

BAGIAN 4

Pelaku Politik, *Stakeholders* Desentralisasi dan Skenario Masa Depan

Pengantar

Kebijakan desentralisasi kesehatan terkait dengan peranan para pemegang kekuasaan di pemerintah pusat dan daerah. Pemegang kekuasaan mempunyai pengaruh dalam alokasi anggaran dan pengaruh politik yang merupakan magnet untuk direbutkan. Bagian 4 sebagai penutup buku ini, berusaha melihat kebijakan desentralisasi dari aspek pelaku pemegang kekuasaan di pusat dan daerah dan hubungannya dengan pembangunan sektor kesehatan. Di Bab 1, beberapa kasus mengenai kebijakan kesehatan di berbagai daerah dibahas dalam konteks kekuasaan. Berbagai penafsiran pejabat pemda tentang sektor kesehatan dalam suasana desentralisasi merupakan hal menarik untuk dipelajari. Penafsiran terhadap peran pemda di sektor kesehatan memang bersifat individual, tergantung latar belakang dan ciri pengambil keputusan. Oleh karena itu, diramalkan wajah sistem kesehatan di Indonesia memang akan bervariasi dalam era desentralisasi. Apakah hal ini baik atau buruk? Pertanyaan ini merupakan tantangan kebijakan desentralisasi. Bagaimana dalam suasana daerah yang berbeda, tetap mempunyai standar yang sama secara nasional.

Bab kedua bagian ini membahas analisis stakeholder dan berbagai kemungkinan skenario yang mungkin terjadi dalam

pelaksanaan kebijakan desentralisasi di sektor kesehatan. Sebagai sebuah kebijakan publik, penerimaan oleh berbagai pihak tentunya bervariasi. Ada yang bersemangat menjalankan, bahkan terlalu bersemangat, namun ada yang sebaliknya bahkan cenderung menolak. Bagian ini membahas analisis tren yang berupa perkembangan undang-undang dan hukum, serta pendapat berbagai kelompok (*stakeholders*) di sektor kesehatan dalam menyikapi kebijakan desentralisasi. Peran pemimpin politik, hubungan lintas sektor, hubungan antar lembaga kesehatan, dan bagaimana penerapan kebijakan desentralisasi kesehatan di propinsi dan kabupaten akan dibahas.

Sebagai penutup, kajian mengenai skenario tentang pelaksanaan kebijakan desentralisasi akan dibahas. Sesuai dengan pendekatan berbasis skenario, masa depan pelaksanaan kebijakan desentralisasi masih belum pasti. Bab ini membahas ketidakpastian ini, mulai dari pelaksanaan desentralisasi sepenuh hati, setengah hati, sampai ke kemungkinan terjadi resentralisasi di sektor kesehatan.

BAB 4.1**Politik Daerah dan Program Kesehatan
di Masa Desentralisasi**Mubasysyir Hasanbasri

Pengantar

Desentralisasi adalah fenomena daerah. Daerah diberi kesempatan untuk membangun pola kerja yang berbasis *stakeholder* lokal dan kapasitas mereka. Kita sudah terbiasa dengan biaya dari pusat dan program yang bercirikan nasional. Daerah berperan sebagai pelaksana. Desentralisasi dibuat agar *stakeholder* lokal menjadi pemain dalam komunitas kebijakan dan program. Desentralisasi mengharapkan daerah lebih mampu mengendalikan kegiatan sehingga ia lebih cocok dengan masalah di daerah. Meskipun beberapa porsi kegiatan dikendalikan oleh pusat, peran pengawasan dari daerah adalah utama. Bukti lapangan menunjukkan bahwa perhatian dan solusi daerah terhadap masalah-masalah kesehatan masih sangat bervariasi.

Desentralisasi menumbuhkan kreativitas daerah untuk membangun daerah masing-masing. Komitmen politik daerah sangat tergantung pada koalisi *stakeholder* yang mampu menggerakkan arah kebijakan yang sesuai dengan prioritas daerah. Apakah kekhawatiran dengan pemda betul? Pengamat kebijakan desentralisasi kesehatan biasanya khawatir terhadap *gap* antara kebijakan tertulis dari pemerintah pusat dan implementasinya oleh pemda. Mereka takut jika

desentralisasi kesehatan tidak disertai kemauan dan kemampuan politik pemda, pelayanan kesehatan bisa lebih buruk daripada keadaan sebelum otonomi daerah. Kekhawatiran ini mendorong departemen kesehatan turun tangan lebih kuat mengendalikan program kesehatan di daerah¹.

Program kesehatan di masa otonomi daerah sekarang ini memperlihatkan beberapa fenomena keuangan dan politik. Yang pertama, dana lokal makin besar untuk kesehatan. Jika dana berasal dari pusat, ia lebih diminta dalam bentuk *block grant* daripada wujud paket program jadi. Otonomi memberi kesempatan pemda membangun kegiatan dengan spesifikasi daerah. Kedua, kebijakan dan program kesehatan lebih spesifik daerah dibandingkan paket program nasional pemerintah. Kedua hal ini mencerminkan dinamika dari komunitas kebijakan lokal.

Agenda kebijakan

Agenda kebijakan kesehatan mendapat perhatian banyak dari peneliti politik kesehatan². Kingdon berpendapat ada tiga domain pemikiran yang mempengaruhi kemunculan kebijakan dalam masyarakat³. *Stream* masalah mengacu pada bagaimana orang memahami dan mengangkat prioritas dari banyak masalah. Masyarakat mendefinisikan masalah-masalah itu dan menjadi agenda

¹ Hasanbasri, M. (2005). Dinas Kesehatan di Era Otonomi Daerah: Menguat atau Mengkhawatirkan? Buletin Desentralisasi Kesehatan 3(3)

² Shiffman J., Stanton C., Salazar AP. (2004). *The Emergence of Political Priority for Safe Motherhood in Honduras*. Health Policy and Planning 19(6): 380-90.

³ Kingdon, J. (2003). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2nd edition., Longman. New York

mereka. *Stream* kebijakan mengacu pada pilihan-pilihan intervensi yang bisa dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah. Ilmuwan dan birokrat berurusan dengan alternatif strategi dan membahas mana yang lebih efisien, yang lebih efektif, atau yang lebih efisien dan efektif. Pengalaman kebijakan sebelumnya dan pengalaman antar negara biasanya merupakan pelajaran bagi orang yang peduli dengan *stream* kebijakan. *Stream* politik mengacu pada bagaimana masyarakat beradu memanfaatkan kekuasaan yang mereka miliki. *Stream* politik ditandai peristiwa seperti pemilihan kepala daerah dan wakil masyarakat yang duduk di lembaga perwakilan, kampanye partai, dan perilaku politisi selama mereka menduduki kekuasaan pada lembaga masyarakat. Ketiga *stream* ini ada berdiri sendiri-sendiri. Sebuah kebijakan muncul jika ketiga *stream* ini bertemu. Tidak ada yang bisa memprediksi seperti apa situasi dan kondisi yang memunculkan sebuah kebijakan. Kingdon⁹¹ menggambarkan kemunculan kebijakan sebagai sesuatu yang sulit diramalkan. Kesulitan itu digambarkan seperti seolah-olah kita berurusan dengan keranjang sampah (*garbage can*). Isu-isu dari masalah, kebijakan, dan politik seolah-olah semuanya berada dalam keranjang itu. Istilah keranjang sampah itu mencerminkan proses kemunculan kebijakan itu sangat tidak ideal seperti yang digambarkan dalam tahap-tahap pengembangan kebijakan yang dapat diprediksi dan dikelola. Jauh dari situasi dan kondisi yang ideal, sebuah kebijakan digambarkan seolah kita merogoh barang yang sudah berada dalam sebuah keranjang sampah. Pemunculan dan proses pembuatan kebijakan dalam *model keranjang sampah* Kingdon⁹¹ ini menekankan bahwa

masalah dan opsi kebijakan untuk mengatasi masalah itu tidak cukup. Meski masalah dan kebijakan pemecahannya sudah tersedia, proses kebijakan makin sulit dikendalikan ketika peristiwa-peristiwa politik berjalan dengan sangat dinamis.

Konsep komunitas kebijakan mengacu pada sekelompok orang atau lembaga yang memiliki kepentingan dari sebuah kebijakan. Komunitas kebijakan terdiri dari pihak-pihak pendukung dan penentang. Dalam konsep ini, kebijakan merupakan kemenangan atau negosiasi dari aktor-aktor dalam komunitas. Komunitas kebijakan sangat dinamis. Ia berubah cepat sesuai dinamika dari anggota komunitas. Anggota bisa mempengaruhi anggota lain agar bergabung pada salah satu kelompok dan memenangkan peperangan kekuatan politik. Anggota-anggota yang menolak berpartisipasi dan penentang kebijakan bisa berubah menjadi pendukung karena memahami pertimbangan kekuatan dan kepentingan yang berubah. Sebaliknya, anggota pendukung bisa berubah netral atau penolak. Anggota komunitas bisa berganti-ganti keluar dan masuk. Jika keluar, kekuatan salah satu kelompok bisa berkurang. Aktor yang baru datang bisa menguatkan kelompok dalam komunitas. Anggota komunitas kebijakan yang aktif dan proaktif mengikuti perkembangan kebijakan lebih intensif daripada yang lain. Anggota yang menolak berpartisipasi bisa berarti memberi kesempatan orang lain memenangi pengambilan keputusan.

Yang penting dalam komunitas kebijakan adalah ia merupakan ajang pertarungan kepentingan. Kabupaten dalam era otonomi memiliki komunitas kebijakan dengan pihak-pihak yang mewakili

kepentingan masyarakat dan kelompok. Menjadi penguasa diperebutkan oleh pihak-pihak yang memiliki kepentingan kelompok. Posisi dalam pemerintah adalah alat mewujudkan kepentingan dan pembuatan kebijakan. Sistem politik daerah mencerminkan proses pembuatan kebijakan oleh kepala daerah. Proses kekuasaan di daerah diwarnai terutama oleh pemilihan kepala daerah dan kontrol lembaga perwakilan rakyat. Kekuasaan di pemerintah dan dewan perwakilan bervariasi mulai dari yang memperjuangkan kepentingan publik, kelompok, dan pribadi. Hal ini dikarenakan kekuasaan eksekutif dan legislatif kuat dan kebijakan kesehatan diwarnai oleh dinamika orang-orang yang duduk di lembaga ini.

Tulisan ini menguji berdasarkan pada konsep *governance* yang menekankan pentingnya dinamika perimbangan antara stakeholder yang menjadi pemain dalam kebijakan-kebijakan. Kebijakan yang memprioritaskan masalah kesehatan mendapat perhatian utama oleh pemerintah dan legislatif karena ia menyangkut kunci dalam produktivitas masyarakat. Dana pelayanan kesehatan yang memadai menjamin kelangsungan program kesehatan daerah.

Kasus 1: Pelayanan gratis dalam politik Pilkada di Kabupaten Kampar

Pelayanan gratis memberikan arti penting bagi politisi untuk mendapat suara dalam pemilihan kepala daerah. Contoh di sini adalah pelayanan gratis di Kampar⁴. Intinya adalah *gap* antara kebijakan dan

⁴ Elfian. (2006). Penerimaan Dokter dan Perawat terhadap Sistem Pelayanan Gratis di Puskesmas Kabupaten Kampar.

implementasi. Kebijakan kesehatan digunakan sebagai alat strategis dalam pemilihan kepala daerah. Bupati dan DPRD Kabupaten Kampar sepakat memposisikan pemerintah sebagai pemelihara produktivitas masyarakat. Puskesmas bukan sumber pemasukan pendapatan asli daerah. Pelayanan pemerintah bersifat sosial untuk masyarakat. Kabupaten Kampar menerapkan kebijakan puskesmas gratis untuk kunjungan rawat jalan tanpa memandang status ekonomi masyarakat sejak 2003⁵. Tindakan medik seperti cabut gigi, kecelakaan, rawat inap, emergensi, visum, dan laboratorium tetap dipungut biaya seperti ditetapkan pemda. Sebelum peraturan ini, retribusi rawat jalan adalah Rp2.500,00. Jurang antara kebijakan dan implementasi terwujud dalam ragam sikap dalam pelaksanaan. Sebuah puskesmas tetap menarik retribusi kepada masyarakat. Dinas kesehatan mengeluarkan surat edaran dengan Nomor 1050/440/TU-3/2005 tentang pelaksanaan kembali peraturan daerah tersebut di atas. Bupati kemudian memandang perlu penggratisan di segala lini. Surat Keputusan Bupati No.04/2006 membebaskan retribusi pelayanan kesehatan di puskesmas. Retribusi yang digratiskan meliputi rawat kunjungan, rawat inap, visum luar, tindakan medis ringan, tindakan medis sedang, tindakan medik gigi, pemeriksaan penunjang dan diagnostik.

