

Dinamika Pelaksanaan Desentralisasi Birokrasi Pelayanan Kesehatan

*Ambar Widaningrum*¹

Abstract

Decentralization represents a good opportunity to improve health services. Specifically, decentralization and related steps can lead to conditions in which district institutions have many discretionary authorities and choices to offer high quality services, and people have the information, financial means, and bargaining power required to elicit appropriate responses. However, the overall impacts of decentralization on health service depends on its design and institutional arrangements. These need to be supported by appropriate policy instruments and mechanisms.

Kata-kata kunci:

kebijakan kesehatan; pilihan kebijakan; kapasitas regulasi; struktur pelayanan

1. Pengantar

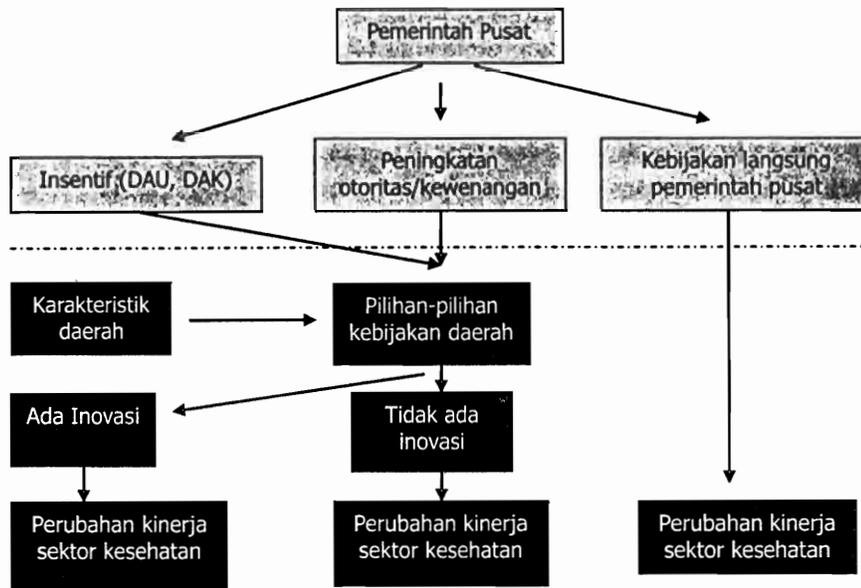
Desentralisasi sebagai konsekuensi pelaksanaan otonomi daerah telah mengubah sebagian besar tatanan dan fungsi dalam sistem kesehatan. Sebagai akibat transfer kekuasaan dari pusat ke daerah,

¹ *Dra. Ambar Widaningrum, MA.* adalah staf pengajar pada Jurusan Ilmu Administrasi Negara, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. Ia bisa dihubungi melalui email: ambarwid@ugm.ac.id.

pemerintah kabupaten dan kota memiliki kewenangan yang besar untuk mengelola sumber daya alam, dana, dan manusia. Perubahan yang mendasar itu memerlukan juga pengembangan kebijakan yang mendukung penerapan desentralisasi dalam mewujudkan pembangunan kesehatan sesuai kebutuhan. Salah satu konsekuensi desentralisasi adalah mengurangi peran pusat dari peran dominan operasional menjadi peran dominan kebijakan. Peran baru ini ikut mempengaruhi proses kebijakan kesehatan di daerah sesuai dengan kondisi daerah yang bersangkutan. Kalau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang pada era sebelum desentralisasi hanya berfungsi pelaksana kebijakan, kini harus berperan sebagai pengelola sekaligus pengambil kebijakan di tingkat lokal.

Desentralisasi yang dipromosikan melalui reformasi sektor kesehatan sebagai reformasi administrasi, dimaksudkan untuk peningkatan efisiensi dan kualitas pelayanan. Secara teoritis, desentralisasi menstimuli peningkatan cakupan, kualitas dan efisiensi pelayanan publik, infrastruktur, dan kemampuan daerah. Pelaksanaan desentralisasi secara langsung akan mempengaruhi peningkatan derajat kewenangan daerah, karena terjadi beberapa transfer kewenangan dari Pemerintah Pusat ke Pemerintah Daerah. Desentralisasi membawa implikasi pada semakin luasnya pilihan kebijakan yang dibuat pada tingkat lokal. Peningkatan kewenangan bersama-sama dengan beberapa peraturan langsung dan insentif anggaran dari pemerintah pusat akan menggiring pemerintah daerah setempat untuk membuat pilihan-pilihan kebijakan yang disesuaikan dengan karakteristik wilayah seperti kemampuan ekonomi pemerintah daerah, dan kondisi sosial ekonomi masyarakat setempat, seperti yang tertera pada Gambar 1. Selain itu, desentralisasi bisa menjadi cara atau metode untuk menguatkan partisipasi masyarakat melalui penguatan nilai-nilai demokrasi (Bossert, 1998; Fiedler dan Suazo, 2002).

Gambar 1
Desentralisasi, Kewenangan Daerah dan Kinerja Sektor Kesehatan



Ada dua indikator penting untuk mengukur kinerja pelayanan kesehatan terkait dengan pelaksanaan desentralisasi, yakni efisiensi operasional dan efisiensi alokatif (Prud homme, 1995; Azfar, 1999). Suatu program dimaknai sebagai efisien secara operasional apabila penyelenggaraan aktivitas program pelayanan dapat meningkatkan akuntabilitas pemerintah lokal, rentang dan tingkatan birokrasi yang lebih ringkas, dan pemanfaatan sumberdaya secara rasional sesuai dengan kondisi lokal sehingga dapat memenuhi kriteria efektif, dengan membandingkan sumberdaya yang ada dengan manfaat pelayanan kesehatan. Efisien secara alokatif terjadi ketika pelayanan kesehatan yang tersedia sesuai dengan preferensi atau kebutuhan lokal masyarakat.

2. Tantangan pada desentralisasi kebijakan kesehatan daerah

Sejak diberlakukan Otonomi Daerah secara penuh pada 1 Januari 2001, telah ditemukan berbagai masalah pada sektor kesehatan sehingga perlu penanganan masalah yang komprehensif secara bertahap (World Bank, 2005). Sehubungan dengan adanya peluang

pengembangan kebijakan kesehatan pada tingkat kabupaten/kota karena momentum desentralisasi yang sedang dilaksanakan saat ini, persoalan-persoalan kesehatan di tingkat kabupaten perlu diketahui dengan jelas. Latar belakang sistem kebijakan dari atas ke bawah di masa lalu sudah terinternalisasi sedemikian rupa, menjadikan aparat daerah sudah terbiasa menerima kebijakan dari atas yang umumnya merupakan kebijakan yang seragam yang berlaku sama untuk seluruh wilayah Indonesia. Keadaan seperti ini tentu saja perlu diikuti perubahan. Perubahan yang besar ini mengharuskan perubahan peran dan fungsi birokrasi di semua tingkatan administrasi. Masalahnya saat ini adalah informasi kesehatan di tingkat kabupaten terbatas, sehingga mempersulit penentuan prioritas kebijakan.

Kalau melihat kembali capaian kebijakan kesehatan Indonesia di masa lalu, Indonesia termasuk dalam kelompok negara pertama dan dipandang berhasil melaksanakan kebijakan kesehatan global: Deklarasi Alma Alta: "Kesehatan untuk Semua" (*Health for All*) tahun 1979 dengan mengutamakan pendekatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*). Namun demikian, ketika terjadi krisis ekonomi, sosial dan politik yang dialami Indonesia di tahun 1997, dampaknya pada sektor kesehatan masih berlanjut sampai sekarang. Di tengah kelangkaan sumber daya, berbagai upaya yang dilaksanakan haruslah memenuhi tujuan efisiensi dan sekaligus tujuan pemerataan. Pemerataan di sini dipahami sebagai ketersediaan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat, dengan biaya yang sesuai dengan kemampuan membayarnya. Hal ini menjadi sulit dilakukan karena adanya pertukaran (*trade off*) antara efisiensi di satu sisi dan pemerataan pelayanan kesehatan di sisi yang lain.

