
PENYELENGGARAAN DESENTRALISASI KESEHATAN OLEH PEMERINTAH KABUPATEN TASIKMALAYA PROVINSI JAWA BARAT 2011-2017¹

Erlan Suwarlan², Utang Suwaryo³, Rahman Mulyawan⁴

Program Studi Ilmu Pemerintahan Pascasarjana
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
Universitas Padjadjaran Bandung

*Korespondensi Penulis: erlan.tasik@gmail.com, Telp:+6285223303098

Abstrak

Penyelenggaraan desentralisasi di Indonesia yang telah berjalan selama delapan belas tahun pasca reformasi merupakan pengalaman menarik untuk dibahas dan menjadi momentum penting untuk melakukan refleksi dan evaluasi atas berbagai polemik dan masalah yang muncul. Pencapaian tiap daerah sangat bervariasi dalam merespon kebijakan tersebut. Penelitian ini bertujuan menganalisis desentralisasi kesehatan dari faktor: kewenangan, sumber daya daerah, dan akses. Metode penelitian yang digunakan adalah metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyelenggaraan desentralisasi kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya sebagai berikut: Rendahnya kemampuan daerah yang ditandai dengan kecilnya Pendapatan Asli Daerah (PAD); Tidak memacu inovasi dan kreativitas daerah dalam mengelaborasi potensi daerah; Ketergantungan terhadap pusat terutama dalam anggaran; dan Belum tercapainya kemandirian daerah terutama dalam membiayai sektor kesehatan.

Kata Kunci: Desentralisasi, Kesehatan, Desentralisasi Kesehatan, Kewenangan, Sumber Daya, Akses.

Abstract

The implementation of decentralization in Indonesia which has been running for ten years after the reforms have become interesting and an important momentum for reflection and evaluation of various polemics and problems that arise. The achievements of each region vary greatly in responding to the policy. This study supports analyzing health decentralization from factors: authority, regional resources, and access. The research method used is a qualitative method using phenomenology. The results of the study show how the implementation of health decentralization in Tasikmalaya Regency is as follows: Low regional capacity characterized by small Regional Original Income (PAD); Does not spur regional innovation and creativity in elaborating regional potential; Dependence on priority centers in the budget; and not yet achieved independence.

Keywords: Decentralization, Decentralization of Health, Authority, Resources, Access.

¹ Dipresentasikan dalam "Programme 5th ACERN (Asean Comparative Education Research Network Conference) di Hotel Santika Tasikmalaya, 15 Agustus 2019.

² Peserta Program Doktor Ilmu Pemerintahan Universitas Padjadjaran.

³ Guru Besar Ilmu Pemerintahan Universitas Padjadjaran.

⁴ Dosen Program Studi Ilmu Pemerintahan Universitas Padjadjaran.

PENDAHULUAN

Desentralisasi kesehatan pasca reformasi di Indonesia hingga kini masih menjadi bahan diskusi yang sangat menarik banyak pihak, dari yang mendukung maupun yang meragukan keberhasilannya karena dianggap belum memberikan hasil pada peningkatan kinerja pembangunan di Indonesia. Perjalanan 18 tahun lebih pelaksanaan desentralisasi kesehatan merupakan momentum penting untuk melakukan refleksi dan evaluasi berbagai polemik dan masalah yang muncul.

Kebijakan desentralisasi sektor kesehatan dapat dimaknai sebagai strategi penting dalam melaksanakan reformasi pelayanan kesehatan. Prinsip dasarnya adalah pelayanan publik akan lebih efisien jika dilaksanakan oleh otoritas yang memiliki kontrol geografis paling minimal.

Desentralisasi tidak bisa lepas dari aspek kewenangan, sumber daya, dan akses masyarakat. Ketiga hal ini tentunya saling berkaitan, dengan kewenangan memungkinkan daerah merencanakan program dan kegiatan yang sesuai dengan kondisi lokal. Kewenangan dapat terlaksana dengan baik ketika daerah memiliki sumber daya yang memadai yang pada akhirnya diharapkan masyarakat memiliki akses yang lebih baik dalam pelayanan publik sektor kesehatan.

Dipilihnya Kabupaten Tasikmalaya sebagai objek yang diteliti didasarkan pada pertimbangan bahwa pada tahun 2011 Kabupaten Tasikmalaya sempat disebut-sebut terancam bangkrut⁵ sebagai dampak dari pemisahan dan pemindahan ibu kota yang banyak menguras biaya. Pembatasan periode 2011-2017 juga dimaksudkan untuk melihat perkembangan semua capaian sesuai dengan ketersediaan data yang ada di lapangan yang notabene berada dalam dua masa peraturan-perundangan yang berbeda dan kepala daerah yang berbeda.

Sejumlah persoalan berkaitan dengan penyelenggaraan desentralisasi kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya khususnya pada tiga aspek tersebut misalnya pada aspek kewenangan dapat dilihat dari masih terbatasnya produk kebijakan daerah yang mengatur kesehatan, sehingga kebijakan pusat belum semuanya ditindaklanjuti dengan peraturan daerah yang melingkupi sektor kesehatan, yakni masih terbatas pada adanya peraturan daerah tentang Kesehatan Reproduksi. Masih banyak peraturan turunan yang belum dibuat, seperti regulasi tentang lansia; maternal/neonatal; kesehatan lingkungan, dan lain-lain.

⁵ Dilansir: Liputan 6, 7 Juli 2011; Republika, 8 Juli 2011; Koran Tempo, 13 Juli 2011

Sementara persoalan pada aspek sumber daya daerah, fenomenanya dapat terlihat pada ketersediaan: Sumber Daya Manusia, Keuangan, Peralatan, dan Infrastrukturnya. Pada sektor anggaran, kapasitas keuangan daerah pun masih sangat terbatas. Dimana 70% digunakan untuk belanja pegawai, dan 30% untuk belanja pembangunan yang disebar kepada Satuan Kerja Perangkat daerah yang ada, tidak termasuk hibah dan Bantuan Sosial. Serta ditandai pula dengan efektivitas, efisiensi, dan optimalisasi pemanfaatan sumber-sumber penerimaan daerah, belum efisiennya prioritas alokasi belanja daerah secara proporsional, serta terbatasnya kemampuan pengelolaannya termasuk dalam melaksanakan prinsip transparansi dan akuntabilitas, serta profesionalisme.

Secara khusus fenomena yang terjadi pada anggaran kesehatan misalnya Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dari alokasi sebesar 5 (lima) Milyar rupiah digunakan untuk membayar utang senilai 4 (empat) Milyar pada Tahun 2013⁶. Meski pada sektor pembiayaan mengalami kenaikan setiap tahunnya, akan tetapi angka tersebut baru mencapai sebesar 8,3 persen. Angka ini masih jauh dari amanat Pasal 171 ayat 2

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan yang menyatakan bahwa: Besar anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota dialokasikan minimal 10 persen dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji.

Sementara fenomena masih sulitnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya dengan luas wilayah sebanyak 39 kecamatan antara lain disebabkan oleh terbatasnya sarana dan prasarana kesehatan dasar dan rujukan tenaga kesehatan, jaminan pembiayaan kesehatan, serta kondisi geografis yang berbeda dan rusaknya infrastruktur jalan.⁷ Sulitnya akses masyarakat ditengarai berimplikasi terhadap tingginya angka kematian ibu dan anak di Kabupaten Tasikmalaya. Secara umum di Jawa Barat tingginya angka kematian ibu dan anak tak lepas dari faktor kemiskinan, masalah ekonomi, rendahnya pendidikan dan akses penduduk terhadap pelayanan kesehatan⁸.

