

KESEHATAN REPRODUKSI DAN OTONOMI DAERAH:

**Pembelajaran tentang
Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program**

Djoko Hartono
Ken Fitria
Ngadi
Sri Sunarti Purwaningsih
Widayatun
Zainal Fatoni



LIPI

**PUSAT PENELITIAN KEPENDUDUKAN
LEMBAGA ILMU PENGETAHUAN INDONESIA
(PPK-LIPI)
2005**

ABSTRAK

Perencanaan pembangunan daerah khususnya dalam konteks pembangunan kesehatan reproduksi yang mengadopsi kesepakatan ICPD, merupakan tahapan penting dalam implementasi program di lapangan. Berhasil tidaknya proses pembangunan tersebut khususnya di tingkat daerah sangat tergantung sejauh mana perencanaan dapat dijadikan sebagai dasar pijakan yang kuat bagi tahapan pelaksanaan, dan tahapan manajemen program lainnya, termasuk monitoring dan evaluasi kegiatan implementasi program.

Kebijakan otonomi daerah yang telah diberlakukan di Indonesia sejak awal tahun 2001 telah membawa banyak perubahan-perubahan dalam tata pemerintahan di daerah sebagai akibat dari penyerahan urusan pelayanan publik dari pemerintah pusat ke pemerintah kabupaten/kota. Perubahan tersebut juga membawa dimensi baru dalam proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program pembangunan di daerah termasuk pembangunan kesehatan reproduksi. Secara teoritis, desentralisasi kewenangan dibidang kesehatan khususnya kesehatan reproduksi (Kespro) dari pemerintah pusat ke daerah akan membuat implementasi program menjadi lebih efektif dan efisien. Hal ini disebabkan oleh terbukanya peluang bagi pemerintah kabupaten/kota untuk membuat perencanaan program Kespro yang lebih sesuai dengan permasalahan dan kebutuhan konstituen di daerah serta memungkinkan program berjalan lebih mulus berkat adanya dukungan dari segala pihak. Hal terakhir bisa terjadi karena adanya pelibatan masyarakat secara aktif dalam setiap tahapan pembangunan mulai dari perencanaan, implementasi hingga pengawasan jalannya program. Namun demikian manfaat dari kebijakan desentralisasi tersebut tidak serta-merta dapat diperoleh begitu saja. Ada beberapa persyaratan yang harus dipenuhi agar desentralisasi kewenangan tersebut dapat berjalan dengan baik.

Puslit Kependudukan LIPI pada tahun 2005 telah melakukan penelitian di Kabupaten Sidoarjo – Jawa Timur dengan tujuan untuk mengevaluasi pengalaman-pengalaman daerah dalam proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi, sekaligus saling tukar menukar pengalaman dalam kaitannya dengan proses tersebut. Hasil

penelitian diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pengembangan *core-competence* di bidang kependudukan serta masukan bagi pembuat kebijakan di daerah.

Pendekatan kualitatif, seperti wawancara mendalam terhadap beberapa informan kunci dan kajian bersama dengan stakeholders dipergunakan sebagai pendekatan utama dalam pengumpulan data penelitian. Analisa dokumen juga dilakukan untuk mengetahui situasi dan potensi daerah, kebijakan pemerintah daerah di bidang pembangunan termasuk sektor kesehatan, dan sebagainya. Oleh karena penelitian yang dilakukan pada tahun 2005 ini merupakan tahapan akhir dari serangkaian kegiatan penelitian yang telah dilakukan sejak tahun 2001, maka analisisnya tidak hanya berdasarkan hasil penelitian pada tahun 2005 saja tetapi juga dengan merangkum temuan penelitian pada tahun-tahun sebelumnya.

Beberapa temuan pokok dalam serangkaian kegiatan penelitian tersebut adalah sebagai berikut:

1. Kaidah normatif dalam penyusunan kebijakan dan perencanaan program intervensi khususnya program Kespro masih belum dapat diterapkan secara maksimal oleh daerah. Cukup banyak kendala-kendala yang bersifat internal ataupun eksternal sektoral yang menyebabkan belum dapat diterapkannya kaidah normatif tersebut.
2. Adopsi konsep Kespro paradigma baru dalam perencanaan operasional program Kespro belum sepenuhnya dapat diterapkan di daerah. Selain kurangnya pemahaman petugas terhadap nuansa paradigma baru tersebut, minimnya alokasi dana operasional Kespro serta proses penyusunan program pembangunan di daerah yang aturannya sering berubah-ubah dan cenderung tidak fleksibel membuat perencanaan program Kespro menjadi kurang responsif terhadap kebutuhan aktual masyarakat.
3. *Evidence-based planning* dalam perencanaan program Kespro juga belum bisa diterapkan karena masukan-masukan dari pelaksana program di lapangan, seperti dari puskesmas dan puskesmas pembantu (pustu), yang mengetahui persoalan aktual di masyarakat tidak bisa diakomodir dalam perencanaan program di tingkat

kabupaten. Hal ini juga antara lain sebagai akibat dari terbatasnya anggaran dan kurang fleksibelnya pola perencanaan di tingkat internal ataupun eksternal sektor yang menangani program Kespro. Khusus untuk program Kespro yang berada dilingkup tugas BKKBN, perubahan kelembagaan serta berkurangnya tenaga lapangan (PLKB) membawa potensi tidak berjalannya *evidence-based planning* yang selama ini telah berjalan dengan baik.

4. Semua sektor khususnya sektor kesehatan dan BKKBN telah mengikuti mekanisme proses perencanaan pembangunan daerah yang menganut asas *bottom-up* dan *top-down planning*, yang dimulai dengan tahapan penjarangan aspirasi masyarakat di tingkat desa hingga kabupaten. Namun demikian, hasil dari proses penjarangan masyarakat ini belum sepenuhnya bisa diadopsi oleh para perencana program Kespro di daerah. Lemahnya kapasitas masyarakat dalam pembuatan perencanaan program ditambah dengan masih kentalnya pengaruh birokrasi membuat banyak usulan masyarakat yang tidak terakomodasi dalam perencanaan program di daerah.

Kata Kunci : Perencanaan Pembangunan, Kesehatan Reproduksi, Otonomi Daerah, Desentralisasi.

KATA PENGANTAR

Buku laporan **Kesehatan Reproduksi dan Otonomi Daerah : Pembelajaran tentang Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program** ini merupakan salah satu hasil kegiatan penelitian DIP Pusat Penelitian Kependudukan Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (PPK-LIPI) tahun anggaran 2005. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pengalaman-pengalaman daerah dalam proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi, mengidentifikasi faktor pendukung dan permasalahan yang dihadapi, serta menyusun pedoman umum berkaitan dengan proses tersebut. Kajian ini diharapkan dapat memberikan pembelajaran dalam memformulasikan kegiatan penyusunan kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi di daerah. Mengingat lagi bahwa penelitian kali ini merupakan tahun terakhir dari rangkaian penelitian kespro selama periode tahun 2001-2005, dalam laporan ini juga dianalisa kembali temuan-temuan yang muncul di berbagai daerah penelitian.

Terlaksananya kegiatan penelitian ini sampai pada selesainya penulisan laporan melibatkan berbagai pihak. Penghargaan setinggi-tingginya kami berikan kepada berbagai stakeholder terkait di Kabupaten Sidoarjo serta di daerah-daerah penelitian lain sebelumnya, mulai dari lembaga eksekutif, legislatif, serta unsur masyarakat dan LSM yang tidak dapat kami sebutkan satu per satu. Ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada seluruh narasumber yang telah membantu memberikan data dan informasi yang diperlukan bagi kepentingan penelitian ini.

Pada akhirnya, kami menyadari bahwa laporan ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran sangat kami harapkan dalam rangka penyempurnaan buku ini.

Jakarta, November 2005
Kepala Pusat Penelitian Kependudukan
Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia
(PPK-LIPI)

Dr. Ir. Aswatini, MA

DAFTAR ISI

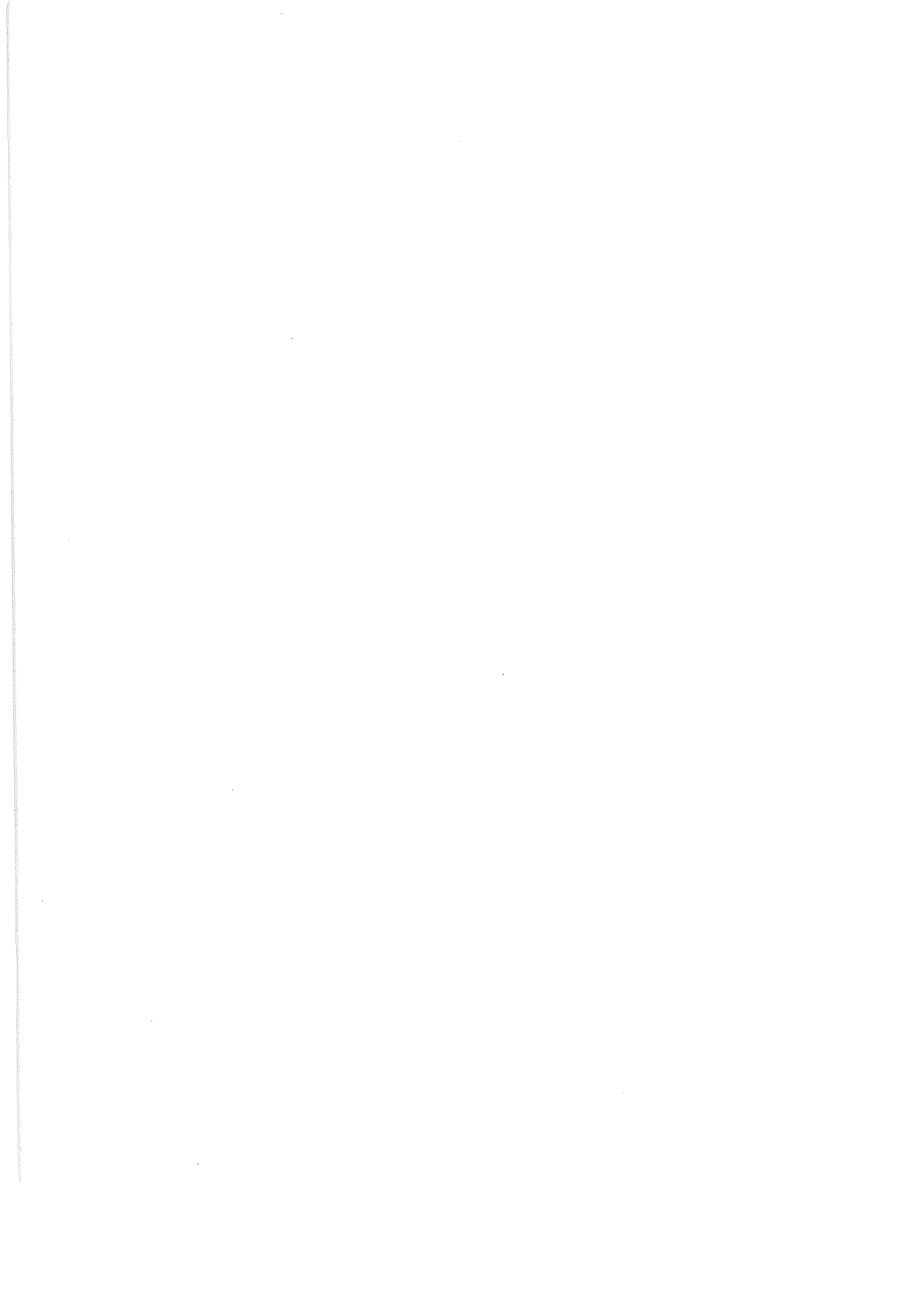
Abstrak	iii
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel dan Bagan	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	10
1.4 Kerangka Kerja.....	11
1.5 Konsep dan Definisi	14
1.6 Metode Penelitian.....	16
1.6.1 Lokasi Penelitian	16
1.6.2 Metode Pengumpulan Data.	16
1.6.3 Analisa Data	19
1.7 Organisasi Penulisan	19
BAB II GAMBARAN PERMASALAHAN DAN KEBIJAKAN PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI DI INDONESIA	21
2.1 Permasalahan Kesehatan Reproduksi di Indonesia dan di Daerah Penelitian	22
2.1.1 Kesehatan Ibu dan Anak..	22
2.1.2 Keluarga Berencana (KB).	28
2.1.3 Pencegahan dan Penanggulangan IMS dan HIV/AIDS	30
2.1.4 Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)	34
2.1.5 Isu Kesehatan Reproduksi Lainnya	36
2.2 Kebijakan dan Program Kesehatan Reproduksi di Indonesia dan di Daerah Penelitian	38

	2.2.1	Kebijakan dan Program Kesehatan Reproduksi Nasional	38
	2.2.2	Kebijakan dan Program Kesehatan Reproduksi di Daerah Penelitian	43
BAB III		KEBIJAKAN KESEHATAN REPRODUKSI DALAM KONTEKS ICPD DAN OTONOMI DAERAH	63
	3.1	Paradigma Baru Kesehatan Reproduksi : Antara Konsep dan Realitas di Daerah	65
	3.1.1	Konsep Kesehatan Reproduksi Paradigma Baru.....	65
	3.1.2	Adopsi Konsep Kesehatan Reproduksi di Daerah	69
	3.2	Kebijakan Otonomi Daerah dan Pengaruhnya terhadap Implementasi Program Kesehatan Reproduksi.....	72
	3.3	Kewenangan Wajib dan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan	84
	3.4	Masa Depan Kesehatan Reproduksi : Peluang dan Kendala	91
	3.4.1	Peluang	92
	3.4.2	Kendala	94
BAB IV		PENYUSUNAN KEBIJAKAN DAN PERENCANAAN PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI	103
	4.1	Dinamika Mekanisme Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program Pembangunan di Daerah termasuk Program Kespro	103
	4.1.1	Proses Penyusunan Kebijakan/Program di Tingkat Kabupaten	

4.1.2	Partisipasi Masyarakat dalam Proses Penyusunan Perencanaan Pembangunan	110
4.1.3	Perubahan Peran DPRD dalam Perencanaan Pembangunan di Daerah...	111
4.1.4	Penyusunan Perencanaan dan Anggaran di dalam Dinas dan Badan	113
4.1.5	Kompleksitas dalam Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program Kesehatan Reproduksi di Daerah	116
4.2	Realitas Proses Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program Kesehatan Reproduksi di Daerah	120
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN	137
5.1	Kesimpulan	137
5.2	Saran	138
	Bibliografi	141
	Lampiran : Pedoman Umum Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program Kesehatan Reproduksi	148

DAFTAR TABEL DAN BAGAN

Bagan 1.1	Kerangka Konseptual Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program Kesehatan Reproduksi	12
Bagan 1.2	Tahapan Proses Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program Kesehatan Reproduksi	14
Bagan 4.1	Mekanisme <i>Top-Down</i> dan <i>Bottom-up</i> dalam Penyusunan Kebijakan Pembangunan Daerah	106
Bagan 4.2	Alur Proses Penyusunan Kebijakan di Kabupaten Sidoarjo Tahun 2005	109
Bagan 4.3	Proses Penyusunan Perencanaan di dalam Dinas/Badan/ Kantor	114
Bagan 4.4	Tahapan Proses Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program Kesehatan Reproduksi	115
Tabel 2.1	Target Nasional Program Kesehatan Reproduksi 2010	42
Tabel 3.1	Standar Pelayanan Minimal di Kota Pontianak (dalam Program Kesehatan Keluarga)	88



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

The International Conference on Population and Development (ICPD) atau Konferensi Kependudukan dan Pembangunan Sedunia di Cairo tahun 1994 diakui oleh para ahli kependudukan sedunia sebagai tonggak perubahan dalam melihat permasalahan kependudukan. Konferensi tersebut menghasilkan suatu kesepakatan mengenai pendekatan yang menekankan kaitan integral antara masalah kependudukan dan pembangunan yang berfokus pada terpenuhinya keperluan dasar individu baik laki-laki maupun perempuan, bukan lagi sekedar pencapaian target-target demografis.

Kesepakatan ICPD tersebut dengan jelas menekankan pentingnya pelayanan kesehatan untuk keluarga berencana dan kesehatan reproduksi dalam rangka meningkatkan kualitas hidup manusia. Hal ini dikarenakan masalah kesehatan reproduksi terutama yang menyangkut masalah kematian ibu dan anak masih merupakan permasalahan yang dihadapi di banyak negara berkembang, termasuk Indonesia. Penurunan kematian ibu dan anak juga merupakan salah satu tujuan dari Millenium Development Goals (MDGs). Selengkapny, ada delapan target yang ingin dicapai dalam MDGs, yaitu : (1). Menghapus kemiskinan dan kelaparan, (2). Pendidikan untuk semua orang, (3). Promosi kesetaraan gender, (4). Penurunan angka kematian anak, (5). Meningkatkan kesehatan ibu, (6). Memerangi HIV/AIDS, (7). Menjamin keberlanjutan lingkungan, dan (8). Kemitraan dalam pembangunan.

Indonesia sebagai salah satu negara yang ikut meratifikasi kesepakatan ICPD 1994 di Cairo, sudah sejak lama secara konsisten melakukan re-orientasi kebijakan kesehatan reproduksi dengan paradigma baru. Pendekatan kesehatan reproduksi dengan paradigma baru mengisyaratkan perlunya memperhatikan hal-hal antara lain sebagai berikut : mengutamakan kepentingan klien dengan memperhatikan hak-hak reproduksi, kesetaraan dan keadilan gender,

menggunakan pendekatan siklus kehidupan dalam menangani masalah kesehatan reproduksi, memperhatikan jangkauan pelayanan kesehatan reproduksi secara proaktif, dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat melalui pelayanan kesehatan reproduksi berkualitas (Azrul, A., 2001: 35-36; Wijono W., 2001: 36).

Kebijakan kesehatan reproduksi yang diterapkan di berbagai negara atau wilayah tidak bisa dibuat secara seragam. Kebijakan tersebut antara lain dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti sistem dan kebijakan yang telah ada, SDM dan sumber-sumber keuangan, serta dimensi sosial ekonomi dari kemiskinan dan penguatan status wanita (Raj, Karim, 2003:255). Di dalam program aksi ICPD juga disebutkan bahwa implementasi kesepakatan ICPD disesuaikan dengan kondisi sosial budaya setempat. Dalam konteks Indonesia, salah satu faktor yang sangat penting dalam mempengaruhi pembuatan kebijakan kesehatan reproduksi adalah dengan diterapkannya undang-undang otonomi daerah, yaitu UU No. 22/1999 dan UU No. 25/1999 yang secara efektif telah diberlakukan sejak Januari 2001 (telah direvisi menjadi UU RI No. 32 dan 33 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dan Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah). Dengan diterapkannya kebijakan otonomi daerah ini, maka terjadi perubahan yang mendasar dalam tatanan pemerintahan sehingga terjadi juga perubahan peran dan fungsi birokrat mulai dari tingkat pusat hingga ke daerah.

Desentralisasi kesehatan di Indonesia secara lebih jelas dilaksanakan setelah dikeluarkannya UU No. 22 tahun 1999, PP No. 25 tahun 2000, serta Surat Edaran Menteri Kesehatan RI No. 1107/Menkes/E/VI/2000. Kewenangan desentralisasi kesehatan daerah provinsi dan kabupaten/kota diatur melalui PP No. 25 tahun 2000 pasal 2 nomor 10 bidang kesehatan. Selanjutnya kewenangan desentralisasi dan dekonsentrasi daerah kabupaten/kota dijabarkan dalam Surat Edaran Menteri Kesehatan RI No. 1107/Menkes/E/VI/2000.

Adapun tujuan dari desentralisasi bidang kesehatan adalah guna mewujudkan pembangunan nasional di bidang kesehatan yang berlandaskan prakarsa dan aspirasi masyarakat dengan cara memberdayakan, menghimpun, dan mengoptimalkan potensi daerah untuk kepentingan daerah

dan prioritas nasional dalam mencapai Indonesia Sehat 2010. Untuk mencapai tujuan dari desentralisasi kesehatan tersebut telah ditetapkan berbagai kebijakan pendukung, antara lain disebutkan bahwa desentralisasi bidang kesehatan yang luas dan utuh diletakkan di kabupaten dan kota, sedangkan desentralisasi bidang kesehatan di propinsi bersifat terbatas. Disebutkan pula bahwa pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan didasarkan kepada otonomi luas, nyata dan bertanggung jawab. Hal ini berarti bahwa pemerintah kota/kabupaten mempunyai kewenangan luas dalam menyelenggarakan upaya kesehatan, mulai dari tahapan perencanaan, implementasi hingga evaluasi program. Namun demikian, dalam pemberian kewenangan tersebut tetap terjamin hubungan yang serasi antara pusat dan daerah serta antar daerah (Depkes RI., 2003: 1-2).

Diberlakukannya kebijakan otonomi daerah dan komitmen atas ratifikasi kesepakatan ICPD tahun 1994 merupakan konteks pokok dimana kebijakan kesehatan reproduksi paradigma baru disusun dan kemudian dilaksanakan oleh daerah. Secara teoritis kedua hal tersebut tidak bertentangan satu sama lain karena masing-masing melibatkan aspek demokratisasi, hak asasi manusia, serta sama-sama bertujuan untuk meningkatkan sumber daya manusia melalui cara yang lebih efisien. Sebagai sebuah strategi, desentralisasi memberikan keuntungan bagi perencanaan program kesehatan. Antara lain adanya *local ownership*, responsif terhadap permasalahan lokal, manajemen sumber daya lebih efisien, serta adanya jalinan pengelolaan sistem informasi dengan monitoring terhadap perencanaan yang dibuat secara lokal. Dengan demikian, diharapkan bahwa dengan adanya desentralisasi kewenangan di sejumlah bidang pemerintahan termasuk dalam bidang kesehatan reproduksi, pemerintah daerah bisa memberikan pelayanan kesehatan reproduksi secara maksimal kepada masyarakat dengan memperhatikan komitmen nasional yang berkaitan dengan kesepakatan ICPD 1994.

Perlu disadari bahwa penerapan desentralisasi bukanlah proses yang sederhana dan mudah. Tantangan yang kompleks dan luas dihadapi, mulai dari aspek sumber daya manusia, pembiayaan, kelembagaan sampai dengan penataan kembali sarana dan prasarana agar penerapan desentralisasi

ini berhasil baik. Beberapa permasalahan mendasar yang dihadapi dalam penyelenggaraan otonomi daerah antara lain sebagai berikut (Depkes RI., 2003 : 2) :

1. Penyelenggaraan otonomi daerah oleh pemerintah pusat selama ini cenderung tidak dianggap sebagai amanat konstitusi sehingga proses desentralisasi menjadi terhambat;
2. Kuatnya kebijakan sentralisasi di masa lalu membuat tingginya ketergantungan daerah-daerah kepada pusat yang nyaris mematikan kreativitas masyarakat beserta seluruh perangkat pemerintahan di daerah;
3. Adanya kesenjangan yang lebar antar daerah dalam kepemilikan sumber daya alam, infrastruktur ekonomi dan tingkat kualitas sumber daya manusia yang menjadikan implementasi kebijakan otonomi daerah menjadi tersendat;
4. Adanya kepentingan melekat pada berbagai pihak yang menghambat penyelenggaraan otonomi daerah.

Perencanaan pembangunan daerah khususnya dalam konteks pembangunan kesehatan reproduksi yang mengadopsi kesepakatan ICPD, merupakan tahapan penting dalam implementasi program di lapangan. Berhasil tidaknya proses pembangunan tersebut khususnya di tingkat daerah sangat tergantung sejauh mana perencanaan dapat dijadikan sebagai dasar pijakan yang kuat bagi tahapan pelaksanaan, dan tahapan manajemen program lainnya, termasuk monitoring dan evaluasi kegiatan implementasi program.