Ada berbagai kritik terhadap kebijakan ini. Pertama adalah tidak mendidik masyarakat. Pelayanan gratis membuat masyarakat kurang menghargai pemeliharaan kesehatan yang mandiri. Kedua, kebijakan ini menyebabkan beban kerja yang tidak imbang. Beban

⁵ Peraturan Daerah Kabupaten Kampar No.08/2003.

kerja petugas tidak diperhitungkan dalam pendapatan staf. Sejak kebijakan ini dikeluarkan masyarakat yang datang ke puskesmas untuk berobat meningkat dua kali lipat dari kebiasaan. Peningkatan jumlah kunjungan ini menambah beban kerja dari petugas. Petugas memiliki beban kerja besar tetapi tanpa peningkatan kesejahteraan untuk petugas.

Sejak diberlakukan kebijakan pelayanan gratis di puskesmas yang dimulai dari penghujung tahun 2003, terjadi peningkatan jumlah kunjungan hampir dua kali lipat dari biasanya. Untuk Puskesmas Kampar tahun 2004 ke tahun 2005 naik dari 14.629 menjadi 32.002 orang, untuk Puskesmas Kampar Timur tahun 2004 ke tahun 2005 naik dari 9.796 menjadi 19.272 orang, untuk Puskesmas Tambang tahun 2004 ke tahun 2005 naik dari 10.553 menjadi 20.376 orang, dan untuk tahun 2006 belum bisa dihitung seluruhnya karena baru dijumlahkan sampai dengan bulan Juli 2006. Dampak lain dari kebijakan gratis ini membuat tidak ada lagi perbedaan antara pasien yang menggunakan kartu miskin dengan pasien umum lainnya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di puskesmas. Kritik ketiga adalah bahwa pelayanan gratis ditujukan kepada semua masyarakat tanpa membedakan status sosial-ekonominya. Seharusnya masyarakat yang status sosial-ekonominya menengah ke atas tidak lagi ditanggung oleh pemerintah karena mereka bisa mencari pelayanan kesehatan yang lebih baik, tanpa tergantung kepada pemerintah.

Kasus 2: Kesehatan kehilangan induk di Kabupaten Keerom

Kabupaten Keerom merupakan salah satu kabupaten yang terletak di wilayah Indonesia Bagian Timur tepatnya di Propinsi Papua dengan luas wilayah sebesar 8.390 Km² yang terdiri dari 5 kecamatan dan 48 desa (Dinas Kesehatan Kabupaten Keerom, 2005). Jumlah penduduk Kabupaten Keerom pada tahun 2005 sebanyak 44.264 jiwa.

Cakupan pelayanan KIA di puskesmas belum mencapai target terutama yang berlokasi di daerah sangat terpencil. Standar minimal yang harus dikerjakan petugas pada ibu hamil yang berkunjung ke pelayanan antenatal, di antaranya memberikan imunisasi tetanus dan memberikan tablet-tablet besi selama kehamilan. Semua puskesmas belum mencapai target cakupan pemberian imunisasi tetanus dan pemberian tablet besi di Keerom. Format-format pelaporan, seperti buku KIA, format-format laporan kegiatan bulanan dan sebagainya tersisa dari penyediaan waktu yang lampau.

Bidan terpaksa menggandakan sendiri Kartu Menuju Sehat (KMS). Sarana untuk melakukan pelayanan kebidanan telah dianggap cukup lengkap, namun untuk melayani panggilan masyarakat, terutama pada malam hari, bidan mengalami kesulitan. Bidan memang mengeluhkan masalah transportasi untuk mengunjungi pasien yang menjadi masalah bagi bidan. Faktor geografis sering menghambat pelaksanaan pelayanan KIA. Bidan terpaksa terlambat datang memberikan pertolongan karena rumah pasien yang sulit dijangkau, terlebih pada musim hujan. Keterlambatan petugas menolong persalinan kadang menyebabkan kemarahan masyarakat terhadap

petugas. Masyarakat menuntut pelayanan yang cepat namun petugas terhambat oleh geografsis yang sulit dijangkau. Selain masalah transportasi, bidan mengeluhkan tempat tinggal di desa yang kurang representatif baginya, sehingga memerlukan perbaikan.

Darah dari fungsi pelayanan publik pemerintah adalah pemecahan masalah atau memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Fungsi ini ditentukan oleh keberanian manajemen membangun sistem yang efisien dan efektif. Untuk melaksanakan itu, supervisi pemecahan masalah dan pemberian layanan itu adalah kunci. Kondisi di lapangan memperlihatkan bukti yang bertolak belakang. Program kehilangan magnet. Pekerja memiliki ruh setengah hati dan lebih tertarik ke luar untuk mencari kesempatan lebih baik atau sekedar menghabiskan waktu untuk urusan pribadi. Supervisi dan *monitoring* kehilangan darah.

Laporan dari puskesmas ke dinas sering terlambat. Pelaporan kegiatan program KIA dari beberapa puskesmas tersebut dilakukan sewaktu-waktu jika mereka terpaksa diminta. Laporan dari bidan demikian pula terlambat menuju puskesmas. Puskesmas terpaksa melaporkan kegiatan program KIA 2 bulan sekali. Pengawasan dilakukan hanya dengan mempelajari laporan bulanan. Puskesmas Waris hanya melaporkan 9 kali, Puskesmas Senggi 10 kali, bahkan Puskesmas Web hanya melaporkan 3 kali. Hal tersebut menunjukkan bahwa masih terdapat puskesmas yang tidak rutin setiap bulan melaporkan kegiatan KIA ke Dinas Kesehatan Keerom. Sistem pelaporan bukan untuk pembuatan keputusan membantu kegiatan di lapangan. Laporan kegiatan KIA dikelola puskesmas yang berasal dari

bidan desa dan pelayanan KIA puskesmas. Laporan tersebut dikelola oleh pemegang program KIA puskesmas. Pengelola program KIA puskesmas melaporkan hasil pelayanan KIA ke Seksi KIA Dinas Kesehatan Keerom.

Dana kegiatan didistribusikan dalam bentuk dana operasional puskesmas. Puskesmas selanjutnya mendistribusikan ke semua program. Alokasi dana tergantung kebijakan kepala puskesmas. Ketidakterbukaan puskesmas tentang dana kegiatan menyebabkan bidan tidak mampu menjalankan kegiatan sesuai kebutuhan, seperti melatih dukun penolong persalinan. Tidak ditemukan dokumen pelaksanaan pengawasan ke puskesmas. Dinas kesehatan belum mampu melakukan pengawasan langsung terhadap kegiatan di puskesmas dengan melakukan kunjungan ke puskesmas. Dinas Kesehatan Keerom belum mempunyai standar baku untuk melakukan penilaian kinerja bidan.

Distribusi bidan belum merata. Distribusi tenaga terkonsentrasi pada daerah yang relatif “menyenangkan”. Dokter, tenaga keperawatan dan bidan mudah bekerja sama dengan pihak administrator di kantor bupati untuk membuat keputusan berkaitan dengan penempatan tenaga kesehatan bahkan di tingkat puskesmas. Kewenangan seksi KIA di dinas kesehatan hampir hilang dalam mengelola sumber, termasuk mendistribusi tenaga sesuai kebutuhan lapangan. Akibat dari situasi ini, bidan terkonsentrasi di puskesmas. Mereka padahal lebih penting berada di polindes di desa-desa. Ada dua puskesmas bahkan tidak mempunyai bidan yang tinggal di desa.

Dinas kesehatan dan puskesmas “kehilangan darah” dalam membangun fungsi pelayanan kesehatan yang berorientasi pada masyarakat. Sistem kepegawaian daerah lemah mengendalikan tenaga kesehatan yang berada di lapangan. Bidan yang telah ditempatkan di desa juga tidak tinggal di desa tersebut selama 24 jam karena alasan keluarga. Ini bertolak belakang dengan dengan konsep bidan desa yang dikembangkan Departemen Kesehatan. Masyarakat tidak dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan dari bidan desa di luar jam kerja. Dinas kesehatan yang kehilangan darah ini jarang mengambil inisiatif program terkait dengan prioritas dan politik di tingkat pemda, karena bupati memiliki kewenangan mengangkat dan memecat pejabat di daerahnya, kepala dinas memilih cara kerja aman. Pegawai yang memiliki “*backing*” di tingkat bupati lepas dari pengawasan kepala dinas kesehatan. Kepala dinas kesehatan sadar bahwa ia bahkan hanya bekerja dalam waktu yang singkat karena ketidakpastian politik. Situasi semacam itu makin membuat upaya pengembangan kapasitas daerah sangat lemah.

Konteks transisi sebagai daerah pemekaran membuat pengembangan program kesehatan lemah. Keterbatasan tenaga di seksi KIA terkait dengan keterbatasan sumber di tingkat pemda. Subdinas Kesehatan Keluarga dan Masyarakat mempunyai tiga seksi: KIA, gizi, dan promosi kesehatan. Masing-masing seksi diduduki satu orang staf. Keseluruhan tenaga berjumlah 4. Satu menjadi kepala subdinas. Tenaga yang dipindahkan dari Dinas Kesehatan Jayapura biasanya yang memiliki kapasitas lebih lemah daripada yang menetap tidak dipindahkan. Tenaga yang mempunyai pangkat tinggi enggan

menjabat di kabupaten pemekaran karena fasilitas seperti perumahan dinas, kendaraan dinas dan sebagainya, belum tersedia.

Lesson Learned. Program KIA masih tergantung program pusat. Dinas mengambil posisi mengikuti dan tergantung program departemen kesehatan. Posisi ini adalah setengah hati karena dinas kesehatan seperi didorong oleh pusat tetapi mendapat dukungan rendah dari daerah. Asumsi tentang daerah bisa memainkan peran dalam bidang kesehatan tidak terbukti. Sebaliknya, pemda yang baru mekar lebih mengurus pertarungan politik daripada membangun program masyarakat. Dinas kesehatan menjadi lemah karena sumber daya yang bekerja di lapangan menjadi tidak kompeten karena oknum pejabat pemda mudah mengganti dan memindahkan pegawai karena alasan politik. Kondisi ini telah menurunkan kapasitas manajemen dinas dalam membangun sistem dan mendukung operasional puskesmas yang berorientasi pada penduduk terpencil.

Kasus 3: Politik kepemimpinan public health di Kota Sawahlunto

Kasus ini menunjukkan kemauan politik dan finansial Pemerintah Sawahlunto dalam memajukan KIA⁶. Pemda mampu memanfaatkan sumber JICA dalam pembiayaan buku dan peletakan program yang pertama. Kerja sama dengan donatur pada awal kegiatan merupakan bukti adanya kesadaran tentang keterbatasan sumber lokal dan pemanfaatan momentum yang sedang hangat dalam kebijakan kesehatan anak. Meskipun kebijakan politik pemda adalah

⁶ Ernoviana (2006). Pemanfaatan Buku KIA di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto. Tesis Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta

kunci, ia masih memerlukan komitmen manajemen yang mendukung pelaksanaan. Kepala puskesmas maupun dinas kesehatan belum mengawasi kejadian di lapangan dan memperbaiki praktik yang menyimpang.

