

Pengembangan Regulasi Mutu Pelayanan KIA di RS: antara Daerah Terpencil dengan Daerah dengan Kompetisi Tinggi

Hanevi Djasri¹

Pendahuluan

Dalam rangka menurunkan angka kematian ibu (AKI) di Indonesia, Kementerian Kesehatan telah menetapkan lima strategi operasional yaitu: Penguatan Puskesmas dan jaringannya; Penguatan manajemen program dan sistem rujukannya; Meningkatkan peran serta masyarakat; Kerjasama dan kemitraan; Kegiatan akselerasi dan inovasi tahun 2011; dan Kegiatan Penelitian dan pengembangan inovasi yang terkoordinir (Kemenkes, 2011).

Terkait dengan strategi “inovasi” maka Kemenkes juga telah menetapkan berbagai upaya seperti penempatan tenaga strategis (dokter dan bidan) termasuk dokter plus (atau disebut juga sebagai “dokter umum dengan kompetensi tambahan”), serta “mobile team” dan penyediaan fasilitas kesehatan di Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK), namun demikian data juga memperlihatkan adanya permasalahan mutu pelayanan KIA di daerah urban dimana telah terdapat kompetisi tinggi dalam pelayanan KIA.

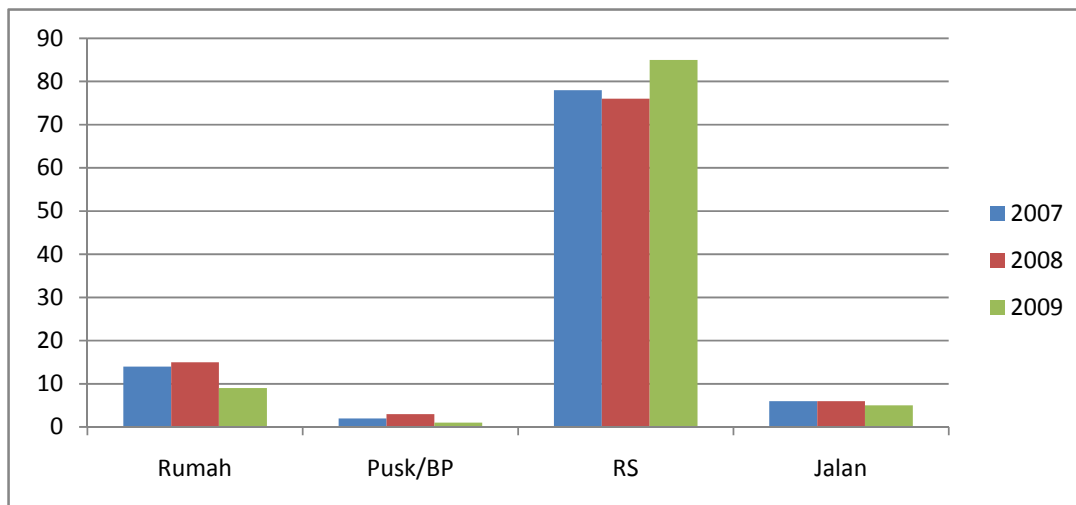
Artikel ini akan membahas permasalahan di Provinsi NTT mewakili daerah terpencil dan di Provinsi Jawa Tengah mewakili daerah dengan kompetisi tinggi dan solusi masalahnya melalui pengembangan sistem regulasi pelayanan kesehatan dengan pendekatan *public private partnership*.

Masalah Mutu Pelayanan KIA di RS: Perbandingan 2 Provinsi

Provinsi Jawa Tengah: Upaya untuk penurunan angka kematian ibu terutama pada pelayanan kesehatan dasar telah diupayakan di Jawa Tengah hingga dapat menekan angka kematian ibu menjadi 102/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2010. Angka absolut kematian ibu juga semakin menurun dimana pada tahun 2007: terjadi 750 kasus, tahun 2008: 653, tahun 2009: 678 kasus dan pada tahun 2010: 611 kasus. Untuk lebih menurunkan angka tersebut maka intervensi pada pelayanan dasar dan pemberdayaan masyarakat tidaklah cukup, disamping karena kematian ibu di Jawa Tengah saat ini terutama terjadi di rumah-sakit dibandingkan di rumah atau di tempat pelayanan kesehatan dasar (gambar 1) namun juga karena penyebab utama kematian yang masih sama yaitu perdarahan, eklampsia dan infeksi. (Dinkes Jawa Tengah, 2011)

