. Sedangkan penganalisaan kebijaksanaan negara dari sudut hasil dan akibat lebih bersifat preskriptif, yaitu menunjukkan cara – cara untuk meningkatkan mutu atau kualitas isi, hasil dan akibat dari kebijakan atau dengan singkat bagaimana caranya meningkatkan kualitas proses pembuatan kebijakan, yaitu rasional – komphrehensif, inkremental, dan *mixed scanning*.

#### • Teori Rasional - Komphrehensif

Teori pengambilan keputusan yang paling dikenal, dan paling banyak diterima. Dalam teori ini ada beberapa langkah yang perlu dicermati. Dan terdapat unsur – unsur berikut :

- a) Pembuat keputusan dihadapkan pada suatu permasalahan tertentu yang dapat dipisahkan dari masalah – masalah lainnya
- b) Tujuan, nilai, atau sasaran menjadi pedoman pengambil keputusan dan diranking menurut kepentingannya

- c) Berbagai – macam alternatif yang berhubungan dengan masalah yang ditelitinya
- d) Konsekuensi yang akan ditimbulkan oleh setiap alternatif diteliti
- e) Masing – masing alternatif dan akibat yang menyertainya dibandingkan dengan alternatif lainnya
- f) Pembuat keputusan akan memilih alternatif, dan konsekuensinya mendorong pencapaian tujuan, nilai atau objeknya.

Tetapi terdapat beberapa kritik pada teori ini, yaitu :

- a) Pengambil keputusan seringkali tidak menghadapi masalah konkret yang mampu didefinisikan secara jelas
- b) Tidak realistis sesuai dengan permintaan yang dibuat oleh pengambil keputusan
- c) Pembuat keputusan dihadapkan pada situasi konflik daripada kesepakatan.

#### • Teori Inkremental

Teori inkremental sebagai upaya menyederhanakan teori keputusan, sehingga dapat dirunut sebagai berikut :

- a) Pemilihan tujuan atau sasaran dan analisis empiris dari tindakan yang diperlukan untuk mencapainya lebih bersifat saling menjalin daripada terpisah – pisah satu dengan yang lainnya
- b) Pembuat keputusan hanya mempertimbangkan beberapa alternatif yang berhubungan dengan permasalahannya, dan hal ini akan dibedakan hanya yang bersifat menambah dari kebijakan yang ada.
- c) Untuk masing – masing alternatif hanya akibat yang akan dievaluasi
- d) Permasalahan yang dihadapi pembuat keputusan secara kontinyu didefinisikan kembali
- e) Tidak terdapat keputusan tunggal atau pemecahan yang benar akan suatu masalah

- f) Perbaikan lebih sesuai untuk saat ini tetapi tidak untuk perbaikan di masa datang.

- **Teori mixed scanning**

Yaitu gabungan dari kedua teori diatas. Yaitu memperhitungkan fundamental dan juga inkremental. Teori memperhitungkan kemampuan pembuat keputusan yang berbeda- beda.

- **Model Institusional**

Model ini adalah model tradisional, fokus pada struktur organisasi pemerintah. Hal ini disebabkan karena kegiatan – kegiatan politik berpusat pada lembaga – lembaga pemerintah seperti legislatif, eksekutif, yudikatif; pada pemerintahan pusat (nasional), regional dan lokal.

Menurut Thomas R.Dye, lembaga – lembaga pemerintahan memberikan kebijakan negara dengan tiga ciri utama :

- a) Lembaga pemerintah itu memberikan pengesahan (legitimasi) terhadap kebijakan negara.
- b) Bersifat universal
- c) Hanya pemerintah yang memegang hak monopoli untuk memaksakan secara sah kebijakan – kebijakan kepada anggota masyarakat, sehingga ia dapat memberikan sanksi pada mereka yang tidak mentaatinya.

- **Model Elite – Massa**

Marxisme memberikan dasar teori bagi berbagai teori tentang elite politik, dimana dapat memberikan sugesti pilihan kebijakan dan perubahan yang didominasi oleh kelompok sosial tertentu, dan fungsi utama negara adalah

meniadakan dominasi tersebut. Teori tersebut mendorong untuk dasar empiris yang memberikan sugesti pada lingkaran atau kelompok sosial yang jarang dengan posisi penentu kebijakan tertinggi. Dibanyak negara-negara dunia ketiga, birokrat, para pelaku bisnis, para profesional, pemerintah dan militer menyusun format siklus kebijakan yang ketat, untuk suatu kelas dominan atau kuasa. Dalam beberapa negara, mereka dalam jumlah sedikit dapat dikenali sebagai kelompok elite melalui nama keluarga mereka.

Penganut paham elit memandang tentang kekuasaan dan pengaruhnya dalam proses kebijakan, dan mendasarkan pada argumentasi sebagai berikut:

- a) Elite selalu terbuka menjadi anggota kelompok yang mendominasi ekonomi yang mempengaruhi kebijakan.
- b) Kepentingan group meniadakan kekuatan yang tidak sama.
- c) Kaum pruralisme memfokuskan pada proses kebijakan pemerintah.

Dalam analisis kebijakan pembangunan, banyak kepercayaan pandangan penganut paham elit dari sistem politik terlalu menekan kapasitas elite dalam memegang dan menggunakan kekuasaan. Non-elit menghadapi tantangan kaum elite dan kebijakan pemerintah menjadi sangat meliputi banyak hal dan area untuk mengamati berbagai kelompok yang bersaing untuk perhatian atas isu spesifik. Bahkan dinegara berkembang dimana *interest group* tidak selalu cukup diorganisir dengan baik untuk menekan pejabat pemerintah, kelompok tertentu yang mempunyai akses ke pemerintah, untuk instansi, badan profesional.

- **Model Kelompok**

Kelompok ini menyatakan bahwa interaksi diantara kelompok – kelompok yang merupakan kenyataan politik. Kebijakan negara adalah merupakan perimbangan yang dicapai sebagai hasil perjuangan kelompok. Kelompok

kepentingan yang berpengaruh diharapkan dapat mempengaruhi perubahan kebijakan. Kelompok tersebut dikategorikan sesuai jumlah anggota, harta kekayaan, kekuatan organisasi, kepemimpinan, hubungan yang erat dengan para pembuat keputusan, kohesi intern para anggota, dsb.

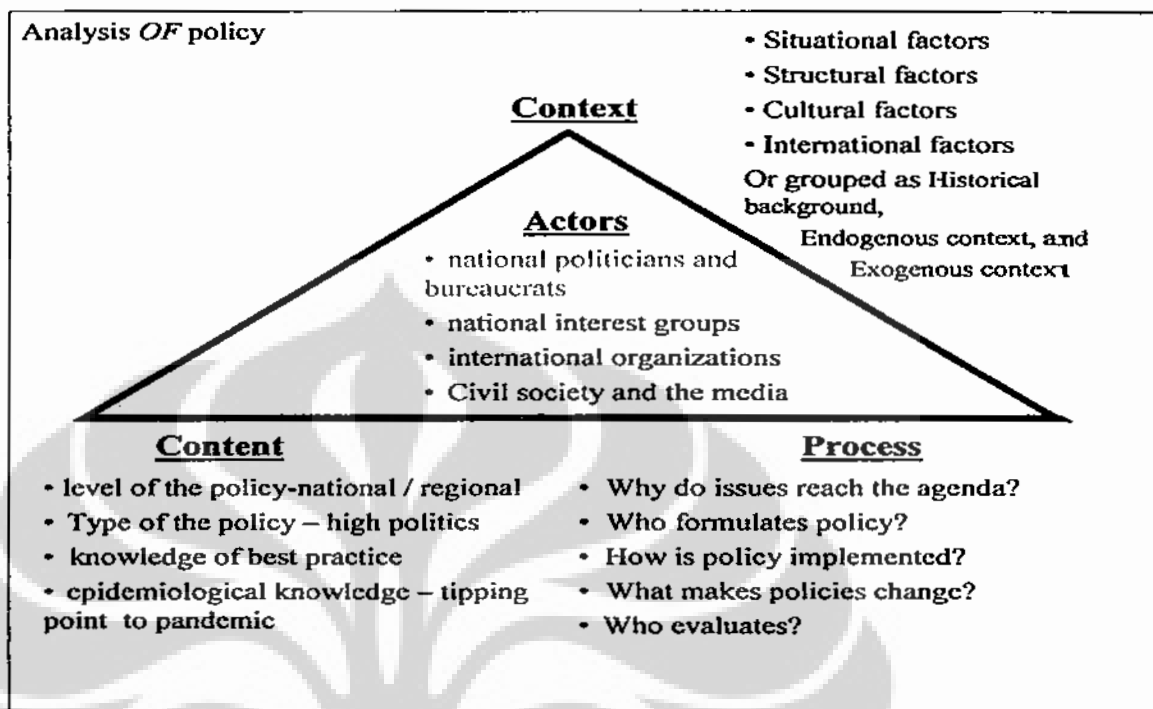
- **Model Sistem – Politik**

Model ini dipopulerkan oleh Easton. Model ini didasarkan pada konsep – konsep teori informasi (*input, withinputs, outputs, dan feedback*) dan memandang kebijakan sebagai suatu sistem politik terhadap kekuatan – kekuatan lingkungan (sosial, politik, ekonomi, kebudayaan, geografis, dsb) yang ada disekitarnya. Kebijakan negara dipandang sebagai output dari sistem politik.

Linblom (1979) dikutip dari Walt (1994) menyimpulkan isu kebijakan dibagi menjadi dua kategori: isu kebijakan biasa dan isu besar yang berkaitan dengan struktur dasar dari kegiatan ekonomi dan politik. Pada isu yang pertama terlihat banyak kelompok yang aktif berpartisipasi. Pada isu besar menyatakan bahwa partisipasinya lemah atau tidak ada.

## **2.2. *Triangle (framework)* kebijakan kesehatan**

Dalam menganalisis atau membuat sebuah kebijakan diperlukan *framework* seperti yang diungkapkan dalam *triangle* kebijakan kesehatan yang meliputi aktor, konteks, konten dan proses. (Walt dan Gilson, 1994).



Gambar 2.1. *Triangle (framework) kebijakan kesehatan*

### 2.2.1. Aktor

Aktor adalah pusat (*centre*) dari *framework* kebijakan kesehatan. Aktor dapat sebagai individual tunggal seperti Nelson Mandela, organisasi sekelas World Bank, atau perusahaan multinasional seperti Shell, bahkan sampai ke tahap organisasi pemerintahan. Pada pembuatan kebijakan terdapat banyak aktor dan memiliki berbagai cara untuk mempengaruhi pembuatan kebijakan tersebut. Pada aktor non pemerintah, mereka tidak mencari kepentingan politik, walaupun mereka mempengaruhi kebijakan tersebut. Aktor mencoba mempengaruhi proses kebijakan pada tingkat lokal, nasional, regional maupun internasional. Aktor sangat erat kaitannya dengan kekuasaan.

Aktor yang mempengaruhi proses pembuatan kebijakan adalah :

#### 1. The state (Pemerintah)

Dua poin utama peran pemerintahan dalam proses pembuatan kebijakan yaitu otonomi dan kapasitas. Otonomi yaitu kemampuan institusi



pemerintah untuk bertahan terhadap *self-interest group* dan berperan sebagai aktor dalam konflik sosial. Kapasitas yaitu kemampuan sistem dari institusi pemerintahan untuk membuat dan mengimplementasikan kebijakan.

a) Politisi dan birokrat.

Partai politik ketika proses pemilihan membuat dokumen kebijakan atau pernyataan untuk menunjukkan strategi dan kinerja apa yang dijanjikan ketika mereka menjadi pemerintah. Oleh karena itu, dalam penerapannya pemerintah harus berhati – hati agar tidak jauh dari janji mereka ketika pemilihan pada anggota partai, suporter, dan rakyat, walaupun situasi kurang mendukung. Hal ini akan berpengaruh pada dukungan masa depan. Partai politik berperan di awal identifikasi kebijakan, tetapi proses selanjutnya akan dilakukan oleh lembaga legislatif dan eksekutif.

Birokrat sebagai *public servant* atau abdi rakyat, memiliki peranan dalam pengaturan proses kebijakan di berbagai area. Mereka juga memiliki kemampuan karena penghargaan, pengetahuan, dan pengalaman. Berperan dalam menjaga sistem pemerintah ketika menteri tidak ditempat. Di beberapa negara, birokrat berperan secara profesional, netral, dan penyedia saran kepada politisi, serta memiliki karir panjang pada pemerintahan.

b) Pemerintah yang berkuasa

Di banyak negara dengan sistem multipartai, sebagian besar kekuasaan dalam pembuatan kebijakan ada pada lembaga eksekutif, yaitu pejabat terpilih yang menjadi perdana menteri atau presiden, dan menteri yang bertanggung jawab dalam setiap sektor pemerintahan.

Kadang – kadang para eksekutif mungkin sangat kecil yaitu sekelompok politisi yang bersama – sama mengelilingi kepala eksekutif. Mereka menjalankan lembaga kementerian adalah yang sebenarnya pembuat kebijakan. Banyak pengamat politik yang merasa bahwa pemimpin lembaga adalah kunci pembuat keputusan. Para eksekutif dalam posisi ini tidak hanya menjadi perumus utama kebijakan tetapi juga menjadi penentu agenda yang penting.

c) Hubungan antara legislatif dan eksekutif

Legislatif adalah badan yang mewakili masyarakat, berperan dalam hukum dalam masyarakat dan mengawasi eksekutif. Eksekutif menjadi pemimpin bagi negara. Hal ini juga berpengaruh terhadap sistem pemerintahan di suatu negara. Dahulu, Indonesia menganut sistem parlemen yaitu eksekutif dipilih oleh anggota legislatif. Sekarang ini Indonesia memilih presiden secara langsung (sistem presidensial), eksekutif dipilih langsung oleh masyarakat. Dalam sistem ini, eksekutif dapat mengajukan kebijakan tapi harus disetujui oleh legislatif dan merupakan persyaratan suatu kebijakan menjadi hukum

## 2. The Market (Pasar Ekonomi)

- a) Bisnis, industri, perusahaan, korporasi (multinasional and transnasional)
- b) Simbol dari kekuasaan ekonomi penghasil barang dan jasa

Hal ini berhubungan dengan perekonomian negara, dampak kebijakan kesehatan terhadap investasi dari pasar, serta keberadaan pasar dalam implementasi kebijakan tersebut. Bukan hanya masalah untung rugi yang berkaitan dengan materi, tetapi juga dengan strategi penguasaan pasar perekonomian.

## 3. Interest group

*Interest group* adalah kata lain dari *pressure group*. Definisi dari interest group yaitu :

- Sukarela – orang atau organisasi memilih untuk bergabung
- Tujuannya yaitu untuk mencapai suatu goal (hasil dan tujuan tertentu)
- Tidak memiliki hak untuk menginfiltrasi proses pembuatan kebijakan secara formal.

*Interest group* tidak merencanakan untuk pengambilan kekuatan. Ada dua pengertian *interest group* yaitu :

a) Ruang publik antara pemerintah dan rakyat

Sering disebut *civil society* karena terletak pada ruang publik antara pemerintah dan rakyat. Isu kebijakan politik hanya pada permukaan (perifer) untuk identitas *civil society*; misalnya klub olahraga, mereka hanya mengambil posisi pada kebijakan politik yang mengancam atau beresiko terhadap aktivitas olahraga.

b) Bentuk aktivitas organisasi

Sering disebut NGO (*Non Government Organization*) yaitu organisasi non – profit diluar pemerintahan, yang memiliki struktur organisasi yang mengikat dan staf. Biasanya berhubungan dengan penyampaian informasi atau advokasi yang disampaikan kepada Negara pada tahap awal kebijakan. Grup ini memiliki konotasi positif, yang menggambarkan system yang bersih, non-otoriter terhadap masyarakat. Sementara untuk politisi dapat menjadi grup yang menekan, illegitimasi, pandangan yang *imbalanced*, bahkan mengganggu.

Tipe dari *interest group* yaitu : *sectional group* yaitu tujuan utamanya melindungi dan mengembangkan anggota dan atau bagian dari masyarakat apa yang mereka yakini. *Cause group* yaitu tujuan utamanya mempromosikan suatu isu atau penyebab dan anggotanya terbuka untuk siapapun yang mendukung penyebab tanpa menuntut seseorang jika penyebab tersebut sukses Fungsi dari *interest group* yaitu : Partisipasi,

Representasi, Edukasi politik, Motivasi, Mobilisasi, Monitoring, dan Provisi.

### 2.2.2. Konteks

Konteks mengarahkan kita untuk melihat kebijakan secara sistemik (keseluruhan) – politik, ekonomi dan sosial baik nasional maupun internasional – yang mempengaruhi kebijakan kesehatan.

**Faktor – faktor dalam konteks kompleks dan unik pada waktu dan *setting*, yaitu:**

- c) Faktor situasional adalah lebih atau kurang transient, impermanen, atau kondisi idiosinkratik yang memberi dampak pada kebijakan (contoh : perang). Sering disebut '*focusing events*'. Hal ini spesifik perubahan karena satu kejadian, misalnya gempa bumi yang mempengaruhi regulasi pembangunan Rumah Sakit.
- d) Faktor struktural secara relatif keadaan masyarakat yang tidak berubah. Hal ini dapat termasuk sistem politik, dan kesempatan masyarakat untuk terlibat pada diskusi kebijakan. Juga termasuk sistem ekonomi dan dasar ketenagakerjaan, serta faktor demografi, dan perkembangan teknologi, dan tingkat kemakmuran suatu negara.
- e) Faktor kultural. Pada negara dengan hierarki formal yang penting, maka akan sulit untuk tantangan pemerintahan. Posisi dari etnis minoritas dan perbedaan bahasa dapat menyebabkan kelompok yang miskin informasi tentang hak, atau pelayanan untuk mereka tidak dapat dipenuhi. Faktor agama juga dapat berpengaruh.
- f) Faktor Internasional atau Faktor Eksogen  
Faktor ini mempengaruhi ketergantungan antar negara dan mempengaruhi kerjasama internasional dalam bidang kesehatan. Walaupun masalah kesehatan berkaitan dengan pemerintah nasional, tetapi beberapa memerlukan kerjasama antara nasional, regional atau organisasi multilateral.

### 2.2.3. Konten

Konten yaitu isi dari kebijakan tersebut. Meliputi tipe dan tingkat kebijakan, pengetahuan terhadap penerapan, dan pengetahuan epidemiologi

#### a) Tipe dan tingkat kebijakan

Tabel 2.1. Tipe Kebijakan

	Politik Tinggi	Politik Rendah (biasa)
Tipe Kebijakan	Kebijakan Makro Kebijakan Sistemik	Kebijakan Makro Kebijakan Sektoral
Tingkatan Kebijakan	Pemerintah Nasional Pemerintah Lokal Pemerintah Regional	Departemen Kesehatan Otoritas lokal bidang kesehatan Institusi (klinik, RS)
Contoh Kebijakan	Peraturan sektor swasta Perubahan kondisi pelayanan pemerintah dan gaji	Pengenalan skrining kanker payudara Perubahan kebijakan vaksin

#### b) Pengetahuan terhadap penerapan

Yaitu penguasaan terhadap masalah yang ada, serta sejarah perkembangan masalah yang ingin dipecahkan melalui kebijakan ini.

#### c) Pengetahuan epidemiologi – tipping point to pandemik

Suatu epidemi adalah peristiwa banyak orang dengan tiba – tiba tertular penyakit tertentu. Penyakit itu menjadi pandemi bila daerah yang terserang membentang lebih dari satu benua (dari bahasa Yunani *pan*, yang berarti semua, dan *demos* yang berarti manusia). Suatu pandemi ditandai dengan pengelompokan kasus dari suatu penyakit, dengan cepat menyebar semakin lama semakin menulari banyak orang. Kecepatan penyebarannya tergantung pada banyak faktor, diantaranya berapa lama

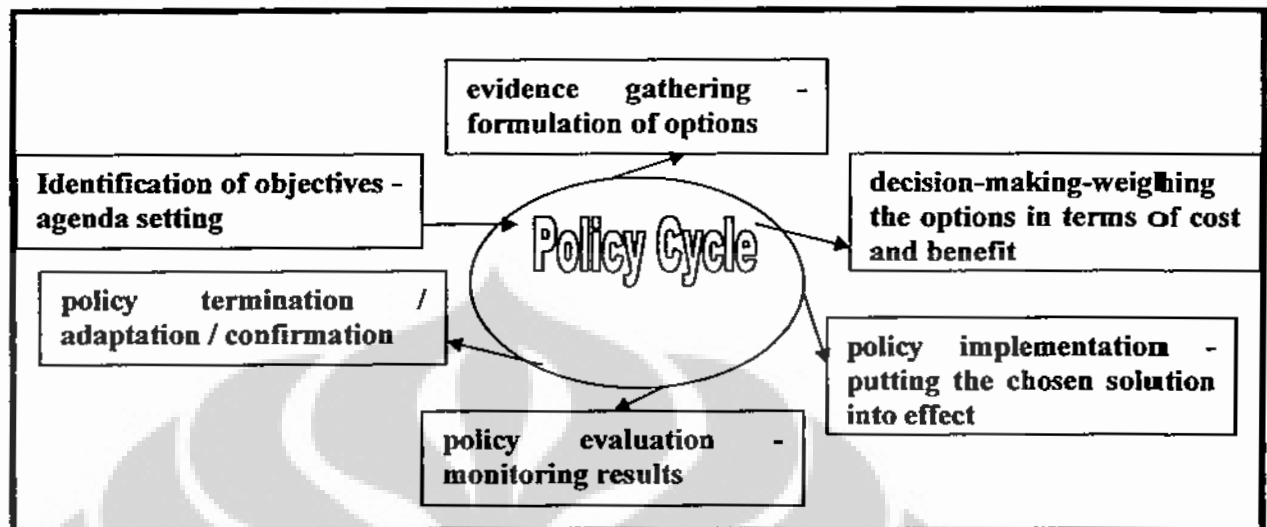
orang dapat menularkan penyakit sebelum penderita menjadi sakit payah, semudah apa penyakit itu menyebar antar manusia, dan berapa lama orang masih terinfeksi setelah keadaan pulih.

#### 2.2.4. Proses

Kerangka umum menurut Walt (1994) yang digunakan untuk menguraikan proses pembuatan melalui tahap atau fase-fase sebagai berikut :

- a) Identifikasi masalah dan isu. Bagaimana cara isu bisa dijadikan agenda dalam kebijakan? Kenapa beberapa isu tidak dapat dibahas?
- b) Perumusan kebijakan. Siapa yang merumuskan kebijakan? Bagaimana formulasinya? Dari mana datangnya inisiatif?
- c) Implementasi kebijakan. Sumber daya yang tersedia? Siapa yang harus dilibatkan? Bagaimana implementasi dapat dikuatkan?
- d) Evaluasi kebijakan. Efek apa yang terjadi bila kebijakan mulai berjalan? Apakah bisa dimonitor? Bagaimana cara mencapai tujuan?

Sedangkan dalam proses pembuatan kebijakan menurut Howlett M, and Ramesh M, 2003 yaitu model *policy cycle*. Tahapannya meliputi penentuan agenda (*agenda settings*), formulasi pilihan, pengambilan keputusan, implementasi kebijakan, evaluasi kebijakan, dan adaptasi kebijakan.



Gambar 2.2. Tahapan *Policy Cycle*

Sehingga menurut Walt (1994) dan Howlett M, and Ramesh M (2003), maka proses pembuatan kebijakan harus melalui beberapa tahapan :

### 1. Identifikasi Masalah

Bagaimana isu tersebut dapat menjadi agenda ?

Agenda, secara terminologi diartikan sebagai daftar subyek atau masalah dimana pejabat pemerintah dan masyarakat diluar pemerintah, memberikan perhatian secara serius pada setiap waktu yang ditentukan.

Penentuan agenda dalam politik sebagai suatu keadaan yang lazim, dapat dilihat menurut dua model yaitu :

#### a) Model Hall : Legitimasi, Kelayakan dan Dukungan

Legitimasi berhubungan dengan masalah dimana pemerintah merasa perlu memperhatikan, dan merasa berhak untuk mencampurinya. Isu muncul dimana pemerintah merasa sebagian besar masyarakat akan menerima campur tangan pemerintah.

Kelayakan berhubungan dengan kemungkinan penerapan kebijakan. Hal tersebut ditentukan oleh pengetahuan teoritis dan praktis, sumber keuangan dan

lainnya, tersedianya tenaga terampil, kemampuan struktur administratif, dan adanya infrastruktur yang dibutuhkan.

Dukungan berhubungan dengan sesuatu yang tidak dapat diartikan, tetapi penting, aspek dukungan masyarakat untuk, atau kepercayaan masyarakat pada pemerintah.

b) Model Kingdon : aliran masalah, aliran politik dan aliran kebijakan

Pada model ini, kebijakan hanya dapat diambil secara serius oleh pemerintah ketika sebuah jendela kesempatan yang utama terbuka dalam setiap aliran pada waktu yang bersamaan.

Aliran masalah, sebagai contoh pertanyaan tentang mengapa beberapa masalah menarik perhatian pemerintah lebih dari masalah lainnya. Jawaban ada dalam bagaimana cara pemerintah mempelajari keadaan melalui tanda – tanda masalah yang utama, dan umpan balik. Masalah utama adalah masalah yang serius. Umpan balik berasal dari program yang sudah disiapkan.

Dalam aliran politik, terdapat partisipan yang terlihat (ada didalam dan diluar pemerintah), dan partisipan tersembunyi (para ahli seperti komunitas akademisi, para peneliti, para konsultan) yang bekerja sedikit dalam memasukkan masalah ke dalam agenda, dan banyak mengusulkan pilihan alternatif untuk memecahkan masalah.

Dalam aliran kebijakan memilih dari proposal masalah dan proposal politik yang akan menjadi kebijakan publik.

Siapa yang menentukan agenda ?

Hogwood dan Gunn, 1984 (dikutip dari barker, 1996) berpendapat bahwa pemerintah seharusnya melaksanakan program secara aktif dalam mencari



masalah, karena mereka perlu mengantisipasi masalah dan akibatnya sebelum krisis terjadi. Dalam mencari masalah, pemerintah dapat mempertimbangkan beberapa faktor berikut :

- a) Siapa yang mengatakan hal yang khusus ini adalah sebuah masalah? Darimana datangnya usulan tersebut ?
- b) Apakah hal tersebut adalah benar – benar masalah yang dapat ditangani pemerintah?
- c) Adakah kemungkinan terdapat persetujuan terhadap masalah?
- d) Apakah terlalu dini untuk membuat kebijakan? Apakah terlalu cepat untuk bertindak? Perluakah mempertimbangkan debat publik, untuk memastikan dukungan?
- e) Apakah konteks dan kerangka kebijakn sudah benar ? Apakah masalah dilihat dari perspektif efisiensi, mengacuhkan aspek lainnya, seperti persamaan? Dapatkah perspektif alternatif dilihat juga? Bagaimana yang lainnya dapat dilihat menjadi suatu masalah?
- f) Apakah masalah dibatasi pada level yang tepat dari suatu keseluruhan? Bila masalah terlalu besar/umum, akan berada pada tingkat slogan, terlalu besar untuk dicapai, sulit untuk dilaksanakan.
- g) Apakah struktur sebab – akibat dari suatu masalah dapat dimengerti/ pemerintah dapat atau tidak dapat mengetahui sebab timbulnya masalah, atau akibat dari suatu masalah.
- h) Dapatkah implikasi masalah dispesifikasikan dan dikuantifikasikan? Seberapa jauh skala atau intensitas masalah dapat dispesifikasikan? Berapa jumlahnya? Seberapa cepat terjadinya perubahan masalah? Berapa skala ketidakpastiannya?

Peran media sebagai agen sosialisasi, sumber informasi, mekanisme propaganda, dan sebagai agen legitimasi.

## 2. Formulasi Kebijakan

- Apa yang harus dipertimbangkan dalam proses pembuatan kebijakan?

- Bagaimana aktor yang berpengaruh dalam membuat kebijakan dan mengambil keputusan ?
- Pertimbangan pengambilan keputusan
- Saran pelaksanaan
- Implikasi birokrat
- Stabilitas dan dukungan politik
- Tekanan internasional

Suatu kebijakan dapat diukur dalam indikator pertanyaan sebagai berikut (Bridgman and Davis, WHO, 2003) :

- *Appropriateness* — apakah cara ini cukup beralasan untuk memproses masalah ini?
- *Effectiveness* — dapatkah kebijakan ini dikerjakan ?
- *Efficiency* — akankah kebijakan ini cost-efektif dalam pelaksanaan ?
- *Equity* — apakah kebijakan ini adil dan merata ?
- *Workability* – apakah kebijakan ini mudah dan mengakar, serta apakah mungkin diimplementasikan ?

### 3. Implementasi Kebijakan : Bagaimana kebijakan dipatuhi & diimplementasikan?

Terdapat dua model pendekatan dalam perumusan dan implementasi kebijakan, yaitu:

#### a) Pendekatan *Top Down*

Perumusan kebijakan terjadi didalam pemerintah nasional atau pada tingkat internasional, antara pemberi dan pembuat kebijakan. Pada kasus kebijakan kesehatan, keputusan politisi dan birokrat dalam kementerian kesehatan dikomunikasikan dalam unit perencana kesehatan, yang mengoperasionalkan kebijakan melalui disain program yang tepat, dengan petunjuk, alur dan sistem monitoring. Kemudian ditransfer ke bagian kesehatan setempat (propinsi atau level distrik) atau pada institusi pelayanan kesehatan untuk diterapkan.

Beberapa pendekatan yang diambil dari model "Implementasi Sempurna". Hogwood dan Gun (dikuti dari Walt, 1994) menggambarkan 10 persyaratan yang harus ada bila kebijakan akan dilaksanakan sehingga tujuan tercapai, yaitu :

- Keadaan eksternal tidak dalam kondisi timpang.
- Waktu yang tepat dan sumber daya cukup tersedia.
- Menuntut kombinasi sumber daya yang baik.
- Kebijakan berdasarkan teori yang tepat tentang sebab – akibat.
- Hubungan langsung antara sebab – akibat.
- Ketergantungan hubungan harus diminimalkan.
- Ada penjelasan dan persetujuan pada tujuan.
- Tugas adalah penuh kekhususan dalam kejadian yang tepat.
- Komunikasi dan koordinasi harus sempurna.
- Kekuasaan meminta dan mendapat izin sempurna.

b) Pendekatan *Bottom Up*

Pada pendekatan ini, pelaksana sering memegang bagian penting dalam implementasi kebijakan, tidak semata – mata dari manajer kebijakan sampai bawahan tapi peserta aktif dalam proses kompleks yang ekstrim dimana informasi kebijakan juga ke atas.

Pelaksana bisa mengganti cara dalam pelaksanaan kebijakan atau mendefinisi ulang tujuan kebijakan untuk disesuaikan pada situasi dan masalah lokal. Implementasi harus dilihat lebih dari proses interaktif.

**Pada implementasinya, kebijakan juga senantiasa dipengaruhi oleh :**

c) Pengaruh internasional

Kantor internasional mengikat dialog kebijakan dengan pembuat kebijakan nasional sehingga dianggap terpisah antara perumusan kebijakan dan implementasi.

d) Hubungan pusat – daerah

Banyak pemerintahan memberikan transfer kekuasaan atau membagi beberapa kekuatan pada perencanaan publik, manajemen dan pembuat keputusan dari nasional ke tingkat subnasional, atau dari pemerintah yang lebih tinggi ke level lebih rendah (Milis et al, 1990; dikutip dari Walt, 1994)

Kemampuan pusat untuk membayar setiap bagian pengeluaran publik merupakan kekuatan yang didorong oleh kekuasaan tingkat bawah yang membuat proposal. Kekurangan sumber daya juga membuat kekuasaan tingkat lokal lemah dalam kebijakan yang mungkin tidak *cost effective*, tapi membawa *rewards* pada yang lain.

Implementasi kebijakan lebih tergantung pada perkembangan dimana pusat dapat mengharapkan kekuasaan pada tingkat lebih rendah mengikuti garis petunjuk. Menggunakan kontrol legislatif mungkin relatif lebih baik dalam sektor kesehatan pada kebijakan sehari – hari, meskipun peranannya menjadi bagian penting dalam proses regulasi dan sektor pribadi.

e) Tipe kebijakan

Keputusan kebijakan mayor (kebijakan makro/sistemik) termasuk perubahan dalam hubungan sosial atau ekonomi dan perilaku bisa sulit dilaksanakan karena menemui resistensi, mungkin karena bagian penting terancam.

Karakteristik tertentu dari kebijakan bisa membuat implementasi lebih mudah atau lebih sulit (Cleaves, 1980; dikutip dari Walt, 1994)

### Strategi dalam implementasi

Foltz, 1992 (dikutip dari Waltz, 1994) menyimpulkan bahwa salah satu kelemahan dalam implementasi adalah fakta bahwa pembuat kebijakan tidak tampil mengikat dalam banyak analisis sebelum kebijakan dikenalkan.

Selain itu, sumber daya politik, terutama pada dukungan potensial atau ketergantungan utama pada 3 faktor : lokasi, organisasi dan status sosio – ekonomi termasuk melek huruf. Pembuat kebijakan juga dapat memobilisasi finansial, managerial dan teknik sumber daya sebagai strategi implementasi.

Gadomski et al (1990) menggunakan model 5 komponen untuk mencari hambatan implementasi. Menurutnya implementasi bisa bermasalah pada 5 tahap berikut : Input, Proses, Output, Outcome dan Dampak

Martin, 1992 (dikutip dari Walt, 1994) menyarankan bentuk 4 dimensi yang menggambarkan perubahan proses implementasi dalam organisasi :

- Dimensi rasional – empiris : pendekatan masalah yang logis, lurus, tidak mengejutkan.
- Dimensi sistem sosial : menitikberatkan pada hubungan antar manusia dan perubahan aspek interpersonal.
- Dimensi kekuatan politik : kekuatan relatif kompetisi partai yang mempengaruhi perubahan, dan hilang oleh beberapa pemecahan masalah rasional atau pendekatan partisipatif untuk perubahan.
- Dimensi "value vision" : perspektif baru pada tujuan, komitmen dan misi yang diperharui.

#### 4. Evaluasi Kebijakan : Apakah kebijakan memenuhi tujuan atau sasaraannya ?

Evaluasi adalah : - akhir dari proses kebijakan (apakah kebijakan efektif)

- permulaan (apa yang seharusnya dirubah)

Dalam evaluasi, dapat digunakan penelitian. Penelitian adalah pengertian umum sebagai proses sistemik untuk menyimpulkan pengetahuan baru, metode ilmu pengetahuan untuk menemukan fakta – fakta dan hubungan yang ada, lalu mengaplikasikan pengetahuan baru ini dalam praktik (*Commision on Health Research for Development*, 1990; dikutip dari Walt, 1994).

Sedangkan evaluasi adalah suatu aktivitas berdasarkan ilmu pengetahuan yang dipakai untuk menilai operasional dan dampak kebijakan publik dan pelaksanaan program termasuk untuk pelaksanaan kebijakan tersebut (Rossi and Wright, 1979, dikutip dari Walt, 1994).

Weiss, 1977 (dikutip dari Walt, 1994) menjelaskan model linear yang jelas antara penelitian dan kebijakan, yaitu :

- Model knowledge-driven : penelitian dasar – penelitian terapan – pengembangan – aplikasi kebijakan.
- Model Problem – solving : ada permasalahan – penelitian menyediakan bukti empiris – menyarankan tindakan kebijakan

Halangan penggunaan penelitian, yaitu :

- Faktor politik
- Ketidakpastian dan masalah konseptual yang membingungkan
- Gambaran risiko
- Pengaruh ideologi
- Persepsi pada penggunaan penelitian
- Faktor waktu dan komunikasi

## 2.3. Pembiayaan Kesehatan

### 2.3.1. Pembiayaan Kesehatan secara umum

Pembiayaan kesehatan menurut Azwar (1996) harus memenuhi tiga persyaratan pokok, pertama tersedianya biaya kesehatan dalam jumlah yang cukup dalam arti dapat membiayai seluruh penyelenggaraan upaya kesehatan yang dibutuhkan serta tidak menyulitkan masyarakat yang ingin memanfaatkannya. Kedua, penyebaran dana harus sesuai dengan kebutuhan karena pengalokasian dana yang tidak baik akan menyulitkan penyelenggaraan upaya kesehatan. Ketiga, pengaturan pemanfaatan dana yang seksama supaya masyarakat tidak mengalami kesulitan jika membutuhkan pelayanan kesehatan.

Jumlah dana yang tersedia untuk pembiayaan kesehatan selalu bersifat terbatas. Bertitik tolak dari keadaan seperti ini Azwar (1996) mengemukakan bahwa dalam membahas biaya kesehatan lebih dicurahkan pada pengaturan penyebaran pemanfaatan besarnya dana yang tersedia. Upaya yang dilakukan pada umumnya berkisar pada dua hal, pertama peningkatan efektifitas dengan cara mengubah penyebaran atau alokasi penggunaan sumber dana dimana pengalokasian dana lebih diutamakan untuk upaya kesehatan yang menghasilkan dampak yang lebih besar, misalnya lebih mengutamakan upaya pencegahan daripada pengobatan penyakit. Kedua peningkatan efisiensi dengan memperkenalkan berbagai mekanisme pengendalian biaya seperti meminimalkan tindakan, konsep kerjasama antar berbagai sarana pelayanan kesehatan baik kerjasama institusi seperti *cost sharing* maupun kerjasama sistem seperti sistem rujukan.

Memenuhi tiga persyaratan pembiayaan kesehatan tidak semudah diperkirakan, menurut Azwar (1996) ada lima masalah pokok pembiayaan kesehatan, pertama kurangnya dana yang tersedia, kedua penyebaran dana yang tidak sesuai, ketiga

pemanfaatan dana yang tidak tepat, keempat pengelolaan dana yang belum sempurna, kelima biaya kesehatan yang makin meningkat.

Setiap masalah pasti ada upaya penyelesaiannya, berbagi upaya mengatasi masalah pembiayaan kesehatan menurut Azwar (1996) ada tiga cara, pertama upaya meningkatkan jumlah dana dengan meningkatkan alokasi biaya kesehatan dalam anggaran pendapatan dan belanja yang bersumber dari pemerintah serta menghimpun dana dari sumber masyarakat serta dari sumber bantuan luar negeri. Kedua upaya memperbaiki penyebaran, pemanfaatan dan pengelolaan dana dengan cara menyempurnakan sistem pelayanan dan peningkatan pengetahuan dan ketrampilan tenaga pengelola. Ketiga, upaya mengendalikan biaya kesehatan (*cost containment*) dengan cara memperlakukan peraturan sertifikat kebutuhan, memperlakukan peraturan studi kelayakan, memperlakukan peraturan pengembangan yang terencana, menetapkan standar baku pelayanan kesehatan, menyelenggarakan program menjaga mutu, menyelenggarakan peraturan tarif pelayanan dan menyelenggarakan program asuransi kesehatan.

Besar kecilnya persepsi pembiayaan kesehatan berbeda – beda. Persepsi pembiayaan kesehatan jangka pendek yang menilai sektor kesehatan konsumtif dan masih menilai investasi yang besar dalam bidang kesehatan sebagai suatu pemborosan harus diubah, karena akan menyebabkan kedudukan sektor kesehatan dalam skala prioritas alokasi dana yang kecil. Pemahaman pembiayaan sektor kesehatan harus dilihat sebagai sektor produktif karena dalam perhitungan investasi jangka panjang akan mewujudkan sumber daya manusia yang sehat, berkualitas dan produktif. Jika tetap dipertahankan pada persepsi sektor konsumtif maka tidak mengherankan jika Indeks Pembangunan Manusia (*Human Development Index*) yang indikatornya terdiri dari indeks kesehatan, pendidikan dan ekonomi di Indonesia sampai tahun 2001 masih menduduki posisi 102 dari 160 negara di dunia (Thabrany, 2002 dan Gani,



1987). Sekarang ini posisi Indonesia menurut Indeks Pembangunan manusia (*Human Development Index*) adalah dari negara di dunia.

Menurut Departemen Kesehatan, 2004 tujuan pembiayaan kesehatan adalah agar setiap individu memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan pribadi maupun masyarakat melalui penyediaan dana dan terciptanya insentif finansial yang benar bagi para penyedia pelayanan kesehatan.

### **Biaya kesehatan**

Kemampuan pemerintah untuk membiayai pembangunan termasuk pembangunan kesehatan tergantung dari besarnya pendapatan negara. Biaya yang berasal dari pemerintah sumber daya yang terbesar adalah dari pendapatan pajak. Pada umumnya negara – negara yang berkembang menghabiskan biaya untuk sektor kesehatan 2 – 5 % *Gross National Product*. Negara – negara maju seperti Amerika Serikat menghabiskan biaya sektor kesehatan sebesar 7 – 8 %. Untuk Indonesia, sebagai negara berkembang sebenarnya berapa jumlah optimal yang pantas dialokasikan untuk sektor kesehatan? Selama ini anggaran kesehatan dari tahun ke tahun selalu meningkat tetapi belum meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan maupun derajat kesehatan.

Gani (1987) mengemukakan ada dua pendekatan dalam memperkirakan besar biaya kesehatan, pertama yaitu pendekatan permintaan (*demand approach*), menurut pendekatan ini besarnya biaya yang diperlukan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan tergantung pada permintaan (*demand*) masyarakat, kelemahan pendekatan ini tergantung pada kesanggupan membayar atau tergantung pada daya beli masyarakat. Kedua adalah pendekatan kebutuhan (*need approach*), menurut pendekatan besarnya biaya yang diperlukan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan tergantung pada kebutuhan masyarakat tetapi tidak tergantung pada daya beli masyarakat. Pada umumnya, pendekatan permintaan direspon oleh upaya pelayanan kesehatan swasta

sedangkan upaya pelayanan pemerintah lebih berorientasi kepada kebutuhan (*need*).

Makin meningkat biaya pelayanan kesehatan merupakan bagian dari masalah pokok pembiayaan kesehatan. Beberapa penyebab penting meningkatnya biaya kesehatan adalah (*Cambridge Research Institute, 1996*) tingkat inflasi, tingkat permintaan, kemajuan ilmu dan teknologi, perubahan pola penyakit, perubahan pola pelayanan kesehatan, perubahan pola hubungan dokter pasien, lemahnya mekanisme pengendalian biaya dan penyalahgunaan asuransi kesehatan.

#### **Sumber pembiayaan kesehatan**

Sumber pembiayaan kesehatan secara garis besar berasal dari pemerintah, dan swasta (masyarakat). Berdasarkan data negara – negara ASEAN pada tahun 2001, perbandingan kontribusi biaya kesehatan yang dikeluarkan masyarakat dengan pemerintah adalah 74,9 % dari masyarakat, sebesar 25,1 % dari pemerintah terhadap total biaya kesehatan. Dari komposisi pembiayaan kesehatan, terlihat jelas bahwa kontribusi masyarakat jauh lebih besar daripada yang dikontribusikan pemerintah. Data ini menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat membayar setiap pelayanan kesehatan dengan cara *fee for services* yang dikeluarkan dari kantong sendiri (*out of pocket*). Keadaan pembiayaan kesehatan di Indonesia ini berbalik dengan negara – negara maju seperti Inggris, Perancis, Australia dan Taiwan, di negara – negara tersebut pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah mencapai 80 % dari total biaya kesehatan (*Profil Kesehatan Indonesia, 2006*).

Sumber pembiayaan pemerintah berasal dari hasil mobilisasi pajak, pinjaman, hibah dan sumber lainnya. Pajak yaitu iuran wajib. Sumber pembiayaan pemerintah memiliki keterbatasan dalam mencukupi biaya pelayanan kesehatan seluruh penduduk. Oleh karena itu perlu dikembangkan pengarahannya kemampuan masyarakat baik dalam bentuk pemeliharaan kesehatan karyawan,

asuransi kesehatan swasta, dana sehat maupun pembayaran langsung oleh rumah tangga. Meski sumber dana pemerintah terbatas, pihak pemerintah tetap harus menjalankan peran pemerintah di bidang kesehatan, menurut Gani (2000) ada dua peran pemerintah di bidang kesehatan, pertama program *public good health service*, yaitu melaksanakan program kesehatan yang bersifat kesehatan masyarakat untuk pelayanan yang mempunyai dampak luas terhadap masyarakat, peran kedua pelayanan kesehatan yaitu "*merit good*" bagi penduduk miskin dengan mewajibkan pemerintah menyediakan uang yang mekanisme pembayarannya bisa diberikan langsung ke pemberi pelayanan kesehatan atau melalui asuransi.

Terlepas dari sumber dana yang berasal dari pemerintah dan non pemerintah, beberapa indikator tentang pembiayaan kesehatan untuk negara – negara ASEAN pada tahun 2001 adalah persentase biaya kesehatan terhadap produk domestik bruto (PDB), persentase anggaran pemerintah untuk kesehatan terhadap total anggaran pemerintah, persentase biaya kesehatan oleh masyarakat terhadap total biaya kesehatan, besarnya biaya kesehatan perkapita, besarnya anggaran pemerintah untuk kesehatan perkapita. Untuk negara Indonesia persentase anggaran pemerintah untuk kesehatan terhadap total anggaran 3 % persentase biaya kesehatan terhadap produk domestik bruto (PDB) sebesar 2,4 % masih belum konsisten pada komitmen 5 % terhadap PDB, besarnya biaya kesehatan perkapita US\$ 16, besarnya anggaran pemerintah untuk kesehatan perkapita US\$ 4 atau 25 % anggaran pemerintah (Profil Kesehatan Indonesia, 2002).

Sumber dana di Indonesia terdiri dari sumber negara, pertama, diperoleh dari pendapatan pajak dan bukan pajak yang dimiliki oleh pemerintah pusat, pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota, diperoleh dari pinjaman dan hibah, diperoleh dari asuransi yang didanai pemerintah (Askes PNS 2 % dari gaji, JPKMM), kedua, sumber swasta yang diperoleh dari rumah tangga

(dana sehat, *out of pocket*), dan perusahaan (investasi swasta yang menyediakan pelayanan kesehatan), dan asuransi swasta.

