



# Cukilan Desentralisasi: Inovasi dalam Pembangunan Kesehatan di Provinsi Nusa Tenggara Barat dan Tantangan Keberlanjutan Penerapannya

Oleh  
Rahmi Sofiarini

July/August 2011

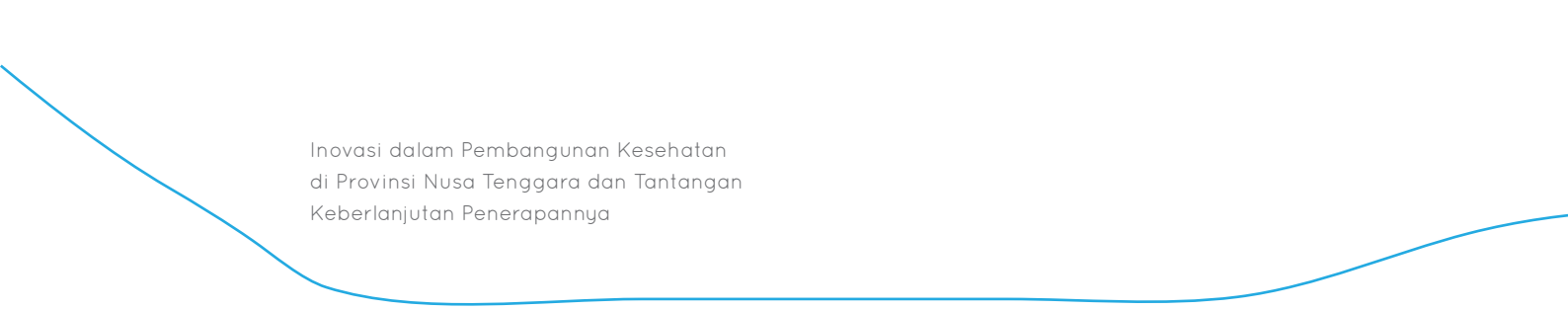
# **Cukilan Desentralisasi: Inovasi dalam Pembangunan Kesehatan di Provinsi Nusa Tenggara Barat dan Tantangan Keberlanjutan Penerapannya**

Oleh:  
**Rahmi Sofiarini**

July/Augustus 2011

Dilindungi oleh Undang-Undang





Inovasi dalam Pembangunan Kesehatan  
di Provinsi Nusa Tenggara dan Tantangan  
Keberlanjutan Penerapannya

## Ucapan Terima Kasih

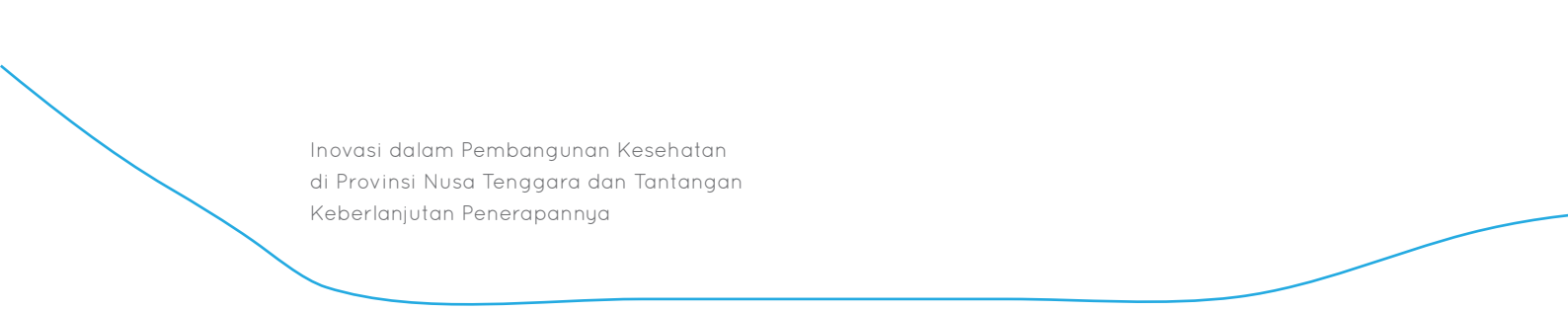
Hampir sepuluh tahun penulis terlibat langsung sebagai pelaku pembangunan di sektor kesehatan di NTB, khususnya dalam bidang kesehatan maternal. Pengalaman ini menyimpan banyak perenungan tentang pembangunan kesehatan di bumi NTB tercinta ini. Karena itu melalui buku ini penulis ingin mengungkapkan apa yang penulis amati, rasakan, rekam, pikirkan yang kemungkinan akan bisa menjadi masukan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di NTB khususnya dan daerah lain pada umumnya.

Penulisan buku ini tentu saja tidak terlepas dari dukungan kolega kerja penulis dan keluarga. Karena itu melalui buku ini disampaikan ucapan terima kasih kepada:

- Bapak Dr. Harmein Harun, yang dengan murah hati telah membagi ilmu beliau tentang analisis dan perumusan kebijakan kesehatan dan pandangan tentang penguatan sistem kesehatan. Begitu pula terima kasih atas keluangannya waktu untuk membaca dan memberikan komentar pada draft buku ini.
- Dr. Paul Ruckert, Principle Adviser Proyek PAF; Dr. Gertrud Schmidt-Ehry, Principle Adviser Proyek SISKES dan HRD; Dr. Lieve Goeman serta rekan-rekan technical Adviser pada Proyek SISKES dan HRD, dan Proyek PAF di Kantor Mataram, serta Proyek SPH yang telah membuka jalan untuk penulisan buku ini.
- Suami tercinta, Hadi Irfan Zahidi, dan anak-anak tersayang, Alya Hazfiarini dan Zhafran Zibral, yang tak habis-habisnya memberikan dukungan dan motivasi dalam kiprah saya di luar rumah,
- Yusdiana, MSc, rekan diskusi, yang telah meluangkan waktu untuk membaca draft buku dan memberikan masukan yang tak ternilai dalam proses penulisan buku ini.

Semoga buku ini memberikan manfaat kepada para pembaca.

Wassalam,  
Penulis

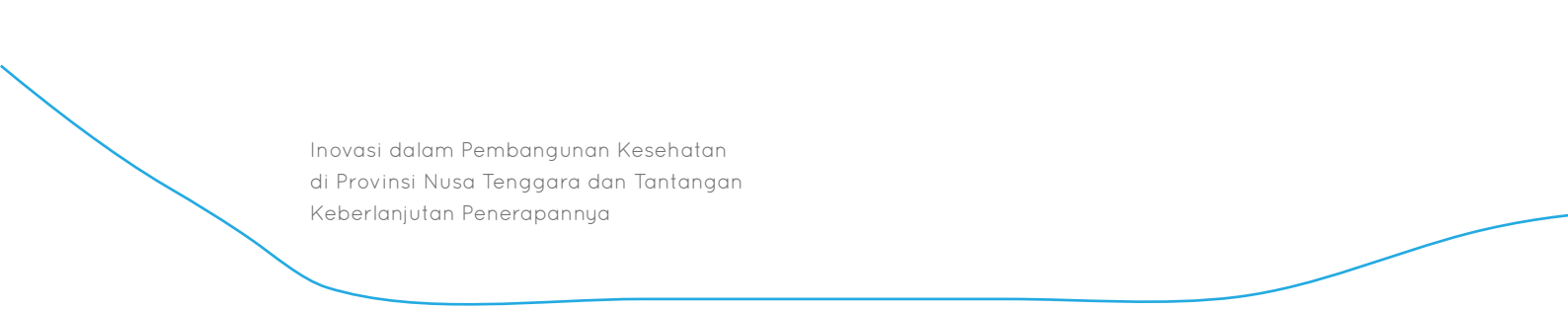


Inovasi dalam Pembangunan Kesehatan  
di Provinsi Nusa Tenggara dan Tantangan  
Keberlanjutan Penerapannya



## Daftar Isi

Ucapan Terima Kasih.....	1
Pengantar.....	5
<b>Bab 1:</b>	
<b>NTB: Daerah bermasalah kesehatan namun kaya inovasi dalam pembangunan kesehatannya.....</b>	<b>7</b>
<b>Bab 2:</b>	
<b>Inovasi Pembangunan Kesehatan di NTB tahun 2006-2009.....</b>	<b>11</b>
■ Inovasi dalam kurun waktu 2006-2009.....	11
■ Fasilitas Kesehatan dimana Inovasi diterapkan.....	25
■ Inovasi dan Penguatan Sistem Kesehatan Daerah.....	26
<b>Bab 3:</b>	
<b>Penerapan dan Pemanfaatan Inovasi serta Tantangan Keberlanjutannya di NTB .....</b>	<b>31</b>
■ Penerapan dan Pemanfaatan Inovasi dalam Pembangunan Kesehatan di NTB.....	31
■ Penerapan dan Pemanfaatan Inovasi di NTB.....	33
■ Kompleksitas Penerapan Inovasi dan Upaya Penguatan Sistem Kesehatan Daerah.....	55
<b>Bab 4:</b>	
<b>Penerapan Inovasi dalam Pencapaian AKINO &amp; Pembangunan Kesehatan NTB Masa Depan.....</b>	<b>58</b>
■ Penerapan Inovasi dalam Pencapaian AKINO.....	58
■ Pembangunan Kesehatan Masa Depan.....	62
■ NTB Masa Depan: <i>Take it or leave it</i> .....	66
Daftar Istilah.....	72
Daftar Pustaka.....	73
Lampiran.....	75



Inovasi dalam Pembangunan Kesehatan  
di Provinsi Nusa Tenggara dan Tantangan  
Keberlanjutan Penerapannya



## Pengantar

Inovasi, dalam kamus besar bahasa Indonesia, didefinisikan sebagai pembaharuan; penemuan baru yang berbeda dari yang sudah ada atau yang sudah dikenal sebelumnya (gagasan, metode, atau alat). Adapun menurut Wikipedia, inovasi dapat diartikan sebagai “proses” dan /atau “hasil” pengembangan dan/atau jasa pemanfaatan/mobilisasi pengetahuan, keterampilan (termasuk keterampilan teknologis) dan pengalaman untuk menciptakan atau memperbaiki produk (barang dan /atau jasa), proses, dan atau sistem yang baru, yang memberikan nilai yang berarti atau secara signifikan.

Dari kedua pengertian di atas dapat ditarik benang merah bahwa sesuatu dapat dikategorikan sebagai inovasi jika berbeda dengan yang sudah ada, mengandung unsur pembaharuan atau pengembangan pengetahuan, keterampilan, pengalaman, yang memberikan makna baru secara berarti. Dari definisi di atas dapat dipahami bahwa inovasi dapat berupa gagasan, metode atau alat panduan kerja, konsep, metode, pendekatan baru atau sebuah pendekatan yang pertama kali diterapkan dalam proses pembangunan kesehatan di suatu wilayah.

Dalam pembangunan kesehatan, pembicaraan tentang inovasi dapat mencakup hal-hal yang terkait dengan teknis medis-klinis, misalnya alat baru pemeriksaan kolesterol, penemuan obat tertentu atau dosis pengobatan, dan terkait dengan manajemen dan pengelolaan program dan pelayanan kesehatan, misalnya pendekatan baru dalam perencanaan program kesehatan ibu dan anak, metode baru dalam perencanaan dan pengelolaan tenaga kesehatan, manajemen sistem informasi kesehatan dan lain sebagainya.

Proses penyelenggaraan pembangunan kesehatan di NTB telah menghasilkan berbagai inovasi terkait dengan manajemen dan pengelolaan program dan pelayanan kesehatan jika dibandingkan dengan pembangunan di sektor lain. Namun sayangnya, seringkali inovasi yang telah lahir tidak terdokumentasi dan tidak terpelihara penerapannya.

Buku ini akan menguraikan dan membahas inovasi terkait dengan manajemen dan pengelolaan program dan pelayanan kesehatan yang telah lahir dari proses penyelenggaraan pembangunan kesehatan selama lima tahun terakhir di NTB. Apa saja inovasi yang telah lahir, bagaimana penerapannya, apa manfaat inovasi tersebut, bagaimana kompleksitas



mempertahankan keberlangsungan penerapannya, adalah hal-hal yang akan pembaca temukan dalam bab-bab berikutnya. Lebih lanjut, pembahasan akan dibingkai dalam konteks upaya peningkatan kesehatan maternal atau dalam upaya mencapai AKINO (Angka Kematian Ibu Nol) yang menjadi masalah utama di NTB serta upaya penguatan sistem kesehatan daerah.

Buku ini ditulis berdasarkan hasil pengamatan, pengalaman dan analisa penulis sebagai pelaku pembangunan kesehatan yang terlibat secara langsung dalam lima tahun terakhir. Jadi isi buku ini merupakan tanggungjawab pribadi penulis dan tidak ada kaitannya dengan lembaga tempat dimana penulis pernah bekerja. Buku ini diharapkan dapat memberikan kontribusi pemikiran kepada para pengambil keputusan dan para pengelola program kesehatan serta pemerintah provinsi dan kabupaten/kota di NTB pada khususnya dan di daerah lain pada umumnya, serta bahan masukan bagi pihak-pihak yang akan menyusun dukungan proyek atau program kesehatan berikutnya.

## Bab 1

# NTB: Daerah Bermasalah Kesehatan Namun Kaya Inovasi dalam Pembangunan Kesehatannya

Sejak tahun 1970-an, NTB dikenal sebagai wilayah yang memiliki masalah kesehatan. Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Balita (AKABA) dan gizi buruk selalu berada diatas rata-rata nasional. Sebagai penyandang label “daerah bermasalah kesehatan”, NTB mendapatkan banyak perhatian dan dukungan baik dari pemerintah pusat maupun dari lembaga internasional atau bantuan luar negeri.

Sejak tahun 1980-an hingga saat ini, NTB mendapatkan dukungan pembangunan kesehatan melalui berbagai proyek pembangunan. Kondisi ini acapkali menjadi seloroh di pertemuan nasional yang dialami oleh penulis. Misalnya, saat ada yang mempresentasikan kondisi kesehatan NTB, maka ada saja peserta yang menyentil dengan ungkapan berikut ini: “NTB adalah daerah dengan banyak proyek pembangunan selama puluhan tahun namun kondisi kesehatannya tak mengalami perubahan”. Tentu saja seloroh ini sering membuat risih peserta dari NTB termasuk penulis. Namun tak jarang juga seloroh tersebut ditimpali dengan ungkapan berikut “sebutannya saja yang banyak tapi setiap proyek hanya dilakukan di satu atau dua kabupaten dan dalam satu kabupaten hanya mencakup satu atau dua paling banyak tiga kecamatan dan beberapa desa saja sehingga dampaknya tak berpengaruh pada keseluruhan kondisi provinsi”.

Kondisi kesehatan yang tak mengalami perubahan yang berarti dari tahun ke tahun ini disitir juga oleh beberapa orang dengan ungkapan berikut “daerah ini telah jenuh dengan proyek sehingga tak menghasilkan kemajuan yang signifikan”. Bahkan ada juga yang coba mengibaratkan, jika proyek-proyek yang masuk di NTB diumpamakan sebagai “air” maka “air tersebut telah merendam pulau kecil mungil nan indah ini karena banyaknya proyek tersebut”.

Seluruh maupun ungkapan-ungkapan tersebut nampaknya dianggap sebagai angin lalu saja. Instansi atau lembaga di tingkat provinsi yang terkait tak pernah menanggapi dengan tindakan nyata, misalnya dengan membuat pemetaan tentang dukungan proyek/ lembaga yang ada atau sedang bekerja di NTB, apa yang didukung, dimana lokasi dukungan dan apa saja pencapaiannya dan tantangannya. Ketiadaan dokumen pemetaan ini menunjukkan bahwa dukungan proyek tidak terdokumentasi dengan baik. Karenanya sulit untuk memberikan penjelasan apakah keberadaan proyek telah memberikan atau belum bisa berkontribusi secara berarti dalam meningkatkan derajat kesehatan penduduk NTB dan mengapa hal itu terjadi.

Terkait dokumentasi, jika ditelusuri lebih jauh maka dapat dikatakan bahwa instansi atau lembaga pemerintah melakukan proses dokumentasi yang sangat minim terhadap kegiatan, program, proyek pembangunan. Perpustakaan yang dimiliki instansi/ lembaga pemerintah tidak banyak memberikan informasi tentang program/proyek pembangunan yang telah dilakukan. Dokumen-dokumen dan laporan terkait suatu program/proyek pembangunan cenderung dimiliki secara personal. Rekam jejak tentang suatu proyek hanya dimiliki oleh individu-individu yang pernah terlibat dalam proyek tersebut. Karena itu inovasi yang dihasilkan melalui proyek/program tersebut tidak terdokumentasi dengan baik. Akibatnya, penyelenggaraan pembangunan berjalan ditempat, hanya dijalankan dengan cara-cara penyelenggaraan yang sama dengan sebelumnya secara turun menurun, walaupun telah banyak pembaharuan atau telah lahir berbagai inovasi dari proses penyelenggaraan pembangunan sebelumnya. Hal ini terjadi tentu saja dipengaruhi oleh banyak faktor. Namun yang jelas terjadi adalah proses transfer pengetahuan dan keterampilan belum terlaksana dengan baik, pengelolaan pengetahuan didalam organisasi atau instansi pemerintah belum ada dan perhatian terhadap hal-hal ini belum ada.

Dengan mengumpulkan memori individu-individu yang pernah terlibat dalam proyek-proyek kesehatan di NTB sebatas yang bisa diingat, penulis mencatat berikut ini adalah proyek-proyek yang telah dan sedang berlangsung di NTB: Health Project (HP) 3 dan HP 4 - dukungan Bank Dunia; Kelangsungan Hidup, Perkembangan, Perlindungan Ibu dan Anak (KHPPIA) - dukungan UNICEF; Proyek Kesehatan dukungan UNFPA ; Proyek Kesehatan Perempuan dan Kesejahteraan Keluarga (KPKK) dukungan Pemerintah Australia; Proyek Penguatan Sistem Kesehatan (SISKES) dukungan Pemerintah Jerman; Proyek Pengembangan Sumber daya Manusia Kesehatan (HRD) dukungan Pemerintah Jerman; Support Program Health (SPH) bantuan Pemerintah Jerman, Proyek Air dan sanitasi untuk penduduk berpendapatan rendah (WSSLIC); Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM)-Kesehatan; Proyek Kesehatan dari World Food Program (WFP); Proyek Peningkatan Gizi dan Pemberdayaan

Masyarakat (Nutrition Improvement and Community Empowerment - NICE)- dukungan ADB; dan Proyek Decentralized Health Services (DHS 2)- dukungan ADB. Ini adalah proyek-proyek yang terekam oleh penulis dan mungkin ada juga yang terlewatkan. Karena itu tak heran, jika Pusat Kerjasama Luar Negeri (PKLN) Kementerian Kesehatan (Kemenkes) menempatkan NTB sebagai daerah yang memiliki mitra kerja pembangunan kesehatan terbanyak di Indonesia. Proyek-proyek tersebut, selain mendukung penyediaan pembangunan infrastruktur sarana kesehatan (membangun puskesmas dan penyediaan peralatan), peningkatan pengetahuan dan keterampilan klinis-medis, juga melahirkan inovasi klinis, misalnya inovasi trial vaccine hepatitis B dan polio hari pertama kelahiran bayi, uniject Tetanus Toxoid (TT), dan inovasi dalam manajemen dan pengelolaan program dan pelayanan kesehatan, misalnya “konsep penyelenggaraan minilokarya di puskesmas”, “revitalisasi posyandu” serta inovasi “Kantong Persalinan”, sebuah sistem yang membantu bidan dalam mengelola pelayanannya kepada ibu hamil dan bersalin.

Dalam kurun waktu 1999-2006, melalui dukungan Proyek KPKK, yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi, muncullah inovasi berikut ini: “Pedoman Perencanaan Persalinan”, berupa alat bantu yang dipakai oleh bidan dan ibu hamil dan keluarganya untuk bersama-sama mempersiapkan persalinan dan komplikasi yang mungkin terjadi saat bersalin; “Kemitraan bidan dan dukun”, sebuah upaya untuk menjaring persalinan agar di bantu oleh tenaga kesehatan yang terampil melalui kerja sama bidan dan dukun; “Mobilisasi Kader”, upaya pemberdayaan masyarakat dalam menyebarkan informasi tentang Keluarga Berencana (KB) sehingga masyarakat mau ikut keluarga berencana; dan “Desa Siap Antar Jaga- Desa Siaga”, yang merupakan upaya untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam kesehatan maternal dengan mempromosikan bahwa isu kehamilan dan persalinan bukan isu perempuan tetapi isu publik sehingga masyarakat berpartisipasi untuk mengatasi permasalahan ini.

Pada kurun waktu 2006-2010 melalui dukungan Pemerintah Jerman, berbagai jenis inovasi bermunculan, yang selanjutnya akan diuraikan dan menjadi fokus dalam buku ini.

Jadi nampak jelas bahwa pembangunan kesehatan di NTB selain mendapat dukungan dari Pemerintah pusat juga mendapatkan banyak dukungan dari lembaga internasional atau bantuan luar negeri. Kerja-kerja pembangunan tersebut telah melahirkan berbagai jenis inovasi baik yang medis maupun yang terkait dengan manajemen dan pengelolaan program dan pelayanan kesehatan. Banyaknya inovasi yang lahir di daerah ini seringkali membuat NTB disebut sebagai daerah yang melahirkan banyak inovasi dalam pembangunan kesehatan dan tidak sedikit pula inovasi tersebut diangkat sebagai program nasional yang diterapkan

diseluruh wilayah Indonesia, misalnya “Kantong Persalinan” dan “Perencanaan Persalinan”. Kondisi ini acapkali menjadi seloroh diantara pelaku pembangunan kesehatan di wilayah ini “inovasi yang lahir di NTB diangkat sebagai program nasional dan berhasil diterapkan di daerah lain namun didaerah sendiri penerapan inovasi tersebut menjadi hilang dan kita pergi study banding ke daerah yang sukses tersebut untuk belajar”.

Ungkapan tersebut walupun merupakan seloroh, tentu saja sangat memprihatinkan. Investasi yang telah ditanam dalam proses menghasilkan inovasi menjadi sia-sia karena penerapannya tidak berlanjut di wilayah dimana inovasi tersebut lahir. Menurut penulis, hal ini sangat menarik untuk ditelaah: bagaimana kelanjutan penerapan inovasi setelah dukungan proyek berakhir dan mengapa inovasi tersebut belum memberikan kontribusi yang signifikan dalam perbaikan kondisi kesehatan di daerah ini.

Pembahasan tentang inovasi dan penerapannya akan difokuskan pada inovasi yang dihasilkan dalam kurun waktu lima tahun terkahir, yang lahir melalui dukungan Pemerintah Jerman. Hal ini bisa dilakukan karena tersedianya data dan informasi hasil survey tentang penerapan dan pemanfaatan inovasi tersebut. Pembahasan tentang penerapan inovasi ini akan diletakkan dalam konteks penguatan sistem kesehatan daerah sehingga pembahasan ini diharapkan akan bermanfaat dalam pencapaian AKINO dan MDGs di Provinsi NTB serta peluang dan peran pemerintah provinsi dalam era desentralisasi untuk memelihara keberlanjutan penerapan inovasi tersebut.