Hasil Audit Maternal Perinatal (AMP) atau saat ini diperkenalkan model “baru” *maternal mortality confidential enquiry* menunjukkan bahwa kematian yang terjadi di rumah-sakit sebagian dapat dicegah, bahkan hasil AMP dengan menggunakan instrumen yang diperbaharui di salah satu Kabupaten di Pulau Jawa menunjukkan bahwa dari 7 kasus kematian yang terjadi, seluruhnya merupakan kematian ibu yang seharusnya dapat dicegah namun tetap terjadi, karena: Diagnosa penyakit penyerta terlambat ditegakkan (3 kasus); Tindakan pencegahan timbulnya penyebab kematian tidak dilakukan dengan tepat (2 kasus); Penyebab kematian terlambat diketahui (1 kasus); Tindakan/tatalaksana untuk mengatasi penyebab kematian terlambat dilakukan (1 kasus) (Djasri, 2008).

¹ Konsultan Regulasi Mutu Pelayanan Kesehatan dan *Clinical Quality Management* pada Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan (PMPK) FK-UGM. Disampaikan apada Seminar Nasional Pengembangan Mutu Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di RS, 13 April 2011, Gedung Granadi, Jakarta



Gambar 1 Lokasi Kematian Ibu di Jawa Tengah (Dinkes Jawa Tengah, 2011)

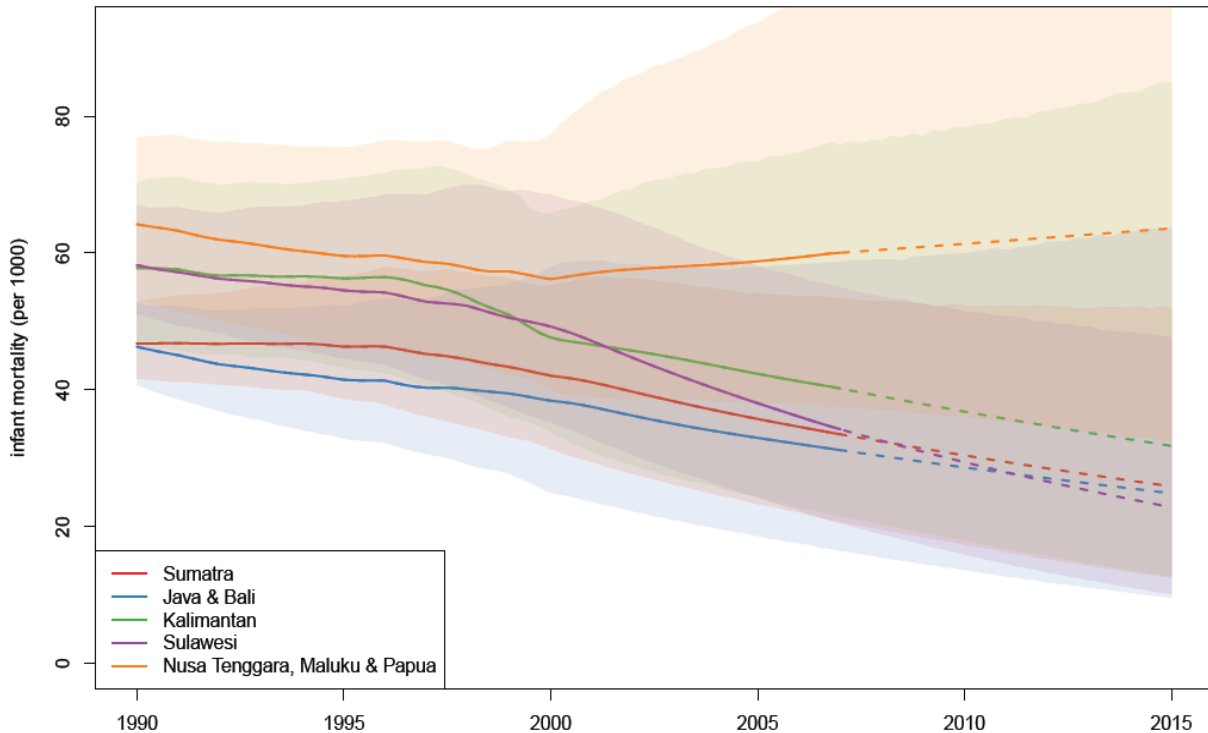
Data tersebut menunjukkan bahwa mutu pelayanan kegawat-daruratan kebidanan di RS perlu ditingkatkan terutama terkait dengan kemampuan manajemen *clinical risk* baik pada tahap identifikasi resiko maupun penatalaksanaan risiko. Salah satu upaya meningkatkan mutu tersebut adalah dengan mewujudkan RS PONEK 24 Jam, namun dari seluruh RS di Provinsi Jawa Tengah, baru 40% RS yang telah memiliki status RS PONEK 24 jam, itupun tidak berjalan efektif karena hanya berdasarkan kriteria adanya: SK Direktur tentang Tim PONEK; Tim PONEK sudah dilatih; dan Telah memiliki sarana-prasarana sesuai dengan standar RS PONEK, sedangkan dari sisi pelayanan tidak benar-benar dapat diberikan selama 24 jam karena adanya terbatasnya jumlah dokter kebidanan dan anestesi yang dimiliki oleh RS tersebut sehingga tidak memungkinkan adanya dokter spesialis jaga onsite di rumah sakit (Dinkes Jateng, 2011).

