

BASIC HEALTH SERVICES IN THE ERA OF REGIONAL AUTONOMY

Pelayanan Kesehatan Dasar di Era Otonomi Daerah



Puskesmas are the execution units for healthcare services at the primary level and the spearheads of health development activities.

Puskesmas adalah unit pelaksana pelayanan kesehatan tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan.

Regional autonomy has brought many changes to the management of services provided by the governments. In the health sector, for example, the health office at the *kabupaten/kota* level and the provincial health office, which were vertical institutions, have been merged with the health office at the *kecamatan* level. At present, all health matters are handled by the local health offices both at the provincial and the *kabupaten/kota* level. These changes will inevitably have an impact upon health services. The question is how significant will the impact from these changes be and will the changes improve the quality of services or the reverse?

Pelaksanaan otonomi daerah telah membawa perubahan pada pengelolaan pelayanan pemerintah. Di bidang kesehatan, misalnya, kantor departemen (*kandep*) dan kantor wilayah (*kanwil*) kesehatan yang sebelumnya merupakan instansi vertikal pusat telah dilebur dengan dinas kesehatan (*dinkes*) di tingkat kecamatan. Kini semua urusan kesehatan ditangani oleh dinas kesehatan (*instansi daerah*) baik di tingkat provinsi maupun *kabupaten/kota*. Perubahan ini tentu saja membawa dampak terhadap pelayanan kesehatan. Pertanyaannya adalah seberapa besar dampak perubahan itu dan apakah perubahan itu akan meningkatkan kualitas pelayanan atau justru sebaliknya.

.....to page/ke halaman 4

SPOTLIGHT ON

DEAR SMERU

FOCUS ON

Basic Health Services in the Era of Regional Autonomy
Pelayanan Kesehatan Dasar di Era Otonomi Daerah

FROM THE FIELD

Puskesmas in Indonesia
Puskesmas di Indonesia

Healthy Indonesia 2010 as a Joint Effort

Indonesia Sehat 2010 sebagai Upaya Bersama

What happened to *Puskesmas*?

Apa yang Terjadi di Puskesmas?

2

3

4

7

14

17

What's New ?

AND THE DATA SAYS

21

Puskesmas Users' Actions in the Case of a Medical Emergency
Tindakan Pengguna *Puskesmas* dalam Situasi Gawat Darurat

A MESSAGE FROM

27

Where are the Demographic Detectives?
Di Mana Detektif Demografi Kita?

NEWS IN BRIEF

30

Advocating AIDS in Indonesia: A Personal Commitment

Memberikan Advokasi AIDS di Indonesia: Sebuah Komitmen Pribadi

SMERU is an independent institution for research and policy studies which professionally and proactively provides accurate and timely information as well as objective analysis on various socio-economic and poverty issues considered most urgent and relevant for the people of Indonesia.

With the challenges facing Indonesian society in poverty reduction, social protection, improvement in social sector, development in democratization processes, and the implementation of decentralization, there continues to be a pressing need for independent studies of the kind that SMERU has been providing.

Lembaga Penelitian SMERU adalah sebuah lembaga independen yang melakukan penelitian dan pengkajian kebijakan publik secara profesional dan proaktif, serta menyediakan informasi akurat, tepat waktu, dengan analisis yang objektif mengenai berbagai masalah sosial-ekonomi dan kemiskinan yang dianggap mendesak dan penting bagi rakyat Indonesia.

Melihat tantangan yang dihadapi masyarakat Indonesia dalam upaya penanggulangan kemiskinan, perlindungan sosial, perbaikan sektor sosial, pengembangan demokrasi, dan pelaksanaan desentralisasi, maka kajian independen sebagaimana yang dilakukan oleh SMERU selama ini terus dibutuhkan.

Publication Team

Editor: Nuning Akhmadi

Assistant Editors: Liza Hadiz, R. Justin Sodo

Graphic Designer: Mona Sintia

Translator: Kathryn Sadler

The SMERU newsletter is published to share ideas and to invite discussions on social, economic, and poverty issues in Indonesia from a wide range of viewpoints. The findings, views, and interpretations published in the articles are those of the authors and should not be attributed to SMERU or any of the agencies providing financial support to SMERU. Comments are welcome. If you would like to be included on our mailing list, please note our address and telephone number.

visit us at

www.smeru.or.id

or e-mail us at

smeru@smeru.or.id

Jl. Tulung Agung No. 46
Menteng, Jakarta 10310

Phone: 6221-3193 6336; Fax: 6221-3193 0850

Dear Readers,

Puskesmas are the spearheads of basic healthcare services provided by the government. *Puskesmas* along with their supporting units, such as *posyandu*, *pustu*, *pusling*, and *polindes*, have an important role because they are the main health services that reach communities down to the village level and which are relatively affordable for the poor.



In this edition, SMERU's researchers discuss *puskesmas* in the era of regional autonomy, how *puskesmas* services are delivered, what happens in *puskesmas* in our rural areas, whether regional autonomy has had an impact upon health services, and whether communities still depend upon *puskesmas* in the case of a medical emergency.

One of our guest writers, Prof. Terence Hull, considers statistics as very important in determining the direction of health policies and programs, but what about the accuracy of our statistics? Finally, this edition is closed with Baby Jim Aditya's account of advocating HIV/AIDS, a health problem whose presence and impact we are only just beginning to comprehend.

I hope you enjoy this edition.

Pembaca yang Budiman,



Puskemas adalah ujung tombak pelayanan kesehatan dasar yang disediakan oleh pemerintah. *Puskesmas*, bersama unit penunjangnya, seperti *posyandu*, *pustu*, *pusling*, dan *polindes*, sangat penting peranannya karena merupakan pelayanan kesehatan utama yang dapat menyebar sampai ke masyarakat tingkat desa dan biayanya relatif dapat dijangkau oleh kantong masyarakat miskin.

Dalam edisi ini peneliti SMERU membahas mengenai *puskesmas* di era otonomi daerah, bagaimana pelayanan *puskesmas* tersebut dilaksanakan, apa yang terjadi di *puskesmas* di perdesaan kita, apakah kebijakan otonomi daerah berdampak terhadap pelayanan kesehatan, dan apakah masyarakat masih mengandalkan *puskesmas* ketika menghadapi situasi gawat darurat.

Salah satu penulis tamu kita, Prof. Terence Hull, melihat bahwa statistik sangat penting untuk menentukan arah kebijakan dan program kesehatan. Tapi bagaimana dengan ketepatan statistik kita? Akhirnya, edisi ini ditutup dengan pengalaman Baby Jim Aditya ketika memberikan advokasi mengenai HIV/AIDS, salah satu masalah kesehatan yang saat ini kehadirannya dan dampaknya baru mulai kita pahami.

Selamat membaca!

Nuning Akhmadi
Editor



Dear SMERU,

The Center for Regional Development Studies (CRDS) regularly receives the SMERU Newsletter. Your newsletters have helped us to facilitate community development programs within the Barito River Basin, particularly the Village Development Program during 2002 and 2003.

We would appreciate it if this year our organization could be put on SMERU's mailing list again, so that we will continue to receive your newsletters.

Dengan hormat,

Pusat Kajian Pembangunan Regional selama ini rutin menerima Buletin SMERU. Buletin SMERU telah banyak membantu kami dalam memfasilitasi program pengembangan masyarakat di Daerah Aliran Sungai Barito (DAS Barito), terutama dalam program Perencanaan Kampung, periode 2002-2003.

Kami mohon agar pada tahun ini lembaga kami dapat didaftar kembali dalam mailing list SMERU sehingga kami dapat terus menerima Bulletin SMERU.

Sincerely/Hormat kami,

Setia Budhi

Executive Director/Direktur Eksekutif,
Center for Regional Development Studies
(CRDS)/Pusat Kajian Pembangunan Regional
Banjarbaru, Kalimantan Selatan
E-mail: crds_kalsel@yahoo.com

Dear Friends at SMERU,

We have received "Kamus Hukum dan Glossarium Otonomi Daerah" [a glossary of regional autonomy terms published by SMERU and the Friedrich Naumann Foundation. ed.] that you sent us.

This book has been very useful in helping us to understand the new regional autonomy terms currently being used. Thank you for sending us this book and for your attention.

Rekan-rekan di SMERU yang baik,

Buku "Kamus Hukum dan Glosarium Otonomi Daerah" [diterbitkan oleh SMERU bersama Friedrich Naumann Foundation. ed.] telah sampai di alamat kami. Kehadiran buku tersebut membantu kami memahami terminologi-terminologi otonomi daerah yang sedang bergulir. Kami mengucapkan terima kasih atas kiriman dan perhatian SMERU.

Best regards/Wassalam,

Tabrani Yunis

Director/Direktur,
Center for Community Development and
Education (CCDE), Banda Aceh
E-mail: ccde@aceh.wasantara.net.id

SMERU
SMERU

The SMERU Research Institute
Jl. Tulung Agung No. 46
Menteng, Jakarta 10310
Phone: 6221-3193 6336;
Fax: 6221-3193 0850
smeru@smeru.or.id; www.smeru.or.id

2003 H.W. Arndt Award *Penghargaan H.W. Arndt 2003*



In December 2003, an article entitled "Minimum Wage Policy and Its Impact on Employment in the Urban Formal Sector" written by Asep Suryahadi, Wenefrida Widyanti, Daniel Perwira, and Sudarno Sumarto won the 2003 H.W. Arndt Prize. This is an annual award for the best article published in the *Bulletin of Indonesian Economic Studies*. This award was presented by Dr. Ross H. McLeod from ANU in a ceremony which was attended by Mr. Robin Davis from the Australian Embassy and the press.

Pada bulan Desember 2003 karya tulis yang berjudul "Kebijakan Upah Minimum dan Dampaknya Terhadap Pekerja Sektor Formal di Daerah Perkotaan" oleh Asep Suryahadi, Wenefrida Widyanti, Daniel Perwira dan Sudarno Sumarto menerima Penghargaan H.W. Arndt 2003. Ini adalah penghargaan tahunan dari Australian National University (ANU) untuk karya tulis terbaik yang dimuat dalam *Bulletin of Indonesian Economic Studies*. Penghargaan ini disampaikan oleh Dr. Ross H. McLeod dari ANU dalam acara yang dihadiri oleh Mr. Robin Davis dari Kedutaan Besar Australia dan beberapa wartawan.

BASIC HEALTH SERVICES IN THE ERA OF REGIONAL AUTONOMY*

*Pelayanan Kesehatan Dasar di Era Otonomi Daerah**



Mothers in urban and rural areas still have to rely on *puskesmas* for the immunization of their babies.

Ibu-ibu di perkotaan dan perdesaan masih mengandalkan puskesmas untuk program imunisasi bayinya.

The quality of health services can be measured by a community's level of satisfaction in terms of the health services received, both curative and preventive. However, it is still difficult to assess the impact of regional autonomy on health services considering that regional autonomy has only been in effect for three years and the regional governments are still preoccupied restructuring their local-level offices, personnel and finances. Reorganizing these internal components has had an indirect impact on the services provided. An efficient organizational structure, the number and quality of staff, as well as funds which are adequate and used efficiently will influence the level of services.

The organizational structure of local health offices at the *kabupaten/kota* level did not undergo many changes after Law No. 22, 1999 on Regional Autonomy was implemented. This was so because the positions as head of a provincial health office and head of a representative health office had long been held by one person, and there were generally less than 10 staff members at a representative health office (civil servants recruited by the central government). After the implementation of regional autonomy, local health offices only added one or two sections to handle the areas which were previously controlled by the health office at the *kabupaten/kota* level.

* This article is based upon findings from SMERU's field research on health services in the early era of regional autonomy (2001 and 2002) and a survey conducted by SMERU with the Head Office of the World Bank on health provider absenteeism in 100 *puskesmas* in 10 *kabupaten/kota* (2002 and 2003).

Kualitas pelayanan kesehatan dapat diukur melalui tingkat kepuasan masyarakat atas pelayanan kesehatan yang diterima, baik pelayanan kuratif maupun preventif. Namun, upaya mengkaji dampak otonomi daerah terhadap pelayanan kesehatan masih terasa sulit mengingat usia otonomi daerah yang baru berjalan tiga tahun dan pemda masih sibuk menata struktur organisasi, kepegawaian dan keuangannya. Penataan komponen internal ini secara tidak langsung berdampak pada pelayanan yang diberikan. Struktur organisasi yang efisien, jumlah dan kualitas staf yang cukup serta dana yang memadai dan dimanfaatkan secara efisien akan berpengaruh terhadap derajat pelayanan.

Struktur organisasi dinas kesehatan di kabupaten/kota tidak mengalami banyak perubahan menyusul keluarnya UU No. 22, 1999 tentang Pemerintahan Daerah. Hal ini karena jabatan kepala dinas dan kepala kadep kesehatan jauh sebelumnya dirangkap oleh satu orang, sementara jumlah staf kadep (pegawai pusat) umumnya kurang dari 10 orang. Setelah pelaksanaan otonomi daerah, dinas kesehatan hanya menambahkan satu atau dua seksi untuk menangani kewenangan yang sebelumnya ditangani kadep kesehatan.

* *Tulisan ini berdasarkan beberapa temuan lapangan penelitian SMERU tentang pelayanan kesehatan di awal era otonomi daerah (2001 dan 2002) dan survei oleh SMERU yang dilaksanakan bersama Kantor Pusat Bank Dunia mengenai ketidakhadiran petugas kesehatan di 100 puskesmas di 10 kabupaten/kota (2002 dan 2003).*

SMERU identified two main personnel problems in the delivery of basic health services. First, the lack of technical staff, both medical and paramedical, in isolated areas (in West Nusa Tenggara, for example, an additional 150 doctors and 400 midwives are still needed). So far, the local governments have tended to recruit non-technical (administrative staff) rather than medical staff. Second, the employment status of medical staff. In 1991, the government issued a policy on the recruitment of non-permanent civil servants (PTT), including medical workers. Following the implementation of regional autonomy policy, it is still unclear whether the authority over PTT recruitment lies with the central government or the local governments. Evidently, this has some implications on the salaries paid by the local governments.

COMMUNITY HEALTHCARE CENTER SERVICES

As the centers for basic health services at the *kecamatan* level, each *puskesmas* (community healthcare centers) generally has a doctor who is appointed as the head of the *puskesmas*. However, the administrative duties of a *puskesmas* head often reduce consultation time with patients. As a result, patients are mostly taken care of by the *puskesmas* nurses and midwives. This is a dilemma. On one hand, as a doctor assigned to a particular *puskesmas*, he or she is required to contribute to the provision of health services, but on the other hand, the administrative duties of a *puskesmas* head in fact interrupt their duties as a doctor. The results from a survey of 100 *puskesmas* in 10 *kabupaten/kota* indicated that nurses and midwives provided consultations for a large number of patients, despite the doctor being present. Ironically, SMERU's survey found that several doctors who head *puskesmas* and other medical workers provided services for private patients during *puskesmas* working hours. Patients who wish to obtain better services and medication generally choose to be treated by these doctors although they have to pay a higher charge. This actually contradicts the function of *puskesmas* as an alternative place for the poor to obtain better treatment.