## Bab 2

# Inovasi Pembangunan Kesehatan di NTB tahun 2006-2009

### ■ Inovasi dalam kurun waktu 2006-2009

Pembangunan kesehatan di NTB dalam kurun waktu 2006-2009, diwarnai oleh dukungan kerjasama Pemerintah Indonesia dengan Pemerintah Jerman. Dukungan ini dikemas dalam sebuah proyek dukungan pembangunan yang disebut Proyek Dukungan Sektor Kesehatan atau Health Sector Support Project (HSSP) yang terdiri atas tiga proyek yaitu:

- Penguatan Sistem kesehatan (SISKES) dengan fokus pada Program Making Pregnancy Safer (MPS), yang dikelola oleh GIZ (sebelumnya GTZ) dan dukungan pendanaan dari Pemerintah Inggris (DfID);
- Manajemen Sumberdaya Manusia Kesehatan, yang dikelola oleh EPOS;
- Support Program Health-dukungan Program Kesehatan (SPH), kerjasama dalam bentuk financing agreement dari Bank Pemerintah Jerman (KfW) dan dikelola oleh EPOS;

Proyek Penguatan Sistem Kesehatan (SISKES) dengan fokus pada Kesehatan Maternal bertujuan agar penduduk di NTB terutama masyarakat miskin, perempuan, dan anak-anak menggunakan pelayanan yang berkualitas. Untuk mencapai tujuan tersebut, dukungan proyek difokuskan pada penguatan pengelolaan sistem kesehatan, penguatan pengelolaan pelayanan kesehatan, peningkatan kualitas pelayanan klinis dan pemberdayaan masyarakat. Upaya ini disinergikan dengan Proyek Sumberdaya Manusia Kesehatan (HRD) dan Support Program Health (SPH).

Proyek Sumberdaya Manusia Kesehatan (HRD) bertujuan agar pengembangan ketenagaan kesehatan didasarkan pada standar yang disesuaikan kebutuhan lokal dan kualifikasi program. Untuk mencapai tujuan tersebut kegiatan proyek difokuskan pada kebijakan dan perencanaan sumberdaya manusia kesehatan dan sistim informasinya (distribusi, insentif,

penilaian kinerja, perencanaan karir); pendidikan tenaga kesehatan (peningkatan kualitas dan institusi, akreditasi, pelatihan dan pendidikan). Selanjutnya, Proyek SPH bertujuan agar pemberian layanan kesehatan disediakan secara lebih baik dengan memastikan bahwa peralatan yang memadai tersedia untuk diagnosis dan pengobatan di fasilitas kesehatan. Untuk mencapai tujuan tersebut, kegiatan SPH mencakup pengadaan peralatan yang diperlukan atau belum tersedia dan memperkuat sistem pengelolaan peralatan.

Melalui dukungan proyek-proyek tersebut lahir berbagai inovasi yang akan diuraikan dalam bagian berikut ini.

### **1. Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA) “SATU PINTU”**

Informasi adalah elemen yang esensial dalam Sistem Kesehatan. Sistem informasi kesehatan yang berfungsi baik sangat diperlukan agar penyediaan pelayanan kesehatan, manajemen fasilitas kesehatan dan manajemen dan perencanaan sistem kesehatan tidak terganggu.

Namun berbagai laporan menyebutkan bahwa Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS) telah mengalami banyak masalah yang terkait dengan pengelolaannya yang terfragmentasi. Masing-masing Direktorat Jendral (Dirjen) di Kementerian Kesehatan, masing-masing kabupaten/kota, rumah sakit dan puskesmas memiliki dan menjalankan sistem informasi kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini terjadi karena tidak adanya kerangka konsep tentang Sistem Informasi Kesehatan secara nasional. Masalah ini menjadi lebih rumit dengan terjadinya otonomi daerah yang diartikan bahwa tidak ada kewajiban untuk melaporkan data atau informasi kesehatan ke provinsi dan pusat oleh kabupaten/kota.

Karena pelaporan terfragmentasi, maka setiap program mengeluarkan indikator yang berbeda dan menyusun formulir pengumpulan data dan pelaporan yang berbeda pula. Akibatnya, data sangat banyak dan tumpang tindih, sulit untuk dianalisa secara akurat karena beda sumber beda angka sehingga tidak dapat menggambarkan kinerja suatu program secara akurat. Berdasarkan analisa yang dilakukan oleh proyek SISKES di NTB, Dinas Kesehatan Provinsi harus melaporkan lebih dari 301 jenis laporan rutin dan menggunakan 8 (delapan) jenis aplikasi software kesehatan yang berbeda.

Untuk mengatasi masalah-masalah tersebut maka Dinas Kesehatan Provinsi NTB pada tahun 2008 memutuskan untuk menerapkan konsep SIKDA “Satu Pintu” diseluruh fasilitas kesehatan di NTB. Tujuannya adalah agar semua fasilitas kesehatan di NTB baik di tingkat provinsi dan kabupaten/kota mampu menghasilkan data yang muktahir, akurat dan tepat

untuk mendukung proses perencanaan pembangunan kesehatan yang terintegrasi dan berbasis data/bukti. Konsep ini telah diujicobakan penerapannya pada tahun 2006 di 10 dari 47 Puskesmas di 3 kabupaten/kota (Lombok Barat, Lombok Tengah dan Kota Mataram).

SIKDA "Satu Pintu" merupakan sistem pencatatan dan pelaporan kesehatan yang berpusat pada sebuah bank data sebagai pintu masuk dan keluarnya data, berisikan data individu dan atau agregat yang berasal dari setiap fasilitas pelayanan kesehatan di setiap fasilitas kesehatan (pemerintah maupun swasta) serta sektor terkait. Ketersediaan data satu pintu (di satu tempat) akan menggantikan sistem yang sedang berjalan saat itu, yaitu sistem informasi yang terpisah-pisah dan diperoleh dari orang-orang tertentu secara hirarki. Bank data akan mengintegrasikan data dari semua program (SP2TP, PWS-KIA, penyakit menular), system inventarisasi aset, Sistem Informasi Manajemen (SIM) kepegawaian dan SIM Keuangan.

Dengan penerapan SIKDA "Satu Pintu" diharapkan data/informasi kesehatan disemua tingkatan akan terkoordinir lebih baik. Dengan koordinasi data yang lebih baik diharapkan konsultasi dan komunikasi antar staf didalam satu fasilitas kesehatan dan antara fasilitas kesehatan pada tingkat yang berbeda akan meningkat sehingga umpan balik baik secara horizontal dan vertikal dalam memperbaiki kualitas data akan terjadi.

Dengan memiliki SIKDA "Satu Pintu" ini, data akan terintegrasi dan diperbaharui sehingga memudahkan pemerintah (Puskesmas, Dinas Kesehatan Kab/kota, Dinas Kesehatan Provinsi, rumah sakit dan klinik) maupun sektor swasta dalam menyusun program kesehatan dan penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

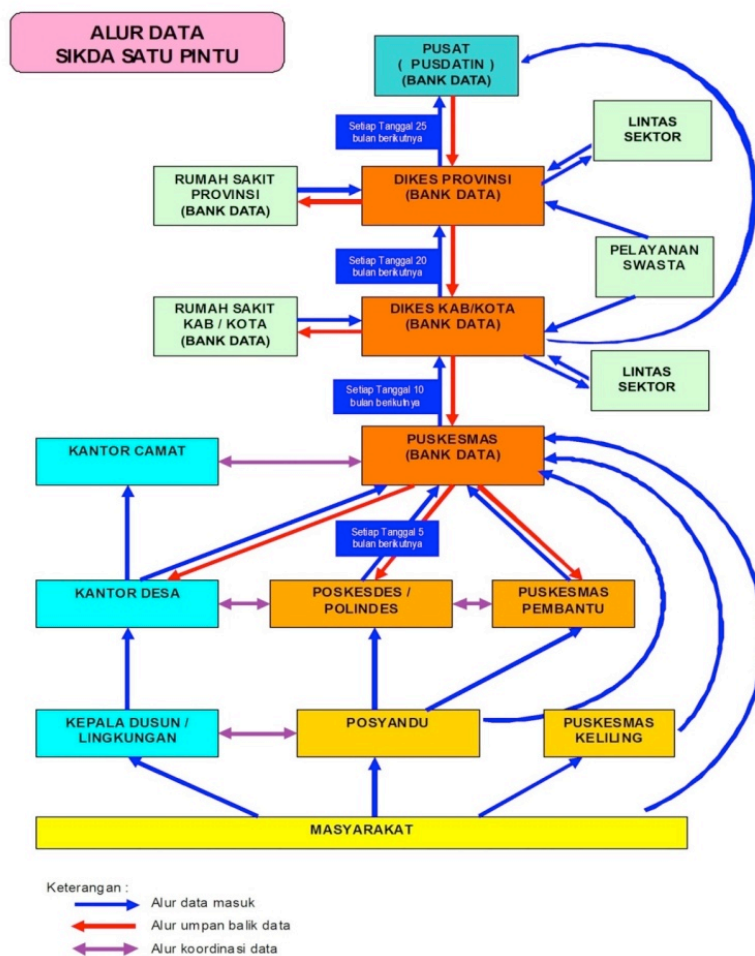
Pengembangan SIKDA "Satu Pintu" di NTB dimulai dengan tahapan sebagai berikut: penilaian kebutuhan lokal (need assessment) untuk menilai ketersediaan dan identifikasi kebutuhan akan sarana pendukung (bangunan, perangkat keras, perangkat lunak, SDM untuk pengumpulan, pengolahan, analisa dan visualisasi data). Dalam konteks ini ditemukan 96 % Puskesmas memiliki minimal satu komputer sehingga ada potensi untuk menerapkan SIKDA "Satu Pintu" yang terkomputerisasi atau semi komputersasi. Untuk itu, dikembangkanlah perangkat lunak (software) yang disebut "Software NTB" menggunakan MySQL data base dan PHP yang lebih aman dibandingkan dengan database lainnya. Tahapan berikutnya adalah sosialisasi dan advokasi untuk mendapatkan komitmen terhadap penerapan SIKDA "Satu Pintu". Ini mencakup komitmen untuk tidak memindahkan staf yang bertanggungjawab terhadap pengelolaan SIKDA minimal 3 tahun dan untuk mengalokasikan sumber daya (tenaga, dana untuk pengadaan perangkat keras, biaya operasional, pemeliharaan dan pengembangan jaringan). Pengembangan sumberdaya manusia merupakan tahapan



selanjutnya yang meliputi penetapan Tim SIKDA disetiap fasilitas kesehatan dan penyediaan pelatihan yang diperlukan dalam mengelola SIKDA. Setelah itu disusun Standard Operasional Prosedur (SOP) yang kemudian diterapkan dengan pendekatan “satelit” yaitu dimulai di 3-4 puskesmas dalam satu kabupaten lalu setelah berjalan baik, baru disebarakan ke puskesmas terdekat. Pendekatan ini dimaksudkan agar proses pengembangan efisien dan menerapkan prinsip pemberdayaan dan keberlangsungan. Tahapan berikutnya adalah monitoring dan evaluasi menggunakan alat evaluasi yang telah dikembangkan. Semua tahapan pengembangan SIKDA “Satu Pintu” dan konsepnya dimuat dalam buku Grand Strategy Pengembangan SIKDA “Satu Pintu” NTB yang menjadi pedoman implementasi inovasi ini.

Aliran data dalam SIKDA “Satu Pintu” dapat diilustrasikan sebagai berikut:

**Gambar 1:** Skema Alur Pencatatan dan Pelaporan data dalam SIKDA “Satu Pintu”.



## 2. Panduan HRIS (Health Resource Information System) - Sistem Informasi Tenaga Kesehatan

Ketenagaan kesehatan merupakan elemen yang esensial dalam sistem kesehatan. Hal ini menyangkut jumlah, jenis, distribusi dan mutu orang yang bekerja didalamnya.

Untuk mendapatkan gambaran tentang sumberdaya manusia kesehatan, berbagai data base telah dikembangkan baik oleh pemerintah pusat maupun daerah. Melalui penelitian terhadap sistem data base ketenagaan yang telah ada (SIMKA, SIMPEG, SP2TP (LT-2), ADT dan data asosiasi profesi), ditemukan tidak satupun dari sistem tersebut yang komponen datanya lengkap/komprehensif. Data yang dihasilkan hanya memenuhi kebutuhan tertentu (layanan kesehatan tertentu, atau kebutuhan profesi secara individu), tidak secara utuh memuat komponen data yang diperlukan untuk kualifikasi, pengalaman maupun perencanaan pendidikan dan pelatihan. Berdasarkan penelitian tersebut maka disepakati untuk membangun sistem informasi tenaga kesehatan yang mampu memuat semua bidang ketenagaan kesehatan yang penting, yang mencakup semua bagian dan pelaku. Sistem ini dikembangkan dari kekuatan setiap sistem yang diteliti atau yang sudah ada sehingga mampu menghasilkan laporan-laporan yang diperlukan dalam perencanaan ketenagaan kesehatan secara kualitatif dan kuantitatif.

HRIS - Sistem Informasi Ketenagaan Kesehatan, merupakan sistem informasi dalam bentuk software data base tenaga kesehatan. Sistem ini mampu untuk menghasilkan informasi tentang: jumlah, jenis, posisi dan jabatan, tempat kerja, alamat, gender, kompetensi (pendidikan/pelatihan), kenaikan pangkat dan gaji, distribusi berdasarkan desa dan tempat kerja. Informasi ini akan sangat berguna sebagai masukan dalam perencanaan, penempatan, dan promosi tenaga kesehatan.

Ketersediaan sistem ini akan memperkuat upaya penyediaan data ketenagaan kesehatan yang terpercaya dan diperbaharui, yang akan meningkatkan kesadaran dan komitmen dalam penggunaan data dalam mengelola program-program kesehatan. Selanjutnya, pemanfaatan HRIS diharapkan bisa mereformasi strategi pengembangan ketenagaan kesehatan di Provinsi NTB.

HRIS diterapkan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota se-NTB dan Dinas Kesehatan Provinsi, yang datanya mencakup fasilitas kesehatan dibawah lingkup setiap dinas tersebut. Penerapan HRIS dilengkapi dengan penyediaan perangkat keras yang dibutuhkan dan pelatihan sumberdaya manusia yang mengelola sistem ini.

### **3. Alat Bantu WISN (Workload Indicator Staffing Needs) - Perhitungan Kebutuhan Ketenagaan berdasarkan Beban Kerja**

Pendekatan atau metode yang tepat sangat diperlukan untuk merencanakan jumlah dan jenis serta penempatan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan fasilitas kesehatan. Pendekatan yang selama ini dipakai dalam perencanaan ketenagaan kesehatan adalah metode ratio, yang menghitung kebutuhan tenaga kesehatan dibandingkan dengan jumlah penduduk (jumlah tenaga kesehatan per 1000 penduduk) dan jumlah tertentu tenaga kesehatan per fasilitas kesehatan. Namun karena metode ini belum mencerminkan kebutuhan yang tepat maka dikembangkanlah alat bantu yang dikenal dengan nama WISN (Workload Indicator Staffing Needs). WISN yang dikembangkan di NTB diadaptasi dari manual WISN yang diproduksi oleh WHO, atas seijin WHO, guna memenuhi kebutuhan lokal dalam era desentralisasi.

WISN adalah pendekatan untuk perhitungan kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan beban kerja. WISN berguna untuk menghitung kebutuhan tenaga tidak hanya saat ini namun juga untuk prediksi masa yang akan datang, bermanfaat untuk membandingkan SDM kesehatan pada daerah atau fasilitas kesehatan yang berbeda dan bisa digunakan untuk melihat apakah tenaga kesehatan bekerja sesuai dengan profesinya. Oleh karena itu penerapan WISN pada sejumlah kategori profesi kesehatan yang berkerja bersama lebih bermakna daripada hanya menerapkannya pada satu kategori secara bergantian.

Penerapan WISN bisa digunakan untuk memperbaiki susunan kepegawaian fasilitas kesehatan sehingga hasil WISN harus dimengerti dan diterima oleh yang berwenang dalam mengubah susunan kepegawaian.

Oleh karena pendekatan ini mampu menyajikan kebutuhan staf yang akurat dan sesuai kebutuhan maka sebelum membuat keputusan untuk menerapkan pendekatan ini sangat penting agar para pemangku kepentingan dan pembuat keputusan memahami pendekatan ini, mau menerima dan mendukung pelaksanaannya dan menindaklanjuti hasilnya.

Penerapan WISN mengikuti delapan langkah perhitungan yang perlu dilakukan secara berkelompok oleh kategori tenaga yang dihitung agar bisa saling berdiskusi dan saling cek tentang beban kerja mereka. Panduan penerapan WISN tersedia.

#### 4. Petunjuk Teknis Sistem Rujukan Kesehatan

Berdasarkan evaluasi pelayanan rujukan kesehatan di semua fasilitas kesehatan di NTB ditemukan kondisi sebagai berikut: pedoman teknis pelaksanaan rujukan kesehatan tidak tersedia; jenis rujukan yang terlaksana terbatas pada pengiriman pasien; rujukan balik (counter referral) sebagai proses pembelajaran lanjutan bagi lembaga yang melakukan rujukan tidak berjalan; pemetaan fasilitas kesehatan berdasarkan kompetensi dan kemudahan akses rujukan belum berjalan (alur rujukan belum tertata dengan baik); pengelolaan laporan rujukan belum terlaksana di semua jenjang pelayanan; dan, dukungan dana untuk program rujukan sangat terbatas atau tidak ada. Jadi, pelayanan rujukan kesehatan berjalan tanpa pedoman yang standar.

Untuk memperkuat pelayanan rujukan kesehatan tersebut maka disusunlah buku petunjuk teknis rujukan kesehatan. Buku petunjuk teknis ini dapat menjadi acuan penyelenggaraan sistem rujukan kesehatan di semua fasilitas kesehatan di NTB, baik pemerintah maupun swasta, dan dari tingkat desa hingga provinsi.

Buku Petunjuk Teknis Sistem Rujukan Kesehatan berisikan acuan untuk melakukan tindakan rujukan pasien, spesimen dan pengetahuan klinis kedokteran. Juknis ini juga mencakup prosedur merujuk pasien dan mengembalikan rujukan baik secara teknis dan administrasi, memuat standar format rujukan dan pengelolaan data/informasi rujukan, mekanisme monitoring dan evaluasi sistem rujukan serta peran dan tanggungjawab fasilitas kesehatan terkait penyelenggaraan sistem rujukan.

Buku Petunjuk Teknis Rujukan Kesehatan diterbitkan pertama kali pada tahun 2008 dan telah diujicobakan di semua Puskesmas/Pustu/Polindes di dua wilayah kabupaten (Kabupaten Lombok Barat dan Lombok Utara), serta Rumah Sakit Kabupaten "Patut Patuh Patju" di Kabupaten Lombok Barat dan Rumah Sakit Umum Provinsi (RSUP) NTB di Mataram. Berdasarkan hasil uji coba dan masukan dari lokakarya yang melibatkan semua Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan rumah sakit se-NTB, buku petunjuk teknis disempurnakan dan dicetak kembali pada awal tahun 2011. Buku Juknis Sistem Rujukan Kesehatan diberlakukan melalui Surat Keputusan (SK) Kepala Dinas Kesehatan NTB, No. 445/20/Yankesdas & Rujukan/I/2011, dan dikuatkan melalui Surat Edaran (SE) Sekretaris Daerah NTB, No. 441/34/Yankesdas/Rujukan/III/2011.

## 5. Alat bantu Penyusunan Aksi Peningkatan Kualitas (Quality Improvement - QI Action) Pelatihan Manajemen Rumah Sakit

Alat bantu Pelatihan Manajemen Rumah Sakit berisikan petunjuk bagi pihak yang mau menerapkan pendekatan pelatihan yang sama dan yang memfokuskan pelatihannya pada keselamatan pasien dan keselamatan pekerja didalam lingkup rumah sakit dan dalam konteks sistem kesehatan yang luas.

Alat bantu ini disusun berdasarkan pengalaman dalam penyelenggaraan pelatihan manajemen rumah sakit di NTB. Pelatihan tersebut merupakan kolaborasi antara Program Magister Manajemen Rumah Sakit (MMR) Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada (FK-UGM), Program Magister Manajemen (MM) - Universitas Mataram (UNRAM) dan South East Asian Ministries of Education Organization for Tropical Medicine (SEAMEO Tropmed), yang menghasilkan model pelatihan menggunakan pendekatan triangulasi.

Pelatihan Manajemen Rumah Sakit (HMT) bertujuan untuk meningkatkan keterampilan tim menejerial rumah sakit yang fokus pada perubahan perilaku melalui proses internalisasi budaya peningkatan mutu pelayanan. Melalui pelatihan ini pengelola rumah sakit diharapkan akan membuat penekanan akan perlunya kerja tim didalam pengelolaan rumah sakit, memotivasi tim dan rumah sakit untuk selalu memperbaharui dan mengaplikasikan pengetahuan mereka, yang diharapkan akan membuka jalan untuk selalu menerapkan budaya peningkatan kualitas.

Konsep utama pelatihan manajemen rumah sakit adalah:

- Metode dan bahan pelatihan dikembangkan dalam bentuk modul, yang memberi manfaat kepada pegawai yang sibuk bekerja untuk berkesempatan mengambil pelatihan.
- Penekanan pada pendekatan tim work (kerja tim) dalam menerapkan teori kedalam praktis di tempat kerja melalui penugasan dan proyek peningkatan kualitas yang melibatkan teman kerja yang lainnya di tempat kerja. Hal ini memungkinkan peserta pelatihan untuk mengaplikasikan bahan pelatihan kedalam praktek perbaikan manajemen rumah sakit.
- Pelatihan di akreditasi oleh UGM dan modul pelatihan menjadi kredit untuk melanjutkan sekolah pasca sarjana. Peserta pelatihan yang sukses dimotivasi untk melanjutkan sekolah master.

Pelatihn in (HMT) menerapkan kombinasi berbagai kegiatan pembelajaran yang dilaksanakan melalui empat blok pembelajaran. Kegiatan pembelajarannya mencakup perkuliahan di kelas, penugasan lapangan, diskusi dengan tutor, dan presentasi penugasan

di setiap akhir blok pembelajaran. Setelah menyelesaikan seluruh blok pembelajaran tersebut, tim HMT melakukan aksi peningkatan pelayanan dan manajemen yang nyata di lingkup rumah sakit, yang difasilitasi melalui quality improvement action project (QI-Action) sesuai kebutuhan setiap rumah sakit. Untuk melaksanakan QI-Action ini disusun panduan pelaksanaannya yang merupakan bagian dari inovasi Pelatihan HMT ini.

## **6. PHA/DHA (Provincial/District Health Account ): Pendekatan Analisa Belanja sektor kesehatan**

Pembiayaan kesehatan belum mencerminkan kepedulian ke masyarakat miskin (pro-poor), masih berorientasi pada kuratif dibandingkan preventif dan promotif serta belum optimal dialokasikan pada program yang menjadi masalah utama daerah merupakan isu-isu yang terkait dengan pembiayaan pembangunan kesehatan. Untuk menganalisa pembiayaan pembangunan kesehatan di NTB maka diperkenalkanlah pendekatan yang dikenal dengan nama PHA/DHA yang telah dikembangkan oleh berbagai negara dan diterapkan di NTB dengan beberapa penyesuaian sesuai kebutuhan lokal.

PHA/DHA merupakan pendekatan yang menampilkan belanja kesehatan baik pemerintah maupun swasta yang secara sederhana menggambarkan jumlah dana yang dibelanjakan untuk program apa dan penerima manfaatnya.

