



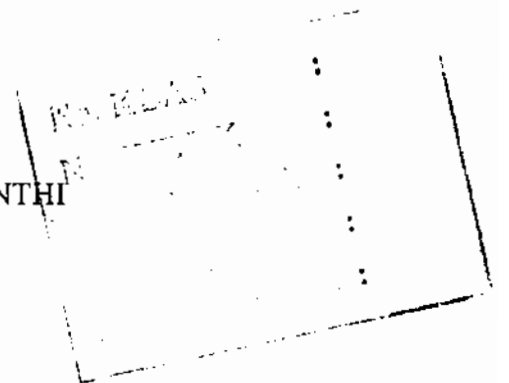
UNIVERSITAS INDONESIA

**EVALUASI KINERJA MAJELIS KEHORMATAN
DISIPLIN KEDOKTERAN INDONESIA
DENGAN PENDEKATAN *BALANCED SCORECARD***

TESIS

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

**YANTHI BRIHTSANTHI
0806470365**



**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
KEKHUSUSAN KEBIJAKAN DAN HUKUM KESEHATAN
MASYARAKAT
DEPOK
JULI 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Yanthi Brihtsanthi

NPM : 0806470365

Tanda Tangan : 

Tanggal : 6 Juli 2010

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI MANUSKRIP

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Yanthi Brihtsanthi

NPM : 0806470365

Jenjang : Magister

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Kelas : Khusus

Kekhususan : Kebijakan dan Hukum Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademis : 2008/2009 – 2009/2010

Judul Manuskrip : Evaluasi Kinerja Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia dengan Pendekatan *Balanced Scorecard*

Menyatakan bahwa saya telah mendiskusikan dengan pembimbing, dan :

1. Mengizinkan manuskrip saya untuk dipublikasikan dengan syarat : *)

Tanpa mengikutsertakan nama pembimbing

Dengan mengikutsertakan nama pembimbing

Alamat korespondensi (*corresponding author*) untuk perbaikan manuskrip adalah:

Yanthi Brihtsanthi, Jl P Ternate 6 No. 183 Perumnas III Kelurahan Aren Jaya Bekasi Timur 17111, telp. 021 8803188, email si_jamur@yahoo.com

2. Tidak mengizinkan manuskrip saya untuk dipublikasikan.

Catatan lain:

.....

.....

.....

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 6 Juli 2010

Mengetahui
Pembimbing,



(dr. Adang Bachtiar, MPH, Sc.D)



(Yanthi Brihtsanthi)

Keterangan :

*) beri tanda pada kotak yang tersedia

SURAT PERNYATAAN

Nama : Yanthi Brihtsanthi
NPM : 0806470365
Program Studi : S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2008/2009

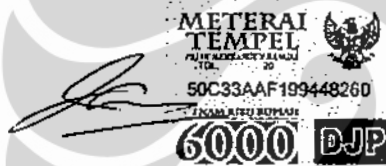
Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

Evaluasi Kinerja Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia dengan Pendekatan *Balanced Scorecard*

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 6 Juli 2010



(Yanthi Brihtsanthi)

HALAMAN PENGESAHAN


Tesis ini diajukan oleh

Nama : Yanthi Brihtsanthi
NPM : 0806470365
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis : Evaluasi Kinerja Majelis Kehormatan Disiplin
Kedokteran Indonesia dengan Pendekatan *Balanced
Scorecard*

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr. Adang Bachtiar, MPH, Sc.D ()

Penguji : Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS ()

Penguji : dr. Sandi Iljanto, MPH ()

Penguji : dr. Merdias Almatsier, SpS(K) ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 6 Juli 2010

KATA PENGANTAR/UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada :

- (1) Dr. Adang Bachtiar, MPH, ScD, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, pikiran, dan perhatian untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini;
- (2) Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS yang telah memberikan bimbingan dan perhatian kepada saya dalam penyusunan tesis ini;
- (3) Dr. Merdias Almatsier, SpS(K) dan seluruh anggota Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) beserta jajaran sekretariat KKI yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
- (4) Staf Sekretariat AKK FKM UI atas seluruh bantuannya;
- (5) Orang tua, suami (Natarianto Indrawan) serta seluruh keluarga yang telah memberikan bantuan dukungan moril dan materil;
- (6) Rita Ratna Puri, Mathilda Marpaung, Bimo Satrio Rahardjo, Astri Wulansari, Rachmi Setyorini, Dorma Sipayung, Sulastyono Wahyudi, Nurkasna Wahyuni, dan seluruh sahabat serta rekan-rekan saya yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan tesis ini.

Saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 6 Juli 2010

Yanthi Brihtsanthi

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

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

Nama : Yanthi Brihtsanthi
NPM : 0806470365
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
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 :

Evaluasi Kinerja Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia dengan Pendekatan *Balanced Scorecard*

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 Depok

Pada tanggal 6 Juli 2010

Yang menyatakan,



(Yanthi Brihtsanthi)

ABSTRAK

Nama : Yanthi Brihtsanthi
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Evaluasi Kinerja Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia dengan Pendekatan *Balanced Scorecard*.

Tesis ini bertujuan untuk melakukan evaluasi terhadap kinerja Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) dengan menggunakan pendekatan empat perspektif *Balanced Scorecard*. Penelitian dilakukan dengan pendekatan kualitatif evaluatif. Penelitian ini didahului dengan penetapan indikator kinerja yang akan digunakan dalam melakukan evaluasi tersebut berdasarkan peraturan perundang-undangan yang terkait dengan MKDKI serta Rencana Strategis MKDKI 2008-2013. Hasil penelitian ditemukan bahwa evaluasi kinerja MKDKI sebagai organisasi pemerintah dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan empat perspektif *Balanced Scorecard* dan ditemukan keterkaitan antara kinerja MKDKI pada perspektif publik, perspektif proses internal, perspektif pembelajaran dan pertumbuhan serta perspektif keuangan. MKDKI diharapkan dapat memperhatikan kepentingan masyarakat penerima jasa pelayanan medis serta kepentingan profesi kedokteran untuk mewujudkan visi "Penegak disiplin profesi kedokteran yang dipercaya dan dihormati". Saran untuk penelitian selanjutnya agar dapat menggunakan dan mengembangkan *key performance indicator* MKDKI berdasarkan indikator kinerja dalam penelitian ini.

Kata kunci:
Performance evaluation, Balanced Scorecard, MKDKI

ABSTRACT

Name : Yanthi Brihtsanthi
Study Program : Public Health
Title : Performance Evaluation of Indonesian Medical Disciplinary Board with Balanced Scorecard Approach

This study focuses on performance evaluation of Indonesian Medical Disciplinary Board using four perspectives of Balanced Scorecard approach. This research is qualitative and evaluative which data were collected by deep interview, observation, and study document. First, the study configures performance indicator that can be used in the performance evaluation based on Regulation and Strategic Plan of MKDKI. This study found that Balanced Scorecard can be used as a tool for evaluating performance of MKDKI as a government institution. Furthermore, there is correlation between four perspectives of Balanced Scorecard in MKDKI performance. The researcher suggests that MKDKI should be considered public and medical professional interest in way of getting its vision "to be trusted and respected medical disciplinary board". For advance research of MKDKI performance, the researcher suggests to use and consider the need to develop key performance indicator in this study.

Keyword:

Performance evaluation, Balanced Scorecard, MKDKI

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
1. PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	6
1.3. Pertanyaan Penelitian	6
1.4. Tujuan Penelitian	
1.4.1. Tujuan Umum	6
1.4.2. Tujuan Khusus	7
1.5. Manfaat Penelitian	7
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	7
2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia	
2.1.1. Dasar Pembentukan	9
2.1.2. Kedudukan, Tugas, Fungsi dan Kewenangan	11
2.1.3. Keanggotaan dan Organisasi	12
2.1.4. Unit Penunjang	13
2.1.5. Pembiayaan	15
2.1.6. Rencana Strategis MKDKI 2008-2013	15
2.1.7. Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia di Tingkat Provinsi	17
2.2. Penegakan Disiplin Profesi Kedokteran	
2.2.1. Profesionalisme dan Disiplin Profesi Kedokteran	17
2.2.2. Penegakan Disiplin Profesi Kedokteran di Indonesia	23
2.2.3. Penegakan Disiplin Profesi di Beberapa Negara	
2.2.3.1. Inggris	29
2.2.3.2. Belanda	34
2.2.3.3. Negara Bagian New York, USA	36
2.3. <i>Balanced Scorecard</i>	
2.3.1. Konsep Dasar <i>Balanced Scorecard</i>	39
2.3.2. Pengukuran Kinerja dengan Pendekatan <i>Balanced Scorecard</i>	44
2.3.3. Aplikasi <i>Balanced Scorecard</i> pada Organisasi Pemerintah....	46
2.4. Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah	
2.4.1. Instansi Pemerintah	50
2.4.2. Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.....	51
2.5. Beberapa Penelitian Terdahulu.....	57

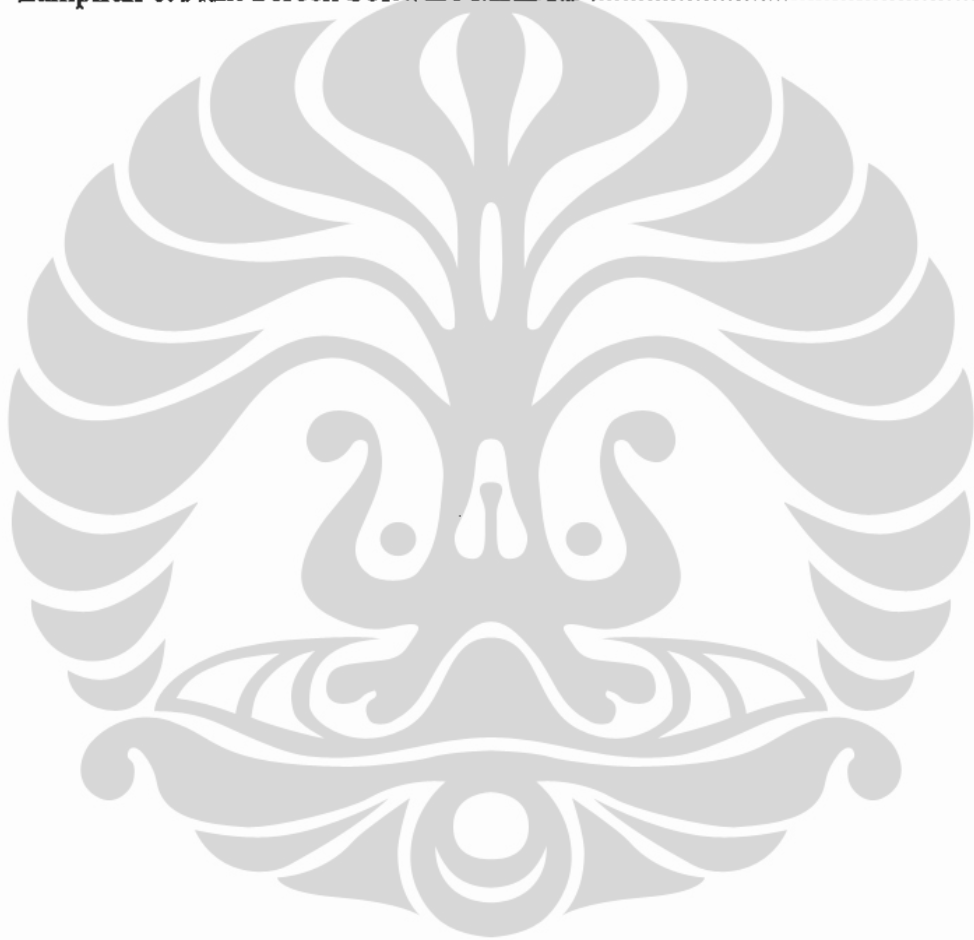
3. KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1. Kerangka Teori	59
3.2. Kerangka Konsep	62
3.3. Definisi Operasional	66
4. METODE PENELITIAN	
4.1. Desain Penelitian	68
4.2. Waktu dan Lokasi Penelitian	68
4.3. Metode Pengumpulan Data	69
4.4. Kualitas Data	71
4.5. Pengolahan dan Analisis Data	72
5. HASIL PENELITIAN	
5.1. Pelaksanaan Penelitian	73
5.2. Indikator dalam Evaluasi Kinerja MKDKI dengan Pendekatan <i>Balanced Scorecard</i>	74
5.3. Evaluasi Kinerja pada Perspektif Publik	
5.3.1. Pertumbuhan Jumlah Pengaduan	78
5.3.2. Kepuasan Publik	84
5.4. Evaluasi Kinerja pada Perspektif Proses Internal	
5.4.1. Proses Penanganan Pengaduan	89
5.4.2. Proses Pelaksanaan Keputusan MKDKI	104
5.4.3. Inovasi yang Berorientasi pada Publik	108
5.5. Evaluasi Kinerja pada Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran....	112
5.5.1. Kapabilitas Anggota dan Petugas MKDKI	113
5.5.2. Peningkatan Kapabilitas MKDKI	121
5.5.3. Kapabilitas Sistem Informasi	126
5.6. Evaluasi Kinerja pada Perspektif Keuangan	127
6. PEMBAHASAN	
6.1. Evaluasi Kinerja pada Perspektif Publik	
6.1.1. Pertumbuhan Jumlah Pengaduan.....	133
6.1.2. Kepuasan Publik.....	135
6.2. Evaluasi Kinerja pada Perspektif Proses Internal	
6.2.1. Proses Penanganan Pengaduan.....	139
6.2.2. Proses Pelaksanaan Keputusan MKDKI.....	142
6.2.3. Inovasi yang Berorientasi pada Publik.....	143
6.3. Evaluasi Kinerja pada Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran	
6.3.1. Kapabilitas Anggota dan Petugas MKDKI	145
6.3.2. Peningkatan Kapabilitas MKDKI	146
6.3.3. Kapabilitas Sistem Informasi	149
6.4. Evaluasi Kinerja pada Perspektif Keuangan	150
7. KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1. Kesimpulan	152
7.2. Saran	155
DAFTAR REFERENSI	158

DAFTAR GAMBAR, TABEL DAN GRAFIK

Gambar 2.1	Susunan Organisasi KKI.....	11
Gambar 2.2	Struktur Organisasi Sekretariat KKI.....	14
Gambar 2.3.	Alur Penanganan Pengaduan oleh MKDKI	25
Grafik 2.4	Jumlah Pengaduan pada Office of Professional Medical Conduct USA	38
Tabel 2.5	Penanganan Pengaduan pada OPMC.....	39
Gambar 2.6	Hubungan Ukuran Kinerja dalam <i>Balanced Scorecard</i>	40
Gambar 2.7.	Kerangka <i>Balanced Scorecard</i>	41
Gambar 2.8.	<i>Balanced Scorecard</i> pada Organisasi Publik dan Non-profit	47
Tabel 2.9.	Perspektif <i>Balanced Scorecard</i> pada Sektor Swasta dan Sektor Pemerintah	49
Gambar 2.10.	<i>Balanced Scorecard</i> pada Organisasi Pemerintah	49
Gambar 3.1.	Kerangka Teori <i>Balanced Scorecard</i> pada Organisasi Publik dan Non-profit	59
Gambar 3.2.	<i>Balanced Scorecard</i> pada Organisasi Pemerintah	60
Gambar 3.3.	Kerangka Konsep Penelitian	63
Tabel 3.4.	Definisi Operasional	66
Tabel 5.1.	Jumlah Pengaduan ke MKDKI	79
Tabel 5.2.	Pengaduan ke MKDKI Berdasarkan Pihak Pengadu	80
Tabel 5.3.	Provinsi Tempat Kejadian dalam Pengaduan	80
Tabel 5.4.	Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Pengaduan	81
Tabel 5.5.	Jumlah Pengaduan Terkait Bidang Kedokteran dan Kedokteran Gigi	81
Tabel 5.6.	Jumlah dan Spesialisasi Dokter/Dokter Gigi yang Diadukan ...	81
Tabel 5.7	Provinsi Tujuan Sosialisasi Penegakan Disiplin oleh MKDKI .	83
Gambar 5.8	Alur Penanganan Pengaduan di MKDKI	90
Gambar 5.9.	Alur Penerimaan Pengaduan di MKDKI	93
Gambar 5.10.	Alur Proses Pemeriksaan Awal oleh MPA	96
Gambar 5.11.	Alur Proses Pemeriksaan Disiplin oleh MPD	100
Tabel 5.12.	Penyelesaian Pengaduan di MKDKI	106
Grafik 5.13.	Lama Penanganan Pengaduan di MKDKI	109
Gambar 5.14.	Alur Proses Pelaksanaan Keputusan MKDKI	110
Gambar 5.15.	Susunan Organisasi Kesekretarian (Unit Penunjang) MKDKI..	119
Grafik 5.16.	Ketersediaan dan Penyerapan Anggaran MKDKI	128
Tabel 5.17.	Ketersediaan dan Penyerapan Anggaran MKDKI	129
Gambar 7.1.	Hubungan Kinerja pada Perspektif Publik, Perspektif Proses Internal dan Perspektif Pembelajaran&Pertumbuhan	153

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Ijin Penelitian	166
Lampiran 2. Kuesioner	167
Lampiran 3. Pedoman Wawancara	174
Lampiran 4. Hasil Survei	179
Lampiran 5. Matriks Wawancara	182
Lampiran 6. Print Screen Software MKDKI	191



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan merupakan bagian dari upaya kesehatan yang dilakukan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya serta dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia, serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional (UU No. 36 Tahun 2009).

Pada kenyataannya pelayanan kesehatan dilingkupi pelayanan yang tidak aman dengan kemungkinan infeksi, misdiagnosis, keterlambatan pelayanan, alat kesehatan yang tidak adekuat, kejadian tidak diharapkan (*adverse events*) bahkan kesalahan medis (*medical errors*) (WHO, 2009). Pada masyarakat yang gemar menggugat (*litigious society*), masyarakat yang merasa kecewa atau mengalami hasil buruk dari pelayanan kesehatan yang diterimanya memiliki kecenderungan untuk mengadukan dokter atau rumah sakit terkait ke berbagai pihak tanpa menyadari upaya maksimal yang telah dilakukan oleh tenaga medis melawan perjalanan penyakit pasien (Purwadianto, 2004).

Negara Inggris pada tahun 1980-an dan Negara Amerika Serikat pada tahun 1970-an telah mengalami praktik *defensive medicine* akibat ketidakpercayaan dalam hubungan dokter-pasien. *Defensive medicine* merupakan praktik kedokteran yang dijalankan oleh profesi kedokteran dengan melakukan pemeriksaan diagnostik maupun prosedur pengobatan yang tidak akan dilakukan kecuali untuk menghadapi ancaman tuntutan dari pasien atau keluarganya (Vincent, et.al, 1993).

Salah satu latar belakang pembentukan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (selanjutnya disebut UU Praktik Kedokteran) adalah berkurangnya kepercayaan masyarakat terhadap profesi dokter dan dokter gigi. Hal tersebut disadari dapat menjadi ancaman bagi pembangunan kesehatan karena dokter dan dokter gigi memiliki peran penting sebagai komponen utama pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat (UU No. 29 Tahun 2004).

Untuk menjaga mutu pelayanan kesehatan khususnya yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi, maka pelayanan kesehatan seharusnya diselenggarakan oleh tenaga profesional yang memiliki etik dan moral yang tinggi, keahlian dan kewenangan yang secara terus menerus ditingkatkan mutunya melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, sertifikasi, registrasi, lisensi, serta pembinaan, pengawasan, dan pemantauan (UU No. 29 Tahun 2004).

UU Praktik Kedokteran mengamanahkan pembentukan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) sebagai wadah profesi yang memiliki fungsi pengaturan, pengesahan, penetapan serta pembinaan dokter dan dokter gigi yang menjalankan praktik kedokteran. KKI terbentuk berdasarkan doktrin kontrak sosial antara profesi medis dan masyarakat. Profesi medis memiliki kewenangan untuk melaksanakan *self regulating* untuk memberikan jaminan bahwa anggota profesinya bekerja dengan baik dan memiliki kompetensi (Sampurna, 2006). Melalui kontrak sosial tersebut, masyarakat memberikan kepercayaan kepada profesi medis untuk memberikan pelayanan terbaik secara profesional dan untuk itu profesi medis diberikan otonomi untuk mengatur profesinya sendiri (Cruess, 2004).

KKI diharapkan dapat memberikan penilaian terhadap kemampuan profesi dokter dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat serta menjembatani kepentingan masyarakat dan profesi dokter. KKI dibentuk dalam rangka mencapai tujuan pengaturan praktik kedokteran sebagaimana tercantum dalam UU Praktik Kedokteran yaitu mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi serta untuk memberikan perlindungan kepada pasien melalui upaya peningkatan kualitas pendidikan kedokteran, registrasi, dan pembinaan, pengawasan serta pemantauan (UU No. 29 Tahun 2004).

Salah satu tugas dari konsil kedokteran di berbagai dunia adalah menerima keluhan dari masyarakat terkait dengan disiplin profesi kedokteran dan melakukan *self disciplining* (Arnold, 2000). Di Indonesia, tugas tersebut dilaksanakan oleh Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) sebagai lembaga otonom yang berada di bawah KKI. Pasal 64 UU Praktik Kedokteran menyebutkan bahwa tugas MKDKI adalah menerima pengaduan, memeriksa, dan

memutuskan kasus pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi yang diajukan. MKDKI diberi kewenangan untuk menentukan ada tidaknya kesalahan yang dilakukan dokter dan dokter gigi dalam penerapan disiplin ilmu kedokteran dan kedokteran gigi, dan menetapkan sanksi disiplin (Pasal 1 UU No. 29 Tahun 2004).

Penegakan disiplin pada profesi kedokteran telah dilakukan oleh negara lain baik negara anglosaxon maupun negara eropa kontinental termasuk negara Belanda yang telah memiliki Medical Disciplinary Board sejak tahun 1928 (Alhafaji, et.al, 2009). Di Inggris, penegakan disiplin profesi kedokteran dilakukan oleh salah satu bagian pada General Medical Council (GMC) yaitu Fitness to Practice Panel. Pada tahun 2006, GMC yang telah berdiri sejak 1858 dilaporkan menerima lebih dari 5.000 pengaduan setiap tahunnya (Bailey, et.al, 2006).

Secara filosofis, J Guwandi (2007) mengidentifikasi penegakan disiplin sebagai upaya melindungi masyarakat dengan menyingkirkan atau meminimalisir praktik kedokteran yang tidak sesuai dengan pedoman perilaku profesi kedokteran (*bad apple*). *Bad Apple Theory* populer pada dunia penerbangan untuk menggambarkan upaya identifikasi personil yang tidak dapat diandalkan dalam sebuah organisasi dan menyingkirkan atau membatasi kegiatan personil tersebut (Dekker, 2002). Manfaat lebih jauh dari upaya pendisiplinan profesi dokter adalah perbaikan standar dalam penyelenggaraan praktik kedokteran sebagai pembelajaran dari keputusan yang ditetapkan oleh lembaga pendisiplinan profesi dokter atau dokter gigi.

Pelaksanaan penegakan disiplin profesi dokter di Indonesia dilakukan oleh sebelas anggota MKDKI yang berasal dari unsur profesi dokter, dokter gigi dan sarjana hukum yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan untuk masa jabatan lima tahun. Sejak didirikan pada Maret 2006 sampai tahun 2009, MKDKI yang berkedudukan di ibukota negara Indonesia telah menerima 75 pengaduan dari seluruh Indonesia dengan kecenderungan meningkat setiap tahunnya (MKDKI, 2010).

Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) berwenang menetapkan sanksi disiplin pada dokter/dokter gigi yang dinyatakan telah melakukan pelanggaran disiplin profesi kedokteran. Sanksi disiplin tersebut

berupa peringatan tertulis, rekomendasi pencabutan surat tanda registrasi (STR) atau surat ijin praktik (SIP) baik sementara maupun tetap, dan/atau kewajiban mengikuti pendidikan/pelatihan di institusi pendidikan kedokteran (UU No. 29 Tahun 2004).

Sebagai penegak disiplin profesi kedokteran, MKDKI diharapkan dapat mengidentifikasi praktik kedokteran yang buruk khususnya terkait pelanggaran disiplin profesi kedokteran sehingga profesionalisme kedokteran dan mutu pelayanan medis dapat terjaga. Mengingat pentingnya peran MKDKI dalam melindungi masyarakat dari praktik kedokteran yang tidak profesional, maka perlu dilakukan evaluasi kinerja MKDKI yang diharapkan dapat memberikan masukan kepada pemangku kebijakan terkait kebijakan penegakan disiplin. Bahkan GMC yang telah berdiri sejak tahun 1858, terus berupaya memperbaiki pedoman penjatuhan sanksi disiplin guna menjamin konsistensi dan transparansi publik sebagaimana dilakukan di negara Inggris (Baker, 2006).

Sebelumnya penelitian tentang evaluasi kinerja MKDKI dengan pendekatan empat perspektif *Balanced Scorecard* belum pernah dilakukan. Penilaian kinerja penegakan disiplin yang disusun oleh Sekretariat KKI saat ini mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1100/Menkes/SK/VII/2003 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penyusunan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja di Lingkungan Departemen Kesehatan yang merupakan pelaksanaan dari Instruksi Presiden Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) mencakup lima komponen besar yaitu manajemen kinerja, yakni perencanaan, pengukuran, pelaporan, evaluasi, dan capaian kinerja. Pencapaian kinerja atau target program kerja didasarkan pada penyerapan anggaran yang disediakan. Menurut Wijaya dan Assifie sebagaimana dikutip Rudatin (2005), penyerapan anggaran serta pendekatan akuntansi dalam pengukuran kinerja organisasi pemerintah tidak dapat mengukur aspek non-keuangan secara eksplisit (Rudatin, 2005).

Evaluasi kinerja pemerintah seharusnya ditekankan pada aspek keseimbangan dan koordinasi dan mempertimbangkan keseimbangan antara kinerja jangka pendek dan jangka panjang, antara kompetensi dan kerjasama,

antara keadilan dan efisiensi, serta keseimbangan antara pembangunan dan stabilitas (Mingke dan Li, 2006).

Salah satu alat evaluasi kinerja yang komprehensif adalah kerangka *Balanced Scorecard* yang diperkenalkan dan dikembangkan oleh Kaplan dan Norton sejak tahun 1990-an. *Balanced Scorecard* merupakan kerangka kerja yang komprehensif dan sistematis untuk keberhasilan jangka pendek dan jangka panjang yang dapat diterapkan pada institusi pemerintah (Niven, 2003). *Balanced Scorecard* merupakan kerangka yang menerjemahkan visi dan strategi organisasi kedalam seperangkat ukuran kinerja utama yang memperhatikan empat perspektif yaitu perspektif publik/pemangku kebijakan, perspektif proses internal, perspektif pembelajaran dan pertumbuhan, serta perspektif finansial (Kaplan dan Norton, 2000).

Kewenangan MKDKI yang sangat besar dalam menentukan ada tidaknya kesalahan dokter/dokter gigi dalam melaksanakan disiplin profesinya dan menjatuhkan sanksi disiplin yang diikuti dengan kecenderungan peningkatan pengaduan, seharusnya diiringi dengan evaluasi kinerja yang komprehensif. Untuk itu, penelitian yang akan dilakukan adalah evaluasi kinerja MKDKI dengan pendekatan empat perspektif *Balanced Scorecard*. Evaluasi kinerja yang dilakukan diharapkan dapat memberikan masukan dan rekomendasi sebagai upaya perbaikan kinerja MKDKI selanjutnya serta upaya pencapaian visi MKDKI yang tertera dalam Rencana Strategis MKDKI 2008-2013 yaitu "Penegak disiplin yang dipercaya dan dihormati".

Pada penelitian ini juga akan dikembangkan perangkat lunak (*software*) berupa program komputer yang diharapkan dapat digunakan sebagai pengukur kerja otomatis dan dengan cepat memberikan masukan kepada pimpinan dalam membuat keputusan. Penggunaan program komputer dalam pengukuran kinerja merupakan langkah ke tujuh dari sembilan langkah menuju kesuksesan implementasi *Balanced Scorecard* (Rohm, 2008). Seluruh proses penelitian akan dilakukan tanpa mempublikasikan nama pasien, dokter, maupun rumah sakit yang terkait dengan pengaduan ke MKDKI. Hal ini dilakukan untuk tetap menjaga prinsip kerahasiaan pasien dan etika penelitian.

1.2. Rumusan Masalah

Sebagai penegak disiplin profesi kedokteran, MKDKI diharapkan dapat mengidentifikasi praktik kedokteran yang buruk khususnya terkait pelanggaran disiplin profesi kedokteran sehingga profesionalisme kedokteran dan mutu pelayanan medis dapat terjaga. Mengingat pentingnya peran MKDKI dalam melindungi masyarakat dari praktik kedokteran yang tidak profesional, maka perlu dilakukan evaluasi kinerja MKDKI yang dapat memberikan masukan kepada pemangku kebijakan terkait. Kewenangan MKDKI yang sangat besar dalam menentukan ada tidaknya kesalahan dokter/dokter gigi yang dalam melaksanakan disiplin profesinya dan menjatuhkan sanksi disiplin, seharusnya diiringi dengan pengukuran kinerja yang komprehensif sehingga MKDKI dapat menjamin kepastian hukum bagi dokter/dokter gigi sesuai dengan tujuan UU Praktik Kedokteran. Namun, sampai saat ini belum ada evaluasi kinerja MKDKI yang bersifat komprehensif khususnya dengan pendekatan empat perspektif *Balanced Scorecard*. Dengan demikian perumusan masalah dalam penelitian ini adalah: "Belum diketahuinya gambaran evaluasi kinerja MKDKI ditinjau dengan pendekatan empat perspektif *Balanced Scorecard*."

1.3. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan rumusan permasalahan, maka pertanyaan penelitian ini adalah,

1. Indikator apa yang dapat digunakan dalam evaluasi kinerja MKDKI berdasarkan empat perspektif *Balanced Scorecard*?
2. Bagaimanakah evaluasi kinerja MKDKI berdasarkan pendekatan empat perspektif *Balanced Scorecard*?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Diketahuinya gambaran evaluasi kinerja MKDKI dengan pendekatan empat perspektif *Balanced Scorecard*.

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Diketuainya indikator yang dapat digunakan dalam evaluasi kinerja MKDKI berdasarkan empat perspektif *Balanced Scorecard*.
2. Diketuainya gambaran evaluasi kinerja MKDKI dilihat dari perspektif publik.
3. Diketuainya gambaran evaluasi kinerja MKDKI dilihat dari perspektif proses internal.
4. Diketuainya gambaran evaluasi kinerja MKDKI dilihat dari perspektif pembelajaran dan pertumbuhan.
5. Diketuainya gambaran evaluasi kinerja MKDKI dilihat dari perspektif keuangan.

1.5. Manfaat Penelitian

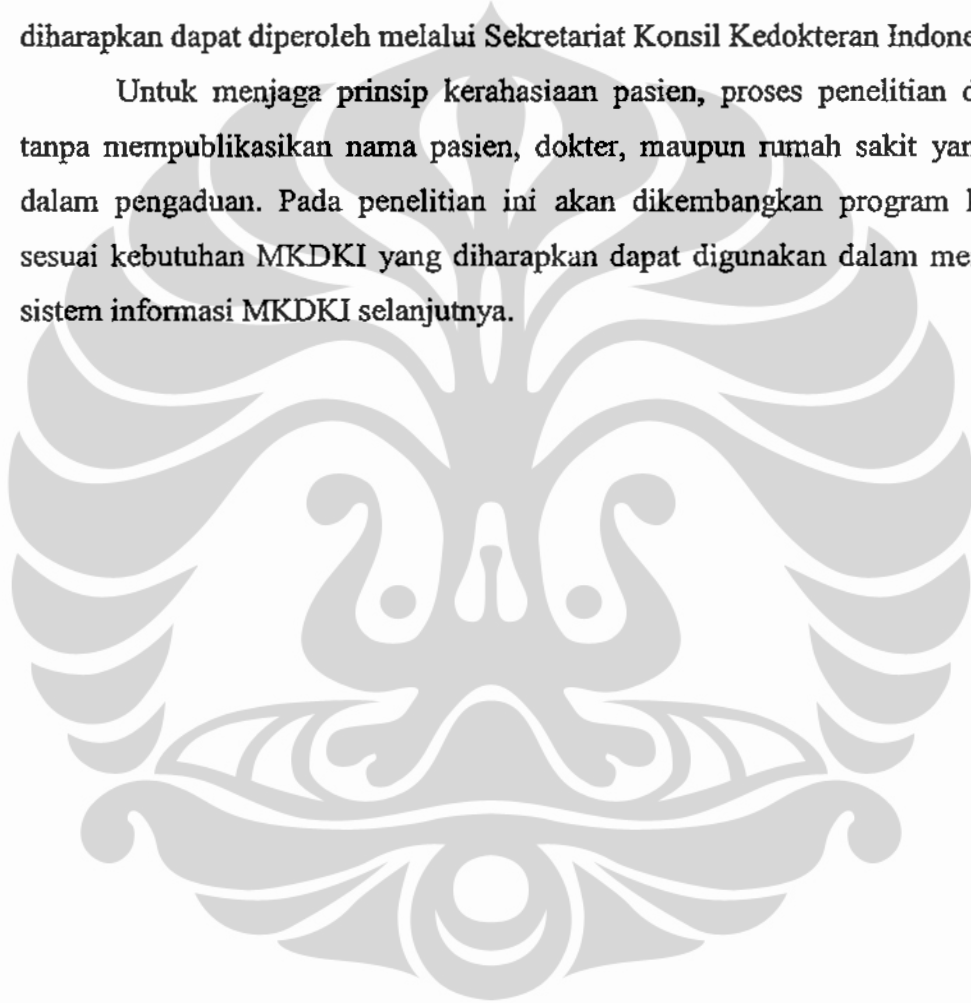
1. Secara teoritis, penelitian ini memberikan tambahan literatur tentang penggunaan empat perspektif *Balanced Scorecard* dalam pengukuran kinerja pada organisasi pemerintah yaitu MKDKI yang memiliki karakteristik keanggotaan periodik berdasarkan masa jabatan tertentu.
2. Secara aplikatif, penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada MKDKI serta unit pendukungnya dalam upaya pencapaian visi dan misi MKDKI dan untuk perbaikan kinerja selanjutnya. Selain itu, pengembangan program komputer dalam penelitian ini dapat digunakan oleh MKDKI dalam membangun sistem informasi yang dibutuhkan. Selain itu, terhadap perangkat lunak yang dikembangkan dalam penelitian ini sebagai sistem informasi MKDKI memiliki potensi untuk ditetapkan hak kekayaan intelektual.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini ditujukan untuk melakukan evaluasi terhadap kinerja MKDKI dengan pendekatan empat perspektif *Balanced Scorecard*. Penelitian dilakukan mengingat perlunya evaluasi secara komprehensif pada kinerja MKDKI yang memiliki peran penting sebagai penentu ada tidaknya kesalahan dalam penerapan disiplin ilmu oleh dokter/dokter gigi. Penelitian akan dilakukan pada bulan Mei 2010 di Jakarta, khususnya di Sekretariat KKI.

Penelitian dilakukan dengan pengumpulan data primer maupun data sekunder. Pengumpulan data primer terkait evaluasi kinerja MKDKI dilakukan dengan pengamatan serta wawancara mendalam kepada beberapa narasumber. Pengukuran kinerja MKDKI dalam bentuk skoring dilakukan dengan menggunakan instrumen kuesioner yang dikembangkan dalam penelitian ini. Data sekunder berupa dokumen yang terkait dengan berbagai kegiatan MKDKI diharapkan dapat diperoleh melalui Sekretariat Konsil Kedokteran Indonesia.

Untuk menjaga prinsip kerahasiaan pasien, proses penelitian dilakukan tanpa mempublikasikan nama pasien, dokter, maupun rumah sakit yang terkait dalam pengaduan. Pada penelitian ini akan dikembangkan program komputer sesuai kebutuhan MKDKI yang diharapkan dapat digunakan dalam membangun sistem informasi MKDKI selanjutnya.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia

2.1.1. Dasar Pembentukan

Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) merupakan salah satu lembaga pemerintah yang dibentuk berdasarkan Pasal 55 UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (selanjutnya disebut UU Praktik Kedokteran). Hal-hal yang menjadi pokok pengaturan dalam UU Praktik Kedokteran adalah sebagai berikut :

1. Asas dan tujuan penyelenggaraan praktik kedokteran yang menjadi landasan yang didasarkan pada nilai ilmiah, manfaat, keadilan, kemanusiaan, keseimbangan serta perlindungan dan keselamatan pasien;
2. Pembentukan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) yang terdiri atas Konsil Kedokteran dan Konsil Kedokteran Gigi disertai susunan organisasi, fungsi, tugas, dan kewenangan;
3. Registrasi dokter dan dokter gigi yang dilaksanakan oleh KKI dengan pemberdayaan organisasi profesi;
4. Penyusunan, penetapan, dan pengesahan standar pendidikan profesi dokter dan dokter gigi;
5. Penyelenggaraan praktik kedokteran yang mencakup pemberian ijin praktik, standar yang berlaku dalam pemberian pelayanan kepada pasien, hak dan kewajiban baik dokter maupun pasien;
6. Pembentukan MKDKI sebagai penegak disiplin profesi kedokteran;
7. Pembinaan dan pengawasan praktik kedokteran yang dilakukan oleh pemerintah pusat, KKI, pemerintah daerah, organisasi profesi membina serta mengawasi praktik kedokteran sesuai dengan fungsi dan tugas masing-masing; dan
8. Pengaturan ketentuan pidana pada pelanggaran pasal tertentu dalam UU Praktik Kedokteran.

Pembentukan MKDKI tidak dapat dipisahkan dengan KKI karena MKDKI merupakan lembaga otonom dari KKI. Secara administratif MKDKI bertanggung jawab kepada KKI, tetapi dalam pelaksanaan tugas penegakan disiplin MKDKI bersifat independen dalam arti tidak terpengaruh oleh siapapun atau lembaga lainnya. Salah satu fungsi dari Konsil Kedokteran di berbagai dunia adalah menerima keluhan dari masyarakat terkait dengan disiplin profesi kedokteran (Arnold, 2000).

Dalam praktik kedokteran KKI merupakan lembaga yang memiliki fungsi pengaturan, pengesahan, penetapan, serta pembinaan dokter dan dokter gigi yang menjalankan praktik kedokteran, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan medis (UU Praktik Kedokteran). Hal tersebut sejalan dengan tujuan pengaturan praktik kedokteran dalam UU Praktik Kedokteran, yaitu :

- a. Memberikan perlindungan kepada pasien.
- b. Mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi.
- c. Memberikan kepastian hukum kepada masyarakat, dokter dan dokter gigi.

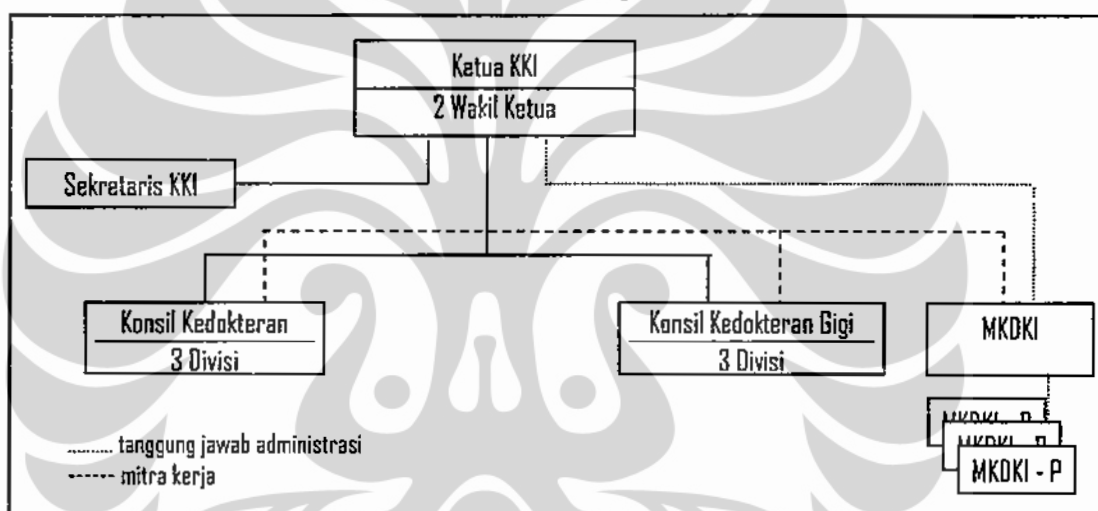
Pembentukan KKI ditujukan untuk melindungi masyarakat penerima jasa pelayanan kesehatan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dari dokter dan dokter gigi melalui upaya peningkatan kualitas pendidikan kedokteran, registrasi, dan pembinaan, pengawasan serta pemantauan (UU Praktik Kedokteran). Sebagai badan otonom, mandiri, nonstruktural, bersifat independen, KKI memiliki fungsi pengaturan, pengesahan, penetapan serta pembinaan dengan tugas sebagai berikut:

- a. Melakukan registrasi dokter dan dokter gigi;
- b. Mengesahkan standar pendidikan profesi dokter dan dokter gigi; dan
- c. Melakukan pembinaan terhadap penyelenggaraan praktik kedokteran yang dilaksanakan bersama lembaga terkait sesuai dengan fungsi masing-masing.

KKI berdiri pada tanggal 29 April 2005 berdasarkan perintah UU Praktik Kedokteran. Anggota KKI berjumlah 17 orang yang terdiri dari 7 orang dokter, 7 orang dokter gigi, dan 3 orang tokoh masyarakat (bukan dokter/dokter gigi) yang memiliki perhatian khusus di bidang kedokteran. KKI terdiri dari Konsil Kedokteran dan Konsil Kedokteran Gigi yang masing-masing memiliki tiga divisi yaitu Divisi Registrasi; Divisi Standar Pendidikan Profesi; dan Divisi Pembinaan.

Dalam pelaksanaan tugasnya KKI didukung oleh sebuah sekretariat yang dipimpin oleh seorang sekretaris yang diangkat dan diberhentikan oleh menteri yang bertanggungjawab di bidang kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan No. 1442/Menkes/Per/X/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Sekretariat KKI menyebutkan bahwa tugas Sekretariat KKI adalah memberikan dukungan teknis dan administrasi kepada semua unsur di lingkungan KKI yaitu Konsil Kedokteran, Konsil Kedokteran Gigi dan termasuk MKDKI. Bagan berikut memperlihatkan organisasi KKI dan kaitannya dengan MKDKI sebagaimana diatur dalam Pasal 11, Pasal 12, Pasal 56, dan Pasal 57 UU Praktik Kedokteran.

Gambar 2.1. Susunan Organisasi KKI



2.1.2. Kedudukan, Tugas, Fungsi, dan Kewenangan

Pasal 57 ayat (1) UU Praktik Kedokteran menetapkan bahwa MKDKI berkedudukan di ibukota negara Republik Indonesia. Sesuai dengan UU Praktik Kedokteran Pasal 64, MKDKI bertugas untuk:

- 1) Menerima pengaduan, memeriksa, dan memutuskan kasus pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi yang diajukan; dan
- 2) Menyusun pedoman dan tata cara penanganan kasus pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi.

Dalam melaksanakan tugas tersebut, MKDKI menjalani fungsi sebagai penegak disiplin profesi kedokteran dan kedokteran gigi dalam penyelenggaraan praktik kedokteran. Untuk melaksanakan tugas sesuai dengan fungsi sebagai penegak disiplin profesi kedokteran, MKDKI memiliki kewenangan sebagaimana

diatur dalam Pasal 5 Peraturan KKI No. 15/KKI/Per/VIII/2006 tentang Organisasi dan Tata Kerja MKDKI dan MKDKI-P, sebagai berikut:

- 1) Menerima pengaduan pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi;
- 2) Menetapkan jenis pengaduan dugaan pelanggaran disiplin atau pelanggaran etika atau bukan keduanya;
- 3) Memeriksa pengaduan pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi;
- 4) Memutuskan ada tidaknya pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi;
- 5) Menentukan sanksi terhadap pelanggaran disiplin profesi dokter dan dokter gigi;
- 6) Melaksanakan keputusan MKDKI;
- 7) Menyusun tata cara penanganan kasus pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi;
- 8) Menyusun buku pedoman MKDKI dan MKDKI-P;
- 9) Membina, mengkoordinasikan, dan mengawasi pelaksanaan tugas MKDKI-P;
- 10) Membuat dan memberikan pertimbangan usulan pembentukan MKDKI-P kepada KKI;
- 11) Mengadakan sosialisasi, penyuluhan, dan diseminasi tentang MKDKI dan MKDKI-P; dan
- 12) Mendokumentasikan pengaduan, prosedur pemeriksaan dan keputusan MKDKI.

2.1.3. Keanggotaan dan Organisasi

UU Praktik Kedokteran menentukan bahwa anggota MKDKI ditetapkan oleh Menteri (yang bertanggung jawab dibidang kesehatan) atas usul organisasi profesi (IDI dan PDGI) dengan masa jabatan 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.

Keanggotaan MKDKI berjumlah 11 (sebelas) orang yang terdiri dari 3 (tiga) orang dokter dari organisasi profesi kedokteran; 3 (tiga) orang dokter gigi dari organisasi profesi kedokteran gigi; 1 (satu) dokter dan 1 (satu) orang dokter gigi mewakili asosiasi rumah sakit, dan 3 (tiga) orang sarjana hukum yang bukan dokter ataupun dokter gigi.

Pimpinan MKDKI adalah tiga orang anggota MKDKI yang dipilih dan ditetapkan dalam rapat pleno anggota sebagai ketua, wakil ketua dan sekretaris

yang ketiganya merangkap sebagai anggota MKDKI. Ketua MKDKI adalah penanggung jawab tertinggi MKDKI yang menetapkan dan memimpin pelaksanaan kegiatan MKDKI serta melakukan koordinasi baik internal maupun eksternal.

Keanggotaan MKDKI periode 2006-2011 ditetapkan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 072/Menkes/SK/II/2006 tentang Pengangkatan Anggota MKDKI tertanggal 7 Februari 2006 dengan susunan organisasi yang ditetapkan dengan Keputusan KKI No. 05/KKI/Kep/III/2006 tentang Penetapan Ketua, Wakil Ketua, dan Sekretaris MKDKI Masa Bakti 2006-2011. Anggota MKDKI berhenti atau diberhentikan karena:

- a. berakhir masa jabatan sebagai anggota;
- b. mengundurkan diri atas permintaan sendiri;
- c. meninggal dunia;
- d. bertempat tinggal di luar wilayah republik Indonesia;
- e. tidak mampu melakukan tugas secara terus menerus selama tiga bulan karena sakit;
- f. tidak melakukan tugas selama tiga bulan tanpa alasan yang jelas dan yang dapat diterima; atau
- g. dipidana karena melakukan tindak pidana kejahatan berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.

2.1.4. Unit Penunjang

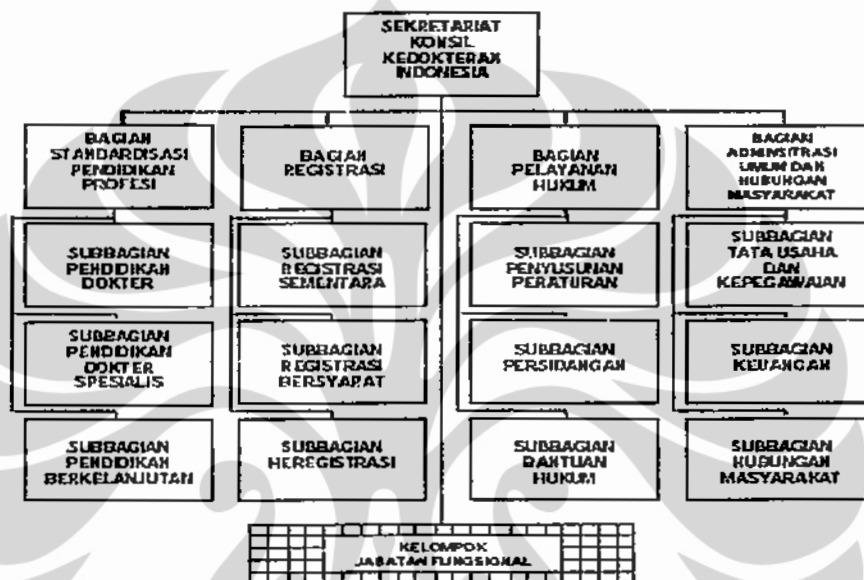
UU Praktik Kedokteran tidak mengatur secara eksplisit tentang sekretariat MKDKI. UU Praktik Kedokteran hanya menyebutkan tentang seorang sekretaris yang memimpin sekretariat KKI dan bukan merupakan anggota KKI. Pelaksana tugas Sekretariat KKI merupakan pegawai KKI yang tunduk pada peraturan perundang-undangan tentang kepegawaian.

Sekretaris KKI diangkat dan diberhentikan oleh Menteri tetapi dalam pelaksanaan tugasnya bertanggung jawab kepada pimpinan KKI. Selanjutnya UU Praktik Kedokteran mengamanahkan penetapan ketentuan tentang fungsi dan tugas sekretariat oleh KKI. Pengertian sekretaris KKI dalam Peraturan KKI No. 15/KKI/Per/VIII/2006 dipertegas sebagai seorang yang diangkat dan

diberhentikan oleh Menteri yang bertugas membantu KKI dan MKDKI dalam hal kesekretariatan.

Struktur organisasi Sekretariat KKI diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 1442/Menkes/Per/X/2005 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Sekretariat Konsil Kedokteran Indonesia adalah sebagai berikut:

Gambar 2.2. Struktur Organisasi Sekretariat KKI



Pada Pasal 20 Peraturan KKI No. 15/KKI/Per/VIII/2006 disebutkan bahwa dalam melaksanakan tugas, fungsi dan wewenangnya, MKDKI didukung oleh Bagian Pelayanan Hukum dan Bagian Administrasi dan Hubungan Masyarakat. Bagian Pelayanan Hukum menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 1442/Menkes/Per/X/2005 terdiri dari tiga sub bagian, yaitu:

- 1) Subbagian Penyusunan Peraturan mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan fasilitasi penyusunan peraturan di bidang kehormatan dan disiplin kedokteran Indonesia, serta kehormatan dan disiplin kedokteran perorangan.
- 2) Subbagian Persidangan mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan fasilitasi persidangan di bidang kehormatan dan disiplin kedokteran Indonesia, serta kehormatan dan disiplin kedokteran perorangan.
- 3) Subbagian Bantuan Hukum mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan fasilitasi pelaksanaan pembinaan dan pelayanan hukum di bidang kehormatan dan disiplin kedokteran Indonesia, serta kehormatan dan disiplin kedokteran perorangan.

Sedangkan Bagian Administrasi dan Hubungan Masyarakat merupakan bagian yang menunjang seluruh kegiatan KKI termasuk MKDKI dalam hal tata usaha, kepegawaian, keuangan, serta kehumasan. Bagian Administrasi dan Hubungan Masyarakat, terdiri dari:

1. Subbagian Tata Usaha dan Kepegawaian mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan penyusunan perencanaan anggaran, urusan tata usaha, kerumahtanggaan, perlengkapan serta kepegawaian.
2. Subbagian Keuangan mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan pembinaan kebendaharaan, dan pelaksanaan urusan verifikasi dan akuntansi.
3. Subbagian Hubungan Masyarakat mempunyai tugas melaksanakan penyiapan bahan koordinasi dan pelaksanaan hubungan pers dan media masa, hubungan antar lembaga, hubungan organisasi profesi dan asosiasi.

Dalam hal pelaksanaan tugas kesekretariatan, Peraturan KKI No. 15/KKI/Per/VIII/2006 menyebutkan adanya pegawai MKDKI sebagai pegawai yang diangkat oleh sekretariat KKI untuk melaksanakan tugas sekretariat pada MKDKI. Pembinaan terhadap pegawai tersebut dilakukan oleh Pimpinan MKDKI agar pelaksanaan tugas sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

2.1.5. Pembiayaan

Pasal 65 UU Praktik Kedokteran dan Peraturan KKI No. 15/KKI/Per/VIII/2006 tentang Organisasi dan Tata Kerja MKDKI dan MKDKI di tingkat Provinsi menyebutkan bahwa segala pembiayaan pelaksanaan tugas dan kegiatan MKDKI dan MKDKI-P dibebankan kepada Anggaran KKI.

2.1.6. Rencana Strategis MKDKI 2008-2013

Rencana Strategis MKDKI terdapat dalam Keputusan Nomor 75/KKI/Kep/VIII/2008 Tentang Rencana Strategis MKDKI Tahun 2008-2013 yang disusun dengan memperhatikan sisi profesi dokter/dokter gigi dan juga masyarakat penerima jasa pelayanan kesehatan.

- a. Visi MKDKI : penegak disiplin kedokteran yang dipercaya dan dihormati.
- b. Misi MKDKI : mengawal dan menjaga profesionalisme dokter dan dokter gigi melalui penegakan disiplin kedokteran.

- c. Nilai-nilai : manusiawi, keunggulan, dinamis, keadilan, dan integritas.
- d. Tujuan, sebagai suatu unit KKI, pengembangan MKDKI mempunyai 3 tujuan yang telah dilengkapi dengan strategi, sasaran, program dan kegiatan sebagai berikut:

Tujuan 1 : Meningkatnya kesadaran masyarakat untuk memperoleh manfaat dari keberadaan MKDKI dalam rangka meningkatkan profesionalisme dokter/dokter gigi.

Strategi : Peningkatan efektifitas mekanisme sosialisasi MKDKI

- Sasaran** :
1. Meningkatnya pemanfaatan MKDKI sebagai lembaga penegak disiplin kedokteran.
 2. Meningkatnya pemahaman dokter/dokter gigi tentang profesionalisme dan disiplin kedokteran.

Tujuan 2 : Terselenggaranya proses penanganan kasus dugaan pelanggaran disiplin kedokteran secara efektif dan efisien dengan kualitas keputusan yang tepat.

- Strategi** :
1. Pengembangan tata kelola yang baik (*good governance*) dalam penyelenggaraan organisasi dan manajemen MKDKI.
 2. Pengembangan jaringan kerja MKDKI pada tingkat regional.

- Sasaran** :
1. Terbentuknya unit sekretariat MKDKI yang mandiri sebagai bagian dari Sekretariat KKI.
 2. Meningkatnya kapasitas, kualitas dan kinerja MKDKI dalam penanganan pengaduan.
 3. Terbentuknya MKDKI-P sekurang-kurangnya di sepuluh provinsi.

Tujuan 3 : Tercapainya kesepahaman penegakan norma etik, norma disiplin dan norma hukum dalam bidang kedokteran.

- Strategi** :
1. Pengembangan kerjasama lintas sektor.
 2. Pengembangan peran mediasi di lingkungan KKI dalam rangka meningkatkan pemanfaatan MKDKI.

- Sasaran** :
1. Terjalin kerjasama antara para penegak norma etik, norma disiplin dan norma hukum.
 2. Terbentuknya lembaga mediasi di lingkungan KKI.

2.1.7. Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia di Tingkat Provinsi

Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia di tingkat provinsi (MKDKI-P) adalah lembaga yang berwenang untuk menentukan untuk menentukan ada tidaknya kesalahan yang dilakukan dokter dan dokter gigi dalam penerapan disiplin ilmu kedokteran dan kedokteran gigi di wilayah provinsi dan menentukan sanksi (Pasal 1 angka 5 Peraturan KKI No. 15/KKI/Per/VIII/2006).

Berdasarkan Pasal 57 ayat (2) UU Praktik Kedokteran, MKDKI-P yang berkedudukan di ibukota provinsi dapat dibentuk oleh KKI atas usulan dari MKDKI dengan mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut (Pasal 10 Peraturan KKI No. 15/KKI/Per/VIII/2006 tentang Organisasi dan Tata Kerja MKDKI dan MKDKI-P) :

1. Luas wilayah provinsi; dan/atau
2. Jumlah dokter dan dokter gigi di wilayah provinsi; dan/atau
3. Memperhatikan pengaduan yang masuk pada wilayah provinsi; dan/atau
4. Jarak provinsi dengan ibukota Negara Republik Indonesia.

Tugas MKDKI-P adalah untuk menerima pengaduan yang diajukan di provinsi, memeriksa, dan memutuskan ada tidaknya kasus pelanggaran disiplin kedokteran dan kedokteran gigi serta menentukan sanksi pada pengaduan tersebut. Baik UU Praktik Kedokteran maupun Peraturan KKI No. 15/KKI/Per/VIII/2006 tidak menyebutkan dengan tegas tentang hubungan MKDKI dengan MKDKI-P. Dalam Pasal 8 Peraturan KKI No. 15/KKI/Per/VIII/2006 disebutkan bahwa baik MKDKI maupun MKDKI-P sebagai lembaga otonom dari KKI, keduanya bertanggung jawab secara administratif kepada KKI tetapi bersifat independen dalam pelaksanaan tugasnya.

2.2. Penegakan Disiplin Profesi Kedokteran

2.2.1. Profesionalisme dan Disiplin Profesi Kedokteran

Sciring dengan meningkatnya pengetahuan dan tingkat pendidikan masyarakat, Indonesia seperti negara-negara lain akan menghadapi besarnya jumlah pengaduan dari masyarakat terkait dugaan kesalahan dokter baik berupa tuntutan malapraktik medis maupun pengaduan kepada instansi berwenang lainnya. Negara Amerika Serikat mencatat 50-60% dokter di Amerika Serikat

pernah dituntut secara hukum minimal 1 (satu) kali sepanjang karir mereka yang berakibat menyebarkan praktik *deensive medicine* dimana dokter melakukan banyak *screening* bukan untuk kepentingan pasien melainkan ditujukan untuk melindungi diri (Vincent, et.al, 1993).

UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran menjelaskan bahwa profesi kedokteran atau kedokteran gigi adalah suatu pekerjaan kedokteran atau kedokteran gigi yang dilaksanakan berdasarkan suatu keilmuan, kompetensi yang diperoleh melalui pendidikan yang berjenjang, dan kode etik yang bersifat melayani masyarakat. Judge Louis Branders (1912) menyatakan bahwa profesi merupakan pekerjaan yang memerlukan pembentukan karakter intelektual sebagai pendidikan awal mencakup pengetahuan dan keterampilan. Seorang profesional harus memiliki pendidikan dan keahlian pada tingkat tertentu yang dapat dimanfaatkan oleh publik bukan hanya kelompok tertentu (Montgomery, 2003).

Tingkatan pendidikan dan keahlian suatu profesi ditentukan oleh organisasi profesinya karena masyarakat melalui kontrak sosial telah mempercayakan seorang profesi untuk meregulasi diri sendiri (*self regulating*). Hal inilah yang membedakan profesi dengan pekerjaan yang hanya memerlukan keterampilan (*skill based*). Syarat yang diperlukan dan melekat pada profesi dokter adalah perilaku, penguasaan ilmu pengetahuan, terampil dan mahir, serta kinerja (Wonodirekso, 2005).

Dalam buku Penyelenggaraan Praktik Kedokteran yang Baik di Indonesia yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia (2006) profesionalisme diartikan sebagai kemampuan tertinggi dari seseorang yang telah mendapat pendidikan untuk suatu jabatan atau pekerjaan. Pengertian yang lebih tepat diberikan oleh Meakins sebagai berikut :

"Professional responsibilities include a commitment to the following: professional competence, honesty to patients, patient confidentiality, maintaining appropriate patient relations, improving quality of care and access to care, a just distribution of finite resources and scientific knowledge". (Meakins sebagaimana dikutip Nace, et.al, 2003: 807)

Meakins menekankan bahwa tanggung jawab seorang profesional diperlihatkan melalui komitmennya terhadap kompetensi profesional, kejujuran pada pasien, menjaga kerahasiaan pasien, membangun hubungan yang baik

dengan pasien, meningkatkan kualitas pelayanan dan aksesnya. Pengertian tersebut terkait dengan profesionalisme sebagai dasar dari kontrak sosial antara profesi dokter dengan masyarakat dengan kepercayaan publik sebagai esensi utama dari kontrak tersebut (Sox, 2002). Swick (2000) mengungkapkan bahwa profesionalisme medis merupakan perilaku dari profesi medis yang menunjukkan bahwa profesi medis layak diberikan kepercayaan dari publik.

Praktik kedokteran menurut UU Praktik Kedokteran merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi terhadap pasien dalam melaksanakan upaya kesehatan. Rangkaian kegiatan tersebut merupakan penerapan dari kemampuan yang mencakup pengetahuan, keterampilan dan perilaku profesional (*knowledge, skill and professional attitude*). Ukuran kemampuan minimal yang harus dikuasai oleh profesi dokter ditetapkan oleh organisasi profesi sebagai standar profesi.

Dalam penjelasan UU Praktik Kedokteran disebutkan bahwa dokter harus selalu mempertahankan dan meningkatkan pengetahuan sesuai dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi karena ilmu pengetahuan, teknologi, dan kompetensi merupakan landasan utama bagi dokter dan dokter gigi untuk dapat melakukan tindakan medis terhadap orang lain.