Dalam hal kepegawaian, SMERU mengidentifikasi adanya dua masalah utama dalam pelayanan kesehatan dasar. Pertama, kurangnya tenaga teknis, baik medis maupun paramedis di daerah terpencil (di NTB misalnya, masih dibutuhkan 150 dokter dan 400 bidan). Sejauh ini pemerintah daerah cenderung lebih banyak mengangkat pegawai nonteknis (staf administrasi) daripada tenaga teknis kesehatan. Kedua, status kepegawaian tenaga medis. Pada tahun 1991 yang lalu pemerintah mengeluarkan kebijakan pengangkatan Pegawai Tidak Tetap (PTT), termasuk pengangkatan tenaga medis. Setelah otonomi daerah, kebijakan PTT ini masih belum jelas apakah tetap di tangan pusat atau akan dikelola oleh pemerintah daerah. Hal ini tentu ada implikasinya terhadap honor yang harus dibayar oleh pemerintah daerah.

PELAYANAN PUSKESMAS

Sebagai pusat pelayanan kesehatan dasar di tingkat kecamatan, umumnya setiap *puskesmas* mempunyai seorang dokter yang merangkap sebagai kepala *puskesmas*. Namun tugas administrasi seorang kepala *puskesmas* acapkali menyita waktu pelayanannya bagi masyarakat. Akibatnya, penanganan pasien lebih banyak diserahkan kepada tenaga perawat dan bidan. Keadaan ini memang dilematis. Di satu sisi, sebagai seorang dokter *puskesmas* ia dituntut untuk ikut serta memberikan pelayanan medis, namun di sisi lain tugas administrasi sebagai kepala *puskesmas* justru mengganggu tugas pelayanannya sebagai dokter. Hasil survei di 100 *puskesmas* di 10 kabupaten/kota menunjukkan bahwa sebagian besar pasien dilayani oleh tenaga perawat/bidan di *puskesmas* meskipun dokter hadir. Ironisnya, hasil survei SMERU juga menemukan bahwa dokter kepala *puskesmas* dan tenaga medis lainnya memberikan pelayanan pasien pribadi pada jam kerja *puskesmas*. Pasien yang ingin mendapat pelayanan dan obat yang lebih baik umumnya memilih berobat ke dokter kepala *puskesmas* meskipun harus membayar dengan biaya lebih tinggi. Hal ini sebenarnya bertentangan dengan fungsi *puskesmas*, yaitu sebagai tempat alternatif berobat bagi masyarakat miskin untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Providing affordable but satisfying health services is not an easy undertaking for local governments.

Menyediakan pelayanan kesehatan yang biayanya terjangkau namun memuaskan bukan tugas yang mudah bagi pemerintah daerah.





By paying more do these *puskesmas* patients receive better services?

Dengan membayar lebih mahal apakah pasien *puskesmas* mendapat pelayanan lebih baik?

PUSKESMAS FINANCES

Puskesmas in several regions have complained about the minimal funds they receive in the era of regional autonomy. Other complaints relate to the monopoly of *kabupaten* governments in controlling funds. At present, although annual program proposals and finance plans are drafted by *puskesmas*, they only receive funds for the programs determined by the *kabupaten*. Before regional autonomy, the reverse actually occurred: 80% of funds from the central government were received by *puskesmas* in the form of a block grant, so they could allocate funds according to their own needs. In short, if regional governments wish the quantity and quality of *puskesmas* services to remain the same as before regional autonomy, funds from the regional government budget allocated to *puskesmas* should at least remain the same as allocations before regional autonomy. Although funding is not the only factor affecting quality, a lack of funds will definitely affect the level of services.

Another tendency since regional autonomy policies have been put into effect is the increase in *puskesmas* fees. Previously, the fee charged per patient ranged between Rp500 and Rp2,000 per visit. Since decentralization, a number of *kabupaten/kota* have raised *puskesmas* fees to between Rp3,000 and Rp5,000. Although according to the regulations, fees are a legal charge, it must be kept in mind that it is mostly the poor (that are unable to access the services provided by private doctors) who use *puskesmas* services. Therefore, high service charges may hinder them from accessing health services.

This situation has not been directly caused by regional autonomy policies, however if regional governments do not work seriously to find solutions to address this problem, it is highly likely that basic health services, particularly for the poor will worsen. ■ **Vita Febriany**

KEUANGAN PUSKESMAS

Puskesmas di beberapa daerah mengeluhkan minimnya dana operasional yang diterima di era otonomi daerah. Keluhan lain berkenaan dengan monopoli pengelolaan dana oleh *kabupaten*. Saat ini, meskipun usulan program dan rencana keuangan tahunan disusun oleh *puskesmas*, namun *puskesmas* hanya menerima dana dalam bentuk program yang telah ditentukan oleh *kabupaten*. Sebelum otonomi daerah justru sebaliknya, 80% dana dari pemerintah pusat diterima *puskesmas* dalam bentuk "block grant", sehingga *puskesmas* dapat mengalokasikan dana sesuai dengan kebutuhannya. Secara sederhana, jika pemda menghendaki kuantitas dan kualitas pelayanan *puskesmas* tetap sama dengan keadaan sebelum otonomi daerah, dana APBD yang dialokasikan untuk *puskesmas* setidaknya harus sama dengan alokasi dana sebelum otonomi daerah. Meskipun jumlah dana bukan satu-satunya faktor yang mempengaruhi kualitas, tetapi kurangnya dana tentu akan mempengaruhi tingkat pelayanan.

Kecenderungan lain setelah kebijakan otonomi daerah diberlakukan adalah naiknya retribusi *puskesmas*. Sebelumnya rata-rata pungutan retribusi yang dikenakan pada setiap pasien antara Rp500 - Rp2.000 per kunjungan. Setelah otonomi daerah berlaku, sebagian *kabupaten/kota* menaikkan retribusi *puskesmas* menjadi Rp3.000 - Rp5.000. Meskipun secara hukum retribusi adalah pungutan sah, tetapi perlu diingat bahwa pelayanan *puskesmas* kebanyakan dimanfaatkan oleh masyarakat miskin (yang tidak dapat mengakses pelayanan oleh dokter swasta), karena itu tarif retribusi yang tinggi ini dapat menghalangi mereka untuk mengakses pelayanan kesehatan.

Kondisi ini tidak secara langsung disebabkan oleh kebijakan otonomi daerah, tetapi jika pemda tidak berusaha keras mencari jalan keluar untuk mengatasi masalah tersebut, maka kemungkinan besar pelayanan kesehatan dasar, terutama untuk masyarakat miskin, akan semakin memburuk. ■

PUSKESMAS IN INDONESIA*

*Puskesmas di Indonesia**



Information about health programs and current *puskesmas* activities is disseminated using posters and banners.
 Informasi mengenai program kesehatan dan kegiatan *puskesmas* disampaikan melalui poster dan spanduk.

It is believed that most Indonesians have accessed the basic health services provided by the government through community healthcare centers (*puskesmas*). However, it is suspected that not many people understand what services are provided at *puskesmas* or the quality of these services. This article will illustrate some aspects of the basic health services provided at *puskesmas* in Indonesia as observed from the perspective of health workers. The content of this article is more of a descriptive illustration than an in-depth analysis, which was gathered from the information available at the Department of Health. This illustration has been enriched with the results of SMERU's field observations made when conducting a survey on health provider absenteeism in 100 *puskesmas* in 10 *kabupaten/kota* in 2002 and 2003.

For the last 20 years, developments in Indonesia's health system have been based on the 1982 National Health System and Law No. 23/1992 on Health. However, the Indonesian Government is aware that efforts to improve health standards have not been managed in a comprehensive, integrated and sustainable manner.

Sebagian masyarakat Indonesia selama ini diyakini telah menerima pelayanan kesehatan dasar yang disediakan pemerintah melalui puskesmas. Namun diduga hanya sebagian kecil masyarakat yang paham tentang pelayanan yang tersedia di puskesmas dan bagaimana kualitas pelayanan puskesmas. Artikel ini akan menyajikan sebagian gambaran pelayanan kesehatan dasar melalui puskesmas di Indonesia yang ditinjau dari aspek petugas kesehatan. Isi artikel ini lebih merupakan gambaran deskriptif, daripada analisis mendalam, yang digali dari informasi yang tersedia di Departemen Kesehatan. Gambaran tentang puskesmas juga dilengkapi dengan sebagian hasil observasi lapangan Lembaga Penelitian SMERU ketika melakukan survei di 100 puskesmas di 10 kabupaten/kota tentang ketidakhadiran petugas kesehatan pada tahun 2002-2003.

Selama 20 tahun terakhir, pembangunan kesehatan Indonesia didasarkan pada Sistem Kesehatan Nasional 1982 dan UU No. 23/1992 tentang Kesehatan. Namun demikian, Pemerintah Indonesia menyadari bahwa upaya kesehatan tersebut belum terselenggara secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Hingga saat ini penyelenggaraan upaya kesehatan yang

* This article is a part of a paper presented at the Global Development Network Workshop: Tackling Absence of Teachers and Medical Personnel, New Delhi, 25-26 January 2004. It is based on a survey conducted by SMERU with the Head Office of the World Bank on health provider absenteeism in 100 *puskesmas* in 10 *kabupaten/kota* in 2002 and 2003. The main results of this survey will be published in a special report by the World Bank. This survey compares seven countries, namely Bangladesh, India, Indonesia, Papua New Guinea, Peru, Uganda and Zambia.

* Artikel ini merupakan bagian dari makalah yang dipresentasikan pada Global Development Network Workshop: Tackling Absence of Teachers and Medical Personnel, New Delhi, 25-26 Januari 2004. Artikel ini ditulis berdasarkan hasil lengkap survei SMERU bersama dengan Kantor Pusat Bank Dunia pada tahun 2002-2003 di 100 *puskesmas* di 10 *kabupaten/kota* tentang ketidakhadiran petugas kesehatan yang akan diterbitkan oleh Bank Dunia. Survei ini yang akan membandingkan 7 negara, yaitu Bangladesh, India, Indonesia, Papua New Guinea, Peru, Uganda, dan Zambia.

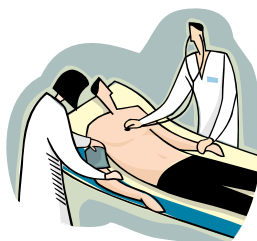
Table 1. The Type of Health Services in Indonesia
Tabel 1. Jenis Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Type of Service/ Jenis Pelayanan	Health Services/ Pelayanan Kesehatan
Basic Health Services Pelayanan Kesehatan Dasar	Community-based healthcare facilities. The most widely available community-based healthcare facilities include: <i>Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM)</i> . Bentuk UKBM yang paling luas distribusinya adalah: <ul style="list-style-type: none"> • Integrated health posts/<i>Pos Pelayanan Terpadu (posyandu)</i> • Village medicine posts/ <i>Pos Obat Desa (POD)</i> • Village maternity houses/<i>Pondok Bersalin Desa (polindes)</i> • Community health fund groups/<i>Kelompok Dana Sehat (KDS)</i> • Healthcare posts/<i>Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK)</i> • Community healthcare centers, secondary healthcare centers and mobile community healthcare clinics /<i>Puskesmas, Puskesmas dengan Tempat Perawatan (DTP), Puskesmas Pembantu (pustu), dan Puskesmas Keliling (pusling)</i>
Secondary Health Services/ Pelayanan Kesehatan Sekunder	<ul style="list-style-type: none"> • Public hospitals/<i>RS Umum</i> • Private hospitals/<i>RS Swasta</i> • Specialist hospitals/<i>RS Khusus</i> • Specialist clinics (such as pulmonary clinics and eye clinics)/<i>Balai Pengobatan (BP) Spesialis, misalnya: BP Paru, BP Mata</i>
Tertiary Health Services/ Pelayanan Kesehatan Tersier	For example: Centers of excellence with state-of-the-art facilities, such as: hospitals specialising in women's health, pediatrics, cancer treatment or cardiology / <i>Rumah sakit dengan peralatan canggih, seperti: RS Ibu dan Anak, RS Kanker, RS Jantung</i>
Mass Health Services/ Pelayanan Kesehatan Massal	National Immunization Week to Eradicate Polio/ <i>Contoh: Pekan Imunisasi Nasional (PIN) untuk membasmi polio</i>
Traditional Health Services/ Pelayanan Kesehatan Tradisional	Traditional healers/ <i>Pengobat tradisional</i>

Source: *Strategic Plan for Health Developments, 2001-2004*, Indonesian Department of Health, 2001.
 Sumber: *Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan, 2001-2004*, Departemen Kesehatan RI, 2001.

To date, promotion of good health and prevention of disease are still considered to be inadequate. Although government-owned basic health services are available in all *kecamatan* and supported by at least three secondary *puskesmas (pustu)*, not all members of the community have access to these inexpensive health services. Only around 30% of the population use *puskesmas* and *pustu* services. This may contribute to the country's high infant and maternal mortality rates, which are 50 per 1,000 live births (Susenas 2001) and 373 per 100,000 live births respectively (SKRT, 1995). As a result Indonesia's Human Development Index (HDI) ranking has remained at 112 out of 175 countries (UNDP, 2003).¹

Although still inadequate, the government has tried to ensure that health services provide a range of services in order to meet the needs of communities from different socioeconomic levels at all times. Table 1 illustrates the health services currently available in Indonesia (Department of Health, 2001).



bersifat peningkatan dan pencegahan masih dirasakan kurang. Meskipun sarana pelayanan kesehatan dasar milik pemerintah telah tersedia di semua kecamatan dan ditunjang paling sedikit oleh tiga *puskesmas pembantu (pustu)*, namun upaya kesehatan melalui *puskesmas* yang biayanya murah ini belum dapat dijangkau oleh seluruh masyarakat. Diperkirakan hanya sekitar 30% penduduk yang memanfaatkan pelayanan *puskesmas* dan *pustu*. Hal ini mungkin menjadi salah satu faktor penyebab angka kematian bayi dan ibu yang sangat tinggi, masing-masing 50/1.000 kelahiran hidup (Susenas 2001) dan 373/100.000 kelahiran hidup (SKRT 1995). Akibatnya, Human Development Index (HDI) mencatat bahwa Indonesia menduduki urutan ke-112 dari 175 negara (UNDP, 2003).¹

Meskipun belum sempurna, pelayanan kesehatan telah diupayakan pemerintah untuk menyediakan berbagai jenis dan pilihan pelayanan kesehatan agar dapat memenuhi kebutuhan masyarakat dari berbagai tingkat sosial-ekonomi. Jenis pelayanan kesehatan yang tersedia di Indonesia saat ini dapat dilihat pada Tabel 1 (Depkes, 2001).

¹ These figures were cited from the unpublished draft of the 2003 National Health System.

¹ Dikutip dari Draft Sistem Kesehatan Nasional (2003), Depkes (belum dipublikasikan).

Table 1 shows that *puskesmas* are the execution units for healthcare services at the primary level and the spearheads of health development activities. *Puskesmas* function as centers that: (1) improve public health; (2) encourage community participation in increasing their capacity to be able to lead a healthy life; and (3) provide comprehensive, integrated and quality healthcare services for communities.

The history and development of *puskesmas* began with the establishment of several health clinics, such as medical clinics and maternity and childcare clinics. The booklet entitled “*Puskesmas Management in the Era of Decentralization*” (Directorate General of Community Health Education, 2001) explains that the Bandung Plan Meeting in 1951 initiated the idea of integrating such institutions into one system so that they would be able to operate more effectively and efficiently. In 1956, the concept of integrated services was further developed following the establishment of Team Work and the Team Approach in health service delivery.