### 2.3.2. Pembiayaan Rumah Sakit

Rumah Sakit merupakan organisasi pelayanan kesehatan yang padat modal, karya dan teknologi, yang dituntut memiliki kinerja dengan ekuitas, transparan, akuntabilitas, kualitas, efektivitas dan efisiensi yang baik, oleh karena itu, dalam menjalankan fungsinya diperlukan pembiayaan yang memadai untuk memenuhi *cost of doing business, cost of staying business, cost of changing business, cost of capital investment* yang merupakan faktor penting dalam merumuskan kebijakan strategis dalam administrasi dan manajerial keseluruhan rumah sakit yaitu kebijakan tingkat program, organisasi dan instrumental. (Cleverly, 1997; Walt, 1994)

Pembiayaan Rumah sakit terdiri dari pendapatan dan belanja. Dimana pendapatan rumah sakit pemerintah memiliki sumber pendanaan utama yang berasal dari subsidi APBN/D, dan pendapatan operasional dari pasien GAKIN. Dalam pelaksanaannya, pendapatan operasional akan sangat dipengaruhi oleh tarif pelayanan yang ditetapkan oleh pemerintah. Sama halnya dalam pelaksanaan belanja, baik belanja pegawai, belanja operasional, maupun belanja investasi alat kesehatan yang terkait dengan regulasi pengadaan barang dan jasa pemerintah melalui Keputusan Presiden nomor 80.

### 2.3.3. Kebijakan terkait Pembiayaan Rumah Sakit

#### a) Program JPK GAKIN DKI Jakarta

Sesuai dengan petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis jaminan pemeliharaan kesehatan bagi keluarga miskin, kurang mampu dan bencana di provinsi DKI

Jakarta tahun 2007 bahwa peserta dalam program ini adalah keluarga miskin dan kurang mampu di seluruh wilayah provinsi DKI Jakarta yang meliputi lima wilayah kotamadya dan kabupaten administratif Kepulauan Seribu.

Pembiayaan kesehatan JPK GAKIN di rumah sakit secara *fee for service* yang mengacu pada paket pelayanan esensial (PPE). Katastropik diajukan oleh rumah sakit jika biaya melebihi 5 juta rupiah atau melebihi PPE selambat-lambatnya 1 minggu setelah diketahui biayanya melebihi PPE. Selisih biaya menjadi tanggungan rumah sakit dan tidak boleh dibebankan pada pasien. Kasus dengan biaya diatas 30 juta rupiah, rumah sakit ikut berkontribusi sebagai fungsi sosial rumah sakit. Pasien dengan kartu gakin, raskin, bantuan langsung tunai, program keluarga harapan (bantuan program pemerintah lainnya) dan Panti yang bersertifikat, orang terlantar, KDRT, kader, KLB serta bencana dibebaskan dari biaya jika berobat ke puskesmas dan rumah sakit. Kontribusi biaya pasien SKTM adalah sebesar 0 sampai dengan 50 %. Pasien melalui instalasi gawat darurat dapat dilayani tanpa membawa persyaratan yang telah dilakukan. Jika pasien perlu dirawat maka diberi kesempatan untuk melengkapi persyaratan selama 3 x 24 jam hari kerja.

#### b) Tarif pelayanan

Tarif atau "*price*" adalah harga dalam nilai yang harus dibayar oleh konsumen untuk memperoleh atau mengkonsumsi suatu komoditi, yaitu barang atau jasa (Gani, 1996)

Tarif rumah sakit adalah nilai suatu jasa pelayanan yang ditetapkan dengan ukuran sejumlah uang berdasarkan pertimbangan bahwa dengan nilai uang tersebut sebuah rumah sakit bersedia memberikan jasa kepada pasien (Trisnantoro, 2004).

Kebijakan penetapan tarif untuk rumah sakit pemerintah, menurut Trisnantoro (2004) pada berbagai sektor kesehatan, pemerintah mempunyai kewajiban

mengatur tarif, ini ditujukan untuk menjamin adanya pemerataan pelayanan rumah sakit. Dengan berbagai komponen biaya tetap disubsidi yaitu investasi, gaji dan pengembangan.

Berbeda dengan swasta, rumah sakit pemerintah dipengaruhi oleh peraturan – peraturan dan norma – norma. Keputusan – keputusan manajemen rumah sakit membutuhkan persetujuan bupati/walikota dan DPRD, bertanggung jawab kepada pemimpin politik daerah dan nasional, DPR pusat dan daerah. Rumah sakit pemerintah lebih besar dari swasta, terutama rumah sakit pendidikan, mempunyai peluang untuk memonopoli segmen pelayanan tertentu. Dengan subsidi investasi dan gaji, pentarifan menjadi lebih murah. Rumah sakit pemerintah mempunyai cost overhead yang tinggi, karena banyaknya jumlah pegawai tetap namun tidak disertai produktivitas yang tinggi, sehingga dalam proses pentarifan tidak diperhitungkan sumber daya manusia.

Tujuan penetapan tarif (Trisnantoro, 2004; Gani, 1996)

1. Tarif ditetapkan untuk meningkatkan pemulihan biaya rumah sakit. Keadaan ini terutama terdapat pada rumah sakit pemerintah yang semakin lama semakin berkurang subsidinya.
2. Penetapan tarif untuk subsidi silang. Dengan konsep subsidi silang ini maka tarif bangsal VIP atau kelas I harus berada di atas unit cost agar surplusnya dapat dipakai untuk mengatasi kerugian di bangsal kelas III.
3. Penetapan tarif untuk meningkatkan akses pelayanan. Pemerintah menetapkan tarif serendah mungkin dengan harapan akses untuk orang miskin menjadi lebih baik. Tetapi berbagai penelitian menunjukkan bahwa mutu pelayanan rumah sakit pemerintah rendah akibat subsidi pemerintah terbatas dan tarif rumah sakit rendah dengan sistem manajemen yang birokratis. Kegagalan pemerintah memberikan subsidi cukup bagi biaya operasional dan pemeliharaan rumah sakit yang mempunyai tarif rendah

menyebabkan mutu pelayanan rumah sakit semakin rendah secara berkesinambungan.

4. Penetapan tarif untuk meningkatkan mutu pelayanan. Di berbagai rumah sakit pemerintah daerah, kebijakan penetapan tarif VIP dilakukan berdasarkan pertimbangan untuk peningkatan mutu pelayanan dan peningkatan kepuasan kerja dokter spesialis.

## **2.4. Rumah Sakit**

### **2.4.1. Rumah Sakit di Indonesia**

Pusat perhatian hukum kesehatan bukan saja ditekankan pada kesehatan itu sendiri secara langsung, tetapi juga pada pengurusan atau perawatan yang mungkin dilakukan oleh pribadi atau lembaga Lestari (2002). Menurut Veronica Komalawati yang dikutip oleh Lestari (2002), dalam pelayanan kesehatan tidak hanya meliputi kegiatan atau aktivitas professional di bidang pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif bagi manusia itu sendiri secara langsung, tetapi juga meliputi lembaga pelayanan kesehatan, sistem kepengurusannya, pembiayaannya, pengelolaannya, tindakan pencegahan umum dan penerangan. Adapun lembaga yang diberikan hak dan kewajiban di dalam pelayanan kesehatan di Indonesia salah satunya diantaranya adalah rumah sakit (RS).

Batasan RS banyak macamnya. Beberapa diantaranya yang dipandang penting seperti yang dikutip oleh Azrul Azwar (1996) adalah:

1. RS adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan.

2. RS adalah tempat dimana orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran serta tempat dimana pendidikan klinik untuk mahasiswa Kedokteran, perawat dan berbagai tenaga profesi kesehatan lainnya yang diselenggarakan.
3. RS adalah pusat dimana pelayanan kesehatan, pendidikan serta pelayanan kedokteran diselenggarakan.

Sedangkan pengertian RS Indonesia seperti yang dikutip oleh Lestari 2004 dapat ditelusuri melalui peraturan perundang-undangan yang ada. Pasal 1 Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) RI Nomor 1946 tahun 1988 tentang RS dinyatakan bahwa : "RS adalah sarana upaya Kesehatan, diantaranya meliputi penyelenggaraan kegiatan pelayanan Kesehatan, serta dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian". Kemudian dibedakan lagi antara:

1. RS umum, yaitu RS yang memberikan pelayanan kesehatan semua jenis penyakit dari yang bersifat pelayanan dasar sampai dengan subspecialistik.
2. RS khusus, yaitu RS yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan berdasarkan jenis penyakit tertentu atau disiplin ilmu.
3. RS pendidikan, yaitu RS umum yang digunakan untuk tempat pendidikan tenaga medis tingkat S1, S2 dan S3.

WHO memberikan pengertian mengenai RS dan peranannya sebagai berikut, *"The hospital is an integral part of social and medical organization, the function of which is to provide for population complete healthcare both curative and preventive, and whose out patient services reach out to the family and its home environment; the training of health workers and for bio- social research"*.

Sesuai dengan batasan diatas, maka RS merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan yang memberikan pelayanan kuratif



maupun preventif, serta menyelenggarakan pelayanan rawat jalan dan rawat inap, juga perawatan di rumah. Disamping itu, RS juga bisa berfungsi sebagai tempat pendidikan kesehatan dan tempat penelitian. Oleh karena itu, agar dapat menjalankan fungsinya dengan baik maka RS harus bisa bekerja sama dengan instansi lain di wilayahnya, baik instansi kesehatan maupun non kesehatan (Ristrini 2005).

Menurut Azwar 1996 sesuai dengan perkembangan yang dialami, pada saat ini RS dapat dibedakan atas beberapa jenis yakni :

1. Menurut pemilik

Jika ditinjau dari pemiliknya, RS dapat dibedakan atas dua macam yakni RS pemerintah (*governmental hospital*) dan RS swasta (*private hospital*).

2. Menurut filosofi yang dianut

Jika ditinjau dari filosofi yang dianut, RS dapat dibedakan atas 2 macam yakni RS yang tidak mencari keuntungan (*non profit hospital*) dan RS yang mencari keuntungan (*profit hospital*).

3. Menurut jenis pelayanan yang diselenggarakan

Jika ditinjau dari jenis pelayanan yang diselenggarakan, RS dapat dibedakan atas dua macam yakni RS Umum (RSU) atau *general hospital* jika semua jenis pelayanan kesehatan diselenggarakan, serta RS Khusus (RSK) atau *speciallity hospital* jika hanya satu jenis pelayanan kesehatan saja yang diselenggarakan.

4. Menurut lokasi RS

Jika ditinjau dari lokasinya, RS dibedakan atas beberapa macam yang semuanya tergantung dari pembagian system pemerintah yang dianut. Misalnya RS pusat jika lokasinya di ibukota negara, RS provinsi jika lokasinya di ibukota propinsi dan RS Kabupaten jika lokasinya di ibukota kabupaten.

Dalam rangka penyelenggaraan kegiatannya, berdasarkan pasal 3 Permenkes RI Nomor 1596 tahun 1988, RS dapat diselenggarakan dan dimiliki oleh pemerintah dan swasta. RSP dapat dimiliki dan diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan, pemerintah daerah, Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ABRI) dan Badan Usaha Milik Negara atau (BUMN). RS swasta dimiliki dan diselenggarakan oleh yayasan dan badan hukum lain yang bersifat sosial, yaitu perkumpulan (Lestari, 2004).

Menurut Hartono (2006) berdasarkan kepemilikannya RS umum (juga RS Khusus) di Indonesia dapat di bedakan kedalam dua jenis, yaitu :

1. Rumah Sakit Umum (RSU) milik Pemerintah, yang meliputi :
  - a. RSU Pusat (RSUP) milik Departemen Kesehatan
  - b. RSU Daerah (RSUD) milik Pemerintahan Provinsi
  - c. RSUD milik Pemerintahan Kabupaten/ Kota
  - d. RSU milik Tentara Nasional Indonesia
  - e. RSU milik Kepolisian Republik Indonesia (POLRI)
  - f. RSU milik Departemen diluar Departemen Kesehatan (termasuk Milik Badan Usaha Milik Negara seperti Pertamina)
2. Rumah Sakit Umum (RSU) milik swasta, yang meliputi :
  - a. RSU milik Yayasan
  - b. RSU milik Perseroan
  - c. RSU milik Penanam Modal (Didalam Negeri dan di Luar Negeri)
  - d. RSU milik badan hukum lain.

#### **2.4.2. Kebijakan Otonomi dalam Manajemen Rumah Sakit**

Chawla dkk (1996) menyatakan bahwa definisi otonomi rumah sakit berada pada dua dimensi, yaitu: (1) seberapa jauh sentralisasi pengambilan keputusan; dan (2) jangkauan keputusan untuk menentukan kebijakan dan pelaksanaan program oleh rumah sakit. Pada konteks rumah sakit swasta, otonomi rumah

sakit diartikan sebagai seberapa jauh direksi rumah sakit dapat melakukan keputusan manajemen, misalnya menentukan anggaran. Di rumah sakit pemerintah derajat otonomi dapat diukur, misalnya dari indikator mengenai proses rekrutmen dokter. Jika rumah sakit pemerintah tidak mempunyai wewenang untuk menerima dokter, rumah sakit tersebut tidak otonom dalam manajemen sumber daya manusia. Perlu dipahami bahwa semakin besar level tingkatan otonomi sebuah rumah sakit pemerintah tidak berarti mengarah kepada privatisasi, selama tidak ada pemindahan kepemilikan ke pihak masyarakat.

Chawla dkk (1996) dalam buku Laksono, 2006 memberikan sebuah model konseptual dalam bentuk matriks seperti pada tabel dibawah ini digambarkan bahwa ada sebuah kontinum (pada sumbu mendatar) yang terdapat sentralisasi penuh dengan otonomi rendah menuju desentralisasi penuh dengan otonomi tinggi. Pada kolom, terdapat perbedaan otonomi pada tingkat makro yaitu pada sistem kesehatan nasional dan pada tingkat mikro di rumah sakit. Terdapat lima *domain* dalam otonomi rumah sakit yaitu : (1) manajemen strategis yang memiliki fungsi penetapan visi dan misi, penetapan tujuan umum secara luas, pengelolaan aset rumah sakit, dan pertanggungjawaban kebijakan rumah sakit; (2) administrasi untuk mengelola manajemen sehari – hari, isalnya pengaturan jadwal, alokasi ruangan, sistem informasi manajemen; (3) aspek pembelian yang mencakup obat, peralatan rumah sakit, dsan barang habis pakai; (4) manajemen keuangan yang mencakup anggaran, akuntansi, dan alokasi sumber daya keuangan, perencanaan anggaran, akuntansi, dan alokasi sumber – sumber daya; (5) aspek manajemen SDM yang meliputi kewenangan untuk mengangkat dan memberhentikan sumber daya manusia, menciptakan pos jabatan baru, menentukan peraturan kepegawaian, kontrak dan gaji.

Fungsi Manajemen & Kebijakan	Tingkat otonomi <span style="float: right;">- - - - - ▶</span>		
	Sentralisasi penuh dgn otonomi rendah	Otonomi sebagian	Desentralisasi penuh dengan otonomi tinggi
Manajemen strategik	Semua keputusan diambil oleh pemilik  Kontrol langsung oleh pemilik misal pemerintah, kementerian BUMN, atau lembaga swasta	Keputusan diambil secara bersama oleh pemilik dan manajemen RS  Diatur oleh dewan pengelola yang ditunjuk oleh pemilik, dan diarahkan oleh pemilik, tetapi bukan menjadi bawahan pemilik	Keputusan diambil seluruhnya oleh manajemen RS  Dewan pengelola yang dibentuk secara independen, membuat keputusan secara independen
Administrasi	Manajemen langsung oleh pemilik, yang juga menetapkan peraturan untuk manajemen RS	Kekuasaan terbatas yang didesentralisasikan ke manajemen RS; pemilik masih memiliki pengaruh atas keputusan manajemen	Manajemen independen yang beroperasi dibawah arahan dewan pengelola, dengan memiliki kewenangan pengambilan keputusan independen secara bermakna
Pembelian	Pembelian dilakukan secara terpusat, dimana pemilik menentukan jumlah dan total pengeluaran	Kombinasi antara pembelian yang disentralisasi dan didesentralisasi	Pembelian secara keseluruhan dikontrol oleh manajemen RS
Manajemen Keuangan	Didanai penuh oleh pemilik; pemilik memiliki kontrol atas keuangan	Pemilik mensubsidi dan mendanai melalui sumber – sumber lain. Ada pengaruh dari pemilik tetapi secara umum berada di bawah control Dewan pengelola	Otonomi penuh secara keuangan. Tidak ada subsidi dari pemilik; Pengelolaan dana secara keseluruhan dibawah kontrol dewan; manajer memiliki kapasitas pengambilan keputusan independen yang signifikan
Manajemen SDM	Staf ditunjuk oleh pemilik; sepenuhnya berada dibawah kontrol peraturan pemilik	Staf dipekerjakan oleh dewan pengelola, dan bekerja dibawah peraturan dewan pengelola, tetapi juga harus mentaati peraturan pemilik	Staf dipekerjakan oleh dewan pengelola; semua kondisi dan peraturan ditetapkan oleh dewan; manajer memiliki kapasitas pengambilan keputusan yang signifikan

Gambar 2.2. Kebijakan Otonomi Rumah Sakit

Beberapa teori terkait dengan manajemen dan kepemimpinan dalam organisasi rumah sakit :

Menurut Senge, 2000 bahwa arti kepemimpinan adalah : *Sharpen personal mastery* (menajamkan kemampuan personal); *Inspire shared visions* (menginspirasi terciptanya visi bersama) ; *Align people, resources and practices* (Mengarahkan orang, sumber daya dan latihan); *Learn to listen, listen to learn* (Belajar untuk mendengar, mendengar untuk belajar); *Nurture values and systems thinking* (Mengedepankan nilai dan berpikir sistem)

Menurut Subanegara (2003) dinyatakan bahwa budaya organisasi adalah bagaimana menanggung bersama, menghargai asumsi – asumsi yang tersirat dalam kelompok, serta bagaimana cara pandang, berfikir dan bereaksi terhadap perubahan lingkungan bervariasi. Dasarnya adalah nilai dan keyakinan yang berperan dalam membentuk etika dan perilaku anggota organisasi.

Menurut David (2001) bahwa manajemen strategis dapat membantu organisasi berespon terhadap kebijakan pemerintah dan usaha perencanaan lain, meliputi formulasi strategi, implementasi strategi dan evaluasi strategi.

Menurut Aditama (2004, 2005) dinyatakan bahwa pelaksanaan clinical governance tidak lepas dari tiga dasar yaitu : berfokus utama pada kesehatan pasien, tindakan yang dilakukan selalu sesuai dengan bukti ilmiah sah, sejalan dengan tugas para profesional kesehatan di RS. Gabungan antara sehatnya organisasi rumah sakit yang bekerja sesuai dengan prinsip good corporate governance dengan pemberian pelayanan kesehatan sesuai kaidah clinical governance akan menjadikan rumah sakit kita sebagai rumah sakit ideal.

### 2.6.3. Perubahan Bentuk Badan Hukum Rumah Sakit

Bentuk status hukum RS pemerintah akhir-akhir ini sedang mendapat sorotan dan perbincangan banyak pihak, baik akademis maupun birokrat, bahkan sampai masyarakat umum sekalipun. RS merupakan pelayanan publik yang harus terus-menerus ditingkatkan pelayanannya sampai menuju pelayanan prima, yaitu pelayanan yang *customer oriented* dan *customer focus* (Susilawati, 2004).

Menurut kutipan Waturandang (2005) paradigma administrasi pemerintah yang lama, diuraikan perbedaannya oleh Robert (2002) yang meliputi : kontrol departemen pusat yang kuat, koordinasi semua program, monopoli kewenangan dan pembuatan kebijakan yang merangkap pelaksana lapangan. Inggris merupakan negara awal gerakan *New Public Management (NPM)* bidang kesehatan dengan merubah seluruh RS pemerintah menjadi korporasi yang independen sehingga menjadi efisien.

Korporasi RS pemerintah telah menyebar keseluruh dunia dalam 20 tahun terakhir termasuk Ghana, Rusia dan ASEAN (Malaysia, Singapura, Filipina, Thailand), lalu menurut Preker dan Harding (2003) yang juga dikutip Waturandang (2005) secara lengkap mereview reformasi RS sebagai dampak gerakan NPM.

Perubahan kelembagaan RS pemerintah (RSP) telah berlangsung sejak lama, baik karena perubahan yang direncanakan RSP sendiri maupun sebagai dampak peraturan perundangan yang ada. Pola perubahan kelembagaan RSUP dan RSUD mempunyai pola yang berbeda. Faktor utama yang menjadi penyebab perubahan kelembagaan ini ialah sistem politik dan ekonomi di Indonesia, sehingga terjadi perubahan yang mendasar dalam tatanan administrasi pemerintahan, yang juga berdampak pada kelembagaan RSP.

Salah satu penyebab perubahan kelembagaan yang lain, adalah desentralisasi pemerintahan dari pusat ke daerah sebagai dampak UU No.22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah selain itu juga dampak gerakan Reformasi Pelayanan Kesehatan (*Healthcare Reform*) yang terjadi didunia, yang juga berdampak di Indonesia. Pengaruh gerakan NPM yang mencoba menggunakan prinsip efisiensi dan efektivitas dari sektor swasta ke dalam institusi pemerintah, juga merupakan salahsatu penyebab timbulnya perubahan ini (Rijadi, 2005).

Perubahan kelembagaan atau bentuk badan hukum RS memberikan kewenangan mengelola sumber daya manusia, barang/ sarana termasuk persediaan, keuangan dan operasional yang merupakan upaya nyata kemandirian RSP dalam memberikan pelayanan yang prima kepada masyarakat, sehingga dapat meningkatkan daya saing, efisiensi, kinerja serta memiliki keunggulan kompetitif (Waturandang, 2005).

Perubahan kelembagaan RS tampak dalam suatu spektum skala dari 4 jenis kelembagaan RS yaitu :

1. RS Subsidi merupakan birokrasi pemerintah
2. RS otonom mempunyai kebebasan mengelola bidang tertentu (keuangan)
3. RS Korporasi yaitu asetnya milik pemerintah namun manajemen dikelola sebagai organisasi bisnis.
4. RS Privatisasi yang telah menjadi PT. Tbk dengan menjual saham kepada publik.

Menurut Waturandang 2005, determinan perubahan kelembagaan RS Pemerintah terdiri dari lima faktor yaitu meliputi :

1. Pemberian kewenangan dalam membuat keputusan (subsidi /otonomi sendiri)

2. Alur pendapatan dan sisa hasil usaha ( ke kas Negara/ RS pemerintah sendiri)
3. Tingkat keterpaparan pada pasar ( dari anggaran pemerintah/ dari masyarakat)
4. Mekanisme akuntabilitas ( pemerintah atau kontrak kerja yang di buat RS tersebut)
5. Fungsi sosial ( tidak dianggarkan menjadi spesifik dan dianggarkan)

Sehubungan dengan perubahan paradigma yang dihadapi RS sebagai yayasan perlu mendirikan badan usaha yang pada dasarnya akan dibebani tugas dan pengelolaan badan usaha Yayasan RS untuk menyusun strateginya untuk orientasi bisnis dan atau perusahaan. Karena fokus pasar global adalah pada pelanggan (*“customer”*), maka perlu juga dipertimbangkan penawaran jasa pelayanan kesehatan yang mempunyai “nilai jual” tinggi dalam kompetisi pemasaran jasa pelayanan kesehatan RS sebagai yayasan (Koeswadji, 2002).

Adapun kemungkinan pertama RS yayasan nonprofit berubah bentuk menjadi PT, kebijakan tersebut akan memiliki tiga manfaat yaitu pertama, RS dapat terhindar dari bentuk “Yayasan” yang tidak jelas sistem manajemen dan indikatornya. Manfaat kedua, struktur *corporate governance* dengan mudah dapat dipergunakan. Dengan menggunakan konsep *corporate governance* yang benar, diharapkan sistem manajemen dapat lebih baik indikator yang jelas disepakati yaitu keuntungan. Manfaat ketiga, dengan menggunakan sistem manajemen yang lebih baik dan menggunakan indikator kinerja yang jelas, rumah sakit dapat menjadi lebih efisien (Trisnantoro, 2005).

Menurut Koeswadji (2002) yang mengutip pendapat Soetedjo (1997) perubahan-perubahan yang diakibatkan oleh globalisasi jasa pelayanan kesehatan membawa perubahan-perubahan, baik dalam perencanaan maupun



organisasi di bidang kesehatan, yaitu yang semula berdasarkan perencanaan pelayanan kesehatan menjadi perencanaan strategi seperti perusahaan.

Dari tabel berikut ini dapat disimak perbedaan perubahan paradigm perencanaan organisasi bidang kesehatan tersebut :

Perencanaan pelayanan kesehatan	Perencanaan strategi perusahaan
a. Orientasi pada kesehatan masyarakat	a. Orientasi pada bisnis
b. Fokus pada kebutuhan wilayah	b. Fokus pada permintaan pasar ("demand")
c. Trend pelayanan kesehatan pada penyakit atau kematian	c. Trend ditentukan oleh segmen pasar
d. Fokus pada pengembangan program pelayanan kesehatan	d. Fokus pada manajemen produksi yang berupa jasa
e. Fokus pada pelayanan kesehatan pada kelompok masyarakat	e. Fokus pada pelanggan ("customer")

Tabel. 2.2. Perubahan Perencanaan Dalam Pelayanan Kesehatan dan Perencanaan Perusahaan

*Sumber : Soetedjo, dalam "Profil Dokter di era Globalisasi", makalah dalam forum seminar Dunia Kedokteran di Era Globalisasi, IDI Wilayah Jawa Tengah, Semarang, 12 Oktober 1997, hal 5-6.*

Menurut Thabrany (2005) bentuk organisasi atau badan hukum suatu organisasi dan rencana operasionalnya harus sesuai dengan visi dan misinya. Kalau tidak sesuai, kita tidak bisa mencapai keadaan tersebut, alias kesasar. Mengambil bentuk badan hukum PT untuk RSUD jelas melanggar UU dan tidak sesuai dengan visi – misi. Sebab PT menurut UU merupakan vehicle atau kendaraan untuk urusan ekonomi-ekonomi atau bisnis yang didalam UUD diatur dalam pasal 33 tentang perekonomian Negara. Sedangkan RS sebagai bagian fasilitas diatur dalam pasal 34 UUD 1945. Jelas mengambil bentuk PT merupakan

kebijakan yang tidak sesuai atau tidak seialur antara bentuk operasional dengan visi misinya.

Struktur organisasi termasuk ke dalam bentuk operasional RS. Menurut Soejitno dkk. (2002) dalam RS, unit yang menghasilkan pelayanan adalah instalasi. Sebagai unit penghasil pelayanan, maka instalasi di RS merupakan ujung tombak produksi dan operasional di RS. Oleh karena itu, jabatan kepala instalasi merupakan jabatan manajerial yang strategis karena merupakan manajer dari apa yang seharusnya menjadi unit bisnis yang strategis. Namun, pimpinan RS yang strategis berdasarkan struktur organisasi saat ini, adalah mulai dari kepala bagian dan kepala bidang ke atas, sedangkan kepala instalasi hanya merupakan unsur fungsional saja.

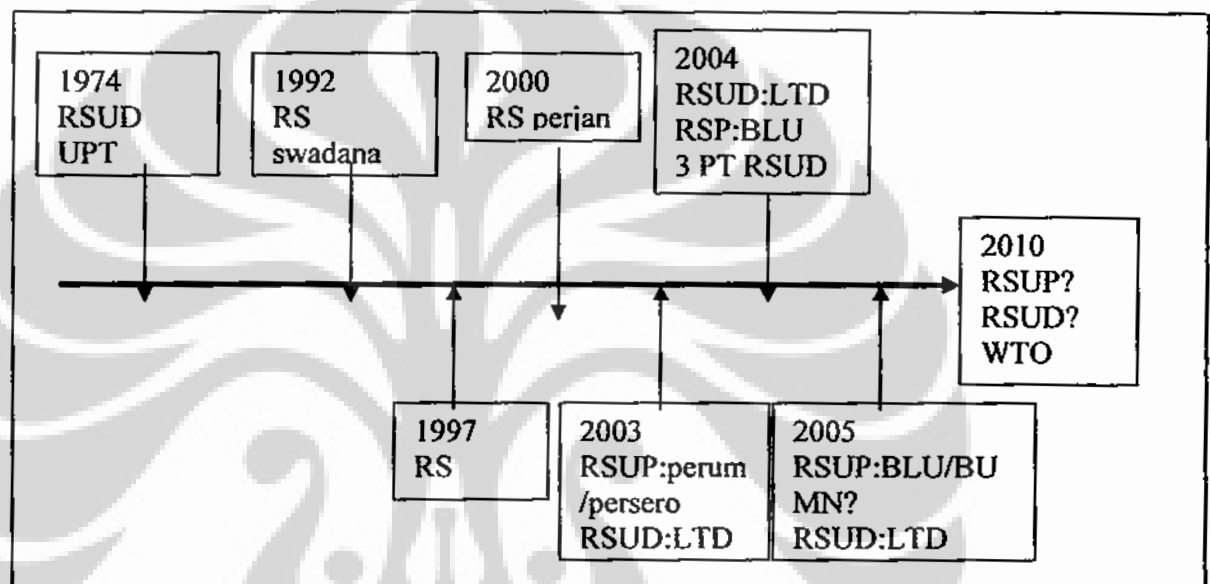
Struktur organisasi RS saat ini merupakan struktur organisasi bertingkat dengan banyak struktur, tetapi miskin fungsi. Penataan kembali struktur organisasi pemerintah harus dilakukan struktur organisasi baru yang akan disusun harus merupakan suatu system yang adictif yang kaya akan fungsi dan miskin struktur agar mampu menanggapi dengan baik perubahan lingkungan yang sangat cepat.

Sedangkan Robbins (2002) menjelaskan struktur organisasi merupakan alat untuk membantu manajemen dalam mencapai tujuannya. Karena tujuan tersebut berasal dari strategi keseluruhan organisasi, adalah masuk akal ketika strategi dan struktur saling terkait. Lebih spesifik, struktur harus mengikuti strategi organisasi, struktur harus dimodifikasi untuk memuat dan mendukung perubahan ini.

Dari apa yang diuraikan tersebut dapat disimpulkan bahwa pada saatnya nanti (yaitu pada 2020) pelayanan kesehatan di RS di era global mau tidak mau harus menggunakan/menerapkan strategi yang mengacu pada badan usaha. Ini berarti bahwa strategi RS dalam menghadapi era globalisasi selain harus meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan kesehatan melalui peningkatan daya saing

sumber daya manusia secara individual, juga meningkatkan daya saing manajemen RS sebagai organisasi (Koeswadji, 2002).

Rangkuman perjalanan kelembagaan RS pemerintah Indonesia sejak 1974 s/d 2004 tergambar pada skematik gambar.



Gambar 2.3. Perjalanan Kelembagaan RS Pemerintah, 1974 – 2004

*Sumber : Rijadi dalam Pola Transformasi Rumah Sakit Umum Daerah : Perubahan Bentuk Kelembagaan atau Pengelolaan Keuangan, Jurnal MARSIS Vol.5 No.4 Januari 2005*

Dari gambar 2.3. dapat dilihat bahwa sejak sebelum tahun 1974, dan dari 1974–1992 maka kelembagaan RS Pemerintah adalah Unit Pelaksana Teknis atau aparatur Pemda/Depkes dan dikelola sebagai kantor.

Tahun 1992 penting karena RS pemerintah menjadi RS swadana sehingga belajar mengelola keuangannya sendiri, sedangkan RS swasta diijinkan beroperasi pertama kalinya berdasarkan SK Menkes. Artinya, kelembagaan RS diakui sebagai suatu badan usaha dan bukan kantor.

Tahun 1997 RSUP Swadana dirubah menjadi RS PNBP, keuangan yang biasa dikelola, kembali harus disetorkan ke Kas Negara, kembali menjadi kantor. Tahun 2000 menjadi revolusi kelembagaan RS Pemerintah dengan berubahnya 13 RSUP menjadi RS PERJAN. Departemen Kesehatan memelopori korporatisasi RS Pemerintah di Indonesia. RSUD berjuang agar bisa menjadi BUMD dan lahir Keppres No. 20 tahun 2001 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit Daerah, yang memungkinkan kelembagaan RSUD bervariasi dari LTD sampai BUMD.

Tahun 2003 terjadi paradoks kelembagaan RS Pemerintah ketika RSUP oleh UU BUMN di dorong menjadi RS PERUM atau PERSERO, sedangkan RSUD dikembalikan ke LTD. Bentuk LTD ini diperkuat oleh UU 32/ 2004.

Tahun 2004 terjadi korporatisasi RSUD DKI Jakarta dengan berubahnya 3 RSUD DKI menjadi PT RS. Barangkali untuk 5 tahun kedepan bila tidak ada perubahan pada UU 32/ 2004, maka hanya 3 PT RSUD DKI Jakarta inilah satu-satunya kelembagaan RSUD yang berbentuk perseroan. Pelajaran yang akan ditarik pengelolaan PT RSUD akan menjadi studi kasus yang menarik pada manajemen perumhaskitan di Indonesia

#### **2.4.3. Privatisasi kesehatan dan Rumah Sakit**

Lembaga layanan kesehatan milik pemerintah khususnya sedang mengalami transformasi dari entitas bujeter (*budgetary organization*) menjadi entitas korporat (*corporatized organization*), melalui bentuk otonomisasi. Otonomisasi mengandaikan bahwa setidaknya manajemen sehari-hari ditangani para manajer rumah sakit sendiri dan mulai memperhatikan kinerja keuangan sehingga lebih hemat dalam perhitungan biaya dan dapat menghasilkan pemasukan. Otonomisasi secara bertahap mengarahkan rumah sakit menjadi entitas korporat dengan segala perhitungan dalam hal efisiensi dan efektivitas. Berbeda dengan

status sebagai entitas bujeter, sebagai entitas korporat, para manajer memiliki kendali penuh atas rumah sakit layaknya di sektor bisnis. Rumah sakit yang beroperasi sebagai badan korporat berwenang penuh atas kinerja keuangannya sendiri, menikmati keuntungan yang dihasilkannya, dan menutupi sendiri kerugiannya.

Restrukturisasi seperti ini bertujuan meningkatkan efisiensi dan efektivitas layanan. Tetapi konsekuensinya adalah pemberlakuan tarif penuh (*cost recovery*) oleh pihak penyelenggara layanan tanpa memperhatikan daya bayar masyarakat. Argumen yang sama melandasi keterlibatan swasta dalam sektor rumah sakit, yang dapat terjadi dalam berbagai bentuk. Keterlibatan swasta dalam bentuknya yang paling ekstrem adalah privatisasi rumah sakit, pengalihan aset dan kepemilikan dari sektor publik ke sektor swasta. Privatisasi di masa depan sangat mungkin tidak terhindarkan karena berkaitan langsung dengan penguasaan pasar –dan ini menyangkut beberapa hal mendasar berikut ini.

Menurut April Harding dan Alexander S. Preker (2000), lembaga kesehatan yang secara total berada di bawah kendali birokrasi publik dapat dikategorikan entitas budgeter. Dalam organisasi jenis ini, hirarki birokrasi pemerintah menentukan segala hal, termasuk masalah kepegawaian dan manajemen sehari-hari, sehingga direktur rumah sakit tidak jarang hanya menjalankan fungsi administrasi semata. Sementara pengeluarannya tergantung pada alokasi dana dari pemerintah, keuntungannya disetorkan kepada pemerintah dan kerugiannya ditutupi oleh pemerintah. Entitas *budgeter* lebih menitikberatkan sisi sosial daripada komersial.

Pertama, pembiayaan. Seperti sudah tertulis dalam RUU Kesehatan, pembiayaan kesehatan di Indonesia akan menggunakan sistem asuransi. Masyarakat membayar premi asuransi setiap bulan kepada perusahaan asuransi,

yang kemudian membayar biaya kesehatan peserta asuransi. Pemerintah sendiri sedang mengembangkan JPKM yang merupakan adaptasi dari model Pemeliharaan Kesehatan Terkelola (*Managed Health Care/MHC*). Namun JPKM belum berhasil. Salah satu sebabnya adalah kebijakan asuransi di Indonesia yang cenderung ke arah sistem bebas dan lemahnya penegakan hukum. Sistem asuransi seperti ini dapat menyebabkan biaya kesehatan yang tidak terkendali sangat mungkin berujung pada inefisiensi layanan kesehatan yang parah. Sistem pembiayaan dengan prinsip asuransi pun cenderung memberi peluang kepada sektor swasta/komersial karena sampai sekarang perusahaan asuransi milik pemerintah/publik belum menunjukkan kinerja yang memuaskan.

Kedua, tenaga kesehatan (dokter). Liberalisasi sektor kesehatan dalam hal tertentu mempengaruhi perilaku para dokter. Korporatisasi rumah sakit pemerintah dan keberadaan rumah sakit swasta akan menjadi akan mendorong para dokter untuk bersaing untuk bekerja pada rumah sakit atau klinik yang menawarkan remunerasi tertinggi. Ketimpangan distribusi tenaga dokter sangat mungkin terjadi. Dalam hubungannya dengan industri farmasi, para dokter dengan mudah tergoda dengan *detailing* dari pemasaran industri farmasi. Para dokter sebetulnya adalah ujung tombak pemasaran obat dari industri farmasi.

Ketiga, industri farmasi. Industri farmasi adalah salah satu sektor pendukung terpenting dalam bidang kesehatan. Ketersediaan obat dan harga yang terjangkau ikut menentukan kondisi kesehatan masyarakat. Namun pemberlakuan hak paten yang melindungi monopoli perdagangan dan penentuan harga obat adalah ancaman bagi sebagian besar rakyat ekonomi lemah. Desentralisasi kesehatan pada dasarnya adalah proses yang mengintegrasikan sektor kesehatan Indonesia ke dalam ekonomi global. Proses ini mengurangi peran negara sebagai penyelenggara layanan kesehatan sambil menjalankan liberalisasi. Pemerintah mengarahkan pengelolaan sektor

kesehatan untuk memperhitungkan *demand* dan *supply* demi efisiensi dan efektivitas, dan memberikan peran yang lebih besar kepada pihak swasta. Kebijakan ini bukannya tidak memiliki risiko. Dalam banyak sektor penyertaan sektor swasta terbukti efektif, tetapi tidak demikian halnya dalam sektor layanan mendasar, khususnya kesehatan, di mana kesamaan akses adalah persoalan yang tidak dapat diabaikan. Dan, pasar seringkali gagal dalam hal ini.

## **2.5. DKI Jakarta**

### **2.5.1. Profil DKI Jakarta**

Jakarta merupakan Ibukota Republik Indonesia. Merupakan pusat kegiatan sosial dan budaya dengan berbagai sarana di bidang pendidikan, budaya, olah raga, dan kesehatan. Jakarta merupakan gerbang utama Indonesia. Letaknya yang strategis di Kepulauan Indonesia, menyediakan layanan angkutan darat, udara, dan laut terbaik di Indonesia. (Jakarta dalam Angka, 2007)

Secara Administratif, DKI Jakarta terdiri dari 5 (lima) kotamadya dan 1 (satu) kabupaten administratif, yang berkedudukan sebagai daerah swatantra tingkat dua, di bawah pengawasan kantor Gubernur. Lima kotamadya tersebut adalah Jakarta Utara, Jakarta Timur, Jakarta Barat, Jakarta Selatan, dan Jakarta Pusat, sedangkan 1 kabupaten administratif adalah Kabupaten Kepulauan Seribu. DKI Jakarta terdiri dari 43 kecamatan dan 265 kelurahan. (Jakarta dalam Angka, 2007)

Salah satu yang menjadi motor penggerak perekonomian DKI Jakarta adalah sektor perdagangan dan jasa. Sektor itu memberikan kontribusi terhadap perekonomian Provinsi DKI Jakarta tetapi juga mampu menyerap tenaga kerja yang relatif lebih besar. Provinsi DKI Jakarta juga memiliki pertanian yang cukup baik. Produk pertanian dari palawija, sayuran, anggrek, dan tanaman obat.

Produksi ini pada umumnya merupakan hasil pemanfaatan lahan tidur dan lahan pekarangan. Perkembangan industri di Jakarta relatif maju pesat, baik industri besar, sedang, kecil, dan rumah tangga yang meliputi semua jenis industri, seperti industri makanan, minuman dan tembakau, industri tekstil, pakaian jadi dan kulit, industri kayu, kertas, percetakan dan penerbitan, industri kimia dan barang-barang dari kimia, industri bahan galian bukan logam, industri logam, mesin dan peralatan lain, serta berbagai jenis industri rumah tangga dan kerajinan. Selain itu, industri jasa, seperti properti, perbankan, asuransi, dan telekomunikasi juga berkembang. (Profil Jakarta, Dinas Pariwisata, 2006)

Secara umum jumlah penduduk DKI Jakarta terus meningkat sepanjang tahun 1980 – 2006. Pada tahun 1980 jumlah penduduk DKI Jakarta mencapai 6,5 juta jiwa, tahun 1990 meningkat pesat menjadi 8, 26 juta jiwa. Pertumbuhan penduduk pada periode ini cukup tinggi yaitu mencapai 2,4 persen per tahun. Setelah itu pertumbuhan penduduk pada periode 2001 – 2006 melambat hanya mencapai 1,23 persen per tahun, sehingga jumlah penduduk pada tahun 2006 menjadi 8,961 juta jiwa. (Indikator Kesejahteraan Rakyat, 2006)

Pada bidang pemerintahan, pada saat pendudukan Jepang, yakni semenjak 8 Agustus 1942, kota Jakarta diubah namanya dari Jayakarta menjadi Djakarta Toku-Betsu Shi. Kemudian sejak September 1945, pemerintah kota Jakarta berganti menjadi Pemerintah Nasional Kota Djakarta, dan pemerintahan dipegang oleh seorang Walikota sampai akhir tahun 1960. (Jakarta dalam Angka, 2007)

Sesuai dengan Undang-Undang No. 5 tahun 1974, tentang pokok-pokok pemerintahan di Daerah, ditetapkan Jakarta sebagai Ibukota Negara RI yang merupakan salah satu dari 26 Daerah Otonomi Tingkat I ( provinsi ) di Indonesia.



Pejabat Walikota dan Gubernur terdahulu yang pernah memegang tampuk pemerintahan daerah sebagai berikut :

1. Mr.Suwiryo, Walikota ( 1945-1951 )
2. Sjamsuridjal, Walikota ( 1951-1953 )
3. Sudiro, Walikota ( 1953-1960 )
4. Dr.Sumarno, Mayjen TNI AD ( purn ), Gubernur ( 1960-1965 )
5. Henk Ngantung, Gubernur ( 1965-1966 )
6. H. Ali Sadikin, Letjen TNI AL ( Marinir Purn ), Gubernur ( 1966-1977 )
7. H.Tjokropranolo, Letjen TNI AD ( Purn ),Gubernur ( 1977-1982 )
8. R.Soeparto, Mayjen TNI AD ( Purn ), Gubernur ( 1982-1987 )
9. Wiyogo Atmodarminto, Letjen TNI AD, Gubernur ( 1987-1992 )
10. H. Surjadi Soedirdja, Mayjen TNI AD, Gubernur ( 1992-1997 )
11. Sutiyoso, Letjen AD ( Purn ), Gubernur ( 1997- 2004 )

(Jakarta dalam Angka, 2007)

Di bidang Politik, dari hasil Pemilu 2005 yang lalu, dalam hal penggalangan suara, kinerja istimewa ditunjukkan oleh Partai Keadilan Sejahtera (PKS) dan Partai Demokrat sebab kedua partai tersebut sebagai pemain baru mampu mengalahkan partai besar seniornya. (Jakarta dalam Angka, 2007)

Sebanyak 75 Anggota Dewan DPRD DKI Jakarta telah selesai dilantik. Enam partai besar yang berhasil memperoleh kursi tercatat Partai Keadilan Sejahtera (PKS), Partai Demokrat, PDI-Perjuangan, Partai Golongan Karya (GOLKAR), Partai Persatuan Pembangunan (PPP), Partai Amanat Nasional (PAN) serta Partai-partai lainnya, masing-masing memperoleh 18 kursi; 16 kursi; 11 kursi; 7 kursi; 6 kursi dan 8 kursi. (Jakarta dalam Angka, 2007)

Komposisi Anggota DPRD DKI Jakarta, menurut jenis kelamin, masih menunjukkan dominasi laki-laki ( sekitar 85% ). Sesuai dengan kondisi nasional, proporsi anggota DPRD yang beragama Islam mencapai 80 persen. Dari tingkat

pendidikannya, kualitas anggota dewan sudah sangat memadai karena hanya sekitar 22 persen saja yang berpendidikan SMA. Adapun komposisi anggota dewan menurut usia tampak lebih seimbang antara anggota yang kurang dari 45 tahun dengan yang lebih senior. (Jakarta dalam Angka, 2007)

Berbagai permasalahan yang disampaikan masyarakat kepada DPRD DKI Jakarta terjadi penurunan dibanding masa bakti sebelumnya, dari 31 kasus menjadi 21 kasus pada periode 2006. Kasus terbanyak berupa permasalahan pertanahan dan tempat tinggal sebanyak 6 kasus serta pedagang kaki lima sebanyak 5 kasus dan masalah tenaga kerja sebanyak 4 kasus. (Jakarta dalam Angka, 2007)

### **2.5.2. Status Kesehatan DKI Jakarta**

Menurut indikator kesehjateraan rakyat DKI Jakarta, 2007 bahwa indikator kesehatan dapat dilihat dari angka kematian bayi (AKB) di DKI Jakarta yang terus mengalami penurunan dari tahun 1980 – 2006. Pada tahun 1980 AKB DKI Jakarta menunjukkan dari setiap 1000 kelahiran sekitar 82 bayi meninggal. Pada tahun 2006, AKB DKI Jakarta mencapai 13,7 bayi yang meninggal per 1000 kelahiran. (Indikator Kesehjateraan Rakyat, 2006)

Tenaga Kesehatan yang terdiri dari dokter umum tercatat sebesar 1.382 orang, dokter spesialis 4.617 orang dan dokter gigi 864 orang. Pada tahun 2006 tercatat 332.033 penderita berbagai jenis penyakit. Urutan teratas jenis penyakit yang banyak diderita penduduk adalah penyakit gastro enteritis yang mencapai 74,43 persen atau 184.028 orang, disusul TBC, dan demam berdarah masing-masing 36.867 orang ( 14,95% ), dan 24.932 orang ( 10,08% ). (Jakarta dalam Angka, 2007).