Meskipun Jawa Tengah tidak termasuk provinsi yang membutuhkan tambahan dokter spesialis kebidanan, anak dan anestesi (Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, 2006) namun belum terdapat mekanisme/regulasi yang dapat memastikan bahwa RS PONEK 24 jam selalui memiliki dokter spesialis jaga on-site.

Provinsi NTT: berbeda dengan di Provinsi Jawa Tengah, di NTT AKI pada tahun 2007 masih sebesar 306 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB 57 per 1.000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Provinsi NTT, 2008), bersama dengan Papua dan Maluku trend grafik penurunan angka kematian ibu dan anak tersebut berbeda dengan trend pada provinsi-provinsi lain (gambar 2).

Salah satu kendala utama dalam penurunan AKI dan AKB adalah terbatasnya ketersediaan dokter spesialis obstetric-ginekologi, dokter spesialis kesehatan anak, dokter spesialis anestesi dan tenaga paramedis pendukung dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak, khususnya dalam penanganan kasus gawat darurat kebidanan. Upaya untuk merekrut dan mendatangkan tenaga kesehatan tersebut di NTT sampai saat ini belum berhasil sepenuhnya. Sebagai daerah miskin dan tertinggal, NTT bukan merupakan daerah menarik bagi para dokter spesialis, apalagi di tingkat kabupaten. Sehingga upaya yang dapat dilakukan adalah melakukan kemitraan dengan rumah sakit di luar NTT melalui *clinical contracting out* pengadaan tenaga kesehatan. Sejumlah rumah sakit besar bekerja sama melakukan

kontrak dalam jangka waktu tertentu untuk mengirimkan tenaga kesehatan yang dibutuhkan ke RSUD di kabupaten di NTT (Handoko dan Trisnantoro, 2011).