According to this information booklet, *puskesmas* were initially included in the 1969 Master Plan of Operation for Strengthening National Health Services in Indonesia. The plan established that there would be three types of *puskesmas* (Type A, B and C). Then, in the Third National Health Working Meeting in 1970, it was resolved that there would only be one type of *puskesmas* with seven main activities. Further developments were more related to the addition of main activities in line with developments in science, government capacity and program objectives at the national level, which caused the number of activities to increase to 18, and even 21 in Greater Jakarta (Table 2).

Tabel 1 menunjukkan bahwa *puskesmas* adalah unit pelaksana pelayanan kesehatan tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan dengan tiga fungsi utama, yaitu: (1) sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat; (2) sebagai pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam rangka meningkatkan kemampuannya untuk hidup sehat; dan (3) sebagai pusat pemberian pelayanan kesehatan secara menyeluruh, terpadu, dan bermutu kepada masyarakat.

Sejarah dan perkembangan *puskesmas* dimulai dari didirikannya berbagai institusi kesehatan seperti Balai Pengobatan dan Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak (BKIA). Buku pedoman mengenai *puskesmas* yang berjudul “*Penyelenggaraan Puskesmas di Era Desentralisasi*” (Ditjen Bina Kesehatan Masyarakat, Depkes 2001) menjelaskan bahwa pertemuan Bandung Plan Tahun 1951 mencetuskan gagasan untuk mengintegrasikan berbagai institusi di bawah satu sistem agar dapat berjalan lebih efektif dan efisien. Selanjutnya konsep pelayanan yang terintegrasi lebih berkembang dengan pembentukan Team Work dan Team Approach dalam pelayanan kesehatan pada tahun 1956.

Menurut buku pedoman tersebut, *puskesmas* pertama kali dimuat dalam Rencana Induk untuk Mendukung Pelayanan Kesehatan Nasional Indonesia tahun 1969. Dokumen tersebut menjelaskan bahwa *puskesmas* terdiri dari tiga tipe (Tipe A, Tipe B, dan Tipe C). Kemudian Rapat Kerja Kesehatan Nasional III tahun 1970 menetapkan hanya ada satu tipe *puskesmas* dengan tujuh kegiatan pokok. Perkembangan selanjutnya lebih mengarah pada penambahan kegiatan pokok seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan, kemampuan pemerintah serta tujuan program di tingkat pusat sehingga kegiatan pokok berkembang menjadi 18 kegiatan pokok, bahkan DKI Jakarta mengembangkan menjadi 21 kegiatan pokok.

Table 2. A List of the Main Puskesmas Activities
Tabel 2. Daftar Kegiatan Pokok Puskesmas

No.	Main Activities	Kegiatan Pokok
1.	Women’s and child health/Kesehatan ibu dan anak	Kesehatan ibu dan anak
2.	Family planning	Keluarga berencana
3.	Nutrition	Perbaikan gizi
4.	Environmental health	Kesehatan lingkungan
5.	Surveillance, prevention and elimination of disease as well as immunization	Pengawasan, pencegahan dan pemberantasan penyakit dan imunisasi
6.	Public health education	Penyuluhan kesehatan masyarakat
7.	Treatment, including emergency treatment due to accidents	Pengobatan, termasuk pelayanan darurat karena kecelakaan
8.	Health in schools	Kesehatan di sekolah
9.	Public healthcare	Perawatan kesehatan masyarakat
10.	Dental and oral health	Kesehatan gigi dan mulut
11.	Mental health	Kesehatan jiwa
12.	Optometry	Kesehatan mata
13.	Geriatric health	Kesehatan manusia lanjut usia
14.	Exercise and sport	Kesehatan olah raga
15.	Development of traditional medicine	Pembinaan pengobatan tradisional
16.	Occupational health and safety	Kesehatan dan keselamatan kerja
17.	Basic laboratories	Laboratorium sederhana
18.	Information gathering and reporting for the health information system	Pencatatan dan pelaporan dalam rangka sistem informasi kesehatan



Puskesmas should be able to meet the needs of communities from different socioeconomic levels.

Puskesmas seharusnya mampu memenuhi kebutuhan masyarakat dari berbagai tingkat sosial ekonomis.

Based on survey findings in 100 *puskesmas*, all *puskesmas* provided antenatal and postnatal care, immunizations (tuberculosis, polio, MMR, DPT, tetanus, and hepatitis B), as well as family planning services, nutrition consultations and basic eye examinations. Dental services were provided by all of the *puskesmas* surveyed, except two *puskesmas* in Surakarta, two in Rejang Lebong and three in Tuban.

Puskesmas work at the *kecamatan* level throughout the country. Each *kecamatan* should have one *puskesmas*. However, in densely populated areas such as cities, their working areas become smaller, that is they work at the *kelurahan* level, and thus we can find more than one *puskesmas* in one *kecamatan*.

In order to expand the availability of healthcare services to meet the size of the working area and the population density, a *puskesmas* is supported by smaller healthcare units: secondary healthcare centers (*pustu*), village midwives (*bides*), village maternity houses (*polindes*) and mobile healthcare clinics (*pusling*). These four support units operate under *puskesmas* in matters pertaining to healthcare workers, medication and facilities.

A *pustu* covers one to two villages with a target population of between 2,500 residents (outside of Java) and 6,000 residents (in Java and Bali). A *pustu* is staffed by one midwife and one nurse who are assisted by two administrative staff. In several cases, usually in urban areas, *pustu* are also supported by a doctor or a dentist. Village midwives are assigned to villages to help improve the quality and outreach of *puskesmas* services in a working area of one or two villages. *Polindes* are built with the financial support of the government as well as the community and serve as a place to assist women giving birth. In addition, these houses also serve as a home for the midwife. In several cases, rural communities rely on these facilities for health check-ups due to their accessibility and proximity. *Pusling* are healthcare clinics which serve communities in remote areas by car or motorboat staffed by one doctor or nurse, one midwife and one sanitarian with a working area equivalent to that of a *puskesmas*.

Berdasarkan hasil survei di 100 *puskesmas*, pelayanan yang disediakan oleh semua *puskesmas* mencakup penanganan pra dan pasca melahirkan, imunisasi (termasuk imunisasi BCG, polio, MMR, DPT, tetanus, dan hepatitis B), serta keluarga berencana, bimbingan/penyuluhan tentang gizi, dan pelayanan penyakit mata. Pelayanan gigi disediakan oleh sebagian besar *puskesmas*, kecuali dua *puskesmas* di Surakarta, dua di Rejang Lebong, dan tiga di Tuban.

Secara nasional, standar wilayah kerja *puskesmas* adalah kecamatan. Seharusnya setiap kecamatan memiliki satu *puskesmas*. Namun demikian, dalam wilayah yang berpenduduk padat (biasanya perkotaan), wilayah kerja menjadi lebih kecil, misalnya menjadi kelurahan, sehingga satu kecamatan dapat memiliki lebih dari satu *puskesmas*.

Guna memperluas jangkauan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan luas dan kepadatan penduduk di wilayah kerjanya, *puskesmas* ditunjang dengan unit pelayanan kesehatan yang lebih sederhana dalam bentuk *Puskesmas Pembantu (pustu)*, *Bidan Desa (bides)*, *Pondok Bersalin Desa (polindes)*, dan *Puskesmas Keliling (pusling)*. Keempat unit penunjang tersebut beroperasi di bawah tanggung jawab *puskesmas* di wilayah kerja tersebut, baik tenaga kesehatan maupun fasilitas obat dan penunjang.

Wilayah kerja *pustu* meliputi satu atau dua desa dengan jumlah penduduk sasaran antara 2.500 jiwa (di luar Jawa) sampai 6.000 jiwa (di Jawa dan Bali). Tenaga *pustu* terdiri dari seorang bidan dan seorang perawat kesehatan, dibantu oleh dua tenaga tata usaha. Pada beberapa kasus, biasanya di perkotaan *pustu* juga didukung oleh seorang dokter umum atau dokter gigi. Tenaga *bides* ditempatkan di desa dalam rangka meningkatkan mutu dan jangkauan pelayanan kesehatan *puskesmas* dengan wilayah kerja umumnya satu atau dua desa. *Polindes* dibangun dari sumbangan dana pemerintah dan partisipasi masyarakat desa untuk membantu persalinan dan pemondokan ibu bersalin, sekaligus tempat tinggal *bides*. Pada beberapa kasus, masyarakat desa juga mengandalkan *polindes* untuk memeriksa kesehatan karena lokasinya yang mudah dijangkau. *Pusling* merupakan unit pelayanan kesehatan masyarakat di daerah terpencil dengan fasilitas seperti kendaraan bermotor roda empat atau perahu bermotor dan petugas yang terdiri dari satu dokter/perawat, satu bidan, dan satu sanitarian dengan wilayah kerjanya meliputi wilayah kerja satu *puskesmas*.

Table 3. Category and Number of Health Personnel
Tabel 3. Kategori dan Jumlah Staf Kesehatan



Sources/Sumber:

* A Profile of Community Health, 2001, Directorate General of Community Health Education, the Indonesian Department of Health, 2001/Profil Kesehatan Masyarakat Edisi Tahun 2001, Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia, 2001.



Health Personnel/ Petugas Kesehatan	Puskesmas**
Doctors/Dokter	9,156
Dentists/Dokter gigi	4,805
Community health specialists/ Ahli Kesehatan Masyarakat	816
Village midwives/midwives/nurses/ Bidan Desa/Bidan/Perawat	92,391
Dental nurses/Perawat gigi	8,067
Mobile health care workers/PKM	2,261
Nurses/Ners	6,377
Sanitarians/Saniter	6,360
Pharmacists/Apoeker	790
Assistant pharmacists/Asisten apoteker	3,036
General laboratory/	6,326

In general, the number of health workers required in a particular region can be determined on the basis of the ratio of particular healthcare professionals to the population, the workload in organizing healthcare services required by the public, and the magnitude of health issues (incidence of disease, prevalence or a combination of the two). Current national data indicate that the number of health workers is still inadequate. Table 3 shows the total number of puskesmas health workers in 2000 who served patients in more than 7,000 puskesmas in Indonesia. The ratio of health workers to patients is still low, that is one doctor per 5,000 people and 1 nurse per 2,850 people, and 1 midwife per 2,600 people (Department of Health, 2003).

Menurut "Data Dasar Puskesmas Tahun 2002" (Ditjen Bina Kesehatan Masyarakat, Depkes 2002), pada tahun 2002 jumlah puskesmas di seluruh Indonesia tercatat 7.277 unit, 1.818 unit di antaranya dilengkapi dengan fasilitas rawat inap. Selain puskesmas, juga tercatat 21.256 unit pusku and 5.084 unit pusling.

Saat ini, sebagian besar puskesmas dipimpin oleh seorang dokter yang membawahi beberapa tenaga medis dan tenaga administrasi. Akan tetapi pemerintah kini telah menerapkan kebijakan bahwa seorang kepala puskesmas dapat saja ditunjuk dari seseorang yang berpendidikan sarjana, misalnya sarjana kesehatan masyarakat atau administrasi rumah sakit.

Secara umum, tingginya kebutuhan tenaga kesehatan di suatu wilayah dapat ditentukan berdasarkan rasio jenis tenaga kesehatan profesional tertentu terhadap jumlah penduduk, besarnya beban kerja untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat, dan besarnya masalah kesehatan (angka kejadian penyakit, prevalensi atau kombinasi kedua faktor tersebut). Saat ini, data nasional menunjukkan bahwa jumlah tenaga kesehatan sangat kurang. Jumlah total tenaga kesehatan di puskesmas tahun 2000 yang melayani pasien di 7.000 puskesmas di Indonesia disajikan pada Tabel 3. Rasio antara petugas kesehatan dan jumlah penduduk masih rendah, yakni 1:5.000 untuk dokter, 1:2.850 untuk perawat, dan 1:2.600 untuk bidan (Depkes, 2003).

SMERU's field findings indicate that although the ratio of medical workers in *puskesmas* to patients is still less than ideal, respondents (*puskesmas* heads) felt that there are enough workers (Table 4). However, one cannot deny that many *puskesmas*, particularly those located in remote areas, are still understaffed.

On average, one *puskesmas* is served by two doctors and around 12 midwives and nurses. Based on survey findings, the number of health workers varied among the sample *puskesmas* and usually followed the national pattern that urban areas receive more doctors and rural areas more midwives and nurses. Table 4 shows the number of medical and health workers found in sample areas in comparison with the number of patients.

Table 4 also shows that the number of patients in urban areas are greater than those in rural areas, despite urban areas having more secondary and tertiary healthcare services, such as hospitals. In rural areas most people choose *pustu* and *polindes* which are closer to their homes. Except for Bandung, each *puskesmas* was staffed by at least two doctors, generally consisting of one regular *puskesmas* doctor (or the *puskesmas* head) and another non-permanent doctor. In Bandung, even though dentists practice in *puskesmas*, they are managed by a different organization and are not considered as full-time staff of the *puskesmas*. The above data also indicate that the distribution of health workers is uneven and

Temuan lapangan SMERU mengindikasikan bahwa meskipun jumlah tenaga medis yang ada di puskesmas saat ini lebih sedikit dari rasio ideal berdasarkan jumlah penduduk, namun jumlah tersebut diakui oleh responden (Kepala Puskesmas) telah memadai (Tabel 4). Namun, tidak dapat dipungkiri bahwa masih banyak puskesmas, terutama di wilayah terpencil, yang sangat kekurangan tenaga medis.

Setiap puskesmas rata-rata dilayani oleh dua orang dokter dan 12 bidan dan perawat. Berdasarkan temuan survei, jumlah tenaga medis bervariasi di antara sampel puskesmas, dan jumlahnya cenderung mengikuti pola nasional, yaitu wilayah perkotaan dilayani lebih banyak dokter, sementara di pedesaan lebih banyak bidan dan perawat. Tabel 4 memperlihatkan perbandingan jumlah tenaga medis dan pasien yang diperoleh dari wilayah sampel.

*Tabel 4 juga menunjukkan bahwa jumlah pasien di wilayah perkotaan lebih banyak di bandingkan dengan wilayah pedesaan, meskipun di wilayah perkotaan biasanya terdapat pelayanan kesehatan sekunder dan tersier, yaitu rumah sakit. Di wilayah pedesaan kebanyakan masyarakat memilih ke *pustu* dan *polindes* yang lokasinya dekat dengan rumah mereka. Kecuali di Bandung, setiap puskesmas dilayani oleh tidak kurang dari 2 dokter, yang terdiri dari dokter tetap (atau bisa kepala puskesmas) dan dokter PTT (Pegawai Tidak Tetap). Di Bandung, meskipun dokter gigi berpraktik di puskesmas, mereka dikelola oleh organisasi yang berbeda dan tidak dianggap sebagai staf tetap puskesmas.*

Table 4. The Ratio of Doctors, Nurses, and Midwives to the Number of Patients in the Sample Regions
Tabel 4. Jumlah Dokter, Perawat, dan Bidan terhadap Jumlah Pasien di Wilayah Sampel

Source/Sumber: Survey findings, SMERU, 2003/Hasil Survei SMERU, diolah

Note/Catatan: * Kabupaten are written in italics/Cetak miring adalah kabupaten.

** Some nurses and village midwives were also assigned alternately to *pustu* and *polindes*/
Perawat dan bidan bertugas di *pustu* dan *polindes* secara bergiliran.



Current data indicate that the number of health workers is still inadequate.

Data terakhir menunjukkan bahwa jumlah tenaga kesehatan masih belum memadai.

does not depend on the number of patients. The SMERU team found that most *puskesmas* heads are female, as is the case with most *puskesmas* staff. Male health workers usually work as public health officials or laboratory technicians.