### 2.5.3. Rumah Sakit di DKI Jakarta

Banyaknya rumah sakit di DKI Jakarta tahun 2006 berjumlah 122 buah dengan rincian rumah sakit umum sebanyak 73 buah dan 49 rumah sakit khusus. Dari jumlah rumah sakit tersebut sebanyak 94 buah dikelola oleh pihak swasta sedangkan rumah sakit pemerintah termasuk TNI/Polri sebanyak 28 buah. Jumlah tempat tidur yang tersedia secara keseluruhan mencapai 16.569 tempat tidur. (Jakarta dalam Angka, 2007, Indikator Kesejahteraan Rakyat, 2006; PERSI, 2006)

No	Fasilitas kesehatan	2002	2003	2004	2005	2006
1	Rumah Sakit	101	113	107	109	122
2	Tempat tidur	15.577	15.632	15.273	15.687	16.289

Tabel.2.3 Jumlah Fasilitas Kesehatan, 2002-2006

Kotamadya	UMUM		Khusus		Jumlah	
	R.S	T.tidur	R.S	T.tidur	R.S	T.tidur
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Jakarta Selatan	16	2.348	16	706	32	3.054
Jakarta Timur	19	3.273	7	494	26	3.767
Jakarta Pusat	15	4.323	15	618	30	4.941
Jakarta Barat	10	1.506	8	1.064	18	2.570
Jakarta Utara	13	1.723	3	234	16	1.957
<b>Jumlah</b>	<b>73</b>	<b>13.173</b>	<b>49</b>	<b>3.116</b>	<b>122</b>	<b>16.289</b>
2005	71	13.014	38	2.673	109	15.687
2004	71	12.726	36	2.547	107	15.273
2003	75	12.984	38	2.648	113	15.632
2002	69	12.895	32	2.622	101	15.517

Tabel.2.4. Jumlah Rumah Sakit dan Tempat Tidur Menurut Kotamadya dan Jenis Rumah Sakit, 2006

Kotamadya	Pemerintah		TNI/Polri		Swasta		Jumlah	
	R.S	T.Tidur	R.S	T.Tidur	R.S	T.Tidur	R.S	T.Tidur
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	
Jakarta Selatan	3	1.058	2	132	27	1.864	32	3.054
Jakarta Timur	5	1.240	4	582	17	1.945	26	3.767
Jakarta Pusat	3	1.151	3	1.005	24	2.785	30	4.941
Jakarta Barat	6	1.534	-	-	12	1.036	18	2.570
Jakarta Utara	2	412	-	-	14	1.545	16	1.957
<b>Jumlah</b>	<b>19</b>	<b>5.395</b>	<b>9</b>	<b>1.719</b>	<b>94</b>	<b>9.175</b>	<b>122</b>	<b>16.289</b>
2005	20	5.251	9	1.697	80	8.739	109	15.687
2004	20	4.945	9	1.697	78	8.631	107	15.273
2003	19	5.068	8	1.514	86	9.050	113	15.635
2002	19	5.823	8	1.807	74	7.887	101	15.510

Tabel .2.5. Jumlah Rumah Sakit dan Tempat Tidur yang Tersedia Menurut Kotamadya dan Status Rumah Sakit, 2006.

Menurut data tabel diatas, terdapat 19 rumah sakit pemerintah dan 9 rumah sakit angkatan di DKI Jakarta, beberapa diantaranya adalah milik pemerintah daerah DKI Jakarta, diantaranya :

1. RSUD Tarakan Jl. Kyai Caringin No.7
2. RSUD Pasar Rebo Jl. Raya Condet No.30

3. RSUD Budhi Asih Jl. Dewi Sartika-Cawang III/200
4. RS Duren Sawit (Penanganan Kejiwaan dan Rehabilitasi Pengguna Narkoba)  
Jl. Duren Sawit Baru No.2
5. RSUD Koja Jl. Deli No.4
6. RSUD Cengkareng Jl. Raya Kamal, Cengkareng
7. RS Fatmawati
8. RSKO Fatmawati
9. RS Haji Jakarta

(Jakarta dalam Angka, 2007, Indikator Kesejahteraan Rakyat, 2006; PERSI, 2006)

	Penghasilan RT	Tabung an	Menjual / barang harta	Meminjam/ menggadai kan barang	Bantuan dari anggota RT/ teman diluar RT	Klaim asuransi / kantor/ perusah aan	JPKM / kartu sehat/ surat miski n dan sehat
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
DKI Jakarta	85.05	28.89	2.70	4.18	9.65	11.99	3.75

Tabel 2.6. Sumber pembiayaan kesehatan rumah tangga

## BAB 3 GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT

### 3.1. Rumah Sakit Pasar Rebo

#### 3.1.1 Latar Belakang dan Sejarah

Perubahan yang mendasar dari perkembangan kesehatan di Indonesia mendorong persaingan semakin tajam dan membuka kesempatan investor asing untuk berinvestasi pada sektor ini dan meramaikan kancah persaingan di Indonesia.

Namun pada akhirnya kesadaran mulai timbul dari berbagai pihak, baik pemerintah maupun para pakar di Indonesia. Bahwa tidak bisa lagi suatu institusi pelayanan Publik milik pemerintah dikelola secara birokratis. Karena pada institusi pemerintah tersebut terjadi transaksi yang tidak mau harus dikelola dengan menggunakan prinsip-prinsip bisnis yang sehat.

Bertitik tolak dari pemahaman bahwa institusi pemerintah adalah status *Trusty Business* maka perangkat bisnis haruslah dimiliki. Karena itu Pemerintah Daerah menerapkan Pola Penerapan Keuangan Badan Layanan Umum dengan harapan seluruh institusi pelayanan Publik tersebut memiliki perencanaan bisnis yang memadai.

Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo dalam perjalanannya mengalami berbagai perubahan. Berdasarkan Perda No.15 Tahun 2004 Rumah Sakit berubah menjadi Badan Hukum Perseroan Terbatas (PT) dan kemudian tahun 2006 berubah lagi menjadi PPK-BLUD sesuai dengan SK Gubernur No.2492007 tanggal 2 Januari 2007 tentang penetapan RSUD Pasar Rebo DKI Jakarta, yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) secara penuh.

### 3.1.2. Sejarah Perkembangan Rumah Sakit Pasar Rebo

Dalam perkembangannya RSUD Pasar Rebo mengalami beberapa kali transformasi sebelum akhirnya menjadi Rumah Sakit yang mengalami Perubahan Bentuk Badan Hukum seperti sekarang ini.

Berikut ini adalah bentuk transformasi yang dialami oleh RSUD Pasar Rebo dari cikal bakal rumah sakit sejak tahun 1945 sampai dengan tahun 2008

TAHUN	TRANSFORMASI
1945	POS P3K, di Bidara Cina – Cawang
1957	RS Karantina (Lokasi Sekarang)
1964	RS Tuberculosis Paru
1987	RSU Kelas C (SK MENkes no.303, 1987)
1992-1996	RS unit Swadana Daerah
1997	Gedung Baru Berlantai Delatan
1998	RSU Kelas B non Pendidikan, RS terakreditasi
2004	Perubahan Badan Hukum (PT) Perda 15 Tahun 2004
2006	UPT DINKES (PPKBLUD) KEP. GUB 249/2007
	BLUD Januari 2008
2008	Sertifikat ISO 9002 : 2000

**Tabel 3.1. Transformasi RSUD Pasar Rebo**

### 3.1.3. Visi dan Misi

#### A. Visi

Visi merupakan sesuatu yang diinginkan rumah sakit di masa yang akan datang. Visi yang efektif adalah visi yang dapat memunculkan inspirasi

dimaan hal itu dihubungkan dengan keinginan rumah sakit untuk mencapai sesuatu yang terbaik. Visi RSUD Pasar Rebo adalah "*Menjadi Rumah Sakit yang terbaik dalam memberikan pelayanan prima kepada semua lapisan masyarakat*",

## **B. Misi**

Misi adalah upaya yang dilakukan rumah sakit untuk mencapai visi dan tujuan jangka panjang. Ketetapan misi rumah sakit sangat penting karena merupakan acuan kerja rumah sakit. Adapun misi RSUD Pasar Rebo adalah "*Melayani semua lapisan masyarakat, yang membutuhkan layanan kesehatan individu yang bermutu dan terjangkau*". Misi ini menggambarkan bahwa RSUD Pasar Rebo melayani semua kebutuhan pasien dengan harga yang terjangkau untuk semua lapisan masyarakat disertai kualitas pelayanan yang baik

## **C. Kebijakan Mutu Rumah Sakit**

Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu oleh SDM profesional dan meningkatkan pelayanan secara bertahap yang didukung oleh sistem manajemen mutu bagi seluruh lapisan masyarakat.

## **D. Sasaran Mutu**

- a. Meningkatkan jumlah kunjungan 6,8% dari tahun 2007
- b. Menurunkan jumlah keluhan pelanggan 50% dari tahun 2007
- c. Indeks kepuasan pelanggan : 3 dari skala 4

## **E. Strategi Mutu**

- a. Optimalisasi Fasilitas



- b. Penambahan Model Produk (NICU, Haemodialisa)
- c. Pengembangan Sarana dan Prasarana menuju pelayanan terrier (Bedah Toraks, Endokrinologi, Bedah Plastik & Kosmetik)
- d. Menyiapkan dan Mengembangkan SDM menuju pelayanan tersier tahun 2011

### 3.1.4. Gambaran Umum Rumah Sakit Pasar Rebo

#### A. Lokasi RSUD Pasar Rebo

Lokasi Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo di Jl. Letjen TB Simatupang No. 30, Condet, Pasar Rebo, Jakarta Timur 8400109 ; 8401127 Fax : 8411159

#### B. Sarana, Prasarana, dan Fasilitas RSUD Pasar Rebo

Luas tanah	: 13.000 M <sup>2</sup>
Luas bangunan	: 18.000 M <sup>2</sup>
Luas lahan parkir	: 4.000 M <sup>2</sup>
Daya listrik	: 1.200 kva
Generator	: 750 kva
Mesin Boiler (steam)	: 2 tungku
Pengolahan limbah	: IPAL & Insenerator
Sumber Air	: PAM & sumur dalam
Sarana Komunikasi	: Telp Central dengan ± 100 pswt, 20 line telp sistem hunting

#### C. Ketenagaan RSUD Pasar Rebo

##### 1. Status Kepegawaian

- PNS : 221 orang

- Non PNS : 487 orang
- Total : 708 orang

## 2. Diferensiasi tenaga

Medis : 74 orang

- Dokter Umum : 20 orang
- Dokter Gigi : 4 orang
- Dokter Spesialis : 78 orang
- Apoteker : 3 orang
- MARS/S2 : 2 orang
- MM : 2 orang

Perawat : 319 orang

Paramedis Non Keperawatan : 74 orang

Non Medis : 241 orang

MARS/S2 : 2 orang

Mkes : 1 orang

SD s/d S1 : 238 orang

## 3.2. Rumah Sakit Duren Sawit

### 3.2.1. Latar Belakang

Sejak diresmikannya Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit Pemerintah Propinsi DKI Jakarta oleh Gubernur Propinsi DKI Jakarta pada tanggal 19 Juni 2002, maka telah ditetapkan Visi dan Misi rumah sakit sebagai pedoman untuk mencapai tujuan dan sasaran rumah sakit.

Untuk mencapai tujuan dan sasaran tersebut, maka ditetapkan kebijakan mutu rumah sakit yaitu menyediakan pelayanan kesehatan yang memperhatikan aspek Medik-Psiko-Sosial secara holistik, manusiawi dan berorientasi pada kepuasan pelanggan dengan terus menerus meningkatkan mutu pelayanan, mempunyai sasaran mutu yang terukur dan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Dalam rangka peningkatan pelayanan, baik fungsional maupun manajemen, maka perlu adanya informasi tentang kinerja layanan dan manajemen yang akurat, tepat waktu dan lengkap sebagai bahan dalam proses pengambilan keputusan untuk pengelolaan serta menyediakan informasi untuk perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi program dan meningkatkan kewaspadaan disemua tingkat administrasi. Untuk itu perlu disusun laporan kinerja tahunan RS Duren Sawit Pemerintah Propinsi DKI Jakarta.

### **3.2.2. Jenis, Visi, Misi dan Tujuan**

#### **A. Jenis dan Kelas Rumah Sakit**

RS Duren Sawit ditetapkan sebagai Rumah Sakit Jiwa Kelas B sesuai dengan SK Menteri Kesehatan Nomor 237/MenKes-Kesos/SK/III/2001.

#### **B. Visi :**

Menjadi pusat pelayanan kesehatan jiwa dan narkoba secara holistik yang terpercaya dalam meningkatkan kualitas hidup masyarakat tahun 2013 menuju Jakarta nyaman dan sejahtera.

#### **C. Misi :**

1. Memberikan pelayanan kesehatan jiwa, narkoba dan komorbiditas dengan pendekatan mediko psikososial secara holistik.

2. Menerapkan tata kelola RSKD secara profesional dan berkualitas yang bisa disajajarkan dengan RSKD Jiwa terbaik di Asia Pasifik.
3. Menjadi *center of excellence* dalam pengembangan human capital.
4. Memberdayakan masyarakat dalam meningkatkan kesehatan jiwa dan narkoba serta memberikan pelayanan prioritas kepada masyarakat kurang mampu.
5. Meningkatkan nilai bagi stakeholder dan kerjasama stakeholder secara berkesinambungan.
6. Memberikan kontribusi nyata terhadap peningkatan kualitas sarana dan prasarana kota dengan menerapkan prinsip-prinsip kesehatan lingkungan secara menyeluruh

#### **D. Tujuan :**

1. Menyediakan Rumah Sakit untuk gangguan kesehatan jiwa dan ketergantungan NAPZA bagi masyarakat DKI Jakarta, dengan memperhatikan fungsi sosial bagi masyarakat tidak mampu dan golongan ekonomi lemah sehingga berkontribusi terhadap meningkatnya kualitas hidup masyarakat pada tahun 2013 sesuai dengan visi Prmprov. DKI Jakarta untuk mewujudkan Jakarta nyaman dan sejahtera untuk semua.
2. Menggenapkan misi berdirinya Rumah Sakit Khusus Jiwa dan Narkoba Duren Sawit dengan memberikan pelayanan kesehatan jiwa, narkoba dan komorbiditas dengan pendekatan holistik yang meliputi pendekatan mediko, psiko dan sosial kepada masyarakat Jakarta khususnya dan masyarakat wilayah lainnya
3. Mengembangkan manajemen profesional berkualitas sesuai standar mutu terbaik yang digunakan di Asia Pasifik sehingga bisa menjamin penyediaan layanan prima bagi masyarakat

4. Menjadi rumah sakit dengan kualitas SDM yang unggul sehingga menapaki taraf pusat implementasi human capital terbaik yang senantiasa menjadi acuan bagi rumah sakit-rumah sakit lain
5. Membina dan menyertakan masyarakat dalam meingkatkan taraf kesehatan jiwa dan narkoba serta memberikan prioritas pelayanan kepada masyarakat kurang mampu
6. Meningkatkan peran penting Rumah Sakit Khusus Jiwa dan Narkoba Duren Sawit sebagai andalan Pemprov DKI Jakarta dalam meningkatkan kesehatan jiwa dan napza masyarakat DKI Jakarta dan masyarakat lainnya
7. Berperan secara aktif dalam meningkatkan sarana dan prasarana kota dengan mengembangkan fasilitas rumah sakit secara unggul dan berkesinambungan sejalan dengan prinsip-prinsip kesehatan lingkungan secara menyeluruh.

### **3.2.3. Status Rumah Sakit**

Status RS Duren Sawit Pemerintah Propinsi DKI Jakarta, sesuai dengan SK Gubernur Propinsi DKI Jakarta Nomor 105 Tahun 2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja RS Duren Sawit Dinas Kesehatan Pemerintah Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Pemerintah Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.

Tahun 2003 dengan SK Gubernur Propinsi DKI Jakarta Nomor 17 tanggal 17 Maret 2003, status RS Duren Sawit ditetapkan sebagai uji coba Unit Swadana Daerah, dimana RSKD Duren Sawit diberi wewenang untuk dapat menggunakan penerimaan fungsionalnya secara langsung.

Dan pada tahun 2007 RS Khusus Daerah Duren Sawit ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah RSKD Duren Sawit secara penuh melalui SK Gubernur Nomor 2091 tanggal 28 Desember 2006.

#### 3.2.4. Data Fisik

RSKD Duren Sawit berdiri diatas lahan seluas 8.127 m<sup>2</sup> terdiri dari tiga bangunan utama dimana dua gedung terdiri dari 4 lantai dan satu gedung terdiri dari 2 lantai dengan total luas bangunan 9.522 m<sup>2</sup>. Untuk mendukung kegiatan operasional, RSKD Duren Sawit memiliki sumber daya listrik PLN, sedangkan sumber air bersih diperoleh dari air sumur dalam dan PAM.

Sarana komunikasi yang dimiliki antara lain telepon, mesin fax dan *sound system*.

## BAB 4 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

### 4.1. Kerangka Teori

Berikut kerangka-kerangka teori dalam analisis kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta:

Pembiayaan kesehatan pada dasarnya adalah mobilisasi sumber dana, mengalokasikan dana dan menggunakan dana untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan program kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Thabrani, Gani, *District Health Account*). Sumber pembiayaan kesehatan secara garis besar berasal dari pemerintah, dan swasta (masyarakat). Berdasarkan data negara – negara ASEAN pada tahun 2001, perbandingan kontribusi biaya kesehatan yang dikeluarkan masyarakat dengan pemerintah adalah 74,9 % dari masyarakat, sebesar 25,1 % dari pemerintah terhadap total biaya kesehatan. Dari komposisi pembiayaan kesehatan, terlihat jelas bahwa kontribusi masyarakat jauh lebih besar daripada yang dikontribusikan pemerintah (Profil Kesehatan Indonesia, 2006).

Dimana pembiayaan kesehatan dikeluarkan untuk tindakan preventif, promotif dan kuratif. Untuk tindakan kuratif sebagian besar dana berada di Rumah Sakit sebagai provider pelayanan kesehatan, yaitu hampir 80 % pembiayaan kesehatan masyarakat ada di Rumah Sakit, dengan tujuan mengemban amanah meningkatkan kesehatan masyarakat. Oleh karena itu diperlukan kebijakan yang tepat dalam menangani masalah tersebut (Thabrany, 2005).

Menurut Walt (2005) kebijakan adalah pernyataan luas dari tujuan, objektif, dan dalam arti menciptakan *framework* dari aktivitas. Kebijakan kesehatan

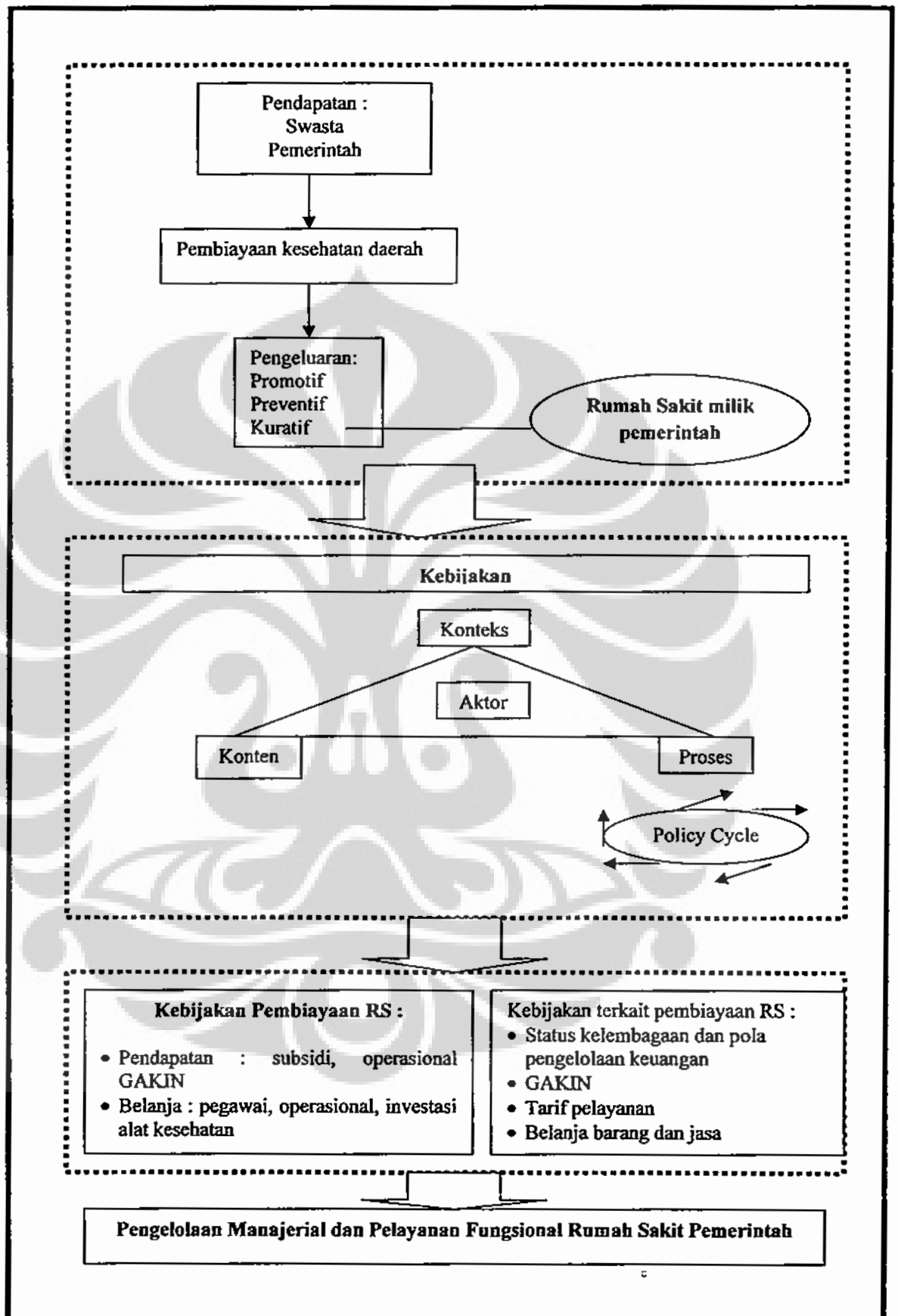
adalah sinonim dengan politik dan pernyataan eksplisit dari siapa yang mempengaruhi pembuatan kebijakan, bagaimana mengelola pengaruh tersebut, dan dalam kondisi yang seperti apa. Dalam menganalisis atau membuat sebuah kebijakan diperlukan *framework* seperti yang diungkapkan dalam *triangle* kebijakan kesehatan yang meliputi aktor, konteks, konten dan proses (Walt dan Gilson, 1994).

Sedangkan dalam proses pembuatan kebijakan tersebut terdapat salah satu model rasional yaitu *policy cycle* (Howlett M, and Ramesh M, 2003). Tahapannya meliputi penentuan agenda (*agenda settings*), formulasi pilihan, pengambilan keputusan, implementasi kebijakan, evaluasi kebijakan, dan adaptasi kebijakan.

Penentuan kebijakan di bidang kesehatan merupakan sebuah sistem yang tidak lepas dari keadaan sekitar yaitu faktor ideologi, politik, sosial, budaya dan pertahanan keamanan sebuah negara. Komponen, proses, alokasi, sumber daya, aktor dan kekuasaan merupakan faktor yang berperan pada penetapan kebijakan sebagai sistem. Maka, kebijakan yang dihasilkan merupakan interaksi elit kunci dalam setiap detail proses pembuatan kebijakan termasuk tarik-menarik kepentingan antara aktor, interaksi kekuasaan, alokasi sumber daya dan *bargaining position* di antara elit yang terlibat (Ayuningtyas, 2008; Adisasmito, 2007).

Pada akhirnya kebijakan akan mempengaruhi berbagai kalangan baik dari kalangan fungsional manajemen rumah sakit, masyarakat sebagai penerima pelayanan rumah sakit, para pakar pembiayaan kesehatan, status kelembagaan rumah sakit serta para pemeran dalam lembaga swadaya masyarakat.



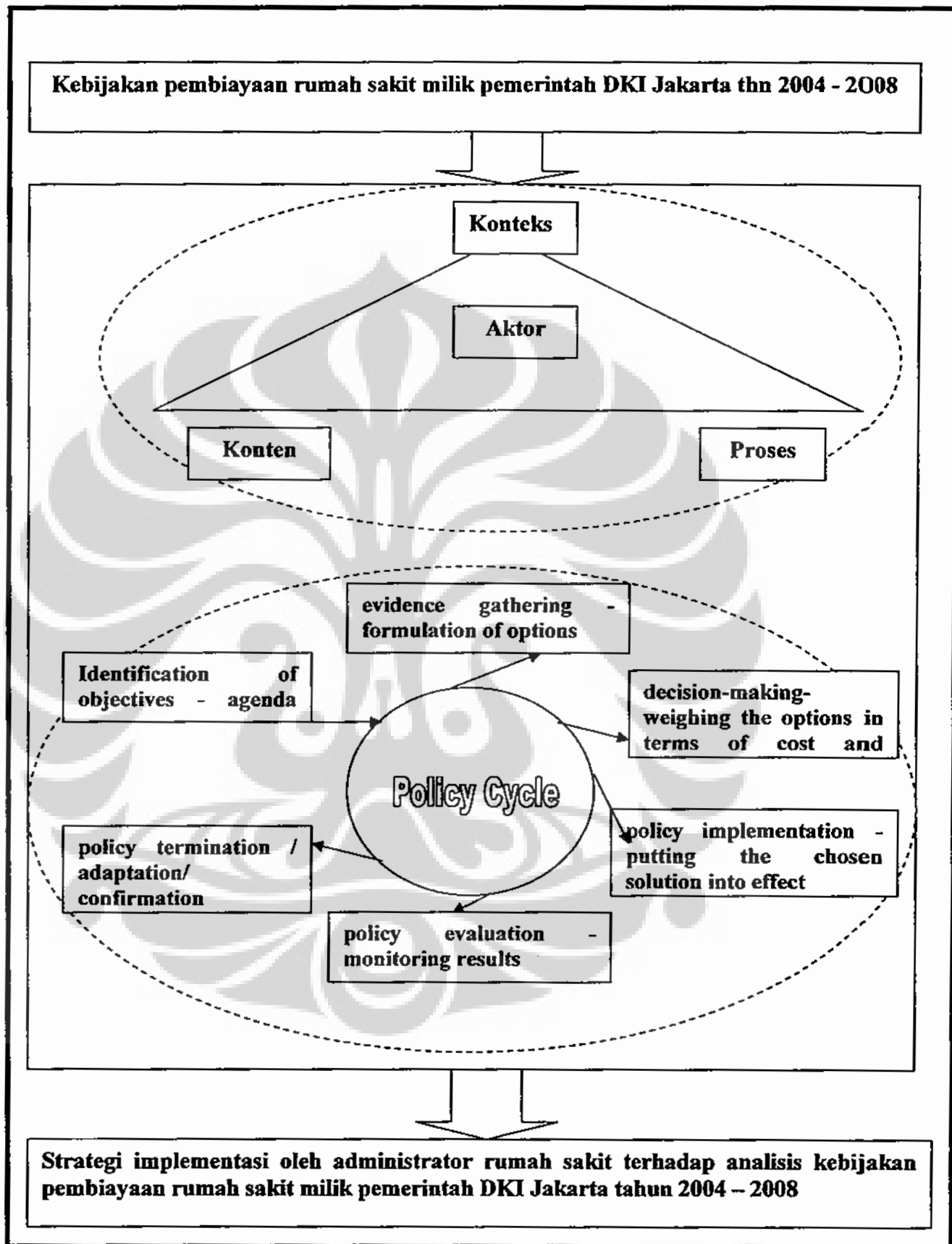


Gambar 4.1. Kerangka Teori

#### 4.2. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori yang telah dikemukakan di atas, maka penelitian analisis kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008 menggunakan kerangka konsep sebagai berikut :

Pada analisis ini menggunakan konsep *triangle* kebijakan kesehatan yaitu menganalisis melalui aktor, konteks, konten dan proses. Analisis ini menitikberatkan pada proses kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta. Proses yang dimaksud adalah menggunakan *policy cycle* yaitu penentuan agenda (*agenda settings*) yaitu identifikasi masalah, formulasi kebijakan (formulasi dan pengambilan keputusan), implementasi kebijakan, evaluasi kebijakan dan adaptasi kebijakan. Dari analisis ini diharapkan diketahuinya strategi implementasi oleh administrator rumah sakit terhadap analisis kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008.



#### 4.1. Definisi Operasional

Tabel 4.3. Definisi Operasional

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	CARA UKUR	ALAT UKUR	HASIL UKUR
Analisis kebijakan..., Sandra Olivia Kuswandani, FKM UH, 2009	Kebijakan	yaitu peraturan dan regulasi yang terkait dengan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008	telaah dokumen	arsip tertulis /dokumen	informasi berupa peraturan dan regulasi yang terkait dengan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008
	Garis besar kebijakan	yaitu gambaran kebijakan terangkum dari peraturan dan regulasi yang terkait dengan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008	telaah dokumen & wawancara mendalam	arsip tertulis/ dokumen & pedoman wawancara	informasi berupa gambaran garis besar kebijakan
	Aktor	yaitu individu, organisasi, negara ataupun tindakannya yang mempengaruhi kebijakan, maupun terlibat dalam proses kebijakan tersebut	telaah dokumen & wawancara mendalam	arsip tertulis/ dokumen & pedoman wawancara	informasi berupa siapa saja yang terlibat dalam proses kebijakan
4.	Konten	yaitu substansi kebijakan dari setiap detail	telaah	arsip tertulis/	informasi berupa kandungan

		<p>kandungannya, berupa:</p> <p><b>Besaran alokasi dana</b> : jumlah real uang atau dana yang diberikan sebagai pembiayaan khusus pelayanan (Rumah Sakit) kesehatan di DKI Jakarta tahun 2004 – 2008</p>	<p>dokumen &amp; wawancara mendalam</p>	<p>dokumen &amp; pedoman wawancara</p>	<p>atau isi dari kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 - 2008</p>
5.	Konteks	<p>yaitu faktor ideologi, politik, ekonomi, sosial, dan pertahanan keamanan yang mempengaruhi kebijakan</p>	<p>telaah dokumen &amp; wawancara mendalam</p>	<p>arsip tertulis/ dokumen &amp; pedoman wawancara</p>	<p>informasi berupa pandangan berbagai aspek terhadap kebijakan tersebut</p>
6.	Proses	<p>yaitu alur pembuatan kebijakan sesuai dengan tahapan <i>policy cycle</i>.</p> <p><b>Agenda settings (penentuan agenda)</b> : proses dalam <i>policy cycle</i> untuk mengidentifikasi masalah yang menjadi perhatian utama atau landasan dari sebuah kebijakan.</p> <p><b>Proses pengambilan keputusan</b>: penetapan kebijakan dilihat dari sudut indikator, terdiri dari:</p>	<p>wawancara mendalam</p>	<p>pedoman wawancara</p>	<p>informasi berupa proses pembuatan kebijakan sesuai dengan tahapan dalam <i>policy cycle</i></p>

			<p><b>Kesesuaian</b> : apakah cara ini cukup beraturan untuk memecahkan masalah ini?</p> <p><b>Efektivitas</b> : apakah kebijakan ini dapat menyelesaikan masalah ?</p> <p><b>Efisiensi</b> : apakah kebijakan ini sudah mempertimbangkan masalah biaya efektif ?</p> <p><b>Ekuitas</b> : apakah kebijakan ini adil dan merata ?</p> <p><b>Workability</b> : apakah kebijakan mudah dan mengakar, serta dapat diimplementasikan ?</p>		
			<p><b>Pengaruh atau dampak</b> : ada tidaknya serta penjelasan pengelolaan dana yang diberikan pada manajemen dan pelayanan Rumah Sakit terkait kebijakan pembiayaan khusus pelayanan (Rumah Sakit) kesehatan di DKI Jakarta tahun 2004 – 2008</p>		
			<p><b>Evaluasi kebijakan</b> : informasi mengenai nilai atau kegunaan dari konsekuensi pemecahan masalah kebijakan</p>		
			<p><b>Adaptasi kebijakan</b> : hasil evaluasi dari</p>		



## **BAB 5 METODE PENELITIAN**

### **5.1. Desain Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan maksud menggali lebih dalam mengenai permasalahan kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008. Rancangan penelitian yang dipakai adalah penelitian kualitatif verikatif, dengan menggunakan teknik analisis aktor, konten, konteks dan proses yaitu upaya pendekatan induktif terhadap proses penelitian, dimana lebih banyak mengonstruksi format penelitian dan strategi memperoleh data di lapangan yang terus berubah dan dengan variabel yang akan terus berkembang sampai tidak ditemukan lagi informasi baru. Penelitian kualitatif dilakukan dengan wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen.

### **5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari sampai dengan Mei 2009 di beberapa institusi/ pejabat Propinsi DKI Jakarta yang terlibat dalam penerapan kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 - 2008.

### **5.3 Tahapan Penelitian**

Penelitian akan dilakukan dengan tahapan sebagai berikut :

1. Merumuskan masalah penelitian dan menentukan tujuan
2. Menentukan konsep dan hipotesis serta eksplorasi pustaka
3. Pengambilan sampel



4. Pembuatan alat pendukung penelitian misal kuisioner
5. Pengumpulan data (*field working*)

#### Tahap 1

Telaah dokumen/arsip tertulis baik yang diperoleh dari institusi terkait ataupun dokumen dari sumber lain yang berhubungan dengan kebijakan dan aturan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008. Hal tersebut dilakukan sebagai langkah awal guna menganalisa kebijakan apa yang terkait serta pihak (*stakeholder*) mana saja yang terlibat.

#### Tahap 2

Wawancara mendalam selanjutnya dilakukan, guna menggali lebih dalam dan membahas lebih lanjut variabel-variabel yang akan diteliti dengan informan yang dipilih.

6. *Editing data*
7. Analisis data dan pelaporan

### 5.4. Informan Penelitian

#### 5.4.1 Syarat Penetapan Informan

Informan tidak dipilih secara acak (*probability sampling*) namun secara *purposive*, sehingga harus sesuai dengan prinsip yang berlaku, sebagai berikut :

##### 1. Kesesuaian (*appropriateness*)

Informan dipilih berdasarkan pengetahuan yang dimiliki yang berkaitan dengan topik penelitian, yaitu :

- Terlibat dalam proses pembuatan kebijakan pembiayaan kesehatan baik secara individu, grup maupun organisasi.

- Memahami proses pembuatan kebijakan dari tahap pembuatan kebijakan (penentuan agenda, formulasi pilihan, pengambilan keputusan, implementasi kebijakan, evaluasi kebijakan, dan adaptasi kebijakan).

## 2. Kecukupan (*adequacy*)

Informan bervariasi dari segi umur, pendidikan, dan jabatan sehingga diharapkan informasi yang dikumpulkan akan bervariasi sehingga mampu menarik adanya garis besar kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008. Data yang diperoleh dari informan seharusnya dapat menggambarkan seluruh fenomena yang berkaitan dengan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008.

### 5.4.2 Informan Wawancara Mendalam

Dalam melakukan wawancara mendalam ditentukan informan sesuai dengan syarat penetapannya sebagaimana berikut :

No.	Informan	Target informasi
1.	Anggota DPRD DKI Jakarta	Informasi mengenai proses pembuatan kebijakan sesuai tahapan <i>policy cycle</i> (penentuan agenda, formulasi pilihan, pengambilan keputusan, implementasi, evaluasi dan adaptasi kebijakan)
2.	Pemerintah DKI Jakarta (Bappeda)	
3.	Dinas Kesehatan	Informasi mengenai penerapan tahapan dalam kebijakan, implementasi, evaluasi, dan rekomendasi selanjutnya
4.	Para direktur rumah sakit pemerintah	Informasi mengenai penerapan manajemen rumah sakit sesuai kebijakan pembiayaan kesehatan yang diimplementasikan oleh pemerintah, evaluasi dan adaptasi dalam menerapkan kebijakan tersebut
5.	Pakar organisasi dan manajemen rumah sakit	Informasi mengenai status kelembagaan rumah sakit pemerintah yang tepat
6.	Pakar pembiayaan kesehatan	Informasi mengenai permasalahan pembiayaan kesehatan, dan tahapan ideal dalam penerapan pembuatan kebijakan sesuai <i>policy cycle</i>
7.	ARSADA	Informasi mengenai pandangan umum dari organisasi masyarakat mengenai kebijakan pembiayaan kesehatan, implementasi dan evaluasi.
8.	Masyarakat umum	Informasi mengenai pandangan umum dari masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan mengenai kebijakan pembiayaan kesehatan, implementasi dan evaluasi

### 5.5. Tehnik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menghimpun data primer dan data sekunder.

#### 1. Data Primer.

Pengumpulan data primer dilakukan dengan teknik wawancara mendalam (*in depth interview*) dengan menggunakan pedoman wawancara dan bantuan alat perekam.

Data primer yaitu berupa :

- a. Hasil wawancara mendalam dengan anggota DPRD DKI Jakarta
  - b. Hasil wawancara dengan Pemda (Bapeda) DKI Jakarta
  - c. Hasil wawancara dengan Dinas Kesehatan DKI Jakarta
  - d. Hasil wawancara dengan para pakar pembiayaan kesehatan
  - e. Hasil wawancara dengan para pakar organisasi dan manajemen rumah sakit
  - f. Hasil wawancara dengan para direktur rumah sakit pemerintah
  - g. Hasil wawancara dengan ARSADA
  - h. Hasil wawancara dengan masyarakat umum
2. Data Sekunder berasal dari berbagai dokumen dan arsip tertulis diantaranya :
- a. Dokumen profil dan gambaran umum pembiayaan kesehatan DKI Jakarta tahun 2004 – 2008
  - b. Dokumen profil dan gambaran umum pembiayaan rumah sakit DKI Jakarta tahun 2004 – 2008
  - c. Kebijakan peraturan dan regulasi yang terkait dengan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini, yang merupakan penelitian dengan pendekatan kualitatif, adalah peneliti sendiri dibantu dengan catatan dan bantuan alat perekam.

#### **5.6. Manajemen Data**

Dalam pengelolaan data yang dikumpulkan, penelitian menggunakan bantuan komputer. Data yang telah dikumpulkan baik dari alat perekam maupun dokumen kemudian dilakukan reduksi (*data reduction*) dengan membuat transkrip. Setelah itu, hasil dari reduksi data tersebut diorganisasikan ke dalam bentuk matriks (*data display*). (Bungin 2007)

Untuk menjamin keabsahan hasil penelitian, maka penelitian ini harus memenuhi standar kredibilitas dan transferabilitas, dengan kriteria berikut :

#### 1. Standar Kredibilitas

Standar kredibilitas identik dengan validasi internal dalam penelitian kuantitatif. Standar kredibilitas merupakan standar bahwa penelitian ini betul-betul dipercaya sesuai dengan fakta di lapangan. Upaya-upaya yang dilakukan :

- a. Melakukan triangulasi, yaitu triangulasi metode dengan melakukan triangulasi metode wawancara mendalam dan metode telaah dokumen, triangulasi sumber data dengan membandingkan antar informan, serta triangulasi pengumpul data dengan melibatkan peneliti lain.
- b. Melibatkan teman sejawat (yang tidak ikut dalam penelitian) untuk berdiskusi, memberikan masukan, bahkan kritik mulai awal kegiatan penelitian sampai tersusunnya hasil penelitian.
- c. Melakukan analisis atau kajian kasus negatif (jika ada) sebagai pembanding hasil penelitian.
- d. Melacak kesesuaian dan kelengkapan hasil analisis data.

#### 2. Standar Transferabilitas

Standar transferabilitas merupakan modifikasi dari validasi eksternal dalam penelitian kuantitatif. Penelitian ini dikatakan memiliki standar transferabilitas yang tinggi bila pembaca laporan penelitian ini memperoleh gambaran dan pemahaman yang jelas tentang konteks dan fokus penelitian. (Bungin 2007)

### 5.7. Analisis Data

Setelah semua data telah terkumpul dan diolah, maka tahap selanjutnya adalah analisis data. Teknik analisis yang dilakukan dalam penelitian ini dengan menggunakan teknik Analisis Isi (*Content Analysis*). Analisis ini dimulai

dengan menemukan simbol-simbol yang dipakai dalam komunikasi dari data yang telah berbentuk matriks sesuai dengan variabel yang diteliti, kemudian mengklasifikasikan sesuai dengan variabel dan kemudian dilakukan analisis. (Bungin 2007)



## **BAB 6**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **6.1. Gambaran Pelaksanaan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis dan mengetahui garis besar kebijakan pembiayaan rumah sakit milik Pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008. Penelitian ini merupakan kualitatif verikatif, dengan menggunakan teknik analisis aktor, konten, konteks dan proses serta kaitannya dengan aspek politik yaitu upaya pendekatan induktif terhadap proses penelitian, dimana lebih banyak mengonstruksi format penelitian dan strategi memperoleh data di lapangan yang terus berubah dan dengan variabel yang akan terus berkembang sampai tidak ditemukan lagi informasi baru.

Penelitian ini dilakukan dengan wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen. Pengumpulan data dilakukan dengan dua cara, yaitu data sekunder dengan mengumpulkan dokumen – dokumen terkait penelitian, arsip tertulis mengenai kebijakan berupa peraturan dan regulasi terkait pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta. Dan data primer yang dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan beberapa informan dari instansi terkait. Tahap selanjutnya adalah pengolahan data dan penyusunan hasil penelitian. Data yang telah dikumpulkan melalui alat perekam dibuat transkrip kemudian dilakukan pengkodean, dan dikelompokkan sesuai kelompok analisis.

Pada perencanaannya, penelitian ini akan dilakukan sejak bulan Januari sampai dengan Maret 2009. Dengan data primer dari wawancara mendalam dengan beberapa informan dari instansi terkait yaitu Badan Perencana Pembangunan Daerah (Bappeda) DKI Jakarta, Dinas Kesehatan DKI Jakarta, Dewan Perwakilan Rakyat Daerah DKI Jakarta, Rumah Sakit milik Pemerintah DKI Jakarta (RS. Tarakan, RS. Pasar Rebo, RS. Budhi Asih, RS. Khusus Duren Sawit, RS. Koja dan RS.

Cengkareng, RS. Haji), Asosiasi Rumah Sakit Daerah (ARSADA), pakar pembiayaan dan status kelembagaan rumah sakit, serta pasien rumah sakit pemerintah.

Pada pelaksanaannya, penelitian ini dilakukan sejak bulan Januari sampai dengan bulan Mei 2009. Data sekunder yaitu berupa peraturan dan regulasi terkait kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta telah selesai dikumpulkan pada bulan awal, sebagai bahan dasar untuk mengumpulkan informasi dan menggali informan pada wawancara mendalam. Tapi seiring perjalanan, ada beberapa peraturan dan regulasi terkait yang justru didapatkan dari informasi hasil wawancara mendalam dengan informan. Sedangkan untuk primer yaitu wawancara mendalam dengan beberapa informan dari instansi terkait, yaitu Badan Perencana Pembangunan Daerah (Bappeda) DKI Jakarta, Dinas Kesehatan DKI Jakarta, Dewan Perwakilan Rakyat Daerah DKI Jakarta, BLUD Rumah Sakit Khusus Duren Sawit, BLUD Rumah Sakit Umum Pasar Rebo, Asosiasi Rumah Sakit Daerah (ARSADA), Yayasan Pemberdayaan Konsumen Kesehatan Indonesia (YPKKI), pakar pembiayaan dan status kelembagaan rumah sakit, serta pasien rumah sakit pemerintah (pasien pengguna kartu Keluarga Miskin (GAKIN); pasien pengguna Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM); dan pasien umum).

Terdapat perubahan pelaksanaan dari perencanaan penelitian terutama mengenai data primer dari informan. Pertama, yaitu pada informan yang berasal dari rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta. Dari tujuh rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta yang dikirimkan surat izin penelitian, hanya dua rumah sakit yang memberikan respon positif. Dua rumah sakit tersebut adalah Rumah Sakit Pasar Rebo dan Rumah Sakit Khusus Duren Sawit. Hal ini dikarenakan tidak semua rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta bersedia untuk dilibatkan dalam penelitian ini; keterbatasan waktu dalam melakukan *follow – up* surat izin; sampai kepada adanya ketidaktepatan judul penelitian dengan permasalahan internal rumah sakit. Sehingga dua rumah sakit ini dinilai mampu mewakili pihak objek kebijakan, dengan asumsi bahwa dua rumah sakit ini memiliki perbedaan karakteristik yaitu RS. Pasar Rebo adalah rumah sakit



yang sudah memiliki kemandirian secara finansial, memiliki latar belakang pernah mengalami perubahan status kelembagaan menjadi perseroan terbatas (PT); sedangkan RS. Khusus Duren Sawit adalah rumah sakit baru berdiri dan belum memiliki kemandirian secara finansial, dan memiliki pelayanan yang sifatnya khusus. Perubahan juga terjadi dalam hal jenis data, pada awalnya rumah sakit hanya akan dilibatkan dalam hal pengumpulan data primer berupa wawancara, tetapi seiring berkembangnya data dan informasi di lapangan, maka rumah sakit melengkapi dengan data finansial realisasi anggaran keuangan.

Sedangkan perubahan lainnya terjadi pada sumber informan yaitu pasien rumah sakit milik pemerintah. Dikarenakan berkembangnya data di lapangan, dan adanya berbagai jenis pasien rumah sakit pemerintah, maka kami mebagi pasien menjadi pasien pengguna kartu Keluarga Miskin (GAKIN), pasien pengguna Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM), dan pasien umum.

Secara garis besar, dalam penelitian ini, peneliti menemui berbagai kendala, yaitu :

1. Sistem birokrasi administrasi di beberapa instansi yang sangat panjang dan kaku, sehingga membuat proses penelitian menjadi terhambat.
2. Dari tujuh rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta hanya dua rumah sakit yaitu rumah sakit Duren Sawit dan rumah sakit Pasar Rebo yang memberikan respon dan izin untuk dilakukan penelitian secara cepat, sedangkan rumah sakit lainnya tidak memberikan respon, terhambat dalam urusan birokrasi surat, dan lain hal.
3. Tidak semua informan yang direncanakan dapat ditemui dan diwawancarai sesuai jadwal, utamanya pimpinan tertinggi.