Dari berbagai kajian lapangan yang telah dilakukan selama ini dalam kaitannya dengan pembuatan kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi di daerah, ternyata masih ditemui beberapa kesenjangan terutama yang berkaitan dengan kaidah normatif dalam proses perencanaan program termasuk program kesehatan reproduksi. Seringkali ditemui bahwa penyusunan kebijakan dan perencanaan program implementasi kurang didasarkan atas permasalahan di lapangan dan kebutuhan masyarakat, tetapi hanya didasarkan atas pendekatan praktis yaitu kegiatan program tahun lalu yang kemudian intensitasnya ditambah (dana ditambah 10% dari tahun sebelumnya). Kondisi demikian tentunya tidak kondusif bagi terciptanya program intervensi yang bersifat *problem-solving* dan efisien. Selain itu masukan

aktual dari puskesmas misalnya, sulit untuk diakomodir dalam perencanaan program di tingkat kabupaten (dinas kesehatan) karena sudah terpaku dengan kegiatan tahun sebelumnya.

Penelitian yang dilaksanakan pada tahun anggaran 2005 ini merupakan kelanjutan dari kegiatan penelitian sebelumnya (tahun 2001-2004) yang di-fokuskan untuk mempelajari dan mengkaji bagaimana strategi yang perlu dilakukan oleh daerah atau pihak lain yang berkepentingan agar daerah dapat melakukan proses pembuatan kebijakan dan perencanaan program sedemikian rupa sehingga implementasi program kesehatan reproduksi di daerah sesuai dengan prioritas kebutuhan dalam koridor kesepakatan ICPD 1994.

Hasil penelitian ini dipergunakan untuk memperkaya konsep umum tentang penyusunan kebijakan kesehatan reproduksi termasuk beberapa indikator pokok untuk menilai keberhasilan program kesehatan reproduksi yang telah dikembangkan melalui kegiatan penelitian-penelitian sebelumnya. Selanjutnya diharapkan bahwa konsep umum tersebut dapat dipergunakan oleh daerah sebagai salah satu acuan atau masukan dalam proses penyusunan kebijakan termasuk implementasi program kesehatan reproduksi di daerah.

1.2 Perumusan Masalah

Telah disebutkan sebelumnya bahwa desentralisasi bidang kesehatan berarti bahwa pemerintah kota/kabupaten mempunyai kewenangan luas dalam menyelenggarakan upaya kesehatan, mulai dari tahapan perencanaan, implementasi, hingga evaluasi program. Dengan desentralisasi ini pemerintah daerah mempunyai kewenangan serta kesempatan luas untuk membuat prioritas pembangunan sesuai dengan kondisi daerahnya masing-masing. Hal tersebut merupakan peluang bagi daerah untuk memberikan pelayanan kesehatan masyarakat secara optimal.

Peluang untuk memberikan pelayanan yang terbaik bagi masyarakat dapat terwujud bilamana didukung dengan situasi yang kondusif seperti adanya komitmen pemerintah daerah dalam program kesehatan reproduksi, tersedianya sarana dan prasarana pendukung, adanya dukungan kebijakan dan dana

yang cukup, serta tersedianya SDM yang diperlukan untuk menjalankan fungsi manajemen pembangunan kesehatan mulai dari tahapan perumusan kebijakan dan perencanaan program hingga implementasi, supervisi dan pengawasan.

Namun demikian, tidak semua faktor kondusif tersebut tersedia di daerah, misalnya saja tentang SDM. Dengan adanya desentralisasi kewenangan yang diikuti oleh perubahan kelembagaan di daerah, seringkali menyebabkan terjadinya perpindahan pegawai antar dinas dan penunjukan pimpinan dinas yang kadang kadang bersifat kompromistis dengan segala akibatnya. Situasi demikian tidak mustahil dapat menghambat fungsi manajemen yang efisien.

Selain desentralisasi kewenangan pemerintahan, kebijakan otonomi daerah juga memberikan implikasi pada desentralisasi fiskal yang secara efektif diberlakukan sejak 1 Januari 2001. Desentralisasi fiskal ini merupakan pemberian kewenangan kepada daerah untuk memanfaatkan keuangan sendiri dan didukung dengan perimbangan keuangan antara pusat dan daerah. Dengan demikian daerah mempunyai fleksibilitas yang cukup tinggi atau diskresi penuh dalam pemanfaatan sumber-sumber utama pembiayaan pembangunan di daerah. Meskipun jumlah nominal keuangan pemerintah daerah pasca otonomi daerah lebih besar daripada sebelumnya, namun peningkatan jumlah ini bagi daerah tertentu bisa berarti 'semu' karena pengeluaran rutin kepegawaian bertambah besar sebagai akibat pengalihan status kepegawaian dari pusat ke daerah. Dengan demikian sisa dana untuk alokasi pembangunan bisa menjadi lebih kecil mengingat luasnya kewajiban pelayanan masyarakat yang harus dipikul oleh pemerintah daerah.

Untuk menambah kapasitas belanja pembangunan, umumnya pemerintah daerah mencoba meningkatkan penerimaan PAD (Pendapatan Asli Daerah) melalui intensifikasi pungutan daerah, baik berupa retribusi, pajak, maupun sumber-sumber lainnya. Ada indikasi bahwa dalam penyelenggaraan otonomi daerah, pemerintah daerah hanya mementingkan peningkatan PAD. Akibatnya banyak pelayanan yang seharusnya dilakukan kepada masyarakat menjadi terbengkalai (Kompas, 20 April 2005, hal 8).

Investasi sosial seperti program kesehatan reproduksi merupakan investasi jangka panjang dan dampaknya sulit untuk dilihat dengan segera. Bilamana pemerintah daerah tidak memandang penting investasi tersebut, maka bisa jadi program kesehatan reproduksi tidak mendapat prioritas dan perhatian cukup. Dari hasil penelitian sebelumnya ditemukan bahwa cukup banyak daerah dimana sebagian retribusi puskesmas (50%) diambil oleh pemda sebagai bagian dari upaya peningkatan PAD. Kebijakan demikian ternyata menyulitkan pihak puskesmas dalam memberikan pelayanan yang optimal kepada masyarakat karena minimnya sumber dana untuk pemeliharaan sarana dan prasarana kesehatan serta biaya transportasi untuk kunjungan ke lapangan. Kondisi demikian tentunya tidak mendukung terciptanya pelayanan kesehatan masyarakat termasuk kesehatan reproduksi yang berkualitas sebagaimana diamanatkan dalam kesepakatan ICPD. Padahal, keberhasilan yang dicapai daerah tidak hanya diukur dari besaran PAD, tetapi juga dilihat dari pemberian pelayanan publik yang baik. Karena itu perlu adanya komitmen pemda dalam memberikan alokasi dana yang memadai untuk pelayanan kesehatan reproduksi yang optimal.

Dari serangkaian kajian lapangan, ditemukan bahwa kurang baiknya proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program yang diterapkan di beberapa daerah disebabkan oleh kebiasaan pembuatan kebijakan yang digariskan secara *top down*. Sementara itu mereka kurang terbiasa dengan menyusun program kesehatan secara *problem-solving* sesuai dengan kebutuhan dan potensi setempat. Selain itu masyarakat yang selama ini menjadi objek pembangunan jarang dilibatkan dalam proses perencanaan kebijakan/program. Dengan penerapan kebijakan otonomi daerah, maka masyarakat mempunyai hak untuk ikut serta dalam menentukan kebijakan sesuai dengan permasalahan yang dihadapinya.

Selain itu didapat kesan mengenai masih kurangnya koordinasi antara perencanaan di tingkat dinas dengan unit dibawahnya, seperti puskesmas/puskesmas pembantu (pustu). Seringkali terjadi apa yang direncanakan oleh puskesmas/pustu tidak dijadikan pertimbangan bagi perencanaan di tingkat kabupaten. Akibatnya adalah, hasil perencanaan di tingkat kabupaten kurang tanggap terhadap

permasalahan kesehatan yang diidentifikasi di tingkat puskesmas. Salah satu penyebabnya adalah masih diberlakukannya penyusunan anggaran secara *incremental* (*incremental budgeting* - anggaran untuk kegiatan tahun lalu ditambah sekian persen) yang menyebabkan pihak dinas terpaku dalam koridor perencanaan yang statis. Meskipun pada beberapa daerah telah ada wadah koordinasi program kesehatan reproduksi antar sektor, seperti dengan adanya Komisi Kesehatan Reproduksi Daerah, tapi lembaga ini kurang berfungsi sebagaimana yang diharapkan.

Hal lain yang ditemukan dalam serangkaian kajian lapangan adalah adanya keraguan atas manfaat dari tindakan perencanaan sebagai dasar untuk melakukan tindakan pemecahan masalah yang dihadapi oleh masyarakat, serta masih kurangnya kapasitas organisasi perencanaan dalam melaksanakan tugas dan fungsinya baik dalam proses perencanaan maupun pengelolaan informasi bagi keperluan analisis permasalahan dan kebijakan, serta proses pengambilan keputusan bagi pihak pelaku yang berkepentingan. Bilamana kapasitas organisasi perencanaan masih lemah khususnya dalam kaitannya dengan penyusunan kebijakan dan perencanaan program, maka integrasi kesepakatan ICPD ke dalam kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi di daerah menjadi semakin sulit. Untuk itulah perlu ada semacam *capacity building* serta pedoman umum yang bisa dipergunakan sebagai masukan bagi daerah dalam penyusunan kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi yang pro- ICPD.

Berdasarkan uraian tersebut, ada beberapa hal yang perlu dikaji dalam rangka meningkatkan kualitas penyusunan kebijakan dan perencanaan implementasi program kesehatan reproduksi, terutama dalam era desentralisasi kesehatan, yaitu:

- a. Bagaimana proses penyusunan sebuah kebijakan -dalam hal ini kebijakan kesehatan reproduksi- dilakukan? Apakah tahapan yang dilakukan telah sesuai dengan prosedur normatif? Misalnya, apakah para perencana dalam proses penyusunan kebijakan dan rencana program implementasi menggunakan data empirik untuk melihat permasalahan kesehatan reproduksi? Bagaimana penentuan prioritas

dilakukan? Apakah mempertimbangkan strategi alternatif guna mengatasi permasalahan yang dihadapi?

- b. Apakah paradigma baru dalam program kesehatan reproduksi telah dipertimbangkan dalam penyusunan kebijakan? Bila sudah, dalam bentuk apa? Bila belum, apa sebabnya? Apakah implementasi kebijakan kesehatan reproduksi yang pro-ICPD memerlukan perubahan mendasar pada sistem kesehatan di daerah?
- c. Dengan pendekatan pelayanan integratif sebagaimana yang direkomendasikan dalam rencana aksi ICPD Cairo 1994, maka perencanaan program kesehatan reproduksi dalam lingkungan dinas kesehatan tidak bisa lagi dilakukan per program (per bagian program), namun perlu adanya kerjasama antar program dalam penyusunan kebijakan kesehatan reproduksi. Yang menjadi pertanyaan adalah apakah proses perencanaan kebijakan kesehatan reproduksi telah dilakukan secara terintegrasi antar program yang terkait? Apabila belum, apa saja kendalanya dan bagaimana alternatif solusinya?
- d. Apakah dalam proses perencanaan implementasi program sudah mempertimbangkan masukan dari puskesmas dan pustu, dan apakah telah dilakukan kajian terhadap kemampuan operasional seperti ketersediaan SDM, dana, bahan dan sebagainya? Apakah aspek monitoring dan evaluasi program telah dimasukkan dalam rencana tersebut? Bila belum, mengapa dan apa kendalanya?
- e. Siapa saja yang ikut terlibat dalam proses perencanaan selama ini ? Apakah secara faktual telah melibatkan berbagai pihak seperti LSM, pemimpin informal, organisasi profesi, dan sebagainya? Sejauh mana Komisi Kesehatan Reproduksi di daerah telah berfungsi untuk mendukung program kespro? Apakah kegiatan perencanaan program telah melibatkan unsur masyarakat pengguna dan sejauh mana aspirasi masyarakat tentang kesehatan reproduksi diakomodir dalam perencanaan program kesehatan reproduksi ?
- f. Dalam era otonomi daerah maka peranan DPRD dalam penyusunan program menjadi semakin kuat. Dalam

kaitannya dengan upaya untuk mendapatkan dukungan bagi terealisasinya kebijakan program kesehatan reproduksi, apakah pihak dinas kesehatan atau pihak lainnya telah melakukan sosialisasi ataupun advokasi kepada anggota DPRD tentang pentingnya program kesehatan reproduksi bagi peningkatan kesejahteraan keluarga dan masyarakat?

- g. Apakah peraturan-peraturan baru yang berkaitan dengan otonomi daerah, seperti Kepmendagri No. 29/2002 tentang pelaksanaan tata usaha keuangan daerah dan tata cara penyusunan APBD berpengaruh terhadap pola penyusunan kebijakan kesehatan reproduksi? Bagaimana strategi daerah agar perencanaan matang yang telah disusun di tingkat dinas (RASK) bisa diakomodir dalam kebijakan program pembangunan daerah?

Jawaban dari semua pertanyaan yang dikaji dalam penelitian ini dimanfaatkan sebagai bahan pelengkap untuk membuat pedoman umum tentang penyusunan kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi di daerah.

1.3 Tujuan Penelitian

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pengalaman-pengalaman daerah dalam proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi, sekaligus tukar-menukar pengalaman dalam kaitannya dengan proses tersebut. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pengembangan *core-competence* di bidang kependudukan serta masukan bagi pembuat kebijakan di daerah.

Secara khusus, penelitian ini ditujukan untuk :

1. Mengevaluasi pengalaman daerah dalam proses penyusunan kebijakan kesehatan reproduksi, berdasar kajian pada sebuah model umum penyusunan kebijakan kesehatan reproduksi di daerah;
2. Mengidentifikasi permasalahan serta faktor pendukung dalam proses penyusunan kebijakan dan rencana implementasi kebijakan kesehatan reproduksi;

3. Menyusun pedoman umum tentang penyusunan kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi guna membantu daerah-daerah dalam meningkatkan kualitas penyusunan kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi.

1.4 Kerangka Kerja

Penelitian ini menggunakan pendekatan manajemen program dalam mengkaji proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi di era otonomi daerah. Pendekatan manajemen program merupakan rangkaian proses penyusunan kebijakan, perencanaan program, implemmentasi, serta monitoring dan evaluasi yang selanjutnya menjadi landasan (feedback) bagi proses penyusunan kebijakan selanjutnya. Sikus proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program ini, sebagaimana telah disinggung di awal bab ini, dipengaruhi berbagai faktor, terutama dampak kesepakatan ICPD 1994 terhadap perubahan paradigma kesehatan reproduksi dan implementasi kebijakan otonomi daerah di Indonesia. Secara lengkap kerangka konseptual penyusunan kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi dapat dilihat pada bagan 1.1.

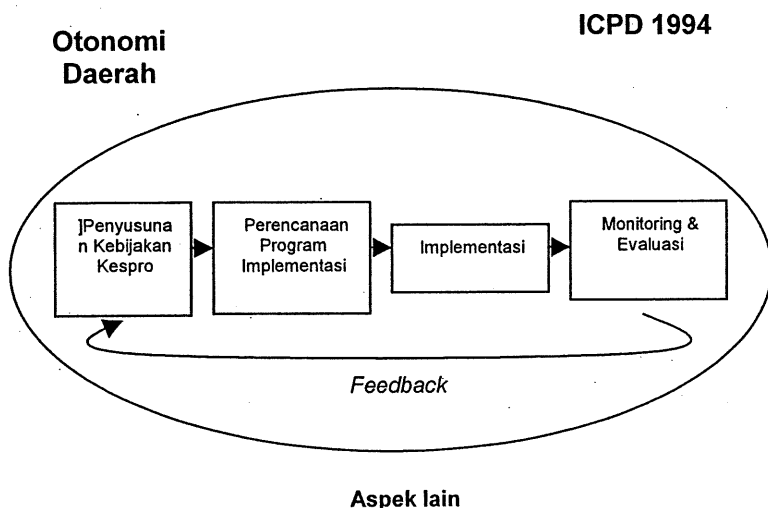
Secara umum, istilah kebijakan (*policy*) dan lingkungan dimana kebijakan tersebut dirancang dan diterapkan (*policy environment*) sering dipergunakan secara bergantian. *Policy environment* merupakan faktor intrinsik dan sekaligus ekstrinsik dari pelaksanaan program kesehatan reproduksi; dimana kedua faktor tersebut merupakan sebagian dari konteks sosial politik dimana program dijalankan. Kebijakan tersebut akan mempengaruhi ruang lingkup dari kegiatan program, alokasi sumber daya, dan struktur organisasi dari program tersebut.¹

Kebijakan ataupun lingkungan kebijakan bukanlah sesuatu yang statis tetapi selalu berubah seiring dengan respon adanya perubahan di bidang politik dan ekonomi, adanya

¹ Jane T. Bertrand and Gabriela Escudero (2002). Compendium of indicators for evaluating reproductive health programs, pp.31

perubahan ketersediaan pembiayaan dan teknologi kesehatan reproduksi, serta munculnya isu kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, evaluasi terhadap suatu kebijakan perlu mengkaji proses bagaimana kebijakan tersebut dibuat atau diubah selain dari pada kebijakan itu sendiri.

Bagan 1.1
Kerangka Konseptual
Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program
Kesehatan Reproduksi



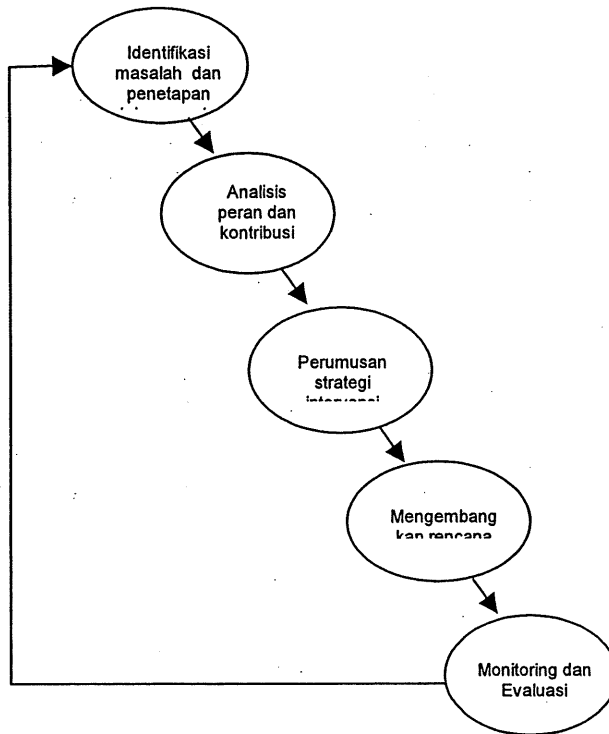
Adapun konsep Panduan Umum untuk penyusunan kebijakan kesehatan reproduksi yang telah dikembangkan oleh Tim Peneliti PPK-LIPI dapat dilihat pada bagan 1.2. Tahapan dalam proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program menurut bagan alur tersebut dipergunakan sebagai alat untuk mengetahui sejauh mana pihak perencana program di daerah melakukan proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program sesuai dengan kaidah normatif. Panduan umum tersebut terutama dipergunakan dalam mengevaluasi proses perencanaan program di tingkat sektoral, dalam hal ini adalah sektor kesehatan (dinas kesehatan dan jajaran dibawahnya).

Dalam proses penyusunan perencanaan di tingkat dinas (kabupaten), perlu dikaitkan dengan perencanaan institusi dibawahnya (misal : puskesmas) sebagai pelaksana program di lapangan. Hal ini penting agar program yang disusun di tingkat kabupaten relevan dengan kebutuhan masyarakat dan sesuai pula dengan kapasitas institusi pelaksananya. Sebagaimana yang dikemukakan lebih lanjut dalam tulisan ini, pelibatan puskesmas dalam penyusunan program di tingkat kabupaten ini juga sangat penting karena mereka membawa aspirasi masyarakat tentang permasalahan dan kebutuhan kesehatan reproduksi ketika dilaksanakan Musrenbang (Musyawarah Perencanaan Pembangunan) di tingkat kecamatan.

Dalam konteks desentralisasi kewenangan termasuk dalam hal perencanaan program pembangunan di daerah, maka sebagai konsekuensi dari pelaksanaan kebijakan otonomi daerah tersebut, kegiatan perencanaan program yang dilakukan oleh sektor tidak bisa lagi dilakukan secara terpisah tanpa koordinasi dengan program dari sektor lain. Hal ini disebabkan adanya kenyataan bahwa semua sektor dalam proses penyusunan programnya perlu melihat visi dan misi daerah termasuk arah dan kebijakan umum daerah yang ditentukan oleh eksekutif bersama-sama dengan legislatif.

Demikian pula dalam hal penentuan prioritas program pembangunan termasuk alokasi dana (sumber APBD) ditentukan sendiri oleh daerah tanpa campur tangan dari pusat. Ini berarti bahwa perencanaan program sektor seperti sektor kesehatan perlu didudukkan dalam konteks perencanaan pembangunan daerah secara keseluruhan (perencanaan makro). Perencanaan makro di kabupaten ini dalam pelaksanaannya dilakukan secara berjenjang mulai dari tingkat desa (Musrenbang tingkat desa), kecamatan (Musrenbang tingkat kecamatan), hingga kabupaten (Musrenbang tingkat kabupaten). Dengan pendekatan secara *bottom-up* ini diharapkan semua permasalahan di tingkat masyarakat dapat diakomodir dalam perencanaan makro di tingkat kabupaten.

Bagan 1.2 Tahapan Proses Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan program Kesehatan Reproduksi



Penelitian pada tahun 2005 ini selain mengkaji dinamika mekanisme perencanaan program pembangunan secara makro di daerah, juga mengkaji bagaimana strategi yang dilakukan oleh sektor agar perencanaan matang yang telah dilakukan di tingkat sektor (dinas kesehatan) bisa diakomodir dalam kebijakan pembangunan daerah secara keseluruhan.

1.5 Konsep dan Definisi

Dalam penelitian kali ini, digunakan beberapa konsep dan definisi kerja yang dijabarkan sebagai berikut.

- **Kesehatan reproduksi**, menurut Konferensi ICPD Cairo adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial

secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua aspek yang berkaitan dengan sistem reproduksi serta fungsi dan prosesnya.

- **Pelayanan kesehatan reproduksi integratif**, merupakan suatu cara untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, memperluas akses terhadap pelayanan, atau membuat pelayanan menjadi semakin terjangkau dan memudahkan bagi masyarakat pengguna.
- **Kebijakan**, meliputi undang-undang, peraturan, dan keputusan formal pemerintah lainnya. Kebijakan juga mencakup pedoman atau petunjuk pelaksanaan, norma, dan standar.
- **Otonomi Daerah**, adalah kewenangan daerah otonom untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- **Desentralisasi**, yaitu penyerahan wewenang pemerintahan oleh pemerintah kepada daerah otonom dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia.
- **Desentralisasi kesehatan reproduksi**, adalah penyerahan kewenangan dalam mengidentifikasi permasalahan, memformulasikan kebijakan, merencanakan dan mengimplementasikan program kesehatan reproduksi dari pemerintah kepada daerah otonom.
- **Perencanaan pembangunan daerah**, yaitu suatu proses penyusunan tahapan-tahapan kegiatan yang melibatkan berbagai unsur di dalamnya, guna pemanfaatan dan pengalokasian sumber-sumber daya yang ada dalam rangka meningkatkan kesejahteraan sosial dalam suatu lingkungan wilayah/daerah dalam jangka waktu tertentu.
- **Stakeholders kesehatan reproduksi**, terdiri dari orang/lembaga yang terlibat dan bertanggung jawab dalam penyusunan kebijakan ataupun implementasi program kesehatan reproduksi.

1.6 Metode Penelitian

1.6.1 Lokasi Penelitian

Penelitian pada tahun 2005 ini dilakukan di Kabupaten Sidoarjo Propinsi Jawa Timur. Pemilihan lokasi ini didasarkan atas pertimbangan :

- a. Sidoarjo merupakan salah satu kabupaten percontohan untuk implementasi kebijaksanaan otonomi daerah sehingga diharapkan segala sesuatu yang berkaitan dengan penyusunan kebijakan dan perencanaan program telah berjalan lebih baik dari pada kabupaten non-percontohan;
- b. Penelitian yang dilakukan tahun 2005 ini merupakan kelanjutan dari penelitian sebelumnya. Dengan memilih lokasi yang pernah dijadikan lokasi studi sebelumnya berarti dapat menambah wawasan sejauh mana daerah telah melakukan perbaikan-perbaikan dalam kurun waktu yang relatif lama.