Dengan kompetensi dan etika kedokteran, seorang dokter diharapkan melakukan pelayanan kedokteran kepada masyarakat dengan baik. Etika merupakan bagian filsafat yang meliputi hidup baik, menjadi orang yang baik, berbuat baik dan menginginkan hal baik dalam hidup (Solomon, 1984). Etika profesi yang berlaku bagi dokter dan dokter gigi di Indonesia adalah kode etik dokter dan kode etik dokter gigi yang disusun oleh Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI) sebagaimana disebutkan UU Praktik Kedokteran.

Seperti pada profesi lain seperti pengacara, akuntan dan sebagainya, profesi kedokteran sebagai kelompok masyarakat yang lebih khusus, diberikan kewenangan untuk melakukan *self regulating* serta membentuk organisasi profesi sebagai wadah masyarakat ilmiah dalam suatu cabang atau lintas disiplin ilmu pengetahuan dan teknologi, atau suatu bidang kegiatan profesi, yang dijamin oleh negara, untuk mengembangkan profesionalisme dan etika profesi dalam

masyarakat, sesuai dengan peraturan perundang-undangan (UU No. 18 Tahun 2002).

Kode etik kedokteran merupakan aturan-aturan etika yang memuat amar (apa yang dibolehkan) dan larangan (apa yang harus dihindari) sebagai pedoman pragmatis bagi dokter dalam menjalankan profesinya. Kode etik profesi kedokteran berisi kewajiban seorang dokter terhadap mutu pelayanan, kepada pasien, teman sejawat dan diri sendiri yang didasarkan pada 4 kaidah dasar sebagai berikut (KKI, 2006):

- a. Menghormati martabat manusia (*respect for person*);
- b. Berbuat baik (*beneficence*), mengusahakan agar pasien yang dirawatnya terjaga keadaan kesehatannya (*patient welfare*);
- c. Tidak berbuat yang merugikan (*non-maleficence*), memilih pengobatan yang paling kecil risikonya dan paling besar manfaatnya;
- d. Keadilan (*justice*), tidak ada pertimbangan lain selain kesehatan pasien yang menjadi perhatian utama dokter.

Sejalan dengan hal tersebut, UU Praktik Kedokteran mewajibkan profesi dokter untuk menjaga mutu pelayanan kedokteran antara lain dengan melakukan praktik kedokteran sesuai standar profesi yang mencakup kemampuan pengetahuan, keterampilan dan perilaku profesional tertentu. Perilaku profesional yang diharapkan dari seorang dokter tertuang dalam Keputusan KKI Nomor 18/KKI/Kep/VIII/2006 tentang Penyelenggaraan Praktik Kedokteran yang Baik di Indonesia sebagai pedoman perilaku profesional.

Pengertian disiplin dalam Black's Law Dictionary adalah aturan yang sistematis tentang perilaku (Garner, 2004). Sedangkan dalam UU Praktik Kedokteran disiplin kedokteran diartikan sebagai kepatuhan menerapkan aturan-aturan/ketentuan penerapan keilmuan dalam pelaksanaan pelayanan.

Pelanggaran disiplin profesi kedokteran merupakan pelanggaran terhadap aturan-aturan dan/atau ketentuan penerapan keilmuan yang dikategorikan sebagai pelanggaran serius terhadap pedoman perilaku profesional (*serious professional misconduct*) yang pada hakikatnya dapat dikelompokkan dalam 3 kelompok, yaitu (KKI, 2006):

- a. Melaksanakan praktik kedokteran dengan tidak kompeten;
- b. Tidak melaksanakan tugas dan tanggung jawab profesional pada pasien dengan baik;
- c. Berperilaku tercela dalam melaksanakan praktik kedokteran.

Selanjutnya dalam Keputusan KKI No. 17/KKI/Kep/VIII/2006 disebutkan 28 (dua puluh delapan) bentuk pelanggaran disiplin profesi kedokteran yaitu:

1. Melakukan praktik kedokteran dengan tidak kompeten.
2. Tidak merujuk pasien kepada dokter atau dokter gigi lain yang memiliki kompetensi sesuai.
3. Mendelegasikan pekerjaan kepada tenaga kesehatan tertentu yang tidak memiliki kompetensi untuk melaksanakan pekerjaan tersebut.
4. Menyediakan dokter atau dokter gigi pengganti sementara yang tidak memiliki kompetensi dan kewenangan yang sesuai, atau tidak melakukan pemberitahuan perihal penggantian tersebut.
5. Menjalankan praktik kedokteran dalam kondisi tingkat kesehatan fisik ataupun mental sedemikian rupa sehingga tidak kompeten dan dapat membahayakan pasien.
6. Dalam penatalaksanaan pasien, melakukan yang seharusnya tidak dilakukan atau tidak melakukan yang seharusnya dilakukan, sesuai dengan tanggung jawab profesionalnya, tanpa alasan pembenar atau pemaaf yang sah, sehingga dapat membahayakan pasien.
7. Melakukan pemeriksaan atau pengobatan berlebihan yang tidak sesuai dengan kebutuhan pasien.
8. Tidak memberikan penjelasan yang jujur, etis dan memadai (*adequate information*) kepada pasien atau keluarganya dalam melakukan praktik kedokteran.
9. Melakukan tindakan medik tanpa memperoleh persetujuan dari pasien atau keluarga dekat atau wali atau pengampunya.
10. Dengan sengaja, tidak membuat atau menyimpan rekam medik, sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan atau etika profesi.

11. Melakukan perbuatan yang bertujuan untuk menghentikan kehamilan yang tidak sesuai dengan ketentuan, sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan dan etika profesi.
12. Melakukan perbuatan yang dapat mengakhiri kehidupan pasien atas permintaan sendiri dan atau keluarganya.
13. Menjalankan praktik kedokteran dengan menerapkan pengetahuan atau keterampilan atau teknologi yang belum diterima atau di luar tata cara praktik kedokteran yang layak.
14. Melakukan penelitian dalam praktik kedokteran dengan menggunakan manusia sebagai subjek penelitian, tanpa memperoleh persetujuan etik (*ethical clearance*) dari lembaga yang diakui pemerintah.
15. Tidak melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, padahal tidak membahayakan dirinya, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya.
16. Menolak atau menghentikan tindakan pengobatan terhadap pasien tanpa alasan yang layak dan sah sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan atau etika profesi.
17. Membuka rahasia kedokteran, sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan atau etika profesi.
18. Membuat keterangan medik yang tidak didasarkan kepada hasil pemeriksaan yang diketahuinya secara benar dan patut.
19. Turut serta dalam perbuatan yang termasuk tindakan penyiksaan (*torture*) atau eksekusi hukuman mati.
20. Meresepkan atau memberikan obat golongan narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA) yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan etika profesi.
21. Melakukan pelecehan seksual, tindakan intimidasi atau tindakan kekerasan terhadap pasien, di tempat praktik.
22. Menggunakan gelar akademik atau sebutan profesi yang bukan haknya.
23. Menerima imbalan sebagai hasil dari merujuk atau meminta pemeriksaan atau memberikan resep obat/alat kesehatan.

24. Mengiklankan kemampuan/pelayanan atau kelebihan kemampuan/pelayanan yang dimiliki, baik lisan ataupun tulisan, yang tidak benar atau menyesatkan.
25. Ketergantungan pada narkotika, psikotropika, alkohol serta zat adiktif lainnya.
26. Berpraktik dengan menggunakan Surat Tanda Registrasi (STR) atau Surat Ijin Praktik (SIP) dan/atau sertifikat kompetensi yang tidak sah.
27. Ketidajujuran dalam menentukan jasa medik.
28. Tidak memberikan informasi, dokumen dan alat bukti lainnya yang diperlukan MKDKI untuk pemeriksaan atas pengaduan dugaan pelanggaran disiplin.

2.2.2. Penegakan Disiplin Profesi Kedokteran di Indonesia

Sebelum diundangkannya UU Praktik Kedokteran, pemeriksaan disiplin profesi kedokteran merupakan bagian dari kewenangan Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan (MDTK) sebagaimana tercantum dalam Pasal 54 UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan yang berbunyi, "Terhadap tenaga kesehatan yang melakukan kesalahan atau kelalaian dalam melaksanakan profesinya dapat dikenakan tindakan disiplin". Penentuan ada tidaknya kesalahan atau kelalaian atas penerapan standar profesi kedokteran dilakukan oleh MDTK yang dapat memberikan sanksi pencabutan izin untuk jangka waktu tertentu atau hukuman lain sesuai dengan kesalahan atau kelalaian yang dilakukan. Saat ini, UU No. 23 Tahun 1992 tidak berlaku lagi dengan diundangkannya UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang tidak mengatur tentang keberadaan MDTK. UU No. 36 Tahun 2009 menghendaki dilakukannya mediasi pada tahap awal penyelesaian kasus terkait dengan dugaan kesalahan dokter.

Pengertian penegakan disiplin dalam UU Praktik Kedokteran adalah penegakan aturan-aturan dan/atau ketentuan penerapan keilmuan dalam pelaksanaan pelayanan yang harus diikuti oleh dokter dan dokter gigi. Lembaga yang diberikan kewenangan untuk melakukan penegakan disiplin profesi kedokteran di Indonesia adalah MKDKI. Prinsip yang harus diperhatikan dalam penegakan disiplin profesi kedokteran oleh MKDKI adalah:

- 1) Independensi MKDKI.
- 2) MKDKI hanya melakukan penegakan disiplin kepada dokter/dokter gigi yang terregistrasi di KKI.

- 3) MKDKI tidak melakukan mediasi, rekonsiliasi, atau negosiasi antara dokter/dokter gigi teradu dan pasien/kuasanya.
- 4) MKDKI tidak menangani tuntutan ganti kerugian.

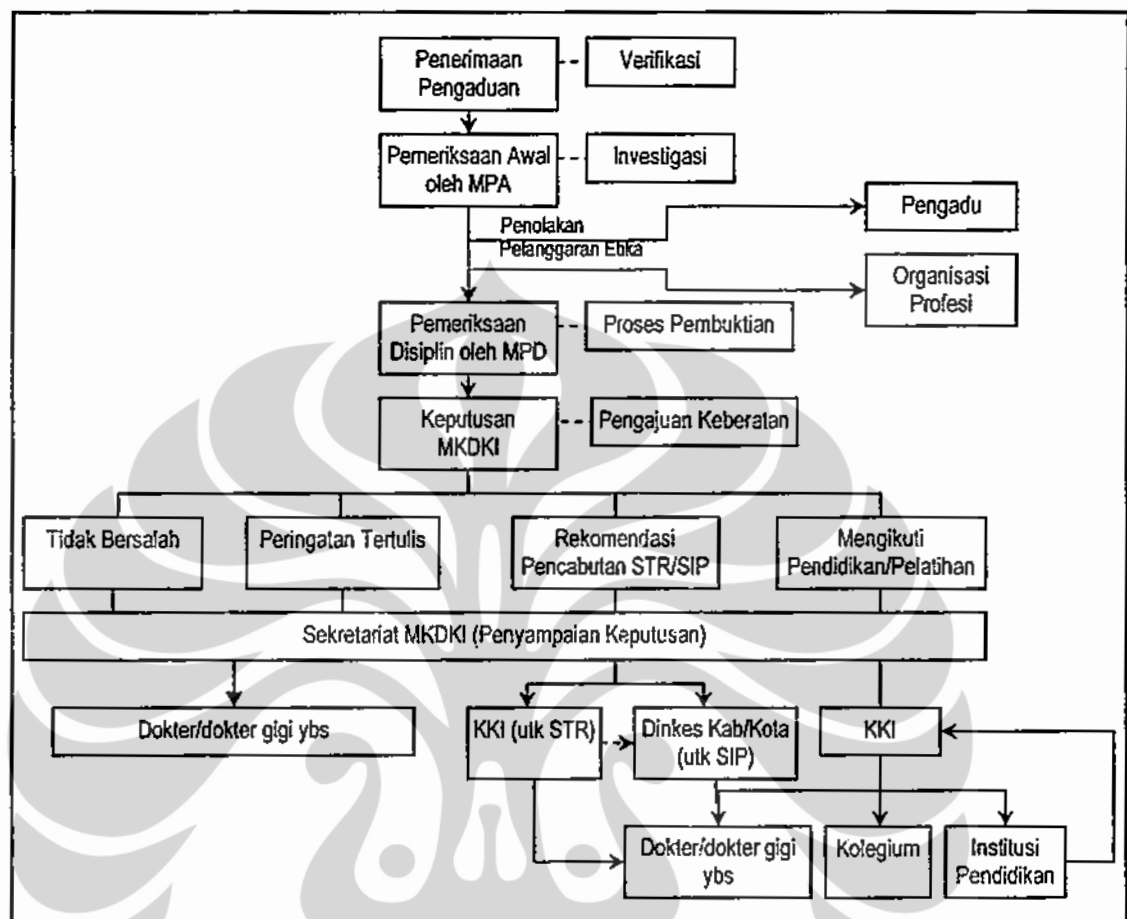
Penegakan disiplin profesi kedokteran yang dilakukan oleh sebelas anggota MKDKI ditujukan untuk menjaga martabat profesi kedokteran sebagai arus balik heteronomi publik ke profesi itu sendiri yang diberikan otonomi termasuk untuk melakukan *self disciplining* dalam rangka pertanggungjawabannya kepada publik (Purwadianto, 2006). Menurut Purwadianto (2006) MKDKI didukung oleh para fungsionaris organisasi profesi yang telah sadar diri untuk membela kepentingan publik dan tidak sekadar membela kepentingan anggota profesinya yang terkadang bertentangan dengan hakekat profesi itu sendiri.

Penegakan disiplin profesi kedokteran oleh MKDKI dilakukan melalui proses sebagaimana diatur dalam UU Praktik Kedokteran dan Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006 tentang Tata Cara Penanganan Kasus Dugaan Pelanggaran Disiplin Dokter dan Dokter Gigi oleh MKDKI dan MKDKI-P.

a. Penerimaan Pengaduan

- 1) Pengaduan disampaikan kepada ketua MKDKI atau ketua MKDKI-P secara tertulis dan ditandatangani oleh pengadu atau kuasanya (dengan surat kuasa khusus).
- 2) Pengaduan sekurang-kurangnya memuat: (a) identitas pengadu dan pasien; (b) nama dan alamat tempat praktik dokter atau dokter gigi; (c) waktu tindakan dilakukan; (d) alasan pengaduan; (e) alat bukti bila ada; dan (f) pernyataan tentang kebenaran pengaduan (dapat diproses tanpa kelengkapan ini jika dalam pemeriksaan awal ditemukan kebenaran atas pengaduan tersebut).
- 3) Terhadap pengaduan tersebut MKDKI dapat dilakukan verifikasi untuk melengkapi keabsahan pengaduan.
- 4) Jika diperlukan, pengadu dapat diminta untuk menghadap sendiri ke Ketua MKDKI/MKDKI tingkat Provinsi.

Gambar 2.3. Alur Penanganan Pengaduan oleh MKDKI



b. Pemeriksaan Awal

- 1) Pemeriksaan awal dilakukan oleh Majelis Pemeriksa Awal (MPA) yang terdiri dari 3 orang anggota MKDKI yang ditetapkan dengan keputusan Ketua MKDKI.
- 2) MPA bertugas untuk 1) memeriksa keabsahan aduan; 2) keabsahan alat bukti; 3) menetapkan pelanggaran etik atau disiplin; 4) melengkapi seluruh alat bukti.
- 3) MPA dapat menunjuk seseorang untuk melakukan investigasi untuk melengkapi berkas dalam pemeriksaan awal.
- 4) MPA berwenang untuk menolak pengaduan jika tidak memenuhi syarat pengaduan atau tidak termasuk dalam kewenangan MKDKI. Secara eksplisit, Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006 menyebutkan batas kewenangan MKDKI, yaitu:

- 1) MKDKI hanya berwenang menangani dugaan adanya pelanggaran disiplin pada kasus yang terjadi setelah UU Praktik Kedokteran ditetapkan yaitu 6 Oktober 2004 (Pasal 5 ayat (1)).
- 2) Jika ditemukan adanya pelanggaran etika, MKDKI melanjutkan pengaduan tersebut kepada organisasi profesi (Pasal 6 ayat (8)).
- 3) Dokter yang diadukan telah terregistrasi di Konsil Kedokteran Indonesia (Pasal 11 ayat (1)).
- 5) Jika pada pemeriksaan awal ditemukan adanya dugaan pelanggaran disiplin, penanganan pengaduan dilanjutkan pada pemeriksaan disiplin.
- 6) Keputusan MPA disampaikan kepada Ketua MKDKI dalam kurun waktu 14 hari.

c. Pemeriksaan Disiplin

- 1) Pemeriksaan disiplin dilakukan oleh Majelis Pemeriksa Disiplin (MPD) yang terdiri dari tiga atau lima anggota MKDKI (salah satunya harus ahli hukum yang bukan tenaga medis) yang ditetapkan dengan keputusan Ketua MKDKI dalam jangka waktu 14 hari setelah keputusan MPA diterima dan lengkap dicatat. Ketua MKDKI berwenang untuk menanggukkan pembentukan MPD dengan alasan yang sah dan dibenarkan.
- 2) Hari pemeriksaan ditetapkan selambat-lambatnya 14 hari sejak tanggal penetapan MPD. Pengecualian dilakukan menjadi 28 hari jika tempat tinggal dokter/dokter gigi yang diadukan jauh.
- 3) Sidang MPD dilakukan secara tertutup.
- 4) Sidang MPD dihadiri oleh dokter/dokter gigi yang diadukan (dapat didampingi).
- 5) MPD berwenang melakukan pemeriksaan terhadap dokter/dokter gigi yang diadukan, saksi-saksi termasuk pasien, barang bukti, serta meminta keterangan ahli.
- 6) Setelah proses pemeriksaan selesai dan dianggap cukup, dokter/dokter gigi yang diadukan (atau pembelanya) diberikan kesempatan untuk mengemukakan pendapat akhir berupa kesimpulan akhir. Setelah itu MPD melakukan musyawarah pengambilan keputusan. Keputusan MKDKI dapat berupa:
 - (a) Tidak terbukti bersalah melakukan pelanggaran disiplin kedokteran; atau

(b) Terbukti bersalah melakukan pelanggaran disiplin kedokteran dan pemberian sanksi disiplin. Berdasarkan Pasal 69 ayat (3) UU Praktik Kedokteran, Pasal 28 Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006 tentang Tata Cara Penanganan Kasus Dugaan Pelanggaran Disiplin Dokter dan Dokter Gigi oleh MKDKI dan MKDKI di tingkat Provinsi, serta No. 47/KKI/Kep/XII/2007 tentang Pedoman Tata Cara Pelaksanaan Rekomendasi MKDKI dan MKDKI di tingkat Provinsi dalam Penegakan Sanksi Disiplin, jenis sanksi disiplin yang dapat ditetapkan kepada dokter yang diputuskan terbukti melakukan pelanggaran disiplin adalah sebagai berikut:

- (1) Pemberian peringatan tertulis;
 - (2) Rekomendasi pencabutan STR atau SIP, (a) sementara paling lama 1 (satu) tahun atau (b) tetap/selamanya; dan/atau
 - (3) Kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan di institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi yang dapat berupa (a) pendidikan formal; (b) pelatihan dalam pengetahuan dan/atau keterampilan, magang di institusi pendidikan atau sarana pelayanan kesehatan jejaringnya atau sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk, sekurang-kurangnya 3 (tiga) bulan dan paling lama 1 (satu) tahun. Pemberian sanksi disiplin ini ditujukan untuk (a) penambahan ilmu pengetahuan terkait; (b) peningkatan pemahaman tentang praktik kedokteran yang baik; (c) etika profesi kedokteran/kedokteran gigi; (d) penambahan keterampilan sesuai ilmu pengetahuan dan teknologi terkait.
- 7) Sidang pembacaan keputusan MKDKI oleh MPD bersifat terbuka.
- 8) Pada keputusan MKDKI yang menyatakan adanya pelanggaran disiplin profesi kedokteran, dokter yang bersangkutan memiliki kesempatan untuk mengajukan keberatan dalam waktu 30 hari sejak keputusan dibacakan atau diterima (jika dokter yang diadukan tidak dapat hadir dalam sidang pembacaan keputusan). Terhadap keberatan tersebut, MPD akan bersidang kembali untuk melakukan peninjauan kembali atas bukti baru yang diajukan, serta menetapkan keputusan terhadap keberatan tersebut.

- 9) Keputusan MPD harus disampaikan kepada Ketua MKDKI dalam jangka waktu 14 hari.

d. Pelaksanaan Keputusan

- 1) Pelaksanaan keputusan MKDKI oleh KKI diatur dalam beberapa Keputusan KKI, yaitu:
- (a) Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006 tentang Tata Cara Penanganan Kasus Dugaan Pelanggaran Disiplin Dokter dan Dokter Gigi oleh MKDKI dan MKDKI di tingkat Provinsi.
 - (b) Keputusan KKI No. 47/KKI/Kep/XII/2007 tentang Pedoman Tata Cara Pelaksanaan Rekomendasi MKDKI dan MKDKI di tingkat Provinsi dalam Penegakan Sanksi Disiplin.
 - (c) Keputusan KKI No. 114/KKI/Kep/VIII/2009 tentang Pelaksanaan Keputusan MKDKI.
 - (d) Keputusan KKI No. 1731/KKI/Kep/XII/2008 tentang Tata Hubungan Kerja di Lingkungan Konsil Kedokteran Indonesia.
- 2) Dalam waktu 14 hari Ketua MKDKI harus menyampaikan keputusan MPD kepada pihak terkait.
- 3) Keputusan tidak terbukti bersalah, disampaikan kepada dokter/dokter gigi yang bersangkutan.
- 4) Keputusan terbukti bersalah dengan sanksi disiplin berupa:
- (a) Peringatan tertulis, disampaikan kepada dokter/dokter gigi yang bersangkutan.
 - (b) Rekomendasi pencabutan STR disampaikan kepada KKI untuk dilaksanakan dalam waktu selambat-lambatnya 30 hari setelah diterimanya keputusan tersebut oleh KKI.
 - (c) Rekomendasi pencabutan SIP disampaikan kepada Dinas Kesehatan kabupaten/kota tempat SIP diterbitkan untuk dilaksanakan dalam waktu selambat-lambatnya 30 hari setelah diterimanya keputusan oleh dinas kesehatan tersebut.
 - (d) Kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan disampaikan kepada KKI untuk dilaksanakan dalam waktu selambat-lambatnya 30 hari sejak

diterimanya keputusan tersebut oleh KKI. Selanjutnya KKI meneruskan kepada kolegium dan institusi pendidikan yang berkompetensi.

- 5) Ketua KKI menerima informasi melalui surat keputusan dari MKDKI tentang pelaksanaan sanksi disiplin.
- 6) Ketua KKI menginstruksikan kepada Ketua KK/Ketua KKG untuk menindaklanjuti pelaksanaan keputusan MKDKI tentang pelaksanaan sanksi disiplin.
- 7) Ketua Divisi Pembinaan KK/KKG menyiapkan pelaksanaan keputusan MKDKI tentang sanksi disiplin.
- 8) Kepala Bagian Pelayanan Hukum Sekretariat KKI berkoordinasi dengan Sekretaris KKI memfasilitasi/menyiapkan bahan-bahan pelaksanaan Keputusan MKDKI tentang sanksi disiplin.
- 9) Ketua Divisi Pembinaan dan Kepala Bagian Pelayanan Hukum mengadakan rapat koordinasi dengan Ketua Divisi Registrasi dan/atau Ketua Divisi Pendidikan dalam rangka penyusunan rancangan keputusan KKI tentang pelaksanaan keputusan MKDKI tentang sanksi disiplin.
- 10) Ketua KK/KKG selaku registrar melakukan penandatanganan surat keputusan pelaksanaan sanksi disiplin sesuai dengan sanksi yang direkomendasikan MKDKI.
- 11) Kepala Bagian Administrasi Umum dan Hubungan Masyarakat mengirimkan surat keputusan ketua KK/KKG tentang pelaksanaan sanksi disiplin kepada dokter/dokter gigi yang terkena sanksi disiplin dan kepada lembaga terkait.

Pelaksanaan keputusan MKDKI melibatkan banyak pihak sehingga memerlukan pengawasan yang ketat. Pelaksanaan keputusan MKDKI yang dilakukan secara tertib dan tegas tentunya akan menambah kepercayaan masyarakat kepada MKDKI sebagai lembaga penegakan disiplin profesi kedokteran serta dihormati oleh profesi dokter dan dokter gigi.

2.2.3. Penegakan Disiplin Profesi Kedokteran di Beberapa Negara

2.2.3.1. Inggris

Pembentukan Konsil Kedokteran Indonesia pada dasarnya merupakan hasil pembelajaran dari beberapa negara yang telah memiliki lembaga regulasi bagi profesi dokter seperti General Medical Council (GMC) di Inggris. Uraian berikut

disarikan dari informasi tentang GMC yang terdapat dalam alamat website www.gmc-uk.org.

GMC berdiri sejak tahun 1858 berdasarkan Medical Act 1858 dengan nama *The General Council of Medical Education and Registration of The United Kingdom*. Undang-Undang tersebut telah mengalami beberapa kali perubahan yaitu di tahun 1860, 1950, 1956, dan 1978. Pada tahun 1983 pemerintah Inggris menetapkan Medical Act 1983 yang dimaksudkan untuk mengkonsolidasikan Medical Act dengan berbagai perubahannya (Crown, 1983).

Medical Act 1983 merupakan peraturan yang mendasari tugas dan fungsi yang dilaksanakan GMC saat ini, termasuk *Fitness to Practice Panel* (FTP Panel) sebagai pihak yang berwenang menangani pada tahap akhir atas pengaduan terhadap seorang dokter (GMC, 2010). FTP Panel telah mengalami beberapa kali transisi pengaturan dalam Medical Act (GMC, 2010).

- 1) Tahun 1988, dikenal *Professional Conduct Committee* (PCC) dan *Preliminary Proceeding Committee* (PPC) yang bertugas mencari adanya pelanggaran serius terhadap pedoman perilaku profesional (*finding of serious professional misconduct*).
- 2) Tahun 1987-1997, selain PCC, terdapat *Health Committee* yang bertugas menyelidiki kondisi fisik maupun mental seorang dokter yang dapat mempengaruhi secara serius pada kelayakannya untuk berpraktik (*finding that doctor's fitness to practise is seriously impaired by reason of his/her physical or mental condition*).
- 3) Tahun 1997, GMC juga memiliki kewenangan untuk menjatuhkan sanksi pada dokter yang dinilai berkinerja sangat buruk.
- 4) Tahun 2004 sampai saat ini, FTP Panel merupakan bagian dari GMC yang berwenang menilai kelayakan dokter untuk berpraktik.
- 5) 31 Mei 2008, GMC menerapkan *the civil standard of proof* dalam proses pemeriksaan pada FTP Panel.

GMC memiliki prosedur penanganan pengaduan, prosedur kerja, pedoman penjatuhan sanksi, serta informasi lain terkait pengaduan yang dipublikasikan melalui alamat website www.gmc-uk.org/concern. Prosedur penanganan kasus di GMC terdiri dari dua tahap yaitu investigasi yang dilakukan oleh pemeriksa kasus

dan komite investigasi serta tahap pemeriksaan oleh FTP Panel. Berikut proses penanganan pengaduan dari masyarakat terhadap seorang profesi dokter.

1) Tahap Pertama terdiri dari penerimaan pengaduan dan investigasi

Masyarakat dapat mengadukan seorang dokter kepada *National Health Services (NHS) Hospital Trust, Primary Care Trust* atau Badan Pelayanan Kesehatan Swasta. Terhadap sebuah aduan, masing-masing lembaga tersebut dapat memutuskan untuk (a) tidak ada tindakan yang diperlukan; (b) melakukan tindakan internal/lokal; (c) menjadikan aduan sebagai informasi; atau (e) menyerahkan aduan kepada GMC.

Masyarakat juga dapat langsung mengadukan seorang dokter kepada GMC yang akan melakukan peninjauan internal yang dapat memutuskan untuk menutup kasus yang tidak layak, menetapkan sikap GMC terhadap keputusan dari badan lain, melakukan pertukaran informasi, atau melanjutkan ke tahap investigasi lanjutan oleh pemeriksa kasus (*Case Examiner*). Pada tahap investigasi lanjutan akan dilakukan penilaian terhadap kesehatan atau kinerja dokter yang terkait dengan kelaikan seorang dokter untuk berpraktik.

Case Examiner dapat memutuskan untuk (a) tidak ada tindakan yang diperlukan; (b) memberikan peringatan (jika dokter yang bersangkutan tidak menerima peringatan ini, maka kasus akan ditangani oleh Komite Investigasi); (c) memberikan tindakan yang disetujui pihak teradu; (d) menyerahkan kepada FTP Panel; atau (e) menyerahkan kepada *Interim Orders Panel (IOP)*.

Komite investigasi memiliki kewenangan yang sama dengan *Case Examiner* tetapi pemberian peringatan yang diberikan oleh komite investigasi bersifat final. Penanganan kasus di GMC didukung oleh Divisi Investigasi yang dipimpin oleh seorang Manager Investigasi.

Interim Orders Panel (IOP) merupakan panel yang memiliki kewenangan untuk menanggukhan atau membatasi ijin praktik dokter yang diadakan yang dapat diajukan pada tiap tahap penanganan kasus baik oleh *Case Examiner*, Komite Investigasi, maupun oleh FTP Panel. Pengajuan penanggukan ataupun pembatasan ijin praktik dilakukan dengan mempertimbangkan kepentingan masyarakat antara lain karena adanya risiko yang serius pada anggota masyarakat atau adanya kekhawatiran rusaknya kepercayaan masyarakat terhadap profesi

kedokteran jika dokter yang diadukan tersebut dibiarkan memiliki kewenangan yang tidak dibatasi.

Lamanya investigasi bergantung pada kompleksitas dan tingkat keseriusan kasus. Selama proses investigasi berlangsung baik dokter maupun pengadu akan terus diinformasikan tentang perkembangan kasusnya. Investigasi dimaksudkan untuk mengumpulkan bukti-bukti baik dari tempat dokter teradu bekerja, dari pengadu maupun pihak lain; mendapatkan laporan dari saksi-saksi; mendapatkan pendapat ahli pada bidang terkait; penilaian kinerja dokter teradu serta penilaian atas kesehatan dokter teradu. Sebelum kasus masuk ke tahap kedua, masih dimungkinkan adanya pengakuan dan tindakan yang disetujui oleh dokter teradu.

2) Tahap Kedua oleh *Fitness to Practice Panel*

Panel ini terdiri dari ahli terlatih dari unsur dokter maupun masyarakat yang akan memeriksa semua alat bukti dan memutuskan kasus tersebut pada tahap akhir di GMC. Orang-orang yang duduk sebagai panelis dalam *FTP Panel* bukan anggota GMC tetapi ditunjuk oleh GMC. Untuk satu kasus dibuat panel yang terdiri dari tiga sampai 5 orang. Jumlah panelis pada *FTP Panel* tahun 2010 mencapai 295 panelis terdiri dari 152 orang dokter dan 144 orang perwakilan masyarakat (*lay member*). Pada tahun 2008, *FTP Panel* menangani 5,185 pengaduan.

Seluruh tindakan Panel tersebut mengacu pada standar dan pedoman yang diterbitkan oleh GMC. Pemeriksaan terbuka untuk publik, kecuali untuk pemeriksaan terkait kesehatan dokter yang harus dirahasiakan. Pada tahap ini, akan dinilai semua aspek yang dapat mempengaruhi kelayakan praktik dokter seperti perilaku, kesehatan serta kinerja. Pada akhir pemeriksaan, *FTP Panel* dapat memutuskan untuk:

- (a) memberikan peringatan;
- (b) memberikan kondisi tertentu pada registrasi dokter teradu yang berarti dokter tersebut hanya dapat melakukan tindakan medis tertentu atau dibawah pengawasan;
- (c) menangguknkan nama dokter teradu dari registrasi dokter selama waktu tertentu yang berarti dokter tersebut tidak dapat berpraktik sepanjang waktu penanggukan; atau

(d) menghapus nama dokter teradu dari registrasi dokter yang berarti dokter tersebut tidak dapat berpraktik di seluruh negara Inggris.

Dokter teradu yang tidak menyetujui keputusan FTP *Panel* dapat mengajukan banding kepada pengadilan tinggi dalam waktu 28 hari. Sebaliknya jika keputusan dinilai terlalu toleran terhadap dokter, maka *The Council for Healthcare Regulatory Excellence* (CHRE) memiliki kewenangan untuk mengajukan banding ke pengadilan tinggi dengan tujuan perlindungan publik.

GMC menegaskan pada masyarakat bahwa keberadaannya bukanlah untuk melindungi profesi dokter melainkan untuk melindungi masyarakat. Ada beberapa hal yang tidak dapat dilakukan GMC terkait penanganan pengaduan, yaitu:

- 1) mengadakan arbitrase atau penyelesaian sengketa lainnya
- 2) mengintervensi prosedur penegakan disiplin di tingkat lokal
- 3) memberikan nasihat atau dukungan pada dokter yang diadukan oleh tempatnya bekerja
- 4) menyuruh dokter meminta maaf pada pasien atau koleganya
- 5) meminta dokter menyediakan suatu perawatan bagi pasien
- 6) membayar kompensasi kepada pasien atau menyuruh dokter membayar denda.

Penanganan penegakan disiplin profesi kedokteran oleh GMC mengalami beberapa kali perubahan baik dalam substansi penegakan disiplin sebagaimana telah diuraikan sebelumnya maupun proses beracara demi menjamin proses yang efektif, adil dan transparan. Untuk itu GMC menerbitkan dokumen Case Management yang berisi skala waktu yang diharapkan dapat dipenuhi dalam penanganan suatu kasus. Waktu yang diharapkan untuk penyelesaian suatu kasus dalam dokumen tersebut adalah 15 bulan, dimana 9 bulan dalam periode tersebut adalah skala waktu bagi pemeriksa kasus untuk menyerahkan kepada FTP *Panel*.

Untuk tujuan efektifitas, GMC menetapkan prosedur yang dapat memudahkan dalam penanganan kasus seperti penerapan *teleconference*. Dokumen Manajemen Kasus dilengkapi dengan skala waktu dan target listing yang akan digunakan oleh petugas (*case manager*) pada tiap-tiap langkah. Selain itu, GMC terus berupaya untuk memperhatikan kebutuhan masyarakat terhadap informasi terkait dengan pengaduan sebagaimana disebutkan dalam Laporan Tahunan GMC tahun 2008 (GMC, 2009).

Mulai April 2011, kewenangan *FTP Panel* akan diambil alih oleh *Office of Health Professions Adjudicator* (OHPA) sebuah lembaga independen yang diberi kewenangan untuk menilai kelayakan berpraktik tenaga kesehatan termasuk dokter.

2.2.3.2. Belanda

Masyarakat di negara Belanda dapat menepuh dua jalur pada saat mengeluhkan pelayanan kesehatan yang diterimanya, yaitu melalui jalur informal dan jalur formal. Jalur non formal dapat ditempuh dengan menyampaikan keluhan pada bagian pengaduan di rumah sakit. Pada jalur ini dimungkinkan untuk melakukan mediasi antara pengadu dan penyelenggara pelayanan kesehatan. Masyarakat dapat menepuh jalur formal pada *Complaint Committee*, the *Medical Disciplinary Board*, dan/atau mengajukan gugatan secara perdata ke pengadilan. Secara pidana, prakarsa pemeriksaan tidak datang dari pasien (Alhafaji, *et.al.*, 2009).

Negara Belanda telah memiliki sistem penegakan disiplin bagi dokter, dokter gigi dan bidan sejak tahun 1928 serta tenaga farmasi sejak tahun 1951. Sistem ini bertujuan untuk memantau dan meningkatkan mutu pelayanan dari tenaga kesehatan serta melindungi masyarakat dari praktik tenaga kesehatan yang tidak kompeten dan kurang hati-hati (Hout, 2006).

Pada tahun 1995 ditetapkan *Medical Disciplinary Act* (Belanda: *Medische Tuchtwet*, Staatblad 222, 24 Mei 1995). Pada akhir tahun 1997, pemerintah Belanda menyempurnakan sistem penegakan disiplin bagi tenaga kesehatan dan memasukkannya dalam *Individual Health Care Professions Act* (IHCP Act; Belanda: *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*, Stb. 655, 11 November 1993 diamandemen, Stb. 553, 19 November 2007 dan mulai berlaku 1 Desember 1997).

Penyempurnaan IHCP Act tahun 1997 dilakukan akibat adanya keluhan tentang lemahnya posisi pengadu dan sifat tertutup yang melekat pada proses pemeriksaan disiplin. Sejak itu, proses penegakan disiplin dilakukan secara terbuka yang dimaksudkan agar publik memiliki pengetahuan terhadap proses yang dilakukan dalam penegakan disiplin. Berikut proses penegakan disiplin tenaga kesehatan di Belanda berdasarkan IHCP Act tahun 1997 (Hout, 2006).

- 1) Tenaga Kesehatan yang dapat diadukan terdiri dari dokter, dokter gigi, tenaga farmasi, bidan, perawat, fisioterapis, psikolog.
- 2) Pihak yang dapat mengajukan pengaduan adalah (a) orang yang berkepentingan langsung; (b) Pihak yang diberi kuasa dari orang yang berkepentingan langsung; (c) Orang atau institusi tempat teradu bekerja atau instansi yang mengeluarkan ijin praktik pribadi teradu; atau (d) Pengawas pelayanan kesehatan.
- 3) Norma disiplin menurut IHCP Act mencakup (a) pelayanan yang tidak adekuat kepada pasien dan keluarganya; serta (b) setiap tindakan atau kelalaian yang tidak sesuai dengan pedoman praktik pelayanan kesehatan yang baik.
- 4) Posisi pengadu (a) ditingkat regional dilakukan pemeriksaan awal, pengadu dan teradu memiliki kesempatan untuk didengar dan pada tahap ini diupayakan untuk mencapai perdamaian; (b) baik pengadu maupun teradu pada proses pemeriksaan awal dan sidang lanjutan dapat diwakili oleh pengacara.
- 5) Di tingkat regional *Disciplinary Board* terdiri dari 2 orang anggota perwakilan dari masyarakat dan 3 orang yang berasal dari profesi kesehatan.
- 6) *Disciplinary Board* tingkat regional dapat memeriksa saksi dan ahli. Pengadu dan teradu juga dapat meminta dihadirkan saksi dan ahli. Saksi dan ahli yang dipanggil oleh *Disciplinary Board* wajib memenuhi panggilan tersebut.
- 7) Pada prinsipnya terdapat akses publik pada tahap pemeriksaan maupun keputusan.
- 8) Sanksi yang dapat dikenakan antara lain peringatan, teguran, denda, penangguhan registrasi di IHCP, pencoretan dari daftar registrasi IHCP, pencabutan sebagian hak dalam berpraktik sesuai profesinya, kombinasi diantaranya.
- 9) Ada dua kemungkinan untuk banding, yaitu (a) kepada *The Central Disciplinary Board* (dewan terdiri dari 3 anggota hukum dan 2 anggota tenaga kesehatan); (b) kepada Mahkamah Agung hanya jika ada kaitannya dengan hukum.
- 10) Untuk penilaian kesehatan tenaga kesehatan baik sakit fisik, psikologis maupun penyakit akibat kecanduan yang membuatnya tidak layak berpraktik

dilakukan oleh *the Medical Supervision Board* atas laporan dari Inspektur Pelayanan Kesehatan.

2.2.3.3. Negara Bagian New York, USA

Masing-masing negara bagian di Amerika memiliki kebijakan sendiri terkait tenaga kesehatan termasuk dalam penegakan disiplin profesi. Negara Bagian New York memiliki *Board for Professional Medical Conduct* yang berada di bawah *New York State Department of Health*. *Board for Professional Medical Conduct* didirikan berdasarkan New York Legislature tahun 1976 dengan misi melindungi masyarakat dari kelalaian medis, tenaga medis yang tidak kompeten, serta dari praktik dokter yang ilegal atau menyalahi etika. Seluruh informasi berikut diperoleh dari alamat website *Office of Professional Medical Conduct* yang beralamat di <http://www.health.state.ny.us/professionals/doctors/conduct/>.

Board for Professional Medical Conduct beranggotakan dua pertiga dokter dan satu pertiga dari masyarakat termasuk asisten dokter. Pada tahun 2007, keanggotaan *Board for Professional Medical Conduct* berjumlah 113 dokter yang mewakili 24 spesialisasi dan 45 anggota yang berasal dari masyarakat awam termasuk didalamnya 6 orang asisten dokter.

Dalam melaksanakan tugasnya *Board for Professional Medical Conduct* didukung oleh *Office of Professional Medical Conduct* (OPMC) yang memiliki kantor pusat di Troy, New York dan 6 kantor regional. Tugas OPMC adalah untuk:

1. Melakukan investigasi terhadap seluruh pengaduan.
2. Monitoring dokter yang mendapatkan sanksi disiplin serta dokter yang berada dalam masa percobaan sebagaimana keputusan dari *Board for Professional Medical Conduct*.
3. Memfasilitasi kegiatan *Board for Professional Medical Conduct* termasuk mengatur pelaksanaan proses penegakan disiplin, pelaksanaan pelatihan, termasuk penyelidikan dalam 103 panel pemeriksa setiap tahunnya.

Pengaduan ke OPMC dapat diajukan oleh berbagai pihak, diantaranya :

1. Pasien, baik langsung maupun dari teman atau keluarga pasien.
2. Institusi pelayanan kesehatan

3. Tenaga kesehatan yang mengetahui adanya pelanggaran disiplin oleh koleganya diwajibkan oleh negara untuk melaporkan kepada OPMC atau melalui komite yang ada di rumah sakit.

Untuk melaporkan dokter yang memiliki masalah dengan alkohol, obat terlarang maupun kesehatan jiwa, selain kepada OPMC, masyarakat juga dapat melaporkan kepada *Committee on Physicians' Health of the Medical Society*.

Proses penanganan pengaduan oleh *Board for Professional Medical Conduct* dan OPMC adalah sebagai berikut:

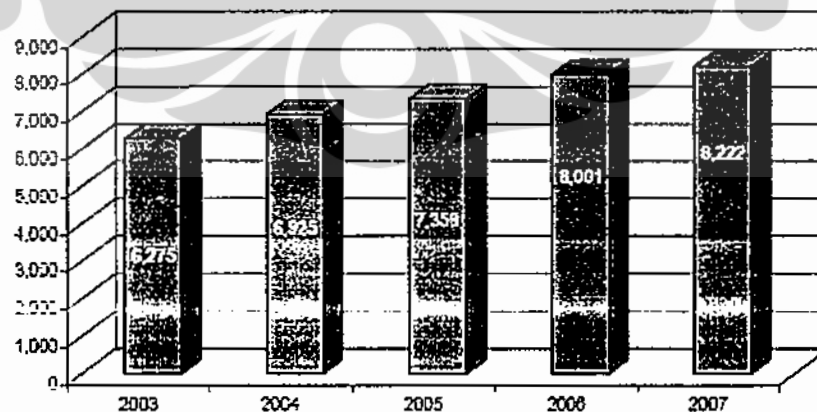
1. Pengaduan yang masuk akan ditinjau oleh staf medis dan investigasi di OPMC. Pengaduan yang diduga terkait dengan pelanggaran pedoman perilaku profesional akan dilanjutkan dengan penggalian informasi kepada pengadu, dokter dan pihak lain yang terlibat. Identitas pengadu akan dirahasiakan oleh OPMC. Dokter yang sedang diproses memiliki hak untuk didampingi oleh kuasa hukumnya sepanjang proses investigasi.
2. Pengaduan yang bukan merupakan yurisdiksi OPMC akan diteruskan kepada pihak yang berwenang. Baik pengadu ataupun dokter yang diadukan akan dihubungi melalui surat.
3. Jika terdapat dugaan pelanggaran, pengaduan akan diteruskan kepada komite investigasi yang terdiri dari dua dokter dan satu orang perwakilan masyarakat yang selanjutnya akan merekomendasikan kepada Direktur OPMC untuk melakukan sidang pemeriksaan, investigasi, penolakan pengaduan, ataupun merekomendasikan peringatan.
4. Jika komite investigasi menilai dokter yang sedang diproses dapat membahayakan kesehatan masyarakat, maka komite investigasi dapat merekomendasikan penangguhan lisensi dokter yang bersangkutan.
5. Jika telah cukup bukti untuk dugaan pelanggaran, maka dapat dilakukan sidang pemeriksaan. Sebaliknya, jika tidak cukup bukti untuk dugaan pelanggaran disiplin, maka investigasi dihentikan dan kasus ditutup. Baik pengadu maupun dokter yang diadukan akan diberitahukan melalui surat.
6. Sidang pemeriksaan dilakukan oleh dua orang dokter dan satu orang perwakilan masyarakat. Pemeriksaan dilakukan untuk memeriksa bukti, saksi,

dan keterangan ahli dari kedua belah pihak, termasuk kesaksian dari pengadu dan dokter yang diadukan.

7. Komite pemeriksa berwenang memutuskan kasus tersebut dan menjatuhkan sanksi pada dokter yang diputuskan bersalah. Sanksi yang dapat dijatuhkan oleh komite pemeriksa pada *Board for Professional Medical Conduct* berupa:
 - a. Pencabutan atau pembatalan lisensi;
 - b. Penangguhan lisensi dalam jangka waktu yang ditentukan atau sesuai dengan masa pelatihan/pelatihan kembali dokter yang bersangkutan;
 - c. Pembatasan lisensi pada bidang tertentu atau tipe praktik tertentu;
 - d. Kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan;
 - e. Teguran;
 - f. Denda;
 - g. Melakukan pelayanan sosial paling lama 500 jam.
8. Keputusan dari komite pemeriksa dapat diajukan banding oleh salah satu pihak kepada *Administrative Review Board*. Kasus tersebut kemudian akan diperiksa oleh tiga orang dokter dan dua orang perwakilan masyarakat yang diambil dari anggota *Administrative Review Board*.

Jumlah pengaduan yang ditangani oleh *Board for Professional Medical Conduct* terus mengalami peningkatan sebagaimana tergambar dalam grafik berikut:

Grafik 2.4. Jumlah Pengaduan pada *Office of Professional Medical Conduct* USA (OPMC, 2007)



Dari jumlah pengaduan tersebut, telah dilakukan penanganan oleh *Board for Professional Medical Conduct* adalah sebagai berikut:

Tabel 2.5. Penanganan Pengaduan pada OPMC (OPMC, 2007)

Tahun	2003	2004	2005	2006	2007
Penanganan					
Pengaduan yang diterima	6275	6925	7358	8001	8222
Telah selesai investigasi	6882	6711	7032	7372	8024
Dikenakan denda	354	337	326	383	311
Peringatan administratif	166	123	110	101	99
Penanggungan lisensi	37	19	28	24	16

Seluruh informasi yang terkait dengan pengaduan serta informasi yang diperoleh dari investigasi merupakan dokumen yang bersifat konfidensial dan tidak dapat diminta oleh siapapun kecuali atas permintaan hukum. Tetapi publik berhak untuk mengetahui keputusan final dari *Board for Professional Medical Conduct* yang merupakan informasi publik.

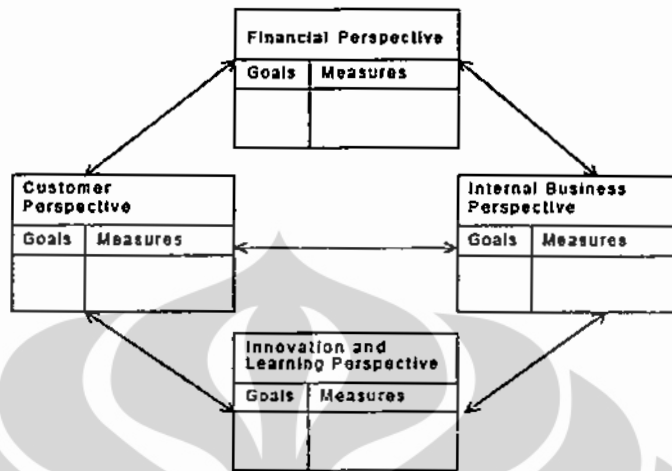
OPMC menegaskan bahwa proses penanganan pengaduan sangat kompleks sehingga dapat memakan waktu beberapa bulan khususnya pengaduan yang berlanjut pada sidang pemeriksaan. Namun demikian, OPMC menyadari bahwa penegakan disiplin profesi kedokteran sangat berarti dalam perlindungan pasien dan merupakan salah satu bentuk pelayanan publik. Sehingga OPMC memiliki prioritas untuk menyelesaikan pengaduan sesegera mungkin.

2.3. *Balanced Scorecard*

2.3.1. Konsep Dasar *Balanced Scorecard*

Balanced Scorecard diperkenalkan oleh Robert S Kaplan dan David P Norton pertama kali sebagai sistem pengukuran kinerja pada tahun 1992 melalui sebuah artikel berjudul "*The Balanced Scorecard-Measures That Drive Performance*" dalam *Harvard Business Review*. Sistem pengukuran kinerja dalam *Balanced Scorecard* secara seimbang melibatkan perspektif finansial, perspektif pelanggan, perspektif bisnis internal, dan perspektif inovasi dan pembelajaran (Kaplan&Norton, 2000).

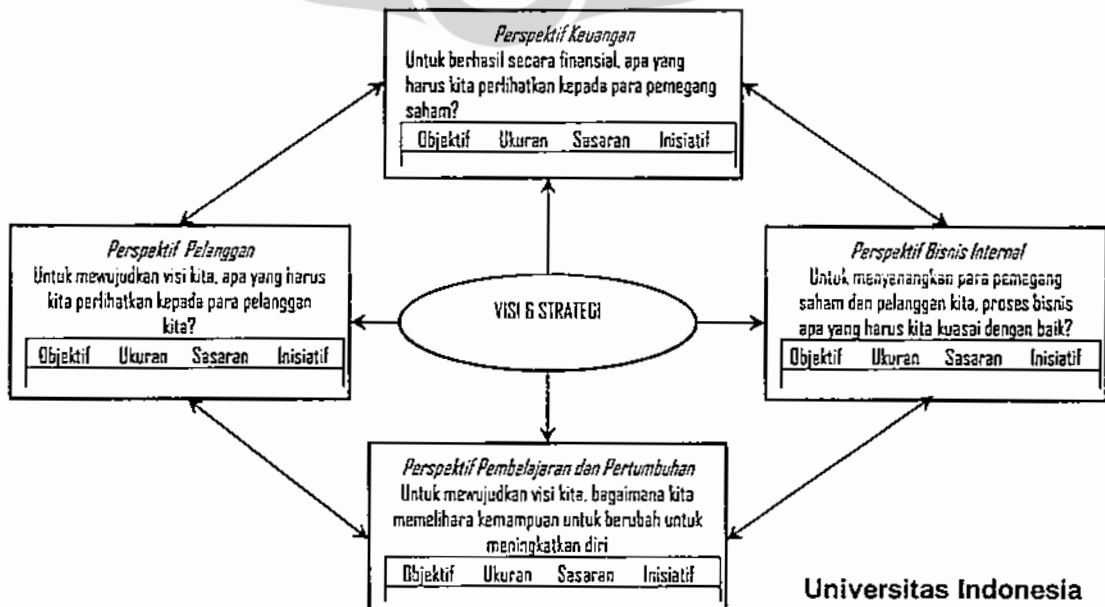
Gambar 2.6. Hubungan Ukuran Kinerja dalam *Balanced Scorecard* (Kaplan&Norton, 1992)



Dalam perkembangannya, metode *Balanced Scorecard* berkembang menjadi suatu sistem manajemen strategis yang menterjemahkan visi dan strategi suatu organisasi kedalam tujuan dan ukuran operasional yang dinyatakan ke dalam empat perspektif yaitu perspektif keuangan (*financial*), pelanggan (*customers*), bisnis internal (*internal business process*), serta pembelajaran dan pertumbuhan (*learning and growth*) (Kaplan&Norton, 2000).

Keempat perspektif *Balanced Scorecard* berada dalam satu sistem dengan hubungan yang saling mempengaruhi. Kinerja pada perspektif pembelajaran dan pertumbuhan akan menentukan kinerja pada perspektif proses bisnis internal dan perspektif pelanggan yang akan menentukan kinerja pada perspektif finansial perusahaan secara keseluruhan (Ciptani, 2000).

Gambar 2.7. Kerangka *Balanced Scorecard* (Kaplan&Norton, 2000)



1. Perspektif Finansial

Kaplan dan Norton membedakan tujuan finansial pada tiga tahap siklus hidup bisnis, yaitu (Kaplan&Norton, 2000):

- a. Bertumbuh (*growth*), tujuan finansial dalam tahap ini adalah persentase tingkat pertumbuhan pendapatan dan tingkat pertumbuhan penjualan di berbagai pasar sasaran, kelompok pelanggan, dan wilayah.
- b. Bertahan (*sustain*), tujuan finansial pada tahap ini akan terkait dengan profitabilitas. Ukuran yang dapat digunakan antara lain tingkat pengembalian investasi, *return on capital employed* (ROCE), dan nilai tambah ekonomis.
- c. Menuai (*harvest*), tujuan utama pada tahap ini adalah memaksimalkan arus kas kembali ke korporasi dan penghematan berbagai kebutuhan modal kerja.

2. Perspektif Pelanggan

Perspektif pelanggan memungkinkan organisasi mengenal dan melakukan pengukuran preposisi nilai yang akan perusahaan berikan kepada pelanggan. Beberapa ukuran utama dalam perspektif pelanggan adalah pangsa pasar (proporsi bisnis yang dijual oleh sebuah unit bisnis), retensi pelanggan (mempertahankan pelanggan), akuisisi pelanggan (keberhasilan memenangkan pelanggan/bisnis baru), kepuasan pelanggan (menilai tingkat kepuasan atas kriteria kinerja tertentu), dan profitabilitas pelanggan (keuntungan bersih yang diperoleh pelanggan) (Kaplan, 2000).

Lebih jauh Gaspersz melihat beberapa pertimbangan yang dapat memunculkan loyalitas pembeli yaitu pertimbangan geografi, aktivitas umum pembeli, posisi atau tanggung jawab pembeli, serta karakteristik pribadi (Gaspersz, 2006). Ukuran lain yang juga penting adalah *product leadership* (inovasi dan penawaran produk yang sederhana), *operational excellence* (kenyamanan pelanggan), dan *customer intimacy* (solusi total pada kebutuhan pelanggan untuk hubungan jangka panjang) (Niven, 2003).

Kepuasan pelanggan secara menyeluruh dapat dilihat dengan menggunakan dimensi kualitas jasa (*service quality*) sebagaimana dikemukakan

Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (1985) sebagaimana dikutip Lerbing R Aritonang (2005), yaitu:

- a. Dimensi *tangibles* mengukur kondisi fisik yang terlihat dalam pelayanan yang diberikan seperti kondisi fisik fasilitas, peralatan maupun penampilan pekerja.
- b. Dimensi *reliability* yang merefleksikan keakuratan dan keandalan perusahaan dalam pemberian jasa
- c. Dimensi *responsiveness* yang merefleksikan kesiapan perusahaan dalam pemberian pelayanan.
- d. Dimensi *assurance* yang mencakup pengetahuan dan kesopanan pekerja serta kemampuannya memberikan kepercayaan kepada pelanggan (*competency, courtesy, credibility, security*). Dimensi ini dapat digunakan untuk mengukur kepercayaan publik terhadap perusahaan.
- e. Dimensi *empathy* yang menunjukkan derajat perhatian yang diberikan perusahaan kepada setiap pelanggan (*accessibility, communication skills, understanding the customer*).

3. Perspektif Bisnis Internal

Merupakan serangkaian kegiatan aktivitas yang ada dalam bisnis internal organisasi. Setiap bisnis memiliki rantai proses tertentu dalam menciptakan nilai bagi pelanggannya yang secara umum dapat tergambar pada satu model mata rantai yang terdiri dari inovasi, operasi dan layanan purna jual (Kaplan&Norton, 2000). Proses inovasi mendorong organisasi untuk melakukan penelitian, perancangan, proses pengembangan untuk menghasilkan produk/jasa ataupun pasar baru. Dalam proses operasi perusahaan didorong untuk menghasilkan produk/jasa yang unggul. Proses layanan purna jual mendorong perusahaan tetap berhubungan dengan pelanggan dan memberikan layanan setelah produk ada di tangan pelanggan.

4. Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

Dengan perspektif pertumbuhan dan pembelajaran, organisasi didorong untuk mempersiapkan sumber daya yang memungkinkan untuk mencapai hasil terbaik dari ketiga perspektif lainnya. Tiga kategori dalam perspektif

pertumbuhan dan pembelajaran adalah kapabilitas pekerja, kapabilitas sistem informasi, motivasi, pemberdayaan dan keselarasan (Kaplan&Norton, 2000).

a. Kapabilitas Pekerja, merupakan faktor penting dalam meningkatkan kinerja pada perspektif pelanggan, khususnya pekerja pada lini depan yang dekat dengan proses internal dan langsung berhadapan dengan pelanggan. Pengukuran kapabilitas pekerja mencakup kepuasan pekerja, retensi pekerja dan produktifitas pekerja. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, kepuasan kerja adalah keadaan psikis yang menyenangkan yang dirasakan oleh pekerja dalam suatu lingkungan pekerjaan karena terpenuhinya semua kebutuhan secara memadai. Kepuasan pekerja merupakan pengukuran utama karena merupakan pra kondisi bagi peningkatan produktifitas, daya tanggap, mutu, dan layanan pelanggan. Kaplan dan Norton menyebutkan unsur yang tercakup dalam survei kepuasan pekerja adalah sebagai berikut (Kaplan&Norton, 2000):

- 1) keterlibatan dalam pengambilan keputusan;
- 2) penghargaan terhadap pekerjaan yang telah dilaksanakan dengan baik;
- 3) akses informasi yang memadai untuk melaksanakan pekerjaan dengan baik;
- 4) dorongan aktif untuk bekerja kreatif dan menggunakan inisiatif;
- 5) tingkat dukungan dari fungsi staf;
- 6) kepuasan keseluruhan dengan perusahaan.

b. Kapabilitas Sistem Informasi

Penyediaan sistem informasi yang memadai ditujukan agar pekerja dapat bekerja dengan efektif dengan mendapatkan informasi terkini tentang pelanggan, proses internal, dan konsekuensi finansial dari keputusan perusahaan. Saat ini telah banyak perusahaan yang menyediakan program informasi yang dapat mengantisipasi kebutuhan perusahaan dimasa datang (Kaplan&Norton, 2000).

c. Motivasi, Pemberdayaan, dan Keselarasan

Faktor *enabler* ketiga dalam perspektif pembelajaran dan pertumbuhan adalah faktor yang mendorong pekerja termotivasi untuk meningkatkan kinerja perusahaan sehingga tercipta keselarasan pekerja perseorangan dan

perusahaan dengan upaya yang melibatkan pekerja. Ukuran yang paling sederhana adalah jumlah saran yang diberikan oleh pekerja dengan catatan saran tersebut diperhatikan, dipertimbangkan dan ditindaklanjuti dengan baik oleh perusahaan (Kaplan&Norton, 2000).

2.3.2. Pengukuran Kinerja dengan Pendekatan *Balanced Scorecard*

Secara harfiah, kinerja diartikan sebagai sesuatu yang dicapai, prestasi yang diperlihatkan atau kemampuan kerja (Depdiknas, 2008). Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 Tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah dijelaskan bahwa kinerja adalah keluaran/hasil dari kegiatan/program yang hendak atau telah dicapai sehubungan dengan penggunaan anggaran dengan kuantitas dan kualitas terukur.

Yaslis Ilyas memberikan pengertian kinerja sebagai penampilan baik personel, kelompok kerja, maupun keseluruhan organisasi yang dilihat baik secara kualitas maupun kuantitas (Ilyas, 1999). Lebih lanjut dijelaskan oleh Ilyas (1999) bahwa kinerja organisasi merupakan hasil dari interaksi yang kompleks dan agregasi kinerja sejumlah individu dalam organisasi. Menurut Yuwono, Suwarno dan Ichsan (2002) sebagaimana dikutip oleh Rudatin (2005: 45) pengukuran kinerja merupakan sarana bagi manajemen untuk mengetahui sejauh mana tujuan organisasi telah tercapai, menilai prestasi kerja pegawai secara individu maupun organisasi dalam organisasi serta untuk memprediksi harapan-harapan organisasi di masa mendatang.

Kinerja personel maupun kinerja organisasi akan berarti apabila dilakukan pengukuran. Martinez sebagaimana dikutip oleh Ukko (2007) menyatakan bahwa pengukuran kinerja memiliki efek positif diantaranya memberikan fokus perhatian pada hal yang penting untuk perusahaan/organisasi, menyelaraskan kinerja operasional dan rujukan strategis, meningkatkan kepuasan masyarakat, serta menyelaraskan perilaku personel pada perbaikan yang bersifat kontinu.