Kota Sawah Lunto telah menggunakan buku KIA sejak tahun 2001. Pengadaan buku pada waktu tersebut dibantu oleh Departemen Kesehatan dan JICA. Bantuan pengadaan buku KIA ini berakhir tahun 2002. Sejak tahun berikutnya Buku KIA didanai APBD kota. Untuk tahun 2004 pengadaan buku KIA tidak dilaksanakan karena perkiraan persediaan untuk tahun tersebut masih mencukupi. Tahun 2005 dilakukan lagi pengadaan buku KIA dengan dukungan APBD kota. Buku KIA yang dicetak Dinas Kesehatan Sawahlunto adalah sama dengan standar yang ditetapkan secara nasional. Isi sampul buku KIA diambil dari salah satu juara lomba balita Indonesia tingkat Kota Sawahlunto beserta ibu hamil yang terpilih pada saat posyandu, dan kegiatan-kegiatan pada saat petugas kesehatan melakukan pemeriksaan terhadap ibu dan balita seperti penimbangan di posyandu, penyuluhan tentang buku KIA di puskesmas dan pada waktu kunjungan dokter spesialis anak ke puskesmas.

Dinas mendistribusikan buku KIA ke puskesmas, puskesmas pembantu, dan poliklinik desa berdasarkan hasil cakupan *antenatal care* ibu hamil K1 pada masing-masing Puskesmas tahun sebelumnya ditambahkan 10%. Petugas di tempat layanan ini membuat laporan penerimaan dan pemakaian buku KIA setiap tiga bulan ke puskesmas dan diteruskan ke dinas kesehatan dengan menggunakan formulir laporan yang telah disediakan.

Walikota Sawahlunto mendukung program-program kesehatan terutama untuk KIA. Pemda selalu menyetujui perencanaan bidang kesehatan yang dibuat dan diajukan oleh dinas kesehatan termasuk pengadaan buku KIA. Dalam priode walikota ini, dana APBD kota untuk kesehatan selalu meningkat tiap tahun, persetujuan pengadaan buku KIA setiap tahun. Walikota memberi sambutan pada buku KIA. Papan *billboard* mengajak masyarakat membawa buku KIA setiap berkunjung ke petugas kesehatan serta selalu membawa balita ke posyandu serta tentang pola hidup sehat. Walikota mendapat Ksatria Karya Bakti Husada dari Departemen Kesehatan tahun 2004. Ibu ketua TP PKK Kota Sawahlunto memperoleh Manggala Karya Bakti Husada tahun 2005 dari Departemen Kesehatan. Tim Penggerak PKK telah mendukung program-program dinas kesehatan. Kader posyandu dari ibu-ibu PKK mengandalkan penyuluhan buku KIA.

Jika tekanan program lemah, pemanfaatan yang efektif bisa juga berasal dari pihak ketiga. Dinas pendidikan yang menetapkan buku KIA sebagai persyaratan masuk sekolah bisa menjadi penekan bagi petugas dan ibu dalam memanfaatkan buku KIA.

Pembahasan

Program kesehatan merupakan bagian kebijakan yang penting dalam otonomi daerah. Sektor kesehatan dapat dimanfaatkan oleh komunitas kebijakan untuk memperjuangkan kepentingan ekonomi dan politik. Program-program kesehatan memberikan keuntungan kepada pihak yang melekat. Pekerja kesehatan mendukung sebuah kebijakan karena mereka sendiri akan mengerjakan program itu dan

berkesempatan memperoleh pendapatan. Pemda terdorong bermain dalam bidang kesehatan yang ditentukan oleh banyak hal. Contoh, Kampar menguatkan posisi bupati dalam pemilihan kepala daerah. Contoh, Sawahlunto mengambil manfaat dana dari proyek kesehatan internasional.

Kasus pelayanan gratis rawat jalan di Kampar mengangkat masalah akses pelayanan bagi penduduk miskin, yang tidak mampu mengelola penyakit mereka. Opsi kebijakan bagi akses pelayanan mencakup berbagai bentuk pendanaan pemerintah atau “gratis” bagi pengguna layanan. Asuransi universal berasumsi semua penduduk berhak atas sumber publik. Asuransi untuk kelompok khusus seperti penduduk miskin dan orang tua misalnya menganggap keluarga rentan saja memiliki hak terhadap sumber publik. Mereka yang mampu adalah adil jika mengurus diri mereka ketika sakit. Meski diketahui bahwa dengan keterbatasan dana hanya orang miskin yang bisa didukung, kemenangan pemilihan kepala daerah menuntut kebijakan itu dibuat untuk semua orang. Hal ini boleh jadi menjadi tidak efisien dan bahkan memperburuk mutu pelayanan masyarakat. Pelayanan gratis pada Kabupaten Kampar keadilan terhadap orang miskin jadi tidak jelas. Masyarakat menengah ke atas juga dibantu. Seharusnya mereka bisa membayar untuk datang berobat ke puskesmas dan dengan demikian membantu masyarakat miskin dalam pelayanan kesehatan. Pelayanan gratis ini mengurangi kesempatan orang mampu membantu orang miskin. Gratis bisa juga membuat masyarakat tidak menghargai dan meresapi arti penting pemeliharaan kesehatan yang mandiri.

Demikian pula dengan masalah kematian ibu. Pelayanan maternal yang membuat ibu sedang hamil dan dalam persalinan aman adalah kunci bagi pengurangan kematian ibu di daerah. Opsi untuk penurunan AKI ini banyak, mulai dari *safe motherhood* yang menekankan pemberdayaan masyarakat hingga *Making Pregnancy Safer* (MPS) yang menekankan penguatan fasilitas kesehatan berurusan dengan kondisi sulit dan darurat. Opsi kebijakan juga ada yang berpusat pada *critical intervention dan weakest link* dan ada yang komprehensif dan pembuatan *grand design*.

Contoh di Papua menekankan politik memilih selain opsi yang dianggap paling cocok bagi birokrat dan ilmuwan. Politisi memilih membiarkan persoalan itu dipecahkan oleh waktu. Politisi lebih mempedulikan memperoleh dan mempertahankan kedudukan dengan cara-cara koalisi dengan kekuatan politik yang saling beradu kursi. Mereka mengeluarkan dana besar untuk memperluas dukungan politik dengan melayani kepentingan kelompok pendukung. Berbeda dengan yang terjadi di Papua, Bupati Sawahlunto memilih mengambil intervensi buku KIA sebagai kebijakan yang dianggap mendorong upaya mencegah kematian ibu.

Pelajaran yang diambil

SKD ditentukan oleh komunitas kebijakan yang dinamis dan sangat spesifik untuk masing-masing daerah. Tulisan ini membuktikan bahwa kekuasaan daerah telah memainkan peran dalam bidang kesehatan. Meskipun demikian komitmen pada kesehatan itu didasari kepentingan yang berbeda-beda di antara kasus ditampilkan di sini.

Program kesehatan di masyarakat mendapat perhatian tetapi, yang dapat kita pelajari dari paper ini adalah bahwa banyak kebijakan “bagus” tetapi seperti berada di keranjang sampah. Mereka dibuang begitu saja. Ada contoh peristiwa politik memanfaatkan kebijakan tetapi berbeda dari masalah dan *policy option* yang sewajarnya lebih baik. Muatan politik bupati begitu kuat sehingga kebijakan itu menyeleweng dari relevansi masalah yang dianggap oleh masyarakat dan birokrat. Ada contoh peristiwa politik berhimpitan dengan masalah dan *policy option* yang relevan dengan *stakeholder* lain. Peristiwa politik memiliki magnet tersendiri bagi pengembangan dan pemanfaatan masalah dan alternatif kebijakan kesehatan. Stakeholder dinas, lembaga swadaya, serta pendukung *public health* harus ikut *mengobok-obok* kotak sampah sehingga kemungkinan masalah, opsi kebijakannya dan *finetuning* dengan peristiwa politik sejalan. Semua pihak perlu berani mengambil inisiatif untuk “menendang bola” kapan mereka bisa memperoleh bola. Pihak-pihak silakan menendang bola dan mengorganisasi diri sehingga bola itu dapat disarangkan pada gawang lawat. Pemenangan kebijakan yang secara sadar dianggap paling baik untuk *public health* harus diperjuangkan secara dinamis. Kejelasan masalah dan keunggulan dari sebuah kebijakan membutuhkan persinggungan politik.

BAB 4.2

Penutup: Analisis *Stakeholders* dan Skenario

Laksono Trisnantoro

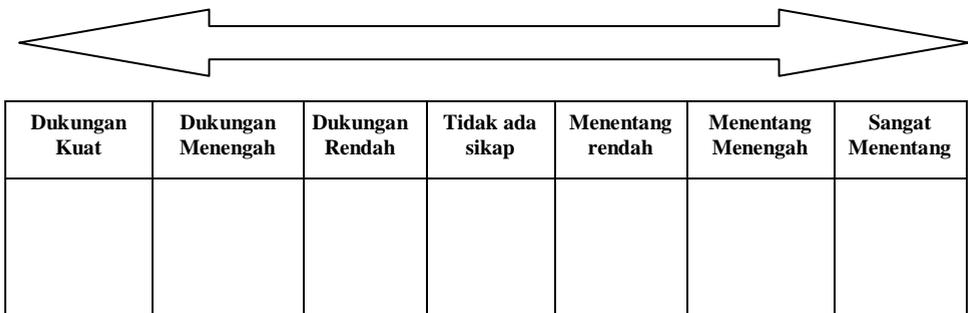
Kebijakan desentralisasi bukan sebuah momen yang terjadi dengan proses pelaksanaan dan hasil yang dapat diprediksi. Sebagai sebuah kebijakan publik, penerimaan oleh berbagai pihak dalam pelaksanaan tentunya bervariasi. Ada yang semangat menjalankan bahkan terlalu bersemangat, namun ada yang tidak bersemangat bahkan cenderung menolak. Bagian ini membahas analisis tren yang berupa dukungan *stakeholders* di sektor kesehatan dalam menyikapi kebijakan desentralisasi. Peran pemimpin politik, hubungan lintas sektor, hubungan antar lembaga kesehatan, dan bagaimana posisi *stakeholders* terhadap penerapan kebijakan desentralisasi kesehatan di propinsi dan kabupaten akan dibahas secara rinci.

Dalam analisis *stakeholder* ini, pendekatan Reich dipergunakan dengan cara: (1) menentukan siapa pelaku (*stakeholders*) dalam kebijakan desentralisasi.; (2) melihat kekuatan dan pengaruhnya; dan (3) mengamati sikapnya terhadap kebijakan, apakah mendukung ataukah menentang. Data yang dipergunakan untuk pengamatan adalah kegiatan inovasi dan program-program yang sudah dibahas pada bab-bab sebelumnya.

Dalam langkah pertama, *stakeholder* yang diidentifikasi adalah pihak pemerintah yang berfungsi lebih banyak pada penetap kebijakan, pemberi dana, regulator, dan juga sebagai pelaksana.

Mereka terdiri atas Departemen Kesehatan, Departemen Dalam Negeri, Departemen Keuangan, Menko Kesra, Bappenas, DPR Pusat, DPD, Pemda, DPRD. Pihak masyarakat adalah LSM, Ikatan Profesi, Asosiasi-asosiasi. Pihak swasta/usaha adalah rumahsakit pemerintah, rumahsakit swasta, lembaga-lembaga lain (Perguruan Tinggi). Di samping itu, ada kelompok donor asing, misalnya Bank Dunia, ADB, AusAid, GTZ.

Langkah kedua adalah menilai kekuatan kekuasaan *stakeholders*. Kekuasaan ini mencakup: kedudukan dan kekuasaannya dalam undang-undang, pengaruh dalam menentukan kebijakan, pengaruh dalam merencanakan dan melaksanakan sumber daya uang, kemampuan organisasi untuk akses ke pengambil kebijakan tertinggi, akses ke media, peralatan dan ketrampilan. *Stakeholders* dapat dibagi dalam kelompok yang mempunyai kemampuan tinggi, menengah dan lemah.



Gambar 4.2.1 Pembagian Kelompok Stakeholder

Langkah ketiga adalah menetapkan penilaian terhadap setiap *stakeholder*. Apakah bersikap memberi dukungan kuat (kutub kiri dalam gambar), ataukah memberikan penentangan kuat (kutub kanan dalam gambar). Kedua kutub tersebut tidak hitam-putih, namun bersifat gradasi. Penilaian dapat diberikan melalui adanya tanda-tanda objektif. Sebagai contoh tanda-tanda objektif di *stakeholder* lembaga pemerintah antara lain produk hukum dan kebijakan, struktur organisasi, cara menentukan alokasi anggaran. Tanda-tanda subjektif antara lain observasi terhadap kegiatan-kegiatan, pernyataan-pernyataan pejabat, dan berbagai hal yang dapat diamati untuk memasukkan ke kutub yang ada.