Puskesmas open at 8:30 a.m. although some health workers arrive earlier, and close at 1:00 p.m., but often close earlier if there are no more patients. There are three kinds of *puskesmas* patients: general patients, insured patients, and social safety net (SSN) patients, who are the poorest. On average, *puskesmas* charge a fee of between Rp2,000 and Rp5,000 per patient (which covers the consultation and medication). The lowest fees were found in Kabupaten Magelang and Kota Pekanbaru (Rp2,000), while the highest were in Kabupaten Gowa and Lombok Tengah (Rp5,000). SSN patients receive free health services whereas insured patients pay a lower fee than general patients do, for example in Kota Surakarta, they were only charged Rp1,000. At the time the survey was carried out, these fees had increased from that of one or two years beforehand and presently *kabupaten/kota* governments are considering a further increase. Between 30% to 50% of the fees collected by some *puskesmas* are transferred to the respective local government, while the balance remains with the *puskesmas* to cover operational costs. ■ **Sri Kusumastuti Rahayu and Sri Budiwati**

REFERENCE/KEPUSTAKAAN:

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2003). *Rencana Strategis Pengembangan Kesehatan 2001-2004* [Strategic Plan for Health Development 2001-2004]. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2003) *Sistem Kesehatan Nasional* [National Health System]. Draft. Jakarta.
- Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2001) *Penyelenggaraan Puskesmas di Era Desentralisasi* [Puskesmas Management in the Era of Decentralization]. Jakarta.
- Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2001) *Profil Kesehatan Masyarakat* [Community Health Profile]. Jakarta.

Data tersebut juga mengindikasikan bahwa sebaran tenaga kesehatan tidak merata dan tidak bergantung pada jumlah pasien. Tim SMERU menemukan bahwa kebanyakan kepala *puskesmas* adalah perempuan, demikian juga sebagian besar stafnya. Petugas kesehatan laki-laki biasanya bekerja sebagai petugas kesehatan masyarakat dan staf laboran.

Meski petugas kesehatan telah hadir lebih awal, waktu pelayanan *puskesmas* di wilayah sampel biasanya dimulai pada pukul 8:30 dan tutup pada pukul 13:00. Akan tetapi, jika tidak ada lagi pasien yang datang, seringkali *puskesmas* ditutup lebih awal. Biasanya pasien yang dilayani terdiri dari tiga kategori, yaitu pasien umum, pasien asuransi, dan pasien JPS (Jaring Pengaman Sosial), biasanya keluarga termiskin. Rata-rata biaya pelayanan di *puskesmas* berkisar antara Rp2.000 sampai dengan Rp5.000 (sudah termasuk biaya pemeriksaan dan obat). Biaya termurah terdapat di Kabupaten Magelang dan Kota Pekanbaru dan termahal di Kabupaten Gowa dan Kabupaten Lombok Tengah. Pasien JPS mendapat pelayanan kesehatan gratis sedangkan pasien asuransi membayar lebih rendah dari pasien umum, misalnya di Kota Surakarta, hanya membayar Rp1.000. Saat survei dilakukan, biaya ini telah mengalami kenaikan dari biaya yang ditetapkan 1-2 tahun yang lalu dan saat ini sebagian pemerintah *kabupaten/kota* sedang mempertimbangkan akan menaikkan biaya ini. Antara 30% - 50% dana pelayanan yang diterima beberapa *puskesmas* disetorkan ke pemerintah daerah *kabupaten/kota* masing-masing, sementara selebihnya digunakan untuk biaya operasional *puskesmas*. ■

Direktur Kesehatan Komunitas, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2002) *Data Dasar Puskesmas Tahun 2002* [Basic Data on Puskesmas, 2002]. Draft. Jakarta.

Sekretariat Jenderal Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2002) *Rekapitulasi Jabatan Fungsional Unit Pusat dan Daerah di Lingkungan Departemen Kesehatan RI* [Recapitulating the Functional Positions of the Central and Regional Units in the Indonesian Department of Health]. Jakarta.

HEALTHY INDONESIA 2010 AS A JOINT EFFORT

Indonesia Sehat 2010 sebagai Upaya Bersama



Both the government and society are responsible for improving child health.

Pemerintah dan masyarakat bertanggung jawab atas peningkatan kesehatan anak.

In accordance with the "Healthy Indonesia 2010" program which was initiated in 1999, the government encouraged change in society's mind-set so that people would become more pro-active in approaching their health needs, by including communities in the health movement and in raising their own health funds. Thus, it is hoped that health problems do not just remain the responsibility of the government, but also become that of society as a whole.

A healthy environment, healthy behavior, and high quality health services are the three basic pillars of the "Healthy Indonesia 2010" program. The indicators of a healthy environment include clean air, the availability of clean water and adequate sanitation, housing and regional planning which take health issues into consideration, as well as the realization of mutual cooperation between community members. Healthy behavior is reflected by a proactive community attitude in improving and maintaining health, preventing disease, protecting oneself from the threat of disease, as well as taking an active role in the health movement. It is hoped that the health services provided are of a high quality, just, equally accessible and affordable for all members of communities. These three pillars have become the foundation in formulating the vision, mission and strategies, as well as the main guidelines for national development of the health sector.

Community involvement has actually been carried out by the government for a long time through the Village Community Health Development Program (PKMD). One of the activities is

Sesuai dengan program "Indonesia Sehat 2010" yang dicanangkan pada tahun 1999, pemerintah mendorong perubahan pola pikir masyarakat agar lebih proaktif dalam menyikapi kebutuhannya di bidang kesehatan, yaitu dengan mengikutsertakan masyarakat dalam gerakan sehat dan penghimpunan dana sehat. Dengan demikian, diharapkan masalah kesehatan tidak hanya menjadi tanggung jawab pemerintah, tetapi juga tanggung jawab seluruh masyarakat.

Lingkungan sehat, perilaku sehat, dan pelayanan kesehatan yang bermutu merupakan tiga tonggak dasar "Indonesia Sehat 2010". Indikator lingkungan sehat antara lain adalah bebas polusi, tersedianya air bersih dan sanitasi yang memadai, pemukiman dan perencanaan kawasan sehat, serta terwujudnya budaya gotong-royong antar anggota masyarakat. Perilaku sehat ditandai dengan sikap proaktif masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit, serta berperan aktif dalam gerakan sehat. Pelayanan kesehatan yang diberikan diharapkan bermutu, adil, merata dan terjangkau oleh seluruh masyarakat. Ketiga tonggak tersebut menjadi landasan dalam penyusunan visi, misi dan strategi serta sebagai petunjuk pokok pelaksanaan pembangunan nasional di bidang kesehatan.

Pelibatan masyarakat sebenarnya sejak lama telah dirintis oleh pemerintah melalui Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD). Salah satu kegiatannya adalah posyandu. Pelayanan kesehatan posyandu antara lain: pelayanan imunisasi, pelayanan kesehatan ibu dan anak, dan pelayanan KB yang melibatkan kader

the operation of *posyandu* (integrated community healthcare centers). Health services provided by *posyandu* include immunization services, health services for mothers and children, and family planning services which involve the PKK (a program at the village level to educate women on various aspects of family welfare) cadre and *puskesmas* officers. The concept of community involvement in the PKMD program aims to assist communities in health-related activities, as well as promote a transfer of skills and management so that communities are more independent in the health sector. In the era of regional autonomy, this concept has been further developed through the establishment of community representative organizations that show "concern" for health and which, in addition to functioning as "trustees", also assist in increasing the performance of *puskesmas* through the formation of Boards for the Concern of Community Health (BPKM) or *Puskesmas* Boards of Trustees (BPP).

BPKM or BPP are a form of cooperation between *puskesmas* and communities. As the partners of *puskesmas*, these organizations have a role as complaint units which receive complaints, criticism and suggestions from communities regarding health services and then relay them to *puskesmas*. BPP also seek for funds or local community resources to assist in funding health activities at *puskesmas* and in *kecamatan*. BPP are made up of selected prominent community figures who have shown concern for health issues. Community representatives and prominent figures are actively involved in the formulation of working plans for *puskesmas* and at the same time supervise the work of *puskesmas*. It is hoped that these organizations will become effective mediators in bridging the gap between community needs and *puskesmas* services. However, the concept of BPP has not yet received much attention. Out of 100 *puskesmas* surveyed by SMERU in 2002-2003 in 10 *kabupaten/kota*, the concept has only been applied in one *puskesmas* in Kabupaten Gowa, South Sulawesi.

Another concept developed by the regional governments in order to overcome the lack of funds in *puskesmas* is the JPKM program (a community health protection scheme). JPKM is a system of health funds and care which involves various parties (reflecting community involvement) through a pre-payment system. Law No. 23/1992 on Health, which is still in effect, states that the government has to develop, assist and emphasize community healthcare protection as a basis for the organization of healthcare

The increasingly large authority of the regional governments in managing *puskesmas* has not been supported by adequate funds.

Kewenangan pemerintah daerah semakin besar dalam mengelola *puskesmas* belum ditunjang dengan dana yang memadai.

PKK (dari unsur masyarakat) dan petugas *puskesmas*. Konsep pelibatan masyarakat dalam PKMD bertujuan untuk membantu masyarakat dalam kegiatan pelayanan kesehatan serta mendorong terjadinya alih keterampilan dan alih kelola agar masyarakat lebih mandiri di bidang kesehatan. Di era desentralisasi, konsep ini kemudian terus berkembang dengan terbentuknya lembaga perwakilan masyarakat "peduli" kesehatan, yang selain berfungsi sebagai "penyantun" sekaligus juga membantu meningkatkan kinerja *Puskesmas* dengan pembentukan Badan Peduli Kesehatan Masyarakat (BPKM) atau Badan Penyantun *Puskesmas* (BPP).

BPKM atau BPP merupakan bentuk kerja sama *puskesmas* dan masyarakat. Sebagai mitra *puskesmas*, lembaga ini berperan sebagai unit pengaduan yang menampung keluhan, kritik dan saran dari masyarakat tentang pelayanan kesehatan dan kemudian menyampaikannya kepada *puskesmas*. BPP juga turut serta menggali dana atau sumber daya masyarakat setempat untuk membantu mendanai kegiatan kesehatan di *puskesmas* dan di *kecamatan*. Anggota BPP terdiri dari tokoh masyarakat yang dipilih karena memiliki kepedulian terhadap kesehatan. Perwakilan dari masyarakat dan para tokohnya ikut terlibat aktif dalam penyusunan rencana kerja *puskesmas* sekaligus mengawasi kerja *puskesmas*. Diharapkan lembaga ini menjadi mediator yang efektif untuk menjembatani kebutuhan masyarakat dan pelayanan *puskesmas*. Namun sayang, konsep BPP belum banyak mendapat perhatian. Dari 100 *puskesmas* yang disurvei oleh SMERU pada tahun 2002-2003 di 10 *kabupaten/kota*, konsep ini baru diterapkan di satu *puskesmas* di Kabupaten Gowa, Sulawesi Selatan.

Konsep lain yang dikembangkan oleh pemerintah daerah untuk mengatasi keterbatasan dana di *puskesmas* adalah Program JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat). JPKM adalah bentuk pengembangan sistem pembiayaan dan pemeliharaan kesehatan dengan mengikutsertakan berbagai pihak (mencerminkan peranserta masyarakat) melalui sistem pra-bayar. UU No.23 tahun 1992 tentang Kesehatan, yang masih berlaku hingga saat ini, antara lain menegaskan bahwa pemerintah mengembangkan, membina dan mendorong jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat sebagai cara



where funding is raised collectively. In West Nusa Tenggara, this program is already in operation with a Rp1,000 fee/month which is paid a year in advance and is managed by former health officials under the name of Bapel (Board of Executors), which works along side *puskesmas*. Members of JPKM who fall sick have the right to obtain health services from a *puskesmas* doctor and five days treatment as an in-patient at a *puskesmas*. Unfortunately, the poor are unable to pay this premium, and as a result, only the wealthier groups in society can join the JPKM program.

A change in paradigm, to emphasize efforts to improve health (promotive approach) rather than cure illnesses (curative approach), still needs to be developed. This is intended so that people who are healthy can contribute more actively to health improvements. Regional governments should not rely on funds received from patients, but on taxes paid by healthy individuals. Policy formulation and the management of health services very much depend on the existence, capacity, as well as the readiness of the relevant institutions in the regions. Field observations indicate that there is a variation in the capabilities, willingness and readiness of the regions to formulate development policies and management in the health sector.

Puskesmas as the spearheads of health services in the regions and *kabupaten/kota* play an important role in ensuring a healthy community. In the era of decentralization, *puskesmas* independence has increased continuously through an expansion of their authority in the provision of infrastructure, including medical and non-medical equipment. This increase in authority has already made it possible for *puskesmas* to increase community potential, including collecting more funds to meet their needs. The central government through the Department of Health only has a role as motivator of national health developments, meanwhile the *kabupaten/kota* governments through local health offices hold a role as the organizers of health developments, which includes developing partnerships with the stakeholders and empowering all communities in the regions. ■ **Sri Budiayati**



yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang pembiayaannya di lakukan secara bersama. Di NTB program ini sudah berjalan melalui iuran Rp1.000 per bulan yang dibayar di muka untuk setahun dan dikelola oleh mantan petugas kesehatan dengan nama Bapel (Badan Pelaksana) yang bekerja sama dengan *puskesmas*. Anggota JPKM yang sakit berhak mendapat pelayanan pengobatan dari dokter *puskesmas* dan fasilitas rawat inap lima hari di *puskesmas*. Sayangnya, masyarakat miskin tidak mampu membayar premi ini, akibatnya mereka yang bisa bergabung dalam JPKM hanya terbatas pada golongan masyarakat mampu.

Perubahan paradigma yang kini lebih menekankan upaya peningkatan kesehatan (promotif) daripada penyembuhan penyakit (kuratif) juga masih perlu dikembangkan. Hal ini dimaksudkan agar mereka yang sehat bisa lebih berkontribusi aktif dalam pembangunan kesehatan. Pemerintah daerah, seharusnya tidak mengandalkan dana yang diterima dari pasien, tetapi dari pembayaran pajak masyarakat yang sehat. Perumusan kebijakan dan manajemen pelayanan kesehatan sangat tergantung pada keberadaan, kapasitas serta kesiapan institusi terkait di daerah. Keadaan di lapangan menunjukkan adanya variasi kemampuan, kemauan dan kesiapan daerah dalam merumuskan kebijakan dan manajemen pembangunan di bidang kesehatan.

Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan di daerah dan *kabupaten/kota* memainkan peranan penting untuk terciptanya masyarakat sehat. Di era desentralisasi, kemandirian *puskesmas* terus ditingkatkan melalui perluasan kewenangan dalam pengadaan sarana dan prasarana, termasuk peralatan dan perangkat medis maupun non-medis. Peningkatan wewenang tersebut telah memungkinkan *puskesmas* untuk menggerakkan potensi masyarakat, termasuk menghimpun dana lebih besar untuk memenuhi kebutuhannya. Pemerintah pusat melalui Departemen Kesehatan hanya berperan sebagai penggerak pembangunan kesehatan nasional, sementara pemerintah *kabupaten/kota* melalui Dinas Kesehatan berperan sebagai penyelenggara pembangunan kesehatan, antara lain mengembangkan kemitraan dengan berbagai pihak yang berkepentingan dan memberdayakan segenap potensi masyarakat di daerah. ■

Puskesmas are the spearheads of health services, however many are still poorly equipped and understaffed.