Bagi pemerintah, pengukuran, analisis dan evaluasi kinerja akan memiliki manfaat dalam menentukan langkah untuk mempertahankan atau meningkatkan efisiensi dan efektifitas suatu kegiatan dan sekaligus memberikan informasi pencapaian kepada publik (Sadjiarto, 2000). Menurut Slameto sebagaimana dikutip oleh Harahap (2005), evaluasi dapat diartikan sebagai :

1. Proses pemahaman atau memberi arti, mendapatkan dan mengkomunikasikan suatu informasi sebagai petunjuk bagi pengambil kebijakan.
2. Kegiatan pengumpulan data seluas-luasnya, sedalam-dalamnya dengan kapabilitas guna mengetahui sebab akibat dan hasil yang diinginkan.
3. Kegiatan untuk menliai seberapa jauh program telah berjalan seperti yang telah direncanakan.
4. Suatu alat untuk menentukan apakah tujuan dan proses dalam pengembangan telah berada pada jalan yang diharapkan.
5. Kegiatan yang direncanakan dengan cermat untuk melihat keberhasilan program serta mengetahui apakah sistem berjalan dengan baik atau tidak.

Penggunaan *Balanced Scorecard* dapat diaplikasikan pada setiap tahap manajemen strategis yang merupakan proses merumuskan dan mengimplementasikan strategi dalam penyediaan *customer value* terbaik untuk mewujudkan visi organisasi (Mulyadi, 2001).

- 1) Pada tahap perumusan strategi kerangka *Balanced Scorecard* dapat diterapkan untuk menafsirkan dampak hasil analisis lingkungan makro dan industri dan untuk analisis SWOT (*strengths, weaknesses, opportunities, dan threats*).
- 2) Pada tahap perencanaan strategik, penyusunan program, dan penyusunan anggaran, kerangka *Balanced Scorecard* digunakan untuk menerjemahkan strategi kedalam action plan yang komprehensif dan koheren.
- 3) Pada tahap implementasi dan pemantauan, kerangka *Balanced Scorecard* digunakan untuk pengukuran secara komprehensif kinerja personel.

Gasperzs (2005) menjelaskan bahwa terdapat beberapa karakteristik yang telah diterapkan oleh organisasi kelas dunia pada saat menerapkan *Balanced Scorecard* sebagai metode pengukuran kinerja, yaitu:

- 1) Biaya pengukuran seyogyanya tidak lebih besar dari manfaat yang diterima.
- 2) Pengukuran kinerja dilakukan pada permulaan program *Balanced Scorecard* dengan rumusan yang jelas, sehingga dapat dilihat berbagai masalah serta kesempatan untuk memperbaiki dan meningkatkan kinerja.
- 3) Pengukuran harus terkait langsung dengan tujuan strategis.
- 4) Pengukuran harus sederhana serta memunculkan data yang mudah dipahami, digunakan, dan mudah dalam melaporkannya.

- 5) Pengukuran harus dapat diulang sepanjang waktu, sehingga terdapat perbandingan antara satu waktu dengan waktu lain.
- 6) Pengukuran harus diterima dan dipercaya validitasnya oleh pengguna.
- 7) Pengukuran dilakukan pada keseluruhan sistem mencakup ruang lingkup dalam *Balanced Scorecard* dengan ukuran-ukuran yang mudah dipahami oleh semua individu yang terlibat.
- 8) Pengukuran harus berfokus pada tindakan korektif yang dapat digunakan untuk menetapkan target dalam peningkatan kinerja di masa mendatang bukan hanya untuk pemantauan atau pengendalian.

Balanced Scorecard menghubungkan ukuran finansial dan nonfinansial ke dalam empat perspektif dengan mengkombinasikan ukuran hasil dan ukuran pendorong kinerja dalam suatu hubungan sebab akibat (Kaplan&Norton, 2000). Kombinasi antara ukuran hasil dan ukuran pendorong kinerja harus disesuaikan dengan tujuan strategis unit bisnis (Garperz, 2005).

- 1) Ukuran hasil cenderung menjadi *lagging indicator* yang menjelaskan tujuan utama strategi. Ukuran hasil digunakan untuk melihat apakah upaya jangka pendek telah memberikan hasil yang diharapkan.
- 2) Ukuran pendorong kinerja sebagai *lagging indicator*, menjelaskan kepada seluruh pihak yang terkait dengan perusahaan tentang apa yang harus mereka lakukan saat ini untuk menciptakan nilai tambah di masa depan.

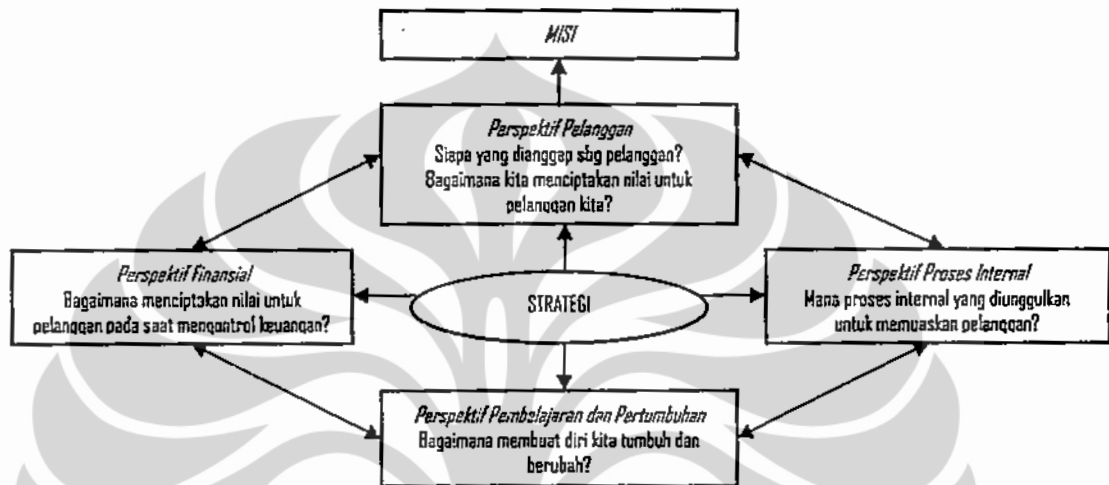
2.3.3. Aplikasi *Balanced Scorecard* pada Organisasi Pemerintah

Organisasi pemerintah merupakan alat pemerintah dalam menjalankan kewenangannya untuk memberikan pelayanan kepada publik dan memelihara kepentingan umum (Nugraha, 2007). Pengukuran kinerja pada organisasi pemerintahan diharapkan dapat menciptakan sistem yang meningkatkan kinerja aparat pemerintah yang selama ini merasa tidak peduli pada kinerjanya ("*nobody-cares-anyway*" mentality) (Susanto, 2006). Seyogyanya pemerintah menjembatani kesenjangan antara ekspektasi publik atau kebutuhan sosial dan penyerahan pelayanan publik yang diberikan (Gasperzs, 2005).

Metode *Balanced Scorecard* dikembangkan untuk dapat digunakan oleh organisasi publik termasuk organisasi pemerintahan. Pada organisasi publik atau non-profit pencapaian kesuksesan dari organisasi tidak hanya pada kesuksesan

finansial saja tetapi lebih pada pencapaian misi organisasi sebagai landasan utama bagi kegiatan organisasi. Niven (2003) menggambarkan aplikasi *Balanced Scorecard* pada organisasi publik atau non-profit dengan peta strategi sebagaimana tergambar pada bagan berikut:

Gambar 2.8. *Balanced Scorecard* pada Organisasi Publik dan Non-profit (Niven, 2003)



Niven (2002) menyatakan salah satu hal terbaik dari *Balanced Scorecard* adalah kesederhanaannya (*one of the best attributes of the Balanced Scorecard is its simplicity*). Tetapi membangun *Balanced Scorecard* pada sebuah organisasi publik ternyata selalu tidak mudah. Berikut beberapa isu yang seringkali diungkapkan oleh organisasi sektor publik pada saat dimunculkan ide untuk membangun *Balanced Scorecard* pada organisasinya (Niven, 2002):

- 1) Pemikiran yang kurang tepat pada sektor publik adalah yang dilakukan oleh organisasinya tidak dapat diukur. Pengukuran adalah satu hal penting yang dapat memberikan informasi tentang hasil yang telah dicapai.
- 2) Sektor publik belum dapat secara jelas merumuskan misi organisasinya.
- 3) Salah satu ketakutan sektor publik adalah pada hasil yang tidak sesuai harapan publik dan ketakutan akan penilaian buruk dari publik. Seharusnya hasil buruk dari penilaian kinerja dilihat sebagai peluang untuk diskusi dan pembelajaran dalam upaya memperbaiki kinerja organisasi. Publik merupakan salah satu pihak yang harus dilibatkan dalam proses tersebut.

- 4) Pemikiran bahwa sistem pengukuran kinerja yang dibangun hanya akan digunakan oleh pemimpin terpilih saat itu. Seharusnya pengukuran kinerja dilakukan secara kontinu dan didukung oleh setiap pemerintahan terpilih.
- 5) Sektor publik menghadapi permasalahan keterbatasan teknis untuk menerapkan *Balanced Scorecard* yang terotomasi dengan sistem komputer sehingga dengan cepat dan mudah mendapatkan data.
- 6) Keterbatasan kemampuan staf. Untuk memanfaatkan *Balanced Scorecard* secara maksimal, para staf harus memiliki kemampuan menganalisa dan belajar dari hasil pengukuran kinerja mereka. Kota Charlotte, Carolina Utara telah membuktikan bahwa kompensasi yang baik untuk pegawainya telah memungkinkan untuk mencapai sasaran yang ditetapkan.
- 7) Ketidakpercayaan sektor publik pada penggunaan model bisnis untuk menjalankan organisasinya. Seharusnya sektor publik dapat menerima metode apapun yang dapat membantu melaksanakan misinya, sekalipun hal itu berasal dari sektor bisnis.
- 8) Sektor publik tidak menemukan alasan mendesak untuk melakukan perubahan. Hal tersebut seringkali terjadi pada sektor bisnis yang menghadapi ketatnya persaingan usaha. Yang perlu dipikirkan oleh sektor publik adalah bagaimana pembayar pajak dapat menikmati hasil maksimum dari uang yang dikeluarkannya sebagai pajak.
- 9) Sektor publik harus memperhatikan kepentingan dan kepuasan publik yang harus dilayaninya sehingga dapat membangun ukuran kinerja yang efektif.

Gaspersz menekankan beberapa penyesuaian yang harus dilakukan dalam penerapan *Balanced Scorecard* pada instansi pemerintah, sebagai berikut (Gaspersz, 2005):

- 1) Pada perspektif pelanggan yang menjadi fokus utama adalah masyarakat dan kelompok tertentu (*interest group*). Dalam menentukan ukuran dan target pada perspektif ini memerlukan kepedulian tinggi serta membutuhkan definisi dan hasil strategi yang diinginkan secara jelas.
- 2) Pada perspektif keuangan, yang menjadi tujuan institusi pemerintah sebagai sektor publik bukanlah maksimasi hasil finansial tetapi keseimbangan

pertanggungjawaban anggaran melalui pelayanan kepada pihak yang berkepentingan.

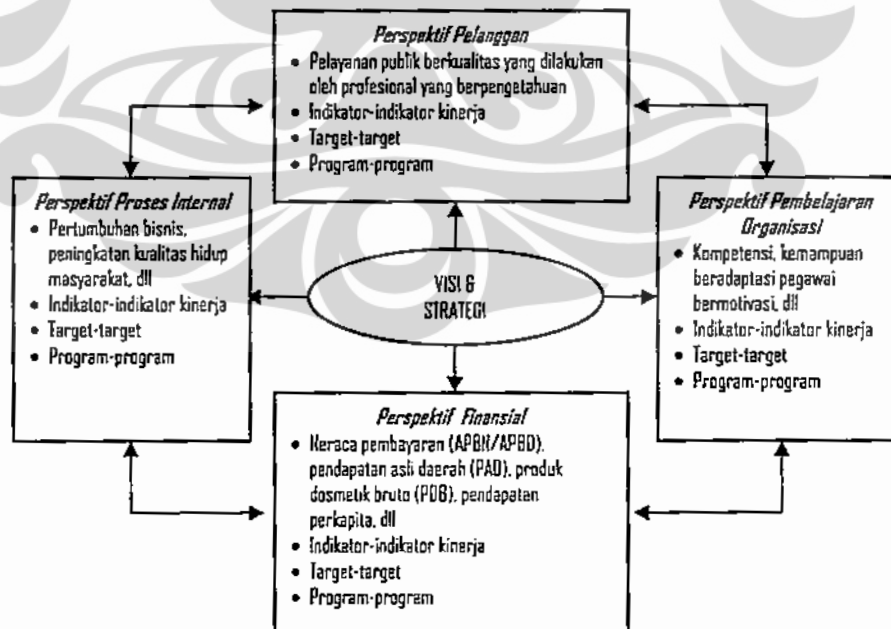
Selanjutnya Gaspersz (2005) menjelaskan perbedaan karakteristik organisasi swasta dan pemerintah pada empat perspektif *Balanced Scorecard* dalam tabel berikut :

Tabel 2.9. Perspektif *Balanced Scorecard* pada Sektor Swasta dan Sektor Pemerintah (Gaspersz, 2005, hal 207)

Perspektif	Organisasi Swasta/Bisnis (<i>Private Sector</i>)	Organisasi Pemerintah (<i>Public Sector</i>)
Finansial/Efisiensi Operasional	Bagaimana kita melihat/memandang dan memberikan nilai kepada pemegang saham?	Bagaimana memberikan nilai pada masyarakat dan pembayar pajak
Pelanggan	Bagaimana pelanggan melihat atau memandang dan mengevaluasi kinerja kami?	Bagaimana masyarakat melihat kinerja institusi
Pertumbuhan dan Pembelajaran	Dapatkah kita melanjutkan untuk meningkatkan dan menciptakan nilai pada pelanggan, pemegang saham, karyawan, manajemen serta organisasi?	Bagaimana melanjutkan, meningkatkan dan menciptakan nilai bagi masyarakat
Proses Internal	Apa yang harus diunggulkan dari proses dan produk kami?	Apakah program-program pemerintah yang memberikan hasil sesuai dengan harapan.

Contoh dari penerapan *Balanced Scorecard* pada institusi pemerintah dapat dilihat pada gambar berikut :

Gambar 2.10. *Balanced Scorecard* pada Organisasi Pemerintah (Gaspersz, 2005, hlm. 211)



2.4. Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah

2.4.1. Instansi Pemerintah

Tujuan utama dari negara hukum adalah perlindungan terhadap hak-hak warga negara. Indonesia menganut model negara demokratis konstitusional karena pembatasan kekuasaan pemerintah tercantum dalam konstitusi dengan pencantuman hak-hak warga negara agar negara tidak dapat bertindak sewenang-wenang (Ridwan HR, 2008).

Untuk menjaga kepentingan semua rakyat, pemerintah disuatu negara hukum modern harus turut aktif dalam pergaulan sosial demi terpeliharanya kesejahteraan serta menjaga kepentingan semua orang. Untuk itu, pemerintah diberi kewenangan dengan berdasarkan peraturan perundang-undangan untuk memberikan pelayanan kepada publik dan memelihara kepentingan umum yang dilaksanakan oleh (Nugraha, 2007):

- a. Seorang petugas (fungsionaris) atau badan pemerintah yang diberikan kewenangan untuk menyatakan kehendak pemerintah (*openbaar gezag*)
- b. Badan pemerintahan (*openbaar lichaam*), yaitu kesatuan hukum yang dilengkapi dengan alat/kewenangan memaksa (*coersive*).

Lembaga negara atau organ negara merupakan alat bagi negara untuk menjalankan fungsinya yang berada dalam ranah eksekutif, legislatif, yudikatif maupun campurannya. Unsur yang harus dipenuhi oleh suatu organ untuk disebut sebagai lembaga negara menurut Hans Kelsen sebagaimana dikutip oleh Assiddiqie adalah:

"(1) organ tersebut dipilih atau diangkat untuk menduduki suatu jabatan atau fungsi tertentu; (2) fungsi itu dijalankan sebagai profesi utama atau bahkan secara hukum bersifat eksklusif; dan (3) karena fungsinya itu, ia berhak untuk mendapatkan imbalan gaji dari negara." (Assiddiqie, 2006)

Pemisahan dan pembagian kekuasaan dapat dilihat secara vertikal maupun horizontal (Assiddiqie, 2006). Secara vertikal, dibedakan antara kekuasaan pemerintahan atasan dan kekuasaan pemerintahan bawahan, dalam negara kesatuan terdapat pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Dalam arti horisontal, dibedakan antara kekuasaan (*separation of power*) eksekutif, legislatif, dan yudikatif yang dipegang oleh organ yang berbeda.

Perkembangan lembaga negara saat ini tidak dibatasi oleh 3 fungsi legislatif, eksekutif maupun yudikatif, tetapi disesuaikan dengan perkembangan masyarakat dan kebutuhan akan efisiensi dan efektifitas dalam pelayanan publik. Pasca reformasi, Jimly Assididqie mencatat beberapa jenis lembaga negara yang ada di Indonesia baik yang tercantum dalam konstitusi dan memiliki kepentingan konstitusi maupun lembaga negara yang bersifat penunjang (*auxiliary*). Lembaga negara penunjang dibentuk berdasarkan peraturan perundang-undangan dengan bentuk dewan (*council*), komisi (*commission*), komite (*committee*), badan (*board*), atau otorita (*authority*). Konsil Kedokteran Indonesia dikategorikan sebagai lembaga dan komisi negara yang berada dilingkungan pemerintah yang bersifat khusus dalam lingkungan pemerintahan yang dibentuk berdasarkan UU No. 29 Tahun 2004 (Assididqie, 2006).

Kemunculan berbagai lembaga negara penunjang (*state auxiliaries*) merupakan kebijakan yang diambil pemerintah menghadapi ketidakpercayaan masyarakat terhadap lembaga negara yang telah ada. Yang perlu diperhatikan dalam pencapaian tujuan lembaga negara penunjang adalah sebagai berikut (Prayitno, 2004):

- a. Perbedaan dasar hukum pembentukan, hal ini berimplikasi pada ancaman pembubaran bagi lembaga negara penunjang oleh peraturan yang lebih tinggi.
- b. Kendala eksternal pada lembaga yang diberikan kewenangan luar biasa sehingga justru kurang berdaya.
- c. Lembaga negara penunjang dengan ruang lingkup tugas yang tidak spesifik, kewenangan yang tegas dan ketiadaan kekuatan pemaksa sehingga keluaran dari lembaga tersebut tidak memberikan dampak apapun.

2.4.2. Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah

Konsep negara kesejahteraan (*welfare state*) menempatkan pemerintah sebagai penanggung jawab atas kesejahteraan umum warga negaranya sehingga pemerintah diberikan kewenangan untuk campur tangan disegala lapangan kehidupan masyarakat berdasarkan peraturan perundang-undangan atau dalam keadaan tertentu bisa dilakukan tanpa dasar peraturan perundang-undangan. Untuk menghindari tindak kesewenangan pemerintah terhadap warga negara atas kewenangan tersebut dicetuskanlah asas-asas umum pemerintahan yang layak

(*algemene beginselen van behoorlijk bestuur*) pada tahun 1950 oleh komisi de Monchy yang dibentuk pemerintah Belanda (Ridwan, 2008).

Salah satu asas umum penyelenggaraan negara adalah asas akuntabilitas sebagaimana tercantum dalam UU No. 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme. Berikut asas-asas umum penyelenggaraan pemerintahan yang baik menurut UU No. 28 Tahun 1999, yaitu:

1. Asas kepastian hukum; adalah asas dalam negara hukum yang mengutamakan landasan peraturan perundang-undangan, kepatutan, dan keadilan dalam setiap kebijakan Penyelenggara Negara.
2. Asas tertib penyelenggaraan negara adalah asas yang menjadi landasan keteraturan, keserasian, dan keseimbangan dalam pengendalian penyelenggaraan negara.
3. Asas kepentingan umum adalah yang mendahulukan kesejahteraan umum dengan cara yang aspiratif, akomodatif dan selektif.
4. Asas keterbukaan adalah asas yang membuka diri terhadap hak masyarakat untuk memperoleh informasi yang benar, jujur, dan tidak diskriminatif tentang penyelenggaraan negara dengan tetap memperhatikan perlindungan atas hak asasi pribadi, golongan dan rahasia negara.
5. Asas proporsionalitas adalah asas yang mengutamakan keseimbangan antara hak dan kewajiban penyelenggara negara.
6. Asas profesionalitas adalah asas yang mengutamakan keahlian yang berlandaskan kode etik dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
7. Asas akuntabilitas adalah asas yang menentukan bahwa setiap kegiatan dan hasil akhir dari kegiatan Penyelenggara Negara harus dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat atau rakyat sebagai pemegang kedaulatan tertinggi negara sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pada kepentingan publik, akuntabilitas merupakan pemberian informasi dan pengungkapan (*disclosure*) atas aktivitas dan kinerja kepada pihak yang

berkepentingan dalam hal ini masyarakat (Schavio-Campo dan Tomasi, 1999 sebagaimana dikutip Mardiasmo, 2006).

Dalam perkembangannya, negara menghadapi tuntutan masyarakat yang semakin tinggi kepada negara untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik dengan mempertimbangkan efisiensi. Beberapa rekomendasi yang disampaikan oleh Alice Rivlin (Direktur *Office of Management and Budget*, 1996) sebagai langkah dalam agenda pembaruan di sektor birokrasi dan administrasi publik sebagai berikut (sebagaimana dikutip oleh Asshiddiqe, 2006, hal. 72):

- a. Desentralisasi kewenangan dan devolusi pertanggungjawaban kepada lapisan pemerintahan yang lebih rendah;
- b. Penilaian kembali terkait apa harus dilakukan dan dibiayai; apa yang harus dibiayai tetapi tidak perlu dilakukan sendiri; dan apa yang tidak perlu dibiayai dan dilakukan sendiri.
- c. Memperkecil unit organisasi pelayanan.
- d. Mengembangkan kebijakan pelayanan yang *cost effective*.
- e. Orientasi pada konsumen termasuk dalam mengembangkan pelayanan umum dengan kualitas pasti.
- f. Pelaksanaan *benchmarking* dan penilaian kinerja yang terukur.
- g. Reformasi untuk menyederhanakan regulasi dan mengurangi biaya yang tidak efisien.

Pada tahun 1999, Presiden mengeluarkan Instruksi Presiden Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah yang memerintahkan pada instansi pemerintah pada setiap akhir anggaran untuk menyampaikan laporan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah kepada Presiden. Akuntabilitas kinerja dalam Instruksi Presiden tersebut diartikan sebagai perwujudan kewajiban suatu instansi pemerintah untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan-tujuan dan sasaran-sasaran yang telah ditetapkan melalui alat pertanggungjawaban secara periodik. Sasaran yang hendak dicapai dengan dibentuknya Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah adalah sebagai berikut:

- a. Menjadikan instansi pemerintah yang akuntabel sehingga dapat beroperasi secara efisien, efektif dan responsif terhadap aspirasi masyarakat dan lingkungannya;
- b. Terwujudnya transparansi instansi pemerintah;
- c. Terwujudnya partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan nasional;
- d. Terpeliharanya kepercayaan masyarakat kepada pemerintah.

Tahun 2006 pemerintah menetapkan Peraturan Pemerintah No. 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah. Pada penjelasan umum dijelaskan bahwa ketentuan mengenai sistem akuntabilitas kinerja instansi pemerintah dalam PP tersebut dimaksudkan untuk menggantikan ketentuan dalam Instruksi Presiden No. 7 Tahun 1999. Namun, PP No. 8 Tahun 2006 tidak secara tegas mencabut Instruksi Presiden No. 7 Tahun 1999, melainkan memerintahkan penetapan Peraturan Presiden terkait dengan sistem akuntabilitas kinerja pemerintah (Pasal 20 PP No. 8 Tahun 2006). Dengan demikian sistem akuntabilitas kinerja pemerintah dilakukan berdasarkan Instruksi Presiden No. 7 Tahun 1999 beserta peraturan pelaksanaannya selama Peraturan Presiden tentang sistem akuntabilitas kinerja pemerintah belum ditetapkan.

Salah satu aturan pelaksana dari Instruksi Presiden No. 7 Tahun 1999 adalah Keputusan Kepala Lembaga Administrasi Negara No. 239/IX/6/8/2003 Tentang Perbaikan Pedoman Penyusunan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah yang merupakan penyempurnaan dari pedoman sebelumnya yang ditetapkan dengan Keputusan Kepala Lembaga Administrasi Negara Nomor 589/IX/6/Y/99. Dalam pedoman tersebut, disebutkan langkah-langkah dalam menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah yang terdiri dari:

1. Perencanaan stratejik; dokumen rencana stratejik setidaknya berisi visi, misi, tujuan, sasaran, dan strateji (cara mencapai tujuan dan sasaran).
2. Perencanaan kinerja; berisi rencana capaian kinerja tahunan untuk seluruh indikator kinerja yang ada pada tingkat sasaran dan kegiatan.
3. Pengukuran kinerja; merupakan suatu penilaian yang sistematis terhadap berbagai indikator yang akan menjadi dasar untuk menilai keberhasilan dan

kegagalan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan dalam rangka mewujudkan visi dan misi instansi pemerintah.

4. Evaluasi kinerja; bertujuan agar diketahui pencapaian realisasi, kemajuan dan kendala yang dijumpai dalam rangka pencapaian misi, agar dapat dinilai dan dipelajari guna perbaikan pelaksanaan program/kegiatan di masa yang akan datang.
5. Analisis akuntabilitas kinerja; uraian keterkaitan pencapaian kinerja kegiatan dengan program dan kebijakan dalam mewujudkan sasaran, tujuan, dan misi serta visi sebagaimana ditetapkan dalam rencana strategik.

PP No. 8 Tahun 2006 bertujuan untuk mengembangkan sistem akuntabilitas kinerja instansi pemerintahan yang terintegrasi dengan sistem perencanaan, sistem penganggaran, sistem perbendaharaan, dan Sistem Akuntansi Pemerintahan. Disebutkan dalam Pasal 2 PP No. 8 Tahun 2006 bahwa dalam rangka pertanggungjawaban pelaksanaan APBN/APBD, pemerintah secara periodik membuat laporan kinerja dan laporan keuangan. Keduanya adalah dari sistem akuntabilitas kinerja instansi pemerintah.

1. Laporan Kinerja

Laporan kinerja merupakan ikhtisar yang menjelaskan secara ringkas dan lengkap tentang capaian kinerja (ringkasan tentang keluaran dari masing-masing kegiatan dan hasil yang dicapai dari masing-masing program) yang disusun berdasarkan rencana kerja yang ditetapkan dalam rangka pelaksanaan APBN/APBD (PP No. 8 Tahun 2006). Laporan kinerja dari masing-masing menteri/pimpinan lembaga disampaikan selambat-lambatnya 2 (dua) bulan setelah tahun anggaran berakhir kepada Menteri Keuangan, Menteri Negara Perencanaan Pembangunan Nasional, dan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara.

2. Laporan Keuangan

Purbopranoto sebagaimana dikutip oleh Nugraha, et.al. (2007) menyebutkan bahwa perencanaan, pelaksanaan atas anggaran negara dan kebijakan keuangan publik merupakan bagian dari tugas penyelenggaraan kepentingan umum (*public service*) yang dijalankan oleh pemerintah sebagai administrator pemerintahan negara.

Pengelolaan keuangan negara diatur dalam UU No. 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara yang merupakan amanah dari Pasal 23C UUD 1945 dengan menganut asas-asas pengelolaan keuangan negara serta asas yang mencerminkan *best practice*, yaitu asas tahunan, asas universalitas, asas kesatuan, asas spesialisasi, asas akuntabilitas berorientasi hasil, asas profesionalitas, asas proporsionalitas, asas keterbukaan dalam pengelolaan keuangan negara, serta prinsip pemeriksaan keuangan oleh badan pemeriksa yang bebas dan mandiri.

Pengelolaan keuangan negara yang mencakup keseluruhan kegiatan perencanaan, penguasaan, penggunaan, pengawasan, dan pertanggung-jawaban, harus dilaksanakan secara tertib, taat pada peraturan perundang-undangan, efisien, ekonomis, efektif, transparan, dan bertanggung jawab dengan memperhatikan rasa keadilan dan kepatutan (Pasal 3 UU No. 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara).

Dalam rangka mewujudkan *good governance* dalam pelaksanaan pengelolaan keuangan negara ditetapkan juga UU No. 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara yang berisi aturan dalam pelaksanaan anggaran. Undang-Undang tersebut mengatur kewajiban setiap institusi pemerintah untuk membuat laporan keuangan yang ditujukan untuk mewujudkan transparansi dan akuntabilitas dalam pengelolaan keuangan negara. Laporan keuangan secara umum adalah bentuk pertanggungjawaban pengelolaan keuangan negara/daerah selama suatu periode yang disusun dan disajikan sesuai standar akuntansi pemerintah (PP No. 8 Tahun 2006). Definisi laporan keuangan dalam PP No. 8 Tahun 2006 adalah bentuk pertanggungjawaban pengelolaan keuangan negara/daerah selama suatu periode, yang terdiri dari:

- 1) Laporan Realisasi Anggaran adalah laporan yang menggambarkan realisasi pendapatan, belanja, dan pembiayaan selama suatu periode;
- 2) Neraca laporan yang menyajikan informasi posisi keuangan Pemerintah yaitu aset, utang, dan ekuitas dana pada suatu tanggal tertentu.
- 3) Laporan Arus Kas laporan yang menggambarkan arus kas masuk dan keluar selama suatu periode, serta posisi kas pada tanggal pelaporan;

- 4) Catatan atas Laporan Keuangan bagian yang tak terpisahkan dari laporan keuangan yang menyajikan informasi tentang penjelasan pos-pos laporan keuangan dalam rangka pengungkapan yang memadai.

Lebih lanjut dalam Lampiran IV Peraturan Pemerintah No. 24 Tahun 2005 tentang Standar Akuntansi Pemerintahan dijelaskan bahwa laporan realisasi anggaran merupakan laporan tahunan yang bertujuan memberikan informasi tentang realisasi (pendapatan, belanja, transfer, surplus/defisit, dan pembiayaan) dan anggarannya secara tersanding yang menunjukkan tingkat ketercapaian target-target yang telah disepakati antara legislatif dan eksekutif sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Laporan realisasi anggaran menyediakan informasi realisasi anggaran secara menyeluruh yang dapat digunakan untuk:

- 1) Mengevaluasi keputusan mengenai alokasi sumber-sumber daya ekonomi, akuntabilitas dan ketaatan entitas pelaporan terhadap anggaran.
- 2) Mengevaluasi kinerja pemerintah dalam hal efisiensi dan efektivitas penggunaan anggaran.
- 3) Memprediksi sumber daya ekonomi yang akan diterima untuk mendanai kegiatan pemerintah pusat dan daerah dalam periode mendatang.

2.5. Beberapa Penelitian Terdahulu

Hasil penelusuran pada katalog *online* Perpustakaan Universitas Indonesia menghasilkan penemuan 9 (sembilan) karya tulis berupa tesis terkait pengukuran kinerja pada instansi pemerintah, sebagai berikut:

- a. Merry Dandian Pandji, Analisis Kinerja Ditjen Pendidikan Tinggi dengan Pendekatan *Balanced Scorecard*, Program Magister Administrasi dan Kebijakan Publik Fakultas Ilmu Sosial dan Politik Universitas Indonesia (FISIP UI), 2002.
- b. Piping Supriatna, Kinerja Pengelola Anggaran Rutin dan Penyelenggaran Pelayanan Umumdi Lingkungan Sekretariat Negara dengan Pendekatan *Balanced Scorecard*, Magister Administrasi dan Kebijakan Publik, FISIP UI, 2002.
- c. Rudatin, Pengukuran Kinerja Pelaksana Harian Badan Narkotika Nasional dengan Pendekatan *Balanced Scorecard*, Program Magister Administrasi dan Kebijakan Publik, FISIP UI, 2005.

- d. Indra Gunawan, Implementasi *Balanced Scorecard with Six Sigma* untuk Mengukur Kinerja Berdasarkan Prinsip *Good Governance* di Kantor Pelayanan Pajak Modern (Studi Kasus: KPP PMA Satu), Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia, 2006.
- e. Teguh Sudarmadi, Pengukuran kinerja pusat dokumentasi dan informasi hukum nasional Badan Pembinaan Hukum Nasional dengan Pendekatan *Balanced Scorecard*, Program Studi Pengkajian Ketahanan Nasional Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, 2007.
- f. Siti Rokhniyah, Pengukuran kinerja organisasi menggunakan pendekatan *Balanced Scorecard* pada Direktorat Jenderal Peraturan Perundang-undangan Departemen Hukum dan HAM RI, Program Studi Pengkajian Ketahanan Nasional Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, 2007.
- g. Andi Wijaya Rivai, Pengukuran kinerja pusat pengkajian dan pengembangan kebijakan Departemen Hukum Dan Hak Asasi Manusia RI menggunakan pendekatan *Balanced Scorecard*, Program Studi Pengkajian Ketahanan Nasional, Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, 2007.
- h. Ruslinda Dwi Wahyuni, Analisis Pengukuran Kinerja Ditjen HKI dengan Menggunakan Pendekatan *Balanced Scorecard*, Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, 2008.
- i. Doni Handriansyah, Pengukuran Kinerja Rutan Kelas 1 Jakarta Pusat Menggunakan Pendekatan *Balanced Scorecard*, Program Studi Pengkajian Ketahanan Nasional Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, 2008.

BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

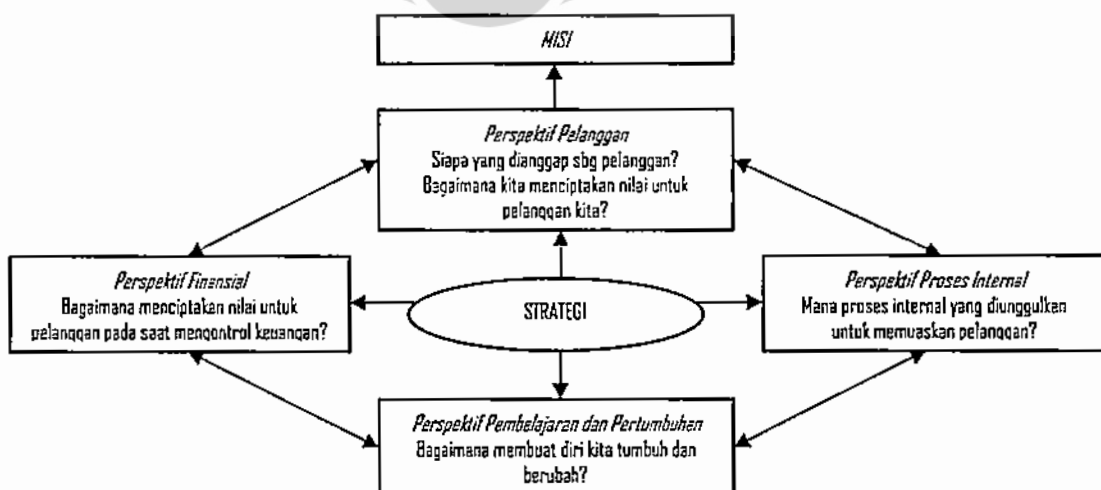
3.1. Kerangka Teori

Pengukuran kinerja dengan pendekatan perspektif *Balanced Scorecard* secara seimbang melibatkan perspektif keuangan, perspektif pelanggan, perspektif proses internal, dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan serta menghubungkan keempat perspektif tersebut dalam suatu hubungan sebab akibat yang saling mempengaruhi (Kaplan&Norton, 2000).

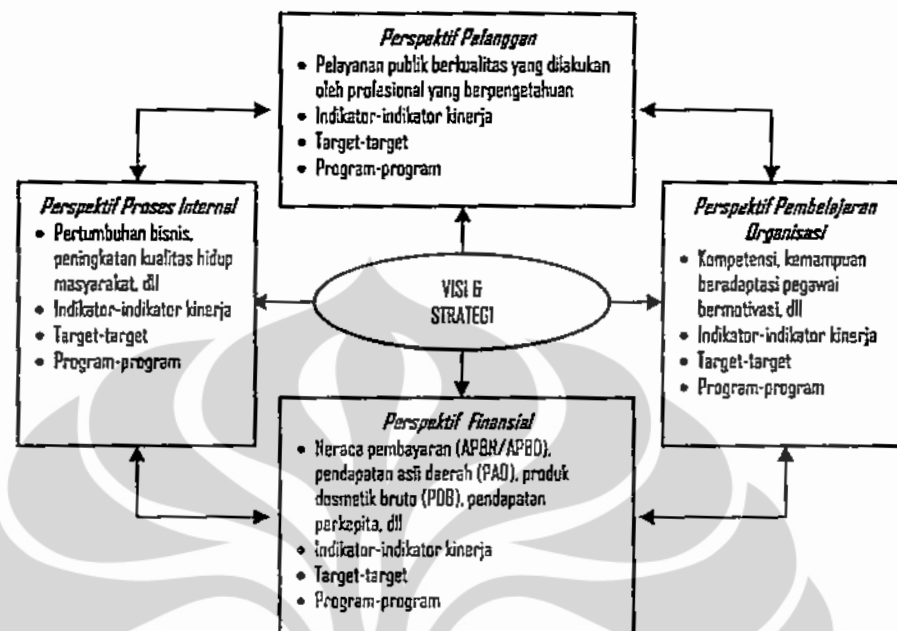
Metode *Balanced Scorecard* dapat dikembangkan sebagai sistem pengukuran kinerja pada organisasi publik termasuk organisasi pemerintahan dengan beberapa penyesuaian dengan berfokus pada perspektif pelanggan yaitu masyarakat dan menekankan pada aspek pelayanan publik. Hal ini yang membedakan penerapan *Balanced Scorecard* pada organisasi bisnis yang memfokuskan pada perspektif finansial. Pada institusi pemerintah yang akan dicapai pada perspektif finansial/keuangan adalah keseimbangan pertanggung-jawaban anggaran melalui pelayanan kepada masyarakat.

Kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini berasal dari Niven (2003) dan pengembangan yang dilakukan Gaspersz (2005) yang menggambarkan aplikasi *Balanced Scorecard* pada organisasi publik atau non-profit dengan peta strategi sebagaimana tergambar pada bagan berikut:

Gambar 3.1. *Balanced Scorecard* pada Organisasi Publik dan Non-profit (Niven, 2003)



Gambar 3.2. *Balanced Scorecard* pada Organisasi Pemerintah (Gasperz, 2005, hlm. 211)



a. Perspektif Pelanggan

Perspektif pelanggan pada teori dasar *Balanced Scorecard* digunakan untuk mengukur preposisi nilai perusahaan dimata pelanggan dengan menggunakan beberapa ukuran utama yaitu pangsa pasar, retensi pelanggan, akuisisi pelanggan, kepuasan pelanggan, dan profitabilitas pelanggan (Kaplan, 2000). Rohm sebagaimana dikutip oleh Imelda (2004) menyebutkan bahwa perspektif pelanggan dalam organisasi publik digantikan dengan istilah perspektif warga negara (*citizen*) dan pemangku kepentingan (*stakeholders*).

Perspektif ini digunakan untuk melihat bagaimana nilai organisasi dimata masyarakat serta melihat penilaian masyarakat terhadap pelayanan yang telah diberikan. Pada sektor publik yang harus diperhatikan adalah kepentingan dan kepuasan publik yang dilayaninya sehingga dapat membangun ukuran kinerja yang efektif (Niven, 2002). Gasperz (2005) menyebutkan bahwa fokus utama pada perspektif ini adalah masyarakat dan kelompok tertentu (*interest group*).

Untuk mengukur kepuasan pelanggan dalam hal ini masyarakat dapat digunakan dimensi kualitas jasa (*service quality*) sebagaimana dikemukakan Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (1985) sebagaimana dikutip Lerbing R Aritonang (2005), yaitu *tangibles* (kondisi fisik yang terlihat dalam pelayanan:

fasilitas, peralatan maupun penampilan pekerja); *reliability* (keakurataan dan keandalan dalam pemberian pelayanan); *responsiveness* (kesiapan perusahaan dalam pemberian pelayanan); *assurance* (pengetahuan, kesopanan, dan kemampuan pekerja menyakinkan pelanggan); serta *empathy* (aksesibilitas, kemampuan komunikasi, memahami pelanggan).

b. Perspektif Proses Internal

Proses internal suatu organisasi secara umum dapat tergambar pada satu model mata rantai yang terdiri dari inovasi, operasi dan layanan purna jual (Kaplan, 2000). Proses inovasi mendorong organisasi untuk melakukan penelitian, perancangan, proses pengembangan untuk menghasilkan produk/jasa ataupun pasar baru. Dalam proses operasi organisasi didorong untuk menghasilkan produk/jasa yang unggul. Proses layanan purna jual mendorong organisasi tetap berhubungan dengan pelanggan dan memberikan layanan setelah produk ada di tangan pelanggan.

c. Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

Dengan perspektif pertumbuhan dan pembelajaran, organisasi didorong untuk mempersiapkan sumber daya yang memungkinkan untuk mencapai hasil terbaik dari ketiga perspektif lainnya. Tiga kategori dalam perspektif pertumbuhan dan pembelajaran adalah kapabilitas pekerja, kapabilitas sistem informasi, motivasi, pemberdayaan dan keselarasan (Kaplan, 2000). Pada organisasi pemerintah, perspektif pertumbuhan dan pembelajaran difokuskan pada kapasitas pekerja dan organisasi (Imelda, 2004).

d. Perspektif Finansial

Perspektif finansial merupakan salah satu hal yang memerlukan penyesuaian pada sektor publik. Hal tersebut dikarenakan tujuan institusi pemerintah sebagai sektor publik bukanlah maksimasi hasil finansial tetapi keseimbangan pertanggungjawaban anggaran melalui pelayanan kepada pihak yang berkepentingan (Gasperzs, 2005). Perspektif finansial pada sektor publik melihat seberapa efektif dan efisien pengelolaan keuangan yang dilakukan untuk mencapai dampak yang jelas dengan memperhatikan sumber daya yang ada sesuai dengan harapan masyarakat dan pembayar pajak (Noven, 2003). Perspektif keuangan memiliki peran penting dalam pembiayaan kegiatan sektor publik. Pada

institusi pemerintah kinerja keuangan pada satu periode akan menentukan perencanaan dan anggaran pada periode tahun berikutnya.

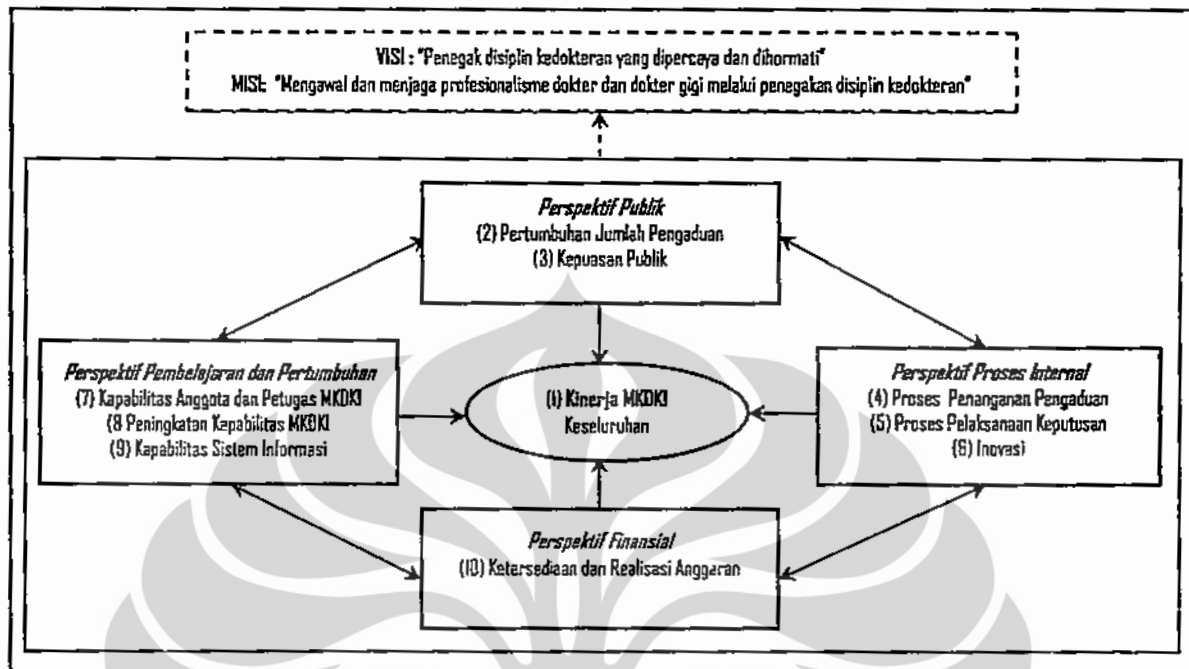
3.2. Kerangka Konsep

Penegakan disiplin oleh Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) berdasarkan UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran merupakan salah satu kebijakan pemerintah dalam menghadapi persoalan maraknya gugatan kepada profesi dokter/dokter gigi. Tugas MKDKI yang diamanahkan oleh UU Praktik Kedokteran mencakup penerimaan pengaduan, pemeriksaan terhadap dokter yang diadukan, sampai dengan memberikan keputusan ada tidaknya kesalahan dalam penerapan disiplin profesi yang dilakukan oleh dokter yang diadukan. Hasil yang diharapkan dari penegakan disiplin profesi oleh MKDKI adalah terlindunginya masyarakat dari praktik kedokteran yang buruk.

Sejak berdirinya pada 1 Maret 2006 sampai tahun 2009, MKDKI telah menangani 75 pengaduan yang dilakukan oleh anggota MKDKI periode 2006-2011. Untuk itu, perlu dilakukan evaluasi kinerja MKDKI secara komprehensif dengan pendekatan empat perspektif *Balanced Scorecard*. Evaluasi kinerja dilakukan untuk mengetahui pencapaian realisasi, kemajuan dan kendala yang dijumpai dalam rangka pencapaian visi misi MKDKI sebagaimana tercantum dalam Rencana Strategis MKDKI 2008-2013, agar dapat dinilai dan dipelajari guna meningkatkan kinerja MKDKI di masa yang akan datang.

Kerangka konsep penelitian yang digunakan mengadopsi kerangka *Balanced Scorecard* yang telah disesuaikan dengan keberadaan MKDKI sebagai institusi pemerintah. Ukuran-ukuran dalam kerangka konsep penelitian ini merupakan hasil translasi dari dokumen Rencana Strategis MKDKI 2008-2013 dengan memperhatikan tugas fungsi MKDKI berdasarkan UU Praktik Kedokteran dan peraturan pelaksanaannya. Berikut kerangka konsep penelitian yang dikembangkan dari gambaran Niven (2003) tentang kerangka *Balanced Scorecard* untuk organisasi pemerintah.

Gambar 3.3. Kerangka Konsep Penelitian



Dalam kerangka konsep, digambarkan bahwa kinerja MKDKI secara keseluruhan dipengaruhi oleh kinerja pada perspektif publik, kinerja pada perspektif proses internal, kinerja pada perspektif pembelajaran dan pertumbuhan, serta kinerja pada perspektif finansial. Selanjutnya digambarkan bahwa kinerja pada perspektif publik sangat dipengaruhi oleh kinerja pada perspektif proses internal serta kinerja pada perspektif pembelajaran dan pertumbuhan. Pada hubungan yang saling mempengaruhi, semakin tinggi kepercayaan dan kepuasan publik pada MKDKI akan menuntut kinerja proses internal yang semakin tinggi. Sedangkan perspektif finansial/keuangan merupakan pendukung dari perspektif proses internal serta perspektif pembelajaran dan pertumbuhan.

Penelitian ini bertujuan untuk melakukan pengukuran dan evaluasi kinerja MKDKI yang mencakup:

1. Kinerja MKDKI sebagai sebuah organisasi pemerintah merupakan hasil dari interaksi yang kompleks dan agregasi kinerja pada perspektif publik, perspektif proses internal, perspektif pembelajaran dan pertumbuhan serta perspektif finansial.

2. Kinerja pada perspektif publik mencakup:
 - a. Pertumbuhan jumlah pengaduan adalah pertumbuhan pengaduan dari masyarakat terhadap dokter/dokter gigi kepada MKDKI selama periode 2006-2009. Aspek ini digunakan untuk melihat tingkat pemanfaatan MKDKI oleh masyarakat yang menduga adanya kesalahan yang dilakukan dokter/dokter gigi.
 - b. Kepuasan publik adalah penilaian masyarakat dan profesi dokter terhadap pelayanan yang diberikan MKDKI yang diukur dengan pendekatan kualitas jasa (*Service Quality*) yang terdiri dari aspek *tangibles*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, dan *empathy*.
3. Kinerja pada perspektif proses internal mencakup:
 - a. Proses penanganan pengaduan adalah penilaian tentang efektifitas dan efisiensi proses penanganan pengaduan yang mencakup penerimaan pengaduan, pemeriksaan awal, serta pemeriksaan disiplin sampai adanya keputusan MKDKI.
 - b. Proses pelaksanaan keputusan adalah penilaian tentang proses pelaksanaan keputusan MKDKI oleh pihak-pihak yang terkait.
 - c. Inovasi adalah upaya yang dilakukan oleh MKDKI untuk meningkatkan kinerja proses internal. Inovasi dilakukan terhadap tata cara penanganan kasus serta prosedur kerja MKDKI sebagaimana ditetapkan oleh UU Praktik Kedokteran bahwa MKDKI bertugas untuk menyusun tatacara penanganan pengaduan.
4. Kinerja pada perspektif pembelajaran dan pertumbuhan merupakan penyediaan infrastuktur dan sumber daya manusia yang memungkinkan pencapaian kinerja terbaik, mencakup:
 - a. Kapabilitas Anggota dan Petugas MKDKI merupakan ukuran dalam penilaian terhadap ketersediaan dan kemampuan anggota dan petugas MKDKI dalam melaksanakan tugas dan melakukan pelayanan kepada masyarakat.
 - b. Peningkatan kapabilitas MKDKI adalah upaya meningkatkan kemampuan anggota, petugas, serta lembaga MKDKI yang diperlukan untuk

melaksanakan tugas penegakan disiplin profesi kedokteran dan pelayanan kepada masyarakat.

c. Kapabilitas Sistem Informasi adalah ketersediaan sistem informasi yang memadai ditujukan agar anggota dan petugas MKDKI dapat bekerja dengan efektif dengan mendapatkan informasi terkini tentang pihak yang terlibat dalam pengaduan dan proses internal MKDKI.

5. Kinerja pada perspektif finansial, diukur dengan melihat tingkat penyerapan anggaran dengan melakukan perbandingan realisasi anggaran dan anggaran yang disediakan. Kriteria ukuran kinerja pada perspektif keuangan mengadopsi Keputusan Kepala Lembaga Administrasi Negara Nomor 589/IX/6/Y/99 tentang Pedoman Penyusunan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, yaitu:

85% - 100%	= Sangat Berhasil
70% - 85%	= Berhasil
55% - 70%	= Kurang/Cukup Berhasil
0 - 55%	= Gagal

Dokumen yang digunakan dalam mengukur kinerja pada perspektif keuangan adalah Laporan Realisasi Anggaran yang berisi informasi tentang realisasi (pendapatan, belanja, transfer, surplus/defisit, dan pembiayaan) dan anggarannya secara tersanding yang menunjukkan tingkat ketercapaian target-target. Penyerapan anggaran serta perencanaan kegiatan tahun berikutnya akan mempengaruhi kinerja pada perspektif proses internal serta perspektif pembelajaran dan pertumbuhan.

3.3. Definisi Operasional

Tabel 3.4. Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat/Skala/Hasil Ukur
1	2	3	4	5
1.	<u>Kinerja MKDKI</u>	Hasil dari interaksi yang kompleks dan agregasi kinerja pada perspektif publik, perspektif pembelajaran dan pertumbuhan, perspektif proses internal, serta perspektif keuangan.	Wawancara dengan informan: Pimpinan MKDKI, Pimpinan KKI	Alat Ukur : Peneliti dibantu Pedoman wawancara, alat pencatatn, dan perekam Hasil Ukur : Hasil wawancara
2.	<u>Perspektif Publik</u> a. Pertumbuhan Jumlah Pengaduan	Pertumbuhan pengaduan dari masyarakat terhadap dokter/ dokter gigi kepada MKDKI mulai tahun 2006 sampai tahun 2009.	Studi dokumen	Alat Ukur : Peneliti dengan data dokumen Sekretariat KKI
	b. Kepuasan Publik	Penilaian masyarakat dan profesi dokter/dokter gigi terhadap MKDKI dengan pendekatan kualitas jasa (<i>Service Quality</i>)	Wawancara dengan informan: YPKKI	Alat Ukur : Peneliti dibantu Pedoman wawancara, alat pencatat, dan perekam Hasil Ukur : Hasil wawancara Pendukung : Hasil survei
3.	<u>Perspektif Proses Internal</u> a. Proses Penanganan Pengaduan	Penilaian tentang efektifitas dan efisiensi proses penanganan pengaduan yang mencakup penerimaan pengaduan, pemeriksaan awal, serta pemeriksaan disiplin sampai adanya keputusan MKDKI.	- Studi Dokumen - Pengamatan - Wawancara dengan informan: Pimpinan MKDKI, Pimpinan KKI, Kasubag Persidangan Set.KKI	<u>Data Kualitatif</u> Alat Ukur : Peneliti dibantu Pedoman wawancara, alat pencatat, dan perekam Hasil Ukur : Hasil wawancara
	b. Proses Pelaksanaan Keputusan MKDKI	Penilaian tentang proses pelaksanaan keputusan MKDKI oleh pihak-pihak yang terkait.		
	c. Inovasi	Upaya yang dilakukan oleh MKDKI untuk meningkatkan kinerja pada proses internal MKDKI.		
4.	<u>Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan</u> a. Kapabilitas Anggota dan Petugas MKDKI	Ukuran ketersediaan dan kemampuan anggota dan petugas MKDKI dalam melaksanakan tugas dan melakukan pelayanan kepada masyarakat.	Wawancara dengan informan: Pimpinan, Anggota, dan Petugas MKDKI	Alat Ukur : Peneliti dibantu Pedoman wawancara dan Perekam Hasil Ukur : Hasil wawancara
	b. Peningkatan Kapabilitas MKDKI	Upaya meningkatkan kapabilitas anggota, petugas, serta lembaga MKDKI untuk melaksanakan tugas penegakan disiplin profesi kedokteran dan melakukan pelayanan kepada		

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat/Skala/Hasil Ukur
1	2	3	4	5
		masyarakat. Ukuran yang digunakan adalah ketersediaan upaya peningkatan kemampuan bagi anggota, petugas, serta organisasi MKDKI.		
	c. Kapabilitas Sistem Informasi	Ketersediaan sistem informasi yang memadai ditujukan agar anggota dan petugas MKDKI dapat bekerja dengan efektif dengan mendapatkan informasi terkini tentang pihak yang terlibat dalam pengaduan dan proses internal MKDKI.		
5.	<u>Perspektif Finansial</u>	Perbandingan antara penyerapan anggaran dengan ketersediaan anggaran untuk kegiatan MKDKI	Studi Dokumen	Alat ukur: Peneliti dengan data dokumen Sekretariat KKI



BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Penelitian akan dilakukan dengan pendekatan kualitatif evaluatif yang dilakukan untuk memperoleh pemahaman yang mendalam (*verstehen*) serta memberikan evaluasi terhadap tentang objek penelitian, yaitu kinerja MKDKI. Penelitian menggunakan peneliti sebagai instrumen pengumpulan data yang utama melalui pengamatan, wawancara mendalam (*in depth interview*), maupun telaah dokumen (Irawan, 2007).

Menurut Umar (2008), penelitian kualitatif dilakukan untuk membangun pengetahuan melalui pemahaman dan penemuan serta dimaksudkan untuk memberi makna pada suatu fenomena secara holistik. Ciri Penelitian kualitatif menurut Strauss sebagaimana dikutip oleh Umar (2008: 5) adalah:

- a. Sumber data langsung berupa data situasi alami dengan peneliti sebagai instrumen kunci yang akan menghabiskan waktu untuk pemahaman tentang proses pengumpulan data dan makna data yang diperoleh.
- b. Bersifat deskriptif karena setiap peristiwa memiliki potensi untuk dijadikan isu kunci yang mungkin dapat memberikan pemahaman kepada peneliti secara menyeluruh atas masalah yang ditelitinya.
- c. Menekankan proses daripada hasil.
- d. Analisis data bersifat induktif, dimana peneliti menyusun abstraksi secara khusus berdasar data temuan yang terkumpul.

Penelitian ini didukung dengan penggunaan instrumen kuesioner yang dikembangkan untuk mendapatkan data dari seluruh subjek yang terkait dengan penelitian.

4.2. Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Mei sampai bulan Juni 2010 di Jakarta, khususnya di Sekretariat KKI (Jl. Hang Jebat III Blok F3 Kebayoran Baru Jakarta Selatan) untuk memperoleh informasi dari Pimpinan KKI, Anggota MKDKI, serta Sekretariat KKI yang terkait dengan pelaksanaan tugas MKDKI. Penelitian juga dilakukan ditempat lain untuk mendapatkan data dari Yayasan Pemberdayaan

Konsumen Kesehatan Indonesia (YPKKI) serta pengadu maupun teradu yang menjadi responden dalam penelitian ini.

4.3. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data kualitatif dilakukan dengan telaah dokumen, wawancara mendalam (*in depth interview*), serta pengamatan. Telaah dokumen dilakukan untuk memperoleh data sebagai berikut :

1. Perkembangan jumlah pengaduan yang disampaikan ke MKDKI sejak tahun 2006 sampai tahun 2009. Data tersebut diharapkan dapat diperoleh dengan telaah dokumen di Sub Bagian Persidangan Bagian Pelayanan Hukum Sekretariat KKI.
2. Ketersediaan dan penyerapan anggaran yang dikhususkan untuk kegiatan MKDKI mulai tahun 2006 sampai dengan tahun 2009. Data tersebut diharapkan dapat diperoleh dengan telaah dokumen pada Sekretariat KKI.

Untuk mendapatkan informasi terkait kinerja MKDKI berdasarkan perspektif publik, perspektif proses internal, serta perspektif pembelajaran dan pertumbuhan, maka dilakukan wawancara mendalam dengan beberapa narasumber yang dipilih secara sengaja (*purposive sampling*) sesuai dengan kebutuhan penelitian (Moleong, 2006). Wawancara ditujukan untuk mendapatkan informasi yang mendalam dan komprehensif dengan menggunakan pedoman wawancara dan bantuan alat perekam.

Informan pada penelitian ini dipilih berdasarkan pengetahuan yang dimiliki berkaitan dengan topik penelitian dengan memperhatikan prinsip kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*) (Kresno, 1998). Informan penelitian yang diidentifikasi sebagai sumber informasi dalam penelitian ini adalah:

1. 3 (tiga) orang pimpinan MKDKI (Ketua, Wakil Ketua dan Sekretaris);
2. 2 (dua) orang Anggota MKDKI;
3. 1 (satu) orang petugas MKDKI;
4. 1 (satu) orang pimpinan Konsil Kedokteran Indonesia;
5. Ketua Yayasan Pemberdayaan Konsumen Kesehatan Indonesia (YPKKI) sebagai perwakilan masyarakat yang mengetahui proses penegakan disiplin oleh MKDKI;

6. 1 (satu) orang pengadu yang pengaduannya telah mendapatkan keputusan dari MKDKI.
7. 1 (satu) orang dokter yang pernah diadukan dan telah mendapatkan keputusan dari MKDKI.

Penggunaan kuesioner pada penelitian ini ditujukan untuk memperoleh gambaran penilaian kinerja MKDKI dalam bentuk skoring oleh para pihak yang terkait. Kuesioner dikembangkan dengan menggunakan skala Likert yang ditemukan Rensis Likert tahun 1932. Penggunaan skala Likert diketahui memiliki beberapa keuntungan sebagai berikut (Nasution, 2006):

- a. Relatif lebih mudah dalam menyusun pertanyaan tentang sifat atau sikap tertentu.
- b. Memiliki reliabilitas tinggi dalam dalam mengurutkan manusia berdasarkan intensitas sikap tertentu.
- c. Dinilai lebih luwes dan fleksibel dari tehnik pengukuran lain, jumlah item pernyataan dan alternatif jawaban diserahkan kepada pertimbangan peneliti.

Walaupun demikian, penelitian ini juga mempertimbangan beberapa kelemahan dari penggunaan skala Likert yaitu (Nasution, 2006), khususnya kenyataan bahwa tidak semua item pernyataan memiliki makna yang sama penting dalam keseluruhan pengukuran.