Penerapan PHA/DHA ini akan membantu para pengambil keputusan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota untuk menjawab pertanyaan seperti: Apakah dana untuk belanja kesehatan sudah cukup?; Berapa jumlah dana untuk program kuratif, promotif, preventif ?; Kegiatan atau program apa saja yang didanai oleh pemerintah, swasta, atau lembaga donor lain?; Bagaimana supaya belanja pembangunan lebih efektif khususnya untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi atau kesakitan yang menjadi masalah kesehatan di daerah yang bersangkutan?

Analisa PHA/DHA sangat penting sebagai input saat melakukan perencanaan penganggaran pembangunan karena dengan adanya PHA/DHA akan didapatkan informasi tentang mobilisasi dana dari sumber ke agen pembiayaan kemudian alokasinya ke penyedia atau pemberi pelayanan kesehatan dan fungsinya. Selain itu PHA/DHA merupakan alat yang krusial dan informasi keuangan yang penting untuk Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota guna memberikan petunjuk, memonitoring, dan mengatur sistem pelayanan kesehatan dalam konteks desentralisasi kesehatan guna membangun sistem pelayanan kesehatan yang adil dan efisien.

Melalui dukungan proyek telah dikembangkan dan tersedia modul penyusunan PHA/DHA di

NTB dan PHA/DHA telah diterapkan di tingkat provinsi dan 10 kabupaten/kota di NTB.

### **7. Alat Bantu Pemberdayaan Masyarakat bidang Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)**

Alat bantu ini memuat konsep Pemberdayaan Masyarakat dibidang KIA, yang dikembangkan berdasarkan nilai-nilai tradisi tolong menolong yang ada dimasyarakat saat ada kematian dan perkawinan. Konsep tolong menolong inilah yang diaplikasi untuk saling bantu saat ada kegawatdaruratan kesehatan khususnya kegawadaruratan terkait kehamilan dan persalinan dengan membangun sistem kesiagaan masyarakat “dari, oleh dan untuk” masyarakat sendiri. Alat bantu ini juga memuat tentang strategy implementasi, modul pelatihan termasuk film dalam meningkatkan partisipasi masyarakat guna menurunkan kematian ibu dan bayi. Alat bantu ini diperuntukan bagi para pengambil keputusan, pengelola program dan praktisi kesehatan. Alat bantu ini juga dilengkapi dengan perhitungan biaya untuk melaksanakan program ini serta hasil evaluasi dari pelaksanaan program.

### **8. Panduan Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan secara Terpadu (Renja Terpadu) atau Integrated Health Planning and Budgeting (IHPB)**

Perencanaan bidang kesehatan bersifat spesifik, variatif dan multi sektor serta mendapat dukungan dari berbagai mitra. Untuk menghindari perencanaan yang tumpang tindih dan terpecah-pecah, maka disusunlah panduan dalam melaksanakan perencanaan dan penganggaran kesehatan terpadu. Panduan ini merujuk pada Permenkes 741/Menkes/Per/VII/2008 serta PP 39/2006.

Esensi dari panduan ini adalah terwujudnya perencanaan yang berbasis bukti (evidence base) dari semua sumber pembiayaan serta mencakup perencanaan program, peralatan, makanan dan farmasi serta sumberdaya manusia kesehatan yang tertuang dalam satu dokumen perencanaan serta proses penyusunannya dilakukan secara bersama oleh lintas program dan lintas sector terkait. Dengan adanya dokumen perencanaan yang terpadu akan memudahkan dalam monitoring dan evaluasi.

Proses penyusunan perencanaan dan penganggaran terpadu dibagi dalam tahapan sebagai berikut:

- Perencanaan di tingkat Puskesmas, menyusun Rencana Usulan Kegiatan (RUK) Puskesmas yang memuat perencanaan upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan yang dihasilkan melalui minilokakarya Puskesmas. RUK disusun berdasarkan hasil

analisa data yang dihasilkan dari SiKDA “ Satu Pintu” Puskesmas. RUK memuat prioritas kegiatan yang akan menjadi bahan dalam Musyawarah Rencana Pembangunan tingkat kecamatan.

- Penyusunan Rencana kerja (Renja) terpadu Kabupaten/Kota, yang dilaksanakan melalui tahapan kegiatannya sebagai berikut: Pertemuan/workshop mereview dan perumusan fokus arah kegiatan program pembangunan kesehatan di Kabupaten/kota; Rapat Koordinasi Kesehatan Daerah (Rakorkesda I) kabupaten/kota; Penyempurnaan draft Renja terpadu Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota; Finalisasi dokumen Renja Terpadu Dinas Kesehatan kabupaten/kota; pertemuan koordinasi untuk sinkronisasi penganggaran terpadu dan finalisasi dokumen anggaran.
- Penyusunan Renja Terpadu di Provinsi, dengan tahapan kegiatan sebagai berikut: Pertemuan/workshop review dan pertemuan perumusan fokus kegiatan di lingkup Dinas Kesehatan Provinsi; Rapat Koordinasi Kesehatan Daerah (Rakorkesda) Provinsi untuk perencanaan; penyempurnaan draft Renja terpadu Dinas Kesehatan Provinsi; Finalisasi dokumen Renja terpadu kesehatan provinsi; Rakorkesda II-sinkronisasi penganggaran terpadu; Finalisasi Dokumen Anggaran.

## 9. Panduan Pelaksanan Monitoring dan Evaluasi (Monev) terpadu

Monitoring dan Evaluasi (Monev) Terpadu adalah kegiatan monitoring dan evaluasi yang direncanakan dan dilaksanakan bersama-sama secara lintas program dengan indikator yang saling terkait. Monev dilakukan untuk seluruh rangkaian kegiatan pembangunan kesehatan baik di provinsi maupun kabupaten/kota yang mencakup perencanaan, penganggaran, pelaksanaan dan pasca pelaksanaan kegiatan sesuai dengan PP 39/2006 (tata cara pengendalian dan evaluasi pelaksanaan rencana pembangunan).

Tujuan dan manfaat monev terpadu adalah diperolehnya gambaran manajemen dan penilaian kinerja program pembangunan kesehatan serta cara mengatasi permasalahannya agar bisa meningkatkan efektifitas dan efisiensi penggunaan sumberdaya yang tersedia.

Pelaksanaan Monev terpadu dilakukan dengan membentuk tim monev terpadu, pembekalan tim, pelaksanaan kegiatan monev terpadu dan penyelenggaraan forum komunikasi dan koordinasi pembangunan Kesehatan di Provinsi guna membahas hasil monev yang telah dilaksanakan.

Esensi dari monitoring dan evaluasi terpadu ini adalah sebuah kegiatan untuk mencermati



performan sistem kesehatan daerah yang mencakup semua subsistem dalam sistem kesehatan tersebut, secara manajemen dan teknis serta dalam konteks tata pemerintahan yang baik di sektor kesehatan.

## **10. Sistem Inventarisasi berbasis komputer atau Computer Based Inventory System (CBIS)**

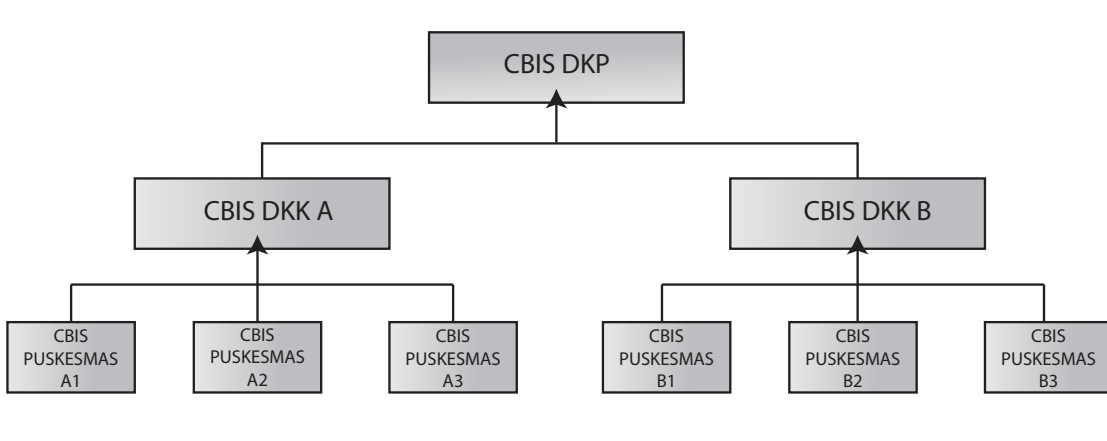
Untuk mendapatkan data tentang peralatan yang akan didukung oleh proyek telah dilakukan sebuah observasi. Observasi tersebut mencakup tentang peralatan yang sudah tersedia dan kondisinya, peralatan yang sudah dipesan namun belum diterima dan peralatan yang dibutuhkan tetapi belum ada sumber dana pengadaannya. Observasi dilakukan dengan melihat laporan yang disebut dengan LT3 Puskesmas. Dari hasil observasi ditemukan bahwa laporan LT3 Puskesmas yang ada ternyata sudah tidak up-to-date atau tidak konsisten. Artinya informasi yang lengkap dan akurat tentang peralatan yang tersedia dan yang akan diterima tidak tersedia. Temuan tersebut melahirkan kebutuhan untuk memiliki sistem yang dapat memberikan data yang akurat dan up-to-date tentang peralatan. Sistem yang dikembangkan tidak hanya menyangkut tentang peralatan tetapi juga mencakup informasi mengenai fasilitas kesehatan itu sendiri; daya listrik yang dimiliki; sumber penyediaan air; kondisi dan ukuran bangunan; dan sumber daya manusia yang tersedia dalam mengoperasikan peralatan. Sistem dikembangkan dengan mengacu pada buku Standar Peralatan Departemen Kesehatan (buku hijau) dan lahirlah suatu sistem manajemen peralatan kesehatan yang terkomputerisasi yang disebut Computer Based Inventory System (CBIS).

CBIS dapat digunakan untuk :

- Mengetahui kondisi dan lokasi setiap peralatan baik di Puskesmas/Pustu/Polindes
- Mengidentifikasi peralatan yang dibutuhkan.
- Menginformasikan peralatan yang rusak, hilang atau sudah tidak layak pakai.
- Membantu perencanaan penempatan alat dengan tepat.
- Menginformasikan daya listrik dan suplai air di Puskesmas dan mencocokkan dengan konsumsi listrik yang dibutuhkan oleh alat.
- Membantu perencanaan pemeliharaan dan kalibrasi peralatan.
- Membantu pengelolaan peralatan (menginformasikan peralatan yang kurang atau melebihi jumlah standar peralatan).

Alur data CBIS, dapat digambarkan sebagai berikut:

**Gambar 2: Alur data CBIS dari Puskesmas hingga DKP**



Pengembangan CBIS menghasilkan produk terkait dan telah tersedia yaitu:

- Versi final CBIS: CBIS Puskesmas versi 1.3.5; CBIS DKK versi 2.1 dan CBIS DKP versi 2.0.
- Alat bantu CBIS, CBIS Puskesmas Generator, CBIS DKK Generator, CBIS Migration Tools dan CBIS Patch Buku Hijau.
- Video tutorial CBIS Puskesmas, CBIS DKK dan CBIS DKP; video tutorial interaktif dan modul-modul pelatihan CBIS.

Penerapan CBIS akan membantu dalam menghasilkan data yang berguna untuk proses perencanaan dan pengadaan peralatan kesehatan di Puskesmas, di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota/Provinsi dan di Kemenkes serta pihak lain yang berkaitan dengan peralatan kesehatan. Data CBIS akan menjadi bahan perencanaan dan penganggaran yang berbasis bukti seiring dengan perkembangan pelayanan kesehatan dan teknologi teknis medis yang disediakan oleh setiap pelayanan kesehatan.

## **11. Physical Asset Management-PAM (Sistem Pengelolaan Aset Fisik)**

Latar belakang munculnya inovasi PAM adalah masalah ketidaktersedianya peralatan medis pada saat diperlukan. Peralatan tidak bisa digunakan saat diperlukan bisa terjadi karena beberapa alasan yaitu: rusak setelah digunakan dalam waktu yang singkat; kurang keterampilan pengguna dan kurangnya tenaga terampil dalam penggunaan alat; dan tidak tersedianya upaya yang mendukung pada tingkat penggunaan (bahan habis pakai, listrik, jadwal pemeliharaan/perawatan).

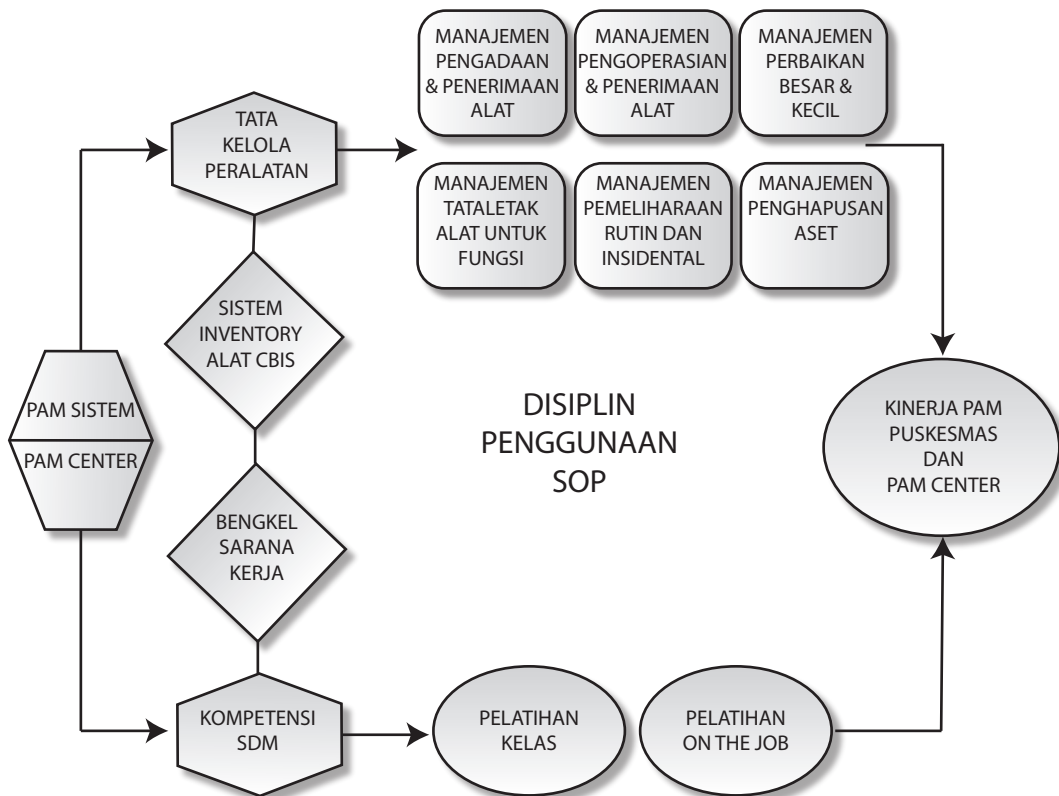
Setelah ditelusuri ditemukan bahwa akar permasalahannya adalah masalah pada perencanaan kebutuhan, masalah pada pemeliharaan dan penggunaan peralatan, tidak adanya fasilitas perbaikan (bengkel reparasi); dan tata kelola peralatan yang tidak memadai. Untuk mengatasi permasalahan tersebut maka muncullah kebutuhan akan adanya sistem pengelolaan aset fisik (PAM), yang dikelola oleh sebuah tim yang memberikan pelayanan statis dan bergerak (mobile). Dalam konteks ini yang dimaksudkan dengan aset fisik adalah peralatan, bangunan dan instalasi.

Melalui dukungan Proyek SPH dikembangkan dua PAM center di NTB yaitu di Kabupaten Lombok Barat dan Sumbawa Barat kemudian disusul dengan PAM Center di Lombok Tengah, Sumbawa dan Kota Bima.

Sebagai panduan pengelolaan PAM disusunlah sebuah Manual (Petunjuk Teknis) PAM, merupakan sebuah pedoman untuk memulai dan mengelola PAM center. Panduan ini berguna bagi siapa saja yang mau membangun sebuah PAM center.

Pendekatan yang diterapkan dalam Sistem PAM dapat diilustrasikan sebagai berikut :

**Gambar 3: Pendekatan PAM**



Dari Gambar 3 nampak bahwa CBIS dan PAM berhubungan satu dengan lainnya. CBIS memberikan informasi tentang peralatan yang rusak atau tidak berfungsi dan PAM adalah sistem yang menyediakan pengelolaannya untuk menjamin peralatan atau aset tersebut berfungsi. Demikianlah inovasi yang telah muncul dalam pembangunan kesehatan di NTB dalam lima tahun terakhir melalui tiga proyek dukungan Pemerintah Jerman.

## ■ Fasilitas Kesehatan dimana Inovasi Diterapkan

Berbagai inovasi yang telah diuraikan tersebut diterapkan di fasilitas kesehatan sesuai dengan peruntukannya. Gambaran tentang inovasi apa dan berlaku di fasilitas mana, dapat diilustrasikan dalam tabel dibawah ini:

**Tabel 1. Penerapan Inovasi menurut Fasilitas Kesehatan**

Fasilitas Kesehatan	SIKDA - satu pintu	WISN	HMIS	PHA / DHA	Rujukan	QI action	PAM	CBIS	Pem- desa KIA	Renja Terpadu IHPB	Monev Terpadu
Puskesmas	✓	✓			✓ **		✓	✓	✓	✓	
DKK	✓		✓	✓	*		✓	✓	✓	✓	✓
RS Kab/ Kota		✓	✓	✓							
RS Prov	*	✓	✓		✓	✓					
DKP	✓	*	✓	✓	*		✓	✓		✓	✓

Walau dalam tabel diatas digambarkan bahwa setiap inovasi berlaku untuk fasilitas kesehatan tertentu tidak berarti penerapan inovasi tersebut terpisah dan tidak berhubungan. Penerapan inovasi memiliki keterkaitan satu dengan yang lainnya. Misalnya, WISN diterapkan di tingkat Puskesmas dan Rumah Sakit, sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang terus mengalami perkembangan dan perubahan tingkat pelayanan. Karena itu fasilitas kesehatan tersebut membutuhkan sumberdaya manusia (jenis, jumlah, mutu, distribusi) yang sesuai dengan tingkat pelayanan yang disediakan. Perhitungan kebutuhan tenaga kesehatan dilakukan menggunakan WISN. Hasil perhitungan WISN dan data dari HRIS merupakan bahan dalam pengambilan kebijakan ketenagaan kesehatan (pengangkatan, penempatan, mutasi). Jadi penerapan WISN dan HRIS akan berguna bagi pemerintah daerah dalam merencanakan perekrutan, penempatan atau rotasi tenaga kesehatan sesuai jumlah, jenis, mutu dan kompetensi yang dibutuhkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Selain itu, walaupun WISN diterapkan di Puskesmas dan rumah sakit namun penerapan dan hasil perhitungan WISN harus dipahami oleh DKK dan DKP serta pemerintah daerah dalam hal ini instansi yang bertanggung jawab dalam perekrutan dan penempatan pegawai.

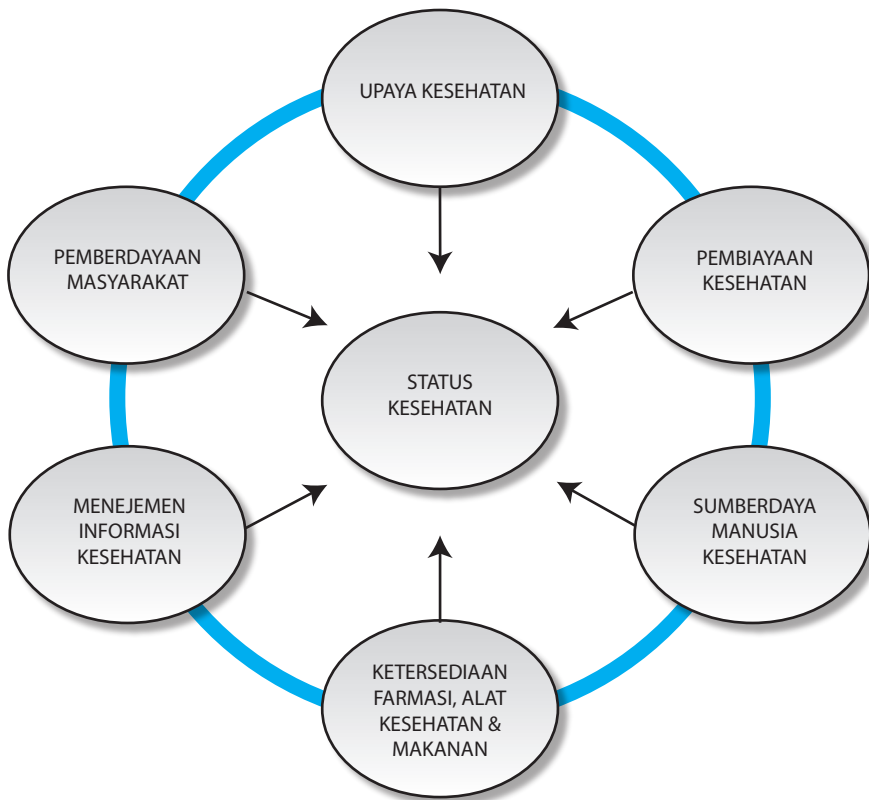
Contoh lain, penerapan buku rujukan. Juknis ini berlaku di fasilitas kesehatan sejak di desa (polindes/poskesdes/pustu), puskesmas, rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya (laboratorium kesehatan, laboratorium radiology, dsb) baik yang pemerintah dan swasta. Namun, penerapan buku rujukan ini tentu saja terkait dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota/Provinsi sebagai instansi yang berperan dalam monitoring dan evaluasi sistem kesehatan dan menyediakan bantuan teknis dalam penyelenggaraan sistem rujukan kesehatan. Jadi, penerapan inovasi terkait dengan inovasi yang lain dan penerapannya terkait dengan instansi atau fasilitas kesehatan terkait yang berada diluar fasilitas atau instansi dimana inovasi tersebut diterapkan.

Selanjutnya, perlu diingat bahwa inovasi tersebut (alat bantu/pedoman/database/juknis) tidak lahir dalam sistem yang vakum. Namun, inovasi tersebut lahir dalam sistem kesehatan yang sedang berjalan, dalam kondisi yang membutuhkan untuk diperbaiki dan diperkuat sehingga pihak-pihak yang terlibat dalam sistem yang sedang berjalanpun banyak. Misalnya, dalam program pengembangan sumberdaya manusia kesehatan (SDMK), dukungan terhadap program ini tidak hanya bersal dari proyek HRD – Pemerintah Jerman, tetapi juga dari Badan Pengembangan SDM-Kementerian Kesehatan. Bagaimana penerapan berbagai inovasi tersebut dalam sistem yang mendapatkan dukungan lebih dari satu pihak akan bisa dilihat pada bab selanjutnya.

### ■ Inovasi dan Penguatan Sistem Kesehatan Daerah

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) merupakan kerangka yang memberikan bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan nasional. SKN terdiri atas subsistem berikut ini: upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, Sumberdaya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan minuman, manajemen dan informasi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Subsistem yang satu berkait dengan subsistem yang lain dan bekerja dalam sistem lainnya yang lebih luas. SKN dapat diilustrasikan seperti pada gambar berikut.