Puskesmas adalah ujung tombak pelayanan kesehatan, sayang banyak yang masih belum memadai dan tidak mempunyai staf cukup.

WHAT HAPPENED TO PUSKESMAS?

Apa yang Terjadi di Puskesmas?



As there are no waiting rooms, these patients wait for their turn outside.

Karena tidak tersedia ruang tunggu pasien menunggu gilirannya di luar.

The availability of health services is one factor which determines the degree of health in a community. One facility is the community healthcare center, or better known as *puskesmas*. The vision of *puskesmas* is to achieve healthy *kecamatan* through the provision of health services, in accordance with the existing local health issues and current national health problems (Directorate General for Community Health, 2000). Thus, it is hoped that *puskesmas* can serve as healthcare centers which are easily accessible by communities and able to provide proactive and responsive services.

Puskesmas are the tools of local governments at the *kabupaten/kota* level and are directly responsible to the head of a *kabupaten/kota* health office. In addition, *puskesmas* are also required to ensure cooperative and coordinated work relations with *kecamatan* offices, hospitals and communities. This cooperation is manifested in efforts to facilitate communities (with *kecamatan* officials), apply the referral system (with hospitals) and establish partnerships (with communities). This cooperation aims to position *puskesmas* within the national health system as the government's spearheads to improve community health.

Since the concept of *puskesmas* was introduced in 1968, their number has continued to increase. During the 1987-2002 period, for example, the number of *puskesmas* increased from 5,524 to 7,243. This increase does not include a number of other primary health facilities, such as *pustu* (secondary healthcare centers) which reached 21,256 in 2002, *pusling* (mobile healthcare clinics), *bides* (midwife) placements in villages and *posyandu* (integrated healthcare clinics). All of these are health facilities which support

Pelayanan kesehatan adalah salah satu faktor penentu derajat kesehatan masyarakat. Salah satu sarannya adalah Pusat Kesehatan Masyarakat atau sering dikenal puskesmas. Visi puskesmas secara umum adalah mewujudkan kecamatan sehat melalui pelayanan kesehatan yang sesuai dengan masalah kesehatan lokal yang ada, termasuk masalah kesehatan nasional yang sedang dihadapi (Ditjen Kesehatan Masyarakat, 2002). Dengan demikian, puskesmas diharapkan menjadi pusat pelayanan kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat dan mampu memberikan pelayanan proaktif dan responsif.

Puskesmas merupakan perangkat pemerintah daerah (pemda) di tingkat kabupaten/kota dan bertanggung jawab langsung kepada kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Di samping itu, puskesmas juga perlu menjalin hubungan kerja sama dan saling koordinasi dengan kantor kecamatan, rumah sakit dan masyarakat. Kerja sama tersebut antara lain terwujud dalam upaya memfasilitasi masyarakat (dengan pihak kecamatan), penerapan rujukan (dengan pihak rumah sakit) dan kemitraan (dengan masyarakat). Kerja sama tersebut bertujuan agar kedudukan puskesmas dalam sistem kesehatan nasional dapat berperan sebagai ujung tombak pemerintah dalam "menyehatkan" masyarakat.

Sejak konsep *puskesmas* diperkenalkan pada tahun 1968, jumlahnya terus bertambah. Selama periode 1987-2002, misalnya, jumlah *puskesmas* meningkat dari 5.524 menjadi 7.243. Peningkatan ini belum termasuk jumlah sarana kesehatan primer lainnya seperti *puskesmas pembantu (pustu)* yang mencapai 21.256 di tahun 2002, *puskesmas keliling (pusling)*, penempatan *bidan di desa (bides)*, dan kegiatan *pos pelayanan terpadu (posyandu)*. Kesemuanya merupakan sarana kesehatan penunjang *puskesmas* yang dijalankan pemerintah secara

puskesmas and are managed by the government in a comprehensive, hierarchical and integrated manner within the *puskesmas* system. This is possible because *puskesmas* have spread to almost all *kecamatan* in Indonesia and even to a number of densely populated *kelurahan*, such as in Jakarta.

There have been attempts to ensure that payments for health services at *puskesmas* are less expensive, so that they are affordable for the poor. The successes of the family planning program, complete immunization for children under five, and the attainment of better nutrition particularly for mothers and newborn babies are part of the hard work of health officials at the *puskesmas* level, including the work of village midwives and *posyandu* activities. During the economic crisis (1997/98), the poor were able to obtain free treatment at *puskesmas* through the health component of the Social Safety Net (SSN) program. At that time, *puskesmas* were the healthcare institutions that the government relied upon to implement the SSN program. On the one hand, *puskesmas* were confronted with problems relating to the limited personnel, infrastructure and facilities, but on the other hand, it was demanded of *puskesmas* to resolve all of the above challenges.

If we examine the regulations concerning their authority, *puskesmas* have actually been given a large opportunity to empower themselves. In 1987, a number of health matters were transferred to the *kabupaten* based upon Presidential Regulation No. 7/1987. According to this regulation, *puskesmas* were given the authority to plan, execute and evaluate their own programs, and also to find, raise and manage their own funds. Their authority continued to increase following the implementation of regional autonomy policies in 2000. This additional authority for *puskesmas* included the authority to seek funding sources and develop health programs as well as recruit health workers and procure the required medical and non-medical equipment. However, the increase in authority still needs to be supported by funds from the regional governments.



menyeluruh, berjenjang dan terpadu bersama *puskesmas*. Ini dapat dilakukan karena lokasi *puskesmas* tersebar di hampir semua *kecamatan* di Indonesia, bahkan di sebagian *kelurahan* yang berpenduduk sangat padat seperti Jakarta.



Biaya pelayanan kesehatan di *puskesmas* diupayakan lebih murah sehingga dapat dijangkau oleh masyarakat miskin. Keberhasilan program KB, imunisasi lengkap untuk balita, dan pencapaian gizi sehat terutama bagi ibu dan anak yang baru lahir tidak lepas dari upaya kerja keras tenaga kesehatan di tingkat *puskesmas*, antara lain kerja para bidan desa dan kegiatan *posyandu*. Di masa krisis ekonomi (1997/98), masyarakat miskin bisa memperoleh pengobatan gratis di *puskesmas* melalui program Jaring Pengaman Sosial (JPS) bidang kesehatan. Ketika itu, *puskesmas* merupakan lembaga pelayanan kesehatan yang paling diandalkan pemerintah untuk menjalankan program JPS. Di satu sisi, *puskesmas* dihadapkan pada masalah keterbatasan personel, sarana dan prasarana, namun di sisi lain, *puskesmas* juga dituntut untuk dapat “menjawab” semua tantangan tersebut.

Jika kita mencermati peraturan mengenai kewenangannya, *puskesmas* sesungguhnya memiliki kesempatan yang luas untuk memberdayakan dirinya. Sejak tahun 1987 sebagian urusan bidang kesehatan diserahkan ke daerah (*kabupaten*) berdasarkan PP No. 7 tahun 1987. Menurut peraturan tersebut, *puskesmas* berwenang menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, juga dalam hal mencari, menggali dan mengelola sumber pembiayaan sendiri. Kewenangannya semakin bertambah menyusul pemberlakuan kebijakan otonomi daerah pada tahun 2000. Tambahan kewenangan *puskesmas* tersebut antara lain kewenangan untuk mengupayakan sumber pembiayaan maupun mengembangkan upaya program kesehatan, serta pengadaan tenaga kesehatan, dan melengkapi peralatan medis dan non medis yang dibutuhkan. Kewenangan yang semakin besar tersebut masih perlu didukung oleh dana dari pemerintah daerah.

Do *puskesmas* staff get due recognition and adequate incentives for their dedication?

Apakah staf *puskesmas* menerima penghargaan dan insentif yang layak atas dedikasinya?



People in rural area are able to receive basic healthcare services at the secondary puskesmas (*pustu*).
*Masyarakat di desa dapat memperoleh pelayanan kesehatan dasar di puskesmas pembantu (*pustu*).*

Soon after the implementation of regional autonomy policy, budget allocations for *puskesmas*, which were previously directly distributed by the central government, began to be distributed by the local governments through the health office at the *kecamatan* level. The change in funding arrangements has had an impact on *puskesmas* because now they cannot manage their finances at their own discretion, particularly since the amount received is smaller. Such a case was observed in Kabupaten Lombok Barat (SMERU 2002). In 1999, each *puskesmas* in this *kabupaten* received Rp50 million per month, but in 2001 they only received Rp15 million per month. Since decentralization, *puskesmas* no longer have full authority to manage their own budgets like they used to because part of the allocations provided by the health office are now take the form of medical supplies and equipment, as well as stationery. This arrangement has posed difficulties for *puskesmas* in the case of emergency situations, for example, a disease outbreak in its working area that requires immediate decisions and actions. Moreover, *puskesmas* are now unable to make any adjustments or changes to their budget allocation to meet their own locally-specific needs.

In the last few years, there has been a tendency for budget allocations for health services at *kabupaten* level to decrease. Certainly, this will have an impact on the performance of *puskesmas* to improve the quality of their services and human resources as well as the available equipment. Although *puskesmas* have the authority to raise their own funds through consultation fees paid by patients, the socioeconomic conditions of the local community and the vision and mission of the *puskesmas* as healthcare providers have to be taken into consideration when setting fees.

Setelah penerapan kebijakan otonomi daerah, alokasi dana untuk *puskesmas* yang dulunya diterima langsung dari pemerintah pusat kini dialokasikan oleh pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan. Perubahan sumber dana ini berpengaruh terhadap keleluasaan *puskesmas* dalam mengelola anggarannya, apalagi karena dana tunai yang diterima saat ini jumlahnya kecil. Misalnya, hasil pengamatan SMERU di Kabupaten Lombok Barat (SMERU 2002) menunjukkan bahwa pada tahun 1999 setiap *puskesmas* di kabupaten tersebut menerima dana Rp50 juta per bulan, akan tetapi pada tahun 2001 hanya menerima Rp15 juta per tahun. Setelah otonomi daerah *puskesmas* tidak lagi dapat mengelola dananya secara penuh seperti dulu, karena sebagian dana dari Dinas Kesehatan diberikan dalam bentuk *supply obat, peralatan dan perlengkapan medis, serta alat tulis kantor*. Cara ini menyulitkan *puskesmas* pada saat menghadapi keadaan darurat, misalnya ketika terjadi wabah penyakit tertentu di wilayah kerjanya yang memerlukan keputusan dan tindakan cepat. Selain itu kini *puskesmas* juga tidak dapat melakukan penyesuaian atau perubahan dalam pengalokasian dana sesuai dengan kondisi nyata yang dihadapi.

Beberapa tahun terakhir ini ada kecenderungan alokasi dana kesehatan di kabupaten menurun. Hal ini tentunya akan berdampak pada kinerja *puskesmas*, baik dalam meningkatkan mutu pelayanan, mutu tenaga kesehatan maupun kelengkapan sarana. Meskipun *puskesmas* mempunyai kewenangan untuk menggali dana sendiri melalui biaya yang dibayar oleh pasien, namun harus mempertimbangkan kondisi sosial ekonomi masyarakat setempat serta visi dan misi *puskesmas* sebagai pelayanan dasar masyarakat ketika menentukan biaya pengobatan.



All members of the community need and have the right to adequate healthcare services.

Semua anggota masyarakat membutuhkan dan berhak menerima pelayanan kesehatan yang layak.

The above facts indicate that *puskesmas* have faced several obstacles, particularly since the implementation of regional autonomy policies. Budget allocations very much influence *puskesmas* performance, both staff performance and the quality of services, due to limited supporting facilities. Based on several monitoring results from the SMERU team in 1999, the role of doctors in providing medical services is still felt to be insufficient in all areas and patients are still more often seen to be by nurses or midwives. Complaints also point towards the type of medication obtained from *puskesmas*, that is generic medication, which is often thought to be less effective. The operational factors of *puskesmas* are often not in line with the routines of the poor. As people often work in the morning, many patients refuse to queue and wait for an extended period at *puskesmas*. This influences them in choosing to be treated at a private practice, even though the fee is higher (SMERU, 1999).

In order to overcome the problem of increasingly smaller budgets for *puskesmas* in the era of decentralization, the *kabupaten/kota* governments could increase local government revenue through hospital and *puskesmas* fees. However, there is concern that an increase in the fees for health services would not correspond to the increase in the quality of services, moreover it would oppose the aim of *puskesmas* as the closest and most affordable healthcare centers for communities. Indeed, it is neither an easy undertaking nor an easy choice! ■ **Sri Budiayati**

REFERENCES/KEPUSTAKAAN:

Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat. (2000) *Indonesia Sehat 2010 - Kesepakatan dan Rekomendasi Rapat Konsultasi Teknis Program Kesehatan Masyarakat se-Indonesia* [Healthy Indonesia 2010 - Agreements and Recommendations from the Technical Consultation Meeting on National Community Health Programs]. Jakarta, Departemen Kesehatan RI.

SMERU. (1999) *Dampak Krisis terhadap Perilaku Kesehatan Masyarakat dalam Pemanfaatan Puskesmas dan Posyandu di Kelurahan Cipinang Besar Utara* [The Impact of the Economic Crisis on Community Behavior in Utilizing *Puskesmas* and *Posyandu* in Kelurahan Cipinang Besar Utara]. Laporan. Jakarta.

Fakta di atas mengindikasikan beberapa kendala yang dihadapi *puskesmas* terutama pasca pemberlakuan otonomi daerah. Alokasi dana sangat mempengaruhi kinerja *puskesmas*, baik kinerja stafnya maupun mutu pelayanannya, akibat keterbatasan sarana penunjang kerja. Dari beberapa hasil pantauan tim SMERU pada tahun 1999, peran para dokter dalam memberikan pelayanan medis di semua wilayah dirasakan masih kurang, dan pasien lebih banyak dilayani oleh tenaga perawat atau bidan. Keluhan juga ditujukan pada jenis obat yang diperoleh dari *puskesmas*, yakni obat generik yang seringkali kurang dipercaya keampuhannya. Faktor teknis operasional *puskesmas* seringkali tidak seiring dengan rutinitas masyarakat miskin. Karena harus mencari nafkah di pagi hari, banyak pasien menolak untuk antri dan menunggu lama di *puskesmas*. Hal ini mendorong mereka untuk memilih berobat di tempat lain, meskipun biayanya lebih mahal (SMERU, 1999)

Untuk mengatasi masalah biaya operasional *puskesmas* di era desentralisasi yang semakin kecil, sebenarnya *kabupaten/kota* dapat meningkatkan PAD melalui retribusi rumah sakit dan *puskesmas*. Namun kenaikan tarif pelayanan kesehatan tersebut dikhawatirkan tidak sebanding dengan peningkatan mutu pelayanannya, apalagi memenuhi tujuan *puskesmas* sebagai pusat pelayanan kesehatan yang paling dekat dan terjangkau oleh masyarakat. Memang, ini bukan tugas atau pilihan yang mudah! ■

SMERU. (2002a) *Dampak Desentralisasi dan Otonomi Daerah atas Kinerja Pelayanan Publik: Kasus Kota Bandar Lampung* [The Impact of Decentralization and Regional Autonomy on the Performance of Public Services: The Case of Kota Bandar Lampung]. Laporan Penelitian. Jakarta.

SMERU. (2002b) *Dampak Desentralisasi dan Otonomi Daerah atas Kinerja Pelayanan Publik: Kasus Kabupaten Lombok Barat* [The Impact of Decentralization and Regional Autonomy on the Performance of Public Services: The Case of Kabupaten Lombok Barat]. Laporan Penelitian. Jakarta.