Lebih lanjut, pada tingkat ekonomi makro, krisis ekonomi yang melanda Indonesia juga berdampak pada penurunan anggaran untuk kesehatan. Data pengeluaran untuk kesehatan per kapita menunjukkan penurunan.² Sementara itu angka persentase kesakitan masih mening-

² Di tahun 1995/1996, pengeluaran kesehatan per kapita sebesar Rp 13.069, menurun di tahun 1996/97 menjadi Rp 11.908, dan di tahun 1998/99 menurun lagi menjadi Rp 10.319 (World Bank, 2000). Survei Susenas menunjukkan proporsi pengeluaran kesehatan terhadap pengeluaran rumah tangga menurun sebesar 0,3 persen dari 1,9 persen di akhir tahun 1997 menjadi 1,6 persen di awal tahun 1999 di perkotaan, dan dari 1,6 persen menjadi 1,3 persen di pedesaan (Dep.Kesehatan, 2002).

kat dari 14,7 di tahun 2001 menjadi 15,3 di tahun 2002 (BPS, 2003). Data ini memberikan gambaran bahwa kemampuan membeli (*ability to pay*) pelayanan kesehatan makin menurun, sementara kebutuhan (*needs*) pelayanan yang ditunjukkan melalui angka kesakitan menunjukkan peningkatan. Gambaran tersebut makin memperjelas bahwa tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan yang rendah (*underutilization*) masih tetap menjadi masalah pokok bagi para perencana kebijakan kesehatan dan akan tetap merupakan hambatan bagi suksesnya program-program kesehatan.

Di tingkat kabupaten/kota, berdasarkan data dari SIKD (Sistem Informasi Keuangan Daerah) Departemen Keuangan tahun 2001, secara nasional anggaran bidang kesehatan rata-rata 1,8 persen dari total APBD (132 kabupaten). Alokasi anggaran relatif kecil meskipun bukan termasuk untuk pengeluaran rutin dan gaji pegawai. Di tingkat kabupaten/kota, berdasarkan data dari SIKD (Sistem Informasi Keuangan Daerah) Departemen Keuangan tahun 2001, secara nasional anggaran bidang kesehatan rata-rata 1,8 persen dari total APBD (132 kabupaten). Alokasi anggaran relatif kecil meskipun bukan termasuk untuk pengeluaran rutin dan gaji pegawai. Sumbangan pemerintah atas belanja kesehatan masih 20 persen (kurang dari setengah angka rata-rata Negara Asia Timur dan Pasifik). Manfaat dari belanja pemerintah untuk kesehatan juga masih bias ke kelompok kaya.³ Di tingkat kabupaten/kota, pelayanan kesehatan lebih menonjol sebagai sumber Pendapatan Asli Daerah (PAD) melalui retribusi pelayanan kesehatan⁴, dan belum pada program investasi sumberdaya manusia. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa pemerintah sebenarnya belum mampu menetapkan sistem kesehatan yang jelas, misalnya

³ Sebanyak 20 persen orang miskin hanya menggunakan 8 persen untuk kesehatan dasar, sementara 20 persen orang kaya menikmati 39 persen belanja pemerintah. (LPML, 2004). Estimasi biaya untuk pelayanan kesehatan dasar (World Bank, 2003) adalah Rp 10,7 triliun, dan *grant* untuk penduduk miskin Rp 2,9 triliun. Sementara yang anggaran dikeluarkan oleh pemerintah baru Rp 8,4 triliun, sehingga masih dibutuhkan biaya kekurangan sebesar Rp 5,2 triliun.

⁴ Data SIKD (Sistem Informasi Keuangan Daerah) 2001-2002, Departemen Keuangan, Pendapatan kabupaten/Kota yang berasal dari retribusi pelayanan kesehatan sekitar 60 persen dari total pendapatan retribusi daerah.

kegagalan menetapkan pelayanan kesehatan sebagai barang publik atau swasta.

Angka kematian bayi yang sering digunakan sebagai proksi status kesehatan masyarakat masih cukup tinggi, kendati terdapat penurunan dari tahun ke tahun. Angka dari Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 1994, 1997, dan tahun 2002/03 menunjukkan penurunan 57 kematian bayi per 1000 kelahiran hidup (1994); 46 kematian bayi (1997); dan 35 kematian bayi di tahun 2002. Sementara itu, angka kematian ibu (AKI) ada kecenderungan menurun, dari 390 jiwa per 100.000 kelahiran (SDKI, 1994), dan menjadi 307 jiwa (SDKI, 2002/03). Namun demikian, penurunan AKI belum merata di seluruh wilayah Indonesia. AKI di provinsi Jawa Tengah adalah 248, Jawa Barat 686, Nusa Tenggara Timur 554, dan di provinsi Papua adalah 1.025 per 100.000 kelahiran hidup (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 1994, 1997 dan 2002/03). Ini menunjukkan masih terdapat perbedaan pencapaian kinerja kebijakan penurunan AKI. Lebih lanjut, AKI di Indonesia masih tertinggi di diantara negara-negara anggota Asean. Risiko kematian ibu karena melahirkan di Indonesia adalah 1 dari 65 dibandingkan dengan 1 dari 1.100 di Thailand (Bappenas, 2004).

Sebenarnya pemerintah telah berupaya untuk meningkatkan derajat dan status kesehatan antara lain dengan meningkatkan ketersediaan fasilitas dan sarana kesehatan, untuk memperluas akses masyarakat ke pelayanan kesehatan. SDKI tahun 2002/03 menunjukkan bahwa hambatan akses ke pelayanan kesehatan modern antara lain faktor finansial, jarak rumah tinggal ke tempat pelayanan, ketiadaan alat transportasi yang memadai, dan faktor lain terkait dengan pelayanan.⁵ Hambatan akses ke tempat pelayanan lebih banyak dirasakan oleh penduduk pedesaan.⁶ Perbedaan pencapaian

⁵ SDKI 1994 dan 1997 tidak mencantumkan pertanyaan atau informasi tentang hambatan akses ke pelayanan kesehatan modern.

⁶ Persentase hambatan akses secara finansial (30,1 persen untuk wilayah pedesaan; 16,1 persen untuk wilayah perkotaan); akses jarak (18,5 persen untuk wilayah pedesaan; 5,1 persen untuk wilayah perkotaan); akses transportasi (17,5 persen di wilayah pedesaan, 4,5 persen di wilayah perkotaan), sisanya merupakan hambatan akses yang terkait dengan pelayanan.

kinerja kebijakan kesehatan di satu wilayah dengan wilayah lain dapat dikatakan bahwa masih ada masalah dalam kebijakan pemerataan pelayanan kesehatan. Kebijakan kesehatan di masa lalu yang cenderung sentralistis, dengan menerapkan pola "fit for all" (sama untuk semua wilayah), berdampak pada kebijakan-kebijakan turunan yang mengabaikan perbedaan potensi antar wilayah.

Secara umum, penduduk yang mengalami gangguan kesehatan akan melakukan upaya pengobatan, baik melakukan pengobatan sendiri (*self-treatment*) maupun berobat ke pelayanan kesehatan. Namun demikian, penambahan jumlah sarana pelayanan kesehatan, tidak diikuti oleh peningkatan pemanfaatan atau utilisasi pelayanan kesehatan modern. Seperti data yang dikutip oleh World Bank (2000), angka kunjungan (*contact rate*) pelayanan Puskesmas maupun Puskesmas Pembantu (Pustu) menunjukkan penurunan.⁷ Masalah ini sebenarnya menegaskan bahwa perluasan faktor persediaan (*supply*) tidak cukup untuk meningkatkan utilisasi atau pemanfaatan pelayanan.

Dari aspek ketenagaan, kebijakan pengadaan tenaga kesehatan diupayakan agar mampu menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Program dokter tidak tetap (PTT), Bidan di Desa⁸, dan kebijakan yang mengizinkan para petugas kesehatan negeri (PNS) untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan swasta di luar jam kerja⁹ adalah contoh-

⁷ Di tahun 1995, angka kunjungan pada petugas Puskesmas adalah 4,66 persen dari total populasi yang mengunjungi petugas (minimal sekali dalam sebulan terakhir), menjadi 4,31 persen (1997), dan menurun lagi menjadi 3,25 persen di tahun 1998. Demikian halnya dengan kunjungan ke Puskesmas Pembantu, dari 1,69 persen di tahun 1995, 1,66 di tahun 1997, dan menurun menjadi 1,01 di tahun 1998. Data tersebut menunjukkan bahwa angka cakupan kunjungan Puskesmas makin menurun.

⁸ Jumlah bidan di desa terus menyusut sejak diadakan program Bidan di Desa tahun 1989, dari 62.812 bidan di desa tahun 2000 menjadi 39.906 di tahun 2003 (Profil Kesehatan Indonesia 2003). Hal yang sangat bertentangan jika melihat kenyataan bahwa 80 persen penduduk bermukim di desa, dan saat ini terdapat 22.906 desa tidak lagi memiliki bidan.