Responden pada pengukuran kinerja MKDKI dipilih dengan sengaja berdasarkan ciri-ciri tertentu (*purposive sampling*), terdiri dari:

1. Pada perspektif publik, pengadu dan dokter teradu pada kasus yang telah memiliki keputusan yang berkekuatan tetap. Kedua pihak ini dinilai cukup mewakili masyarakat (publik) untuk melakukan penilaian terhadap kinerja MKDKI. Pengisian kuesioner dilakukan secara tatap muka dan tanpa tatap muka dengan menggunakan fasilitas internet dan faksimili. Hal tersebut dilakukan karena adanya jarak dengan responden dalam penelitian ini yang tersebar di daerah yang berbeda di wilayah Indonesia.
2. Pada perspektif pembelajaran dan pertumbuhan, responden adalah keseluruhan anggota MKDKI yang berjumlah 11 (sebelas) orang dan petugas MKDKI yang berjumlah 4 (empat) orang.

3. Pada perspektif proses internal, responden adalah keseluruhan anggota MKDKI yang berjumlah 11 (sebelas) orang dan petugas MKDKI yang berjumlah 4 (empat) orang.

Skoring pada masing-masing kuesioner digunakan lebih lanjut sebagai penilaian kinerja berdasarkan rentang skor nilai. Disebabkan minimnya jumlah responden maka data yang diperoleh hanya dipergunakan sebagai data pendukung dan tidak dapat dijadikan acuan dalam penelitian ini.

4.4. Kualitas Data

Data hasil wawancara dari alat perekam dituangkan dalam penulisan transkrip dengan memperhatikan catatan wawancara, selanjutnya dilakukan pengkodean data hingga proses *cleaning* agar data mudah dianalisis. Data tersebut kemudian dilengkapi dengan hasil telaah dokumen. Untuk menjamin keabsahan hasil penelitian, maka penelitian ini harus memenuhi standar kredibilitas dan transferabilitas, dengan kriteria sebagai berikut (Faisal, 1990):

1. Standar Kredibilitas

Standar kredibilitas identik dengan validasi internal dalam penelitian kualitatif. Standar kredibilitas merupakan standar yang dapat menyatakan bahwa penelitian sesuai dengan fakta di lapangan. Upaya-upaya yang dilakukan adalah (Moleong, 2005):

- a. Melakukan triangulasi, yaitu triangulasi metode (melakukan wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen), triangulasi sumber (dengan membandingkan informasi antar informan, dan triangulasi jenis penggandaan perspektif dan observer (dengan melibatkan peneliti lain untuk menafsirkan data bersama).
- b. Melibatkan teman sejawat yang memahami kebijakan penegakan disiplin profesi kedokteran (yang tidak ikut dalam penelitian) untuk berdiskusi, memberikan masukan, bahkan kritik mulai awal kegiatan penelitian sampai tersusunnya hasil penelitian.
- c. Melakukan analisis pembandingan hasil penelitian.
- d. Melacak kesesuaian dan kelengkapan hasil analisis data.

2. Standar Transferabilitas

Standar transferabilitas merupakan modifikasi dari validasi eksternal dalam penelitian kualitatif yang bergantung pada kesamaan antar konteks pengirim dan penerima. Suatu penelitian dapat dikatakan memiliki standar transferabilitas yang baik jika hasil penelitian mampu ditransfer dan diaplikasikan pada fakta lain (Moleong, 2006). Apabila pembaca laporan penelitian ini memperoleh gambaran dan pemahaman yang jelas tentang konteks dan fokus penelitian.

3. Standar Konfirmabilitas dan Dependabilitas

Standar ini berkaitan dengan mutu serta pengecekan atau penilaian akan salah-benarnya peneliti dalam mengkonseptualisasikan apa yang ditelitinya dengan memperhatikan rekaman/data lapangan.

4.5. Pengolahan dan Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan menggunakan kajian isi (*content analysis*) untuk menarik kesimpulan dengan terlebih dahulu menemukan karakteristik pesan yang dilakukan secara objektif dan sistematis. Penyajian data dimulai dengan deskripsi informan dan mengumpulkan hasil wawancara dalam bentuk transkrip dalam catatan yang teratur dan lengkap ditambah dengan catatan pengamatan peneliti selama proses wawancara berlangsung. Langkah selanjutnya adalah meringkas data dalam bentuk matriks untuk memudahkan peneliti dalam menjawab pertanyaan penelitian. Data yang telah dianalisis oleh peneliti akan disajikan dalam bentuk narasi (Kresno, 1999).

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1. Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Mei sampai Juni 2010 di beberapa tempat antara lain Sekretariat KKI dan beberapa tempat lain yang terkait dengan pengadu dan dokter yang diadakan ke MKDKI.

Perolehan data dapat dikategorikan ke dalam 2 (dua) jenis yaitu:

1. Data primer dari kegiatan wawancara dengan karakteristik informan sebagai berikut:

No	Informan	Instansi	Jabatan	Pendidikan
1.	S1	MKDKI	Pimpinan	Kedokteran
2.	S2	MKDKI	Pimpinan	SH
3.	S3	MKDKI	Pimpinan	Kedokteran gigi
4.	S4	MKDKI	Anggota	Kedokteran
5.	S5	MKDKI	Anggota	Kedokteran gigi
6.	S6	MKDKI	Petugas	SKM
7.	S7	KKI	Pimpinan	Kedokteran
8.	S8	YPKKI	Pengadu	Kedokteran
9.	S9	Publik	Pengadu	SE
10.	S10	Publik	Teradu	Kedokteran

Data tersebut didukung dengan skoring pengukuran kinerja dengan menggunakan kuesioner yang dikembangkan dalam penelitian ini. Penyebaran kuesioner dilakukan secara langsung, melalui faksimili, surat elektronik, maupun pengiriman melalui pos kepada responden sebagai berikut:

- a. 11 (sebelas) orang anggota MKDKI;
- b. 3 (tiga) orang petugas MKDKI; dan
- c. 10 (sepuluh) orang pengadu dan dokter teradu yang telah mendapat keputusan tetap yang tersebar di beberapa tempat di sekitar DKI Jakarta.

Pengisian dan pengembalian kuesioner dilakukan oleh beberapa responden sebagai berikut:

- a. 6 (enam) orang anggota MKDKI;
- b. 3 (tiga) orang petugas MKDKI; dan
- c. 7 (tujuh) orang pengadu dan dokter teradu yang pernah diadakan ke MKDKI dan telah mendapatkan keputusan yang berkekuatan tetap.

2. Data sekunder dalam rangka studi dokumen, diperoleh dari Sekretariat KKI pada Bagian Administrasi Umum dan Humas dan Bagian Pelayanan Hukum khususnya Sub Bagian Persidangan Bagian Pelayanan Hukum.

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan sebagai berikut:

1. Pengukuran kinerja dengan menggunakan kuesioner tidak memenuhi persyaratan sampling, sehingga data tersebut tidak dapat digunakan sebagai sumber utama dalam penelitian ini. Tidak diperolehnya jumlah sampel yang memadai dikarenakan tidak seluruh pihak yang diminta kesediaannya untuk dilibatkan dalam penelitian memberikan respon positif.
2. Penelitian dilakukan di Jakarta dan sekitarnya sehingga tidak dapat mewakili pendapat pengadu maupun dokter teradu yang berada di luar Jakarta.

5.2. Indikator dalam Evaluasi Kinerja MKDKI dengan Pendekatan *Balanced Scorecard*

Sesuai dengan tujuan penelitian, penelitian ini ditujukan untuk melakukan evaluasi terhadap kinerja MKDKI sebagai lembaga negara yang bertugas menerima pengaduan, memeriksa, dan memutuskan kasus pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi yang diajukan (Pasal 64 UU Praktik Kedokteran). MKDKI sebagai organisasi telah menetapkan Rencana Strategis 2008-2013 yang menyatakan visi, misi, nilai, dan area perencanaan yang kemudian dijabarkan dalam beberapa tujuan, strategi, sasaran, program dan kegiatan. Selain itu, dokumen Rencana Strategis MKDKI juga menjabarkan kondisi MKDKI pada tahun 2008 baik secara internal maupun eksternal.

Penelitian ini didahului dengan menetapkan indikator yang merupakan hasil translasi dari tugas MKDKI yang diamanahkan UU Praktik Kedokteran dan Rencana Strategis MKDKI ke dalam empat perspektif *Balanced Scorecard*.

a. Indikator pada perspektif publik

Pada telaah dokumen diketahui bahwa tujuan pertama dalam Rencana Strategis MKDKI 2008-2013 adalah meningkatnya kesadaran masyarakat untuk memperoleh manfaat dari MKDKI dalam rangka meningkatkan profesionalisme dokter/dokter gigi. Sasaran yang dituju dalam tujuan pertama ini adalah:

1. Meningkatnya pemanfaatan MKDKI sebagai lembaga penegak disiplin kedokteran.
2. Meningkatnya pemahaman dokter/dokter gigi tentang profesionalisme dan disiplin kedokteran.

Berdasarkan data tersebut, maka indikator dalam evaluasi kinerja MKDKI pada perspektif publik adalah sebagai berikut:

- 1) Pertumbuhan jumlah pengaduan adalah pertumbuhan pengaduan dari masyarakat terhadap dokter/dokter gigi kepada MKDKI selama periode 2006-2009. Aspek ini digunakan untuk menggambarkan tingkat pemanfaatan MKDKI oleh masyarakat yang menduga adanya kesalahan yang dilakukan dokter/dokter gigi. Pentingnya menetapkan pertumbuhan jumlah pengaduan sebagai salah satu indikator dikarenakan pengaduan merupakan tahap pertama dari pelaksanaan tugas MKDKI. Penempatan pertumbuhan jumlah pengaduan sebagai salah satu indikator dalam perspektif publik dikarenakan UU Praktik Kedokteran menetapkan bahwa MKDKI bersifat pasif dalam hal pengaduan yaitu hanya menerima pengaduan sehingga pertumbuhan jumlah pengaduan sangat bergantung pada pengetahuan dan keinginan masyarakat untuk melakukan pengaduan ke MKDKI.
- 2) Kepuasan publik adalah penilaian masyarakat dan profesi dokter terhadap MKDKI yang diukur dengan pendekatan kualitas jasa (*Service Quality*) yang mencakup:
 - (a) Dimensi *tangibles* merupakan penilaian terhadap aspek fisik yang terlihat dalam pemberian pelayanan kepada publik, seperti fasilitas gedung dan ruang sidang MKDKI serta penampilan anggota dan petugas MKDKI saat berhadapan dengan publik.
 - (b) Dimensi *reliability* merupakan penilaian terhadap keakuratan dan keandalan MKDKI dalam memberikan pelayanan.
 - (c) Dimensi *responsiveness* merupakan penilaian terhadap kemampuan MKDKI menyediakan pelayanan yang cepat dan antusias.
 - (d) Dimensi *assurance* merupakan penilaian terhadap kredibilitas MKDKI.
 - (e) Dimensi *empathy* merupakan penilaian terhadap kemampuan MKDKI dalam memahami kebutuhan publik.

Pihak yang dapat mewakili pendapat masyarakat tentang MKDKI adalah pihak yang telah mengetahui dan merasakan pelayanan yang diberikan oleh MKDKI, yaitu pengadu dan dokter yang diadakan. Pentingnya meneliti tentang kepuasan publik terhadap pelayanan MKDKI karena hal tersebut terkait dengan citra profesi kedokteran di mata masyarakat sebagaimana petikan wawancara berikut:

"Jadi kalau mau ditingkatkan kita harus menjelaskan apa itu MKDKI dan masyarakat baru mau melihat kalau MKDKI memberikan manfaat. Kalau ada, diterima, dicoba dan tidak manfaat pasti nanti ditinggalkan. ...Saya lapor karena percaya dengan MKDKI menjatuhkan sanksi, MKDKI membina dengan baik, entah melalui siapa ya, tapi dokter itu akan takut, akan berbuat sebaik-baiknya kepada masyarakat...." (S3)

"...alangkah baiknya kalau ada MKDKI, jadi ada dokter bersalah kita ada tempat mengadu/berlindung. Sama seperti saya takut lewat daerah itu, tapi tenang karena ada polisi, saya jadi berani lewat daerah situ. Jadi untuk menimbulkan kepercayaan kita kembali, jadi saya mau datang ke dokter ini kalau dokter ini salah tenang ada MKDKI." (S9)

Masyarakat penerima jasa pelayanan medis yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi merupakan salah satu sumber pengaduan di MKDKI. Masyarakat mengharapkan adanya manfaat dari pengaduan yang telah mereka ajukan ke MKDKI salah satunya adalah adanya pihak yang dapat menjaga profesionalisme dokter dan dokter gigi dengan menyatakan ada tidaknya kesalahan dokter. Hal tersebut sejalan dengan misi MKDKI untuk mengawal dan menjaga profesionalisme dokter dan dokter gigi melalui penegakan disiplin kedokteran.

b. Indikator pada perspektif proses internal

Tujuan kedua Rencana Strategis MKDKI 2008-2013 adalah terselenggaranya proses penanganan kasus dugaan pelanggaran disiplin kedokteran secara efektif dan efisien dengan keputusan yang tepat. UU Praktik Kedokteran tidak mengatur tentang tata cara penanganan kasus pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi, tetapi menugaskan penyusunannya kepada MKDKI (Pasal 64 UU Praktik Kedokteran). Sesuai dengan kerangka teori dan kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini, indikator yang digunakan pada perspektif proses internal adalah:

- 1) Proses penanganan pengaduan adalah penilaian tentang efektifitas dan efisiensi proses penanganan pengaduan yang mencakup penerimaan pengaduan, pemeriksaan awal, serta pemeriksaan disiplin sampai adanya keputusan MKDKI.
- 2) Proses pelaksanaan keputusan adalah penilaian tentang proses pelaksanaan keputusan MKDKI oleh pihak-pihak yang terkait. Proses pelaksanaan keputusan merupakan proses penting setelah adanya keputusan MKDKI yang melibatkan pihak-pihak di luar MKDKI.
- 3) Inovasi adalah upaya yang dilakukan oleh MKDKI untuk meningkatkan kinerja proses internal. Inovasi dilakukan terhadap tata cara penanganan kasus serta prosedur kerja MKDKI sebagaimana ditetapkan oleh UU Praktik Kedokteran bahwa MKDKI bertugas untuk menyusun tatacara penanganan pengaduan.

c. Indikator pada perspektif pertumbuhan dan pembelajaran

Indikator pada perspektif pertumbuhan dan pembelajaran merupakan indikator yang digunakan untuk menilai ketersediaan dan kemampuan infrastruktur dan sumber daya manusia yang memungkinkan pencapaian kinerja terbaik. Hal ini sejalan dengan beberapa sasaran dalam Rencana Strategis MKDKI 2008-2013, yaitu:

- a) Terbentuknya unit sekretariat MKDKI yang mandiri sebagai bagian dari Sekretariat KKI.
- b) Meningkatnya kapasitas, kualitas, dan kinerja MKDKI dalam penanganan pengaduan.
- c) Terbentuknya MKDKI-P sekurang-kurangnya di sepuluh provinsi.

Berdasarkan hal tersebut, maka indikator dalam evaluasi kinerja MKDKI pada perspektif pembelajaran dan pertumbuhan adalah:

- 1) Kapabilitas Anggota dan Petugas MKDKI adalah ketersediaan dan kemampuan anggota dan petugas MKDKI.
- 2) Peningkatan kemampuan MKDKI adalah upaya meningkatkan kualitas serta keahlian anggota, petugas, serta lembaga MKDKI yang diperlukan untuk melaksanakan tugas penegakan disiplin profesi kedokteran. Ukuran ini

bertujuan untuk melihat ketersediaan upaya peningkatan kemampuan bagi anggota dan petugas MKDKI.

- 3) Kapabilitas Sistem Informasi adalah ketersediaan sistem informasi yang memadai ditujukan agar anggota dan petugas MKDKI dapat bekerja dengan efektif dengan mendapatkan informasi terkini tentang penanganan pengaduan dan proses internal MKDKI.

d. Indikator pada perspektif keuangan

Kinerja pada perspektif keuangan, diukur dengan melihat tingkat penyerapan anggaran dengan melakukan perbandingan realisasi anggaran dan anggaran yang disediakan. Kriteria ukuran kinerja pada perspektif keuangan mengadopsi Keputusan Kepala Lembaga Administrasi Negara No. 589/LX/6/Y/99 tentang Pedoman Penyusunan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, yaitu (85%-100% = Sangat Berhasil; 70%-85% = Berhasil; 55%-70% = Kurang/Cukup Berhasil; dan 0-55%= Gagal).

5.3. Evaluasi Kinerja pada Perspektif Publik

5.3.1. Pertumbuhan Jumlah Pengaduan

Pengaduan kepada MKDKI merupakan langkah awal dari dimulainya proses penanganan pengaduan di MKDKI. Jumlah pengaduan ke MKDKI sangat berpengaruh pada kinerja MKDKI pada tiga perspektif lainnya. Berikut beberapa petikan wawancara yang menggambarkan hubungan antara jumlah pengaduan dengan indikator lain dalam penilaian kinerja MKDKI.

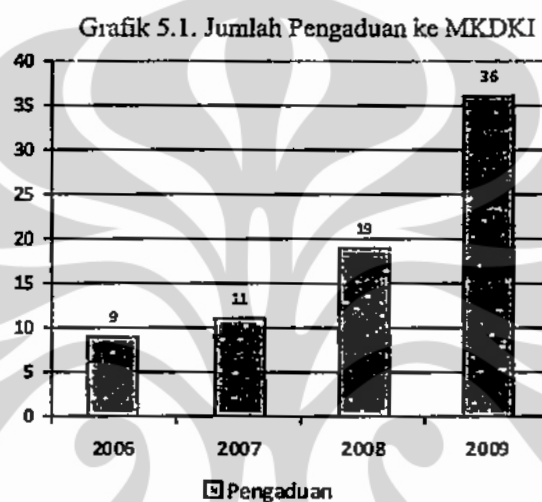
"Ya, kalau lihat situasinya seperti sekarang jumlah kasusnya makin banyak, saya kira tidak bisa diselesaikan oleh 11 orang ini." (S4)

"Terutama dokter, karena kasus 97% kasus itu dokter 3% dokter gigi, kita kan prinsipnya peer, jadi berarti yang mayoritas tetap dokter.... Saya perhatikan ya, lamanya itu karena saling tumpuk menumpuk kasusnya. Jadi kasus yang ini menunggu, kasus yang ini menunggu.... Panitera sudah kebayakan kasusnya. Jadi paniteranya tidak ngingetin lagi majelisnya. Yang seperti ini saya pikir perlu ada dilevel pimpinan atau di level kepala sekretariat pegawai, ada yang menangani case management."(S1)

"...padahal hanya 5 hari, coba hitung saja dengan 30 kasus, apa itu cukup, hanya 5 hari yang dikerjakan 3 jam. Sehari kan kita efektifnya 3 jam. Saya menghitung-hitung ya pantas kalau jadinya 2 tahun."(S2)

Dari hasil wawancara tersebut, diketahui bahwa pertumbuhan jumlah pengaduan sangat mempengaruhi proses internal MKDKI yang pada akhirnya menuntut kapabilitas yang lebih besar dari anggota dan petugas MKDKI.

Hasil telaah dokumen pada Sub Bagian Persidangan Bagian Pelayanan Hukum Sekretariat KKI menunjukkan jumlah pengaduan ke MKDKI yang cenderung meningkat dari tahun ke tahun, sebagai berikut:



Selain pertumbuhan jumlah pengaduan, perlu diketahui beberapa informasi lain yang terkait dengan pengaduan yang dapat dimanfaatkan dalam menentukan arah kebijakan dalam pelaksanaan tugas MKDKI.

a. Pihak yang menyampaikan pengaduan

Sejak tahun 2006 sampai tahun 2009, masyarakat menjadi pihak yang paling banyak mengajukan pengaduan perihal dokter/dokter gigi ke MKDKI (91%) dan 19% diantaranya diwakili oleh kuasa hukum mereka. Selain masyarakat, MKDKI telah menerima pengaduan dari pihak lain sebesar 9% yang terdiri dari Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan, tenaga kesehatan lain, institusi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, serta pihak asuransi. Berikut rincian pengaduan ke MKDKI berdasarkan pihak yang menyampaikan pengaduan.

Tabel 5.2. Pengaduan ke MKDKI Berdasarkan Pihak Pengadu

PENGADU	TAHUN				Total	%	
	2006	2007	2008	2009			
Masyarakat	Langsung	8	9	14	26	57	91
	Kuasa	-	1	2	8		
Tenaga Kesehatan	-	-	1	-	1	1	
Kementerian Kesehatan/ Dinas Kesehatan	1	-	1	2	4	5	
Institusi Pelayanan Kesehatan	-	1	-	-	1	1	
Lain-lain (Pihak Asuransi)	-	-	1	-	1	1	
TOTAL	9	11	19	36	75	100	

b. Tempat kejadian dalam pengaduan

Tempat kejadian dalam pengaduan yang disampaikan kepada MKDKI sangat beragam dan tersebar di seluruh wilayah Indonesia. DKI Jakarta merupakan tempat kejadian dalam pengaduan terbanyak (47%). Hal ini perlu menjadi perhatian apakah diperlukan sosialisasi lebih intensif kepada masyarakat dan profesi kedokteran di daerah Jakarta dan sekitarnya seperti Tangerang, Bogor dan Depok yang juga seringkali menjadi tempat kejadian dalam pengaduan.

Tabel 5.3. Provinsi Tempat Kejadian dalam Pengaduan

No	TAHUN DAERAH	TAHUN				Total	%
		2006	2007	2008	2009		
1.	DKI Jakarta	5	5	10	15	35	47
2.	Banten	-	1	2	4	7	9.3
3.	Jawa Barat	-	1	3	3	7	9.3
4.	Jawa Timur	1	1	-	4	6	8
5.	Sumatera Utara	-	-	1	3	4	5.3
6.	Kepulauan Riau	-	-	1	2	3	4
7.	Kalimantan Barat	-	-	1	2	3	4
8.	Jawa Tengah	1	1	-	-	2	3
9.	Riau	-	1	-	-	1	1.3
10.	Lampung	1	-	-	-	1	1.3
11.	Bengkulu	-	-	1	-	1	1.3
12.	DI Yogyakarta	-	-	-	1	1	1.3
13.	Kalimantan Selatan	1	-	-	-	1	1.3
14.	Sulawesi Selatan	-	-	-	1	1	1.3
15.	Sulawesi Tenggara	-	-	-	1	1	1.3
16.	Papua Barat	-	1	-	-	1	1.3
	TOTAL	9	11	19	36	75	100

c. Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Pengaduan

Dari data pengaduan dapat diketahui fasilitas pelayanan yang terkait dalam pengaduan. Dalam beberapa pengaduan dipermasalahkan lebih dari 1 (satu) orang dokter atau dokter gigi yang juga melibatkan tempat praktik yang berbeda. Rumah

sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang paling banyak terkait dalam pengaduan (85%). Selain rumah sakit, fasilitas pelayanan kesehatan yang terkait dengan pengaduan adalah klinik bersama, puskesmas, serta tempat praktik pribadi. Pada tahun 2007 dan 2009 terdapat pengaduan yang tidak terkait dengan pelayanan kedokteran.

Tabel 5.4 Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Pengaduan

TAHUN	2006 (9 pengaduan)	2007 (11 pengaduan)	2008 (19 pengaduan)	2009 (36 pengaduan)	Total	%
Rumah Sakit	10	10	18	32	70	85
Klinik Bersama	1	-	2	2	5	6
Puskesmas	-	1	-	-	1	1
Praktik Pribadi	-	2	2	1	4	5
Lain-lain (tidak termasuk)	-	1	-	1	2	2
TOTAL	11	14	22	36	82	100

d. Jumlah pengaduan terkait bidang kedokteran dan kedokteran gigi

Kasus kedokteran di MKDKI jauh lebih banyak (96%) dibandingkan dengan kasus kedokteran gigi yang hanya 3%.

Tabel 5.5. Jumlah Pengaduan Terkait Bidang Kedokteran dan Kedokteran Gigi

TAHUN	2006	2007	2008	2009	Total	%
Pengaduan						
Kedokteran	9	9	19	35	72	96
Kedokteran gigi	-	2	-	-	2	3
Lain-lain (bukan dokter)	-	-	-	1	1	1
TOTAL	9	11	19	36	75	100

Lebih lanjut dapat diketahui aduan terhadap spesialisasi dan subspecialisasi pada masing-masing profesi sebagai berikut:

Tabel 5.6. Jumlah dan Spesialisasi Dokter/Dokter Gigi yang Diadukan

TAHUN	2006 (9 pengaduan)	2007 (11 pengaduan)	2008 (19 pengaduan)	2009 (36 pengaduan)	JUMLAH
TERADU					
Dokter umum	3	11	10	14	38
Dokter spesialis					
spesialis bedah	4	4	9	10	27
spesialis obstetri ginekologi	2	3	1	9	15
spesialis penyakit dalam	-	-	4	4	8
spesialis anak	-	1	2	4	7
spesialis mata	1	-	2	-	3
Spesialis anastesi	-	1	1	1	3
spesialis saraf	-	-	2	1	3
spesialis jantung	-	-	-	2	2
spesialis paru	-	1	-	-	1

TAHUN TERADU	2006 (9 pengaduan)	2007 (11 pengaduan)	2008 (19 pengaduan)	2009 (36 pengaduan)	JUMLAH
spesialis THT	-	-	-	1	1
spesialis kesehatan jiwa	-	-	-	1	1
Dokter gigi	-	7	-	-	7
Dokter gigi spesialis					
spesialis Orthodonti	-	-	-	-	-
spesialis Prostodonti	-	-	-	-	-
Dokter asing	-	-	1	-	1
Bukan dokter	-	-	-	1	1
TOTAL	10 teradu	28 teradu	32 teradu	48 teradu	118 teradu

Pertumbuhan jumlah pengaduan ke MKDKI terkait erat dengan pengetahuan masyarakat tentang keberadaan dan fungsi MKDKI. Informasi tentang MKDKI serta penanganan pengaduan di MKDKI dapat diperoleh melalui beberapa cara antara lain:

1. Menghubungi petugas MKDKI dengan mendatangi langsung ke kantor MKDKI atau melalui fasilitas telepon ataupun surat elektronik.
2. Melihat informasi tentang MKDKI pada website KKI di alamat www.inamc.or.id.

Media yang digunakan untuk menyebarkan informasi tentang MKDKI antara lain:

1. Leaflet berjudul Tanya Jawab Seputar MKDKI; namun belum ada mekanisme penyebarluasan leaflet tersebut. Sehingga masyarakat bisa mendapatkan leaflet tersebut dengan mendatangi Sekretariat KKI.
2. Banner ukuran 1,5m x 0,5m tentang hak pasien dan pengaduan ke MKDKI; disebarluaskan ke beberapa rumah sakit di seluruh Indonesia.
3. Sosialisasi yang dilaksanakan baik oleh KKI maupun MKDKI. Sosialisasi tentang penegakan disiplin profesi dan ketentuan MKDKI mulai dilaksanakan pada tahun 2007 oleh KKI khususnya oleh Divisi Pembinaan dengan sasaran dokter dan masyarakat. Pada tahun selanjutnya MKDKI juga melakukan sosialisasi dengan sasaran dokter dan dokter gigi yang melaksanakan praktik kedokteran di beberapa provinsi, yaitu:

Tabel 5.7 Provinsi Tujuan Sosialisasi Penegakan Disiplin oleh MKDKI

No	Tahun 2008	Tahun 2009
1.	Sumatera Utara	Kepulauan Riau
2.	Sumatera Selatan	Riau
3.	Sumatera Barat	Nusa Tenggara Barat
4.	Jawa Timur	Nusa Tenggara Timur
5.	Jawa Barat	Maluku
6.	DI Yogyakarta	Kalimantan Tengah
7.	Kalimantan Timur	Kalimantan Timur
8.	Kalimantan Selatan	Kalimantan Barat
9.	Sulawesi Utara	Sulawesi Tengah
10.	Sulawesi Selatan	Sulawesi Tenggara

Penyampaian informasi tentang keberadaan MKDKI kepada masyarakat lebih banyak disampaikan oleh KKI khususnya Divisi Pembinaan baik pada Konsil Kedokteran maupun Konsil Kedokteran Gigi melalui acara yang diselenggarakan untuk membangun hubungan kemitraan antara dokter dan pasien. Perihal sasaran sosialisasi MKDKI yang ditujukan kepada dokter dan dokter gigi yang berpraktik, berikut petikan wawancara dengan informan.

"Karena di awal-awal ini yang lebih penting agar dokter itu paham betul tentang perilaku profesional, dokter itu harus bagaimana, dia harus paham betul... Sedangkan untuk masyarakat lebih banyak pada KKI." (S1)

"Sosialisasi belum 100% tepat sasaran. Sasaran utama seharusnya masyarakat sebagai muaranya" (S2)

"Ini sesuatu barang baru, kalau kita tujuannya memperbaiki dokter ya mari kita sosialisasikan kepada dokter dulu... Tetapi untuk membuka pada dunia lain kalau saya lebih berpikir sanggupkah aku kalau orang itu nanti pada datang."(S3)

"...selama ini belum ada upaya sosialisasi ke masyarakat yang ada sosialisasi ke profesi... ada unsur pencegahan dalam hal ini, mencegah praktik kedokteran yang tidak baik dan untuk keberadaan MKDKI sendiri sebetulnya sebagai bagian dari peningkatan profesionalisme dokter dan dokter gigi."(S4)

"Menurut saya perlu dilakukan cara-cara yang lebih objektif untuk lebih bisa mensosialisasikan tentang kiprah MKDKI khususnya ke masyarakat.. Tapi kalau informasi itu hanya untuk dokter, dokter kemudian bersikap biasa saja walaupun ada yang berupaya memperbaiki diri, tapi kalau masyarakat tidak melakukan penuntutan karena tidak tahu maka ini menjadi tidak disambut oleh dokter dokter."(S5)

"Karena selama ini DIPA untuk MKDKI dari tahun 2006 sampai 2010 sekarang, hanya melakukan sosialisasi kepada sasaran dokter dan dokter gigi."

Kearah agar mereka bisa memberikan pelayanan yang baik kepada masyarakat. Tetapi untuk masyarakat sendiri tidak ada. Hanya ada beberapa kali pimpinan MKDKI melakukan talkshow di televisi sehingga masyarakat tahu keberadaan MKDKI.”(S6)

Sosialisasi yang dilakukan oleh MKDKI dengan sasaran dokter dan dokter gigi yang berpraktik selain untuk memperkenalkan penegakan disiplin profesi oleh MKDKI, juga dimaksudkan sebagai upaya meningkatkan profesionalisme kedokteran serta pencegahan terjadinya tindakan yang melanggar disiplin profesi kedokteran. Beberapa narasumber menyadari pentingnya melakukan sosialisasi kepada masyarakat yang seharusnya menjadi sasaran utama dalam sosialisasi tentang keberadaan MKDKI. Namun demikian, terdapat kekhawatiran akan kesiapan MKDKI pada saat terjadi peningkatan jumlah pengaduan dalam jumlah yang signifikan sebagai akibat dari sosialisasi tersebut.

5.1.2. Kepuasan Publik

Penelitian kepuasan publik terhadap pelayanan yang diberikan oleh MKDKI dilakukan melalui kegiatan wawancara dengan beberapa narasumber serta hasil skoring survei kepuasan publik yang dilakukan dengan tujuh orang responden yang merupakan pihak yang pernah menjadi pengadu maupun dokter yang diadukan. Kepuasan publik diukur dengan menggunakan 5 (lima) dimensi Service Quality dengan hasil sebagai berikut:

a. *Tangibles*

Berikut petikan wawancara dengan para narasumber tentang kepuasan mereka terhadap letak dan kenyamanan kantor MKDKI yang termasuk dalam dimensi *tangibles*.

”Sudah strategis, walau jauh dari kantor saya, tapi kalau dilihat secara umum masih di Jakarta. Ruang sidangnya dibandingkan dengan pengadilan Jakarta Selatan lebih bagus MKDKI.”(S9)

”Pengennya sih di depan. Kalau masalah jauh sih relatif. Ruang sidang cukup baik hanya posisi tempat duduk saat pembacaan keputusan agar ada jarak yang aman untuk teradu dan pengadu. Dan petugas harus standby untuk keamanan karena dalam pembacaan keputusan itu pasti ada emosi.”(S10)

Pada survei kepuasan publik diperoleh rata-rata skor 3,6 (71%) dari tujuh pertanyaan terkait dengan dimensi *tangibles* yang digunakan untuk menilai kepuasan publik terhadap fasilitas fisik MKDKI serta penampilan petugas dan

Anggota MKDKI saat pemberian pelayanan. Pertanyaan yang diajukan terkait dengan letak kantor MKDKI, penampilan fisik kantor MKDKI, ketersediaan tempat parkir, kenyamanan ruang tunggu dan ruang sidang MKDKI, ketersediaan fasilitas di ruang sidang, serta penampilan dan kerapian petugas dan anggota MKDKI.

Sesuai dengan Pasal 57 UU Praktik Kedokteran, MKDKI berkedudukan di ibukota negara Republik Indonesia. Saat penelitian dilakukan, kantor MKDKI berada pada kantor KKI di Jalan Hang Jebat III Blok F3 Kebayoran Baru Jakarta Selatan dengan ruang yang diperuntukkan bagi MKDKI sebagai berikut:

- a. 7 (tujuh) ruang kantor anggota MKDKI di lantai 2; 1 (satu) ruang diantaranya difungsikan sebagai ruang penerimaan pengaduan yaitu tempat petugas menerima tamu yang akan mengajukan pengaduan atau tamu lain yang terkait dengan pengaduan.
- b. 1 (satu) ruang rapat MKDKI di lantai 2.
- c. 1 (satu) ruang kantor petugas MKDKI dan Kepala Sub Bagian Persidangan di lantai 2.
- d. 2 (dua) ruang sidang di lantai 3.
- e. 1 (satu) ruang sekretariat MKDKI di lantai 3 yang difungsikan sebagai ruang tunggu persidangan.

Keterbatasan pada penelitian ini adalah tidak disertakannya pengadu dan dokter teradu yang mengalami persidangan di luar kantor MKDKI sebagai responden maupun informan penelitian. Saat penelitian dilakukan, MKDKI telah beberapa kali menyelenggarakan persidangan di luar kantor MKDKI yang dilakukan dengan mempertimbangkan jarak antara tempat kejadian dalam pengaduan dan kantor MKDKI serta jumlah orang yang akan dipanggil pada persidangan tersebut sebagaimana terungkap pada petikan wawancara sebagai berikut:

"Kalau di Malaysia ke pusat periksanya, dibayar oleh negara siapa saja saksinya dibayar oleh negara. Saat ini kita yang kesana dibatasi 7 orang, kalau mereka yang kesini kan bisa berapa orang yang pergi kejakarta, bisa lebih dari 3 orang, apalagi jika 3 RS yang diadakan berapa yang musti dibawa ke jakarta, akan lebih mahal."(S1)

Penyelenggaraan sidang di luar kantor MKDKI yang telah dilaksanakan sampai saat ini dengan menggunakan fasilitas kantor Dinas Kesehatan setempat atau tempat lain yang tidak memiliki kaitan dengan kasus yang sedang ditangani.

b. Reliability

Dimensi *reliability* ditujukan untuk mengetahui penilaian publik terhadap keakuratan dan keandalan MKDKI dalam memberikan pelayanan dengan mengajukan pertanyaan tentang ketersediaan informasi tentang penanganan pengaduan, kesesuaian pelayanan yang diberikan, serta keakuratan dan ketepatan keputusan MKDKI.

Hasil survei kepuasan publik pada dimensi *reliability* diperoleh rata-rata skor 3,4 (67,7%). Tetapi perlu menjadi perhatian pada pertanyaan tentang ketersediaan informasi tentang prosedur penanganan pengaduan diperoleh skor 2,6. Pada wawancara baik pengadu maupun dokter teradu yang menjadi narasumber dalam penelitian ini menyatakan bahwa mereka sangat minim informasi tentang MKDKI.

"Akses informasi ke MKDKI belum baik, karena saya tahu MKDKI pun dari lembaga lain. Saya sangat beruntung saya bisa dapat akses untuk mengetahui MKDKI, tapi bagaimana orang lain yang tidak beruntung yang merasa haknya tidak terpenuhi lalu kepada siapa saya mengadu."(S9)

"Tahu karena ada kawan saya lebih dulu diadakan ke MKDKI."(S10)

c. Responsiveness

Pertanyaan terkait dimensi *responsiveness* diajukan untuk mengetahui penilaian publik terhadap kemampuan MKDKI dalam menyediakan pelayanan yang cepat dan antusias. Pertanyaan yang diajukan terkait kemudahan dalam menghubungi petugas MKDKI, kesigapan petugas dalam menanggapi keluhan dan memberikan penjelasan/informasi tentang penanganan pengaduan; dan lamanya penanganan pengaduan sampai adanya keputusan. Hasil survei kepuasan publik diperoleh tingkat kepuasan dengan rata-rata skor 3,7 (75%) dan tingkat penting 4,6 (93%) dengan hasil skoring pada pertanyaan tentang lama penanganan pengaduan sampai adanya keputusan sebesar 2,7.

Lama penanganan pengaduan di MKDKI mendapatkan perhatian baik dari lingkungan internal maupun eksternal MKDKI. Berikut petikan wawancara para narasumber tentang lama penanganan pengaduan di MKDKI.

"Kalau menurut saya mustinya 2 bulan itu paling lama, orang kan mengadu itu memiliki harapan dan yang diperiksa juga memiliki harapan... satu tahun saya harus hidup dalam ketegangan saya salah apa gak sih, itu gak enak lho. Kenapa, itu menghilangkan keberanian profesional seorang dokter dan dokter gigi untuk bersikap selama satu tahun itu. Takut kan dia, dan yang rugi siapa, masyarakat juga kan." (S7)

"Kalau dipelayanan publik kan ada ISO ada batas waktu penanganan. Harus diambil pelajaran bagaimana mereka menyempurnakan pelayanan publik. Kalau setahun keburu pasien meninggal. Ada kepentingan pasien disitu jadi jangan terlalu lama. Kalau alasan kekurangan tenaga akan selalu ada, tinggal bagaimana manajemennya. Kalau terlalu lama seakan-akan kita tidak serius menangani kasus itu." (S8)

"Penanganannya sampai ada keputusan menurut saya cukup lama, tapi lamanya saya tidak tahu apa banyak yang diperiksa disana. Kalau lama saya terbebani terus, bagaimana hasilnya sebagai orang yang merasa dituduh sebagai orang yang tidak benar. Saya sudah berikan keterangan pada pihak yang berwenang, dan saya berharap mendapatkan jawaban cepat sehingga tidak terbebani disaya." (S10)

Pada sisi dokter yang diadakan, lama penanganan pengaduan sampai adanya keputusan MKDKI cenderung membebani pikiran dan sangat mungkin mempengaruhi performa dalam melakukan pelayanan kedokteran kepada pasien. Dari sisi pengadu atau masyarakat secara umum, perlu diperhatikan segi perlindungan masyarakat terhadap praktik kedokteran yang tidak sesuai dengan disiplin profesi kedokteran. Lamanya penanganan pengaduan sampai adanya keputusan MKDKI dikhawatirkan akan terjadi perbuatan yang sama oleh dokter yang diadakan kepada pasien lain.

d. Assurance

Pertanyaan terkait dimensi *assurance* ditujukan untuk mengetahui penilaian publik terhadap kesopanan petugas serta pengetahuan dan kemampuan petugas dalam memberikan penjelasan yang membuat percaya dan yakin terhadap kredibilitas MKDKI. pertanyaan yang diajukan pada kuesioner mencakup beberapa hal sebagai berikut:

1. Kejelasan prosedur penanganan pengaduan

2. Sikap petugas dan anggota MKDKI dalam penanganan pengaduan
3. Kemampuan petugas MKDKI dalam memberikan penjelasan/informasi penanganan pengaduan
4. Kemampuan anggota MKDKI dalam penanganan pengaduan
5. Konsistensi keputusan MKDKI
6. Independensi MKDKI dalam penanganan pengaduan

Hasil survei kepuasan publik diperoleh bahwa enam poin pada dimensi *assurance* tersebut merupakan poin yang sangat penting (4,9) dan saat ini responden merasa puas dengan apa yang dilakukan MKDKI (rata-rata skor 4). Berikut petikan wawancara dengan narasumber terkait dengan penilaian terhadap kemampuan dan kredibilitas MKDKI.

"Saya percaya karena saya mengenal betul orang-orang yang duduk disana adalah orang-orang yang kredibilitasnya dalam tindak profesi baik dari profesi kedokteran maupun hukum adalah yang punya nama cukup kredibel. Jadi menurut saya mereka adalah orang-orang yang kredibilitasnya tinggi dibidang profesinya masing-masing. Dan kalau dilihat dari keputusan-keputusan yang sampai sekarang bisa dilihat bahwa keputusannya itu adil, bijak dan benar." (S7)

"Ini adalah awal yang baik, MKDKI sudah berani menentukan dokter ada yang salah juga. Dengan adanya MKDKI adalah titik cerah. Di MKDKI juga ada orang dari profesi hukumnya dianggap lebih baik dalam pertimbangan, tidak hanya berpikiran sejawat adalah saudara kandung. Untuk manfaat MKDKI untuk publik saya nilai baru 5%." (S8)

Baik teradu maupun pengadu yang menjadi narasumber dalam penelitian ini, mengakui kredibilitas dan kemampuan majelis pemeriksa di MKDKI. Hal tersebut telah dibuktikan dengan adanya beberapa keputusan MKDKI yang menyatakan adanya pelanggaran disiplin profesi kedokteran yang dilakukan oleh dokter yang diadukan.

e. *Empathy*

Dimensi *empathy* ditujukan untuk melihat kepuasan publik terkait kemampuan MKDKI dalam memahami kebutuhan pengadu/teradu, penjelasan yang baik, yaitu:

1. Kemampuan komunikasi petugas dan anggota MKDKI.
2. Kesabaran petugas dan anggota MKDKI mendengarkan keterangan.

3. Kemampuan petugas dan anggota MKDKI memahami kebutuhan pengadu/teradu.

Hasil survei kepuasan publik diketahui bahwa rata-rata responden menyatakan bahwa ketiga hal tersebut sangat penting dalam pelayanan MKDKI (rata-rata skor 4,8) dan memberikan rata-rata skor 4,6 untuk kondisi saat ini. Berikut petikan wawancara dengan narasumber tentang kemampuan pelayanan:

"Sudah cukup baik." (S8)

"Saya katakan kurang, tapi lihat dulu kapan MKDKI berdiri, 2006 sekarang 2010, 4 tahun, untuk lembaga sebesar itu untuk punya tanggung jawab sebesar itu 4 tahun bisa dibilang masih muda sekali. jadi menurut saya masih bisa ditolelir lah kekurangan dalam pelayanan dan segala macam, yang penting bukan apa yang mereka berikan sekarang tapi keinginan untuk berkembangnya. Untuk saya sih bisa ditolelir tapi harapan saya juga besar lho." (S9)

5.4. Evaluasi Kinerja Pada Perspektif Proses Internal

5.4.1. Proses Penanganan Pengaduan

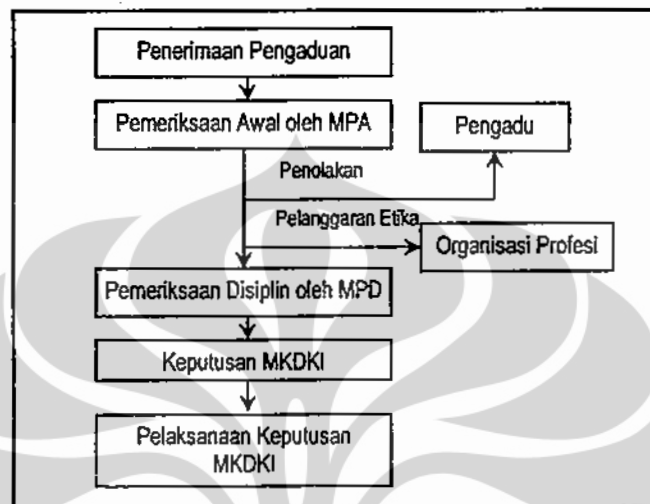
Penegakan disiplin profesi kedokteran merupakan tugas pokok MKDKI yang diamanahkan oleh UU Praktik Kedokteran. Terkait dengan tugas pokok tersebut, Pasal 64 UU Praktik Kedokteran menugaskan MKDKI untuk menyusun pedoman dan tata cara penanganan kasus pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi. Pada tahun 2006, kegiatan MKDKI terfokus pada penyusunan pedoman dan tata cara penanganan kasus dengan mengadakan kegiatan penyusunan dan diseminasi. Pada bulan Oktober 2006, KKI menerbitkan dua peraturan dan satu keputusan terkait dengan MKDKI, yaitu:

1. Peraturan KKI No. 15/KKI/Per/VIII/2006 tentang Organisasi dan Tata Kerja MKDKI dan MKDKI di tingkat Provinsi.
2. Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006 tentang Tata Cara Penanganan Kasus Dugaan Pelanggaran Disiplin Dokter dan Dokter Gigi oleh MKDKI dan MKDKI di tingkat Provinsi.
3. Keputusan KKI No. 17/KKI/Per/VIII/2006 tentang Pedoman Penegakan Disiplin Profesi Kedokteran

Tiga proses penting dalam proses penanganan pengaduan di MKDKI yang menjadi tugas dan tanggung jawab MKDKI adalah proses penerimaan pengaduan, proses pemeriksaan awal oleh Majelis Pemeriksa Awal (MPA), dan proses

pemeriksaan disiplin oleh Majelis Pemeriksa Disiplin (MPD) yang dapat digambarkan dalam grafik sebagai berikut:

Gambar 5.8 Bagan Penanganan Pengaduan di MKDKI



Pada hasil survei tentang proses internal MKDKI didapatkan rata-rata skor 3.3 yang berarti rata-rata responden memberikan nilai cukup terhadap pelaksanaan proses penanganan pengaduan. Beberapa pertanyaan yang perlu diperhatikan karena mendapatkan nilai kurang baik adalah:

1. Kejelasan waktu dalam proses penanganan pengaduan (skor 2,8)
2. Prosedur dalam proses pemeriksaan disiplin (skor 2,7)
3. Kejelasan prosedur setelah adanya keputusan MKDKI (skor 2,7)

Pada saat dilakukan wawancara dengan pertanyaan tentang pelaksanaan penanganan pengaduan di MKDKI, beberapa narasumber memberikan pernyataan sebagai berikut:

"Prosedurnya sudah kita lakukan, sudah sesuai lah, mulai dari pengaduan, diverifikasi, kemudian ada investigasi, dilakukan MPA, kemudian MPD. ...Kita selalu melakukan perbaikan prosedur secara terus menerus berdasarkan pengalaman. Sekarang sudah kita evaluasi, terlalu lama, kita mempersingkat, sekarang tugas MPA sebagian ditangani oleh pimpinan sebagian ditangani oleh MPD. Supaya waktunya bisa lebih singkat...."(S1)

"Tatacara dalam perkonsil belum ideal betul tetapi proses penyempurnaan terus berjalan dan nanti dengan sendirinya akan terisi kekosongan-kekosongan yang tidak ideal itu akan kita perbaiki."(S2)

"... dalam perjalanan-nya kita harus selalu open mind untuk setiap kali mereview. ...Satu mempercepat, dua memang memberikan manfaat, itu yang penting."(S3)

"Menurut saya harus dirubah... Terlalu banyak waktu yang terbuang, misal mulainya sudah terlalu siang, dari apa yang mau disidangkan tidak ada koordinasi yang terarah siapa yang menggali dari aspek apapun sehingga sepertinya diserahkan pada mekanisme spontanitas yang muncul saat sidang..."(S5)

"Perbaikan tatacara perlu ada. ...kembali ke MPD karena saya lihat kita terhambatnya itu di MPD, lamanya itu selalu di MPD. Kalau hanya di MPA cepat selesai."(S6)

Berikut adalah uraian tentang proses penanganan pengaduan yang merupakan hasil telaah dokumen, pengamatan, serta wawancara yang dilakukan.

Telaah dokumen dilakukan berdasarkan :

1. Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006 tentang Tata Cara Penanganan Kasus Dugaan Pelanggaran Disiplin Dokter dan Dokter Gigi oleh MKDKI dan MKDKI di tingkat Provinsi.
2. Prosedur Kerja MKDKI yang ditetapkan tanggal 4 Oktober 2006 oleh Ketua MKDKI beserta beberapa perubahannya.

a. Proses Penerimaan Pengaduan

Penerimaan pengaduan merupakan awal dari proses internal MKDKI dalam melakukan penegakan disiplin profesi disiplin kedokteran. Yang termasuk dalam proses ini adalah penerimaan pengaduan, verifikasi pengaduan sampai penetapan majelis pemeriksa awal oleh Ketua MKDKI. Proses ini melibatkan petugas MKDKI, sekretaris MKDKI, dan ketua MKDKI. Penerimaan pengaduan diatur dalam Bab II Peraturan KKI Nomor 16/KKI/Per/VIII/2006.

Hasil wawancara dengan narasumber yang terkait dengan penerimaan pengaduan sebagai berikut:

"...Disitulah ada kendala-kendala, misalnya saja dalam penerimaan pengaduan, masih ada beberapa pemahaman tentang apakah pengaduan berhenti kalau tidak lengkap. ...ada beberapa batas waktu dalam SOP misalnya penerimaan pengaduan, sudah dilaksanakan, hanya beberapa yang miss yang berarti kendalanya kurang bagus."(S1)

"Perbaikan tatacara perlu ada. Untuk penerimaan pengaduan tidak ada masalah."(S6)

Berikut diuraikan alur penerimaan pengaduan berdasarkan telaah dokumen dan hasil pengamatan. Pengaduan dapat disampaikan melalui dua cara yaitu mendatangi dan menyampaikan secara langsung kepada petugas MKDKI atau melalui surat yang ditujukan kepada ketua MKDKI. MKDKI menyediakan format pengaduan yang dapat digunakan atau menjadi acuan dalam pembuatan pengaduan sesuai dengan Pasal 66 ayat (2) UU Praktik Kedokteran serta Pasal 3 Peraturan KKI Nomor 16/KKI/Per/VIII/2006. Format tersebut dapat diperoleh di Sekretariat KKI atau dengan mengunduhnya dari website KKI (www.inamc.or.id).

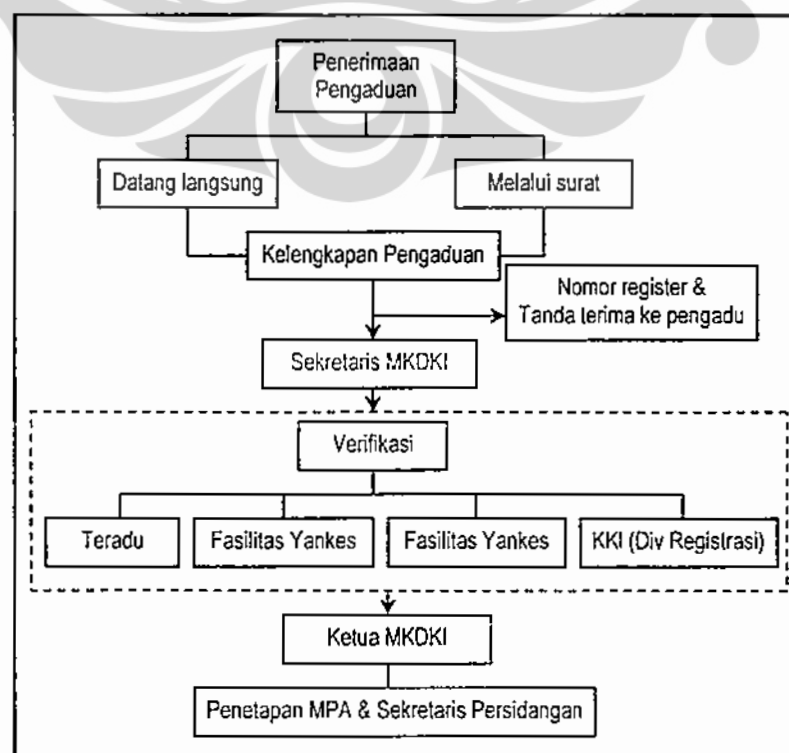
Dalam penerimaan pengaduan, petugas penerima pengaduan harus:

1. Membantu pembuatan pengaduan tertulis sesuai dengan format pengaduan yang tersedia jika pengaduan disampaikan secara lisan.
2. Memberikan informasi kepada pengadu tentang kebijakan dan prosedur penanganan pengaduan dugaan pelanggaran disiplin yang diajukan ke MKDKI.
3. Meminta kelengkapan pengaduan kepada pengadu dan memastikan terpenuhinya kelengkapan pengaduan tersebut yang sekurang-kurangnya terdiri:
 - a. Surat pengaduan yang ditanda tangani pengadu atau kuasanya, memuat :
 - 1) identitas pengadu/pelapor yang disertai dengan fotokopi kartu identitas;
 - 2) nama dan alamat pasien (jika pengadu bukan pasien);
 - 3) nama dan alamat tempat praktik dokter atau dokter gigi yang diadukan;
 - 4) waktu tindakan dilakukan;
 - 5) alasan pengaduan;
 - 6) pernyataan kebenaran pengaduan dan pernyataan lain sesuai format pengaduan.
 - b. Surat kuasa khusus, jika pengadu adalah kuasa dari pasien.
 - c. Alat bukti, bila ada.
4. Mencatat pengaduan yang telah lengkap pada buku register pengaduan dan memberikan tanda terima pengaduan yang berisi nomor register pengaduan kepada pengadu/pelapor.
5. Menyerahkan berkas pengaduan yang sudah lengkap kepada Sekretaris MKDKI.

Setelah menerima berkas pengaduan dari petugas penerima pengaduan, kemudian sekretaris MKDKI menugaskan petugas khusus MKDKI untuk melakukan verifikasi pengaduan dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Verifikasi dapat dilakukan baik melalui telepon, surat menyurat (ditanda tangani pimpinan MKDKI) maupun kunjungan lapangan kepada pihak-pihak:
 - a. Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan terkait, untuk memperoleh kebenaran tentang tempat dan waktu kejadian, pengadu, dokter atau dokter gigi yang diadukan (hubungannya dengan pasien dan kasus yang diadukan), serta kebenaran tentang kejadian yang diadukan;
 - b. Teradu (bila memungkinkan);
 - c. Kepala Dinas Kesehatan tempat kejadian (tentang ada tidaknya pengaduan serupa kepada Dinas Kesehatan dan hal lain yang diperlukan);
 - d. Divisi Registrasi KKI c.q. Bagian Registrasi Sekretariat KKI (untuk permintaan STR dan data diri dokter/dokter gigi yang diadukan).
2. Petugas verifikasi diharapkan dapat menyelesaikan tugasnya dalam waktu 7 hari.
3. Hasil verifikasi diserahkan kepada Sekretaris MKDKI.
4. Sekretaris MKDKI melaporkan pengaduan dan hasil verifikasi kepada Ketua MKDKI berikut permohonan pembentukan Majelis Pemeriksa Awal (MPA).

Gambar 5.9. Bagan Penerimaan Pengaduan di MKDKI



Pasal 4 ayat (3) Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006 menyebutkan bahwa Ketua MKDKI dapat meminta pengadu untuk menghadap langsung jika dianggap perlu. Selanjutnya dalam Bab Pengaduan Pasal 5 Peraturan KKI tersebut menyebutkan pengaduan yang tidak dapat diproses di MKDKI yaitu :

1. Saat terjadinya tindakan dokter atau dokter gigi setelah diundangkannya UU Praktik Kedokteran yaitu pada tanggal 6 Oktober 2004.
2. Dugaan pelanggaran disiplin tersebut telah diadakan atau sedang diperiksa pada Dinas Kesehatan Provinsi atau Menteri (banding). Pengaduan dugaan pelanggaran disiplin kedokteran kepada Dinas Kesehatan Provinsi dan Menteri untuk banding merupakan salah satu ketentuan peralihan UU Praktik Kedokteran (Pasal 83) yang mengatur pengaduan dugaan pelanggaran disiplin sebelum terbentuknya MKDKI. Pengaduan tersebut tidak dapat diadakan kembali ke MKDKI.

Setelah menerima dan mempelajari pengaduan yang diserahkan oleh Sekretaris MKDKI, selanjutnya Ketua MKDKI menerbitkan surat penetapan Ketua MKDKI yang menunjuk tiga orang anggota MKDKI sebagai ketua dan anggota MPA serta satu orang petugas khusus MKDKI sebagai sekretaris persidangan untuk pengaduan tersebut. Hasil wawancara dengan Ketua MKDKI, dalam menetapkan susunan MPA Ketua MKDKI mempertimbangkan disiplin ilmu yang diadakan serta pembagian tugas bagi seluruh anggota MKDKI.

Selanjutnya berkas pengaduan (pengaduan, pernyataan pengadu, bukti-bukti yang disampaikan pengadu, dan hasil verifikasi) serta penetapan MPA diserahkan kepada sekretaris persidangan yang ditunjuk yang bertugas untuk mengkoordinasikan persidangan pemeriksaan awal dengan anggota MPA yang ditetapkan.

Beberapa hal yang menjadi catatan dalam proses penerimaan pengaduan adalah:

1. Prosedur kerja MKDKI belum mengatur tentang penerimaan pengaduan yang disampaikan melalui surat. Melalui pengamatan diketahui bahwa petugas tetap harus melakukan kegiatan pemberian informasi tentang MKDKI serta permintaan kelengkapan pengaduan yang dapat dilakukan melalui telepon

maupun surat menyurat ke nomor telepon atau alamat yang tertera pada pengaduan.

2. Prosedur Kerja MKDKI juga belum mengatur tentang batasan waktu untuk melengkapi pengaduan dan bagaimana perlakuan terhadap suatu pengaduan yang tidak juga dipenuhi kelengkapannya baik yang disampaikan secara langsung maupun melalui surat. Hal tersebut akan mempengaruhi jumlah pengaduan yang ditangani MKDKI karena menurut Prosedur Kerja MKDKI hanya berkas pengaduan yang sudah dianggap lengkap yang dapat diberikan nomor register pengaduan dan disampaikan kepada Sekretaris MKDKI.
3. Pengecualian tentang kelengkapan pengaduan adalah
 - (a) Pada laporan/informasi tertulis tentang adanya dugaan pelanggaran disiplin profesi kedokteran yang diajukan oleh pimpinan sarana pelayanan kesehatan atau pejabat negara yang dibuat dalam surat resmi dengan kepala surat instansi yang berangkutan. Pada laporan/informasi ini tidak diperlukan tanda bukti diri maupun pernyataan tentang kebenaran pengaduan dan lain-lain sebagaimana tercantum dalam format pengaduan. Hal ini sesuai dengan Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006 Pasal 3 ayat (4) dan Prosedur Kerja MKDKI.
 - (b) Pernyataan tentang kebenaran pengaduan, walaupun tidak memenuhi kelengkapan dokumen pengaduan berupa pengaduan dapat diproses jika pada pemeriksaan awal ditemukan kebenaran atas pengaduan tersebut sesuai dengan Pasal 3 ayat (3) Peraturan KKI Nomor 16/KKI/Per/VIII/2006.

b. Proses Pemeriksaan Awal

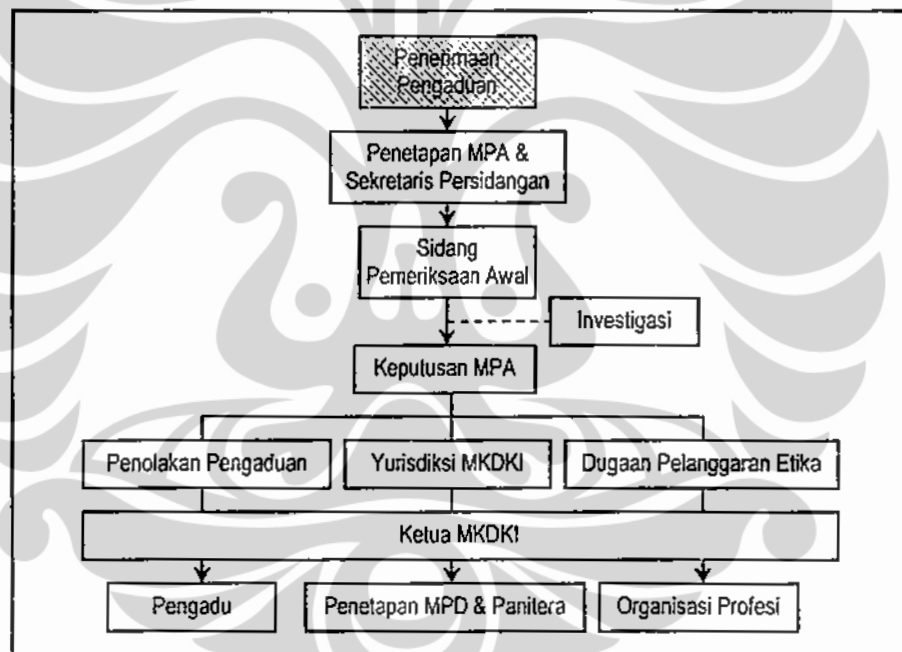
Proses pemeriksaan awal dilakukan oleh Majelis Pemeriksa Awal (MPA) yang mulai bekerja setelah diterbitnya penetapan MPA dan sekretaris persidangan oleh Ketua MKDKI. Yang termasuk dalam proses ini adalah sidang pemeriksaan awal, investigasi, penyampaian keputusan MPA kepada Ketua MKDKI sampai dilaksanakannya keputusan MPA. Pemeriksaan awal ditujukan untuk menentukan kewenangan MKDKI terhadap pengaduan yang diajukan. Tugas MPA antara lain menetapkan ranah etika atau disiplin, memeriksa keabsahan aduan, memeriksa keabsahan alat bukti, serta melengkapi seluruh alat bukti.