Pada hasil penelitian ini akan dipaparkan kebijakan yaitu peraturan dan regulasi, kebijakan terkait, gambaran kebijakan, aktor dalam kebijakan, konten kebijakan, konteks kebijakan, proses kebijakan, dan keterkaitan antara status kelembagaan dengan kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta

tahun 2004 – 2008, serta rekomendasi strategi implementasi untuk kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta di masa yang akan datang.

## **6.2. Hasil Penelitian**

### **6.2.1. Karakteristik informan**

Informan dalam penelitian ini terdiri dari 12 (dua belas) orang dari 8 (delapan) instansi yang berbeda dengan menggunakan metode wawancara mendalam. Lama wawancara bervariasi antara 15 - 120 menit dengan frekwensi wawancara 1 – 2 kali. Karakteristik informan meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, jabatan, dan lama bekerja. Umur informan bervariasi antara 27 - 60 tahun, 5 informan berjenis kelamin perempuan dan 7 informan berjenis kelamin laki – laki. Pendidikan terakhir informan bervariasi rata - rata S2 sebanyak 7 orang, S3 sebanyak 2 orang, D1 sebanyak 1 orang SMA / SMK sebanyak 2 orang . Informan memiliki keterlibatan langsung maupun tidak langsung dalam pembuatan kebijakan. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat dari tabel 6.1. berikut :

Tabel 6.1. Karakteristik informan

No	Kode	Informan (instansi)	Umur / Jenis kelamin	Jabatan	Pendidikan	Ketelibatan dalam pembuatan kebijakan
1.	A.1	Bappeda	44/ Laki - laki	Kabag. Kesejahteraan, kesehatan dan mental spiritual	S2, Ekonomi Pembangunan	Terlibat langsung
2.	A.2	Dinas kesehatan	42/ Perempuan	Kasie. Pembiayaan dan Penganggaran kesehatan	S2, Ekonomi Kesehatan	Terlibat langsung
3.	A.3	DPRD DKI Jakarta	41/ Laki - laki	2004 – 2007 : Ketua Komisi E 2007 : Ketua Komisi C 2008 : Wakil Ketua Umum	SMA	Terlibat langsung
4.	B.1	Rumah sakit Duren Sawit	60/ Perempuan	Mantan Direktur	S2, Magister Sains	Terlibat langsung
5.	B.2	Rumah Sakit Duren Sawit	42/ Perempuan	Kabag. Keuangan	S2, MARS	Terlibat langsung
6.	B.3	Rumah Sakit Pasarebo	Laki - laki	Mantan Direktur	S2, MARS	Terlibat langsung
7.	C.1	Pasien umum	36 /Perempuan	Pasien	D1, Sekretaris	Tidak Terlibat langsung
8.	C.2	Keluarga Pasien SKTM (Bayar 30 %)	28 /Laki - laki	Pasien	SMK	Tidak Terlibat langsung
9.	C.3	Keluarga Pasien GAKIN	60 /Perempuan	Pasien	SD	Tidak Terlibat langsung
10.	D.1	ARSADA	Laki - laki	Ketua Umum	S2, MARS	Tidak Terlibat langsung
11.	E.1	Pakar Kelembagaan RS	Laki - laki	Pakar	S3	Tidak Terlibat langsung
12.	E.2	Pakar Pembiayaan Kesehatan	Laki - laki	Pakar	S3	Tidak Terlibat langsung

### **6.2.2. Kebijakan Pembiayaan Rumah Sakit Milik Pemerintah DKI Jakarta Tahun 2004 – 2008**

Dari hasil telaah dokumen yang dilakukan dalam penelitian, didapatkan bahwa terdapat beberapa peraturan dan regulasi yang terkait dengan kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008. berikut adalah kebijakan tersebut :

1. Pasal 28 H UUD 1945 Amandemen tahun 2000 :...setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan.”
2. Amandemen UUD 1945 tanggal 11 Agustus 2002 di mana MPR telah mengamanatkan agar ” Negara mengembangkan jaminan sosial bagi seluruh rakyat.”
3. Pasal 34 ayat 2 UUD 1945 yang mengamanatkan agar sistem pendanaan kesehatan Indonesia di masa datang harus mencakup seluruh rakyat.
4. Kepmenkes no.131/MENKES/SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional, dimana salah satu subsistemnya diatur tentang pembiayaan kesehatan
5. Undang – Undang No.32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah
6. Undang – Undang No. 33 Tahun 2004 Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah
7. Undang – Undang No.40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
8. Undang – Undang Tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga kerja
9. Undang – Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan
10. Peraturan Pemerintah No. 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan badan Layanan Umum
11. Permendagri No. 59 Tahun 2007 tentang Perubahan Permendagri No. 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah
12. Permendagri No.13 tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah
13. Peraturan Daerah DKI Jakarta No.1 tahun 2006 tentang Retribusi Daerah

14. Peraturan Daerah DKI Jakarta No. 3 Tahun 1999 tentang Retribusi Daerah
15. KepMenKes No. 1141 Tahun 2003 tentang keluarga miskin (GAKIN)
16. SK Gubernur Tahun 2007 tentang keluarga miskin (GAKIN)
17. Peraturan Pemerintah No.6 Tahun 2000 tentang Perusahaan Jawatan
18. Peraturan Pemerintah No. 10 Tahun 1997 tentang Swadana
19. SK Gubernur Propinsi DKI Jakarta Nomor 17 tanggal 17 Maret 2003, status RS Duren Sawit ditetapkan sebagai uji coba Unit Swadana Daerah
20. Peraturan Pemerintah DKI Jakarta No. 13, 14, 15 Tahun 2004 tentang perubahan Status RSUD menjadi PT
21. Keputusan Mahkamah Agung No. 5 Tahun 2005 tentang Pembatalan RSUD Pasarebo dan Cengkareng menjadi PT
22. SK Gubernur Nomor 2091 tanggal 28 Desember 2006 tentang RS Khusus Daerah Duren Sawit ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah RS Duren Sawit secara penuh
23. SK Gubernur No. 249/2007 tanggal 2 Januari 2007 tentang penetapan RSUD PasarRebo DKI Jakarta, yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) secara penuh.
24. Peraturan Presiden No.85 Tahun 2006 tentang Perubahan Keenam atas Keppres No.8 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah
25. Undang – Undang No.22 tahun 1999 tentang hak anggota DPRD
26. Peraturan Daerah DKI Jakarta No. 4 Tahun 2006 tentang perhitungan APBD
27. Peraturan Daerah DKI Jakarta tentang APBD tahun 2006
28. Pedoman Pelaksanaan Progran JPKMM tahun 2005 yaitu dalam SK Menkes No.56/MENKES/SKI/2005 pada 12 Januari 2005 ; SK Menkes No. 1330/MENKES/SK/ix/ 2005 tanggal 8 September 2005; SK Menkes No.322/MENKES/SK/V/2006 tanggal 12 Mei 2006; dan SK Menkes No. 417/MENKES/SK/IV/2007 tanggal 10 April 2007
29. SK MENKES No. 1202/MENKES/SK/VIII/2005 tentang perubahan Sasaran Masyarakat Miskin

30. Peraturan Gubernur No. 29 tahun 2007 tentang pembagian operasional BLUD
31. Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin, Kurang Mampu dan Bencana di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2007

### 6.2.3. Gambaran Kebijakan Pembiayaan Rumah Sakit Pemerintah DKI Jakarta Tahun 2004 – 2008

Dari hasil telaah dokumen kebijakan berupa peraturan dan regulasi kebijakan pembiayaan rumah sakit pemerintah diatas dari hasil wawancara mendalam dengan beberapa narasumber maka gambaran kebijakan pembiayaan kesehatan dan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta sebagai berikut :

#### 1. Gambaran Umum

Secara umum, kebijakan pembiayaan kesehatan di Indonesia dan DKI Jakarta dinilai sudah baik dan mulai mengalami perubahan menuju sistem kesehatan daerah, walaupun anggaran kesehatan di DKI Jakarta masih 7 % dari anggaran. Seperti dinyatakan salah satu pernyataan informan berikut :

*"Kebijakan yang berupa regulasi pembiayaan kesehatan di DKI Jakarta sudah lebih baik, karena dari pemerintah sendiri mereka sudah memfokuskan kepada pendidikan dan kesehatan. Seperti baru-baru ini, pemerintah DKI sedang membuat Sistem Kesehatan Daerah (SISKESDA) setidaknya untuk biaya kesehatan itu minimal 15% dari anggaran daerah. Untuk di DKI sendiri, anggaran kesehatan masih sekitar 7%. Pemda DKI sangat konsen pada kesehatan dan pendidikan..."*  
(Kabag. Pembiayaan dan penganggaran kesehatan, Dinas Kesehatan DKI Jakarta)

Selain itu pada tahun 2004, terjadi perubahan status hukum rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta menjadi Perseroan Terbatas (PT) yang dibatalkan kembali pada tahun 2005. Pembiayaan daerah sudah sangat berpihak kepada kesehatan, dengan alokasi dana untuk dinas kesehatan dan rumah sakit milik

pemerintah DKI Jakarta sudah sesuai dengan apa yang diminta. Disertai dengan peningkatan dana GAKIN yang bertambah di tiap tahunnya. Kedepannya akan diatur mengenai jaminan kesehatan daerah (JAMKESDA) yang terdapat dalam sistem kesehatan daerah (SISKESDA). Sesuai dengan pernyataan narasumber dari anggota DPRD dan Bapeda DKI Jakarta berikut ini :

*"Pada tahun – tahun tersebut kita sudah berupaya memaksimalkan pembahasan tentang peraturan dan regulasi kaitan kebijakan pembiayaan kesehatan di DKI Jakarta. Awal 2004 ada upaya dari pemerintah mengubah badan hukum RS di DKI Jakarta menjadi badan hukum PT. Kemudian pada akhir 2004, awal 2005 ada perubahan kembali dari PT menuju BLUD, terjadi diskusi yang sangat panjang, ada ketidak sepahaman diantara para pihak. Kalau mengenai pembiayaan secara spesifik, DPRD DKI Jakarta sangat berpihak kepada Rumah Sakit dan dinas kesehatan dengan mengalokasikan dana sesuai dengan apa yang diminta oleh Rumah sakit dan dinas Kesehatan. Bahkan ditambahkan spesial untuk penanganan orang – orang tidak mampu dalam bentuk GAKIN, dimana setiap tahunnya ditambahkan 50 Miliar. Kedepannya akan dibuatkan SISKESDA didalamnya diatur tentang JAMKESDA."*

*(Anggota DPRD DKI Jakarta)*

*"Sudah cukup baik, hal ini dikarenakan :Dikeluarkannya program JPK GAKIN untuk warga DKI Jakarta, dengan anggaran yang meningkat dari tahun ke tahun"(Bapeda)*

Lain halnya dengan apa yang dijelaskan oleh para akademisi dan ARSADA, menurut mereka pembiayaan kesehatan dan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta masih memiliki sistem yang lemah dan belum tepat. Seperti yang dinyatakan sebagai berikut :

*"Basicnya tidak berdasarkan hitung-hitungan unit cost, hanya berdasarkan kajian kepentingan rakyat, jadi tidak begitu jelas, sehingga tarif yang keluar tidak jelas, begitu juga dengan subsidi. Harusnya dengan sistem Public Service Obligation sama seperti kereta api atau Trans jakarta." (Ketua ARSADA)*

*"Sangat kurang memadai, tidak sesuai dengan tugas tanggung jawab pemerintah yang mengakibatkan rakyat Indonesia menjadi bodoh dan miskin."*

*Itu dikarenakan pembiayaannya tidak memadai. Yang kedua, dana yang terbatas pun tidak dialokasikan secara efektif dan efisien yang memberikan hasil maksimum bagi peningkatan kesehatan rakyat maupun perlindungan kesehatan rakyat. Dan pembiayaan kesehatan merupakan kunci dari pembenahan sistem kesehatan. Jika pembiayaan sistem kesehatan dapat dikelola dengan baik, banyak masalah kesehatan yang dapat diselesaikan.”(Pakar pembiayaan kesehatan)*

## 2. Pembiayaan Rumah Sakit

Secara umum pembiayaan rumah sakit terdiri dari pendapatan dan belanja. Dimana pendapatan berasal dari operasional BLUD, dan subsidi pemerintah. Sedangkan belanja terdiri dari belanja rutin, operasional dan investasi. Berikut pernyataan yang menjelaskan hal tersebut :

*”Dalam pembiayaan Rumah Sakit terdapat pendapatan dan belanja. Dimana pendapatan bersumber dari pendapatan BLUD, dan subsidi. Sedangkan belanja terdiri dari belanja rutin, belanja operasional dan investasi. Uang belanja ada yang pakai subsidi, ada yang dari pendapatan BLUD.”(Mantan Direktur RS. PasarRebo)*

### a. Pendapatan atau Penerimaan Rumah Sakit

Menurut Permendagri No. 59 Tahun 2007 tentang Perubahan Permendagri No. 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah dan Permendagri No.13 tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah, maka pada Pasal 1 didapatkan pengertian pemerintah daerah, APBD, serta Satuan Kerja Perangkat Daerah dimana Rumah Sakit milik Pemerintah DKI Jakarta merupakan SKPD dari Pemerintah Daerah DKI Jakarta yang memiliki andil dalam APBD, dan harus menyusun pengajuan anggaran dalam kebijakan umum APBD dan rencana kerja dan anggaran SKPD untuk memperoleh alokasi dana dalam APBD. Sedangkan pada pasal 32 ayat 2, dari bagian tersebut didapatkan bahwa kesehatan merupakan klasifikasi belanja wajib, dan diprioritaskan dengan nomor urut kedua setelah pendidikan. Pada



pasal 36, 37 bahwa kelompok belanja terdiri dari belanja langsung dan tidak langsung. Dimana anggaran kelompok belanja langsung pada pasal 50 terdiri dari belanja pegawai, barang dan jasa serta belanja modal (investasi).

Sesuai dengan pernyataan narasumber bahwa penerimaan Rumah Sakit terdiri dari penerimaan yang berasal dari subsidi APBD dan penerimaan operasional dari pasien berdasarkan tarif yang diatur dalam Perda, termasuk didalamnya pasien yang berasal dari GAKIN, SKTM, ASKES, JAMSOSTEK, maupun pasien umum.

*"Harusnya pendapatan sama dengan belanja. Tapi karena di Rumah sakit pemerintah, jadi tidak sama. Disini ada tarif diatur dengan Perda, yang tidak sama dengan unit cost.*

*Misal tarif perda kelas III adalah 20.000, harusnya 100.000. Harusnya 80.000 dari subsidi. Tapi sekarang subsidi dalam bentuk gaji pegawai PNS, subsidi operasional (air, listrik, telpon), belanja farmasi, belanja cleaning service.*

*BLUD tarifnya dibawah unit cost makanya tetap butuh subsidi."*  
(Mantan Direktur RSUD Pasarebo)

*" Pasien datang ke rumah sakit ada pasien umum, GAKIN, SKTM, JAMSOSTEK, ASKES, jaminan perusahaan, pasien karyawan dan keluarga, masing – masing tarifnya berbeda sesuai kelasnya, tarif kelas III dari Perda, tarif kelas I,II,dan VIP diatur menurut SK Direktur."(mantan Direktur RSUD Pasarebo)*

Dinyatakan bahwa pembiayaan yang berasal dari GAKIN mengalami klaim yang panjang dan mengganggu operasional.

*" ...seperti GAKIN harus melalui klaim yang panjang, sehingga uang tertahan dan operasional terganggu" (ARSADA)*

#### b. Belanja Rumah Sakit

Belanja rumah sakit terdiri dari belanja rutin, operasional dan investasi. Pada Rumah Sakit Pasar Rebo belanja pegawai dan investasi alat kesehatan yang masih merupakan subsidi.

*" Belanja terdiri dari belanja rutin, operasional dan investasi. Belanja rutin salah satunya belanja pegawai yang bisa berasal dari BLUD, bisa subsidi, belanja lain juga. Tergantung kekuatan kita. Tapi kalau di Pasarebo subsidinya sedikit. Hanya berupa gaji pegawai dan investasi alat kesehatan. "*  
(Mantan direktur RS. Pasar Rebo)

Dalam hal ini belanja di Rumah Sakit sangat erat kaitannya dengan belanja barang dan jasa atau modal yang jumlah uangnya tidak sedikit, dan memerlukan aplikasi dari PP. No. 85 tahun 2006 dan Keppres No. 80.

*" ...Dalam belanja operasional, juga terdapat belanja barang dan jasa, dimana terdapat pengelolaan dan pengadaan barang dan jasa yang harus merujuk ke Keppres no.80, dimana barang dan jasa diatas 100 juta harus melalui sistem lelang... "*(Mantan Direktur RSK. Duren Sawit)

#### **6.2.4. Analisis Aktor**

Dari hasil telaah dokumen dan wawancara mendalam terdapat beberapa pihak yang mempengaruhi kebijakan, yaitu :

##### **Objek dari Kebijakan**

Objek dari kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta adalah Rumah Sakit milik Pemerintah daerah DKI Jakarta itu sendiri, dimana sesuai dengan Permendagri No. 59 Tahun 2007 tentang Perubahan Permendagri No. 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah dan Permendagri No.13 tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah, dimana Rumah Sakit milik Pemerintah DKI Jakarta merupakan SKPD dari Pemerintah Daerah DKI Jakarta. Maka disebutkan dalam penelitian ini adalah RS khusus Duren Sawit dan RS Pasar Rebo.

##### **Kelompok yang terkena Dampak Kebijakan tersebut**

Dari hasil wawancara mendalam dan telaah dokumen, maka didapat aktor yang terlibat dalam pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta adalah :

- a. Presiden Republik Indonesia – pembuat kebijakan terkait peraturan yang dikeluarkan oleh Presiden
- b. Menteri Kesehatan Republik Indonesia – pembuat kebijakan terkait surat keputusan menteri kesehatan
- c. Menteri Dalam Negeri – pembuat kebijakan terkait peraturan menteri dalam negeri mengenai kebijakan pengelolaan keuangan daerah dan otonomi daerah
- d. DPR RI – pembuat kebijakan terkait Undang – Undang
- e. DPRD DKI Jakarta – pembuat kebijakan terkait bidang kesehatan secara umum dan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta secara khusus. DPRD memiliki fungsi legislasi, pengawasan dan anggaran
- f. Gubernur DKI Jakarta – pembuat kebijakan yang berperan sebagai pimpinan lembaga eksekutif dan pembuat kebijakan serta arah pembangunan daerah secara keseluruhan
- g. Bapeda DKI Jakarta – yang memiliki fungsi yaitu menyelenggarakan pemerintahan daerah di bidang perencanaan pembangunan daerah; menyelenggarakan penelitian dan pengembangan; memantau dan mengevaluasi pelaksanaan perencanaan pembangunan di daerah
- h. Dinas Kesehatan – pembuat kebijakan yang memiliki fungsi yaitu menyiapkan bahan perumusan perencanaan/program dan kebijaksanaan teknis dibidang kesehatan; menyelenggarakan pembinaan promosi kesehatan dan jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat, pelayanan kesehatan dan rujukan, pencegahan pemberantasan penyakit dan penyehatan lingkungan, kesehatan keluarga, farmasi dan makanan minuman serta tenaga kesehatan; serta melaksanakan tugas-tugas yang terkait dengan kesehatan sesuai ketetapan Kepala Daerah
- i. Rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta termasuk didalamnya organisasi tersebut serta tenaga sumber daya manusia (SDM) baik medis maupun non-medis. Dalam penelitian ini yaitu Rumah Sakit Pasar Rebo dan Rumah Sakit Khusus Duren Sawit

- j. Masyarakat luas – yaitu sebagai pengguna jasa layanan sekaligus evaluator dalam implementasi kebijakan, diantaranya yaitu pasien umum, GAKIN, SKTM, ASKES, JAMSOSTEK, pasien perusahaan, maupun pasien asuransi komersial.

Berikut kutipan menurut narasumber aktor yang harus terlibat dalam kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta :

*"Tentu saja semua pihak, dari bawah yaitu masyarakat sampai dengan legislatif. Melalui musyawarah perencanaan pengembangan (musrenbang) tingkat RT, RW, lalu sampai kepada perencanaan APBD di tingkat eksekutif dan dimusyawarahkan kembali ke tingkat legislatif." (Bappeda DKI Jakarta)*

*"Seksi pelaksana, kepala dinas, sekda, puskesmas, bappeda, narasumber yang lebih ahli." (Dinas Kesehatan DKI Jakarta)*

- k. Interest group yaitu para aktivis masyarakat maupun organisasi yang menyoroti kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta yaitu Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI), Ikatan Dokter Indonesia (IDI), LSM – LSM, Palang Merah Indonesia (PMI).
- l. Dinas lainnya yang terkait kesehatan secara tidak langsung seperti Dinas Sosial.

Berikut pernyataan dari narasumber, yaitu :

*"Idealnya memang kalau kita merumuskan pembiayaan kesehatan di DKI Jakarta seluruh stakeholder dalam pembiayaan YLKI, Dinas Kesehatan, IDI, LSM – LSM, direktur RS, PMI, Dinas sosial dan DPRD..." (DPRD DKI Jakarta)*

Juga dinyatakan bahwa semua stakeholder harus terlibat dalam kebijakan ini, hanya belum dilakukan dikarenakan kendala dalam faktor waktu dan prioritas agenda. Seperti dikemukakan oleh anggota DPRD DKI Jakarta dibawah ini :

*"...Sebetulnya pernah berupaya mengumpulkan stakeholder, persoalan berkembang terus, macam – macam, memang harus ada langkah terus menerus karena Jakarta memiliki keadaan kesehatan yang berbeda dari 5 tahun yang lalu."*

#### **Institusi yang membuat**

Yaitu sesuai dengan urutan perundang – undangan dan jenis kebijakan, sebagai berikut berikut :

1. Pancasila yang merupakan sumber dari segala sumber hukum
2. Undang – Undang Dasar 1945 yang merupakan hukum dasar
3. Undang – Undang : Lembaga legislatif DPR RI
4. Peraturan Pemerintah : Lembaga legislatif DPR RI
5. Peraturan Presiden : Presiden RI
6. Keputusan Mahkamah Agung : Ka Mahkamah Agung
7. Permendagri : Menteri Dalam Negeri
8. Permenkes / Kepmenkes : Menteri Kesehatan
9. Peraturan Daerah : Lembaga legislatif daerah DPRD DKI Jakarta
10. SK Gubernur DKI Jakarta / Peraturan Gubernur DKI Jakarta : Gubernur DKI Jakarta

#### **Institusi yang meresmikan**

Sama dengan diatas

#### **Institusi yang menegakkan**

Dalam penelitian ini yaitu seluruh kebijakan terkait pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta. Oleh karena itu institusi yang menegakkan adalah Rumah Sakit milik Pemerintah DKI Jakarta

#### **Institusi yang melakukan evaluasi**

- DPRD DKI Jakarta sebagai lembaga legislatif daerah

- Gubernur DKI Jakarta dan perangkat organisasinya seperti : Bapeda DKI Jakarta, Sekretaris daerah Pemda DKI Jakarta, dll
- Dinas Kesehatan DKI Jakarta
- Masyarakat DKI Jakarta sebagai pengguna pelayanan kesehatan dari rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta

#### 6.2.5. Analisis Konten kebijakan

##### 1. Status Kelembagaan dan Pola Pengelolaan Keuangan Rumah Sakit Milik Pemerintah DKI Jakarta

Terdapat beberapa status kelembagaan pada Rumah Sakit milik pemerintah daerah DKI Jakarta pada tahun 2004 sampai dengan 2008, diantaranya swadana, perseroan terbatas (PT) dan badan layanan umum daerah (BLUD).

Hal ini terdapat pada Peraturan Pemerintah No. 10 Tahun 1997 tentang Swadana; Peraturan Pemerintah DKI Jakarta No. 13, 14, 15 Tahun 2004 tentang perubahan Status RSUD menjadi PT; Keputusan Mahkamah Agung No. 5 Tahun 2005 tentang Pembatalan RSUD Pasarebo dan Cengkareng menjadi PT; Peraturan Pemerintah No. 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan badan Layanan Umum; SK Gubernur Propinsi DKI Jakarta Nomor 17 tanggal 17 Maret 2003, status RS Duren Sawit ditetapkan sebagai uji coba Unit Swadana Daerah; SK Gubernur Nomor 2091 tanggal 28 Desember 2006 tentang RS Khusus Daerah Duren Sawit ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah RS Duren Sawit secara penuh; SK Gubernur No. 249/2007 tanggal 2 Januari 2007 tentang penetapan RSUD PasarRebo DKI Jakarta, yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) secara penuh.

Menurut mantan direktur Rumah sakit Pasar Rebo, rumah sakit ini mengalami tiga pergantian status kelembagaan yaitu swadana, perseroan terbatas dan badan layanan umum daerah. Diantara ketiganya badan layanan umum dinilai meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan rumah sakit. Berikut pernyataan dari narasumber :

*"Rumah Sakit Pasar Rebo sejak tahun 1992 – 2004 : UPT swadana, kalau kita punya duit, kita bisa pakai langsung, sudah lebih baik. Swadana adalah amanah untuk menggunakan uang ini. Tahun 2005 : PT, hanya berbentuk kelembagaan. PT itu penyertaan modal, jadi asetnya dipisahkan. UU PT no.10/1995. Tahun 2007 : Dengan status BLUD sehingga efisien, efektif dan bisnis sehat. Lebih bagus ada sistem akuntansi, hitung unit cost, sistem remunerasi. RS sudah mendekati mandiri." (Mantan Direktur RS.Pasar Rebo)*

Sedangkan Rumah Sakit Duren Sawit juga mengalami perubahan dari unit pelaksana teknis daerah, swadana dan badan layanan umum daerah. Dan menyatakan bahwa dengan status badan layanan umumdaerah, uang dapat digunakan secara langsung untuk operasinalisasi rumah sakit. Berikut pernyataan mantan direktur Rumah Sakit Duren Sawit :

*"Rumah Sakit Duren Sawit kan RS khusus, dan kategori baru. Sejak awal didirikan tahun 2001 kami berstatus Unit Pelaksana Teknis Daerah, sedangkan pada tahun 2003 kami berubah status menjadi swadana, dalam hal ini sudah enak, karena uang bisa kami gunakan langsung. Dan tahun 2007 kami menjadi BLUD penuh" (Mantan direktur RS. Duren Sawit dan Ka.bag Keuangan RS. Duren Sawit)*

Sehingga didapatkan pada kedua Rumah Sakit tersebut dengan status kelembagaan sebagai berikut:

Rumah Sakit	2004	2005	2006	2007	2008
RS.Pasar Rebo	Swadana PT	Pembatalan PT BLUD	BLUD	BLUD	BLUD
RS.Duren Sawit	Swadana	Swadana	Swadana	BLUD	BLUD

Tabel 6.2. Status kelembagaan Rumah Sakit Pasar Rebo dan Duren Sawit

Dikatakan juga bahwa status kelembagaan secara garis besar akan membicarakan mengenai perbedaan sumber daya manusia, pengadaan barang dan jasa serta pola pengelolaan keuangan rumah sakit. Berikut pernyataan dari narasumber :

*"Bicara tentang manajemen dan status kelembagaan rumah sakit, maka akan membicarakan mengenai SDM, pengadaan barang dan jasa, serta pola pengelolaan keuangan." (Mantan direktur RS. Pasar Rebo)*

Oleh karena perbedaan status kelembagaan Rumah Sakit, maka terdapat pula perbedaan pengelolaan keuangan rumah sakit. Masing – masing status kelembagaan memiliki kelebihan dan kekurangan dalam pengelolaan keuangan rumah sakit.

Mantan direktur Rumah Sakit pasar Rebo menyatakan bahwa pola pengelolaan keuangan ditujukan untuk memudahkan manajerial keuangan rumah sakit. Pola pengelolaan badan layanan umum daerah dinilai lebih baik daripada swadana. Sedangkan untuk perseroan terbatas belum dapat dinilai karena belum diterapkan dalam jangka waktu yang lama. Berikut pernyataan dari narasumber :

*"Tujuannya semua sama, agar memberikan pelayanan kepada masyarakat yang terbaik, pelayanan prima. Tetapi memang berbeda dalam pengelolaan uang yang ditujukan untuk memudahkan. Kalau PT terikat, kekayaan dipisahkan, bisa pinjam uang ke bank untuk modal, dll. Tapi kalau BLUD, asetnya tidak dipisahkan, tapi pengelolaannya lebih baik dari swadana. PT sebenarnya hanya status kelembagaan saja. Bentuknya tetap BUMD. Tapi memang belum dapat diketahui hasilnya, karena kan waktu itu baru satu tahun sudah langsung dibatalkan." (Mantan Direktur RS. Pasar Rebo)*

Sedangkan pada Rumah Sakit Duren Sawit dinyatakan bahwa baik pola keuangan swadana maupun badan layanan umum daerah memiliki kemudahan dalam operasional rumah sakit. Berikut pernyataannya :



*" Swadana dan BLUD sebenarnya sama saja, uangnya sama -- sama bisa langsung dipakai untuk operasional sehari – hari. Dan rumah sakit sangat terbantu dengan pengelolaan keuangan seperti ini." (Mantan direktur RS. Duren Sawit)*

Dalam Peraturan Pemerintah No. 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Bab I, Pasal 1 ayat 1 dan 2 disebutkan bahwa Badan Layanan Umum, yang selanjutnya disebut BLU, adalah instansi di lingkungan Pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas. Sedangkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, yang selanjutnya disebut PPK-BLU, adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah ini, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan negara pada umumnya.

## 2. Alokasi dana

Dalam gambaran kebijakan secara umum, pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta terdiri dari pendapatan dan belanja, dan pada realisasinya terangkum dalam nilai rupiah dana yang dialokasikan untuk pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta. Berikut dipaparkan data secara kuantitatif :

#### a. Pendapatan subsidi

Data subsidi yang diberikan oleh pemerintah DKI Jakarta kepada enam rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 - 2008, yang dipaparkan sebagai berikut pada tabel 6.3. Rekapitulasi Urusan Kesehatan APBD DKI Jakarta.

Pada tabel 6.3 dapat dilihat bahwa APBD DKI Jakarta mengalami peningkatan setiap tahunnya yaitu pada tahun 2004 sebesar Rp. 12,686,320,520,000, pada tahun 2005 sebesar Rp. 14,369,316,147,677, meningkat kembali pada tahun 2006 menjadi Rp. 18,434,883,888,176, pada tahun 2007 sebesar Rp. 20,680,156,189,703, dan pada tahun 2008 sebesar Rp. 20,396,107,754,973.

Sedangkan alokasi dana urusan kesehatan cenderung tetap dari tahun ke tahun, kecuali pada tahun 2007 yaitu sebesar Rp. 910,385,926,582, tetapi kembali terjadi penurunan alokasi pada tahun 2008 yaitu menjadi Rp. 776,984,211,321.

Pada anggaran rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta, pada tahun 2004 anggaran terbesar dialokasikan kepada Rumah Sakit Budhi Asih, yaitu sebesar Rp. 102,350,938,000; pada tahun 2005 anggaran terbesar dialokasikan kepada Rumah Sakit Tarakan, yaitu sebesar Rp. 86,220,058,181, dan dua rumah sakit yang berubah status menjadi perseroan terbatas yaitu Rumah Sakit Pasar Rebo dan Cengkareng tidak mendapatkan subsidi; pada tahun 2006 anggaran terbesar dialokasikan kepada Rumah Sakit Budhi Asih, yaitu sebesar Rp. 58,979,169,786, sedangkan Rumah sakit pasar Rebo dan Cengkareng tidak mendapatkan subsidi walaupun status perseroan terbatas sudah dibatalkan oleh keputusan mahkamah Agung; pada tahun 2007 anggaran terbesar dialokasikan kepada Rumah Sakit Pasar Rebo, yaitu sebesar Rp.

97,200,000,000 ;pada tahun 2008 anggaran terbesar dialokasikan kepada Rumah Sakit Pasar Rebo, yaitu sebesar Rp. 96,415,450,000. Secara keseluruhan anggaran subsidi untuk rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta meningkat.

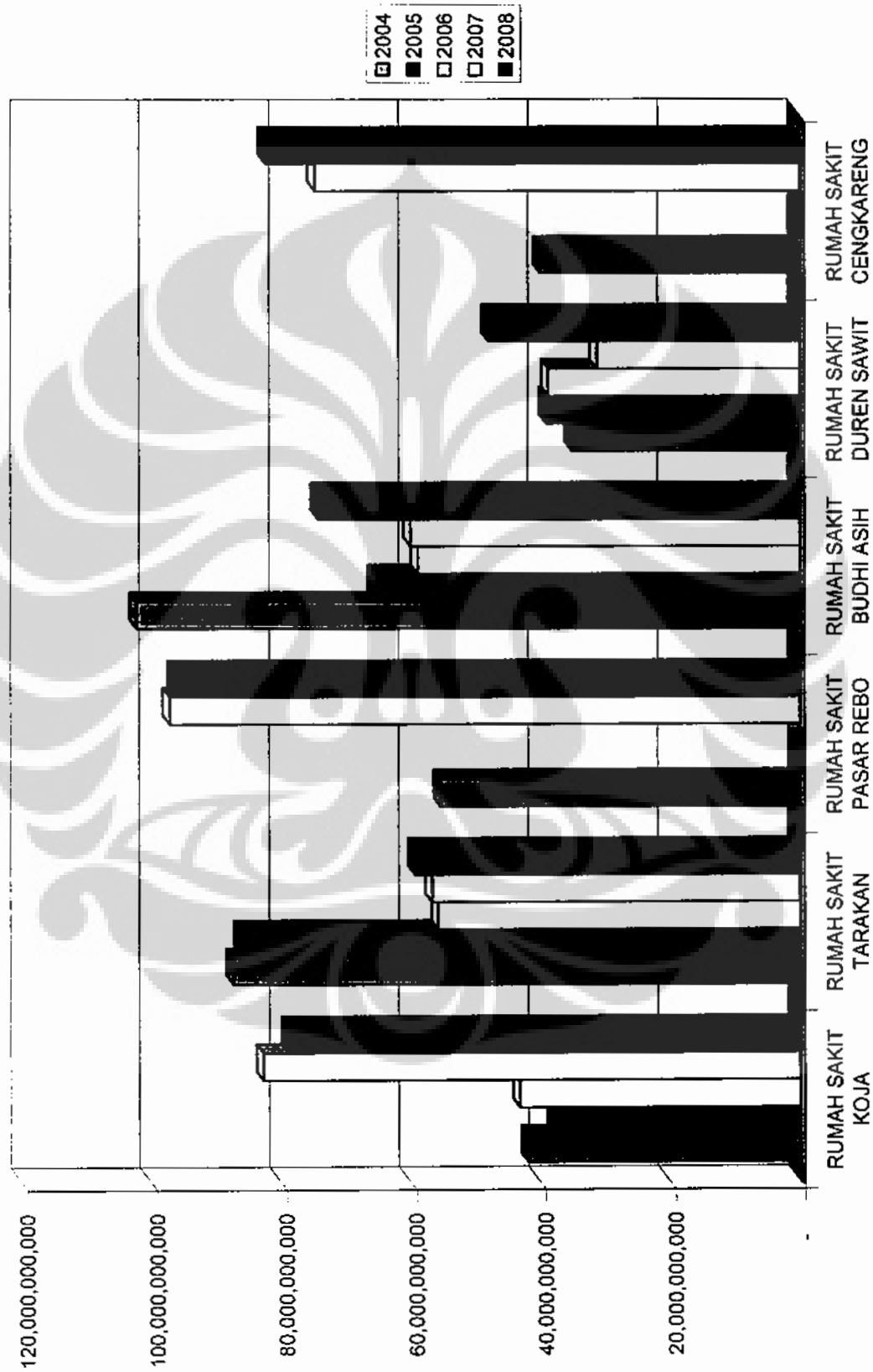
Jika dilihat dari rasio alokasi dana urusan kesehatan dibandingkan dengan anggaran keseluruhan APBD yaitu pada tahun 2004 sebesar 5,9 %, pada tahun 2005 sebesar 4,9 %, pada tahun 2006 sebesar 3,5 %, pada tahun 2007 sebesar 4,4 %, dan pada tahun 2008 turun menjadi 3,8 %.

Jika dilihat dari rasio alokasi dana rumah sakit dibandingkan dengan anggaran keseluruhan APBD yaitu pada tahun 2004 sebesar 2,8 %, pada tahun 2005 sebesar 1,6 %, pada tahun 2006 sebesar 1,06 %, pada tahun 2007 sebesar 1,94 %, dan pada tahun 2008 kembali menjadi 2,15 %.

Jika dilihat dari rasio alokasi dana urusan kesehatan dibandingkan dengan alokasi dana urusan kesehatan pada APBD yaitu pada tahun 2004 sebesar 47,6 %, pada tahun 2005 sebesar 3,2 %, pada tahun 2006 sebesar 29,5 %, pada tahun 2007 sebesar 44,3 %, dan pada tahun 2008 turun menjadi 56,5 %. Setengah dari dana kesehatan digunakan untuk membiayai subsidi rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta.

Tabel 6.3. Rekapitulasi urusan kesehatan  
APBD provinsi DKI Jakarta

KETERANGAN	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Total APBD DKI</b>	12,686,320,520,000	14,369,316,147,677	18,434,883,888,176	20,680,156,189,703	20,396,107,754,973
<b>Alokasi Urusan Kesehatan</b>	759,459,116,821	713,945,408,672	665,402,109,428	910,385,926,582	776,984,211,321
<b>Alokasi Dana Per Rumah Sakit</b>					
<b>RUMAH SAKIT KOJA</b>	41,907,759,000	37,910,556,742	43,203,816,597	82,809,515,307	78,942,572,751
<b>RUMAH SAKIT TARAKAN</b>	87,389,364,000	86,220,058,181	55,823,747,528	56,777,426,775	59,376,026,661
<b>RUMAH SAKIT PASAR REBO</b>	55,439,150,000			97,200,000,000	96,415,450,001
<b>RUMAH SAKIT BUDHI ASIH</b>	102,350,938,000	65,556,818,742	58,979,169,786	60,071,499,709	74,341,476,701
<b>RUMAH SAKIT DUREN SAWIT</b>	35,105,760,000	39,079,377,341	38,772,476,083	31,287,093,331	47,988,400,731
<b>RUMAH SAKIT CENGGARENG</b>	40,000,000,000			74,833,277,500	82,499,200,001
<b>Total alokasi dana untuk Rumah Sakit</b>	362,192,971,000	228,766,811,006	196,779,209,994	402,978,812,622	439,563,126,849
<b>Ratio dana kesehatan dari total APBD</b>	5,9	4,9	3,5	4,4	3,1
<b>Ratio dana rumah sakit dari total APBD</b>	2,8	1,6	1,06	1,94	2,11
<b>Ratio dana rumah sakit dari urusan kesehatan</b>	47,6	32,0	29,5	44,3	56,1



Grafik. 6.1. Perbandingan alokasi dana subsidi APBD

Sedangkan pada grafik 6.1 terlihat bahwa pada alokasi dana untuk :

- a) Rumah Sakit Koja mengalami peningkatan pada tahun 2007 dan 2008.
- b) Rumah Sakit Tarakan mengalami penurunan pada tahun 2006, dan cenderung stabil pada tahun 2006 sampai dengan 2008.
- c) Rumah Sakit Pasar Rebo mengalami kenaikan pada tahun 2007 dan 2008, setelah dibataalkannya status PT.
- d) Rumah Sakit Budhi Asih mengalami penurunan dari tahun 2004 ke tahun 2005; cenderung stabil pada tahun 2005 sampai dengan tahun 2007; dan meningkat pada tahun 2008.
- e) Rumah Sakit Duren Sawit cenderung stabil, tetapi mengalami peningkatan pada tahun 2008.
- f) Rumah Sakit cengkareng mengalami peningkatan pada tahun 2007 dan 2008, setelah dibataalkannya status PT.

Alokasi dana subsidi ini dinyatakan sudah cukup baik dari pihak rumah sakit maupun Bapeda. Tetapi Bapeda menyatakan bahwa pihak rumah sakit sering mengeluhkan mengenai kesejahteraan tenaga medis. Berikut kutipannya :

*"Alokasi dari subsidi sudah mencukupi, karena RS sudah merasakan sendiri pemenuhan kebutuhan yang diberikan dari pemda..." (Kabag Keuangan RS. Duren Sawit)*

*"Sudah dan dinilai sudah cukup, karena yang diharapkan rumah sakit pemerintah akan mandiri, terutama terkait status BLUD (Badan Layanan Umum Daerah)... ..Tetapi dari pihak rumah sakit selalu merasa kekurangan dalam hal insentif dan penggajian para dokter di rumah sakit, terutama rumah sakit pemerintah"(Bapeda DKI Jakarta)*

#### b. Pendapatan operasional GAKIN

Data penerimaan rumah sakit pemerintah dari GAKIN tahun 2008. Data berasal dari Dinas Kesehatan DKI Jakarta, yang dipaparkan sebagai berikut :

**Tabel 6.4. Rekapitulasi penerimaan GAKIN Rumah Sakit  
Tahun Anggaran 2008 : Maret s/d Desember 2008**

Nama Rumah Sakit	Jumlah nominal GAKIN	(%)
RUMAH SAKIT KOJA	12,138,346,371	27,9
RUMAH SAKIT TARAKAN	6,409,525,376	14,7
RUMAH SAKIT PASAR REBO	4,162,159,181	9,5
RUMAH SAKIT BUDHI ASIH	8,210,604,353	18,8
RUMAH SAKIT DAERAH DUREN SAWIT	6,817,153,677	15,6
RUMAH SAKIT CENKARENG	5,876,513,586	13,5
<b>Total Penerimaan GAKIN</b>	<b>43,614,302,544</b>	<b>100</b>

Pada tabel 6.4. tersebut terlihat bahwa pada tahun 2008, Rumah Sakit Koja menerima paling banyak menerima pasien GAKIN yaitu sebesar Rp. 12,138,346,371 (27,9 %); sedangkan penerimaan GAKIN terkecil yaitu Rumah Sakit Pasar Rebo sebesar Rp. 4,162,159,181 (9,5 %), serta Rumah Sakit Cengkareng yang juga rendah sebesar Rp. 5,876,513,586 (13,5 %).

Adanya kenaikan dana GAKIN disampaikan oleh anggota DPRD DKI Jakarta. Berikut kutipan wawancaranya :

*"Pada 2005, alokasi GAKIN 200 M, naik 2006 menjadi 250 M, 2007 menjadi 300 M, 2008 menjadi 350 M. Tetapi banyak sekali kendala dalam pengelolaan GAKIN yaitu tidak pernah cukupnya dana GAKIN tersebut."(DPRD DKI Jakarta)*

c. Realisasi Subsidi dan Penerimaan GAKIN pada Data Keuangan di Rumah Sakit Duren Sawit

**RINCIAN REALISASI ANGGARAN  
RS.DUREN SAWIT TAHUN 2004 - 2008**

	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Pendapatan</b>					
Operasional non GAKIN	3,060,353,385	4,000,414,262	4,188,258,039	3,867,475,596	4,646,349,929
Operasional GAKIN	290,000,000	412,000,000	2,717,568,078	4,923,327,386	6,817,153,877
<b>Pendapatan non subsidi</b>	<b>3,350,353,385</b>	<b>4,412,414,262</b>	<b>6,905,826,117</b>	<b>8,790,802,982</b>	<b>11,463,503,806</b>
Subsidi	37,380,967,324	39,079,377,341	38,772,476,083	33,052,432,053	47,988,400,731
<b>Total pendapatan</b>	<b>40,731,320,709</b>	<b>43,491,791,603</b>	<b>45,678,302,200</b>	<b>41,843,235,035</b>	<b>59,451,904,537</b>
<b>Belanja</b>	<b>33,145,488,440</b>	<b>35,231,784,892</b>	<b>32,274,052,035</b>	<b>28,602,343,017</b>	<b>32,839,223,789</b>

Perincian belanja dana subsidi					
Subsidi Pegawai PNS	4,203,086,203	4,653,783,435	7,366,966,487	Biaya tidak langsung :	5,148,017,148
Subsidi Alat Kesehatan	5,028,823,279	3,814,625,303	1,244,285,050		1,728,638,485
Subsidi Pemeliharaan	1,836,751,121	19,467,005,096	92,981,500	15,196,314,205	1,062,309,756
Subsidi Operasional	22,076,827,837	15,764,779,796	63,650,000	13,406,028,812	26,661,721,885

Tabel 6.5. Rincian Realisasi Anggaran Rumah Sakit Duren Sawit

Terlihat pada tabel 6.5 bahwa sebagian besar dana Rumah Sakit Duren Sawit berasal dari alokasi dana subsidi APBD, pendapatan operasional non – GAKIN cenderung stabil berkisar 3 – 4 Milyar, total pendapatan meningkat dengan meningkatnya penerimaan GAKIN yang meningkat dua kali lipat setiap tahunnya. Pendapatan cenderung lebih kecil daripada belanja dan terdapat saldo yang dapat digunakan oleh rumah sakit pada tahun berikutnya. Tetapi data saldo tidak didapatkan dari pihak rumah sakit.



d. Realisasi Subsidi dan Penerimaan GAKIN pada Data Keuangan di Rumah Sakit Pasar Rebo

Tabel 6.6. Rincian realisasi anggaran  
RS.PASAR REBO tahun 2004 – 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Saldo Tahun Lalu	1,829,663,902	7,955,903,639	2,194,773,273	2,503,006,956	7,133,617,784
<b>Pendapatan</b>					
Operasional non GAKIN	35,908,424,640	60,178,637,670	70,282,656,100	64,686,087,960	72,601,263,140
Operasional GAKIN	322,260,556	1,097,112,600	2,597,017,742	5,050,806,954	5,152,586,022
<b>Pendapatan non subsidi</b>	<b>36,230,685,196</b>	<b>61,275,750,270</b>	<b>72,879,673,842</b>	<b>69,736,894,914</b>	<b>77,753,849,162</b>
Subsidi	12,567,218,247	6,861,677,300	14,825,961,101	22,567,542,450	14,040,530,248
<b>Total Pendapatan</b>	<b>50,627,567,345</b>	<b>76,093,331,209</b>	<b>89,900,408,216</b>	<b>94,807,444,320</b>	<b>98,927,997,194</b>
<b>Belanja</b>	<b>42,671,663,707</b>	<b>73,898,557,934</b>	<b>87,847,401,258</b>	<b>87,223,826,540</b>	<b>94,999,971,508</b>
Saldo	7,955,903,639	2,194,773,273	2,503,006,956	7,133,617,784	3,928,025,681

Perincian Belanja dana subsidi

Subsidi Pegawai					
PNS	7,821,332,967	6,861,677,300	10,825,961,101	7,679,130,950	14,040,530,248
Subsidi Alat Kesehatan	4,622,343,700			3,426,646,000	
Subsidi Bangunan					
Subsidi Operasional			4,000,000,000	6,425,765,500	

Tabel 6.6. Rincian Realisasi Anggaran Rumah Sakit Pasar Rebo

Pada tabel 6.6. dapat terlihat bahwa Pasar Rebo memiliki saldo pada tiap tahunnya, dengan jumlah pendapatan yang meningkat setiap tahunnya, walaupun diikuti dengan belanja yang meningkat juga. Dana subsidi sebagian besar digunakan untuk membiayai gaji pegawai, yang merupakan pegawai Pemda DKI Jakarta. Pada tahun 2005 dan 2006, ketika terjadi perubahan status,

Pada pendapatan, terlihat bahwa pendapatan operasional lebih banyak dari non – GAKIN atau pasien umum. Pendapatan dari GAKIN dibandingkan pendapatan operasional keseluruhan yaitu pada tahun 2004 sebesar 0,8 %; pada tahun 2005 sebesar 1,7 %; pada tahun 2006 sebesar 3,56 %; pada tahun 2007 sebesar 7,24 % dan pada tahun 2008, hanya sekitar 6,6 %.