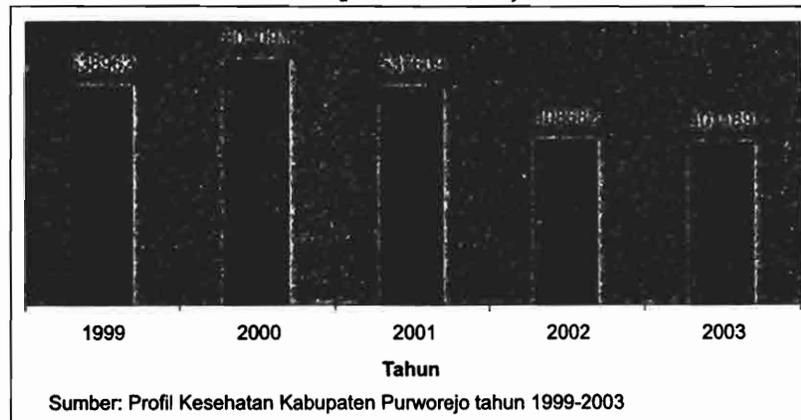
⁹ Di awal tahun 1990 tercatat sekitar 80 persen tenaga kesehatan negeri (PNS) juga bekerja di pelayanan kesehatan swasta, atau menyelenggarakan pelayanan sendiri. Kebijakan tersebut dimaksudkan juga sebagai penyelesaian masalah insentif gaji pegawai negeri yang rendah (World Bank, 1994).

contoh program ketenagaan yang dimaksudkan untuk memperluas akses pelayanan. Namun demikian, SDKI 1994, 1997, dan 2002/2003 masih menunjukkan pelayanan kesehatan tradisional (dukun) sebagai tempat berobat, khususnya sebagai penolong persalinan masih dimanfaatkan oleh sebagian penduduk.¹⁰ Informasi ini bisa menggambarkan bahwa dukun dengan metode pelayanannya oleh sebagian penduduk pedesaan masih tetap diminati dibandingkan selain metode pelayanan kesehatan modern. Begitu juga halnya dengan pemanfaatan petugas kesehatan (bidan dan perawat kesehatan) di pedesaan lebih besar proporsinya dibandingkan dengan pemanfaatan praktek dokter dan rumah sakit.

Kendati data nasional tentang kesehatan seperti terpapar di atas tidak serta merta dapat mewakili kondisi kesehatan di wilayah kabupaten, namun data tersebut tetap bisa dijadikan proksi dasar situasi kesehatan dan implementasi kebijakan kesehatan di daerah. Hal ini penting untuk perkiraan tahap awal prioritas pelayanan kesehatan, sebelum ada identifikasi yang jelas tentang masalah-masalah kesehatan di wilayah kabupaten. Misalnya, data nasional tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan, baik pemanfaatan fasilitas maupun tenaga kesehatan tidak berbeda secara signifikan dengan data kabupaten, khususnya kabupaten Purworejo, propinsi Jawa Tengah. Cakupan kunjungan baik di Puskesmas maupun di tempat-tempat pelayanan lainnya tidak menunjukkan peningkatan (Gambar 2).

¹⁰ Data SDKI 1994 menunjukkan dua pertiga penolong persalinan adalah dukun tradisional (65 persen di Jawa-Bali dan 68 persen di luar Jawa-Bali). SDKI 1997 persentasenya menurun menjadi 55 persen (57,2 persen di Jawa-Bali, dan 53,4 persen di luar Jawa Bali). SDKI 2002/03 menunjukkan perubahan yang besar dari persentase pemanfaatan dukun bayi penolong persalinan (19,9 persen di perkotaan, dan 41,6 persen di wilayah pedesaan).

Gambar 2. Jumlah Kunjungan Puskesmas tahun 1999-2003 di Kabupaten Purworejo



3. Desentralisasi dan pilihan antara efisiensi dan pemerataan pelayanan

Meningkatnya perhatian pada masalah pemerataan dan efisiensi dalam penyediaan pelayanan kesehatan dan terbatasnya pilihan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan menjadikan reformasi sektor kesehatan menjadi agenda penting di berbagai negara (World Bank, 1993). Kendatipun implikasi kebijakan pemerataan menjadi wacana yang menonjol intensitasnya di literatur-literatur akademis, namun demikian implikasi kebijakan pemerataan tidak banyak ditemukan di negara-negara berkembang. Hal tersebut sulit dilakukan karena adanya pertukaran (*trade off*) antara efisiensi di satu sisi dan pemerataan di sisi yang lain. Sangat dipahami, penyediaan pelayanan kesehatan membutuhkan sumberdaya yang besar. Di tengah keterbatasan sumber daya, berbagai kebijakan dan program diupayakan untuk memenuhi tujuan efisiensi dan sekaligus tujuan pemerataan. Pemerataan di sini dipahami sebagai ketersediaan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat, dengan biaya yang sesuai dengan kemampuan membayarnya.

Isu pemerataan memerlukan perhatian khusus dalam pasar pelayanan kesehatan, jika dibandingkan dengan pasar pelayanan kebutuhan dasar (seperti makanan), karena perbedaan kebutuhan pelayanan diantara warga negara. Perbedaan kebutuhan ini bisa

memicu ketiadaadilan, ketika kemiskinan dan dampaknya mempengaruhi kebutuhan pelayanan kesehatan atau sebaliknya. Pada beberapa hasil penelitian dan kajian literatur, menyebutkan bahwa perbedaan itu terletak pada pemerataan akses dan pemerataan hasil (*output*) (Daniels, 1985).

Sementara itu, tuntutan untuk menyelenggarakan pelayanan publik yang efisien di tengah keterbatasan sumberdaya juga sangat kuat. Upaya yang dilakukan adalah membuka peluang pada masuknya peran swasta untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Sementara itu ketika membaginya dengan swasta, persyaratan dalam mekanisme pasar sempurna tidak mungkin terpenuhi, karena karakteristik pelayanan kesehatan sebagai barang publik berbeda dengan karakteristik barang publik yang lain. Dalam pasar pelayanan kesehatan, yang selalu terjadi adalah ketidaksempurnaan pasar (*market imperfection*) (Le-Grand, 1992; James, 1997). Ketidaksempurnaan pasar itu disebabkan oleh beberapa hal berikut:

Pertama, informasi yang asimetris antara produsen dan konsumen jasa kesehatan (*asymetry of information*) karena ketidaktahuan pasien (*patient-ignorancy*), merupakan bentuk kegagalan informasi yang menyebabkan kegagalan pasar. Informasi yang dimiliki produsen jasa pelayanan kesehatan lebih kuat dari konsumen jasa pelayanan kesehatan. Dalam ilmu ekonomi dikenal dengan istilah *supply induced demand* (pemanfaatan berlebihan, tidak sesuai dengan kebutuhan), karena keputusan konsumen untuk menggunakan atau tidak menggunakan barang/jasa sangat dipengaruhi oleh keputusan produsen. Dengan demikian tidak ada prinsip kesetaraan antara produsen dan konsumen.

Kedua, ada eksternalitas yang dihasilkan, yakni dampak yang ditimbulkan (baik yang bersifat positif maupun yang bersifat negatif) akibat tindakan konsumsi dan/atau produksi oleh satu pihak ke pihak lain tanpa adanya kompensasi. Program imunisasi misalnya akan menimbulkan eksternalitas positif, karena penduduk dalam wilayah yang bersangkutan akan mendapatkan manfaat jika warganya memiliki status kesehatan yang lebih baik. Para ekonom berpendapat bahwa, tanpa adanya peran pemerintah, barang atau jasa yang mengandung eksternalitas negatif cenderung diproduksi secara lebih,

dan sebaliknya yang mengandung eksternalitas positif akan diproduksi dalam jumlah yang sedikit. Untuk kegiatan-kegiatan yang mengandung eksternalitas positif, keterlibatan pasar swasta sangat jarang, karena tidak mendatangkan manfaat ekonomi dari kegiatannya. Untuk mengatasi hal ini, biasanya tugas pemerintah untuk menanganinya.

Ketiga, kebutuhan akan pelayanan bersifat tidak menentu (*uncertainty*), baik waktu, tempat, jumlah, maupun biaya yang dibutuhkan. Pada pasar sempurna, akses sangat bergantung pada kemampuan membeli, baik melalui mekanisme pembayaran langsung (*fee for service*) atau melalui asuransi. Dalam situasi seperti ini, kelompok penduduk miskin tidak akan memperoleh akses yang lebih baik dari sekedar pelayanan dasar. Sementara itu, dalam mekanisme pembayaran melalui asuransi, pasar asuransi selalu memakai asumsi yang pasti dari kondisi kesehatan pemakai jasa asuransi. Oleh karenanya, pasar asuransi biasanya menolak klien yang memiliki kemungkinan klaim yang tinggi. Pada gilirannya, pasar asuransi hanya akan mencakup kelompok populasi tertentu. Lebih lanjut, karena asuransi kesehatan selalu menetapkan tarif lebih rendah dari penggunaan nyata, maka akan terjadi potensi penggunaan asuransi yang tidak efisien, yang biasa dikenal dengan istilah *moral hazard*. Isu pemerataan sekali lagi hanya menjadi pertanyaan besar. Sistem pasar tidak memiliki mekanisme yang mempertimbangkan pemerataan. Bahkan pada kasus dimana terjadi kompetisi dan informasi sempurna, dimana setiap individu mendapatkan harga yang sama untuk setiap unit pelayanan kesehatan, harga tersebut tetap memberatkan kelompok masyarakat miskin, sebagai akibat dari ketidakmerataan akses maupun hasilnya (Le Grand, et al, 1992).