Gambar 4: Sistem Kesehatan Nasional dan subsistemnya



Jika berbagai inovasi yang telah diuraikan sebelumnya diletakkan dalam kerangka SKN akan nampak seperti dalam tabel dibawah ini.

Tabel. 2. Subsistem SKN dan hubungannya dengan Inovasi yang lahir di NTB

SUBSISTEM	KOMPONEN	TINGKAT INTERVENSI	INOVASI
Upaya Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promosi</li> <li>• Preventif</li> <li>• Kuratif</li> <li>• Rehabilitatif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fasilitas kesehatan primer, sekunder &amp; tertier, pemerintah dan swasta</li> <li>• tingkat desa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HMT (QI-Action)</li> <li>• Petunjuk Teknis Sistem Rujukan Kesehatan</li> </ul>
Pembiayaan Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peningkatan budget</li> <li>• Pengalokasian dana</li> <li>• Pengeluaran dana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kabupaten/kota</li> <li>• Provinsi</li> <li>• Nasional</li> <li>• Tidak hanya sektor kesehatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renja Terpadu/ IHPB</li> <li>• DHA-PHA</li> </ul>

SUBSISTEM	KOMPONEN	TINGKAT INTERVENSI	INOVASI
<b>Sumberdaya Manusia Kesehatan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perencanaan staf</li> <li>• Penyediaan pendidikan dan pelatihan</li> <li>• Penempatan staff</li> <li>• Penggunaan yang efektif</li> <li>• Pembinaan dan supervisi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nasional</li> <li>• Provinsi</li> <li>• Kabupaten/kota</li> <li>• Tingkat pelayanan</li> <li>• Lembaga/institusi pendidikan dan pelatihan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• WISN</li> <li>• HRIS</li> </ul>
<b>Sediaan Farmasi, alat kesehatan &amp; Makanan-minuman</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediaan farmasi</li> <li>• Peralatan</li> <li>• Makanan &amp; minuman</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Di semua tingkatan, manajemen dan implementasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CBIS</li> <li>• PAM</li> </ul>
<b>Manajemen Informasi Kesehatan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kebijakan kesehatan</li> <li>• Administrasi kesehatan</li> <li>• Hukum kesehatan</li> <li>• Informasi Kesehatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nasional</li> <li>• Provinsi</li> <li>• Kabupaten</li> <li>• Fasilitas pelayanan kesehatan disemua tingkatan, baik pemerintah maupun swasta</li> <li>• Tingkat desa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SIKDA "Satu Pintu"</li> <li>• HRIS</li> <li>• Renja Terpadu/ IHPB dan Monev Terpadu</li> </ul>
<b>Pemberdayaan Masyarakat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penggerakan Masyarakat</li> <li>• Pengorganisasian Masyarakat</li> <li>• Advokasi</li> <li>• Kemitraan</li> <li>• Peningkatan Sumberdaya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tingkat desa</li> <li>• Intervensi multi sektor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alat bantu pemberdayaan masyarakat bidang KIA</li> </ul>

Dari Tabel 2 diatas nampak bahwa jika berbagai inovasi tersebut diletakkan dalam konteks sistem kesehatan maka berbagai inovasi tersebut merupakan alat bantu kerja/pedoman/metode/cara/pendekatan yang diterapkan di setiap tingkat intervensi dari setiap sub sistem kesehatan yang saling mendukung satu dengan lainnya. Jadi penerapan semua inovasi secara bersama-sama akan berkontribusi dalam membangun sistem kesehatan secara keseluruhan. Misalnya: data /informasi dari DHA/PHA, SIKDA, HRIS, WISN, CBIS, PAM, merupakan bahan dalam proses perencanaan dan penganggaran kesehatan yang terpadu dan selanjutnya akan menjadi dasar penyelenggaraan monev terpadu. Data /informasi dari penerapan Juknis Sistem Rujukan dan QI-Action akan memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan. Kualitas pelayanan kesehatan akan terdukung dengan penerapan WISN, CBIS, PAM terkait mejemenen pelayanan kesehatan tersebut.

Jadi, nampak bahwa penerapan inovasi yang dihasilkan oleh ketiga proyek tersebut akan berkontribusi dalam memperkuat sistem kesehatan di wilayah NTB, walaupun NTB belum memiliki dokumen sistem kesehatan daerah.



Inovasi dalam Pembangunan Kesehatan  
di Provinsi Nusa Tenggara dan Tantangan  
Keberlanjutan Penerapannya

30

## BAB 3

# Penerapan dan Pemanfaatan Inovasi serta Tantangan Keberlanjutannya di NTB

Pembahasan tentang penerapan dan pemanfaatan inovasi akan merujuk pada dua keadaan, yang melahir berbagai inovasi tersebut. Untuk penerapan dan pemanfaatan inovasi yang lahir dari dukungan Proyek SISKES dan HRD (SIKDA “Satu Pintu”, HRIS, WISN, Juknis Rujukan, QI-Action HMT, Pemberdayaan Masyarakat bidang KIA, PHA/DHA, Renja Terpadu/IHPB, Monev Terpadu) informasi/data diambil dari hasil survey, yang dilakukan setelah proyek tersebut berakhir, dan dipadukan dengan analisa dari berbagai dokumen yang tersedia serta pengalaman pribadi penulis yang terlibat langsung dalam proyek tersebut. Selanjutnya, untuk penerapan dan pemanfaatan inovasi dari dukungan proyek SPH (CBIS dan PAM) informasi/data diambil dari hasil evaluasi akhir proyek tersebut (pertengahan tahun 2010). Data/informasi tentang penerapan inovasi dari proyek SISKES dan HRD dilakukan melalui survey maka informasi/data dan analisa tentang penerapan dan pemanfaatan serta tantangan keberlanjutannya akan lebih banyak dan luas dibandingkan dengan informasi tentang inovasi dari dukungan SPH. Penerapan dan pemanfaatan inovasi akan diuraikan berikut ini.

### ■ Penerapan & Pemanfaatan Inovasi dalam Pembangunan Kesehatan di NTB

#### • Survey Penerapan dan Pemanfaatan Inovasi

Untuk mengetahui penerapan dan pemanfaatan inovasi yang dihasilkan melalui dukungan proyek SISKES dan HRD, dua kali survey telah dilakukan. Obyek survey adalah 9 jenis inovasi yang berupa alat bantu/metode/pendekatan/petunjuk teknis/pedoman, yaitu: SIKDA “Satu Pintu”, HRIS, WISN, Juknis Sistem Rujukan Kesehatan, QI-Action HMT, Pemberdayaan masyarakat bidang KIA, PHA/DHA, IHPB/Rencana Kerja Terpadu, dan Monitoring Evaluasi Terpadu.

Survey pertama dilakukan lima bulan (Mei 2010) dan survey kedua dilakukan lima belas bulan (Maret 2011) setelah proyek SISKES dan HRD yang mendukung lahirnya inovasi tersebut tutup (akhir Desember 2009). Survey dilaksanakan oleh Lembaga Penelitian (pihak ketiga) yang dikontrak oleh Proyek Konsolidasi Program Kesehatan/Analisa dan Formulasi Kebijakan di Sektor Kesehatan (PAF) dukungan Pemerintah Jerman (GIZ) . Survey bertujuan untuk melihat apakah alat bantu-produk tersebut diterapkan dan dimanfaatkan di fasilitas kesehatan. Survey tersebut merupakan kegiatan untuk mengukur indikator proyek PAF namun dalam buku ini tidak akan membahas indikator proyek PAF.

Karena itu data yang ditampilkan didalam buku ini merupakan sebagian kecil dari data/informasi hasil kedua survey .

Untuk melaksanakan survey, sebuah kerangka konseptual yang menjadi "peta teoritis" disusun. (lihat tabel 1- terlampir). Survey pertama-tama melihat apakah inovasi diterapkan atau tidak. Penerapan inovasi diukur dengan menghitung prosentase fasilitas yang menerapkan. Selanjutnya, survey melihat tingkat penerapan dan pemanfaatan inovasi tersebut. Untuk hal ini, dikembangkan 4 tingkat pertanyaan secara hirarki yaitu :

- Level 1: ketersediaan alat bantu/Juknis/pedoman/metode/konsep;
- Level 2: penerapan alat bantu/ Juknis/pedoman/metode/konsep;
- Level 3: penerapan alat bantu/Juknis/pedoman/metode/konsep pada proses dan dokumen perencanaan dan pembiayaan;
- Level 4: penerapan alat bantu/ Juknis/pedoman/metode/konsep mengarah pada pengembangan kebijakan dan atau program aksi.

Dalam konteks ini tingkatan penggunaan pada level yang lebih tinggi tidak bisa lebih tinggi dari level yang sebelumnya.

Sampel survey adalah perwakilan semua fasilitas kesehatan di NTB, yang dapat dilihat pada Tabel 2 (lampiran). Di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, semua rumah sakit provinsi dan semua rumah sakit kabupaten, DKP dan semua DKK dimasukkan dalam sampel (100 %). Ada empat kabupaten yang tidak memiliki rumah sakit saat survey dilakukan yaitu: Kota Mataram, Lombok Utara, Sumbawa Barat dan Kota Bima. Di tingkat kecamatan dan desa, pemilihan puskesmas dan desa dilakukan menggunakan tehnik acak/random setelah membuat stratifikasi letak geografisnya dengan ibu kota kabupaten/kota (dekat, sedang, jauh). Di kabupaten/kota yang dipertimbangkan jumlah puskesmasnya sedikit (Lombok Utara dan Kota Bima - hanya mempunyai 5 Puskesmas) maka semua puskesmas dimasukkan sebagai sampel. Di tingkat desa, tiga desa dipilih sebagai sampel sesuai dengan puskesmas yang

terpilih sebagai sampel berdasarkan letak geografisnya dengan puskesmas (dekat, sedang dan jauh). Jadi sampel puskesmas berjumlah 63 dari 142 psukesmas (44 %) dan sampel desa berjumlah 189 desa dari 911 desa (20.7 %). Secara lengkap jumlah sampel survey dapat dilihat dalam Tabel 2 (Lampiran).

Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan wawancara kepada informan kunci yang ada di setiap fasilitas kesehatan. Persepsi dan pendapat responden dijadikan sebagai data primer dan subjektif. Sedangkan observasi yang dilakukan oleh tim survey tentang dokumen terkait survey dijadikan sebagai data sekunder dan obyektif serta dipertimbangkan sebagai bukti untuk memperkuat hasil wawancara. Nilai subyektif selalu lebih tinggi dibandingkan dengan nilai yang diverifikasi (obyektif) karena beberapa alasan yaitu orang yang memegang dokumen tidak ada, dokumen dipinjam, dokumennya hilang, kunci tidak ada, komputer tak bisa dioperasikan karena listrik padam, atau lupa password dan alasan-alasan sejenis.

Daftar pertanyaan (kuesner) untuk setiap inovasi untuk setiap fasilitas kesehatan disusun karena penerapan inovasi untuk setiap fasilitas bervariasi. Daftar pertanyaan terdiri atas pertanyaan tertutup dan terbuka yang dikategorikan menjadi pengukuran kuantitatif dan kualitatif. Untuk pertanyaan terbuka disediakan pilihan kategori jawaban yang mencerminkan tingkatan penerapan dan pemanfaatan yang dicapai. Untuk pertanyaan terbuka dimaksudkan untuk mendapatkan informasi tentang faktor kegagalan dan kesuksesan dalam penerapan dan pemanfaatan inovasi tersebut.

Template data entry dikembangkan menggunakan CS-Pro v4.03. Pembersihan dan validasi data dilakukan setelah proses entry selesai dan archive data.

### ■ Penerapan dan Pemanfaatan Inovasi di NTB

Gambaran tentang diterapkan atau tidaknya inovasi di setiap fasilitas kesehatan, dapat dilihat pada Tabel 3. Tabel 3 menunjukkan bahwa:

- DKP: menerapkan lima inovasi (100 %) yaitu HRIS, SIKDA "Satu Pintu", Renja Terpadu/IHPB, Monev Terpadu, dan PHA baik pada survey pertama maupun kedua.
- DKK: 100 % DKK menerapkan HRIS dan Renja Terpadu/IHPB pada survey pertama dan kedua, tetapi pada survey kedua ada yang tidak bisa menunjukkan bukti; 8 dari 10 DKK (80 %) menerapkan SIKDA "Satu Pintu" dan DHA pada survey pertama dan saat survey kedua DHA diterapkan di 90 % DKK. Penerapan Monev terpadu pada saat survey pertama 0 % namun pada survey kedua diterapkan oleh 70 % DKK. Jadi terlihat ada dinamika

penerapan inovasi di tingkat DKK, khususnya DHA dan Monev terpadu.

- Rumah sakit : 100 % menyatakan menerapkan HRIS pada kedua survey, 86 % menerapkan QI-Action namun pada survey kedua menurun menjadi 71 persen; 57 persen menerapkan WISN dan menurun menjadi 43 % pada survey kedua; Petunjuk Teknis Sistem Rujukan penerapan meningkat dari tidak ada yang menerapkan pada survey pertama menjadi 14 persen pada survey kedua. Jadi di tingkat rumah sakit ada dinamika penerapan inovasi, QI-Action dan WISN menurun sedangkan juknis rujukan mulai diterapkan.
- Puskesmas : 100 % menerapkan Pemberdayaan Masyarakat Bidang KIA namun menurun menjadi 97 % pada survey kedua; , 73 persen menerapkan Renja Terpadu/IHPB namun menurun menjadi 68 persen pada survey kedua; 65 persen menerapkan SIKDA dan meningkat menjadi 75 % pada survey kedua, 8 persen menerapkan WISN dan meningkat menjadi 27 % saat survey kedua; penerapan Juknis rujukan pada survey pertama tidak ada meningkat menjadi 8 % saat survey kedua. Jadi ada dinamika penerapan inovasi di tingkat puskesmas: alat bantu pemberdayaan masyarakat dan IHPB menurun namun penerapan WISN, SIKDA dan Juknis Rujukan meningkat.

**Tabel 3. Persentase Fasilitas Kesehatan yang Menerapkan Inovasi di NTB (Survey 1 & 2)**

Inovasi		DKP		DKK		Rumah Sakit		Puskesmas		Desa				%	
										Polindes / Pustu / Polindes		Pemdes / Kelurahan			
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
SIKDA	S	100	100	80	80			65	79					68	81
	O	100	100	80	80			62	75					65	76
HRIS	S	100	100	100	100	100	100							100	100
	O	100	100	100	100	100	100							100	100
WISN	S							57	43	8	8			13	13
	O									27	22			29	24
Rujukan	S					0	14	0	0	0	13			0	12
	O					0	0	0	18	0	3			0	4
QI-action	S					86	71							86	71
	O					86	71							86	71
P/DHA	S	100	100	80	90									82	91
	O	100	100	80	90									82	91

Inovasi		DKP		DKK		Rumah Sakit		Puskesmas		Desa				%	
										Polindes / Pustu / Polindes		Pemdes / Kelurahan			
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
PEM MAS KIA	S							100	97			93	99	94	99
	O							84	57			91	97	90	87
IHPB	S	100	100	100	100			73	68					77	69
	O	100	100	100	70			44	52					53	55
MON- EV TER- PADU	S	100	100	0	70									9	73
	O	100	100	0	60									9	

Di tingkat desa, tidak ada Polindes/Pustu/Poskesdes yang menerapkan Juknis Rujukan pada survey pertama dan meningkat menjadi 13 % saat survey kedua; 91.0 persen Pemerintah Desa menerapkan Pemberdayaan Masyarakat dibidang KIA dan meningkat menjadi 99 % pada saat survey kedua dalam konteks memelihara system yang telah dibentuk. Jadi penerapan inovasi mengalami kemajuan ditingkat desa terutama Juknis rujukan dan sistem kesiagaan yang telah dibentuk dipelihara.

Jadi, secara keseluruhan dapat dikatakan bahwa ada dinamika penerapan inovasi di setiap fasilitas kesehatan, ada fasilitas kesehatan yang menurun dalam penerapan inovasi tertentu dan ada yang jumlahnya naik untuk inovasi yang lain.

Jika dibandingkan prosentase fasilitas kesehatan dalam penerapan setiap inovasi pada survey pertama dan kedua, maka nampak bahwa: dua inovasi, yaitu QI-Action (86 % menjadi 71 %) dan Renja Terpadu/IHPB (77 % menjadi 69 %) menurun persentase fasilitas yang menerapkannya. Enam inovasi lainnya yaitu SIKDA "Satu Pintu" (68 % menjadi 81 %); WISN (13 % menjadi 29 %); Juknis Rujukan (0 menjadi 12 %); P/DHA (82 % menjadi 91 %); Monev Terpadu (9 % menjadi 73 %); dan Alat bantu pemberdayaan Masyarakat KIA (94 % menjadi 99 %) meningkat persentase fasilitas yang menerapkannya. Hanya HRIS yang prosentase penerapannya tetap.

Dengan menggunakan denominator jumlah fasilitas kesehatan sebanyak 459 maka diperoleh bahwa persentase fasilitas yang menerapkan minimal satu inovasi adalah: 55.8 % dan 63.4 % berturut-turut pada survey pertama dan kedua secara subyektif dan secara obyektif, 52.9 % dan 55.6 % berturut-turut pada survey pertama dan kedua. Dengan tingkat ketelitian 95

% menggunakan Chi-Square test diperoleh hasil  $\chi^2$ -test =9.291, p=0.003 secara subyektif dan  $\chi^2$ -test =6.217; p=0.015 secara obyektif. Ini artinya ada kenaikan prosentase fasilitas kesehatan yang menerapkan inovasi secara berarti baik secara subyektif maupun obyektif. Untuk melihat kualitas/tingkat penerapan inovasi, diterapkan system scoring. Nilai skor pada survey pertama dan kedua diuji statistik menggunakan t-test tetapi hanya untuk nilai skor obyektif saja. Skor penggunaan dan pemanfaat setiap inovasi secara obyektif dapat dilihat dalam Tabel 4.

Dari Tabel 4 memperlihatkan bahwa penerapan dan pemanfaatan inovasi rata-rata skornya hanya 25.8 pada survey pertama dan meningkat menjadi 26.4 pada survey kedua. Walau ada peningkatan kualitas penerapan inovasi secara keseluruhan, namun jika dibandingkan dengan nilai ideal skor yang sempurna sebesar 100 maka nilai penerapan inovasi baik pada survey pertama maupun kedua masih jauh dari sempurna.

Selanjutnya jika dilihat berdasarkan fasilitas kesehatan maka dapat diartikan sebagai berikut:

**Tabel 4. Skor Obyektif Penerapan Inovasi menurut Fasilitas Kesehatan dan Hasil t-testnya**

Fasilitas Kesehatan	Survei	SIK-DA	HRIS	WISN	Rujukan	QI action	P/DHA	PEM MAS KIA	IHPB	Mon-ev	Total	t-test (p value)
DKP	1	14.8	34.9				16.7		44.4	33.3	18.3	t=1.69 (p=0.103)
	2	14.8	40.2				16.7		0	33.3	20.8	
RS	1		50.0	9.5	0.0	28.6					31.9	t=2.950 (p=0.006)
	2		37.1	4.8	2.4	35.7					20.4	
DKK	1	38.6	40.6				31.7		63.9	0.0	35.0	t=0.952 (p=0.349)
	2	40.6	45.9				41.7		44.5	6.6	35.9	
PKM	1	27.2		1.1	0.0			43.6	26.0		19.6	t=2.885 (p=0.007)
	2	35.3		13.1	5.7			48.3	26.0		25.7	
Desa	1				0.0			43.7			21.9	t=1.238 (p=0.232)
	2				1.1			44.0			22.5	
Total		26.9	41.9	5.3	0.0	28.6	24.2	43.7	44.8	16.7	25.8	
		30.2	41.1	8.9	3.0	35.7	29.2	46.1	23.5	20.0	26.4	
t-test p-value		t=2.556 p=0.018	t=0.404 p=0.692	t=2.556 p=0.018	t=4,812 p=0.006	t=1.162 p=0.289	t=5.477 p=0.003	t=3.070 p=0.028	t=4.483 p=0.001	t=1.431 p=0.180		

Penerapan setiap inovasi menarik untuk ditelaah secara detail seperti yang akan dipaparkan berikut ini.

## 1. Penerapan dan Pemanfaatan SIKDA “Satu Pintu”

Variable yang diukur untuk mengetahui kualitas penerapan SIKDA “Satu Pintu” mencakup kelengkapan perangkat penerapan (ketersediaan Tim Sikda/bank data, LAN, software, lengkap tidaknya data), aliran data masuk dan keluar; penggunaan data untuk perencanaan. Nilai Skor penerapan inovasi pada survey pertama adalah 26.9 dan meningkat menjadi 30.2 pada survey kedua. Secara uji statistic menunjukkan bahwa ada kenaikan yang berarti.

Dalam konteks penerapan konsep “Satu Pintu”, di tingkat DKK, 20 % dari 10 DKK yang menerapkan konsep ini pada survey pertama dan meningkat menjadi 50 % DKK pada survey kedua. Sedangkan di tingkat puskesmas, 17.5 % dari 63 puskesmas pada survey pertama dan meningkat menjadi 31.7 % pada survey kedua yang menerapkan konsep “Satu Pintu”. Sementara DKP tidak menerapkan konsep Satu Pintu sama sekali.

Kendala yang ditemui dalam penerapan konsep “Satu Pintu” pada sistem informasi kesehatan daerah adalah terus terjadinya permintaan dan pelaporan data dari setiap program secara vertikal. Hal ini akan terus terjadi karena di tingkat provinsi (Dinas Kesehatan Provinsi) bank data tidak bisa merestore data dari software yang beragam dari dinas kesehatan kab/kota. Kondisi ini membuat kefrustrasian tersendiri bagi tim SIKDA puskesmas yang mengungkapkan : *“jika konsep satu pintu ingin diterapkan secara benar maka program-program di dinas pun seharusnya tidak meminta data langsung ke setiap program”* (Puskesmas Mujuur-Lombok Tengah).

Kendala penerapan SIKDA “Satu Pintu” lainnya adalah masih terus terjadinya program yang mengalokasikan dana untuk pengambilan data programnya ke program di fasilitas yang lebih bawah. Hal ini berkaitan dengan kurangnya kesadaran untuk membagi data yang dimiliki setiap program ke Tim SIKDA di setiap fasilitas kesehatan. Jika ditelaah lebih mendalam maka hal ini terjadi karena masih kentalnya perilaku “data adalah power” dan perilaku ini masih menjadi budaya sehingga kesadaran untuk membagi data masih rendah.

Kendala lain yang disebutkan adalah komitmen dan ketegasan para pengambil keputusan di setiap fasilitas kesehatan. Beberapa responden menyatakan bahwa komitmen dan ketegasan para pemimpin untuk menerapkan konsep “Satu Pintu” sangatlah penting. Karena ketegasan itu tidak ada maka sistem informasi kesehatan yang mengakomodir semua sumber data (fasilitas kesehatan, rumah sakit, desa) dalam sebuah bank data sebagai pusat data belum bisa terlaksana di semua fasilitas kesehatan.