Penelitian terdahulu di beberapa negara yang relevan dan dapat dijadikan perbandingan oleh penulis dalam memahami pelaksanaan desentralisasi kesehatan (misalnya, Jimenes and Peter C. Smith, 2005; Welshhoff, 2006; Willis and

⁶ Dilansir: Kabar Priangan, Edisi 18 September 2014, hal: 2

⁷ RPJMD Kabupaten Tasikmalaya 2011-2015
⁸ Dilansir: Kabar Priangan, Edisi 4 April 2013

Sorayya Khan, 2009; Simatupang, 2009; Reghmi et. al., 2010; Borneskog, 2010; Shakya et. al., 2012; Jongudomsuk and Jarvayporn Srisasalux, 2012; Cinar et. al., 2013). Penelitian-penelitian tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan desentralisasi di banyak Negara memiliki pengaruh besar dan positif terhadap kemajuan daerah, misalnya terhadap aspek pelayanan kesehatan, penyediaan fasilitas kesehatan, pembangunan kesehatan, dan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam perumusan kebijakan kesehatan di daerah. Sementara penelitian yang dilakukan penulis adalah menganalisis kewenangan, sumber daya, dan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar.

Tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Untuk menganalisis kewenangan urusan pemerintahan pada bidang kesehatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah Kabupaten Tasikmalaya Provinsi Jawa Barat 2011-2017.
2. Untuk menganalisis kemampuan sumber daya daerah dalam penyelenggaraan desentralisasi kesehatan oleh Pemerintah Kabupaten Tasikmalaya Provinsi Jawa Barat 2011-2017.
3. Untuk menganalisis akses masyarakat dalam penyelenggaraan desentralisasi kesehatan oleh Pemerintah Kabupaten Tasikmalaya Provinsi Jawa Barat 2011-2017.

KAJIAN PUSTAKA

Penyelenggaraan desentralisasi dipengaruhi banyak faktor, begitu juga dengan desentralisasi kesehatan, prosesnya melibatkan banyak faktor. Hal tersebut misalnya diungkapkan Katarina, et.al (2007:225) yang menyatakan bahwa:

”Desentralisasi merupakan sebuah kekuatan utama dari reformasi sektor kesehatan. Di satu sisi pemahaman banyak Negara akan manfaat desentralisasi semakin meningkat, namun di lain pihak pengetahuan faktor apa yang mempengaruhi pelaksanaan desentralisasi masih dirasakan masih lemah.”

Desentralisasi yang menekankan pada otonomi daerah seluas-luasnya dan bertanggung jawab menuntut peran dan kreativitas dari pemerintah daerah dalam mengelola dan mengembangkan daerahnya. Kewenangan dan Sumber Daya diantara level pemerintahan menjadi fakta empirik bagi pemerintah dalam mewujudkan pembangunan yang berkelanjutan.

Keterkaitan antara kewenangan dan sumber daya, yang akhirnya diharapkan meningkatkan akses masyarakat dalam penyelenggaraan desentralisasi digambarkan oleh Jauhari (2012:8-10) yang mengatakan bahwa:

“Kemampuan pemerintah daerah dalam mengelola dan memanfaatkan sumber daya memberikan dampak bagi daerah. Kewenangan yang dimiliki oleh pemerintah daerah dan pengelolaan sumber daya perlu dimaksimalkan dengan tetap memperhatikan pola koordinasi dan luasnya kewenangan yang dimiliki. Perdebatan mengenai kewenangan dan potensi sumber daya yang dimiliki ternyata tidak berbanding lurus dengan tingkat kesejahteraan masyarakatnya”.

Mengacu kepada pendapat tersebut, berikut ini dipaparkan mengenai faktor-faktor yang dapat mempengaruhi berhasil atau tidaknya penyelenggaraan desentralisasi kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya, yakni faktor: kewenangan, sumber daya, dan akses. Ketiga hal tersebut dielaborasi berdasarkan pendapat para ahli.

Berkaitan dengan kewenangan menurut Deliarnoor,dkk (2017:12) menegaskan bahwa kewenangan adalah, “kekuasaan yang diformalkan baik terhadap segolongan orang

tertentu maupun suatu bidang pemerintahan tertentu...wewenang adalah kemampuan bertindak yang diberikan undang-undang yang berlaku untuk melakukan hubungan hukum tertentu”.

Menurut Rondinelli (1999:2) bahwa kewenangan dalam penyelenggaraan desentralisasi adalah, “...*It is the transfer of responsibility for planning, financing, and managing certain public functions from the central government and its agencies to field units of government agencies, subordinate units or levels of government, semi-autonomous public authorities or corporations, or areawide, regional, or functional authorities*”.⁹

Sementara dimensi kewenangan menurut Bankauskaite et al. (2007:18) menyatakan bahwa, “*Responsibility for planning, financing, delivery and organization of long-term care decentralized to local health care level*”.¹⁰ Dari pendapat kedua ahli tersebut terdapat kesamaan mengenai dimensi dari kewenangan, yaitu adanya penyerahan tanggung jawab pemerintahan dalam hal: perencanaan, pembiayaan, dan pengelolaan fungsi publik tertentu.

⁹ Terjemahan: Ini adalah pengalihan tanggung jawab untuk perencanaan, pembiayaan, dan pengelolaan fungsi publik tertentu dari pemerintah pusat dan lembaga-lembaganya ke unit lapangan di instansi pemerintah, unit bawahan atau tingkat pemerintahan, semi-otonom otoritas publik atau perusahaan, atau

otoritas yang berwenang, regional, atau fungsional.

¹⁰ Terjemahan: Tanggung jawab untuk perencanaan, pembiayaan, pengiriman dan organisasi perawatan jangka panjang yang didesentralisasi ke tingkat perawatan kesehatan setempat

Selain faktor kewenangan, faktor kedua yang mempengaruhi pelaksanaan desentralisasi adalah ketersediaan sumber daya daerah. Hal tersebut misalnya diungkapkan oleh Rondinelli (1983:198) yang menyatakan bahwa:

“...a variety of factors that influenced implementation, among the most important of which were...the adequacy and appropriateness of local financial, human and physical resources¹¹”.

Dari pendapat tersebut jelas menegaskan bahwa penyelenggaraan desentralisasi memandang penting daerah untuk memiliki kecukupan dan kemampuan untuk mengalokasikan dan memperluas secara efektif sumber daya keuangan yang memadai, tenaga terampil dan infrastruktur fisik di tingkat lokal.

Pendapat yang hampir sama disampaikan Iglesias (1976:xxxv) yang menyatakan bahwa untuk dapat melaksanakan tugas otonomi dengan sebaik-baiknya ada beberapa syarat yang perlu dipenuhi yaitu, *“Implementation process viewed as an administrative capability system. These resources are vital inputs to the*

implementation process and these include generally human (e.g., program personnel) as well as non-human components (funding, physical plant and equipment, etc.)”¹².

Kedua pendapat tersebut relatif memiliki kesamaan pandangan bahwa dalam penyelenggaraan desentralisasi, daerah dituntut memiliki ketersediaan dan kemampuan dalam hal: sumber daya manusia, keuangan, infrastruktur, dan peralatan yang memadai. Dengan kata lain, keempat hal tersebut merupakan hal yang krusial dalam menyelenggarakan desentralisasi.

Faktor lain yang sering kali menjadi hambatan dalam penyelenggaraan desentralisasi kesehatan adalah akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan modern terutama di perdesaan. Hal tersebut misalnya dikemukakan Welschhof (2006:69) yang menyatakan bahwa: *“utilization is influenced by social, economic and cultural variables, distance, cost, quality of care and trust are further important for access to public health services”¹³.* Dari pendapat tersebut menegaskan bahwa faktor-faktor

¹¹ Terjemahan: berbagai faktor yang memengaruhi implementasi, diantaranya yang terpenting adalah...kecukupan dan kesesuaian sumber daya keuangan, manusia, dan sumber daya fisik.