Gambar 2 Trend Angka Kematian Ibu menurut Pulau di Indonesia

Solusi Pemecahan Masalah

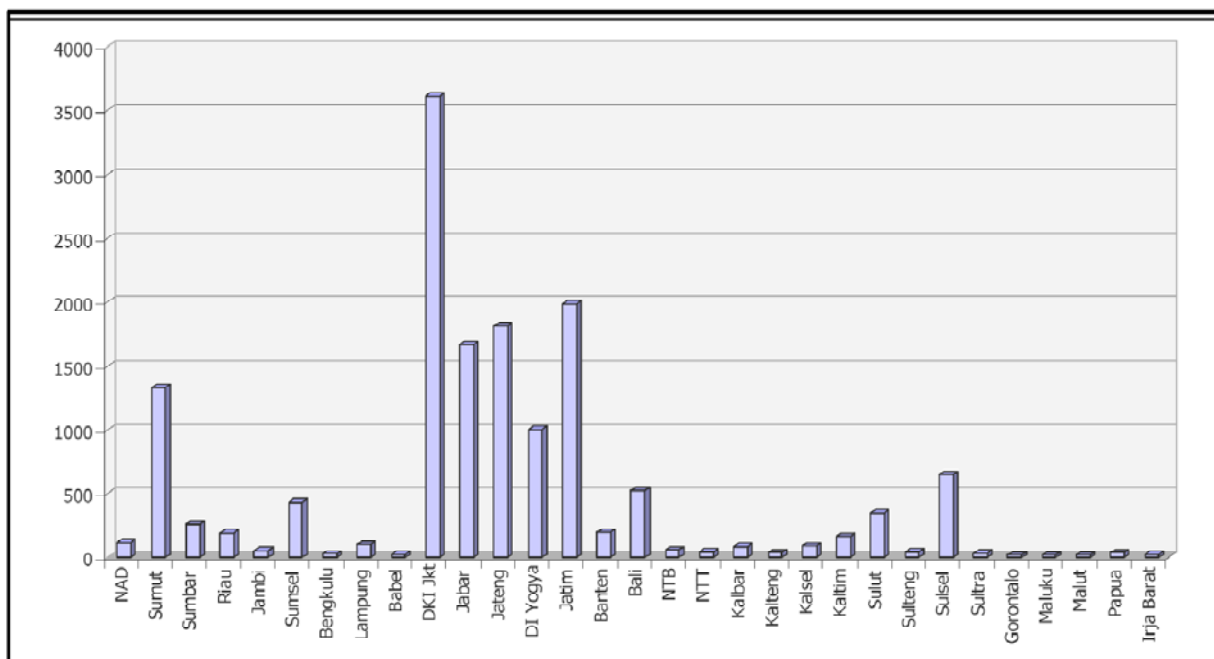
Dua kasus tersebut menunjukkan fakta yang menarik, bahwa baik di daerah terpencil (NTT) maupun di daerah dengan kompetisi tinggi (Jawa Tengah) terdapat masalah tentang keterbatasan jumlah dokter spesialis di sebuah RS yang ditunjuk sebagai RS PONEK 24 jam untuk memastikan tersedianya pelayanan kegawat daruratan kebidanan dapat diberikan selama 24 jam, meski sebenarnya ketersediaan dokter spesialis di Pulau Jawa dari sisi jumlah mencukupi (gambar 3)

Intervensi yang dapat memastikan tersedianya dokter spesialis di RS PONEK selama 24 jam pada kedua provinsi tersebut, dihipotesa-kan akan menurunkan angka kematian Ibu pada masing-masing wilayah. Berikut ini adalah intervensi yang telah dilakukan di NTT dan yang akan dilakukan di Jawa Tengah.

Intervensi I: Sister Hospital (NTT)

- Kegiatan yang dilakukan dalam Sister Hospital NTT adalah melakukan kemitraan antara RSUD dengan RS dari luar NTT, dimana RS Mitra (6 RS) akan mengirimkan tenaga kesehatan yang dibutuhkan ke RSUD kabupaten (6 RS). Tenaga kesehatan tersebut adalah dokter spesialis/residen senior obstetri-ginekologi, kesehatan anak dan anastesi serta tenaga paramedis pendukung.
- Ke-6 RSUD adalah di Kabupaten Soe, Larantuka, Lewoleba, Waikabubak, Ende, dan Bajawa sedangkan RS Mitra yang berpartisipasi adalah RSUD dr. Soetomo, RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo, RSUP Sanglah, RSUP dr. Saiful Anwar, RS Bethesda, dan RS Panti Rapih.