Sebenarnya, kebutuhan dan ketertarikan untuk memiliki sistem informasi yang terkomputerisasi sangat besar. Sistem informasi kesehatan terkomputerisasi ini pun telah muncul baik di tingkat kabupaten/kota maupun di tingkat puskesmas. Namun, pengembangannya tak semulus yang di bayangkan. Keterbatasan sarana pendukung (jumlah komputer, kualitas komputer yang tersedia, ketersediaan listrik); kemampuan tenaga teknis Informasi Teknologi (IT) dalam pemeliharaan sistem informasi terkomputerisasi dan tehnisi komputer masih terbatas, *“bahkan ada komputer yang tidak pernah diupdate anti virusnya sehingga kejadian data atau file hilang sering terjadi”* penuturan staff salah satu Puskesmas. Tidak berfungsinya perangkat lunak sistem informasi kesehatan ini, kurangnya insentif untuk tenaga entry data dan biaya pemeliharaan yang tinggi untuk sistem informasi kesehatan yang terkomputerisasi juga merupakan kendala dalam penerapan inovasi ini. Karena berbagai kendala tersebut dan longgarnya komitmen pimpinan, menyebabkan investasi yang telah ditanam menurun atau kembali ke titik nol.

Disisi lain, tingginya kebutuhan dan minat untuk memiliki sistem informasi yang terkomputerisasi memunculkan bisnis piranti lunak (software) dan menjadi *“lahan proyek”*. Berbagai perusahaan menawarkan jenis software yang berbeda dan rendahnya pengetahuan IT terkadang menjebak pengguna dalam membuat keputusan membeli perangkat lunak tersebut apalagi dengan iming-iming dukungan lain seperti perangkat keras. Akibat kurangnya pemahaman terhadap perangkat lunak yang dibeli, saat ada masalah dalam penggunaan, pembeli harus meminta jasa perusahaan penjual dan hal ini sering menimbulkan ketergantungan dalam pemakaian perangkat lunak tersebut. Pada saat tidak tersedia dana untuk meminta pelayanan konsultasi atau perbaikan, penggunaan software terhenti dan kembali kepada sistem lama.

Ketertarikan untuk memiliki sistem informasi yang terkomputerisasi pun memerlukan alokasi dana yang tidak sedikit. Pengalokasian dana inipun seringkali menjadi interes khusus pihak-pihak yang terlibat dalam pengambil keputusan dalam pengalokasian dana terutama dana untuk penyediaan perangkat keras.

Selanjutnya, ketersediaan data yang akurat secara terbuka (transparans) karena adanya jaringan data ternyata dianggap menjadi ancaman tersendiri. Misalnya publikasi tentang angka/kasus kematian ibu yang tinggi cenderung dilihat sebagai ancaman pihak yang memegang jabatan karena berlawanan dengan politik penguasa yang mengkampanyekan penurunan angka kematian ibu maternal. Hal ini mengindikasikan bahwa kesiapan mental semua pihak untuk menerima fakta dalam melakukan upaya perubahan masih rendah.

Walaupun menghadapi berbagai kendala seperti yang dipaparkan diatas, penerapan inovasi ini masih terus bergerak naik secara perlahan yang dapat dilihat dari pengalokasian dana di setiap tingkat fasilitas kesehatan. Pada survey pertama DKP tak mengalokasikan dana untuk penerapan SIKDA "Satu Pintu" ini namun pada survey kedua telah ada alokasi dana. Di tingkat DKP, 80 % DKP pada survey pertama memiliki alokasi dana untuk penerapan inovasi ini dan meningkat pada survey kedua menjadi 90 %. Di tingkat Puskesmas, dari 14 % pada survey pertama menjadi 52% pada survey kedua yang mengalokasikan dana untuk mendukung SIKDA "Satu Pintu".

Pada tingkat pemanfaatan inovasi, diakui bahwa data yang dihasilkan oleh SIKDA "Satu Pintu" telah dimanfaatkan sebagai input perencanaan. Hal ini diakui oleh 6 dari 10 DKK dan 31 dari 63 Puskesmas. Ini menunjukkan bahwa manfaat SIKDA "Satu Pintu" sudah mulai dirasakan. Manfaat lain yang disebutkan dari penerapan SIKDA "Satu Pintu" adalah membuat kerja lebih efisien, peningkatan kualitas data dan kelengkapan data (41 responden), memudahkan pembuatan laporan dan cepat, perencanaan menjadi lebih mudah, lebih akurat dan fokus (10 responden).

## 2. Penerapan dan Pemanfaatan HRIS

Kualitas penerapan HRIS mencakup pertanyaan tentang apakah HRIS berjalan dengan baik dan data tersedia (termasuk software, komputer dan data base), apakah data base diperlihara dan diperbaharui (termasuk anti virus) dan sejauh mana laporan ketenagaan dibuat berdasarkan data base, dan sejauh mana informasi digunakan untuk pengembangan ketenagaan dan pengambilan keputusan.

Nilai skor penerapan HRIS adalah 41.9 pada survey pertama dan menurun menjadi 41.1 pada survey kedua. Uji statistic menunjukkan bahwa ada penurunan namun tidak berarti. Artinya tidak ada perubahan kualitas penerapan saat survey pertama maupun kedua.

Penerapan HRIS, walaupun telah dilengkapi dengan perangkat komputer untuk setiap fasilitas dimana HRIS diterapkan, ternyata sangat lambat. Pengisian formulir data individual yang tidak lengkap (tidak ada kewajiban untuk menyampaikan data individual), pengembalian formulir sangat lambat, tidak adanya staff khusus untuk pengentri data menjadi masalah utama lambatnya penerapan inovasi ini. Selain itu, pindah tugas (mutasi) staff yang telah dilatih untuk mengelola software dan sistem, tidak adanya proses pengalihan tugas yang memadai, serta kemampuan IT yang sangat rendah merupakan kendala-kendala yang disebutkan berkontribusi dalam penerapan HRIS.

Perangkat lunak HRIS ini sebenarnya dikembangkan sebagai upaya untuk menghimpun kekuatan-kekuatan dan melengkapi perangkat lunak dan sistem yang telah ada. Namun kenyataannya perangkat lunak yang akan digantikan oleh HRIS masih berjalan secara parallel dengan HRIS. Misalnya, SIMPEG yang menjadi dasar pembuatan profil SDM masih berjalan, padahal perangkat lunak HRIS dikembangkan dengan mengakomodir komponen data SIMPEG tersebut dan sistem lainnya. Artinya jika HRIS diterapkan maka output dari sistem SIMPEG juga akan diperoleh. Hal ini menunjukkan bahwa jika berbagai sistem yang akan digantikan oleh HRIS masih berjalan parallel dengan HRIS maka tidak akan mudah untuk menerapkan atau mempertahankan keberlanjutan HRIS yang data basenya belum lengkap ini.

Walaupun penerapan HRIS masih lambat namun dari sisi pemanfaatan informasi ditemukan bahwa pada survey kedua data yang dihasilkan dari HRIS telah dimanfaatkan untuk perencanaan dan pengembangan sumberdaya manusia di 5 DKK dan 3 rumah sakit.

Dalam pengembangan dan penerapan HRIS di NTB, Dinas Kesehatan Provinsi mendapatkan dukungan pendanaan yang cukup dari APBN. Begitupula di tingkat DKK, pada survey kedua ditemukan 20 % DKK memiliki dana dari APBD untuk penerapan HRIS. Ini merupakan hal yang positif dalam mempertahankan keberlanjutan penerapan HRIS. Namun sayang kegiatan fasilitasi yang dilakukan oleh DKP kepada DKK dan rumah sakit masih sebatas penyediaan tenaga teknis dan memotivasi dinas kabupaten/kota untuk melengkapi data base. Belum ada pemikiran untuk mengajak kabupaten/kota dan rumah sakit untuk menyusun kebijakan, strategy dan road map penerapan dan pemanfaatan HRIS, yang mencakup hal-hal sebagai berikut : melembagakan penerapan HRIS sebagai alat kerja sistem, strategi agar data individual merupakan keharusan untuk disediakan oleh setiap individu, kapan batas ahir data base harus lengkap, berapa lama tenggang waktu sistem yang lainnya akan berjalan parallel dengan HRIS, dan kapan sistem yang sedang berjalan dihentikan dan hanya menggunakan HRIS, apa saja yang harus disediakan (SDM, infrastruktur, dan budget) untuk memelihara agar HRIS ini tetap berjalan, dan dukungan instansi terkait. Ini merupakan pekerjaan berikutnya yang seharusnya direncanakan untuk dilakukan oleh Dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota dan rumah sakit secara terpadu dan sinergis.

Peluang untuk menyusun kebijakan, strategi dan road map sebenarnya terbuka untuk diprogramkan, karena sebagian besar HRIS dikelola oleh bidang atau seksi yang memiliki tupoksi pada urusan kepegawaian dan ketenagaan kesehatan baik dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota dan rumah sakit. Artinya jika ada komitmen yang tinggi untuk melakukan perubahan atau perbaikan sistem informasi ketenagaan kesehatan maka akan sangat memungkinkan untuk diwujudkan.

Jadi, harapan bahwa database ini akan menjadi sumber informasi untuk perencanaan promosi, penempatan, rotasi, distribusi, retensi tenaga kesehatan masih jauh dari harapan. Bahkan untuk menjadi sumber informasi dalam penyusunan profil SDMK pun belum bisa dipakai. Hal ini ironis jika dikaitkan dengan laporan profil SDMK Dinas Kesehatan Provinsi NTB yang mengidentifikasi hambatan penyusunan perencanaan SDMK adalah sulitnya mendapatkan informasi tentang tenaga kesehatan yang akurat. Kenyataannya, perangkat lunak dan sistem informasi ketenagaan kesehatan sudah ada dan sudah diterapkan untuk mendapatkan informasi yang diperlukan tetapi belum dipikirkan secara sungguh-sungguh untuk mengatasi kendala yang diidentifikasi dalam laporan tersebut atau kendala dalam menerapkan inovasi ini.

### **3. Penerapan dan Pemanfaatan WISN**

Pertanyaan untuk mengukur penerapan WISN mencakup penerapan WISN, hasil perhitungan dan laporannya, hasil perhitungan diinformasikan untuk membuat keputusan, bukti perubahan atau aksi terkait penerapan WISN.

Nilai skor penerapan WISN dari survey pertama sangat rendah (5.3) namun meningkat tajam pada survey kedua (8.9). Uji statistic menunjukkan bahwa ada kenaikan yang berarti dalam penerapan WISN.

Kendala yang disebutkan berkontribusi pada rendahnya penerapan inovasi ini adalah masih kurangnya pengetahuan dan keterampilan dari tenaga yang telah dilatih untuk menerapkan metode ini (20 dari 63 responden di Puskesmas). Penyebab lain yang disebutkan adalah staff yang sudah dilatih tidak membagi informasi tentang metode ini, staff yang telah dilatih di mutasi dan pensiun sehingga tidak ada tenaga yang menguasai metode ini lagi, dan tidak ada dukungan dana untuk melakukan perhitungan WISN, walau sebenarnya untuk menerapkan WISN tidak memerlukan biaya khusus.

Penyebab lain dari rendahnya penerapan WISN yang disebutkan yaitu pengangkatan dan penempatan tenaga dilakukan oleh pemerintah kabupaten/kota (BKD) dan Dinas Kesehatan Kabupaten/kota, karena itu rumah sakit dan puskesmas melihat tidak ada perlunya untuk melakukan perhitungan kebutuhan tenaga atau menerapkan WISN sebab puskesmas dirasakan hanya mendapatkan "droping tenaga".

Kendala lain yang disebutkan dalam penerapan WISN adalah belum adanya kebijakan yang mengharuskan perhitungan kebutuhan staf harus dihitung menggunakan WISN sehingga

puskesmas masih menggunakan metode ratio dalam perhitungan kebutuhan tenaga kesehatannya. Padahal, WISN merupakan salah satu metode yang disebutkan dalam SK Menkes no 18/MENKES/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM di tingkat Provinsi/Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit dan hal ini sesuai juga dengan Keputusan Menteri PAN RI nomor KEP/75/MENPAN/7/2004 tentang Pedoman perhitungan Kebutuhan Pegawai berdasarkan Beban Kerja dalam rangka penyusunan Formasi Pegawai Negeri Sipil.

Bagi fasilitas yang pernah menerapkan WISN, melihat tidak ada tindak lanjut dari hasil perhitungan yang dilakukan sehingga menimbulkan kekecewaan dan turunnya motivasi para perencanaan ketenagaan untuk menerapkan inovasi ini. Misalnya kelebihan dan kekurangan jumlah tenaga disuatu fasilitas kesehatan tidak diikuti dengan pemecahan masalah dan formasi pengadaan pegawai tidak sesuai dengan perhitungan kebutuhan yang telah dilakukan dengan WSIN. Salah satu staf di Puskesmas di Lombok Tengah mengungkapkan: *"puskesmas kami baru saja menjadi puskesmas PONED dan rawat inap dan jumlah pasien rawat jalan per hari sangat banyak. Berdasarkan perhitung WISN kami butuh tambahan bidan dan perawat namun yang mendapat tambahan tenaga bidan dan perawat adalah puskesmas tetangga yang jumlah pasiennya jauh dibawah jumlah pasien di puskesmas kami"*.

Alasan lain yang dikemukakan adalah hasil perhitungan kebutuhan tenaga menggunakan WISN dianggap tidak realistis karena berdasarkan perhitungan WSIN jumlah tenaga yang dibutuhkan sangat besar sehingga seringkali diminta untuk dihitung ulang berkali-kali yang pada akhirnya hanya mengikuti jumlah yang diperkirakan tanpa ada dasar perhitungan.

Temuan-temuan tersebut diatas menunjukkan bahwa masih ada kelemahan tentang pemahaman konsep WISN, kemampuan menghitung beban kerja dan mengartikan hasil perhitungan WISN.

Idealnya penerapan WISN akan efektif jika pimpinan lembaga memahami pentingnya perencanaan kebutuhan tenaga dikaitkan dengan mutu pelayanan yang akan disediakan. Perhitungan beban kerja dilakukan oleh tenaga teknis yang akan direncanakan kebutuhannya. Namun ditemukan bahwa pemahaman tentang WISN di tataran para pimpinan lembaga masih terbatas apalagi dilembaga yang memiliki kewenangan untuk mengusulkan formasi ketenagaan. Pengusulan formasi ketenagaan masih menggunakan metode ratio. Ditemukan juga kasus dimana DKK yang melakukan perhitungan WISN untuk usulan kebutuhan tenaga di puskesmas. Hal-hal inilah yang menyebabkan penerapan WISN masih rendah dan perencanaan ketenagaan belum tepat. Bahkan, dalam Rencana Strategis (Renstra) Kesehatan 2009-2013 metode rasio masih dicantumkan sebagai metode perhitungan kebutuhan SDM

Kesehatan di Provinsi NTB. Dengan kata lain, kebijakan untuk memanfaatkan WISN sebagai dasar perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan, untuk rotasi, distribusi, tenaga kesehatan masih jauh dari harapan.

Upaya untuk menerapkan WISN sebenarnya cukup tinggi. Hal ini terlihat dari adanya dukungan Badan PPSDM yang telah mengembangkan perangkat lunak untuk memudahkan perhitungan WISN. Perangkat lunak tersebut telah disebarakan ke fasilitas kesehatan termasuk di NTB. Hal ini juga yang berkontribusi meningkatkan persentase dan skor penerapan WISN pada survey kedua.

Selanjutnya, Dinas Kesehatan Provinsi pun mendapat dukungan dana yang cukup dari APBN untuk WISN dan pada survei kedua ditemukan ada 2 puskesmas yang memiliki dana untuk menerapkan WISN. Kegiatan yang dilakukan oleh DKP dalam penguatan WISN adalah pelatihan dan penyegaran tentang teknis aplikasi WISN. Nampaknya DKP belum berpikir untuk menyusun suatu kebijakan untuk penerapan metode ini dan untuk menggalang pemahaman yang sama kepada para pengambil kebijakan yang ada diluar sektor kesehatan seperti Kepala Dinas Kesehatan provinsi/kabupaten/kota; Badan Kepegawaian Daerah, Kepala rumah sakit, Kepala Biro atau bagian organisasi Setda Provinsi/Kabupaten/kota, anggota DPRD, dan organisasi profesi bidang Kesehatan. Kegiatan semacam advokasi sebenarnya sangat penting untuk dilakukan karena penerapan WISN sangat membutuhkan keterlibatan para pengambil keputusan.

Pembelajaran yang dapat dipetik dari penerapan WISN adalah walaupun inovasi lahir dan diterapkan di sektor kesehatan, namun keberhasilan penerapan inovasi berhubungan dengan lembaga dan pengambil keputusan dilembaga terkait di lingkup pemerintah daerah, baik provinsi dan kabupaten. Penerapan WISN ternyata tidak hanya tanggungjawab dinas kesehatan karena itu peran dan keterlibatan pimpinan daerah (gubernur dan bupati/walikota) sangat penting walau ini menyangkut hal teknis.

Dari sisi pemanfaatan hasil perhitungan WISN, survey kedua menemukan bahwa hasil perhitungan WISN telah digunakan untuk pengusulan tenaga hanya di 1 dari 7 rumah sakit, dan 3 dari 63 puskesmas yang telah menerapkan WISN.

#### **4. Penerapan dan Pemanfaatan Petunjuk Teknis Sistem Rujukan Kesehatan**

Pertanyaan untuk melihat penerapan dan pemanfaatan inovasi ini mencakup penerapan juknis sistem rujukan yang baru, berlaku tidaknya rujukan balik, pemakaian format baru, alokasi dana dan efek penerapan Juknis pada perubahan program atau aksi atau kebijakan.

Nilai skor penerapan inovasi ini pada survey pertama adalah nol karena survey tidak bisa menemukan adanya penerapan inovasi. Hal ini terjadi karena pada saat dukungan proyek ada, proses dukungan hanya terhenti sampai ujicoba pedoman yang dilakukan di dua kabupaten (Lombok Barat dan Lombok Utara). Namun pada survey kedua didapatkan nilai skor penerapan sebesar 3.0 dan secara uji statistik ternyata naik secara berarti. Hal ini terjadi karena adanya proses finalisasi pedoman yang melibatkan semua fasilitas kesehatan dari seluruh kabupaten/kota dan di tingkat provinsi, baik pemerintah maupun swasta.

Sebelum finalisasi petunjuk teknis rujukan, dilakukan juga monitoring tentang pelayanan rujukan kesehatan dan ditemukan bahwa kebutuhan akan adanya petunjuk teknis dalam menyelenggaraan sistem rujukan kesehatan di NTB ini sangat tinggi. Karena itu peserta lokakarya menyempurnakan draft pedoman yang telah diujicobakan dan mendiskusikan perlunya kebijakan untuk memberlakukan buku petunjuk teknis tersebut.

Untuk memenuhi kebutuhan tersebut, Dinas Kesehatan Provinsi dengan dukungan Proyek GIZ-PAF menyempurnakan dan mencetak Buku Petunjuk Teknis Sistem Rujukan dan penerapannya diberlakukan melalui Surat Keputusan (SK) Kepala Dinas Kesehatan Provinsi NTB yang dikuatkan dengan Surat Edaran (SE) Sekda NTB.

Walaupun penerapan pedoman rujukan telah dilegitimasi melalui sebuah kebijakan namun perlu dicatat bahwa implementasi kebijakan dan penerapan pedoman ini harus dikawal secara baik sehingga pedoman benar-benar diterapkan dalam upaya perbaikan pelayanan kesehatan.

Perlu diingat bahwa penerapan juknis ini tidak sebatas hanya menyeragaman format rujukan namun penerapan juknis akan terkait dengan pembiayaan rujukan atau asuransi kesehatan. Oleh karena itu, isu-isu seperti, apakah rumah sakit rujukan provinsi masih bisa menerima pasien yang melahirkan normal dan bagaimana menangani rujukan atas permintaan sendiri bukan karena indikasi medis, merupakan isu-isu yang terkait erat dalam penerapan juknis ini.

Untuk itu maka implementasi kebijakan Juknis Sistem Rujukan Kesehatan seharusnya disertai dengan penyusunan road map dalam pengawalan pemberlakuan Juknis oleh semua pihak yang terlibat dalam perbaikan sistem rujukan kesehatan di NTB. Road map harus mencakup strategi yang seharusnya dilakukan oleh manajemen setiap fasilitas kesehatan untuk menerapkan pedoman tersebut, siapa yang harus memonitoring pelaksanaannya, apa sanksi jika tidak dilakukan sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan, penetapan batas waktu setiap fasilitas kesehatan harus menerapkan juknis, batas waktu penerapan jukni di setiap fasilitas kesehatan baik yang pemerintah dan swasta, pengaturan bertahap terkait layanan langsung pasien non rujukan di Rumah sakit pusat rujukan dan mengelola rujukan atas permintaan sendiri. Ini adalah pekerjaan rumah yang harus diprogramkan pelaksanaannya dan ini merupakan tantangan tersendiri setelah pedoman tersusun dan diperlakukan.

Tantangan ini tentu saja berada pada Dinas Kesehatan Provinsi NTB khususnya, sebab nama NTB telah tercatat di Kememnes sebagai daerah yang inovatif untuk meningkatkan sistem rujukan kesehatannya. Karena adanya inovasi ini, NTB direkomendasikan sebagai lokasi belajar bagi provinsi lain oleh Kemenkes. Misalnya pada tanggal 26 Mei 2011, Dinas Kesehatan Provinsi NTB menerima kunjungan Dinas Kesehatan Banten yang datang ke NTB untuk belajar tentang perbaikan system rujukan. Prestasi ini hendaknya menjadi pemicu motivasi jajaran kesehatan di NTB dalam menerapkan inovasi ini.

Terkait pendanaan, pada survey pertama, hanya DKP yang memiliki dana untuk melakukan kegiatan monitoring pelayanan rujukan kesehatan sedangkan pada survey kedua DKP dan 14 persen rumah sakit mengalokasikan anggaran khusus untuk sistem rujukan. Di tingkat Puskesmas belum ada yang mengalokasikan dana.

Karena rujukan merupakan upaya pelimpahan wewenang dan tanggung-jawab secara timbal balik, baik horisontal dan vertikal maupun struktural dan fungsional terhadap kasus penyakit atau permasalahan kesehatan maka upaya memperkuat sistem ini memerlukan dukungan perencanaan sumberdaya manusia (HRIS dan WISN) , infrastruktur (CBIS dan PAM) dan pendanaan (PHA/DHA, IHPB) yang sinergis. Hal ini menunjukkan bahwa penerapan inovasi yang satu memerlukan penerapan inovasi yang lain agar berjalan sinergis.



## 5. Penerapan dan Pemanfaatan QI-Action

Penerapan QI-Action di rumah sakit mencakup pertanyaan tentang kegiatan QI-Action yang dilakukan rumah sakit setelah dukungan proyek berakhir, fungsi tim yang telah dibentuk, ada tidaknya perencanaan dan alokasi dana untuk melakukan kegiatan peningkatan kualitas pada tahun 2010.

Nilai skor penerapan QI- Action pada survey pertama sebesar 28.6 dan meningkat menjadi 35.7 pada survey kedua. Secara uji statistic menunjukkan kenaikan ini tidak berarti.

Beberapa kendala yang disebutkan dalam penerapan inovasi ini adalah kurangnya dukungan dana untuk melakukan QI-Action dan mutasi staf yang berperan sebagai tim peningkatan kualitas manajemen rumah sakit. Bahkan pada survey kedua ditemukan di salah satu rumah sakit dimana tim HMT tidak ada yang tersisa, telah pindah tugas ke instansi lain. Kasus lain, misalnya di rumah sakit provinsi, direktur yang baru tidak mengetahui sama sekali tentang adanya inovasi ini saat ditemui pada survey kedua.

