

## STUDI EVALUASI TUGAS DAN FUNGSI KANDEPKES KABUPATEN/ KOTA MADYA DALAM PENGELOLAAN PROGRAM KESEHATAN DI DAERAH TINGKAT II \*

Agus Suwandono \*\*, Ida Bagus Indra Gotama \*\*\*, Anorital \*\*\*,  
Bagus Trihandoyo \*\* dan Soekanto Soemodinoto \*\*

Sudah di  
upload  
1/2/20

### ABSTRACT

#### EVALUATION ON THE JOB AND FUNCTION OF THE DISTRICT/MUNICIPALITY OFFICE OF MINISTRY OF HEALTH IN MANAGING THE HEALTH PROGRAMME AT REGENCY LEVEL

*A study to evaluate the performance of the District Office of Ministry of Health (DO-MOH) was carried out during the fiscal year of 1991/1992. Specific objectives of this study were to evaluate the organization of the DO-MOH as stated in the policy of MOH and to look at the implementation of coordination, integration and synchronization of the DO-MOH with the local related health agencies and local administrator.*

*"Mail survey" in 301 DO-MOH throughout Indonesia, modified focus group discussion (MFGD) and indepth interview in 9 DO-MOH samples in South Kalimantan, Yogyakarta and South Sulawesi Provinces were carried out to achieve the objectives of this evaluative study. Descriptive and qualitative methods were used for data analysis. It was found that facilities, manpower, budget, management including coordination, integration and synchronization as well as other performances of most of the DO-MOH were still far beyond expected e.g 60.9% of DO-MOH were still using other building to carry out the daily routine jobs, 96,4% did not have stencil machines, 50,4% did not have calculators, 81.5% DO-MOH had 1-5 personnels who were still partimers, 51% did not carry out the managerial functions of DO-MOH.*

*In the context of solving the problems faced by the DO-MOH there have been 5 proposed alternatives for structural and functional communications with the health units at provincial, regency, and district levels. There may be beneficial as well as unbeneficial aspects of these 5 alternatives, depending on the present existing conditions and the future expected health trends.*

\* Makalah ini telah dipresentasikan pada Rakorpim Depkes RI, Jakarta, 12 April 1992.

\*\* Staf Pusat Penelitian Pengembangan Pelayanan Kesehatan Kesehatan, Badan Litbang Kesehatan.

\*\*\* Staf Sekretariat Badan Litbang Kesehatan.

## PENDAHULUAN

Dalam UU No. 5/1974 tentang Pokok-pokok Pemerintahan di Daerah ditetapkan bahwa kepala wilayah sebagai wakil pemerintah adalah penguasa di bidang pemerintah yang mengkordinasikan pembangunan dan pembinaan di daerah yang pelaksanaannya berdasarkan azas desentralisasi, dekonsentrasi dan azas pembantuan. Urusan pemerintahan dan pembangunan dalam bidang kesehatan yang telah diserahkan kepada daerah, menjadi tanggung jawab daerah, baik yang menyangkut penentuan kebijaksanaan perencanaan, pergerakan maupun pelaksanaannya. Perangkat pelaksana adalah daerah sendiri dengan membentuk dinas-dinas daerah seperti dalam bidang kesehatan dibentuk dinas kesehatan, rumah sakit, Puskesmas, dan sebagainya. Untuk urusan kesehatan yang tidak diserahkan kepada daerah, dibentuk pula instansi vertikal untuk menyelenggarakan urusan-urusan azas dekonsentrasi yang merupakan pelimpahan wewenang dari pemerintah pusat, kepala wilayah atau kepala instansi vertikal tingkat atasnya yaitu Kantor Departemen Kesehatan.

Oleh karena itu maka di daerah tingkat II terdapat dua organisasi yang mengurus upaya kesehatan yaitu:

1. Dinas Kesehatan Daerah Tingkat II yang merupakan perangkat daerah mempunyai tugas "melaksanakan sebagian urusan rumah tangga daerah dalam bidang kesehatan dan, melaksanakan tugas pembantuan yang diserahkan oleh Kepala Daerah".
2. Kantor Departemen Kesehatan (Kandepkes) Kabupaten/Kotamadya, dengan tugas "melaksanakan sebagian tugas pokok dan fungsi Kanwil Depkes dalam hal pembinaan, pengembangan, pengawasan dan penertiban upaya kesehatan di kabupaten/kotamadya serta kecamatan sesuai dengan

ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku".

Dalam pengelolaan upaya kesehatan daerah tingkat II, Dinas Kesehatan Dati II adalah penyelenggara azas desentralisasi, sehingga harus punya kemampuan menyelenggarakan semua urusan yang diserahkan termasuk fungsi perencanaan, pergerakan pelaksanaan serta pengawasan dan pengendalian. Demikian juga Dinkes Dati II harus dapat menata unit-unit pelaksana teknis atau unit pelayanan lainnya seperti Puskesmas dan Rumah Sakit. Seluruh kelembagaan yang berkaitan dengan kesehatan di Dati II seharusnya terjalin dalam satu sistem sehingga tercipta kerja sama yang terarah, terpadu dan berkesinambungan<sup>1</sup>. Namun dalam kenyataannya, hal ini masih belum sepenuhnya terlaksana seperti yang diharapkan.

Kandepkes Kabupaten/Kotamadya mempunyai tugas bimbingan dan pengendalian di bidang perencanaan, pembinaan dan pengawasan. Beberapa masalah yang dibahas dalam diskusi kelompok Rapat Kerja Kesehatan Nasional 1987 yaitu tentang kewenangan yang dapat dilimpahkan oleh Kanwil Depkes kepada Kandepkes Kabupaten/Kodya serta daftar pelimpahan wewenang yang telah diusulkan masih belum dibahas secara lebih saksama, dan mengaitkannya dengan kemampuan Dati II<sup>2</sup>. Peningkatan fungsi Kandepkes Kabupaten/Kotamadya dengan cara memberikan peranan yang lebih tegas kepada Ka Kandepkes di bidang pengorganisasian, kebijaksanaan perencanaan, pengendalian dan evaluasi program, belum sepenuhnya terlaksana.