¹² Terjemahan: proses implementasi dipandang sebagai sistem kapabilitas administratif. Sumber daya merupakan input penting untuk implementasi proses termasuk di dalamnya adalah manusia

(mis., personel program) serta komponen non-manusia (pendanaan, infrastruktur, peralatan, dll.).

¹³ Pemanfaatan dipengaruhi oleh variabel sosial, ekonomi dan budaya, jarak, biaya, kualitas perawatan dan kepercayaan lebih penting untuk akses ke layanan kesehatan masyarakat.

yang mempengaruhi akses masyarakat meliputi: variabel sosial, ekonomi dan budaya, jarak, biaya, dan kualitas perawatan.

Sementara menurut Widaningrum (2007:370) menyatakan bahwa, "hambatan akses antara lain faktor finansial, jarak rumah tinggal ke tempat pelayanan, ketiadaan alat transportasi yang memadai, dan faktor lain terkait dengan pelayanan".

Di luar ketiga faktor yang mempengaruhi penyelenggaraan desentralisasi kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya yang telah dipaparkan di atas, penulis menduga ada faktor-faktor baru sebagai faktor penyebab berhasil atau tidaknya penyelenggaraan desentralisasi kesehatan, yakni faktor: *political will* dan kapasitas kelembagaan (*capacity building*).

Secara konseptual, terdapat banyak pendapat pakar yang membahas tentang *political will*, misalnya menurut Fauzy (2015:1) *political will* diartikan sebagai, "niatan pimpinan untuk melakukan hal-hal yang dianggap perlu untuk kebaikan bersama dalam jangka panjang". Pendapat yang hampir sama disampaikan Brinkerhoff (2000:242) yang mengatakan bahwa, "*Political will refers to the intent of societal actors an effort to reduce or eliminate them. It is*

defined as: the commitment of actors to undertake actions to achieve a set of objectives". Dari kedua pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa *political will* adalah kesediaan dan komitmen pemimpin politik dalam melakukan tindakan yang bertujuan untuk mencapai tujuan disertai dengan usaha yang berkelanjutan. Lebih lanjut Brinkerhoff (2000:242) menegaskan mengenai karakteristik *political will* yang menyebutkan bahwa, "*The characteristics of political will are: (1) Locus of initiative; (2) Degree of analytical rigor applied to understanding; (3) Mobilization of support; (4) Application of credible sanctions; (5) Continuity of effort*".

Kemudian kapasitas kelembagaan secara konseptual dikemukakan beberapa pendapat, misalnya Brown (2001:25) yang mengatakan bahwa, "*capacity building as a process that can improve the ability of a person, an organization, and a system to achieve the goals aspired*"¹⁴. Sementara menurut Grindle (1997:25) mengungkapkan bahwa, "*Capacity Building is strategy directed to improve efficiency, effectiveness from the government performance, with attention focused on these dimensions: 1) Development of the human resource; 2) Strengthening organization; 3) Reformation of*

¹⁴ Terjemahan: pembangunan kapasitas sebagai proses yang dapat meningkatkan kemampuan seseorang, organisasi, dan

sistem untuk mencapai tujuan yang dicita-citakan.

*institution*¹⁵. Dengan mengacu kepada pendapat Grindle tersebut di atas dapat dijelaskan bahwa dimensi dari kapasitas kelembagaan intinya merupakan penguatan organisasi yang berhubungan dengan: sumber daya organisasi, budaya organisasi, tata laksana, struktur organisasi dan pengambilan keputusan. Pada tahap reformasi sistem, dimana merupakan lingkup yang terpenting dalam pembahasan ini, meliputi kerangka kerja yang berkaitan dengan regulasi, kebijakan-kebijakan dan kondisi dasar yang mendukung tercapainya obyektivitas.

METODE

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui: studi kepustakaan, studi lapangan, dan wawancara mendalam. Teknik analisis data yang dilakukan meliputi: reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Informan dalam penelitian terdiri dari: Bupati, Sekretaris Daerah, Ketua DPRD, Ketua Komisi IV, Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat, Kasubag Perencanaan, Evaluasi, dan Pelaporan Dinas Kesehatan, Direktur RSUD, Kepala UPT Puskesmas, Bidan,

Perawat, Nutrisonis, dan Tokoh Masyarakat. Untuk menguji keabsahan (validitas) data dilakukan dengan menggunakan teknik triangulasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kewenangan

Dengan mengacu kepada pendapatnya Deliarnoor,dkk (2017) mengenai definisi kewenangan dan menarik relevansi dengan pendapatnya Rondinelli (1999) mengenai dimensi kewenangan yang telah dipaparkan pada bagian sebelumnya, maka dalam hal ini yang dimaksud dengan perencanaan adalah kemampuan pemerintah daerah untuk membuat perencanaan, penganggaran, dan pengelolaan dari semua kewenangan yang telah didesentralisasikan, yang secara khusus adalah bagaimana pemerintah Kabupaten Tasikmalaya menyusun perencanaan, menganggarkan, dan mengelola urusan kesehatan sebagai salah satu urusan yang berkaitan dengan pelayanan dasar.

1. Perencanaan

Pentingnya perencanaan dalam penyelenggaraan desentralisasi kesehatan telah banyak dikemukakan para ahli, misalnya ditegaskan oleh

¹⁵ Terjemahan: Pembangunan Kapasitas adalah strategi yang diarahkan untuk meningkatkan efisiensi, efektivitas dari kinerja pemerintah, dengan perhatian terfokus pada dimensi-dimensi ini: 1)

Pengembangan sumber daya manusia; 2) Penguatan organisasi; 3) Reformasi institusi ”

Riitta et al. (1998: 57) yang menyatakan, *“That does seem clear from existing experiences is that without proper planning and acknowledgment of the lessons learned by other countries, decentralization of health care can be disappointing at best and detrimental at worst”*¹⁶. Pendapat tersebut sangat jelas menekankan pentingnya perencanaan yang tepat dalam penyelenggaraan desentralisasi kesehatan. Hal tersebut senada dengan yang disampaikan Aulia (2018:165) yang menyatakan bahwa, “Perencanaan dimulai dengan membuat rencana jangka panjang. Berdasarkan perencanaan yang matang dan jelas mampu menterjemahkan urusan dan rencana-rencana kegiatan yang akan dilakukan yang mengakomodir seluruh urusan”. Kemudian disampaikan juga oleh Zuhro (2018:227) yang mengemukakan bahwa, “Eksekutif misalnya, perlu memiliki rencana induk (*master plan*) dan program pembangunan yang terencana dengan tahapan dan target yang jelas”.

Aktualisasi penyusunan sejumlah dokumen perencanaan di Kabupaten Tasikmalaya, misalnya dengan menerbitkan Peraturan Daerah Kabupaten Tasikmalaya Nomor 7 tahun 2010 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang (RPJP) Daerah Kabupaten

Tasikmalaya Tahun 2005-2025, Peraturan Daerah Nomor 13 Tahun 2011 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kabupaten Tasikmalaya 2011-2015 yang memuat visi, misi dan program kepala daerah yang penyusunannya berpedoman kepada RPJP daerah. Secara khusus berkaitan dengan penyelenggaraan desentralisasi kesehatan, maka Rencana Strategis (Renstra) Dinas Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya merupakan suatu perencanaan strategis yang disusun dan dirumuskan setiap lima tahun yang menggambarkan visi, misi, tujuan, sasaran, program dan kegiatan Dinas Kesehatan yang mengedepankan isu-isu lokal dan merupakan rencana yang terarah, efektif dan berkesinambungan sehingga dapat diimplementasikan secara bertahap sesuai dengan skala prioritas dan anggaran pembiayaan yang ada. Dengan demikian, fungsi Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya adalah untuk menyatukan pandangan dan derap langkah seluruh lapisan masyarakat dan segenap komponen di Kabupaten Tasikmalaya dalam melaksanakan prioritas pembangunan selama lima tahun ke depan. Dalam proses perencanaan di Kabupaten Tasikmalaya tidak sepenuhnya berjalan mulus, masih kental dengan

¹⁶ Yang tampak jelas dari pengalaman yang ada adalah bahwa tanpa perencanaan dan pengakuan atas pelajaran yang dipetik oleh

negara lain, desentralisasi kesehatan bisa sangat mengecewakan dan merugikan.

tarik-menarik kepentingan politik dalam pelaksanaannya.