Lesson-learned yang diperoleh dari proses perbaikan dalam perencanaan program dipergunakan sebagai salah satu bahan bagi perbaikan konsep umum tentang proses penyusunan kebijakan yang telah dikembangkan oleh Tim Peneliti PPK-LIPI. Kabupaten Sidoarjo merupakan salah satu lokasi penelitian yang sebelumnya telah dijadikan sampel oleh Tim Peneliti Kesehatan Reproduksi PPK-LIPI.

Pengambilan data lapangan tepatnya dilaksanakan pada bulan Juli 2005. Di Kabupaten Sidoarjo, dilakukan studi di dua kecamatan yaitu yang relatif dekat dengan pusat kota (Kecamatan Candi) dan yang relatif jauh dari pusat kota (Kecamatan Jabon). Selanjutnya untuk masing-masing kecamatan dipilih sebuah desa secara *purposive* sebagai lokasi penelitian, yaitu Desa Balong Tani (Kecamatan Jabon) dan Desa Kebon Sari (Kecamatan Candi).

1.6.2 Metode Pengumpulan Data

Penelitian yang dilakukan tidak saja dimaksudkan untuk mendokumentasikan pengalaman daerah dalam proses

penyusunan kebijakan program tetapi juga sekaligus dilakukan proses pembelajaran secara dua arah antara peneliti dan responden di daerah penelitian.

Istilah *pembelajaran* disini dimaksudkan mirip seperti *andragogi* yang secara harfiah dapat diartikan sebagai seni dan pengetahuan mengajar orang dewasa. Namun, karena orang dewasa sebagai individu yang dapat mengarahkan diri sendiri, maka dalam *andragogi* yang lebih penting adalah kegiatan belajar dari siswa, bukan kegiatan mengajar oleh guru. Oleh karena itu, dalam memberikan definisi *andragogi* lebih cenderung diartikan sebagai seni dan pengetahuan membelajarkan orang dewasa. Namun demikian, dalam konteks penelitian ini proses pembelajaran dilakukan secara dua arah, yaitu dari informan kunci (perencana program) ke peneliti dan sebaliknya. Dengan demikian, di sini terjadi kerjasama antara anggota tim (*collaborative team work*) yang terdiri dari para peneliti LIPI dan perencana program di daerah. Ada rasa saling ketergantungan dan saling mengisi diantara anggota kedua tim tersebut. Untuk mendukung suksesnya proses pembelajaran ini, perlu dikembangkan adanya rasa kepercayaan tentang akuntabilitas tiap anggota tim serta tanggung jawab dari tiap anggota dalam mencapai tujuan bersama.

Ada 3 tahapan pokok dalam kegiatan pembelajaran, yaitu: (a) tambahan/penciptaan pengetahuan – pengembangan atau penciptaan keahlian, wawasan, dan hubungan; (b) membagi pengetahuan – penyebaran terhadap apa yang telah dipelajari; (c) pemanfaatan pengetahuan – perpaduan dari pembelajaran sehingga alternatif secara luas tersedia dan dapat dimanfaatkan sesuai dengan situasi baru.

Pembelajaran dalam proses penyusunan kebijakan kesehatan reproduksi terutama dilakukan dengan metode kajian bersama atau diskusi kelompok. Kaji bersama ini dilakukan dengan para *stakeholders* yang terlibat dalam proses penyusunan dan implementasi program kesehatan reproduksi. Kaji bersama dimaksudkan untuk lebih memahami proses penyusunan dan implementasi kebijakan program kesehatan reproduksi di daerah sekaligus memberikan masukan bagi perbaikan penyusunan program di masa mendatang.

Kaji bersama (jisam) dilakukan dengan para *stakeholders* di tingkat desa dan kabupaten. Jisam di tingkat desa dilakukan untuk memahami proses perencanaan di tingkat desa yang melibatkan warga (ibu-ibu yang memiliki balita), aparat desa (termasuk BPD atau Badan Perwakilan Desa), bidan desa, kader posyandu, perwakilan LSM, dan lainnya. Kegiatan dengan tujuan yang sama juga dilakukan di tingkat kabupaten.

Khusus untuk jisam di tingkat sektoral yang dilakukan di kabupaten, diskusi serta simulasi proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program dilakukan dengan menggunakan instrumen yang berupa draft panduan umum penyusunan kebijakan kesehatan reproduksi yang telah dikembangkan oleh Tim Peneliti PPK-LIPI. Jisam dilaksanakan di Dinas Kesehatan, Bappekab (Badan Perencanaan Pembangunan Kabupaten), BKBPMP (Badan Keluarga Berencana, Pemberdayaan Masyarakat dan Perempuan) dan Organisasi Profesi IBI (Ikatan Bidan Indonesia).

Selain jisam, juga dilakukan wawancara mendalam di tingkat desa, kecamatan, dan kabupaten. *Key informant* untuk wawancara mendalam di tingkat desa adalah warga desa termasuk keluarga miskin, aparat desa, serta tokoh masyarakat termasuk anggota BPD yang terlibat dalam perencanaan di tingkat desa. Wawancara mendalam dengan *key informant* warga desa dimaksudkan untuk mengetahui kebutuhan serta aspirasi tentang kesehatan termasuk kesehatan reproduksi, serta pengalaman mereka dalam memperoleh pelayanan kesehatan di daerahnya.

Wawancara mendalam di kecamatan difokuskan di puskesmas, dimana mereka yang menjadi *key informant* adalah petugas yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut termasuk pimpinan puskesmas. Wawancara mendalam ini dimaksudkan untuk mendapatkan informasi tambahan tentang proses perencanaan kesehatan yang dilakukan di tingkat puskesmas serta kaitannya dengan perencanaan sektoral di tingkat kabupaten (dinas kesehatan). Selain itu, wawancara juga dilakukan terhadap petugas eks-PLKB yang sekarang menjadi koordinator pengelola KB di tingkat kecamatan. Kegiatan yang sama juga dilakukan di tingkat kabupaten dengan *key informant* dari dinas terkait seperti Bappekab, Dinas Kesehatan, BKBPMP, BPS (Badan Pusat Statistik), Asisten II

Bupati, dan LSM setempat, yaitu P3A (Pusat Perlindungan Perempuan dan Anak).

Sesuai dengan tujuan penelitian untuk mengevaluasi pengalaman-pengalaman daerah dalam proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi, maka dalam penulisan laporan hasil penelitian ini juga diulas beberapa temuan yang muncul dari rangkaian penelitian kesehatan reproduksi PPK LIPI selama periode tahun 2001-2004. Sebagaimana diketahui, penelitian pada tahun 2001 mengambil lokasi di Kabupaten Timor Tengah Selatan (NTT) dan Kabupaten Sidoarjo (Jawa Timur). Pada tahun 2002 lokasi penelitian terdiri dari Kota Pontianak (Kalimantan Barat), Kota Cirebon (Jawa Barat), dan Kabupaten Sikka (NTT). Sedangkan pada tahun 2003 penelitian mengambil lokasi di Kota Mataram (NTB) dan Kota Jambi (Jambi). Tahun keempat penelitian (tahun 2004) lokasi penelitian berada di Kota Mataram (NTB) dan Kabupaten Batang Hari (Jambi).

1.6.3 Analisa Data

Data kualitatif yang dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan kaji bersama (Jisam) dianalisa dengan teknik analisa isi (*content analysis*). Dari berbagai informasi yang diperoleh dari informan dideskripsikan sesuai dengan isu yang ada dan digunakan untuk menjelaskan dan memberikan nuansa pada temuan-temuan yang penting. Analisa data juga dilakukan dengan melakukan review terhadap temuan-temuan yang muncul selama periode penelitian sebelumnya (tahun 2001-2004). Dari temuan-temuan tersebut kiranya dapat diambil pembelajaran bagi proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi di masa mendatang.

1.7 Organisasi Penulisan

Penulisan laporan ini terdiri dari lima bab. Bab I (Pendahuluan) menjelaskan latar belakang, perumusan masalah, tujuan dan kerangka kerja yang digunakan dalam penelitian ini. Pada bab II diuraikan gambaran permasalahan kesehatan reproduksi dan kebijakan program kesehatan reproduksi di daerah penelitian dikaitkan dengan isu yang sama di tingkat nasional.

Selanjutnya, pada bab III dijelaskan mengenai kebijakan kesehatan reproduksi paradigma baru dalam konteks ICPD dan perkembangan otonomi daerah, termasuk identifikasi peluang dan tantangan di masa depan. Bab IV secara khusus menyoroti kompleksitas penyusunan kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi, termasuk kondisi pendukung yang diperlukan dalam proses tersebut. Bab V berisi kesimpulan dan rekomendasi yang disusun berdasarkan temuan-temuan penelitian.

Selain kelima bab tersebut, laporan ini juga dilampiri dengan Pedoman Umum Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program Kesehatan Reproduksi. Pedoman ini merupakan masukan tim peneliti PPK LIPI dalam upaya peningkatan kapasitas para perencana program di daerah dalam rangka menyusun kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi yang bersifat *problem solving* dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat. Penyusunan pedoman umum ini tidak hanya didasarkan atas kajian teoritis, tetapi juga memasukkan hasil temuan penelitian lapangan yang telah dilaksanakan selama periode 2001-2005 ini.

BAB II GAMBARAN PERMASALAHAN DAN KEBIJAKAN PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI DI INDONESIA

Pada bab ini dibahas mengenai dua hal. *Pertama*, gambaran permasalahan kesehatan reproduksi di Indonesia dan di daerah penelitian. *Kedua*, kebijakan dan program berkaitan dengan permasalahan kesehatan reproduksi tersebut.

Pembahasan permasalahan kesehatan reproduksi diawali dengan mengaitkan permasalahan di tingkat nasional dan selanjutnya dikemukakan permasalahan kesehatan reproduksi yang muncul di daerah-daerah penelitian selama periode penelitian tahun 2001 sampai dengan 2005. Permasalahan kesehatan reproduksi yang dibahas merujuk pada prioritas program kesehatan reproduksi nasional, yaitu : (1). Kesehatan ibu dan anak, (2). Keluarga berencana (KB), (3) Penanggulangan Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV/AIDS, (4). Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR), dan (5). Kesehatan reproduksi pada usia lanjut (Usila). Selain itu juga dibahas isu-isu kesehatan reproduksi lainnya yang muncul dan dihadapi di daerah penelitian, seperti isu kesehatan reproduksi dan jender, kesehatan reproduksi pada buruh, dan perdagangan bayi.

Pembahasan kebijakan program kesehatan reproduksi juga diawali dengan mengemukakan kebijakan program di tingkat nasional. Pembahasan tersebut dilanjutkan dengan paparan mengenai kebijakan program kesehatan reproduksi yang diimplementasikan di daerah penelitian. Isu-isu yang dibahas pada bagian ini diantaranya adalah piranti legal kebijakan program kesehatan reproduksi, bentuk-bentuk kebijakan dan program kesehatan reproduksi, serta implementasi pelayanan kesehatan reproduksi di daerah penelitian.

2.1 Permasalahan Kesehatan Reproduksi di Indonesia dan di Daerah Penelitian

Permasalahan kesehatan reproduksi merupakan isu strategis pembangunan kesehatan karena menyangkut kualitas sumber daya manusia pada umumnya. Dampak masalah kesehatan reproduksi yang terabaikan tidak hanya berkaitan dengan kualitas hidup laki-laki dan perempuan usia produktif, tetapi lebih dari itu berdampak pada kualitas hidup generasi penerus.

Sebagaimana terungkap dalam Profil Kesehatan Reproduksi 2003, Indonesia menghadapi sejumlah isu dalam hal kesehatan reproduksi, yaitu : (1). Kematian dan komplikasi maternal masih tinggi, (2). Pelayanan dan perawatan selama kehamilan dan persalinan masih belum memadai, (3). Rujukan dan pelayanan kegawatdaruratan obstetri masih tertunda oleh berbagai faktor, (4). Status kesehatan reproduksi dan akses ke pelayanan keluarga berencana masih belum memadai bagi banyak wanita, dan (5). Wanita dan pria semakin terpapar resiko IMS dan HIV/AIDS.

Bagian ini berupaya menguraikan permasalahan kesehatan reproduksi yang dihadapi secara nasional dan ditemui di daerah penelitian selama periode tahun 2001-2005. Permasalahan kesehatan reproduksi dibahas berdasarkan prioritas program nasional kesehatan reproduksi dan berbagai isu-isu terkait lainnya.

2.1.1 Kesehatan Ibu dan Anak

Permasalahan tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) masih menduduki tempat teratas dalam agenda pelayanan kesehatan di Indonesia. Masih tingginya AKI di Indonesia menunjukkan masih rendahnya tingkat kesejahteraan penduduk dengan berbagai indikasi penyebabnya.

Program kesehatan ibu di Indonesia sejauh ini belum berhasil menurunkan AKI secara nyata. Pada tahun 1986, AKI di Indonesia adalah 450 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini menurun menjadi 390 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1994 (SDKI) dan menurun lagi menjadi 334 per 100.000

kelahiran hidup pada tahun 1997 (SDKI).² Data SDKI 2002-2003 menyebutkan bahwa AKI di Indonesia adalah 307 per 100.000 kelahiran hidup. Meskipun demikian, penurunan AKI yang dicapai tidak seperti yang diharapkan. Sebagai perbandingan, Malaysia berhasil menurunkan AKI dari 242 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1957 menjadi 20 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1996. Contoh lain adalah Srilanka yang berhasil menurunkan AKI dari 1650 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1945 menjadi 42 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1993.

Selain AKI yang masih tinggi secara nasional, masalah lain yang dihadapi adalah disparitas AKI yang masih tinggi antar tingkat sosial ekonomi, antar kawasan, dan antar perkotaan-pedesaan.³ Analisis data SKRT 1995 menunjukkan variasi yang substansial antarpropinsi. AKI di Jawa Tengah diperkirakan sebesar 248, sementara di Jawa Barat mencapai 686. AKI di wilayah luar Jawa masih tinggi. Di NTT angkanya diperkirakan 554, sedangkan di Papua mencapai 1025.⁴ Hal ini tidak terlepas dari masih terjadinya disparitas status kesehatan secara umum. AKI dan AKB pada golongan termiskin hampir empat kali lebih tinggi dari golongan terkaya. Angka tersebut juga lebih tinggi di daerah pedesaan, di kawasan timur Indonesia, serta pada penduduk dengan tingkat pendidikan rendah.

Banyak penyebab yang memberikan kontribusi terhadap masih tingginya AKI di Indonesia. Data SKRT 1995 menunjukkan bahwa penyebab utama kematian ibu terkait dengan pendarahan, eklamsia, infeksi, dan persalinan macet. Penyebab langsung tersebut sebenarnya dapat dicegah secara efektif apabila ibu hamil dan bersalin yang mengalami komplikasi dapat ditolong segera di fasilitas pelayanan kesehatan/kebidanan. Tetapi dalam banyak kasus, persalinan tersebut dibantu oleh dukun tidak terlatih atau anggota keluarga. Data SDKI 2002/2003 menyebutkan persentase persalinan yang ditolong oleh dukun bayi masih cukup besar, yakni mencapai 32 %. Data tersebut juga menunjukkan resiko komplikasi akibat waktu kehamilan yang memiliki faktor '4

² Lihat Depkes dan UNFPA (2005). Hal 33.

³ Lihat Perpres 7/2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah 2005-2009.

⁴ Lihat Profil Kesehatan Reproduksi Indonesia 2003. Hal 54.

terlalu', yaitu : terlalu dini (< 18 tahun) sebanyak 4,1 %, terlalu tua (> 34 tahun) sebanyak 3,8 %, terlalu banyak (> 3 persalinan) sebanyak 9,4 %, dan jarak persalinan yang terlalu dekat (< 2 tahun) sebanyak 5,2 %.

Selain penyebab langsung di atas, tingginya AKI di Indonesia dilatarbelakangi oleh empat keterlambatan (4 K)⁵, yaitu :

1. Keterlambatan mengenal tanda bahaya selama kehamilan, persalinan, dan nifas.
2. Keterlambatan keluarga, suami, dan ibu dalam mengambil keputusan membawa ke fasilitas kesehatan.
3. Keterlambatan tiba di sarana kesehatan.
4. Keterlambatan memperoleh tindakan yang tepat di fasilitas kesehatan.

Data Angka Kematian Balita (AKB) di Indonesia pada tahun 2002-2003 sebesar 35 per 1.000 kelahiran hidup, sudah mengalami penurunan dari 57 per 1.000 kelahiran hidup (SDKI 1994) dan 46 per 1.000 kelahiran hidup (SDKI 1997). Meskipun demikian, angka tersebut masih di atas negara-negara Asean, seperti Malaysia (10), Thailand (20), Vietnam (18), Brunei (8), dan Singapura (3). Penyebab kematian pada umumnya berkaitan dengan kesehatan ibu selama hamil, kesehatan janin selama di dalam kandungan dan proses pertolongan persalinan yang diterima ibu/bayi, trauma persalinan, dan tetanus neonatorum.⁶

Permasalahan Kesehatan Ibu dan Anak di Daerah Penelitian

Situasi derajat kesehatan ibu dan anak di daerah penelitian dalam periode tahun 2001-2005 sangat bervariasi. Hal ini terkait dengan disparitas kondisi daerah yang mempengaruhi status kesehatan daerah masing-masing, termasuk status kesehatan ibu dan anak. Berikut beberapa gambaran permasalahan kesehatan ibu dan anak di beberapa daerah penelitian selama periode tahun 2001-2005.

⁵ Lihat Jaringan Epidemiologi Nasional (2002). Kebijakan dalam Kesehatan Reproduksi.

⁶ Lihat Depkes dan UNFPA (2005). Hal 35.

Kabupaten Sidoarjo (Tahun 2001 dan 2005)

Data-data mengenai derajat kesehatan di Kabupaten Sidoarjo menunjukkan kondisi yang lebih baik, mengingat situasi dan perkembangan daerah yang relatif maju. Menurut data tahun 1999, angka kematian bayi adalah 15,69 per 1000 kelahiran, sedangkan angka kematian ibu bersalin mencapai 79.9 per 100.000 kelahiran.

Kesadaran penduduk akan pentingnya pertolongan melahirkan oleh tenaga kesehatan juga cukup baik. Hal ini tercermin dari proporsi ibu melahirkan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Sidoarjo sebesar 91,65 persen, jauh di atas rata-rata penduduk di Propinsi Jawa Timur (66,93 persen). Data lain menunjukkan lebih dari 90 persen wanita hamil memeriksa kehamilan pada triwulan pertama (K1). Angka ini cukup baik meskipun cakupan ibu hamil dengan K4 mengalami penurunan menjadi 78,31 persen.

Data yang berhasil dikumpulkan pada penelitian tahun 2005 ini menunjukkan, AKI di Kabupaten Sidoarjo menurut Profil Kesehatan Kabupaten Sidoarjo 2003 adalah sebesar 51,37 per 100.000 kelahiran hidup dengan penyebab utama adalah pendarahan (38,46 %), sedangkan bila dilihat dari waktunya paling banyak terjadi pada masa nifas (60,15 %). Sedangkan AKB pada tahun yang sama sebesar 16,47 per 1.000 kelahiran hidup. Kedua indikator tersebut cukup baik mengingat sudah berada jauh di bawah target yang ingin dicapai dalam program nasional Indonesia Sehat 2010.

Kabupaten Sikka (Tahun 2002)

Derajat kesehatan ibu dan anak di Kabupaten Sikka relatif rendah yang tercermin dari cukup tingginya AKI dan AKB. Data tahun 2000 menunjukkan AKI sebesar 424 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB sebesar 40,26 per 1.000 kelahiran hidup. Data Dinas Kesehatan Kabupaten Sikka menunjukkan bahwa penyebab utama kematian ibu adalah pendarahan yang proporsinya mencapai 66,66 persen. Sementara itu, penyebab kematian bayi berdasarkan data yang ada menunjukkan bahwa pneumonia menempati urutan pertama

(25 %) diikuti oleh ISPA, malaria, diare, dan penyebab klinis lainnya.

Faktor-faktor keterlambatan tampaknya cukup berpengaruh terhadap tingginya AKI di Kabupaten Sikka. Wawancara dengan berbagai narasumber dari Dinas Kesehatan dan petugas kesehatan di lapangan menunjukkan bahwa kasus-kasus keterlambatan dalam mencari pertolongan pada saat melahirkan, terutama ibu yang beresiko tinggi seringkali terjadi karena proses memutuskan untuk mencari pertolongan yang berkepanjangan. Peran pria/suami cukup dominan dalam mengambil keputusan untuk mencari pertolongan persalinan. Selain diputuskan oleh suami, secara adat suami juga disarankan untuk meminta pertimbangan kedua belah pihak keluarga. Faktor lainnya yang berpengaruh adalah keterbatasan pengetahuan keluarga –termasuk pria/suami– dalam mengenali tanda-tanda persalinan yang beresiko, seperti perdarahan dari vagina, kejang-kejang, pembengkakan, dan susah bernafas.

Faktor keterlambatan ketiga (terlambat tiba di sarana kesehatan) dipengaruhi oleh kondisi geografis yang bergunung-gunung dan wilayah yang tersebar di pulau-pulau kecil. Keterbatasan fasilitas kesehatan yang mudah diakses oleh penduduk dan keterbatasan sarana dan prasarana transportasi menjadikan penduduk, terutama ibu-ibu hamil yang perlu mendapatkan pertolongan segera menjadi tidak dapat tertangani dengan baik.

Kota Pontianak (Tahun 2002)

AKB di Provinsi Kalimantan Barat berdasarkan proyeksi yang dilakukan BPS sebesar 46,7 per 1.000 kelahiran hidup. Sementara itu, berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan BPS Provinsi Kalimantan Barat, AKB di Kota Pontianak pada tahun 1999 sebesar 21,19 per 1.000 kelahiran hidup. Angka tersebut jauh lebih kecil dibandingkan dengan kabupaten lainnya di Kalimantan Barat. Hal ini merupakan indikasi yang baik mengenai perkembangan dan pembangunan sosial ekonomi di Kota Pontianak.

Sedangkan AKI di Provinsi Kalimantan Barat masih tinggi, yaitu sebesar 520 per 100.000 kelahiran hidup, lebih tinggi dari AKI di tingkat nasional. Data AKI untuk tingkat kota/kabupaten tidak tersedia. Sebagai gambaran berdasarkan data dari RSU dan RSB di Kota Pontianak, pada tahun 2000 terdapat sekitar 24 kasus kematian ibu. Penyebab utama kasus kematian ibu adalah eklamsia dan perdarahan (47,6 %). Hal tersebut disebabkan faktor keterlambatan yang berkaitan dengan memutuskan untuk mencari pertolongan yang biasanya terjadi karena kurangnya pengetahuan suami dan anggota keluarga untuk mengenali tanda-tanda dini dari kehamilan yang beresiko.

Kota Cirebon (Tahun 2002)

AKB di Kota Cirebon pada tahun 1999 sebesar 37,67 per 1.000 kelahiran hidup, jauh lebih rendah dari angka Provinsi Jawa Barat sebesar 55,4 per 1.000 kelahiran hidup. Penyebab utama kematian bayi berdasarkan data yang ada di RS Cirebon meliputi ; hipoksia intrauterus, dehidrasi, diare, dan pertumbuhan janin lamban dan gangguan yang berhubungan dengan kehamilan pendek dan BBLR.

Data mengenai AKI di Kota Cirebon tidak tersedia. Sebagai gambaran, AKI di Provinsi Jawa Barat sebesar 393 per 100.000 kelahiran hidup. Berbagai studi yang dilakukan di beberapa wilayah di Jawa Barat menunjukkan bahwa AKI berkisar antara 360 dan 470 per 100.000 kelahiran hidup.