Karena adanya hambatan-hambatan tersebut di atas, timbul pertanyaan sampai berapa jauh peran dan fungsi Kandepkes dalam pengelolaan program kesehatan di Dati II telah dilaksanakan. Untuk menjawab pertanyaan ini

maka pada tahun anggaran 1991/1992 telah diadakan studi evaluasi yang bertujuan untuk melihat sampai berapa jauh peran fungsi Kandeptes dalam pengelolaan segi pengorganisasian, penggerakan pelaksanaan serta pengawasan dan pengendalian program di Dati II. Hasil studi diharapkan dapat memberikan masukan kepada para pengambil keputusan dalam meningkatkan pembinaan manajemen kesehatan Dati II dalam Pelita VI, khususnya yang menyangkut peran dan fungsi serta eksistensi Kandeptes di Dati II dalam hubungannya dengan kebijaksanaan desentralisasi.

## BAHAN DAN CARA

### Tujuan Penelitian

Tujuan *umum* penelitian ini adalah untuk melihat sampai berapa jauh peran dan fungsi Kandeptes dalam pengelolaan program kesehatan di Dati II selama ini.

Sedangkan tujuan *khusus* penelitian adalah:

1. Melihat seberapa jauh pengorganisasian Kandeptes sampai saat ini telah dilaksanakan sesuai dengan tugas dan fungsinya, menyangkut penataan tata kerja Kantor Departemen, penataan tenaga dalam tata kerja/struktur organisasi yang telah dikembangkan, pengadaan prasarana dan sarana organisasi, dan penyediaan anggaran yang direalisasikan dalam kaitan kegiatan Kandeptes untuk melaksanakan tugas dan fungsi.
2. Melihat sampai berapa jauh kerja sama (fungsi koordinasi, integrasi dan sinkronisasi) telah dilaksanakan dengan terarah dan berkesinambungan khususnya dengan Dinas Kesehatan Daerah Tingkat II maupun unit pelaksana tugas teknis yang ada.

### Metodologi

Penelitian yang bersifat deskriptif ini dalam pengumpulan datanya dilaksanakan dengan menggunakan pola penelusuran umum dengan cara *mail survey* dan penelusuran mendalam dengan cara *indepth interview* dan modifikasi diskusi kelompok terarah (*modified focus group discussion*)<sup>3,4</sup>.

*Mail survey* dilakukan dengan mengirimkan kuesioner lewat pos kepada 301 Kandeptes Kabupaten di Indonesia. Kuesioner yang dikirimkan lewat pos ini telah dikembangkan dan diujicoba sebelumnya. *In depth interview* dilaksanakan terhadap 9 (sembilan) Kandeptes Kabupaten daerah sampel terpilih pada 3 propinsi yaitu DI Yogyakarta (3 Kandeptes Kabupaten), Sulawesi Selatan (3 Kandeptes Kabupaten) dan Kalimantan Selatan (3 Kandeptes Kabupaten). Demikian juga untuk modifikasi diskusi kelompok terarah (*modification of focus group discussion*) dilaksanakan di tingkat propinsi dengan peserta para pejabat eselon III, dan tingkat kabupaten dengan peserta para pejabat eselon IV.

### Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan data hasil pengembalian kuesioner lewat pos dilakukan dengan cara sederhana. Pertama dilakukan data editing, selanjutnya dikoding ulang (terutama bagi pertanyaan yang jawabannya terbuka). Data dientri ke komputer dengan menggunakan d-Base III+, dan dengan menggunakan SPSS PC Ver. 2.1 dilakukan analisis deskriptif (frekuensi distribusi dan tabulasi silang). Sedangkan data yang dikumpulkan dari *indepth interview* dan hasil MFGD hanya diolah secara manual dengan pembuatan matriks dan pengumpulan kesamaan dan perbedaan hasil *in-depth* yang ada<sup>4,5</sup>.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Survei dengan Kuesioner

Meskipun hasil pengembalian kuesioner cukup tinggi (248 Kandepkes Kabupaten atau 82,8% dari total seluruh Kandepkes Kabupaten) <sup>6</sup>, terdapat beberapa kelemahan/keterbatasan pada penelitian ini <sup>7</sup>. Kelemahannya adalah cara pengisian yang tidak dapat diketahui kebenarannya, jawaban bergantung dari persepsi pengisi terhadap pertanyaan, pengisi tahu bahwa kuesioner ini dipakai untuk penelitian, cukup banyaknya pertanyaan terbuka yang sebetulnya tidak dibenarkan dalam metoda *mail survey*, kurang mantapnya pedoman pengisian kuesioner, dan *mail survey* masih belum populer dikerjakan di Indonesia.

Hasil analisis deskriptif *mail survey* dapat dibagi menjadi lima bagian besar yang meliputi sarana, ketenagaan, pelaksanaan fungsi Kandepkes, manajemen dan anggaran Kandepkes Kabupaten.

#### 1. Sarana Kandepkes

Jika dilihat hasil analisis deskriptif sarana bangunan Kandepkes, tampaknya sarana ini kurang mendukung karena 60,9% masih melaksanakan kegiatan sehari-harinya di kantor lain (Dinkes Dati II, rumah sakit atau bahkan di kantor lainnya). Sarana perkantoran relatif cukup memprihatinkan, sebagai contoh komputer hanya dipunyai 17 Kandepkes (6,8%), mesin ketik masih belum dipunyai oleh 50 Kandepkes (20,6%), mesin stensil sebanyak 96,4% tidak memilikinya, dan 50,4% tidak punya mesin hitung. Sarana transportasi dan komunikasi juga memprihatinkan, padahal fungsi-fungsi di Kandepkes membutuhkan alat transportasi dan komunikasi yang memadai terutama di Dati II dengan kesulitan medan yang tinggi maupun Dati II yang berpulau-

pulau atau mempunyai kepulauan. Sebagai contoh ditemukan bahwa hanya 23,8% Kandepkes yang mempunyai kendaraan beroda dua dan hanya 32,3% Kandepkes mempunyai kendaraan beroda empat, sedangkan kendaraan air sangat minim sekali. Sarana telpon tidak dimiliki oleh 59,7% Kandepkes. Lihat Tabel 1.