Semua kegagalan pasar tersebut tentunya memerlukan regulasi pemerintah dalam penyelenggaraan pasar pelayanan kesehatan, dan menekankan pentingnya sistem kesehatan masyarakat. Dalam membangun sistem tersebut, negara-negara berkembang tentunya menemui banyak hambatan, misalnya terbatasnya sumber-sumber yang diperlukan, kapasitas kelembagaan maupun administratif.

4. Desentralisasi pelayanan kesehatan dan peran pemerintah

Pelaksanaan desentralisasi diasumsikan dapat meningkatkan efisiensi pelayanan secara alokatif maupun produktif (*allocative and productive efficiency*). Efisien secara alokatif bisa mungkin ketika pelayanan publik sesuai dengan preferensi lokal masyarakat, sedangkan efisien secara produktif jikalau program tersebut dapat meningkatkan akuntabilitas pemerintah lokal, level birokrasi yang lebih ringkas, dan adanya pemahaman yang lebih kuat terhadap biaya yang sesuai dengan kondisi lokal (Prud homme 1995; Afsar, 1999). Untuk mencapai status kesehatan yang berkualitas, aktivitas program dan pelayanan kesehatan harus didefinisikan sesuai dengan konteks lokal yang sesuai dengan kebutuhannya. Namun demikian, tidak semua aktivitas dapat dilakukan (terutama di negara-negara berpendapatan rendah). Oleh karena itu, sistem kesehatan memerlukan efisiensi, dalam derajat tertentu. Pada kasus negara-negara berkembang, ada kesepahaman, jika pembiayaan pemerintah pada pusat kesehatan masyarakat (*primary health care*) terutama di pedesaan lebih besar dari pembiayaan pemerintah untuk rumah sakit (di perkotaan), maka bisa dimaknai sebagai efisien dan merata (WHO, 2000).

Teori kesejahteraan klasik (*classical welfare theory*) menjelaskan pandangan normatif tentang apa yang seharusnya dilakukan oleh pemerintah untuk kesejahteraan warga negaranya. Tanggungjawab utama sistem kesehatan masyarakat ada pada pemerintah, karena status kesehatan warganegara selalu menjadi prioritas nasional. Oleh karena itu dapat dikatakan bahwa pemerintah menjadi *steward* (pengendali) dari sumber-sumber untuk kesehatan.

Peran ekonomi pemerintah yang pokok adalah memperbaiki kegagalan pasar dengan menyediakan barang-barang publik (*public goods*), dengan mensubsidi (atau menarik pajak) untuk barang atau jasa yang menimbulkan eksternalitas (positif atau negatif). Oleh karenanya, peran pemerintah sangat penting untuk menangani pasar yang tidak sempurna, terutama karena kewenangan regulasi yang dimilikinya. Regulasi memiliki pengaruh penting dalam isu penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk masyarakat, terutama mengatur proses pengalokasikan sumberdaya yang memungkinkan tercapainya nilai pemerataan dan efisiensi. Jika sektor swasta menggunakan mekanisme pasar sebagai aturan main, maka pemerintah berwenang

4. Desentralisasi pelayanan kesehatan dan peran pemerintah

Pelaksanaan desentralisasi diasumsikan dapat meningkatkan efisiensi pelayanan secara alokatif maupun produktif (*allocative and productive efficiency*). Efisien secara alokatif bisa mungkin ketika pelayanan publik sesuai dengan preferensi lokal masyarakat, sedangkan efisien secara produktif jikalau program tersebut dapat meningkatkan akuntabilitas pemerintah lokal, level birokrasi yang lebih ringkas, dan adanya pemahaman yang lebih kuat terhadap biaya yang sesuai dengan kondisi lokal (Prudhomme 1995; Afsar, 1999). Untuk mencapai status kesehatan yang berkualitas, aktivitas program dan pelayanan kesehatan harus didefinisikan sesuai dengan konteks lokal yang sesuai dengan kebutuhannya. Namun demikian, tidak semua aktivitas dapat dilakukan (terutama di negara-negara berpendapatan rendah). Oleh karena itu, sistem kesehatan memerlukan efisiensi, dalam derajat tertentu. Pada kasus negara-negara berkembang, ada kesepakatan, jika pembiayaan pemerintah pada pusat kesehatan masyarakat (*primary health care*) terutama di pedesaan lebih besar dari pembiayaan pemerintah untuk rumah sakit (di perkotaan), maka bisa dimaknai sebagai efisien dan merata (WHO, 2000).

Teori kesejahteraan klasik (*classical welfare theory*) menjelaskan pandangan normatif tentang apa yang seharusnya dilakukan oleh pemerintah untuk kesejahteraan warga negaranya. Tanggungjawab utama sistem kesehatan masyarakat ada pada pemerintah, karena status kesehatan warganegara selalu menjadi prioritas nasional. Oleh karena itu dapat dikatakan bahwa pemerintah menjadi *steward* (pengendali) dari sumber-sumber untuk kesehatan.

Peran ekonomi pemerintah yang pokok adalah memperbaiki kegagalan pasar dengan menyediakan barang-barang publik (*public goods*), dengan mensubsidi (atau menarik pajak) untuk barang atau jasa yang menimbulkan eksternalitas (positif atau negatif). Oleh karenanya, peran pemerintah sangat penting untuk menangani pasar yang tidak sempurna, terutama karena kewenangan regulasi yang dimilikinya. Regulasi memiliki pengaruh penting dalam isu penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk masyarakat, terutama mengatur proses pengalokasian sumberdaya yang memungkinkan tercapainya nilai pemerataan dan efisiensi. Jika sektor swasta menggunakan mekanisme pasar sebagai aturan main, maka pemerintah berwenang

mengatur pengadaan barang atau pelayanan yang ditentukan melalui keputusan-keputusan badan-badan pemerintah atau lembaga perwakilan seluruh warga negara (Birdsall dan James, 1993; U.K. Hick, et al, dalam Owens: 1994). Terkait dengan tukar imbang (*trade off*) antara penyelenggara pemerintah dan swasta dalam pelayanan kesehatan serta faktor-faktor yang melandasinya, maka peran pemerintah sangat penting sebagai pemegang regulasi menjadi sentral (Kim-Farley, 1996; James, 1997). Pemerintah dapat berperan dalam memperbaiki atau memperluas pelayanan kesehatan dengan berbagai cara, antara lain dengan memperluas sistem dan arus informasi sehingga mampu untuk menangkap kecenderungan problem kesehatan dalam masyarakat untuk membangun prioritas kebijakan. Lalu, bagaimana seharusnya peran pemerintah dalam konteks desentralisasi kesehatan?

Seperti telah dijelaskan sebelumnya, desentralisasi akan menstimuli peningkatan cakupan, kualitas, pemerataan dan efisiensi pelayanan publik, serta mendorong munculnya kapasitas lokal. Desentralisasi juga menimbulkan implikasi pada perluasan pilihan kebijakan pada tingkat lokal. Bossert (1998) menggunakan konsep *decision space* (ruang pengambilan keputusan) untuk menjelaskan ruang gerak untuk memilih keputusan yang efektif. Dengan kata lain, pengambilan keputusan oleh otoritas lokal dibatasi pada wilayah-wilayah yang diperbolehkan oleh otoritas pusat. Konsep ini merupakan turunan dari konsep diskresi (*discretion*). Ruang pengambilan keputusan ini didefinisikan untuk berbagai variasi fungsi dan aktivitas yang dilakukan oleh otoritas lokal. Konsep ruang pengambilan keputusan ini menggambarkan lingkup fungsi-fungsi yang bisa menjadi pilihan dan dilaksanakan oleh otoritas lokal. Keputusan-keputusan pada setiap fungsi tersebut dimaksudkan untuk mencapai tujuan-tujuan desentralisasi seperti pemerataan, efisiensi, kualitas dan akuntabilitas keuangan. Sebagai contoh, keputusan tentang struktur organisasi pelayanan diharapkan bisa mempengaruhi efisiensi, kualitas dan pemerataan pelayanan. Begitu juga halnya dengan pemberian kesempatan untuk provider swasta dan publik untuk berkompetisi memberikan pelayanan, diasumsikan akan meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan.