Terkait dengan proses pemeriksaan awal oleh MPA, berikut petikan wawancara dengan narasumber.

"...MPA itu hampir tidak punya kewenangan hanya menetapkan ini betul apa tidak, hanya nilai ada hubungan dokter pasien tidak, lalu limpahkan ke MPD, tidak berwenang memutuskan. ...Jadi sebetulnya di MPA itu seharusnya ada yang bisa ambil keputusan tidak perlu harus MPD. ...tapi hukuman yang bisa diberikan MPA tidak setinggi, paling-paling peringatan tertulis"(S4)

"Sementara ini kita masih menggunakan MPA dan MPD, kalau perlu di MPA semua sudah selesai, tidak perlu ada di MPD, tinggal kita atur. Saya kira kalau mengganti 2 struktur sekaligus susah ya. .. Karena untuk mengganti struktur seperti dinegara lain bahwa di MPA itu sudah selesai kok kayaknya lebih sulit dan akan menimbulkan banyak gejolak."(S3)

Gambar 5.10. Bagan Proses Pemeriksaan Awal oleh MPA



Berikut ini diuraikan tahapan dalam proses pemeriksaan awal sebagai berikut:

1. Sidang MPA pertama, MPA memeriksa dokumen kasus yang terdiri dari a) pengaduan; b) pernyataan pengadu; c) bukti lain yang disampaikan pengadu; dan d) hasil verifikasi pengaduan. MPA akan menentukan perlu tidaknya dilakukan investigasi untuk mengumpulkan informasi yang meliputi keterangan, data dan dokumen terkait yang diperlukan. Jika terdapat dugaan pelanggaran disiplin dan diperlukan investigasi dalam rangka pengumpulan informasi, MPA berwenang untuk menunjuk seorang penyelia medis (*medical*

supervisor) dari salah seorang anggota MPA serta meminta sekretaris MKDKI untuk menugaskan petugas untuk melakukan investigasi. Penyelia medis yang ditunjuk bertugas untuk a) menentukan langkah pelaksanaan investigasi; b) membantu/membimbing/melakukan asistensi petugas investigasi dalam menginterpretasikan dokumen medis; serta c) membantu petugas investigasi dalam menyusun laporan investigasi. Pada sidang pertama, MPA akan menentukan informasi dan bukti yang diperlukan dan harus dilengkapi dalam investigasi yang mencakup tanggapan dan kelengkapan legalitas dokter/dokter gigi teradu, keterangan saksi-saksi baik secara lisan maupun tertulis, serta dokumen dari fasilitas pelayanan kesehatan yang dibutuhkan terkait kejadian dalam pengaduan seperti rekam medis, standar prosedur operasional, standar pelayanan medik, fotokopi resep, dan lain-lain.

2. Pelaksanaan investigasi dilakukan segera setelah adanya penugasan dari sekretaris MKDKI dan ditetapkannya surat tugas investigasi oleh Ketua MKDKI. Investigasi dilakukan melalui kunjungan lapangan ketempat dokter/dokter gigi yang diadukan, fasilitas pelayanan kesehatan terkait, ataupun saksi-saksi lain. Jika terdapat alasan keterbatasan sumber daya, pelaksanaan investigasi dapat dilakukan melalui telepon ataupun surat yang ditandatangani oleh pimpinan MKDKI. Dalam melaksanakan tugasnya petugas investigasi dengan dibimbing oleh penyelia medis, berupaya menggali informasi yang diperlukan oleh MPA dengan melakukan wawancara, membuat rekaman audio, foto maupun video. Jika terdapat penolakan dari teradu maupun fasilitas pelayanan kesehatan, MKDKI dapat meminta KKI atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk melakukan upaya paksa. Batas waktu investigasi adalah satu bulan sejak surat tugas diberikan dan dapat dilakukan investigasi lanjutan jika informasi dirasa belum cukup dengan surat tugas yang baru dari pimpinan MKDKI. Setelah investigasi selesai, petugas investigasi menyerahkan laporan investigasi dan seluruh dokumen hasil investigasi kepada MPA melalui sekretaris MKDKI.
3. Sidang berikutnya, MPA meminta laporan investigasi dari petugas investigasi dan melakukan sidang pengambilan keputusan. Keputusan MPA dapat berupa:

- a) Penolakan pengaduan, jika (1) kejadian dalam pengaduan terjadi sebelum UU Praktik Kedokteran ditetapkan yaitu 6 Oktober 2004 (Pasal 5 ayat 1); (2) tidak terdapat dugaan kuat pelanggaran disiplin profesi maupun dugaan pelanggaran etika profesi kedokteran; (3) dokter/dokter gigi yang diadukan tidak terregistrasi di Konsil Kedokteran Indonesia (Pasal 11 ayat 1); atau (4) pengaduan tidak memenuhi persyaratan pengaduan.
- b) Merekomendasikan untuk meneruskan pengaduan ke organisasi profesi jika ditemukan adanya pelanggaran etika (Pasal 6 ayat 8).
- c) Jika pada pemeriksaan awal ditemukan adanya dugaan pelanggaran disiplin, penanganan pengaduan dilanjutkan pada pemeriksaan disiplin.

Pada pelaksanaannya, beberapa kasus dapat diselesaikan pada sidang pertama MPA dan tidak memerlukan investigasi, yaitu :

1. Pada kasus yang diduga kuat tidak ada pelanggaran disiplin tetapi MPA menemukan dugaan kuat pelanggaran etika.
2. Pada kasus yang telah diketahui bahwa teradu belum terregistrasi di KKI.

Keputusan MPA disampaikan kepada Ketua MKDKI dalam kurun waktu 14 hari untuk kemudian ditindaklanjuti sesuai dengan bunyi keputusan MPA.

1. Keputusan penolakan pengaduan, Ketua MKDKI menindaklanjuti dengan mengirimkan surat penolakan pengaduan kepada pengadu.
2. Keputusan bahwa pengaduan masuk ranah etika, maka Ketua MKDKI akan menindaklanjuti dengan meneruskan pengaduan kepada organisasi profesi terkait (IDI atau PDGI).
3. Keputusan bahwa pengaduan masuk ranah disiplin profesi, maka Ketua MKDKI menindaklanjuti dengan membuat surat penetapan majelis pemeriksa disiplin (MPD) dan panitera dalam kurun waktu 14 hari setelah keputusan MPA diterima dan lengkap. Ketua MKDKI dapat menangguhkan pembentukan MPD atas alasan tertentu yang sah dan dibenarkan (Pasal 7 ayat (3) Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006).

Ketua MKDKI menetapkan susunan anggota MPD dan satu orang panitera persidangan yang bertugas membantu MPD. MPD terdiri dari tiga atau lima orang anggota MKDKI dimana salah satunya merupakan ahli hukum yang bukan tenaga medis (Pasal 8 ayat 4). Mayoritas anggota MPD harus sesuai dengan bidang ilmu

yang diadakan kedokteran atau kedokteran gigi. Penetapan tersebut dilakukan selambat-lambatnya 14 hari setelah keputusan MPA diterima dan lengkap dicatat. Ketua MKDKI berwenang untuk menanggukkan pembentukan MPD dengan alasan yang sah dan dibenarkan.

c. Proses Pemeriksaan Disiplin

Proses pemeriksaan disiplin dilakukan oleh Majelis Pemeriksa Disiplin (MPD). Dalam melaksanakan tugasnya, MPD harus memperhatikan beberapa prinsip dalam pemeriksaan disiplin, yaitu :

- a) Independensi MKDKI.
- b) MKDKI tidak melakukan mediasi, rekonsiliasi, atau negosiasi antara dokter/dokter gigi teradu dan pasien/kuasanya.
- c) MKDKI tidak menangani tuntutan ganti kerugian.

Beberapa hal yang menjadi perhatian narasumber pada proses pemeriksaan disiplin oleh MPD adalah sebagai berikut:

".. Selalu muaranya itu di MPD, saya lihat waktu persidangan itu kurang panjang untuk pembahasan khususnya kalau pembahasan untuk pembuatan draft keputusan saya rasa tidak cukup 2-3 jam dalam 1 hari itu."(S6)

"...supaya lebih singkat MPA seluruhnya harus masuk dalam MPD, kemudian ada batasan waktu kasus itu harus selesai, bukan batasan kali sidang ya. ...sidang itu bukan sidang untuk membuat resume tapi resume adalah urusan di luar sidang. Sidang itu hanya untuk menggali informasi baik dari pengadu, teradu, saksi, mungkin keterangan ahli, jadi resume itu urusan di luar sidang."(S5)

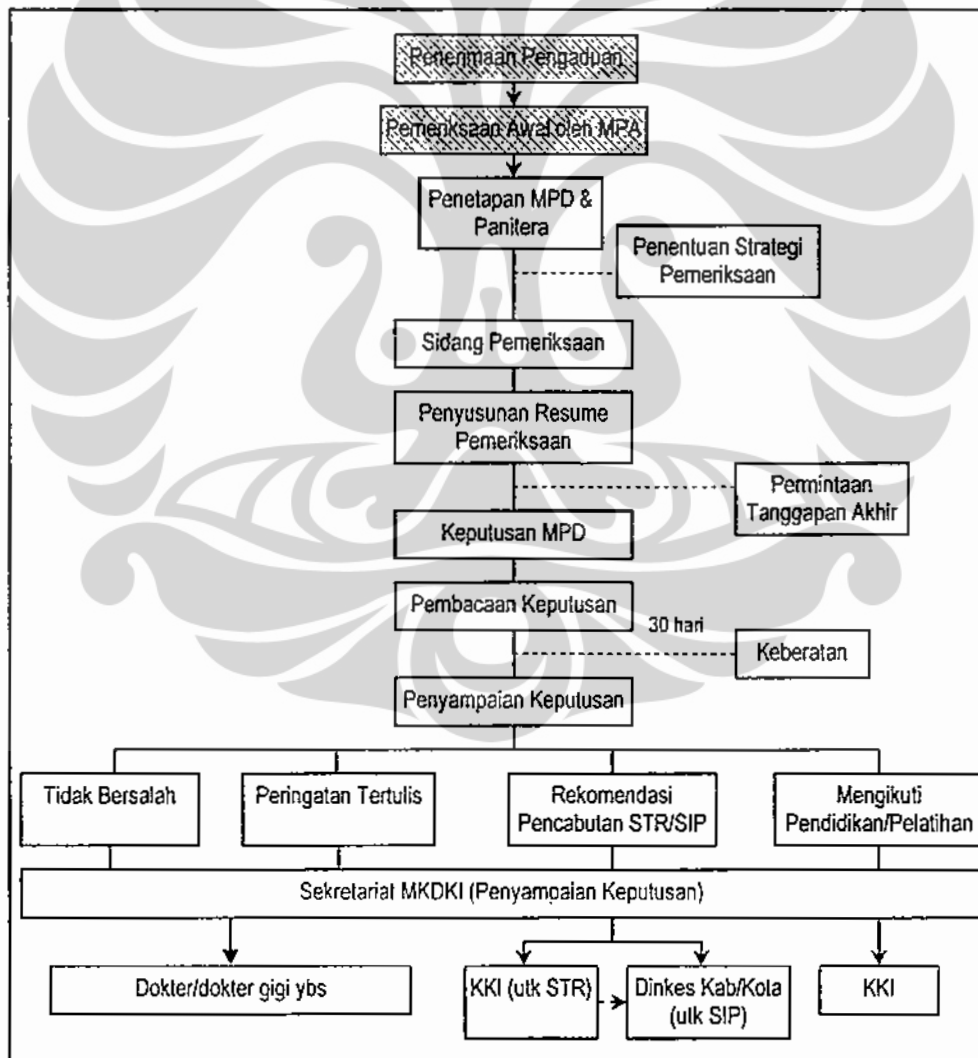
Berdasarkan Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006 dan Prosedur Kerja MKDKI, proses pemeriksaan disiplin oleh MPD berlangsung adalah sebagai berikut:

1. Sidang pemeriksaan ditetapkan 14 sejak diterbitkannya penetapan MPD oleh ketua MKDKI atau 28 hari jika tempat tinggal teradu jauh (Pasal 9 Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006). Sebelum sidang pemeriksaan tersebut, MPD bersama panitera melakukan rapat untuk menentukan strategi pemeriksaan. Pasal 16 Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006 memberikan kewenangan kepada ketua MPD untuk memberikan petunjuk mengenai langkah-langkah proses pemeriksaan serta menetapkan alat bukti yang dapat digunakan dalam sidang MPD. Panitera akan melakukan pemanggilan kepada para pihak

melalui surat yang ditandatangani pimpinan MKDKI sesuai dengan hasil rapat tersebut.

2. Sidang pemeriksaan dilakukan terhadap dokter/dokter gigi yang diadukan, saksi-saksi termasuk pasien, barang bukti, serta meminta keterangan ahli yang telah ditetapkan oleh MPD. Sidang MPD bersifat tertutup, dipimpin oleh Ketua MPD didampingi oleh sekurang-kurangnya satu orang anggota MPD jika MPD berjumlah tiga orang atau dua orang anggota MPD jika MPD berjumlah lima orang serta panitera. Jika panitera berhalangan dapat ditetapkan panitera pengganti.

Gambar 5.11. Bagan Proses Pemeriksaan Disiplin oleh MPD



3. Pasal 14 Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006 menyebutkan bahwa sidang MPD dihadiri oleh dokter/dokter gigi yang diadukan yang memiliki hak untuk didampingi yang disertakan dengan surat penunjukan pendamping. Pada sidang pertama, jika teradu tidak hadir dengan alasan yang sah maka ketua MPD dapat menunda persidangan. Tetapi jika teradu tidak hadir tanpa alasan yang sah atau tidak hadir setelah pemanggilan dua kali berturut-turut maka MKDKI dapat meminta kepala Dinas Kesehatan setempat atau Ketua Organisasi Profesi untuk menghadirkan teradu.
4. Menurut Prosedur Kerja Sidang MPD bagian Sidang Pemeriksaan Teradu, teradu akan dimintakan tanggapan terhadap pengaduan pada sidang pertama dan dilanjutkan dengan tanya jawab yang dimulai oleh Ketua MPD.
5. Pada pemanggilan saksi khususnya dari profesi kedokteran, jika saksi tidak datang dengan alasan yang sah setelah dipanggil maka MKDKI dapat meminta kepala Dinas Kesehatan setempat atau ketua organisasi profesi terkait untuk menghadirkan saksi. MKDKI juga dapat mengenakan sanksi disiplin kepada profesi kedokteran yang menolak memberikan kesaksian pada sidang pemeriksaan MPD (butir 18 Keputusan KKI No. 17/KKI/Kep/VIII/2006). Sebelum memberikan keterangan, saksi diambil sumpah oleh Ketua MPD sesuai dengan agamanya. Pasal 21 Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006 menentukan orang-orang yang tidak dapat didengar sebagai saksi yaitu keluarga sedarah atau semenda sampai derajat kedua dari teradu; suami atau isteri teradu (meskipun sudah cerai); orang yang belum dewasa; serta orang dibawah pengampuan.
6. Ahli didengar keterangannya di depan sidang MPD. Keterangan ahli merupakan pendapat orang yang memiliki pengalaman dan pengetahuan khusus. Ahli dapat diajukan oleh ketua MPD atau teradu dengan persetujuan ketua MPD.
7. Pasal 18 Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006 mengatur bahwa pada saat proses pemeriksaan selesai dan dianggap cukup maka dokter atau dokter gigi yang diadukan (atau pembelanya) diberikan kesempatan untuk mengemukakan pendapat akhir berupa kesimpulan akhir yang diberikan pada sidang MPD. Setelah sidang pemeriksaan para pihak selesai, MPD dalam beberapa kali rapat

menyusun resume pemeriksaan berdasarkan notulensi sidang pemeriksaan teradu, saksi dan ahli yang dibuat oleh panitera. Pada tahap ini, diharapkan adanya kehadiran seorang penyusun resume sehingga penyusunan resume tidak perlu dilaksanakan dalam sebuah persidangan/rapat majelis.

8. Setelah penyusunan resume selesai, sesuai dengan Prosedur Kerja MKDKI, resume tersebut disampaikan kepada teradu sebagai bahan untuk membuat tanggapan akhir. Tanggapan akhir teradu diberikan melalui surat dalam jangka waktu selambat-lambatnya tujuh hari setelah resume pemeriksaan diterima dan akan dibahas oleh MPD pada sidang musyawarah pengambilan keputusan.
9. Setelah batas waktu tujuh hari bagi teradu untuk menyampaikan tanggapan akhir telah habis, akan ditentukan waktu untuk sidang pengambilan keputusan oleh MPD. Sidang pengambilan keputusan MPD harus dihadiri oleh seluruh anggota MPD dan dilaksanakan berdasarkan suara terbanyak. Keputusan MKDKI dapat berupa:
 - a) Tidak terbukti bersalah melakukan pelanggaran disiplin kedokteran; atau
 - b) Terbukti bersalah melakukan pelanggaran disiplin kedokteran dan pemberian sanksi disiplin. Berdasarkan Pasal 69 ayat (3) UU Praktik Kedokteran, Pasal 28 Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006 tentang Tata Cara Penanganan Kasus Dugaan Pelanggaran Disiplin Dokter dan Dokter Gigi oleh MKDKI dan MKDKI di tingkat Provinsi, serta No. 47/KKI/Kep/XII/2007 tentang Pedoman Tata Cara Pelaksanaan Rekomendasi MKDKI dan MKDKI di tingkat Provinsi dalam Penegakan Sanksi Disiplin, jenis sanksi disiplin yang dapat ditetapkan kepada dokter yang diputuskan terbukti melakukan pelanggaran disiplin adalah sebagai berikut:
 - (1) Pemberian peringatan tertulis;
 - (2) Rekomendasi pencabutan STR atau SIP, (a) sementara paling lama 1 (satu) tahun atau (b) tetap/selamanya; dan/atau
 - (3) Kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan di institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi yang dapat berupa (a) pendidikan formal; (b) pelatihan dalam pengetahuan dan/atau keterampilan, magang di institusi pendidikan atau sarana pelayanan kesehatan

jejaringnya atau sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk, sekurang-kurangnya 3 (tiga) bulan dan paling lama 1 (satu) tahun. Pemberian sanksi disiplin ini ditujukan untuk (a) penambahan ilmu pengetahuan terkait; (b) peningkatan pemahaman tentang praktik kedokteran yang baik; (c) etika profesi kedokteran/kedokteran gigi; (d) penambahan keterampilan sesuai ilmu pengetahuan dan teknologi terkait.

10. Sidang pembacaan keputusan MKDKI oleh MPD bersifat terbuka. Sekretariat MKDKI membuat pemberitahuan yang disebarluaskan di lingkungan KKI. Teradu mendapatkan surat panggilan yang ditandatangani oleh pimpinan KKI untuk menghadiri sidang tersebut. Sedangkan pengadu akan dihubungi melalui telepon memberitahukan sidang pembacaan keputusan. Selain teradu dan pengadu, sidang pembacaan keputusan juga dihadiri oleh perwakilan dari KKI dan Bagian Pelayanan Hukum Sekretariat KKI. Dalam tata tertib persidangan, peserta sidang tidak diperkenankan membuat rekaman dalam bentuk audio, foto, maupun video.
11. Pada keputusan MKDKI yang menyatakan adanya pelanggaran disiplin profesi kedokteran, dokter yang bersangkutan memiliki kesempatan untuk mengajukan keberatan dalam waktu 30 hari sejak keputusan dibacakan atau diterima (jika dokter yang diadukan tidak dapat hadir dalam sidang pembacaan keputusan). Terhadap keberatan tersebut, MPD akan bersidang kembali untuk melakukan peninjauan kembali atas bukti baru yang diajukan, serta menetapkan keputusan terhadap keberatan tersebut.
12. Keputusan MPD harus disampaikan kepada Ketua MKDKI dalam jangka waktu 14 hari.
13. Untuk pengaduan yang tempat kejadiannya di luar Jakarta dan sekitarnya, MKDKI melakukan sidang pemeriksaan di kota yang terdekat dengan tempat kejadian. Hal ini dilakukan karena ketiadaan anggaran untuk menghadirkan para pihak yang diperlukan untuk diperiksa ke Jakarta. Sidang di luar Jakarta itu berlaku untuk sidang pemeriksaan pihak yang terlibat dalam pengaduan yaitu teradu, pengadu, pasien, dan para saksi. Sedangkan sidang pemeriksaan ahli dan tahap selanjutnya dilakukan di Jakarta. Prosedur Kerja MKDKI belum mengatur tentang pelaksanaan sidang di luar Jakarta.

Terdapat beberapa pelaksanaan pemeriksaan disiplin yang berbeda dengan ketentuan dalam Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006, sebagai berikut:

1. Pasal 17 dapat diartikan bahwa teradu memiliki hak untuk hadir dalam sidang pemeriksaan oleh MPD. Pasal tersebut menyebutkan bahwa jika teradu tidak datang pada sidang berikutnya mana sidang MPD dapat dilanjutkan tanpa kehadiran teradu. Pada pelaksanaannya, sidang MPD hanya dihadiri oleh pihak yang dipanggil oleh MPD, demikian juga dengan kehadiran teradu.
2. Teradu memiliki hak untuk mengajukan ahli untuk didengar keterangannya dalam persidangan dengan persetujuan ketua MPD. Sampai saat penelitian dilakukan, belum ada pemeriksaan ahli yang diajukan oleh teradu.
3. Pada Prosedur Kerja MKDKI disebutkan bahwa tanggapan akhir teradu disampaikan pada sidang MPD sebelum sidang musyawarah untuk pengambilan keputusan. Pada pelaksanaannya, tanggapan akhir teradu diberikan melalui surat dalam jangka waktu selambat-lambatnya tujuh hari setelah resume pemeriksaan diterima dan akan dibahas oleh MPD pada sidang musyawarah pengambilan keputusan.

5.3.2. Proses Pelaksanaan Keputusan MKDKI

Proses lain yang terkait dengan proses internal dan sangat mempengaruhi kinerja MKDKI di mata publik adalah proses pelaksanaan keputusan. Berikut petikan wawancara dengan beberapa narasumber pada saat ditanyakan tentang pelaksanaan keputusan MKDKI.

"Peran MKDKI hanya memutuskan sesuai UU setelah itu kita serahkan kepada yang melaksanakan.... Pokoknya bagaimana keputusan ini disampaikan, bagaimana KKI menyampaikan kemudian bagaimana cara konsil memonitor apakah itu dilaksanakan, siapa yang melaksanakan, itu yang musti jalan, adanya ditangan konsil."(S1)

"Salah satu yang harus diperbaiki adalah pelaksanaan keputusan, belum terlihat bagaimana mekanisme yang sebenarnya masih belum tepat waktu.... Seharusnya setelah dilaksanakan keputusan, seharusnya menjadi yurisprudensi bagi MKDKI, jadi tidak lepas."(S2)

"MKDKI sekarang baru sampai membuat rekomendasi keputusan yang eksekutornya adalah KKI dan pelaksanaannya kita tidak ikut.... Monitoring pelaksanaan keputusan kalau saya itu penting. Buat apa kita bekerja lama-lama kalau akhirnya tidak dilaksanakan, juga tidak mendapatkan keuntungan, dokternya pun tidak pasiennya pun tidak."(S3)

"Yang saya belum pas, saat ini MKDKI hanya merekomendasikan, apa tugas MKDKI pasca itu, itu yang tidak jelas, apa boleh melakukan monitoring dikerjakan apa tidak. Siapa yang mengawal itu bahwa sanksi memang dieksekusi.... Eksekusi oleh KKI tetapi setelah itu MKDKI monitoring betul tidak itu dicabut. Karena kalau diserahkan ke dinas tidak jalan ya."(S4)

"Keputusan yang menyatakan dokter itu bersalah itu harus diekspos biar ini punya efek ganda juga pertama efek jera kepada dokter yang bersangkutan maupun dokter yang tahu kasus ini ternyata diberikan satu sanksi. Yang kedua kepada masyarakat juga semakin dia antusias kalau ada hal-hal yang tidak benar itu kepekaan mereka itu muncul."(S5)

"MKDKI hanya memberikan kepada konsil dan kepada teradu, tidak ada kewajiban selain itu."(S6)

"Jadi mungkin divisi pembinaan itu tempatnya untuk melaksanakan apa yang ditetapkan sebagai rekomendasi dari keputusan MKDKI. divisi pembinaan akan melihat kalau demikian rekomendasi maka akan dilakukan ini ini, misalnya resholing atau dicabut sementara STR. ...Saya telah mencatat beberapa laporan tentang pelaksanaan keputusan MKDKI, kedepan akan kita perbaiki."(S7)

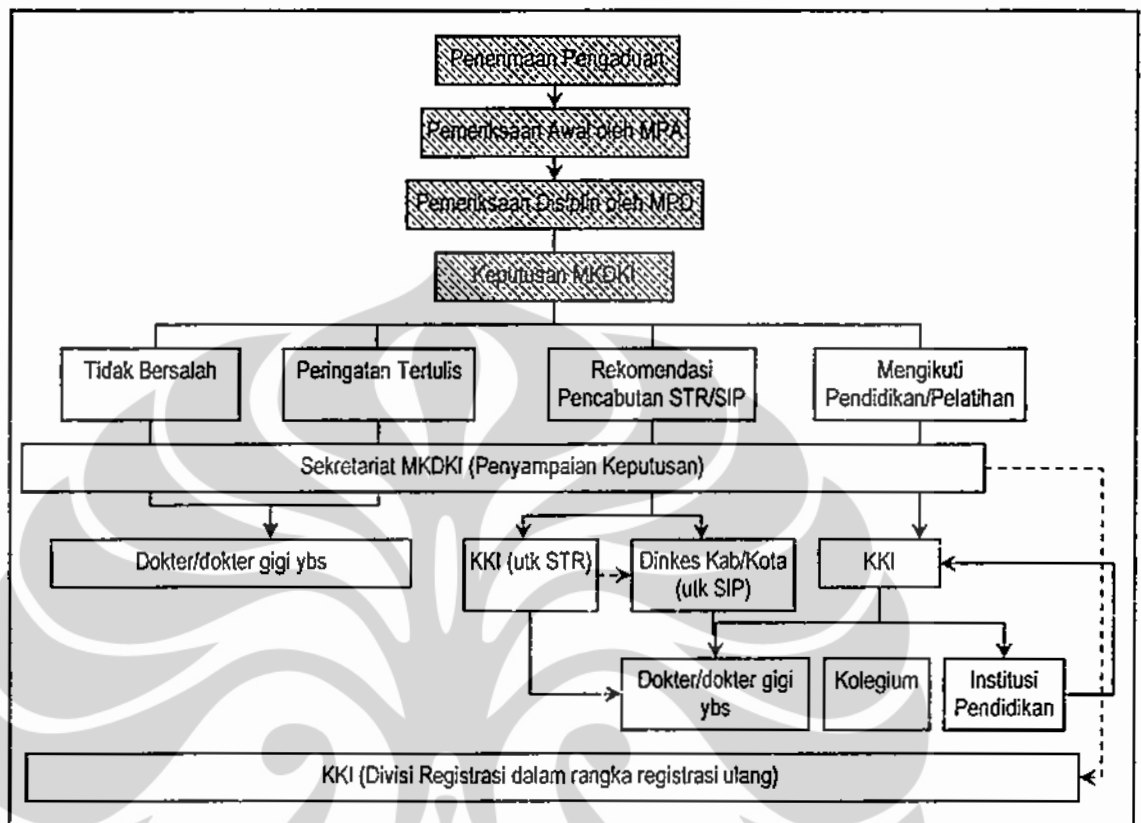
"Pelaksanaan keputusan itu penting untuk menjadi pelajaran bagi yang lain, supaya yang lain tidak mengikuti dan yang lain akan betul-betul menyadari ada UU Praktik Kedokteran ada konsil, ada MKDKI, supaya mereka berhati-hati." (S8)

Pelaksanaan keputusan MKDKI oleh KKI diatur dalam beberapa keputusan KKI, yaitu:

1. Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006 tentang Tata Cara Penanganan Kasus Dugaan Pelanggaran Disiplin Dokter dan Dokter Gigi oleh MKDKI dan MKDKI di tingkat Provinsi.
2. Keputusan KKI No. 47/KKI/Kep/XII/2007 tentang Pedoman Tata Cara Pelaksanaan Rekomendasi MKDKI dan MKDKI di tingkat Provinsi dalam Penegakan Sanksi Disiplin.
3. Keputusan KKI No. 1731/KKI/Kep/XII/2008 tentang Tata Hubungan Kerja di Lingkungan Konsil Kedokteran Indonesia.
4. Keputusan KKI No. 114/KKI/Kep/VIII/2009 tentang Pelaksanaan Keputusan MKDKI.

Dalam waktu 14 hari Ketua MKDKI harus menyampaikan keputusan MPD kepada pihak terkait.

Gambar 5.12. Bagan Pelaksanaan Keputusan MKDKI



1. Keputusan tidak terbukti bersalah, disampaikan kepada dokter/dokter gigi yang bersangkutan.
2. Keputusan terbukti bersalah dengan sanksi disiplin berupa:
 - a. Peringatan tertulis, disampaikan kepada dokter/dokter gigi yang bersangkutan.
 - b. Rekomendasi pencabutan STR disampaikan kepada KKI untuk dilaksanakan dalam waktu selambat-lambatnya 30 hari setelah diterimanya keputusan tersebut oleh KKI.
 - c. Rekomendasi pencabutan SIP disampaikan kepada Dinas Kesehatan kabupaten/kota tempat SIP diterbitkan untuk dilaksanakan dalam waktu selambat-lambatnya 30 hari setelah diterimanya keputusan oleh dinas kesehatan tersebut.
 - d. Kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan disampaikan kepada KKI untuk dilaksanakan dalam waktu selambat-lambatnya 30 hari sejak

diterimanya keputusan tersebut oleh KKI. Selanjutnya KKI meneruskan kepada kolegium dan institusi pendidikan yang berkompotensi.

3. Ketua KKI menerima informasi melalui surat keputusan dari MKDKI tentang pelaksanaan sanksi disiplin.
4. Ketua KKI menginstruksikan kepada Ketua Konsil Kedokteran (KK)/ Ketua Konsil Kedokteran Gigi (KKG) untuk menindaklanjuti pelaksanaan keputusan MKDKI tentang pelaksanaan sanksi disiplin.
5. Ketua Divisi Pembinaan KK/KKG menyiapkan pelaksanaan keputusan MKDKI tentang sanksi disiplin.
6. Kepala Bagian Pelayanan Hukum Sekretariat KKI berkoordinasi dengan Sekretaris KKI memfasilitasi/menyiapkan bahan-bahan pelaksanaan Keputusan MKDKI tentang sanksi disiplin.
7. Ketua Divisi Pembinaan dan Kepala Bagian Pelayanan Hukum mengadakan rapat koordinasi dengan Ketua Divisi Registrasi dan/atau Ketua Divisi Pendidikan dalam rangka penyusunan rancangan keputusan KKI tentang pelaksanaan keputusan MKDKI tentang sanksi disiplin.
8. Ketua KK/KKG selaku registrar melakukan penandatanganan surat keputusan pelaksanaan sanksi disiplin sesuai dengan sanksi yang direkomendasikan MKDKI.
9. Kepala Bagian Administrasi Umum dan Hubungan Masyarakat mengirimkan surat keputusan ketua KK/KKG tentang pelaksanaan sanksi disiplin kepada dokter/dokter gigi yang terkena sanksi disiplin dan kepada lembaga terkait.

Pelaksanaan keputusan MKDKI sangat penting dalam mendukung upaya penegakan disiplin profesi yang dilakukan. Pelaksanaan keputusan MKDKI melibatkan banyak pihak sehingga memerlukan pengawasan yang ketat. Pelaksanaan keputusan MKDKI yang dilakukan secara tertib dan tegas akan menambah kepercayaan masyarakat kepada MKDKI sebagai lembaga penegakan disiplin profesi kedokteran serta dihormati oleh profesi dokter dan dokter gigi.

Pada saat penelitian dilakukan, belum ada kejelasan tentang hal-hal sebagai berikut:

1. Siapa yang melakukan monitoring pelaksanaan keputusan MKDKI di lapangan.

2. Bagaimana perlakuan terhadap pelanggaran keputusan MKDKI.
3. Bagaimana bentuk dan mekanisme publikasi keputusan MKDKI kepada masyarakat.
4. Bagaimana perlakuan MKDKI terhadap keputusan yang telah dilaksanakan.

5.3.3. Inovasi yang Berorientasi pada Pelayanan Publik

Saat penelitian ini dilakukan, MKDKI sedang melakukan evaluasi terhadap proses penanganan pengaduan dalam Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006 dan melihat kemungkinan perubahan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kinerja MKDKI di masa yang akan datang. Tentang pelaksanaan dan rencana perubahan tata cara penanganan pengaduan khususnya yang tercantum dalam Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006, beberapa narasumber menyatakan sebagai berikut:

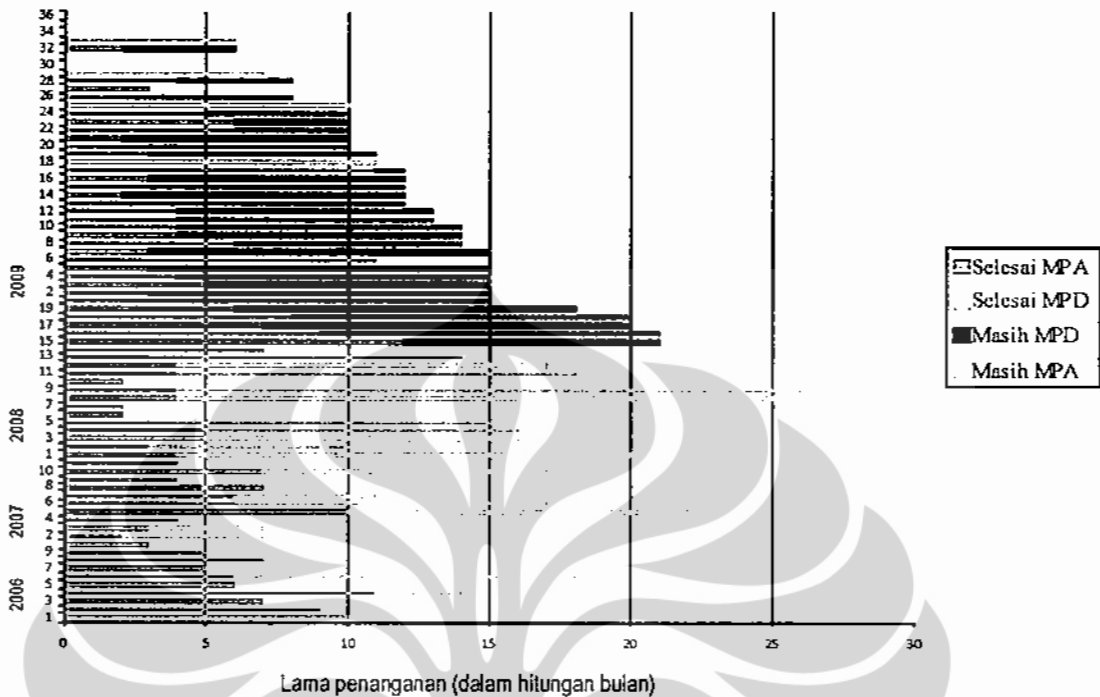
"Seperti yang sekarang sudah kita evaluasi, terlalu lama, oleh karena itu kemarin kita sudah putuskan kita harus mempersingkat, bagaimana kita mempersingkat, sekarang prosedur MPA, MPD dipotong, hanya ada MPD, jadi tugas MPA sebagian ditangani oleh pimpinan sebagian ditangani oleh MPD. Supaya waktunya bisa lebih singkat, karena di MPA sendiri bisa lama kan, bisa makan waktu."(S1)

"Tatacara dalam perkonsil belum ideal betul tetapi proses penyempurnaan terus berjalan dan nanti dengan sendirinya akan terisi kekosongan-kekosongan yang tidak ideal itu akan kita perbaiki.... Perubahan prosedur harus didukung dengan kesiapan SDM, bagaimanapun sistem ini kita buat baik kalau SDM didalam tidak mendukung, tidak akan ada gunanya."(S2)

"Ideal menurut pemikiran kita waktu itu, tetapi dalam perjalanannya kita harus selalu open mind untuk setiap kali mereview. Jadi jangan takut karena mereview itu untuk perbaikan. Satu mempercepat, dua memang memberikan manfaat, itu yang penting."(S3)

Permasalahan yang menjadi perhatian publik dan juga MKDKI adalah lama penanganan pengaduan sampai adanya keputusan MKDKI.

Grafik 5.13. Lama Penanganan Pengaduan di MKDKI



Dari Grafik 5.15 diketahui bahwa lama penanganan pengaduan dapat mencapai 2 tahun 2 bulan dengan lama penanganan kasus mulai dari bulan Maret 2006 sampai dengan tahun 2009 sebagai berikut:

1. penyelesaian di MPA paling cepat dua bulan dan paling lama duabelas bulan.
2. penyelesaian di MPD paling cepat empat bulan dan paling lama dua puluh dua bulan.

Tentang kejelasan waktu dalam proses penanganan pengaduan, berikut pernyataan beberapa informan tentang usulan diberlakukannya batas waktu dalam penanganan suatu pengaduan.

"...menetapkan batas waktu fix dalam peraturan saya kira pada saat ini tidak tepat karena kita belum tahu fasilitas apa yang kita miliki. Kalau tenaganya masih kaya sekarang mungkin batas waktu bisa kita tentukan tapi batas waktu yang panjang, misalnya 2 tahun, dikasih batas waktu minimal 2 tahun selesai. Tapi mustinya sifatnya tidak mengikat, ada kekecualian jika ada sesuatu."(S1)

"Dalam protap kita ada yang sudah ditetapkan batas waktunya tetapi ada juga yang tidak, mekanisme pemeriksaan dalam MPD tidak dapat ditentukan sekian bulan, karena ada pembelajaran, penggalan yang butuh waktu tergantung kebutuhan majelis."(S2)

"...Kita tidak pernah bekerja dengan target selama ini. Bahkan yang coba ditargetkan agak sulit dilakukan."(S3)

"...jangan dikasih target waktu karena nanti ada bahayanya juga...tapi kedepan kita tentukanlah jangan lewat dari sekian lama, bukan harga mati, tapi kita harapkan selesai dalam waktu sekian...."(S4)

"Menurut saya harus ada batas waktu jadi ada target. ...untuk batasan waktu belum ada berapa lama, akhirnya petugas sulit memberitahukan kepada pengadu atau pasien tentang lamanya."(S6)

Dari hasil wawancara tersebut didapatkan kekhawatiran tentang ketidakmampuan untuk memenuhi target waktu jika dalam penanganan pengaduan ditetapkan batas waktu penanganan yang dikarenakan keterbatasan sumber daya manusia. Pada Tabel 5.14 dapat diketahui adanya penumpukan penanganan pengaduan di tahun 2010. Selain 16 kasus yang masuk pada tahun 2010 (sampai dengan Mei 2010), MKDKI juga masih harus menyelesaikan 38 kasus yang berasal dari tahun 2008 dan 2009.

Tabel 5.14. Penyelesaian Pengaduan di MKDKI

TAHUN	SELESAI DI MPA	SELESAI DI MPD	DLM PENANGANAN S/D MEI 2010	TOTAL
2006	7	2	-	9
2007	5	6	-	11
2008	4	10	5	19
2009	2	1	33	36
Mei 2010	0	-	16	16
TOTAL	18	19	54	91

Faktor yang mempengaruhi lamanya penanganan pengaduan di MKDKI dapat dilihat dari petikan wawancara sebagai berikut:

"...lamanya itu karena saling tumpuk menumpuk kasusnya.... Ada faktor lain yaitu faktor pengendalian kasus yang kurang,... Tidak ada kasus yang tidak ditangani karena tidak mau, tapi sudah ada jadwal tapi tidak bisa karena ada tugas lain, sama misalnya sosialisasi."(S1)

"Faktor yang mempengaruhi lamanya penanganan pengaduan 1) jumlah SDM MKDKI, 2) kualitas SDM dalam analisis, 3) besar kasusnya, 4) sistem anggaran, manajemen, perangkat dalam sistem termasuk pendukung seperti panitera yang terbatas. Pendukung justru lebih besar pengaruhnya."(S2)

"Soal lama itu karena kita tidak punya kemampuan untuk membuat lebih cepat ternyata."(S3)

"Jadi makin cepat sebenarnya makin baik. Kita sudah tiap hari sidang. Sudah begitu anggota MKDKI sendiri kan tidak full time disini."(S4)

"...lamanya itu ditentukan yang utama adalah kompleksitas dari kasus yaitu semakin banyak rumah sakit atau fasilitas kesehatan yang dijalani oleh seorang pasien itu akan membuat lamanya karena kita akan melakukan investigasi ke seluruh sarana yang dilewati pasien. Kemudian yang kedua letak tempat kejadian diluar jakarta atau tidak diluar pulau jawa atau bagaimana jaraknya. Kemudian yang ketiga yang saya lihat adalah tentang kesediaan waktu majelis, kehadiran majelis dalam penanganan kasus itu. ...3 dokter yang aktif sekarang terpaksa menjadi menangani semua kasus-kasus yang berkaitan dengan dokter. ...Kemudian ada juga kaitannya dengan panitera suatu persidangan memang harus lebih aktif untuk memberitahukan bagaimana keadaan kasus sekarang, meminta bagaimana agar jadwal majelis agar bisa melakukan persidangan dan bagaimana untuk membuat suatu resume kalau bisa lebih cepat membuat notulen akan lebih cepat untuk pembahasan."(S6)

"...jadi 1 kasus bisa memakan waktu, karena memeriksa, menelaah, lalu mengambil sikap lalu memutuskan sesuatu itu kan musti betul-betul adil, bijak dan benar kan. Jadi proses itu kan melalui cek and recheck, check and recheck kembali, itu membutuhkan waktu."(S7)

Dari hasil wawancara tersebut, dapat disimpulkan beberapa faktor yang mempengaruhi lama penanganan pengaduan sampai adanya keputusan MKDKI adalah :

1. Keterbatasan sumber daya manusia baik dari segi jumlah, kemampuan, serta komitmen dari masing-masing anggota dan petugas MKDKI untuk melaksanakan tugasnya. Beberapa anggota MKDKI, saat ini memiliki tugas lain diluar MKDKI sehingga anggota yang aktif bersidang berjumlah delapan orang yang terdiri dari tiga orang dokter, empat orang dokter gigi dan satu sarjana hukum. Dengan keterbatasan jumlah anggota dari profesi kedokteran sedangkan mayoritas kasus merupakan bidang kedokteran (96%) maka sulit mengadakan sidang secara paralel dalam 1 hari.
2. Sistem manajemen kasus yang masih kurang baik sehingga bisa terjadi penumpukan kasus tanpa adanya seseorang yang bertanggung jawab untuk mengingatkan majelis atau pimpinan untuk menindaklanjuti.
3. Selain penanganan kasus, seorang anggota MKDKI juga memiliki tugas lain di MKDKI seperti sosialisasi dan advokasi MKDKI-P ke provinsi lain.

4. Kompleksitas kasus serta jarak tempat kejadian dalam pengaduan dengan kedudukan MKDKI saat ini juga memiliki pengaruh terhadap lama penanganan kasus.

5.5. Evaluasi Kinerja Pada Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

Pada penelitian ini ditemukan kaitan yang sangat erat antara kinerja MKDKI pada perspektif proses internal dengan kinerja MKDKI pada perspektif pembelajaran dan pertumbuhan. Pada saat mempertanyakan kinerja MKDKI menurut perspektif proses internal, beberapa narasumber menyebutkan kendala pada ketersediaan dan kemampuan infrastruktur dan sumber daya manusia MKDKI.

"Faktor yang mempengaruhi lamanya penanganan pengaduan 1) jumlah SDM MKDKI, 2) kualitas SDM dalam analisis, 3) besar kasusnya, 4) sistem anggaran, manajemen, perangkat dalam sistem termasuk pendukung seperti panitera yang terbatas."(S2)

"...SDM harus ditambah, minimal 3 kasus bisa simultan artinya harus ada 9 dokter didalam MKDKI, apakah itu berbentuk adhoc."(S3)

"...pengendalian kasus yang kurang, case managernya seharusnya ada."(S1)

"Ya, kalau lihat situasinya seperti sekarang jumlah kasusnya makin banyak, saya kira tidak bisa diselesaikan oleh 11 orang ini." (S4)

"Sebagai lembaga baru kita bisa menilai bahwa MKDKI ini memang tidak efisien dengan belum munculnya MKDKI-P."(S5)

Evaluasi kinerja MDKI pada perspektif pembelajaran dan pertumbuhan dimaksudkan untuk mendapatkan gambaran tentang:

1. Kapabilitas sumber daya MKDKI, yaitu ketersediaan dan kemampuan sumber daya manusia MKDKI untuk menunjang pelaksanaan tugas MDKKI.
2. Peningkatan kapabilitas MKDKI, yaitu upaya meningkatkan ketersediaan dan kemampuan sumber daya manusia MKDKI yang dapat meningkatkan kinerja MKDKI.
3. Kapabilitas sistem informasi penanganan pengaduan, yaitu ketersediaan dan kemampuan sistem informasi yang ditujukan untuk menunjang pelaksanaan tugas MKDKI dengan menyajikan informasi terkini tentang penanganan pengaduan.

5.5.1. Kapabilitas Anggota dan Petugas MKDKI

a. Kapabilitas Anggota MKDKI

Sesuai dengan ketentuan Pasal 59 ayat (1) UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, anggota MKDKI berjumlah 11 (sebelas) orang yang terdiri dari unsur-unsur sebagai berikut:

- a. Tiga orang dokter dari organisasi profesi kedokteran;
- b. Tiga orang dokter gigi dari organisasi profesi kedokteran gigi;
- c. Satu orang dokter dan satu orang dokter gigi dari asosiasi perumahsakitannya; dan
- d. Tiga orang sarjana hukum yang diajukan oleh organisasi profesi kedokteran/kedokteran gigi.

Sebelas anggota MKDKI periode 2006-2011 diangkat berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 072/Menkes/SK/II/2006 yang terdiri dari Merdias Almatsier, dr, SpS(K); Suyaka Suganda, dr, SpOG; Prof. Budi Sampurna, dr, SpF, SH; Mgs Johan T Saleh, dr, MSc; Dr. Hargianti Dini Iswandari, drg, MM; Edi Sumarwanto, drg, MM, MHKes; Ahmad Husni, drg, MARS; Muryono Subyakto, drg, SH; Dr. Sabir Alwy, SH, MH; Dr. Otto Hasibuan, SH, MM; dan Prof. Dr. Indriyanto Seno Adji, SH, MH.

Pada tahun 2006 sebagai tahun pertama keanggotaan, kesebelas anggota MKDKI terfokus pada penyusunan peraturan pelaksana UU Praktik Kedokteran yang terkait dengan pelaksanaan penegakan disiplin profesi kedokteran oleh MKDKI. Sebagai hasilnya pada bulan Agustus 2006 KKI menerbitkan:

1. Peraturan KKI No. 15/KKI/Per/VIII/2006 tentang Organisasi dan Tata Kerja MKDKI dan MKDKI-P.
2. Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006 tentang Tata Cara Penanganan Kasus Dugaan Pelanggaran Disiplin Dokter dan Dokter Gigi oleh MKDKI dan MKDKI-P.
3. Peraturan KKI No. 17/KKI/Per/VIII/2006 tentang Pedoman Penegakan Disiplin Profesi Kedokteran.

Selain itu, MKDKI juga menyusun Prosedur Kerja MKDKI yang ditetapkan oleh Ketua MKDKI pada bulan Oktober 2006 dan mengalami beberapa kali revisi setelahnya. Setelah memiliki pedoman kerja, anggota MKDKI mulai menangani beberapa pengaduan yang mulai diterima sejak bulan Maret 2006.

Berikut beberapa kegiatan pokok dan kegiatan lain yang dilakukan oleh sebelas anggota MKDKI:

1. Pemeriksaan awal dalam Majelis Pemeriksa Awal (MPA) yang terdiri dari 3 orang anggota MKDKI dengan 1 orang sesuai dengan profesi kedokteran/kedokteran gigi yang diadakan;
2. Penyelia Medis (*Medical Supervisor*), pada saat ditunjuk oleh MPA untuk membantu pelaksanaan tugas investigasi oleh petugas khusus MKDKI;
3. Pemeriksaan disiplin dalam Majelis Pemeriksa Disiplin (MPD) yang terdiri dari 3-5 orang anggota MKDKI dengan lebih banyak keanggotaan dari profesi kedokteran/kedokteran gigi yang diadakan;
4. Selain tugas pokok penanganan pengaduan, anggota MKDKI juga melaksanakan kegiatan lain seperti advokasi pembentukan MKDKI Provinsi dan sosialisasi ke beberapa daerah setiap tahunnya.

UU Praktik Kedokteran tidak mensyaratkan anggota MKDKI untuk melepaskan atau memiliki jabatan lain di luar MKDKI. Beberapa anggota MKDKI masih aktif menjalani profesinya dan beberapa anggota lainnya memiliki jabatan lain di luar MKDKI. Dengan demikian anggota MKDKI yang saat ini secara aktif mengikuti kegiatan di MKDKI terdiri dari tiga orang dokter, empat orang dokter gigi, dan 1 orang sarjana hukum.

Berikut ini pendapat para narasumber tentang kapabilitas anggota MKDKI dalam penanganan kasus saat ini:

".. kalau kapabilitas dalam bidangnya masing-masing sudah. Tapi kapabilitas dalam suatu kasus, itu tergantung bidang ilmunya. ...karena jelas sekali konsil terdiri dari 2 konsil gigi dan konsil dokter kan, jelas artinya ada 2 bidang ilmu."(S1)

"Pendalaman kasus tidak bisa dilakukan kalau bukan dengan peer nya. Apa yang mau ditanyakan jika tidak punya pengetahuan dalam bidang itu, bagaimana penggalan dan analisisnya. Anggota MKDKI harus yang benar-benar memiliki pengetahuan yang dalam dibidang medis. Demikian juga majelis harus dibatasi kasusnya supaya ada skala prioritas."(S2)

"Saya melihatnya semua orang punya kemampuan yang sama, menurut saya, karena ini barang yang baru semua. ... SDM harus ditambah, minimal 3 kasus bisa simultan artinya harus ada 9 dokter didalam MKDKI, apakah itu berbentuk ad hoc."(S3)

"Kita menganggap teman-teman semua dokter dan dokter gigi siapapun dia bisa menjadi anggota majelis karena masalah yang dihadapi kan masalah kedokteran, kita kan tidak melihat masalah lain sebetulnya."(S4)

"Kalau UU mengatakan unsur OP IDI dan PDGI sama, itu menurut saya kurang pas. Mustinya IDI lebih banyak karena kasusnya lebih banyak. ...Seharusnya ada peluang untuk ad hoc, bisa disitu duduk beberapa orang yang mempunyai keahlian untuk membantu majelis."(S5)

"Kalau ada yang bilang ada yang lebih bagus kan setelah tahu apa yang dikerjakan, tapi kalau lihat prosesnya yang dari nol sampai saat ini mereka sudah bisa membuat MKDKI berwibawa seperti sekarang. Kalau buat saya bagus."(S7)

Dari hasil wawancara tersebut diketahui bahwa permasalahan utama yang dihadapi MKDKI saat ini adalah jumlah keanggotaan MKDKI khususnya yang berasal dari profesi kedokteran sangat terbatas jika dibandingkan dengan jumlah pengaduan yang terkait dengan profesi kedokteran yang berjumlah 96% lebih banyak dibandingkan dengan pengaduan terkait profesi kedokteran gigi. MKDKI menerapkan prinsip peer group dalam pemeriksaan suatu pengaduan karena memang terdapat perbedaan bidang ilmu.

Melalui kegiatan pengamatan diketahui bahwa pada 1 hari kerja, MKDKI maksimum dapat menyidangkan 2 kasus pada tahap MPD dan 1 kasus pada tahap MPA. MKDKI sulit mengadakan persidangan secara paralel dikarenakan keanggotaan anggota dari profesi kedokteran yang hampir selalu ada pada setiap kasus yang sedang ditangani.

Tidak ada dokumen yang secara eksplisit menyebutkan kewajiban dan hak seorang anggota MKDKI. Kewajiban anggota MKDKI adalah apa yang menjadi tugas pokok MKDKI untuk melakukan penanganan pengaduan mulai dari menerima sampai dengan memutuskan ada tidaknya pelanggaran disiplin profesi kedokteran.

Beberapa hak dari seorang anggota MKDKI sebagai pejabat negara adalah:

1. Honorarium setiap bulannya.
2. Hak keuangan lain terkait dengan penanganan kasus yaitu uang sidang yang dibayarkan setiap kali sidang.
3. Ruang kerja dan fasilitasnya.
4. Kendaraan dinas saat ini baru tersedia untuk Ketua MKDKI.

b. Kapabilitas Petugas MKDKI

Sesuai dengan Peraturan KKI No. 15/KKI/Per/VIII/2006, pelaksanaan tugas MKDKI didukung pelaksana tugas kesekretariatan oleh Bagian Pelayanan Hukum dan Bagian Administrasi dan Hubungan Masyarakat pada Sekretariat KKI. Peraturan Menteri Kesehatan No. 1442/Menkes/Per/X/2005 mengatur tugas masing-masing bagian tersebut, yaitu :

- a. Bagian Pelayanan Hukum yang memiliki tiga sub bagian (Penyusunan Peraturan, Persidangan, dan Bantuan Hukum)
- b. Bagian Administrasi dan Hubungan Masyarakat dengan tiga sub bagian (Tata Usaha dan Kepegawaian; Keuangan; dan Hubungan Masyarakat).

Pelaksana kegiatan kesekretariatan MKDKI dilakukan oleh pegawai yang diangkat oleh sekretariat KKI untuk melaksanakan tugas sekretariat pada MKDKI yaitu membantu tugas dan fungsi MKDKI dalam penegakan disiplin profesi kedokteran. Pembinaan terhadap pegawai tersebut dilakukan oleh Pimpinan MKDKI agar pelaksanaan tugas sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Berikut petikan hasil wawancara terkait dengan kapabilitas petugas MKDKI.

"Kapabilitasnya beragam, ada yang sudah memahami, ada yang masih baru-baru yang memang masih tertinggal. Satu kelemahan saya lihat petugas investigator atau petugas khusus itu bekerja sendiri dari awal, kadang tidak belajar dari kesalahan yang lain. (S1)

"Kuantitasnya masih terbatas masih perlu ditambah... Idealnya 1 panitera maksimal 5 kasus MPD. Panitera hanya berhubungan dengan kasus, tidak dengan administrasi, keuangan, absensi. Ada 1 orang petugas yang bantu." (S2)

"Yang kita harapkan dari panitera kan mencatat, saya lihat semua sudah mampu mencatat tapi karena yang dicatat itu bukan bidangnya nah yang punya bidang itu yang harus bantu." (S3)

"Paniteranya mungkin yang harus lebih banyak supaya bisa lebih cepat selesai.." (S4)

"...disamping jumlahnya juga saya kira kurang terus kompetensinya saya kira harus banyak belajar karena persoalan yang dihadapi adalah kasus kasus dunia kedokteran dan banyak teman-teman tidak berbasis tenaga kesehatan."(S5)

Pada saat ini, MKDKI memiliki tujuh orang staf KKI yang diperbantukan di MKDKI dengan klasifikasi dan lingkup pekerjaan sebagai berikut:

- a. 1 (satu) orang kepala sub bagian Persidangan dengan latar belakang pendidikan sarjana hukum (S2 magister hukum) dengan lingkup pekerjaan: melakukan penyiapan bahan fasilitasi persidangan di bidang kehormatan dan disiplin kedokteran Indonesia, serta kehormatan dan disiplin kedokteran perorangan.
- b. 4 (empat) orang petugas khusus MKDKI dengan latar belakang pendidikan 2 orang sarjana hukum, 1 orang dokter gigi dan 1 orang sarjana kesehatan masyarakat (S2 magister kesehatan masyarakat). Lingkup pekerjaan petugas khusus sebagai berikut:
 - 1) Menerima pengaduan
Lingkup pekerjaan: menerima pengadu yang datang, memberikan penjelasan tentang prinsip dan proses penegakan disiplin oleh MKDKI, memeriksa kelengkapan berkas pengaduan, membuat dan menyerahkan tanda terima pengaduan, serta memberikan penjelasan kepada pengadu ataupun dokter yang diadukan tentang tahap penanganan suatu pengaduan apabila para pihak tersebut meminta.
 - 2) Sekretaris persidangan
Lingkup pekerjaan: memfasilitasi persidangan Majelis Pemeriksa Awal (MPA), membuat berita acara persidangan.
 - 3) Petugas investigasi
Lingkup pekerjaan: melengkapi alat bukti, melakukan wawancara mendalam kepada para pihak yang terkait dengan pengaduan khususnya dalam penanganan pasien, melaporkan hasil investigasi.
 - 4) Panitera persidangan.
Lingkup pekerjaan: mengundang para pihak yang akan diperiksa dalam persidangan, memfasilitasi persidangan majelis pemeriksa disiplin (MPD), membuat notulen sidang pemeriksaan, membantu menyiapkan draft resume dan draft keputusan, bertanggung jawab atas penyampaian keputusan MPD kepada KKI.

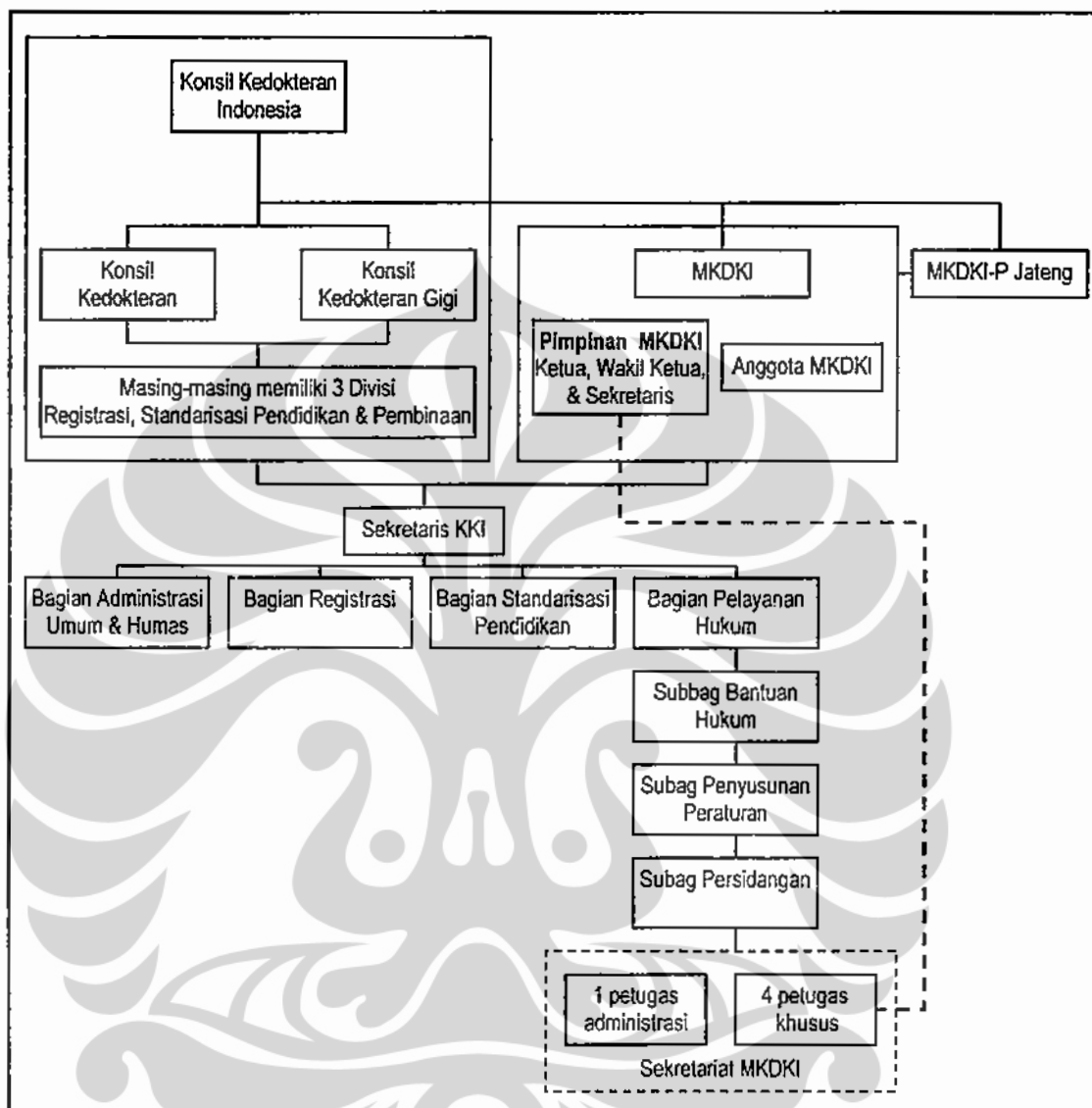
Petugas khusus MKDKI saat ini menangani pengaduan dalam MPA maupun MPD rata-rata 12 kasus. Salah satu dari 4 orang panitera juga berfungsi sebagai pemegang uang muka (PUM) khusus kegiatan MKDKI dibawah Kepala Bagian Pelayanan Hukum sebagai behandara pengeluaran yang memiliki 2 orang PUM.