### 3. Kebijakan Tarif

Pada Perda nomor 1 tahun 2006 dijelaskan tarif pasien kelas III di rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta. Hal ini juga dinyatakan oleh narasumber bahwa kebijakan tarif hanya mengatur untuk pasien kelas III saja, sedangkan kelas I, II dan VIP diatur oleh SK Direktur. Berikut pernyataannya :

*"Disini ada tarif diatur dengan Perda, yang tidak sama dengan unit cost... masing – masing tarifnya berbeda sesuai kelasnya, tarif kelas III dari Perda, tarif kelas I,II,dan VIP diatur menurut SK Direktur."(mantan Direktur RSUD Pasarebo)*

Kebijakan tarif dimasukkan dalam Perda mengenai retribusi daerah, yang merupakan usulan dari dinas kesehatan, tanpa pengolahan kembali oleh pakar maupun anggota DRD DKI Jakarta. Berikut kutipannya :

*"Di DKI Jakarta ada peraturan daerah tentang retribusi daerah, untuk pelayanan RS, yang menentukan hitungan tindakan adalah Dinkes, kita tidak tahu apakah dalam penghitungan tersebut sudah melibatkan pihak – pihak yang tepat, yang tahu kesehatan atau tidak. Karena angka sangat rigid, DPRD terus terang kesulitan dalam membandingkan angka – angka yang diajukan oleh Dinas kesehatan. Misal operasi, ada bahasa- bahasa medis tertentu. Kita tidak tahu apa tindakan itu, dan mengapa biaya-nya sekian. Harusnya tarif itu memang dibicarakan oleh seluruh stakeholder."(DPRD DKI Jakarta)*

#### 4. Kebijakan Belanja barang dan Jasa

Pada kebijakan barang dan jasa, dengan pola pengelolaan BLU pada Peraturan Pemerintah No. 23 tahun 2005 dinyatakan bahwa pengadaan barang dan jasa BLU dilakukan berdasarkan prinsip efisiensi dan ekonomis, sesuai dengan praktek bisnis yang sehat dimana tetap mengacu kepada kebijakan menteri keuangan/ gubernur/bupati/walikota. Hal ini dinyatakan oleh narasumber bahwa :

*"Agak menyulitkan dengan adanya pola pengadaan barang dan jasa yang mengharuskan sistem lelang, misalnya untuk jasa konsultan perencanaan strategik rumah sakit, ataupun barang – barang kebutuhan operasional yang segera..." (mantan direktur RS. Duren Sawit)*

Pengadaan barang dan jasa pada instansi pemerintah diatur melalui Peraturan Presiden nomor 85 tahun 2006; perubahan keenam atas Keppres no. 80 tentang pedoman pelaksanaan pengadaan barang dan jasa pemerintah tahun 2007.

##### 6.2.6. Analisis Konteks

Konteks mengarahkan kita untuk melihat kebijakan secara sistemik (keseluruhan) – politik, ekonomi dan sosial baik nasional maupun internasional – yang mempengaruhi kebijakan kesehatan.

**Faktor – faktor dalam konteks kompleks dan unik pada waktu dan setting, yaitu:**

## 1. Faktor situasional

Pada tahun 2004 sampai dengan tahun 2008, telah terjadi berbagai kondisi dan situasi yang mempengaruhi kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta, diantaranya adalah :

### a. Adanya berbagai masalah kesehatan dan perkembangan penyakit

1. Masih tingginya angka penderita penyakit demam berdarah di DKI Jakarta yang disebabkan banjir maupun buruknya kondisi kebersihan lingkungan di DKI Jakarta
2. Terdapat bencana alam banjir beberapa tahun terakhir ini yang menyebabkan timbul banyaknya penyakit pasca banjir seperti demam berdarah, psiliasis, kulit, saluran pernapasan, bahkan kematian
3. Timbulnya berbagai penyakit luar biasa yang melanda dunia internasional diantaranya banyak korban jiwa di DKI Jakarta seperti SARS, flu burung, dan flu babi.
4. Meningkatnya penderita penyakit HIV/ AIDS karena kehidupan sosial bebas.

Hal ini dinyatakan juga oleh Bapeda DKI Jakarta dalam wawancara, sebagai berikut :

*" ...Dari temuan atau kejadian yang ada di lapangan, dalam hal ini Rumah Sakit, misalnya banyaknya wabah DBD atau penyakit pasca banjir. ....Dengan jumlah dana anggaran meningkat, mengingat jumlah penderita AIDS di Jakarta yang semakin besar." (Bapeda DKI Jakarta)*

### b. Masih tingginya angka kemiskinan dan masalah sosial lainnya

1. Masih banyaknya penduduk DKI Jakarta yang tergolong miskin yang membutuhkan dana GAKIN untuk melakukan pengobatan ke rumah sakit

2. Masih banyaknya penduduk DKI Jakarta yang berada diatas garis kemiskinan, tetapi dapat menjadi miskin ketika mengeluarkan biaya pengobatan di rumah sakit
3. Masih banyaknya penyalahgunaan dana GAKIN untuk pihak – pihak yang tidak layak mendapatkannya.

*"Permasalahan sekarang ini besarnya dana JPK GAKIN dan SKTM karena belum adanya data pasti dari BPS mengenai jumlah orang miskin pasti. Karena SKTM diberikan pada orang yang tidak termasuk kategori miskin, dalam hal ini masih mampu membiayai kehidupan sehari – harinya, tetapi bisa menjadi miskin dengan sakit yang dideritanya."*  
(Bapeda DKI Jakarta)

4. Masih banyaknya penduduk yang bukan merupakan penduduk DKI Jakarta resmi, seperti perantau atau pencari pekerjaan di DKI Jakarta

c. Situasi perubahan status kelembagaan beberapa rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta

Yaitu dengan adanya perubahan status kelembagaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta dari perseroan terbatas dikembalikan menjadi badan layanan umum daerah yang sempat menjadi masalah dan perdebatan terkait kemandirian dan pembiayaan rumah sakit.

Seperti yang dikemukakan oleh anggota DPRD DKI Jakarta berikut ini :

*"Awal 2004 ada upaya dari pemerintah mengubah badan hukum RS di DKI Jakarta menjadi badan hukum PT. Kemudian pada akhir 2004, awal 2005 ada perubahan kembali dari PT menuju BLUD, terjadi diskusi yang sangat panjang, ada ketidak sepahaman diantara para pihak."*

## 2. Faktor struktural secara relatif keadaan masyarakat yang tidak berubah.

- a. Ideologi : Keterkaitan kebijakan ini dengan dasar negara yaitu Pancasila dan Undang – Undang Dasar 1945 dan Pancasila. Serta keterkaitan dengan perundang – undangan mengenai kesehatan secara umum dan pembiayaan rumah sakit secara khusus, baik berupa Undang – Undang, Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, Keputusan mahkamah Agung, Peraturan Menteri, Peraturan Daerah dan Peraturan Gubernur.

Sesuai dengan hasil wawancara dengan narasumber :

*"Rumah Sakit sebagai organisasi pelaksana di daerah, memiliki kewajiban dalam memberikan pelayanan ke masyarakat sesuai arahan Gubernur DKI Jakarta, yang diamanahkan dalam UUD 1945 dan Pancasila." (Bapeda DKI Jakarta)*

*"Ini kan kewajiban pemerintah untuk melayani masyarakat, yang diamanahkan oleh Undang – Undang Dasar 1945" (Pakar pembiayaan kesehatan)*

*"...sesuai dengan Undang - Undang Dasar juga mengatakan bahwa fakir miskin dan orang2 terlantar dipelihara oleh negara, begitu juga dengan kesehatan mereka." (Pakar status kelembagaan rumah sakit)*

- b. Politik

Dalam hal politik, juga merupakan faktor penting dalam kebijakan pembiayaan rumah sakit. Hal ini terkait dengan DPRD DKI Jakarta sebagai penentu dalam keputusan anggaran.

*"...Ini juga merupakan terkait suatu kebijakan politik karena anggaran disetujui oleh DPRD." (Pakar pembiayaan kesehatan)*

*"Pada akhirnya penentuan ada di legislatif, terkait salah satu hak mereka yaitu hak budget." (Bapeda DKI Jakarta)*

Konteks politik juga terkait dengan kebijakan desentralisasi atau otonomi daerah. Dimana konteks kemampuan daerah masing – masing akan sangat

mempengaruhi kebijakan ini. Seperti yang dinyatakan narasumber berikut ini:

*"... kenapa RS Pasarebo swadana, kan tinggal minta aja, DKI Jakarta kan orang kaya." (mantan direktur RS. Pasar Rebo)*

c. Ekonomi

Ekonomi juga merupakan faktor yang sangat penting, dimana kebijakan pembiayaan kesehatan, khususnya rumah sakt milik pemerintah, akan sangat mempengaruhi keadaan ekonomi warganya. Begitu juga keadaan ekonomi juga akan mempengaruhi pilihan pelayanan dari masyarakat. Seperti yang diungkapkan dalam wawancara berikut ini :

*" Bagi ibu orang gak punya Alhamdulillah bersyukur banget." (Pasién GAKIN)*

*"Alhamdulillah saya bisa minjem- minjem, uang gajinya dipotong 200ribu setiap bulan." (Pasién SKTM)*

*"Kalau orang yang punya uang lebih, pasti maunya berobat ke rumah sakit swasta. Ini karena saya ditanggung biayanya dari kantor." (Pasién umum)*

d. Sosial Budaya

Dari faktor sosial budaya, masyarakat DKI Jakarta belum patuh hukum. Sehingga pemahaman tentang peraturan dan regulasi mengenai kebijakan pembiayaan memang belum dapat dimaksimalkan secara hukum. Berikut pernyataannya :

*" Budaya orang Indonesia tidak patuh hukum. Jika ada peraturan hukum, maka dicari celah hukumnya." (Pakar pembiayaan kesehatan)*

Selain itu, jumlah pasti penduduk DKI Jakarta belum diketahui, hal ini dikarenakan banyaknya penduduk yang memiliki tempat tinggal yang berpindah – pindah. DKI Jakarta masih merupakan kota metropolitan yang menjanjikan sehingga masih banyak masyarakat desa yang melakukan urbanisasi. Sehingga penduduk non KTP DKI Jakarta masih sangat tinggi,

dimana mereka juga membutuhkan pelayanan kesehatan dari rumah sakit pemerintah milik DKI Jakarta. Berikut pernyataan narasumber :

*"Saat ini tidak diketahui pasti berapa jumlah penduduk DKI Jakarta... Masyarakat DKI Jakarta, banyak yang status tempat tinggalnya ngontrak. Satu bulan di alamat A, bulan selanjutnya sudah pindah" (Bapeda DKI Jakarta)*

Masih terdapatnya kesenjangan sosial yang bervariasi di DKI Jakarta. Masih tingginya angka kemiskinan di DKI Jakarta. Serta masih banyak pula yang tergolong tidak miskin, tetapi dapat menjadi miskin karena sakit dan melakukan pengobatan. Berikut pernyataannya :

*"...data pasti mengenai jumlah orang miskin pasti. Karena SKTM diberikan pada orang yang tidak termasuk kategori miskin, dalam hal ini masih mampu membiayai kehidupan sehari – harinya, tetapi bisa menjadi miskin dengan sakit yang dideritanya." (Bapeda DKI Jakarta)*

Paradigma sosial masyarakat terhadap fasilitas pemerintah dan kinerja pegawai negeri sipil yang masih cenderung tidak sama atau lebih rendah daripada swasta. Seperti diungkapkan berikut ini :

*"Kan katanya masyarakat, RS pemerintah kumuh, padahal Pasar Rebo bisa bersih, lemahnya kita membungkus dagangan yang kita jual, persepsi itu yang harus kita rubah. Yang jadi masalah menghilangkan persepsi RSUD itu kumuh. Kedua, masalah SDM. Bahwa PNS itu imagenya jelek, padahal sama saja dengan swasta, yang beda kan baju coklatnya saja. Harusnya kualitas dan kompetensi setara. Karena dari dulu PNS jelek, jadi imagenya terus jelek." (mantan direktur RS.Pasar Rebo)*

e. **Pertahanan Keamanan**

Tidak ada satupun pendapat narasumber yang mengulas mengenai faktor pertahanan keamanan. Hanya dikatakan bahwa pembiayaan kesehatan adalah major besar untuk memecahkan masalah kesehatan.



### 3. Faktor kultural

Wilayah DKI Jakarta dengan tingkat kultur dan biaya hidup yang tinggi, akan berpikir beberapa kali untuk melakukan pengobatan ke rumah sakit pemerintah. Untuk golongan masyarakat miskin, adanya pendataan yang kurang maksimal dari BPS, serta informasi yang kurang mengenai GAKIN menyebabkan mereka enggan ke rumah sakit karena tidak punya biaya. Sedangkan untuk kategori masyarakat hampir miskin, jika mereka menggunakan uangnya untuk berobat ke rumah sakit, maka pemiskinan dan hutang akan terjadi. Sedangkan untuk orang mampu, lebih memilih ke rumah sakit swasta maupun luar negeri, dikarenakan menurut mereka pelayanan dan fasilitas rumah sakit pemerintah kurang baik.

### 4. Faktor Internasional atau Faktor Exogen

Adanya faktor internasional seperti bagaimana sistem kesehatan pada umumnya serta sistem pembiayaan kesehatan dan rumah sakit akan sangat memengaruhi sistem yang diterapkan di Indonesia. Berbagai pengalaman dari negara berkembang lainnya seperti negara – negara di Asia seperti Singapura dan Malaysia, dapat menjadi referensi untuk kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta. Dikatakan bahwa Singapura sangat pandai dalam melakukan pengemasan dalam pelayanan rumah sakit milik pemerintah kepada masyarakat. Sedangkan Malaysia memiliki pembiayaan rumah sakit milik pemerintah yang dibiayai secara penuh, dan rumah sakit hanya bertugas memberikan pelayanan terbaik, bukan mengelola keuangan. Ditambahkan lagi bahwa Malaysia juga mengatur rumah sakit swasta dengan baik, termasuk dalam tarifnya.

Seperti diungkapkan oleh berbagai narasumber sebagai berikut :

*"Bedanya kita sama Singapore, beda cara mengemasnya, asal – asalan aja lah, beli pisang satu sisir pakai plastik cukup, kalau Singapore di sterefoam, dikemas dengan pakai plastik tipis indah, kita tidak mau mengikuti orang lain bagus." (mantan direktur RS. Pasar Rebo)*

*"Nah itu terjadi di Malaysia dimana seluruh anggaran diberikan oleh pemerintah dan tidak perlu menarik apapun dari pasien. Jadi tugas mereka hanya melayani saja. Padahal tugas melayani masyarakat adalah dilakukan oleh pemerintah, bukan tugasnya direktur rumah sakit." (Pakar pembiayaan kesehatan)*

*"Malaysia dapat mengatur seluruh fasilitas kesehatan termasuk rumah sakit swasta." (Pakar status kelembagaan rumah sakit)*

Kerjasama internasional dengan WHO, dan World Bank, akan sangat mempengaruhi kebijakan tersebut.

### 6.2.7. Analisis Proses

Proses pembuatan kebijakan harus melalui beberapa tahapan :

#### 1. Identifikasi Masalah

**Bagaimana isu tersebut dapat menjadi agenda ?**

Menurut Bapeda dalam menentukan agenda dalam anggaran subsidi terdapat beberapa cara yaitu temuan atau kejadian di lapangan, informasi data yang ada, serta usulan melalui musyawarah. Berikut kutipan hasil wawancara :

*"Penentuan agenda dapat dilakukan melalui beberapa hal, yaitu dari temuan atau kejadian yang ada di lapangan, dalam hal ini Rumah Sakit; lalu dari informasi data yang ada, misalnya untuk anggaran JPK GAKIN di Rumah Sakit, didapat dari data jumlah orang miskin di DKI Jakarta ataupun pengajuan SKTM yang dibawa langsung oleh pasien; maupun dari usulan melalui musyawarah warga." (Bapeda DKI Jakarta)*

Sedangkan dari pihak DPRD DKI Jakarta menyatakan selama ini mereka hanya menyetujui anggaran yang diajukan saja. Hal ini dikarenakan penentuan agenda dalam kesehatan adalah hal yang dilematis, di satu pihak berkaitan dengan nyata, di lain pihak tidak yakin alat yang dipakai benar – benar akan terpakai. Berikut pernyataannya:

*"Selama ini hanya menyetujui saja. Ada satu hal dilematis, kalau tidak menyetujui anggaran, jangan – jangan kalau ada pasien yang kenapa-kenapa disalahkan karena anggaran tidak disetujui. Dilain pihak jika kita menyetujui, anggaran yang diajukan bukan anggaran yang fundamental. Yang kita koreksi yang tidak ada hubungan dengan fundamental, misal alat – alat laundry, Seringkali RS mengajukan pendanaan untuk beli alat, tapi ternyata alatnya idle (tidak terpakai)." (DPRD DKI Jakarta)*

Sedangkan menurut Dinas Kesehatan, penentuan agenda berasal dari masukan masyarakat. Berikut pernyataannya :

*"Penentuan agenda selama ini yaitu masukan dari masyarakat yang dikumpulkan, lalu kita selesaikan, bila tidak bisa kita panggil RS yang terkait untuk menyelesaikan. Masalah yang tersering adalah masalah keterlambatan pembayaran GAKIN." (Dinas kesehatan DKI Jakarta)*

## **2. Formulasi Kebijakan**

### **Bagaimana menentukan pengambilan keputusan ?**

Menurut Bapeda dan DPRD DKI Jakarta, penentuan pengambilan keputusan terakhir ada di tingkat legislatif, yaitu DPRD DKI Jakarta, hal ini terkait dengan hak budget dari tingkat legislatif. Tetapi hal ini harus didahului dengan pengajuan proposal dari Dinas Kesehatan maupun rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta. Berikut pernyataannya :

*"Yang paling menentukan dari proses yang ada yaitu pada tahap musyawarah dengan legislatif, karena setelah pemaparan program dan alasan- alasan kami dikemukakan, maka didiskusikan lagi prioritas terhadap program tersebut. Pada akhirnya penentuan ada di legislatif, terkait salah satu hak mereka yaitu hak budget." (Bapeda DKI Jakarta)*

*"Dalam penetapan anggaran ada pertemuan beberapa kali sekitar 3 – 6 kali, dalam fase penetapan anggaran selama 2 bulan. Dalam sekali pertemuan,*

*tergantung pokok bahasan, setiap RS dibahas satu persatu.”(DPRD DKI Jakarta)*

*”Selama ini, mereka mengajukan dan melalui proposal, yang akhirnya ditentukan oleh DPRD pada akhirnya. Kita diskusi, walaupun seringkali jika kita tanyakan ke RS dan Dinkes secara mendalam, mereka juga tidak tahu secara mendalam.” (DPRD DKI Jakarta)*

#### **Bagaimana mekanisme teknis dalam mengambil keputusan ?**

Mekanisme teknis dalam pengambilan keputusan, setelah dilakukan pengajuan proposal maka dilakukan beberapa pertemuan untuk membahas penetapan anggaran. Berikut pernyataannya :

*” Dalam penetapan anggaran ada pertemuan beberapa kali sekitar 3 – 6 kali, dalam fase penetapan anggaran selama 2 bulan. Dalam sekali pertemuan, tergantung pokok bahasan, setiap RS dibahas satu persatu.” (DPRD DKI Jakarta)*

#### **Apakah dalam penetapan kebijakan sudah sesuai dengan prinsip kesesuaian, efektivitas, efisiensi, ekuitas dan workability ?**

Terdapat beberapa perbedaan pendapat dari pembuat kebijakan tentang prinsip penetapan kebijakan dalam hal kesesuaian, efektivitas, efisiensi, ekuitas dan workability. Bapeda menyatakan sudah sesuai, sedangkan menurut dinas kesehatan belum sesuai. Hal senada juga disampaikan oleh anggota DPRD DKI Jakarta, hal ini dikarenakan keterbatasan pengetahuan oleh anggota komisi E DPRD DKI Jakarta mengenai kesehatan, dan hanya menetapkan kebijakan berdasarkan pengajuan dan kejujuran saja. Berikut ungkapan hasil wawancara :

*”Di komisi E, tidak ada dokter, yang ada sarjana hukum, akuntan, dll. Jumlah yang paling banyak anggotanya sebanyak 16 orang. Anggotanya ditentukan oleh masing – masing fraksi. Yang jadi masalah kita tidak tahu apa – apa tentang kesehatan, jadi tidak ada yang tahu secara pasti, disini tinggal kejujuran saja. Selama ini hanya menyetujui saja. Serba salah sebagai institusi untuk memberikan hak budget, kalau tidak diberikan takut mengganggu pelayanan, tapi kalau diberikan kita juga tidak tahu berguna atau tidak, terpakai dengan baik atau tidak.”(DPRD DKI Jakarta)*

Dinyatakan juga mengenai kesulitan dalam melakukan penilaian sudahkah penetapan ini sesuai, efektif dan efisien. Berikut pernyataannya :

*"Agak sulit kita melihat ini karena alat ukurnya susah, untuk menilai sudah sesuai, efektif, efisien. Alat ukurnya susah. Yang pasti sekarang ini kalau orang ke RS pemerintah, pasti ada keluhan padahal pembiayaan kesehatan dibiayai oleh APBD."* (DPRD DKI Jakarta)

Diungkapkan juga mengenai kelemahan penetapan kebijakan GAKIN dikarenakan kelemahan data pasti jumlah penduduk di DKI Jakarta. Berikut pernyataannya:

*"Menurut saya sudah. Hal ini dapat dilihat dari nilai anggaran kesehatan yang besar dari DKI Jakarta terutama kaitannya dengan JPK GAKIN. Tetapi memang kelemahannya terletak pada data pasti jumlah penduduk miskin di DKI Jakarta."* (Bapeda DKI Jakarta)

*"Dalam menentukan keputusan GAKIN, kita belum melihat keefisiennya tetapi secara efektivitasnya cukup baik. Tetapi terkadang masih salah sasaran. Pemerataannya masih belum baik. Masih ada orang kaya yang berpura-pura tak mampu dan mendapatkan pembiayaan yang gratis."* (Dinas Kesehatan DKI Jakarta)

Selama ini dalam pembuatan kebijakan ini tidak seideal yang diungkapkan sebelumnya oleh pihak DPRD DKI Jakarta. Permasalahan tarif menjadi hal utama. Karena tarif tidak ditetapkan berdasarkan unit cost. Pihak pembuat kebijakan tidak mengerti bagaimana menentukan tarif, selama ini hanya mengikuti dinas kesehatan saja. Berikut kutipan wawancaranya :

*"Di DKI Jakarta ada peraturan daerah tentang retribusi daerah, untuk pelayanan RS, yang menentukan hitungan tindakan adalah Dinkes, kita tidak tahu apakah dalam penghitungan tersebut sudah melibatkan pihak – pihak yang tepat, yang tahu kesehatan atau tidak. Karena angka sangat rigid, DPRD terus terang kesulitan dalam membandingkan angka – angka yang diajukan oleh Dinas kesehatan. Misal operasi, ada bahasa- bahasa medis tertentu. Kita tidak tahu apa tindakan itu, dan mengapa biaya-nya sekian. Harusnya tarif itu memang dibicarakan oleh seluruh stakeholder. Harusnya ada Public Obligation Service untuk menutup selisih harga. Yang jadi persoalan mendasar kita gelap sekali dan tidak tahu mengenai satuan harga tindakan kesehatan."*

*Selama ini mekanisme-nya hearing dengan dinas kesehatan dan direktur RS saja."* (DPRD DKI Jakarta)

### 3. Implementasi Kebijakan : Bagaimana kebijakan dipatuhi & dimplementasikan ?

Menurut pembuat kebijakan, terdapat beberapa kendala dalam implementasi kebijakan diantaranya akses dalam GAKIN, kurangnya kesejahteraan tenaga medis, status kelembagaan rumah sakit, mekanisme APBD. Berikut pernyataan dari beberapa narasumber :

*"Implementasi masih kurang dan perlu ditingkatkan. Bicara GAKIN sebenarnya sudah ada alokasi dana-nya, tetapi tetap saja ada keluhan akses dalam memperoleh pelayanan. Masalah lainnya yaitu kurangnya kesejahteraan tenaga medis. Dan status RS itu sendiri, serta mekanisme APBD" (DPRD DKI Jakarta)*

*"Dalam implementasi program GAKIN dilakukan secara berjenjang, mulai dari Dinkes ke sudin ke puskesmas, lalu ke masyarakat. Tetapi saya masih sering menemukan bahwa di lapangan masih banyak yang belum tahu tentang program ini, termasuk petugas puskesmas sendiri." (Dinas Kesehatan DKI Jakarta)*

Dalam hal implementasi, kebijakan harus memenuhi kegiatan administratif dan prinsip *money follow function*.

*"Pemahaman kebijakan APBD, dengan masa berlaku selama satu tahun. Produk hukum secara administratif harus melalui DPA (Dokumen pelaksanaan Anggaran), membreakdown kegiatan ke dalam kode rekening pembelanjaan. Terlaksana atau tidaknya kegiatan, harus memenuhi kegiatan administratif. Dalam implementasi, pengelolaan keuangan negara berbasis kinerja, money follow function." (Bapeda DKI Jakarta)*

Sedangkan dari sudut pandang objek kebijakan, dalam hal subsidi dari APBD sudah sangat mencukupi, sedangkan GAKIN dikeluhkan keterlambatan penyampaian dana yang mengganggu kinerja operasional rumah sakit. Selain itu pada implementasinya, Rumah Sakit Duren Sawit yang merupakan rumah sakit khusus, harus menjalin kerjasama dengan dinas terkait seperti dinas sosial, berbagai panti laras, LSM serta sekolah – sekolah untuk meningkatkan jumlah pasien. Berikut dipaparkan oleh pihak Rumah Sakit Duren Sawit :

*"Implementasi keuangan dari segi alokasi dari subsidi sudah mencukupi, karena RS sudah merasakan sendiri pemenuhan kebutuhan yang diberikan dari pemda, mungkin mekanisme penyampaian dananya yang dirasakan kurang tepat waktu. Mengenai GAKIN karena anggaran tersebut sering datang terlambat, maka operasional dari rumah sakitpun juga menurun." (Ka.bag. Keuangan Rumah sakit Duren Sawit)*

*"Duren Sawit kan Rumah Sakit khusus, jadi harus pintar me-maintain pihak – pihak yang bekerjasama dengan kita misal dinas sosial, panti laras, LSM maupun sekolah-sekolah. Pihak – pihak inilah yang akan menghasilkan income bagi rumah sakit" (mantan direktur Rumah Sakit Duren Sawit)*

Sedangkan menurut mantan direktur Rumah Sakit Pasar Rebo pada implementasi kebijakan pembiayaan, rumah sakit harus mengacu pada 5P, sehingga untuk peningkatan kinerja, dan diharapkan juga meningkatkan keuangan.

*"Melihat satu rumah sakit sebagai jual jasa, walaupun ada didalamnya faktor sosial, yang dipentingkan harus ada 5P yaitu Place, Price, Person, Product dan Promotion. Dari 5P tersebut Pasar Rebo sangat baik.*

*Waktu swadana pendapatan 900 juta/tahun, sekarang pendapatannya 106 Miliar/tahun. Dahsyat ya.. Subsidi Pasar Rebo saat ini hanya untuk belanja modal, investasi alat." ( Mantan Direktur Rumah Sakit Pasar Rebo)*

#### **4. Evaluasi Kebijakan : Apakah kebijakan memenuhi tujuan atau sasarannya ?**

Berbagai mekanisme dilakukan untuk melakukan evaluasi, seperti penambahan dana GAKIN, membuat kebijakan SISKESDA, evaluasi langsung ke rumah sakit, dan diskusi sampai dengan pemanggilan direktur rumah sakit jika terjadi masalah. Berikut pemaparannya:

*"Evaluasi terus, menambah dana GAKIN setiap tahunnya, membuat kebijakan tentang SISKESDA misalnya, walaupun agak susah mendapat titik temu. Turun ke RS, herdiskusi dengan para dokter, pasien, pelayanan dari suster dan staf di RS, diskusi dengan manajemen, pengelola obat – obatan di RS. Melakukan evaluasi dengan diskusi, misal dengan Dinkes.*

*Kalau ada kasus kita langsung memanggil direktur RS tersebut, apa masalahnya, kenapa, dan bagaimana terjadinya. Bentuk kepedulian dari anggota DPRD.” (DPRD DKI Jakarta)*

Evaluasi dilakukan per 3 bulan, 6 bulan dan 1 tahun, berdasarkan anggaran berbasis kinerja. Berikut pemaparannya :

*”Kita melakukan evaluasi terhadap SKPD per 3 bulan, 6 bulan, dan 1 tahun. Bappeda fungsinya sebagai evaluator bagi SKPD tersebut. Berdasarkan evaluasi yaitu anggaran berbasis kinerja, tapi kalau evaluasi masalah administrasi keuangan yaitu inspektorat.” (Bappeda DKI Jakarta)*

Sedangkan untuk evaluasi kinerja rumah sakit terhadap GAKIN belum pernah dilakukan.

*”Evaluasi kinerja RS terhadap JPK GAKIN belum ada. Karena masalah SDM yang kurang. Palingan kita mendapatkan info dari LSM atau masyarakat setempat. Review dari dinkes ada dan kita dapat membahasnya disana. Ini merupakan bentuk dari evaluasi dinkes.” (Dinas Kesehatan DKI Jakarta)*

Dari beberapa pasien yang dilakukan wawancara mendalam, baik dari pasien umum, SKTM, dan GAKIN didapatkan bahwa evaluasi persepsi pelayanan di rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta :

#### **Bagaimana evaluasi pelayanan di rumah sakit pemerintah ?**

Terdapat perbedaan pendapat soal evaluasi pelayanan rumah sakit oleh pasien. Dari sudut pasien umum dinilai masih banyak kekurangan seperti pelayanan dokter yang kurang penjelasan, waktu pemberian obat yang ditunda sampai kepada kebersihan dan persepsi pasien mengenai perbedaan komunikasi dokter berdasarkan kelas rawat inap. Berikut seperti yang dipaparkan :

*”Dari pengobatan agak diundur, dokter sudah mengecek tapi pemberian obat ditunda. Tidak masalah, saya menerima, tetapi memang agak lama. Lalu soal kebersihan bersih sih bersih, tapi agak bawa pesing. Sedangkan dokter kalau memeriksa saya cepat – cepat, dokter tidak menjelaskan apa – apa, suami saya yang harus aktif menanyakan ke perawat. Kalau saya tanya ke dokter agak susah, kan kalau di kelas 1 atau 2 memang mungkin ditanggapi, mungkin karena lebih mahal, kelas 3 kan murah hanya 15 ribu.” (Pasien umum)*



Sedangkan menurut pasien GAKIN dan SKTM, dikatakan bahwa pelayanan sudah bagus, dokter ramah, walaupun ada masalah soal mahalnya biaya obat dari persepsi pasien SKTM. Berikut pernyataannya :

*"Kualitas bagus, pelayanan bagus, fasilitas bagus. Permasalahan saya adalah obatnya terlalu mahal, untuk saya orang miskin." (Pasien SKTM)*

*"Kualitasnya baik, semuanya ramah lah, dokternya perhatian tapi harus ditingkatkan lebih baik lagi. Klo dari pelayanan yang kurang cepat, tapi saya lancar setiap berobat kesini, gak ada masalah." (Pasien GAKIN)*

#### **Bagaimana evaluasi pembiayaan dari rumah sakit pemerintah ?**

Masalah biaya menurut pasien umum sedang, pasien SKTM menyatakan cukup meringankan, dan pasien GAKIN menyatakan sangat bersyukur. Berikut pernyataannya :

*"Masalah tarif memang sedang, tapi memang obat beli diluar. Pembiayaan cukup bagus sih bagus, tapi yang kasihan pasien didepan saya, karena gak ada biaya, dan gak punya KTP dan KK Jakarta, biaya hampir dua juta, setelah dipotong dari 6 juta, tetapi kasian juga karena harus pinjam dari orang lain." (Pasien umum)*

*"Alhamdulillah cukup, meringankan beban, Dengan SKTM lumayan, Alhamdulillah bantu orang susah." (Pasien SKTM)*

*"Masalah biaya bagi ibu orang agak punya Alhamdulillah bersyukur banget." (Pasien GAKIN)*

#### **5. Adaptasi Kebijakan**

Menurut Bapeda adaptasi dari sudut pembiayaan kesehatan maupun rumah sakit tidak dapat dilihat berapa dampaknya secara langsung, yang dapat dilihat hanya outcome-nya.

*"Hirarki tetap ada, jika ada dampak atau outcome dari sebuah input, hirarki tidak serta merta dampak terlihat secara langsung, misal lingkungan kita bersihkan, diare besok langsung hilang, kita harus objektif. Evaluasi bulanan,*

*progress. Jadi output. Tidak bisa menilai menimbulkan outcome.”(Bapeda DKI Jakarta)*

Sedangkan menurut anggota DPRD DKI Jakarta adaptasi dilihat dari penyerapan anggaran pada tahun tersebut, mana yang terserap dengan baik, mana yang tidak terserap dengan baik. Berikut pernyataannya :

*”Biasanya ada dalam perhitungan APBD. Sebelum APBD ada perhitungan di komisi. Misal pertengahan tahun pendapatan berapa, sudah terpenuhi belum, apa aktivitas yang dilaksanakan, berapa persen dana terserap? Kalau ada dana tidak terserap dengan baik, pada tahun berjalan akan langsung di-cut.”(DPRD DKI Jakarta)*

#### **6.2.8. Keterkaitan antara Status Kelembagaan dengan Kebijakan Pembiayaan Rumah Sakit milik Pemerintah DKI Jakarta**

##### **Apakah status kelembagaan yang tepat ?**

Menurut mantan direktur Rumah Sakit Pasar Rebo dan Duren Sawit, BLUD sudah merupakan status kelembagaan yang tepat. Walaupun sebenarnya secara keuangan, Rumah Sakit pasar Rebo sudah mampu menjadi Perseroan Terbatas (PT). Berikut pemaparannya :

*”Ada kondisi CRR. Pasarebo mestinya ada penilaian. BLUD penuh > 60 %, dibawah 50 % masih ada subsidi. Sebetulnya Pasarebo sudah mampu menjadi PT, karena makin lama subsidi makin kecil, menggaji pegawai sudah mampu.”*

*“ BLUD sudah merupakan status kelembagaan yang tepat. Yang paling penting pemimpin rumah sakit-nya yang harus pintar. Karena RS. Duren Sawit merupakan rumah sakit khusus sehingga dibutuhkan kerjasama dengan berbagai pihak terkait seperti panti, LSM, lembaga pemerintahan terkait, dll.” (Mantan direktur RS. Duren Sawit)*

##### **Bagaimana pendapat masyarakat tentang privatisasi rumah sakit ?**

Sedangkan pendapat masyarakat mengenai privatisasi adalah peningkatan biaya berobat. Kalaupun terjadi kenaikan taris, harus disertai peningkatan kualitas

elayanan. Semua pasien menyatakan keberatakan untuk dilakukan privatisasi rumah sakit milik pemerintah. Berikut pernyataannya :

*"Sudah pernah dengar. Tapi nanti kalau saya berobat disini mahal. Kalau pelayanan bagus, tapi tarif naik gak masalah. Tapi memang biasanya otomatis kalau pelayanan ditingkatkan biayanya juga meningkat"(Pasien umum)*

*"Kalau swasta agak berat bayarnya, jadi jangan dijadikan swasta."(pasien SKTM)*

*"RS diswastakan belum pernah dengar. Kalau swasta ya gimana, gak bisa nolong kami.jadi lebih baik pemerintah saja." (pasien GAKIN)*

#### **6.2.9. Usulan Evaluasi dan Rekomendasi terhadap Kebijakan dan Implementasi Strategi di Rumah Sakit Milik Pemerintah DKI Jakarta**

Terdapat beberapa rekomendasi usulan dari beberapa narasumber, diantaranya anggota DPRD DKI Jakarta yang menyatakan bahwa kedepannya akan diadakan kesepakatan sistem antara DPRD dan sektor kesehatan, terutama kebijakan terkait GAKIN, misalnya melalui asuransi. Berikut kutipannya :

*"Harus ada sistem yang disepakati dengan DPRD dan kesehatan mengenai bagaimana memberikan pelayanan yang baik kepada masyarakat DKI Jakarta, khususnya GAKIN.*

*Misal asuransi, berapa preminya, apa saja penyakit yang mungkin diderita, berapa tahun kualitas hidup masyarakat jakarta.*

*Problem data kependudukan, sampai sekarang tidak tahu berapa jumlah penduduk di Indonesia, di DKI Jakarta. Karena satu orang punya beberapa identitas."(DPRD DKI Jakarta)*

Sedangkan dari pihak objek kebijakan yaitu pimpinan rumah sakit menyatakan bahwa khusus untuk Rumah Sakit Duren Sawit memerlukan kemampuan dalam menjalin kerjasama dengan pihak terkait seperti panti, sekolah, pusat rehabilitasi narkoba, dan lain – lain. Dinyatakan juga pimpinan rumah sakit

harus memiliki kemampuan dan kepintaran dalam mengelola rumah sakit khusus seperti Rumah sakit Duren Sawit. Berikut kutipannya :

*" Rumah Sakit khusus seperti Duren Sawit haruslah memiliki kemampuan maintenance yaitu menjalin kerjasama dengan berbagai pihak seperti panti laras, pusat rehabilitasi narkoba, dinas sosial, sekolah – sekolah. Karena kan sumber pemasukan kita ya, dari mereka. Jadi kita harus jemput bola. Selain itu pimpinan rumah sakit-nya harus pintar dan mengerti apa yang harus dilakukan pada rumah sakit khusus seperti Duren Sawit"(mantan Direktur RS Duren Sawit)*

Sedangkan kabag. Keuangan Rumah Sakit Duren Sawit menyatakan bahwa perlu dilakukan suatu perbaikan pola tarif rumah sakit yang disesuaikan dengan unit cost untuk menghasilkan sebuah kemandirian rumah sakit. Selain itu, permasalahan pembayaran GAKIN yang terlambat dari segi waktu dapat diperbaiki dengan sistem online, jadi proses verifikasi akan lebih cepat. Berikut kutipannya :

*"Perbaikan pola tarif rumah sakit. Baik dari unit cost dibandingkan dengan tarif. Jadi RS dengan BLUD kemandiriannya dapat dicapai. Proses penagihan GAKIN, antara unit GAKIN pemda dan RS dapat dilakukan secara cepat dan sederhana. Bila kita punya Online, mungkin akan lebih cepat proses verifikasi dari pembayaran. Contohnya selama ini, data perincian pembayaran per pasien tidak terinci dengan baik dari dinkes, sehingga pembayaran jasa medis dari seorang dokter tidak diketahui secara pasti. Dengan adanya billing system pembacaan verifikasi akan lebih cepat dan valid. Selama ini belum ada pembicaraan ke dinkes. Lakukan audit berkala bisa dilakukan untuk mengecek sistem yang telah ada dengan cara sampling."*

Saran terhadap rumah sakit sebagai objek kebijakan juga datang dari mantan direktur rumah sakit Pasar Rebo, yaitu perbaikan sumber daya manusia, dengan cara a) Membentuk team yang kuat, solid, kompak, kondusif; b) Trust building, untuk saling percaya; c) Positif thinking; d) Individu organisasi ada kelebihan dan kekurangan; e) Bergandengan tangan untuk mencapai visi dan misi; juga dengan perbaikan budaya pada organisasi rumah sakit. Berikut kutipannya :

*"Perubahan tidak gampang, hampir 5 tahun SDMnya kami perbaiki. Waktu swadana ditanya, apa yang mau diperbaiki, gedungnya, fasilitasnya, tapi kami memilih mengembangkan SDM. Karena kan SDM yang menggunakan regulasi dan fasilitas.*

*Kalau kita melakukan suatu perubahan, dengan pemikiran berbeda merubah menjadi memiliki persepsi yang sama dengan organisasi, bagaimana caranya, ini merupakan suatu proses. Yang dilakukan di Pasarebo adalah : 1. Membentuk team yang kuat, solid, kompak, kondusif; 2. Trust building, untuk saling percaya; 3. Positif thinking; 4. Individu organisasi ada kelebihan dan kekurangan; 5. Bergandengan tangan untuk mencapai visi dan misi.*

*Organisasi yang bercahaya, maka sekeliling kita akan datang. Kalau negatif thinking, auranya akan berantakan, kacau, mutu tidak terjamin.*

*Kalau SDM dan budaya tercipta, maka ilmu yang lain akan mengikuti. Ilmu keuangan ada, mutu ada."*

Sedangkan harapan dari sudut pandang pasien, selaku penerima jasa pelayanan yaitu maju dalam pelayanan, konsultasi dengan dokter yang memuaskan, tarif yang tidak mahal dan memberatkan, serta kebersihan dari rumah sakit tersebut.

Berikut kutipannya :

*"Lebih maju pelayanannya, bisa puas berobat disini, lebih enak konsulnya sama dokter."*

*"Jangan terlalu mahal, tarifnya kalo gak ngurus – ngurus pasti mahal. Alhamdulillah bayarnya 30 % aja, walaupun ngutang, jadi gajinya dipotong enam bulan.*

*Renovasi cat aja, biar lebih mengkilap gitu, kamar udah lumayan dan bersih."*

*"Yang perlu ditingkatkan sudah bagus semua keterima dengan baik bagi ibu, tapi gak tau kalau yang lain dari GAKIN."*

Pendapat dari interest group, diantaranya dari ARSADA dan Pakar organisasi dan manajemen rumah sakit menyatakan bahwa pemerintah harus membicarakan kebijakan pembiayaan dengan para ahli keuangan. Berikut kutipannya :

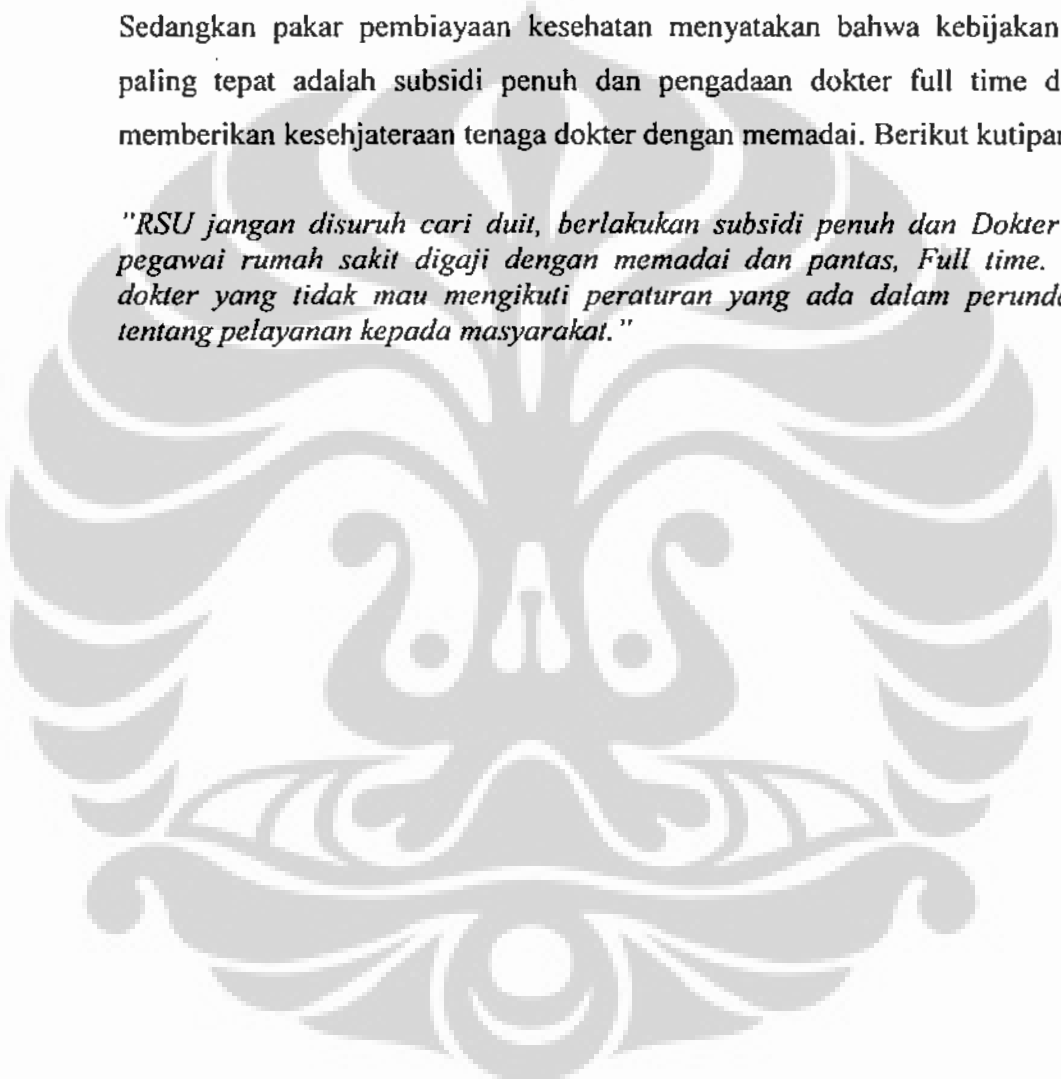
*"Harusnya pemerintah mengundang para ahli keuangan untuk duduk bersama dan mendiskusikannya, lalu ketika rumah sakit mengajukan tentang pembiayaan harus ada pihak2 tersebut. Dan komentar mereka bagaimana." (ARSADA)*

*"Dalam menetapkan pembiayaan tarif kesehatan tersebut memerlukan orang-orang yang ahli dalam menghitung demand dan supplier yang dibutuhkan. Dan yang diambil adalah normative cost.*

*Staf ahli harus diikuti sertakan untuk memberikan pendapat tentang pengambilan keputusan kebijakan pembiayaan kesehatan"(Pakar Organisasi dan Manajemen RS)*

Sedangkan pakar pembiayaan kesehatan menyatakan bahwa kebijakan yang paling tepat adalah subsidi penuh dan pengadaan dokter full time dengan memberikan kesejahteraan tenaga dokter dengan memadai. Berikut kutipannya :

*"RSU jangan disuruh cari duit, berlakukan subsidi penuh dan Dokter serta pegawai rumah sakit digaji dengan memadai dan pantas, Full time. Ganti dokter yang tidak mau mengikuti peraturan yang ada dalam perundangan tentang pelayanan kepada masyarakat."*



## BAB 7 PEMBAHASAN

### 7.1. Keterbatasan Penelitian

Kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah merupakan faktor kunci dalam masalah kesehatan, seperti yang diungkapkan oleh pakar pembiayaan kesehatan. Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan analisis politik kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008.