- Kegiatan ini merupakan salah satu bentuk *Public Private Partnership* yang melibatkan Pemerintah Daerah Provinsi NTT, Pemerintah Daerah ke 6 Kabupaten, 6 RS Mitra, PMPK FK-UGM sebagai konsultan perencana dan money serta Coffey International Development Pty Ltd sebagai pengelola dana dari AIPMNH (Pemerintah Australia)
- Secara keseluruhan, total biaya dalam pelaksanaan program sister hospital (termasuk fase fase konsepsualisasi dan persiapan yang mengundang banyak stakeholder) selama 6-9 bulan mencapai sekitar 11,5 milyar Rupiah
- Program sister hospital setelah 6 bulan berhasil menurunkan jumlah kematian ibu dan neonatus secara absolute maupun persentase di ke 6 RSUD dibandingkan dengan RS “kontrol”, meski manfaat mengurangi kematian ini sulit diukur secara rupiah untuk menghasilkan Cost-Benefit-Analysis.
- Status kegiatan: akhir tahap I (konseptual, realisasi dan rancangan perbaikan), tahap II akan segera dimulai (realisasi dengan perbaikan menyeluruh)



Gambar 3 Distribusi Dokter Spesialis di Indonesia tahun 2003-2004 (Bapenas, 2005)

Intervensi II: Regulasi RS PONEK 24 jam (Jawa Tengah)

- Setiap kabupaten/kota akan mengeluarkan Peraturan Bupati/Walikota tentang RS PONEK 24 jam, yang berisi:
- Setiap kabupaten/kota akan menetapkan minimal 1 RS (baik RSUD maupun RS Swasta) sebagai RS PONEK 24 jam
- Seluruh standar RS PONEK 24 jam dipastikan harus terpenuhi termasuk standar kompetensi SDM dan standar alat serta sarana-prasarana. Pendanaan akan dapat bersumber dari APBD dan APBN

- Pelayanan harus dapat diberikan selama 24 jam non-stop termasuk untuk menjalankan operasi SC cito kurang dari 30 menit, untuk itu diperlukan keberadaan dokter spesialis kebidanan, spesialis anak dan spesialis anestesi *on-site* selama 24 jam
- Seluruh kehamilan dan atau persalinan resiko tinggi ataupun komplikasi kehamilan dan persalinan yang ditemukan di sarana pelayanan kesehatan primer (bidan, Puskesmas, rumah bersalin) maupun RS bukan RS PONEK 24 jam harus dirujuk ke RS PONEK 24 jam. Akan diberikan konsensi/insentif bagi sarana yang merujuk dengan baik dan tepat waktu.
- RS yang ditunjuk sebagai RS PONEK 24 jam dapat menunjuk dokter spesialis jaga *on-site* yang berasal dari dalam maupun dari luar RS, baik berasal dari kabupaten/kota yang sama atau dapat berasal dari luar kabupaten/kota bahkan dapat dari luar provinsi (jika diperbatasan). Status kepegawaian dokter spesialis tersebut dapat PNS, Pensiunan maupun Swasta.
- Dokter spesialis dapat bertugas jaga *on-site* di RS PONEK 24 jam meski tidak termasuk dalam 3 tempat praktek yang dimilikinya
- Apabila tidak terdapat cukup dokter spesialis maka bekerjasama dengan institusi pendidikan, tugas tersebut diatas dapat dilakukan oleh peserta pendidikan dokter spesialis (residen) yang telah memiliki kompetensi yang dibutuhkan atau dapat juga dilakukan oleh dokter umum dengan kompetensi tambahan.
- Remunerasi/insentif jaga berasal dari APBD dengan besaran yang disepakati bersama antara Pemda, RS dan Dokter Spesialis. Diperkirakan insentif jaga dokter spesialis sebesar 1 juta Rupiah, total untuk 3 spesialis, 365 hari dalam setahun dibutuhkan 1,1 milyar Rupiah untuk 1 RS PONEK 24 jam/kabupaten-kota. Dana juga dapat berasal dari program Corporate Social Responsibility (CSR) perusahaan setempat.
- RS PONEK 24 jam wajib menjalankan manajemen kinerja klinik (*clinical performance management*) dan manajemen resiko klinik (*clinical risk management*) dimana pelaksanaannya dapat dimonitoring dan dievaluasi oleh lembaga/konsultan independen seperti Badan Mutu yang sedang dikembangkan di Jawa Tengah.
- Regulasi ini dapat disusun dalam bentuk *Public Private Partnership* yang melibatkan Pemerintah Provinsi Jawa Tengah, Pemerintah Kabupaten/Kota yang berminat, RS (RSUD dan RS swasta), dokter spesialis (PNS, Pensiunan, Swasta), Fakultas Kedokteran, Lembaga donor dan Lembaga independen.
- Status kegiatan: masih dalam tahap pengembangan konseptual dan advokasi