Dalam tulisan ini, pelaksanaan desentralisasi dimaknai sebagaimana Smith (1985) menjelaskan sebagai desentralisasi

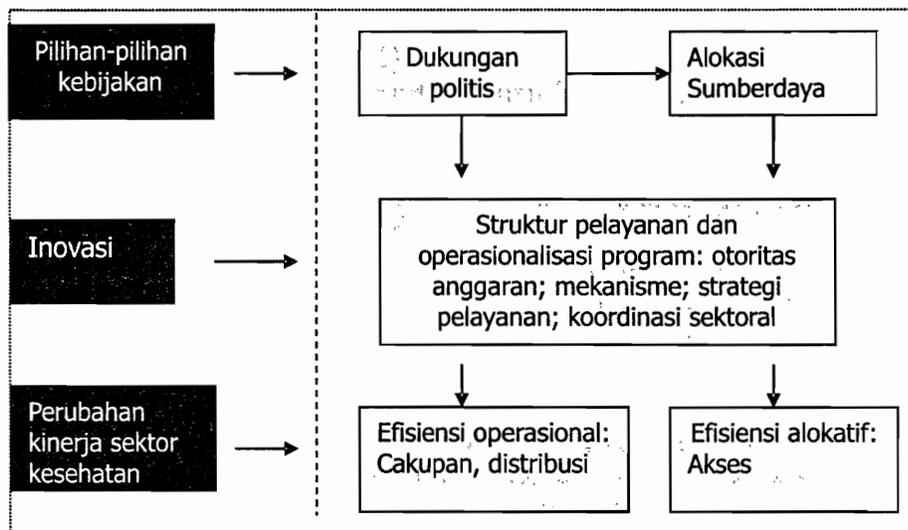
mengatur pengadaan barang atau pelayanan yang ditentukan melalui keputusan-keputusan badan-badan pemerintah atau lembaga perwakilan seluruh warga negara (Birdsall dan James, 1993; U.K. Hick, et al, dalam Owens: 1994). Terkait dengan tukar imbang (*trade off*) antara penyelenggara pemerintah dan swasta dalam pelayanan kesehatan serta faktor-faktor yang melandasinya, maka peran pemerintah sangat penting sebagai pemegang regulasi menjadi sentral (Kim-Farley, 1996; James, 1997). Pemerintah dapat berperan dalam memperbaiki atau memperluas pelayanan kesehatan dengan berbagai cara, antara lain dengan memperluas sistem dan arus informasi sehingga mampu untuk menangkap kecenderungan problem kesehatan dalam masyarakat untuk membangun prioritas kebijakan. Lalu, bagaimana seharusnya peran pemerintah dalam konteks desentralisasi kesehatan?

Seperti telah dijelaskan sebelumnya, desentralisasi akan menstimuli peningkatan cakupan, kualitas, pemerataan dan efisiensi pelayanan publik, serta mendorong munculnya kapasitas lokal. Desentralisasi juga menimbulkan implikasi pada perluasan pilihan kebijakan pada tingkat lokal. Bossert (1998) menggunakan konsep *decision space* (ruang pengambilan keputusan) untuk menjelaskan ruang gerak untuk memilih keputusan yang efektif. Dengan kata lain, pengambilan keputusan oleh otoritas lokal dibatasi pada wilayah-wilayah yang diperbolehkan oleh otoritas pusat. Konsep ini merupakan turunan dari konsep diskresi (*discretion*). Ruang pengambilan keputusan ini didefinisikan untuk berbagai variasi fungsi dan aktivitas yang dilakukan oleh otoritas lokal. Konsep ruang pengambilan keputusan ini menggambarkan lingkup fungsi-fungsi yang bisa menjadi pilihan dan dilaksanakan oleh otoritas lokal. Keputusan-keputusan pada setiap fungsi tersebut dimaksudkan untuk mencapai tujuan-tujuan desentralisasi seperti pemerataan, efisiensi, kualitas dan akuntabilitas keuangan. Sebagai contoh, keputusan tentang struktur organisasi pelayanan diharapkan bisa mempengaruhi efisiensi, kualitas dan pemerataan pelayanan. Begitu juga halnya dengan pemberian kesempatan untuk provider swasta dan publik untuk berkompetisi memberikan pelayanan, diasumsikan akan meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan.

Dalam tulisan ini, pelaksanaan desentralisasi dimaknai sebagaimana Smith (1985) menjelaskan sebagai desentralisasi

administrasi/birokrasi pembangunan ke tingkat lokal dalam cakupan ruang kebijakan (*decision space*) sebagaimana yang dikonsepsikan oleh Bossert (1998), sebagai ruang keleluasaan yang diijinkan (diskresi) oleh prinsipal untuk dimanfaatkan oleh otoritas lokal (agen). Bentuk kelembagaannya dapat ditemukan di dalam program-program pelayanan biasa disebut sebagai "administrasi lapangan" (*field administration*) untuk menempatkan desentralisasi pada tingkat lokal dalam bentuk operasi administrasi sebagai cara untuk meningkatkan komunikasi antara komunitas lokal dengan birokrasi. Tujuannya adalah untuk memperluas pendekatan korporatis ke tingkat lokal, untuk membuat pelayanan publik menjadi lebih sensitif terhadap kepentingan-kepentingan lokal, dan untuk mendekatkan berbagai aparatus kebijakan-kebijakan pembangunan dengan kasus-kasus lokal.

Gambar 3.
Pilihan Kebijakan, Inovasi dan Perubahan Kinerja Sektor Kesehatan



Gambar 3 menjelaskan ada atau tidaknya inovasi sebagai sebuah pilihan kebijakan, dilihat dari struktur program pelayanan. Struktur ini didefinisikan sebagai infrastruktur pelayanan kesehatan yang mencakup lembaga-lembaga yang memiliki otoritas untuk mengelola dan memberikan pelayanan kepada masyarakat. Struktur pelayanan dan operasionalisasi program pelayanan memberikan gambaran

“akses potensial”, karena menggambarkan ketersediaan pelayanan kesehatan dan organisasinya, yang keadaannya dapat diintervensi melalui kebijakan program pelayanan. Gambaran akses potensial merupakan representasi dari efisiensi operasional, yang dilihat melalui perluasan distribusi dan cakupan. Gambaran “akses nyata” yang memperlihatkan latar belakang pengguna pelayanan dalam memilih dan memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan merupakan representasi dari efisiensi alokatif.

5. Dinamika kinerja kebijakan kesehatan daerah

Kinerja program kesehatan sangat tergantung pada lingkungan kebijakan (*policy environment*), yakni sistem politik dan administrasi dimana program tersebut akan dijalankan. Bekerjanya sistem politik dan administrasi ini sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor sosial politik yang lebih luas. Pemberlakuan undang-undang otonomi daerah (sejak UU No. 22/1999 sampai diperbaharui dengan UU No 32/2004) sebagai faktor sosial politik yang lebih besar yang mewarnai seluruh aspek dalam sistem politik dan administrasi. Dukungan politis merupakan faktor kunci sukses atau gagalnya suatu program. Alokasi sumber daya, pemanfaatan petugas pelayanan, sistem pembiayaan untuk fasilitas, staf, peralatan, dan kebutuhan material lainnya sangat diperlukan untuk keberlangsungan program. Aturan-aturan hukum melalui produk-produk aturan yang dibuat untuk memperlancar aliran bekerjanya sistem pelayanan kesehatan. Dengan mencermati beberapa informasi dan data kabupaten Purworejo, dinamika tersebut dapat digambarkan sebagai berikut.