Di Kota Cirebon terdapat 25,44 persen kasus persalinan dengan komplikasi pre-eklamsia selama tahun 2000. Penyebab kematian pada persalinan ini adalah perdarahan sesudah persalinan yang mencapai 23,53 persen. Proporsi bayi lahir dengan berat di bawah normal (BBLR) yang menunjukkan kenaikan dari 1,95 persen menjadi 2,75 persen di tahun 2000. Hal tersebut disebabkan oleh adanya peningkatan jumlah ibu hamil yang mengalami KEK (Kekurangan Energi Kronis) dan jumlah ibu hamil yang tidak mendapatkan imunisasi TT.

Kota Mataram (Tahun 2003 dan 2004)

AKI di NTB masih tertinggi di Indonesia dan dipengaruhi banyak faktor, diantaranya : terlambat mengenali hal yang berkaitan dengan kehamilan dan kelahiran, terbatasnya sarana, fasilitas yankes, biaya, dan persoalan sosial budaya. Tingginya AKI masih merupakan masalah yang belum terselesaikan, meskipun sudah banyak intervensi yang dilakukan.

AKB di Kota Mataram menurut data tahun 2001 adalah 59 per 1.000 kelahiran hidup. Faktor yang cukup berpengaruh adalah masih rendahnya (45 %) persalinan yang ditolong oleh tenaga medis. Lebih dari separuh (61,6 %) penduduk tidak mendapatkan akses air bersih. Kondisi ini cukup memprihatinkan, mengingat Kota Mataram merupakan ibu kota provinsi NTB yang diasumsikan memiliki fasilitas dan prasarana yang lebih baik dibandingkan kabupaten/kota lain di NTB.

2.1.2 Keluarga Berencana (KB)

Pola fertilitas telah mengalami penurunan secara dramatis atas kontribusi program KB sejak tahun 1967. Tingkat fertilitas total (TFR) mengalami penurunan dari 5,6 pada tahun 1968 menjadi 2,78 (data SDKI 1997) dan 2,6 (data SDKI 2003). Cakupan pelayanan KB (CPR atau Contraceptive Prevalence Rate) mengalami peningkatan dari 48 % (1987) menjadi 57 % (1997) dan 60,3 % (2002). *Unmet need* (kebutuhan pelayanan KB yang tidak terpenuhi) juga mengalami kecenderungan menurun dari 9,2 % (SDKI 1997) menjadi 8,6 % (SDKI 2002-2003).⁷

Paradigma baru program KB menurut Garis Besar Haluan Negara (GBHN) 1999 yaitu terbentuknya NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera) menjadi visi Keluarga Berkualitas Tahun 2015. Adapun misi yang diemban oleh Program KB Nasional adalah : (1). Memberdayakan masyarakat untuk membangun keluarga kecil berkualitas, (2). Menggalang kemitraan dalam peningkatan kesejahteraan,

⁷ Ibid. Hal 37 dan 39.

kemandirian, dan ketahanan keluarga, (3). Meningkatkan kualitas pelayanan KB dan kesehatan reproduksi, (4). Meningkatkan promosi, perlindungan, dan mewujudkan hak-hak reproduksi, (5). Meningkatkan upaya pemberdayaan perempuan untuk mewujudkan kesetaraan dan keadilan gender melalui program KB, (6). Mempersiapkan SDM berkualitas sejak pembuahan dalam kandungan sampai dengan lanjut usia, dan (7). Menyediakan data dan informasi keluarga berskala mikro untuk pengelolaan pembangunan; khususnya menyangkut upaya pemberdayaan keluarga miskin.

Sebagai komponen kesehatan reproduksi, pelayanan KB diarahkan untuk menunjang tercapainya kesehatan ibu dan bayi. Prioritas pelayanan KB diberikan kepada pasangan usia subur yang istrinya mempunyai keadaan '4 terlalu', yaitu: terlalu muda (usia kurang dari 20 tahun), terlalu tua (usia lebih dari 35 tahun), terlalu banyak anak (lebih dari 3 orang), terlalu sering hamil (jarak kehamilan kurang dari 2 tahun) dan pada pasangan yang baru melahirkan (pada masa nifas).

Secara garis besar, permasalahan yang ada dalam pelaksanaan program KB⁸, yaitu: (1). Tidak ada alat dan metode KB yang menjamin keberhasilan 100 %, (2). Daya beli dan ketersediaan alat KB terbatas semenjak krisis ekonomi 1997, (3). Keikutsertaan pria dalam KB masih rendah, (4). Masukan informasi yang kurang mengenai KB. Berkaitan dengan masih rendahnya keikutsertaan pria dalam program KB, data SDKI 1997 maupun 2002-2003 sama-sama mengindikasikan rendahnya pemakaian kondom dan sterilisasi laki-laki, masing-masing kurang dari 1 % dan 0,4 %.⁹

Permasalahan lain yang dihadapi berkaitan dengan program keluarga berencana adalah terjadinya penurunan program KB sebagai dampak krisis ekonomi dan diberlakukannya kebijakan desentralisasi kelembagaan BKKBN di kabupaten/kota yang sedikit banyak berpengaruh terhadap kinerja program KB di daerah selama masa transisi ini.¹⁰

⁸ Lihat Jaringan Epidemiologi Nasional, 2002. Kebijakan dalam Kesehatan Reproduksi.

⁹ Lihat Profil Kesehatan Reproduksi Indonesia 2003. Hal 48.

¹⁰ Lihat PPK-LIPI dan UNFPA (2005). *System Analysis of BKKBN's New Role, Function and Structure Under the Decentralized System*.

Permasalahan keluarga berencana di daerah penelitian dapat dilihat di Kabupaten Sidoarjo (tahun 2001 dan 2005). Pada tahun 2000, cakupan akseptor KB atau pasangan usia subur yang mengikuti program KB di Propinsi Jawa Timur tercatat 88 persen, sedangkan untuk Kabupaten Sidoarjo cakupan akseptor KB sedikit lebih rendah (85 persen). Data yang didapatkan dari Dinas Kesehatan menunjukkan bahwa pada tahun 2003 cakupan peserta KB mengalami penurunan dari keadaan tahun 1999, yakni menjadi 79,31 %.

Tingkat partisipasi pria dalam menggunakan KB masih sangat kecil. Data tahun 2000 mencatat hanya 0,7 % pria menggunakan alat kontrasepsi, sebagian besar dengan menggunakan kondom atau metode vasektomi. Angka tersebut lebih rendah dibandingkan dengan persentase di tingkat nasional, yaitu 1,1 % pria yang menggunakan alat kontrasepsi; sebanyak 0,7 % menggunakan kondom dan 0,4 % melakukan vasektomi.

2.1.3 Pencegahan dan Penanggulangan IMS dan HIV/AIDS

Penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual (PMS) pada saat ini merupakan masalah utama di negara maju maupun negara sedang berkembang. PMS termasuk HIV/AIDS sudah tersebar secara luas ke seluruh dunia (pandemi) yang menimbulkan dampak kesehatan, sosial, ekonomi, dan politik. Sampai saat ini belum ada cara penyembuhan untuk kasus AIDS sehingga penyakit ini berakibat kematian.

Saat ini di Indonesia, prevalensi mengenai PMS termasuk HIV/AIDS belum akurat, disebabkan sistem pencatatan dan pelaporan kasus masih jauh dari lengkap. Jumlah kasus HIV/AIDS di Indonesia belum diketahui dengan pasti, tetapi para ahli memperkirakan pada tahun 2001 berjumlah 8.000 – 12.000 kasus, walaupun jumlah kasus yang dilaporkan sampai dengan 2001 hanya 1904 kasus HIV dan 671 kasus AIDS.¹¹ Peningkatan tajam terjadi sejak 1998, dan pada tahun 2001

¹¹ Lihat Jaringan Epidemiologi Nasional, 2002. Kebijakan dalam Kesehatan Reproduksi.

dilaporkan kenaikan dramatis sebanyak 219 kasus baru untuk AIDS dan 732 kasus baru HIV.¹²

Penyebaran HIV/AIDS semakin meningkat dengan fenomena penggunaan napza suntik yang tidak steril. Perkiraan kelompok rawan yang tertular HIV sampai tahun 2002 menunjukkan proporsi 38 % pada kelompok pengguna napza suntik. Angka ini lebih tinggi dari kelompok pelanggan penjaja seks (30 %), pasangan dari kelompok resiko tinggi (14 %), maupun kelompok penjaja seks (8 %).¹³ Perkembangan penyebaran HIV/AIDS melalui penggunaan napza suntik diperkirakan akan terus meningkat dalam tahun-tahun mendatang.

Beberapa permasalahan kesehatan reproduksi terkait dengan IMS dan HIV/AIDS juga dihadapi di sebagian besar daerah penelitian. Beberapa fenomena permasalahan yang dihadapi antara lain sebagai berikut.

Kabupaten Sidoarjo (Tahun 2001 dan 2005)

Data dari Departemen Kesehatan menunjukkan bahwa pada tahun 1997 - 2001 ada empat kasus AIDS ditemukan di Kabupaten Sidoarjo. Kasus ini cukup memprihatinkan karena yang terkena adalah mereka yang berusia produktif baik laki-laki maupun perempuan. Bahkan satu dari penderita AIDS tersebut adalah seorang ibu yang hamil delapan bulan.

Ditemukannya empat orang yang telah terdeteksi mengidap AIDS di Kabupaten Sidoarjo telah membuat pemerintah daerah, dalam hal ini dinas kesehatan menganggap perlu untuk lebih mengantisipasi semakin berkembangnya PMS dan HIV/AIDS di Kabupaten Sidoarjo. Hal ini didasarkan pertimbangan bahwa kota Sidoarjo berdekatan dengan Kota Metropolitan Surabaya yang mempunyai banyak fasilitas tempat hiburan-hiburan yang terkait dengan meningkatnya PMS dan HIV/AIDS seperti tempat pelacuran, diskotik dan berbagai tempat hiburan lainnya. Jarak Sidoarjo dan Surabaya yang relatif dekat dengan sarana transportasi yang cukup baik memudahkan penduduk Sidoarjo untuk pergi

¹² Lihat Profil Kesehatan Reproduksi Indonesia 2003. Hal 66.

¹³ Lihat Depkes dan UNFPA (2005). Hal 41.

ke tempat-tempat tersebut. Di Kota Sidoarjo sendiri lokalisasi tempat pelacuran secara resmi tidak ada, tetapi secara terselubung kegiatan ini tetap ada dan menurut pengamatan beberapa pemerhati dan LSM semakin lama semakin marak.

Informasi lain mengenai perkembangan permasalahan HIV/AIDS didapatkan dari salah satu LSM yang ada. Hal ini ditandai dengan adanya fenomena pelacuran terselubung yang semakin marak di sekitar stasiun Sidoarjo pada tahun 1995. Di sekitar stasiun tersebut kalau malam hari menjadi tempat berkumpul para gelandangan dan pekerja seks komersial (PSK). Para gelandangan tersebut kalau siang hari bekerja sebagai pemulung, peminta-minta serta berbagai pekerjaan jasa lainnya seperti kuli angkutan di stasiun. Pada malam hari, beberapa diantaranya terutama yang perempuan bekerja sebagai PSK, dengan imbalan yang sangat rendah sekali. Umumnya mereka membangun gubug-gubug dari plastik untuk melakukan transaksi seksual. Ada istilah daerah yang sangat dikenal yaitu '*Sewu sak nggeblake*' artinya dengan uang seribu seorang pelanggan dapat menikmati pelayanan seksual dari PSK sampai puas. Langgan PSK tersebut di samping para pedagang, sesama gelandangan, terdapat juga beberapa diantaranya adalah para pelajar dan juga para pegawai.

Para wanita yang menjadi PSK ini umumnya masih relatif muda, kurang pendidikan dan relatif kurang pemahamannya mengenai kesehatan, khususnya yang berkaitan dengan penyakit menular seksual (PMS). Mereka kurang menyadari bahwa pekerjaannya beresiko tinggi untuk tertular dan menularkan PMS. Demikian pula dengan para gelandangan mereka hidup di gubug-gubug kardus dan tidak jarang mereka melakukan hubungan seksual sesama teman-temannya dengan berganti-ganti pasangan.

Data terbaru yang berhasil dikumpulkan pada penelitian tahun 2005 menunjukkan, jumlah kasus HIV positif di Kabupaten Sidoarjo sebanyak 22 orang pada tahun 2003. Angka ini didapatkan dari sero survey dengan sasaran kelompok resiko tinggi di Lembaga Pemasyarakatan (LP) Sidoarjo, Porong, dan Medaeng, dimana penghuni LP bukan semuanya berdomisili di Kabupaten Sidoarjo.

Kabupaten Sikka dan Kota Pontianak (Tahun 2002)

Masalah kesehatan reproduksi yang muncul di Kabupaten Sikka adalah adanya kemungkinan meningkatnya kasus PMS dan HIV/AIDS di kalangan pekerja migran. Hal ini sehubungan dengan banyaknya penduduk dari daerah ini yang bekerja sebagai buruh migran (TKI) di Malaysia. Umumnya para TKI tersebut tidak membawa keluarga sehingga ada kemungkinan mereka berhubungan seks dengan para pekerja seks komersial.

Sedangkan di Kota Pontianak kekhawatiran akan meningkatnya PMS dan HIV/AIDS dihubungkan dengan masalah pelacuran dan seks bebas di daerah penampungan pengungsi. Hal ini terutama terjadi di tempat-tempat penampungan pengungsi korban kerusuhan sosial di Kabupaten Sambas. Sebagian besar pengungsi tersebut ditampung di gedung olahraga di Kota Pontianak. Penampungan pengungsi yang memakan waktu cukup lama dengan fasilitas yang sangat minim memungkinkan terjadinya pelanggaran seksual terhadap perempuan. Informasi yang diperoleh dari PKBI menunjukkan terjadinya kasus pelanggaran seksual di tempat penampungan pengungsi yang membawa dampak psikologis yang akhirnya mempengaruhi kesehatan mereka secara umum. Di tempat pengungsian tidak jarang ditemui perempuan mempunyai anak dalam usia relatif muda (sekitar 15 tahun). Hal ini merupakan resiko yang cukup besar bagi keselamatan ibu untuk melahirkan dalam usia yang terlalu muda.

Kota Jambi (Tahun 2003)

Masalah HIV/AIDS di Kota Jambi dianggap sebagai permasalahan yang harus diantisipasi. Meskipun secara jumlah masih relatif sangat kecil (34 kasus), mengingat posisi Kota Jambi sebagai tempat transit tenaga kerja –merupakan pintu gerbang lintas tengah timur- tidak menutup kemungkinan bahwa HIV/AIDS akan dapat berkembang dengan pesat.

2.1.4 Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)

Dewasa ini, permasalahan terkait dengan kesehatan reproduksi remaja menunjukkan fenomena yang semakin meluas. Hal ini seiring dengan perubahan gaya hidup dan lingkungan kehidupan remaja yang terpapar dengan perkembangan informasi yang semakin maju dengan segala dampak positif dan negatifnya. Beberapa fenomena terkait permasalahan tersebut adalah perilaku seks pra-nikah, kehamilan di usia remaja, serta penyalahgunaan NAPZA yang rentan terhadap penularan HIV/AIDS melalui narkoba suntik.

Permasalahan kesehatan reproduksi pada remaja diantaranya adalah : (1). kurangnya informasi yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan, (2). kurangnya akses pelayanan kesehatan, (3). masalah IMS termasuk infeksi HIV/AIDS, (4). tindak kekerasan seksual seperti pemerkosaan, pelecehan seksual, dan transaksi seks komersial, (5). Kehamilan dan persalinan usia muda dan tak dikehendaki yang seringkali menjurus kepada aborsi yang tidak aman dan komplikasinya.¹⁴

Beberapa perundang-undangan juga dirasakan masih sangat tidak mendukung situasi remaja, antara lain : (1). Bagi remaja yang seksual aktif tidak tersedia pelayanan kontrasepsi karena secara undang-undang hanya untuk PUS, (2). Remaja yang hamil akibat perkosaan maupun mengalami gangguan psikologis berat tidak dapat mendapatkan pelayanan aborsi secara aman dan legal karena tindakan ini melawan hukum maupun sumpah dokter, (3). Tidak adanya dukungan peraturan yang membolehkan remaja hamil/pasca melahirkan untuk masuk sekolah, (4). Penggunaan kondom untuk pencegahan PMS juga masih terbentur norma yang ada di masyarakat, dan (5). Peraturan yang berhubungan dengan pengguna dan pengedar NAPZA belum dipatuhi secara benar.¹⁵

Beberapa isu kesehatan reproduksi remaja di daerah penelitian terlihat di Kota Pontianak dan Kota Cirebon (Tahun 2002). Isu perilaku seks pranikah di kalangan remaja muncul

¹⁴ Lihat Depkes dan UNFPA (2005). Hal 43.

¹⁵ Lihat Jaringan Epidemiologi Nasional, 2002. Kebijakan dalam Kesehatan Reproduksi.

di Kota Pontianak dan Kota Cirebon. Menurut informan dari LSM di Kota Pontianak, perilaku seks pranikah terjadi di kalangan remaja, terutama mereka yang terlibat 'kawin kontrak' dengan orang-orang asing yang datang ke Pontianak. Isu ini banyak dibicarakan di kalangan LSM dan sudah mendapat perhatian oleh beberapa narasumber di DPRD.

Sementara itu di Kota Cirebon, perilaku seks pranikah diduga terjadi pada sebagian remaja yang dikenal dengan sebutan '*perek*'. Mereka melakukan seks dengan imbalan agar bisa diajak makan di restoran yang bagus, dibeli barang mahal, dan lain-lain. Namun isu seks pranikah ini tampaknya baru mendapat perhatian ornop saja, belum mendapat perhatian dari pemerintah.

Isu lain yang berkaitan dengan KRR adalah masalah perdagangan perempuan remaja. Di Kota Pontianak isu tersebut muncul terutama di daerah perbatasan. Menurut seorang informan, meskipun dari segi jumlah tidak signifikan, namun fenomena perdagangan remaja mulai berkembang di Provinsi Kalimantan Barat, terutama di daerah perbatasan. Menurut informan dari LBH APIK Pontianak, kasus yang masuk berkaitan dengan perdagangan perempuan dalam satu tahun terakhir mencapai 180 kasus. Kasus perdagangan remaja sudah mulai ditindaklanjuti oleh pemerintah provinsi Kalimantan Barat dan peraturan daerah (perda) yang berkaitan dengan perdagangan perempuan sedang digogok. Draft perda tersebut dibuat oleh Koalisi Perempuan.

Kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa isu KRR belum sepenuhnya ditempatkan dalam program prioritas. Isu kesehatan reproduksi dan seksualitas remaja meskipun mulai berkembang di beberapa daerah penelitian, namun masih terbatas dibicarakan di kalangan LSM saja. Padahal masalah ini sudah saatnya menjadi perhatian para penentu kebijakan. Perlu adanya kebijakan dan pendekatan yang terpadu agar program dapat berjalan secara maksimal. Selama ini program untuk remaja masih dilakukan oleh masing-masing instansi dan belum terfokus pada pemenuhan kebutuhan kesehatan reproduksi bagi remaja.

2.1.5 Isu Kesehatan Reproduksi Lainnya

Di luar keempat permasalahan kesehatan reproduksi yang sudah diungkapkan sebelumnya, terdapat beberapa isu lainnya yang muncul di daerah penelitian. Isu-isu tersebut diantaranya berkaitan dengan perdagangan bayi (Kota Pontianak, 2002) dan kesehatan reproduksi pada buruh (Kabupaten Sidoarjo, 2001 dan Kota Pontianak, 2002). Beberapa isu lain juga mendapat perhatian serius berbagai kalangan, seperti isu pembangunan berwawasan gender (Kabupaten Sidoarjo, 2005). Sedangkan isu mengenai kesehatan reproduksi pada usia lanjut (usila) sepertinya belum memperoleh respon yang menggembirakan di hampir seluruh daerah penelitian. Hal ini menunjukkan bahwa masalah kespro pada usila belum menjadi prioritas sebagaimana yang diharapkan dalam pendekatan siklus hidup dalam kesehatan reproduksi.

- **Perdagangan Bayi**

Masalah perdagangan bayi muncul khususnya di Kota Pontianak. Menurut salah seorang informan dari LBH, isu tersebut mulai merebak karena adanya permintaan bayi dari negara tetangga. Informan dari Kantor Pemerintahan Provinsi menyebutkan, dalam waktu sekitar tiga tahun sudah sekitar 50-60 bayi yang dijual. Pada umumnya penjualan bayi dilakukan melalui seorang calo. Tidak jarang calo sudah mulai melakukan pendekatan terhadap perempuan hamil terutama yang tidak bersuami atau yang sedang mengalami kesulitan keuangan. Para calo akan memberikan uang yang banyak, terutama pada ibu yang melahirkan bayi berkulit putih.

Masalah perdagangan bayi tersebut sudah banyak diungkapkan di surat kabar-surat kabar lokal. Menyikapi permasalahan tersebut, pemerintah Provinsi Kalimantan Barat telah membentuk suatu forum yang disebut dengan gugus tugas anak. Forum ini terdiri dari berbagai instansi seperti Dinas Pemberdayaan Perempuan, Dinas Kesehatan, dan BKKBN. Diharapkan dengan adanya forum ini masalah perdagangan bayi dapat segera dituntaskan.

- **Kesehatan Reproduksi pada Buruh**

Sidoarjo merupakan kota industri yang memiliki lebih dari 100 pabrik dengan jumlah buruh ratusan ribu. Sebagai kota industri, berbagai keuntungan ekonomi seperti peningkatan pendapatan daerah dan terbukanya lapangan kerja di sektor lain seperti perdagangan, bisnis tempat tinggal (kost-kostan dan perumahan) dapat dirasakan. Akan tetapi eksese negatifnya juga perlu dicermati, seperti meningkatnya tindak kriminal, masalah kesehatan buruh, kesehatan reproduksi termasuk penyakit menular seksual, dan meningkatnya penggunaan narkotika dengan berbagai dampaknya di bidang kesehatan.

Meskipun pemerintah daerah telah menyadari perlu adanya perhatian terhadap permasalahan kesehatan kerja dan kesehatan reproduksi kaum buruh, terutama buruh wanita, tetapi kebijakan dan program yang secara spesifik ditujukan pada target sasaran belum dilakukan. Penanganan masalah ini masih dibebankan sepenuhnya kepada pihak pengusaha. Pada industri-industri besar biasanya pihak pengusaha memberikan fasilitas pelayanan kesehatan untuk para buruhnya melalui klinik-klinik yang dimiliki oleh pabrik. Sementara itu pada industri kecil umumnya belum mempunyai sarana dan prasarana kesehatan seperti klinik dan staf kesehatannya. Dalam hal ini kebijakan yang dilakukan oleh pemerintah daerah adalah membantu pengusaha untuk secara berkala melakukan pemeriksaan kesehatan kaum buruhnya secara berkala.

Permasalahan kesehatan reproduksi pada kalangan buruh juga muncul terutama pada pekerja perempuan di perusahaan kayu lapis di Kota Pontianak. Buruh-buruh perempuan tersebut harus berendam di sungai selama beberapa jam untuk merendam kayu lapis. Meskipun tidak tersedia data yang cukup akurat, namun informasi yang diperoleh dari narasumber LSM setempat mengindikasikan cukup tingginya kasus keputihan yang diderita pekerja perempuan di perusahaan kayu lapis tersebut. Masalahnya barangkali, perempuan yang bersangkutan tidak menyadari adanya dampak yang diakibatkan dari infeksi

saluran reproduksi (ISR) yang dideritanya. Selain itu, kasus tersebut tidak banyak mencuat ke permukaan barangkali karena belum mendapat perhatian dari pihak yang terkait.