Diskusi

Salah satu tujuan dari program Making Pregnancy Safer (MPS) adalah agar semua ibu yang mengalami kegawatdaruratan obstetri mendapat pelayanan yang adekuat, mengingat selama ini telah banyak intervensi di level pelayanan dasar (misalnya dengan Bidan Desa, Bidan PPGDON, Puskesmas PONEK) dan pemberdayaan masyarakat (misalnya Desa Siaga, kemitraan Dukun-Bidan) maka rujukan kegawatdaruratan tersebut telah mulai berjalan, terbukti dengan semakin meningkatnya jumlah persalinan di rumah-sakit (dan juga jumlah kematian ibu di rumah-sakit), apalagi saat ini juga terdapat program Jaminan Persalinan (Jampersal) yang akan menjamin seluruh biaya pengobatan bagi wanita hamil dan melahirkan, sepanjang mereka melahirkan di Puskesmas dan RS pemerintah termasuk penanganan komplikasi dan rujukannya. Pertanyaan utamanya adalah apakah saat ini RS telah siap untuk memberikan pelayanan kegawat-daruratan kebidanan dan anak?

Keputusan Menteri Kesehatan tentang Jamkesmas dan Jampersal telah menjelaskan beberapa aturan main Jampersal terkait alokasi dana serta penerima dana seperti bahwa Jawa Tengah dialokasikan dana Rp. 120,603,812,000 sedangkan NTT Rp. 20,540,606,000 dan bahwa pembayaran untuk pelayanan

Jaminan Persalinan di fasilitas kesehatan Tingkat Lanjutan (rumah-sakit) dilakukan dengan cara klaim, didasarkan paket INA-CBGs (Indonesia-Case Base Groups) dahulu INA-DRG (Kepmenkes, 515 tahun 2011) disamping itu Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 jam di Rumah Sakit juga telah menjelaskan mengenai ruang lingkup dan kriteria RS PONEK 24 jam, namun kedua regulasi ini perlu diperkuat dengan mekanisme/regulasi yang dapat memastikan bahwa pelayanan kegawat-daruratan obsteteri dan neonatal dapat diberikan selama 24 jam non-stop.