Sebenarnya, masalah mutasi staff telah diantisipasi sebelum pelatihan dilaksanakan. Setiap Pemda diminta untuk berkomitmen dalam bentuk pernyataan tertulis untuk tidak memindahkan tenaga kesehatan yang terlibat sebagai Tim HMT selama 3 tahun sejak mengikuti pelatihan agar bisa menerapkan hasil pelatihan yang telah diikuti. Namun kenyataannya upaya antisipasi tersebut juga tidak manjur.

Terkait ketersediaan dana, ditemukan hanya 29 % rumah sakit yang mengalokasikan dana untuk melakukan QI-Action baik pada survey pertama maupun kedua.

Isu tidak ada alokasi dana ini sebenarnya bisa ditelaah lagi. Apakah alokasi dana tidak ada karena gagal mendapatkan alokasi tetapi sudah diusulkan ataukah tidak ada alokasi dana karena tidak diusulkan dalam perencanaan karena tim tidak bertugas lagi di rumah sakit.

Selanjutnya dari sisi pemanfaatan atau dampak QI-Action terkait penyusunan kebijakan, pada survey pertama ditemukan lima rumah sakit menyatakan penerapan QI-action membawa efek pada penyusunan kebijakan di rumah sakit. Misalnya di Rumah Sakit Daerah di Kabupaten Lombok Barat, kegiatan QI-Action dalam peningkatan higienitas telah menjadi kebijakan rumah sakit untuk diterapkan disemua poli rumah sakit. Pada survey kedua tidak ada rumah sakit yang melaporkan adanya perubahan yang terkait program atau aksi ataupun kebijakan. Hal ini mungkin terkait dengan mutasi tenaga seperti yang telah dibahas sebelumnya.

## 6. Penerapan dan Pemanfaatan PHA/DHA

Untuk melihat penerapan PHA/DHA pertanyaan mencakup tentang ketersediaan dokumen PHA/DHA tahun 2007-2009, kelengkapan data, penggunaan data sebagai input untuk proses Renja Terpadu/IHPB dan kegiatan advokasi serta efek nya pada program atau aksi atau kebijakan.

Nilai skor penerapan PHA/DHA adalah 24.2 pada survey pertama dan meningkat menjadi 29.2 pada survey kedua. Uji statistic menyatakan kenaikan ini signifikan.

Kendala yang disebutkan berkontribusi pada rendahnya skor penerapan inovasi ini adalah tidak lengkapnya dan tidak tersedianya data, perlunya memformat dan mengadaptasi data sebelum dientry ke template sehingga perhitungan P/DHA tidak dilakukan. Ada juga yang mengungkapkan bahwa perhitungan PHA/DHA terlalu rinci sehingga sulit mendapatkan data dan petugas malas mengisi. Alasan lainnya, PHA mandeg karena ada program baru dari Universitas Indonesia (UI) yang templatnya lebih sederhana. Karena menghitung PHA/DHA tidak wajib maka pada saat dukungan proyek berakhir dan tidak ada lagi bantuan teknis dari proyek maka PHA/DHA tidak dilakukan. Kendala dana untuk melakukan pertemuan-pertemuan perhitungan DHA juga disebutkan sebagai kendala ditingkat DKK karena selama ini pendanaan untuk melaksanakan kegiatan ini tergantung pada dukungan lembaga bantuan. Selanjutnya, kendala lain adalah belum ada kejelasan apakah perhitungan P/DHA harus dilakukan setiap tahun ataukah dalam periode waktu tertentu.

Dalam konteks dana, ditemukan 10 % DKK yang mengalokasikan dana pada survey pertama dan meningkat menjadi 50% DKK pada saat survey kedua untuk penerapan DHA. Sedangkan DKP tidak mengalokasikan dana untuk penerapan PHA baik pada survey pertama maupun kedua.

Dari segi pemanfaatan P/DHA, pada survey pertama ditemukan sebagai berikut:

- Data DHA telah digunakan sebagai masukan dalam siklus perencanaan di semua DKK kecuali di Kota Mataram dan Kabupaten Lombok Utara.
- 8 dari 10 DKK menyatakan bahwa hasil DHA dipakai sebagai bahan advokasi, dan 4 dari 8 DKK tersebut mengakui advokasi yang dilakukan memiliki efek pada peningkatan alokasi dana untuk program KIA mereka.

Sedangkan pada survey kedua hanya 1 dari 10 DKK yang menyatakan DHA telah digunakan sebagai bahan advokasi dan telah memberikan perubahan yang signifikan pada alokasi dana program mereka.

Sebenarnya perhitungan PHA/DHA sangat penting dilakukan karena jumlah alokasi dana yang diperoleh saat perencanaan penganggaran program pembangunan bisa sangat menggiurkan jumlahnya. Namun selama proses pelaksanaan program selalu mendapatkan hambatan yang dikenal dengan istilah "rasionalisasi", "pemotongan", "pemangkasan", yang selama setahun bisa terjadi dua-tiga kali. Karena sering terjadinya pemotongan alokasi dana tersebut maka penting untuk mengetahui biaya sesungguhnya yang dikeluarkan oleh sektor kesehatan dan hal ini bisa diketahui dengan menerapkan P/DHA. Namun untuk penerapannya berhadapan dengan berbagai kendala yang dipaparkan diatas.

## **7. Penerapan & Pemanfaatan Alat Bantu Pemberdayaan Masyarakat bidang KIA**

Untuk melihat penerapan inovasi ini pertanyaan mencakup tentang kegiatan fasilitasi yang dilakukan oleh puskesmas dalam membentuk empat sistem siaga dan di tingkat desa pertanyaan mencakup tentang terbentuknya sistem kesiagaan dan berfungsinya sistem siaga tersebut.

Nilai skor penerapan inovasi ini adalah 43.7 pada saat survey pertama dan meningkat menjadi 46.1 pada saat survey kedua. Uji secara statistic menunjukkan bahwa kenaikan ini signifikan. Dalam konteks ini kenaikan skor berarti sistem yang telah dibentuk diperlihara dan tetap berfungsi.

Alasan terbentuk dan berfungsinya sistem kesiagaan adalah manfaatnya langsung dirasakan oleh masyarakat. Manfaat yang disebutkan oleh responden adalah meningkatkan kesadaran masyarakat untuk saling bantu, akses untuk mendapatkan informasi lebih mudah dan pelayanan kesehatan yang diterima lebih cepat saat diperlukan.

Diantara empat sistem kesiagaan yang dibentuk, sistem pencatatan atau notifikasi yang dianggap paling berjalan, sedangkan sistem kesiagaan yang sulit dipelihara keberlanjutan fungsinya adalah sistem dana sosial atau tabungan ibu bersalin. Hal ini terjadi karena adanya kebijakan tentang pelayanan persalinan yang gratis untuk setiap ibu hamil. Kebijakan ini ternyata menurunkan motivasi petugas puskesmas untuk mengingatkan masyarakat tentang persiapan dana untuk persalinannya. Begitupula masyarakat, merasa tidak perlu untuk menyiapkan dana karena biaya bersalin ditanggung oleh pemerintah.

Dari segi pengalokasian dana, tercatat 44 % puskesmas pada survey pertama dan meningkat menjadi 62 % puskesmas pada survey kedua yang mengalokasikan dana untuk penerapan inovasi ini. Kenaikan jumlah puskesmas yang pengalokasian dana dipengaruhi juga oleh program nasional desa siaga yang telah menjadi salah satu indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM), yang berarti menjadi urusan wajib pemerintah kabupaten/kota.

Terkait efek penerapan inovasi pada perubahan kebijakan, inovasi ini berbeda dengan inovasi yang lainnya. Inovasi ini merupakan menjabarkan dari kebijakan yang telah ada atau ditataran aksi karena itu tak dilihat adanya efek penerapan inovasi dalam penyusunan kebijakan atau program aksi.

## **8. Penerapan dan Pemanfaatan Renja Terpadu/IHPB**

Untuk melihat penerapan inovasi ini pertanyaan mencakup penerapan pedoman saat melakukan proses perencanaan tahun 2007-2009, sejauh mana perencanaan puskesmas diakomodir diperencanaan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan selanjutnya sejauhmana perencanaan kabupaten/kota diakomodir pada perencanaan di provinsi.

Nilai skor penerapan inovasi ini adalah 44.8 pada saat survey pertama dan menurun menjadi 23.5 pada survey kedua. Uji statistik menyatakan penurunan ini signifikan.

Kendala yang disebutkan berkontribusi dalam penerapan inovasi ini adalah Renja Terpadu/IHPB merupakan pendekatan dalam proses perencanaan dari bawah (bottom up) namun dalam kenyataannya perencanaan dan penganggaran masih ditentukan dari atas (top down). Akibatnya puskesmas hanya bersifat pasif, hanya menunggu program yang dilaksanakan di lokasinya. Kendala lain yang dialami adalah kurangnya pemahaman dan fasilitasi dalam proses menerapkan pendekatan ini serta kurangnya dana untuk mendukung prosesnya.

Terkait alokasi dana, 80 % DKK dan 60 % puskesmas pada survey pertama mengalokasikan dana untuk penerapan inovasi ini namun pada survey kedua menurun menjadi 50 % DKK dan 30 % puskesmas.

Dari segi efek penerapan Renja Terpadu/IHPB yang terkait kebijakan, pada survey kedua hanya satu DKK yang menyatakan adanya perubahan yang signifikan, 3 DKK menyatakan perubahannya sedang dan 3 DKK lainnya menyatakan perubahannya hanya sebagian kecil saja.

Beberapa Puskesmas, yang penulis kunjungi saat survey kedua, yang mengklaim menerapkan pendekatan ini memperlihatkan dokumen RUK (rencana usulan kegiatan) puskesmas mereka. Tetapi saat ditanya apakah perencanaan untuk usulan kegiatan yang didanai oleh BOK (Bantuan Operasional Kesehatan) termasuk dalam dokumen RUK yang diperlihatkan maka mereka mengatakan perencanaan untuk dana BOK ada dokumen tersendiri. Ini artinya bahwa penerapan pendekatan Renja Terpadu/IHPB yang idealnya menghasilkan dokumen terintegrasi yang memuat semua kegiatan dengan semua sumber pendanaan ternyata belum terwujud. Hal ini terjadi karena pemahaman tentang “terpadu” masih sebatas proses perencanaan dilakukan secara bersama-sama dari semua program.

## 9. Penerapan dan Pemanfaatan Pedoman Monev Terpadu

Pertanyaan untuk melihat penerapan dan pemanfaatan inovasi ini mencakup pertanyaan tentang pelaksanaan Monev Terpadu pada tahun 2008-2010, tindak lanjut rekomendasi ditahun 2009-2010 dan sejauhmana hasil Monev Terpadu digunakan sebagai input dalam proses perencanaan berikutnya.

Nilai skor penerapan inovasi ini adalah 16.7 pada survey pertama dan meningkat menjadi 20.0 pada saat survey kedua. Uji secara statistic menyatakan bahwa kenaikan ini tidak berarti, artinya kualitas penerapan inovasi tetap.

Kendala yang terekam dalam penerapan inovasi ini adalah kesulitan untuk menyusun jadwal pelaksanaan agar bisa dilakukan secara bersama-sama dari semua program dan tidak adanya alokasi dana untuk melakukan kegiatan Monev Terpadu, walaupun dana untuk kegiatan monev setiap program tersedia.

Manfaat yang disebutkan dengan melakukan Monev Terpadu adalah bisa melihat efektifitas dan efisiensi pelaksanaan program serta bisa menilai kinerja program kesehatan di kabupaten/kota secara lebih komprehensif. Karena manfaat ini, maka pada tahun 2011 Monev terpadu dilakukan lagi oleh DKP. Walaupun tidak ada dana khusus untuk melakukan Monev terpadu tersebut, DKP mengorganisirnya dengan menggunakan dana monev setiap program dan dilaksanakan secara terpadu. Ini adalah sebuah kemajuan dalam penerapan inovasi ini. Namun sayang kegiatan monev terpadu belum diikuti oleh setiap kabupaten/kota. Pada tingkat DKK, ditemukan pada survey kedua, 40 % DKK mengalokasikan dana. Prosentase ini meningkat dari 30 % pada survey pertama. Dua DKK yang melaksanakan monev terpadu menyatakan hasil monev telah dimanfaatkan untuk melakukan perubahan terkait manajemen DKK.

## 10. Penerapan CBIS

Evaluasi penerapan CBIS dilakukan dengan penyusunan kuesner oleh konsultan kemudian diisi oleh petugas Puskesmas, lalu ditindaklanjuti dengan melakukan supervisi di tingkat kabupaten/kota. Kegiatan evaluasi dilaksanakan hanya pada fasilitas yang mendapatkan dukungan program ini dan dilakukan pada tahun 2010.

Indikator yang diukur dalam evaluasi adalah Infrastruktur (ketersediaan : listrik/ PLN; komputer yang berfungsi; printer yang berfungsi); Sumber Daya Manusia ( Petugas terlatih di Puskesmas); CBIS (Inventaris menggunakan CBIS; pelaporan data CBIS ke kabupaten).

Dari survey diperoleh hasil bahwa 65 % puskesmas (n=116) telah memasukkan data inventarisnya ke CBIS, 54 % Puskesmas sudah mengirimkan data CBIS ke DKK dan 77 % puskesmas memiliki operator terlatih. Masih adanya puskesmas yang belum menerapkan CBIS dimasa ahir proyek dikarenakan tidak memiliki operator CBIS yang terlatih, artinya pernah dilatih namun belum menguasai ilmu dan keterampilan untuk menerapkan CBIS akibat orang yang dilatih tidak berminat tentang IT.

Kendala lain yang ditemui dalam penerapan CBIS di tingkat puskesmas mencakup: operator CBIS yang terlatih dimutasi, buku standar peralatan (buku hijau) dari Kementerian Kesehatan tidak diperbaharui, dan kurangnya pengetahuan tentang cara memanfaatkan CBIS. Di tingkat kabupaten kendalanya mencakup petugas CBIS yang ada di kabupaten yang berperan untuk melakukan supervisi dimutasi, petugas CBIS di kabupaten tidak menjalankan perannya secara baik (tidak memberikan bantuan teknis ke puskesmas) dan kurangnya pengetahuan mengenai penggunaan dan cara memanfaatkan CBIS puskesmas/CBIS di DKK. Sedangkan di Povinsi belum ada orang yang ditunjuk untuk mengelola CBIS di provinsi. Catatan penting yang dihasilkan dari evaluasi CBIS ini adalah CBIS akan berjalan baik di tingkat Puskesmas dan di tingkat kabupaten/kota jika pengelola CBIS diberikan kepada bagian yang punya tupoksi tentang peralatan (Sarpras dan PAM center).

## 11. Penerapan PAM

Evaluasi Penerapan PAM Center di NTB dilakukan pada pertengahan tahun 2010 sebelum proyek berakhir. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa PAM Center di NTB umumnya telah berkinerja dengan sangat baik. Peran tim PAM telah mencakup aspek menejerial dan tehnikal.

Secara menejerial Tim PAM melakukan hal-hal sebagai berikut:

- Analisa aset: mencakup analisa tentang frekuensi penggunaan, masalah dalam penggunaan; kemungkinan-kemungkinan untuk penggunaan yang optimum, kemungkinan untuk penggunaan dengan fasilitas yang lain (puskesmas), keterampilan dan kompetensi yang dibutuhkan, kebutuhan pelatihan bagi tenaga puskesmas untuk optimum penggunaan, daftar peralatan yang dibutuhkan, dsb.
- Analisa aset yang tidak digunakan: mencakup analisa tentang berapa banyak, mengapa, kemungkinan untuk dihapus, dipindahkan atau diperbaiki, dan daftar peralatan yang tidak diperlukan lagi.
- Analisa sarana pendukung: mencakup analisa tentang ketersediaan listrik, air, suku cadang minimal untuk pemeliharaan, keahlian khusus bagi puskesmas secara temporer atau permanen.
- Memeriksa dan mendistribusikan disiplin SOP, jadwal pemeliharaan.
- Mengelola dokumen penerimaan peralatan: uji fungsi, surat garansi, manual, "do & do not" selama masa garansi.
- Pelaporan: format, jadwal, isi laporan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota/Provinsi.

Secara teknis, melakukan kegiatan berikut ini:

- Menyiapkan dan mengimplemntasikan SOP peralatan dalam hal penggunaan, pemeliharaan dan perbaikan sederhana.
- Melatih tenaga puskesmas
- Melakukan pemeliharaan dan perbaikan aset di Puskesmas
- Melakukan perbaikan besar di PAM center
- Pelaporan: kinerja peralatan

Kinerja lima PAM centre di NTB dapat dilihat pada tabel di halaman berikut.

**Tabel 5. Performan PAM Center NTB**

<b>Performan PAM Center di NTB</b>		
<b>PAM Center di NTB: 5 buah</b>		
<b>Jumlah Puskesmas yang dilayani: 77</b>		
<b>Masa pelayanan: 2010</b>		
<b>No</b>	<b>Indikator Performan</b>	<b>Performannya</b>
1	Jumlah Kunjungan ke Puskesmas	90
2	Jumlah hari kunjungan orang ke Puskesmas	608
3	Jumlah sesi belajar di Puskesmas	134
4	Jumlah test fungsi peralatan yang diterima di Puskesmas	554
5	Jumlah peralatan tak berfungsi yang diobservasi	1055
6	Jumlah peralatan yang diperbaiki tanpa mengganti sparepart	68
7	Jumlah peralatan yang diperbaiki dengan mengganti spareparts	662
8	Jumlah peralatan yang dibawa ke PAM center statis	325
9	Jumlah peralatan yang diperbaiki oleh PAM center statis	165
10	Jumlah peralatan yang tak bisa diperbaiki oleh PAM centre statis	160
11	Jumlah peralatan yang dikalibrasi	92
12	Total jumlah peralatan yang bisa difungsikan kembali	1004
13	Prosentase peralatan yang bisa berfungsi kembali	95%
14	Total nilai (rupiah) peralatan yang akan tidak berfungsi-potensi kehilangan	4,873,182,800
15	Total biaya perbaikan (hanya sparepart & bahan)	40.488.500
16	Rasio biaya perbaikan aset	0.42%

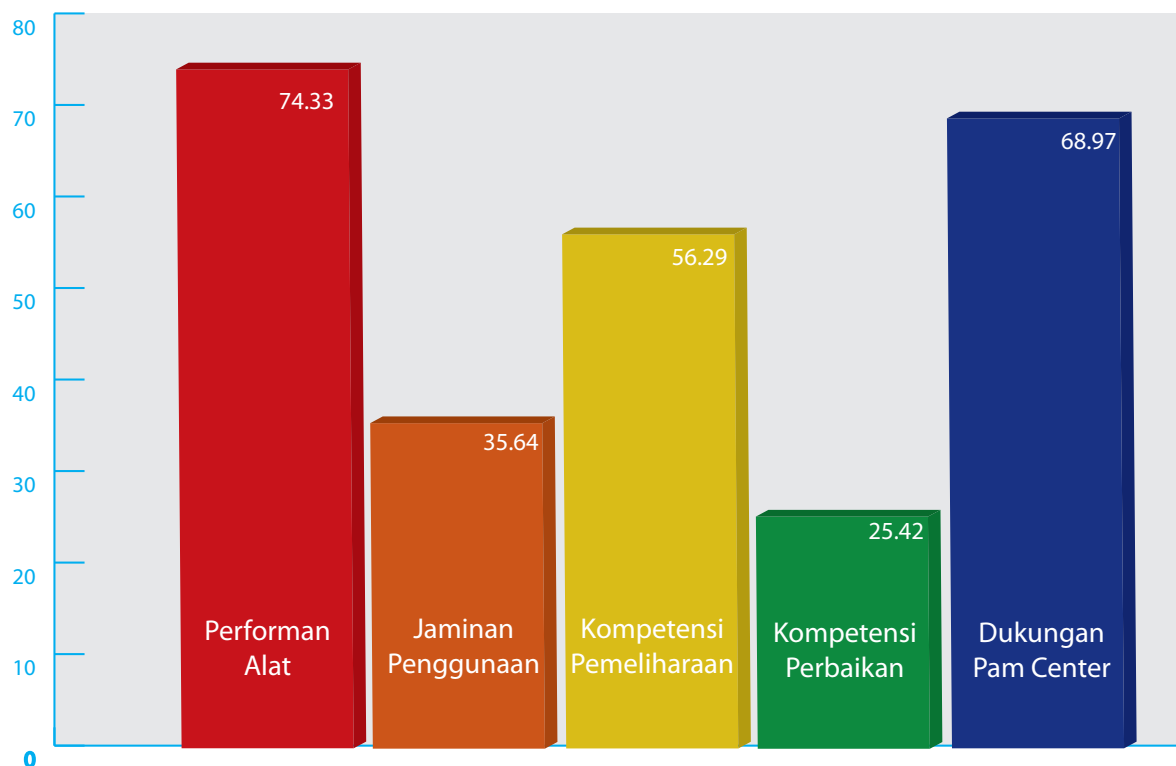
Data dalam Tabel 5 menunjukkan bahwa total potensi kehilangan yang bisa dihemat dengan keberadaan PAM Center sebesar Rp. 4.873.182. Angka ini mempunyai arti bahwa keberadaan PAM sangat membantu untuk menghindari hilangnya nilai alat akibat tidak berfungsi dan hal ini membantu dalam menyusun anggaran belanja kesehatan. Besarnya nilai potensi kehilangan yang bisa diselamatkan juga menunjukkan telah mulai tumbuhnya kebiasaan untuk memelihara peralatan di Puskesmas. Kesadaran baru ini sangat penting karena perilaku yang ada selama ini menganggap puskesmas milik umum maka kebiasaan setiap individu untuk memelihara peralatan dan aset milik puskesmas sangat rendah. Selain itu muncul kedisiplinan pada SOP yang berdampak baik pada kondisi peralatan.



Selain mengevaluasi kinerja PAM center di akhir masa proyek, telah dilakukan juga survey kepada pengguna alat yang telah diperbaiki dan diberikan pelayanan pemeliharaan. Jumlah responden untuk survey di NTB sebanyak 124 orang. Data dianalisa menggunakan Angka Index yang didasarkan pada jawaban responden. Kisaran angka index adalah 10-100 dan dikategorikan sebagai berikut: 10 – 28: sangat rendah; 18 – 46: rendah; 46 – 54: sedang; 54 – 82: tinggi; 82 – 100: sangat tinggi. Semakin tinggi angka index menunjukkan bahwa semakin positif persepsi pengguna terhadap indikator yang diteliti.

Hasil survey diperlihatkan dalam grafik dibawah.

**Grafik 1: Persepsi Pengguna Pelayanan PAM**



Grafik diatas menunjukkan bahwa performan alat, kompetensi pemeliharaan dan dukungan PAM Center memiliki nilai indeks yang tinggi. Artinya pengguna puas dengan tiga indikator tersebut .

Selanjutnya, PAM Center di NTB umumnya terbentuk dalam sebuah organisasi formal yang organik melekat pada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan tugas dan kewenangan

yang ditetapkan secara sangat jelas dan operasional. PAM Center yang melekat pada Dinas Kesehatan memungkinkan penyiapan anggaran dilakukan dengan “relatif mudah”. PAM Center yang dibentuk secara organik dengan organisasi yang lengkap dan kewenangan yang jelas memungkinkan penyediaan jasa pemeliharaan dan perbaikan yang lebih luas. Catatan penting yang diberikan dari evaluasi penerapan PAM Center adalah untuk memelihara keberlanjutan PAM Center diperlukan penyiapan peraturan atau kebijakan di tingkat propinsi guna memungkinkan pelayanan PAM Center ke Puskesmas ke kabupaten tetangga.