Desentralisasi kesehatan mempengaruhi berbagai fungsi, mulai dari pembiayaan, regulasi, organisasi, pemberian pelayanan, dan berbagai kegiatan lain. Kasus-kasus yang dibahas pada bagian-bagian sebelumnya dalam buku ini memperlihatkan variasi yang sangat luas. *Stakeholders* yang terlibat di berbagai kasus berbeda-beda. Dengan demikian, tidak mungkin menganalisis langsung secara keseluruhan. Oleh karena itu, metode pembahasan dengan cara menganalisis kasus-kasus yang menarik untuk dilihat dalam konteks analisis *stakeholder*. Dalam hal ini kasus yang dibahas adalah regulasi.

Hal penting kedua adalah bahwa sulit untuk mengklasifikasikan *stakeholders* yang besar seperti Departemen Kesehatan atau pemda yang bervariasi sebagai satu lembaga keseluruhan. Dalam pembahasan, akan dilakukan analisis yang lebih rinci di dalam *stakeholders* tersebut. Pada hasil akhir memang akan dianalisis hasil penilaian terhadap *stakeholders* secara keseluruhan.

Analisis stakeholders tentang regulasi

Salahsatu aspek yang terlihat kontroversial dalam inovasi di antara tahun 2000 sampai dengan 2007 adalah masalah regulasi sektor kesehatan (Lihat Bagian 2). Bersama dengan kebijakan askeskin, aspek regulasi menjadi perdebatan hangat selama 7 tahun pascadesentralisasi. Siapa yang berbeda pendapat? Apa dampak dari perbedaan pendapat tersebut?

Secara definisi regulasi adalah: *the use of coercive power of the state to change the behaviour of individuals and organizations in health sector. Regulation covers not only those who provide and finance health care but also those who produce inputs like pharmaceuticals and those who educate health professionals.*

Stakeholder yang ada di regulasi yaitu Departemen Kesehatan, DPR Pusat, DPD, Pemda, DPRD. Pihak masyarakat yaitu LSM, Ikatan Profesi, asosiasi-asosiasi, lembaga konsumen, pihak swasta/usaha adalah rumahsakit pemerintah, rumahsakit swasta, lembaga-lembaga lain (Perguruan Tinggi, akademi). Kelompok donor asing misalnya Bank Dunia, ADB, AusAid, GTZ. Beberapa stakeholders mempunyai kemampuan tinggi dalam regulasi misalnya Departemen Kesehatan, Pemda, dan Ikatan Profesi. Kemampuan menengah antara lain Perguruan Tinggi. Kemampuan lemah ada pada masyarakat.

Dalam hal dukungan untuk regulasi, sikap Departemen Kesehatan beragam. Sejak tahap awal desentralisasi, sebagian pimpinan Departemen Kesehatan tidak mempunyai keinginan kuat

untuk menyusun program pengembangan regulasi. Hal ini tercermin dari dokumen SKN yang tidak mempunyai komponen regulasi.

Jika dilihat prosesnya, dokumen SKN disusun secara internal di Departemen Kesehatan. Ketika disajikan ke publik, sudah dalam keadaan jadi. Pada saat penyajian di sebuah pertemuan ilmiah Jaringan Epidemiologi Nasional (JEN) di Malang diadakan debat mengenai SKN. Salah satu pokok perdebatan adalah mengapa regulasi tidak masuk ke dalam SKN secara eksplisit. Debat berlangsung antara dosen UGM sebagai perguruan tinggi dan penyusun SKN di Departemen Kesehatan pada masa itu. Hasilnya dapat dilihat bahwa dokumen SKN tetap tidak menyebutkan konsep regulasi secara jelas. Akan tetapi berbagai pihak sepakat dengan pendapat dari UGM, dan terus mengembangkan regulasi dalam sistem kesehatan.

Pihak-pihak yang memberi dukungan kuat dalam pengembangan fungsi regulasi di sektor kesehatan pada tahun 2000-2007 adalah: sebagian dari Departemen Kesehatan (Ditjen Bina Pelayanan Medik, Biro Hukum dan Organisasi), berbagai proyek pengembangan sistem kesehatan (Bank Dunia dan ADB), asosiasi dinas kesehatan, dan asosiasi rumahsakit daerah. Sebagian pemda mendukung berjalannya fungsi regulasi, namun sebagian ada yang menyatakan bahwa dinas kesehatan tidak perlu untuk melakukan fungsi regulasi.

Ada beberapa kasus yang menarik di pemda. Logikanya fungsi regulasi akan semakin dibutuhkan pada daerah-daerah yang mempunyai pengaruh pasar yang kuat. Daerah-daerah ini biasanya mempunyai ciri dimana ada perputaran ekonomi masyarakat yang

kuat, banyaknya rumahsakit-rumahsakit swasta yang beroperasi, praktik dokter swasta, dan berbagai pelayanan medik lainnya. Namun seperti yang dilaporkan di Bagian 2.6 buku dugaan ini tidak terjadi di lapangan seperti yang diamati dalam penelitian DHS-1. Dinas kesehatan merasa bahwa tugas pengawasan sektor swasta terlalu berat dan bukan pekerjaannya. Di sebuah kota besar, seorang kepala dinas bahkan tidak tertarik untuk mengembangkan fungsi regulasi di daerahnya. Akibatnya dukungan kepala dinas tidak ada sehingga fungsi regulasi tidak berjalan.

Di tempat lain, seperti yang dilaporkan pada inovasi sistem kesehatan di Bagian 1, Kepala Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dan Stafnya sangat bersemangat untuk mengembangkan fungsi regulasi dinas kesehatan. Dengan demikian faktor *leadership* memang penentu kuat dalam pengembangan ini. Salah satu ciri *leadership* kuat dalam diri kepala dinas kesehatan ketika Departemen Kesehatan tidak terlihat mendukung namun dinas kesehatan tetap melakukan kegiatan dalam peningkatan regulasi kesehatan di daerahnya. Dalam hal ini ada inisiatif dan komitmen tinggi.

Dampak tidak kuatnya dukungan Departemen Kesehatan secara keseluruhan menyebabkan pelaksanaan fungsi regulasi menjadi kurang maksimal. Patut dicatat bahwa Departemen Kesehatan merupakan *stakeholder* yang kuat pengaruhnya secara nasional. Dalam hal regulasi ini hanya sedikit dinas kesehatan yang mengembangkannya seperti yang terlihat dalam pertemuan tahunan Forum Mutu Pelayanan Kesehatan Indonesia.

Akibat lebih lanjut adalah tidak banyak produk hukum dan kebijakan di level menteri yang membahas mengenai regulasi. Alokasi anggaran untuk pengembangan regulasi tidak banyak. Di berbagai daerah bahkan alokasi anggaran untuk regulasi mendekati nol persen. Hal ini mencerminkan hilangnya budaya sebagai regulator. Sebagai catatan sejarah, Kandep Kesehatan di propinsi pada jaman tahun 1960-an-1970-an disebut sebagai Inspektorat Kesehatan. Fungsi ini diteruskan ke Kanwil Departemen Kesehatan dan seharusnya dilakukan pula oleh Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota. Namun terlihat bahwa fungsi ini menjadi menghilang.

Dalam suasana dukungan Departemen Kesehatan yang rendah maka wajar apabila sebagian besar program pengembangan regulasi berasal dari pinjaman luar negeri (khususnya proyek PHP-1). Hanya sedikit dana berasal dari Ditjen Bina Pelayanan Medik atau Bina Kesehatan Masyarakat.

Fenomena lain adalah tidak banyak pernyataan pimpinan Departemen Kesehatan dalam mengembangkan fungsi regulasi. Di samping itu, struktur kelembagaan Departemen Kesehatan menunjukkan bahwa unit yang mengurus regulasi (dalam konteks standar) berada di level yang rendah. Di dinas kesehatan bahkan tidak ada kata perizinan dalam SK Menkes 267 (2008).

Dalam kasus regulasi perizinan rumahsakit, selama periode tahun 2000-2007, dengan PP No.25/2000 yang membingungkan, terjadi berbagai kesimpangsiuran. Pengamatan menunjukkan bahwa sebagian pimpinan Departemen Kesehatan masih berkeinginan untuk sentralisasi perizinan. Sementara itu, sebagian sudah berusaha

membuat persiapan untuk desentralisasi perizinan rumahsakit. Di Ditjen Bina Pelayanan Medik ada program persiapan untuk memperkuat fungsi perizinan dinas kesehatan dengan menyusun formulir perizinan rumahsakit pemerintah dan swasta. Akan tetapi program pengembangan ini belum dijalankan secara maksimal. Seharusnya proyek pengembangan ini diteruskan dengan sosialisasi dan pelatihan dinas kesehatan se-Indonesia untuk mengawasi dan mengelola perizinan rumahsakit seperti yang dinyatakan dalam PP No.38/2007.

Dalam konteks analisis *stakeholder*, peranan Departemen Dalam Negeri cukup menarik. Setelah ada UU No.32/2004 yang mengamandemen UU No.22/1999, Departemen Dalam Negeri menyusun RPP yang kemudian menjadi PP No.38/2007. Proses penyusunan RPP ini cukup panjang, dan memakan waktu sampai 3 tahun (2005-2007).

Dalam proses penyusunan tersebut, perdebatan mengenai masalah perizinan menarik. Selama kurun waktu 3 tahun ada perdebatan yang tercermin di pertemuan-pertemuan tahunan desentralisasi (Makassar 2005 dan Bandung 2006) mengenai fungsi perizinan rumahsakit. Sebagian berpendapat fungsi ini dipusatkan, sementara sebagian menyatakan fungsi ini sebaiknya didaerahkan.

Baru pada pertemuan tahunan di Bali pada bulan Agustus 2007, debat mengenai perizinan rumahsakit menjadi jelas dengan keluarnya PP No.38/2007. Peraturan pemerintah yang dimotori Departemen Dalam Negeri merupakan sebuah aturan pemerintah yang memberi wewenang regulasi perizinan rumahsakit ke pemerintah

pusat dan daerah secara berjenjang (Lihat Lampiran). Dengan melihat kasus ini, terlihat bahwa Departemen Dalam Negeri lebih mendukung pelaksanaan desentralisasi di bidang kesehatan dibanding dengan Departemen Kesehatan. Namun perdebatan mengenai perizinan rumahsakit mungkin belum akan berakhir. Pada tahun 2008, Departemen Kesehatan berinisiatif mengusulkan RUU rumahsakit ke DPR. Dalam draf RUU rumahsakit (2008) pada Bab VII tentang perizinan tercantum beberapa usulan:

- Setiap penyelenggaraan rumahsakit wajib memiliki izin
- Izin sebagaimana dimaksud ayat (1) terdiri dari izin mendirikan dan izin operasional
- Izin mendirikan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan untuk jangka waktu 2 (dua) tahun dan dapat diperpanjang untuk 1 (satu) tahun.
- Izin operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang kembali selama memenuhi persyaratan.
- Izin sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan setelah memenuhi persyaratan sebagaimana diatur dalam Undang-Undang ini.
- Adanya istilah izin mendirikan dan izin operasional merupakan penyebutan yang kembali mempunyai potensi membingungkan masyarakat dan lembaga swasta. Sebagaimana diketahui UU No.32/2004 yang diikuti PP No.38/2007 hanya menyebutkan izin dalam satu kata. Tidak ada pembedaan izin operasional dan mendirikan. Dengan

demikian, ada kemungkinan perdebatan mengenai regulasi bersambung lagi di kemudian hari.

Analisis keseluruhan tentang dukungan Departemen Kesehatan dalam pelaksanaan desentralisasi.

Secara keseluruhan pada periode 2000-2007, terlihat bahwa Departemen Kesehatan tidak berada pada kutub yang mendukung secara kuat kebijakan desentralisasi. Ada berbagai tanda obyektif dan subyektif yang menggambarkan komitmen Departemen Kesehatan untuk pelaksanaan kebijakan desentralisasi.