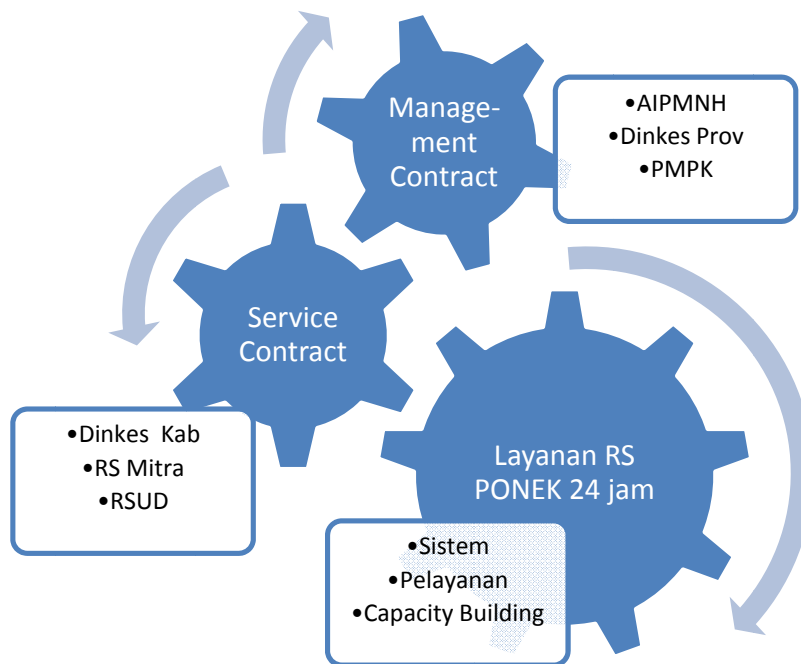
Dua provinsi di atas menunjukkan adanya masalah yang sama yaitu keterbatasan dokter spesialis jaga on-site di RS PONEK 24 jam yang terjadi baik di NTT karena jumlah dokter spesialis yang ada di provinsi tersebut memang kurang, namun juga terjadi di Jawa Tengah meski jumlah dokter spesialis ditingkat provinsi cukup tapi dengan penyebaran yang tidak merata. Masalah ini tidak dapat diatasi dengan sumber daya yang ada pada Pemerintah sendiri tetapi memerlukan seluruh dukungan sumber daya yang ada di Indonesia dan juga luar negeri (apabila diperlukan) melalui mekanisme *Public Private Partnership*.

Public Private Partnership (PPP) sendiri diartikan oleh Asian Development Bank (ADB) dalam *Public-Private Partnership Handbook* sebagai kerangka kerja yang digunakan oleh pemerintah dalam menjalankan perannya dengan melibatkan sektor private dimana yang disebut Publik adalah: Pemerintah, Kementerian, Departemen, Pemda atau BUMN, sedangkan yang disebut Private: bisa lokal atau internasional, dapat melibatkan pebisnis atau investor dengan keahlian teknis dan finansial; Organisasi non-pemerintah (NGO) atau organisasi berbasis komunitas (CBO) (ADB, 2008). PPP diperlukan karena disamping dapat memanfaatkan sumber daya yang dimiliki oleh pihak private tetapi juga dapat meningkatkan efisiensi dan menjadi katalisator reformasi pelayanan (melalui perubahan peran, insentif dan pertanggung-jawaban).

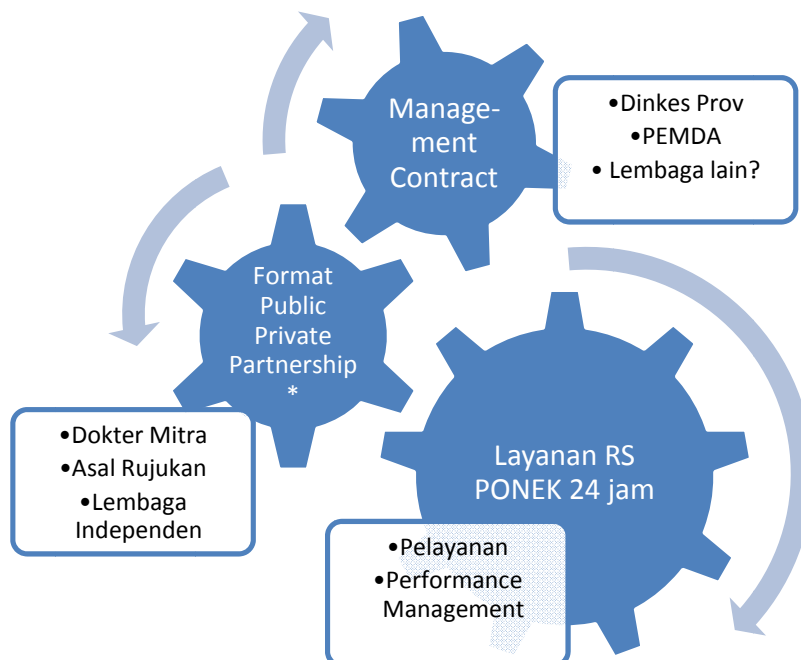
Bentuk PPP sendiri ada berbagai macam, namun terdapat 3 karakteristik utama yaitu: Ada perjanjian yang mengatur peran dan kewajiban para pihak; Ada pembagian resiko yang masuk akal diantara para pihak; dan Ada penghargaan finansial untuk pihak private/swasta sesuai dengan pencapaian output yang diharapkan. Sedangkan format kegiatan juga beragam seperti dalam bentuk: *Service contracts*; *Management contracts*; *Affermage or lease contracts*; *Build-operate-transfer (BOT)*; *Concessions*; dan *Joint ventures*.