Pertama, dukungan politis adalah aspek utama dalam dinamika tersebut. Dalam model analisis kebijakan, peranan pemerintah selalu dikaitkan dengan adanya kegagalan pasar dalam menyediakan barang dan jasa yang dibutuhkan masyarakat. Apabila ditemukan kegagalan pasar, maka pemerintah efektif untuk berperan sebagai penyedia layanan tersebut, dan sebaliknya. Kualitas dukungan politis untuk mengatasi kegagalan pasar tersebut dilihat dari pertimbangan logis para pengambil keputusan untuk mengambil tindakan terhadap kegagalan pasar pelayanan kesehatan. Seperti yang terjadi di kabupaten/kota lain ketika pemkab atau pemkot berusaha mengatur

ulang beberapa program yang utamanya ditujukan untuk mengintensifkan potensi pemasukan PAD.¹¹

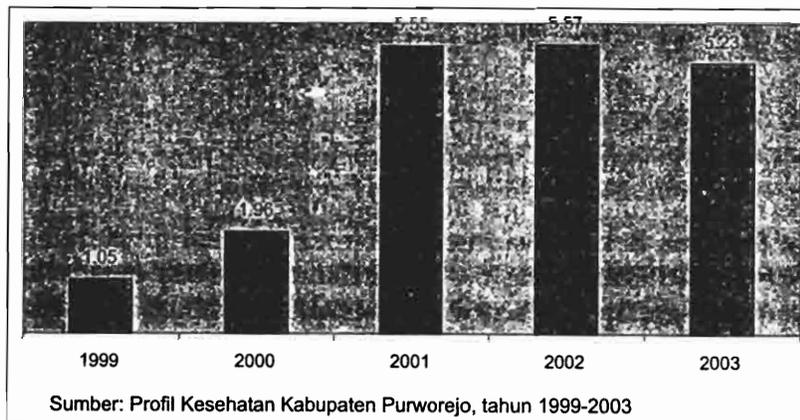
Berdasarkan produk kebijakan yang pernah dikeluarkan, apakah dari aspek-aspek kegagalan pasar terdapat kebijakan untuk mengatasinya atau tidak. Atau apakah kebijakan yang ada cukup tepat untuk mengatasi aspek kegagalan pasar tersebut? Kenaikan biaya retribusi secara umum memang menurunkan kunjungan masyarakat ke Puskesmas, namun kepuasan masyarakat meningkat terutama sejak diperkenalkan Sistem Informasi Kesehatan (*on-line*). Informasi dari diskusi kelompok terfokus menyimpulkan adanya "rasa aman" masyarakat terhadap pelayanan kesehatan Puskesmas yang disebabkan oleh adanya akurasi data pasien dalam sistem catatan medis (*medical record*). Selanjutnya, penataan ulang Puskesmas sesuai dengan kebutuhan wilayah, atau berdasarkan beban penyakit (*disease burden*). Pada Puskesmas di wilayah endemik, petugas medis, peralatan dan obat-obatan yang tersedia berbeda dengan Puskesmas yang berlokasi di jalur jalan kabupaten/propinsi, dengan penekanan pada penanganan insiden kecelakaan lalu lintas.

Kedua, alokasi anggaran kesehatan merupakan salah satu instrumen untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, sekaligus menggambarkan arah dan tujuan pembangunan kesehatan daerah dalam satu kurun waktu anggaran. Sebagai salah satu kebijakan politik APBD bidang kesehatan harus disusun secara responsif, transparan dan akuntabel. Ada beberapa perubahan positif dalam kebijakan alokasi anggaran. Proporsi anggaran untuk pelayanan kesehatan

¹¹ Sebagai contoh, dari skema kebijakan dan anggaran, muncul gejala yang luar biasa, khususnya di kalangan eksekutif dan legislatif ketika biaya retribusi Puskesmas akan dinaikkan dari Rp 2000 menjadi Rp 4500. Harus diakui bahwa sejak terjadinya krisis ekonomi yang berakibat dengan naiknya biaya kesehatan, Dinas Kesehatan sulit bergerak dalam menggunakan anggaran khususnya untuk pelayanan Puskesmas. Usulan kenaikan tersebut terlaksana setelah terjadi kesepakatan yang relatif alot bahwa Kas Daerah dan Dinas Kesehatan masing-masing mendapatkan alokasi 50 persen dari pemasukan retribusi, melalui Perda No. 20 Tahun 2000 tentang Penetapan Retribusi Pelayanan Puskesmas. Pelajaran berharga dari kasus ini adalah memutuskan dua pilihan yakni pemerataan (dengan tidak menaikkan biaya retribusi) dan efisiensi (menaikkan biaya retribusi).

meningkat tajam dari masa sebelum pemberlakuan otonomi daerah (gambar 4). Dapat pula dikatakan bahwa ada komitmen kuat dari pemerintah daerah untuk pembangunan kesehatan. Proporsi 5 persen adalah angka minimal yang ideal untuk pembiayaan pembangunan kesehatan seperti yang disyaratkan oleh WHO. Namun demikian, jika diurai lebih lanjut, kenaikan komponen anggaran kesehatan APBD bukan pada komponen anggaran pembangunan melainkan anggaran rutin, itupun yang naik adalah komponen gaji. Selanjutnya, penggunaan anggaran sudah mulai berbasis prioritas kebutuhan, meskipun belum sampai pada tahap pendekatan berbasis hak. Wilayah-wilayah endemik (terutama malaria) mendapatkan prioritas khusus dalam anggaran, serta pemanfaatan teknologi untuk pelayanan, dan monitoring melalui Sistem Informasi Kesehatan (*on-line*) yang memungkinkan pemantauan penyelenggaraan pelayanan kesehatan di tingkat Puskesmas.

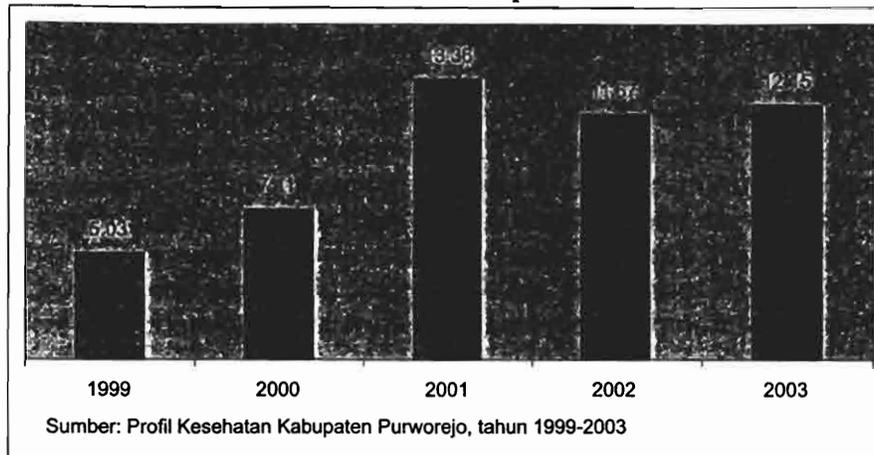
Gambar 4. Persentase Alokasi Anggaran Kesehatan dalam APBD



Namun demikian, ada beberapa celah kelemahan dalam kebijakan anggaran, khususnya untuk merespon kebutuhan pembangunan kesehatan. Pertama, alokasi anggaran pelayanan kesehatan masih terlihat dominan pada aparatur pemerintahan, dan belum pada peningkatan infrastruktur pelayanan kesehatan. Kedua, ketergantungan pembangunan infrastruktur pelayanan terhadap DAU, menjadikan pembiayaan kesehatan daerah sangat rentan, sementara potensi wilayah (melalui PAD kesehatan) hanya sekitar 12

persen dari seluruh pembiayaan pembangunan kesehatan daerah. (Gambar 5)

Gambar 5. Kontribusi PAD Kesehatan pada APBD Dinas Kesehatan



Ketiga, kapasitas regulasi dan pengelolaan pelayanan kesehatan. Kapasitas merupakan konsep yang sangat teknokratis, yang didalamnya mengandung esensi keahlian, ketrampilan, profesionalitas, efisiensi, efektivitas dan sebagainya. Kapasitas dimaknai sebagai kemampuan seseorang atau individu, organisasi atau sistem untuk melaksanakan fungsi-fungsi atau kewenangannya untuk mencapai tujuan tertentu. Bekerjanya institusi birokrasi umumnya digerakkan oleh peraturan ketimbang oleh visi dan misi. Para pejabat publik umumnya memulai langkah awalnya dengan membuat regulasi, tetapi kapasitas untuk menjalankan regulasi tersebut sangat lemah. Dalam prakteknya, regulasi benar-benar diperlakukan sebagai perintah yang harus dilaksanakan oleh organ pemerintah bawahan, yang terkadang membatasi ruang gerak dan kreasi lokal. Spirit regulasi itu sampai sekarang masih terasa. Hal itu secara kasat mata tercermin dari penetapan visi-misi dinas kesehatan yang dalam beberapa aspek berbeda dengan rencana strategis (renstra) dinas kesehatan.