Tanda-tanda obyektif

Tanda-tanda obyektif adalah berbagai hal yang dapat dilihat secara nyata dalam kebijakan ataupun peraturan pemerintah, sampai struktur organisasi. Tanda-tanda obyektif ini sebenarnya tegas menunjukkan keengganan atau mungkin lebih tepat disebut sebagai kesulitan Departemen Kesehatan menerapkan kebijakan desentralisasi di sektor kesehatan. Tanda-tanda obyektif tersebut antara lain: kesulitan dalam menyusun pedoman dan kebijakan, hilangnya kata desentralisasi dalam strategi Departemen Kesehatan, sampai ke struktur organisasi Departemen Kesehatan yang belum berubah.

Kesulitan Departemen Kesehatan menetapkan kebijakan dan pedoman

Secara obyektif dapat dilihat bahwa produk hukum dan kebijakan di level Menteri Kesehatan tidak banyak dan tidak cepat dikeluarkan. Andaikata dikeluarkan, ternyata belum dapat

dipergunakan secara maksimal misalnya kebijakan Menteri Kesehatan mengenai SPM. Sampai pertengahan tahun 2008 ini, indikator SPM bidang kesehatan masih belum dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan. Selama kurun waktu 2000-2007 memang pernah ada Kepmenkes mengenai SPM/akan tetapi isi dari Kepmenkes ini belum dapat dilaksanakan karena daftar pelayanan minimalnya sangat besar.

Contoh lain keterlambatan aturan dari Departemen Kesehatan adalah Kepmenkes untuk pedoman struktur organisasi dinas kesehatan sebagai kelanjutan PP No.41/2007. Kepmenkes yang seharusnya menjadi acuan pemda untuk menyusun struktur dinas kesehatan ternyata baru keluar sekitar bulan Mei 2008. Sementara itu di berbagai daerah sudah menyusun struktur organisasi yang baru dengan mengacu pada PP No.38/2007 dan PP No.41/2007.

Hilang atau mengecilnya strategi desentralisasi

Tanda obyektif lain adalah kenyataan bahwa kata desentralisasi tidak terdapat dalam kebijakan Departemen Kesehatan di kabinet Presiden Susilo Bambang Yudhoyono. Empat strategi Departemen Kesehatan era Kabinet Presiden Susilo Bambang Yudhoyono adalah: (1) menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat, (2) meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, (3) meningkatkan sistem *surveilans*, *monitoring* dan informasi kesehatan, serta (4) meningkatkan pembiayaan kesehatan. Kata desentralisasi hilang dari pernyataan tentang strategi Departemen Kesehatan.

Tidak adanya strategi desentralisasi ini berakibat pada kesulitan teknis untuk mencapai sasaran dari indikator yang ditetapkan dalam RPJM. Sebagaimana diketahui sasaran ketiga RPJM adalah meningkatnya kualitas manusia yang secara menyeluruh tercermin dari membaiknya angka Indeks Pembangunan Manusia (IPM) serta meningkatnya pemahaman dan pengamalan ajaran-ajaran agama.

Di sektor kesehatan secara lebih rinci, sasaran meliputi meningkatnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan masyarakat yang ditandai oleh meningkatnya angka harapan hidup, menurunnya tingkat kematian bayi dan kematian ibu melahirkan, dan perbaikan status gizi. Secara lebih rinci indikator RPJM adalah peningkatan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan yang lebih berkualitas. Oleh karena itu, kebijakan yang ada diarahkan untuk: (1) meningkatkan jumlah, jaringan dan kualitas puskesmas; (2) meningkatkan kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan; (3) mengembangkan sistem jaminan kesehatan, terutama bagi penduduk miskin; (4) meningkatkan sosialisasi kesehatan lingkungan dan pola hidup sehat; (5) meningkatkan pendidikan kesehatan kepada masyarakat sejak usia dini; dan (6) meningkatkan pemerataan dan kualitas fasilitas kesehatan dasar.

Sasaran RPJM tersebut dirinci lebih lanjut dalam indikator RKP yang berupa status kesehatan dan gizi masyarakat yang menggambarkan AKB, kematian ibu melahirkan, usia harapan hidup, dan prevalensi gizi kurang. Selanjutnya indikator RPJM ini diacu oleh Departemen Kesehatan sebagai indikator pencapaian renstra Departemen Kesehatan.

Tabel 4.2.1 Indikator Pencapaian Renstra Departemen Kesehatan Tahun 2005-2009

| Indikator | 2004 | 2005 | 2006 | Sasaran 2009 |
|-----------------------------------|-------------|-------------|-------------|---------------------|
| IMR (per 1.000 lahir hidup) | 35 | 32 | 30,8 | 26 |
| MMR (per 100.000 per lahir hidup) | 307 | 262 | 253 | 226 |
| Gizi kurang di Balita (%) | 25,8 | 19,2 | 23,6 | 20 |
| Usia Harapan Hidup (tahun) | 66,2 | 69,4 | 69,4 | 70,6 |

Sumber: Sekretaris Jendral, Departemen Kesehatan RI "Rencana Pembangunan Kesehatan 2005-2009"

Indikator pencapaian renstra Departemen Kesehatan di atas sebenarnya indikator sektor kesehatan, bukan indikator pencapaian Departemen Kesehatan sebagai lembaga. Ketika membawa indikator ini ke pemda maka terjadi kesulitan karena tidak ada strategi desentralisasi yang jelas. Masalah yang sulit adalah memperbaiki status kesehatan secara spesifik di daerah-daerah. Akibat tidak adanya strategi desentralisasi maka tidak ada indikator yang mencerminkan kinerja Departemen Kesehatan sebagai lembaga dan dinas kesehatan sebagai lembaga di daerah yang mendapat mandat untuk melaksanakan atau menjalankan kegiatan dari pusat.

Sebagaimana disebutkan dalam bagian-bagian awal buku ini, fungsi pemerintah tidak hanya sebagai pemberi pelayanan, tetapi juga memberikan dana, menjadi penyusun kebijakan, menjadi pengawas sistem kesehatan, sampai mengembangkan sumber daya. Ada masalah

besar dalam penghilangan kata desentralisasi dalam strategi Departemen Kesehatan; bagaimana indikator-indikator tersebut dapat dicapai? Bagaimana detail data indikator dapat dilihat per propinsi dan per kabupaten/kota.

Struktur organisasi yang tidak berubah

Tanda obyektif kuat yang menunjukkan keengganan Departemen Kesehatan untuk melakukan desentralisasi adalah tidak berubahnya struktur organisasi di pusat. Sebagai kontras, konfigurasi kelembagaan dan struktur organisasi sektor kesehatan di daerah mengalami perubahan radikal di tahun 2000-an awal. Kanwil dan Kantor Departemen Kesehatan (Kandep) di-*merger* ke dinas kesehatan propinsi dan kabupaten/kota. Perubahan konfigurasi dan struktur ini merupakan tindakan yang cepat. Sementara itu, di pemerintah pusat tidak dilakukan perubahan struktur secara bermakna. Praktis struktur yang ada ada masih menggunakan pola yang berada pada masa sentralisasi sebelum tahun 2000.

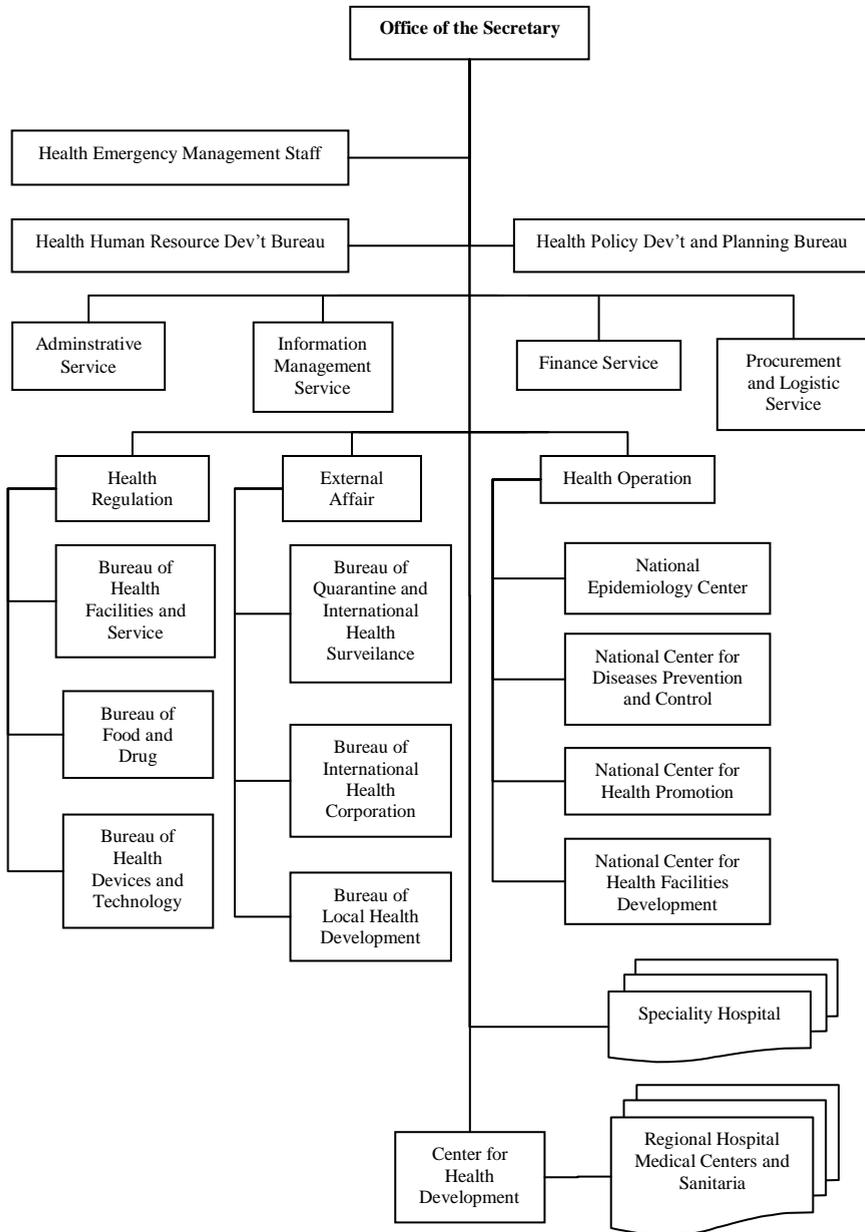
Dengan demikian konsep struktur mengikuti fungsi tidak berlaku di Departemen Kesehatan pusat. Yang ada adalah struktur organisasi yang kurang mendukung untuk desentralisasi. Dibandingkan dengan Filipina, struktur Departemen Kesehatan RI kurang memperhatikan mengenai desentralisasi.

Jika dilihat lebih detail memang terbentuk unit desentralisasi kesehatan. Akan tetapi unit ini bukan merupakan unit eksekutif. Secara obyektif unit desentralisasi kesehatan tidak mempunyai kekuasaan yang diperlukan untuk berhubungan dengan pemda. Di

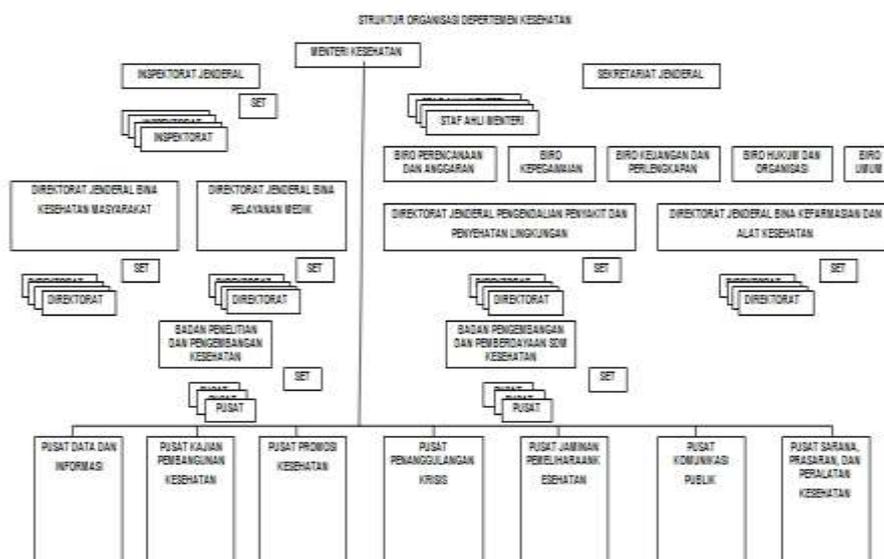
Filipina ada *Biro of Local Health Development*. Di samping unit desentralisasi kesehatan ada staf ahli menteri untuk desentralisasi kesehatan. Akan tetapi keberadaan staf ahli menteri untuk desentralisasi kesehatan tidak menjadi sinergi dengan unit desentralisasi kesehatan karena masalah non-teknis. Akibatnya dapat dikatakan bahwa struktur organisasi Departemen Kesehatan tidak efektif untuk pelaksanaan kebanyakan desentralisasi.