- c. 1 (satu) orang CPNS dengan latar belakang sarjana hukum (S2 magister hukum) direncanakan menjadi petugas khusus.
- d. 1 (satu) orang tenaga honorer yang diperbantukan dari Sekretariat KKI, dengan latar belakang pendidikan ahli madya akuntansi dengan lingkup pekerjaan membantu pekerjaan administrasi dan persidangan. Fungsi pendukung ini masih dirasakan kurang dari segi jumlah.

Ketujuh orang tersebut saat ini berada dalam Sub Bagian Persidangan dengan satu orang sebagai Kepala Sub Bagian Persidangan. Pada hasil pengamatan ditemukan kondisi bahwa koordinasi petugas khusus MKDKI dilakukan oleh pimpinan MKDKI khususnya sekretaris MKDKI. Hal tersebut sesuai dengan Pasal 18 huruf c Peraturan KKI No. 15/KKI/Per/VIII/2006 yang menyebutkan tugas sekretaris MKDKI, yaitu:

1. membantu melaksanakan tugas Ketua;
2. mengkoordinasikan penerimaan pengaduan;
3. mengatur pelaksanaan sidang-sidang MPA dan MPD;
4. mengkoordinasikan petugas sekretariat yang diperbantukan di MKDKI;
5. mengatur pelaksanaan rapat MKDKI;
6. mengkoordinasikan untuk menyiapkan dan menerima surat masuk dan surat keluar;
7. mengkoordinasikan pembuatan surat ketetapan dan keputusan Ketua MKDKI;
8. mengkoordinasikan pelaksanaan keputusan MKDKI;
9. mengkoordinasikan pendokumentasian.

Gambar 5.15. Susunan Organisasi Kesekretarian (Unit Penunjang) MKDKI



Dengan peningkatan jumlah pengaduan yang ditangani oleh MKDKI saat ini, beberapa narasumber menyatakan pendapatnya tentang unit pendukung MKDKI saat ini.

"Penunjang yang terbatas hanya kasubang." (S1)

"Setelah berjalan, ternyata tugas sub bag persidangan bukan hal kecil, wilayah kerjanya tidak seperti bayangan kita dulu." (S2)

"Sekretariat apapun kasubbag hukum persidangan saya pikir juga tidak tepat karena dia tidak pernah bersidang." (S3)

"Sekretariat MKDKI harusnya ada sendiri lah kita jangan nebang dengan KKI. Yang dibutuhkan uang, orang dan masalah peralatan." (S4)

"Menurut saya belum cukup, orangnya ditarik kekiri ditarik kekanan, tidak fokus pada pekerjaan disini saja. (S5)

Unit pendukung MKDKI saat ini adalah Sub Bagian Persidangan pada Bagian Pelayanan Hukum Sekretariat KKI. Hal tersebut masih dirasakan kurang oleh beberapa narasumber karena hal-hal berikut:

1. Masih seringkali mendapatkan tugas dari KKI sebagai bagian dari Sekretariat KKI.
2. Pimpinan dan koordinator petugas khusus MKDKI yang masih belum jelas penanggung jawabnya.

Seorang petugas khusus MKDKI merupakan pegawai negeri sipil (PNS) pada Kementerian Kesehatan. Hak keuangan yang diperoleh oleh seorang petugas khusus MKDKI sebagai berikut:

1. Gaji PNS sesuai dengan golongan tertentu.
2. Uang sidang yang diperoleh pada saat petugas khusus hadir dalam persidangan dalam fungsinya sebagai sekretaris ataupun panitera persidangan.
3. Hak keuangan lain yang diperoleh pada kegiatan-kegiatan yang diselenggarakan oleh MKDKI yang besarnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

5.5.2. Peningkatan Kapabilitas MKDKI

a. Anggota MKDKI

Anggota MKDKI merupakan para ahli dibidangnya masing-masing tetapi sebagai anggota pertama dari MKDKI yang baru berdiri Maret 2006 dapat dipastikan minimnya pengalaman dalam penegakan disiplin profesi kedokteran. Sebagai upaya peningkatan kemampuan anggota MKDKI dalam upaya penegakan disiplin profesi kedokteran, telah dilakukan beberapa kegiatan yaitu:

- 1) Studi banding ke Singapore Medical Council pada akhir tahun 2006.
- 2) Studi banding ke Thailand Medical Council pada tahun 2007.
- 3) Studi banding ke kantor pusat dari Office of Professional Medical Conduct (OPMC) di New York, Amerika Serikat pada tahun 2008.
- 4) Studi banding ke New Zealand Health Practitioners Disciplinary Tribunal pada tahun 2009.

Kegiatan studi banding hanya diwakili oleh satu atau beberapa orang anggota MKDKI. Hasil studi banding kemudian dilaporkan oleh anggota yang mengikutinya dalam rapat pleno anggota MKDKI. Sehingga seluruh anggota bisa mendapatkan kesempatan untuk mempelajari upaya penegakan disiplin dinegara lain yang sudah lebih dulu memiliki badan penegak disiplin profesi kedokteran.

Selain peningkatan kemampuan, saat ini MKDKI mengupayakan penambahan jumlah majelis dalam rangka meningkatkan kinerja MKDKI dalam penanganan pengaduan. Salah satu cara yang dimungkinkan saat ini adalah pembentukan MKDKI di tingkat provinsi sesuai dengan bunyi Pasal 57 ayat (2) UU Praktik Kedokteran. Pembentukan MKDKI-P dilakukan oleh KKI atas usul dari MKDKI dengan memperhatikan hal-hal sebagaimana disebutkan dalam Pasal 10 ayat (3) Peraturan KKI No. 15/KKI/Per/VIII/2006, yaitu :

1. luas wilayah provinsi;
2. jumlah dokter dan dokter gigi di wilayah provinsi;
3. jumlah pengaduan pada provinsi tersebut; dan/atau
4. jarak provinsi dengan ibukota negara republik Indonesia.

Bentuk Organisasi MKDKI dan MKDKI-P diatur dalam Peraturan KKI No. 15/KKI/Per/VIII/2006 tentang Organisasi dan Tata Kerja MKDKI dan MKDKI-P. Pasal 15 Peraturan tersebut menyebutkan bahwa anggota MKDKI-P terdiri dari unsur:

- a. 1 (satu) orang dokter dari unsur organisasi profesi IDI tingkat provinsi;
- b. 1 (satu) orang dokter gigi dari unsur organisasi profesi PDGI tingkat provinsi;
- c. 1 (satu) orang dokter dan 1 (satu) orang dokter gigi dari unsur asosiasi rumah sakit; dan
- d. 1 (satu) orang sarjana hukum yang diusulkan oleh IDI/PDGI tingkat provinsi.

Dalam rangka pembentukan MKDKI-P, pada tahun 2007 MKDKI melakukan upaya advokasi ke beberapa provinsi yang dianggap memenuhi kriteria tersebut, yaitu provinsi Sumatera Utara, Jawa Tengah, Jawa Timur, Kalimantan Selatan, Sulawesi Selatan, Riau, Sumatera Selatan, Bali, Sulawesi Utara, dan Papua. Hasil dari kegiatan tersebut adalah terdapat dua provinsi yang mengajukan proposal pembentukan MKDKI-P yaitu Provinsi Jawa Tengah dan Kalimantan Selatan.

Tahun 2008, MKDKI menyelenggarakan pelatihan bagi calon anggota MKDKI-P dari dua provinsi yang telah mengajukan proposal pembentukan MKDKI-P yaitu provinsi Jawa Tengah dan Kalimantan Selatan. Pada tanggal 22 Desember 2008 dilakukan pelantikan terhadap anggota MKDKI-P Jawa Tengah oleh Ketua KKI berdasarkan Keputusan KKI Nomor 50/KKI/KEP/VI/2008 tentang Pembentukan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia di Tingkat Provinsi Jawa Tengah, dengan anggota terdiri dari Darmono SS, dr, SpGK, MPH; Endang Wahyati Yustina, SH, MH; Murti Wandrati, dr, Mkes; Siti Chumaeroh, drg, MS; Suratman, drg, MPH.

Beberapa hal yang menjadi pertimbangan dalam pembentukan MKDKI-P Jawa Tengah adalah sebagai berikut:

1. Luas wilayah Provinsi Jawa Tengah \pm 3.254.412 km².
2. Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2008 tercatat memiliki 6.461 dokter dan 1.141 dokter gigi (sesuai data pada Bagian Registrasi Sekretariat KKI).
3. Adanya peningkatan pengaduan dan keluhan masyarakat atas pelayanan kesehatan.
4. Jarak dari ibukota Provinsi Jawa Tengah (Semarang) dan ibukota negara Indonesia (Jakarta) \pm 450 km.

Pada tahun 2009 MKDKI-P Jawa Tengah melakukan upaya sosialisasi di daerah provinsinya dengan koordinasi Ketua MKDKI. Pengaduan yang ditangani MKDKI-P Jawa Tengah sampai bulan Mei 2010 baru satu pengaduan.

Melanjutkan upaya pembentukan MKDKI-P, pada tahun 2009 MKDKI kembali mengadakan kegiatan advokasi pembentukan MKDKI-P di 3 provinsi dari 4 provinsi yang direncanakan yaitu Provinsi Anggroe Aceh Darussalah, Kepulauan Riau, dan Jawa Timur. Selain itu, dilakukan juga pelatihan bagi calon anggota MKDKI-P dari provinsi Sumatera Utara, Sumatera Selatan, Sumatera Barat, dan Sulawesi Selatan.

Pembentukan MKDKI-P termasuk pada upaya pengembangan kelembagaan sebagai salah satu syarat untuk meningkatkan kinerja MKDKI karena berarti dapat meningkatkan sumber daya manusia yang tersebar di seluruh Indonesia dan diharapkan dapat mempermudah pelaksanaan persidangan di luar kota Jakarta. Upaya tersebut saat ini menghadapi beberapa permasalahan, yaitu:

- a. Pada daerah yang menjadi sasaran advokasi pembentukan MKDKI-P belum sepenuhnya paham arti penting upaya penegakan disiplin profesi kedokteran.
- b. Belum jelasnya penanggung beban biaya pelaksanaan tugas MKDKI-P. Berdasarkan UU Praktik Kedokteran dan Peraturan KKI No. 15/KKI/Per/VIII/2006 seharusnya biaya pelaksanaan tugas-tugas MKDKI dan MKDKI-P dibebankan kepada anggaran KKI. Tetapi pada pelaksanaannya, terdapat kesulitan dalam pembentukan MKDKI-P sebagaimana dinyatakan petikan wawancara berikut:

"Hambatan utama adalah ketidakjelasan anggaran. Banyak daerah yang mau membaca di undang-undang itu bahwa dapat dibentuk seakan akan bahwa di bentuk ini semuanya akan menjadi anggaran itu akan dilimpahkan ke MKDKI. Kenyataannya MKDKI mendapat informasi dari sekretariat bahwa itu tidak bisa. Harus diakui badannya baru nanti dikeluarkan anggaran. Jadi kita usahakan bagaimana supaya bisa terbentuk kita mendekatkan anggaran keluar dari daerah itu."(S6)

Upaya yang dilakukan oleh MKDKI saat ini adalah mendorong tercapainya MoU antara KKI dan kepala pemerintah provinsi untuk membagi beban pembiayaan MKDKI-P. Tentang upaya pembentukan MKDKI-P berikut petikan wawancara dengan narasumber.

"Yang kita atur selama ini, MKDKI-P tetap berada didalam kendali MKDKI, dia itu tangan bukan berdiri sendiri. Yang menetapkan majelis tetap di pusat. Dengan demikian dia bisa dipindah-pindah, disana kurang orang kita tarik dari sini, jadi tidak akan ada kekurangan, tinggal uang pendukungnya aja untuk jalan ada apa tidak."(S1)

"Untuk pengembangan dari segi jumlah, aturan sudah mengatakan 11 orang, tapi mungkin daerah-daerah diaktifkan MKDKI-P, sehingga ada pembagian kerja pada majelis-majelis di MKDKI-P."(S2)

"Ya, kalau lihat situasinya seperti sekarang jumlah kasusnya makin banyak, saya kira tidak bisa diselesaikan oleh 11 orang ini. ...cuma sekarang jumlah, jadi jumlah MKDKI-P musti diperbanyak sehingga orang-orang yang akan ditunjuk jadi anggota majelis itu akan lebih banyak. Dan nanti tidak perlu terbatas misal orang semarang cuma semarang, bisa aja dia jadi anggota majelis ditempat lain. Kalau kita punya 5 orang dikali 30 provinsi kita punya 150 orang. Nah kalau 150 ini kita anggap sebagai anggota majelis semua, kan kita memang anggap sama kan kedudukannya sama kita, dia bisa saja ada sidang dimana dia ikut. Tidak ada batas wilayah karena dia anggota MKDKI."(S4)

"Kalau kita memang ingin menjaga keluhuran profesi dokter dan juga ingin melindungi masyarakat maka, MKDKI-P itu harus tetap dibuka dengan standar yang sudah baku dari pusat.(S5)

Pembentukan MKDKI-P diharapkan dapat membantu MKDKI dalam meningkatkan kinerjanya khususnya dalam penanganan pengaduan dan mengatasi kebutuhan MKDKI terhadap tenaga majelis untuk menangani pengaduan.

b. Petugas MKDKI

Seorang petugas khusus MKDKI akan melakukan beberapa pekerjaan penting dan terlibat dalam proses penanganan pengaduan sebagai penerima pengaduan, petugas investigasi, sekretaris persidangan pada MPA, serta panitera pada MPD. Tentang latar belakang pendidikan pada tahun-tahun awal berdirinya MKDKI, seorang petugas khusus MKDKI disyaratkan memiliki latar belakang pendidikan hukum. Namun, seiring dengan kebutuhan tenaga yang sangat besar, maka kualifikasi tersebut tidak berlaku lagi.

Pendapat narasumber tentang kompetensi yang diperlukan oleh seorang petugas khusus MKDKI.

"Kompetensi dasar petugas menurut saya adalah harus seorang sarjana karena dia bisa berpikir lebih lanjut, S2 atau tidak yang penting basicnya sarjana, kedua memang bisa macam-macam, bisa seorang ahli hukum, tapi tidak harus, ahli hukum karena tata caranya mirip, bisa bekas investigator, bisa bekas jaksa, bekas polisi, bekas investigator apa saja, bisa seorang perawat sarjana, bisa dokter, tapi harus fulltime."(S1)

"Begini saja, hukum yang belajar mengenai berbagai istilah-istilah kedokteran, hukum kesehatan ya. Tapi tidak terlalu penting sih, yang paling penting mampu menyusun, membuat draft resume segala macam itu. Kemudian wawancara yang baik, kemudian tau apa yang harus diambil dalam investigasi."(S4)

"Dari segi orangnya harusnya tidak satu, bisa dari latar pendidikan yang berbeda untuk saling melengkapi sehingga dari segi kemampuan menangkap apayang menjadi penggalan oleh majelis yang harus ditulis dan disimpulkan, itu membutuhkan skill tersendiri. Dari sisi medis ada istilah-istilah dari aspek hukumnya supaya ini memenuhi tuntutan. Jadi paling tidak 2 orang yang latar belakangnya hukum dan kesehatan, duduk bersama saling memberikan informasi."(S5)

Dari pengamatan dan wawancara dengan petugas khusus MKDKI, diperoleh informasi tentang kompetensi yang dibutuhkan oleh seorang petugas khusus yang bertugas sebagai sekretaris dan panitera persidangan, yaitu:

- 1) Kemampuan komunikasi yang baik dengan anggota MKDKI, pengadu, maupun dokter yang diadakan.
- 2) Pengetahuan dan pemahaman tentang upaya penegakan disiplin oleh MKDKI
- 3) Pengetahuan terhadap informasi terkini tentang penanganan pengaduan.
- 4) Kemampuan investigatif (penggalan informasi).
- 5) Kemampuan pembuatan laporan yang baik.
- 6) Kemampuan pembuatan transkrip sidang pemeriksaan.
- 7) Kemampuan administrasi yang baik.

Peningkatan kemampuan petugas MKDKI dirasakan perlu oleh anggota MKDKI untuk dapat meningkatkan kinerja MKDKI secara keseluruhan. Disadari oleh para anggota MKDKI tentang peran penting petugas MKDKI untuk mendukung kinerja mereka.

Untuk dapat lebih berperan dalam penanganan kasus, maka telah dilakukan pelatihan bagi para petugas MKDKI di tahun 2009 dengan materi:

1. Pendalaman tentang penegakan disiplin profesi kedokteran.
2. Pendalaman ilmu tentang asuhan medis baik dengan pemberian materi maupun kunjungan ke salah satu rumah sakit untuk mengetahui kondisi riil penanganan pasien dalam asuhan medis.

Selain upaya tersebut, pimpinan MKDKI secara terus menerus melakukan pembinaan dan bimbingan langsung kepada para petugas MKDKI untuk melaksanakan tugas dan fungsinya.

Beberapa narasumber mengharapkan adanya pengembangan unit penunjang MKDKI yang menjadi wadah bagi petugas MKDKI dalam pelaksanaan tugasnya.

"Karena ini kerjanya besar seluruh Indonesia, maka tidak bisa lagi level of competence daripada pemimpin unit stafnya ini masih di level sub bagian mustinya level kepala bagian, dari segi kemampuan dan rentang kendali/kewenangan kan lebih besar....Yang penting pekerjaan mereka ada yang mengkoordinir kalau tidak kerja sendiri-sendiri....Musti ada yang mengatur dan pimpinan hanya bicara pada 1 orang ini saja.(S1)

"Harus ada yang khusus menangani persidangan manajemen persidangan, tentang kepaniteraan ada yang bekerja khusus kepaniteraan. ...Bentuknya harus lebih besar dari sekarang, kalau perlu ditingkatkan eselon 3, eselon 4 nyabisanya kita bagi-bagi jadi semua ada koordinatornya." (S2)

"...harus ada kelompok dibawah kasubag tersebut ya boleh saja kasubag menjadi bagian dari itu, tapi kelompok yang tugasnya menekuni itu. ... Mungkin berbentuk jabatan fungsional. ...Kita terbiasa dengan ini pekerjaan saya sendiri mari kita selesaikan sendiri, selesai gak selesai gak ada yang marah tapi kalau ada kasubag persidangan yang kita sepakati itu menjadi manager kasus misalnya, itu bisa." (S3)

" Paling tidak ada divisi SDM nya dan divisi persidangannya." (S4)

"...dari dulu saya memang setuju kalau ada suatu struktural, gak usah sekretariat atau merupakan suatu bagian eselon 3 membawahi beberapa eselon 4 yang ada didalamnya khusus administrasi dan penerimaan pengaduan kemudian ada khusus investigasi kemudian ada khusus untuk persidangan. Jadi akan lebih jelas mana tugas masing-masing dan dibawahnya ada beberapa staf." (S6)

Penanganan pengaduan di MKDKI saat ini membutuhkan unit pendukung dengan *level of competence* yang lebih tinggi. Sehingga dapat membawahi beberapa sub bagian yang diperlukan sebagai unit penunjang MKDKI.

5.5.3. Kapabilitas Sistem Informasi

Dari pengamatan yang dilakukan, diperoleh informasi tentang media yang digunakan oleh pimpinan maupun sekretariat untuk menggambarkan perkembangan penanganan kasus, yaitu:

1. 1 (satu) buah buku registrasi pengaduan. Setiap pengaduan yang masuk ke MKDKI dan telah dinyatakan lengkap akan dicatat pada buku registrasi pengaduan. Buku tersebut juga berisi informasi tentang tanggal terima pengaduan, nomor register pengaduan, nama pengadu, nama dokter yang diadakan (dapat lebih dari satu orang), nama tempat kejadian, nama daerah tempat kejadian, penetapan tentang MPA dan sekretaris sidang, tanggal sidang MPA, tanggal investigasi, tanggal dan keputusan MPA, penetapan tentang MPD dan panitera, tanggal sidang MPD, serta tanggal dan keputusan MPD.
2. 1 (satu) buah whiteboard pada ruang sekretariat MKDKI, berisi informasi tentang pengaduan yang sedang dalam penanganan baik oleh MPA maupun oleh MPD. Informasi yang tercakup antara lain, nomor register pengaduan,

tempat kejadian, nama-nama majelis dan sekretaris/panitera, jadwal berikutnya untuk masing-masing kasus.

3. 1 (satu) buah *whiteboard* pada ruang sekretaris MKDKI, berisi informasi yang sama dengan *whiteboard* pada ruang sekretariat MKDKI.

Kebutuhan akan sistem informasi terkini yang dapat digunakan sebagai alat bantu manajemen kasus sekaligus menjadi alat pelaporan penanganan kasus, diungkapkan beberapa narasumber sebagai berikut:

"Masih kurang, harusnya ada sistem yang bisa tahu tingkat kehadiran bisa nantinya lihat kinerja anggota selain lihat kinerja penanganan kasus." (S1)

"Belum pernah ada rutinitas, nah itu mungkin bisa dilakukan oleh sub bag sebagai struktur KKI. Panitera menyelesaikan tugasnya dan menjadikannya semacam suatu sejarah kasus, kemudian itu yang ditangkap oleh kasubag atau staf yang betul betul bekerja untuk subbag persidangan, dia yang akan memberikan laporan tapi mekanisme itu apa kita sudah jalan, rasanya belum jalan...itulah manager kasus, dia harus tahu kasus ini sampai mana, kasus ini sampai mana. Tapi kelemahan pegawai negeri pada umumnya kan tata laksana pegawai negeri itu kan recording dan reporting. Itu yang belum." (S3)

"Mustinya semua anggota walaupun bukan anggota majelis dia harus tahu. Sekarang kan cuma ditulis dalam papan. Tidak ada salahnya informasi itu disampaikan, apalagi sekarang tinggal anda email saja ada kasus ini ini, tidak perlu isinya kan memang isinya tidak boleh." (S4)

"Sekarang lebih baik, tetapi tentu perlu dicarikan mekanisme yang lebih." (S5)

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, berikut deskripsi sistem informasi yang dibutuhkan oleh MKDKI:

1. Sistem informasi tentang penanganan pengaduan, selain dapat merekam dan memperlihatkan kinerja penanganan kasus diharapkan dapat juga dapat menunjukkan kinerja dari masing-masing anggota MKDKI.
2. Adanya penanggung jawab atas penyampaian informasi penanganan pengaduan terkini kepada pimpinan MKDKI.

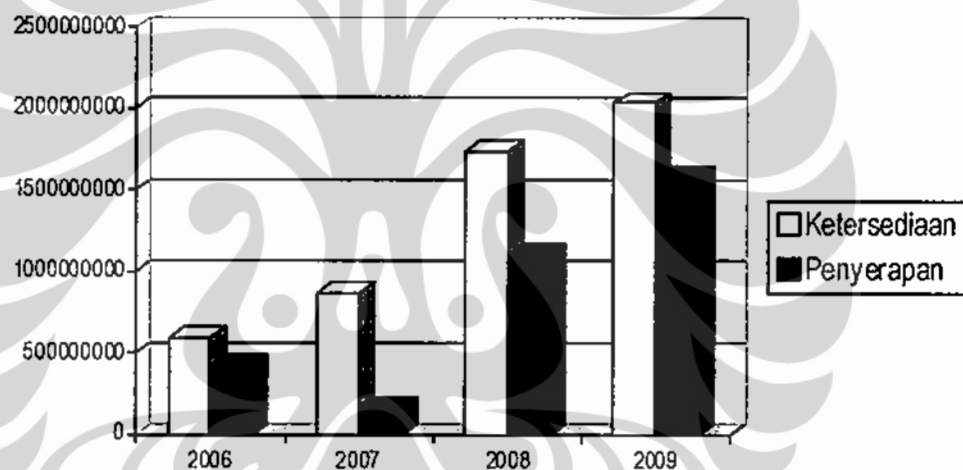
5.5. Evaluasi Kinerja Pada Perspektif Keuangan

Kegiatan MKDKI sampai saat ini dibebankan pada APBN pada Departemen Kesehatan mengikuti anggaran yang diperuntukkan bagi kegiatan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) yang berada berada pada Satuan Kerja

Sekretariat KKI. Seluruh kegiatan secara administrasi anggaran dipertanggungjawabkan kepada Kuasa Pemegang Anggaran yaitu Sekretaris KKI. Pada tahun 2008 terjadi perubahan signifikan, di bawah bendahara pada bagian Pelayanan Hukum MKDKI, memiliki pemegang uang muka tersendiri yang juga berfungsi sebagai petugas khusus MKDKI. Hal tersebut ditujukan untuk memperlancar pelaksanaan kegiatan MKDKI.

Seiring dengan peningkatan ketersediaan anggaran dari tahun 2006 sampai tahun 2009, tingkat penyerapan anggaran khususnya yang diperuntukkan bagi kegiatan penanganan kasus mengalami peningkatan setiap tahunnya sebagaimana tergambar pada grafik berikut ini.

Grafik 5.16. Ketersediaan dan Penyerapan Anggaran MKDKI



Kegiatan MKDKI secara garis besar dapat dikategorikan menjadi 3 macam, yaitu:

1. Kegiatan penanganan pengaduan oleh MKDKI, disediakan untuk membiayai tugas investigasi, sidang di Jakarta, sidang di luar kota Jakarta, honorarium saksi ahli.
2. Kegiatan sosialisasi ketentuan MKDKI, dilakukan di beberapa ibukota provinsi.
3. Kegiatan *capacity building*, antara lain mencakup kegiatan peningkatan kualitas SDM MKDKI, upaya pembentukan MKDKI di tingkat provinsi, serta penyusunan rencana strategis MKDKI.

Berikut adalah rincian anggaran yang disediakan bagi kegiatan yang terkait dengan MKDKI beserta penyerapannya.

Tabel 5.17 Ketersediaan Anggaran MKDKI dan Penyerapannya (dalam ribuan)

Kegiatan	2006			2007			2008			2009		
	Anggaran	Penyerapan	%	Anggaran	Penyerapan	%	Anggaran	Penyerapan	%	Anggaran	Penyerapan	%
Penanganan Kasus	-	-		594.360	75.806	13	1.176.800	574.063	49	1.488.275	1.033.666	69,5
Sosialisasi Penegakan Disiplin	-	-		-	-		209.000	195.801	94	211.000	210.829	100
Capacity Building	594.320	421.316	71	273.444	88.882	32,5	353.475	327.798	93	338.375	333.058	98
JUMLAH	594.320	421.316	71	867.804	164.688	19	1.739.275	1.097.663	63	2.037.650	1.577.553	77

Tahun 2006 merupakan saat berdirinya MKDKI (1 Maret 2006). Anggaran yang disediakan untuk MKDKI difokuskan kepada kegiatan penyusunan pedoman penegakan disiplin profesi kedokteran yang diperlukan MKDKI untuk mengimplementasikan amanah UU Praktik Kedokteran. MKDKI menerima pengaduan pertama kali tanggal 16 Maret 2006 dan memulai penanganan kasus dimulai setelah tersusunnya pedoman penegakan disiplin profesi kedokteran pada bulan November 2006. Sampai dengan tanggal 1 November 2006, MKDKI menerima 9 pengaduan.

Pada APBN tahun 2007, disetujui penyediaan anggaran untuk kegiatan MKDKI sebesar Rp 2.105.200.000,- yang terdiri dari kegiatan penanganan kasus sebesar Rp 1.811.000.000,- dan kegiatan pengembangan kelembagaan sebesar Rp 294.200.000,-. Pada tahun anggaran berjalan, pemerintah melakukan revisi APBN yang menyebabkan anggaran untuk kegiatan MKDKI di tahun 2007 mengalami penyesuaian menjadi Rp 867.804.000,- (penanganan kasus sebesar Rp 594.360.000,- dan pengembangan kelembagaan Rp 273.444.000,-). Namun demikian, tingkat penyerapan pada kegiatan penanganan kasus tetap rendah yaitu sebesar 12,75% (Rp 75.806.200,-) untuk menangani 2 pengaduan dari tahun 2006 yang berlanjut pada pemeriksaan oleh MPD serta 11 pengaduan lainnya yang diterima tahun 2007. Penyerapan pada kegiatan pengembangan kelembagaan sebesar 32,5% (Rp 88.882.400,-) yang digunakan untuk melakukan advokasi pembentukan MKDKI-P di 10 provinsi yaitu Sumatera Utara, Jawa Tengah, Jawa Timur, Kalimantan Selatan, Sulawesi Selatan, Riau, Sumatera Selatan, Bali, Sulawesi Utara, dan Papua.

Tahun 2008, anggaran pada Sekretariat KKI yang diperuntukan bagi kegiatan MKDKI mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan APBN-Penyesuaian tahun 2007 yaitu Rp 1.739.275.000,- dengan porsi terbesar (67,7%) pada kegiatan penanganan pengaduan. Tingkat penyerapan pada kegiatan ini sebesar 48,8% yang berarti mengalami peningkatan sebesar 36% dari tahun sebelumnya. Pada tahun 2008, MKDKI melakukan penanganan pengaduan sebanyak 27 kasus yang terdiri dari 19 kasus yang diterima tahun 2008, serta 8 kasus dari tahun sebelumnya.

Dalam rangka *capacity building*, direncanakan 3 jenis kegiatan yaitu penyusunan rencana strategis MKDKI, peningkatan kemampuan SDM, serta pengembangan kelembagaan dengan anggaran sebesar Rp 353.475.000,-. Target yang berhasil dicapai dari rencana tersebut yaitu tersusunnya Rencana Strategis MKDKI tahun 2008-2013, terselenggaranya pelatihan bagi calon anggota MKDKI-P Jawa Tengah dan MKDKI-P Kalimantan Selatan, serta terbentuknya MKDKI-P Jawa Tengah yang keseluruhannya menyerap anggaran sebesar Rp 327.798.250,- (92,7%).

Di tahun 2008, MKDKI memiliki anggaran untuk menyelenggarakan kegiatan sosialisasi tentang ketentuan MKDKI. Sebelumnya kegiatan sosialisasi dilakukan dalam kegiatan yang diselenggarakan oleh Divisi Pembinaan baik Konsil Kedokteran maupun Konsil Kedokteran Gigi. Dengan anggaran sebesar Rp 209.000.000,- MKDKI menyelenggarakan sosialisasi ke 10 provinsi di Indonesia yaitu Sumatera Utara, Sumatera Selatan, Sumatera Barat, Jawa Timur, Jawa Barat, DI Yogyakarta, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara, dan Sulawesi Selatan. Kegiatan tersebut menyerap anggaran sebesar 195.801.800,- (93,7%).

Tahun 2009, anggaran untuk penanganan kasus meningkat menjadi Rp 1.488.275.000,- (73% dari keseluruhan anggaran). Penyerapan pada kegiatan ini sebesar Rp 1.033.666.050,- (69,5% dari anggaran yang tersedia) yang digunakan untuk menangani 50 kasus dengan rincian 36 kasus pengaduan yang masuk di tahun 2009 serta 1 kasus dari tahun 2007 dan 13 kasus dari tahun 2008.

Sosialisasi tentang ketentuan MKDKI dilakukan di 10 provinsi dengan anggaran Rp 211.000.000,- dan terserap Rp 210.829.000,-. Provinsi yang menjadi

sasaran sosialisasi pada tahun 2009 adalah Provinsi Kepulauan Riau, Riau, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Maluku, Kalimantan Tengah, Kalimantan Timur, Kalimantan Barat, Sulawesi Tengah, dan Sulawesi Tenggara.

Tahun 2009, MKDKI kembali melakukan kegiatan advokasi pembentukan MKDKI-P di 10 provinsi dalam rangka pengembangan kelembagaan dengan sasaran provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Kepulauan Riau (Kota Batam), dan Jawa Timur (Malang).

Kegiatan lain yang dilakukan adalah pelatihan bagi SDM MKDKI termasuk petugas MKDKI maupun calon anggota MKDKI-P. Kedua kegiatan tersebut dilakukan dalam rangka *capacity building* dengan anggaran sebesar Rp 338.375.000,- dan penyerapan sebesar Rp 333.058.300,-.

Berdasarkan kriteria ukuran kinerja pada perspektif keuangan mengadopsi Keputusan Kepala Lembaga Administrasi Negara Nomor 589/LX/6/Y/99 tentang Pedoman Penyusunan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, maka realisasi anggaran kegiatan MKDKI pada tahun 2006 (71%) dan tahun 2009 (77%) berada dalam kriteria baik (70% - 85%=Berhasil), sedangkan pada tahun 2007 (19%) dalam kriteria Gagal dan tahun 2008 (63%) dalam kriteria Kurang/Cukup Berhasil.

Beberapa hal yang menjadi hal pokok dalam kinerja MKDKI pada perspektif keuangan, yaitu:

1. Kegiatan Penanganan Pengaduan

Biaya persidangan dibedakan atas biaya persidangan di Jakarta dan biaya persidangan di luar Jakarta. Besaran biaya persidangan di Jakarta mengalami peningkatan dari tahun 2007 sampai tahun 2010. Untuk biaya persidangan di daerah/ di luar kota Jakarta mengikuti standar biaya perjalanan yang berlaku pada tahun berjalan. Saat ini negara tidak menyediakan anggaran untuk membiayai terperiksa untuk menghadiri sidang di Jakarta. Terkait ketersediaan anggaran untuk penanganan kasus, berikut pendapat dari narasumber dalam penelitian ini,

"Kalau untuk kasus saya kira sudah cukup, dengan waktu yang hanya setahun, lebih dari sekarang juga tidak akan terserap."(S1)

"Kalau semua SDM MKDKI aktif semua, ketersediaan anggaran tidak akan cukup. Penyerapan sudah efektif, tidak ada penyimpangan. Untuk pencapaian tujuan efisiensi agak dikesampingkan. Tidak boros tetapi juga tidak terlalu ketat. Perlu ditingkatkan kedepan ketersediaan anggarannya."(S2)

2. Kegiatan Sosialisasi penegakan disiplin

Sasaran kegiatan sosialisasi penegakan disiplin sebagaimana tercantum dalam Rencana Strategis MKDKI 2008-2013 adalah dokter dan dokter gigi di 33 provinsi di Indonesia. Besaran biaya sosialisasi ini tergantung pada jarak daerah yang dikunjungi.

3. Kegiatan dalam rangka *capacity building*

a. Anggaran untuk peningkatan kemampuan sumber daya manusia MKDKI dilakukan dengan sasaran calon anggota MKDKI-P dan petugas khusus MKDKI.

b. Pengembangan kelembagaan berupa upaya pembentukan MKDKI-P. Pembentukan MKDKI-P merupakan salah satu syarat untuk meningkatkan kinerja MKDKI karena berarti dapat meningkatkan sumber daya manusia yang tersebar di seluruh Indonesia dan akan mempermudah pelaksanaan persidangan di luar kota Jakarta. Berdasarkan UU Praktik Kedokteran dan Peraturan KKI No. 15/KKI/Per/VIII/2006 biaya pelaksanaan tugas-tugas MKDKI dan MKDKI-P dibebankan kepada anggaran KKI. Tetapi pada pelaksanaannya, terdapat permasalahan anggaran yang menghambat pembentukan MKDKI-P.

"Pembentukan MKDKI-P terhambat masalah anggaran, karena UU mengatakan anggaran ada di KKI, tetapi kenyataannya tidak demikian."(S2)

"Hambatan pembentukan MKDKI-P. Hambatan utama adalah ketidakjelasan anggaran. Banyak daerah yang mau membaca di undang-undang itu bahwa dapat dibentuk seakan akan bahwa di bentuk ini semuanya akan menjadi anggaran itu akan dilimpahkan ke KKI. Kenyataannya MKDKI mendapat informasi dari sekretariat bahwa itu tidak bisa."(S6)

Upaya yang dilakukan oleh MKDKI saat ini adalah mendorong tercapainya MoU antara KKI dan kepala pemerintah provinsi untuk membagi beban pembiayaan MKDKI-P.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Evaluasi Kinerja pada Perspektif Publik

6.1.1. Pertumbuhan Jumlah Pengaduan

Pengaduan dugaan pelanggaran disiplin merupakan syarat dimulainya kegiatan penanganan kasus oleh Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) sebagaimana diatur dalam Pasal 64 UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran yang menyebutkan tugas MKDKI adalah untuk menerima pengaduan, memeriksa dan memutuskan kasus pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi yang diajukan.

Jumlah pengaduan yang masuk ke MKDKI mengalami peningkatan setiap tahunnya mulai dari tahun 2006 sampai dengan tahun 2009) dengan total 75 pengaduan. Hal ini sejalan dengan apa yang terjadi di negara-negara yang sudah lebih dulu memiliki mekanisme penegakan disiplin bagi profesi dokter seperti seperti Negara Bagian New York. Berdasarkan laporan dari Office of Professional Medical Conduct (OPMC), jumlah pengaduan yang masuk ke OPMC terus mengalami peningkatan setiap tahunnya dan mencapai 8.222 pengaduan pada tahun 2007 (OPMC, 2007).

Pertumbuhan jumlah pengaduan dalam penelitian ini dimaksudkan untuk melihat tingkat pemanfaatan MKDKI oleh masyarakat saat menduga adanya kesalahan dokter dalam melakukan praktik kedokteran. Jumlah pengaduan tersebut dapat dikategorikan sangat kecil jika dibandingkan dengan jumlah penduduk di Indonesia serta dokter dan dokter gigi yang terregistrasi di Konsil Kedokteran Indonesia (KKI), yaitu 106.431 orang ditahun 2009.

Dikaitkan dengan keberadaan MKDKI yang baru terbentuk di bulan Maret 2006, maka kecilnya jumlah pengaduan ke MKDKI saat ini dapat disebabkan oleh terbatasnya masyarakat yang mengetahui keberadaan MKDKI serta minimnya informasi yang dimiliki masyarakat tentang penegakan disiplin profesi kedokteran oleh MKDKI dan manfaatnya terhadap mutu penyelenggaraan praktik kedokteran. Hal lain yang dapat mempengaruhi pertumbuhan jumlah pengaduan adalah kepercayaan masyarakat kepada MKDKI sebagai institusi penegak disiplin profesi

kedokteran yang anggotanya sebagian besar terdiri dari profesi kedokteran itu sendiri serta kedudukan MKDKI sebagai institusi pemerintah.

Tren peningkatan jumlah pengaduan yang dialami MKDKI saat ini dapat menggambarkan peningkatan pengetahuan masyarakat tentang keberadaan MKDKI yang masih rendah. Tren tersebut belum dapat menggambarkan kesadaran masyarakat tentang manfaat penegakan disiplin profesi kedokteran yang dilakukan oleh MKDKI ataupun tingkat kepercayaan masyarakat kepada MKDKI.

Untuk mencapai salah satu sasaran dalam Rencana Strategis MKDKI 2008-2013 yaitu meningkatnya pemanfaatan MKDKI sebagai lembaga penegak disiplin kedokteran maka para pemangku kepentingan perlu terlebih dahulu menginformasikan tentang keberadaan dan urgensi MKDKI dalam penyelenggaraan praktik kedokteran kepada masyarakat luas. Selain itu, MKDKI juga perlu meningkatkan kinerja pada perspektif proses internal dengan proses yang efektif, efisien, bertanggung jawab (*accountable*) dan berkeadilan (*fairness*). Hal tersebut dilakukan dengan arah pencapaian visi MKDKI sebagai lembaga penegak disiplin profesi kedokteran yang dipercaya dan dihormati.

Untuk mengantisipasi peningkatan jumlah pengaduan yang sangat mempengaruhi kinerja MKDKI pada proses internal, maka MKDKI perlu untuk selalu melakukan inovasi terhadap prosedur penanganan pengaduan yang saat ini telah ada. Inovasi tersebut dimungkinkan sebagai salah satu tugas MKDKI yang diamanahkan oleh Pasal 64 UU Praktik Kedokteran yaitu menyusun pedoman tatacara penanganan pengaduan. Prosedur kerja serta inovasi yang dilakukan dilakukan dengan memperhatikan kapabilitas MKDKI yang saat ini memiliki daya dukung terbatas. Sehingga MKDKI juga perlu meningkatkan kapabilitas MKDKI serta sistem informasi MKDKI yang merupakan ukuran kinerja pada perspektif pembelajaran dan pertumbuhan.

Pemanfaatan data dari pengaduan MKDKI berikut dapat dimanfaatkan baik oleh MKDKI sendiri maupun oleh para pemangku kepentingan dalam meningkatkan mutu penyelenggaraan praktik kedokteran di Indonesia.

1. Masyarakat adalah sumber pengaduan terbesar (91%) dan sebagian (19%) diantaranya menggunakan jasa kuasa hukum.

2. Rumah sakit adalah tempat kejadian terbanyak dalam pengaduan (85%).
3. Dokter spesialis bedah adalah spesialis kedokteran terbanyak (23%) yang diadukan oleh pengadu.
4. Provinsi DKI Jakarta adalah provinsi terbanyak (47%) yang menjadi provinsi tempat kejadian dalam pengaduan.

6.1.2. Kepuasan Publik

Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) dapat dikategorikan sebagai organisasi penyelenggara pelayanan publik yaitu satuan kerja penyelenggara pelayanan publik yang berada di lingkungan institusi penyelenggara negara, korporasi, lembaga independen yang dibentuk berdasarkan undang-undang untuk kegiatan pelayanan publik, dan badan hukum lain yang dibentuk semata-mata untuk kegiatan pelayanan publik.

Sebagai organisasi pelayanan publik, MKDKI dituntut untuk menyelenggarakan pelayanan kepada masyarakat dengan berdasarkan asas kepentingan umum, kepastian hukum, kesamaan hak, keseimbangan hak dan kewajiban, keprofesionalan, partisipatif, persamaan perlakuan/tidak diskriminatif, keterbukaan, akuntabilitas, fasilitas dan perlakuan khusus bagi kelompok rentan, ketepatan waktu, dan kecepatan, kemudahan, dan keterjangkauan.

Berdasarkan UU Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, MKDKI harus memiliki standar pelayanan yaitu tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur.

Kepuasan publik merupakan salah satu ukuran yang dapat digunakan oleh MKDKI dalam menilai kinerjanya. Persepsi publik tentang MKDKI menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi jumlah pengaduan. Pendapat publik dalam hal ini diwakili oleh pengadu dan dokter yang diadukan sebagai pihak masyarakat yang telah mengalami proses di MKDKI.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh MKDKI dalam melaksanakan tugas penegakan disiplin profesi dokter, yaitu:

a. Lama penanganan pengaduan

Peningkatan jumlah pengaduan yang mencapai 89% pada tahun 2009 tidak diiringi dengan peningkatan kecepatan penyelesaian kasus, sehingga banyak kasus yang menumpuk di tahun 2010, walaupun MKDKI telah berupaya untuk menyelesaikan seluruh kasus dengan melakukan persidangan hampir setiap hari kerja dan tanpa membeda-bedakan suatu kasus.

Lama penanganan pengaduan akan mempengaruhi kinerja MKDKI pada perspektif publik. Pada sisi dokter yang diadukan, walaupun MKDKI lamanya penanganan kasus sampai adanya keputusan MKDKI sangat berpengaruh pada kondisi mental dalam menjalankan praktik kedokteran khususnya saat berhadapan dengan pasien. Pada sisi pasien maupun pengadu sangat mengharapkan kejelasan dari pengaduan yang mereka ajukan dan keputusan MKDKI seringkali menjadi harapan untuk menentukan langkah selanjutnya, baik dalam hal pengobatan maupun kelanjutan kasus mereka. Hal yang sangat berkaitan dengan lamanya penanganan pengaduan adalah kinerja MKDKI pada perspektif proses internal yang juga dipengaruhi oleh sistem manajemen kasus serta kapabilitas sumber daya manusia MKDKI yang merupakan kinerja MKDKI pada perspektif pertumbuhan dan pembelajaran.

Sebagai perbandingan, FTP *Panel* pada GMC bekerja dengan skala waktu sebagaimana tercantum dalam dokumen *Case Management* yang dilengkapi dengan skala waktu dan *target listing* yang akan digunakan oleh petugas (*case manager*) pada tiap-tiap langkah. Suatu pengaduan yang masuk ke GMC diharapkan dapat selesai dalam waktu 15 bulan, dimana 9 bulan dalam periode tersebut adalah skala waktu bagi pemeriksa kasus untuk menyerahkan kepada FTP *Panel*. Perlu menjadi catatan bahwa GMC memiliki mekanisme perlindungan masyarakat terhadap praktik kedokteran yang dianggap membahayakan pasien salah satunya dengan penangguhan ijin praktik selama penanganan pengaduan yang dilakukan oleh *Interim Orders Panel* (IOP) (GMC, 2010). Dalam melaksanakan tugasnya FTP *Panel* dalam GMC didukung dengan sumber daya yang memadai yaitu 295 personil FTP *Panel* serta Divisi Investigasi yang dipimpin oleh seorang Manager Investigasi. Selain itu, GMC terus melakukan

perbaikan prosedur guna memudahkan dalam penanganan kasus seperti penerapan *teleconference* dalam pemeriksaan.

Dalam penegakan disiplin profesi kedokteran yang dilakukan MKDKI tidak hanya terdapat kepentingan profesi kedokteran tetapi juga kepentingan masyarakat. Hal tersebut dikarenakan upaya yang dilakukan MKDKI merupakan upaya melindungi pasien dari praktik kedokteran yang buruk melalui pembinaan kepada dokter dan dokter gigi dengan menyingkirkan atau meminimalisir praktik kedokteran yang tidak sesuai dengan pedoman perilaku profesi kedokteran (*bad apple*) (Guwandi, 2007). Lebih jauh, upaya pendisiplinan profesi dokter seharusnya dapat memberikan kontribusi pada perbaikan standar dalam penyelenggaraan praktik kedokteran sebagai pembelajaran dari keputusan yang ditetapkan oleh MKDKI. Mengingat diperlukan waktu yang cukup lama untuk penyelesaian suatu kasus, maka diperlukan adanya mekanisme dalam proses internal yang memberikan keputusan sela untuk menjamin tidak berulangnya korban akibat praktik dokter diduga keras sangat membahayakan pasien.

b. Informasi keberadaan MKDKI

Sosialisasi tentang keberadaan MKDKI kepada masyarakat lebih banyak dilakukan oleh KKI khususnya oleh Divisi Pembinaan, sedangkan MKDKI masih terfokus pada sosialisasi penegakan disiplin profesi kepada para dokter dan dokter gigi yang berpraktik dalam upaya meningkatkan profesionalisme dokter dan mencegah terjadinya pelanggaran disiplin. Sosialisasi tentang MKDKI dan MKDKI-P merupakan salah satu kewenangan MKDKI yang tercantum dalam Pasal 5 Peraturan KKI No. 15/KKI/Per/VIII/2006 tentang Organisasi dan Tata Kerja MKDKI dan MKDKI-P.

Sebagai lembaga yang baru berdiri di bulan Maret 2006, sosialisasi tentang keberadaan MKDKI kepada masyarakat mutlak diperlukan tanpa meniadakan sosialisasi kepada profesi dokter sebagai upaya pencegahan terjadinya pelanggaran disiplin. Upaya tersebut sekaligus untuk memperkenalkan konsep, tujuan, prosedur penegakan disiplin profesi kedokteran oleh MKDKI yang masih sangat minim diketahui baik oleh masyarakat maupun profesi dokter. Sehingga seluruh pihak paham betul tentang tujuan MKDKI adalah untuk melindungi

masyarakat dari praktik kedokteran yang buruk dengan melakukan pembinaan kepada dokter dan dokter gigi dan bukan untuk menyelesaikan sengketa medis.

Keefektifan metode sosialisasi yang dilaksanakan oleh MKDKI saat ini belum dapat bisa diukur karena sasarannya adalah meningkatkan pemahaman dokter/dokter gigi tentang profesionalisme dan disiplin kedokteran. Merujuk pada Rencana Strategis MKDKI 2008-2013, seharusnya program sosialisasi penegakan disiplin oleh MKDKI seharusnya tidak hanya terfokus pada dokter dan dokter gigi yang berpraktik karena tujuan dari program tersebut adalah meningkatnya kesadaran masyarakat untuk memperoleh manfaat dari MDKKI dalam rangka meningkatkan profesionalisme dokter/dokter gigi.

Metode sosialisasi yang digunakan tidak hanya dengan metode tatap muka, tetapi perlu dikembangkan metode yang efektif dan efisien. Berikut enam kegiatan dalam dokumen Rencana Strategis MKDKI 2008-2013 yang perlu dilaksanakan oleh MKDKI terkait dengan program sosialisasi, yaitu:

1. Sosialisasi tentang penegakan disiplin oleh MKDKI ke 33 provinsi dengan sasaran dokter dan dokter gigi.
2. Mengupayakan pemuatan materi penegakan disiplin dalam kegiatan belajar mengajar di fakultas kedokteran dan kedokteran gigi.
3. Melakukan *talk show* di RRI dan radio swasta lain khususnya yang memiliki jangkauan nasional.
4. Mengisi rubrik penegakan disiplin kedokteran di salah satu surat kabar nasional.
5. Mengembangkan dan mengisi rubrik MKDKI pada website KKI.
6. Membuat dan mendistribusikan bahan promosi penegakan disiplin dalam bentuk leaflet, flyer, booklet, dan lain-lain.

Mengacu pada UU Praktik Kedokteran, tugas untuk melakukan pembinaan kepada dokter dan dokter gigi yang ditujukan untuk meningkatkan profesionalisme kedokteran merupakan tugas dari Divisi Pembinaan di KKI serta pihak lain seperti Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan, serta organisasi profesi. Tugas pokok MKDKI sebagai bagian dari KKI sebagaimana tercantum dalam Pasal 64 UU Praktik Kedokteran adalah:

1. Menerima pengaduan, memeriksa, dan memutuskan kasus pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi yang diajukan sebagaimana diatur dalam Pasal 64 UU Praktik Kedokteran; dan
2. Menyusun pedoman dan tata cara penanganan kasus pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi.

Untuk itu, perlu adanya kesepahaman dengan pihak terkait tentang pelaksanaan tugas pembinaan kepada dokter/dokter gigi serta sosialisasi tentang keberadaan MKDKI. Sehingga MKDKI dapat melakukan tugas sebagaimana diamanatkan UU Praktik Kedokteran sebagai fokus utama.

6.2. Evaluasi Kinerja pada Perspektif Proses Internal

6.2.1. Proses Penanganan Pengaduan

MKDKI memiliki dua tugas yang diamanahkan oleh UU Praktik Kedokteran, yaitu :

- 1) Menerima pengaduan, memeriksa, dan memutuskan kasus pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi yang diajukan; dan
- 2) Menyusun pedoman dan tata cara penanganan kasus pelanggaran disiplin dokter dan dokter gigi.

UU Praktik Kedokteran tidak mengatur secara spesifik tentang apa yang disebut dengan pelanggaran disiplin profesi kedokteran serta bagaimana tatacara penanganan kasus pelanggaran disiplin profesi kedokteran. Untuk itu, tata cara penanganan kasus yang diatur dalam Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006 merupakan hasil studi banding anggota MKDKI dan masukan dari berbagai pihak.

Dalam pelaksanaannya, terdapat beberapa hal dalam proses penanganan pengaduan yang kurang sesuai dengan Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006, yaitu:

- 1) Secara eksplisit, pimpinan MKDKI dapat menentukan ada tidaknya kewenangan MKDKI pada suatu pengaduan berdasarkan waktu kejadian dalam pengaduan dan untuk pengaduan yang telah ditangani oleh dinas kesehatan/menteri kesehatan. Pada pelaksanaannya, seluruh kegiatan tersebut dilakukan oleh MPA.

- 2) Pasal 4 ayat (3) Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006 menyebutkan bahwa Ketua MKDKI dapat meminta pengadu untuk menghadap langsung jika dianggap perlu. Selanjutnya dalam Bab Pengaduan Pasal 5 Peraturan KKI tersebut menyebutkan pengaduan yang tidak dapat diproses di MKDKI yaitu :
 - (a) Saat terjadinya tindakan dokter atau dokter gigi setelah diundangkannya UU Praktik Kedokteran yaitu pada tanggal 6 Oktober 2004.
 - (b) Dugaan pelanggaran disiplin tersebut telah diadakan atau sedang diperiksa pada Dinas Kesehatan Provinsi atau Menteri (banding). Pengaduan dugaan pelanggaran disiplin kedokteran kepada Dinas Kesehatan Provinsi dan Menteri untuk banding merupakan salah satu ketentuan peralihan UU Praktik Kedokteran (Pasal 83) yang mengatur pengaduan dugaan pelanggaran disiplin sebelum terbentuknya MKDKI. Pengaduan tersebut tidak dapat diadakan kembali ke MKDKI.
- 3) Pada proses pemeriksaan disiplin, dokter yang diadakan dapat menghadiri seluruh sidang pemeriksaan. Pada pelaksanaannya, dokter teradu hanya menghadiri persidangan MKDKI pada saat diminta keterangannya dan pada saat pembacaan keputusan.
- 4) Dokter yang diadakan dapat mengajukan ahli untuk memberikan keterangan dalam persidangan MPD atas persetujuan ketua MPD. Pada pelaksanaannya, ahli ditunjuk dan ditetapkan oleh majelis tanpa ada usulan dari dokter yang diadakan. Dianggap dokter tersebut mengetahui haknya dengan diterbitkannya Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006 sehingga majelis tidak merasa perlu untuk memberitahukan hal tersebut secara lisan.
- 5) Dokter yang diadakan memiliki hak untuk menyampaikan kesimpulan akhir dalam persidangan. Pada pelaksanaannya, dokter memiliki kesempatan untuk membuat tanggapan akhir secara tertulis setelah MKDKI mengirimkan resume sidang pemeriksaan.

Hendaknya evaluasi terhadap proses penegakan disiplin oleh MKDKI seharusnya memperhatikan penerapan dari Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006. Pada kenyataannya terdapat hal-hal yang diusulkan untuk perbaikan kinerja proses internal tetapi sudah terdapat dalam Peraturan tersebut. Selain itu, perlu mengadakan studi banding ke negara-negara lain yang telah

memiliki sistem penegakan disiplin profesi kedokteran yang telah berjalan cukup lama seperti Inggris dan Belanda. Di negara-negara tersebut, upaya penegakan disiplin tidak lepas dari tuntutan masyarakat kepada profesi kedokteran untuk lebih terbuka dengan apa yang dilakukan pada penegakan disiplin profesi kedokteran. Tidak hanya pada kedua negara tersebut, Singapura merupakan salah satu negara yang sedang melakukan reformasi terhadap sistem penegakan disiplin profesi kedokteran dalam rangka memenuhi tuntutan perlindungan pasien serta keterbukaan publik (Lim, 2010). Berikut beberapa prinsip proses internal yang perlu diperhatikan oleh MKDKI :

1. Memperjelas prosedur penerimaan pengaduan, khususnya pemenuhan kelengkapan pengaduan.
2. Menetapkan target waktu penanganan berdasarkan pengalaman empiris MKDKI selama tahun 2006 sampai tahun 2010 serta studi banding pada negara lain yang memiliki lembaga dengan kondisi dan situasi yang serupa dengan MKDKI. Penetapan target waktu tersebut dilakukan dengan membedakan kasus berdasarkan kompleksitasnya. Sebagai acuan, General Medical Council (GMC) di Inggris dengan dukungan sumber daya yang memadai menetapkan batas waktu 15 bulan untuk penanganan suatu kasus.
3. Lama penanganan pengaduan perlu memperhatikan upaya perlindungan kepada masyarakat dari dokter yang diduga melakukan praktik yang dapat membahayakan kesehatan masyarakat. Salah satu contoh yang dilakukan GMC adalah penangguhan ijin praktik dengan pembatasan kompetensi tertentu.
4. Mengupayakan proses yang berkeadilan bagi masyarakat dan profesi dokter. Berbeda dengan penyelenggaraan penegakan disiplin di negara lain, MKDKI tidak memiliki mekanisme banding. Terhadap keputusan bersalah, seorang dokter diberikan kesempatan untuk menyampaikan keberatan dalam jangka waktu 30 hari. Keberatan tersebut akan diperiksa oleh Majelis yang sama yang sebelumnya menangani pengaduan tersebut pada tahap pemeriksaan disiplin. di MKDKI, pengadu maupun masyarakat tidak memiliki hak mengajukan keberatan terhadap keputusan MKDKI. Pada negara-negara Inggris, Belanda, dan Negara bagian New York Amerika Serikat, penegakan disiplin profesi

kedokteran memiliki mekanisme banding yang dapat diajukan baik oleh dokter yang diadakan maupun oleh masyarakat yang diwakili oleh suatu badan.

5. Perlu menyusun dan melaksanakan prosedur penanganan pengaduan yang efektif, efisien, bertanggung jawab serta berkeadilan sebagai salah satu tujuan dari Rencana Strategis MKDKI 2008-2013 yaitu terselenggaranya proses penanganan kasus dugaan pelanggaran disiplin kedokteran secara efektif dan efisien dengan kualitas keputusan yang tepat.

Proses penanganan pengaduan merupakan inti dari proses internal MKDKI yang memerlukan dukungan sistem, sumber daya manusia, serta ketersediaan anggaran. Kinerja MKDKI pada proses ini akan mempengaruhi kepercayaan masyarakat pada MKDKI sebagai pengawal profesionalisme dokter dan dokter gigi. Pelaksanaan penanganan pengaduan secara efektif dan efisien merupakan salah satu upaya dalam pencapaian visi MKDKI sebagai lembaga penegak disiplin kedokteran yang dipercaya dan dihormati.

6.2.2. Proses Pelaksanaan Keputusan MKDKI

Dalam Prosedur Kerja MKDKI disebutkan bahwa pelaksanaan keputusan merupakan esensi terpenting dan puncak dari suatu perkara yang diharapkan dapat memberi dampak positif bagi peningkatan pengetahuan, keterampilan dan perilaku profesional (*knowledge, skill and attitude*) dokter dan dokter gigi. Tegasnya keputusan MKDKI harus didukung oleh tegasnya pelaksanaan keputusan MKDKI oleh pihak-pihak yang berwenang. Tegasnya pelaksanaan keputusan itulah yang dapat memberikan efek jera bagi pihak yang dikenakan sanksi serta menegaskan kedudukan dan kredibilitas MKDKI dikalangan profesi kedokteran pada umumnya.

Baik MKDKI maupun KKI telah memiliki mekanisme pelaksanaan keputusan baik internal maupun yang melibatkan pihak diluar KKI (eksternal). Tetapi pada pelaksanaannya, tidak ada sistem monitoring pelaksanaan keputusan yang baik. Setelah KKI mengukuhkan pencabutan STR, sulit untuk mengetahui apakah dokter yang bersangkutan tetap berpraktik atau tidak walaupun jika terjadi demikian bisa diartikan dokter yang bersangkutan melanggar ketentuan pidana dalam UU Praktik Kedokteran karena berpraktik tanpa STR.

Sistem monitoring pelaksanaan keputusan seharusnya terintegrasi dengan sistem registrasi yang mencakup dinas kesehatan kabupaten/kota sebagai pihak yang mengeluarkan surat izin praktik. Pelibatan dinas kesehatan kabupaten/kota dalam sistem monitoring pelaksanaan keputusan MKDKI sangat penting karena pihak inilah yang paling dapat mencapai dokter/dokter gigi yang berpraktik di daerahnya.

Perlu adanya koordinasi yang sangat baik antara petugas MKDKI dengan unit pendukung di Sekretariat KKI yang bertugas mengawal pelaksanaan keputusan MKDKI. Berbeda dengan beberapa negara lain, dimana unit pendukung lembaga penegak disiplin profesi kedokteran juga memiliki tugas pelaksanaan keputusan lembaga tersebut, pelaksanaan keputusan MKDKI didukung oleh personil sekretariat yang berbeda dan tidak terkoordinasi walaupun masih berada dalam sebuah Sekretariat KKI.