2.2 Kebijakan dan Program Kesehatan Reproduksi di Indonesia dan di Daerah Penelitian

Berbagai kebijakan dan program kesehatan reproduksi muncul sebagai upaya mengatasi berbagai permasalahan terkait yang dihadapi. Kebijakan dan program tersebut terdapat baik di tingkat pusat, propinsi, sampai dengan tingkat kabupaten.kota dengan berbagai respon dan pengalaman daerah dalam mengimplementasikan kebijakan dan program terkait permasalahan kespro daerahnya masing-masing.

Meskipun demikian, beberapa isu kebijakan kesehatan reproduksi masih dirasakan menjadi kendala.¹⁶ Isu-isu tersebut diantaranya adalah belum menjadi prioritasnya pembangunan kesehatan di Indonesia, belum adanya mekanisme efektif yang menjamin akses pelayanan kesehatan masyarakat miskin, pelayanan kesehatan yang masih terkotak-kotak, dan masih rendahnya kualitas pelayanan kesehatan.

2.2.1 Kebijakan dan Program Kesehatan Reproduksi Nasional

Indonesia telah menetapkan komitmennya untuk meratifikasi kesepakatan ICPD yang dituangkan melalui Lokakarya Nasional Kesehatan Reproduksi di Jakarta pada bulan Mei 1996, yang melibatkan seluruh sektor terkait, LSM termasuk organisasi wanita, organisasi profesi, universitas, dan lembaga donor. Momentum ini merupakan tindak lanjut komitmen global dalam ICPD di Cairo (1994). Dalam lokakarya tersebut telah disepakati definisi kesehatan reproduksi, yaitu suatu keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya.

¹⁶ Lihat Utomo, Budi dkk, 2005. Kesehatan Reproduksi di Indonesia : Situasi dan Tantangan.

Ruang lingkup kesehatan reproduksi secara luas meliputi : kesehatan ibu dan bayi baru lahir; keluarga berencana; pencegahan dan penanggulangan infeksi saluran reproduksi (ISR), termasuk penyakit menular seksual (PMS)-HIV/AIDS; pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi; kesehatan reproduksi remaja; pencegahan dan penanganan infertilitas; kanker pada usia lanjut dan osteoporosis; serta berbagai aspek kesehatan reproduksi lainnya, misalnya kanker leher rahim.

Sebagai tindak lanjut, tercapai kesepakatan untuk membentuk Komisi Kesehatan Reproduksi dan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) berdasarkan SK Menteri Kesehatan Nomor 433/MENKES/SK/V/1998 di tingkat nasional dan provinsi. Komisi ini beranggotakan berbagai instansi terkait, organisasi profesi, unit-unit teknis lainnya, serta organisasi non-pemerintah lainnya. Komnas Kespro dibagi ke dalam empat gugus tugas yang disesuaikan dengan program prioritas nasional, yaitu *safe motherhood*, keluarga berencana, kesehatan reproduksi remaja, dan kesehatan reproduksi bagi penduduk usia lanjut. Peran dari Komite Nasional untuk Kesehatan Reproduksi ini meliputi tugas-tugas dalam mengarahkan kebijakan dan strategi intervensi, memantau kegiatan gugus tugas, dan memfasilitasi kolaborasi dengan sektor atau organisasi lain.

Keseriusan pemerintah untuk melaksanakan kesepakatan ICPD Cairo 1994 juga terlihat dengan dimasukkannya program kesehatan reproduksi ke dalam Undang-undang Program Pembangunan Nasional (Propenas) 2000-2004. Setidaknya ada 17 program yang tersebar di berbagai sektor yang ditujukan untuk upaya peningkatan kualitas hidup perempuan. Hal ini menunjukkan bahwa baik pemerintah maupun legislatif telah bersepakat bahwa pembangunan kesehatan reproduksi dan kesadaran gender merupakan prioritas pembangunan secara nasional.

Saat ini kebijakan pemerintah dalam pembangunan kesehatan reproduksi juga tercermin dari dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM)¹⁷. Dalam dokumen tersebut, komponen-komponen pembangunan kespro terlihat

¹⁷ Lihat Perpres 7/2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah 2005-2009.

dalam berbagai prioritas program pembangunan, antara lain : (1) Pembangunan Kependudukan dan Keluarga Kecil Berkualitas serta Pemuda dan Olahraga, (2). Peningkatan Akses Masyarakat terhadap Kesehatan yang Berkualitas, dan (3). Peningkatan Kualitas Kehidupan dan Perempuan serta Kesejahteraan dan Perlindungan. Program Upaya Kesehatan Masyarakat, Keluarga Berencana, dan Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) merupakan contoh program-program yang menampung agenda program kespro di Indonesia. Beberapa sasaran pembangunan yang terkait dengan program kespro dan ingin dicapai pada akhir tahun 2009 diantaranya adalah : (a). Menurunnya AKB dari 35 menjadi 26 per 1.000 kelahiran hidup, (b). Menurunnya AKI dari 307 menjadi 226 per 100.000 kelahiran hidup, (c). Tingkat fertilitas total (TFR) menjadi sekitar 2,2 per perempuan, dan (d). Meningkatnya peserta KB laki-laki menjadi 4,5 %.

Mengacu hasil Konferensi Kependudukan dan Pembangunan di Cairo tahun 1994, Indonesia mengembangkan dua paket prioritas program kesehatan reproduksi, yaitu :

1. Paket kesehatan reproduksi esensial, terdiri dari 4 program utama :
 - a. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir, bertujuan bahwa semua kehamilan, persalinan dan nifas aman dan sehat; janin bertumbuh-kembang sehat, bayi lahir sehat, dan anak bertumbuh-kembang sehat dan cerdas.
 - b. Keluarga Berencana (KB), bertujuan bahwa semua kehamilan diinginkan, dan hamil saat ibu dan keluarga sehat dan siap.
 - c. Penanggulangan IMS dan HIV/AIDS, bertujuan bahwa kehidupan seksual sehat dan aman, bebas takut hamil, dan bebas resiko tertular dan menularkan IMS dan HIV.
 - d. Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR), bertujuan untuk mempersiapkan remaja memasuki reproduksi sehat, terhindar berbagai resiko gangguan reproduksi : penggunaan narkoba, kehamilan tidak diinginkan, infeksi menular seksual dan HIV.
2. Paket kesehatan reproduksi komprehensif, terdiri dari 5 program utama, yaitu paket kesehatan reproduksi esensial

di atas ditambah dengan program kesehatan usia lanjut yang ditujukan bagi terwujudnya kehidupan usia lanjut yang aman dan sejahtera.

Ujicoba implementasi program PKRE yang terpadu dilaksanakan di 4 provinsi yaitu Jawa Barat, Kalimantan Barat, Nusa Tenggara Timur, dan Sumatera Selatan dengan bantuan dari UNFPA sejak tahun 2001.¹⁸

Empat kebijakan yang diterapkan dalam kesehatan reproduksi mengikuti paradigma baru yaitu : (1). Mengutamakan kepentingan klien dengan memperhatikan hak reproduksi, kesetaraan, dan keadilan gender; (2). Menggunakan pendekatan siklus kehidupan dalam menangani masalah kesehatan reproduksi; (3). Memperluas jangkauan pelayanan kesehatan reproduksi secara proaktif; dan (4). Meningkatkan kualitas hidup masyarakat melalui pelayanan kesehatan reproduksi berkualitas.

Sedangkan tujuh strategi yang diterapkan untuk melaksanakan kebijakan tersebut meliputi : (1). Meningkatkan upaya advokasi dan komitmen politis di tiap tingkat administrasi untuk menciptakan suasana yang mendukung dalam pelaksanaan program kesehatan reproduksi; (2). Menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu yang merata dan sesuai dengan kewenangan di tiap tingkat pelayanan; (3). Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi dengan memperhatikan kepuasan klien; (4). Mengembangkan upaya kesehatan reproduksi dengan prioritas sesuai dengan masalah spesifik daerah, minimal meliputi paket PKRE, sebagai bagian dari proses desentralisasi; (5). Menerapkan program kesehatan reproduksi melalui keterlibatan program, sektor dan pihak terkait, termasuk organisasi profesi, agen donor, LSM, dan masyarakat; (6). Meningkatkan kesetaraan dan keadilan jender, termasuk meningkatkan hak perempuan dalam kesehatan reproduksi; (7). Meningkatkan penelitian dan pengumpulan data berwawasan jender yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi dalam rangka mendukung kebijakan program dan peningkatan kualitas pelayanan.

¹⁸ Lihat Depkes dan UNFPA (2005). Hal 9.

Secara rinci, target Nasional Program Kesehatan Reproduksi yang ingin dicapai pada tahun 2010 dapat dilihat pada tabel 2.1 berikut.

Tabel 2.1
Target Nasional Program Kesehatan Reproduksi 2010¹⁹

Program Kesehatan Reproduksi	Target Nasional 2010
A. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menurunkan AKI menjadi 125 per 100.000 kelahiran hidup 2. Menurunkan Angka Kematian Neonatal menjadi 15 per 1.000 kelahiran hidup 3. Menurunkan anemia gizi besi pada ibu hamil menjadi 20 % 4. Menurunkan angka kehamilan yang tidak diinginkan dari 17,1 % menjadi 11 %
B. Keluarga Berencana (KB)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cakupan pelayanan KB pada PUS 70 % 2. Menurunkan prevalensi kehamilan "4 terlalu" menjadi 50 % dari angka pada tahun 1997 (65 %) 3. Menurunkan kejadian komplikasi KB 4. Menurunkan angka <i>drop out</i> peserta KB
C. Penanggulangan IMS dan HIV/AIDS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevalensi gonore di kalangan kelompok berperilaku resiko tinggi menjadi kurang dari 10 % dan untuk sifilis kurang dari 1 % 2. Prevalensi infeksi HIV di kalangan kelompok berperilaku resiko tinggi menjadi kurang dari 1 %
D. Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan prevalensi anemia pada remaja menjadi kurang dari 20 % 2. Cakupan pelayanan kesehatan remaja melalui jalur sekolah 85 % dan melalui jalur di luar sekolah minimal 20 % 3. Prevalensi permasalahan remaja secara umum menurun
E. Kesehatan Usia Lanjut (Usila)	Cakupan pelayanan kepada usia lanjut minimal 60 %

¹⁹ Lihat Jaringan Epidemiologi Nasional, 2002. Kebijakan dalam Kesehatan Reproduksi.

Target-target yang ingin dicapai dalam program nasional kesehatan reproduksi tersebut juga memiliki keterkaitan dengan beberapa indikator Millenium Development Goals (MDGs). Indikator tersebut adalah : (1). Maternal Mortality Ratio, (2). Child Mortality Rate, (3). Total Fertility Rate, (4). Prevalensi infeksi HIV pada umur 15-24 tahun menurun sebesar 20 %, (5). Setiap orang mampu melindungi dirinya dari penularan IMS dan HIV/AIDS, (6). Penyediaan akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi untuk usia lanjut, (7). Gender Development Index, (8). Peningkatan peran serta masyarakat dalam penanganan kesehatan dan hak reproduksi, (9). Human Development Index, (10). Gender Empowerment Measure, (11). Buta huruf 15-45 tahun, dan (12). Wajib belajar 9 tahun.²⁰

2.2.2 Kebijakan dan Program Kesehatan Reproduksi di Daerah Penelitian

Bagian ini membahas mengenai respon dan pengalaman daerah berkaitan dengan kebijakan dan program kesehatan reproduksi pasca ICPD Cairo 1994. Respon dan pengalaman daerah dilihat dari beberapa hal, seperti ketersediaan piranti legal kesehatan reproduksi, bentuk kebijakan dan program kesehatan reproduksi di daerah, serta implementasi pelayanan kesehatan reproduksi di lapangan.

- **Ketersediaan Piranti Legal Kesehatan Reproduksi di Daerah**

Piranti legal yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi di daerah penelitian tertuang dalam berbagai dokumen, seperti repekada, SK Bupati/Walikota dan peraturan lembaga teknis. Beberapa contoh bentuk respon daerah dalam mendukung program kesehatan reproduksi dapat dilihat sebagai berikut.

²⁰ Lihat Depkes dan UNFPA (2005). Hal 31-32.

Kabupaten Sidoarjo (Tahun 2001 dan 2005)

Dalam Rencana Pembangunan Tahunan Kabupaten Sidoarjo tahun 2001 (REPETA), dijabarkan tiga sasaran pembangunan kesehatan yaitu: menurunkan angka kematian bayi, meningkatkan harapan hidup dan menurunkan angka kematian ibu. Masih tingginya angka kematian bayi dan ibu melahirkan di Kabupaten Sidoarjo, menyebabkan prioritas kesehatan di kabupaten ini masih diutamakan pada peningkatan kesehatan Ibu dan Anak. Oleh karena itu tidak mengherankan bila program-program yang tidak langsung berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak seperti kesehatan reproduksi remaja, lansia dan laki-laki belum menjadi prioritas.

Pada tahun 2005 ini, proses penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten Sidoarjo masih berupa usulan/rancangan draft dan menunggu pembahasan lebih lanjut untuk diundangkan dalam bentuk Surat Keputusan (SK) Bupati. Draft SPM tersebut sepintas mengacu SPM nasional bidang kesehatan, dimana meskipun didalamnya terdapat indikator kinerja program-program prioritas kesehatan reproduksi, tetapi belum dalam suatu kerangka pendekatan yang komprehensif. Beberapa indikator kinerja dalam draft SPM yang berkaitan dengan program kespro, antara lain : cakupan peserta aktif KB, cakupan pelayanan kesehatan remaja, klien yang mendapat penanganan HIV/AIDS, cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Indikator mengenai pelayanan kesehatan usia lanjut (usila) belum tercantum dalam draft tersebut.

Sementara itu, SPM BKKBN yang sedikit banyak bersentuhan dengan program keluarga berencana dalam kerangka kesehatan reproduksi sampai sekarang masih berupa wacana sebagaimana di kabupaten/kota lainnya. Hal ini juga terkait sosialisasi SPM BKKBN secara nasional baru dilaksanakan akhir tahun 2004 lalu sehingga banyak daerah yang belum merespon menjadi kebijakan/pedoman di wilayahnya masing-masing.

Kabupaten Sikka (Tahun 2002)

Masalah pembangunan kesehatan reproduksi terdapat pada Repetada (Rencana Pembangunan Tahunan Daerah) Tahun 2001. Dalam repetada tersebut, dinyatakan secara eksplisit bahwa pembangunan dalam bidang kependudukan dan pemberdayaan keluarga diarahkan untuk meningkatkan kualitas penduduk melalui pengendalian kelahiran, memperkecil angka kematian dan peningkatan kualitas keluarga berencana. Upaya ini dilakukan antara lain dengan pengembangan dan penyerasian kebijakan kependudukan yang didukung oleh tertib administrasi kependudukan, pemberdayaan keluarga, promosi dan peningkatan kesehatan reproduksi remaja, peningkatan pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi terutama bagi keluarga Pra-Sejahtera (Pra-KS) dan Sejahtera-I (S-I) serta penguatan kelembagaan dan jaringan KB.

Sasaran yang ingin dicapai Kabupaten Sikka dalam pembangunan kependudukan, pemberdayaan keluarga, dan keluarga berencana ini antara lain adalah : 1. Menurunnya persentase PUS yang ingin ber-KB namun tidak terlayani (*unmet need*), 2. Meningkatnya persentase PUS yang ber-KB secara mandiri, 3. Menurunnya jumlah penduduk yang melangsungkan perkawinan pada usia remaja dan jumlah kehamilan remaja, 4. Meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku positif remaja terhadap penyakit menular seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS, dan 5. Meningkatnya cakupan dan mutu pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang diselenggarakan oleh masyarakat.

Kota Cirebon (Tahun 2002)

Piranti legal yang ditemui di Kota Cirebon berupa pembentukan Komisi Kesehatan Kota Cirebon melalui SK Walikota Cirebon No. 400-05/Kep.69-BKKBN/2002. Komisi ini bertugas sebagai : 1. badan pendukung, pengawas dan koordinasi program kesehatan reproduksi, 2. mengidentifikasi masalah manajemen program pelaksanaan serta solusi untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi, serta 3. membahas perencanaan, pelaksanaan

serta monitoring dan evaluasi kegiatan kesehatan reproduksi esensial.

Komisi ini diketuai oleh Kepala BKKBN dan dibantu oleh Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Kantor Departemen Agama, dan Kepala Dinas Pemberdayaan Masyarakat yang masing-masing berkedudukan sebagai Ketua II, III, dan IV. Dalam struktur organisasi tersebut dibentuk semacam kelompok kerja dengan sebutan 'komisi', yaitu : (a). Komisi Advokasi dan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi; (b). Komisi Pelayanan Kesehatan; (c) Komisi Agama; dan (d) Komisi Pemberdayaan Perempuan. Anggota komisi ini selain dari dinas terkait, juga meliputi lembaga legislatif, ornop dan masyarakat madani lainnya.

Namun masalah pendanaan tampaknya masih menjadi penyebab utama tidak maksimalnya pelaksanaan fungsi komisi tersebut. Semua pembiayaan kegiatan komisi dibebankan pada anggaran sektor terkait. Hal ini menjadi kendala karena kegiatan komisi umumnya bersifat lintas sektoral, sedangkan bila kegiatan lintas sektor mengandalkan sumber pendanaan masing-masing sektor, sulit untuk berjalan secara berkesinambungan.

Selain masalah pendanaan, latar belakang pembentukan komisi tersebut tidak mengacu kepada dasar pembentukan komisi kesehatan reproduksi nasional yang dikeluarkan oleh Menteri Kesehatan pada tahun 1998. Ada perbedaan yang cukup signifikan dalam pembagian komisi/pokja. Narasumber baik di Dinas Kesehatan maupun BKKBN menyatakan bahwa tidak ada diantara mereka yang pernah mendengar tentang keberadaan Komisi Nasional Kesehatan Reproduksi. Hal ini menunjukkan bahwa keberadaan komisi tersebut belum tersosialisasikan dengan baik.

Kota Pontianak (Tahun 2002)

Piranti hukum kesehatan reproduksi di Kota Pontianak tampak pada kebijakan dinas kesehatan. Pendekatan baru dalam program kesehatan reproduksi telah ditransformasikan dalam bentuk kebijakan dan strategi program yang telah tertuang dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) Sub-dinas

Kesehatan Keluarga. Di dalam SPM program Sub-dinas Kesehatan Keluarga telah ditetapkan jenis program, jenis pelayanan hingga indikator keberhasilan dengan target/sasaran pada akhir tahun 2005. Secara rinci dinyatakan lima jenis program yang diprioritaskan, yaitu : 1. Upaya kesehatan material, 2. Upaya kesehatan balita dan anak pra-sekolah, 3. Upaya kesehatan anak usia sekolah dan remaja, 4. Upaya pelayanan kesehatan usia subur, dan 5. Upaya pelayanan kesehatan usia lanjut.

Menurut informan dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat, SPM belum dapat dijadikan sebagai alat akuntabilitas suatu pemerintahan karena belum mempunyai aspek legal yang kuat. Keputusan menteri tidak bisa dijadikan dasar untuk mempuat produk hukum seperti peraturan daerah (perda). Hal ini sering dijadikan alasan oleh DPRD setempat dalam menolak usulan program kesehatan yang dirancang berdasarkan konsep Kewenangan Wajib dan SPM di bidang kesehatan. Situasi ini dirasakan cukup serius karena SPM bidang kesehatan yang telah disusun –khususnya yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi– sebenarnya sudah mengadopsi pendekatan baru sebagaimana disepakati dalam ICPD Cairo 1994. Apabila SPM tersebut ditolak oleh dewan, tentu saja akan membawa implikasi pada kurangnya prioritas pendanaan untuk mendukung implementasi program kesehatan reproduksi.

Terlepas dari temuan bahwa pelaksanaan beberapa piranti legal kesehatan reproduksi di daerah penelitian belumlah maksimal, namun ketersediaan piranti-piranti legal tersebut menunjukkan kepedulian daerah akan pentingnya masalah kesehatan reproduksi. Kesepakatan ICPD Cairo mulai diterjemahkan dalam kebijakan pembangunan kesehatan. Masalahnya adalah, *political will* tersebut seringkali belum disertai dengan alokasi dukungan dana serta ketersediaan lembaga pelaksana yang memadai. Faktor lainnya adalah masih kurangnya pemahaman para pembuat kebijakan terhadap konsep paradigma baru kesehatan reproduksi itu sendiri.

- **Bentuk Kebijakan dan Program Kesehatan Reproduksi di Daerah**

Respon daerah dalam menyusun kebijakan dan program kesehatan reproduksi cukup beragam. Hal ini selain disebabkan oleh pemahaman stakeholder terhadap paradigma baru kespro, juga sangat dipengaruhi oleh dukungan yang diberikan, termasuk dukungan komitmen politik dan pendanaan program. Beberapa pengalaman daerah dalam implementasi kebijakan dan program kespro dapat dilihat sebagai berikut.

Kabupaten Sidoarjo (Tahun 2001)

Di Kabupaten Sidoarjo, ada beberapa instansi yang terlibat dengan program kesehatan reproduksi, antara lain : Pemda, Dinas Kesehatan, BKKBN, Dinas Pendidikan, Dinas Sosial, dan DPRD. Namun yang secara langsung bertanggung jawab terhadap kesehatan reproduksi adalah Dinas Kesehatan dan BKKBN. Selain itu ada beberapa lembaga swadaya masyarakat yang mempunyai program yang berhubungan dengan salah satu atau beberapa aspek kesehatan reproduksi, seperti kesehatan reproduksi remaja dan penyakit menular seksual (PMS) dan HIV/AIDS.

Dilihat dari program dan kebijakan yang telah ditempuh dan direncanakan oleh Pemda Sidoarjo, tampak bahwa pada dasarnya program kesehatan reproduksi dengan paradigma baru (sesuai hasil ICPD) masih kurang tersosialisasikan, baik di kalangan para pembuat keputusan maupun di kalangan lembaga swadaya masyarakat. Hal ini diungkapkan dengan jelas oleh seorang nara sumber dari Dinas Kesehatan Sidoarjo :

“Kesehatan Reproduksi banyak dibicarakan di tingkat nasional dan propinsi saja, kalau di tingkat kabupaten belum terdengar gaungnya”.

Dari wawancara mendalam dengan seorang pejabat teras di Kabupaten Sidoarjo, diungkapkan bahwa kesehatan reproduksi direncanakan akan di ‘garap’ secara maksimal pada tahun 2002.

- *Program Kespro di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo*

Program dinas kesehatan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi pada umumnya adalah program yang menunjang usaha untuk menurunkan tingkat kematian bayi dan tingkat kematian ibu melahirkan. Oleh karena itu dalam wawancara mendalam dengan beberapa nara sumber yang bukan orang dinas kesehatan dan BKKBN, program kesehatan reproduksi seringkali diasosiasikan sebagai gerakan sayang ibu.

Program berkaitan dengan peningkatan kesehatan ibu dan anak antara lain adalah: perluasan pelayanan kesehatan ibu dan anak melalui peningkatan efektifitas pelayanan puskesmas, pelayanan bidan dan posyandu. Peningkatan efektifitas pelayanan kesehatan ini untuk mengatasi masalah tiga terlambat (3 T) yang masih masih merupakan penyebab tidak langsung tingginya angka kematian bayi dan anak serta kematian ibu.

Berkaitan dengan peningkatan efektifitas pelayanan puskesmas, direncanakan pada akhir tahun 2001 semua Puskesmas di daerah kota telah menjadi puskesmas swadana. Dengan menjadi puskesmas swadana, diharapkan pelayanan kesehatan akan lebih meningkat karena Puskesmas tidak dibebani untuk membayar retribusi ke pemerintah daerah dan berhak untuk mengelola keuangan secara mandiri. Beberapa puskesmas yang telah menjadi puskesmas swadana sebagian besar mulai berkembang dan meningkatkan pelayanannya dengan menyediakan fasilitas rawat inap.