Dalam era desentralisasi, terlihat menarik bahwa organisasi Departemen Kesehatan justru semakin besar, tidak semakin mengecil sesuai harapan desentralisasi. Jumlah pejabat Eselon I bertambah dengan adanya penambahan pos Eselon I. Hal ini berlawanan dengan keadaan di Filipina dan berbagai negara yang mengalami desentralisasi. Masalah ini memang sulit dan sensitif karena menyangkut jenjang karier dan perpindahan pekerjaan yang besar. Bahkan dapat dikatakan bahwa masalah perubahan yang terkait dengan jabatan menjadi hambatan besar pelaksanaan desentralisasi di Indonesia.

Organogram Departemen Kesehatan pasca devolusi di Filipina adalah sebagai berikut:



Gambar 4.2.2 Organogram Departemen Kesehatan Pasca Devolusi di Filipina



Gambar 4.2.3 Organogram Depkes

Filosofi desentralisasi di sektor kesehatan sebenarnya mengharapkan Departemen Kesehatan menjadi departemen yang tidak langsung melakukan pelayanan. Istilah di Uganda adalah Departemen penyusun kebijakan kesehatan yang baik, atau istilah di Filipina adalah pendukung untuk pemberi pelayanan langsung di daerah. Oleh karena itu, sebenarnya Departemen Kesehatan diharapkan menjadi lembaga penyusun kebijakan, pedoman, dan standar nasional di sektor kesehatan. Produk-produk ini yang diharapkan keluar di Departemen Kesehatan. Namun secara obyektif terlihat bahwa ada keengganan untuk melakukan kegiatan ini. Dalam struktur organisasi terlihat bahwa urusan penyusunan regulasi, pedoman, dan standar berada di setiap direktorat jenderal dalam level rendah yang sulit untuk melakukan penyusunan kebijakan atau standar nasional.

Struktur organisasi dalam Ditjen Bina Pelayanan Medik dan tugasnya masih menunjukkan keengganan untuk berubah. Sebagaimana dibahas pada Bagian 2.2 mengenai inovasi regulasi, sebaiknya ada pemisahan antara struktur yang menjadi pelaku fungsi regulasi dan *stewardship* dengan fungsi sebagai operator rumahsakit. Sebagaimana terlihat dalam struktur dan tugas pokok, kedua fungsi ini masih berada dalam Ditjen Bina Pelayanan Medik. Keadaan ini menyebabkan kesulitan untuk pengembangan profesionalisme staf dan efektivitas lembaga di masa mendatang.

Mengapa sulit berkembang? Fungsi sebagai pengawas dan penyusun kebijakan dengan fungsi sebagai operator rumahsakit mempunyai tujuan dan budaya yang berbeda. Kedua fungsi ini sulit dilakukan oleh sebuah lembaga. Contoh di bidang lain adalah reformasi Departemen Keuangan. Pada masa lalu perusahaan negara (BUMN) berada pada sebuah direktorat jendral di Departemen Keuangan. Tuntutan *good governance* dan profesionalisme kerja membuat adanya pemisahan sehingga saat ini dikenal Kementerian BUMN yang berada di luar Departemen Keuangan.

Dalam konteks rumahsakit pusat yang mempunyai system keuangan BLU, model pengelolaan rumahsakit yang terpisah dari fungsi pengawasan merupakan hal yang dibutuhkan. Rumahsakit-rumahsakit pusat yang menjadi UPT Departemen Kesehatan sebenarnya perlu dikelola dengan model jaringan. Dalam model jaringan ini maka pemerintah pusat dapat membentuk sebuah unit yang mengelola rumahsakit-rumahsakit pusat untuk meningkatkan efisiensi dan daya saing rumahsakit pemerintah pusat di level global.

Dengan demikian sebaiknya ada semacam “*holding unit*” untuk mengelola rumahsakit-rumahsakit pusat. Namun model ini masih belum ada. Struktur di DitJen Bina Pelayanan Medik masih mencampur fungsi penetapan kebijakan dan pengawasan dengan operasional rumahsakit vertikal.

Tanda obyektif lainnya adalah alokasi anggaran pemerintah pusat yang cenderung tidak mencerminkan kenyataan adanya desentralisasi seperti yang dibahas pada Bagian 1 buku ini. Alokasi anggaran Departemen Kesehatan yang belum menggunakan data perbedaan fiskal antar daerah merupakan gambaran nyata keengganan untuk menggunakan prinsip desentralisasi dalam sektor kesehatan. Akibatnya pemda (termasuk yang kaya) terus merasa bahwa pendanaan pelayanan kesehatan khususnya yang bersifat *public goods*, harus beraasal dari pemerintah pusat. Lebih lanjut penggunaan dana dekonsentrasi yang semakin meningkat antara tahun 2005 sampai dengan 2006 menunjukkan keadaan yang berlawanan dengan amanat kebijakan desentralisasi keuangan yang tertuang dalam Pasal 108 UU No.33/2004. Pada undang-undang ini seharusnya dana dekonsentrasi berkurang dan digantikan DAK secara bertahap.

Tanda-tanda subyektif

Di samping tanda-tanda obyektif, ada berbagai tanda subyektif yang menunjukkan keengganan Departemen Kesehatan dalam melakukan desentralisasi. Tanda-tanda subyektif tersebut dapat dilihat dalam kasus-kasus yang disajikan di Bagian 1 dan Bagian 2 buku ini. Tanda subyektif yang masih dapat diperdebatkan, antara lain:

Keengganan untuk melakukan ujicoba reformasi sektor kesehatan yang dilakukan di berbagai proyek, misal di PHP-1. Dalam PHP-1, komponen proyek untuk studi penataan system dan organisasi di pemerintah pusat tidak dapat diserap. Sebagaimana dilihat pada laporan di buku ini, sebagian besar kegiatan PHP-1 berada di level pemerintah propinsi dan pemerintah kabupaten/kota. Tidak ada *lesson learned* dalam konteks pengealaman inovasi di pemerintah pusat. Demikian pula di proyek DHS-1 ADB.

Ketidakpercayaan pada pemda dapat dilihat pada kasus perizinan rumahsakit. Kasus lainnya seperti yang terpaparkan di Bagian 1 dan 2 adalah mengenai Askeskin dan Jamkesda, serta kasus regulasi. Berbagai tanda subyektif menunjukkan bahwa pemerintah pusat di awal program Askeskin tidak mempunyai strategi nyata untuk melibatkan pemerintah propinsi dan kabupaten. Pada awal tahun 2005, pada saat program Askeskin dijalankan memang ada eforia pemerintah pusat karena pada tahun tersebut anggaran pemerintah pusat terlihat besar, dan kabinet baru terbentuk dengan semangat yang secara subyektif cenderung lebih sentralistik di banding pemerintahan yang digantikan. Pemerintah menunjuk PT. Askes Indonesia melalui mekanisme kerja sama di pusat tanpa memberikan wewenang apa-apa kepada pemda. Mulai dari pendataan masyarakat miskin, pendanaan, sampai sistem pengendalian dilakukan secara terpusat.

Akan tetapi ketika program Askeskin mengalami kesulitan dalam penggunaan pelayanan, masalah keuangan dan pemerintah pusat mengalami masalah penurunan kemampuan fiskal akibat naiknya harga minyak, baru ada kesadaran bahwa pemda perlu berperan dalam

program Askeskin. Kesadaran ini timbul dalam konteks terlambat, karena sistem yang memadukan pemerintah pusat dengan daerah dalam system jaminan kesehatan masih belum tertata dengan baik. Sebagai gambaran ketika Program Jamkesmas ditetapkan sebagai pengganti Askeskin, secara resmi baru ada keputusan di sekitar bulan April 2008. Dalam hal ini keputusan di pusat dilakukan dalam situasi yang kalut, dan belum sempat menata sistem pusat yang terintegrasi dengan daerah.

Ketidaksiapan pemerintah pusat untuk memberikan bimbingan teknis dalam kasus *surveilans* dan penyebaran tenaga kesehatan merupakan tanda-tanda subyektif lain yang menunjukkan tidak penuhnya komitmen Departemen Kesehatan dalam kebijakan desentralisasi. Belum ada usaha maksimal untuk menyusun system *surveilans* pusat dan daerah secara bermakna dan operasional. Departemen Kesehatan terlihat masih mempunyai pandangan bahwa *surveilans* merupakan urusan Ditjen P2PL. Sebagaimana dibahas pada Bagian 1.3 tentang *surveilans*, sebaiknya di Departemen Kesehatan ada pusat *surveilans* yang berhubungan dengan seluruh UPT dan unit yang memang mempunyai kaitan dengan fungsi *surveilans*. Di samping itu, ada pernyataan-pernyataan pejabat pemerintah pusat yang menyalahkan kebijakan desentralisasi sebagai sumber tidak membaiknya status kesehatan masyarakat.

Dengan demikian, di antara tahun 2000-2007 secara keseluruhan Departemen Kesehatan memang masih belum sepenuh hati dalam melaksanakan kebijakan desentralisasi. Dibanding dengan Filipina dan Uganda, Departemen Kesehatan Indonesia tidak banyak

berubah. Departemen Kesehatan Indonesia belum mempunyai misi menjadi fasilitator untuk pemda.

Akibat tidak sepenuh hati dalam melaksanakan desentralisasi maka ada ketidakcocokan antara pola berpikir di sektor kesehatan dengan sistem pemerintahan dan penganggaran yang sudah terdesentralisasi. Hal ini dapat membahayakan efektivitas pembangunan kesehatan. Bagaimana situasi ini di masa depan? Apakah akan tetap sama, ataukah memburuk ataukah membaik. Bagian berikut ini akan membahas skenario masa depan pelaksanaan kebijakan desentralisasi sektor kesehatan di Indonesia.

Skenario: Apakah akan terjadi desentralisasi sepenuh hati, ataukah separuh hati, ataukah resentralisasi?

Konteks sejarah kebijakan merupakan hal penting untuk menganalisis pelaksanaan kebijakan desentralisasi. Tujuh tahun pelaksanaan desentralisasi kesehatan di Indonesia masih merupakan proses yang relatif singkat dibanding dengan negara lain. Walaupun masih singkat pertanyaan adalah apakah proses yang ada menuju ke pencerahan atau tetap gelap.

Dalam proses kebijakan, memang ada harapan baru. Pada bulan Juli 2007, telah terbit PP No.38 /2007 yang memperbaiki PP No.25/2000 yang membingungkan dan PP No.41/2007 untuk mengganti PP No.08/2003. Peraturan pemerintah ini memberikan momentum baru pada perjalanan kebijakan desentralisasi. Di tahun 2008 baru keluar PP No.07/2008 tentang Penggunaan Dana Dekonsentrasi. Dipandang dari sisi lain, keluarnya berbagai peraturan

hukum setelah 7 tahun menunjukkan bahwa kebijakan ini memang butuh waktu lama. Secara keseluruhan keluarnya dasar hukum kebijakan desentralisasi berjalan secara relatif pelan-pelan. Periode 2000-2007 masih merupakan masa transisi yaitu aturan hukum ditetapkan secara satu per satu dalam jangkauan waktu yang cukup panjang. Hal ini berlawanan dengan kebijakan desentralisasi yang bersifat “*Big Bang*” seketika, akibat tekanan politik di era reformasi awal. Hal ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan masalah dalam pelaksanaan kebijakan desentralisasi di sektor teknis seperti kesehatan.