Dalam pelaksanaan penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Keterbatasan penelitian ini meliputi :

1. Cakupan penelitian berupa kebijakan pembiayaan rumah sakit sangat luas terdiri dari pola pengelolaan keuangan, tarif, subsidi dari APBD, pendapatan yang berasal dari GAKIN dan SKTM, belanja alat kesehatan, belanja sumber daya manusia, dan lain – lain.  
Sehingga tujuan pada penelitian ini baru diungkapkan gambaran serta analisis politik kebijakan secara umum, belum dapat digali secara spesifik. Oleh karena itu penelitian ini merupakan penelitian awal yang perlu dikembangkan menjadi penelitian – penelitian kebijakan pembiayaan yang lebih spesifik dan dilakukan analisis per satuan lingkup kebijakan.
2. Banyaknya aktor yang terlibat dalam kebijakan pembiayaan ini yang belum dilibatkan sebagai narasumber dalam penelitian ini. Pihak market seperti perusahaan farmasi, alat kesehatan, asuransi, dan lain-lain belum dilibatkan sebagai narasumber. Kedepannya perlu dilakukan penelitian tentang kebijakan pembiayaan yang juga melibatkan pihak tersebut.
3. Keterbatasan dalam hal pengumpulan data sekunder yang dapat menunjang penelitian ini, misalkan data keuangan yang dapat diolah sebagai data kuantitatif dan dapat menjadi bukti konkret gambaran hasil kebijakan. Sehingga kedepannya perlu dilakukan penelitian kuantitatif pada hal tersebut.

4. Keterbatasan dalam hal pendataan data-data sekunder yang ada di instansi pemerintah DKI Jakarta, misalkan data jumlah nominal uang GAKIN hanya terkapitulasi dengan baik pada tahun 2008 ( Maret s/d Desember ).
5. Keterbatasan peneliti. Peneliti hanya merupakan peneliti individu, bukan merupakan tim sedangkan untuk pengembangan penelitian kebijakan pembiayaan ini dimana data primer dan sekunder yang diperlukan melibatkan banyak pihak yang memerlukan tenaga dan waktu yang lebih banyak lagi.

Segala keterbatasan yang terjadi dalam penelitian ini tidak mengurangi validitas dan keabsahan data untuk menghasilkan analisis politik kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta. Tetapi semua keterbatasan penelitian yang ada merupakan catatan penting untuk pengembangan dan penelitian selanjutnya.

#### **7.2. Analisis Dokumen Kebijakan Pembiayaan Rumah Sakit Milik Pemerintah DKI Jakarta Tahun 2004 – 2008**

Dari hasil penelitian melalui telaah dokumen berupa peraturan dan regulasi terkait kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta, maka didapatkan bahwa terdapat beberapa peraturan dan regulasi terkait dengan hirarki sebagai berikut :

1. Pancasila yang merupakan sumber dari segala sumber hukum
2. Undang – Undang Dasar 1945 yang merupakan hukum dasar
3. Undang – Undang
4. Peraturan Pemerintah
5. Peraturan Presiden
6. Keputusan Mahkamah Agung
7. Permendagri
8. Permenkes / Kepmenkes
9. Peraturan Daerah



10. SK Gubernur DKI Jakarta / Peraturan Gubernur DKI Jakarta

11. Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Dinas Kesehatan DKI Jakarta

Sehingga didapatkan bahwa pada dokumen berupa peraturan dan regulasi terkait kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta :

1. Tidak satupun dokumen yang bertentangan dengan Pancasila sebagai sumber dari segala sumber hukum dan UUD 1945 sebagai hukum dasar negara Republik Indonesia.
2. Adanya keterkaitan erat antara peraturan dan regulasi terkait mengenai kebijakan pembiayaan dengan peraturan menteri dalam negeri mengenai pengelolaan keuangan daerah. Hal ini terkait dengan adanya desentralisasi daerah dimana terjadi perubahan tatanan sosio – ekonomi politik yang menuntut otonomi lebih luas dari daerah untuk mengelola daerahnya sendiri. Hal ini juga dinyatakan oleh Waturrandang (2005).
3. Beberapa dokumen mengenai status kelembagaan dan pola pengelolaan keuangan rumah sakit umum daerah, mulai dari peraturan daerah sampai dengan keputusan mahkamah agung. Hal ini menunjukkan bahwa status kelembagaan merupakan isu yang sangat penting dalam menjawab tantangan pelayanan kepada masyarakat. Hal ini dinyatakan juga oleh Rijadi (2005); Thabrany (2005).
4. Beberapa peraturan mengenai penerapan GAKIN
5. Beberapa peraturan mengenai tarif yang diatur dalam retribusi daerah.
6. Peraturan mengenai pengadaan barang dan jasa pemerintah.
7. Tidak atau belum adanya peraturan mengenai SISKESDA (Sistem Kesehatan Daerah) sehingga arah kebijakan terhadap sistem kesehatan di daerah DKI Jakarta belum dirumuskan secara spesifik.
8. Tidak atau belum adanya dokumen peraturan dan regulasi berupa Undang – Undang Rumah Sakit, yang merupakan peraturan dasar bagi pelaksanaan pelayanan suatu rumah sakit, dimana pembiayaan rumah sakit adalah salah satu faktor yang harus diatur dalam Undang – Undang tersebut. Undang –

Undang rumah sakit sangat diperlukan untuk mengatur seluruh aspek rumah sakit baik dalam hal kelembagaan rumah sakit, manajerial rumah sakit maupun pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

### **7.3. Analisis Garis Besar Kebijakan Pembiayaan Rumah Sakit Milik Pemerintah DKI Jakarta Tahun 2004 – 2008**

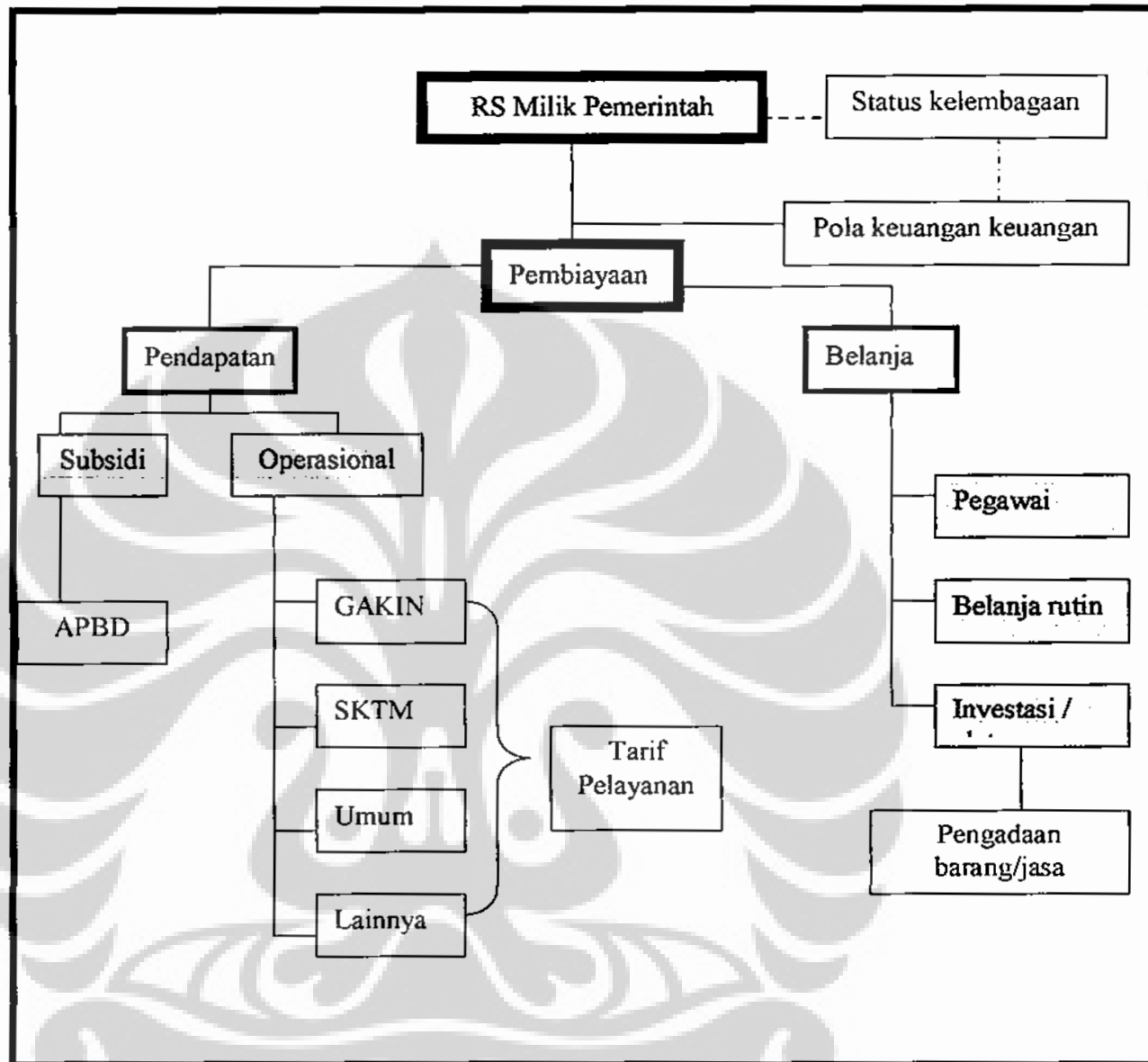
Dari hasil penelitian mengenai gambaran kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah dari hasil wawancara mendalam dengan beberapa narasumber dan telaah dokumen berupa peraturan dan regulasi maka terdapat dua pernyataan berbeda dari para narasumber. Para pembuat kebijakan mengatakan bahwa pembiayaan kesehatan, terutama rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta sudah mengalami perbaikan yaitu dalam arah menjadi SISKESDA yang didalamnya terdapat JAMKESDA, keberpihakan anggaran DKI Jakarta untuk kesehatan sebesar 7 %, diberlakukannya JPK GAKIN. Sedangkan para interest group menilai sistem dan pembiayaannya masih sangat lemah, yaitu hitungan pembiayaan rumah sakit tidak berdasar unit cost, dan subsidi seharusnya dalam bentuk Public Service Obligation, dan dana pembiayaan masih terbatas, dengan pengelolaan yang tidak efektif dan efisien. Hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan antara persepsi pembuat kebijakan dan interest group. Sesuai penelitian Gani (1987) bahwa besar kecilnya persepsi pembiayaan kesehatan ini terjadi dikarenakan pihak pembuat kebijakan masih berpikir secara konsumtif yaitu masih menilai investasi besar dalam bidang kesehatan merupakan sesuatu pemborosan, sedangkan para interest group melihat sebagai sektor produktif yaitu kesehatan sebagai investasi jangka panjang untuk meningkatkan kualitas hidup manusia. Hal ini menunjukkan bahwa kebijakan adalah interaksi elit kunci dalam setiap detail proses kebijakan termasuk tarik – menarik kepentingan antara aktor, interaksi kekuasaan, alokasi sumber daya dan bargaining position di antara elit yang terlibat, sesuai yang diungkapkan oleh Ayuningtyas (2008) dan Adisasmito (2007).

Rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta adalah bagian dari sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan yang memberikan pelayanan kuratif maupun preventif, serta menyelenggarakan pelayanan rawat inap maupun rawat jalan bagi masyarakat DKI Jakarta.

Pembiayaan terdiri dari pendapatan subsidi dan operasional. Dimana subsidi berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) DKI Jakarta, yang memiliki mekanisme Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA). Sedangkan pendapatan operasional berasal dari pendapatan GAKIN, SKTM, maupun pasien umum. Dimana tarif yang akan menentukan jumlah pendapatan operasional. Di rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta, masih banyak yang mengandalkan pendapatan operasional GAKIN untuk mengatur belanja operasional sehari – hari. Sedangkan belanja dalam pembiayaan terdiri dari investasi/ alat, belanja rutin dan pegawai. Dimana belanja investasi / alat diatur melalui pola pengadaan barang dan jasa.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa gambaran kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta meliputi berbagai aspek kebijakan dan keterkaitan dengan kebijakan lainnya, misalnya kebijakan tarif, dana JPK GAKIN dan SKTM, dan pengadaan barang dan jasa. Oleh karena itu perlu diketahui aktor, konten, konteks serta proses dalam menentukan kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta.

Sehingga digambarkan pada gambar 7.1. dibawah ini gambaran kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008.



#### **7.4. Analisis Aktor, Konten, Konteks dan Proses dalam Kebijakan Pembiayaan Rumah Sakit Milik Pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008.**

##### **7.4.1. Analisis Aktor**

Menurut Walt (2005) dikatakan bahwa aktor adalah orang individu, organisasi maupun negara dan tindakannya yang mempengaruhi kebijakan. Disebutkan bahwa dalam penelitian ini terdapat aktor dalam kebijakan ini yaitu Presiden Republik Indonesia; Menteri Kesehatan; Menteri Dalam Negeri; DPR RI; DPRD DKI Jakarta; Gubernur DKI Jakarta; Bapeda DKI Jakarta ; Dinas Kesehatan; Rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta termasuk didalamnya organisasi tersebut serta tenaga sumber daya manusia (SDM) baik medis maupun non-medis. Dalam penelitian ini yaitu Rumah Sakit Pasar Rebo dan Rumah Sakit Khusus Duren Sawit; Masyarakat luas – yaitu sebagai pengguna jasa layanan sekaligus evaluator dalam implementasi kebijakan, diantaranya yaitu pasien umum, GAKIN, SKTM, ASKES, JAMSOSTEK, pasien perusahaan, maupun pasien asuransi komersial; Interest group yaitu para aktivis masyarakat maupun organisasi yang menyoroti kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta yaitu Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI), Ikatan Dokter Indonesia (IDI), LSM – LSM, Palang Merah Indonesia (PMI); Dinas lainnya yang terkait kesehatan secara tidak langsung seperti Dinas Sosial.

Tetapi masih terdapat beberapa pihak yang belum diungkapkan oleh telaah dokumen dan wawancara mendalam. Aktor tersebut adalah :

- a. Market yaitu yang berhubungan dengan pelayanan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta, misal perusahaan alat kesehatan, perusahaan farmasi dan obat – obatan, perusahaan bahan medis habis pakai, perusahaan makanan dan minuman, perusahaan cleaning service dan kebersihan, perusahaan jasa konsultan manajemen rumah sakit

- b. Market yaitu yang berhubungan dengan pembiayaan dan asuransi kesehatan, seperti pengelola GAKIN dan SKTM dalam hal ini dinas kesehatan DKI Jakarta, pengelola ASKES, pengelola JAMSOSTEK, asuransi perusahaan, asuransi komersial, serikat pekerja.
- c. Interest group yaitu para aktivis masyarakat maupun organisasi yang menyoroti kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta yaitu Asosiasi Rumah Sakit Daerah Indonesia (ARSADA); Yayasan Pemberdayaan Konsumen Kesehatan Indonesia (YPKKI); Persatuan Manajer Rumah Sakit Indonesia (PERMAPKIN); Ikatan Dokter Indonesia (IDI); PDGI (Persatuan Dokter Gigi Indonesia); Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI); Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia (ISFI); pakar pembiayaan kesehatan; pakar status kelembagaan rumah sakit.
- d. Pihak Internasional yaitu organisasi yang terkait dengan kebijakan pembiayaan rumah sakit seperti WHO, World Bank, dan UNICEF.

Seluruh pihak yang terlibat sesuai dengan Walt (2005) yaitu terdiri dari pemerintahan, market, masyarakat, interest group maupun pihak internasional. Dinyatakan oleh Walt (1994) bahwa aktor merupakan pusat dari triangle framework kebijakan kesehatan. Dalam penelitian ini aktor dapat sebagai individual, perusahaan maupun organisasi pemerintah.

Dengan mengetahui siapa saja aktor dalam kebijakan, dan maka akan diketahui siapa yang mengendalikan kekuatan dan konflik dalam mempengaruhi kebijakan. Hal ini sesuai dengan teori Walt (2005); Graham Allison (1971) dalam Lele(1999); David Easton dan Woll (1996).

Oleh karena itu harus dilakukan identifikasi siapa yang memiliki kekuatan dan siapa yang paling mempengaruhi pembiayaan rumah sakit pemerintah, karena hal ini akan mempengaruhi konten dan konteks dari kebijakan.

### **Peran Lembaga Legislatif**

Juga diungkapkan bahwa anggota DPRD DKI Jakarta sebagai pembuat kebijakan utama atau lembaga legislatif bahwa mereka telah menyadari bahwa perlunya dilakukan pelibatan keseluruhan stakeholder dalam pembuatan kebijakan, tetapi hal ini belum dapat dilakukan dikarenakan banyaknya persoalan lain yang terus berkembang. Alasan ini sangat disesalkan dikarenakan permasalahan pembiayaan kesehatan haruslah dipandang sebagai prioritas dasar yang merupakan kunci untuk menyelesaikan permasalahan kesehatan lainnya, sesuai yang diungkapkan oleh pakar pembiayaan kesehatan dalam wawancara mendalam. Sedangkan seharusnya pelibatan stakeholder atau keseluruhan aktor dalam kebijakan adalah hal yang utama. Hal ini sesuai pernyataan oleh pakar pembiayaan kesehatan dan pakar organisasi dan manajemen rumah sakit. Walt (2005) dinyatakan bahwa lembaga legislatif merupakan ekspresi dari keinginan masyarakat dan sebagai badan pembuatan keputusan tertinggi, sehingga diharapkan mempunyai tiga fungsi yaitu mewakili rakyat, melaksanakan legislasi, dan mengawasi lembaga eksekutif.

### **Peran Lembaga Eksekutif**

Dalam penelitian ini, eksekutif yang terlibat meliputi Dinas Kesehatan, Bapeda, maupun Rumah Sakit milik pemerintah DKI Jakarta tersebut. Peran eksekutif sangat besar dalam menjalankan fungsinya, dalam hal ini memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui pelayanan rumah sakit. Tapi terkadang lembaga eksekutif adalah yang sebenarnya membuat kebijakan, hal ini dikemukakan oleh Walt (2005), yang sesuai dengan hasil penelitian bahwa walaupun legislatif yang menentukan hasil akhir, tetapi sebenarnya dinas kesehatan terkait dengan tarif pelayanan dan alokasi GAKIN, dan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta terkait pengajuan anggaran subsidi dalam APBD. Pihak eksekutif juga merupakan penentu agenda yang penting untuk mengusulkan kepada legislatif terhadap suatu isu yang berkembang.

### **Peran *Interest Group***

*Interest group* dalam penelitian ini terdiri dari Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI); Ikatan Dokter Indonesia (IDI); LSM – LSM; Palang Merah Indonesia (PMI); Asosiasi Rumah Sakit Daerah Indonesia (ARSADA); Yayasan Pemberdayaan Konsumen Kesehatan Indonesia (YPKKI); Persatuan Manajer Rumah Sakit Indonesia (PERMAPKIN); Ikatan Dokter Indonesia (IDI); PDGI (Persatuan Dokter Gigi Indonesia); Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI); Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia (ISFI); pakar pembiayaan kesehatan; pakar status kelembagaan rumah sakit. Termasuk juga market yaitu perusahaan alat kesehatan, perusahaan farmasi dan obat – obatan, perusahaan bahan medis habis pakai, perusahaan makanan dan minuman, perusahaan cleaning service dan kebersihan, perusahaan jasa konsultan manajemen rumah sakit; serta lembaga asuransi pemerintah dan komersial.

*Interest group* menurut teori Walt (2005) adalah sekumpulan orang yang secara sukarela memiliki sebuah tujuan, tetapi tidak ingin masuk dalam membuat kebijakan, tetapi berkeinginan untuk mempengaruhi kebijakan tersebut. Beberapa pihak *interest group* diatas, memiliki berbagai kepentingan untuk terlibat dalam kebijakan ini, misalnya organisasi profesi, seharusnya juga memiliki kekuatan atau kekuasaan dalam masalah ini, karena para praktisi (dokter, perawat, apoteker) adalah pelaksana teknis di rumah sakit dalam melayani masyarakat, sama halnya dengan organisasi manajemen rumah sakit seperti ARSADA dan PERMAPKIN. Berbagai pihak yang memiliki kepentingan akan laba yaitu berbagai perusahaan juga memegang pengaruh dan kekuatan besar dalam kebijakan ini. Hal ini dapat dilihat dari besarnya alokasi dana untuk alat dan kesehatan serta operasional rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta setiap tahunnya. Negara Indonesia belum memiliki peraturan yang jelas mengenai batasan antara sektor publik dan privat baik dalam hal tarif, standar pelayanan, maupun pengadaan barang dan jasa. Keterlibatan para akademisi seharusnya



dapat membuat persoalan makin jelas dengan berbagai teori dan ilmu yang dimiliki oleh mereka dalam membantu menentukan kebijakan.

### **Interaksi Aktor dalam Pembuatan Kebijakan**

Jika hasil penelitian ini didapatkan bahwa lembaga legislatif juga tidak memiliki kebijakan yang tepat dan kuat untuk mengatur masalah pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta, serta lembaga eksekutif yang sebenarnya membuat kebijakan secara tidak langsung, tidak menyadarinya, maka **siapakah pihak yang sebenarnya memegang kendali atas kebijakan tersebut ?**

Dari hasil penelitian ini berupa wawancara mendalam dengan narasumber maka didapatkan bahwa hampir semua pihak menyatakan pihak legislatif adalah aktor yang memegang kendali dalam kebijakan. Pihak eksekutif menyatakan kekuatan terbesar terdapat pada legislatif, sedangkan pihak legislatif menyatakan memiliki keterbatasan dalam menentukan kebijakan, dan hanya bersifat menyetujui saja. Sedangkan dari pihak interest group yaitu kalangan akademisi menyatakan bahwa mereka tidak pernah diajak terlibat dalam membantu melihat masalah dan merumuskan kebijakan sebagai solusi dari permasalahan tersebut, sedangkan pihak organisasi profesi juga menyatakan tidak pernah diajak untuk terlibat. Sedangkan interest group yaitu pihak market memang tidak dilibatkan dalam penelitian ini.

Jika dirunutkan dari persoalan diatas, maka menurut pendapat peneliti bahwa market menjadi satu – satunya pihak yang diuntungkan dari permasalahan ketidakpastian kebijakan ini. Market yaitu perusahaan alat kesehatan, perusahaan farmasi, perusahaan perusahaan bahan medis habis pakai, perusahaan makanan dan minuman, perusahaan cleaning service dan kebersihan, perusahaan jasa konsultan manajemen rumah sakit; serta lembaga asuransi pemerintah dan komersial yang akan menerima manfaat dari keadaan ini. Sebagai contoh, dari perusahaan alat kesehatan, selama tidak ada peraturan dan analisis serta review

terhadap kebutuhan rumah sakit dan alat kesehatan tersebut, serta pola pengadaan barang dan jasa yang digunakan sekarang, ada dua kemungkinan yaitu perusahaan alat kesehatan akan melakukan pemasaran kepada rumah sakit untuk membeli alat tersebut, atau adanya kerjasama antara pihak perusahaan yang mendorong pihak legislatif untuk menyetujui permohonan anggaran pembelian alat tersebut. Atau sebagai contoh kembali, pada perusahaan asuransi komersial, selama tarif yang ditetapkan oleh rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tidak sesuai dengan unit cost, maka asuransi komersial yang menggunakan jasa rumah sakit tersebut, akan menerima subsidi dari anggaran yang diberikan pemerintah DKI Jakarta kepada rumah sakit, maka dan tersebut menjadi salah sasaran.

**Bagaimana seharusnya hubungan diantara ketiga aktor dalam kebijakan tersebut ?**

Sesuai dengan sistem pemerintahan presidensial, dimana terdapat keterbukaan bagi eksekutif maupun pihak lainnya dalam pembuatan kebijakan. Walaupun tetap bahwa dalam sistem presidensial arah dua kebijakan politik berda dalam kontrol legislatif dan eksekutif. Legislatif sebagai lembaga tertinggi yang memiliki fungsi menghasilkan kebjijakan haruslah menjadi fasilitator dan mediator terhadap masukan dari eksekutif dan interest group.

Pertanyaan pertama apakah pihak legislatif memiliki keinginan untuk berubah, lalu apakah sumber daya untuk melakukan perubahan? Hal ini sesuai dikatakan oleh Walt (2005) dan narasumber akademisi yaitu semua arahan kebijakan dapat dilakukan dengan baik asalkan ada niat dan prioritas masalah mana yang menjadi kunci penyelesaian.

Hubungan antara legislatif dan eksekutif harus berkesinambungan. Evaluasi yang dilakukan oleh legislatif haruslah menjadi penentuan agenda bagi kebijakan selanjutnya, begitu pula dengan temuan yang berasal dari lembaga eksekutif itu

sendiri. Koordinasi dan review dari masalah adalah hal yang paling utama. Hal ini sesuai dengan Walt (2005).

Peningkatan fungsi dari interest group yaitu partisipasi, representasi, edukasi, motivasi, mobilisasi, monitoring dan provisi juga harus ditingkatkan. Lembaga legislatif harus mengajak eksekutif dan interest group dalam berpartisipasi dalam merumuskan kebijakan. Partisipasi tersebut dapat dilakukan melalui cara formal seperti forum diskusi dimana seluruh aktor turut dilibatkan secara aktif. Pelibatan akademisi mutlak harus dilakukan untuk melengkapi keterbatasan anggota DPRD DKI Jakarta untuk menyelesaikan masalah, misalnya perumusan tarif yang sesuai unit cost, sistem anggaran untuk rumah sakit, dana, alokasi dan sistem GAKIN.

#### **7.4.2. Analisis Konten**

Kebijakan ini merupakan kebijakan makro dan sistemik, baik secara nasional, lokal maupun regional. Konten kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008 terdiri dari status kelembagaan dan pola pengelolaan keuangan, alokasi dana dari APBD DKI Jakarta, dana GAKIN, dan realisasi anggaran dari Rumah Sakit Pasar Rebo dan Rumah Sakit Duren Sawit.

##### **1. Status Kelembagaan**

Status kelembagaan rumah sakit pemerintah di Indonesia dikatakan oleh narasumber bahwa akan mempengaruhi tiga hal yaitu pola pengelolaan keuangan, sumber daya manusia dan investasi. Hal ini sesuai dengan teori Chawla (1996) dalam Laksono (2006) mengenai otonomi dalam manajemen rumah sakit. Hal ini akan mempengaruhi seberapa jauh sentralisasi pengambilan keputusan dan jangkauan keputusan untuk menentukan kebijakan dan pelaksanaan program oleh rumah sakit.

Berikut perbandingan dari ketiga kelembagaan tersebut pada tabel 7.1.:

	<b>Swadana</b>	<b>BLU</b>	<b>PT</b>
<b>SDM</b>	Pegawai Negeri Sipil	Pegawai Negeri Sipil	Pegawai PT / perusahaan
<b>PPK (Pola Pengelolaan Keuangan)</b>	Uang dapat digunakan langsung	Uang dapat digunakan langsung, tetapi aset tidak dipisahkan	Uang dapat digunakan langsung, dan aset dipisahkan
<b>Investasi alat</b>	Melalui peraturan pemerintah	Melalui peraturan pemerintah	Melalui organisasi secara mandiri bisnis

Disebutkan oleh narasumber bahwa tujuan status kelembagaan dan pola pengelolaan keuangan dalam hal ini sama saja, untuk meningkatkan pelayanan prima, dan memudahkan operasionalisasi rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta. Hal ini sesuai dengan Thabrany (2005) yang menyatakan bahwa BLU merupakan alternatif penting dalam penerapan RSUD.

## 2. Alokasi dana subsidi APBD dan GAKIN

### a) Subsidi APBD

Pada tabel 6.3 dapat dilihat bahwa peningkatan dana APBD DKI Jakarta menunjukkan meningkatnya sumber pendapatan APBD yang berasal dari mobilisasi pajak, pinjama, hibah dan sumber lainnya, hal ini dinyatakan oleh Gani (2000). Tetapi peningkatan APBD ini tidak disertai dengan peningkatan alokasi dana urusan kesehatan. Pada tahun 2005 dan 2006, terjadi perubahan status RS.

Pasar Rebo dan RS. Cengkareng menjadi perseroan terbatas (PT), sehingga tidak diberikan dana subsidi dari APBD. Terlihat pada tahun tersebut terjadi penurunan alokasi dana untuk rumah sakit yang signifikan pada tahun tersebut. Tetapi setelah PT dibatalkan alokasi dana untuk RS Pasar Rebo dan RS. Cengkareng meningkat jauh lebih besar. Hal ini tidak sesuai dengan alasan awal pemberlakuan PT yaitu dikarenakan dua rumah sakit tersebut dinilai sudah mandiri, sehingga subsidi APBD dapat dihentikan.

Hampir seluruh rumah sakit mengalami peningkatan alokasi dana APBD dari tahun ke tahun, kecuali RS. Tarakan yang cenderung stabil. Alokasi untuk RS dinyatakan sudah cukup tetapi insentif dan penggajian para dokter masih kekurangan. Tentu saja hal ini menyebabkan dokter mencari sumber penghasilan di tempat lain.

Dilihat dari rasio alokasi dana kesehatan dibandingkan keseluruhan dana APBD alokasi dana dari APBD untuk kesehatan, makin menurun, dari alokasi dana 5,9 % pada tahun 2004 sampai kepada 3,8 % pada tahun 2008. Hal ini bertentangan dengan apa yang diungkapkan oleh dinas kesehatan pada wawancara mendalam yaitu terjadi peningkatan menjadi 7 %. Memang terjadi peningkatan secara jumlah nominal, tetapi tidak secara rasio. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan persepsi mengenai makin pedulinya pemerintah DKI Jakarta terhadap kesehatan.

Sedangkan rasio alokasi RS cenderung tetap, hal ini menyatakan bahwa pada tahun 2004 – 2008 subsidi RS masih cenderung stabil dan tidak mengalami penurunan yang menunjukkan belum terjadinya perubahan menuju kemandirian rumah sakit secara finansial.

Sedangkan alokasi dana untuk rumah sakit makin meningkat, dana ini diluar dana pendapatan yang berasal dari GAKIN. Hal ini menunjukkan adanya peningkatan dana pada tindakan kuratif. Pada tahun 2008, mencapai 56,5 % dari total dana

urusan kesehatan. Hal ini juga bertentangan dengan visi menuju Indonesia sehat menuju masyarakat yang mandiri.

**b) Pendapatan GAKIN**

Sedangkan pada tabel 6.4. dari pendapatan GAKIN, terlihat bahwa Rumah Sakit Koja menerima pendapatan dari GAKIN paling besar, dan Rumah sakit Pasar Rebo paling kecil. Hal ini menunjukkan masyarakat miskin paling banyak menggunakan fasilitas kesehatan di daerah Jakarta Utara yaitu Koja, sedangkan masyarakat miskin sangat sedikit sekali menggunakan fasilitas kesehatan di wilayah Pasar Rebo. Hal ini menunjukkan jika tarif tidak dihitung berdasarkan unit cost, maka banyak pihak umum yang akan diuntungkan dari subsidi pemerintah tersebut.

**c). Realisasi Anggaran Rs. Duren Sawit dan RS. Pasar Rebo**

Pada tabel 6.5 yaitu realisasi anggaran Rumah Sakit Duren Sawit, terlihat bahwa pendapatan Rumah Sakit Duren Sawit lebih banyak didominasi oleh subsidi dari APBD. Dan penerimaan GAKIN juga mengalami peningkatan. Dari data keuangan ini hampir sebagian besar dana subsidi terserap dengan baik. Hal ini menunjukkan bahwa rumah sakit ini masih sangat bergantung dari subsidi APBD. Realisasi dana subsidi APBD RS. Duren Sawit yaitu 100% pada tahun 2005, 2006, dan 2008. Sedangkan pada tahun 2004 dan 2007 subsidi yang diberikan lebih besar alokasi subsidi yang direncanakan.

Sedangkan pada tabel 6.6 yaitu realisasi anggaran Rumah Sakit Pasar Rebo, terlihat bahwa pendapatan Rumah Sakit Pasar Rebo lebih banyak didominasi oleh penerimaan operasional non GAKIN. Dan penerimaan GAKIN juga mengalami peningkatan. Dari data keuangan ini dana subsidi tidak terserap dengan baik, hanya digunakan untuk gaji pegawai negeri sipil dan investasi alat kesehatan. Sedangkan untuk operasional, langsung dibiayai oleh pendapatan rumah sakit. Hal ini menunjukkan bahwa rumah sakit ini sudah mandiri secara finansial. Subsidi dana pada APBD, hanya sedikit terserap, pada tahun 2004 hanya terserap

sebesar 21%, seangkan pada tahun 2008 terserap sebesar 22 %, dan pada tahun 2008 yaitu 14 %.

#### 7.4.3. Analisis Konteks

Pada konteks kebijakan pada penelitian ini analisis terdiri dari faktor situasional, faktor struktural, faktor kultural dan faktor internasional. Hal ini sesuai dengan Walt (2005).

##### 1. Faktor situasional.

Pada kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta telah menyadari konteks situasional yaitu berbagai kejadian yang berkaitan dengan kesehatan pada tahun 2004-2008 yaitu berbagai temuan masalah kesehatan seperti demam berdarah, bencana alam banjir, AIDS. Pengadaan program GAKIN dan SKTM juga ditujukan untuk mengatasi permasalahan kemiskinan dan masalah sosial lainnya. Dijabarkan oleh narasumber bahwa program GAKIN dan SKTM ini memiliki masalah dalam hal data pasti mengenai jumlah orang miskin dari BPS. Selain itu, terjadi perubahan status kelembagaan beberapa RS milik pemerintah DKI Jakarta.

Dengan memperhatikan faktor diatas, beberapa kebijakan telah dikeluarkan untuk mengatasi persoalan yang menyangkut situasi umum DKI Jakarta tahun 2004-2008. tetapi terhadap permasalahan ini diperlukan kerjasama dengan instansi terkait seperti BPS, dinas sosial, serta interest group (YLKI, YPKKI ). Rumah Sakit sebagai lembaga kesehatan yang dituntut bisa bekerja sama dengan instansi lain di wilayah baik instansi kesehatan maupun non kesehatan seperti pada hasil penelitian Ristini (2005).

##### 2. Faktor struktural

Dalam konteks kebijakan struktural, hendaklah memperhatikan lingkungan strategis yaitu ideologi, politik, ekonomi, sosial budaya, hankam. Dalam

ideologi pembuatan kebijakan harus merujuk kepada dasar negara yaitu Pancasila dan UUD 1945. kebijakan kesehatan harus didasarkan pada Pancasila dan UUD 1945 terutama pasal 28 UUD 1945 amandemen tahun 2000 : "setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan" ; amandemen UUD 1945 tanggal 11 Agustus 2002 dimana MPR mengamanatkan agar negara mengembangkan jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan pasal 34 ayat 2 UUD 1945 agar sistem pendanaan masa depan mencakup seluruh rakyat. Kebijakan pembiayaan Rumah Sakit Pemerintah DKI Jakarta tahun 2004-2008 menurut peneliti belum melihat kepada ideologi dasar mengenai fungsi RS dalam mewujudkan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat Indonesia secara adil dan merata. Sedangkan secara politik sesuai disampaikan oleh narasumber, konteks legislatif sebagai penentu anggaran subsidi untuk RS serta membuat kebijakan terkait seperti tarif GAKIN, pengadaan barang dan jasa juga harus diperhatikan sebagai aktor dominan dalam konteks politik. Adanya otonomi daerah juga sangat menentukan kebijakan bagi daerahnya masing-masing.

Sedangkan secara ekonomi perlu diperhatikan bagaimana mengelola dana kesehatan untuk masyarakat miskin dan hampir mungkin akan sangat mempengaruhi perekonomian warga. Sehingga dana tersebut harus dikelola secara efektif dan efisien. Menurut masyarakat miskin dana ini sangat membantu, tetapi menurut pasien SKTM karena membayar biaya rumah sakit gaji perbulannya dipotong sebesar dua ratus ribu rupiah, padahal pekerjaannya hanya sebagai tukang sapu jalanan. Sedangkan bagi masyarakat umum tidak begitu berpengaruh tetapi jika dapat memilih lebih baik ke Rumah Sakit swasta. Oleh karena itu, seharusnya kebijakan pembiayaan Rumah Sakit dapat bersifat adil bagi seluruh rakyat.

Sedangkan dari faktor sosial budaya, kebijakan pembiayaan belum dapat maksimal terutama terkait masalah pendataan GAKIN. Masih banyak



penerima yang tidak tepat sasaran. Oleh karena itu hendaknya dilakukan pendataan secara pasti oleh BPS dan kemudahan dalam pengurusan berkas syarat mendapat kartu GAKIN. Masyarakat hampir miskin yaitu mereka yang dapat menjadi miskin karena sakit juga harus dimasukkan kedalam kondisi tertentu agar mendapatkan kemudahan untuk biaya Rumah Sakit secara penuh.

Peningkatan kinerja oleh pegawai negeri sipil di rumah sakit milik pemerintah masih menjadi poin penting. Dimana persepsi masyarakat terhadap rumah sakit milik pemerintah masih buruk. Untuk itu diperlukan proses untuk menghilangkan persepsi tersebut. Misalnya dalam hal ini dengan upaya peningkatan kemampuan sumber daya manusia, *service excellent*, marketing sosial, dll. Hal ini sesuai dengan Wolper (1995).

Sedangkan konteks pertahanan keamanan perlu diperhatikan. Dalam penelitian ini belum ada satupun narasumber yang membahas mengenai konteks ini. Padahal pertahanan dan keamanan adalah faktor yang penting misalnya perlunya dukungan pertahanan dan keamanan dalam mencegah virus atau wabah antar bangsa, misalnya flu burung, flu babi, SARS. Dalam hal pembiayaan, rumah sakit harus menyediakan suatu alokasi dana untuk penanganan masalah ini serta merancang sistem yang tepat untuk penanganan secara darurat oleh rumah sakit, masyarakat maupun usulan terhadap pertahanan dan keamanan negara.

### 3. Faktor kultural

Terdapat pengaruh yang besar secara kultural. Kultur masyarakat DKI Jakarta yang bermacam-macam akan berkaitan dengan keputusan berobat ke rumah sakit milik pemerintah. Masyarakat mungkin enggan karena tidak terdata sebagai pasien GAKIN dan tidak punya biaya.

#### 4. Faktor internasional

Dalam kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta mungkin diperlukan suatu pengalaman dari negara-negara lainnya. Dalam hasil penelitian disebutkan bahwa Singapura sangat pintar dalam hal mengelola *image*, penampilan dan ilmu marketing, sehingga seluruh masyarakatnya tidak hanya orang miskin bahkan masyarakat negara lainpun mau berobat ke rumah sakit milik pemerintah.

Hal ini wajar untuk dicontoh mengingat ilmu marketing adalah salah satu faktor penting dalam lembaga rumah sakit. Hal ini sesuai dengan teori Kotler (1987).

Sedangkan dalam hal sistem, Malaysia juga perlu dicontoh dimana seluruh anggaran dibiayai secara penuh dan rumah sakit hanya bertugas memberikan pelayanan terbaik, bukan mengelola uang. Hal ini sesuai dengan tugas dasar dalam fungsi rumah sakit yang dikemukakan oleh WHO. Pembiayaan secara penuh akan menyebabkan rumah sakit fokus pada masalah pelayanan.

Sedangkan masalah tarif rumah sakit swasta juga harus diatur. Hal ini juga mempengaruhi pilihan masyarakat terhadap rumah sakit pemerintah dan swasta. Dengan perbedaan harga yang sedikit tetapi fasilitas lebih bagus, masyarakat umum lebih memilih rumah sakit swasta. Tetapi jika tarif diatur sesuai unit cost dan pelayanan bagus, rumah sakit pemerintah pasti akan lebih dipilih.

#### 7.4.4. Analisis Proses

Pada pembahasan ini akan dibahas proses pembuatan kebijakan sesuai dengan tahapan, yaitu:

### 1. Identifikasi masalah

Menurut hasil penelitian bahwa Bapeda menentukan agenda dalam anggaran melalui temuan atau kejadian di lapangan, informasi data yang ada, serta usulan melalui musyawarah. Bapeda memiliki fungsi menyelenggarakan pemerintahan daerah di bidang perencanaan pembangunan daerah; menyelenggarakan penelitian dan pengembangan; memantau dan mengevaluasi pelaksanaan perencanaan pembangunan di daerah, menyadari secara penuh fungsinya untuk menghasilkan alokasi anggaran yang tepat untuk rumah sakit.

Sedangkan anggota DPRD DKI Jakarta sebagai penentu kebijakan alokasi anggaran untuk rumah sakit dan pembuat kebijakan terkait menetapkan anggaran dengan ketidakcukupan dalam hal pengetahuan, sehingga dalam menetapkan anggaran hanya menyetujui anggaran yang diajukan.

Sedangkan dalam pelaksanaan dana JPK GAKIN hanya melalui masukan dari masyarakat saja, belum ada evaluasi kinerja rumah sakit terhadap GAKIN.

Dari ketiga pernyataan tersebut didapatkan bahwa hanya Bapeda yang memiliki kemampuan dasar dalam penentuan agenda. Sedangkan DPRD DKI hanya menyetujui saja. Dan dinas kesehatan sebagai mitra kerja rumah sakit, belum secara maksimal melakukan evaluasi dari temuan masalah di rumah sakit.

Hal ini sangat tidak sesuai dalam prinsip-prinsip dasar penentuan agenda. Terlebih lagi anggota DPRD DKI Jakarta sebagai aktor dominan harus memiliki kapabilitas dalam proses identifikasi masalah. Hal ini sesuai dengan teori Hogwood dan Gun (1994, dikutip oleh Barker, 1996). Dinyatakan bahwa pemerintah seharusnya melaksanakan program secara aktif dalam mencari masalah, karena mereka perlu mengantisipasi masalah dan akibatnya sebelum

krisis terjadi. Juga perubahan informasi dan kebutuhan, masalah baru yang muncul, tersedianya penyelesaian yang baru, dan perubahan perilaku.

Dalam menentukan agenda, menurut model Hall bahwa kebijakan pembiayaan RS milik pemerintah DKI Jakarta masih baru pada tahap legitimasi yaitu berhubungan dengan masalah dimana pemerintah merasa perlu memperhatikan dan merasa berhak mencampuri. Sedangkan kelayakannya yang ditentukan oleh pengetahuan teoritis, praktis, sumber keuangan, dll serta dukungan masyarakat belum dilakukan. Pada model Kingdon, kebijakan ini baru memasuki tahap aliran masalah yang hanya mempelajari tanda – tanda masalah utama dan umpan balik.

## 2. Formulasi kebijakan

Menurut narasumber, formulasi kebijakan dilakukan di tingkat legislatif yaitu DPRD DKI Jakarta terkait dengan hak budget dari legislatif. Dalam proses pengajuan proposal atau disebut sebagai Rencana Bisnis Anggaran (RBA) dan Rumah Sakit diajukan kepada Bapeda. Dimana menurut pemaparan Bapeda bahwa pihak rumah sakit melalui tahapan tanya jawab dan diskusi prioritas yang panjang dengan pihak Bapeda. Pihak rumah sakit diwajibkan untuk menyusun prioritas dari yang terpenting sampai tidak terlalu penting. Hal ini dilakukan untuk penyesuaian perencanaan dengan alokasi dana yang tersedia. Terjadi interaksi dan diskusi untuk menentukan prioritas anggaran.

Tetapi hal berbeda terjadi pada tingkat DPRD DKI Jakarta dimana DPRD DKI Jakarta mengatakan hanya menyetujui saja dan terjadi persepsi DPRD DKI Jakarta terhadap rumah sakit yaitu pihak yang mengajukan proposal tetapi tidak memiliki pemahaman secara mendalam terhadap isi perencanaan tersebut.

Hal yang belum sesuai adalah prinsip penetapan kebijakan yang belum sesuai dengan prinsip kesesuaian, efektivitas, efisiensi, ekuitas dan workability. Hal ini disampaikan oleh DPRD DKI Jakarta yang mengakui bahwa penetapan kebijakan hanya berdasarkan pengajuan dan kejujuran saja, tidak berdasarkan pengetahuan yang memadai. Hal ini bertentangan dengan prinsip Bridgman and Davis, WHO (2003) dan Walt (1994)

Sedangkan dalam penilaian apakah penetapan ini sudah sesuai efektif dan efisien dinilai masih kesulitan, baik dari hal subsidi APBD, kebijakan GAKIN, maupun tarif unit cost. Dalam hal GAKIN, permasalahan utama masih merupakan kelemahan data, serta penilaian GAKIN apakah efektif dan efisien terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat DKI Jakarta juga belum dilakukan. Permasalahan salah sasaran serta pemerataan juga menjadi poin penting. Hal ini terjadi karena data pasti yang belum ada, keterkaitan dengan data identitas penduduk Jakarta, berapa yang miskin dan hampir miskin, bagaimana cara penetapan golongan tersebut.