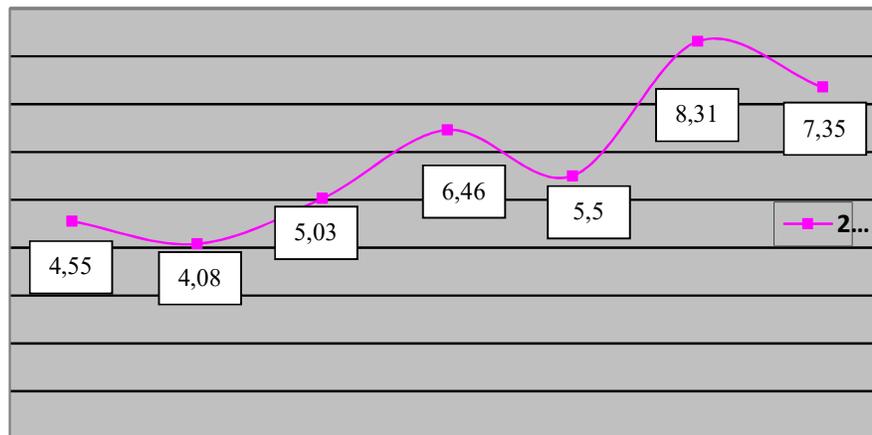
2. Penganggaran

Perencanaan dan penganggaran adalah dua hal yang saling terkait. Hubungan antara APBD dengan perencanaan pembangunan digambarkan oleh Suhadak dan Trilaksono (2007:6), “hubungan antara perencanaan dan anggaran belanja menjadi timbal-balik.”

Sistem penganggaran di lingkungan organisasi pemerintahan dalam perkembangannya telah menjadi instrumen kebijakan multifungsi yang digunakan sebagai alat untuk mencapai tujuan organisasi. Hal tersebut terutama tercermin pada komposisi dan besarnya anggaran yang secara langsung merefleksikan arah dan tujuan pelayanan dasar masyarakat sebagai konsekuensi dari pelaksanaan

urusan wajib dan peningkatan daya saing sebagai konsekuensi dari pelaksanaan urusan pilihan. Anggaran daerah sebagai alat perencanaan kegiatan pemerintah daerah sekaligus berfungsi sebagai alat pengendalian. Dengan demikian, fungsi perencanaan dan pengawasan dapat berjalan dengan baik, maka sistem anggaran harus dilakukan dengan cermat dan sistematis. Penganggaran dalam bidang kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya tidak hanya karena ketersediaan anggaran yang terbatas, tetapi terjadi juga dislokasi anggaran dalam pengalokasiannya. Melihat fenomena dari pendapat tersebut, maka perlu dilakukan untuk menghasilkan anggaran daerah yang benar-benar mencerminkan kepentingan dan harapan masyarakat daerah setempat terhadap pengelolaan keuangan daerah secara ekonomis, efisiensi, dan efektif.

Grafik 1. Persentase Anggaran Kesehatan dari APBD Tahun 2011-2017



Sumber: Tasikmalaya Distrit Health Office, 2019.

Dari grafik tersebut diketahui bahwa persentase anggaran kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya dalam kurun waktu 2011-2017 belum sesuai dengan amanat Undang-Undang Kesehatan yakni sebesar 10% dari total APBD di luar gaji. Kondisi tersebut menjadi beban tersendiri dalam melaksanakan pembangunan bidang kesehatan.

Pada bagian lain, masih terdapat fenomena ego sektoral dalam pelaksanaan desentralisasi kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya, hal ini nampak dari adanya perbedaan

persepsi antar SKPD yang ada, misalnya antara Bappeda dengan Dinas Kesehatan mengenai pembiayaan minimal untuk biaya kesehatan yang bersumber dari APBD. Hal ini dipengaruhi pula oleh interpretasi/pemahaman terhadap amanat Undang-Undang Kesehatan yang berbeda. Kondisi tersebut mengakibatkan polemik tersendiri atas tercapai tidaknya biaya minimal yang harus disediakan oleh APBD.

Perbedaan persepsi tersebut berpotensi memiliki implikasi negatif terhadap keberpihakan pemerintah

daerah dalam penganggaran sektor kesehatan yang notabene memerlukan dukungan biaya yang besar ketika jumlah penduduk di Kabupaten Tasikmalaya sangat banyak dengan rentang wilayah geografis yang luas dan bervariasi. Kunci utamanya tentu terletak pada Kepala Daerah untuk dapat mensinergiskan berbagai pemahaman yang berkembang di lapangan sehingga apa yang menjadi misi pemerintah kabupaten dapat terealisasi dan memenuhi ekspektasi publik terhadap semakin membaiknya pelayanan kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya dalam berbagai level penyedia layanan kesehatan.

3. Pengelolaan

Pelaksanaan urusan pemerintahan yang didesentralisasikan di Kabupaten Tasikmalaya direalisasikan dalam pelaksanaan program dan kegiatan Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) berdasarkan Rencana Kerja Pembangunan Daerah (RKPD) tahunan yang merupakan penjabaran dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) 2011-2015, serta memperhatikan Nota Kesepakatan Bupati Tasikmalaya dengan Pimpinan DPRD Kabupaten Tasikmalaya tentang Kebijakan Umum Anggaran dan Pendapatan Belanja Daerah (APBD), Prioritas

dan Plafon Anggaran setiap tahunnya.

Semenjak tahun anggaran 2007 sudah mengelompokkan tugas dan fungsi pemerintah yang dikonversi menjadi 26 urusan wajib dan 8 urusan pilihan, sebagaimana dicantumkan dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Tasikmalaya setiap tahunnya.

Secara keseluruhan, pelaksanaan enam kewenangan urusan kesehatan yang didesentralisasikan di Kabupaten Tasikmalaya yang meliputi: Upaya Kesehatan, Pembiayaan Kesehatan, Sumber Daya Manusia Kesehatan, Obat dan Perbekalan Kesehatan, Pemberdayaan, dan Manajemen Kesehatan telah banyak menampakkan pencapaian positif setiap tahunnya, meski hal tersebut bukan tanpa kendala di dalam pelaksanaannya. Meski capaian kewenangan belum semuanya sesuai dengan ekspektasi secara ideal, namun kurun waktu 2011-2017 dapat dikatakan menunjukkan perkembangan yang lebih baik dalam beberapa tahun terakhir. Pada bagian lain Pemerintah Kabupaten sendiri memiliki komitmen yang serius bahwa program urusan kesehatan selalu masuk dalam skala prioritas. Tentu saja kondisi tersebut adalah hal yang menggembirakan dalam upaya melaksanakan pembangunan kesehatan demi tercapainya derajat kesehatan yang lebih baik. Upaya-

upaya peningkatan perlu terus dilakukan dalam berbagai aspek sampai bisa mendekati kondisi ideal seperti yang diharapkan semua pihak.