Dua bentuk *Public Private Partnership* telah ditunjukkan pada 2 provinsi tersebut, di NTT telah dilaksanakan dalam bentuk program *Sister Hospital* yang mengadopsi format kegiatan *service contracts* (untuk pengadaan pelayanan dokter spesialis) dan *management contracts* (untuk pengelolaan programnya) (gambar 4) dimana meski pelaksanaan program masih perlu diperbaiki tetapi hasil sementara telah menunjukkan adanya penurunan angka kematian ibu dan bayi (Handoko dan Trisnantoro, 2011). Di Jawa Tengah telah disusun rencana pengembangan sistem regulasi RS PONEK 24 jam yang telah dimulai proses advokasi kepada beberapa *stakeholders* terkait, dimana pengembangan sistem ini disamping mengadopsi format kegiatan *service contracts* (untuk pengadaan pelayanan dokter spesialis) dan *management contracts* (untuk pengelolaan programnya) juga pemberian *concessions* (dalam bentuk insentif pengirim rujukan) dan *joint ventures* (untuk lembaga independen pemantau mutu RS PONEK 24 jam) (gambar 5)

Efektif atau tidaknya upaya tersebut hanya dapat dibuktikan dengan menjalankan rencana yang telah disusun dan kemudian melakukan evaluasi penurunan angka kematian ibu dan bayi. Bila terbukti efektif maka perlu disebarluaskan ke provinsi lain namun bila tidak efektif maka perlu dicari inovasi dan intervensi lain.



Gambar 4 Public Private Partnership Sister Hospital (Prov NTT)



Gambar 5 Public Private Partnership Dokter Mitra (Prov Jawa Tengah, rencana) *masing-masing dalam bentuk service contract, concession, joint venture

Referensi

- Asian Development Bank (ADB), "Public-Private Partnership Handbook", ADB, diakses pada <http://www.adb.org/Documents/Handbooks/Public-Private-Partnership/default.asp>
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, "Strategi Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) Di Provinsi Jawa Tengah", Materi Rakernis Dinkes Jawa Tengah 2011
- Dinas Kesehatan Provinsi NTT, "Profil Kesehatan Provinsi NTT 2007", Dinkes NTT, 2008
- Djasri, "Laporan Pengembangan Sistem Regulasi KIA di Kabupaten X, Provinsi Y", PMPK FK-UGM 2008
- Handoko dan Trisnantoro, "Laporan Akhir konsultan Penyediaan Jasa Koordinasi, Monitoring, Evaluasi, dan Verifikasi Bantuan Teknis Kegiatan *Outsourcing* Klinis Program *Coordination Consultant* di NTT dalam Program Sister Hospital NTT 2010-2011" (draft), PMPK FK-UGM, 2011
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 515/Menkes/SK/III/2011 Tentang Penerima Dana Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat Dan Jaminan Persalinan Di Pelayanan Dasar Untuk Tiap Kabupaten/Kota Tahun Anggaran 2011
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1051/Menkes/SK/IX/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 jam di Rumah Sakit
- Kementerian Kesehatan, "Kebijakan Dan Strategi Pembangunan Kesehatan Dalam Rangka Penurunan Angka Kematian Ibu", Materi Rapat Kerja Nasional (Rakernas) Pembangunan Kependudukan dan Keluarga Berencana, Jakarta, 2011.