#### 2. Ketenagaan/Sumber Daya Manusia

Jumlah tenaga Kandepkes Kabupaten rata-rata sebanyak 15 orang/Kandepkes pada 130 Kandepkes (52,6%). Sedangkan pada 202 Kandepkes (81,5%) terdapat antara 1-5 tenaga yang merangkap sebagai staf Dinkes Dati II. Yang menjadi masalah dalam hal ketenagaan ini adalah kualitas dan jenis tenaga yang tepat untuk tiap-tiap seksi yang masih harus dipertanyakan. Dalam analisis hasil survei ini ditemukan bahwa tenaga teknis medis cukup banyak di Kandepkes, tetapi tenaga teknis lapangan dan manajemen/administrasi masih minim. Hal ini dapat dilihat dalam hal kebutuhan tenaga ternyata masih dibutuhkan rata-rata 2 tenaga administrasi pada setiap Kandepkes. Lihat Tabel 2 dan 3.

#### 3. Pelaksanaan Fungsi Kandepkes

Dalam pelaksanaan fungsi Kandepkes tampaknya masih belum seluruhnya berjalan dengan lengkap, namun lebih dari 49% Kandepkes telah melaksanakan fungsi pembinaan, pengembangan, penertiban dan pengawasan pada seluruh bidang yang ada (Yankesmas, P2M, POM, dan KB). Secara kualitas pengakuan terhadap berjalannya fungsi-fungsi ini masih harus diteliti lebih lanjut, mengingat adanya masalah sarana dan keterbatasan ketenagaan yang masih belum memadai. Hal ini ditambah pula dengan tingginya hambatan yang ditemui pada tiap-tiap seksi mulai dari Tata Usaha, P2M, POM, dan Yankesmas. Lihat Tabel 4.

**Tabel 1. Sarana Kandeptes Kabupaten Tahun 1991/1992**

No	Jenis Sarana	Jumlah Kandeptes	Persentase
1	Bangunan : Ada	97	39,1
	Tidak ada	151	60,9
		<u>248</u>	<u>100</u>
2	Komputer : Ada	17	6,8
	Tidak ada	231	93,1
		<u>248</u>	<u>100</u>
3	Mesin Ketik : Ada	197	79,4
	Tidak ada	51	20,6
		<u>248</u>	<u>100</u>
4	Mesin Stensil : Ada	9	3,6
	Tidak ada	239	96,4
		<u>248</u>	<u>100</u>
5	Mesin Hitung : Ada	123	49,6
	Tidak ada	125	50,4
		<u>248</u>	<u>100</u>
6	Kendaraan Roda 2 : Ada	59	23,8
	Tidak ada	189	76,2
		<u>248</u>	<u>100</u>
7	Kendaraan Roda 4 : Ada	80	32,3
	Tidak ada	168	67,7
		<u>248</u>	<u>100</u>
8	Telpon : Ada	100	40,3
	Tidak ada	148	59,7
		<u>248</u>	<u>100</u>

**Tabel 2. Keadaan Ketenagaan Pada Kandeptes Kabupaten Tahun 1991/1992**

No	Item	Jumlah Kandeptes	Persentase
1	Jumlah Pegawai : < 10 org 10-19 org >= 20 org	67	27,0
		130	52,6
		51	20,4
		<u>248</u>	<u>100</u>
2	Jumlah Pegawai Yang Merangkap Dengan Dinkes Dati II : Tidak ada 1-5 org >= 6 org	28	11,3
		202	81,5
		18	7,5
		<u>248</u>	<u>100</u>

**Tabel 3. Kebutuhan Tenaga Pada Kandeptes Kabupaten Tahun 1991/1992**

No	Jenis Tenaga	Rata-rata Kebutuhan per Kandeptes
1	Dokter	0,9
2	Dokter Gigi	0,3
3	Sarjana Kesehatan Masyarakat	0,9
4	Apoteker	0,7
5	Sarjana Lainnya	0,5
6	Sarjana Muda Kesehatan	0,9
7	Sarjana Muda Lainnya	0,6
8	Tenaga Administrasi	2
9	Perawat dan Perawat Gigi	0,7
10	Bidan	0,6
11	Sanitarian	0,7
12	Asisten Apoteker	0,8

**Tabel 4. Jumlah Kandepkes Yang Melaksanakan Fungsi-fungsinya Pada Seluruh Program Yang Ada (Yankesmas, P2M, POM, dan KB) Tahun 1991/1992**

No	Item	Jumlah Kandepkes	Persentase
1	Pembinaan	182	73,4
2	Pengawasan	162	65,3
3	Penertiban	131	52,8
4	Pengembangan	123	49,6

#### 4. Manajemen Termasuk Pelaporan

Pada dasarnya fungsi koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi (KIS) telah berjalan dengan baik, tetapi apabila diteliti dari bentuk-bentuk KIS yang dilakukan, maka dapat disimpulkan bahwa KIS hanya terbatas pada rapat-rapat koordinasi maupun rapat-rapat intern. Dilihat dari segi kuantitas fungsi perencanaan telah dilaksanakan dengan cukup baik, walaupun demikian kualitas perencanaan agak meragukan mengingat banyaknya kegiatan kerja yang tidak berpedoman kepada perencanaan tersebut. Dalam hal manajemen pelaksanaan program, tampaknya banyak ketidakpuasan staff terhadap struktur yang ada di samping kurang dimengertinya fungsi dan tugas Kandepkes.

#### 5. Anggaran Kandepkes

Dalam menganalisis jumlah anggaran Kandepkes tampak agak sulit sehubungan dengan data yang kurang lengkap. Beberapa Kandepkes menyatakan tidak mempunyai biaya, dan umumnya mengemukakan bahwa biaya rutin berkisar antara 2 juta - 5 juta rupiah, walaupun ada 18,6% (46 Kandepkes) yang punya anggaran di atas 100 juta rupiah.

Diperkirakan bagi Kandepkes yang hanya mempunyai biaya rutin kurang dari 10 juta rupiah atau tidak ada sama sekali (142 Kandepkes) tentunya akan kesulitan untuk menjalankan fungsinya dengan optimal. Hal ini didukung pula oleh adanya 82,3% usulan yang menyatakan perlunya penambahan anggaran rutin Kandepkes. Rata-rata anggaran pembangunan pada setiap Kandepkes sebanyak 2,4 juta rupiah/tahun dengan kisaran antara tidak ada sampai 419 juta rupiah. Sedangkan yang tidak punya anggaran pembangunan adalah sebesar 84,3% (209 Kandepkes). Lihat Tabel 5.

#### B. *Modified Foccus Group Discussion* dan Wawancara Mendalam

##### 1 Persepsi Tentang Tugas dan Fungsi Kandepkes

Di tingkat propinsi dan kabupaten fungsi Kandepkes disebutkan adalah untuk koordinasi, integrasi dan sinkronisasi administrasi pembangunan. Kandepkes juga bertanggung jawab terhadap terselenggaranya kebijaksanaan Depkes sampai ke tingkat terbawah.