Sektor kesehatan memang tidak memegang kendali terhadap permasalahan ini, tetapi memiliki kepentingan dalam hal ini. Oleh karena itu kerjasama dengan sektor lainnya sangat penting untuk dilakukan.

Permasalahan tarif yang ditetapkan melalui peraturan daerah juga ditetapkan berdasarkan ajuan Dinas Kesehatan, belum melibatkan kajian dari komisi E DPRD DKI Jakarta. DPRD DKI Jakarta juga mengakui mereka tidak mengerti istilah-istilah medis tertentu. Wacana untuk menjadikan tarif Rumah Sakit sebagai Public Obligation Service juga sempat dipikirkan, hal senada juga disampaikan oleh ARSADA dan mantan direktur Rumah Sakit Pasar Rebo dalam bahasan sebelumnya.

Penetapan tarif menurut di negara Malaysia menurut pakar organisasi dan manajemen rumah sakit, ditetapkan langsung oleh legislatif, yang mengikat rumah sakit pemerintah dan swasta, serta dihitung sesuai dengan unit cost.

Dalam formulasi kebijakan, interest group belum dapat mempengaruhi kebijakan yang ditetapkan oleh legislatif. Interest group belum memiliki pengaruh dan kekuasaan dalam menentukan kebijakan.

### 3. Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan mengalami kendala akses dalam GAKIN akan mengarah kepada data yang belum pasti, kurangnya kesejahteraan tenaga medis juga sangat dimungkinkan terkait dengan perhitungan tarif yang tidak sesuai dengan unit cost serta status kelembagaan rumah sakit harus dilakukan kajian yang paling tepat dalam penetapannya.

Kebijakan harus memenuhi kegiatan administratif dan prinsip *money follow function*. Hal ini sangat sesuai seperti yang diungkapkan oleh David Easton.

Keterlambatan dana GAKIN untuk diteruskan ke rumah sakit menjadi keluhan dari objek kebijakan. Hal ini harus dicarikan solusi dalam hal penyampaian dana, apakah dikarenakan proses verifikasi yang terlalu panjang, atau hal lainnya. Pihak rumah sakit dan Dinkes harus memikirkan solusi terhadap hal ini secara bersama-sama untuk menghasilkan solusi yang tepat.

Pernyataan mengenai implementasi kebijakan pembiayaan harus mengacu kepada 5P (place, price, person, product, dan promotion) sangat baik. Secara umum, hampir setiap rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta memiliki keunggulan dalam hal 5P tersebut, upaya Rumah Sakit Pasar Rebo juga patut diikuti oleh Rumah Sakit lainnya.

Implementasi kebijakan ini dilakukan dengan pendekatan *Top-down* bahwa dalam perumusan kebijakan terjadi di dalam pemerintah nasional, antara pemberi dan pembuat kebijakan. Selain itu juga dapat dipengaruhi oleh pengaruh dari :

Hubungan pusat – daerah yaitu kemampuan tingkat bawah (objek kebijakan) membuat proposal, yaitu kekurangan dalam hal sumber daya sehingga tidak *cost-effective*. Teori ini menurut Milit et al, 1990 dalam Walt, 1994 Sedangkan kebijakan ini termasuk kebijakan makro dimana menyebabkan perubahan sosial ekonomi sehingga sulit karena terdapat resistensi dari pihak yang berkepentingan. Hal ini sesuai teori Cleaves, 1980 dalam Walt, 1994.

#### 4. Evaluasi Kebijakan

Menurut kacamata pembuat kebijakan, evaluasi telah dilakukan dengan baik yaitu secara berkala dengan evaluasi administratif maupun lapangan. Tetapi evaluasi pelayanan oleh pasien memiliki beberapa perbedaan yaitu dari sudut pasien umum dinilai masih banyak kekurangan seperti pelayanan dokter yang kurang penjelasan, waktu pemberian obat yang ditunda sampai kepada kebersihan dan persepsi pasien mengenai perbedaan komunikasi dokter berdasarkan kelas rawat inap. Tetapi dari evaluasi pembiayaan dari rumah sakit milik pemerintah dinilai sudah cukup membantu.

Evaluasi kebijakan yang dilakukan seharusnya lebih melihat dari tujuan kebijakan tersebut yaitu melayani rakyat dan masyarakat. Survey terhadap pelayanan dan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah juga perlu dilakukan baik oleh rumah sakit sebagai penyedia pelayanan maupun anggota DPRD, dinas kesehatan sebagai pembuat kebijakan. Dengan begitu permasalahan dapat dijadikan agenda bagi penentuan kebijakan selanjutnya yang nantinya bertujuan untuk peningkatan pelayanan kesehatan kepada rakyat.

#### 5. Adaptasi kebijakan

Adaptasi kebijakan hanya dilakukan berdasarkan evaluasi bulanan dan progres seta berapa persen dana terserap. Sedangkan keputusan untuk apakah kebijakan ini harus diteruskan, dihentikan, atau dimodifikasi, biasanya dilakukan jika terdapat suatu dampak (*outcome*).

#### **Kesimpulan Analisis Kebijakan, bahwa :**

Kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta menurut kelompok proses termasuk kebijakan yang ditentukan oleh elite massa; sedangkan menurut hasil kebijakan yaitu mengikuti teori inkremental.

#### **Penilaian terhadap keterkaitan status kelembagaan dengan kebijakan pembiayaan RS milik pemerintah DKI Jakarta.**

Menurut para praktisi RS yaitu mantan direktur RS.Pasar Rebo dan Duren Sawit, BLUD merupakan suatu pola pengelolaan keuangan yang tepat. Walaupun RS Pasar Rebo telah mampu menjadi PT. Sedangkan masyarakat menyatakan keberatan mengenai kebijakan PT. Hal ini memang sangat dimungkinkan sesuai dengan tahapan perubahan kelembagaan RS oleh Waturandang (2005) yaitu subsidi-otonom-korporasi-privatisasi. Tampaknya RS Pasar Rebo telah mampu menjadi RS kategori korporasi dan privatisasi, sedangkan RS Duren Sawit termasuk RS subsidi dan otonom.

#### **7.5. Analisis Strategi Implementasi Administrasi Rumah Sakit Terhadap Kebijakan Pembiayaan Rumah Sakit Milik Pemerintah DKI Jakarta Tahun 2004-2008**

Rumah Sakit merupakan organisasi pelayanan kesehatan yang padat modal, karya, dan teknologi. Rumah sakit milik Pemerintah memiliki sumber pendanaan



utama yang berasal dari pemerintah, yaitu subsidi APBD dan penerimaan GAKIN. Oleh karena itu dalam penerapan kebijakan administrasi dan manajerial Rumah Sakit milik pemerintah sangat dipengaruhi oleh pihak eksternal yaitu, kebijakan pemerintah sebagai pemilik rumah Sakit. Kebijakan pembiayaan rumah sakit tersebut meliputi status kelembagaan rumah sakit dan pengelolaan keuangan, tarif, pendapatan yang berasal dari GAKIN dan SKTM, subsidi APBD, dan pengadaan barang dan jasa untuk belanja rumah Sakit. Oleh karena itu, seorang administrator rumah sakit yang memiliki fungsi strategis dan merupakan salah satu aktor dalam kebijakan tersebut harus memiliki sikap terhadap kebijakan tersebut.

Fungsi dari rumah sakit milik pemerintah daerah tersebut, yaitu : organisasi pelayanan kesehatan masyarakat yang menyelenggarakan pelayanan kedokteran dan asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis dan pengobatan; tempat pendidikan dokter, perawat, dan petugas kesehatan lainnya; sebagai sistem penunjang untuk pelayanan kesehatan primer di daerah (Puskesmas, klinik, rumah bersalin, dll); sebagai tempat bekerja bagi tenaga dokter dan perawat; sebagai lokasi penelitian kesehatan; sebagai simbol politik bagi pmda bahwa mereka memperhatikan kesejahteraan rakyatnya. Hal ini dikatakan oleh Rijadi (2005); Ristrini (2005) dan Azwar (1996).

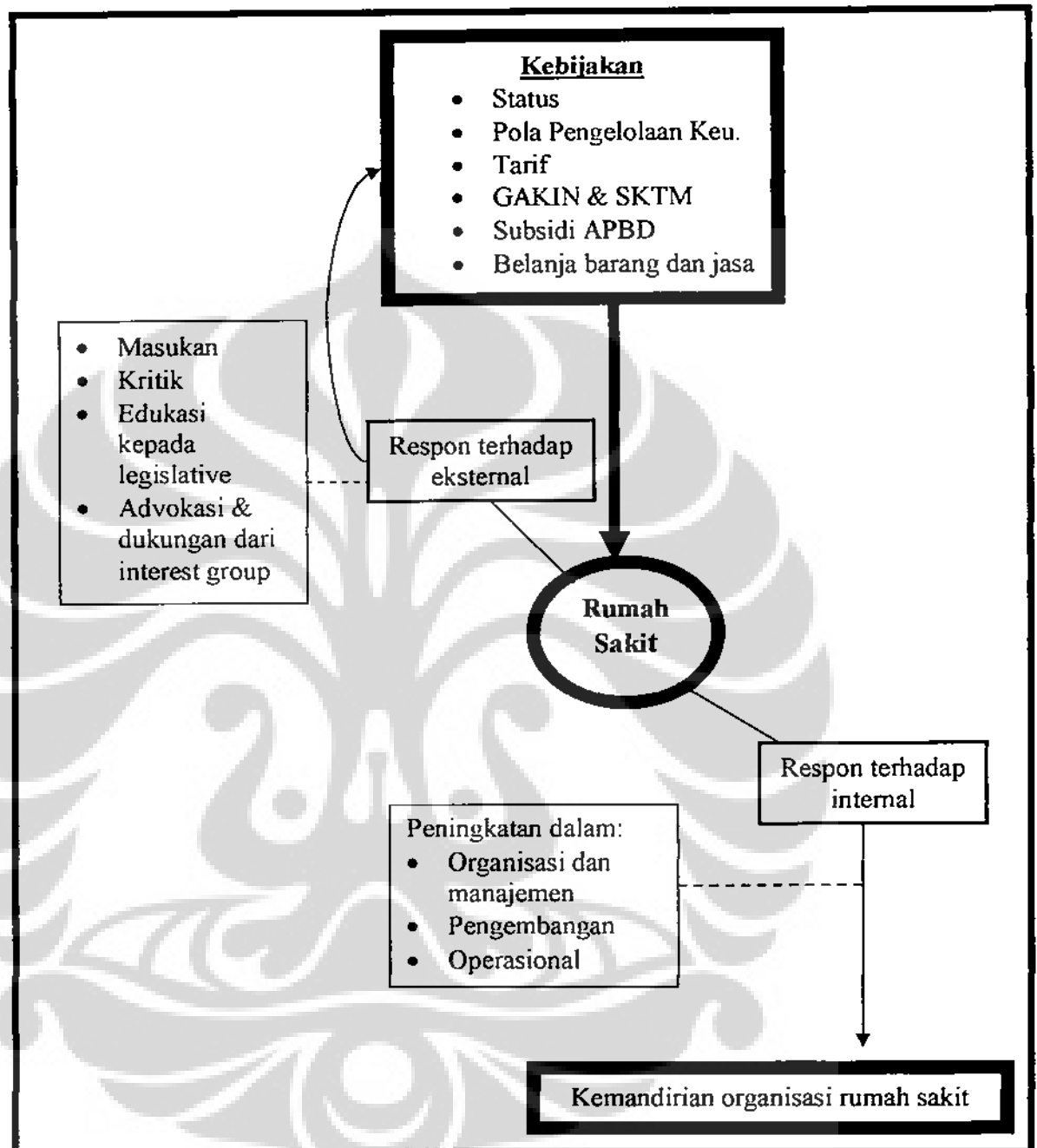
Sehingga dalam klasifikasi Azwar (1996) bahwa menurut pemilik yaitu milik pemerintah DKI Jakarta; menurut filosofi yang dianut adalah rumah sakit yang tidak mencari keuntungan (*non-profit*); menurut jenis pelayanan yaitu pada Rumah Sakit Pasar Rebo adalah rumah sakit umum dimana semua pelayanan kesehatan diselenggarakan, sedangkan Rumah Sakit Duren Sawit adalah rumah sakit khusus jiwa dan penyalahgunaan narkoba; menurut lokasi rumah sakit yaitu rumah sakit provinsi DKI Jakarta.

Dalam menyikapi kebijakan pembiayaan yang diberikan oleh pemerintah, baik kebijakan subsidi APBD, kebijakan pendapatan yang berasal dari GAKIN, kebijakan tarif pelayanan, dan belanja barang dan jasa, maupun status kelembagaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta. Menurut peneliti, terdapat dua sisi sikap yang dapat dilakukan oleh seorang administrator Rumah Sakit. Dari sisi internal yaitu berupa kebijakan yang dikeluarkan oleh Direktur Rumah Sakit kepada organisasi Rumah Sakit. Kebijakan yang dihasilkan merujuk kepada perubahan sistem dan perubahan paradigma yang menuju kemandirian pengelolaan Rumah Sakit pemerintah. Perbaikan yang harus dilakukan untuk menuju kemandirian dari rumah sakit tersebut, sehingga dalam keadaan dan kebijakan pembiayaan apapun yang dikeluarkan tidak akan mengganggu arus keuangan rumah sakit, yang pada akhirnya mengganggu operasional rumah sakit, dan berimbas kepada penurunan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Sehingga menurut peneliti, terdapat beberapa usaha peningkatan dalam menuju kemandirian tersebut, diantaranya perbaikan organisasi dan manajemen rumah sakit, perbaikan manajemen operasional rumah sakit, dan manajemen pengembangan rumah sakit. Rekomendasi strategi implementasi ini didapatkan dari beberapa teori menuju kemandirian, rekomendasi dari narasumber maupun dari pendapat peneliti.

Sedangkan, pada sisi lain yaitu bagaimana seorang administrator rumah sakit yang merupakan salah seorang aktor sekaligus objek dari kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta dapat mempengaruhi kebijakan tersebut. Sebagai seorang eksekutif memiliki pengaruh kuat, bukan hanya dalam hal merumuskan kebijakan tetapi juga dalam penentu agenda penting. Hal ini yang diungkapkan oleh Walt (1994). Partisipasi dalam mempengaruhi kebijakan dapat dilakukan dengan cara berpartisipasi aktif memberikan masukan, kritik, edukasi kepada legislatif, serta advokasi dan dukungan dari interest group. Dengan memberikan partisipasi terhadap proses pembuatan kebijakan tersebut, diharapkan legislatif akan mendapatkan masukan berupa temuan di lapangan,

edukasi berupa apa dan kenapa usulan tersebut diajukan, serta apa yang dapat diimplementasikan dalam kebijakan kedepan. Rekomendasi strategi implementasi mengenai isu apa yang harus diagendakan dalam melakukan partisipasi didapatkan dari beberapa teori partisipasi kebijakan dan pengambilan keputusan, rekomendasi dari narasumber maupun dari pendapat peneliti. Seperti yang diungkapkan pada gambar 7.2. Strategi Implementasi Kebijakan Pembiayaan Rumah Sakit Milik Pemerintah DKI Jakarta





### **7.5.1. Strategi Implementasi Arah Kebijakan Internal oleh Administrator Rumah Sakit**

Upaya perbaikan kondisi internal perlu dilakukan dengan mengacu konsep otonomi RS oleh Chalwa, dkk dan model kelembagaan Preker, Harding (2003) dalam Waturredang (2005), pendapat narasumber dan rekomendasi peneliti, yaitu seperti :

#### **A. Arah peningkatan organisasi dan manajemen rumah sakit**

##### **1. Status kelembagaan**

Status kelembagaan akan sangat berpengaruh kepada pengelolaan manajerial rumah sakit. Seperti dibahas sebelumnya bahwa harus diperjelas terlebih dahulu status dan bentuk kelembagaannya, berbentuk lembaga teknis daerah (LTD) yang berfungsi sebagai kantor atau badan umum milik daerah (BUMD) yang berfungsi sebagai badan usaha. Waturredang (2005) menyatakan bahwa perubahan kelembagaan RS pemerintah yang berbadan hukum seperti BUMD/N atau perusahaan, karena payung hukumnya jelas dengan UU No.19 tahun 2003, namun mengundang kontroversi. Sedangkan menurut Thabrany (2005) menyatakan bahwa rumah sakit daerah tetap dalam koridor LTD tetapi dimodifikasi sebagai pola pengelolaan keuangan badan layanan umum (BLU).

Status kelembagaan rumah sakit mempengaruhi lima domain dalam otonomi rumah sakit yaitu manajemen strategis; administrasi untuk mengelola manajemen sehari – hari; aspek pembelian mencakup obat, peralatan rumah sakit, dan barang habis pakai; manajemen keuangan; aspek manajemen SDM.

##### **2. Kepemimpinan**

Menurut Chalwa, dkk dan model kelembagaan Preker, Harding (2003) dalam Waturredang (2005) diperlukan kepemimpinan direksi dengan pola manajerial yang visioner dan entrepreneurship. Begitu juga diungkapkan oleh narasumber, mantan direktur Rumah Sakit Duren Sawit bahwa diperlukan pemimpin yang

pintar dan mau mengerti apa dan bagaimana yang harus dilakukan oleh Rumah Sakit khusus seperti Duren Sawit.

Menurut Senge (2000) bahwa arti kepemimpinan adalah : *Sharpen personal mastery* (menajamkan kemampuan personal); *Inspire shared visions* (menginspirasi terciptanya visi bersama) ; *Align people, resources and practices* (Mengarahkan orang, sumber daya dan latihan); *Learn to listen, listen to learn* (Belajar untuk mendengar, mendengar untuk belajar); *Nurture values and systems thinking* (Menedepankan nilai dan berpikir sistem)

### 3. Budaya Organisasi

Menurut Chalwa, dkk dan model kelembagaan Preker, Harding (2003) dalam Waturrandang (2005) diperlukan budaya korporasi dengan kinerja tinggi walaupun sulit. Hal tersebut juga dinyatakan narasumber, mantan direktur RS Pasar Rebo bahwa diperlukan perbaikan budaya organisasi rumah sakit melalui perbaikan SDM. Menurut Subanegara (2003) dinyatakan bahwa budaya organisasi adalah bagaimana menanggung bersama, menghargai asumsi – asumsi yang tersirat dalam kelompok, serta bagaimana cara pandang, berfikir dan bereaksi terhadap perubahan lingkungan bervariasi. Dasarnya adalah nilai dan keyakinan yang berperan dalam membentuk etika dan perilaku anggota organisasi.

### 4. Penerapan *clinical* dan *corporate governance*

Menurut Chalwa, dkk dan model kelembagaan Preker, Harding (2003) dalam Waturrandang (2005) diperlukan terciptanya *Good Corporate Governance* yaitu konsep perseroan dengan prinsip pokoknya adalah transparansi, keadilan, akuntabilitas (finansial, kinerja, dan politik) dan respons pelayanan sesuai kaidah *clinical governance*. Hal yang sama juga dinyatakan oleh Kabag. Keuangan RS Duren Sawit yang menyatakan bahwa dilakukan audit untuk mengetahui kinerja dan sistem GAKIN di rumah sakit. Aditama (2004, 2005)

menyatakan gabungan antara sehatnya organisasi rumah sakit yang bekerja sesuai dengan prinsip *good corporate governance* dengan pemberian pelayanan kesehatan sesuai kaidah *clinical governance* akan menjadikan rumah sakit kita sebagai rumah sakit ideal.

#### 5. Kebijakan internal rumah sakit

Kebijakan internal akan sangat dipengaruhi oleh kebijakan legislatif. Hal ini diungkapkan oleh Walt (1994). Oleh karena itu dalam menentukan kebijakan internal rumah sakit hendaknya dilakukan dengan kaidah yang memperhatikan aktor, konten, konteks, dan proses yang ideal atau sesuai dengan kaidah *policy cycle*.

#### B. Arah peningkatan manajemen pengembangan

##### 1. Manajemen strategis

##### 2. Business plan

Menurut Chalwa, dkk dan model kelembagaan Preker, Harding (2003) dalam Waturrandang (2005) diperlukan pengembangan Manajemen Strategi dan *business plan (Strategic business unit)* dengan utilisasi optimal mencapai 60%. Menurut David (2001) bahwa manajemen strategis dapat membantu organisasi berespon terhadap kebijakan pemerintah dan usaha perencanaan lain, meliputi formulasi strategi, implementasi strategi dan evaluasi strategi.

#### C. Arah peningkatan operasional

##### 1. Manajemen SDM

Menurut Chalwa, dkk dan model kelembagaan Preker, Harding (2003) dalam Waturrandang (2005) diperlukan strategik manajemen sumber daya manusia sehingga dapat mewujudkan profesionalitas dengan produktivitas tinggi dan tim kerja yang solid. Desentralisasi membawa konsekwensi biaya financial dan

emosional personal termasuk SDM rumah sakit, sehingga reformasi sistem kepemimpinan diperlukan karena sumber daya manusia merupakan aset utama dalam menjalankan organisasi dan pelayanan rumah sakit. Hal senada juga disampaikan oleh narasumber, amantan direktur RS. Pasar Rebo yaitu kunci utama perbaikan dan menuju kemandirian terletak pada investasi SDM, dengan cara : 1.Membentuk team yang kuat, solid, kompak, kondusif; 2. Trust building, untuk saling percaya; 3. Positif thinking; 4.Individu organisasi ada kelebihan dan kekurangan; 5. Bergandengan tangan untuk mencapai visi dan misi.

## 2. Manajemen keuangan

Menurut Chalwa, dkk dan model kelembagaan Preker, Harding (2003) dalam Waturrandang (2005) diperlukan yaitu pertama *Cost Recovery* dalam 3 tahun terakhir bernilai plus, karena *cost recovery* bernilai plus, karena *cost recovery* merupakan ukuran dalam menilai tingkat kemandirian pembiayaan operasional. Bila mencapai diatas 100% artinya menunjukkan adanya profit, kedua data aset baik yang bergerak maupun tidak yang masih berfungsi. Ketiga, membuat laporan tahunan, meliputi perhitungan neraca, pendapatan dan biaya, laporan arus kas, laporan perubahan kekayaan, hasil yang dicapai berdasarkan rencana kerja dan permasalahan. Dan keempat, dengan adanya perubahan status hukum perseroan maka perlu dipertimbangkan kinerja aspek keuangan. Indikatornya seperti: *Return on Investment*, *Cash ratio* dan *current ratio*, *Collection periods*, perputaran persediaan dan *Total Asset Turn Over*, Rasio Total Modal Sendiri terhadap *Total Asset*, *Return on Equity (ROE)*. Tingkat kesehatan perusahaan digolongkan dalam sehat, (Total skor <65) atau tidak sehat (Total skor <30).

## 3. Manajemen pelayanan medik

Menurut Chalwa, dkk dan model kelembagaan Preker, Harding (2003) dalam Waturrandang (2005) diperlukan kenaikan dalam indikator kinerja rumah sakit seperti BOR lebih 60%. Jumlah bed 120-200, dengan asumsi 25-30% bed



diperuntukkan kelas eksekutif/utama sehingga dapat meningkatkan *revenue*. ALOS tidak lebih 10 hari, karena ALOS lebih lama mengurangi *revenue*.

Kedua, dengan mewujudkan keberhasilan TQM (*Total Quality Management*), dengan melibatkan langsung manajemen puncak dan menentukan, untuk menjadikan kualitas pada posisi kompetitif serta memenuhi persyaratan sebagai berikut: Fokus pada pelanggan sehingga dapat mewujudkan kepuasan pelanggan; Dasar yang kokoh, meliputi kepedulian karyawan termasuk dokter, nilai integritas, pelatihan dan pengembangan staf, serta kontrol/evaluasi; Pelaksanaan kegiatan yang mengacu pada standar yang berlaku; Parameter pokok terhadap kinerja jasa pelayanan, proses, organisasi (pengembangan organisasi dan hubungan), kepemimpinan wirausaha dan komitmen mutu jangka panjang; Mempunyai pelindung yang kokoh agar tetap bersaing dan untuk meng-*counter* isu dari luar, meliputi: manajemen strategis, persaingan, perbaikan lanjut secara berkesinambungan dan tim kerja dengan serta budaya korporasi.

Ketiga, diperlukan efisiensi dan mutu, merupakan kata kunci peningkatan kinerja RS dalam mencegah inefisiensi akibat unnecessary cost, sehingga dalam pelayanan harus mempertahankan standar mutu tersebut, dan efisiensi ekonomi, tekhnikal, dan scale efisiensi. Oleh karena itu seyogyanya sudah lulus/mengikuti akreditasi atau ISO RS.

Begitu pula dengan harapan dari narasumber yaitu pelayanan maju, konsultasi dengan dokter lebih memuaskan, kebersihan dari fasilitas rumah sakit, dan adanya dokter dengan full time.

#### 4. Manajemen pemasaran

Menurut Chalwa, dkk dan model kelembagaan Preker, Harding (2003) dalam Waturrandang (2005) diperlukan penyelenggaraan rancangan pemasaran *holistic*. Termasuk target segmen, pasar, perilaku pembeli, dengan membangun etos produk/jasa. Menetapkan tarif berdasar analisa biaya/negosiasi tanpa melupakan cara penyampaian produk/jasa yang berbeda/unik sehingga tercipta *matching* jasa. Hal ini juga disampaikan oleh mantan direktur RS.Pasar Rebo yaitu kemampuan maintenance semua pihak yang telah bekerjasama dengan rumah sakit.

#### 5. Manajemen SIM

Yaitu manajemen sistem informasi manajemen, dengan adanya SIM dalam rumah sakit yang melingkupi keseluruhan sistem termasuk sistem keuangan, SDM, logistik, dan lain – lain. Sehingga menurut peneliti adanya SIM rumah sakit adalah poin penting menuju suatu kemandirian. Sedangkan pihak RS. Duren Sawit jga menyatakan bahwa diperlukan sistem billing, dan terkoneksi online dengan pihak penyelenggara atau verifikator GAKIN.

#### 6. Manajemen logistik

Manajemen logistik, meliputi perencanaan, pengadaan, pembelian barang/pemeliharaan dilaksanakan sepenuhnya RS tersebut, termasuk investasi melalui *outsourcing*.

#### D. Lainnya

Menurut Chalwa, dkk dan model kelembagaan Preker, Harding (2003) dalam Waturrandang (2005) diperlukan fungsi sosial, yaitu terlaksananya pelayanan keluarga miskin berupa laporan rencana anggaran tahun berjalan, realisasi anggaran tahun lalu dan adanya pengaduan masyarakat sehingga dapat dikelola oleh RS tersebut.

### **7.5.2. Strategi Implementasi Arah Kebijakan Eksternal oleh Administrator Rumah Sakit**

Dikatakan bahwa partisipasi dalam mempengaruhi kebijakan dapat dilakukan dengan cara berpartisipasi aktif memberikan masukan, kritik, edukasi kepada legislatif, serta advokasi dan dukungan dari interest group oleh administrator kebijakan. Masukan berupa temua di lapangan, penelitian, avaluasi bulanan, tahunan juga dapat diberikan sebagai bahan penentu agenda kebijakan.

Menurut narasumber, ada beberapa usulan agenda kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah yang dinyatakan oleh narasumber, diantaranya adalah :

1. Sistem asuransi kesehatan sosial nasional melalui SJSN.
2. Perhitungan unit cost, agar tarif dan subsidi yang dibayarkan dapat memenuhi operasionalisasi rumah sakit.
3. Sistem GAKIN online untuk mengatasi lamanya proses verifikasi.
4. Audit mutu pelayanan terhadap GAKIN.
5. Diskusi mengenai pembiayaan secara bersama – sama antara anggota DPRD. Seluruh stakeholders, dan para pakar dan ahli.
6. Subsidi penuh diberlakukan secara penuh oleh pemerintah daerah kepada pihak RS.
7. Pengadaan dokter full time dalam rangka menjamin kualitas pelayanan

## BAB 8 PENUTUP

### 8.1. Kesimpulan

Pembangunan kesehatan ditujukan untuk mewujudkan manusia yang sehat, cerdas dan produktif. Dimana pembiayaan kesehatan merupakan factor kunci dalam penyelesaian masalah kesehatan. Rumah Sakit sebagai salah satu provider pelayanan kesehatan masyarakat merupakan salah satu upaya pemerintah dalam mewujudkan visi Indonesia sehat 2010.

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif. Data primer didapat melalui wawancara mendalam dengan pembuat kebijakan maupun pihak terkait. Dan data sekunder berupa peraturan dan regulasi terkait serta data keuangan rumah sakit. Data dianalisis dengan menggunakan data matriks.

Terdapat beberapa analisis yang menjadi tujuan penelitian ini, sehingga terdapat beberapa poin kesimpulan, yaitu :

1. Kebijakan berupa peraturan dan regulasi terkait kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta terdiri dari berbagai jenis peraturan dan regulasi. Desentralisasi daerah menjadi undang – undang yang sangat berpengaruh dalam pengelolaan rumah sakit milik pemerintah daerah. Selain itu tidak atau belum adanya Undang – Undang Rumah Sakit menjadi kendala karena tidak adanya peraturan dasar bagi pelaksanaan pelayanan kesehatan suatu rumah sakit.
2. Garis besar kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta tahun 2004 – 2008 yaitu terkait status kelembagaan rumah sakit yang akan berpengaruh pada pola pengelolaan keuangan yang pada akhirnya mempengaruhi pembiayaan. Pembiayaan rumah sakit terdiri dari subsidi APBD dan operasional GAKIN, yang sangat berkaitan dengan tarif

pelayanan. Sedangkan belanja yang terdiri dari pegawai, rutin dan investasi alat juga berkaitan dengan pengadaan barang dan jasa pemerintah. Pada subsidi APBD, besaran alokasi dana masih menjadi masalah, sedangkan pendapatan operasional GAKIN memiliki keterlambatan dalam hal pembayaran dana ke rumah sakit, sehingga mengganggu operasionalisasi rumah sakit. Sedangkan pada tarif tidak dihitung dengan unit cost, yang menghasilkan tarif dibawah unit cost. Pengadaan barang/jasa pemerintah masih dinilai belum fleksibel, padahal dengan status BLUD dapat menjadi lebih mudah.

3. Pada analisis aktor, didapatkan bahwa aktor yang terlibat dalam kebijakan meliputi pemerintah yang terdiri dari lembaga dan eksekutif; *interest group* (organisasi profesi, ARSADA, LSM, pakar); masyarakat dan market. Dari analisis aktor tersebut, didapatkan aktor yang paling berpengaruh adalah anggota legislatif. Akan tetapi anggota legislatif belum memiliki kemampuan memadaidalam mengatasi permasalahan ini, serta belum adanya permasalahan ini sebagai prioritas utama yang harus diselesaikan.
4. Pada analisis konteks, DKI Jakarta memiliki berbagai macam penyakit, kemiskinan, politik yang dinamis, kesenjangan ekonomi, sosial budaya yang beragam, kultural yang beragam mengakibatkan persepsi dan partisipasi terhadap kebijakan pu berbeda.
5. Pada analisis konten, adanya peningkatan APBD DKI Jakarta tidak diiringi dengan peningkatan dana pada alokasi urusan kesehatan, alokasi dana untuk rumah sakit cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Perbandingan kuratif dan preventif, lebih besar pada kuratif yaitu sebesar 56,5 % pada tahun 2008. Sedangkan peningkatan subsidi untuk rumah sakit berkurang pada tahun 2005 dan 2006 pada saat dua rumah sakit menjadi perseroan terbatas (PT). Sedangkan dana GAKIN terus meningkat.
6. Pada analisis proses, identifikasi masalah tidak dilakukan dengan tepat, penentuan agenda sampai pada tahap legitimasi, belum mendapat kelayakan dan dukungan. Formulasi kebijakan lebih banyak ditentukan oleh anggota

DPRD DKI Jakarta, tanpa keterlibatan aktif dari stakeholder lainnya. Implementasi pada objek kebijakan masih mengalami berbagai kendala. Implementasi dilakukan dengan pendekatan *top-down*. Evaluasi dilakukan secara berkala, tetapi belum dilakukan survey dari sudut pandang pasien maupun aktor kebijakan lainnya. Sedangkan adaptasi sulit dinilai.

7. ketekaitan antara status kelembagaan rumah sakit dengan pembiayaan memang ada. Status kelembagaan akan menentukan pola pengelolaan keuangan dan akhirnya pembiayaan. Pihak rumah sakit menyatakan lebih fleksibel dan pas dengan status BLUD, walaupun RS. Pasar Rebo sudah mampu menjadi kategori RS korporasi dan privatisasi. Sedangkan RS. Duren Sawit termasuk RS subsidi dan otonom.
8. Menurut peneliti, terdapat dua sisi sikap yang dapat dilakukan oleh seorang administrator Rumah Sakit. Dari sisi internal yaitu berupa kebijakan yang dikeluarkan oleh Direktur Rumah Sakit kepada organisasi Rumah Sakit. Kebijakan yang dihasilkan merujuk kepada perubahan sistem dan perubahan paradigma yang menuju kemandirian pengelolaan Rumah Sakit pemerintah. seorang administrator rumah sakit yang merupakan salah seorang aktor sekaligus objek dari kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta dapat mempengaruhi kebijakan tersebut.

## 8.2. Saran

Pada penelitian ini, didapatkan beberapa masalah pada pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta yang harus dilakukan pemecahan melalui kebijakan yang dihasilkan di masa yang akan datang.

### Saran untuk pihak legislatif :

1. Menjadikan permasalahan pembiayaan kesehatan sebagai suatu prioritas yang harus diselesaikan.

2. Menjadikan diskusi dengan stakeholder maupun masyarakat luas secara aktif melalui diskusi formal maupun non-formal sebagai masukan dalam penentuan agenda, evaluasi maupun adaptasi kebijakan.
3. Melakukan penentuan agenda dengan cara menelaah masalah yang ada, masalah yang sedang terjadi, maupun masalah kesehatan yang mungkin timbul dengan para pakar kesehatan.
4. Menyerahkan persoalan yang harus digali secara mendalam kepada para akademisi dan pakar, misalnya menghitung unit cost untuk tarif rumah sakit, evaluasi kinerja GAKIN, rencana strategis kemandirian rumah sakit, maupun pola pengelolaan keuangan dan status kelembagaan yang tepat.
5. Menjadikan kesehatan sebagai prioritas utama, bersama dengan pendidikan untuk membangun sumber daya dan bangsa Indonesia.

**Saran untuk pihak eksekutif :**

1. Pihak Dinas kesehatan sebagai mitra kerja dari rumah sakit milik pemerintah maupun swasta melakukan evaluasi terhadap kinerja dan permasalahan yang ada di rumah sakit tersebut.
2. Pihak Bapeda tetap menjalankan fungsinya dengan baik sebagai mediator dari eksekutif ke lembaga legislatif terkait masalah perencanaan dan pengembangan daerah.

**Saran untuk direktur rumah sakit milik pemerintah :**

1. Perlu dilakukan kajian mengenai besaran alokasi dana yang dibutuhkan oleh sebuah rumah sakit, kajian mengenai unit cost, kajian mengenai pengembangan GAKIN, dll.
2. Perlu dilakukan penerapan menuju kemandirian rumah sakit.
3. Pengembangan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta dengan memperhatikan 5 P (Place, Product, Person, Price, Promotion).

4. Perlu dilakukan konsolidasi antara sesama direktur dan praktisi rumah sakit untuk memberikan masukan terbaik bagi kebijakan pembiayaan rumah sakit ke depannya.

**Saran untuk *interest group* :**

1. Pihak *interest group* dari sisi organisasi profesi harus menyadari bahwa organisasi profesi memiliki kekuatan dalam kekuasaan dan politik terhadap masalah pembiayaan rumah sakit milik pemerintah sehingga dapat memberikan masukan dan kritikan terhadap kebijakan yang ada.
2. Pihak *interest group* yaitu para pakar dan akademisi harus lebih sering memberikan masukan melalui hasil penelitian maupun kajian yang dimuat dalam jurnal maupun media massa yang lainnya, yang secara tidak langsung dapat memberikan masukan kepada pihak legislatif.

**Saran terhadap kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta :**

1. Agar dalam merumuskan kebijakan, dapat lebih jeli melihat pembiayaan yang diberikan, terutama mengenai pembiayaan ganda untuk pelayanan GAKIN, misalnya akan menjadi ganda bagi rumah sakit pemerintah, dan menjadi minus untuk rumah sakit swasta dikarenakan tarif yang dibayarkan pemerintah untuk pasien GAKIN tidak sesuai dengan unit cost.
2. Rekomendasi kebijakan terhadap GAKIN, karena rumah sakit swasta juga melayani GAKIN, seharusnya rumah sakit swasta juga diberikan subsidi oleh pemerintah DI Jakarta.

**Saran terhadap penelitian selanjutnya :**

1. Diperlukan penelitian yang lebih spesifik mengenai masing – masing sub judul pembiayaan misalnya kebijakan tarif pelayanan di rumah sakit pemerintah, kebijakan GAKIN dan SKTM, kebijakan pola pengelolaan keuangan, dan kebijakan pengadaan barang dan jasa.



2. Diperlukan penelitian mengenai operasional misalnya menghitung tarif yang sesuai dengan unit cost pada rumah sakit milik pemerintah, efektivitas dan efisiensi GAKIN dan SKTM, manajemen keuangan rumah sakit.
3. Diperlukan kelanjutan penelitian ini pada empat rumah sakit lainnya sehingga didapatkan data perbandingan dan validitas yang dapat melihat kebijakan ini secara kuantitatif murni.

**Saran untuk KARS – UI :**

1. Melakukan evaluasi terhadap proses belajar mengajar terutama mengenai kebijakan kesehatan.
2. Lebih menerapkan dan melakukan sosialisasi seorang administrator rumah sakit untuk menggunakan fungsi strategisnya untuk mempengaruhi kebijakan yang terkait dengan rumah sakit, untuk peningkatan pelayanan rumah sakit dan peningkatan kesehatan masyarakat.

## DAFTAR PUSTAKA

Adisasmito, 2007

Sistem Kesehatan Nasional, Rajawali Press.

Aditama, Tjandra Yoga, 2004.

Manajemen Administrasi Rumah Sakit. Edisi 2 Jakarta : UI Press.

Aditama, Tjandra Yoga, 2005

Pelayanan Rumah Sakit, Jurnal MARSIS, Vol 5 No.4. Januari 2005: hal 157-9.

Agustino, 2006.

Dasar – Dasar Kebijakan Publik. Penerbit Alfabeta, Bandung.

Ayuningtyas, 2008

Politik Pembangunan Pemerintah dan Kebijakan Privatisasi Pelayanan Kesehatan.

Departemen AKK FKM UI

Ayuningtyas, 2008

Kotak Hitam Sistem Penetapan Kebijakan Dan Faktor – Faktor Yang Mempengaruhinya. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada.

Azwar, A, 1996.

Pengantar Administrasi Kesehatan. Edisi 3. Binarupa Aksara.

Barker Carol, 1996

The Health Care Policy Process, SAGE Publication

Bapeda, 2008

Data APBD DKI Jakarta.

BPS, 2006

Statistik Keuangan Pemerintah Daerah Provinsi tahun 2002 – 2005.

BPS, 2006

Potret Sosial Ekonomi Provinsi DKI Jakarta tahun 2006.

Bridgman and Davis, 2003

Health Policy Financing. WHO.

Burhan Bungin, 2001

Metode Penelitian Kualitatif. Rajawali Press.

Cleverly, 1997.

Analizing Financial Statement, Essensial of Health Care Finance. Fourth Edition.  
An Aspen Publication.

David, Fred R, 2001.

*Strategic management: Concepts & Cases.* Eight Edition. New Jersey : Prentice Hall.

Departemen Kesehatan, 2004

Sistem Kesehatan Nasional, Departemen Kesehatan RI

Dunn William N, 2000

Pengantar Analisis Kebijakan Publik, UGM Press, Cetakan Kedua

Dye, Thomas R. 1995.

Understanding Public Policy. New Jersey : Prentice Hall.

Easton, David. 1971.

The Political System. New York : Alfred. A. Knopf.

Eka Iswata : 2007

Menilai Masalah Lingkungan Sosial dan Krisis Yang Berkepanjangan

Editor Tangcharoensathien dan Jongudomsuk, 2004

From Policy To Implementation : Historical events during 2001 – 2006

Universal Coverage in Thailand, National Health Security Office, Thailand

Hartono, B. 2006

Analisis Pencapaian Impas Biaya (cost recovery) RS Pemerintah dalam Rangka Pelayanan bagi Masyarakat Miskin: studi kasus Jawa Tengah (disertasi). Program Doctoral Ilmu Ekonomi Program Pascasarjana Universitas Borobudur Yogyakarta.

Howlett M and Ramesh M, 2003

Studying Public Policy : Policy Cycles and Policy Subsystems. 2<sup>nd</sup> Ed. Don Mills, Ontario : Oxford University Press.

Islamy, M. Irfan. 2007.

Prinsip – Prinsip Perumusan Kebijakan Negara. Edisi 2, cet. 14. Jakarta : Bumi Aksara.

Jakarta dalam Angka, 2007

Jakarta dalam Angka (Jakarta in Figures), BPS Prov DKI Jakarta.

Junadi Purnawan, 2007

Jalan Menuju Cerdas, Pidato pada Upacara Pengukuhan Jabatan sebagai Guru Besar Tetap dalam Ilmu Administrasi dan Kebijakan Kesehatan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Koeswadji, 2002.

Hukum untuk Perumahsakitan. Bandung Citra Aditya Bakti, 2002.

Komalawati V, 2004.

Aspek Hukum dalam Pelayanan Kesehatan: Suatu Kajian, *Jurnal Hukum Bisnis*, vol 23, no.2.

Laksono Trisnantoro, 2006

Memahami penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit, gadjah Mada University Press.

Lestari A.Y, 2004.

Aspek Hukum Komersialisasi RS Swasta dalam Kaitannya dengan Pelayanan Kesehatan yang Berfungsi Social, *Jurnal Hukum Bisnis*, vol.23, no.2.

Lestari A.Y, 2002.

Aspek Hukum Komersialisasi RS Swasta dalam Kaitannya dengan Pelayanan Kesehatan yang Berfungsi Social (Tesis), Program Studi Ilmu Hukum Magister Hukum UII, [www.umy.ac.id](http://www.umy.ac.id).

Rijadi, 2005

Pola Transformasi Rumah Sakit Umum Daerah : Perubahan Bentuk Kelembagaan atau Pengelolaan Keuangan. *Jurnal MARSIS*, Vol.5 No.4, Januari 2005.

Ristrini, 2005

Perubahan Paradigma Jasa Pelayanan Kesehatan RS dan Rekomendasi Kebijakan strategis bagi pimpinan, *Jurnal Pelayanan Kesehatan*, vol 08/No.01/Maret/2005.

Robbins, Stephen P. 2006.

Perilaku Organisasi, Jakarta Indeks, 2006.

Rusli, 2007

RSUD : Perubahan Tanpa Akhir, Website Resmi Dinas Kesehatan Kab Bone Bolango Provinsi Gorontalo

Senge, Peter, et.al. 2000.

*A Fifth Discipline Resource, Schools That Learn.* Doubleday Dell Publishing Group Inc. New York.

Soejitno, Soedarmono; Alkatiri, Ali; Ibrahim, Emil. 2000

Reformasi Perumhaskitan Indonesia. Jakarta Ditjen Yanmed Depkes WHO 2000.

Subanegara, Hanna Permana, 2003.

Budaya Organisasi. Jurnal MARSIS nomor 3, volume IV.

Susilawati. L.T, 2005

Sebuah Perdebatan Panjang yang Tak Kunjung Usai: Koprortisasi RS Pemerintah, [www.pikiran-rakyat.com](http://www.pikiran-rakyat.com), 2005

Thabrany, 2002

Peran Publik dalam Pembiayaan Kesehatan Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, Universitas Indonesia. Majalah Kedokteran Indonesia, Vol : 52, Nomor : 1, Januari 2002.

Thabrany, 2003

Reformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan sebagai Investasi SDM. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, Universitas Indonesia. Majalah Kedokteran Indonesia, Vol : 53, Nomor : 6, Juni 2003.

Thabrany, 2005

Rumah Sakit Publik Berbentuk BLU : Bentuk Paling Pas Dalam Koridor Hukum.  
Jurnal MARSİ, Vol. IV, No.1, Februari 2005.

Walt, Gill. 1994

Health Policy and Introduction to Process and Power, Witwaterstand University  
Press, Johannesburg

Walt, et all, 2005

Making Health Policy Understanding Public Health, Open University Press, New  
York

Waturandang, 2005.

Peluang dan Tantangan Kemandirian RS Pemerintah di Indonesia. Jurnal MARSİ,  
vol VI, no. 1, Februari, 2005.

WHO, 1994

*In: WHO basic documents.* Edisi ke 40. Geneva

World Health Statistics, 2008.

Indonesian profile.