Sumber daya

Untuk dapat melaksanakan tugas otonomi dengan sebaik-baiknya, tentu saja sangat memerlukan dukungan sumber daya daerah, mustahil pelaksanaan desentralisasi tanpa adanya dukungan sumber daya yang memadai. Sumber daya daerah tersebut seperti: Sumber Daya Manusia, Keuangan, Infrastrukur, dan Peralatan. Berikut ini dipaparkan mengenai kondisi objektif dan potensi sumber daya daerah yang ada di Kabupaten Tasikmalaya kurun waktu 2011-2017 dalam melaksanakan desentralisasi kesehatan.

1. Sumber Daya Manusia

Untuk dapat melaksanakan tugas otonomi dengan sebaik-baiknya, tentu saja sangat memerlukan dukungan sumber daya daerah, mustahil pelaksanaan desentralisasi tanpa adanya dukungan sumber daya yang memadai. Sumber daya daerah tersebut seperti: Sumber Daya Manusia, Keuangan, Infrastrukur, dan Peralatan. Berikut ini dipaparkan mengenai kondisi objektif dan potensi sumber daya daerah yang ada di Kabupaten Tasikmalaya kurun waktu 2011-2017 dalam melaksanakan

desentralisasi kesehatan. Berdasarkan hasil penelitian sangat jelas menunjukkan masih terbatasnya tenaga kesehatan yang notabene merupakan bagian penting dalam mendukung suksesnya pelaksanaan desentralisasi kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya. Tentu saja kondisi tersebut selama ini berpengaruh besar terhadap pelayanan kesehatan terutama untuk menjangkau pelayanan daerah-daerah terjauh dengan kondisi geografis yang berat. Hal ini sangat disadari oleh para pemangku kepentingan yang ada, meski sesungguhnya pencapaian yang ada dari tahun ke tahun bukan tidak ada, namun masih belum optimal.

Permasalahan ketersediaan tenaga kesehatan pun bukan semata-mata ketidakmampuan daerah, melainkan memiliki keterkaitan yang sangat erat dengan kebijakan dari pusat seperti masih sangat terbatasnya quota tenaga kesehatan dalam seleksi Calon Pegawai Negeri Sipil. Status tenaga yang ada pun tidak semuanya berstatus PNS.

Untuk mengatasi permasalahan tenaga kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya langkah-langkah yang lebih serius dan komprehensif menjadi sebuah keniscayaan untuk dilakukan, mengingat sangat pentingnya ketersediaan tenaga kesehatan baik dari sisi jumlah maupun kualifikasi yang memadai dalam mencapai visi dan misi

Kabupaten Tasikmalaya khususnya dalam pembangunan sektor kesehatan. Dan tentu saja dukungan penambahan quota dari pusat menjadi sangat menentukan dan membantu dalam mengatasi persoalan keterbatasan tenaga kesehatan yang sangat krusial untuk dipenuhi secepatnya.

biaya utama dalam kurun waktu 2011-2017 yang meliputi: Pendapatan Daerah, Pendapatan Asli Daerah, dan Dana Perimbangan mengalami kenaikan setiap tahunnya, dengan pengecualian pada Dana Bagi Hasil Pajak/Bukan pajak. Hal tersebut mengindikasikan perkembangan yang positif untuk sisi anggaran daerah. Selanjutnya dapat dilihat pada tabel 3 di bawah ini.

2. Keuangan

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa tiga komponen

Tabel 1. Rekapitulasi Keuangan Kabupaten Tasikmalaya Tahun 2011-2017

Uraian	2011	2012	2013	2014	2015	2017	2017
Pendapatan Daerah	1.510.096.240.753	1.817.892.736.223	2.213.623.318.967	2.575.127.886.182	2.749.880.116.129	3.213.134.045.112	3.318.577.309.403
PAD	55.771.204.716	65.473.795.748	70.474.192.115	162.863.532.004	186.475.099.361	216.107.592.671	401.502.016.966
Pajak Daerah	17.861.130.368	20.545.416.360	23.839.779.378	44.253.007.592	47.068.743.969	51.887.876.334	61.573.250.536
Retribusi Daerah	15.312.578.095	19.820.207.958	20.321.676.447	33.530.262.672	17.103.841.605	16.162.200.026	15.653.845.168
Hasil Pengelolaan Kekayaan yang dipisahkan	12.652.744.990	12.500.612.729	8.965.582.987	18.835.852.511	18.717.391.511	20.402.921.819	22.235.362.895
Lain-lain PAD	9.944.751.263	12.607.558.701	17.347.153.303	66.244.408.529	103.585.122.276	127.654.594.492	302.039.558.367
Dana Perimbangan	1.043.973.470.058	1.281.137.193.766	1.415.316.877.662	1.541.035.901.962	1.633.950.690.991	2.079.589.818.872	2.083.179.479.122
Bagi Hasil Pajak/Bukan Pajak	85.602.332.058	91.466.461.766	90.384.628.662	87.789.413.962	64.031.208.991	75.717.223.463	73.251.267.974
DAU	881.513.538.000	1.083.660.482.000	1.225.934.879.000	1.342.934.278.000	1.380.490.312.000	1.467.972.525.000	73.251.267.974
DAK	76.857.600.000	106.110.250.000	98.997.370.000	110.312.210.000	189.429.170.000	535.900.070.409	567.743.243.148
Lain-lain Pendapatan Daerah yang sah	410.351.565.979	471.181.746.709	727.832.249.190	871.228.452.916	929.454.325.777	917.436.633.569	833.895.813.315
Belanja Daerah	1.508.872.847.865	1.829.381.194.201	2.165.004.333.289	2.416.942.284.557	2.697.620.123.198	3.340.096.786.712	3.318.577.309.403
Pembiayaan Daerah	109.946.616.756	109.363.136.360	104.460.678.373	137.729.768.274	305.415.369.899	317.466.278.343	178.132.111.015

Sumber: Olahan Penulis, 2019.

Berdasarkan tabel tersebut dapat diketahui bahwa tiga komponen

biaya utama dalam kurun waktu 2011-2017 yang meliputi:

Pendapatan Daerah, Pendapatan Asli Daerah, dan Dana Perimbangan mengalami kenaikan setiap tahunnya, dengan pengecualian pada Dana Bagi Hasil Pajak/Bukan pajak. Hal tersebut mengindikasikan perkembangan yang positif untuk sisi anggaran daerah.

Secara umum kebijakan pendapatan asli daerah dilakukan dengan meningkatkan sumber-sumber penerimaan pendapatan asli daerah yang diprediksi akan memberikan sumbangan yang berarti pada perolehan pendapatan. Permasalahan utama Kabupaten Tasikmalaya diantaranya adalah belum optimalnya penggalian potensi sumber pendapatan daerah baik dari sektor sumber daya alam, pariwisata, maupun dari potensi sektor lainnya. Sementara *collection rate* penerimaan yang berlaku di Kabupaten Tasikmalaya relatif kecil bila dibanding dengan Pemerintah Kota Tasikmalaya karena adanya perbedaan nilai strategis lokasi, serta belum optimalnya peran Badan Usaha Milik Daerah (BUMD) dalam memberikan kontribusi terhadap PAD. Permasalahan tersebut di atas, menjadi sangat penting untuk diupayakan pemecahannya baik melalui suatu kajian penelitian, regulasi maupun langkah riil serta menciptakan sektor-sektor strategis untuk mendongkrak penerimaan pendapatan.