Hal lain yang perlu diperhatikan untuk keberlanjutan PAM Center adalah menjamin ketersediaan tenaga Atem di PAM Center karena tidak menutup kemungkinan tenaga ini dipindah tugaskan dari PAM Centre. Secara sederhana, jika sebuah PAM Centre tidak memiliki tehniisi maka akan berakhir fungsi PAM center tersebut.

#### ■ **Kompleksitas penerapan inovasi dan Upaya Penguatan Sistem Kesehatan Daerah**

Penerapan inovasi berarti proses melakukan perubahan. Dari paparan tentang penerapan dan pemanfaatan inovasi dapat disarikan faktor-faktor yang berkontribusi secara umum dalam penerapan suatu inovasi adalah sebagai berikut:

- **Pendanaan:** tidak cukup dana atau tidak ada alokasi dana untuk penerapan inovasi misalnya untuk dana pertemuan, untuk pengadaan atau pemeliharaan sarana dan prasarana, untuk supervisi dan pelatihan, untuk insentif petugas, khususnya yang terkait entry data. Tidak ada harmonisasi atau tidak adanya sinkronisasi pendanaan pada setiap tingkat fasilitas kesehatan dan tidak masuk dalam dokumen perencanaan karena tidak ada dasar hukum untuk melaksanakan.
- **Sumberdaya manusia:** kompetensi petugas yang tidak memadai dalam menerapkan inovasi, mutasi pegawai dan pensiunnya orang-orang yang terlibat dalam penerapan inovasi, tidak adanya budaya serah terima atau transfer pengetahuan dan keterampilan, kurangnya dokumentasi dan pengelolaan pengetahuan dan informasi dilembaga, kurangnya rasa kepemilikan, tidak ada petugas khusus yang menangani penerapan inovasi, penerapan inovasi dianggap beban kerja tambahan. Penerapan beberapa inovasi dianggap rumit dan sulit dan karena bukan kewajiban maka dengan mudah tidak diterapkan. Kurangnya perhatian dan kepedulian akan perlunya mendapatkan data yang berkualitas. Motivasi untuk bekerja lebih baik, lebih efektif, lebih efisien tidak dimiliki banyak orang, lebih banyak berada pada lingkungan bekerja yang penting “dikerjakan”

atau pada “zona aman dan nyaman” sehingga sistem yang sudah ada diterima dengan “ya sudah ada” dan terbatas keinginan untuk lebih baik. Keterbatasan kemampuan analisa juga menjadi kendala terkait sumberdaya manusia.

- Teknis: tidak memadainya sarana dan prasarana dalam menerapkan inovasi misalnya hardware (komputer, LAN anti virus, dan kapasitas server), tidak berfungsinya software, keterbatasan daya listrik atau tidak ada akses listrik, terbatasnya koneksi internet dan ruangan tidak ada AC.
- Dasar hukum; tidak adanya dasar hukum yang jelas sebagai kerangka penerapan inovasi atau untuk melembagakan penerapan inovasi kedalam sistem di lembaga.
- Kelembagaan atau organisasi: kurang koordinasi, kurang komunikasi dan sosialisasi, terbatasnya keterbukaan untuk bekerjasama antar program, antar bidang dan tingkat fasilitas kesehatan. Penerapan inovasi berjalan parallel dengan sistem sebelumnya. Hasil penerapan inovasi di tingkat yang lebih rendah tidak dipakai sebagai masukan dalam pengambilan keputusan karena kebijakan yang diambil di tingkat atas berdasarkan sistem lama yang masih berjalan. Tidak ada penegasan untuk menerapkan inovasi.

Menelaah faktor-faktor yang berpengaruh dalam penerapan inovasi, dapat dilihat bahwa penerapan suatu inovasi tidak hanya menyangkut sistem dimana inovasi tersebut diterapkan namun menyangkut sistem lain yang saling terkait dan sangat kompleks. Oleh karena itu, penerapan suatu inovasi harus diletakkan dalam konteks penguatan sistem yang lebih besar, yaitu sistem kesehatan daerah. Sebab, perubahan-perubahan kecil yang dilakukan secara terpisah-pisah oleh setiap bagian tanpa adanya upaya merespon perubahan kecil tersebut dalam sistem yang lebih besar tidak akan mampu membuat perubahan yang signifikan, terutama dalam struktur dan manajemen yang masih lemah.

Jika sebuah organisasi berjalan dengan baik seperti mesin yang dikasi oli dengan baik maka penerapan sebuah inovasi akan mudah dilakukan dalam sebuah organisasi, semisal menggantikan karburator mobil yang jika bagian yang baru gagal untuk dipasang secara mulus maka hanya diperlukan pukulan yang agak keras yang tepat untuk memasangnya secara tepat.

Namun organisasi berjalan bukan seperti mesin dan sudah menjadi fenomena umum bahwa penerapan inovasi atau best practice sering kali sangat lambat tersebar dan sering menimbulkan kefrustrasian. Hal ini sering diidentifikasi terjadi karena fenomena “perlawanan

terhadap perubahan". Dalam konteks ini maka kepemimpinan yang kuat sangat diperlukan untuk mengatasi perlawanan terhadap perubahan.

Dari sudut pandang pemikiran kompleksitas, pemimpin/pejabat di instansi/lembaga baik di tingkat kebijakan maupun operasional harus mampu melihat secara luas atau dalam konteks yang lebih luas dari apa yang menjadi tugas dan kewajibannya sehari-hari. Seorang pemimpin harus mampu melihat tugas dan fungsinya dalam konteks penguatan system kesehatan daerah dan nasional. Karena itu kemampuan analisa yang komprehensif dan kemampuan memfasilitasi sangat krusial dimiliki seorang pemimpin baik di tingkat kebijakan maupun tingkat operasional. Kepemimpinan yang kuat adalah pemimpin yang mampu berperan dalam menggerakkan dan memfasilitasi terjadinya koordinasi dan singergi diantara program, bidang, antara fasilitas kesehatan dalam kerangka sistem kesehatan dan otonomi daerah sangat dibutuhkan.

## Bab 4

# Penerapan Inovasi dalam Pencapaian AKINO dan Pembangunan Kesehatan NTB masa depan

### ■ Penerapan Inovasi dalam pencapaian AKINO

Pencanangan Program AKINO sebenarnya menunjukkan adanya komitmen politik yang tinggi dari pemerintah Provinsi NTB terhadap kesehatan maternal. Hal ini juga menunjukkan aksi lokal dalam mendukung aksi global dalam percepatan penurunan angka kematian ibu.

Seperti telah diketahui bahwa kualitas pelayanan kesehatan maternal merupakan cerminan pelayanan kesehatan publik. Karena itu upaya peningkatan kesehatan maternal melalui Program AKINO seharusnya tidak sebatas hanya membahas turun naiknya angka jumlah kasus kematian ibu maternal, jumlah desa yang ada kematian maternalnya, dan menyediakan pelayanan bebas biaya persalinan. Namun lebih dari itu, kasus kematian maternal harus ditelusuri ke belakang: dimana kematian itu terjadi, apakah di desa yang ada bidan atau tidak, lalu apakah bidan tersebut tinggal di desa atau tidak. Analisa ini berguna untuk mengetahui apakah pelayanan 24 jam tersedia di desa atau tidak.

Jika kematian maternal terjadi pada desa yang ada bidan, perlu dianalisa bagaimana pendidikan bidan tersebut apakah sudah Diploma 3 ataukah hanya Diploma 1, apakah sudah mendapatkan pelatihan yang esensial kebidanan misalnya Pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN) atau tidak. Analisa ini mungkin dilakukan dengan melihat data yang dihasilkan oleh SIKDA, yang menghasilkan data kasus kematian berdasarkan nama dan alamat, dan HRIS, yang menghasilkan data nama bidan, alamat, tempat kerja, tempat tinggal, pendidikan, pelatihan yang telah diperoleh.

Jika terjadi pada desa yang tidak ada bidan maka perlu melihat kebijakan distribusi bidan selama ini, yang tentu saja terkait dengan beban kerja bidan yang bisa dilihat dengan penerapan WISN.

Analisa selanjutnya: jika kematian maternal terjadi di Puskesmas atau rumah sakit maka bisa dianalisa bagaimana pelayanan rujukan. Jika terjadi diatas 48 jam berarti itu terkait dengan pelayanan di fasilitas kesehatan namun jika terjadi kurang dari 48 jam maka ini terkait dengan pelayanan di fasilitas sebelumnya atau terkait dengan penyediaan kendaraan untuk merujuk, keputusan untuk melakukan rujukan dan ketersediaan dana.

Kemampuan pelayanan kesehatan dalam menangani kasus rujukan perlu dianalisa terkait ketersediaan tenaga yang terampil untuk menangani kasus dan ketersediaan peralatan untuk mendukung penanganan kasus rujukan maternal. Analisa ini dilakukan dengan melihat data/informasi dari sistem rujukan, HRIS, dan CBIS.

Jadi penerapan berbagai inovasi tersebut akan sangat mendukung upaya pencapaian AKINO di NTB.

Selanjutnya, upaya pencapaian angka kematian ibu menuju nol (AKINO) merupakan upaya perbaikan pelayanan kesehatan maternal. Perbaikan pelayanan kesehatan maternal memerlukan berbagai persyaratan termasuk penguatan manajerial, penguatan system informasi kesehatan, peningkatan dan perluasan fasilitas pelayanan kesehatan dan menjamin sediaan farmasi, peralatan, makan dan obat-obatan. Kunci lainnya dalam perbaikan kesehatan maternal adalah perencanaan dan kebijakan ketenagaan kesehatan yang mendukung, terutama untuk bidan dan perawat, karena kesehatan maternal sangat tergantung pada ketersediaan pelayanan yang terampil dan profesional. Sedangkan dari sisi masyarakat, upaya perbaikan kesehatan maternal mencakup menyebarkan informasi kepada masyarakat tentang hak-hak mereka, tidak hanya memberdayakan masyarakat agar meminta pelayanan yang berkualitas namun juga bisa mengkritisi kebijakan yang terkait. Selanjutnya, membangun mekanisme asuransi dan penyediaan alat transportasi dan dana kegawatdaruratan guna menghindari kendala geografis dan pendanaan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan maternal yang berkualitas. Inilah sebenarnya konteks Program AKINO, sekali lagi, lebih luas dari hanya kebijakan pembebasan biaya persalinan.

Setelah hampir dua tahun melaksanakan Program AKINO, Dinas Kesehatan Provinsi mengidentifikasi hambatan dalam melaksanakan AKINO tersebut. Hambatan yang diidentifikasi adalah belum semua desa mempunyai bidan, belum semua desa memiliki Poskesdes, validitas data masih kurang, Buku KIA belum mencakupi seluruh sasaran, Program Perencanaan Persalinan dan Persiapan Komplikasi (P4K) belum berjalan secara optimal dan peran komponen dalam P4K belum aktif. Menurut pandangan penulis hambatan-hambatan tersebut seharusnya dijawab melalui perbaikan atau penguatan subsistem yang terkait.

Jika semua desa belum memiliki bidan, bagaimana distribusi bidan saat ini? Jika dikaitkan dengan analisa data tahun 2008 dan 2009, diperoleh gambaran sebagai berikut: ada penambahan jumlah bidan sebesar 13 persen (709 pada tahun 2008 menjadi 804 pada tahun 2009). Namun jumlah persalinan yang dibantu oleh tenaga kesehatan menurun sebesar 3.7 % (80.51 % pada tahun 2008 menjadi 77.50 % pada tahun 2009). Dalam konteks ini perlu dikritisi apakah kebijakan satu desa satu bidan memang tepat dilaksanakan di NTB atau diperlukan kebijakan lain yang lebih tepat untuk kondisi NTB dengan tingkat kepadatan penduduk yang berbeda disetiap desa atau kelurahan.

Simulasi pada tabel dibawah menerangkan bahwa kepadatan penduduk mempengaruhi beban kerja bidan. Pada desa yang penduduk besar maka beban kerja bidan besar. Karena itu apakah masih relevan untuk menempatkan satu desa satu bidan?. Jika AKINO ini dicapai maka perlu mempertimbangkan jumlah bidan sesuai dengan jumlah sasaran yang dilayani.

SIMULASI AKINO UNTUK SATU DESA						
Jumlah Penduduk	12.000	10.000	8000	6000	4000	3000
Jumlah Bumil setahun	307	256	205	154	102	77
Bumil Baru per bulan	26	21	17	13	9	6
Jumlah ANC perbulan	102	85	68	51	34	26
Jumlah Persalinan setahun	307	256	205	154	102	77
Jumlah Persalinan per bulan	26	21	17	13	9	6
Jumlah bayi baru lahir perbulan	26	21	17	13	9	6
Kunjungan neonatus per bulan	78	63	51	39	39	39
Jumlah Balita	1320	1100	880	6600	440	330
<b>Bidan yang diperlukan</b>	<b>?</b>	<b>?</b>	<b>?</b>	<b>?</b>	<b>?</b>	<b>?</b>

Masalah masih kurangnya validitas data bisa diatasi dengan melihat kondisi subsistem informasi kesehatan. Apakah sistem informasi kesehatan sudah mampu menyediakan data yang valid yang dibutuhkan? Jika belum valid, apa yang harus dilakukan? Dalam konteks ini tidak cukup hanya memvalidasi data namun perlu membuat road map yang bisa memperkuat penerapan SIKDA "Satu Pintu", kapan setiap fasilitas menerapkan konsep "satu pintu" agar setiap program memiliki data yang sama tentang jumlah ibu hamil, jumlah desa,

jumlah bidan, jumlah desa, jumlah kematian ibu dan seterusnya. Hasil penelaahan SIKDA “Satu Pintu” dalam buku ini akan sangat berguna untuk mengatasi tentang validitas data ini.

Keberadaan Poskesdes dan fasilitas kesehatan lainnya data profil kesehatan tahun 2008 dan 2009 menunjukkan adanya kenaikan jumlah fasilitas seperti terlihat pada tabel dibawah.

Tabel 6. Jumlah Fasilitas Puskesmas, Polindes, Posyandu tahun 2008 dan 2009 di NTB

Fasilitas Kesehatan	2008	2009	Perkembangan
Jumlah Puskesmas	142	147	3.5% naik
Jumlah Polindes	212	552	160% naik
Jumlah Posyandu	5766	5869	1.78% naik
Jumlah Pustu	513	537	4.67% naik
Puskesmas mampu PONED	55	33	40% menurun

Dari Tabel 6 diatas terlihat bahwa jumlah Poskesdes, Posyandu dan Puskesmas meningkat namun puskesmas yang berfungsi PONED, yaitu puskesmas yang mampu menyediakan pelayanan kegawatdaruratan obsetrik/kebidanan menurun 40 % (55 pada tahun 2008 menjadi 33 pada tahun 2009). Kondisi ini memerlukan penelaahan khusus mengapa hal ini terjadi: apakah karena tim PONED tidak berfungsi karena tim yang sudah dilatih sudah pindah tugas ataukah karena kurangnya dukungan peralatan untuk menyelenggarakan fungsi PONED. Penurunan fungsi PONED tentu saja berpengaruh pada rujukan maternal dan hal ini ada kaitanya dengan pembiayaan persalinan yang ditanggung oleh Jamkesmas NTB. Karena itu penerapan inovasi juknis rujukan perlu mendapat perhatian tersendiri untuk mengatasi hal ini.

Dalam konteks penyediaan Poskesdes, perlu ditelaah apakah kebijakan Poskesdes di setiap desa sudah tepat dengan kondisi geografis NTB? Apakah penyediaan fasilitas kesehatan harus selalu mengikuti perluasan wilayah administrasi pemerintahan? Apakah perilaku pencarian pengobatan masyarakat ke fasilitas kesehatan mengikuti lokasi administrasi tepat tinggal mereka ataukah perilaku itu mengikuti ketersediaan kualitas pelayanan suatu fasilitas kesehatan? Manakah yang menjadi fokus pembangunan, penambahan jumlah Poskesdes ataukah peningkatan kualitas pelayanan? Sebab penentuan prioritas akan terkait dengan pengalokasian dana untuk kegiatan program pemberdayaan masyarakat melalui Desa Siaga. Jika diperhatikan, program Desa Siaga nampaknya lebih mengalokasikan dana untuk pembangunan poskesdes dibandingkan upaya pergerakan masyarakat yang bersifat peningkatan kesadaran mereka seperti yang telah disebutkan diatas. Hal ini penting karena



tanpa masyarakat sipil yang kuat upaya pembangunan yang dilakukan oleh pemerintah tidak akan pernah lebih baik dari sebelumnya.

Jadi, penyelenggaraan program AKINO adalah upaya mereformasi sistem kesehatan di era desentralisasi di NTB. Untuk mendukung proses reformasi itu, kajian dan analisa tentang sistem kesehatan yang akan dirubah sangat diperlukan. Proses analisa seperti yang dicukil dalam tulisan ini akan sangat membantu untuk menentukan fokus program dan kebijakan kesehatan dan proses analisa inilah yang masih sangat kurang dilakukan selama ini. Kelemahan inilah yang coba diatasi dengan lahirnya berbagai inovasi yang akan menghasilkan data/informasi yang kaya jika berbagai inovasi tersebut diterapkan dengan baik. Inovasi pembangunan kesehatan dalam lima tahun terakhir mencakup tidak hanya aspek menejerial (IHPB, Monev Terpadu, PHA/DHA), SIKDA "Satu Pintu"), tetapi mencakup juga manajemen pelayanan kesehatan (system rujukan kesehatan, QI-Ation, CBIS, PAM), perencanaan ketenagaan kesehatan (HRIS. WISN), dan Pemberdayaan Masyarakat. Semua inovasi ini mencakup persayarakat yang diperlukan dalam perbaikan kesehatan maternal, untuk mendukung pencapaian AKINO.

### ■ Mitra Kerja dan Pembangunan Kesehatan Masa Depan

Dalam buku "Pinjaman dan Hibah Luar Negeri (PHLN), dalam Paritas Pembangunan Kesehatan" yang disusun oleh Kementerian Kesehatan RI, 2010, NTB dinyatakan sebagai wilayah yang paling banyak mendapatkan mitra kerjasama, bukan dalam artian jumlah besaran dana yang dialokasikan ke daerah. Sepanjang NTB berlabelkan "daerah bermasalah kesehatan" tidak menutup kemungkinan jumlah mitra yang berminat untuk mendukung pembangunan di NTB, khususnya pembangunan kesehatan akan tetap banyak.

Kondisi ini perlu mendapat perhatian dari pemerintah provinsi dan kabupaten/kota. Pemernitah daerah seharusnya memiliki kebijakan dan sistem yang kuat untuk mengelola mitra yang menyediakan dukungan di wilayah NTB agar sumberdaya baik yang berasal dari mitra kerja maupun dari pemerintah daerah dan pusat dapat dikelola dengan efektif dan efisien. Beberapa catatan penulis terkait hal ini adalah sebagai berikut.

- **Mengelola Mitra Kerja**

Banyak mitra tidak selalu membawa perubahan yang berarti jika dukungan mereka tidak dikelola secara efektif. Dalam konteks ini, Pemerintah Provinsi hendaknya memikirkan untuk memiliki sebuah sistem yang mengelola mitra yang mendukung pembangunan kesehatan

di NTB. Sistem ini akan mengelola isu-isu terkait berikut ini: Apakah setiap dukungan melalui satu pintu ataukah bisa langsung ke instansi teknis terkait; Bagaimana struktur koordinasi yang mengemudikan dukungan pembangunan (apakah setiap mitra perlu membuat struktur masing-masing ataukah bersama-sama untuk semua mitra?); Bagaimana penanganan dukungan yang hanya berbentuk bantuan teknis dan bagaimana yang berbentuk bantuan finansial (keuangan)? Apakah setiap mitra diharuskan untuk menginformasikan jumlah dana dukungan? Apakah setiap dukungan mitra memerlukan dana dampingan dari pemerintah setempat? Apakah perlu kesepakatan khusus tentang unit biaya untuk penyelenggaraan kegiatan ataukah mengikuti unit biaya yang ditetapkan APBD atau APBN? Apakah program dukungan terkait dengan program pembangunan daerah? Pengelolaan mitra pembangunan penting untuk diperhatikan agar prinsip-prinsip kerjasama yang pembangunan yang termuat dalam Paris Deklarasi dan Accra, Harmonisasi, Keterkaitan, Kepemilikan, Pengelolaan Hasil, benar-benar bisa diaplikasikan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

- **Memberikan Perhatian khusus pada kebijakan Sumberdaya Manusia**

Hasil survey penerapan inovasi menunjukkan bahwa hampir setiap inovasi menghadapi kendala yang terkait dengan sumberdaya manusia dalam penerapannya: mutasi, pensiun, tak kompeten, dan tidak ada proses transfer pengetahuan dan keterampilan yang baik saat terjadi pergantian. Fakta pun menunjukkan bahwa walau telah diupayakan meraih komitmen untuk mempertahankan sumberdaya manusia sebelum suatu kegiatan dimulai kenyataannya belum bisa berjalan dengan baik.

Hasil pengamatan penulis di puskesmas, jumlah tenaga kesehatan yang honorer dan sukarela (mengabdikan) sangat banyak namun sayang sekali keinginan untuk mendapatkan pengalaman kerja dan pengembangan bakat dan keterampilan tidak disertai dengan adanya sistem untuk mengembangkan potensi mereka. Tidak ada suatu sistem yang mengarahkan, yang membimbing, dan membina mereka sehari-hari. Mereka hanya diminta untuk membantu pekerjaan menetik, mengambil sesuatu, atau memanggil seseorang. Belum ada sistem magang atau kerja pengabdian/sukarela dimana melalui pekerjaan tersebut keterampilan dan pengetahuan mereka semakin berkembang yang dibuktikan secara tertulis namun juga menciptakan perubahan di unit dimana mereka bekerja. Jika kita ingin memiliki sumber daya manusia yang handal tentu saja sumberdaya manusia yang melimpah ini perlu dikelola dengan serius mulai dari unit yang kecil. Sistem untuk pekerja magang/mengabdikan/sukarela memungkinkan untuk dikembangkan karena kebutuhan perbaikan dan perubahan kondisi tempat kerja masih diperlukan, tidak hanya menyangkut manajemen pelayanan kesehatan tetapi juga manajemen pendukung pelayanan yang berkualitas seperti manajemen untuk

kebersihan, ketertiban dan kerapian di lingkungan kerja.

Permasalahan sumberdaya manusia ini harus mendapatkan perhatian yang serius jika NTB benar-benar mau meningkatkan IPM (Indeks Pembangunan Manusia) nya. Peningkatan IPM tidak hanya menyediakan akses dan fasilitas untuk memperoleh atau melanjutkan pendidikan. Namun yang lebih penting adalah mengelola sumberdaya yang telah ada untuk bekerja sesuai dengan pendidikan dan kompetensinya.