**Tabel 5. Jumlah Kandepekkes Berdasarkan Jumlah Anggaran Rutin dan Pembangunan Tahun 1991/1992**

No	Item	Jumlah Kandepekkes	Persentase
I	<u>Anggaran Rutin</u>		
1	Tidak ada	18	7,3
2	< 10 juta/thn	124	50,0
3	>= 10 juta/thn	106	42,7
		248	100
II	<u>Anggaran Pembangunan</u>	209	84,3
1	Tidak ada	17	6,8
2	< 60 juta/thn	22	8,9
3	>= 60 juta/thn		
		248	100

Walaupun pada garis besarnya hampir sebagian besar staff Kandepekkes yang telah mengetahui tugas dan fungsi Kandepekkes, tetapi cukup banyak diantara mereka masih belum mengetahui atau mendalaminya.

## 2. Realisasi Tugas dan Fungsi

Dalam hal realisasi tugas dan fungsi, umumnya mengatakan belum optimal dan terbatas pada pembinaan ketenagaan (yang sebenarnya lebih kepada pengurusan kepegawaian). Pada Kandepekkes tertentu juga dilaksanakan legalisasi ijin dan pengawasan pembangunan proyek dekonsentrasi. Diakui oleh banyak staff Kanwil Depkes, Dinkes Dati I, Kandepekkes dan Dinkes Dati II bahwa tidak semua Kandepekkes dapat melakukan realisasi tugas dan fungsi walaupun hanya terbatas pada hal-hal yang disebutkan sebelumnya. Dokter Puskesmas dan beberapa staff papan bawah

Dinkes Dati II umumnya hanya merasakan peranan positif Kandepekkes dalam mempermudah urusan kepegawaian mereka.

## 3. Masalah dan Hambatan

Dari hasil yang diperoleh dalam MFGD dan wawancara mendalam ternyata masalah dan hambatan yang ada adalah:

- Belum adanya petunjuk yang jelas dalam operasionalisasi antara tugas dan fungsi Kandepekkes.
- Kurangnya tenaga yang berkualitas; sarana transportasi, komunikasi; dan dana operasional.
- Adanya perangkapan jabatan.
- Eselon yang tidak tinggi.
- Tidak jelasnya tingkat desentralisasi yang diberikan Depkes ke daerah.

#### 4. Kepemimpinan

Dari hasil MFGD dan interview mendalam diperoleh informasi sebagai berikut:

- a. Kepemimpinan para Kepala Seksi kurang memadai, hal ini dikarenakan banyak dari antara mereka yang hampir pensiun.
- b. Adanya jabatan rangkap antara Ka Kandepkes dengan Ka Dinkes Dati II. Perangkapan jabatan tersebut mempunyai keuntungan yaitu tidak terjadinya perbedaan selera kepemimpinan dan kebijaksanaan antara Ka Kandepkes dan Ka Dinkes Dati II, tidak timbulnya pertentangan yang prinsipil antara staff Kandepkes dengan staf Dinkes Dati II, sarana dan fasilitas kedua instansi dapat saling menunjang walaupun tidak selamanya demikian. Sedangkan kerugian yang ditimbulkan adalah beratnya jabatan rangkap sehingga biasanya timbul kecenderungan pimpinan untuk menitikberatkan pada fungsinya sebagai Ka Dinkes Dati II, dan kurang diperhatikannya tugas pembinaan dan pengawasan yang dilakukan oleh Kandepkes.

#### 5. Pembiayaan

Belum seluruh Kandepkes mendapat pembiayaan rutin. Apabila ada, beberapa Kandepkes mengeluh adanya sentralisasi uang di Kanwil Depkes. Kebutuhan timbul pula dengan adanya beberapa kesulitan birokrasi dari Kanwil Depkes dan Depkes dalam hubungannya dengan pembiayaan kesehatan. Anggaran rutin yang kurang biayanya ditutup dengan anggaran pembangunan dari pusat. Pembiayaan dalam hubungan dengan fungsi-fungsi Kandepkes juga tidak disediakan. Ada unit eselon I Depkes yang memberikan anggaran pembangunannya langsung ke Dinkes Dati II, tetapi ada pula yang berjenjang. Apabila langsung dikatakan oleh

peserta MFGD dan wawancara mendalam bahwa anggaran yang langsung ke Dinkes Dati II akan mempersulit fungsi kontrolnya, walaupun pihak Dinkes Dati II umumnya mengatakan suatu hal yang baik oleh karena mengurangi birokrasi. Yang jelas kesenjangan birokrasi memang harus dipecahkan di samping fungsi kontrol harus pula berjalan sebaik-baiknya.

#### 6. Hubungan dengan Instansi Lain

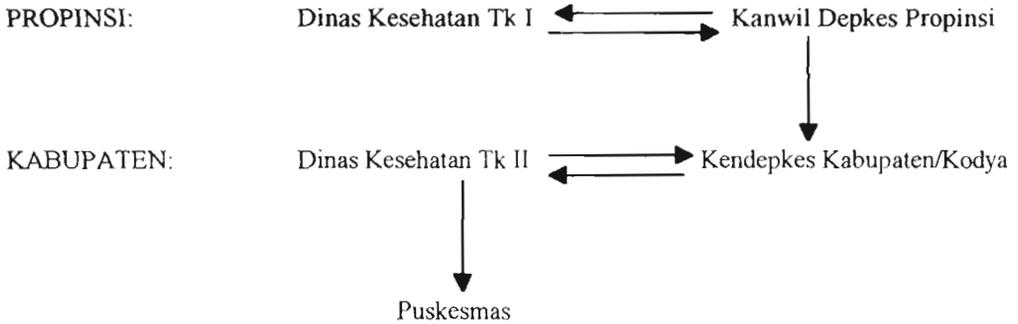
Hubungan dengan instansi lain belum seperti yang diharapkan, oleh karena umumnya instansi tersebut berhubungan langsung dengan Dinkes Dati II. Hubungan terjadi hanya dalam bentuk rapat koordinasi dan jarang diikutkan dalam kegiatan lapangan. Tampaknya keberadaan Kandepkes dalam lingkungan Pemda hanya dianggap sebagai suatu simbol perwakilan Depkes yang berguna untuk mensahkan adanya kerjasama lintas sektoral.