Keseriusan Pemerintah Kabupaten Tasikmalaya dalam

meningkatkan pendapatan daerah melalui perbaikan sistem menjadi sangat penting dan mendesak untuk dilakukan guna tercapainya pendapatan daerah yang memadai, khususnya dari sektor pajak daerah dan retribusi. Hal ini tidak bisa dihindari mengingat tingkat penerimaan PAD masih tergolong sangat kecil dan memiliki implikasi terhadap biaya pembangunan, khususnya bidang kesehatan. Kapasitas kelembagaan suatu daerah dalam pengelolaan dana adalah kemampuan menggali sumber pendapatan sendiri. Salah satu tujuan penerapan desentralisasi di Indonesia adalah membuat wilayah-wilayah menjadi lebih sejahtera secara ekonomi. Salah satu ciri utama yang menunjukkan suatu daerah mampu berotonomi adalah terletak pada kemampuan keuangan daerah. Artinya, daerah otonom harus memiliki kewenangan dan kemampuan untuk menggali sumber-sumber keuangan sendiri, serta mengelola dan menggunakannya untuk membiayai penyelenggaraan pemerintahan daerah.

3. Infrastruktur

Ketersediaan infrastruktur kesehatan merupakan bagian penting yang menunjang pelaksanaan desentralisasi kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya. Dengan wilayah yang luas dan jumlah penduduk yang banyak, maka

ketersediaan infrastruktur adalah hal yang mutlak ada guna lebih mendekatkan pelayanan kepada masyarakat untuk terciptanya tingkat derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik. Perkembangan infrastruktur kesehatan yang ada di Kabupaten Tasikmalaya periode 2011-2017 meliputi: Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, Polindes, Rumah Bersalin, Rumah Sakit, Instalasi Farmasi, dan Posyandu

4. Peralatan

Pelaksanaan urusan kesehatan di daerah sangat memerlukan ketersediaan peralatan kesehatan. Peralatan memiliki peran penting dalam penyelenggaraan aktivitas pemerintahan daerah. Dalam pengertian ini, peralatan adalah setiap benda atau alat yang dipergunakan untuk memperlancar setiap pekerjaan. Pentingnya ketersediaan peralatan dikatakan Kaho (1997:186) yang menyatakan bahwa, "untuk mempermudah kerja pemerintah daerah, maka diperlukan adanya peralatan yang baik dalam arti cukup dalam jumlah, efisien, efektif, dan praktis dalam penggunaannya".

Pengadaan peralatan kesehatan yang dilakukan Dinas Kesehatan setiap tahunnya dilakukan secara bertahap. yang tersebar pada puskesmas-puskesmas sesuai kebutuhan dan ketersediaan anggaran pada setiap tahunnya. Dari tahun 2011-2017 masing-masing sebanyak

5 item, 8 item, 7 item, 8 item, 17 item, 19 item, dan 44 item. Ketersediaan peralatan kesehatan pada puskesmas-puskesmas yang ada sangat bervariasi sehingga pengadaan tersebut dilakukan secara bertahap untuk melengkapi peralatan yang sudah ada dan sangat membantu upaya meningkatkan pelayanan kepada masyarakat. Peralatan yang sudah ada pun masih dapat digunakan untuk melayani.

Sementara pengadaan peralatan kesehatan di RSUD SMC Kabupaten Tasikmalaya Dalam kurun waktu 2011-2017 tiap tahunnya bervariasi meski pada tahun 2011 tidak ada penambahan, selanjutnya mulai tahun 2012 sebanyak 9 item, tahun 2013 sebanyak 21 item, tahun 2014 sebanyak 36 item, tahun 2015 sebanyak 10 item, tahun 2016 sebanyak 31 item, dan tahun 2017 sebanyak 6 item. Penambahan peralatan yang ada semakin melengkapi peralatan yang dibutuhkan dan dapat dikatakan signifikan membantu peningkatan layanan di RSUD.

Untuk dapat menyelenggarakan desentralisasi kesehatan dengan optimal, maka ketersediaan peralatan merupakan hal yang tidak akan bisa dihindari. Ketersediaan tersebut benar-benar dapat menjamin kecukupan peralatan, baik kuantitas maupun kualitasnya bagi setiap unit layanan kesehatan yang ada. Dengan cukup terjaminnya peralatan bagi

setiap unit, maka hal tersebut sangat berpotensi memberikan kontribusi bagi peningkatan derajat kesehatan, khususnya bagi masyarakat Kabupaten Tasikmalaya.

Akses

1. Finansial

Biaya pengobatan umumnya seringkali menjadi kendala serius dalam pembangunan kesehatan di Indonesia terutama bagi kalangan masyarakat tidak mampu dan mengalami gangguan kesehatan yang sangat berat.

Akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya secara umum dapat dikatakan relatif terjangkau terutama di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yakni Puskesmas. Dari 39 kecamatan yang ada, sudah terdapat 40 puskesmas, dimana masyarakat yang berobat hanya dikenakan biaya retribusi sebesar Rp 5.000,- sudah termasuk obat.

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa biaya pelayanan pada dasarnya relatif terjangkau, terlebih saat ini ada program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan yang sebelumnya terdapat dua program yakni Jamkesmas yang dibiayai dari APBN dan Jamkesda dari APBD. Salah satu keseriusan pemerintah Kabupaten Tasikmalaya dalam membantu masyarakat yang tidak mampu yang tidak ter-cover oleh

kedua program tersebut adalah dengan adanya program Unit Pelayanan Cepat Pendidikan dan Kesehatan (UPCPK) dengan klasifikasi pasien secara khusus yang didanai dari APBD. Ini adalah poin penting di tengah keterbatasan anggaran kesehatan yang ada.

2. Jarak

Dengan wilayah yang cukup luas, akses jarak terhadap fasilitas kesehatan secara umum masih dapat terjangkau meski masih terdapat kendala dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, terutama bagi beberapa daerah yang keadaan geografisnya masih terjal. Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan dengan luas wilayah sebanyak 39 Kecamatan, fasilitas kesehatan yang ada pada masing-masing kecamatan dapat dikatakan masih relatif terjangkau meski ada pengecualian untuk beberapa kecamatan dengan medan tertentu.

Demikian pula halnya dengan jarak pelayanan terhadap RSUD SMC yang letaknya berada di Kecamatan Singaparna sebagai Ibukota Kabupaten, sesungguhnya dengan status Rumah Sakit Tipe C memiliki beban yang cukup berat untuk dapat melayani masyarakat sekitar 1,7 juta jiwa pada 39 Kecamatan dan 351 Desa yang ada, sehingga posisinya masih sebagai Rumah Sakit penyangga dari Rumah Sakit Umum Kota Tasikmalaya yang statusnya sudah tipe B yang

melayani 10 Kecamatan dan 69 Kelurahan dengan jumlah penduduk sekitar 600.000 jiwa.

RSUD SMC dengan Tipe C tersebut kapasitasnya masih sangat terbatas dan diprioritaskan untuk melayani enam Kecamatan terdekat. Hal ini mengisyaratkan bahwa untuk melayani 33 kecamatan lainnya perlu adanya perubahan status puskesmas di beberapa kecamatan guna mempermudah dan meluaskan jangkauan layanan kepada masyarakat lainnya terutama yang tersebar pada wilayah Utara, Timur, dan Selatan Kabupaten Tasikmalaya yang lokasinya jauh terhadap RSUD SMC.