PUSKESMAS USERS' ACTIONS IN THE CASE OF A MEDICAL EMERGENCY

Tindakan Pengguna Puskesmas dalam Situasi Gawat Darurat



Puskesmas performance will affect the people's trust in the healthcare services provided.

Kinerja puskesmas akan mempengaruhi kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan.

There are not many studies that have been directed specifically at healthcare users in Indonesia. Most studies look at healthcare providers, such as the availability of doctors, the number of community healthcare centers, available beds, health budgets, and the characteristics of healthcare providers. Of those that look at users, the majority only describe their basic characteristics, such as age, sex, place of residence, and income level. Few studies have measured the detailed characteristics of healthcare users, such as their smoking habits or the type and frequency of exercise (Department of Health, 2002).

This article highlights the results of a small survey that asked a number of healthcare users what they would do in the event of an emergency. We believe this information is useful for healthcare providers and other stakeholders as an alternative performance indicator. Through the results of this survey, we were also able to obtain some indication of whether the choice to seek help from a *puskesmas* was influenced by a range of factors. These included status (regular patient, health insurance/ASKES holder, Social Safety Net health cardholder), level of education, *puskesmas* conditions, and the availability of private health services. Finally, we used the results as an indicator as to whether people would resort to the *puskesmas* in their village or not compared to other available health services.

Tidak banyak studi yang membahas secara khusus mengenai pengguna layanan kesehatan di Indonesia. Kebanyakan studi-studi itu difokuskan pada si pemberi layanan, misalnya ketersediaan dokter, jumlah *puskesmas*, tempat tidur yang tersedia, dana kesehatan, dan karakteristik pemberi layanan kesehatan. Dari studi yang membahas tentang pengguna fasilitas pelayanan kesehatan, kebanyakan studi tersebut hanya menjelaskan mengenai karakteristik dasar si pengguna, misalnya usia, jenis kelamin, tempat tinggal dan tingkat pendapatan. Hanya sedikit studi yang melakukan pengukuran karakteristik pengguna layanan kesehatan secara rinci, misalnya mengenai kebiasaan merokok atau jenis dan frekuensi berolah-raga mereka (Departemen Kesehatan, 2002).

Tulisan ini menyajikan hasil survei kecil yang mengajukan pertanyaan kepada sejumlah pengguna layanan kesehatan mengenai apa yang akan mereka lakukan ketika menghadapi situasi gawat darurat. Kami yakin informasi ini bermanfaat bagi para penyedia layanan kesehatan dan pihak yang berkepentingan lainnya sebagai indikator kinerja alternatif. Melalui hasil survei ini kami juga dapat memperoleh beberapa indikasi mengenai apakah pilihan masyarakat untuk mencari bantuan pengobatan dari *puskesmas* dipengaruhi sejumlah faktor. Faktor tersebut misalnya status (sebagai pasien tetap, pemegang kartu ASKES, penerima kartu sehat JPS), tingkat pendidikan, kondisi *puskesmas*, atau ada tidaknya layanan kesehatan swasta. Akhirnya, kami menggunakan hasil survei ini untuk melihat apakah masyarakat akan memanfaatkan *puskesmas* di desa mereka atau tidak jika dibanding dengan layanan kesehatan lainnya yang tersedia.

The study was carried out in February 2003 in 100 *puskesmas* in 10 *kabupaten* when the SMERU team was conducting research on health providers. The main question in this survey was, "What would you do if a family member was suffering from a high fever in the middle of the night?" and there were seven answers for the respondents to choose from. A total of 977 individuals, who were in the waiting rooms of the *puskesmas* included in the study, participated. Thus, the fact that these participants were already aware of public healthcare facilities has to be taken into consideration when looking at the results. Table 1 shows the overall responses, while Table 2 shows the more detailed results of the survey according to patient status, level of education, available *puskesmas* facilities, and the availability of private medical services.

Studi ini diadakan pada bulan Februari 2003 di 100 *puskesmas* yang tersebar di 10 *kabupaten* ketika Tim SMERU melakukan penelitian mengenai pemberi layanan kesehatan. Pertanyaan utama dalam survei ini adalah "Apa yang akan Anda lakukan jika seorang anggota keluarga menderita demam tinggi di tengah malam?" Untuk menjawab pertanyaan ini disediakan tujuh jawaban yang dapat dipilih oleh responden. Survei kecil ini diikuti oleh 977 responden yang pada saat itu sedang menunggu di ruang tunggu *puskesmas* yang sedang diteliti. Dengan demikian fakta bahwa responden sepenuhnya sadar mengenai adanya fasilitas umum penyedia layanan kesehatan harus dipertimbangkan ketika membahas hasil survei. Tabel 1 menunjukkan jawaban responden secara menyeluruh, sedang Tabel 2 menunjukkan hasil yang lebih rinci mengenai survei menurut status, tingkat pendidikan, fasilitas *puskesmas* yang tersedia dan ketersediaan layanan kesehatan oleh pihak swasta.

Table 1. What Would You Do in the Case of a Medical Emergency?
Tabel 1. Apa yang Akan Anda Lakukan Ketika Terjadi Situasi Gawat Darurat?

Options/ Pilihan	Frequency/ Frekuensi	Percent/ Persentase
Contact this <i>puskesmas</i> /Pergi ke <i>puskesmas</i> ini	110	11.26
Contact another <i>puskesmas</i> /public medical worker/ Pergi ke <i>puskesmas</i> /petugas medis umum lainnya	106	10.85
Go to a private doctor/nurse in the village/ Ke dokter/perawat swasta di desa	112	11.46
Go to a private doctor/nurse outside the village/ Ke dokter/perawat swasta di desa lain	44	4.50
Take no action/ Tidak melakukan apa-apa	519	53.12
Diagnose and treat the person oneself/ Mendiagnosa dan mengobati sendiri	79	8.09
Use traditional healing practices/ Menggunakan cara pengobatan tradisional	7	0.72
Total/Total	977	100.00

Overall, as shown in Table 1, the most popular option was to take no action (53%). The next most commonly chosen options were very close to each other and included "go to a private doctor/nurse in the village" (11.46%), "contact this *puskesmas*" (11.26%), and "contact another *puskesmas*/public medical worker" (10.85%). Meanwhile, around 8% of respondents chose "self-diagnosis", 4.5% chose "go to a private doctor/nurse outside the village", and less than 1% chose "traditional healing practices".

The results are worrying as more than half of the respondents chose to take no action. This could have been caused by the fact that high fever is a common illness and often not considered life threatening. Of course this could be incorrect, as high fever can be an early symptom of a serious illness. However, the results could also indicate that the majority of respondents have little confidence in the available medical services.

Secara keseluruhan, sebagaimana tampak dalam Tabel 1, tindakan terpopuler adalah tidak melakukan tindakan apapun (53%). Persentase tindakan berikutnya yang paling banyak diambil responden tidak terlalu berbeda antara satu sama lain, yaitu "ke dokter/perawat di desa" (11,46%), "pergi ke *puskesmas* ini" (11,26%) dan "menghubungi *puskesmas*/petugas medis umum lainnya" (10,85%). Sekitar 8% responden memilih untuk "mendiagnosa dan mengobati sendiri", 4,5% memilih "ke dokter/perawat di desa lain", dan kurang dari 1% memilih "menggunakan cara pengobatan tradisional"

Hasilnya agak mencemaskan karena lebih dari separuh responden memilih untuk tidak melakukan tindakan apapun. Hal ini mungkin dapat disebabkan oleh kenyataan bahwa demam tinggi adalah sakit biasa yang sering tidak dianggap sebagai sesuatu yang mengancam nyawa. Tentu saja anggapan ini bisa saja keliru karena demam tinggi mungkin adalah gejala awal suatu penyakit yang serius. Namun hasil studi ini juga bisa menunjukkan bahwa mayoritas responden tidak terlalu yakin mengenai pelayanan kesehatan yang ada.



Will these mothers choose to go to the *puskesmas* in their village when their children are sick?
 Apakah ibu-ibu ini memilih ke *puskesmas* di desanya ketika anak mereka sakit?

Among the remaining 47% of respondents who would do something in the case of a medical emergency, only around 22% would contact a *puskesmas*. This indicates a relatively low level of dependability on *puskesmas* in the case of a medical emergency, even among those who are already familiar with *puskesmas* services. To better understand why individuals chose a particular option, we have cross-tabulated the options people chose with their background in Table 2.

Several interesting findings can be observed here. For example, most respondents would still prefer to take no action, regardless of their characteristics. But, the second most popular action differs by classification. For those without any formal education or who had completed primary or junior high school, the second most popular choice was to contact the *puskesmas* which they were attending when they participated in the survey. Those with a senior high school education would prefer to go to a private medical practitioner, as was the case with those who had completed college or university. Traditional healing practices were very unpopular. None of the people in the higher education classification would use traditional healing practices, and only 2% of people without any education chose this action. Another interesting finding in relation to education levels was the self-diagnosis option. The highest proportion of respondents who chose this option were those with a college-level education. This could have been prompted by sufficient basic medical knowledge among the more educated respondents.

Di antara 47% responden yang melakukan tindakan ketika menghadapi situasi gawat darurat hanya 22% memilih menghubungi *puskesmas*. Angka ini menunjukkan bahwa tingkat ketergantungan masyarakat pada *puskesmas* relatif rendah ketika mereka menghadapi situasi gawat darurat, bahkan diantara mereka yang telah terbiasa dengan layanan yang diberikan oleh *puskesmas*. Agar dapat memahami dengan lebih baik mengapa seseorang memilih jawaban tertentu kami telah melakukan tabulasi silang pilihan jawaban responden berdasarkan latar belakang mereka seperti yang disajikan dalam Tabel 2.

Beberapa temuan menarik dapat dilihat dalam tabel ini. Misalnya, kebanyakan responden tetap memilih tidak mengambil tindakan apapun tanpa dilihat dari sisi karakteristiknya. Namun tindakan kedua yang banyak dipilih berbeda menurut spesifikasinya. Bagi mereka yang tidak berpendidikan formal apapun atau yang menyelesaikan pendidikan SD atau SLTP, pilihan kedua terpopuler adalah mengunjungi *puskesmas* yang didatangi ketika mereka ikut berpartisipasi sebagai responden survei ini. Responden dengan pendidikan SLTA memilih pergi ke dokter swasta, demikian juga mereka yang menyelesaikan pendidikan akademi atau perguruan tinggi. Penyembuhan dengan cara tradisional sangat tidak populer. Tak satupun responden yang masuk dalam kelompok berpendidikan perguruan tinggi memilih menggunakan cara pengobatan tradisional, dan hanya 2% responden tanpa pendidikan formal yang memilih cara pengobatan ini. Temuan menarik lainnya yang berkaitan dengan tingkat pendidikan adalah pilihan tindakan untuk mengobati sendiri. Proporsi tertinggi responden yang memilih jawaban ini adalah mereka yang berpendidikan perguruan tinggi. Ini mungkin disebabkan karena responden yang lebih berpendidikan sudah mempunyai pengetahuan dasar yang memadai mengenai masalah kesehatan.

Based on patient types, 11.4% of those who were regular patients would go to a private medical practitioner, which was the second highest choice for this type of patient. This makes sense because the fact that they are not covered by any of the medical insurance programs that are aimed at the poor means that they should be able to afford private medical services and might prefer them to *puskesmas* services. On the other hand, 24% of Social Safety Net (SSN) recipients would go to the *puskesmas* in the case of an emergency because their medical expenses would be paid by the government. Finally, the second most popular choice amongst ASKES holders was private medical services, perhaps because their health insurance would pay the medical bill.

Based on the availability of private health services in villages, 12% of respondents whose village had a private medical practitioner would use this service. This was the second highest choice after taking no action. For respondents who had no access to private medical services in their village, 40% would go to the *puskesmas*, another 40% would take no action, and only 8% would prefer to go to another village to seek the medical services of a private practitioner there.

Next, based on whether the *puskesmas* where researchers met the patients was a 24-hour *puskesmas* or not, the second highest option chosen by those who had no access to such a *puskesmas* was to go to a private doctor, which is not surprising. On the other hand, for those who had a 24-hour *puskesmas* in their village, the second most popular option was to contact another *puskesmas*, presumably one located in a neighboring village, which is surprising.



One of the mottos seen on a *puskesmas* sign read: Let's go to the Posyandu. Keep your babies healthy.

Salah satu motto di papan *puskesmas* adalah: Ayo ke Posyandu. Menjaga anak sehat tetap sehat.

Berdasarkan jenis pasien, 11,4% pasien tetap memilih berobat ke dokter swasta. Pilihan ini adalah pilihan kedua tertinggi dari pasien yang tergolong dalam kategori ini. Hal ini dapat diterima karena mereka tidak mempunyai asuransi kesehatan yang memang dirancang untuk kelompok miskin. Dengan demikian mereka dianggap mampu membiayai layanan kesehatan yang diberikan pihak swasta. Lagipula mereka mungkin lebih memilih layanan yang diberikan oleh pihak swasta daripada layanan *puskesmas*. Sebaliknya,



24% penerima bantuan JPS memilih mencari bantuan ke *puskesmas* ketika menghadapi situasi gawat darurat karena biaya pengobatannya ditanggung oleh pemerintah. Akhirnya, pilihan kedua yang paling populer di antara pemegang kartu ASKES adalah pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pihak swasta karena yang akan membayar biaya pengobatannya adalah penjamin asuransi kesehatan mereka.

Dilihat dari ketersediaan layanan kesehatan pihak swasta di desanya, 12% responden yang di desanya terdapat dokter swasta memilih pergi ke dokter swasta. Pilihan ini adalah pilihan kedua tertinggi setelah memilih untuk tidak melakukan tindakan apapun. Bagi responden yang tidak mempunyai akses terhadap layanan medis swasta di desanya, 40% memutuskan pergi ke *puskesmas*, selebihnya 40% memilih tidak melakukan apapun, dan hanya 8% memilih berobat ke desa lain untuk mencari layanan pengobatan dari dokter swasta di desa tersebut.

Selanjutnya, berdasarkan apakah *puskesmas* dimana mereka bertemu dengan peneliti lapangan survei ini adalah *puskesmas* yang buka 24 jam atau tidak pilihan tindakan kedua yang paling banyak dipilih oleh mereka yang mempunyai akses terhadap *puskesmas* yang buka 24 jam adalah berobat ke dokter swasta. Temuan ini cukup mengejutkan. Sebaliknya, bagi responden yang tidak mempunyai akses terhadap *puskesmas* yang buka 24 jam pilihan kedua yang paling populer adalah pergi ke *puskesmas* lain, biasanya *puskesmas* di desa tetangga.