Terkait pengelolaan sumberdaya manusia beberapa catatan dibawah ini bisa menjadi bahan diskusi:

- Ada baiknya jika pembaharuan dalam pengelolaan sumberdaya manusia perlu dijadikan sebagai kreteria dalam pemilihan kepala daerah agar politisasi jabatan, promosi dan penempatan yang dikaitkan dengan kepentingan politik bisa dihentikan. Terkait kreteria ini, penyelenggaraan system kesehatan tidak hanya tergantung pada seorang kepala dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota namun juga kepala pemerintah provinsi dan kabupaten agar mampu melihat secara detail sistem kesehatan sehingga mampu melakukan pembaharuan dalam pengelolaan sumberdaya manusia kesehatan khususnya dan di semua sektor.
- Dalam pelatihan penjenjangan pegawai negeri harus meningkatkan kemampuan kepemimpinan dan kemampuan analisa para pemimpin setiap unit kerja atau pelayanan kesehatan. Pemimpin disetiap unit hendaknya mampu mengelola unit yang dipimpin sebagai bagian dari subsistem dalam kerangka sistem yang lebih besar, yaitu sistem kesehatan, dan mampu untuk menganalisa dan mengkoordinir lintas program secara terpadu dan sinergis.
- Sistem penempatan pegawai khususnya difasilitas pelayanan kesehatan harus responsif terhadap kemajuan teknologi klinis medis dan standar operasional prosedur dan standar pelayanan kesehatan yang bermutu. Karena itu tidak ada pilihan lain pemerintah harus kembali kepada prinsip *the right man in the right place*.

- **Membangun Sistem Pengelolaan Ilmu Pengetahuan (Knowledge Management)**

Dalam proses menyediakan dukungannya, lembaga atau mitra pembangunan atau proyek seringkali ingin memperlihatkan hasil dukungannya secara cepat, terlihat dengan kasat mata dan selalu berusaha untuk menghasilkan inovasi baru atau best practice yang akan menjadi label atau pencapaian suatu proyek. Karena itu acapkali suatu proyek selalu berusaha untuk menghasilkan pedoman/metode/piranti lunak baru sebagai bukti pencapaian proyek tersebut tanpa mengantisipasi keberlanjutan penerapan inovasi yang dihasilkan serta penyebaran penerapannya jika dukungan proyek telah berakhir.

NTB sebagai daerah yang mendapatkan banyak mitra kerja pembangunan hendaknya bisa mengantisipasi hal ini agar apa yang telah didukung oleh mitra maupun yang telah dilakukan oleh pemerintah daerah dan pusat tidak tercecer dan hilang. Oleh karena itu pemerintah provinsi/kabupaten/kota harus mulai berpikir untuk membuat sistem pengelolaan pengetahuan (knowledge management) minimal ditingkat provinsi.

Pengelolaan ilmu pengetahuan ini sangat penting terutama dalam era teknologi yang sangat pesat karena ketersediaan informasi tentang pembangunan di daerah ini sangat penting sebagai masukan dalam penyusunan RPJMD, renstra dan road map pembangunan NTB secara umum dan pembangunan kesehatan selanjutnya. Pengelolaan pengetahuan ini juga penting dalam mendukung upaya mengelola mitra kerja agar dukungan yang diberikan tidak tumpang tindih baik untuk program maupun untuk wilayah dukungan. Bagi mitra kerja, hal ini perlu agar tidak hanya ingin menghasilkan hal baru yang berakibat suatu wilayah menjadi daerah uji coba namun perlu mempertimbangkan untuk melanjutkan apa yang telah dilakukan walau itu hasil dari kerja mitra sebelumnya. Penting untuk dimengerti oleh lembaga mitra bahwa memperkuat keberlanjutan inovasi yang telah ada lebih bermakna dari pada hanya menghasilkan inovasi yang tak terpelihara keberlanjutannya.

- **Menyusun Roadmap pencapaian AKINO**

Skope dukungan proyek memiliki keterbatasan, ada yang dukungannya hanya pada tataran implementasi, ada yang hanya dalam tataran perumusan kebijakan dan masa dukungan pun terbatas. Jika ditelaah, penerapan dan pemaafaatan inovasi tidak maksimal karena juga dibatasi oleh kurun waktu dukungan proyek. Suatu inovasi memerlukan kerja lanjutan setelah dukungan proyek selesai agar penerapannya benar-benar bermafaat. Misalnya, inovasi Juknis rujukan. Setelah disusun, diujicobakan dan mendapatkan dasar hukum implementasinya, ternyata pengawalan implementasi kebijakannya merupakan pekerjaan berikut yang harus

diprogramkan. Begitu pula penerapan HRIS, memerlukan road map untuk melembagakan penerapannya. Hal-hal seperti ini pun harus menjadi pertimbangan lembaga yang menyediakan dukungan bahwa penerapan inovasi itu kompleks dan hendaknya diantisipasi pada saat masa dukungan proyek.

Karena adanya batasan-batasan penyediaan dukungan, maka untuk mencapai AKINO dalam konteks reformasi kesehatan maternal di NTB, sebuah road map untuk pencapaian AKINO harus tersedia. Ketersediaan road map ini akan menjadi bahan yang ditawarkan kepada para mitra untuk mendapatkan dukungan. Hal ini akan mendukung efektifitas pengelolaan mitra kerja.

### ■ NTB masa depan: *Take it or leave it*

Desentralisasi memberikan kewenangan bagi pemerintah daerah dalam menyelenggarakan pembangunannya termasuk di sektor kesehatan yang dikenal dengan desentralisasi kesehatan. Kewenangan ini tentu saja merupakan peluang bagi daerah untuk membangun sistem kesehatan daerah yang kuat, yang mampu menyelenggarakan pembangunan kesehatan yang berkualitas dengan sumberdaya manusia kesehatan yang kompeten dalam nuansa keterbukaan, profesionalisme, tata pemerintahan kesehatan yang baik dan akuntabilitas yang didukung oleh partisipasi masyarakat yang tinggi.

Terkait tata pemerintahan yang baik di bidang kesehatan, Menteri Kesehatan, dalam Rapat Kerja Nasional awal tahun 2011, menegaskan bahwa peran provinsi adalah mengkoordinasikan pembangunan kesehatan yang efektif dan efisien di tingkat provinsi; memfasilitasi Pemerintah Kabupaten/Kota dengan pemerintah pusat; dan mengefektifkan tugas Pemerintah Pusat. Makna dari peringatan ini adalah bahwa Pemerintah Provinsi diminta untuk lebih berperan dalam memfasilitasi proses perencanaan dan penganggaran serta monitoring dan evaluasi berbagai program kesehatan diwilayahnya.

Secara hukum, UU 32/2004 (desentralisasi), UU 33/2004 (perimbangan keuangan pemerintah pusat dan daerah) dan PP 38/2007 (pembagian kewenangan pemerintah pusat dan daerah) telah membuka kesempatan bagi pemerintah provinsi dan kabupaten untuk berkarya dalam pembangunannya. NTB, dibawah kepemimpinan Dr Zainul Majdi dan Drs. Badrul Munir telah memosisikan pembangunan di NTB sebagai pembangunan yang memiliki daya saing dengan wilayah lain di Indonesia, dengan memproklamkan "NTB BERSAING" (NTB beriman dan berdaya saing).

Upaya pencapaian NTB BERSAING, jika dikaitkan dengan inovasi yang telah lahir dan diterapkan di NTB, maka sebenarnya instrument untuk melaksanakan peran dan memberi isi desentralisasi NTB tersebut telah tersedia. Pertanyaannya adalah apakah mau diambil atau tidak diambil (take it or leave it) secara sungguh-sungguh kesempatan yang telah tersedia. Pertanyaan berikutnya adalah apakah NTB benar-benar ingin berubah kearah yang lebih baik? Pertanyaan ini tentu saja terbuka untuk pemerintah provinsi dan kabupaten/kota serta masyarakat NTB

Inovasi dalam Pembangunan Kesehatan  
di Provinsi Nusa Tenggara dan Tantangan  
Keberlanjutan Penerapannya

## Daftar Istilah

DAFTAR ISTILAH / SINGKATAN	
AKINO	Angka Kematian Ibu Nol
AKI	Angka Kematian Ibu
AKB	Angka Kematian Bayi
AKABA	Angka Kematian Balita
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
ADT	Analisa Data Tenaga
APN	Asuhan Persalinan Normal
ADB	Asian Development Bank- Bank Pembangunan Asia
BERSAING	Beriman dan Berdaya Saing
Badan PPSDMK	Badan Pusat Pengembangan Sumberdaya Manusia Kesehatan
BOK	Biaya Operasional Kesehatan
CBIS	Computerized Base Inventory System- Sistem Inventaris Berbasis Komputer
DHS-2	Decentralized Health Services-2- Pelayanan Kesehatan Terdesentralisasi
DfID	Department for International Development- Departemen untuk Pembangunan Internasional dari Pemerintah Inggris
Dirjen	Direktorat Jendral
DKP	Dinas Kesehatan Provinsi
DKK	Dinas Kesehatan Kabupaten/kota
Dikes	Dinas kesehatan
EPOS	Nama perusahaan yang bergerak dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi proyek terkait pembangunan kesehatan
FK	Fakultas Kedokteran
GIZ (GTZ)	Deutsche Gesellschaft fuer Internationale Zusammenarbeit (GIZ), yang sebelumnya disebut Deutsche Gesellschaft fuer Technische (GTZ). Health Project



DAFTAR ISTILAH / SINGKATAN	
HP	Health Project
HRD	Human Resource Development- Pengembangan Sumberdaya Manusia
HRIS	Human Resource Information System- Sistem Informasi Sumberdaya Manusia Kesehatan
HMT	Hospital Menegement Training-Pelatihan Manajemen Rumah Sakit
IHPB	Intergrated Health Planning and budgeting- Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu
IPM	Indeks Pembangunan Manusia
IT	Informasi Teknologi
Juknis	Petunjuk Teknis
Kemendes	Kementerian Kesehatan
KHPPIA	Kelangsungan Hidup, Perkembangan, Perlindungan Ibu dan Anak
KPKK	Kesehatan Perempuan dan Kesejahteraan Keluarga
KfW	Bank Pembangunan milik Pemerintah Jerman
KB	Keluarga berencana
KIA	Kesehatan ibu dan Anak
LT-2	Laporan Triwulan dua
LT3	Laporan Triwulan tiga
MDGs	Milenium Development Goals
MMR	Magister Manajemen Rumah Sakit
Monev Terpadu	Monitoring dan Evaluasi Terpadu
Menkes	Menteri Kesehatan
MENPAN	Menteri Penertiban Aparatur Negara
NTB	Nusa Tenggara Barat
NICE	Nutrition Improvement and Community Development –Peningkatan Gizi dan Pemberdayaan Masyarakat
PAM	Physical Asset Management – Pengelolaan Aset Fisik
PAF	Policy Analysis and Formulation –Analisis dan Penyusunan Kebijakan
PNPM	Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat
PKLN	Pusat Kerjasama Luar Negeri
PHLN	Pinjaman Hibah Luar Negeri
PWS-KIA	Pemantauan Wilayah Semesta-Kesehatan Ibu dan Anak
PHA/DHA	Provincial Health Account/District Health Account

DAFTAR ISTILAH / SINGKATAN	
PONED	Pelayanan obsetrik neonatal emergensi dasar
P4K	Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
P2KP	Pusat Penelitian Kependudukan dan Pembangunan
PSL	Pusat Studi Lingkungan
QI-Action	Quality Improvement –Action- Aksi Peningkatan Kualitas
Renja	Rencana Kerja
Renstra	Rencana Strategis
RUK	Rencana Usulan Kegiatan
Rakorkesda	Rapat Koordinasi Kesehatan Daerah
RS	Rumah Sakit
RPJMD	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
SISKES	Sistem Kesehatan
SPH	Support Program Health
SIKDA “Satu Pintu”	Sistem Informasi Kesehatan Daerah” Satu Pintu”
SP2TP	Sistem Pencatatan dan Pelaporan tingkat Puskesmas
SIM	Sistem Informasi Manajemen
SDM	Sumber Daya Manusia
SDMK	Sumber Daya Manusia Kesehatan
SOP	Standar Operasional Prosedur
SIMKA	Sistem Informasi Manajemen Kepegawaian
SKN	Sistem Kesehatan Nasional
SIMPEG	Sistem Informasi Manajemen Pegawai
SE	Surat Edaran
SK	Surat Keputusan
SKPD	Satuan Kerja Perangkat Daerah
SEAMEO Tropmed	South East Asian Ministries on Tropical Medicine
Sarpras	Sarana dan Prasarana
SPM	Standar Pelayanan Minimal
TT	Tetanus Texoit
UNFPA	United Nation for Population Fund
UGM	Universitas Gajah Mada
UI	Universitas Indonesia
WSLIC	Water Sanitation for Low Income Community
WFP	World for Food

DAFTAR ISTILAH / SINGKATAN	
WISN	Workload Indicator Staffing Needs
WHO	World Health organization
Yankesdas	Pelayanan Kesehatan Dasar

## Daftar Pusaka

Plesek, Paul E and Wislon, tim, 2001. Complexity, Leadership, and Management in health care Organization, BMJ, volume 323, 29 September 2001, bmj.com.

Dinas Kesehatan Provinsi NTB, 2011. Petunjuk Teknis Sistem Rujukan Kesehatan NTB.

Dinas Kesehatan Provinsi NTB dan GTZ, 2009. Alat Bantu Pemberdayaan Masyarakat Bidang KIA.

Dinas Kesehatan Provinsi NTB dan GTZ, 2009. Strategi Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA) " Satu Pintu".

Dinas Kesehatan Provinsi NTB dan GTZ, 2009. Perangkat Kerja Sistem Informasi Manajemen Tenaga Kesehatan.

Dinas Kesehatan dan GTZ, 2009 Perlengkapan Kerja WISN.

Dinas Kesehatan Provinsi NTB dan GTZ, 2009. Modul Pelatihan PHA/DHA.

Dinas Kesehatan Provinsi NTB, 2011. Profil Sumberdaya Manusia Kesehatan Provinsi NTB Tahun 2010.

Dinas Kesehatan Provinsi NTB, 2009. Profil Kesehatan NTB tahun 2008.

Dinas Kesehatan Provinsi NTB, 2010. Profil Kesehatan NTB tahun 2009,

Dinas Kesehatan Provinsi NTB dan GTZ, 2009. Pedoman Penyusunan renja dan Pelaksanaan Monev Terpadu Bidang Kesehatan.

Depkes,2010. Sistem Kesehatan Nasional. Final Rancangan.

GTZ, 2009. Final Report, SISKES & HRD Indonesia. NTT and NTB, 1999-2009.

Kemendes RI, 2010. PHLN-Pinjaman dan Hibah Luar Negeri, dalam Partitas Pembangunan Kesehatan, Pusat Kerja sama Luar negeri.

Laporan Pertemuan Evaluasi Kegiatan SPH, 2010.

P2KP- Unram, 2010. Laporan Baseline Survey.

PSL, 2011. Hasil Analisa Data Follow Up Survey.

Utarini, A, Gertrud Schmidt-Ehry, Hill.Peter, 2009. Hospital Management Training. New Ways to improve service in Indoensia, A text Book and Guide. GTZ

Kamus Besar Bahasa Indonesia, edisi ketiga, 1990. Departemen Pendidikan dan Kebudayaan Indonesia. Balai Pustaka

Wikipedia, 2011, Arti Kata, Konsultasi Maret 2011.

## Lampiran

Tabel 1. Ringkasan Kerangka Konseptual Survey

No	Inovasi	Pengguna/ dimana diter- apkan	Ketersediaan dokumen di fasilitas kesehatan (level 1)	Penggunaan dan Penera- pan (level 2)	Tertuang dalam dokumen perencanaan dan anggaran (level 3)	Program atau kegiatan yang dipengaruhi oleh penerapan (level 4)
1	WISN:	Puskesmas Rumah sakit	Pedoman dan dokumen hasil penerapan WISN tersedia	Laporan dan usulan terkait dengan ketengaan mis. Pelatihan dan penempatan/ mutasi didasarkan pada hasil WISN	WISN tertuang dalam dokumen perencanaan fasilitas kesehatan dimana diterapkan	Dokumen tentang program/ kegiatan, kebijakan
2	HRIS	DKK DKP Rumah sakit	Informasi ketenagaan tersedia, hardware dan software tersedia	Data Bank terisi dan lengkap serta berfungsi. Usulan terkait dengan ketengaan mis. Pelatihan dan penempatan/ mutasi didasarkan data dari HRIS Virus diupdate dan scan	HRIS tertuang dalam dokumen perencanaan fasilitas kesehatan DKP/DKK dan budget dialokasikan untuk penerapan dan pemeliharaan HRIS	Dokumen tentang perubahan program/ kegiatan, kebijakan

No	Inovasi	Pengguna/ dimana diter- apkan	Ketersediaan dokumen di fasilitas kesehatan (level 1)	Penggunaan dan Penera- pan (level 2)	Tertuang dalam dokumen perencanaan dan anggaran (level 3)	Program atau kegiatan yang dipengaruhi oleh penerapan (level 4)
3	(SIKDA) "Satu Pintu"	Puskesmas DKK DKP	Data bank dikembang- kan. Fasilitas Kesehatan dan DKK bagian dari jejaring SIKDA. Menerapkan system aliran data satu pintu	Databank lengkap dan berfungsi, laporan bu- lanan dibuat berdasarkan data SIKDA	SIKDA Satu Pintu tertuang dalam dokumen perencanaan dan budget dialokasikan untuk penerapan dan pemerliharaan HMIS	Dokumen terkait perubahan program/ kegiatan, kebijakan
4	Juknis Sistem ruju- kan:	Pustu, Polindes/ Poskesdes, Puskesmas Rumah sakit dan DKK DKP	Juknis tersedia Formulir/surat rujukan dan surat rujukan yang sudah terisi di rumah sakit dan Puskesmas bisa ditunjukkan.	Ketersediaan pencatatan surat rujukan balik di rumah sakit dan Puskesmas. DKK/DKP mempromo- sikan penera- pannya.	Penerapan rujukan tertuang dalam dokumen perencanaan, budget dialokasikan untuk mencetak format rujukan	Dokumen terkait perubahan program/ kegiatan, kebijakan
5	IHPB:	Puskesmas, DKK DKP	Pedoman tersedia; Dokumen perencanaan di Puskesmas, Dokumen Renja Terpadu) di DKP dan DKK tersedia	Pertemuan untuk membuat perencanaan terpadu dilakukan; RUK puskesmas diakomodir di Renja DKK; Hasil Renja menjadi bagian dari RKA DKP /DKK	Process perencanaan mengguankan Pedoman IHPB tertuang dalam dokumen perencanaan DKK/DKP dan dana dialokasikan untuk penerapannya	Dokumen terkait perubahan program/ kegiatan, kebijakan

No	Inovasi	Pengguna/ dimana diter- apkan	Ketersediaan dokumen di fasilitas kesehatan (level 1)	Penggunaan dan Penera- pan (level 2)	Tertuang dalam dokumen perencanaan dan anggaran (level 3)	Program atau kegiatan yang dipengaruhi oleh penerapan (level 4)
6	IM& E	DKK DKP	Pedoman tersedia Laporan Hasil Monev DKK/ DKP tersedia	Laporan tahunan dilakukan setahun sekali; hasil monev dgunakan untuk siklus perencanaan berikutnya; pencapaian tahun sebelumnya dibandingkan dan dianalisa; hadil dan rekomendasi ditindak lanjuti	Kegiatan M&E terpadu tertuang dalam dokumen perencanaan DKK/DKP dan dana dialokasikan untuk implementasi	Dokumen terkait perubahan program/ kegiatan, kebijakan
7	P/DHA	DKP DKK	Pedoman tersedia; Ketersediaan dokumen/ data P/DHA setiap tahun	Data lengkap dan hasilnya digunakan untuk manajemen (Perencanaan dan M& E ) atau advokasi	Kegiatan peny- usunan DHA/ PHA tertuang dalam doku- men perenca- naan dan dana dialokasikan untuk imple- mentasinya	Dokumen terkait perubahan program/ kegiatan, kebijakan
8	QI	Rumah sakit	Tim QI ada; aplikasi kegia- tan QI	Dokumen hasil kegiatan QI; SK yang mengesahkan adanya tim dan notulensi	Kegiatan QI tertuang dalam doku- men perenca- naan dan dan dialokasikan untuk impl- emnetasinya	Dokumen terkait perubahan pro- gram/kegiatan, kebijakan



No	Inovasi	Pengguna/ dimana diter- apkan	Ketersediaan dokumen di fasilitas kesehatan (level 1)	Penggunaan dan Penera- pan (level 2)	Tertuang dalam dokumen perencanaan dan anggaran (level 3)	Program atau kegiatan yang dipengaruhi oleh penerapan (level 4)
9	Pem- ber- dayaan Bidang KIA	Desa Puskesmas DKK	Lima system siaga dikem- bangkan di tingkat desa (notifikasi, tabulin/ daso- lin, transpor- tasi, pendonor darah, post informasi KB); keberadaan fasilitator desa di desa dan puskesmas	Pencatatan atau notu- lensi tentang penggunaan system siaga (terutama sys- tem notifikasi)	Kegiata untuk mengem- bangkan dan memelihara fungsi system siaga tertuang dalam doku- men perenca- naan dan dana dialokasikan untuk imple- mentasinya	Dokumen terkait perubahan program/ kegiatan, kebijakan

Tabel 2. Daftar fasilitas kesehatan menurut jenis dan jumlah

No	Provinsi/ Kabupaten/ kota	Tipe & Jumlah Fasilitas Kesehatan menurut Kabupaten/Kota					Jumlah desa
		RS Provinsi	DKP	RS Kabupaten/ Kota	DKK	Puskesmas	
1	Provinsi	1	1				
2	Kota Mataram			0	1	8	50
3	Lombok Barat			1	1	15	88
4	Lombok Utara			0	1	5	33
5	Lombok Tengah			1	1	24	139
6	Lombok Timur			1	1	29	119
	Sumbawa Barat			0	1	6	49
	Sumbawa			1	1	21	164
	Dompu			1	1	9	63
	Bima			1	1	20	168
	Kota Bima			0	1	5	38
	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>142</b>	<b>911</b>

Tabel 3. Sampel Fasilitas Kesehatan Menurut Jenis dan Jumlah

No	Provinsi/ Kabupaten/ kota	Jenis dan jumlah fasilitas kesehatan						Desa
		RS Provinsi	DKP	RS Kab/ Kota	DKK	PKM	Polindes Posyandu Poskesdes	
1	Provinsi	1	1					
2	Kota Mataram			0	1	5	15	15
3	Lombok Barat			1	1	6	18	18
4	Lombok Utara			0	1	5	15	15
5	Lombok Tengah			1	1	8	24	24
6	Lombok Timur			1	1	10	30	30
7	Sumbawa Barat			0	1	5	15	15
8	Sumbawa			1	1	7	21	21
9	Dompu			1	1	5	15	15
10	Bima			1	1	7	21	21
11	Kota Bima			0	1	5	15	15
	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>63</b>	<b>189</b>	<b>189</b>

Tabel 4. Jumlah Denominator yang terpapar dengan inovasi menurut fasilitas kesehatan

No	Inovasi	Jenis dan jumlah fasilitas kesehatan						Total
		RS	DKP	DKK	Puskes- mas	Polin- des	Desa	
1	WISN	1	1					
2	HRIS			0	1	5	15	15
3	SIKDA			1	1	6	18	18
4	Rujukan			0	1	5	15	15
5	IHPB			1	1	8	24	24
6	IHPB			1	1	10	30	30
7	MONEV			0	1	5	15	15
8	P/DHA			1	1	7	21	21
9	Pemdes KIA			1	1	5	15	15
10	QI Action (HMT)			1	1	7	21	21
	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>63</b>	<b>189</b>	<b>189</b>