Dalam memecahkan persoalan yang dihadapi oleh Kandepkes, Tim Peneliti mengadakan analisis dan diskusi tentang kemungkinan-kemungkinan keuntungan dan kerugian tiap-tiap alternatif pemecahan masalah. Untuk memecahkan masalah-masalah tersebut di atas, maka dapat diajukan 5 alternatif pemecahan masalah sebagai berikut:

##### Alternatif I

Tetap seperti saat ini dengan konsekuensi terpenting adalah kejelasan petunjuk pelaksanaan (Juklak) dan petunjuk teknis (Juknis) Kandepkes; pemenuhan sarana, biaya dan ketenagaan di Kandepkes; kenaikan eselon Kandepkes dan kejelasan jenjang karier staff; pembenahan manajemen untuk efisiensi dan efektivitas pelaksanaan kerja dan koordinasi; dan kejelasan sejauh mana desentralisasi akan dilaksanakan.

Berikut di bawah ini skema alternatif I.

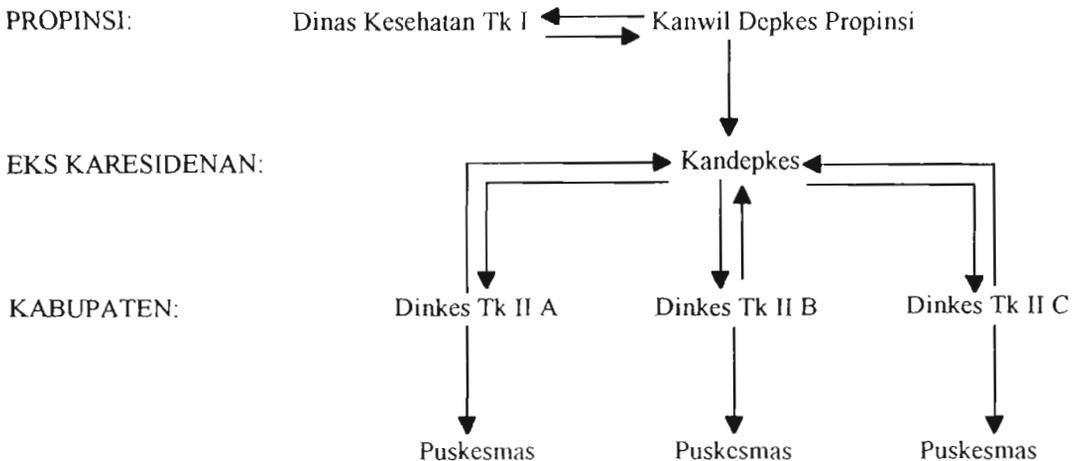


Alternatif II

Tidak semua kabupaten harus ada Kandepkes, keberadaan Kandepkes cukup di kabupaten-kabupaten tertentu yang memang memerlukan dan sambil mengkoordinir kabupaten-kabupaten lainnya. Dengan perkataan lain diperlukan regionalisasi (berkedudukan di ibukota ex Karesidenan) dan atau pada kabupaten-kabupaten tertentu yang memang memerlukan. Di sini perlu dipikirkan kriteria, pembagian dan pengaturan yang praktis serta

jelas terhadap peranan Kandepkes dan lokasi Kandepkes (mana yang regional mana yang dapat berdiri sendiri). Tentunya hal ini juga masih harus didukung dengan kejelasan Juklak dan Juknis Kandepkes; pemenuhan sarana, biaya dan ketenagaan di Kandepkes; kenaikan eselon Kandepkes dan kejelasan jenjang karier staff; pembenahan manajemen untuk efisiensi dan efektivitas pelaksanaan kerja dan koordinasi; dan kejelasan sejauh mana desentralisasi akan dilaksanakan.

Berikut di bawah ini skema alternatif II.

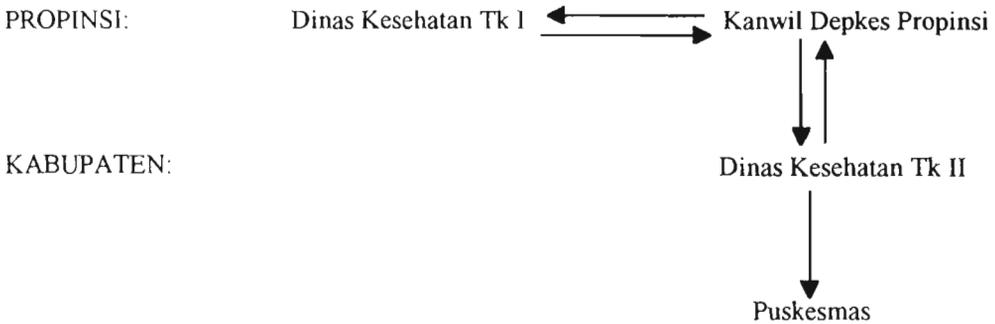


Alternatif III.

Tugas-tugas dekonsentrasi dan tugas-tugas Kandepkes diambil alih Kanwil Depkes dan/atau ditampungkan ke Dinkes Dati II, dengan demikian secara fisik Kandepkes tidak

diperlukan lagi atau dihapus sama sekali. Dengan demikian tugas Kanwil Depkes dan/atau Dinkes Dati II akan bertambah berat.

Berikut di bawah ini skema alternatif III.

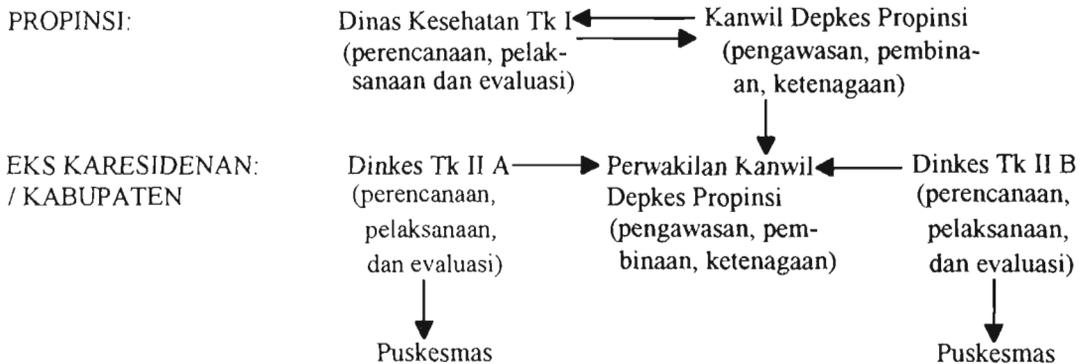


Alternatif IV

Diadakan perombakan sebagian terutama fungsi dan tugas Kanwil Depkes dan Kandepkes. Kandepkes menjadi Kantor Perwakilan Kanwil Depkes di eks Karesidenan atau Dati II dengan tugas-tugasnya diterapkan berdasarkan pembagian fungsi yang jelas dan terutama ditujukan pada fungsi pengawasan, pembinaan

teknis dan manajemen, serta peningkatan kualitas ketenagaan petugas kesehatan. Perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi program kesehatan diserahkan sepenuhnya kepada Dinkes Dati I dan Dinkes Dati II. Persoalannya adalah fungsi dari Perwakilan Kanwil Depkes menjadi cukup berat.