Table 2. Actions Chosen by Respondents in the Case of an Emergency based on Several Classifications
Tabel 2. Tindakan yang Akan Diambil Responden Ketika Menghadapi Situasi Gawat Darurat Berdasarkan Beberapa Klasifikasi



Classification/Klasifikasi	Action (percent)/Tindakan (persen)			
	Contact this puskesmas/ Pergi ke puskesmas ini	Contact another puskesmas /public medical worker/ Pergi ke puskesmas/ petugas medik umum lainnya	Go to a private doctor or nurse in the village/ Ke dokter/perawat swasta di desa	Go to private doctor or nurse outside the village/ Ke dokter/perawat swasta di luar desa
Highest level of formal education/Tingkat pendidikan formal tertinggi				
None/Tidak sekolah	16.15	13.85	8.46	1.54
Primary school/SD	10.88	10.88	9.12	6.32
Junior high school/SLTP	13.2	9.14	11.68	3.55
Senior high school/SLTA	8.21	11.07	14.29	4.64
College or university/Akademi/perguruan tinggi	10.59	9.41	14.12	4.71
Type of patient/Jenis pasien				
Regular patient/Pasien Tetap	9.58	9.21	11.42	5.34
SSN cardholder/Pemegang Kartu JPS	24.24	15.15	6.06	3.64
ASKES cardholder/Pemegang Kartu ASKES	6.49	10.39	14.94	4.55
There is a private doctor/nurse in the village/Ada dokter/perawat swasta di desa				
Yes/Ya	8.44	10.8	12.26	4.5
No/Tidak	39.77	11.36	0	7.96
This puskesmas provides a 24-hour service/Puskesmas ini memberi layanan 24 jam				
Yes/Ya	15.2	18.71	5.85	2.34
No/Tidak	10.42	9.18	12.66	4.96
The puskesmas doctor was available on the last visit/Dokter puskesmas hadir ketika responden terakhir kali mengunjungi puskesmas				
Yes/Ya	15.26	10.37	13.11	3.91
No/Tidak	8.15	11.48	9.63	7.04
Do not remember/Tidak ingat	2.38	7.14	3.57	2.38
Action (percent)/Tindakan (persen)				
Classification/Klasifikasi		Diagnose and treat the individual oneself/ Mendiagnosa dan mengobati penderita sendiri	Use traditional healing practices/ Menggunakan pengobatan cara tradisional	No. 09: Jan-Mar/2004
		Take no action/ Tidak melakukan apapun		
Highest level of formal education/Tingkat pendidikan formal tertinggi				



Reliance on *puskesmas* is high in villages with no private practices.

Ketergantungan masyarakat terhadap puskesmas masih tinggi di desa-desa yang tidak mempunyai praktek swasta.

In determining whether respondents had had satisfactory or dissatisfactory experiences with *puskesmas* previously, researchers asked the respondents whether the *puskesmas* doctor had been available during their last visit. Where the doctor had been available, 15% of them would contact the same *puskesmas* in the event of a medical emergency, making it the second highest choice. For those where the doctor had been unavailable, the second highest choice was to go to another *puskesmas*. Only 8.15% would return to the same *puskesmas* where the doctor had been unavailable during their last visit. Of those who could not remember whether the doctor had been available or not, 73% would take no action, which is a remarkably high proportion. The second highest choice was self-diagnosis, while only 2.38% chose to contact the same *puskesmas*.

Finally, based on these findings, several important conclusions can be made. First, most people would choose to do nothing in the event of a medical emergency. Second, reliance on *puskesmas* is high in villages with no private practices. Third, more people prefer to be treated by private practitioners than to be treated at *puskesmas*. This is indicated by the fact that in places where there are private doctors 12% of respondents would go there and only 8% would prefer to seek help at the *puskesmas* where they were interviewed for the survey. Fourth, traditional healing practices are not popular in the case of an emergency. ■ **Daniel Suryadarma**

Untuk mencoba menggali informasi apakah responden pernah mempunyai pengalaman kurang menyenangkan atau pengalaman menyenangkan berkaitan dengan puskesmas, peneliti lapangan SMERU bertanya kepada responden apakah dokter puskesmas ada di tempat ketika responden yang bersangkutan ke puskesmas terakhir kali. Bagi mereka yang bertemu dengan dokter pada kunjungannya yang terakhir 15% responden menyatakan akan ke puskesmas jika menghadapi situasi gawat darurat. Dengan demikian pilihan ini adalah pilihan kedua yang paling banyak dipilih. Bagi responden yang tidak bertemu dengan dokter pada kunjungannya yang terakhir maka pilihan kedua yang tertinggi adalah pergi ke puskesmas lainnya. Hanya 8,15% responden bersedia kembali ke puskesmas yang sama yang dokternya tidak hadir ketika kunjungannya yang terakhir. Di antara mereka yang tidak ingat apakah dokter puskesmas hadir atau tidak, 73% memilih untuk tidak mengambil tindakan apapun. Sebenarnya ini adalah persentase yang sangat tinggi. Pilihan kedua tertinggi adalah mengambil tindakan untuk mengobati sendiri, sementara hanya 2,38% responden memilih pergi ke puskesmas.

Akhirnya, berdasarkan temuan-temuan ini, beberapa kesimpulan penting dapat ditarik. Pertama, kebanyakan responden memilih tidak mengambil tindakan apapun. Kedua, ketergantungan masyarakat terhadap puskesmas masih tinggi di desa-desa yang tidak mempunyai praktek swasta. Ketiga, lebih banyak responden memilih diobati oleh dokter swasta daripada berobat ke puskesmas. Ini terbukti dari fakta bahwa di tempat-tempat diaman terdapat praktek swasta 12% responden memilih pergi ke praktek swasta dan hanya 8% memilih ke puskesmas dimana mereka diwawancarai untuk survei ini. Keempat, cara pengobatan tradisional sudah tidak populer ketika masyarakat menghadapi situasi gawat darurat. ■



REFERENCE/REFERENSI:

Department Health of the Republic of Indonesia. (2002) *Profil Kesehatan Indonesia 2001*. Jakarta Government of Indonesia.

WHERE ARE THE DEMOGRAPHIC DETECTIVES?

Di Mana Detektif Demografi Kita?

Prof. Terence H. Hull*



Village maternity houses (*polindes*) are critical in reducing infant and maternal mortality rates.

Polindes (pondok bersalin desa) turut berjasa menekan angka kematian bayi dan ibu pada saat persalinan.

In the old days, before there was a family planning program or a five-year plan, it was easy to determine the fertility rate, or the maternal mortality rate, or even the population growth rate. In the absence of data from censuses or surveys, policy makers looked around them and said: "It's too high!" How high did not matter. Fertility was measured in terms of the huge numbers of kids running around villages. Maternal mortality was seen in the death of a friend or relative, and the tears of the husband and children left behind. Population growth was found in every difficulty of life - the traffic, the floods, and the long lines of children trying to get into school. Policies and programs can be justified by these realizations because no matter what the true numbers might be, the public wanted them to be reduced.

Now in Indonesia, policy makers and the public can no longer be satisfied with such complacency in the face of statistics. Thirty years of planning and effort to improve the lives of ordinary Indonesians have clearly had an impact, but people want to know how much of an impact, what caused the impact, and whether it was worth the investment of money and effort. These are the questions that justify the costs of large-scale efforts to collect and analyse data. Statistics Indonesia carries out censuses, Susenas, and Demographic and Health Surveys to measure the changes in demographic rates, and to see whether the rates today are satisfactory, or if there is a need for greater effort. This is particularly true in the case of reproductive health, where Indonesia's investments over the last thirty years have been huge, and reputedly successful.

Dulu sebelum kita mempunyai Program Keluarga Berencana (KB) atau Pembangunan Lima Tahun (Pelita), tidak sulit untuk menetapkan angka fertilitas, atau angka kematian ibu (AKI), atau bahkan tingkat pertumbuhan penduduk. Karena tak ada data sensus atau data survei, para penentu kebijakan hanya menduga-duga saja, kemudian berkata: "Angka ini terlalu tinggi!" Seberapa tinggi tidak jadi masalah. Tingkat fertilitas diukur dari jumlah anak-anak yang tampak berlarian di sekitar kampung-kampung. Kematian ibu karena melahirkan terungkap ketika seorang teman atau sanak keluarga meninggal, dan dari tetesan airmata suami serta anak-anak yang ditinggalkan. Pertumbuhan penduduk dapat dilihat di semua kesulitan hidup - kemacetan lalu-lintas, banjir, dan antrian panjang anak-anak yang berusaha masuk sekolah. Berbagai kebijakan dan program dapat dibenarkan oleh fakta-fakta yang berbicara itu. Apakah angka-angka itu benar atau tidak, masyarakat hanya ingin agar angka-angka itu diturunkan.

Di Indonesia saat ini para pembuat keputusan dan masyarakat umum tidak lagi dapat menerima ketidakpedulian terhadap angka statistik. Tiga puluh tahun perencanaan dan usaha keras untuk meningkatkan kehidupan rakyat Indonesia jelas telah ada hasilnya, namun masyarakat masih ingin mengetahui seberapa besar dampaknya, apa penyebab munculnya dampak, dan apakah dampaknya sebanding dengan investasi modal dan upaya yang telah dilakukan. Ini semua adalah pertanyaan yang memberi pembenaran atas dana yang telah dikeluarkan untuk melakukan upaya-upaya dalam skala besar untuk mengumpulkan dan menganalisis data. Badan Pusat Statistik (BPS)

It is important then to read the results of the latest Demographic and Health Survey (DHS). Carried out in 2002 and 2003 by Statistics Indonesia, in collaboration with the National Family Planning Coordinating Board (BKKBN), the Ministry of Health and ORC Macro (the technical advisor), this survey is the latest in a series that began in 1987 with the Indonesian Contraceptive Prevalence Survey. Over the years the survey has grown, both in terms of the number of topics covered and the size of the sample. Indonesians can be proud of the production of a report that the Head of BKKBN has called "monumental".

However, the numbers produced in the report have bothered many readers in Indonesia, and around the world. After a long period of concern about the impact of the economic crisis on reproductive health, the latest report throws up some stunning puzzles. Where the 2000 Census produced a fertility rate estimate of 2.34 births per woman for the end of the 1990s, the DHS 2002/3 counted 2.6 for the two years before the survey. Did fertility rise after the economy began to recover? In 1997, just on 57% of Indonesian women were using contraceptives. In 2002/3 this number had risen to 60%. Had the crisis not reduced the use of contraceptives? And why would fertility apparently rise when more women were using contraceptives?

For years, the maternal mortality rates and ratios have been bouncing around between 325 and 650, with experts arguing about the differences in methods and interpretation, and ordinary people scratching their heads and asking for proof of the value of the health programs. The DHS 2002/3 estimated the mortality rate at 307 mothers dying for every 100,000 live births. However, the experts now tell us that this apparently low estimate is not statistically different from any of the other DHS estimates over the last decade. This must be frustrating for all the program managers who have been hoping for proof that their efforts have been rewarded.



melakukan sensus, Susenas dan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) untuk mengukur perubahan-perubahan angka demografi dan untuk melihat apakah saat ini tingkatnya sudah memuaskan, atau apakah masih dibutuhkan upaya yang lebih besar lagi. Hal ini terutama tampak pada kasus kesehatan reproduksi di mana selama 30 tahun terakhir ini Pemerintah Indonesia telah menanam modal dalam jumlah besar dan hasilnya dinilai sukses.

Karena itu, hasil survei SDKI yang terakhir ini penting untuk dibaca. Survei SKDI yang dilakukan pada tahun 2002 dan 2003 oleh BPS bekerja sama dengan BKKBN, Departemen Kesehatan dan ORC Macro (penasehat teknis) ini adalah survei terakhir dari serangkaian survei yang dimulai pada tahun 1987 dengan Survei Prevalensi Kontrasepsi Indonesia. Selama ini survei SKDI telah berkembang, baik ditinjau dari jumlah cakupan topik maupun jumlah sampelnya. Indonesia boleh merasa bangga dengan dikeluarkannya laporan yang disebut oleh Kepala BKKBN sebagai "karya besar".

Namun, angka-angka dalam laporan itu telah mengusik perhatian banyak pembaca dan pengamat dari Indonesia maupun luar negeri. Setelah melewati satu periode panjang penuh kekhawatiran tentang dampak krisis ekonomi terhadap kesehatan reproduksi, laporan terakhir SDKI melontarkan sejumlah teka-teki menarik. Sensus Tahun 2000 memperkirakan angka fertilitas pada akhir tahun 1990-an adalah 2,34, sementara laporan SDKI 2002/03 menyebut angka kelahiran per perempuan selama dua tahun sebelum survei adalah 2,6. Apakah fertilitas penduduk naik setelah kondisi perekonomian mulai membaik? Pada tahun 1997 sekitar 57% perempuan Indonesia menggunakan alat kontrasepsi, namun Pada tahun 2002/3 persentasenya naik menjadi 60%. Apakah "krismon" tidak mengurangi penggunaan alat kontrasepsi? Dan mengapa angka fertilitas justru naik ketika jumlah perempuan yang menggunakan alat kontrasepsi lebih tinggi?

Selama bertahun-tahun angka dan rasio kematian ibu bergerak antara 325 dan 650. Para pakar berdebat mengenai perbedaan dalam metoda dan interpretasi yang digunakan, sementara orang awam menggaruk-garuk kepala mereka dan menuntut bukti manfaat dari program-program kesehatan yang sudah dilaksanakan. Laporan SDKI tahun 2002/03 memperkirakan Angka Kematian Ibu (AKI) 307 orang dalam setiap 100.000 kelahiran hidup. Tapi kini para pakar mengatakan kepada kita bahwa angka yang jelas adalah perkiraan rendah ini secara statistik tidak berbeda dengan angka perkiraan SDKI lainnya selama lebih dari sepuluh tahun terakhir. Tentu saja hal ini membingungkan semua manager program yang berharap adanya bukti bahwa semua upaya yang telah mereka lakukan telah membuahkan hasil.

Different efforts and programs are geared towards reducing infant and maternal mortality rates. Have they succeeded?

Berbagai upaya dan program ditujukan untuk menurunkan angka kematian bayi dan ibu. Apakah sejauh ini telah berhasil?



Was economy recovery responsible for increased fertility rate?
Apakah kondisi perekonomian yang membaik bertanggungjawab atas kenaikan angka fertilitas?

While the report does not say so, the estimates for infant mortality tell a similar story, that is no apparent decline over the last decade because the "confidence intervals" are so large.

When we look at the numbers produced by the DHS it is tempting to become cynical about the whole exercise. Who is to say that all these numbers are not simply nonsense? Should we rely on the "good" numbers that support our favourite programs, and trash the "bad" numbers that undermine our request for continuing budgets for interventions? People find it easy to be cynical nowadays, and the morning newspaper provides a lot of justification for doubt.

If we can suspend our tendency to jump to such dismissive conclusions, it is worth reflecting back on the inconsistencies and contradictions found in the DHS, and asking how they might be resolved. For instance, the fertility rate needs to be examined to see how different methods of estimation produce incomparable results. Behind the story of how the DHS found a fertility rate of 2.6 children where the Census found 2.3, there is a lesson for policymakers and planners, but they will not learn it on their own. They need somebody to assemble the clues, piece together the picture, and point the finger at the culprits. They need a detective.

Where are the Demographic Detectives in Indonesia? There are some outstanding population analysts in universities, government departments, and private consulting firms. They need to start investigating these "strange" results, and applying the tools of their trade to seek out some truth in the thickets of data. But just as Sherlock Holmes did not run around collecting clues at random, these analysts need to work on specific cases and produce specific solutions. Perhaps the strange case of rising fertility could be the first. Or maybe the maternal mortality rate - a bouncing ping-pong ball that never moves. Whatever the problems put to the detectives, we can only hope that they will be solved quickly. Indonesians are fed up with unresolved problems. ■

* Prof. Terence H. Hull is a Senior Fellow in the Demography and Sociology Program, Australian National University, Canberra, Australia

Sekalipun hasil survei SDKI tidak menyebutkan, perkiraan mengenai mortalitas bayi mengungkapkan temuan yang sama, yaitu tidak ada penurunan kematian bayi secara nyata selama sepuluh tahun terakhir ini karena "interval kepercayaan" nya sangat besar.