Selain peningkatan pelayanan kesehatan umum dan kebidanan (kesehatan reproduksi), dalam rangka menekan angka kematian ibu, bayi dan anak juga dilaksanakan berbagai penyuluhan tentang pentingnya melakukan pemeriksaan pra kelahiran (*antenatal care*) paling sedikit tiga kali selama kehamilan dan pemeriksaan paska kelahiran (*post natal care*) dan perawatan kesehatan bayi dan anak. Penyuluhan tersebut selain dilakukan melalui kegiatan posyandu juga dilakukan melalui acara-acara di desa seperti pertemuan desa, acara PKK dan pengajian muslimat. Penyuluhan dilakukan oleh staf puskesmas, bidan desa yang berkoordinasi dengan kepala desa.

Selain peningkatan program KIA, Dinas Kesehatan Sidoarjo juga mempunyai program untuk memberantas penyakit menular seksual (PMS) dan HIV/AIDS. Kegiatan yang telah dilakukan adalah melalui penyuluhan dan *zero survey* terhadap ibu-ibu rumah tangga, narapidana, pekerja seks komersial dan masyarakat yang menjadi target lainnya. Namun diakui sampai saat ini jangkauan program ini masih terbatas dan belum berkesinambungan.

- *Program Kespro di BKKBN Kabupaten Sidoarjo*

Program-program dari BKKBN masih mengacu kepada program yang ada dari pusat karena BKKBN masih melaksanakan sistem dekonsentrasi dimana hanya administrasinya saja yang ada diberikan kepada daerah. Namun demikian menurut seorang nara sumber, BKKBN telah mengadakan perubahan-perubahan besar dalam programnya guna menyikapi kesepakatan ICPD. Adapun perubahan-perubahan yang ada antara lain adalah dalam hal peningkatan pelayanan dan penyediaan kontrasepsi, penggunaan sistem target serta peningkatan peran laki-laki.

Salah satu program utama BKKBN adalah meningkatkan jumlah dan jenis kontrasepsi sesuai dengan permintaan masyarakat. Pada awalnya, jumlah maupun jenis kontrasepsi yang disediakan oleh BKKBN cukup terbatas. Di samping itu, para akseptor cenderung dianjurkan untuk memilih jenis kontrasepsi tertentu. Namun sekarang, berkaitan dengan kesepakatan ICPD Cairo di mana kesehatan reproduksi juga menyangkut hak-hak dalam kesehatan reproduksi, maka dalam rangka meningkatkan pelayanan kepada masyarakat, BKKBN meningkatkan jumlah dan jenis alat kontrasepsi agar masyarakat dapat memilih sesuai dengan yang dikehendakinya.

Pada awalnya, dalam mencapai sasaran programnya BKKBN selalu menerapkan sistem target. Artinya, dalam kurun waktu tertentu harus dicapai jumlah akseptor yang sudah ditetapkan termasuk alat kontrasepsinya. Namun seiring dengan adanya paradigma baru kesehatan reproduksi, sistem target tersebut dirubah menjadi perkiraan permintaan masyarakat. Dalam hal

ini, pencapaian sasaran dihitung atau diperkirakan berdasarkan apa yang diminta oleh masyarakat.

Perencanaan peningkatan peran serta laki-laki baik dalam KB maupun dalam kesehatan reproduksi juga merupakan program BKKBN 'paradigma baru'. Kalau pada awalnya sasaran program lebih banyak kepada pasangan usia subur dan lebih ditekankan kepada perempuan, sekarang BKKBN meningkatkan sasarannya juga kepada laki-laki. Salah satu program dari BKKBN adalah meningkatkan peran laki-laki tidak hanya dalam keluarga berencana tetapi juga dalam kesehatan reproduksi pada umumnya. Hal ini tertuang dalam penyusunan organisasi yang mencatumkan adanya seksi peningkatan kesertaan bapak seperti yang tercantum dalam surat keputusan yang dibuat tanggal 27 Maret 2001.

Perubahan dalam program BKKBN yang lain adalah meningkatkan program kesehatan reproduksi remaja melalui Bina Keluarga Remaja (BKR). Meskipun sasarannya tetap keluarga, namun program ini lebih menekankan kepada konsultasi remaja terutama dalam kaitannya dengan remaja bermasalah. Dalam hal ini BKKBN kabupaten Sidoarjo bekerjasama dengan Fatayat NU dan Aisyiah serta Dinas Kesehatan mulai mengadakan kesepakatan untuk mengadakan konsultasi remaja dimulai dengan kecamatan Suka Dana. Sementara untuk kesehatan reproduksi remaja dengan penyuluhan-penyuluhan banyak dilakukan oleh lembaga-lembaga swadaya masyarakat dengan bantuan dana dari Ford Foundation.

Program lain yang dikembangkan oleh BKKBN adalah masalah HIV/AIDS dengan program KIE. BKKBN kabupaten Sidoarjo mengadakan penyuluhan mengenai PMS dan HIV/AIDS bagi kalangan remaja di enam kecamatan. Program ini dianggap merupakan suatu terobosan baru bahwa BKKBN tidak hanya berkecimpung dalam hal keluarga berencana saja tetapi juga menyangkut masalah kesehatan reproduksi.

- *Program Kespro oleh Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM)*

Yayasan Insan Mandiri (YIM) merupakan salah satu LSM yang ada di Kabupaten Sidoarjo yang mempunyai beberapa kegiatan berkaitan dengan bidang kesehatan, khususnya penanggulangan PMS dan HIV/AIDS. Kegiatan yang dilakukan oleh YIM diantaranya adalah Peningkatan Pengetahuan dan Kesadaran Masyarakat Tentang PMS-HIV/AIDS di wilayah Kabupaten Sidoarjo, Pendidikan HIV/AIDS Bagi Remaja Pendidik Sebaya Se Kabupaten Sidoarjo dan Malam Renungan AIDS Nusantara 2000.

Fokus kegiatan ini dilatarbelakangi adanya fenomena pelacuran terselubung yang semakin marak di sekitar stasiun Sidoarjo pada tahun 1995. Melihat fenomena tersebut pengurus YIM yang kebetulan kantornya tidak jauh dari stasiun tergugah untuk merencanakan suatu intervensi terhadap para PSK dan gelandangan tersebut.

Dalam perjalanannya, program penyuluhan tentang PMS dan HIV/AIDS kepada para tunawisma dan PSK di stasiun Sidoarjo tersebut tidak berkelanjutan karena permasalahan dana. Setelah vakum beberapa tahun, pada tahun 1999 dan awal 2000 YIM kembali lagi mengajukan perencanaan untuk melakukan penyuluhan tentang PMS dan HIV/AIDS dengan memfokuskan diri pada target ibu-ibu rumah tangga dan anak remaja putera dan puteri yang selama ini kurang mendapat perhatian. Rencana untuk melakukan kegiatan Peningkatan Pengetahuan dan Kesadaran Masyarakat Tentang PMS dan HIV/AIDS yang dilakukan oleh YIM ini akhirnya terlaksana dengan dukungan dana dari PACT/HAPP yang berkedudukan di Jakarta. Penyuluhan dilaksanakan di enam kelurahan yang terletak di daerah kota.

Pada bulan April 2000 kembali YIM melakukan kegiatan pendidikan tentang HIV/AIDS dengan sasaran remaja sebaya. Peserta dipilih dari remaja perwakilan masing-masing kelurahan dan perwakilan dari SMA Negeri Sidoarjo. Kegiatan lain yang dilakukan adalah penyelenggaraan 'Malam Renungan AIDS Nusantara 2000'. Pada acara ini YIM mengundang Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, KPAD Sidoarjo, Universitas setempat (Universitas Muhamadiyah

Sidoarjo), Wartawan Surabaya Post dan beberapa Peduli AIDS dari Surabaya. Kegiatan ini diisi dengan pembacaan kisah pengalaman pribadi ODHA (orang dengan HIV/AIDS), pemutaran film, pembacaan puisi tentang AIDS dan penyebaran leaflet, poster dan spanduk tentang AIDS.

Meskipun LSM ini melakukan kegiatan berkaitan dengan penanggulangan PMS dan HIV/AIDS, tetapi secara umum pendekatan yang dilakukan masih bersifat sektoral, dalam arti belum melakukan kerjasama dengan beberapa stakeholders terkait. Beberapa stakeholders terkait dilibatkan hanya sebatas pemberitahuan atau sosialisasi mengenai kegiatan yang sedang dilakukan. Hal ini juga terjadi dalam pemilihan program dan kegiatan apa yang akan dilakukan tidak melibatkan koordinasi dengan Dinas Kesehatan.

Selain YIM, LSM yang juga melakukan berbagai kegiatan berkaitan dengan peningkatan kesadaran masyarakat akan pentingnya memperhatikan permasalahan kesehatan reproduksi adalah Fatayat NU. Kegiatan ini dimulai pada tahun 2000. Penyuluhan tentang masalah kesehatan reproduksi (pengenalan alat reproduksi, masalah pubertas kehamilan, penyakit menular seksual). Sasaran kegiatan penyuluhan masih terbatas pada anggota fatayat NU baik di cabang, anak cabang dan ranting.

Di Kabupaten Sidoarjo terdapat 18 anak cabang Fatayat NU (setingkat kecamatan) dan setiap anak cabang membawahi sekitar 20 ranting (setingkat kampung). Setiap ranting Fatayat NU mempunyai sekitar 200 anggota. Penyuluhan dilakukan dengan cara bergiliran oleh pengurus cabang dan ranting yang telah dilatih sebelumnya. Di samping itu, Fatayat NU juga merencanakan akan mengadakan *hotline service* untuk permasalahan kesehatan reproduksi dan kekerasan terhadap perempuan (KTP). Selain itu, berbagai seminar berkaitan dengan masalah penyakit menular seksual juga dilakukan.

Program berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja yang dilakukan oleh Fatayat NU di Cabang Kabupaten Sidoarjo ini sifatnya masih 'top down', karena program ini dirancang di tingkat Kantor Pusat PB NU di Jakarta. Kantor pusat yang membuat perencanaan, memformulasikan dan mencarikan penyandang dana untuk melaksanakan program tersebut.

Dalam hal ini Fatayat NU Kantor Cabang Sidoarjo tinggal melaksanakan program tersebut.

Kota Pontianak, Kota Cirebon, dan Kabupaten Sikka (Tahun 2002)

Salah satu organisasi non-pemerintah yang telah lama bergerak menangani masalah kesehatan reproduksi adalah Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI). Sejak awal tahun 2002, dengan bantuan dana dari UNFPA, lembaga ini mendirikan youth center yang khusus menangani masalah kesehatan reproduksi remaja. Meskipun diakui bahwa pelayanan mereka masih terbatas pada remaja yang masih duduk di bangku sekolah atau yang relatif masih 'bersih', kegiatan itu dirasa cukup membantu dalam menyebarkan informasi dan pelayanan kespro kepada remaja di Kota Cirebon dan Kota Pontianak.

Peran lembaga donor dalam membantu kebijakan dan program pemerintah yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi di tingkat kabupaten/kota juga cukup banyak. Di Kabupaten Sikka dan Kota Cirebon, ada dua program yang dilaksanakan oleh UNICEF, yaitu : (1). Program PITA (Peduli Ibu Tumbuh-kembang Anak) dan (2). Program PEDAS (Pendidikan Dasar untuk Semua). Program UNICEF tersebut telah memasuki tahap kedua, dimana tahap pertama telah dimulai lima tahun lalu. Program PITA melibatkan sektor terkait seperti Dinas Kesehatan, Badan Pemberdayaan Masyarakat, BKKBN, Dinas Pendaftaran Penduduk, Dinas Perindustrian, dan Dinas Pertanian. Beberapa kegiatan yang dilakukan diantaranya : advokasi tentang KIA melalui polindes dan perangkat desa, pelayanan akte kelahiran untuk anak-anak baru lahir, dan perlindungan khusus terhadap anak dari tindak kekerasan. Sedangkan Program PEDAS diprioritaskan untuk kaum perempuan miskin di pedesaan dan melibatkan sektor terkait, seperti Dinas Pendidikan dan Badan Pemberdayaan Masyarakat.

Program UNFPA di bidang kesehatan reproduksi dilaksanakan di empat propinsi, yaitu: Jawa Barat, Kalimantan Barat, Sumatera Selatan, dan Nusa Tenggara Timur. Program yang dilakukan adalah advokasi peningkatan dukungan pada semua

tingkat pengambilan keputusan untuk masalah kependudukan dan pembangunan dengan perhatian khusus pada masalah KRR, HIV/AIDS, kesetaraan dan keadilan gender, dan penghapusan kekerasan terhadap perempuan. Program ini masih dirancang di tingkat propinsi, sementara kegiatannya ada di 43 kabupaten/kota.

AusAID cukup berperan dalam program kesehatan di Kabupaten Sikka, yaitu melalui program *Family and Women Health* (Kesehatan Perempuan dan Kesejahteraan Keluarga). Program ini melibatkan sektor terkait, seperti Dinas Kesehatan, BKKBN, dan Bappeda. Untuk tahun 2002 dana pendamping yang disiapkan pemda untuk mendukung program ini sebesar 350 juta rupiah.

Selain AusAID, di Kabupaten Sikka juga terdapat program yang dilaksanakan oleh USAID bekerja sama dengan Yayasan Cinta Sesama. Program ini bertujuan meningkatkan status gizi ibu dan anak. Kegiatan yang dilakukan antara lain berupa advokasi dan penyuluhan serta bantuan *mini grant*, dengan sasaran prioritas adalah ibu hamil dan balita dari keluarga prasejahtera yang ditentukan oleh mereka dengan menggunakan data dari kantor desa.

Kota Mataram dan Kota Jambi (Tahun 2003)

Kebijakan yang diadopsi Indonesia sebagai respon kesepakatan ICPD belum sepenuhnya tertuang dalam kebijakan daerah. Meskipun Propeda Kota Jambi dan Mataram telah menempatkan kesehatan sebagai salah satu program prioritas, masih ada berbagai permasalahan kespro yang belum tersentuh. Program/sosialisasi mengenai kespro paradigma baru di BKKBN relatif lebih maju dibandingkan dengan lembaga terkait lainnya. Kenyataan lain menunjukkan, program-program kespro yang dilaksanakan LSM nampaknya lebih konkrit dan menyentuh permasalahan yang ada. Misalnya, PKBI melalui *Youth Center* secara konsisten telah memberikan informasi maupun pelayanan yang berkaitan dengan kespro.

Program kespro di Kota Mataram masih difokuskan pada penurunan AKB dan AKI, diantaranya dengan dicanangkannya

program 'Gema Prima' atau Gerakan Mandiri Merubah Perilaku Masyarakat. NTB atau Kota Mataram khususnya telah lama dijadikan lokasi pelaksanaan program kespro yang didanai dalam negeri maupun donor asing, namun hasilnya masih saja tidak merubah kedudukan provinsi NTB sebagai daerah dengan AKI tertinggi di Indonesia.

Belum ada program kespro secara khusus di Dinas Kesehatan. Bahkan masalah kespro belum dibahas atau disosialisasikan secara khusus. Program yang ada masih mencakup upaya peningkatan pelayanan KIA dan lansia. Selain itu, dana sosialisasi dan advokasi kespro tidak tersalurkan langsung ke bagian yang menangani masalah kespro, tetapi masuk ke dalam anggaran seksi penyuluhan.

BKKBN bekerja sama dengan PKBI membangun Pusat Informasi dan Konsultasi (PIK) di pondok-pondok pesantren, mengingat munculnya permasalahan berkaitan dengan pelanggaran hak kespro, seperti : kawin di bawah 16 tahun, kehamilan tidak diinginkan, dan NAPZA di kalangan remaja. Sedangkan program yang dilaksanakan Pemberdayaan Perempuan antara lain peningkatan ekonomi produktif, mengingat rendahnya status perempuan dan lemahnya posisi tawar perempuan dalam keluarga dan masyarakat.

Sementara itu, di Kota Jambi permasalahan kesehatan juga merupakan salah satu prioritas pembangunan daerah, namun penekanan masih ditujukan pada pembangunan prasarana maupun promosi kesehatan. Dalam hal ini, kespro belum sepenuhnya menjadi prioritas daerah.

Dengan melihat pendekatan siklus hidup dalam penanganan permasalahan kespro, tampak bahwa program kespro di Dinas Kesehatan tersebar di mana-mana. Sasaran remaja yang berumur 19-24 tahun dan belum menikah belum tersentuh program. Selain itu, dana kespro juga tersebar pada hampir semua proyek yang terdapat pada program yankes masyarakat, sehingga cukup menyulitkan untuk mengkoordinasikan suatu program.

Program kespro yang terdapat di BKKBN terutama berkaitan dengan bidang penyadaran atau peningkatan motivasi petugas KB, penguatan kelembagaan dan jaringan KB, dan

peningkatan kespro remaja. BKKBN juga mengembangkan Siduga (Sistem Informasi Kependudukan dan Keluarga) untuk mendata keluarga se-Kota Jambi. Sedangkan program Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Kesejahteraan Sosial yang berkaitan dengan kespro ditujukan pada perempuan penyandang masalah perempuan yaitu WTS dan penyandang cacat.

Kabupaten Sidoarjo (Tahun 2005)

Program kespro paradigma baru tampaknya masih belum tersosialisasikan dengan baik. Hasil wawancara dengan pengurus sebuah organisasi profesi menunjukkan belum diketahuinya kesepakatan ICPD 1994 yang merubah paradigma pembangunan kespro, serta belum diketahuinya pendekatan integratif dalam pelayanan kespro. Informan di Dinas Kesehatan juga menjelaskan bahwa sosialisasi program kespro masih belum berjalan dengan baik. Hal ini tercermin dari program-program Subdin Kesehatan Keluarga (Kesga) yang masih mengacu program-program sebelumnya dan belum mengadopsi paradigma baru program kespro.

Menurut informan di Dinas Kesehatan, dana untuk program kespro lebih banyak berada di BKBPM (Badan Keluarga Berencana, Pemberdayaan Masyarakat dan Perempuan). Dana untuk program kespro yang berada di Dinas Kesehatan tidak tampak secara eksplisit, tetapi tertuang dalam program-program yang ada di Subdin Kesga. Subdin Kesga sendiri saat ini terdiri dari 3 seksi, yaitu Seksi Kesehatan Ibu dan KB, Seksi Gizi, dan Seksi Kesehatan Anak, Remaja, dan Usia Lanjut (Usila). Sampai saat ini program kesehatan untuk usia lanjut belum mendapat perhatian dalam berbagai kegiatan yang ada.

Selain masih kurang solidnya pendekatan kespro dalam program-program di Dinas Kesehatan, dukungan dana untuk Subdin Kesga sendiri juga masih sangat terbatas dan cenderung mengalami penurunan dan kurang menjadi prioritas. Sebagaimana dikemukakan informan, dana untuk program-program di Subdin Kesga pada tahun 2005 ini sebesar Rp 89.786.500, menurun dari jumlah Rp 112.800.000 yang dianggarkan untuk subdin tersebut tahun sebelumnya. Secara garis besar, peruntukan dana tersebut adalah untuk

program Audit Maternal Perinatal (AMP), Keluarga Berencana (KB), dan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

Isu pembangunan berwawasan gender mendapat perhatian serius di Kabupaten Sidoarjo. Hal ini tercermin dari visi BKBMP yaitu "Terwujudnya Masyarakat Partisipatif yang Berkualitas dan Berwawasan Gender. BKBMP sendiri merupakan gabungan dari instansi BKKBN, Pemberdayaan Masyarakat, dan Pemberdayaan Perempuan.

Beberapa program operasional yang berwawasan gender antara lain : pemantapan sensitivitas gender bagi eselon II dan legislatif melalui pengenalan lingkungan/metode out bond, pengembangan kebijakan pendidikan berperspektif gender, pemantapan kualitas dan profesionalitas serta produktivitas pekerja perempuan, workshop perencanaan pembangunan responsif gender, serta sosialisasi gender melalui momen hari-hari besar. Selain dukungan kelembagaan yang strategis – rencana ke depan fungsi pemberdayaan perempuan dalam BKBMP akan dipisah menjadi satuan kerja tersendiri; dukungan juga diberikan melalui dukungan dana APBD, bantuan insidental melalui momentum hari-hari besar, serta bantuan khusus pos bupati.

Pusat Perlindungan Perempuan dan Anak (P3A) merupakan salah satu lembaga yang ada di Kabupaten Sidoarjo. Lembaga ini dibentuk atas prakarsa bersama sejumlah LSM dan kalangan masyarakat peduli perempuan dengan Pemkab Sidoarjo. Pembentukan P3A dilandasi kesadaran banyaknya peristiwa/perlakuan ketidakadilan terhadap perempuan dan anak korban kekerasan yang masih mendapatkan penanganan secara memuaskan. Data yang dimiliki P3A mencatat jumlah kasus selama periode Agustus 2002 sampai dengan Juni 2004 sebanyak 224 kasus. Potensi ketidakadilan menjadi tinggi mengingat Sidoarjo berkembang menjadi daerah industri dan perdagangan yang banyak menyerap tenaga kerja wanita.

Keberadaan P3A di Kabupaten Sidoarjo dikukuhkan dengan SK Bupati. Dalam struktur organisasinya, terdapat perwakilan dari eksekutif (BKBMP, Dinkesos, Bappedkab), LSM, perguruan tinggi, organisasi profesi, organisasi masyarakat, dan relawan.

Bentuk kegiatan yang dilaksanakan beragam, seperti berbagai pelatihan yang diselenggarakan bagi petugas/relawan maupun korban, advokasi kebijakan pemerintah melalui penyusunan legal drafting (perda) P3A. Sarana pelayanan P3A dapat diakses masyarakat luas melalui layanan 24 jam, e-mail, hot line, konsultasi/konseling, pendampingan korban, pelayanan medis/P3K, serta penyebaran data/informasi melalui buletin. P3A juga menyediakan shelter (gedung aman) yang mendapat dukungan dana dari pemerintah dan bekerja sama dengan RSUD dan Polres Sidoarjo. Dukungan Pemkab juga terlihat dari terdapatnya cabang-cabang P3A di setiap kecamatan sebagai bukti keseriusan penanganan permasalahan ketidakadilan terhadap perempuan dan anak di Kabupaten Sidoarjo. Kiprah P3A telah mendapat pengakuan dengan mendapatkan penghargaan IMP Award (Inovasi Manajemen Perkotaan) dan penghargaan tertinggi dalam bidang pemberdayaan masyarakat.

- **Pelayanan Kespro Integratif di Daerah**

Program kesehatan reproduksi bertumpu pada program pelayanan yang sudah tersedia, yang dilaksanakan berdasarkan kepentingan dan kebutuhan sasaran pelayanan/konsumen (sesuai dengan siklus hidup). Dengan demikian, pelayanan kesehatan reproduksi bukanlah suatu pelayanan atau program yang baru maupun berdiri sendiri, tetapi merupakan pendekatan baru dalam memberikan pelayanan, agar sasaran memperoleh semua pelayanan terpadu dan berkualitas, termasuk dalam aspek komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE).

Kegiatan pelayanan kesehatan reproduksi mencakup pelayanan yang disediakan oleh program-program yang ada dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi. Pelayanan kesehatan reproduksi diupayakan agar dapat diberikan secara terpadu, sehingga klien mendapatkan semua pelayanan yang dibutuhkannya dalam bidang kesehatan reproduksi sekaligus dalam satu kali kunjungan/pelayanan.

Dalam konteks kesehatan reproduksi, pelayanan yang terintegrasi adalah pelayanan yang diberikan kepada individu secara menyeluruh dengan memperhatikan semua gejala atau

indikasi yang berhubungan dengan organ atau alat reproduksi. Idealnya seorang pasien dilayani oleh seorang petugas yang kompeten sehingga semua kebutuhan pasien dapat diketahui dan ditangani secara integral. Namun mengingat kompleksitas jenis pelayanan kesehatan reproduksi, pelayanan kesehatan yang bersifat integratif ini dapat diberikan oleh beberapa petugas yang kompeten dalam satu gedung pelayanan kesehatan.