Umumnya jarak tempuh ke RSUD SMC yang terletak di Kecamatan Singaparna dari kecamatan yang lainnya masih terdapat banyak kecamatan yang sangat jauh dengan waktu tempuh lebih dari 30 menit. Jarak terdekat adalah ke Kecamatan Leuwisari sejauh 3 Km, sedangkan jarak terjauh ke Kecamatan Cikalong sejauh 97 Km. Hal tersebut menjadi kendala tersendiri bagi pemerintah Kabupaten Tasikmalaya dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Mengatasi hal tersebut sesungguhnya sudah ada upaya yang dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten untuk menaikkan status 4 puskesmas menjadi Rumah Sakit Tipe D yang meliputi: Manonjaya, Cikatomas, Ciawi, dan Karangnunggal

Sampai saat ini secara bertahap baru pada tahap pengadaan tanah untuk di Kecamatan Cikatomas. Peningkatan status puskesmas pada empat kecamatan tersebut dapat dikatakan cukup mendesak mengingat jarak tempuh yang paling jauh terhadap RSUD SMC ada pada Bagian Utara, Selatan, dan Timur Kabupaten Tasikmalaya. Dengan melakukan perubahan status puskesmas pada empat kecamatan tersebut diyakini akan bisa memaksimalkan pelayanan kepada masyarakat, selain dinaikannya beberapa puskesmas menjadi puskesmas DTP.

3. Sarana Transportasi

Berkaitan dengan akses transportasi untuk pelayanan kesehatan, Kabupaten Tasikmalaya masih membutuhkan sarana transportasi mengingat jangkauan pelayanan yang sangat luas.

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ketersediaan sarana transportasi sudah tersedia pada semua puskesmas meskipun belum bisa dikatakan ideal. Dengan wilayah layanan yang sangat luas dan masyarakat yang sangat banyak tentu saja masih sangat membutuhkan kendaraan seperti ambulans. Sampai akhir tahun 2015 kesungguhan pemerintah Kabupaten Tasikmalaya terlihat juga dengan pengadaan armada ambulans yang baru untuk

beberapa kecamatan. Hal tersebut jelas sangat membantu dalam meningkatkan pelayanan, meski belum ada ambulan RS Lapangan dimana Kabupaten Tasikmalaya terkatagori sebagai salah satu daerah yang rawan bencana di Jawa Barat.

4. Pelayanan Kesehatan Dasar

Dalam rangka meningkatkan akses penduduk miskin dan tidak mampu sejak Tahun 2008 Pemerintah telah menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), dengan sasaran program Jamkesmas secara Nasional berjumlah 86 Juta jiwa masyarakat, sementara untuk Kabupaten Tasikmalaya sebanyak 879.551 jiwa yang terdiri dari masyarakat miskin dan masyarakat tidak mampu. Dengan Jamkesmas diharapkan keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu dapat diatasi agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

Aktualisasi pelayanan kesehatan dasar di Kabupaten Tasikmalaya yang sesuai dengan Indikator capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan Kabupaten/Kota sebagaimana Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal dapat dilihat pada beberapa pelayanan, yaitu: kunjungan pasien ke puskesmas, pelayanan ibu hamil di

puskesmas, pelayanan persalinan, Ibu Hamil Resiko Tinggi dirujuk, kunjungan neonatus, dan peserta KB Aktif.

Penerapan desentralisasi kesehatan di Indonesia, sejatinya memberikan ruang yang lebih bagi pemerintah daerah untuk dapat menyikapi sendiri permasalahan kesehatan yang dihadapi di daerah, sekaligus memberikan peluang yang lebih besar bagi daerah untuk memanje usaha-usaha untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di daerah tersebut. Pada hakikatnya masalah kesehatan bukan mutlak urusan pusat, namun merupakan urusan bersama pusat, provinsi dan kabupaten/kota termasuk rakyat secara keseluruhan.

Namun jika pemerintah tidak segera menyikapi peluang ini dengan efektif, dalam arti lemahnya respon pemerintah, maka akan berdampak dilaksanakannya sistem desentralistik yang parsial, dimana pemerintah pusat masih memegang berbagai peranan yang seharusnya diperankan oleh pemerintah daerah.

Kesepakatan antara pemerintah daerah dengan pemerintah pusat untuk melaksanakan desentralisasi yang ideal mungkin saja terjadi. Dalam hal ini harus tercipta keinginan yang besar antara pemerintah pusat dan daerah untuk merealisasikan desentralisasi secara total. Pengalaman di berbagai negara pun menunjukkan bahwa perbedaan

pendapat antara pusat dan daerah merupakan salah satu faktor penting yang mempengaruhi keberhasilan desentralisasi.

Secara nasional, Indonesia yang sehat akan tercapai jika telah tercapai provinsi-provinsi Sehat, sedangkan Provinsi Sehat akan tercapai jika Kabupaten-kabupaten dan Kota-kota di provinsi tersebut telah menjadi Kabupaten Sehat dan Kota Sehat. Seterusnya, Kabupaten/Kota Sehat akan tercapai jika telah tercapai kecamatan-kecamatan Sehat, dan Kecamatan Sehat akan tercapai jika telah terwujud Desa-desa atau kelurahan-kelurahan Sehat.

Jadi, dengan kata lain dapat dikatakan bahwa pondasi dari Indonesia Sehat adalah Desa/Kelurahan Sehat. Oleh karena itu, perlunya suatu program yang menggalakkan kembali aktivitas-aktivitas pada tataran bawah seperti Desa/Kelurahan dalam upaya memberdayakan potensi pemerintah daerah dan masyarakat setempat. Dengan demikian, sistem kesehatan sebuah negara secara tidak langsung sangat dipengaruhi oleh sistem kesehatan di daerah atau pemerintahan terendahnya.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Dengan menganalisis fenomena-fenomena yang ditemukan di lapangan pada tiga faktor yang dikaji dalam penyelenggaraan desentralisasi kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya, yakni faktor: Kewenangan, Sumberdaya, dan Kewenangan diperoleh temuan bahwa penyelenggaraan desentralisasi kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya yang sejatinya bertujuan mewujudkan kemandirian daerah masih ditandai dengan sejumlah temuan negatif, yaitu:

1. Rendahnya kemampuan daerah yang ditandai dengan kecilnya Pendapatan Asli Daerah (PAD);
2. Tidak memacu inovasi dan kreativitas daerah dalam mengelaborasi potensi daerah;
3. Ketergantungan terhadap pusat terutama dalam anggaran;
4. Belum tercapainya kemandirian daerah terutama dalam membiayai sektor kesehatan.

Atas dasar hal tersebut, faktor yang mempengaruhi penyelenggaraan desentralisasi kesehatan yang telah dikemukakan para ahli sebelumnya, yakni faktor: kewenangan (Rondinelli,1999); Sumber Daya (Iglesias,1976); dan Akses (Widaningrum,2007) setelah dihadapkan dengan data empirik yang ditemukan di lapangan, mengkonfirmasi bahwa teori yang dipakai itu relevan, meski masih terdapat kekurangan. Sedangkan

faktor *political will* yang diduga sebagai variabel penjelas ternyata relevan, demikian juga dengan kapasitas kelembagaan karena ternyata di dalam penyelenggaraan desentralisasi itu memerlukan kelembagaan yang kuat guna menyelenggarakan urusan-urusan pemerintahan yang didesentralisasikan ke daerah.

Dari uraian tersebut di atas, maka ketiga teori yang digunakan dalam penelitian ini terverifikasi dan dua faktor yang diajukan juga terverifikasi. Dengan demikian, maka *novelty* (temuan baru) dalam penelitian ini yang belum ditemukan dalam penelitian sebelumnya, yakni *political will* dan kapasitas kelembagaan merupakan temuan baru untuk memberikan kontribusi kepada teori desentralisasi dan sebagai alternatif solusi yang berpotensi besar bisa memperbaiki permasalahan penyelenggaraan desentralisasi kesehatan, khususnya di Kabupaten Tasikmalaya yang masih terjadi sampai saat ini.