Keluarnya berbagai peraturan perundangan tersebut tidak menjamin terlaksananya kebijakan desentralisasi. Berbagai bukti empirik menunjukkan adanya berbagai undang-undang dan peraturan pemerintah yang tidak berjalan. Undang-undang dan peraturan pemerintah dalam desentralisasi ini mungkin saja tidak akan berjalan. Pertanyaan adalah apakah kebijakan desentralisasi pesimis atau optimis dapat dijalankan?

Bukti empirik di berbagai negara menyatakan bahwa penyusunan dan pelaksanaan kebijakan desentralisasi membutuhkan waktu, proses yang rumit, dan penghalusan-penghalusan. Dapat dipahami bahwa ada pihak yang tidak sabar dengan pelaksanaan desentralisasi. Kata-kata desentralisasi menjadi hal yang tidak lagi menarik untuk dipergunakan. Namun harus ditegaskan bahwa UU No.32/2004 menyatakan bahwa sektor kesehatan merupakan bidang yang harus didesentralisasikan. Mau atau tidak mau, kebijakan desentralisasi sudah merupakan kebijakan nasional dalam tingkat

undang-undang, kecuali apabila terjadi amandemen. Pada tahun 2008 ini sudah terjadi situasi “*Point of No Return*”.

Prospek pembangunan kesehatan dalam era desentralisasi tergantung pada situasi pelaksanaan kebijakan desentralisasi sendiri. Skenario tentang pelaksanaan kebijakan desentralisasi merupakan hal menarik untuk dipelajari. Dalam konteks pelaksanaan kebijakan desentralisasi ketidakpastian yang ada adalah: Pihak mana yang akan “lebih berpengaruh” dalam strategi pembangunan kesehatan di Indonesia: Apakah yang pro sentralisasi ataukah yang pro desentralisasi. Bagaimana kita menghadapi ketidakpastian tentang pelaksanaan kebijakan desentralisasi kesehatan di Indonesia?

Berbagai teori perencanaan sering gagal memperkirakan masa depan. Salah satu penyebab kegagalan adalah asumsi bahwa perkembangan ke masa depan adalah sesuatu yang linier. Sementara itu, kenyataan menunjukkan bahwa masa depan dapat bervariasi akibat berbagai faktor. Dalam hal ini dibutuhkan perencanaan yang bersifat skenario. Perencanaan berdasar skenario (*scenario planning*) bukan merupakan kegiatan untuk memilih alternatif, akan tetapi lebih untuk pemahaman bagaimana tiap kemungkinan akan berjalan. Dengan pemahaman ini sebuah lembaga atau negara dapat mempersiapkan diri dalam membuat berbagai keputusan strategis untuk menghadapi berbagai kemungkinan di masa mendatang. Perencanaan skenario adalah alat bantu untuk melihat ke depan yang penuh ketidakpastian.

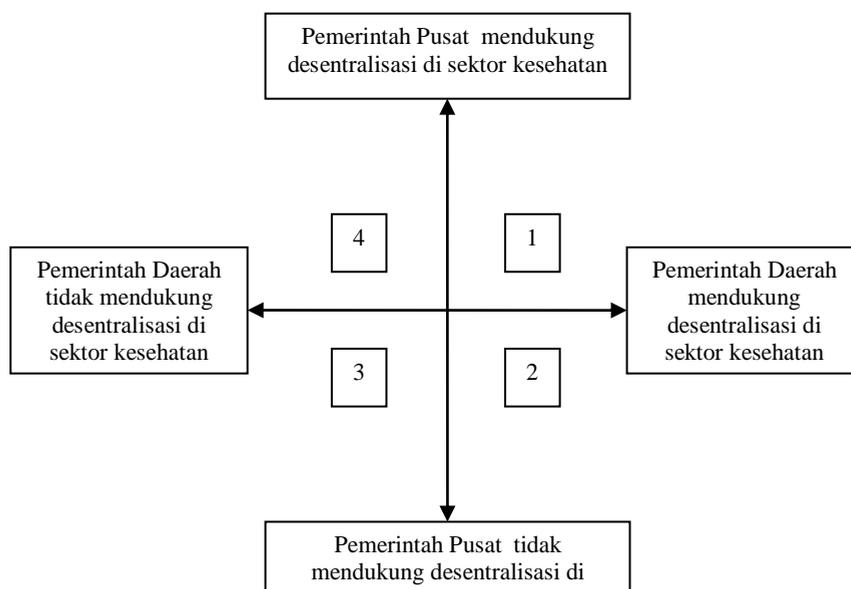
Perencanaan skenario ini layak digunakan oleh Indonesia untuk membuat keputusan, termasuk *capacity building* tatkala ada

ketidakpastian tentang apa yang akan terjadi dimasa mendatang dan hasil proyeksi kinerja organisasi di masa lalu tidak mampu memberikan gambaran. Inti perencanaan skenario adalah pengembangan gambaran mengenai kemungkinan-kemungkinan kondisi di masa mendatang dan mengidentifikasi perubahan-perubahan dan implikasinya yang muncul sebagai akibat dari kondisi tersebut. Referensi lain menyebutkan bahwa perencanaan skenario dilakukan untuk menilai skenario-skenario yang memungkinkan untuk suatu kegiatan: kemungkinan terbaik, kemungkinan terburuk dan berbagai kemungkinan di antaranya.

Dalam konteks pelaksanaan kebijakan desentralisasi kesehatan di Indonesia, faktor yang tidak pasti adalah keinginan pemda dan pemerintah pusat untuk menjalankan desentralisasi dengan sepenuh hati. Dengan menggunakan kedua kemungkinan tersebut ada empat skenario yang mungkin terjadi.

Skenario 1, adalah situasi dimana pemerintah pusat bersemangat untuk melaksanakan desentralisasi, berusaha melaraskan struktur organisasinya dengan pemda, dan pemda bersemangat pula untuk melakukannya. Skenario ini merupakan yang diharapkan terjadi. Skenario 2: terjadi situasi dimana pemerintah pusat (khususnya Departemen Kesehatan) cenderung ingin sentralisasi, sementara pemda berada dalam sistem yang semakin desentralisasi. Skenario ini dapat disebut sebagai kebijakan desentralisasi yang dilaksanakan separuh hati. Skenario 3: Pemerintah pusat tidak berkeinginan melakukan desentralisasi di bidang kesehatan. Demikian pula pemda. Akibatnya terjadi perubahan undang-undang

(amandemen UU No.32/2004) sehingga kesehatan menjadi kembali menjadi sektor yang sentralisasi. Skenario ini merupakan resentralisasi. Skenario 4: Pemerintah pusat (Departemen Kesehatan dan DPR) berubah menjadi bersemangat untuk de-sentralisasi, namun pemda tidak mau menjalankan. Skenario ini menunjukkan adanya kesulitan untuk menjalankan desentralisasi.



Gambar 4.2.4 Kemungkinan Skenario Kebijakan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia antara Pemerintah Pusat dan Pemda

Skenario 1: Kesepakatan untuk desentralisasi

Skenario ini merupakan yang terbaik. Ada keselarasan antara pemerintah pusat dengan pemda. Pemerintah pusat di sektor kesehatan khususnya Departemen Kesehatan bersemangat untuk melaksanakan desentralisasi di sektor kesehatan, berusaha melaraskan fungsi dan struktur organisasinya dengan pemda, dan pemda bersemangat pula untuk melakukannya. Keadaan yang ideal ini sebenarnya merupakan syarat dari keberhasilan pelaksanaan desentralisasi. Pengalaman di berbagai negara menunjukkan bahwa perbedaan pendapat antara pusat dan daerah merupakan salah satu faktor penting yang mempengaruhi keberhasilan desentralisasi.

Skenario 2: Desentralisasi separuh hati

Desentralisasi kesehatan di Indonesia dapat berada di Skenario 2 yang tidak ideal. Situasi di skenario 2 ini sebenarnya sudah dapat terlihat pada situasi di Indonesia saat ini. Walaupun berbagai peraturan hukum tentang desentralisasi satu demi satu sudah diterbitkan oleh pemerintah pusat namun Departemen Kesehatan dan elemen pemerintah pusat masih terlihat cenderung ingin sentralisasi. Sementara itu, pemda berada dalam sistem yang semakin desentralisasi karena peraturan hukum mengharuskannya. Akibatnya terjadi pelaksanaan kebijakan dengan separuh hati, bahkan menjadi semacam tindakan mengeluh, mengapa terjadi desentralisasi. Dampak dari pelaksanaan separuh hati tentunya buruk. Tidak ada program separuh hati yang bisa menghasilkan produk yang baik.

Skenario 3: Kesepakatan untuk resentralisasi

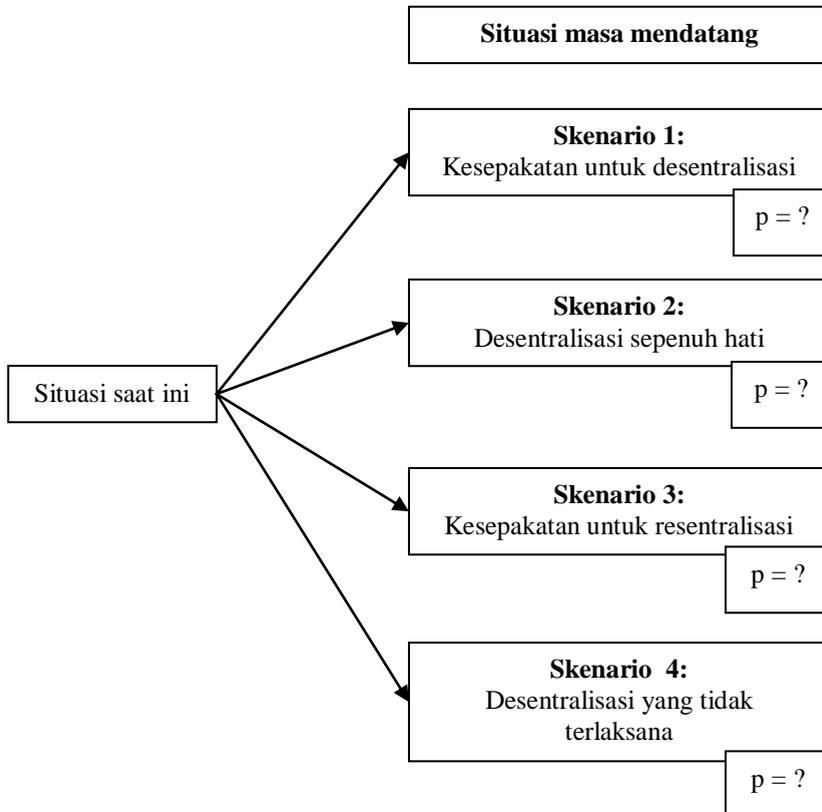
Skenario ini menunjukkan kesepakatan antara pemerintah pusat dan daerah. Pemerintah pusat tidak berkeinginan melakukan desentralisasi di bidang kesehatan. Demikian pula pemda. Akibatnya terjadi perubahan undang-undang (amandemen UU No.32/2004) sehingga kesehatan menjadi kembali menjadi sektor yang melakukan re-sentralisasi. Situasi yang akan terjadi adalah kembali ke sistem kesehatan sebelum adanya desentralisasi. Ada kemungkinan Kanwil kesehatan akan dihidupkan kembali, seperti masih adanya Kanwil Departemen Agama saat ini.

Skenario 4: Desentralisasi yang tidak terlaksana.

Skenario keempat ini termasuk yang tidak ada kesepakatan. Pemerintah pusat (Departemen Kesehatan dan DPR) berubah menjadi bersemangat untuk desentralisasi, namun pemda tidak mau menjalankan. Dengan tidak adanya kesepakatan maka situasi akan menunjukkan kesulitan pelaksanaan kebijakan desentralisasi.

Skenario apa yang potensial terjadi?

Pertanyaan menarik dalam perencanaan berbasis skenario adalah: skenario mana yang mempunyai kemungkinan terbesar untuk terjadi di masa depan. Berbeda dengan model skenario film yang ditulis oleh penulis naskah dan kemauan produsen dan sutradara. Dalam konteks pelaksanaan kebijakan desentralisasi skenario mana yang akan terjadi belum bisa ditentukan. Dalam hal kejadian di masa depan maka unsur probabilitas dari tiap skenario menjadi penting untuk diketahui. Teori probabilitas menunjukkan bahwa ada suatu situasi yang sulit dikendalikan, namun akan datang dengan kemungkinan tertentu. Dalam teori probabilitas keempat skenario tersebut mungkin terjadi. Memang yang menjadi pertanyaan adalah skenario mana yang angka probabilitasnya terbesar. Sebagai catatan probabilitas keempat skenario tersebut kalau di jumlah menjadi angka 1.