Melalui pelayanan kespro integratif, pelayanan kesehatan pada suatu komponen, misalnya pelayanan kesehatan ibu, merupakan entry point bagi pelayanan lainnya, seperti pelayanan KB. Integrasi pelayanan memungkinkan terdeteksinya kasus PMS/HIV dan permasalahan kesehatan reproduksi lainnya, seperti kanker, secara dini. Selain itu, pendekatan integratif diharapkan dapat mengurangi terjadinya tumpang tindih pelayanan kesehatan, termasuk konseling, serta memungkinkan sharing penggunaan peralatan kesehatan yang kadangkala jumlahnya terbatas.

Implementasi pelayanan kesehatan reproduksi di daerah dapat dikatakan belum dapat dilaksanakan secara integratif, tetapi masih dibicarakan dalam bentuk wacana. Meskipun demikian, beberapa puskesmas di daerah lokasi penelitian telah menyediakan pelayanan khusus untuk kesehatan reproduksi. Puskesmas Alianyang yang terletak di Kecamatan Alianyang, Provinsi Kalimantan Barat misalnya telah mencoba untuk pelayanan kesehatan reproduksi secara integratif. Selain menyediakan pelayanan kesehatan dasar, puskesmas ini juga menyediakan pelayanan rawat inap untuk kasus persalinan. Selain itu, pasien juga diberi keleluasan untuk memilih sendiri bidan atau perawat yang mereka inginkan untuk memberikan pelayanan. Pasien yang memerlukan pelayanan KIA akan diberikan pelayanan oleh seorang bidan dan dengan pendekatan individual untuk mengetahui kondisi dan kebutuhan pasien yang bersangkutan. Dari hasil kunjungan ke puskesmas tersebut, dapat disimpulkan bahwa meskipun masih memerlukan peningkatan, pola pelayanan kesehatan di puskesmas tersebut sudah mengarah kepada pelayanan kesehatan reproduksi yang integratif.

Sementara di Kota Jambi Puskesmas Pandan IV Simpın telah menerapkan pelayanan kesehatan reproduksi dengan

menyediakan tempat khusus yang dikenal dengan nama 'pojok kespro'. "Mengutamakan kepentingan klien" merupakan moto puskesmas ini untuk melayani pasien yang datang. Dengan menggunakan sistem *informed consent* pasien akan diminta informasi tentang kondisi kesehatan reproduksi sehingga pelayanan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan. Pelayanan dengan 'one stop service' untuk memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya merupakan terobosan baru atas inisiatif pimpinan puskesmas. Meskipun masih perlu ditingkatkan, pelayanan yang dikembangkan telah mengarah kepada pelayanan kespro yang terpadu/integratif.

Demikian pula pelayanan di Puskesmas Cakranegara (Kota Mataram) yang telah berusaha menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi yang terintegratif. Puskesmas Cakranegara telah berusaha semaksimal mungkin untuk memberikan pelayanan yang sebaik mungkin sesuai dengan kebutuhan pasien (*client oriented*). Pelayanan diberikan secara integratif sehingga bila seorang pasien membutuhkan tindak lanjut dari hasil pemeriksaan sebelumnya maka mereka akan dilayani di puskesmas itu juga. Dengan demikian, seorang pasien dapat memperoleh pelayanan yang utuh pada saat mereka mendatangi puskesmas tersebut (*one stop service*).

Beberapa informasi lain mengenai pelayanan kesehatan di daerah penelitian yang berhasil dikumpulkan terlihat dari paparan berikut.

- Kabupaten Sidoarjo (Tahun 2001)

Berkaitan dengan peningkatan efektifitas pelayanan puskesmas, direncanakan pada akhir tahun 2001 semua puskesmas di daerah kota telah menjadi puskesmas swadana. Dengan menjadi puskesmas swadana diharapkan pelayanan kesehatan akan lebih meningkat karena Puskesmas tidak dibebani untuk membayar retribusi ke pemerintah daerah dan berhak untuk mengelola keuangan secara mandiri. Menurut narasumber dari dinas kesehatan, saat ini Surat Keputusan untuk pembentukan puskesmas swadana sedang dalam proses. Namun diakui, karena perbedaan sumberdaya, belum semua puskesmas dapat dijadikan puskesmas swadana.

Beberapa puskesmas yang telah menjadi puskesmas swadana sebagian besar mulai berkembang dan meningkatkan pelayanannya dengan menyediakan fasilitas rawat inap. Di samping itu, untuk lebih meningkatkan pelayanan Puskesmas mulai tahun 1999 pelayanan puskesmas telah menggunakan sistem pelayanan dengan paradigma baru.

- Kabupaten Sidoarjo (Tahun 2005)

Pendekatan integratif dalam pelayanan kespro belum berjalan sebagaimana yang diharapkan. Hasil wawancara dengan salah seorang bidan polindes menunjukkan belum dipahaminya program kespro paradigma baru. Pada tingkatan puskesmas, petugas yang berhasil diwawancarai pernah mendapatkan informasi tentang program Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR). Akan tetapi, informasi tersebut didapatkan petugas tersebut sewaktu masih bertugas di luar kabupaten Sidoarjo.

Pelayanan posyandu secara umum masih berjalan, meskipun dengan intensitas yang cenderung menurun. Hal ini dipengaruhi oleh intensitas pembinaan yang menurun oleh PLKB yang tampak dari pertemuan rutin kader yang selama ini rutin sudah jarang dilaksanakan.

Pemberian pelayanan secara integratif, berkualitas, dan memperhatikan kepuasan pasien merupakan bentuk pelayanan yang sesuai dengan paradigma baru kesehatan reproduksi. Apabila model pelayanan semacam ini bisa diterapkan pada semua outlet pelayanan kesehatan reproduksi, baik yang disediakan pemerintah maupun swasta, maka adopsi konsep kesehatan reproduksi dengan pendekatan sebagaimana yang disepakati dalam ICPD 1994 tidak hanya berhenti pada tingkatan wacana kebijakan, namun sudah menjadi kenyataan yang bisa dinikmati masyarakat luas.

BAB III

KEBIJAKAN KESEHATAN REPRODUKSI DALAM KONTEKS ICPD DAN OTONOMI DAERAH

Sebelum diadakannya Konferensi Kependudukan dan Pembangunan Sedunia atau the International Conference on Population and Development (ICPD) di Cairo tahun 1994, pendekatan yang dilakukan dalam menangani masalah kependudukan dan pembangunan cenderung menggunakan pendekatan yang berfokus pada pengendalian populasi dan penurunan fertilitas/keluarga berencana dengan menggunakan target-target demografis. Meskipun telah mengalami berbagai perubahan yang signifikan, aspek demografi dan keluarga berencana masih merupakan fokus dari kebijakan kependudukan. Berbagai pendekatan tersebut kemudian berubah dengan diselenggarakannya ICPD 1994 di Cairo yang menghasilkan kesepakatan perlunya menekankan kaitan integral antara masalah kependudukan dan pembangunan yang berfokus pada terpenuhinya kebutuhan dasar individu baik laki-laki maupun perempuan, bukan lagi sekedar pemenuhan pencapaian target-target demografis (United Nations, 1995: 1). Dalam paradigma baru ini perspektif gender diakui dan peran perempuan dalam menyelesaikan masalah-masalah kependudukan, utamanya dalam meningkatkan kualitas hidup manusia, mendapat tempat penting. ICPD 1994 kemudian diakui oleh para ahli kependudukan sedunia sebagai tonggak perubahan yang membawa paradigma baru dalam melihat permasalahan kependudukan.

Sekitar 180 negara peserta ICPD Cairo 1994 bersepakat bahwa pemerintah berkewajiban untuk memberikan perhatian khusus pada pendidikan anak-anak perempuan, kesehatan perempuan, kelangsungan hidup anak-anak dan bayi, dan pemberdayaan perempuan. Selain itu, tersedia pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif sehingga memungkinkan pasangan untuk mengatur secara bertanggung jawab jumlah dan jarak kelahiran anaknya.

Dari berbagai isu yang dibahas dalam ICPD di Cairo pada tahun 1994 tersebut, masalah yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi merupakan isu yang paling banyak dibicarakan. Kesehatan reproduksi secara eksplisit telah diakui sebagai komponen dasar dari hak azasi manusia dan pembangunan. Konsep kesehatan reproduksi dan hak reproduksi telah didefinisikan dengan jelas. Dengan demikian, kesepakatan yang dihasilkan dari konferensi tersebut telah merubah paradigma, konsep, formulasi, pendekatan dan penanganan masalah kesehatan reproduksi.

Program Aksi (PoA/Program of Action) yang telah disepakati oleh lebih dari 180 negara peserta ICPD Cairo 1994 menekankan bahwa salah satu tujuan utamanya adalah memperluas pelayanan kesehatan dan hak reproduksi melalui penyediaan akses keluarga berencana secara universal pada tahun 2015 (United Nations, 1995: 1). Beberapa sasaran yang akan dicapai, antara lain menurunkan angka kematian ibu hingga separuhnya pada tahun 2000 dari keadaan tahun 1990, dan separuhnya lagi pada tahun 2015. Selain itu, juga dinyatakan bahwa aborsi yang tidak aman merupakan salah satu penyebab utama terjadinya kematian ibu dan dianggap sebagai masalah utama di bidang kesehatan masyarakat. Program Aksi juga mempunyai komitmen untuk mencegah terjadinya perluasan PMS (penyakit menular seksual) termasuk HIV/AIDS dan menyediakan sarana pelayanan pengobatan dan konseling bagi orang yang terkena penyakit tersebut²¹.

Menindak lanjuti kesepakatan ICPD di Cairo tersebut banyak negara sedang/telah melakukan penyesuaian-penyesuaian dan pembaharuan di dalam kebijakan dan implementasi yang berkaitan dengan program ICPD tersebut. Sebagai salah satu dari negara yang ikut meratifikasi kesepakatan ICPD Cairo, Indonesia secara konsisten telah berupaya untuk memformulasi dan mengimplementasikan kebijakan kesehatan reproduksi, sesuai dengan komitmen yang telah disepakati. Beberapa kebijakan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi telah disusun dan diimplementasikan, meskipun masih banyak aspek atau isu yang belum mendapat perhatian secara penuh. Berbagai faktor diduga ikut berpengaruh

²¹ Iain W. Atken (1998). Decentralization and Reproductive Health. p1.

terhadap upaya peningkatan perhatian terhadap isu-isu yang berhubungan dengan kebijakan mengenai kesehatan reproduksi, antara lain adalah keterpurukan ekonomi dan munculnya berbagai permasalahan sosial dan politik di Indonesia. Selain itu pemberlakuan kebijakan baru mengenai otonomi daerah membuat permasalahan menjadi semakin kompleks.

Bab ini akan membahas mengenai kebijakan kesehatan reproduksi dalam konteks ICPD dan otonomi daerah. Bahasan mengenai kebijakan kesehatan reproduksi tersebut antara lain difokuskan pada konsep paradigma baru kesehatan reproduksi dan realita di daerah, kebijakan otonomi daerah dan pengaruhnya terhadap implementasi program kesehatan reproduksi, dan peluang dan kendala kesehatan reproduksi di masa mendatang.

3.1 Paradigma Baru Kesehatan Reproduksi : Antara konsep dan Realitas di Daerah

3.1.1 Konsep Kesehatan Reproduksi paradigma Baru

Definisi kesehatan reproduksi menurut ICPD Cairo pada tahun 1994 adalah :

a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. People are able to have a satisfying and save sex life and they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Men and women have the right to be informed and have access to safe, effective, affordable fertility; which are not against the law, as well as access to appropriate health-care services for safe pregnancy and childbirth, and have the best chance of having a healthy infant. (United Nations, 2005: 31).

Dari definisi tersebut, nampak jelas bahwa fokus kesehatan reproduksi adalah kesehatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi. Selain itu, dalam definisi kesehatan reproduksi yang disepakati di konferensi ICPD Cairo, 1994 terlihat adanya kaitan dengan hak setiap individu dalam memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi (Suyono, 1997: 8). Dengan demikian kesehatan reproduksi menyiratkan bahwa setiap orang berhak untuk mendapatkan kehidupan seks yang menyenangkan dan aman, mengambil keputusan, mendapatkan akses terhadap metode keluarga berencana yang aman, berhasil, murah dan dapat diterima, mendapatkan akses kepada pilihan sendiri pengaturan kesuburan dan mendapatkan akses kepada jasa perawatan kesehatan yang cukup (UN, 1996 dikutip oleh Rahardjo, dkk, 2001: 8).

Definisi kesehatan reproduksi mencakup keseluruhan kehidupan manusia sejak lahir hingga mati, maka pendekatan yang diterapkan adalah siklus hidup. Dalam hal ini diperlukan perhatian mengenai kekhususan kebutuhan penanganan sistem reproduksi pada setiap fase, serta kesinambungan antar fase kehidupan tersebut (Umbas, 2003: 1). Dengan demikian, individu berhak atas pelayanan kesehatan yang diberikan secara utuh dan tidak terpisah-pisah. Selain itu, pelayanan kesehatan reproduksi menuntut adanya misi kemanusiaan yang berarti menegakkan hak-hak azasi manusia seperti hak untuk hidup dan hak untuk memperoleh pelayanan maupun teknologi kesehatan yang berkualitas (Budiharsana, 2003: 2).

Programme of Action ICPD (ICPD-PoA) merekomendasikan bahwa, dalam konteks primary health care, ada enam komponen yang perlu dimasukkan dalam pelayanan kesehatan reproduksi yaitu: (a) pelayanan keluarga berencana; (b) pelayanan antenatal dan post-natal bagi ibu hamil dan melahirkan; (c) pencegahan dan pengobatan infertilitas; (d) pencegahan aborsi serta penanganan konsekuensi aborsi; (e) penanganan kasus infeksi saluran reproduksi/penyakit menular seksual, serta kondisi kesehatan reproduksi lainnya; dan (f) pemberian informasi, penyuluhan dan konseling pada aspek kehidupan seksualitas, kesehatan reproduksi, dan orangtua yang bertanggung jawab (UN, ICPD 1994, para 7.6).

Hasil konferensi juga menyepakati bahwa adopsi terhadap ruang lingkup pelayanan kesehatan reproduksi tersebut disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan masing-masing negara peserta. Bagi negara-negara terutama negara berkembang dengan berbagai kendala sumber daya yang ada, dalam implementasi program kesehatan reproduksi tersebut dibuat semacam prioritas sesuai dengan kondisi setempat. Program prioritas tersebut akan dikembangkan lebih lanjut secara gradual sesuai dengan ruang lingkup kesehatan reproduksi hasil kesepakatan ICPD. Sebagaimana telah disinggung pada bab sebelumnya, di Indonesia ada lima bidang prioritas dalam upaya kesehatan reproduksi, yaitu: (1) program kesehatan ibu dan anak (safe motherhood); (2) keluarga berencana; (3) penanganan penyakit menular seksual/infeksi saluran reproduksi; (4) kesehatan reproduksi remaja; (5) pencegahan dan pengelolaan masalah-masalah kesehatan reproduksi kelompok lanjut usia. Empat bidang yang pertama disebut Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial, sedangkan ditambah yang ke lima, disebut Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (Azwar, 2001: 29; Wijono, 2001: 21).

Sementara itu, paradigma baru kesehatan reproduksi menurut kesepakatan ICPD Cairo 1994 menekankan bahwa kesehatan reproduksi merupakan hak asasi manusia, baik laki-laki maupun perempuan berhak untuk mendapatkan informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas. Kesepakatan yang dihasilkan di Cairo tahun 1994 itu dipandang sebagai kesepakatan yang berdampak besar terhadap konsep, orientasi dalam cara memandang isu kependudukan serta cara pendekatan dan penanganannya. ICPD 1994 di Cairo tersebut merupakan pertemuan terbesar dan sangat komprehensif yang berkaitan dengan isu-isu kesehatan reproduksi.

Secara rinci, kesepakatan ICPD Cairo menuntut beberapa perubahan konseptual yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi (Raharjo, 2001: 12-13), antara lain:

- Diakuinya kesehatan reproduksi, hak reproduksi dan pemberdayaan perempuan sebagai prioritas dalam pembangunan;

- Kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi harus dilihat dalam konteks yang lebih luas, bukan hanya sebagai isu demografis dan keluarga berencana atau kesehatan ibu;
- Isu kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi merupakan bagian integral dari pembangunan dan hak asasi manusia, termasuk didalamnya keperluan dasar kesehatan yang lebih luas, misalnya hak perempuan dalam mengontrol dan mengambil keputusan mengenai kesehatan seksual dan kesehatan reproduksinya;
- Kebijakan kependudukan dan program keluarga berencana harus berdasarkan atas sukarela, tidak ada pemaksaan-pemaksaan utamanya terhadap perempuan, yang bertentangan dengan hak asasi manusia. Selain itu juga tersedia pilihan-pilihan dan informasi yang cukup mengenai metode maupun alat kontrasepsi.

Sedangkan pendekatan yang digunakan dalam paradigma baru kesehatan reproduksi meliputi :

- Bottom-up, transparan, partisipatif : melibatkan banyak stakeholders termasuk dari unsur ORNOP, dan masyarakat madani lainya dalam keseluruhan proses siklus program (kesehatan reproduksi); karena program pembangunan tidak lagi menjadi monopoli pemerintah;
- Menghormati hak kesehatan reproduksi individu, serta hak individu untuk mendapat cukup informasi dan akses pada metode kesehatan reproduksi yang aman dan terjangkau.
- Responsif gender; Pendekatan yang dipergunakan selama ini lebih menekankan pada perempuan sebagai obyek, dan banyak program mengabaikan apa yang menjadi aspirasi, kebutuhan serta kepeduliannya. Sebaliknya tidak/kurang melibatkan partisipasi laki-laki dalam program kesehatan reproduksi.
- Konsultasi/dialog dengan berbagai stakeholders yang relevan merupakan pendekatan yang efektif.

Sesuai dengan pendekatan yang telah diadopsi tadi maka kebijakan kesehatan reproduksi perlu memperhatikan beberapa faktor antara lain: (a) mengutamakan kepentingan klien dengan memperhatikan hak reproduksi, kesetaraan dan keadilan gender; (b) menggunakan pendekatan siklus kehidupan dalam menangani masalah kesehatan reproduksi; (c) memperluas jangkauan pelayanan kesehatan reproduksi

secara proaktif; (d) meningkatkan kualitas hidup masyarakat melalui pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas (Wijono, 2001: 22; Azrul, A., 2001: 35-36). Implikasinya, Indonesia harus merubah konsep serta strategi kesehatan reproduksi/ Keluarga Berencana yang dijalankan selama ini.

3.1.2 Adopsi Konsep Kesehatan Reproduksi di Daerah

Pemahaman daerah terhadap kebijakan kesehatan reproduksi utamanya dengan paradigma baru cukup beragam. Hal ini antara lain disebabkan oleh mengakarnya konsep kesehatan reproduksi paradigma lama yang lebih diartikan sebagai program KB yang bertujuan untuk menurunkan fertilitas. Selain itu, program keluarga berencana dan isu kesehatan reproduksi cenderung menempatkan perempuan sebagai obyek dan target sasaran. Dalam program keluarga berencana misalnya, lebih dari 90 persen targetnya adalah untuk akseptor perempuan. Lebih spesifik lagi target itu hanya ditujukan bagi perempuan yang bersuami, sehingga keperluan pelayanan kesehatan reproduksi yang juga dibutuhkan oleh perempuan lajang, remaja, dan perempuan tua luput dari sasaran. Dengan demikian, keberhasilan program diukur antara lain dengan pencapaian target akseptor perempuan. Selain perempuan sebagai obyek dan target sasaran, program keluarga berencana juga dijalankan secara sentralistik dan seragam.

Konsep dan pendekatan kesehatan reproduksi paradigma baru yang tidak lagi berorientasi pada pencapaian target-target demografis merupakan sesuatu yang baru yang menuntut perubahan mind-set seseorang baik dalam pemahaman maupun operasionalnya. Oleh karenanya dibutuhkan sosialisasi yang cukup memadai dan meluas baik di kalangan para pengelola program, legislator maupun pada kalangan masyarakat luas. Hal ini ditujukan agar kebijakan dan kesehatan reproduksi dengan paradigma baru dapat dimengerti dan diimplementasikan seperti yang diharapkan. Mengingat adanya tuntutan untuk lebih melibatkan banyak aktor seperti legislator, masyarakat masyarakat madani, sektor swasta dalam setiap pembuatan dan pengambilan kebijakan termasuk kebijakan yang menyangkut kesehatan reproduksi, sosialisasi untuk memberikan pemahaman tentang paradigma

baru dalam kesehatan reproduksi merupakan suatu keharusan.

Setelah bertahun-tahun berada dalam situasi dimana segala sesuatunya diatur secara *top down* tentunya tidak mudah bilamana tiba-tiba providers pada tingkatan daerah harus melakukan pembaharuan pola pendekatan untuk mengakomodir tuntutan terhadap perubahan perubahan, baik yang bersifat nasional ataupun global. Jika sebelumnya dalam pelayanan pencapaian target secara kuantitatif lebih diutamakan, maka setelah adanya perubahan paradigma, peningkatan kualitas pelayanan menjadi lebih ditekankan.

Dari hasil penelitian selama lima tahun yang dilakukan di beberapa kabupaten/kota masih terlihat adanya kesenjangan pemahaman mengenai paradigma baru kesehatan reproduksi yang meliputi :

1. Integrasi kesehatan reproduksi dalam program.

Program kesehatan reproduksi menyangkut beberapa aspek baik yang terkait dengan aspek medis maupun aspek sosial-budaya, dan politik. Oleh karena itu dalam pelaksanaannya diperlukan adanya integrasi program kesehatan reproduksi yang saling mengisi satu sama lain dan tidak terkotak-kotak. Pada kenyataannya, integrasi berbagai bidang terkait dengan kesehatan reproduksi belum berlangsung sebagaimana mestinya. Ada beberapa program yang tumpang tindih namun tidak jarang dijumpai pula beberapa program justru terkotak-kotak dan bahkan saling tidak berkaitan.

2. Perubahan orientasi pelayanan.

Seperti telah diuraikan sebelumnya bahwa ICPD menekankan bahwa dalam program-program kesehatan reproduksi diperlukan peningkatan pelayanan yang berkualitas pada klien dan tidak terpaku pada pencapaian-pencapaian target yang kuantitatif. Selain itu, kepentingan klien terhadap pelayanan dan informasi mengenai kesehatan reproduksi yang berkualitas harus diutamakan. Meskipun di beberapa daerah hal ini sudah disosialisasikan dan bahkan diimplementasikan seperti yang ditemukan di Kota Jambi, namun masih ada beberapa kabupaten/kota yang belum memperhatikannya.

Oleh karena itu, diperlukan adanya peningkatan kapasitas bagi pembuat kebijakan maupun pelaksana program dan juga si penerima pelayanan akan pentingnya kualitas pelayanan kesehatan reproduksi.

3. Ketersediaan pelayanan kesehatan reproduksi yang terintegratif.

Salah satu hal yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas adalah tersedianya pelayanan kesehatan reproduksi itu sendiri yang meliputi infrastruktur maupun kemampuan dari sumber daya yang terlibat di dalamnya. Di daerah penelitian, pelayanan kesehatan reproduksi yang memadai adalah keluarga berencana. Padahal keluarga berencana merupakan salah satu bagian saja dalam kesehatan reproduksi. Meskipun demikian, di beberapa daerah penelitian seperti di Kota Jambi, Kota Pontianak dan Kota Mataram telah ditemui adanya pusat pelayanan kesehatan reproduksi yang lebih terpadu.

4. Isu gender dalam kesehatan reproduksi. PoA ICPD menekankan pentingnya memperhatikan perspektif gender dalam setiap kebijakan mulai dari perencanaan sampai dengan monitoring dan evaluasi. Pada kenyataannya, pentingnya memasukkan isu gender dalam kesehatan reproduksi belum sepenuhnya dipahami. Beberapa program yang ada masih menjadikan perempuan sebagai obyek semata. Dalam keluarga berencana misalnya, perempuan masih merupakan target sasaran. Kontrasepsi yang tersediapun pada umumnya masih ditargetkan untuk perempuan. Rendahnya keikutsertaan suami/laki-laki dalam program keluarga berencana mengindikasikan bahwa perempuan masih merupakan target sasaran dari program keluarga berencana.