Saran

Dalam melaksanakan kewenangan memerlukan *political will* kepala daerah dan para pemangku kebijakan, juga perlu dipastikan adanya konsistensi dari semua dokumen perencanaan, penganggaran, dan pengelolaan kewenangan agar terlaksana dengan

baik sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Ketersediaan tenaga kesehatan dari berbagai jenis ketenagaan, baik secara kualitas maupun kuantitas masih membutuhkan peningkatan, perlu segera dipenuhi mendekati rasio ideal dengan memperhatikan ketersebarannya serta jaminan karir dan kesejahteraan dari semua tenaga kesehatan yang telah ada. Terbatasnya keuangan daerah yang bersumber dari APBD perlu dielaborasi secara serius dengan melakukan penggalan potensi sumber pendapatan daerah dari sektor-sektor strategis yang berpotensi besar mendongkrak penerimaan pendapatan, seperti sektor: sumber daya alam, pariwisata, pajak, retribusi, maupun dari potensi sektor lainnya. Keseriusan Pemerintah Kabupaten Tasikmalaya dalam menyelenggarakan desentralisasi kesehatan, alternatif solusinya adalah melalui penguatan kapasitas kelembagaan sebagai serangkaian strategi yang memusatkan perhatian kepada: 1). Kemampuan menggali sumber pendapatan sendiri; 2) Kemampuan Pengelolaan Keuangan; 2) Kemampuan SDM; 4) Pelibatan masyarakat dalam pengambilan keputusan. Dengan peningkatan kapasitas kelembagaan tersebut menjadi hal yang sangat penting dan mendesak yang diharapkan bisa meminimalisir ketergantungan

daerah terhadap pusat. Dalam hal infrastruktur, kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana baik di Puskesmas-puskesmas maupun Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tasikmalaya masih perlu ditingkatkan sesuai kebutuhan dan perkembangan IPTEK bidang kesehatan serta masih perlunya penambahan Puskesmas-puskesmas Dengan Tempat Perawatan (DTP) dan pembangunan rumah sakit tipe D pada empat kecamatan harus segera diwujudkan guna lebih memaksimalkan jangkauan pelayanan kesehatan. Demikian pula halnya dengan ketersediaan obat dan perbekalan baik pada puskesmas-puskemas maupun RSUD perlu terus ditingkatkan.

Masih perlunya peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas baik dari puskesmas-puskesmas maupun RSUD yang disebabkan oleh ketersediaan tenaga kesehatan, sarana dan prasarana kesehatan dasar, dan kondisi geografis yang berbeda. Upaya pemerataan dan keterjangkauan pelayanan yang bermutu pada kedua penyedia layanan yang dimiliki oleh pemerintah daerah tersebut masih perlu ditingkatkan lagi.

Buku:

- Bankauskaite, Vaida, et al. (ed). (2007). *Central Issues in The Decentralization Debate*. England: Open University Pers.
- Borneskog, Annalinn. (2010). *Decentralisation In Babati A Case Study on The Impact of Decentralisation on Health Service Delivery in a Tanzanian City*. Development And International Programme: University Sodertorns.
- Brown, Lisanne, et. Al, (2001). *Measuring Capacity Building*, Carolina Population Center, University of North Carolina, Chapel Hill.
- Cinar, Fadime et al. (2013). *Decentralisation in Health Services and Its Impact: SWOT Analysis of Current Applications in Turkey*. Turkey: Arel University.
- Deliarnoor, Nandang Alamsah, dkk. (2017). *Teori dan Praktek Kewenangan*. Yogyakarta: Pandiva Buku.
- Iglesias, Gabriel U. (1976). *Implementation: The Problem of Achieving Results*. Eropa-Manila.
- Jimenes, Polores and Peter C. Smith. (2005). *Decentralisation of Health Care and its Impact on Health Outcomes*. United Kingdom: YSHE.
- Kaho, Josef Riwu. (1997). *Prospek Otonomi Daerah di Negara Republik Indonesia*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Katarina, et.al. (ed). (2007). *Implementation Of Health Care Decentralization*.

DAFTAR PUSTAKA

- Decentralization In Health Care.*
England: Open University Press.
- Rondinelli et al. (ed). (1999).
*Decentralization Briefing
Noefing Notes.* World Bank
Institute.
- Rondinelli, Dennis A. et.al. (1983).
*Decentralization in Developing
Countries A Review of Recent
Experience.* Washington D.C.:
The World Bank.
- Suryani, Dini. (2018). Politik
Pengelolaan Dana Otonomi
Khusus dan Istimewa.
*Desentralisasi Fiskal Asimetri:
Konsep Dan Aspek Yang
Mempengaruhinya Terhadap
Pengelolaannya Di Indonesia.*
Jakarta: Yayasan Pustaka Obor
Indonesia.
- Riitta, Liissa. (eds). (1998).
*Decentralization of the Health
Sector.* World Bank Institute
Working Papers in Collaboration
With PREM Network.
- Suhadak dan Nugroho, Trilaksono.
(2007). *Paradigma Baru
Pengelolaan Keuangan Daerah
dalam Penyusunan APBD di Era
Otonomi.* Malang: Bayumedia
dan Lembaga Penerbitan &
Dokumentasi FIA-Unibraw.
- Welschhof, Anja. (2006). *Community
Participation and Primary Health
Care in India.* Universität
München.
- Disertasi:
Simatupang, Rentanida Renata.
(2009). *Evaluation of
Decentralization Outcomes in
Indonesia: Analysis of Health and
Education Sectors.* Georgia State
University.
- Brinkerhoff, Derick W. (2000).
Assessing Political Will for
Anti-Corruption Efforts: an
Analytic Framework. *Public
Administration And
Development. Public
Admin.Dev.* 20, p.239-252.
- Fauzy, Achmad. (2015). *Political Will
Pemerintah Kabupaten
Pelalawan Terhadap Pelestarian
Satwa Di Taman Nasional Tesso
Nilo Tahun 2011-2012.* *JOM
FISIP* Vol. 2 No. 2 Oktober 2015.
- Jauchar B. (2012). Otonomi Daerah
Dan Pengelolaan Sumber Daya
Alam Di Propinsi Kalimantan
Timur. *Jurnal Borneo
Administrator.* Volume 8; No. 1.
- Jongudomsuk, Pongpisut and
Jarvayporn Srisasalux. (2012). A
Decade of Health Care
decentralization in Thailand:
What Lessons Can be Drawn?
*WHO South-East Asia Journal of
Public Health* Vol 1. No. 3 pp 347-
356.
- Regmi, Krishna et al. (2010).
Understanding The Effect of
Decentralisation On Health
Service The Nepalese
Experience. *Journal Of Health
Organization and Management*
Vol. 24 No. 4 pp 361-382.
- Shakya et al. (2012). Strengthening
National Health Systems For
Improving Efficiency of Health
Service Delivery in Nepal. *JNHRC*
Vol 10. No. 2.
- Widianingrum. Ambar. (2007).
Dinamika Pelaksanaan
Desentralisasi Birokrasi
Pelayanan Kesehatan. *Ilmu
Sosial dan Ilmu Politik* Vol. 10 No.
3, Maret.

Jurnal:

Willis, Katie & Sorayya Khan. (2009). Health Reform in Latin America and Africa: Decentralisation, Participation and Inequalities. *Third World Quarterly*, Vol. 30, No. 5, 2009, pp 991–1005.

Profil Penulis

Erlan Suwarlan, lahir di Tasikmalaya pada 7 April 1977. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana dengan Program Studi Ilmu Pemerintahan di STISIP Tasikmalaya,

lulus pada tahun 2005. Selanjutnya melanjutkan pendidikan magister dengan Program Studi Ilmu Pemerintahan di Universitas Padjadjaran, lulus pada tahun 2013. Kemudian melanjutkan pendidikan doktor dengan Program Studi Ilmu Pemerintahan di Universitas Padjadjaran, lulus pada tahun 2019. Saat ini menjadi Dosen Tetap pada Program Studi Ilmu Pemerintahan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Galuh Ciamis.