Berikut di bawah ini skema alternatif IV.



Catatan: bisa di tingkat Karesidenan atau di tingkat Kabupaten bila mampu.

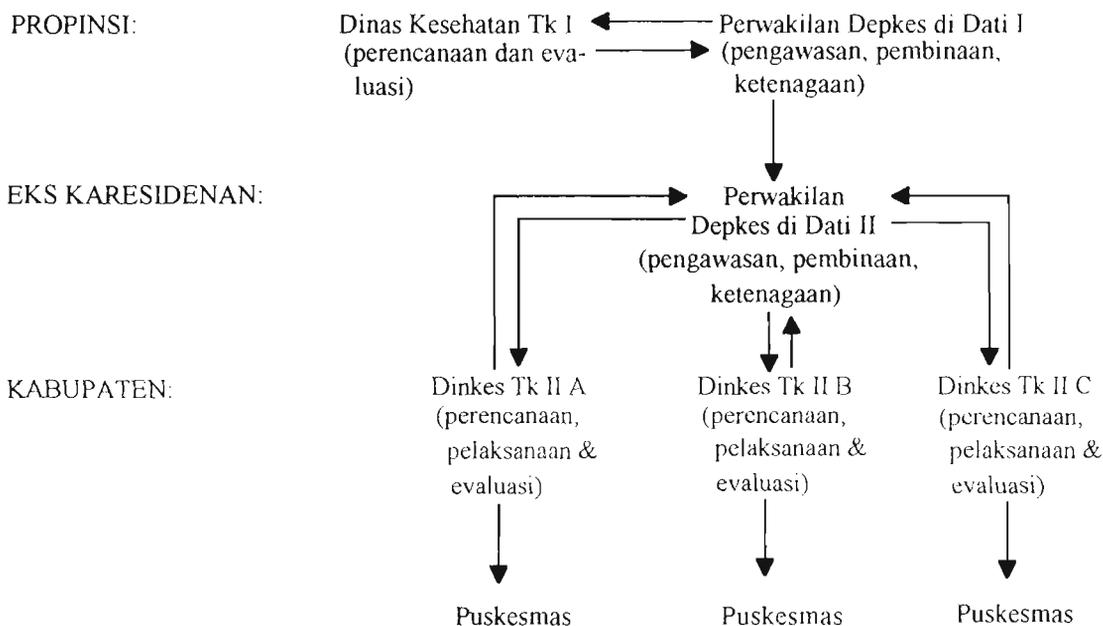
Alternatif V.

Alternatif ini merupakan alternatif yang memerlukan perombakan total tidak hanya fungsi dan tugas tetapi juga struktur organisasi dan manajemen pembangunan kesehatan. Kanwil Depkes kembali semula kepada fungsi pengawasan (seperti IKES masa lalu), pembinaan teknis dan manajemen, peningkatan ketenagaan petugas kesehatan. Dinas Kesehatan Dati I lebih kepada fungsi perencanaan dan monitoring/evaluasi. Kandeptes tetap sama fungsinya sebagai perwakilan Kanwil Depkes di

regional dan berkedudukan di bekas karesidenan atau ibu kota kabupaten yang potensial. Dinkes Dati II (dan termasuk Puskesmas) diperkuat sebagai sebagai instalasi perencana, pelaksana dan evaluasi/monitoring. Dinkes Dati II benar-benar mendapat otoritas penuh untuk manajemen kesehatan di daerahnya.

Berikut di bawah ini skema alternatif V.

Matriks lengkap kerugian dan keuntungan masing-masing alternatif sistem dapat dilihat pada Tabel 6 berikut ini.