6.2.3. Inovasi yang Berorientasi pada Publik

Penanganan terhadap suatu pengaduan yang masuk ke MKDKI dimulai sejak Lama penanganan pengaduan merupakan salah satu hal yang menjadi penilaian publik terhadap kinerja MKDKI. Saat ini lama penanganan pengaduan di MKDKI mencapai 2 tahun 5 bulan. Dibandingkan dengan FTP Panel pada GMC yang menetapkan skala waktu 15 bulan untuk penyelesaian suatu pengaduan, dimana 9 bulan dalam periode tersebut adalah skala waktu bagi pemeriksa kasus untuk menyerahkan kepada FTP *Panel*, maka MKDKI dengan jumlah pengaduan yang jauh lebih kecil dari GMC tetapi juga dengan sumber daya yang terbatas saat ini perlu meningkatkan sistem manajemen kasus. Berikut beberapa usulan perubahan tatacara penanganan kasus berdasarkan Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006:

- 1) Dialihkannya beberapa kewenangan MPA kepada pimpinan MKDKI dalam memilah pengaduan yang dapat dilanjutkan pada proses berikutnya yaitu,
 - (a) Kasus yang dengan jelas diketahui tanggal kejadian dalam pengaduan terjadi sebelum 6 Oktober 2004.

- (b) Dokter yang diadukan tidak terregistrasi di KKI berdasarkan hasil verifikasi yang sudah harus memeriksa nomor registrasi dokter yang diadukan.
- 2) Memperluas kewenangan MPA yang semula hanya memutuskan yurisdiksi MKDKI pada suatu pengaduan menjadi MPA dapat memutuskan ada tidaknya pelanggaran disiplin profesi dan memberikan sanksi disiplin pada tingkat yang ringan. Hal ini dilakukan pada kasus dengan tingkat kompleksitas sangat sederhana dan telah mendapatkan pengakuan dari dokter yang diadukan. Dengan demikian tidak semua kasus yang diterima akan melalui proses panjang pada Majelis Pemeriksa Disiplin.
 - 3) Sesuai dengan tujuan penegakan disiplin profesi kedokteran yaitu melindungi masyarakat dari praktik kedokteran yang buruk dengan upaya pembinaan kepada dokter dan dokter gigi, maka perlu ada mekanisme penangguhan registrasi dan ijin praktik dokter yang diadukan selama proses penanganan disiplin yang demikian lama dengan alasan kesehatan dan keselamatan masyarakat.
 - 4) Menegakkan asas keadilan bagi pengadu maupun teradu, sehingga resume sidang pemeriksaan diberikan kepada baik teradu maupun pengadu serta memberikan kesempatan yang sama untuk pengajuan keberatan terhadap keputusan MKDKI baik oleh teradu maupun oleh pengadu.

Perubahan tata cara dan prosedur penanganan kasus di MKDKI perlu memperhatikan asas perlindungan kepada masyarakat sebagai penerima jasa pelayanan medis serta asas pembinaan kepada profesi dokter sebagai pemberi pelayanan medis. Salah satu permasalahan yang menjadi perhatian publik adalah lama penanganan pengaduan. Penetapan batas/target waktu untuk penanganan pengaduan merupakan hal penting bagi peningkatan kinerja MKDKI. Hal tersebut dapat ditetapkan berdasarkan pengalaman empiris dari proses penanganan pengaduan yang telah dilaksanakan \pm 4 tahun sebagai bahan untuk membuat sistem manajemen kasus yang memuat target waktu penanganan pengaduan. Penetapan target waktu tersebut perlu memperhatikan kompleksitas kasus yang menjadi salah satu faktor lamanya penanganan sebuah pengaduan.

MKDKI dapat mengadopsi beberapa mekanisme penegakan disiplin profesi kedokteran yang berlaku pada negara-negara lain yang telah cukup lama memiliki lembaga penegakan disiplin profesi kedokteran seperti Inggris, Belanda, dan Amerika (New York). Di negara-negara tersebut, terdapat mekanisme banding terhadap keputusan lembaga penegak disiplin profesi kedokteran.

6.3. Evaluasi Kinerja pada Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

6.3.1. Kapabilitas Anggota dan Petugas MKDKI

Ketersediaan sumber daya manusia merupakan permasalahan yang sangat penting di MKDKI. Dari sisi anggota MKDKI, UU Praktik Kedokteran telah menentukan jumlah anggota MKDKI sebanyak 11 orang. Berdasarkan data dari pengaduan yang masuk ke MKDKI, diketahui jumlah aduan terhadap profesi dokter jauh lebih tinggi (96%) dibandingkan dengan jumlah aduan terhadap profesi dokter gigi (4%). Untuk itu, kebutuhan MKDKI akan anggota majelis yang berasal dari profesi dokter sangat tinggi untuk menangani kasus kedokteran.

Permasalahan yang dihadapi adalah aturan UU Praktik Kedokteran yang menetapkan bahwa anggota MKDKI terdiri dari 11 orang dengan komposisi profesi dokter dan dokter gigi yang berimbang. Permasalahan lain adalah tidak adanya ketentuan melepaskan atau memiliki jabatan lain di luar MKDKI pada saat diangkat atau selama menjadi anggota MKDKI. Saat ini anggota MKDKI yang aktif bersidang berjumlah 8 orang dengan komposisi 3 orang dokter, 4 orang dokter gigi, dan 1 sarjana hukum. Dan pengaduan yang saat ini ditangani MKDKI berjumlah 54 pengaduan aktif dengan perbandingan 96% lebih besar pengaduan terhadap profesi dokter. Penambahan jumlah anggota MKDKI dari profesi kedokteran diharapkan dapat dilakukan dengan pembentukan sejumlah MKDKI-P. Hal tersebut dimungkinkan karena MKDKI-P memiliki kedudukan yang sama dengan MKDKI dan merupakan perpanjangan tangan dari MKDKI.

Terkait dengan unit pendukung MKDKI, perlu adanya sekretariat MKDKI yang khusus membantu MKDKI. Saat ini, unit pendukung MKDKI merupakan jabatan setingkat eselon 4a yaitu Sub Bagian Persidangan pada Bagian Pelayanan Hukum Sekretariat KKI. Jumlah personil yang ada saat ini berjumlah 7 orang termasuk 1 orang Kepala Sub Bagian Persidangan. Khusus penanganan

pengaduan, MKDKI ditunjang oleh 4 orang petugas khusus yang membantu majelis menangani 54 pengaduan aktif saat ini.

6.3.2. Peningkatan Kapabilitas MKDKI

Untuk mengatasi keterbatasan jumlah anggota MKDKI yang telah ditetapkan 11 orang dalam UU Praktik Kedokteran, maka Pembentukan MKDKI-P dapat menjadi salah satu solusi dengan catatan pengaturan oleh KKI dibuat dengan berbasis data dan lebih fleksibel. MKDKI-P dapat dibentuk dengan beberapa pertimbangan sebagaimana disebutkan dalam UU Praktik Kedokteran dan Peraturan KKI No. 15/KKI/Per/VIII/2006, yaitu:

1. Luas wilayah provinsi;
2. Jumlah dokter dan dokter gigi di wilayah provinsi;
3. Jumlah pengaduan pada provinsi tersebut; dan/atau
4. Jarak provinsi dengan ibukota Negara republik Indonesia.

Pembentukan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia di tingkat Provinsi (MKDKI-P) merupakan salah satu bentuk pengembangan lembaga yang dapat dibentuk berdasarkan UU Praktik Kedokteran. Dalam Rencana Strategis MKDKI 2008-2013 ditetapkan sasaran pembentukan MKDKI-P sebanyak 10 provinsi sebagai salah satu sasaran dari strategi pengembangan jaringan kerja MKDKI pada tingkat regional. Pada saat penelitian dilakukan, telah terbentuk 1 (satu) MKDKI-P di provinsi Jawa Tengah.

UU Praktik Kedokteran tidak mengatur secara spesifik tentang MKDKI-P sehingga pengaturan lebih lanjut tentang MKDKI-P dilakukan oleh KKI yang saat ini telah mengeluarkan Peraturan KKI No. 15/KKI/Per/VIII/2006 tentang Organisasi dan Tata Kerja MKDKI dan MKDKI-P. Dalam peraturan tersebut keanggotaan MKDKI-P terdiri dari 2 orang dokter dan 2 orang dokter gigi serta 1 orang sarjana hukum. Dengan susunan organisasi terdiri dari ketua dan sekretaris MKDKI-P. Pengaturan tentang MKDKI-P seharusnya dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan MKDKI saat ini berdasarkan data empiris yaitu kebutuhan pada tenaga majelis yang berasal dari profesi dokter.

Untuk peningkatan kemampuan dibutuhkan khususnya untuk petugas MKDKI yang memiliki latar belakang pendidikan yang beragam. Program

peningkatan kemampuan tersebut harus disesuaikan dengan kebutuhan petugas khusus MKDKI, yaitu:

1. Keterampilan komunikasi yang baik;
2. Keterampilan investigatif;
3. Keterampilan pembuatan laporan dan transkrip sidang pemeriksaan;
4. Keterampilan administrasi yang baik;
5. Pengetahuan tentang asuhan medis;
6. Pengetahuan dan pemahaman tentang upaya penegakan disiplin oleh MKDKI.

Selain peningkatan kemampuan, pengembangan unit penunjang MKDKI merupakan salah satu prasyarat dalam meningkatkan kinerja MKDKI sebagaimana disebutkan dalam Rencana Strategis MKDKI 2008-2013. Untuk mencapai tujuan terselenggaranya proses penanganan kasus dugaan pelanggaran disiplin kedokteran secara efektif dan efisien dengan kualitas keputusan yang tepat, Rencana Strategis MKDKI 2008-2013 mensyaratkan pembentukan unit sekretariat MKDKI yang mandiri sebagai bagian dari Sekretariat KKI. Berikut merupakan bentuk pengembangan yang dapat dilakukan terhadap unit pendukung MKDKI, yaitu:

1. Peningkatan kapabilitas dan kompetensi Sub Bagian Persidangan yang semula setingkat eselon 4 menjadi jabatan setingkat eselon 3 dibawah Sekretaris KKI dengan membentuk 3 sub bagian dibawahnya yaitu sub bagian tata usaha, sub bagian penerimaan pengaduan, dan sub bagian persidangan. Permasalahan yang dihadapi saat ini adalah pembatasan yang diberikan oleh peraturan perundang-undangan. Secara teknis administratif Sekretariat KKI merupakan unit dibawah Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 1442/Menkes/Per/X/2005 walaupun kesekretariatan MKDKI tidak tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Menteri kesehatan No. 439/Menkes/Per/VI/2009. Sebagai unit pendukung KKI yang bersifat independen, seharusnya sekretariat KKI dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan KKI dan MKDKI tanpa pembatasan yang berlaku pada organisasi kementerian yang diatur dalam Peraturan Presiden No. 47 Tahun

2009 tentang Pembentukan dan Organisasi Kementerian Negara. Pasal 32 Peraturan Presiden tersebut membatasi pembentukan Bagian (unit setingkat eselon 3) pada Biro (unit setingkat eselon 2) sebanyak 4 Bagian dengan masing-masing memiliki 3 sub bagian (unit setingkat eselon 4). Sekretariat KKI saat ini telah memiliki 4 Bagian (eselon 3a) dan masing-masing memiliki 3 sub bagian (eselon 4a). Dengan memperhatikan kebutuhan KKI sebagai lembaga independen, maka perlu diupayakan pembentukan unit setingkat eselon 3 pada Sekretariat KKI yang khusus menjadi unit pendukung MKDKI.

2. Kompetensi petugas yang mendukung MKDKI perlu ditingkatkan dengan pengetahuan tentang teknis medis penanganan pasien untuk keperluan penyusunan resume pemeriksaan. Hal tersebut dapat dilakukan dengan pengarahan serta pelatihan dari anggota majelis. Pembatasan kompetensi sarjana hukum sebagai tenaga pendukung pada pemeriksaan disiplin sebagaimana disebutkan dalam Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006 tidak sesuai dengan kebutuhan MKDKI, karena salah satu kompetensi yang dibutuhkan untuk membantu majelis adalah pengetahuan dengan teknis medis penanganan pasien dan hukum. Sehingga petugas MKDKI dapat berlatar belakang hukum maupun medis baik dokter maupun perawat yang telah memiliki pengalaman praktik.
3. Pengembangan jabatan fungsional petugas MKDKI dalam unit pendukung MKDKI yang menjadi kelompok jabatan fungsional dibawah Sekretaris KKI. Dengan pengembangan jabatan fungsional, diharapkan MKDKI dapat merekrut tenaga pendukung sesuai kebutuhan. Penambahan jumlah petugas MKDKI serta penegasan tentang tugas dan fungsinya sebagai sekretaris atau panitera persidangan adalah suatu keharusan untuk meningkatkan kinerja proses internal MKDKI. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 16 Tahun 1994 Tentang Jabatan Fungsional Pegawai Negeri Sipil, penetapan jabatan dan angka kredit jabatan fungsional dilakukan oleh Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dengan memperhatikan:
 - a) usul dari pimpinan instansi pemerintah yang bersangkutan
 - b) terlebih dahulu mendapat pertimbangan teknis secara tertulis dari Kepala Badan Administrasi Kepegawaian Negara

c) mengacu pada rumpun jabatan yang ditetapkan oleh Presiden.

Saat ini terdapat 25 rumpun jabatan fungsional yang ditetapkan oleh Keputusan Presiden Republik Indonesia No. 87 Tahun 1999 Tentang Rumpun Jabatan Fungsional Pegawai Negeri Sipil serta 101 macam jabatan fungsional yang terdaftar di Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara. Pembentukan jabatan fungsional untuk petugas MKDKI harus diupayakan dengan pengusulan kepada Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara.

Upaya pengembangan unit pendukung MKDKI perlu dilakukan oleh Sekretariat KKI sebagai u... penunjang KKI dan MKDKI.

6.3.3. Kapabilitas Sistem Informasi

Sistem informasi penanganan kasus yang saat ini ada di MKDKI dirasakan sangat kurang oleh beberapa narasumber. Sistem informasi tersebut masih bersifat manual dan tidak ada penanggung jawab khusus yang bertugas meng up-date data dalam alat yang digunakan dalam sistem informasi MKDKI saat ini. Perlu adanya sistem informasi yang dapat membantu anggota maupun petugas MKDKI untuk mendapatkan informasi terkini tentang penanganan pengaduan. Dengan sistem informasi penanganan pengaduan dan mekanisme pelaporan yang sistematis, diharapkan dapat menghindari terjadinya penumpukan kasus di MKDKI.

Informasi yang dibutuhkan secara periodik oleh MKDKI adalah jumlah pengaduan yang masuk, jumlah pengaduan yang sedang ditangani, jumlah daerah tempat kejadian dalam pengaduan. Secara khusus, pimpinan MKDKI juga membutuhkan sistem informasi yang dapat memantau dan memperlihatkan kinerja masing-masing anggota MKDKI dalam penyelesaian kasus. Dengan sistem informasi tersebut juga diharapkan dapat membantu manajemen penanganan pengaduan sehingga dapat menjadi acuan dalam penyusunan jadwal persidangan yang dilakukan secara periodik.

Pada penelitian ini dikembangkan program komputer yang dapat dijadikan database pengaduan serta penanganannya di MKDKI. Sistem informasi yang sesuai dengan kebutuhan MKDKI dapat menjadi langkah dalam strategi pengembangan tata kelola yang baik (*good governance*) dalam penyelenggaraan organisasi dan manajemen MKDKI. Hal tersebut dapat membantu pencapaian salah satu tujuan dalam Rencana Strategis MKDKI 2008-2013 yaitu

terselenggaranya proses penanganan kasus dugaan pelanggaran disiplin kedokteran secara efektif dan efisien dengan kualitas keputusan yang tepat.

6.4. Evaluasi Kinerja pada Perspektif Keuangan

Berdasarkan Keputusan Kepala Lembaga Administrasi Negara Nomor 589/IX/6/Y/99 tentang Pedoman Penyusunan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, maka realisasi anggaran kegiatan MKDKI pada tahun 2006 (71%) dan tahun 2009 (77%) berada dalam kriteria baik (70% - 85%=Berhasil), sedangkan pada tahun 2007 (19%) dalam kriteria kurang baik dan tahun 2008 (63%) dalam kriteria sedang. Namun hal tersebut tidak dapat menggambarkan efektifitas dan efisiensi penggunaan anggaran oleh MKDKI.

Ketersediaan anggaran MKDKI secara garis besar ditujukan pada tiga macam kategori kegiatan, yaitu :

1. Kegiatan penanganan pengaduan oleh MKDKI, disediakan untuk membiayai tugas investigasi, persidangan di Jakarta, persidangan di luar kota Jakarta, honorarium saksi ahli.
2. Kegiatan sosialisasi ketentuan MKDKI, dilakukan di beberapa ibukota provinsi.
3. Kegiatan *capacity building*, antara lain mencakup kegiatan peningkatan kualitas SDM MKDKI, upaya pembentukan MKDKI di tingkat provinsi, serta penyusunan rencana strategis MKDKI.

Ketersediaan anggaran MKDKI lebih banyak dianggarkan untuk kegiatan penanganan pengaduan tetapi penyerapan anggaran lebih banyak pada kegiatan sosialisasi dan *capacity building*. Hal tersebut disebabkan karena penyerapan pada kegiatan penanganan pengaduan sangat bergantung pada beberapa hal sebagai berikut :

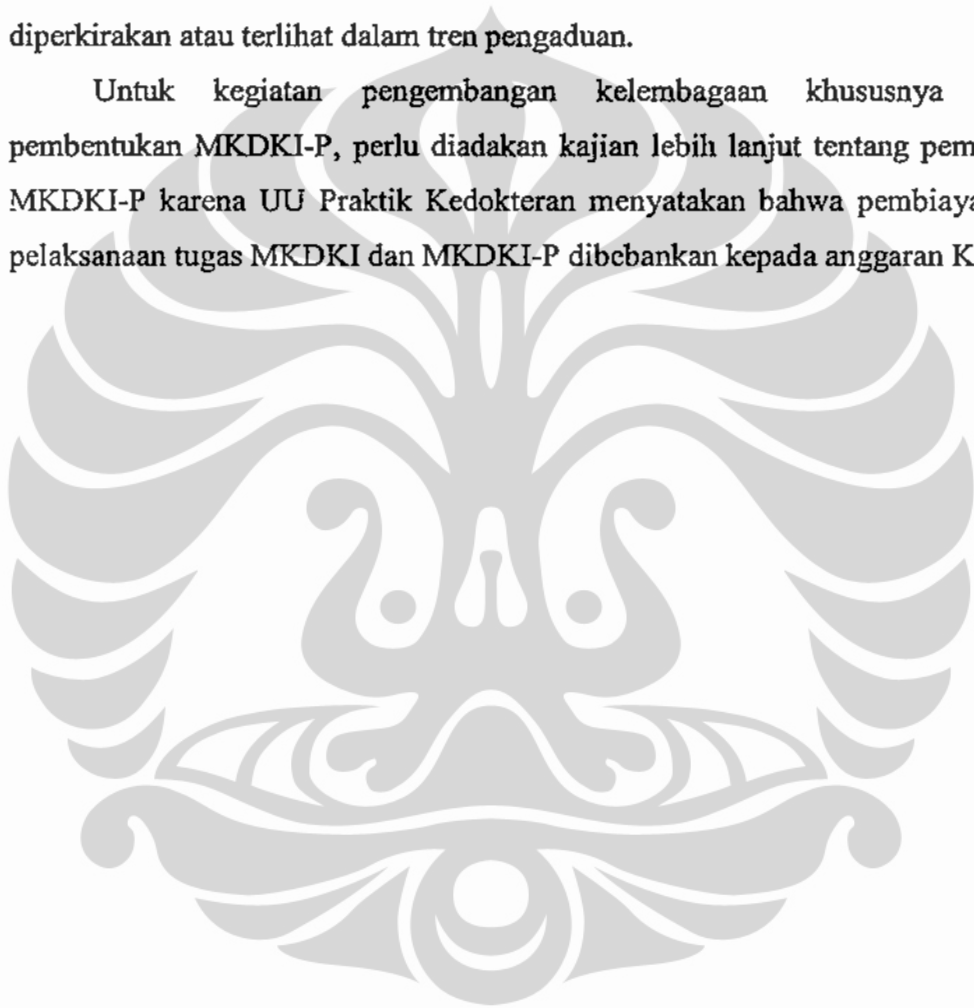
1. Jumlah pengaduan yang diterima
2. Daerah tempat kejadian dalam pengaduan
3. Jumlah pengaduan yang sedang ditangani pada suatu tahun anggaran.

Untuk itu, perlu ada perencanaan yang baik terhadap program dan kegiatan tahun berikutnya khususnya terkait program penanganan pengaduan dan pengembangan organisasi (pembentukan MKDKI-P). Tren jumlah pengaduan dapat dijadikan salah satu pertimbangan dalam penyusunan rencana kerja tahun

berikutnya sehingga dapat memperkirakan dengan baik ketersediaan dan penyerapan anggaran.

Selain itu, perlu ada sistem anggaran yang lebih fleksibel untuk penanganan kasus di MKDKI. Walaupun jumlah pengaduan dapat diperkirakan dari tren pengaduan, tetapi besar dana yang diperlukan dalam penanganan kasus juga terkait dengan daerah tempat kejadian dalam pengaduan yang tidak dapat diperkirakan atau terlihat dalam tren pengaduan.

Untuk kegiatan pengembangan kelembagaan khususnya tentang pembentukan MKDKI-P, perlu diadakan kajian lebih lanjut tentang pembiayaan MKDKI-P karena UU Praktik Kedokteran menyatakan bahwa pembiayaan atas pelaksanaan tugas MKDKI dan MKDKI-P dibebankan kepada anggaran KKI.



BAB 7

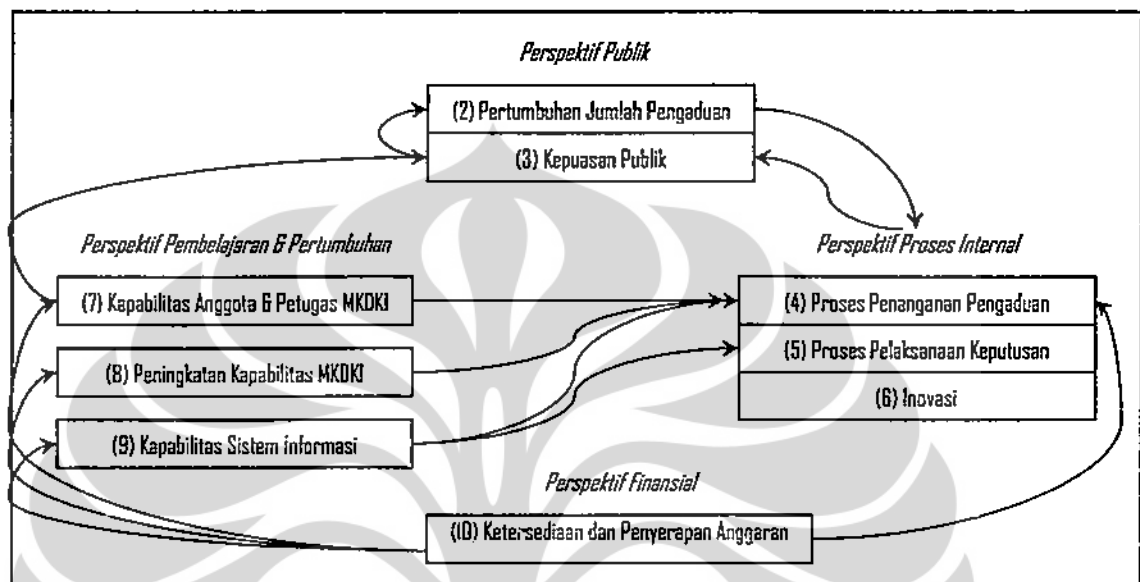
KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

- a. Kinerja MKDKI secara keseluruhan sangat bergantung pada beberapa indikator berikut yang dikelompokkan dengan pendekatan *Balanced Scorecard* ke dalam empat perspektif. Indikator tersebut ditetapkan dengan memperhatikan UU Praktik Kedokteran beserta peraturan pelaksanaannya serta Rencana Strategis MKDKI 2008-2013.
 - 1) perspektif publik dengan indikator pertumbuhan jumlah pengaduan dan kepuasan publik.
 - 2) perspektif proses internal dengan indikator proses penanganan pengaduan, proses pelaksanaan keputusan serta inovasi yang berorientasi pada publik.
 - 3) Perspektif pembelajaran dan pertumbuhan dengan indikator kapabilitas anggota dan petugas MKDKI, peningkatan kapabilitas MKDKI, serta kapabilitas sistem informasi.
 - 4) Perspektif finansial dengan indikator ketersediaan dan penyerapan anggaran.
- b. Terdapat hubungan pada masing-masing indikator yang saling mempengaruhi kinerja MKDKI, yaitu:
 - a) Pertumbuhan jumlah pengaduan mempengaruhi kinerja MKDKI pada perspektif proses internal serta perspektif finansial. Pertumbuhan jumlah pengaduan dipengaruhi oleh kepuasan publik terhadap kinerja MKDKI pada proses internal dan kinerja pada perspektif pembelajaran dan pertumbuhan.
 - b) Kinerja MKDKI pada perspektif proses internal dipengaruhi oleh pertumbuhan jumlah pengaduan, kinerja MKDKI pada perspektif pertumbuhan dan pembelajaran serta perspektif finansial.
 - c) Kinerja MKDKI pada perspektif pembelajaran dan pertumbuhan mempengaruhi kinerja pada proses internal. Kinerja MKDKI pada perspektif pembelajaran dan pertumbuhan dipengaruhi oleh ketersediaan anggaran.

- d) Kinerja MKDKI pada perspektif finansial mempengaruhi kinerja pada proses internal dan kinerja pada perspektif pembelajaran dan pertumbuhan.

Gambar 7.1. Hubungan Empat Perspektif *Balanced Scorecard* pada Evaluasi Kinerja MKDKI



- c. Pengaduan yang diterima oleh MKDKI merupakan dasar MKDKI melakukan penegakan disiplin profesi kedokteran sebagaimana diatur dalam UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Jumlah pengaduan dugaan pelanggaran disiplin profesi kedokteran yang diterima oleh MKDKI cenderung mengalami peningkatan setiap tahunnya dan menuntut peningkatan kinerja MKDKI pada perspektif internal.
- d. Hal yang menjadi perhatian dalam kepuasan publik adalah lama penanganan pengaduan serta minimnya informasi tentang keberadaan MKDKI dan proses penanganan pengaduan. Lama penanganan pengaduan di MKDKI berkaitan dengan kepastian bagi dokter yang diadukan, sedangkan masyarakat berharap adanya tindakan segera dari MKDKI sebagai upaya perlindungan masyarakat dari tindakan dokter yang dianggap dapat membahayakan pasien. Informasi tentang keberadaan MKDKI harus disampaikan kepada masyarakat untuk meningkatkan pemanfaatan MKDKI sebagai lembaga penegak disiplin kedokteran.
- e. Proses penanganan pengaduan dan penyusunan tata cara penanganan pengaduan merupakan tugas utama MKDKI sebagaimana diamanahkan Pasal 64 UU Praktik Kedokteran. Pelaksanaan penanganan pengaduan di MKDKI

telah dilaksanakan sesuai dengan Peraturan KKI No. 16/KKI/Pet/VIII/2006. prosedur penanganan pengaduan di MKDKI dapat dikategorikan ke dalam proses penerimaan pengaduan, pemeriksaan awal, dan pemeriksaan disiplin. MKDKI belum menetapkan batas waktu untuk keseluruhan penanganan pengaduan tersebut. Lama penanganan kasus tergantung pada kompleksitas kasus dan volume kasus yang sedang ditangani MKDKI. MKDKI telah melakukan upaya perbaikan tata cara serta prosedur kerja penanganan pengaduan sebagai inovasi yang menjadi tugas MKDKI sebagaimana tercantum dalam Pasal 64 UU Praktik Kedokteran.

- f. MKDKI memiliki keterbatasan sumber daya manusia baik dari keanggotaan majelis maupun petugas. Jumlah majelis dalam MKDKI telah menjadi ketetapan dalam UU Praktik Kedokteran yaitu 11 (sebelas) orang yang terdiri dari unsur dokter, dokter gigi, dan sarjana hukum. Beberapa anggota yang memiliki tugas lain di luar MKDKI yang berpengaruh pada kinerja MKDKI khususnya pada penanganan kasus yang mengadukan profesi kedokteran. Upaya peningkatan kapabilitas MKDKI khususnya terkait anggota, dilakukan dengan pengembangan jaringan kerja MKDKI pada tingkat regional dengan pembentukan MKDKI di tingkat provinsi, namun upaya tersebut menghadapi hambatan masalah anggaran untuk pembiayaan MKDKI-P. Pada saat ini baru terbentuk satu MKDKI-P di Jawa Tengah.
- g. Jumlah petugas MKDKI (staf KKI yang diperbantukan di MKDKI) pada saat ini berjumlah 4 (empat) orang dengan latar belakang sarjana hukum, sarjana kesehatan masyarakat, dan dokter gigi. Peningkatan kompetensi petugas khusus yang diperlukan oleh majelis adalah pengetahuan teknis medis. Beban kerja petugas khusus MKDKI saat ini adalah membantu majelis dalam penanganan pengaduan aktif sebanyak 54 kasus. Pengembangan kapabilitas unit pendukung MKDKI dapat dilakukan dengan peningkatan unit penunjang MKDKI yang mandiri sebagai bagian dari Sekretariat KKI sesuai dengan Rencana Strategis MKDKI 2008-2013.
- h. Kapabilitas sistem informasi yang ditujukan untuk mendapatkan informasi terkini tentang proses penanganan pengaduan di MKDKI belum memadai dan

belum terkomputerisasi. Pembuatan laporan rutin dilakukan dengan penghitungan secara manual.

- i. Anggaran kegiatan penegakan disiplin oleh MKDKI saat ini dibebankan pada APBN Departemen Kesehatan DIPA Sekretariat KKI. Ketersediaan anggaran untuk kegiatan MKDKI terfokus pada 3 kegiatan utama yaitu, penanganan pengaduan, sosialisasi, serta *capacity building*.
- j. Penyerapan anggaran pada kegiatan sosialisasi dan *capacity building* pada tiap tahunnya mencapai 90%, sedangkan penyerapan anggaran pada kegiatan penanganan pengaduan mengalami peningkatan setiap tahunnya seiring dengan jumlah pengaduan yang diterima oleh MKDKI. Salah satu faktor yang mempengaruhi penyerapan anggaran pada kegiatan penanganan kasus adalah jumlah pengaduan dan tempat kejadian pengaduan. Hal lain yang mempengaruhi penyerapan penanganan kasus adalah besarnya biaya persidangan 1 kasus.

7.2. Saran

- a. Pemanfaatan MKDKI sebagai lembaga penegak disiplin kedokteran sebagaimana disebutkan dalam Rencana Strategis MKDKI 2008-2013 dapat diwujudkan dengan penyebaran informasi tentang keberadaan MKDKI kepada masyarakat luas. Hal tersebut dilakukan untuk mencapai misi MKDKI yaitu mengawal dan menjaga profesionalisme dokter dan dokter gigi melalui penegakan disiplin profesi kedokteran. Selain itu, penyebaran informasi tentang MKDKI kepada masyarakat dan semua pihak yang memiliki kepentingan atas profesionalisme dokter dan dokter gigi dapat memberikan kesadaran tentang arti penting MKDKI dalam penyelenggaraan praktik kedokteran. Upaya tersebut tidak harus dilakukan sendiri oleh MKDKI, tetapi dapat dilakukan oleh berbagai pihak yang memiliki kepentingan atas profesionalisme dokter dan dokter gigi khususnya KKI yang memiliki tugas pembinaan dokter dan dokter gigi. Saat ini, MKDKI dengan jumlah anggota 11 orang dan unit pendukung terbatas seharusnya berfokus pada tugas penanganan pengaduan dan perbaikan prosedur kerja.

- b. Kinerja MKDKI pada perspektif proses internal merupakan inti dari kinerja MKDKI secara keseluruhan yang mempengaruhi pencapaian visi MKDKI sebagai penegak disiplin profesi kedokteran yang dipercaya dan dihormati. Proses internal MKDKI harus didukung dengan kapabilitas sumber daya manusia dan unit pendukung MKDKI yang memadai, sistem informasi manajemen perkantoran yang baik, serta dukungan anggaran yang memadai.
- c. Dalam proses penanganan pengaduan, MKDKI perlu memperhatikan kebutuhan publik akan perlindungan dari pelayanan kedokteran yang tidak profesional ataupun yang membahayakan masyarakat sebagai penerima jasa medis. Perlu adanya mekanisme penangguhan registrasi/ijin praktik dokter atau pembatasan kompetensi tertentu pada kasus yang diduga kuat ada penyimpangan perilaku profesional yang membahayakan pasien.
- d. Majelis harus mampu menentukan target waktu untuk penanganan suatu kasus berdasarkan pengalaman empiris penanganan pengaduan yang telah dilakukan MKDKI selama tahun 2006-2010 dengan memperhatikan kategori kasus berdasarkan kompleksitas kasus. Penetapan batas waktu untuk penanganan pengaduan dapat membantu MKDKI dalam menetapkan target penyelesaian kasus. Untuk itu diperlukan perangkat dan sumber daya manusia yang memadai baik dari segi kualitas maupun kuantitas.
- e. Untuk mewujudkan visi MKDKI sebagai penegak disiplin profesi kedokteran yang dipercaya dan dihormati maka perlu dibentuk sistem pelaksanaan keputusan yang terkoordinir untuk memastikan bahwa keputusan MKDKI dilaksanakan.
- f. Perbaikan tata cara penanganan pengaduan merupakan salah satu tugas MKDKI perlu dilakukan dengan mempertimbangkan prinsip efektifitas, efisiensi, bertanggungjawab (*accountable*), dan keadilan (*fairness*). untuk melakukan berbagai penyesuaian terhadap permasalahan yang dihadapi dalam proses penegakan disiplin.
- g. Saat ini MKDKI menghadapi keterbatasan sumber daya manusia baik anggota maupun petugas pendukung. Untuk menambah jumlah personil majelis yang telah ditetapkan 11 orang dalam UU Praktik Kedokteran, maka Pembentukan MKDKI-P dapat menjadi salah satu solusi dengan catatan pengaturan oleh KKI

dibuat dengan berbasis data dan lebih fleksibel. Usulan tersebut berkembang dalam evaluasi kegiatan penanganan pengaduan saat ini dilakukan oleh MKDKI dalam rangka memperbanyak anggota dari profesi kedokteran yang sangat dibutuhkan oleh MKDKI dalam organisasi MKDKI-P.

- h. Untuk meningkatkan kapabilitas unit pendukung MKDKI dapat dilakukan dengan peningkatan unit penunjang MKDKI yang mandiri sebagai bagian dari Sekretariat KKI yang dapat menampung sub pekerjaan tata usaha, penerimaan pengaduan serta persidangan. Selain itu, beban tugas yang bersifat khusus bagi petugas MKDKI memungkinkan dibentuknya unit jabatan fungsional petugas khusus MKDKI dibawah sekretariat KKI. Peningkatan kompetensi petugas MKDKI khususnya dalam bidang teknis medis perlu dilakukan dengan pembinaan dan pelatihan dari anggota MKDKI.
- i. Perlu ada sistem pemantauan dan pengendalian kasus, agar semua kasus tertangani dengan baik dan tidak ada kasus tertinggal. Perlu ada personil yang bertanggung jawab untuk memberikan informasi terkini kepada pimpinan MKDKI perihal penanganan kasus yang sedang berjalan beserta hambatan untuk kasus yang tertinggal. Sistem informasi tersebut dapat dimanfaatkan untuk mendapatkan laporan terkini tentang penanganan pengaduan di MKDKI dan menjadi bahan dalam menyusun jadwal kegiatan penanganan kasus di MKDKI.
- j. Perlu adanya perencanaan yang baik terhadap program dan kegiatan tahun berikutnya khususnya terkait program penanganan pengaduan dan pengembangan organisasi (pembentukan MKDKI-P). MKDKI memerlukan sistem anggaran yang fleksibel khususnya untuk penanganan kasus di MKDKI. Walaupun jumlah pengaduan dapat diperkirakan dari tren pengaduan, tetapi besar dana yang diperlukan dalam penanganan kasus juga terkait dengan daerah tempat kejadian dalam pengaduan yang tidak dapat diperkirakan atau terlihat dalam tren pengaduan. Perlu adanya kajian lebih lanjut tentang pembiayaan MKDKI-P karena UU Praktik Kedokteran menyatakan bahwa pembiayaan atas pelaksanaan tugas MKDKI dan MKDKI-P dibebankan kepada anggaran KKI.

DAFTAR REFERENSI

- Alhafaji, FY, BJM Frederiks, dan J Legemaate. (2009). "The Dutch System of Handling Complaints in Health Care." *Medicine and Law*. 28: Hlm. 241-255.
- Arnold, Peter C. (2000). "Why Medical Board?" *Surgery, Ethics and the Law*. Australia: Blackwell Science Asia Pty Ltd. Hlm 105-114.
- Aritonang, Lerbin. (2005). *Kepuasan Pelanggan*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Asshiddiqie, Jimly. (2006). *Pengantar Ilmu Hukum Tata Negara (Jilid II)*. Cetakan 1. Jakarta: Sekretariat Jenderal dan Kepaniteraan MK RI.
- (2006). *Perkembangan dan Konsolidasi Lembaga Negara Pasca Reformasi*. Cet. 2. Jakarta: Sekretariat Jenderal dan Kepaniteraan MK RI.
- Baker, Richard. 2006. "Developing Standards, Criteria, and Thresholds to Assess Fitness to Practice." *British Medical Journal*. 332. Hlm 230-233.
- Bailey, Suzie dan Magnus Boyd. (2006). "General Medical Council Complaints: Swimming Against the Stream." *Journal of the Royal Society of Medicine*. Vol 99, March 2006. Hlm 102-103.
- Ciptani, Monika Kusetya. (2000). "Balanced Scorecard Sebagai Pengukuran Kinerja Masa Depan: Suatu Pengantar." *Jurnal Akuntansi & Keuangan*. Vol. 2, No. 1, Mei 2000. Hlm. 21-35. [Http://puslit2.petra.ac.id/ejournal/index.php/aku/article/shop/15665/15657](http://puslit2.petra.ac.id/ejournal/index.php/aku/article/shop/15665/15657). Diunduh tanggal 2 April 2010.
- Cruess, Sylvia R and Richard L Cruess. (2004) Professionalism and Medicine's Social Contract with Society. *American Medical Association Journal of Ethics*. Virtual Mentor. April 2004, Vol. 6, No. 4. <http://virtualmentor.ama-assn.org/2004/04/msoc1-0404.html>
- Darwanto, Herry. (2003). Balanced Scorecard untuk Organisasi Pemerintah. *Majalah Perencanaan*. Edisi 33. [Http://www.bappenas.go.id/node/71/1162/balanced-scorecard-untuk-organisasi-pemerintah---oleh-herry-darwanto-/](http://www.bappenas.go.id/node/71/1162/balanced-scorecard-untuk-organisasi-pemerintah---oleh-herry-darwanto-/). Diunduh tanggal 9 Februari 2010.
- Faisal, Sanapiah. (1990). *Penelitian Kualitatif Dasar-dasar dan Aplikasi*. Malang: Yayasan Asih Asah Asih.
- Garner, Bryan A. (2004). *Black's Law Dictionary*. 8th Edition. USA: West Thomson.
- Gaspersz, Vincent. (2005). *Sistem Manajemen Kinerja Terintegrasi, Balanced Scorecard dengan Six Sigma untuk Organisasi Bisnis dan Pemerintah*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.

- General Medical Council (GMC). (2010). *Concern About Doctors*. [Http://www.gmc-uk.org/concerns/index.asp](http://www.gmc-uk.org/concerns/index.asp). Diunduh tanggal 7 April 2010.
- . (2009). *General Medical Council Annual Report and Account 2008*. [Http://www.gmc-uk.org/Annual_Report_and_Accounts_2008.pdf_25417736.pdf](http://www.gmc-uk.org/Annual_Report_and_Accounts_2008.pdf_25417736.pdf). Diunduh tanggal 30 April 2010.
- Gunawan, Indra. (2006). *Implementasi Balanced Scorecard with Six Sigma untuk Mengukur Kinerja Berdasarkan Prinsip Good Governance di Kantor Pelayanan Pajak Modern (Studi Kasus: KPP PMA Satu)*. Tesis. Program Magister Perencanaan dan Kebijakan Publik Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Handriansyah, Doni. (2008). *Pengukuran Kinerja Rutan Kelas 1 Jakarta Pusat Menggunakan Pendekatan Balanced Scorecard*. Tesis. Program Studi Pengkajian Ketahanan Nasional Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia.
- Harahap, Anni Bersari Kristina. (2005). *Evaluasi Kinerja Pelaksanaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin di Puskesmas Kabupaten Bogor dengan Kerangka Balanced Scorecard*. Tesis. Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hout, Fredericus Alphonsus Gerardus. (2006). *The Dutch Disciplinary System for Health Care: an Empirical Study [Het Nederlandse Wettelijk Tuchtrecht Voor De Gezondheidszorg: een Empirische Studie]*. Amsterdam: The VU University Medical Center (VUMC).
- Ilyas, Yaslis. 2002. *Kinerja-Teori, Penilaian, dan Penelitian*. Cetakan Ketiga. Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI.
- Imelda, RHN. (2004). "Implementasi Balanced Scorecard pada Organisasi Publik." *Jurnal Akutansi dan Keuangan*, Vol.6, No.2, November 2004. Hlm 106-122.
- Indonesia, *Undang-Undang Penyelenggara Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme*, UU No. 28 tahun 1999, LN No. 75 tahun 1999, TLN No. 3851.
- . *Undang-Undang Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan, dan Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi*, UU No. 18 tahun 2002, LN No. 84 tahun 2002.
- . *Undang-Undang Keuangan Negara*, UU No. 17 tahun 2003, LN No. 47 tahun 2003, TLN No. 4286.
- . *Undang-Undang Perbendaharaan Negara*, UU No. 1 tahun 2004, LN No. 5 tahun 2004, TLN No. 4355.

- . *Undang-Undang Praktik Kedokteran*, UU No. 29 tahun 2004, LN No. 116 tahun 2004, TLN No. 4431.
- . *Undang-Undang Pelayanan Publik*, UU No. 29 tahun 2008, LN No. 112 tahun 2008, TLN No. 5038.
- . *Undang-Undang Kesehatan*, UU No. 36 tahun 2009, LN No. 144 tahun 2009, TLN No. 5063.
- . *Undang-Undang Rumah Sakit*, UU No. 44 tahun 2009, LN No. 153 tahun 2009, TLN No. 5072.
- . *Peraturan Pemerintah tentang Standar Akuntansi Pemerintahan*, PP No. 24 tahun 2005, LN No. 49 tahun 2005, TLN No. 4503.
- . *Peraturan Pemerintah tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah*, PP No. 8 tahun 2006, LN No. 25 tahun 2006, TLN No. 4614.
- Irawan, Prasetya. (2007). *Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif untuk Ilmu-ilmu Sosial*. Depok: Departemen Ilmu Administrasi FISIP UI.
- Kaplan, Robert S dan David P Norton. (1992). "The Balanced Scorecard-Measures That Drive Performance." *Havard Business Review*. Januari-Februari, 1992. Hlm 71-79. [Http://www.srsdocs.com/bsc/bsc_ref/artigos/BSC_DrivePerf.pdf](http://www.srsdocs.com/bsc/bsc_ref/artigos/BSC_DrivePerf.pdf). Diunduh tanggal 2 April 2010.
- . (2000). *Balanced Scorecard: Menerapkan Strategi Menjadi Aksi [Balanced Scorecard-Translating Strategy Into Action]*. Diterjemahkan oleh Peter R Yosi Pasla. Diedit oleh Yati Sumiharti dan Wisnu Chandra Kristiaji. Jakarta: Erlangga.
- Kementerian Pendidikan Nasional. (2010). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Edisi III. [Http://pusatbahasa.diknas.go.id/kbbi/index.php](http://pusatbahasa.diknas.go.id/kbbi/index.php). Diunduh tanggal 2 April 2010.
- Kepala Lembaga Administrasi Negara. *Keputusan Kepala Lembaga Administrasi Negara tentang Perbaikan Pedoman Penyusunan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah*, Keputusan Kepala LAN No. 239/IX/6/8/2003.
- Konsil Kedokteran Indonesia. *Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia tentang Organisasi dan Tata Kerja MKDKI dan MKDKI di Tingkat Provinsi*. Peraturan KKI No. 15/KKI/Per/VIII/2006.
- . *Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia tentang Tata Cara Penanganan Dugaan Pelanggaran Disiplin Kedokteran oleh Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia dan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia di Tingkat Provinsi*. Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006.

- . *Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia tentang Pedoman Penegakan Disiplin Profesi Kedokteran*. Keputusan KKI No. 17/KKI/Kep/VIII/2006.
- . *Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia tentang Penyelenggaraan Praktik Kedokteran yang Baik di Indonesia*. Keputusan KKI No. 18/KKI/Kep/VIII/2006.
- . *Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia tentang Pedoman Tata Cara Pelaksanaan Rekomendasi MKDKI dan MKDKI di tingkat Provinsi dalam Penegakan Sanksi Disiplin*. Keputusan KKI No. 47/KKI/Kep/XII/2007.
- . *Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia tentang Rencana Strategis Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia Tahun 2008 – 2013*. Keputusan KKI No. 75/KKI/Kep/VIII/2008.
- . *Keputusan Tata Hubungan Kerja di Lingkungan Konsil Kedokteran Indonesia*. Keputusan KKI No. 1731/KKI/Kep/XII/2008.
- . *Keputusan KKI Pelaksanaan Keputusan MKDKI*. Keputusan KKI No. 114/KKI/Kep/VIII/2009.
- Kresno, Sudarti, Ella Nurlaela Hadi, dan Endah Wuryaningsih. (1999). *Aplikasi Penelitian Kualitatif dalam Pemantauan dan Evaluasi Program kesehatan*. Diedit oleh Ella Nurlaela Hadi. Depok: FKM UI dan Pusat Data Kesehatan Departemen Kesehatan.
- Kusumadinarta, Wywy. (2009). *Pengembangan Balanced Scorecard Dalam Rangka Implementasi Strategi di Instalasi Gawat Darurat RSUD Kota Bekasi Tahun 2009-2013*. (Tesis). Program Pasca Sarjana FKM UI.
- Lim, Jeremy. (2010). "Transparency and The Singapore Medical Council." SMA News. February 2010. Hlm. 20-21.
- Mardiasmo. (2006). "Pewujudan Transparansi dan Akuntabilitas Publik Melalui Akuntansi Sektor Publik: Suatu Sarana Good Governance." *Jurnal Akuntansi Pemerintah*. Vol. 2, No. 1, Mei 2006. Hlm 1 – 17. [Http://www.bppk.depkeu.go.id/index.php/2008050577/jurnal-akuntansi-pemerintah/pewujudan-transparansi-dan-akuntabilitas-publik-melalui-akuntansi-sektor-publik/akuntabilitas-publik-transparansi.html](http://www.bppk.depkeu.go.id/index.php/2008050577/jurnal-akuntansi-pemerintah/pewujudan-transparansi-dan-akuntabilitas-publik-melalui-akuntansi-sektor-publik/akuntabilitas-publik-transparansi.html). Diunduh tanggal 2 April 2010.
- Menteri Kesehatan RI. *Peraturan Menteri Kesehatan tentang Organisasi dan Tata Kerja Sekretariat Konsil Kedokteran Indonesia*, Permenkes No. 1442/Menkes/Per/X/2005.
- Mingke, Sheng dan Li Miehua. (2006). Balanced Scorecard: a New Framework of Indexes in Public Sector Performance Evaluation. *International Journal of Business and Management*. Desember, 2006 Vol. 1, No. 6. Hlm. 105-112.

- Moleong, Lexi J. (2005). *Metode Penelitian Kualitatif*. Edisi revisi. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Montgomery, Jonathan. (2003). *Health Care Law*. Edisi kedua. United States of America: Oxford University Press Inc.
- Mulyadi. (2001). *Balanced Scorecard: Alat Manajemen Kontemporer Melipatgandakan Kinerja Keuangan Perusahaan*. Jakarta: Salemba Empat.
- Nace, M Catherine, Susan Dunlow, dan Alicia Y Armstrong. (2009). "Professionalism in Medicine: We Should Set the Standard." *Association of Military Surgeons of the United States Military Medicine*. Bethesda, August 2009. Vol. 174, Iss. 8. Hlm. 807.
- Nasution, S. (2006). *Metode Research Penelitian Ilmiah*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Nawawi, Hanifa. (2009). "Analisis Kinerja Implementasi Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) Terpadu di Klinik X Dengan Pendekatan Balanced Scorecard." Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Niven, Paul R. (2002). *Balanced Scorecard Step by Step Maximizing Performance and Maintaining Results*. United States of America: John Wiley & Sons Inc.
- (2003). *Balanced Scorecard Step by Step for Government and Non-for-Provit Agencies*. United States of America: John Wiley & Sons Inc.
- Nugraha, Safri. Et.al. (2007). *Hukum Administrasi Negara*. Edisi Revisi. Depok: Center For Law and Good Governance Studies (CLGS) FHUI.
- Office of Professional Medical Conduct (OPMC). (2007). *Board for Professional Medical Conduct 2007 Annual Report*. [Http://www.health.state.ny.us/professionals/doctors/conduct/annual_reports/2007/](http://www.health.state.ny.us/professionals/doctors/conduct/annual_reports/2007/)
- Pandji, Merry Dandian. (2002). Analisis Kinerja Ditjen Pendidikan Tinggi dengan Pendekatan *Balanced Scorecard*. Tesis Program Magister Administrasi dan Kebijakan Publik Fakultas Ilmu Sosial dan Politik Universitas Indonesia.
- Prayitno, Sudi. (2004). Peran Beberapa State Auxiliary Agencies dalam Mendukung Reformasi Hukum di Indonesia. Disampaikan pada Seminar Pengkajian Hukum Nasional Tahun 2004. Jakarta: Komisi Hukum Nasional, 2004.
- Presiden Republik Indonesia. *Instruksi Presiden tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah*. Inpres No. 7 Tahun 1999.

- Purwadianto, Agus. (2004). "Urgensi Undang-Undang Praktik Kedokteran Bagi Masyarakat: Sebuah Tinjauan." *Jurnal Hukum Bisnis*. Vol. 23 No. 2 Tahun 2004. Hlm. 5-11.
- (2006). "Bingkai Makro Hukum Disiplin Medik: PR Bagi MKDKI." *Farmasia*. Vol.5 No.11 Tahun 2006. Hlm 32.
- Ridwan, HR. (2008). *Hukum Administrasi Negara*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Rivai, Andi Wijaya. (2007). Pengukuran Kinerja Pusat Pengkajian dan Pengembangan Kebijakan Departemen Hukum Dan Hak Asasi Manusia RI Menggunakan Pendekatan *Balanced Scorecard*. Tesis. Program Studi Pengkajian Ketahanan Nasional, Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia.
- Rohm, Howard. (2008). "Using the Balanced Scorecard to Align Your Organization." *Balanced Scorecard Institute, a Strategy Management Group Company*. January 2008.
- Rokhniyah, Siti. (2007). Pengukuran Kinerja Organisasi Menggunakan Pendekatan *Balanced Scorecard* pada Direktorat Jenderal Peraturan Perundang-undangan Departemen Hukum dan HAM RI, Tesis. Program Studi Pengkajian Ketahanan Nasional Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia.
- Rudatin. (2005). "Pengukuran Kinerja Pelaksana Harian Badan Narkotika Nasional dengan Pendekatan *Balanced Scorecard*." Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Sosial dan Politik Universitas Indonesia.
- Sadjiarto, Arja. (2000). "Akuntabilitas dan Pengukuran Kinerja Pemerintahan." *Jurnal Akuntansi & Keuangan*. Vol. 2, No. 2, Nopember 2000. Hlm. 138 – 150. <http://puslit.petra.ac.id/journals/accounting/>
- Solomon, Robert C. (1984). *Etika, Suatu Pengantar*. Jakarta: Erlangga.
- Sox, Harold. Ed. (2002). Medical Professionalism in the New Millenium : a Phisician Charter. *Annals of Internal Medicine*. Vol. 136 No. 3. Hlm 243-246.
- Sudarmadi, Teguh. (2007). Pengukuran Kinerja Pusat Dokumentasi dan Informasi Hukum Nasional Badan Pembinaan Hukum Nasional dengan Pendekatan *Balanced Scorecard*. Tesis. Program Studi Pengkajian Ketahanan Nasional Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia.
- Supriatna, Piping. (2002). Kinerja Pengelola Anggaran Rutin dan Penyelenggaraan Pelayanan Umum di Lingkungan Sekretariat Negara dengan Pendekatan *Balanced Scorecard*. Tesis Program Magister Administrasi dan Kebijakan Publik Fakultas Ilmu Sosial dan Politik Universitas Indonesia.

- Susanto, AB. (2010). "Mengukur Kinerja Sektor Layanan Publik." *The Jakarta Consulting Group*. [Http://www.jakartaconsulting.com/art-02-02.htm](http://www.jakartaconsulting.com/art-02-02.htm). Diunduh tanggal 9 Februari 2010.
- Swick, Herbert M. (2000). "Toward a Normative definition of Medical Professionalism." *Acaemic Medicine*. Vol. 75 No. 6. Juni 2000. Hlm 612-616.
- Tjahjono, Subur. (2009). Manajemen Kinerja Birokrasi. *Harian Kompas*. 21 Desember 2009. [Http://cetak.kompas.com/read/xml/2009/12/21/02394744/Manajemen.Kinerja..Birokrasi](http://cetak.kompas.com/read/xml/2009/12/21/02394744/Manajemen.Kinerja..Birokrasi). Diunduh tanggal 10 April 2010.
- Umar, Husein. (2008). *Desain Penelitian SDM dan Perilaku Karyawan, Paradigma Positivistik dan Berbasis Pemecahan Masalah*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Universitas Indonesia. *Keputusan Rektor Universitas Indonesia tentang Pedoman Teknis Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa Universitas Indonesia*, Keputusan Rektor UI No. 628/SK/R/UI/2008.
- Ukko, J, J. Tenhunen, & H. Rantanen. (2007). "Performance Measurement Impacts on Management and Leadership: Perspectives of Management and Employees." *International Journal of Production Economics* 110. Hlm. 39-51.
- Vincent, Charles. (1993). "The Study of Errors and Accidents in Medicine". *Medical Accident*. Diedit oleh Charles Vincent, Maeve Ennis dan Robert J Audley. United States: Oxford University Press. Hlm. 17-33.
- Wahyuni, Ruslinda Dwi. (2008). Analisis Pengukuran Kinerja Ditjen HKI dengan Menggunakan Pendekatan *Balanced Scorecard*. Tesis. Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia.
- Wonodirekso, Sugito. (2005). "Etika Profesi dalam Praktik Dokter: Penyelamat dalam Persaingan Pasar Bebas". *Majalah Kedokteran Indonesia*. Volume: 55, Nomor 5, Mei 2005. Hlm. 391-396.
- World Health Organization. (2009). *Global Priorities for Patient Safety Research, Knowledge For Safer Care*. Switzerland: WHO Press. 15 Oktober 2009. <http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf>.

Lampiran 1.
Surat Ijin Penelitian



KONSIL KEDOKTERAN
INDONESIA

MAJELIS KEHORMATAN DISIPLIN KEDOKTERAN INDONESIA

INDONESIAN MEDICAL DISCIPLINARY BOARD

Nomor : 660/U/MKDKI/V/2010

Jakarta, 6 Mei 2010

Lamp. : ---

Perihal : Ijin Penelitian

Kepada Yth,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia
di
JAKARTA

Menjawab surat saudara nomor 1492/H2.F10/PPM.00.00/2010 tertanggal 29 Maret 2010 perihal Ijin Penelitian dan Menggunakan Data, maka dengan ini kami beritahukan bahwa :

Nama : YANTHI BRIHTSANTHI
NPM : 0806470365
Thn. Angkatan : 2008/2009
Peminatan : Kebijakan dan Hukum Kesehatan Masyarakat
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

telah kami terima dan diijinkan untuk melakukan penelitian serta menggunakan data dari Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) dalam rangka menyelesaikan pendidikan S2 (Magister) untuk pelaksanaan penulisan Tesis dengan judul "*Evaluasi Kinerja MKDKI dengan Pendekatan Balanced Scorecard*".

Demikian hal ini kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

MAJELIS KEHORMATAN DISIPLIN
KEDOKTERAN INDONESIA

Ketua.

MERDIAS ALMATIER, dr, SpS(K)

Universitas Indonesia

Jakarta, 11 Mei 2010

Perihal : Pengisian Kuesioner

Kepada Yth,
Bpk/Ibu Responden Penelitian
Di
Tempat.

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penelitian yang sedang saya lakukan tentang Evaluasi Kinerja Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia dengan pendekatan *Balanced Scorecard*, saya mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk mengisi kuesioner sebagaimana terlampir.

Perlu saya sampaikan bahwa penelitian ini merupakan bagian dari penyusunan tugas akhir saya pada Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Penelitian dilakukan dengan menjaga kerahasiaan pasien, dokter/dokter gigi serta fasilitas pelayanan kesehatan yang terkait dengan pengaduan.

Atas kesediaan Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Yanthi Brihtsanthi
NPM. 0806470365

**TINGKAT KEPUASAN DAN HARAPAN PUBLIK TERHADAP
MKDKI**

IDENTITAS RESPONDEN	
Kode Responden :	
Tanggal Wawancara :	
Umur :	
Jenis Kelamin :	Laki-laki / Perempuan *)
Kedudukan :	Pengadu / Teradu
*) Coret yang tidak perlu.	
Petunjuk Pengisian : Berikanlah tanda silang (X) pada salah satu kolom yang menggambarkan pendapat saudara. Masing-masing kolom bermakna sebagai berikut:	
HARAPAN 1 = Sangat Tidak Penting bagi Pelayanan 2 = Tidak Penting bagi Pelayanan 3 = Cukup 4 = Penting 5 = Sangat Penting	KENYATAAN 1 = Sangat Tidak Puas 2 = Kurang Puas 3 = Agak Puas 4 = Puas 5 = Sangat Puas
Pengertian "Pelayanan" dan "Penanganan Pengaduan" dalam kuesioner ini mencakup penerimaan pengaduan, proses persidangan, pemberian informasi dan pelayanan lain yang terkait dengan penanganan pengaduan di MKDKI yang diberikan oleh petugas maupun anggota MKDKI.	