Jika kita melihat angka-angka laporan SDKI, kita sangat tergoda menjadi sinis mengenai semua upaya yang sudah dilakukan. Siapa yang berhak menilai bahwa semua angka-angka itu tidak hanya sekedar omong-kosong? Apakah kita harus mengandalkan pada angka-angka yang "sesuai dengan kepentingan" untuk mendukung program-program favorit kita, dan mengabaikan angka-angka yang "tidak mendukung" yang mengurangi kesempatan mengajukan permohonan bantuan dana lanjutan untuk melakukan intervensi? Masyarakat kini mudah menjadi sinis, apalagi koran pagi memberikan banyak alasan bagi kita untuk menjadi ragu.

Jika kita dapat menahan kecenderungan kita untuk langsung mengambil kesimpulan yang isinya menolak, perlu dipikirkan kembali tentang ketidakkonsistenan dan kontradiksi yang dapat ditemui dalam SDKI, dan bertanya bagaimana kedua hal ini dapat diatasi. Misalnya, tingkat fertilitas perlu dipelajari untuk melihat bagaimana metoda estimasi yang berbeda menghasilkan hasil yang tidak dapat saling diperbandingkan. Di balik cerita bagaimana SDKI mendapat angka tingkat fertilitas 2,6 anak sementara hasil Sensus menunjukkan angka 2,3 ada suatu pelajaran bagi para pembuat keputusan dan para perencana, namun mereka tidak akan belajar dari dirinya sendiri. Mereka membutuhkan seseorang untuk menghimpun sejumlah petunjuk, menyatukan serpihan-serpihan gambar, dan menunjukkan siapa "biang kerok"nya. Mereka membutuhkan seorang detektif.

Di mana para detektif demografi di Indonesia? Ada sejumlah analis kependudukan ternama di universitas, departemen pemerintah, dan konsultan swasta. Mereka harus mulai menyelidiki hasil angka-angka yang "aneh" itu, dan menerapkan perangkat ilmunya untuk mencari kebenaran dari setumpuk data itu. Namun seperti halnya Sherlock Holmes tidak lari kian-kemari mencari petunjuk secara acak, para analis itu harus meneliti kasus-kasus tertentu dan menghasilkan jalan keluar tertentu pula. Mungkin kasus aneh tentang angka tingkat fertilitas yang meningkat ini dapat menjadi kasus pertama. Atau, mungkin tentang Angka Kematian Ibu - bola ping-pong yang melambung di tempat. Apapun masalah yang dibawa ke para detektif ini, kita hanya bisa berharap bahwa masalah itu dapat segera diatasi. Rakyat Indonesia sudah jemu menghadapi berbagai masalah yang tak kunjung diatasi. ■

* Prof. Terence H. Hull adalah peneliti dan pengajar di Program Demografi dan Sosiologi, Australian National University, Canberra, Australia.

ADVOCATING AIDS IN INDONESIA: A PERSONAL COMMITMENT

Memberikan Advokasi AIDS di Indonesia: Sebuah Komitmen Pribadi

Baby Jim Aditya*

HIV/Aids awareness for Pantura Route truck drivers.
*Penyadaran mengenai HIV/AIDS untuk para supir truk
Jalur Pantura.*



www.babyjimaditya.com

HIV (Human Immunodeficiency Virus) transmission occurs every second throughout the world. It is estimated that 8,000 people around the world die each day due to AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) related diseases. This means that every 10 seconds a person dies due to an AIDS related disorder (UNAIDS, 2003). Although official data published by the Department of Health (Depkes) states that since 1987 there have only been approximately 4,000 cumulative cases of HIV/AIDS, an epidemiological study predicts that the current number of HIV/AIDS cases in Indonesia reaches around 130,000-150,000 cases (WHO, 2003). Another estimation by Dr. Syamsu Rizal concludes that the number of Indonesians infected by HIV/AIDS has reached 500,000. According to Depkes (2003), around 70% of those infected are in the productive age group that is those between 15 and 29 years, and that there are 12-19 million people in Indonesia at high risk of being infected with HIV/AIDS.

HIV/AIDS issues appear so remote from our day to day problems, while in fact they have a lot to do with our everyday life, particularly because they are strongly related to human behavior. Indonesians tend to be discreet about sex and because of this, there is lack of knowledge about the consequences of having unsafe sex. Therefore, it is crucial to provide education and information regarding HIV/AIDS for high-risk groups. Since the early 1980s, I have been involved with both, particularly in providing information for sex workers in a number of areas in Jakarta and for the clients of sex workers (it is estimated that there are 6.9 – 9.6 million sex workers' clients each year in Indonesia, Department of Health, 2002). For homosexuals and bisexuals, I hold informal meetings in private homes where they usually get together. Similar education and information is also extended to the Pantura (Northern Coastal) Route truck drivers, transvestites, as well as prisoners and detainees in Jakarta.

Penularan HIV (Human Immunodeficiency Virus) terjadi setiap detik di seluruh dunia. Diperkirakan di seluruh dunia 8.000 orang meninggal setiap hari akibat penyakit-penyakit terkait AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome). Artinya, setiap 10 detik ada satu orang meninggal karena penyakit terkait AIDS (UNAIDS, 2003). Walaupun data resmi Departemen Kesehatan RI menyebut bahwa sejak tahun 1987 jumlah kasus kumulatif HIV/AIDS hanya sekitar 4.000 kasus, namun sebuah studi epidemiologi memprediksi bahwa jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia saat ini sudah mencapai sekitar 130.000-150.000 kasus (WHO, 2003). Perkiraan lain oleh Dr. Syamsu Rizal menyebutkan bahwa jumlah penduduk Indonesia yang terinfeksi HIV/AIDS telah mencapai 500.000 orang. Menurut Depkes (2003) sekitar 70% jumlah kasus infeksi HIV/AIDS tersebut terjadi pada kalangan usia produktif, yaitu usia 15-29 tahun, dan penduduk yang berisiko tinggi terkena HIV/AIDS tercatat 12 juta-19 juta orang.

Isu HIV/AIDS seolah-olah jauh dari persoalan kita sehari-hari, padahal sebenarnya masalah ini dekat sekali dengan kita, terutama karena berkaitan erat dengan perilaku manusia. Masyarakat Indonesia cenderung tertutup mengenai hal yang berkaitan dengan masalah seks menyebabkan kita tidak memahami risiko dari hubungan seks tidak aman. Oleh karena itu, pendidikan dan penyuluhan mengenai HIV/AIDS di kalangan mereka yang perilakunya berisiko tinggi merupakan upaya penting yang harus dilakukan. Sejak awal tahun 1980-an, penulis telah melakukan kedua upaya tersebut untuk para pekerja seks di berbagai lokasi di Jakarta dan untuk kalangan pelanggan pekerja seks (diperkirakan di Indonesia jumlahnya antara 6,9 – 9,6 juta orang pelanggan pertahun, Menkes, 2002). Untuk kalangan homoseksual dan biseksual, misalnya, penulis mengadakan pertemuan-pertemuan informal di rumah-rumah tempat mereka biasa berkumpul. Pendidikan dan penyuluhan ini juga diberikan pada para supir truk Jalur Pantura, waria, serta narapidana dan tahanan di Jakarta.

Because gender inequality still exists, advocacy efforts to educate and raise awareness about HIV/AIDS are also aimed at housewives, another group identified as being vulnerable to HIV/AIDS infection. In a society that tends to tolerate the infidelity of the husbands and men, women and the unborn become vulnerable to HIV/AIDS. Just as important is education and information for secondary school students and teenagers in general. Young people are very vulnerable to HIV/AIDS infection due to their lack of knowledge about sex and the danger of using injected drugs.

Obviously we also need to help and support AIDS patients in hospitals. In general, they face financial difficulties during treatment and therefore, raising funds and contributing medication is also a part of my advocacy work. In addition, information and education concerning HIV/AIDS are also provided to health workers given the fact that hospitals have sometimes refused to accept AIDS patients.

Efforts to promote understanding and awareness of HIV/AIDS issues are also carried out in collaboration with various NGOs. These NGOs conduct training for volunteers and counselors who assist people living with AIDS and their families. Because many people still associate AIDS with sin, families of people with AIDS tend to conceal the fact that a family member is an AIDS patient. The social stigma attached to people infected with AIDS is one major obstacle in dealing with and advocating AIDS.

In 2002, I established Yayasan Klub Partisipasi Kemanusiaan (Partisan Club) in order to continue my advocacy work on AIDS. Besides focusing on AIDS, this foundation also focuses on issues concerning reproductive health, sexuality, and gender. ■

* Baby Jim Aditya is an AIDS activist and the head of Klub Partisipasi Kemanusiaan (Partisan Club). In early March 2004, she was awarded the ANTV Woman of the Year Award in the social field.

Mengingat masih adanya ketidaksetaraan gender dalam masyarakat, maka upaya-upaya pemahaman dan penyadaran juga ditujukan pada ibu rumah tangga sebagai kelompok yang menjadi rentan terinfeksi HIV/AIDS. Dalam masyarakat yang cenderung memberi toleransi terhadap perilaku tidak setia suami/laki-laki, maka kaum perempuan dan calon bayi menjadi rentan tertular penyakit HIV/AIDS. Tak kalah penting adalah pendidikan dan penyuluhan bagi para pelajar di berbagai sekolah dan kalangan remaja secara umum. Kalangan muda merupakan kelompok yang sangat rentan HIV/AIDS akibat kurangnya pengetahuan mereka mengenai seks dan bahaya penggunaan narkoba suntik.

Tentu saja bantuan dan dukungan bagi pasien AIDS yang sudah dirawat di rumah sakit juga diperlukan. Mereka umumnya menghadapi kesulitan dana untuk menjalani pengobatan, karena itu upaya advokasi yang dilakukan penulis termasuk mencari sumbangan dana dan obat-obatan. Di samping itu, penulis juga memberikan penyuluhan dan pemahaman mengenai HIV/AIDS kepada tenaga kesehatan karena penolakan rumah sakit untuk menerima mereka yang mengidap AIDS juga merupakan masalah yang sering terjadi.

Upaya pemahaman dan penyadaran mengenai isu HIV/AIDS juga dilakukan bekerja sama dengan berbagai LSM. Para LSM ini mengadakan pelatihan relawan dan konsuler untuk mendampingi mereka yang hidup dengan AIDS dan keluarganya. Karena masih banyak orang yang mengkaitkan AIDS dengan dosa, maka keluarga sering menutupi jika ada anggotanya yang menjadi pasien AIDS. Stigma masyarakat terhadap pengidap AIDS menjadi kendala besar dalam upaya advokasi dan penanganan masalah AIDS.

Pada tahun 2002 penulis mendirikan Yayasan Klub Partisipasi Kemanusiaan (Partisan Club) sebagai wadah untuk melanjutkan kegiatan advokasi mengenai AIDS. Selain memfokuskan kepedulian terhadap masalah AIDS, yayasan ini juga memberi perhatian pada isu-isu kesehatan reproduksi, seksualitas, dan gender. ■

* Baby Jim Aditya adalah aktivis masalah-masalah terkait AIDS dan Ketua Klub Partisipasi Kemanusiaan (Partisan Club). Pada awal bulan Maret, ia memperoleh penghargaan ANTV Woman of the Year untuk bidang sosial.

SMERU
PUBLICATIONS



Coming Up / Akan Datang

- Working Paper. When Teachers are Absent: Where Do they Go and What is the Impact on the Students?," April 2004. (English and Indonesian). *Kertas Kerja. "Ketika Guru Absen: Ke Mana Mereka dan Bagaimana Murid?,"* April, 2004. (Bahasa Inggris dan Indonesia).

- Field Report. "Education Budget Allocation in the Regional Autonomy Era: Its Implication on the Management of Primary Education Services," April 2004 (Indonesian). *Laporan Lapangan. "Alokasi Anggaran Pendidikan di Era Otonomi Daerah: Implikasinya terhadap Pengelolaan Pelayanan Pendidikan Dasar,"* April, 2004. (Bahasa Indonesia).
- Research Report. "A Consolidation of Participatory Poverty Assessments in Indonesia" (English and Indonesian). *Laporan Penelitian. "Konsolidasi Kajian Kemiskinan Partisipatoris di Indonesia"* (Bahasa Inggris dan Indonesia).

New Report

**Governance and Poverty Reduction:
Evidence from Newly Decentralized Indonesia**
**Tata Kelola Pemerintahan dan Penanggulangan
Kemiskinan: Bukti-bukti Awal Desentralisasi di Indonesia**

Sudarno Sumarto, Asep Suryahadi, Alex Arifianto
The SMERU Research Institute

March 2004/Maret 2004



ABSTRACT

This study is the first attempt to systematically examine the impact of bad governance practices in Indonesia on poverty reduction. Indonesia is a country that has endured bad governance for a long period, but has also sustained significant poverty reduction. Prior to the onset of the economic crisis in mid 1997, the problem of bad governance in Indonesia was apparent but mostly ignored because it was compensated for by high economic growth. The advent of the economic crisis, however, has highlighted the seriousness of the problem. This study focuses on the impact of bad governance on the poor, the people who are most vulnerable to the impact of bad governance. By assembling scattered anecdotal evidence on how past and current practices of bad governance in Indonesia have hurt the poor, this study shows that the adverse impact of bad governance on the poor is real, systematically affects many people, and undermines the efforts to reduce poverty in the country. More systematic evidence on how bad governance affects poverty reduction indicates that regions that practice better governance indeed experience faster poverty reduction and vice versa.

ABSTRAK

Studi ini merupakan upaya pertama untuk menguji secara sistematis dampak praktek-praktek buruk tata kelola pemerintahan di Indonesia terhadap upaya penanggulangan kemiskinan. Indonesia telah lama mengalami tata kelola pemerintahan yang buruk, tetapi juga telah berhasil mengurangi kemiskinan dalam jumlah besar. Sebelum terjadinya krisis ekonomi mulai pertengahan tahun 1997, masalah tata kelola pemerintahan yang buruk di Indonesia sudah terlihat jelas tetapi diabaikan oleh kebanyakan orang karena terkompensasi dengan tingginya pertumbuhan ekonomi. Akan tetapi, timbulnya krisis ekonomi memperjelas keseriusan masalah ini. Fokus studi ini adalah melihat dampak tata kelola pemerintahan yang buruk terhadap orang miskin, yaitu kelompok yang sangat rentan terhadap dampak tata kelola pemerintahan yang buruk. Dengan menghimpun berbagai bukti anekdot dari berbagai sumber mengenai bagaimana praktek-praktek tata kelola pemerintahan yang buruk di Indonesia telah merugikan orang miskin, studi ini menunjukkan bahwa dampak negatif tata kelola pemerintahan yang buruk adalah nyata, secara sistematis mempengaruhi banyak orang, dan menghambat upaya-upaya penanggulangan kemiskinan. Selanjutnya bukti-bukti yang disusun secara lebih sistematis mengenai bagaimana pelaksanaan tata kelola pemerintahan yang buruk mempengaruhi upaya penanggulangan kemiskinan menunjukkan bahwa daerah-daerah yang melaksanakan tata kelola pemerintahan dengan lebih baik cenderung mengalami pengurangan kemiskinan yang lebih cepat dan demikian pula sebaliknya.

PDF versions available at <http://www.smeru.or.id>