**Tabel 6. Keuntungan dan Kerugian Masing-masing Alternatif**

ALTERNATIF	KONSEKUENSI (+)	KONSEKUENSI (-)
<p>I. TETAP SEPERTI SEKARANG</p> <p style="text-align: right;">UPT-UPT →</p>	<p>1. Secara peraturan/perundang-undangan dibenarkan</p> <p>2. Terbentuknya jabatan eselon III ± 300 orang eselon IV ± 900 orang</p> <p>3. Kemungkinan friksi antar Ka. Dinkes Dati II dan Ka. Kandepkes kurang</p> <p style="text-align: right;">→ jelas hubungannya</p>	<p>1. Ketenagaan, anggaran dan sarana harus dilengkapi. Memperberat Depkes</p> <p>2. Juklak &amp; Juknis harus dilengkapi</p> <p>3. Jabatan rangkap (Ka Kandepkes dan Ka. Dinkes dan staff lainnya)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- memperberat fungsi otonomi</li> <li>- pelaksanaan otonomi atau tugas Kandepkes terbengkalai</li> <li>- daerah sudah minta dipisah</li> </ul> <p>4. Ketenagaan mungkin sulit terisi</p> <p>5. Petugas lebih suka kerja di Dinkes (proyek-proyek kesehatan ada di Dinkes)</p> <p>6. Tidak jelas perbedaan fungsi Kandepkes dan Kanwilkes</p> <p>7. Eselon Kandepkes perlu dinaikkan</p>
<p>II. TIDAK DI SELURUH KABUPATEN ADA KANDEP (REGIONALISASI ATAU PILIH SALAH SATU KANDEP YANG TERKUAT)</p> <p style="text-align: right;">UPT-UPT →</p>	<p>1. Penyederhanaan birokrasi sehingga diharapkan peningkatan efisiensi kerja dan perampingan jabatan struktural</p> <p>2. Anggaran tiap Kandepkes meningkat sehingga mobilitas &amp; motivasi meningkat</p> <p>3. Mendorong peningkatan otonomi Dati II</p> <p>4. Kandepkes merupakan jalur karier untuk jenjang yang lebih tinggi</p> <p>5. Konflik Kandepkes dengan Dinkes Tk II berkurang</p> <p style="text-align: right;">→ langsung ke Kandep di wilayahnya</p>	<p>1. Jabatan struktural berkurang, tetapi eselon perlu dinaikkan</p> <p>2. Tidak jelas perbedaan fungsi Kandepkes dan Kanwil, sehingga merupakan cabang Kanwil</p> <p>3. Pengalaman tentang regionalisasi kurang, sehingga belum bisaantisipasi apa yang akan terjadi</p> <p>4. Ketenagaan, anggaran dan fasilitas serta Juklak dan Juknis Kandepkes perlu dilengkapi (walaupun tidak sebanyak adanya Kandepkes di seluruh kabupaten di Indonesia tetapi tetap merupakan beban Depkes)</p>
<p>III. TUGAS-TUGAS DEKONSENTRASI DITAMPUNG PADA DINAS ----&gt; TAK PERLU ADA KANDEPKES</p> <p style="text-align: right;">UPT-UPT →</p>	<p>1. Hemat jabatan struktural</p> <p>2. Konflik hilang --&gt; unity of command, program lebih mudah dikembangkan</p> <p>3. Lebih efisien</p> <p>4. Mudah dilakukan kontrol</p> <p style="text-align: right;">→ langsung ke Kanwil atau diberikan wewenang ke Dinkes Dati II</p>	<p>1. Jabatan struktural berkurang</p> <p>2. Adanya konflik antara fungsi pelaksanaan dan pembinaan sehingga objektivitas berkurang</p> <p>3. Daerah yang sumberdayanya terbatas akan mengalami kesulitan</p> <p>4. Kanwil akan mengemban tugas yang lebih berat</p> <p>5. Depkes tidak bisa mengawasi dan memberikan pembinaan langsung</p>

ALTERNATIF	KONSEKUENSI (+)	KONSEKUENSI (-)
<p>IV. PEROMBAKAN SEBAGIAN</p> <p style="text-align: center;">UPT-UPT →</p>	<p>1. Fungsi &amp; tugas jelas</p> <p>2. Konflik hilang --&gt; struktur jelas dan program lebih mudah dikembangkan</p> <p>3. Lebih efisien</p> <p style="text-align: center;">→ Perwakilan Kanwil di Dati II</p>	<p>1. Jabatan struktural berkurang</p> <p>2. Perlu jabatan fungsional pengawas dan teknis program</p> <p>3. Perlu perombakan sebagian dari struktur dan organisasi kesehatan -di daerah</p> <p>4. Kandepkes mengemban tugas yang lebih berat dalam hal pengawasan dan pembinaan</p> <p>5. Fasilitas, sarana dan ketenagaan harus dipenuhi baik kuantitas dan kualitas.</p>
<p>V. PEROMBAKAN TOTAL</p> <p style="text-align: center;">UPT-UPT →</p>	<p>1. Fungsi dan tugas amat jelas</p> <p>2. Konflik hilang --&gt; unity of command, struktur dan mekanisme kerja jelas</p> <p>3. Lebih efisien</p> <p>4. Mudah dilakukan kontrol</p> <p>5. Desentralisasi penuh ke Dati II</p> <p style="text-align: center;">→ Perwakilan Kanwil di regional</p>	<p>1. Jabatan struktural berkurang, perlu jabatan fungsional pengawas dan tenaga teknis program</p> <p>2. Perlu perombakan total dalam hal struktur organisasi kesehatan di daerah</p> <p>3. Membutuhkan waktu yang lama dan biaya yang banyak</p>

- Catatan: 1. Tidak dapat hanya melihat Dati II dari sektor kesehatan kerja.  
 2. Perlu diperhatikan alternatif sesuai situasi dan kondisi daerah.

Dalam pemilihan alternatif-alternatif tersebut maka perlu dipikirkan hal-hal sebagai berikut:

1. bahwa pemilihan alternatif-alternatif tersebut tidak dapat hanya dilihat dari kacamata kebutuhan sektor kesehatan saja tetapi juga kebutuhan Pemda Dati I maupun Dati II; dan
2. perlu diperhatikan penterapan alternatif berdasarkan situasi dan kondisi daerah, sehingga bentuk alternatif satu mungkin bisa diterapkan di Propinsi A, sedangkan alternatif II bisa diterapkan di Kabupaten B dan sebagainya.

Akhirnya, peran dan fungsi Kandepkes perlu didudukkan dengan jelas dari sisi mana akan dilihat permasalahannya. Apakah semata-mata dari sudut kepentingan pemerintah pusat, atau justru dari sudut permasalahan kesehatan yang terjadi di tengah-tengah masyarakat yaitu guna efektivitas dan efisiensi sistem manajemen kesehatan, atau belum lagi permasalahan ini harus pula didudukkan dalam tatanan pemerintah daerah otonomi Dati I atau Dati II dan kerja sama lintas sektoral. Hendaknya perlu dipikirkan agar jangan sampai nantinya terjadi kepentingan sektoral kesehatan yang menjadi terlalu besar dan malahan mempersulit pemerintah daerah dan otonomi daerah. Tetapi sebaliknya Pemda juga harus

mengakui keberadaan Depkes di daerah yang masih amat diperlukan untuk pembinaan teknis, pengawasan, dan membantu penanggulangan sumber daya serta kemampuan pembiayaan yang masih terbatas dari beberapa Pemda di Indonesia. Selain itu perlu pula dikaji kembali apakah memang Depkes dan Kanwil Depkes sudah siap dengan memberikan "power" dan "biaya"nya kepada daerah untuk dikelola sendiri dalam rangka peningkatan otonomi Dati II. Yang jelas peranan Depkes dalam pembangunan jangka panjang ke II ini harus lebih berarti dan benar-benar dapat meningkatkan kesejahteraan rakyat melalui program pembangunan kesehatan.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Dari hasil studi dapat diambil beberapa kesimpulan penting yaitu:

1. Analisis hasil "mail survey" Kandepkes hanya berhasil menyajikan basis data Kandepkes secara superfisial, walaupun demikian informasi deskriptif ini dapat digunakan sebagai dasar dari langkah-langkah penelitian ini secara lebih lanjut.
2. Hasil MFGD dan wawancara mendalam menunjukkan beberapa masukan penting dalam mendukung hasil-hasil "mail survey" atau menjelaskan hal-hal yang tidak benar dalam "mail survey" seperti masalah ketenagaan dan biaya rutin Kandepkes.
3. Umumnya Kandepkes telah terbentuk dan telah melakukan fungsinya walaupun belum optimal. Sarana gedung boleh dikatakan cukup untuk 3 propinsi MFGD, walaupun hasil "mail survey" menunjukkan bahwa Kandepkes di Indonesia masih ada yang belum mempunyai gedung. Sedangkan sarana ATK, transportasi dan komunikasi masih belum seperti yang diharapkan.
4. Walaupun hampir semua Kandepkes mempunyai anggaran rutin, tetapi umumnya tidak mencukupi untuk melaksanakan fungsi-fungsi Kandepkes dengan optimal. Wawancara mendalam menunjukkan pula bahwa masih rendahnya kontribusi pendapatan asli daerah terhadap pendanaan kesehatan. Di lain pihak, pemerintah pusat tidak dapat memenuhi kebutuhan daerah seperti yang diharapkan.
5. Adanya dua wadah organisasi di Dati II, maka bentuk sarana, sumber daya dan anggaran yang jumlahnya terbatas dan banyak mengandalkan dari sumberdaya dan proyek kesehatan Depkes, harus dibagi-bagi pula. Pembangunan bidang kesejahteraan sosial tampaknya masih belum mendapat prioritas di Dati II, sehingga sumber daya Pemda belum bisa diprioritaskan untuk pembangunan kesehatan, di samping itu seperti dalam kesimpulan sebelumnya masih banyak Pemda yang rendah potensi sumber dayanya. Sedangkan sumber daya dan proyek kesehatan Depkes masih merupakan sumber yang potensial untuk kedua instalasi kesehatan yang sering menyebabkan terjadinya perselisihan.
6. KIS yang dilaksanakan oleh Kandepkes pada umumnya masih terbatas pada rapat-rapat baik ke luar maupun ke dalam dengan sedikit melaksanakan fungsi perencanaan dan supervisi. Rupanya peranan Kandepkes dalam hal ini masih terlalu kecil dan belum mendapat peran yang berarti di Dati II seperti yang diharapkan.
7. Belum adanya kejelasan, belum adanya juklak/juknis Kandepkes, rendahnya kualitas tenaga dan tidak cukup tingginya eselon Kandepkes diduga merupakan faktor-faktor penyebab utama terjadinya fungsi Kandepkes yang kurang efektif dan minimalnya pengertian para staf Kandepkes terhadap fungsi Kandepkes.

8. Hampir semua seksi mempunyai hambatan-hambatan baik teknis maupun manajerial yang cukup serius dalam melaksanakan tugas-tugas mereka. Selain itu masalah kualitas ketenagaan, jabatan rangkap dan tidak jelasnya jenjang karier tenaga Kandeptes perlu mendapatkan perhatian yang serius.
9. Diduga hanya pada propinsi-propinsi tertentu dengan kondisi-kondisi Dati II yang tertentu, kondisi manajerial dan kepemimpinan tertentu, serta kondisi ketenagaan tertentu maka Kandeptes dapat berjalan dengan baik.
10. Wawancara mendalam menunjukkan pula bahwa kapasitas aparatur daerah, terutama Dati II masih lemah, terutama dalam hal perencanaan dan manajemen. Dengan adanya dua organisasi kesehatan di Dati II, maka kemampuan-kemampuan profesional kesehatan makin tersebar dan terpecah, ditambah dengan memang terbatasnya jumlah tenaga profesional. Untuk itu sebagai daerah otonomi yang nantinya dapat mandiri, maka peningkatan kemampuan profesional (manajerial maupun teknis) di Dati II sebagai suatu kesatuan yang efektif dan efisien diperlukan untuk memecahkan masalah kesehatan setempat.

### Saran

1. Saran adanya peningkatan eselon Kandeptes, pembentukan regionalisasi Kandeptes yang sesuai dengan kebutuhan, adanya jabatan fungsional hendaknya dapat menjadi bahan pertimbangan selanjutnya.
2. Agar tidak semua kabupaten mempunyai Kandeptes atau dilakukan regionalisasi Kandeptes, perlu dipikirkan nasib para staf Kandeptes yang sudah ada terutama yang sudah lama bertugas, demikian juga jenjang kenaikan pangkat mereka sesuai dengan piramida jabatan yang ada.
3. Guna kebijaksanaan selanjutnya, terutama mendukung desentralisasi pemerintah dan Depkes, perlu dipikirkan beberapa alternatif pemecahan untuk Kandeptes.

### DAFTAR RUJUKAN

1. Reinke A. William. ed. (1994). *Perencanaan Kesehatan Untuk Meningkatkan Efektifitas Manajemen*; Penerjemah: dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc, Ph.D dan dr. Sigit Ryarto; Gajah Mada University Press; h. 7-11.
2. Adhyatma (1991). *Peningkatan Peranan Daerah Dalam Pemantapan Kerangka Tinggal Landas Dengan Mewujudkan Titik Berat Otonomi pada Daerah Tingkat II*; Pengarahan Menteri Kesehatan RI Pada Pertemuan Bupati/Walikota-madya Seluruh Indonesia; Depkes RI, Jakarta; h. 1-5.
3. Alwin, D.F (1978). *Survey Design and Analysis Current Issues*. Asage Contemporary Science Issue, Sage Publication, Beverly Hill/London.
4. Pusat Kelangsungan Hidup Anak Universitas Indonesia (1992). *Materi Pelatihan Fokus Group Diskusi Dalam Bidang Kesehatan*; Universitas Indonesia.
5. Babbie, E.R. (1973). *Survey Research Methods*; Wasworth Publishing Company Inc., Belmont, USA; pp 165 and 239-251.
6. Anorital dan Bagus Trihandoyo (1991). *Prosiding Seminar Sehari: "Evaluasi Peran dan Fungsi Kandeptes Kabupaten/Kotamadya*, Jakarta, 19 Maret 1991. Balitbang Depkes RI; Jakarta; h. 24.
7. Moser, CA and G. Kalton (1979). *Survey Methods in Social Investigation*; London Heinemann Educational Books; pp. 257-262.