HARAPAN					PERNYATAAN	KENYATAAN				
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
					Tangible <i>penilaian saudara tentang kondisi fisik fasilitas (bangunan dan peralatan) serta penampilan petugas dan Anggota MKDKI yang terlihat saat pemberian pelayanan</i>					
1	2	3	4	5	1.1. Letak kantor MKDKI	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	1.2. Penampilan fisik kantor MKDKI	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	1.3. Ketersediaan tempat parkir	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	1.4. Kenyamanan ruang tunggu untuk persidangan	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	1.5. Kenyamanan ruang sidang MKDKI	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	1.6. Ketersediaan fasilitas yang baik di ruang sidang MKDKI	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	1.7. Penampilan dan kerapian petugas dan anggota MKDKI	1	2	3	4	5
					Reliability <i>Penilaian saudara tentang keakuratan dan keandalan MKDKI dalam memberikan pelayanan</i>					
1	2	3	4	5	1.8. Ketersediaan brosur, pamflet, atau buku panduan tentang prosedur penanganan pengaduan	1	2	3	4	5

HARAPAN					PERNYATAAN	KENYATAAN				
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	I.9. Kesesuaian pelayanan yang diberikan dengan prosedur yang dijelaskan	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	I.10. Keakuratan dan ketepatan keputusan MKDKI	1	2	3	4	5
					Responsiveness <i>Kemampuan MKDKI dalam menyediakan pelayanan yang cepat dan antusias</i>					
1	2	3	4	5	I.11. Kemudahan menghubungi petugas MKDKI	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	I.12. Kesigapan petugas MKDKI menanggapi keluhan	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	I.13. Kesigapan petugas memberikan penjelasan dan informasi tentang penanganan pengaduan di MKDKI	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	I.14. Lamanya penanganan pengaduan	1	2	3	4	5
					Assurance <i>Penilaian saudara tentang kesopanan petugas serta pengetahuan dan kemampuan petugas dalam memberikan penjelasan yang membuat saudara percaya dan yakin terhadap kredibilitas MKDKI</i>					
1	2	3	4	5	I.15. Kejelasan prosedur penanganan pengaduan	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	I.16. Sikap petugas dan anggota MKDKI dalam penanganan pengaduan	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	I.17. Kemampuan petugas MKDKI dalam memberikan penjelasan dan informasi penanganan pengaduan	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	I.18. Kemampuan anggota MKDKI dalam penanganan pengaduan	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	I.19. Konsistensi keputusan MKDKI	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	I.20. Independensi MKDKI dalam penanganan pengaduan	1	2	3	4	5
					Empathy <i>Penilaian saudara tentang kemampuan MKDKI dalam memahami kebutuhan pengadu/teradu, penjelasan yang baik</i>					
1	2	3	4	5	I.21. Kemampuan komunikasi petugas dan anggota MKDKI	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	I.22. Kesabaran petugas dan anggota MKDKI mendengarkan keterangan	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	I.23. Kemampuan petugas dan anggota MKDKI memahami kebutuhan pengadu/teradu	1	2	3	4	5

Saran untuk peningkatan kinerja MKDKI:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

KUESIONER PERSPEKTIF PROSES INTERNAL MKDKI

IDENTITAS RESPONDEN	
Kode Responden :	
Tanggal Wawancara :	
Umur :	
Jenis Kelamin :	Laki-laki / Perempuan *)
Pendidikan Terakhir :	SD / SLTP / SLTA / D3 / S1 / S2 / S3 *)
Jabatan :	Anggota / Petugas *)
Jika Petugas	
Lama Kerja di MKDKI :	
*) coret yang tidak perlu	
Petunjuk Pengisian :	
Berikanlah tanda silang (X) pada salah satu kolom yang menggambarkan pendapat saudara.	
Masing-masing kolom bermakna sebagai berikut:	
HARAPAN	KENYATAAN
1 = Sangat Tidak Penting	1 = Sangat Tidak Baik
2 = Tidak Penting	2 = Kurang Baik
3 = Cukup	3 = Agak Baik
4 = Penting	4 = Baik
5 = Sangat Penting	5 = Sangat Baik

HARAPAN					PERNYATAAN	KENYATAAN				
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
Proses Penanganan Pengaduan										
1	2	3	4	5	II.A1. Pemahaman tentang proses penanganan pengaduan mulai dari penerimaan pengaduan sampai pelaksanaan keputusan	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	II.A2. Kejelasan waktu dalam proses penanganan pengaduan	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	II.A3. Prosedur dalam proses penerimaan pengaduan	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	II.A4. Prosedur dalam proses verifikasi	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	II.A5. Prosedur dalam proses pemeriksaan awal	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	II.A6. Prosedur dalam proses pemeriksaan disiplin	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	II.A7. Kejelasan prosedur setelah adanya keputusan MKDKI	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	II.A8. Penentuan jadwal sidang	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	II.A9. Kejelasan dalam penentuan majelis dan petugas untuk suatu pengaduan	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	II.A10. Penilaian terhadap prosedur kerja yang telah ada	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	II.A11. Kepatuhan melaksanakan prosedur kerja dalam pelaksanaan tugas	1	2	3	4	5
Proses Pelaksanaan Keputusan										
1	2	3	4	5	II.B1. Keterlibatan MKDKI untuk memonitor pelaksanaan keputusan	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	II.B2. Upaya sosialisasi pelaksanaan keputusan kepada stakeholders terkait	1	2	3	4	5
Inovasi										
1	2	3	4	5	II.C1. Penanganan pengaduan dari daerah yang jauh dari ibukota	1	2	3	4	5

HARAPAN					PERNYATAAN	KENYATAAN				
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
					negara					
1	2	3	4	5	II.C2. Upaya advokasi pembentukan lembaga mediasi di lingkungan KKI	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	II.C3. Metode sosialisasi keberadaan MKDKI bagi masyarakat	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	II.C4. Metode sosialisasi penegakan disiplin bagi dokter	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	II.C5. Pembentukan MKDKI di Provinsi	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	II.C6. Penggunaan alat elektronik terkini dalam proses pemeriksaan	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	II.C7. Upaya memperbaiki proses penanganan pengaduan	1	2	3	4	5

Saran untuk perbaikan kinerja MKDKI:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PEMBELAJARAN DAN PERTUMBUHAN MKDKI

IDENTITAS RESPONDEN	
Kode Responden	:
Tanggal Wawancara	:
Umur	:
Jenis Kelamin	: Laki-laki / Perempuan *)
Pendidikan Terakhir	: SD / SLTP / SLTA / D3 / S1 / S2 / S3 *)
Jabatan	: Anggota / Petugas *)
Jika Petugas	
Lama Kerja di MKDKI	:
*) coret yang tidak perlu	
Petunjuk Pengisian :	
Berikanlah tanda silang (X) pada salah satu kolom yang menggambarkan pendapat saudara.	
Masing-masing kolom bermakna sebagai berikut:	
HARAPAN	KENYATAAN
1 = Sangat Tidak Penting	1 = Sangat Tidak Baik
2 = Tidak Penting	2 = Kurang Baik
3 = Cukup	3 = Agak Baik
4 = Penting	4 = Baik
5 = Sangat Penting	5 = Sangat Baik

HARAPAN					PERNYATAAN	KENYATAAN				
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
Kepuasan Kerja Anggota dan Petugas MKDKI										
1	2	3	4	5	III.1. Kejelasan tanggung jawab dan deskripsi tugas	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	III.2. Kejelasan hak dan kewajiban sebagai Anggota dan Petugas MKDKI	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	III.3. Kejelasan dan keterbukaan pimpinan dalam pembagian tugas	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	III.4. Pelibatan dalam pengambilan keputusan terkait organisasi	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	III.5. Penghargaan terhadap tugas yang telah dilaksanakan dengan baik	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	III.6. Ketersediaan fasilitas kerja yang memadai yang mendukung pelaksanaan tugas	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	III.7. Kesesuaian honorarium dengan beban tugas	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	III.8. Kesempatan menggunakan kemampuan dalam penyelesaian tugas	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	III.9. Kemampuan pimpinan dalam membuat keputusan yang baik (dalam hal pelaksanaan pekerjaan)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	III.10. Komunikasi dengan pimpinan	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	III.11. Hubungan dengan anggota dan petugas MKDKI	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	III.12. Keinginan untuk menyelesaikan tugas	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	III.13. Harapan untuk terus bekerja di MKDKI	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	III.14. Ketersediaan waktu untuk menyelesaikan tugas	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	III.15. Keharmonisan dalam lingkungan kerja	1	2	3	4	5

HARAPAN					PERNYATAAN	KENYATAAN				
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	III.16. Pemahaman tentang tugas yang diberikan	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	III.17. Kemampuan untuk menyelesaikan beban kerja saat ini	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	III.18. Kesempatan mengutarakan pendapat atau saran kepada pimpinan	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	III.19. Tindak lanjut terhadap saran yang diberikan	1	2	3	4	5
Peningkatan Kemampuan										
1	2	3	4	5	III.20. Kesempatan mengikuti pelatihan atau studi banding	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	III.21. Dukungan dari pimpinan untuk pengembangan keahlian dan karir	1	2	3	4	5
Kapabilitas Sistem Informasi										
1	2	3	4	5	III.22. Akses terhadap informasi terkini (tentang penanganan pengaduan, prosedur baru, dsb)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	III.23. Sistem administrasi yang memudahkan pelaksanaan tugas	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	III.24. Akses informasi yang memadai yang mendukung pelaksanaan tugas	1	2	3	4	5

Saran untuk perbaikan kinerja MKDKI:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EVALUASI KINERJA MKDKI DENGAN PENDEKATAN *BALANCED SCORECARD*

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM	
Kode Responden	:
Waktu Wawancara	:
Latar Belakang Responden	
Nama Lengkap	:
Jabatan di kantor	: Pimpinan/ Anggota/ Petugas MKDKI
Lama bekerja	:
Tata cara pembukaan wawancara :	
1. Penjelasan tujuan penelitian dan tujuan wawancara	
Tujuan penelitian	
Menggali persepsi informan mengenai kinerja MKDKI dengan pendekatan empat perspektif <i>Balanced Scorecard</i> .	
2. Pemberitahuan bahwa kegiatan wawancara akan direkam dengan alat perekam untuk membantu ingatan pewawancara.	

DAFTAR PERTANYAAN

- 1) Adakah upaya yang dilakukan MKDKI untuk meningkatkan pemanfaatan MKDKI oleh masyarakat dalam penyelesaian dugaan kesalahan profesi medis? Siapa sasaran dan bagaimana bentuk kegiatan dalam upaya tersebut?
- 2) Apakah ada upaya MKDKI untuk mengakomodasi kebutuhan pengadu dan dokter yang diadukan dalam proses penegakan disiplin?
- 3) Bagaimana pendapat Bpk/Ibu tentang tatacara penanganan kasus sebagaimana tertera dalam Peraturan KKI No. 16/KKI/Per/VIII/2006? Apakah sudah diterapkan dengan baik atau ada hal yang perlu penyesuaian?
- 4) Apakah MKDKI memiliki prosedur kerja beserta *timeline* yang jelas dalam penanganan kasus?
 - Jika ada, apakah sudah diterapkan dengan baik?
 - Jika tidak ada, alasannya?
- 5) Faktor apa yang mempengaruhi lama penanganan pengaduan? Apakah jarak daerah kejadian dari kedudukan MKDKI saat ini (Jakarta) turut mempengaruhi?
- 6) Apakah menurut Bpk/Ibu perlu ada perbaikan dan/atau terobosan baru pada tatacara penanganan kasus dan prosedur kerja penanganan kasus di MKDKI?
- 7) Bagaimana MKDKI menentukan jadwal persidangan terhadap suatu kasus? Adakah prioritas untuk kasus tertentu?
- 8) Sampai sejauh mana tanggung jawab MKDKI dalam pelaksanaan keputusan? Apakah telah ada koordinasi dengan stakeholders terkait pelaksanaan keputusan?
- 9) Bagaimana menurut Bpk/Ibu tentang kinerja penanganan kasus oleh MKDKI saat ini? Apakah perlu peningkatan?
 - Jika ya, adakah upaya yang telah dilakukan?
 - Jika tidak, alasannya?

- 10) Apakah pembentukan MKDKI di provinsi dapat meningkatkan kinerja MKDKI? Apa yang mendasari target pembentukan MKDKI-P di 10 provinsi pada Renstra MKDKI 2008-2013?
- 11) Apakah ada uraian tugas yang jelas bagi pimpinan, anggota maupun petugas MKDKI? Apakah menurut Bpk/Ibu apakah masing-masing personil MKDKI telah memahami uraian tugas tersebut?
- 12) Bagaimana beban tugas yang ideal bagi anggota maupun petugas MKDKI dalam penanganan kasus? Bagaimana kondisi saat ini?
- 13) Bagaimanakah kesesuaian honorarium dengan beban tugas anggota dan petugas MKDKI?
- 14) Bagaimanakah menurut Bpk/Ibu terkait kecukupan dan kapabilitas anggota dan petugas MKDKI saat ini? Apakah sudah sesuai dengan tuntutan tugas MKDKI? Jika belum, apakah ada upaya untuk meningkatkan hal tersebut?
- 15) Bagaimana bentuk unit pendukung yang ideal yang dapat meningkatkan kinerja MKDKI? Bagaimana dengan kondisi saat ini?
- 16) Bagaimanakah komunikasi antara pimpinan dengan anggota maupun petugas MKDKI? Apakah pimpinan terbuka terhadap saran?
- 17) Bagaimanakah ketersediaan fasilitas kerja bagi anggota maupun petugas MKDKI?
- 18) Bagaimana menurut Bpk/Ibu tentang sistem administrasi penanganan kasus di MKDKI, apakah sudah mendukung penyediaan informasi terkini tentang penanganan kasus?
- 19) Bagaimana menurut Bpk/Ibu tentang ketersediaan anggaran untuk kegiatan MKDKI? dan bagaimana penyerapannya?
- 20) Kegiatan apa yang seharusnya menjadi prioritas dalam penyediaan anggaran MKDKI?

**EVALUASI KINERJA MKDKI DENGAN PENDEKATAN BSC
PERSPEKTIF PUBLIK**

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM	
Kode Responden	:
Waktu Wawancara	:
Latar Belakang Responden	
Kedudukan	: Pengadu / Teradu
Tata cara pembukaan wawancara :	
1. Penjelasan tujuan penelitian dan tujuan wawancara	
Tujuan penelitian	
Menggali persepsi informan mengenai kinerja MKDKI	
2. Pemberitahuan bahwa kegiatan wawancara akan direkam dengan alat perekam untuk membantu ingatan pewawancara.	

DAFTAR PERTANYAAN

- 1) Bagaimanakah penilaian Bpk/Ibu terhadap kantor MKDKI secara keseluruhan? Dan bagaimana harapan Bpk/Ibu?
- 2) Bagaimana penilaian Bpk/Ibu terhadap kerapian dan penampilan dari anggota maupun petugas MKDKI?
- 3) Apakah menurut Bpk/Ibu pemeriksaan di MKDKI sudah dilakukan secara teliti, cermat dan seksama?
- 4) Bagaimana pendapat Bpk/Ibu tentang keputusan MKDKI, apakah sudah tepat?
- 5) Terkait dokumen pasien, bagaimana menurut Bpk/Ibu tentang penyimpanan dokumen dan administrasi di MKDKI?
- 6) Bagaimanakah pelaksanaan proses persidangan di MKDKI?
- 7) Bagaimanakah keandalan petugas MKDKI dalam memberikan pelayanan (menerima keluhan, memberikan informasi, dsb)?
- 8) Bagaimana menurut Bpk/Ibu terkait waktu penanganan pengaduan di MKDKI? Bagaimana harapan Bpk/Ibu kedepan?
- 9) Bagaimana menurut Bpk/Ibu kesiapan MKDKI dalam menangani pengaduan? Dari segi SDM dan sarana prasarana?
- 10) Bagaimana sikap petugas MKDKI saat memberikan pelayanan?
- 11) Apakah Bpk/Ibu mendapatkan penjelasan yang cukup tentang penanganan pengaduan di MKDKI?
- 12) Bagaimana sikap anggota MKDKI saat bersidang?
- 13) Apakah MKDKI sudah cukup tanggap terhadap kebutuhan pengadu/dokter yang diadukan?
- 14) Bagaimana pendapat Bpk/Ibu terhadap kompetensi dan kredibilitas anggota MKDKI?
- 15) Bagaimana menurut Bpk/Ibu tentang objektivitas MKDKI dalam penanganan pengaduan secara objektif?
- 16) Apakah Bpk/Ibu mengetahui dengan baik tentang prosedur penanganan pengaduan di MKDKI? bagaimana tanggapan Bpk/Ibu terhadap prosedur tersebut?
- 17) Apakah MKDKI konsisten dalam menetapkan keputusan sanksi disiplin?

- 18) Apakah Bpk/Ibu merasa telah ditangani dengan baik oleh MKDKI dalam proses penanganan pengaduan?
- 19) Bagaimanakah kemampuan komunikasi petugas maupun anggota MKDKI pada proses yang Bpk/Ibu jalani?
- 20) Bagaimanakah akses Bpk/Ibu kepada informasi penanganan pengaduan di MKDKI?



**EVALUASI KINERJA MKDKI DENGAN PENDEKATAN BSC
(Ketua KKI/YPKKI)**

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM	
Kode Responden	:
Tanggal	:
Wawancara	
Latar Belakang Responden	
Nama Lengkap	:
Jabatan	:
Tata cara pembukaan wawancara :	
1. Penjelasan tujuan penelitian dan tujuan wawancara	
Tujuan penelitian	
Menggali persepsi informan mengenai kinerja MKDKI	
2. Pemberitahuan bahwa kegiatan wawancara akan direkam dengan alat perekam untuk membantu ingatan pewawancara.	

DAFTAR PERTANYAAN

- 1) Bagaimana pendapat Bpk/Ibu tentang peran penting MKDKI dalam penyelenggaraan praktik kedokteran?
- 2) Salah satu tugas MKDKI adalah menerima pengaduan, memeriksa dan memutuskan dugaan pelanggaran disiplin profesi kedokteran. Apakah MKDKI dapat melindungi masyarakat dari praktik kedokteran yang buruk serta menjaga kehormatan profesi dokter/dokter gigi?
- 3) Apakah ada upaya yang dapat dilakukan MKDKI untuk dapat meningkatkan pemanfaatan MKDKI oleh masyarakat/publik?
- 4) Apakah Bpk/Ibu mengetahui dengan baik tentang prosedur penanganan pengaduan di MKDKI? Bagaimana tanggapan Bpk/Ibu terhadap prosedur tersebut
- 5) Apakah ada hal-hal yang perlu penyesuaian
- 6) Bagaimana pendapat Bpk/Ibu tentang lama penanganan pengaduan di MKDKI?
- 7) Saat ini KKI berperan sebagai pelaksana keputusan MKDKI. Bagaimana seharusnya peran KKI dalam proses penanganan kasus di MKDKI
- 8) Bagaimana seharusnya pelaksanaan keputusan MKDKI? Siapakah yang seharusnya melakukan koordinasi dalam pelaksanaan keputusan tersebut?
- 9) Bagaimana menurut Bpk/Ibu tentang kapabilitas (kuantitas dan kualitas) anggota dan petugas MKDKI dapat penanganan pengaduan? Saran Bpk/Ibu?
- 10) Bagaimana pendapat Bpk/Ibu tentang objektivitas MKDKI dalam penanganan pengaduan?
- 11) Bagaimana pendapat Bpk/Ibu tentang pembentukan MKDKI di provinsi?
- 12) Bagaimana pendapat Bpk/Ibu tentang upaya advokasi pembentukan lembaga mediasi di lingkungan KKI yang tercantum dalam Rencana Strategis MKDKI 2008-2013?
- 13) Bagaimana pendapat Bpk/Ibu tentang kinerja MKDKI dalam penanganan pengaduan saat ini?
- 14) Bagaimana harapan Bpk/ibu terhadap MKDKI kedepan?

Lampiran 3. Hasil Survei

HASIL SURVEY KEPUASAN DAN HARAPAN PUBLIK TERHADAP MKDKI

No	Pernyataan	Kepuasan						Tingkat Penting							
		1	2	3	4	5	SD	1	2	3	4	5	SD	95%	
1.1	Letak kantor MKDKI	0	2	3	2	0	3	60	0	0	3	2	2	3.9	77
1.2	Penampian fisik kantor MKDKI	0	1	2	3	1	3.6	71	0	0	2	4	1	3.9	77
1.3	Ketersediaan tempat parkir	0	2	2	3	0	3.1	63	0	0	0	6	1	4.1	83
1.4	Kenyamanan ruang tunggu untuk persidangan	0	0	5	1	1	3.4	69	0	0	0	3	4	4.6	91
1.5	Kenyamanan ruang sidang MKDKI	0	1	2	3	1	3.6	71	0	0	0	2	5	4.7	94
1.6	Ketersediaan fasilitas yang baik di ruang sidang MKDKI	0	0	2	5	0	3.7	74	0	0	0	4	3	4.4	89
1.7	Penampilan dan kerapian petugas dan anggota MKDKI	0	0	0	4	3	4.4	89	0	0	1	3	3	4.3	86
	Tangible						3.6	71						4.3	85
1.8	Ketersediaan brosur, pamflet, atau buku panduan tentang prosedur penanganan pengaduan	0	5	0	2	0	2.6	51	0	0	0	2	5	4.7	94
1.9	Kesesuaian pelayanan yang diberikan dengan prosedur yang dijelaskan	0	2	3	0	2	3.3	66	0	0	0	3	4	4.6	91
1.10	Keakuratan dan ketepatan keputusan MKDKI	0	0	2	1	4	4.3	96	0	0	0	0	7	5.0	100
	Reliability						3.4	68						4.8	95
1.11	Kemudahan menghubungi petugas MKDKI	0	1	2	0	4	4.0	80	0	0	0	3	4	4.6	91
1.12	Kesigapan petugas MKDKI menanggapi keluhan	0	0	2	1	4	4.3	86	0	0	0	4	3	4.4	89
1.13	Kesigapan petugas memberikan penjelasan dan informasi tentang penanganan pengaduan di MKDKI	0	0	3	1	3	4	80	0	0	0	3	4	4.6	91
1.14	Lamanya penanganan pengaduan	0	4	1	2	0	2.7	54	0	0	0	2	5	4.7	94
	Responsiveness						3.8	75						4.6	91
1.15	Kejelasan prosedur penanganan pengaduan	0	3	1	1	2	3.3	66	0	0	0	0	7	5.0	100
1.16	Sikap petugas dan anggota MKDKI dalam penanganan pengaduan	0	0	1	2	4	4.4	89	0	0	0	2	5	4.7	94
1.17	Kemampuan petugas MKDKI dalam memberikan penjelasan dan informasi penanganan pengaduan	0	1	3	2	1	3.4	69	0	0	0	2	5	4.7	94
1.18	Kemampuan anggota MKDKI dalam penanganan pengaduan	0	0	2	2	3	4.1	83	0	0	0	1	6	4.9	97
1.19	Konsistensi keputusan MKDKI	0	0	1	1	5	4.6	91	0	0	0	0	7	5.0	100
1.20	Independensi MKDKI dalam penanganan pengaduan	0	0	1	3	3	4.3	86	0	0	0	0	7	5.0	100
	Assurance						4.0	80						4.9	98
1.21	Kemampuan komunikasi petugas dan anggota MKDKI	0	0	0	2	5	4.7	94	0	0	0	2	5	4.7	94
1.22	Kesabaran petugas dan anggota MKDKI mendengarkan keterangan	0	0	0	3	4	4.6	91	0	0	0	1	6	4.9	97
1.23	Kemampuan petugas dan anggota MKDKI memahami kebutuhan pengadu/teradu	0	0	1	2	4	4.4	89	0	0	0	1	6	4.9	97
	Empathy						4.6	91						4.8	96
	RATA-RATA KESELURUHAN						3.8	76						4.6	92

HASIL SURVEY PROSES INTERNAL MKDKI

PERNYATAAN	Keputusan						Tindakselanjutnya							
	1	2	3	4	5	Skor	1	2	3	4	5	Skor		
IIA1. Pemahaman tentang proses penanganan pengaduan mulai dari penerimaan pengaduan sampai pelaksanaan keputusan	0	0	2	5	2	4.0	80	0	0	1	6	3	4.7	93
IIA2. Kejelasan waktu dalam proses penanganan pengaduan	0	4	3	2	0	2.8	56	0	0	1	5	3	4.2	84
IIA3. Prosedur dalam proses penerimaan pengaduan	0	1	3	4	1	3.6	71	0	0	3	4	2	3.9	78
IIA4. Prosedur dalam proses verifikasi	0	0	5	4	0	3.4	69	0	0	0	7	2	4.2	84
IIA5. Prosedur dalam proses pemeriksaan awal	0	1	2	6	0	3.6	71	0	0	2	4	3	4.1	82
IIA6. Prosedur dalam proses pemeriksaan disiplin	1	3	3	2	0	2.7	53	0	0	0	3	6	4.7	93
IIA7. Kejelasan prosedur setelah adanya keputusan MKDKI	1	4	1	3	0	2.7	53	1	0	0	4	4	4.1	82
IIA8. Penentuan jadwal sidang	0	2	3	3	1	3.3	67	0	0	4	2	3	3.9	78
IIA9. Kejelasan dalam penentuan majelis dan petugas untuk suatu pengaduan	0	0	4	4	1	3.7	73	0	0	3	2	4	4.1	82
IIA10. Penilaian terhadap prosedur kerja yang telah ada	0	2	2	4	1	3.4	69	0	0	3	5	1	3.8	76
IIA11. Kepatuhan melaksanakan prosedur kerja dalam pelaksanaan tugas	0	1	3	4	1	3.6	71	0	0	3	3	3	4.0	80
Penanganan Pengaduan						3.3	67						4.2	83
IIB1. Keterlibatan MKDKI untuk memonitor pelaksanaan keputusan	1	3	4	1	0	2.6	51	0	0	1	6	2	4.1	82
IIB2. Upaya sosialisasi pelaksanaan keputusan kepada stakeholders terkait	1	2	5	1	0	2.7	53	0	0	0	5	4	4.4	89
Pelaksanaan Keputusan						2.6	52						4.3	86
IIC1. Penanganan pengaduan dari daerah yang jauh dari ibukota negara	0	2	3	3	1	3.3	67	0	1	2	2	4	4.0	80
IIC2. Upaya advokasi pembentukan lembaga mediasi di lingkungan KKI	2	2	3	2	0	2.6	51	1	1	2	1	4	3.7	73
IIC3. Metode sosialisasi keberadaan MKDKI bagi masyarakat	1	3	3	2	0	2.7	53	0	0	0	4	5	4.6	91
IIC4. Metode sosialisasi penegakan disiplin bagi dokter	0	3	3	3	0	3.0	60	0	0	1	5	3	4.2	84
IIC5. Pembentukan MKDKI di Provinsi	3	3	1	1	1	2.3	47	0	0	0	3	6	4.7	93
IIC6. Penggunaan alat elektronik terkini dalam proses pemeriksaan	1	5	2	1	0	2.3	47	0	0	2	2	5	4.3	87
IIC7. Upaya memperbaiki proses penanganan pengaduan	0	3	2	4	0	3.1	62	0	1	1	3	4	4.1	82
Inovasi						2.8	55						4.2	84
RATA-RATA						2.8	60						4.2	84

KUESIONER III. PEMBELAJARAN DAN PERTUMBUHAN MKDKI

	PERNYATAAN	Kepuasan					Jingkat Renting					SKOR	%		
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5				
III.1	Kejelasan tanggung jawab dan deskripsi tugas	1	0	4	4	0	3.2	64	0	0	2	2	5	4.3	87
III.2	Kejelasan hak dan kewajiban sebagai Anggota dan Petugas MKDKI	0	1	3	5	0	3.4	69	0	0	2	4	3	4.1	82
III.3	Kejelasan dan keterbukaan pimpinan dalam pembagian tugas	0	1	2	5	1	3.7	73	0	0	3	3	3	4.0	80
III.4	Pelibatan dalam pengambilan keputusan terkait organisasi	0	0	4	4	1	3.7	73	0	1	2	3	3	3.9	78
III.5	Penghargaan terhadap tugas yang telah dilaksanakan dengan baik	0	1	4	3	1	3.4	69	0	0	3	2	4	4.1	82
III.6	Ketersediaan fasilitas kerja yang memadai yang mendukung pelaksanaan tugas	0	2	5	2	0	3.0	60	0	0	2	1	6	4.4	89
III.7	Kesesuaian honorarium dengan beban tugas	0	2	4	3	0	3.1	62	0	0	2	4	3	4.1	82
III.8	Kesempatan menggunakan kemampuan dalam penyelesaian tugas	0	0	4	5	0	3.6	71	0	0	2	4	3	4.1	82
III.9	Kemampuan pimpinan dalam membuat keputusan yang baik (dalam hal pelaksanaan pekerjaan)	0	1	4	2	2	3.6	71	0	0	3	2	4	4.1	82
III.10	Komunikasi dengan pimpinan	0	0	2	4	3	4.1	82	0	0	3	2	4	4.1	82
III.11	Hubungan dengan anggota dan petugas MKDKI	0	0	2	2	5	4.3	87	0	0	3	3	3	4.0	80
III.12	Keinginan untuk menyelesaikan tugas	1	0	2	4	2	3.7	73	0	0	2	3	4	4.2	84
III.13	Harapan untuk terus bekerja di MKDKI	0	1	3	4	1	3.6	71	0	0	2	7	0	3.8	76
III.14	Ketersediaan waktu untuk menyelesaikan tugas	0	2	3	3	1	3.3	67	0	0	3	1	5	4.2	84
III.15	Keharmonisan dalam lingkungan kerja	0	0	3	4	2	3.9	78	0	0	2	3	4	4.2	84
III.16	Pemahaman tentang tugas yang diberikan	0	0	3	4	2	3.9	78	0	0	2	5	2	4.0	80
III.17	Kemampuan untuk menyelesaikan beban kerja saat ini	0	0	6	3	0	3.3	67	0	0	1	3	5	4.4	89
III.18	Kesempatan mengutarakan pendapat atau saran kepada pimpinan	0	1	2	5	1	3.7	73	0	0	4	1	4	4.0	80
III.19	Tindak lanjut terhadap saran yang diberikan	0	3	2	3	1	3.2	64	0	0	3	2	4	4.1	82
III.20	Kesempatan mengikuti pelatihan atau studi banding	1	1	5	2		2.9	58	0	0		3	6	4.7	93
III.21	Dukungan dari pimpinan untuk pengembangan keahlian dan karir	0	3	1	4	1	3.3	67	0	0	2	5	2	4.0	80
III.22	Akses terhadap informasi terkini (tentang penanganan pengaduan, prosedur baru, dsb)	0	2	1	6	0	3.4	69	0	0	3	2	4	4.1	82
III.23	Sistem administrasi yang memudahkan pelaksanaan tugas	1	1	4	3	0	3.0	60	0	0	2	2	5	4.3	87
III.24	Akses informasi yang memadai yang mendukung pelaksanaan tugas	2	0	2	5	0	3.1	62	0	0	1	3	5	4.4	89
RATA-RATA							3.5	70						4.2	83

Lampiran 4.
Matriks Wawancara

MATRIKS WAWANCARA TENTANG EVALUASI KINERJA MKDKI

TOPIK	SI	SZ	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Lokasi Kantor												
Fasilitas sidang	Ruang sidang cukup, tapi fasilitas pendukungnya belum					Ruang sidang panas.					Sudah strategis, walau jauh dari kantor saya, tapi kalau dilihat secara umum masih di Jakarta.	Ruangnya sih di depan. Kalau masalah jauh sih relatif.
Pelayanan												Ruang sidang cukup baik hanya posisi tempat duduk saat pembacaan keputusan agak ada jarak yang aman untuk teradu dan pengadu. Dan patugas harus standby untuk keamanan karena dalam pembacaan keputusan itu pasti ada emosi."(S10)
												Saya katakan kurang tapi masih bisa dihandle lah karena undangan pembayaran dan segala macam, yang penting bulan apa yang mereka berikan sekarang tapi jangan untuk bertambahnya.
												Sudah cukup baik.

TUPOK	SI	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Informasi MKDK	Selama ini sosialisasi kita yang langsung kepada para dokter, kepada masyarakat itu umumnya dilakukan melalui program KKI. Lebih utama karena para dokter itu pada tahap awal mungkin beberapa tahun pertama. Sedangkan untuk masyarakat lebih banyak pada KKI.	- Sosialisasi belum 100% tepat sasaran. Secara umum - sebagai masyarakatnya.	MKDK sendiri belum, tetapi melalui (dinas) pembinaan mungkin sering banyak dilakukan. Tetapi untuk membuka pada dunia lain kalau saya lebih berpikir sanggupkah aku kalau orang itu nanti pada datang. Tetapi sebelum kita siap dengan itu lebih baik jangan ke masyarakat kalau saya, dokternya dulu.	Selama ini belum ada upaya sosialisasi masyarakat yang sebagai bagian dari para dokter dan profesi dokter dan dokter gigi.	Masyarakat masih terbelah sedikit yang tahu tentang MKDK. Jangankan masyarakat, kalangan dokter saja belum semua paham. MKDK singkatan apa saja masih belum mereka hater. Menurut saya perlu dilakukan cara-cara yang lebih efektif untuk mensosialisasikan tentang liprah MKDK khususnya ke masyarakat.	Sasaran sosialisasi MKDK saat ini adalah dokter dan dokter gigi yang praktik belum masyarakat.	MKDK juga sudah mulai bicara dimana-mana untuk memperkenalkan diri, belum lama ada dilevels, itu kan upaya memperkenalkan diri supaya orang tahu ada lembaga tempat mereka bisa melaporkan apa yang mereka alami dsb. Tapi hal yang lain adalah bahwa persoalan-persoalan itu kalau dibuka dengan sebarang labarnya artinya kita kan dalam tahap proses mulai ada bulan sudah lama ada, kita baru mulai ada, jadi tentu ada tahap sosialisasi baik labar maupun kedalaman internal lingkungan kedokteran sendiri dokter dan dokter gigi. Tapi yang kedua juga adalah ya siapapan dari MKDK untuk menampung kemungkinan pelaporan yang terjadi karena itu.	Akses informasi ke MKDK belum baik karena saya tahu MKDK pun dari berbagai.		
Lama penanganan	Kalau menurut saya paling lama 2 tahun. Lamanya itu karena saling tumpang menumpuk kasusnya. Jadi per lama masalah SDM. Yang penyusunan kearah pertimbangan dsb ada hal tertentu yang kita agak sulit, jadi ada juga	Memang ada keinginan dari masyarakat agar singkat, cepat tapi kita sendiri belum bisa. Faktor yang mempengaruhi lamanya penanganan pengaduan 1) jumlah SDM MKDK. 2) kualitas SDM dalam analisis. 3) besar kasusnya. 4) Sistem	Sekarang ini dirasakan lama. Banyak mungkin masalah kesehatan dan sejak da dimana sampai selesai sampai ke keputusan	Tidak masalah. Kalau lihat rujukan yang terjadi diberbagai negara juga sama saja.	Menurut saya harus ada batas waktu jadi ada target.	Pertama, aspek kapan dikatakan sebagai pengaduan, berapa banyak fasilitas kesehatan yang dilalui pasien, letak tempat kejadian diber Jakarta atau tidak diluar pulau Jawa, ketersediaan waktu majelis, ada juga	Kalau menurut saya mungkin 2 bulan itu paling lama. Mengada itu memiliki harapan dan yang diperiksa juga memiliki harapan. Itu menghilangkan keberanian profesional seorang dokter dan	Kalau sebulan keburu pasien kepungutan. Ada pasten distu jadi jangan terbelu lama. Kalau alasan ta turangan tenaga akan selalu ada, tinggal	menurut saya cukup lama. Kalau lama saya terbelan terus. Bagaimana hasilnya sebagai orang yang merasa ditubuh sebagai orang yang tidak benar.	

TOPK	SI	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	
	faktor kemampuan SUM, faktor lain yaitu faktor pengendalian kasus yang kurang.	anggaran, manajemen, perangkat dalam sistem termasuk pendukung seperti panitera yang terbatas.	ideal menurut pemikiran kita waktu itu, tetapi dalam perjalanan kita harus selalu open mind untuk setiap kali mereview. Satu mempercepat dua memang memberikan manfaat, itu yang penting. ...kalaupun tidak benefit, tidak akan MKDN itu ditangani orang	Memang seharusnya demikian. Kita belum evaluasi itu. Misalnya MPA MPD kan, sebelumnya di MPA itu hampir tidak punya kelemahan	Menurut saya harus dirubah. Terlewat banyak waktu yang terbuang, misal mulainya sudah terlalu siang, dari apa yang mau disidangkan tidak ada koordinasi yang terarah siapa yang memanggil dan aspek upaya sehingga seperti ini diserahkan pada mekanisme saat sidang spontanitas yang muncul Sidang itu hanya untuk menggali informasi baik dari pengadu, teradu, saksi, mungkin keterangan ahli, jadi resume itu urusan di luar sidang.	kaitannya dengan panitera suatu persidangan yang harus lebih aktif.	dokter gigi untuk bersikap selama satu tahun itu. Takut kan dia, dan yang rugi siapa, masrakat juga kan.	bagaimana manajemennya.					
II. PELESTIF PROSES INTERNAL													
Proses Penyusunan	kita selalu melakukan perubahan prosedur secara terus menerus berdasarkan pengalaman. Sekarang sudah kita evaluasi, terlewat lama, kita mempersingkat, sekarang tugas MPA sebagian ditangani oleh pimpinan sebagian ditangani oleh MPD. Supaya waktunya bisa lebih singkat.	latacara dalam perkonsil belum ideal betul tetapi proses penyempurnaan terus berjalan dan nanti dengan sendirinya akan terisi kekosongan-kekosongan yang tidak ideal itu akan kita perbaiki.	Ya mungkin, tapi tahap itu kan juga bisa meluber mungkin, bisa melebar bisa... Idealnya mungkin ya maksimal 1 kasus itu sebulan dari sejak dia diterima sampai selesai baru perjalanan untuk monitoringnya lebih lama lagi...	Jangan dikasih target waktu karena nanti ada bahayanya juga tapi kedepan kita tentukanlah jangan lewat dari sebulan lama, bukan harga mati, tapi kita harapkan selesai dalam waktu sebulan	Menurut saya harus ada batas waktu jadi ada target.	untuk persiapan waktu belum ada terpa lama. akhirnya petugas sulit menentahkan kepada pengadu atau pasien tentang lamanya.	... sehingga untuk penertarikan pengaduan tidak bisa buru-buru seperti itu, jadi 1 kasus bisa memakan waktu, karena memeriksa, menelaah, lalu mengambil sikap lalu memutuskan sesuatu itu kan musti betul-betul adil, bijak dan benar kan.						
Batas waktu penyusunan	Kalaupun tengahnya masih kaya sekarang mungkin batas waktu bisa kita tentukan tapi batas waktu yang panjang misalinya 2 tahun, dikasih batas waktu minimal 2 tahun selesai, tapi mustinya situasinya tidak mengikat ada kekelucuan jika ada sesuatu.	Kalau prinsip kita ada yang sudah ditetapkan batas waktunya tapi ada juga yang tidak, misalnya tidak dapat dituntaskan sebelum bulan karena ada pertimbangan, mungkin yang butuh waktu yang cukup sebentar-membes.	Ya mungkin, tapi tahap itu kan juga bisa meluber mungkin, bisa melebar bisa... Idealnya mungkin ya maksimal 1 kasus itu sebulan dari sejak dia diterima sampai selesai baru perjalanan untuk monitoringnya lebih lama lagi...	Jangan dikasih target waktu karena nanti ada bahayanya juga tapi kedepan kita tentukanlah jangan lewat dari sebulan lama, bukan harga mati, tapi kita harapkan selesai dalam waktu sebulan	Menurut saya harus ada batas waktu jadi ada target.	untuk persiapan waktu belum ada terpa lama. akhirnya petugas sulit menentahkan kepada pengadu atau pasien tentang lamanya.	... sehingga untuk penertarikan pengaduan tidak bisa buru-buru seperti itu, jadi 1 kasus bisa memakan waktu, karena memeriksa, menelaah, lalu mengambil sikap lalu memutuskan sesuatu itu kan musti betul-betul adil, bijak dan benar kan.						

TOPIK	SI	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Proses Pelaksanaan Keputusan MKDKI	Peran MKDKI hanya memutuskan sesuai UU setelah itu kita serahkan kepada yang melaksanakan. Polanya bagaimana keputusan ini disampaikan, bagaimana KKI menyampaikan kemudian bagaimana cara konsil memonitor apakah itu dilaksanakan, siapa yang melaksanakan, itu yang harus jalan, adanya ditinggal konsil	Salah satu yang harus diperhatikan adalah pelaksanaan keputusan belum terlihat bagaimana mekanismenya yang sebenarnya masih belum tepat waktu. Seharusnya setelah dilaksanakan keputusan, seharusnya menjadi yurisprudensi bagi MKDKI, jadi tidak lepas.	Jadi eval kasus ini datang dibaca kayanya sederhana, cukup 3 bulan. Mari kita lakukan. Ada target. Kita tidak pernah beterja dengan target selama ini. Bahkan yang coba ditargetkan agak sulit dilakukan. MKDKI sekarang baru sampai membuat rekomendasi keputusan yang eksekutornya adalah KKI dan pelaksanaannya kita tidak ikut. Monitoring pelaksanaan keputusan kalau saya itu penting. Buat apa kita beterja lama-lama kalau akhirnya tidak dilaksanakan, juga tidak mendapatkan keuntungan, dokternya pun tidak pasiennya pun tidak.	Yang saya belum pas. seat ini MKDKI hanya merekomendasikan, apa tugas MKDKI paska itu, itu yang tidak jelas. apa boleh melakukan monitoring dikerjakan apa tidak. Siapa yang mengawal itu bahwa sanksi meneng diasekusi. Eksekusi oleh KKI tetapi setelah itu MKDKI monitoring betul tidak itu dicabut. Karena kalau diserahkan ke dinas tidak jalan ya.	Keputusan yang menyatakan dokter itu bersalah itu harus diekspose biar ini punya efek ganda juga pertama efek jera kepada dokter yang bersangkutan maupun dokter yang tahu kasus ini ternyata diberikan satu sanksi. Yang kedua kepada masyarakat juga semakin dia antusias kalau ada hal-hal yang tidak benar itu kepekaan mereka itu muncul.	MKDKI hanya memberikan kepada konsil dan kepada terpid, tidak ada kewajiban selain itu	Jadi mungkin divisi pembinaan itu tempatnya untuk melaksanakan apa yang ditetapkan sebagai rekomendasi dari keputusan MKDKI, divisi pembinaan akan melihat kalau demikian rekomendasi mata akan dilakukan ini ini, misalnya rescheduling atau dicabut sementara SIR. Saya telah mencatat beberapa la purn tentang pelaksanaan keputusan MKDKI kedepan akan kita pertahli.			
konasi (perbaikan prosedur kerja)	Tadinya mau dikembangkan seperti itu, kasus dibagi 2, yang sederhana tidak usah MPD, 3 orang cukup selesai. Nah, kasus yang berat, ada kematian atau dugaan kuat MPA limpahtan saja ke MPD. Tapi akhirnya diputuskan agar diMPD saja semuanya.	Kesatu lama penanganan kasus, ketug transparansi. Jadi saya sangat ingin, kalau dokter denger, dokter lihat, dokter tahu apa yang dilakukan, pasien tuh juga tahu. – kalau bisa di MPA itu cepat sekali, tapi kesannya kalau mengganti kesana itu akan lebih kerja keras	Mungkin ada keputusan dalam batas tertentu harus dilasah wewenang untuk mengurangi MPD yang relatif biayanya akan lebih mahal, terus waktu. Jadi sebaiknya di MPA itu seharusnya ada yang bisa ambil keputusan tidak perlu harus MPD, tapi hukuman yang bisa diberikan MPA tidak	agar MKDKI bisa lebih pro aktif dan masyarakat lebih mudah aksesnya kemudian penanganan kasus jangan jatarta sentris						

TIPEK	S	SZ	SS	SA	SI	SB	ST	SS	SS	SS
3. PERSPEKTIF PERILAKU DAN PERUBAHAN										
Kepalaas Anggota	Ketentuan anggota II cuma di pusat karena UU. Bagusnya 1 orang 4 atau 5 kasus. Termasuk panitera.	Pendalaman kasus tidak bisa dilakukan kalau luakan dengan peer nya. Apa yang mau ditanyakan jika tidak punya pengetahuan dalam bidang itu, bagaimana penggalan dan analisisnya. Anggota MKDKI harus yang benar-benar memiliki pengetahuan yang dalam dibidang medis. Demikian juga majelis harus dibatasi kasusnya supaya ada skala prioritas.	Saya melihatnya semua orang punya kemampuan yang sama, menurut saya, karena ini barang yang baru semua. ...SDH harus ditambah, minimal 3 kasus bisa simultan artinya harus ada 3 dokter didalam MKDKI, apakah itu berbentuk ad hoc.	Kita menganggap teman-teman semua dokter dan dokter gigi siapapun dia bisa majelis karena masalah yang dihadapi kan masalah kedokteran, kita kan tidak melihat masalah lain sebelumnya.	Menurut saya masih kurang, tidak seluruh percontohnya mempunyai cukup waktu kemudien kompetensinya terhadap kasus-kasus yang ditangani memang terbatas. seharusnya ada peluang untuk ad hoc, bisa distru duduk beberapa orang yang mempunyai keahlian untuk membantu majelis	Kalau ada yang bilang ada yang lebih bagus kan setelah tahu apa yang dikerjakan, tapi kalau lihat prosesnya yang dari nol sampai saat ini mereka sudah bisa membuat MKDKI berbhwawa separti sekarang. Kalau buat saya bagus.				
Itak karyawan	Susahnya kita dibikin II, sidangnya ke dokteran semua, kalau tidak ada uang sidang yang bekerja lebih keras kan yang dokter, yang dokter gigi kan kerjanya digilir satu satu (kasus), gajinya sama, bukan given.	Honorarium kalau benar-benar aktif belum cukup walaupun ada uang persidangan. Melihat bagaimana belajar dan bekerja. Majelis yang dari luar daerah tidak ada fasilitas tempat tinggal.	- apa cukup honorarium yang diberikan untuk seorang dokter senior yang setiap hari bekerja disini misalnya dan kalau dia praktik saja jauh lebih besar dari ini. Setiap orang kerja harus tau hak dan kewajibannya, baru kita bisa bilang honorarium itu cocok apa tidak.	Begini kalau mau memaksa orang supaya lebih concern disini barangkali lebih tinggi lebih bagus ya. Kalau sekarang masih segitu orang masih mabr mau cari yang lain karena tidak cukup.	Honorarium tidak cukup.					
Presidus Kery			Tapi kalau kita lihat kenyamanan kerja saya pribadi merasa							

TIPEK	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	
Kepribadian Petugas	Kemampuannya berorganisasi yang sudah memahaminya ada yang masih baru-baru yang memang masih harus di angusinya 1 orang 4 atau 5 kasus. Termasuk panitera. ... Satu kelemahan saya lihat petugas investigasi atau pelugas khusus itu bekerja sendiri dari awal, kadang tidak belajar dari kesalahan yang lain.	Kuantitasnya masih terhitung masih perlu ditambah. Idealnya 1 panitera maksimal 5 kasus MPD. Panitera banyak berhubungan dengan kasus, tidak dengan administrasi, keuangan, absensi. Ada 1 orang petugas yang bantu.	berlebihan sedang yang saya lihat di disingapur itu sekretaris esekutif saja ruangnya hanya sekuat sekuat tapi dia begitu efisien. Kemudian kalau panitera idealnya tidak mungkin 1 orang pegang 11-12 kasus kecuali kalau paniteranya itu juga dokter. Yang kita harapkan dari panitera lain mencatat, saya lihat semua sudah mampu mencatat tapi karena yang dicatat itu bukan bidangnya nah yang punya bidang itu yang harus bantu.	Pada yang mungkin yang harus lebih banyak supaya bisa lebih cepat selesai.	disamping jumlahnya juga saya kira kurang terus kompetensinya saya kira harus banyak belajar karena persoalan yang dihadapi adalah kasus kasus dunia keadilan dan banyak teman-teman tidak berbasis tenaga kesehatan.						
Kompetensi Petugas yg dibutuhkan	harus seorang yang karena dia bisa berpikir lebih lanjut, ketika memang bisa di hubungin tapi lebih harus bisa bebas investigasi, bisa bebas jika bisa dapat bebas investigasi apa saja bisa seorang parawat sayangnya bisa dokter tapi harus fulltime. Saya butuh medical coordinator di tingkat staf.	paniteranya juga mungkin dibantu dengan panitera ad hoc yang itu medis teknis yang mengerti medis teknis. ... SII pun kalau dia punya waktu untuk merekonstruksi sidang itu dari bentuk yang tanya jawab kalau sudah ditulis kemudian dia bisa menyerap maknanya dimana telapi dia harus waktu masalahnya.	paniteranya juga harus yang bekerja sebagai sekretaris-salah satu sekretaris hukum kesehatan, mempunyai masalah, membuat draft resume supaya macam itu kemudian wawancara yang bisa kemudian wawancara yang harus dapat dengan inisiasinya. Di sekretariat MKM itu ada satu dua dokter yang bisa jadi medical supervisor.	Menurut saya aspek medisnya yang harus diomblangi. Harusnya tidak satu bisa dari luar pendidikan yang berbeda untuk saling melengkapi sehingga dari segi kemampuan, manajerial yang menjadi persyaratan oleh magang yang harus dibuat dan disimpulkan.							

TIPE	SI	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Unit Pembangunan Konsolidasi sarat ri	Pemungut yang terbatas hanya kasubang.	Nestlah berjalan, ternyata tugas sub bag persidangan bukan hal kecil, wilayah kerjanya tidak seperti bayangan kita dulu.	Sekretariat apapun kasubag hulum persidangan saya pikir juga tidak tepat karena dia tidak pernah bersidang.	Sekretariat MKDKI harusnya ada sendiri lah kita jangan nebeling dengan XXI. Yang dibutuhkan uang, orang dan masalah peralatan.	Menurut saya belum cukup, orangnya ditarik ke kiri ditarik ke kanan, tidak fokus pada pekerjaan disini saja					
Unit Pembangunan Hanya	Karena ini kerjanya besar seluruh Indonesia, maka tidak bisa lagi level of competence daripada pemimpin unit stalnya ini masih di level sub bagian, harusnya level kepala bagian, dari segi kemampuan dan rentang kendali/ kewenangan kan lebih besar. Yang penting pekerjaan mereka ada yang mongko-ordinir kalau tidak kerja sendiri- sendiri. Musti ada yang mengatur dan pimpinan hanya bicara pada 1 orang ini saja.	Harus ada yang khusus menangani persidangan, manajemen persidangan, tentang kepaniteraan ada yang bikerna khusus kepaniteraan. Hentunya harus lebih besar dari sekarang, kalau perlu ditingkatkan eselon 3, eselon 4 nyabis kita bagi-bagi jadi semua ada -koordinatonya.	...harus ada telompok dibawah kasubag tersebut ya boleh saja kasubag menjadi bagian dari itu, tapi kelompok yang tugasnya menasikni jabatan berbetuk itu. - Munglin berbentuk Kita terbiasa dengan ini pekerjaan saya sendiri mari kita selesakan sendiri, selesai gak selesai gak ada yang marah tapi kalau ada kasubag persidangan yang kita sepakati itu menjadi manager kasus misalnya, itu bisa	Paling tidak ada divisi SDM nya dan divisi persidangan nya	kompetensinya saya kira harus banyak belajar karena persoalan yang dihadapi adalah kasus kasus dunia kedokteran dan banyak teman-teman tidak berbasis tenaga kesehatan					
Kapasitas tendaga	Majelis itu tidak bisa II. Sebenarnya kita bisa cepat dengan 5 regional saja, tambah DKI I loh. Bikinlah disana 11-20 orang boleh saja, tidak ada brangan. Ditambah sesuai kebutuhan, 37% kasus dokter gambarkan agar	Upaya yang bisa dilakukan menghidupkan MKDKI-P sehingga kasus bisa dibagi kesana. Pembentukan MKDKI-P terhambat masalah anggaran, karena UU mengatakan anggaran ada di XXI, tetapi kenyataannya tidak	Karena beban sudah terlalu berat kalau di MKDKI semua, dari kata jarak maupun dena untuk kesana. Dan kita menyadari bahwa orang kita itu cuma segini sehingga MKDKI berambisi membuat ke semua provinsi tetapi	Jumlah MKDKI-P musti diperbanyak sehingga orang-orang yang akan ditunjuk jadi anggota majelis itu akan lebih banyak. Tidak ada batas wilayah karena dia anggota MKDKI.	Sebagai lembaga baru kita bisa menilai bahwa MKDKI ini memang tidak efisien dengan belum munculnya MKDKI-P. Kalau kita memang ingin menjaga kebhuran profesi dokter dan juga ingin melindungi masyarakat maka,					

TOPIK	SI	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	
	perbandingannya tidak sama parsis, lebih banyak dokternya. Kita atur semua yang kurang bisa ditarik, tapi dia tangenin kasus di regional dia.	Itimikian.	pengertian yang membuat provinsi itu tidak berminal sebenarnya ya pendidikan karena tidak ada kejelasan dari UU maupun Perkonsil. Tapi kita lihat posisinya bahwa mereka punya kemampuan cuma untuk menepikan itu kita memang harus lah.	Ini akan ada masa transisi antara anggota lama nanti akan berhenti dengan yang baru, khawatirnya kan belajar lagi, saya belum tahu bagaimana caranya, apakah ada masa bersama-sama.	MKDKI-P itu harus tetap dibuka dengan standar yang sudah baku dari pusat.	harus penuh berada disini.					
Peningkatan kemampuan	Menurut saya perlu artinya begini, lebih barang-barang yang ada dalam pemeriksaan kedokteran		Jadi saya merasa kita belum punya kumauan yang sama								
Kapabilitas sistem informasi	Masih kurang, harusnya ada sistem yang bisa tahu tingkat kehadiran bisa nantinya lihat kinerja anggota selain lihat kinerja penanganan kasus.	Sistem administrasi di sekretariat masih kurang dan selibngkapan dan keamanannya. Sangat perlu diorganisasikan kerossistanya rata-rata.	Belum pernah ada rutinitas, nah itu mungkin bisa dilakukan oleh sub bag sebagai struktur KK.	Mustinya semua anggota walaupun bukan anggota majelis dia harus tahu. Sekarang kan cuma ditulis dalam papan, tidak ada salahnya informasi itu disampaikan, apalagi sekarang tinggal anda imel saja ada kasus ini ini, tidak perlu isinya kan menang isinya tidak boleh	Sekarang lebih baik, tetapi tentu perlu dicarikan mekanisme yang lebih.						
IV. PERSPEKTIF BELAJARAN											
Kearsa-sukaan	Keluar untuk kasus saya	Kelu semua SPMANUN didid	Sampai saat ini saya	Datanya berlingpat.						itu semua kan	

TUPOK	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Anggaran	Kira sudah cukup. Dengan waktu yang hanya setahun, lebih dari sekarang juga tidak akan tereserap.	semua ketersediaan anggaran tidak akan cukup. Perlu diantisipasi keadaan ketersediaan anggarannya		tidak merasa kurang, saya belum lihat ada hambatan dalam anggaran						
Penerapan Anggaran	Karena kita tidak bisa mengganti kasus lebih banyak, kecuali kalau nanti sudah dikembangkan kasusnya banyak di daerah anggaran dari sini juga, tentu ya harus ditambah.	Penyataan sudah tidak, tidak ada penyimpangan. Tidak percobaan tisiensi agak di lapangan tidak benar tetapi juga tidak terlalu ketat.					kelengkapan penunjangkan musti siap. Dana itu besar setiap, sementara anggaran sekarang belum juga secukup yang kalau KADIS sendiri aktif.			

Program Questioner - Kepuasan Publik - [Questioner I - Kepuasan Publik]

TINGKAT KEPUASAN DAN HARAPAN PUBLIK TERHADAP MKDKI

Kode Responden: _____
 Tanggal: _____
 Umur: _____
 Jenis Kelamin: _____
 Kedudukan: _____
 Pendidikan terakhir: _____

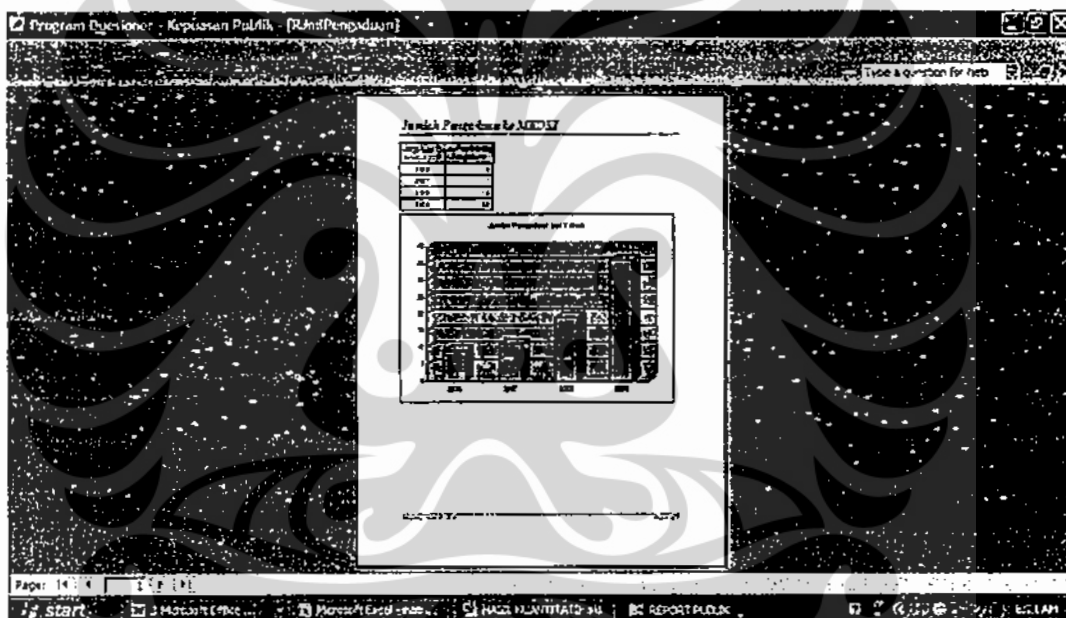
Masing-masing kolom bermakna sebagai berikut:

HARAPAN
 1 = Sangat Tidak Penting
 2 = Tidak Penting
 3 = Cukup
 4 = Penting
 5 = Sangat Penting

KENYATAAN
 1 = Sangat Tidak Pass
 2 = Kurang Pass
 3 = Agak Pass
 4 = Pass
 5 = Sangat Pass

Harapan	PERNYATAAN	Kenyataan
1 2 3 4 5		1 2 3 4 5
	Tangible penilaian saudara tentang kondisi fisik fasilitas (bangunan dan peralatan) serta penampungan petugas dan Anggota MKDKI yang terlihat saat pemberian pelayanan	
<input type="radio"/>	11. Letak kantor MKDKI	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	12. Penampungan fisik kantor MKDKI	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	13. Ketersediaan tempat parkir	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	14. Kenyamanan ruang tunggu untuk pengunjung	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	15. Kenyamanan ruang sidang MKDKI	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	16. Ketersediaan fasilitas yang baik di ruang sidang MKDKI	<input type="radio"/>

Start | Microsoft Excel | Microsoft Word | ... | Question I



Program Questioner - Kepuasan Publik - [Questioner II, Proses Internal]

KUESIONER PERSPEKTIF PROSES INTERNAL MKDKI

Kode Responden: _____
 Tanggal Wawancara: _____
 Umur: _____
 Jenis Kelamin: _____
 Pendidikan terakhir: _____
 Jabatan: _____

Masing-masing kolom bermakna sebagai berikut:

HARAPAN
 1 = Sangat Tidak Penting
 2 = Tidak Penting
 3 = Cukup
 4 = Penting
 5 = Sangat Penting

KENYATAAN
 1 = Sangat Tidak Baik
 2 = Kurang Baik
 3 = Agak Baik
 4 = Baik
 5 = Sangat Baik

Harapan	PERNYATAAN	Kenyataan
1 2 3 4 5		1 2 3 4 5
	Proses Penanganan Pengaduan	
<input type="radio"/>	1.A1. Pemahaman tentang proses penanganan pengaduan oleh dan penerima pengaduan serta pelaksana dan eksekutor	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	1.A2. Kejelasan waktu dalam proses penanganan pengaduan	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	1.A3. Prosedur sistem proses penanganan pengaduan	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	1.A4. Prosedur sistem proses verifikasi	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	1.A5. Prosedur sistem proses peninjauan ulang	<input type="radio"/>

Start | Microsoft Excel | Microsoft Word | ... | Questioner II, Pro...

Program Questioner - Kepuasan Publik - [Questioner III, Pembelajaran & Pertumbuhan]

KUESIONER PERTUMBUHAN DAN PEMBAHARUAN

Masing-masing kolom bermakna sebagai berikut:

HARAPAN	KENYATAAN
1 = Sangat Tidak Penting	1 = Sangat Tidak Baik
2 = Tidak Penting	2 = Kurang Baik
3 = Cukup	3 = Agak Baik
4 = Penting	4 = Baik
5 = Sangat Penting	5 = Sangat Baik

Harapan: 1 2 3 4 5 PERNYATAAN Kenyataan: 1 2 3 4 5

10.1. Kelembutan pengunggaran dan desentralisasi tugas

10.2. Kelembutan pajak dan ketepatan sebagai Anggaran dan Peluang HKMD

10.3. Kejelasan dan keterbukaan anggaran dalam pembagian tugas

10.4. Pelaksanaan dalam pembagian keputusan terkait anggaran

10.5. Penganggaran terhadap anggaran yang telah dilaksanakan dengan baik

Program Questioner - Kepuasan Publik - [Keuangan]

PERSPEKTIF KEUANGAN

Tahun	Penanganan Kasus		Sosialisasi Penegakan Disiplin		Capacity Building		Jumlah	
	Ketersediaan	Penyerapan	Ketersediaan	Penyerapan	Ketersediaan	Penyerapan	Ketersediaan	Penyerapan
2007	0.00	0.00	0.00	0.00	594,320,000.00	421,316,200.00	594,320,000.00	421,316,200.00
2007	59,426,000.00	73,908,200.00	0.00	0.00	273,444,000.00	88,882,400.00	332,680,000.00	164,688,600.00
2008	176,300,000.00	574,063,850.00	209,000,000.00	195,501,800.00	353,473,000.00	327,798,250.00	1,739,273,000.00	1,097,663,700.00
2009	459,275,000.00	633,666,050.00	211,000,000.00	210,928,000.00	338,375,000.00	333,056,300.00	2,637,650,000.00	1,577,553,350.00
0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Program Questioner - Kepuasan Publik - [Gaji_Ker: Report]

Page: 14 of 31