-----2004

Privatisasi Rumah Sakit Pemerintah. [www.desentralisasi-keschatan.net](http://www.desentralisasi-keschatan.net)

-----2004

Privatisasi Layanan Dasar – Ketika Hidup Diperdagangkan. [www.jenteraphsk.com](http://www.jenteraphsk.com)

-----2005

Pembangunan Kesehatan di Indonesia, [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)

—2005

Kebijakan Publik. [www.pdfsearchengine.com](http://www.pdfsearchengine.com)







# LAMPIRAN

- Pedoman Wawancara Mendalam
- Matriks Hasil Wawancara Mendalam

## **Format Umum Wawancara Mendalam**

A. Memperkenalkan diri kepada informan dan menjelaskan latar belakang penelitian.

B. Menanyakan karakteristik informan

Karakteristik informan :

1. Nama :
2. Umur :
3. Pekerjaan/ Jabatan : sekarang :  
th. 2004 – 2008 :
4. Pendidikan :
5. Alamat / No.telp :

C. Melakukan wawancara mendalam

D. Ucapkan terimakasih dan penutup

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM**  
**Untuk Aktor dalam Kebijakan (*Stakeholders*)**

Nama Informan : \_\_\_\_\_

Waktu wawancara : \_\_\_\_\_

**Pertanyaan :**

1. Bagaimana menurut anda, mengenai kebijakan berupa peraturan dan regulasi pembiayaan kesehatan di Indonesia 4 tahun kemarin (tahun 2004 – 2008) ?
2. Bagaimana menurut anda, mengenai kebijakan berupa peraturan dan regulasi pembiayaan kesehatan di DKI Jakarta 4 tahun kemarin (tahun 2004 – 2008) ?
3. Menurut anda, siapa saja pihak yang harus terlibat dalam perumusan kebijakan pembiayaan kesehatan di DKI Jakarta ? Bagaimana mekanisme dalam pembuatan kebijakan tersebut ?
4. Bagaimana menentukan agenda dalam merumuskan kebijakan pembiayaan kesehatan terutama untuk rumah sakit ?
5. Menurut anda, sudah sesuaikah besaran alokasi dana yang diberikan untuk pembiayaan khusus rumah sakit pemerintah ?
6. Bagaimana proporsi pembiayaan untuk kuratif dan preventif – promotif sekarang ini, apakah harus seimbang atau lebih besar kuratif, atau sebaliknya ?
7. Apakah terjadi penurunan alokasi dana untuk pembiayaan rumah sakit pemerintah di DKI Jakarta ?
8. Apakah kebijakan pembiayaan kesehatan sekarang ini sudah memenuhi kriteria kesesuaian, efektifitas, efisiensi, ekuitas dan *workability* (dapat diimplementasikan) ?
9. Bagaimana kebijakan tersebut diimplementasikan ? Dengan cara apa kebijakan tersebut diimplementasikan ? Apakah sebelumnya sudah diadakan sosialisasi sebelum suatu kebijakan dikeluarkan ?
10. Bagaimana cara mengevaluasi kebijakan tersebut ? Adakah indikator khusus atau tim khusus sebagai evaluator ?

11. Bagaimana cara kebijakan tersebut diadaptasikan ke objek kebijakan ? Adakah strategi khusus ? Bagaimana mengetahui kebijakan tersebut berjalan sesuai atau tidak, perlu dilanjutkan atau tidak, atau perlu ditinjau kembali ?
12. Apa rekomendasi anda untuk pembuatan kebijakan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta selanjutnya ?



**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM**  
**Untuk Para Direktur Rumah Sakit Pemerintah**

Nama Informan : \_\_\_\_\_

Waktu wawancara : \_\_\_\_\_

**Pertanyaan :**

1. Apakah menurut anda regulasi dan peraturan terkait pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta sudah cukup jelas dan baik untuk diterapkan ?
2. Apakah alokasi dana tersebut sudah cukup atau masih berlebih ?
3. Bagaimana selama ini manajemen rumah sakit mengelola alokasi dana untuk pembiayaan operasional rumah sakit setiap bulannya ?
4. Bagaimana mekanisme pembiayaan operasional rumah sakit jika dana yang dialokasikan setiap bulannya tidak mencukupi ? Adakah strategi khusus dari pihak rumah sakit ?
5. Bagaimana menurut anda, mengenai isu privatisasi rumah sakit yang disinyalir sebagai solusi pembiayaan kesehatan ?
6. Menurut anda, sebagai pengelola manajerial, status kelembagaan apakah yang paling sesuai untuk rumah sakit pemerintah sekarang ini ?
7. Bagaimana evaluasi dan rekomendasi untuk pemerintah mengenai pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta ke depannya ?

## PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

### Untuk LSM / NGO

Nama Informan : \_\_\_\_\_

Waktu wawancara : \_\_\_\_\_

#### Pertanyaan :

1. Bagaimana menurut anda, mengenai kebijakan berupa peraturan dan regulasi pembiayaan kesehatan di Indonesia 4 tahun kemarin (tahun 2004 – 2008) ?
2. Bagaimana menurut anda, mengenai kebijakan berupa peraturan dan regulasi pembiayaan kesehatan di DKI Jakarta 4 tahun kemarin (tahun 2004 – 2008) ?
3. Menurut anda, siapa saja pihak yang harus terlibat dalam perumusan kebijakan pembiayaan kesehatan di DKI Jakarta ? Bagaimana mekanisme dalam pembuatan kebijakan tersebut ?
4. Bagaimana menurut anda, proses pembuatan kebijakan pembiayaan rumah sakit milik pemerintah di Indonesia secara umum dan DKI Jakarta secara khusus ?
5. Apakah kinerja dari pembuat kebijakan terkait pembiayaan terutama rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta sudah ideal ?
6. Bagaimana menurut anda, mengenai isu privatisasi rumah sakit yang disinyalir sebagai solusi pembiayaan kesehatan ?
7. Bagaimana menurut anda, kualitas dari kebijakan pembiayaan terutama rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta ? Mengapa ? Poin apa saja yang harus ditingkatkan ?
8. Bagaimana evaluasi dan rekomendasi untuk pemerintah mengenai pembiayaan rumah sakit milik pemerintah DKI Jakarta ke depannya ?

## PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

### Untuk masyarakat

Nama Informan : \_\_\_\_\_

Waktu wawancara : \_\_\_\_\_

#### Pertanyaan :

1. Bagaimana menurut anda mengenai kualitas rumah sakit pemerintah sekarang ini ? Apakah sudah baik atau masih perlu ditingkatkan ?
2. Bagaimana menurut anda, permasalahan yang ada dalam rumah sakit pemerintah tersebut ?
3. Apakah masalah pembiayaan rumah sakit pemerintah untuk masyarakat terutama masyarakat miskin masih kurang ?
4. Apakah anda pernah mengetahui mengenai rumah sakit pemerintah yang diswastakan ? Bagaimana pendapat anda ? Apakah menguntungkan masyarakat ?
5. Apa evaluasi dan rekomendasi dan harapan anda untuk rumah sakit pemerintah ke depannya ?

I. Gambaran Kebijakan Pembiayaan Rumah Sakit Milik Pemerintah DKI Jakarta		
No	Hal	Informan
I.1	Gambaran Umum	Jawaban
I.1.1	Gambaran Kebijakan Pembiayaan Kesehatan di Indonesia	<p>A.1 "Sudah baik, terutama karena dikeluarkannya kebijakan mengenai pembiayaan kesehatan untuk orang miskin : ASKESKIN"</p> <p>A.2 "sudah lebih baik, karena dari pemerintah sudah memfokuskan kepada pendidikan dan kesehatan"</p> <p>A.3 "Kalau di Indonesia saya tidak mengikuti, tetapi kalau di DKI Jakarta ya saya mengikuti..."</p> <p>A.1 "Sudah cukup baik, hal ini dikarenakan :  a. Dikeluarkannya program JPK GAKIN untuk warga DKI Jakarta, dengan anggaran yang meningkat dari tahun ke tahun. Hanya saja kelemahannya yaitu pada tahun – tahun awal diberlakukan, tagihan JPK GAKIN lebih besar dibandingkan dengan anggaran yang disediakan.  b. Dikeluarkannya program penguatan ketua RT/RW yang terdiri dari bidang kebersihan, kesehatan dan keamanan. Program ini dikeluarkan sebagai bentuk penggerakkan untuk pemberdayaan masyarakat di ketiga bidang tersebut. Misalnya dalam musyawarah warga, untuk meningkatkan kesehatan lingkungan, masyarakat ingin memperbaiki dan membersihkan selokan dan saluran air.  c. Dikeluarkannya penganggaran untuk penanganan AIDS melalui KPAL. Program ini meliputi edukasi, promosi dan preventif agar jumlah penderita AIDS tidak meningkat atau menurun. Dengan jumlah dana anggaran meningkat, mengingat jumlah penderita AIDS di Jakarta yang semakin besar."</p>
I.1.2	Gambaran Kebijakan pembiayaan kesehatan di DKI Jakarta	<p>A.2 "Kebijakan yang berupa regulasi pembiayaan kesehatan di DKI Jakarta sudah lebih baik, karena dari pemerintah sendiri mereka sudah memfokuskan kepada pendidikan dan kesehatan. Seperti baru-baru ini, pemerintah DKI sedang membuat Sistem Kesehatan Daerah (SISKESDA) setidaknya untuk biaya</p>



A.3	<p>kesehatan itu minimal 15% dari anggaran daerah. Untuk di DKI sendiri, anggaran kesehatan masih sekitar 7%. Pemda DKI sangat konsen pada kesehatan dan pendidikan. Contohnya pada tahun 2002 dimana pemda telah mengalokasikan dana GAKIN untuk uji coba terhadap propinsi DKI..."</p> <p>"Pada tahun – tahun tersebut kita sudah berupaya memaksimalkan pembahasan tentang peraturan dan regulasi kaitan kebijakan pembiayaan kesehatan di DKI Jakarta. Awal 2004 ada upaya dari pemerintah mengubah badan hukum RS di DKI Jakarta menjadi badan hukum PT. Kemudian pada akhir 2004, awal 2005 ada perubahan kembali dari PT menuju BLUD, terjadi diskusi yang sangat panjang, ada ketidak sepahaman diantara para pihak. Akhirnya karena keputusan yang berlaku tetap dari Mahkamah Agung agar RS dikembalikan posisinya menjadi BLUD, hanya satu RS yang masalahnya terkatung yaitu RS Haji karena terjadi tarik menarik antara Departemen Agama dan Pemda DKI Jakarta. Solusinya saya tidak mengikuti.</p> <p>Kalau mengenai pembiayaan secara spesifik, DPRD DKI Jakarta sangat berpihak kepada Rumah Sakit dan dinas kesehatan dengan mengalokasikan dana sesuai dengan apa yang diminta oleh Rumah sakit dan dinas Kesehatan. Seluruhnya anggaran yang diminta tidak ada yang dikoreksi. Bahkan ditambahkan spesial untuk penanganan orang – orang tidak mampu dalam bentuk GAKIN, dimana setiap tahunnya ditambahkan 50 Miliar.</p> <p>Pada 2005, alokasi GAKIN 200 M, naik 2006 menjadi 250 M, 2007 menjadi 300 M, 2008 menjadi 350 M. Tetapi banyak sekali kendala dalam pengelolaan GAKIN yaitu tidak pernah cukupnya dana GAKIN tersebut. Kedepannya akan dibuatkan SISKESDA didalamnya diatur tentang JAMKESDA."</p>
B.1	<p>"Sudah cukup jelas. Hanya saja pada peraturan gubernur no.29 tahun 2007 pembagian operasional BLUD masih diatur 40 – 60 %, harusnya dibebaskan saja agar lebih fleksibel"</p>
B.2	<p>"Regulasi sudah cukup jelas, tetapi penerapannya karena di DKI banyak rumah sakit vertikal milik depkes yang tetap melayani penduduk DKI Jakarta sehingga anggaran GAKIN justru banyak terserap di RS vertikal tersebut yang bukan langsung di bawah pemda DKI seperti RSCM, Fatmawati, persahabatan,</p>

1.2	Status kelembagaan RS	<p>D.1</p> <p>E.2</p> <p>B.1</p> <p>B.3</p>	<p>dikarenakan skala RS yang lebih besar, justru, saat kita mengklaim, anggaran yang terserap dari RS vertikal tersebut cukup besar. Jadi bagaimana pemerintah mengalokasikan dana/ anggaran untuk RS vertikal maupun RS penda memang belum begitu jelas. RS milik penda DKI akhirnya lebih banyak sounding ke Dinkes untuk mendapatkan perhatian, karena tanggung jawabnya langsung kepada gubernur DKI."</p> <p>"Basicnya tidak berdasarkan hitung-hitungan unit cost, hanya berdasarkan kajian kepentingan rakyat, jadi tidak begitu jelas, sehingga tarif yang keluar tidak jelas, begitu juga dengan subsidi"</p> <p>"Ada kekeliruan dalam konsep pembiayaan rumah sakit pemerintah, karena adanya subsidi, yang hitungannya tidak jelas. Harusnya dengan sistem Public Service Obligation sama seperti kereta api atau Trans Jakarta. Sehingga tidak efektif, operasional tetap merugi"</p> <p>"sangat kurang memadai, tidak sesuai dengan tugas tanggung jawab pemerintah yang mengakibatkan rakyat Indonesia menjadi bodoh dan miskin. Itu dikarenakan pembiayaan kesehatannya tidak memadai. Yang kedua, dana yang terbatas pun tidak dialokasi secara efektif dan efisien yang memberikan hasil maksimum bagi peningkatan kesehatan rakyat maupun perlindungan kesehatan rakyat. Dan pembiayaan kesehatan merupakan kunci dari pembenahan sistem kesehatan. Jika pembiayaan sistem kesehatan dapat dikelola dengan baik, banyak masalah kesehatan yang dapat diselesaikan. Memang bukan satu-satunya kunci, tetapi hal ini berperan sebagai sesuatu yang "major" atau besar"</p> <p>"Rumah Sakit Duren Sawit kan RS khusus, dan kategori baru. Sejak awal didirikan tahun 2001 kami berstatus Unit Pelaksana Teknis Daerah, sedangkan pada tahun 2003 kami berubah status menjadi swadana, dalam hal ini sudah enak, karena karena uang bisa kami gunakan langsung. Dan tahun 2007 kami menjadi BLUD penuh"</p> <p>"Rumah Sakit Pasar Rebo sejak tahun 1992 – 2004 : UPT swadana, kalau kita punya duit, kita bisa pakai langsung, sudah lebih baik. Swadana adalah amanah untuk menggunakan uang ini. Tahun 2005 : PT, hanya berbentuk kelembagaan.</p>
-----	-----------------------	---	--

			<p>PT itu penyertaan modal, jadi asetnya dipisahkan. UU PT no.10/1995. Tahun 2007 : Dengan status BLUD sehingga efisien, efektif dan bisnis sehat. Lebih bagus ada sistem akuntansi, hitung unit cost, sistem remunerasi. RS sudah mendekati mandiri."</p>
		D.1	<p>"Ada kekeliruan dalam konsep pembiayaan rumah sakit pemerintah, karena adanya subsidi, yang hitungannya tidak jelas. Harusnya dengan sistem Public Service Obligation sama seperti kereta api atau Trans Jakarta. Sehingga tidak efektif, operasional tetap merugi"</p>
		B.1	<p>"Swadana dan BLUD sebenarnya sama saja, uangnya sama – sama bisa langsung dipakai unt uk operasional sehari – hari. Dan rumah sakit sangat terbantu dengan pengelolaan keuangan seperti ini."</p>
I.3	Pola Pengelolaan Keuangan RS	B.3	<p>"Bicara tentang manajemen dan status kelembagaan rumah sakit, maka akan membicarakan mengenai SDM, pengadaan barang dan jasa, serta pola pengelolaan keuangan."</p> <p>"Tujuannya semua sama, agar memberikan pelayanan kepada masyarakat yang terbaik, pelayanan prima. Tetapi memang berbeda dalam pengelolaan uang yang ditujukan untuk memudahkan. Kalau PT terikat, kekayaan dipisahkan, bisa pinjam uang ke bank untuk modal, dll. Tapi kalau BLUD, asetnya tidak dipisahkan, tapi pengelolaannya lebih baik dari swadana. PT sebenarnya hanya status kelembagaan saja. Bentuknya tetap BUMD. Tapi memang belum dapat diketahui hasilnya, karena kan waktu itu baru satu tahun sudah langsung dibatalkan."</p>
		B.1	<p>"...Dalam belanja operasional, juga terdapat belanja barang dan jasa, dimana terdapat pengelolaan dan pengadaan barang dan jasa yang harus merujuk ke Keppres no.80, dimana barang dan jasa diatas 100 juta harus melalui sistem lelang..."</p>
		B.3	<p>"Dalam pembiayaan Rumah Sakit terdapat pendapatan dan belanja. Dimana pendapatan bersumber dari pendapatan BLUD, dan subsidi. Sedangkan belanja terdiri dari belanja rutin, belanja operasional dan investasi. Uang belanja ada yang pakai subsidi, ada yang dari pendapatan BLUD."</p>

I.4	Pembiayaan RS	<p>"Harusnya pendapatan sama dengan belanja. Tapi karena di Rumah sakit pemerintah, jadi tidak sama. Disini ada tarif diatur dengan Perda, yang tidak sama dengan unit cost.          Misal tarif perda kelas III adalah 20.000, harusnya 100.000. Harusnya 80.000 dari subsidi. Tapi sekarang subsidi dalam bentuk gaji pegawai PNS, subsidi operasional (air, listrik, telepon), belanja farmasi, belanja cleaning service.          Jadi dicoba tetap diseimbangkan antara berapa yang didapatkan dengan yang dibelanjakan. Jadi subsidi adalah pembiayaan yang diback up oleh pemerintah. BLUD tarifnya dibawah unit cost makanya tetap butuh subsidi."</p> <p>" Pasien datang ke rumah sakit ada pasien umum, GAKIN, SKTM, JAMSOSTEK, ASKES, jaminan perusahaan, pasien karyawan dan keluarga, masing – masing tarifnya berbeda sesuai kelasnya, tarif kelas III dari Perda, tarif kelas I,II,dan VIP diatur menurut SK Direktur"</p> <p>" Harusnya menghitung unit cost, sehingga operasional tidak merugi. Pembiayaan berdasar unit cost. Jangan disamakan dengan bantuan sosial, dimana seperti GAKIN harus melalui klaim yang panjang, sehingga uang tertahan dan operasional terganggu"</p>
	D.1	

II. Aktor dalam Kebijakan		
No.	Hal	Jawaban
A.1		Tentu saja semua pihak, dari bawah yaitu masyarakat sampai dengan legislatif. Melalui musyawarah perencanaan pengembangan (musrenbang) tingkat RT, RW, lalu sampai kepada perencanaan APBD di tingkat eksekutif dan dimusyawarahkan kembali ke tingkat legislatif. Yang paling menentukan dari proses yang ada yaitu pada tahap musyawarah dengan legislatif, karena setelah pemaparan program dan alasan alasan kami dikemukakan, maka didiskusikan lagi prioritas terhadap program tersebut. Pada akhirnya penentuan ada di legislatif, terkait salah satu hak mereka yaitu hak budget.
A.2		"Seksi pelaksana, kepala dinas, sekda, askesmas, bappeda, narasumber yang lebih ahli."
A.3	Siapa saja yang terlibat dalam kebijakan tsb ?	"Idealnya memang kalau kita merumuskan pembiayaan kesehatan di DKI Jakarta seluruh stakeholder dalam pembiayaan YLKI, Dinas Kesehatan, IDI, LSM – LSM, direktur RS, PMI, Dinas sosial dan DPRD. Harusnya semua terlibat agar ada patokan pembiayaan dari satu tindakan kesehatan. Kadang kala orang sakit tidak perlu tindakan A, tapi karena ada faktor bisnis di RS tertentu, pasien tsb menerima tindakan yang tidak perlu. Problem di masyarakat miskin harusnya stakeholder dilibatkan agar ada patokan biaya yang harus dibayarkan oleh negara dengan satuan harganya."
D.1		" Rumah sakit disuruh menghitung, diajukan ke Sekretaris Daerah dan Pemda, dikaji tim, lalu dikaji kembali oleh DPRD "

III. Konten Kebijakan		
No.	Hal	Jawaban
III.1	Bagaimana besaran alokasi dana?	A.1 "Sudah dan dinilai sudah cukup, karena yang diharapkan rumah sakit pemerintah akan mandiri, terutama terkait status BLUD (Badan Layanan Umum Daerah) dimana pengelolaan keuangan dilakukan secara mandiri. Uang yang mereka terima dari hasil operasionalisasi rumah sakit berdasarkan tarif, dapat dikelola sendiri untuk kebutuhan operasional dan pengembangan. Tetapi dari pihak rumah sakit selalu merasa kekurangan dalam hal insentif dan penggajian para dokter di rumah sakit, terutama rumah sakit pemerintah"
		A.3 "Saya kira kalau besaran alokasi dana memang kelihatannya tidak pernah mengkoreksi, jadi ikut saja, jadi sudah cukup"
		D.1 " Ini-lah kekeliruan persepsi, dimana ada konsep subsidi. Harusnya kan dibayar sesuai unit cost, bukan mempunyai Rp.20.000, sisanya dibayar dengan subsidi listrik, telpon, dll"
III.2	Sudah seimbang-kah proporsi kuratif dan preventif ?	A.3 "Kalau kita perhatikan upaya preventif harusnya lebih memadai, membimbing masyarakat hidup sehat, bersih, menjaga kesehatan itu yang kurang sekarang ini, kalau sakit baru dananya diajukkan. Iya dana preventif berkurang, mereka lebih senang mengurus orang sakit. Mencegah penyakit kan lebih baik daripada mengobati. Harusnya berpikir seperti itu, tetapi alokasi anggaran untuk itu kurang memadai, dan dari pengajuan memang sedikit. Kalau bicara anggaran, diajukkan oleh dinas bersangkutan, dijabatani oleh bappeda, dan diajukkan ke DPRD. Biasanya anggarannya monoton, misal DBD. Anggaran berulang begitu saja, penting memang, tapi kita melihat hal tersebut jadi monoton. Kadang - kadang kita senyum sendiri melihat jumlah anggaran, banyak juga anggaran yang sifatnya administratif, misal buku petunjuk apa. Yang dalam penilaian kita sendiri, kita tidak tau kaedah pembuatan buku tsb."

IV. Konteks		
No.	Hal	Informan
IV.1	Situasional	A.1
		<p>"... dari temuan atau kejadian yang ada di lapangan, dalam hal ini Rumah Sakit, misalnya banyaknya wabah DBD atau penyakit pasca banjir. ... Dengan jumlah dana anggaran meningkat, mengingat jumlah penderita AIDS di Jakarta yang semakin besar."</p> <p>"Permasalahan sekarang ini besarnya dana JPK GAKIN dan SKTM karena belum adanya data pasti dari BPS mengenai jumlah orang miskin pasti. Karena SKTM diberikan pada orang yang tidak termasuk kategori miskin, dalam hal ini masih mampu membayai kehidupan sehari-harinya tetapi bisa menjadi miskin dengan sakit yang dideritanya."</p> <p>"Awal 2004 ada upaya dari pemerintah mengubah badan hukum RS di DKI Jakarta menjadi badan hukum PT. Kemudian pada akhir 2004, awal 2005 ada perubahan kembali dari PT menuju BLUD, terjadi diskusi yang sangat panjang, ada ketidaksepahaman diantara para pihak."</p>
IV.2	Struktural : lingkungan strategis (ideologi-politik-ekonomi-sosialbudaya-hankam)	D.1
IV.3	Kultural	
		<p>"Selama ini dalam penganggaran pembiayaan, kami hanya dipanggil dan ditanya untuk apa, lalu didasarkannya kepentingan rakyat, yang merupakan kepentingan politik. Tidak ada duduk bersama, yang ada hanya diterima atau ditolak"</p>
IV.4	Internasional	B.3 E.1 E.2
		<p>"Bedanya kita sama Singapore, beda cara mengemasnya, asal-asalan aja lah, beli pisang satu sisir pakai plastik cukup, kalau Singapore di stereotip, dikemas dengan pakai plastik tipis indah, kita tidak mau mengikuti orang lain bagus."</p> <p>"malaysia dapat mengatur seluruh fasilitas kesehatan termasuk rumah sakit swasta."</p> <p>"nah itu terjadi di Malaysia dimana seluruh anggaran diberikan oleh pemerintah dan tidak perlu menarik apapun dari pasien. Jadi tugas mereka hanya melayani saja. Padahal tugas melayani masyarakat adalah dilakukan oleh pemerintah, bukan tugasnya direktur Rumah Sakit."</p>

V. Proses			
No.	Hal	Informan	
V.1	Penentuan agenda	A.1	<p><b>Jawaban</b></p> <p>"Penentuan agenda dapat dilakukan melalui beberapa hal, yaitu :</p> <p>a. Dari temuan atau kejadian yang ada di lapangan, dalam hal ini Rumah Sakit, misalnya banyaknya wabah DBD atau penyakit pasca banjir.</p> <p>b. Dari informasi data yang ada, misalnya untuk anggaran JPK GAKIN di Rumah Sakit, didapat dari data jumlah orang miskin di DKI Jakarta ataupun pengajuan SKTM yang dibawa langsung oleh pasien. Permasalahan sekarang ini besarnya dana JPK GAKIN dan SKTM karena belum adanya data pasti dari BPS mengenai jumlah orang miskin pasti. Karena SKTM diberikan pada orang yang tidak termasuk kategori miskin, dalam hal ini masih mampu membiayai kehidupan sehari – harinya, tetapi bisa menjadi miskin dengan sakit yang dideritanya.</p> <p>c. Dari usulan melalui musyawarah warga "</p>
		A.2	<p>"Penentuan agenda selama ini yaitu masukan dari masyarakat yang dikumpulkan, lalu kita selesaikan, bila tidak bisa kita panggil RS yang terkait untuk menyelesaikan. Masalah yang teresering adalah masalah keterlambatan pembayaran GAKIN."</p>
		A.3	<p>"Selama ini hanya menyetujui saja. Ada satu hal dilematis, kalau tidak menyetujui anggaran, jangan – jangan kalau ada pasien yang kenapa- kenapa disalahkan karena anggaran tidak disetujui.</p> <p>Dilain pihak jika kita menyetujui, anggaran yang diajukan bukan anggaran yang fundamental. Yang kita koreksi yang tidak ada hubungan dengan fundamental, misal alat – alat laundry, Seringkali RS mengajukan pendanaan untuk beli alat, tapi ternyata alatnya idle (tidak terpakai)."</p>
		A.1	<p>"Yang paling menentukan dari proses yang ada yaitu pada tahap musyawarah dengan legislatif, karena setelah pemapan program dan alasan alasan kami dikemukakan, maka didiskusikan lagi prioritas terhadap program tersebut. Pada akhirnya penentuan ada di legislatif, terkait salah satu hak mereka yaitu hak budget."</p>



V.2	Proses pengambilan keputusan	<p>"Menurut saya sudah. Hal ini dapat dilihat dari nilai anggaran kesehatan yang besar dari DKI Jakarta terutama kaitannya dengan JPK GAKIN. Tetapi memang kelemahannya terletak pada data pasti jumlah penduduk miskin di DKI Jakarta."</p> <p>"Dalam menentukan keputusan GAKIN, kita belum melihat keefisiennya tetapi secara efektivitasnya cukup baik. Tetapi terkadang masih salah sasaran. Oleh karena itu kita meminta pihak ketiga untuk mengaudit setiap RS apakah masih berada atau sesuai dengan kebijakan dinkes. Pemerataannya masih belum baik. Masih ada orang kaya yang berpura pura tak mampu dan mendapatkan pembiayaan yang gratis."</p> <p>"Selama ini, mereka mengajukan dan melalui proposal, yang akhirnya ditentukan oleh DPRD pada akhirnya. Kita diskusi, walaupun seringkali jika kita tanyakan ke RS dan Dinkes secara mendalam, mereka juga tidak tahu secara mendalam. Di komisi E, tidak ada dokter, yang ada sarjana hukum, akuntan, dll. Jumlah yang paling banyak anggotanya sebanyak 16 orang. Anggotanya ditentukan oleh masing – masing fraksi. Yang jadi masalah kita tidak tahu apa – apa tentang kesehatan, jadi tidak ada yang tahu secara pasti, disini tinggal kejujuran saja. Selama ini hanya menyetujui saja. Serba salah sebagai institusi untuk memberikan hak budget, kalau tidak diberikan takut mengganggu pelayanan, tapi kalau diberikan kita juga tidak tahu berguna atau tidak, terpakai dengan baik atau tidak."</p> <p>"Dalam penetapan anggaran ada pertemuan beberapa kali sekitar 3 – 6 kali, dalam fase penetapan anggaran selama 2 bulan. Dalam sekali pertemuan, tergantung pokok bahasan, setiap RS dibahas satu persatu."</p> <p>"Agak sulit kita melihat ini karena alat ukurnya susah, untuk menilai sudah sesuai, efektif, efisien. Alat ukurnya susah. Yang pasti sekarang ini kalau orang ke RS pemerintah, pasti ada keluhan padahal pembiayaan kesehatan dibayai</p>
A.2		<p>"Menurut saya sudah. Hal ini dapat dilihat dari nilai anggaran kesehatan yang besar dari DKI Jakarta terutama kaitannya dengan JPK GAKIN. Tetapi memang kelemahannya terletak pada data pasti jumlah penduduk miskin di DKI Jakarta."</p> <p>"Dalam menentukan keputusan GAKIN, kita belum melihat keefisiennya tetapi secara efektivitasnya cukup baik. Tetapi terkadang masih salah sasaran. Oleh karena itu kita meminta pihak ketiga untuk mengaudit setiap RS apakah masih berada atau sesuai dengan kebijakan dinkes. Pemerataannya masih belum baik. Masih ada orang kaya yang berpura pura tak mampu dan mendapatkan pembiayaan yang gratis."</p> <p>"Selama ini, mereka mengajukan dan melalui proposal, yang akhirnya ditentukan oleh DPRD pada akhirnya. Kita diskusi, walaupun seringkali jika kita tanyakan ke RS dan Dinkes secara mendalam, mereka juga tidak tahu secara mendalam. Di komisi E, tidak ada dokter, yang ada sarjana hukum, akuntan, dll. Jumlah yang paling banyak anggotanya sebanyak 16 orang. Anggotanya ditentukan oleh masing – masing fraksi. Yang jadi masalah kita tidak tahu apa – apa tentang kesehatan, jadi tidak ada yang tahu secara pasti, disini tinggal kejujuran saja. Selama ini hanya menyetujui saja. Serba salah sebagai institusi untuk memberikan hak budget, kalau tidak diberikan takut mengganggu pelayanan, tapi kalau diberikan kita juga tidak tahu berguna atau tidak, terpakai dengan baik atau tidak."</p> <p>"Dalam penetapan anggaran ada pertemuan beberapa kali sekitar 3 – 6 kali, dalam fase penetapan anggaran selama 2 bulan. Dalam sekali pertemuan, tergantung pokok bahasan, setiap RS dibahas satu persatu."</p> <p>"Agak sulit kita melihat ini karena alat ukurnya susah, untuk menilai sudah sesuai, efektif, efisien. Alat ukurnya susah. Yang pasti sekarang ini kalau orang ke RS pemerintah, pasti ada keluhan padahal pembiayaan kesehatan dibayai</p>
A.3		<p>"Menurut saya sudah. Hal ini dapat dilihat dari nilai anggaran kesehatan yang besar dari DKI Jakarta terutama kaitannya dengan JPK GAKIN. Tetapi memang kelemahannya terletak pada data pasti jumlah penduduk miskin di DKI Jakarta."</p> <p>"Dalam menentukan keputusan GAKIN, kita belum melihat keefisiennya tetapi secara efektivitasnya cukup baik. Tetapi terkadang masih salah sasaran. Oleh karena itu kita meminta pihak ketiga untuk mengaudit setiap RS apakah masih berada atau sesuai dengan kebijakan dinkes. Pemerataannya masih belum baik. Masih ada orang kaya yang berpura pura tak mampu dan mendapatkan pembiayaan yang gratis."</p> <p>"Selama ini, mereka mengajukan dan melalui proposal, yang akhirnya ditentukan oleh DPRD pada akhirnya. Kita diskusi, walaupun seringkali jika kita tanyakan ke RS dan Dinkes secara mendalam, mereka juga tidak tahu secara mendalam. Di komisi E, tidak ada dokter, yang ada sarjana hukum, akuntan, dll. Jumlah yang paling banyak anggotanya sebanyak 16 orang. Anggotanya ditentukan oleh masing – masing fraksi. Yang jadi masalah kita tidak tahu apa – apa tentang kesehatan, jadi tidak ada yang tahu secara pasti, disini tinggal kejujuran saja. Selama ini hanya menyetujui saja. Serba salah sebagai institusi untuk memberikan hak budget, kalau tidak diberikan takut mengganggu pelayanan, tapi kalau diberikan kita juga tidak tahu berguna atau tidak, terpakai dengan baik atau tidak."</p> <p>"Dalam penetapan anggaran ada pertemuan beberapa kali sekitar 3 – 6 kali, dalam fase penetapan anggaran selama 2 bulan. Dalam sekali pertemuan, tergantung pokok bahasan, setiap RS dibahas satu persatu."</p> <p>"Agak sulit kita melihat ini karena alat ukurnya susah, untuk menilai sudah sesuai, efektif, efisien. Alat ukurnya susah. Yang pasti sekarang ini kalau orang ke RS pemerintah, pasti ada keluhan padahal pembiayaan kesehatan dibayai</p>

			oleh APBD."
		A.1	<p>"Pemahaman kebijakan APBD, dengan masa berlaku selama satu tahun. Produk hukum secara administratif harus melalui DPA(Dokumen pelaksanaan Anggaran), membreakdown kegiatan ke dalam kode rekening pembelanjaan. Ini melulu sejak tahun 2003. Terlaksana atau tidaknya kegiatan, harus memenuhi kegiatan administratif. Dalam implementasi, pengelolaan keuangan negara berbasis kinerja, money follow function. Katakanlah ada program GAKIN, fungsinya untuk mengobati orang miskin, tapi masalah uang nominalnya kurang atau tidak belum bisa dibahas, karena masuk ranah politis, bukan hanya akademis." (</p>
		A.2	<p>"Dalam implementasi program GAKIN dilakukan secara berjenjang, mulai dari Dinkes ke sudin ke puskesmas, lalu ke masyarakat. Tetapi saya masih sering menemukan bahwa dilapangan masih banyak yang belum tahu tentang program ini, termasuk petugas puskesmas sendiri."</p>
V.3 Implementasi		A.3	<p>"Implementasi masih kurang dan perlu ditingkatkan. Bicara GAKIN sebenarnya sudah ada alokasi dana-nya, tetapi tetap saja ada keluhan akses dalam memperoleh pelayanan. Masalah lainnya yaitu kurangnya kesejahteraan tenaga medis. Dan status RS itu sendiri, serta mekanisme APBD. Sekarang dengan BLU agak lumayan karena RS bisa menggunakan uang yang diterima untuk memenuhi kebutuhan RS tsb. Sekarang sudah agak untung, harus diawasi RS tersebut agar tidak ada penyelewengan. Yang harus diciptakan adalah orang nyaman ke RS tersebut. Bagi masyarakat, RS pemerintah adalah RS orang kelas dua. Harusnya tidak boleh begitu, harusnya menjadi RS paling baik karena dibiayai oleh pemerintah."</p>
		B.2	<p>"Implementasi keuangan dari segi alokasi dari subsidi sudah mencakupi, karena RS sudah merasakan sendiri pemenuhan kebutuhan yang diberikan dari pemda, mungkin mekanisme penyampaian dananya yang dirasakan kurang tepat waktu, contohnya bila telah menjalankan pelayanan pada bulan Januari, dan pada Februari kita sudah mengklaim, tetapi dana GAKIN tersebut baru keluar pada bulan Juni. Tetapi karena anggaran tersebut sering datang terlambat, maka</p>

		operasional dari rumah sekalipun juga menurun."
	B.3	"Melihat satu rumah sakit sebagai jual jasa, walaupun ada didalamnya faktor sosial, yang dipentingkan harus ada 5P yaitu Place, Price, Person, Product dan Promotion. Dari 5P tersebut Pasar Rebo sangat baik. Dari segi keuangan sudah pasti naik. Konsepnya uangnya dapat dipakai langsung, kita berbuat sesuatu, pelayanan bagus, pendapatan bagus. Berusaha mula -- mula dikasih sekian, pendapatan sekian, tahun selanjutnya mudah- mudahan suatu saat subsidi hanya untuk gaji PNS. Jangan begitu naik pendapatan, subsidiinya naik juga. Kan kita ada perhitungannya, ada Rensira lima tahun. Waktu swadana pendapatan 900 juta/tahun, sekarang pendapatannya 106 Miliar/tahun. Dahsyat ya.. Subsidi Pasar Rebo saat ini hanya untuk belanja modal, investasi alat."
	A.1	"Kita melakukan evaluasi terhadap SKPD per 3 bulan, 6 bulan, dan 1 tahun. Bappeda fungsinya sebagai evaluator bagi SKPD tersebut. Berdasarkan evaluasi yaitu anggaran berbasis kinerja, tapi kalau evaluasi masalah administrasi keuangan yaitu inspektoral."
	A.2	"Evaluasi kinerja RS terhadap JPK GAKIN belum ada. Karena masalah SDM yang kurang. Palingan kita mendapatkan info dari LSM atau masyarakat setempat. Review dari dinkes ada dan kita dapat membahasnya disana. Ini merupakan bentuk dari evaluasi dinkes."
V.4 Evaluasi	A.3	"Evaluasi terus, menambah dana GAKIN setiap tahunnya, membuat kebijakan tentang SIKESDA misalnya, walaupun agak susah mendapat titik temu. Turun ke RS, berdiskusi dengan para dokter, pasien, pelayanan dari susster dan staf di RS, diskusi dengan manajemen, pengelola obat - obatan di RS. Melakukan evaluasi dengan diskusi, misal dengan Dinkes. Kalau ada kasus kita langsung memanggil direktur RS tersebut, apa masalahnya, kenapa, dan bagaimana terjadinya. Bentuk kepedulian dari anggota DPRD."
	C.1	"Dari pengobatan agak diundur, dokter sudah mengecek tapi pemberian obat ditunda. Tidak masalah, saya menerima, tetapi memang agak lama. Lalu soal kebersihan bersih sih bersih, tapi agak bawa pesing. Sedangkan dokter kalau

		memeriksa saya cepat – cepat, dokter tidak menjelaskan apa – apa, suami saya yang harus aktif menanyakan ke perawat. Kalau saya tanya ke dokter agak susah, kan kalau di kelas 1 atau 2 memang mungkin ditanggapi, mungkin karena lebih mahal, kelas 3 kan murah hanya 15 ribu.”
	C.2	”Alhamdulillah cukup, meringankan beban. Alhamdulillah saya bisa minjem-minjem, uang gajinya dipotong 200-ribu setiap bulan. Saya sudah urus surat GAKIN di Puskesmas, janji metulu, tapi gak diurus, capek nunggunya. Dengan SKTM Lumayan, Alhamdulillah bantu orang susah.”
	C.3	”Masalah biaya bagi ibu orang agak punya Alhamdulillah bersyukur banget.”
	A.1	”Hierarki tetap ada, jika ada dampak atau outcome dari sebuah input, hirarki tidak serta merta dampak terlihat secara langsung, misal lingkungan kita bersihkan, diare besok langsung hilang, kita harus objektif. Evaluasi bulanan, progress. Jadi ouput. Tidak bisa menilai menimbulkan outcome.”
V.5 Adaptasi	A.3	”Biasanya ada dalam perhitungan APBD. Sebelum APBD ada perhitungan di komisi. Misal pertengahan tahun pendapatan berapa, sudah terpenuhi belum, apa aktivitas yang dilaksanakan, berapa persen dana terserap? Kalau ada dana tidak terserap denga baik, pada tahun berjalan akan langsung di-cut.”

VI. Keterkaitan antara Status Kelembagaan dengan Kebijakan Pembiayaan			
No.	Hal	Informan	
VI.1	Status kelembagaan yang tepat?	B.1	"BLUD sudah merupakan status kelembagaan yang tepat. Yang paling penting pemimpin rumah sakit-nya yang harus pintar. Karena RS. Duren Sawit merupakan rumah sakit khusus sehingga dibutuhkan kerjasama dengan berbagai pihak terkait seperti panti, LSM, lembaga pemerintahan terkait, dll."
		B.3	"Ada kondisi CRR. Pasarebo mestinya ada penilaian. BLUD penuh > 60 %, dibawah 50 % masih ada subsidi. Sebetulnya Pasarebo sudah mampu menjadi PT, karena makin lama subsidi makin kecil, menggaji pegawai sudah mampu."
		C.1	"Sudah pernah dengar. Tapi nani kalau saya berobat disini mahal. Kalau pelayanan bagus, tapi tarif naik gak masalah. Tapi memang biasanya otomatis kalau pelayanan ditingkatkan biayanya juga meningkat"
VI.2	Bagaimana pendapat anda tentang privatisasi RS pemerintah	C.2	"Kalau swasta agak berat bayarnya, jadi jangan dijadikan swasta."
		C.3	"RS diswastakan belum pernah dengar. Kalau swasta ya gimana, gak bisa nolong kami jadi lebih baik pemerintah saja."

VII. Rekomendasi terhadap Kebijakan		
No.	Hal	Informan
VII.1	Apa rekomendasi terhadap kebijakan ke depan?	<p>A.1</p> <p>"Pertama, Untuk pembuatan kebijakan, yang paling utama adalah jabarkan RPJM, karena bagaimanapun juga RPJM adalah hutang gubernur selama dia menjabat, karena RS juga merupakan organik gubernur. Jangan pernah lari dari masyarakat.  Visi Jakarta : Jakarta nyaman sejahtera untuk semua. Misi Jakarta : Good governance, good service, good empowering, good infrastructure, good environment.  Rumah sakit sudah menerapkan, karena ada satu fase bappeda mensupervisi. Keterbatasan waktu supervisi hanya 2 minggu termasuk kesehatan, kesejahteraan dan mental spiritual.  Kedua,  Manfaatkan SPM untuk memberikan pelayanan ke masyarakat di tingkat RS.  Ketiga, jangan lari dari administrasi, misal karena distributor memberikan bonus, memilih perusahaan farmasi tersebut. Pembelian obat, pengadaan rongen, dll"  A.3  "Harus ada sistem yang disepakati dengan DPRD dan kesehatan mengenai bagaimana memberikan pelayanan yang baik kepada masyarakat DKI Jakarta, khususnya GAKIN.  Misal asuransi, berapa preminya, apa saja penyakit yang mungkin diderita, berapa tahun kualitas hidup masyarakat Jakarta. Disiapkan premi. Jika sakit, tidak amapu, ada database, alangsung dilayani. APBD DKI besar, jadi bisa. Misal alokasi 1 triyun. Ada data, tidak perlu bolak-balik foto, sekarang kan ada foto dan sidik jari-nya. Kalau tidak ada di data, berarti tidak dilayani.  Problem data kependudukan, sampai sekarang tidak tahu berapa jumlah penduduk di Indonesia, di DKI Jakarta. Karena satu orang punya beberapa identitas."  B.1  " Rumah Sakit khusus seperti Duren Sawit haruslah memiliki kemampuan maintenance yaitu menjalin kerjasama dengan berbagai pihak seperti panti laras, pusat rehabilitasi narkoba, dinas sosial, sekolah – sekolah. Karena kan</p>

	B.2	<p>sumber pemasukan kita ya, dari mereka. Jadi kita harus jempuk bola. Selain itu pimpinan rumah sakit-nya harus pintar dan mengerti apa yang harus dilakukan pada rumah sakit khusus seperti Duren Sawit"</p> <p>"Perbaikan pola tarif rumah sakit. Baik dari unit cost dibandingkan dengan tarif. Jadi RS dengan BLUD kemandiriannya dapat dicapai.</p> <p>Proses pengagihan GAKIN, antara unit GAKIN pemda dan RS dapat dilakukan secara cepat dan sederhana. Bila kita punya Online, mungkin akan lebih cepat proses verifikasi dari pembayaran. Contohnya selama ini, data perincian pembayaran per pasien tidak terinci dengan baik dari dinkes, sehingga pembayaran jasa medis dari seorang dokter tidak diketahui secara pasti. Dengan adanya billing sistem pembacaan verifikasi akan lebih cepat dan valid. Selama ini belum ada pembicaraan ke dinkes.</p> <p>Lakukan audit berkala bisa dilakukan untuk mengecek sistem yang telah ada dengan cara sampling."</p>
	B.3	<p>"Perubahan tidak gampang, hampir 5 tahun SDMnya kami perbaiki. Waktu swadana ditanya, apa yang mau diperbaiki, gedungnya, fasilitasnya, tapi kami memilih mengembangkan SDM. Karena kan SDM yang menggunakan regulasi dan fasilitas.</p> <p>Kalau kita melakukan suatu perubahan, dengan pemikiran berbeda merubah menjadi memiliki persepsi yang sama dengan organisasi, bagaimana caranya, ini merupakan suatu proses. Yang dilakukan di Pasarebo adalah : 1.Membentuk team yang kuat, solid, kompak, kondusif; 2. Trust building, untuk saling percaya; 3. Positif thinking; 4.Individu organisasi ada kelebihan dan kekurangan; 5. Bergandengan tangan untuk mencapai visi dan misi.</p> <p>Organisasi yang bercahaya, maka sekeliling kita akan datang. Kalau negatif thinking, auranya akan berantakan, kacau, mutu tidak terjamin.</p> <p>Kalau SDM dan budaya tercipta, maka ilmu yang lain akan mengikuti. Ilmu keuangan ada, mutu ada."</p>
	C.1	<p>"Lebih maju pelayanannya, bisa puas berobat disini, lebih enak konsuhnya sama dokter."</p>
	C.2	<p>"Jangan terlalu mahal, tarifnya kalo gak ngurus – ngurus pasi mahal."</p>

		<p>Alhamdulillah bayarnya 30 % aja, walaupun ngutang, jadi gajinya dipotong enam bulan.</p> <p>Renovasi cat aja, biar lebih mengkilap gitu, kamar udah lumayan dan bersih."</p>
C.3		"Yang perlu ditingkatkan sudah bagus semua diterima dengan baik bagi ibu, tapi gak tau kalau yang lain dari GAKIN."
D.1		"Harusnya pemerintah mengundang para ahli keuangan untuk duduk bersama dan mendiskusikannya, lalu ketika rumah sakit mengajukan tentang pembiayaan harus ada pihak2 tersebut. Dan komentar mereka bagaimana."
E.1		"Dalam menetapkan pembiayaan tarif kesehatan tersebut memerlukan orang-orang yang ahli dalam menghitung demand dan supplier yang dibutuhkan. Dan yang diambil adalah normative cost. Staf ahli harus diikuti sertakan untuk memberikan pendapat tentang pengambilan keputusan kebijakan pembiayaan kesehatan"
E.2		"RSU jangan disuruh cari duit, dan Dokter serta pegawai rumah sakit digaji dengan memadai dan pantas. Ganti dokter yang tidak mau mengikuti peraturan yang ada dalam perundangan tentang pelayanan kepada masyarakat."