Penelusuran informasi di daerah menunjukkan sisi-sisi lemah kapasitas dalam pengelolaan pelayanan kesehatan yang berdampak pada munculnya kesenjangan antara aktivitas-aktivitas aktual pada pelaksanaan program-program pelayanan dengan hasil potensial (*po-*

tential outputs). Struktur pelayanan dan operasionalisasi program pelayanan yang memberikankan gambaran akses potensial, yang keadaannya dapat diintervensi melalui kebijakan program pelayanan tidak mampu menyelesaikan *demand* pengguna pelayanan yang sebenarnya memberikan gambaran akses nyata. Penurunan utilisasi (lihat Gambar 2) lebih banyak terkait dengan hambatan akses untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan dan munculnya pilihan-pilihan lain dalam pelayanan, khususnya peran penyelenggara pelayanan kesehatan swasta.¹²

Hambatan akses¹³ oleh masyarakat, yang pertama didasarkan atas pemahaman dan pengalaman dalam berinteraksi dengan pelayanan kesehatan. Pemahaman dan pengalaman ini sekaligus juga

¹² Peran penyelenggara swasta dalam memperluas jangkauan pelayanan sangat penting. Departemen Kesehatan secara eksplisit mengizinkan tenaga kesehatan pemerintah untuk menyelenggarakan pelayanan di luar jam kerja untuk dua tujuan: memperluas jangkauan pelayanan (pilihan dan waktu) dan suplementasi gaji yang kecil sebagai pegawai pemerintah. Karena tidak ada pengawasan yang ketat dari pemerintah untuk penyelenggaraan praktek swasta, sistem ini sebenarnya mengakibatkan fasilitas dan sumberdaya kesehatan pemerintah tidak teralokasi (*misallocation*) dan termanfaatkan dengan optimal (*underutilized*), selain beban biaya yang ditanggung konsumen makin tinggi. Perlu strategi untuk menyeimbangkan peningkatan akses pelayanan dengan biaya-biaya yang harus dikeluarkan untuk mengelola fasilitas dan sumberdaya tersebut.

¹³ Berdasarkan akses geografis, hasil survai terhadap 587 responden masyarakat di 6 kecamatan menunjukkan tidak ada perbedaan tingkat utilisasi. Selanjutnya, keterjangkauan pelayanan kesehatan oleh masyarakat berdasarkan kemampuan membeli (*ability to pay*) yang dikategorikan berdasarkan pengeluaran per kapita responden (rendah 40 persen menengah 40 persen, dan tinggi 20 persen), tingkat utilitasnya untuk kelompok rendah lebih tinggi (0,82) dari 2 kelompok lainnya (0,69 dan 0,77). Tingginya tingkat utilisasi untuk kelompok rendah dibandingkan kelompok lainnya disebabkan oleh penggunaan kartu sehat (miskin), dan lebih dominan pada pelayanan kesehatan dasar. Secara administratif yakni keterjangkauan pelayanan kesehatan oleh masyarakat berdasarkan keberadaan aturan atau prosedur pelayanan, data observasi dan hasil diskusi kelompok terfokus menunjukkan tidak ada hambatan-hambatan akses administratif untuk pelayanan-pelayanan rutin, apalagi setelah diberlakukan Sistem Informasi Kesehatan (*on-line*) yang mampu menjangkau pasien antar wilayah Puskesmas.

bisa digunakan untuk menilai kemampuan masyarakat dalam menjalankan fungsi akuntabilitas pelayanan kesehatan; seberapa besar kekuatan, kesempatan atau peluang yang dimiliki masyarakat untuk melakukan proses *exit* dan *voice* jika memperoleh indikasi adanya pelayanan yang tidak diinginkan (Hirschman, 1970). *Exit* yang dimaksudkan dalam penelitian ini untuk menunjukkan kemampuan masyarakat dalam menilai kemampuannya dalam menciptakan alternatif pilihan layanan kesehatan. pelayanan kesehatan non pemerintah makin banyak diminati masyarakat kendatipun biayanya lebih mahal. Ini disebabkan antara lain oleh persepsi tentang kualitas pelayanan pemerintah lebih buruk dibandingkan swasta (63,9 % responden yang memilih swasta karena alasan kualitas pelayanan) dan cara pengobatan (jenis obat yang diberikan). Data survei menunjukkan semakin tinggi tingkat pendidikan dan kemampuan ekonomi seseorang kecenderungan pilihan pelayanan ke swasta lebih tinggi. *Voice* menunjuk pada kemampuan masyarakat untuk melakukan protes atau usulan jika terjadi pelayanan yang kurang memuaskan. Selanjutnya dilihat dari kemampuan masyarakat untuk melakukan protes atau usulan jika terjadi pelayanan yang kurang memuaskan (mekanisme *voice*) tidak menunjukkan indikasi yang cukup jelas. Sebagaimana umumnya pasien-pasien di Indonesia, mekanisme *voice* tidak menonjol. Mereka biasanya bersikap pasif jika berhadapan dengan petugas kesehatan. Informasi diskusi kelompok terfokus dan wawancara menunjukkan bahwa fenomena ini bisa diterangkan dengan menggunakan konsep informasi asimetris antara petugas kesehatan dan pasien, yang disebabkan oleh ketidaksetaraan keahlian. Kendatipun kualitas pelayanan kesehatan yang tinggi selalu diharapkan, para pengguna pelayanan kesehatan secara langsung maupun tidak langsung sudah belajar dari realitas untuk bertoleransi dengan kualitas pelayanan yang rendah. Pelayanan kesehatan seringkali tidak standar, dan sulit diprediksikan. Sikap pengguna pelayanan tersebut merupakan akibat dari program-program pelayanan yang mengabaikan pandangan dan preferensi mereka. Hal ini pada gilirannya akan menjadi beban sistem pelayanan kesehatan, ketika partisipasi dan kontrol sosial mereka dibutuhkan dalam upaya peningkatan kinerja pelayanan.

Hambatan akses yang kedua adalah justru terjadi ketika masyarakat berhubungan dengan prosedur pengurusan klaim bantuan biaya bagi pemegang kartu sehat untuk warga miskin. Kurangnya

pemanfaatan kartu sehat, lebih banyak dikarenakan kurangnya informasi tentang hal tersebut.¹⁴ Keterbatasan informasi dari pengguna jasa menjadi salah satu sumber kegagalan pelayanan kesehatan yang merata. Kelemahan ini sebenarnya bisa dimanfaatkan sebagai entri dalam merubah strategi pelayanan. Kurangnya informasi tentang kesehatan dan unsur-unsur pelayanan kesehatan seperti sistem administrasi dan prosedur pelayanan sangat menonjol. Keterbatasan ini didukung oleh keberadaan lembaga-lembaga pelayanan yang lebih menonjolkan peran kuratif. Kurangnya respon (*lack of responsiveness*) terhadap kebutuhan pengguna pelayanan juga merupakan faktor penting. Kurangnya respon tersebut diperkuat dengan posisi informasi yang tidak setara antara pasien dan petugas kesehatan (*asymmetric information*). Kemungkinan dampaknya adalah terjadinya suplai yang berlebihan. Hal ini sangat logis mengingat kebutuhan pelayanan tidak ditentukan oleh pasien atau pengguna jasa layanan kesehatan, tetapi ditentukan oleh suplai (*supply induced demand*). Akibatnya biaya pelayanan menjadi meningkat, tanpa memperhitungkan apakah kuantitas pelayanan yang diterima sesuai dengan kualitas yang dibutuhkan.

Keempat, struktur pelayanan. Lingkungan politik dan administrasi dalam rangka pelaksanaan desentralisasi juga mempengaruhi bagaimana program kebijakan kesehatan diimplementasikan. Hal ini tercermin dari struktur pelayanan yang meliputi: infrastruktur pelayanan, strategi pelayanan, dan kemungkinan adanya kontribusi peran kemitraan publik dan swasta dalam program tersebut. Dengan adanya peningkatan alokasi anggaran kesehatan sejak tahun 2001, infrastruktur pelayanan baru sebenarnya mulai dicobakan untuk keperluan penjaminan kualitas pelayanan. Pembentukan unit-unit pelayanan baru di tingkat desa, sebagai upaya memperluas jangkauan pelayanan. Berdasarkan hasil observasi, kelemahan yang menonjol dari munculnya

¹⁴ Pemegang kartu miskin seringkali tidak yakin bahwa yang bersangkutan termasuk dalam kategori "eligible", karena kriteria dan persyaratan yang tidak jelas, yang pada gilirannya menimbulkan keraguan dan keengganan menggunakannya. Kendatipun pemegang kartu diidentifikasi sebagai 'layak' oleh otoritas pemerintah setempat ataupun Puskesmas, kepastian mendapatkan bantuan biaya tidak jelas. Sebagian otoritas setempat (RT atau lurah) tidak memiliki otoritas, pengetahuan dan waktu yang cukup, sehingga kesulitan untuk meyakinkan informasi tersebut kepada masyarakatnya.

lembaga-lembaga ini adalah in-konsistensi jam buka, terutama untuk posyandu, poliklinik desa dan pos obat desa, selain karena fasilitasnya yang sangat terbatas. Keenganan masyarakat untuk memanfaatkan berakibat pada mubadzirnya unit-unit tersebut. Problem lain yang seringkali muncul dalam penyediaan dan distribusi pelayanan adalah penempatan program yang seringkali berdasarkan informasi statistik rutin, sementara informasi primer hanya merupakan pelengkap. Pemerintah daerah mengalokasikan fasilitas kesehatan ke suatu wilayah tertentu yang telah maju dan memiliki infrastruktur lainnya untuk mengoptimalkan utilitasnya. Sebaliknya, fasilitas juga dialokasikan pada wilayah yang tingkat morbiditas atau mortalitasnya cukup tinggi, untuk meningkatkan utilitasnya.