Pertanyaan lebih lanjut; apakah mungkin besaran probabilitas ini dipengaruhi? Sebagai gambaran apabila p untuk skenario 1 saat ini sekitar 0,2 (misalnya), sementara p skenario 2 sebesar 0.6 (misalnya), sementara skenario 3 dan 4 jumlahnya 0, 2. Maka skenario 2 paling besar kemungkinannya terjadi. Apakah p tersebut dapat diubah? Jika ya, bagaimana caranya?.

Di dalam berbagai kegiatan sektor lain, terdapat berbagai kegiatan yang bertujuan merubah probabilitas. Sebagai gambaran

dalam meluncurkan produk baru, ada kemungkinan terjadi kegagalan dimana produk baru tersebut tidak laku. Sebaliknya ada kemungkinan berhasil. Para produsen tentu berharap bahwa angka probabilitas untuk gagal adalah kecil, dan angka probabilitas untuk sukses adalah besar. Sebuah produsen makanan mi instant menggunakan teknik-teknik pemasaran agar produk baru yang dikeluarkan akan menguntungkan. Teknik-teknik pemasaran ini bertujuan agar probabilitas sukses sebuah produk akan meningkat.

Jika dilihat situasi saat ini, memang yang paling besar kemungkinannya adalah skenario 2 seperti yang dicontohkan di atas. Setelah 7 tahun pelaksanaan desentralisasi, belum ada tanda-tanda obyektif dan subyektif Departemen Kesehatan akan sepenuh hati melaksanakan kebijakan desentralisasi. Skenario 2 yang separuh hati ini memang sulit untuk meningkatkan efektivitas pembangunan kesehatan di Indonesia. Fakta-fakta yang ditulis pada Bagian 1 buku ini menggambarkan sebagian dari masalah yang timbul akibat pelaksanaan yang separuh hati.

Pertanyaan menarik memang muncul dalam skenario 2 yang saat ini sudah terjadi. Mengapa pimpinan Departemen Kesehatan ingin melakukan sentralisasi? Berbagai analisis dapat menerangkan hal ini. Dalam pola kebijakan, memang ada “rasa kerinduan” terhadap masa lalu yang digambarkan seperti situasi di periode orde baru dimana sentralisasi kekuasaan memang memberikan berbagai perbaikan. Hal ini terjadi pula di BKKBN yang pada masa lalu merupakan masa yang indah. Sentralisasi memang memberikan kemudahan namun juga memberikan keburukan.

Analisis kedua adalah adanya berbagai contoh sentralisasi sistem kesehatan yang bagus di berbagai negara, antara lain Srilanka dan Thailand. Akan tetapi kedua negara tersebut mempunyai struktur politik yang sentralisasi. Beberapa konsultan sistem kesehatan internasional menyarankan agar Indonesia kembali ke sentralisasi. Namun perlu dicatat sampai saat ini belum ada suatu evaluasi yang menyeluruh apakah benar sentralisasi sistem kesehatan di Indonesia memberikan kebaikan atau justru hal yang buruk.

Analisis ketiga adalah faktor kesulitan pemerintah pusat untuk melakukan transformasi internal fungsinya. Berbagai keawatiran mengenai ketidakpastian masa depan pekerjaan, anggaran, dan posisi menjadi hal penting yang perlu dicermati. Dalam ketidakpastian maka jalan yang paling mudah adalah tidak perlu untuk berubah.

Berbagai faktor tersebut dapat menerangkan mengapa antara tahun 2000-2007 terjadi kegagapan Departemen Kesehatan dalam merubah strategi bekerja dalam era kebijakan desentralisasi di sektor kesehatan. Pendirian unit desentralisasi kesehatan yang secara kekuasaan eksekutif bersifat lemah merupakan bukti kegagapan ini. Sebagai perbandingan berbagai Departemen di Indonesia seperti Departemen Keuangan dan Departemen Dalam Negeri mempunyai Direktorat Jenderal yang melakukan kegiatan hubungan dengan pemda. Akibat dari kegagapan ini bersifat fatal. Dalam masa transisi ini yang terjadi adalah berbagai kesulitan hubungan pemerintah pusat dan daerah misalnya di program asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin dan *surveilans*.

Pemerintah pusat pada awal program Askeskin di tahun 2005 bersikap seolah bahwa program Askeskin merupakan murni program pemerintah pusat. Keadaan ini menunjukkan adanya eforia “resentralisasi” yang mirip dengan eforia “desentralisasi” di tahun 2000-an awal. Ketika terjadi kekurangan dana yang besar di tahun 2007, baru disadari bahwa peran pemda merupakan hal yang tidak dapat diabaikan dalam program Askeskin. Hasil yang dipelajari bahwa secara jelas memang tidak ada batasan yang hitam putih dalam hal pembiayaan masyarakat miskin dari pemerintah pusat dan daerah. Saat ini berbagai daerah mulai mengkombinasikan dana dari berbagai sumber.

Dalam kasus *surveilans*, terjadi perbedaan konteks. Pemerintah pusat terlihat tidak mantap dalam menerapkan Kepmenkes tentang *surveilans*. Seharusnya pemerintah pusat harus tegas untuk menerapkan peraturan *surveilans*, yang terkait dengan undang-undang wabah. Kebijakan *surveilans* merupakan kebijakan yang seharusnya lebih sentralistis dan tidak boleh ada versi daerah dalam *surveilans*. Akibat lebih lanjut dari kegamangan ini maka tim pendamping yang dikembangkan oleh pemerintah pusat masih belum efektif menjalankan fungsinya.

Pertanyaan menarik berikutnya dalam skenario ini adalah apakah seluruh Pemda menginginkan. Jawabannya memang sulit. Pemda yang mendapatkan keuntungan finansial dari kebijakan desentralisasi tentunya ingin kebijakan diteruskan. Sementara itu, pemda yang tidak mempunyai keuntungan finansial tentunya tidak

sepenuh hati mendukung kebijakan ini. Dengan demikian, skenario ini sebenarnya masih tergantung pada situasi di berbagai daerah.

Pertanyaan terakhir dalam situasi ini: apa yang akan terjadi di masa depan dalam skenario 2? Gambaran sementara saat ini dapat menjadi suatu prediksi situasi di masa mendatang. Saat ini terlihat adanya desentralisasi separuh hati, dimana pemerintah pusat di sektor kesehatan belum melakukan kegiatan penuh untuk membangun kesehatan dalam sistem pemerintahan yang terdesentralisasi. Akibatnya adalah pemerintah pusat juga kehilangan cara untuk memimpin pembangunan kesehatan di seluruh Indonesia. Keputusan dan peraturan di level Menteri Kesehatan tidak cukup kuat untuk membalikkan dampak peraturan pemerintah, dan tentunya undang-undang. Dalam skenario ini, berbagai inovasi di daerah seperti yang dibahas di Bagian 2 buku ini diabaikan oleh pemerintah pusat.

Berbagai pengalaman desentralisasi 2000-2007 menunjukkan bahwa kegiatan pembangunan kesehatan tersendat-sendat. Alokasi anggaran kurang berhasil menyeimbangkan pelayanan kesehatan, berbagai peraturan dan kebijakan pusat kurang berhasil dilaksanakan, sampai masalah SDM kesehatan yang sulit dikelola. Saat ini sudah terjadi berbagai kegiatan inovatif di PHP-1 tidak dimanfaatkan secara nasional. Gambaran situasi pelaksanaan kebijakan desentralisasi saat ini dapat diperburuk dalam skenario desentralisasi separuh hati ini.

Berpegang pada pemikiran "tiada rotan akarpun jadi", daripada masuk ke skenario ke-2 yang tidak ada kesepakatan, sebenarnya lebih baik masa depan berada di skenario 3 (kesepakatan untuk resentralisasi) dimana akan terjadi resentralisasi. Pemerintah pusat dan

daerah sepakat bahwa kesehatan kembali ke model sentralisasi. Akan tetapi skenario 3 ini probabilitasnya rendah karena harus melakukan amandemen (kembali) terhadap UU No.32/2004 dan mengganti seluruh peraturan pemerintah yang mengikutinya. Untuk meningkatkan probabilitas ke skenario 3, Departemen Kesehatan harus melakukan lobi-lobi kuat untuk merubah undang-undang dan peraturan pemerintah yang ada dimana sektor kesehatan dikeluarkan dari daftar sektor yang didesentralisasikan di UU No.32/2004. Dalam hal ini perlu ada suatu perubahan politik tingkat tinggi yang kuat. Patut dicermati bahwa selama ini kebijakan desentralisasi kesehatan berasal dari tekanan politik bukan berasal dari kemauan Departemen Kesehatan.

Untuk merubah pihak-pihak yang mempunyai kewenangan dalam amandemen undang-undang, maka perlu analisis *stakeholder*. Dalam analisis stakeholder ada berbagai pihak yang kuat mendukung desentralisasi antara lain DPR, DPD, Departemen Dalam Negeri, dan sebagian pemda. Dalam merubah undang-undang maka peran berbagai pihak ini harus dipengaruhi agar mau merubah UU No.32/2004 dan melepaskan kesehatan sebagai salahsatu sektor yang didesentralisasi. Untuk melakukan hal ini kegiatan lobi Departemen Kesehatan ke berbagai pihak perlu dilakukan dan hal ini membutuhkan dana dan tenaga besar. Menjadi pertanyaan apakah mungkin terjadi dalam situasi ini ketika negara sedang mempersiapkan diri untuk pemilihan umum di tahun 2009 dan masih banyak agenda RUU yang belum diselesaikan dalam Program Legislasi Nasional.

Oleh karena itu usaha peningkatan probabilitas ke skenario 1 menjadi penting karena skenario kedua merupakan skenario yang saat ini sudah kelihatan tanda-tandanya terjadi. Apabila probabilitas kebijakan desentralisasi di Indonesia lebih banyak berada pada skenario dimana Departemen Kesehatan enggan melakukan desentralisasi kesehatan sementara daerah menginginkannya maka situasi yang sudah buruk saat ini akan memburuk. Pertanyaannya adalah: apakah mungkin merubah probabilitas agar semakin mendekati ke skenario 1? Hal ini merupakan tugas para *lobbyist* dan *advocator* kebijakan desentralisasi.

Sebagai catatan akhir, tahun 2008 ini merupakan momentum yang tepat untuk menilai pelaksanaan kebijakan desentralisasi di Indonesia. Tahun 2008 merupakan "*new beginning*" dengan telah keluarnya berbagai peraturan pemerintah sebagai pelaksanaan UU Desentralisasi maka perlu ada suatu *review* strategis dalam peran berbagai *stakeholders* di sektor kesehatan. Hasil *review* ini diharapkan dapat menjadi bahan untuk pemerintah pusat dan daerah, serta masyarakat untuk melaksanakan desentralisasi dengan sepenuh hati. Sebaliknya apabila hasil *review* menunjukkan perlunya resentralisasi maka harus kembali melakukan sentralisasi secara penuh. Bahan buku ini dapat dipergunakan oleh para pengambil kebijakan sebagai salah satu bahan kajian desentralisasi di sektor kesehatan Indonesia.

Di masa mendatang diharapkan jangan sampai terjadi skenario yang separuh hati dalam pelaksanaan kebijakan desentralisasi. Skenario separuh hati ini terkait dengan posisi pendulum kebijakan desentralisasi yang belum stabil, seperti diuraikan dalam Bab

Pengantar buku ini. Masih ada yang ingin menarik pendulum ke arah sentralisasi namun ada yang ingin mempertahankan. Akibatnya dalam keadaan yang masih belum seimbang ini, terjadi kegamangan dalam pelaksanaan, kesulitan-kesulitan prosedur, bahkan konflik antar berbagai pihak. Sesuatu yang pasti dalam situasi tidak sepenuh hati ini adalah kebijakan desentralisasi menjadi strategi yang belum efektif untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat Indonesia.