Secara umum strategi yang telah dilakukan polanya sama dengan upaya perbaikan infrastruktur pelayanan namun beberapa unit baru tersebut tidak diikuti dengan inovasi dalam pelayanannya. Media-media di tingkat lokal (RT atau dusun) tidak dimanfaatkan secara maksimal sebagai upaya penyebaran informasi.¹⁵ Peran Posyandu sebagai media komunikasi paling dekat lebih banyak dimanfaatkan untuk tempat penimbangan dan pembagian makanan pada anak balita. Hanya pada momentum tertentu saja seperti pada pekan imunisasi nasional (PIN) atau program kesehatan nasional lainnya, peran para kader posyandu dan petugas kesehatan lebih besar dari biasanya. Penyelenggaraan kegiatan Posyandu lebih terkesan formal, format kegiatan relatif seragam karena disesuaikan dengan petunjuk teknis program, melalui mode penyampaian vertikal (satu arah). Akibat yang muncul adalah program ini kehilangan peran sebagai penggerak partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Keterlibatan para kader Posyandu juga menunjukkan penurunan dari waktu ke waktu. Hasil diskusi dengan para kader Posyandu menunjukkan adanya kebosanan karena manfaat yang diperoleh tidak sesuai dengan yang diharapkan, kecuali tambahan beberapa pengetahuan kesehatan

¹⁵ Sebaliknya, inovasi pelayanan justru menonjol pada pelayanan di tingkat Puskesmas, mulai dari labelisasi tempat pelayanan (seperti di RS) untuk memberikan nuansa pelayanan seperti RS sampai dengan pemanfaatan teknologi SIK. Penelusuran melalui diskusi dengan masyarakat menunjukkan bahwa inovasi ini memberikan kepuasan baik pada masyarakat pengguna layanan maupun petugas pelayanan.

umum dan sedikit peningkatan status sosial. Padahal salah satu tujuan pembentukan Posyandu adalah sebagai media komunikasi kesehatan khususnya di wilayah pedesaan yang sebagian besar penduduknya termasuk dalam strata kelompok sosial ekonomi rendah. Kelompok ini yang sesungguhnya kerap jatuh sakit, mengidap penyakit menahun, dan terlambat diobati. Dengan begitu, bisa dipahami jikalau kasus-kasus gawat darurat, baik melalui rujukan Puskesmas maupun yang langsung datang ke rumah sakit didominasi oleh kelompok strata sosial ekonomi rendah.

6. Penutup

Formulasi dan pelaksanaan desentralisasi birokrasi pelayanan sektor kesehatan tidak bisa dipahami sebagai kegiatan yang bersifat *one-off*, yang bisa diisolasi berdasarkan waktu. Kendati pun desentralisasi diasumsikan akan menstimuli peningkatan cakupan, kualitas, pemerataan dan efisiensi pelayanan kesehatan, serta mendorong munculnya kapasitas lokal, dalam prakteknya tidaklah berjalan linier. Mekanisme dimana program-program dibangun dan dilaksanakan dalam mengimbangi proses desentralisasi selama beberapa tahun berjalan sangat tergantung pada penataan kelembagaan program dan komitmen pemerintah dalam menterjemahkan problem-problem kesehatan di daerah. Program kesehatan yang komprehensif terdiri atas beberapa kegiatan operasional, sebagai sistem pendukung Fungsi-fungsi dalam sistem pendukung tersebut merupakan sekumpulan kegiatan yang memungkinkan program kesehatan komprehensif berjalan. Kualitas pengelolaan pelayanan kesehatan ini tergambar pada kebijakan program penyediaan dan distribusi pelayanan.

Kesimpulan penting yang muncul dari diskusi di atas adalah pelaksanaan desentralisasi birokrasi pelayanan kesehatan belum memberikan dampak yang jelas bagi pelayanan kesehatan yang merata dan efisien. Kendatipun sudah banyak perubahan kebijakan di tingkat daerah melalui dinas Kesehatan, dengan memanfaatkan peluang-peluang desentralisasi, perubahan di tingkat bawah (Puskesmas ke bawah) tidak menonjol. Kelemahan utama terletak pada operasionalisasi yang lemah di level tersebut, karena tidak disertai penguatan kemampuan maupun strategi di tingkat bawah. Peluang

yang ada tersebut justru tidak tertangkap di level bawah, malah makin menegaskan peran kuat daerah. Secara terperinci, kelemahan-kelemahan tersebut adalah: a) kurangnya konsolidasi internal birokrasi pelayanan kesehatan, karena multi peran unit pelayanan kesehatan masyarakat; b) kurangnya kemampuan menggali potensi lokal, misalnya dengan memperkuat kembali peran kader sehat melalui PKK desa dalam Posyandu, sehingga responsivitasnya lemah; c) kurangnya kemampuan melakukan inovasi terhadap persoalan-persoalan kesehatan masyarakat yang variabel, sebagai akibat dari tradisi administrasi rutin dalam birokrasi pelayanan kesehatan. Dari kelemahan-kelemahan tersebut, oleh karenanya, penekanan pada peningkatan kapasitas lokal menjadi entri yang sangat penting. *****

Daftar Pustaka

- Azfar, Kahkonen, Lanyi, Meager, dan Rutherford (1999). *Decentralization, Governance and Public Services: the Impaxt of Institutional Arrangements: a Review Literature*. Iris Center. University of Maryland, College Park.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). *Laporan perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (Millenium Development Goals)*. Jakarta, 2004.
- Bossert, Thomas. (1998). 'Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation, and performance.' *Social Science and Medicines*. Vol. 47, no. 10. hal, 1513-27.
- Biro Pusat Statistik, ORC Macro. *Indonesia Demographic and Health Survey 1994 (Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia)*. Calverton, Maryland, USA: BPS dan ORC Macro, 1995.
- Biro Pusat Statistik, ORC Macro. *Indonesia Demographic and Health Survey 1997 (Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia)*. Calverton, Maryland, USA: BPS dan ORC Macro, 1998.
- Biro Pusat Statistik, ORC Macro. *Indonesia Demographic and Health Survey 2002-2003 (Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia)*. Calverton, Maryland, USA: BPS dan ORC Macro, 2003.

- Biro Pusat Statistik, Bappenas, UNDP. *Laporan Pembangunan Manusia Indonesia 2004: Ekonomi dari Demokrasi*. Jakarta, 2004.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo. *Profil Kesehatan Kabupaten Purworejo* 1999.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo. *Profil Kesehatan Kabupaten Purworejo* 2000.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo. *Profil Kesehatan Kabupaten Purworejo* 2001.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo. *Profil Kesehatan Kabupaten Purworejo* 2002.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo. *Profil Kesehatan Kabupaten Purworejo* 2003.
- Fiedler, John L., dan Javier Suazo. (2002) 'Ministry of Health user fees, equity and decentralization: lesson from Honduras.' *Health Policy and Planning*; 17(4): 362-377.
- Hirschman, A. (1970). *Exit, Voice and Loyalty*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- James, Ann. (1997). 'Beyond the market in public service.' *Journal of Management Medicine*, Vol 11, No. 1: 43-50.
- Le Grand J. (1990). *Quasi Markets and Social Policy*. School of Advanced Social Studies, University of Bristol.
- Prud homme, Remy. (1995). *The danger of decentralization*. Monograph. Washington: World Bank.
- Wolf Jr., Charles. (1979). 'A theory of non-market failures.' *Journal of Law and Economics*, April, 1979.
- World Bank. (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.
- World Bank. (1994). *Indonesia's Health Work Force: Issues and Options*. Report No. 12835-IND.
- World Bank. (2005). *Peningkatan keadaan kesehatan Indonesia". Indonesia Policy Brief. Ide-Ide Program 100 Hari..* Jakarta.

World Health Organization (WHO). (1997). *Think and Act Globally and Intersectorally to Protect National Health*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). (2000). 'Health Systems: Improving Performance.' *World Health Report 2000*. Geneva.