5. Peran masyarakat madani.

Perlunya kemitraan antara pemerintah dengan masyarakat madani termasuk NGO (Non-Government Organization/Organisasi Non-Pemerintah) juga ditekankan dalam PoA ICPD di Cairo tahun 1994. Mengingat kegiatan NGO cenderung di tingkatan akar rumput (*grassroot level*), tentunya mereka mengetahui secara

mendalam permasalahan-permasalahan kesehatan reproduksi yang ada di tingkatan paling bawah. Oleh karena itu sudah selayaknya kalau NGO juga dijadikan mitra pemerintah dalam kebijakan berkaitan dengan kesehatan reproduksi mulai dari perencanaan hingga monitoring dan evaluasi. Hal ini sebetulnya juga sejalan dengan semangat *good governance* (tata laksana pemerintah yang baik) yang mengandung unsur antara lain demokratisasi dan transparansi. Pada kenyataannya, pelibatan NGO hanya sebatas pada sosialisasi program yang sudah dibuat oleh pemerintah daerah ataupun sektor terkait. Selain itu, informasi yang diperoleh di lapangan menyebutkan bahwa keterlibatan NGO nampaknya hanya sekedar memberikan legalitas bahwa dalam pembahasan mengenai perencanaan pembangunan telah melibatkan NGO.

3.2 Kebijakan Otonomi Daerah dan Pengaruhnya terhadap Implementasi Program Kesehatan Reproduksi

Kebijakan otonomi daerah melalui Undang-Undang No. 22 tahun 1999 (direvisi menjadi Undang-undang No 32 tahun 2004) tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-Undang No 25 tahun 1999 (direvisi menjadi Undang-Undang No 35 tahun 2004) tentang perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah mulai diberlakukan pada awal tahun 2000. Kebijakan otonomi daerah tersebut memberikan kewenangan kepada daerah otonom untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat sesuai dengan peraturan perundangan. Dengan demikian, terjadi pembagian kewenangan dan tanggung jawab antara pemerintah pusat dan daerah dalam perencanaan dan pengelolaan pembangunan termasuk penggalan dan alokasi sumber daya. Selain itu, dengan adanya kebijakan otonomi daerah berarti kepentingan masyarakat daerah lebih diutamakan dalam setiap pengaturan dan pelayanan pemerintahan. Dalam hal ini masyarakat daerah tidak saja dilihat sebagai *target beneficiaris* saja tetapi mereka juga dilibatkan dalam pembangunan termasuk dalam hal pengawasan dan pendanaan program.

Dengan adanya desentralisasi kewenangan ini berarti pengelola program di daerah dapat merencanakan kegiatan yang sesuai dengan kebutuhan dan kondisi setempat. Dalam hal ini pemerintah daerah juga mempunyai wewenang yang lebih luas dalam menentukan prioritas pembangunan di daerahnya. Oleh karena itu, pemerintah daerah dituntut untuk mampu dalam melakukan perencanaan dan pengelolaan program yang sebelumnya merupakan wewenang pusat. Dengan demikian, akan terjadi perubahan struktur organisasi baik di-tingkat pusat ataupun daerah untuk disesuaikan dengan perubahan tanggung jawab dan wewenang tadi.

Dalam kaitannya dengan kebijakan otonomi daerah di mana sebagian wewenang pemerintahan pusat diserahkan kepada daerah otonom akankah menghambat kebijakan program kesehatan reproduksi pasca ICPD? Secara teoritis, hal itu seharusnya tidak terjadi karena kebijakan desentralisasi dan program kesehatan reproduksi dengan paradigma baru sama-sama mempunyai nuansa demokratisasi, human rights, dan juga sama sama bertujuan untuk meningkatkan pembangunan sumber daya manusia secara lebih efisien.

Adapun beberapa faktor yang berpengaruh terhadap implementasi program kesehatan reproduksi terkait dengan pemberlakuan kebijakan otonomi daerah antara lain adalah sebagai berikut.

1. Perubahan kewenangan

Sesuai dengan esensi dari kebijakan otonomi daerah, kewenangan pemerintah daerah dalam menentukan skala prioritas pembangunan menjadi lebih leluasa. Daerah dapat lebih leluasa dalam membuat program yang sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan daerah. Dengan demikian, diperlukan kemampuan dari pemerintah daerah untuk melakukan perencanaan dan manajemen program yang sebelumnya menjadi wewenang pusat. Konsekuensinya, perlu adanya perubahan struktur organisasi baik di tingkat pusat ataupun daerah untuk disesuaikan dengan perubahan tanggung jawab dan wewenang tadi.

Dalam konteks pelaksanaan desentralisasi kesehatan di Indonesia, disebutkan bahwa peran provinsi adalah untuk mengefektifkan tugas pemerintah agar mampu dilaksanakan oleh masing-masing provinsi dalam meningkatkan kinerjanya untuk memayungi dan memfasilitasi pemerintah kota/kabupaten. Dengan adanya euforia otonomi daerah dimana antara lain pihak pemerintah kabupaten/kota merasa tidak mempunyai hubungan hierarkis dengan pemerintah provinsi, bisa terjadi masing-masing pemerintah kabupaten/kota berjalan sendiri-sendiri dalam menjalankan program kesehatan dengan mengabaikan peranan pemerintah provinsi sebagai pihak pemonitor dan fasilitator program.

Di satu sisi, dengan pelaksanaan otonomi daerah, pemerintah kota/kabupaten akan menjadi leluasa untuk menetapkan prioritas program pembangunan sesuai dengan kondisi dan permasalahan setempat, namun demikian apabila pemerintah daerah tidak menunjukkan perhatian yang cukup terhadap permasalahan kesehatan reproduksi maka bisa jadi implementasi program kesehatan reproduksi dengan semangat ICPD Cairo menjadi terhambat. Oleh karena itu pemerintah pusat perlu memberikan rambu-rambu bagi strategi pembangunan di daerah.

Salah satu rambu penting adalah pemerintah harus menetapkan pedoman penyelenggaraan kewenangan wajib dan standar pelayanan minimal (SPM) secara nasional. Pedoman ini akan dijadikan dasar bagi pemerintah daerah untuk memberikan pelayanan publik sesuai dengan kewenangan yang dimilikinya. Sementara ini SPM bidang kesehatan telah dibuat oleh pemerintah tetapi realisasi dari penerapan SPM tersebut dalam penyusunan kebijakan dan perencanaan program di daerah belum berjalan dengan baik. Salah satu alasan pokok adalah untuk melaksanakan SPM diperlukan komitmen dan pembiayaan yang cukup, padahal hal tersebut sementara ini masih merupakan kendala yang belum bisa diatasi.

2. Perubahan struktur kelembagaan di daerah

Dengan diberlakukannya UU otonomi daerah, beberapa lembaga pemerintah mengalami beberapa perubahan. Beberapa bidang mengalami peningkatan secara struktural, namun tidak sedikit pula yang mengalami penurunan level. Penurunan ini utamanya dialami oleh bidang yang menangani masalah perempuan di pemerintahan kota.

Perubahan kelembagaan yang paling berdampak luas terhadap kebijakan kesehatan reproduksi di tingkat pemerintahan kota dan kabupaten terjadi pada BKKBN. Sesuai dengan Kepress 103 tahun 2001, struktur organisasi BKKBN diserahkan kepada pemerintah daerah paling lambat akhir bulan Desember tahun 2003. Meskipun ada beberapa daerah yang tetap menjadikan lembaga BKKBN di daerah sebagai lembaga yang utuh, namun banyak daerah menggabungkan institusi BKKBN ke lembaga lain. Kedua pilihan tersebut tentunya mempunyai implikasi yang berbeda. Dari segi program, lembaga yang berdiri sendiri tentunya akan lebih baik (lihat PPK-LIPI, 2005).

Kota Jambi menjadikan BKKBN sebagai lembaga tersendiri. Hal ini untuk meneruskan berbagai program BKKBN yang telah berjalan dan dikenal masyarakat. Menurut narasumber tersebut, masyarakat Kota Jambi masih sangat memerlukan BKKBN. Kalau dimasukkan ke dalam Dinas Kesehatan, dianggap kurang tepat karena masing-masing mempunyai peran yang berbeda dan tidak bisa digabungkan. Sementara di Kota Mataram, posisi BKKBN masih dalam penggodokan. Pendapat lain dikemukakan oleh narasumber di Dinas Kesehatan, dimana BKKBN sebaiknya menjadi bagian dari Dinas Kesehatan. Hal ini ditujukan untuk menghindari tumpang tindih program antara kedua sektor tersebut.

3. Prioritas pembangunan dan alokasi anggaran

Seperti telah disinggung pada uraian sebelumnya bahwa salah satu esensi dari diberlakukannya undang-undang otonomi daerah adalah adanya *sharing* wewenang dan tanggung jawab dalam kegiatan perencanaan dan manajemen pembangunan termasuk penggalan dan alokasi

sumber daya, dari pemerintah pusat ke pemerintah kabupaten/kota. Hal ini berarti bahwa daerah perlu mendapatkan dana yang cukup untuk dapat merealisasikan program prioritasnya.

Berkaitan dengan pembangunan bidang kesehatan khususnya kesehatan reproduksi, di beberapa daerah penelitian ada kecenderungan bahwa kesehatan reproduksi belum merupakan program prioritas. Pada umumnya, prioritas pembangunan lebih ditekankan pada pembangunan fisik. Hal ini dapat dimaklumi karena pembangunan kesehatan reproduksi merupakan investasi jangka panjang yang hasilnya tidak dapat segera dinikmati. Sementara pembangunan fisik hasilnya dapat langsung dilihat dan terukur. Selain itu, prioritas pembangunan dan alokasi anggaran sangat dipengaruhi oleh komitmen pemerintah daerah itu sendiri terkait dengan kebijakan pusat untuk pemberian dana pembangunan dengan sistem block grant. Dengan sistem ini penggunaan anggaran diserahkan sepenuhnya kepada daerah. Konsekuensinya, bila daerah tidak peduli terhadap program kesehatan reproduksi maka kemungkinan besar tidak akan ada dana yang disalurkan untuk kesehatan reproduksi. Di saat sekarang ini di mana pimpinan daerah dipilih secara langsung maka prioritas pembangunan cenderung disesuaikan dengan visi dan misi bupati yang biasanya cenderung mengakomodir janji-janji yang diucapkan pada masa pemilihan tersebut. Menyikapi adanya kemungkinan-kemungkinan penggunaan dana dengan sistem block grant tidak menyentuh program kesehatan, Departemen Kesehatan saat ini mengajukan dana-dana untuk kesehatan di daerah dengan sistem dekonsentrasi. Dalam hal ini pemerintah pusat masih cukup berperan dalam merencanakan atau mengawasi peruntukkan dana yang disalurkan ke daerah.

Di daerah penelitian, sebagian besar program kesehatan dianggap sebagai program pembangunan yang harus diprioritaskan. Hal ini juga terlihat dari adanya anggaran daerah yang dialokasikan untuk kesehatan. Namun demikian, anggaran yang dialokasikan khusus untuk kesehatan reproduksi tidak terlihat jelas dan di samping itu sebagian besar dana kesehatan adalah untuk penyediaan sarana dan prasarana.

Dana untuk program kesehatan reproduksi sebagian besar masih diperoleh dari bantuan luar negeri. Meskipun beberapa bantuan mensyaratkan adanya dana pendamping dari pemerintah daerah, namun hal ini tampaknya masih belum sepenuhnya dilaksanakan dan dana dari pemerintah daerah dirasa masih belum memadai.

Meskipun, aspek kesehatan reproduksi dicantumkan dalam Repetada, yang berarti menjadi prioritas daerah, namun alokasi dana untuk sektor kependudukan dan kesejahteraan keluarga ini masih relatif kecil. Kecilnya anggaran sektor kependudukan ini kemungkinan berkaitan dengan instansi pelaksanaannya yaitu BKKBN yang pada waktu penelitian dilaksanakan masih bersifat dekonsentrasi sehingga masih mendapatkan dana operasional dari pusat.

4. Sumber daya manusia di daerah

Implementasi program kesehatan reproduksi di era otonomi daerah tidak terlepas dari sumber daya yang dimiliki oleh daerah baik yang berupa sumber daya manusia (SDM) maupun sumber dana untuk mendukung pelaksanaan program. Berkaitan dengan sumber daya manusia, mulus tidaknya implementasi kebijakan dan kesehatan reproduksi tidak terlepas dari kemampuan sumber daya manusianya mulai dari perencanaan hingga monitoring dan evaluasi. Dalam hal ini pemahaman SDM yang ada terutama yang terlibat dalam perencanaan dan pengelolaan program terhadap konsep kesehatan reproduksi merupakan faktor penting. Apabila konsep kesehatan reproduksi dengan paradigma baru tidak dipahami dengan benar, maka dapat dipastikan bahwa kebijakan dan program yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi tidak akan terlaksana dengan baik. Selain itu, SDM yang ada dituntut untuk mampu menganalisa data yang ada dan memasukkannya dalam perencanaan program di daerah. Dengan demikian, program-program dan kegiatan-kegiatan yang direncanakan benar-benar sesuai dengan data yang ada di daerah tersebut.

Selain SDM yang memadai, kecukupan dana mempengaruhi pelaksanaan program kesehatan reproduksi. Krisis ekonomi yang terjadi pada tahun 1998 membawa akibat yang buruk

bagi perekonomian Indonesia. Krisis ekonomi ini kemudian diikuti dengan krisis politik menyusul jatuhnya pemerintahan orde baru, yang kemudian berdampak pada berkurangnya kepercayaan internasional terhadap Indonesia. Akibat krisis ekonomi dan berbagai krisis yang mengiringinya telah mengakibatkan berkurangnya sumber dana baik pada masyarakat maupun pemerintah. Hal ini tentu saja mempengaruhi kemampuan pemerintah (daerah) dalam penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas sebagaimana diisyaratkan oleh hasil kesepakatan Cairo. Untuk memberikan pelayanan yang berkualitas dibutuhkan peningkatan infrastuktur dan pelayanan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Pada masa sekarang ini pelayanan-pelayanan tersebut masih sangat terbatas. Dari semua komponen kesehatan reproduksi, pelayanan yang paling memadai baru keluarga berencana. Namun di beberapa daerah khususnya didaerah terpencil diluar Jawa, pelayanan tersebut masih belum memadai. Keterbatasan dana nampaknya berdampak tidak saja pada penyediaan metode kontrasepsi tetapi juga pada pelatihan staf, dan program-program untuk peningkatan kualitas komunikasi, informasi dan edukasi (KIE). Dampak ini kemungkinan akan lebih buruk lagi dengan adanya desentralisasi BKKBN ke dalam pemerintah daerah.

Dengan adanya keterbatasan dana akibat krisis ekonomi yang berkepanjangan, SDM yang ada dituntut untuk berani menetapkan anggaran kesehatan reproduksi bagi semua penduduk, khususnya perempuan tanpa diskriminasi sosial dalam bentuk apapun. Peningkatan kesehatan perempuan perlu mendapatkan alokasi anggaran kesehatan reproduksi karena kelompok sasaran utama masalah kesehatan reproduksi karena resiko komplikasi yang ditanggung perempuan lebih berat dari laki-laki.

Pada dasarnya, kebijakan dan program kesehatan reproduksi seperti yang telah digariskan di tingkat pusat telah diadopsi daerah. Hal ini ditunjukkan oleh adanya Kemauan politik dan usaha yang dilakukan oleh pemerintah dan legislatif di daerah yang secara terus menerus berupaya untuk melakukan perbaikan-perbaikan. Hal ini dapat dilihat dari beberapa fakta yang mengindikasikan adanya pelaksanaan kebijakan dan program tersebut.

5. Piranti hukum kesehatan reproduksi

Piranti hukum yang memuat tentang pokok-pokok orientasi seperti yang tertuang dalam kesepakatan ICPD Cairo pada tahun 1994 diperlukan dalam implementasi kebijakan dan program kesehatan reproduksi. Piranti ini diperlukan untuk memberikan legitimasi legal bagi pelaksanaan kebijakan dan program kesehatan reproduksi. Adapun bentuknya dapat berupa Peraturan daerah, Surat Keputusan kepala daerah, kebijakan teknis dinas terkait maupun kesepakatan-kesepakatan yang terkait. Dengan adanya piranti hukum ini merupakan suatu indikasi bahwa pembangunan kesehatan reproduksi juga diprioritaskan.

Di tingkat nasional, salah satu piranti hukum yang melandasi kebijakan dan program kesehatan reproduksi adalah Program Pembangunan Nasional (Propenas) 2000-2004. Di dalam Propenas tercantum sekitar 17 program yang ditujukan sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas hidup perempuan (Sekretariat Negara Republik Indonesia, 2000: VIII 10 -15). Program-program tersebut tersebar di berbagai sektor. Selain Propenas, keputusan Menteri Kesehatan No 433 tahun 1998 tentang pembentukan Komisi Nasional Kesehatan Reproduksi juga merupakan suatu bentuk komitmen nasional untuk terhadap kesehatan reproduksi.

Di daerah penelitian, piranti hukum kesehatan reproduksi cukup bervariasi. Di Kota Pontianak misalnya, kebijakan Dinas Kesehatan setempat dengan jelas menyuratkan tentang kebijakan dan strategi program kesehatan reproduksi yang tertuang dalam Standar pelayanan Minimum (SPM) sub-bidang kesehatan keluarga. Adapun jenis program yang telah ditetapkan dalam SPM program sub dinas kesehatan keluarga mencakup: 1) upaya kesehatan maternal, 2) upaya kesehatan Balita dan anak prasekolah, 3) upaya kesehatan anak usia sekolah dan remaja, 4) upaya pelayanan kesehatan usia subur, dan 5) upaya pelayanan usia lanjut (usila). Sayangnya, pada saat penelitian ini berlangsung (2001) SPM tersebut masih belum mendapatkan aspek legal yang kuat.

Piranti hukum yang lain terkait dengan kesehatan reproduksi adalah pembentukan Komisi Kesehatan Reproduksi seperti

yang ditemukan di Kota Cirebon. Melalui Surat keputusan Walikota Cirebon No. 400-05/Kep.69 BKKBN/2002 Komisi Kesehatan Reproduksi dibentuk dengan beranggotakan orang-orang dari berbagai dinas dan instansi terkait. Adapun tugas dari komisi tersebut adalah sebagai 1) badan pendukung, pengawas dan koordinasi kesehatan reproduksi, 2) mengidentifikasi masalah manajemen program, pelaksanaan serta solusi untuk mengatasi masalah tersebut, 3) membahas perencanaan, pelaksanaan serta monitoring dan evaluasi kegiatan kesehatan reproduksi.

Contoh lain dari piranti hukum tentang kesehatan reproduksi di daerah adalah rencana pembangunan tahunan daerah (Repetada) seperti yang terdapat di Kabupaten Sikka, Provinsi Nusa Tenggara Timur. Repetada Kabupaten Sikka, secara jelas mencatumkan bahwa pembangunan dalam bidang kependudukan dan pemberdayaan keluarga diarahkan untuk meningkatkan kualitas penduduk melalui pengendalian kelahiran, memperkecil angka kematian dan meningkatkan kualitas keluarga berencana.

Terlepas dari kelemahan dari masing-masing piranti hukum kesehatan reproduksi, ketersediaan piranti hukum tentang kesehatan reproduksi seperti tersebut di atas menunjukkan adanya kepedulian daerah terhadap kesehatan reproduksi. Salah satu kelemahan dari piranti hukum adalah karena belum dijadikan peraturan daerah, kemungkinan akan terancam kesinambungannya apabila pimpinan daerah selanjutnya tidak menaruh perhatian terhadap kesehatan reproduksi. Meskipun demikian, keberadaan piranti hukum sangat diperlukan dan akan lebih efektif bila juga didukung oleh lembaga pelaksana dan dana yang memadai.

6. Kemitraan dengan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM)

Sejalan dengan kesepakatan ICPD Cairo tahun 1994, implementasi program kesehatan reproduksi dengan pendekatan baru tidak dapat hanya dilakukan oleh pemerintah saja, namun memerlukan keterlibatan berbagai komponen masyarakat termasuk LSM. Peranan LSM ini cukup beragam mulai dari keterlibatan dalam diseminasi informasi tentang

kesehatan reproduksi dengan paradigma baru hingga kegiatan advokasi untuk mendapatkan dukungan dari berbagai pihak yang relevan dengan implementasi program kesehatan reproduksi. Peran LSM tersebut tidak dapat diabaikan, mengingat keterbatasan sumber daya manusia dan sumber dana yang dimiliki oleh pemerintah, maka kontribusi dan partisipasi masyarakat madani dan LSM dalam menyusun kebijakan dan melaksanakan kebijakan tersebut lebih diperlukan.

LSM berperan penting dalam program-program yang berkaitan dengan penyampaian informasi dan pelayanan, khususnya untuk segmen masyarakat yang 'kurang beruntung atau terabaikan' seperti kelompok masyarakat miskin, masyarakat pedesaan, pekerja seks dan kelompok remaja. LSM juga terbiasa mengangkat isu-isu sensitif yang sering orang atau sektor tidak suka/menghindar membicarakannya apalagi membuat suatu program dan kegiatan, seperti isu kekerasan terhadap perempuan, homo/lesbian, aborsi dan kehamilan remaja. Dengan demikian sebenarnya kerjasama kemitraan antara sektor/pemerintah dengan LSM seharusnya dapat saling melengkapi. Dalam hal ini LSM dapat menggarap beberapa isu-isu yang selama ini belum terjangkau oleh sektor. Dari segi segmen masyarakat yang menjadi target juga dapat saling koordinasi antara LSM dan sektor (pemerintah). Sektor menggarap segmen masyarakat yang bersifat lebih umum, sedangkan LSM dapat memfokuskan diri pada segmen masyarakat yang 'lebih memerlukan' seperti masyarakat miskin, masyarakat pedesaan, pekerja seks dan kelompok remaja.

Di beberapa lokasi penelitian, telah ada beberapa LSM yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi. Salah satu contohnya adalah Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI). PKBI sebagai LSM tertua yang memfokuskan kegiatannya pada bidang keluarga berencana, pada saat ini telah lebih maju bergerak menangani berbagai masalah berkaitan dengan kesehatan reproduksi di tingkat nasional maupun daerah. Berbagai program dan kegiatan yang dilakukan antara lain advokasi masalah kesehatan reproduksi (*reproductive health*), kesehatan reproduksi remaja (*youth reproductive health*) dan pemberian bimbingan dan konseling terhadap remaja dan ibu-ibu yang mempunyai

permasalahan dengan kesehatan reproduksinya. PKBI Daerah Jambi misalnya, pada tahun 2003 mempunyai berbagai program dan kegiatan antara lain adalah: Program Penguatan Hak-Hak Kesehatan Reproduksi dan Otonomi Perempuan Pedesaan, dan Advokasi Kesehatan Reproduksi Remaja. Kegiatan yang telah dilakukan oleh PKBI antara lain adalah melakukan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) tentang kesehatan reproduksi remaja dan penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi secara menyeluruh. Sejalan dengan adanya kesepakatan ICPD untuk merubah paradigma pendekatan kesehatan reproduksi maka PKBI juga ikut mengadopsi kesepakatan tersebut dengan memperluas cakupan program.

Beberapa daerah lokasi penelitian telah terjalin hubungan kemitraan antara pemerintah dengan LSM yang mempunyai 'track records' berkaitan dengan keluarga berencana maupun kesehatan reproduksi. Sebagian dari LSM tersebut juga terlibat dalam proses konsultasi yang diadakan oleh sektor terkait. Meskipun dalam kenyataannya mereka merasa bahwa pelibatan tersebut tidak dalam keseluruhan proses, akan tetapi lebih dirasakan sebagai 'pelengkap asal ada LSM-nya' dan asal 'ada proses konsultasi'. Ada juga yang berhasil memfasilitasi berbagai kegiatan berkaitan dengan kesehatan reproduksi yang melibatkan berbagai sektor terkait. kemitraan antara sektor (pemerintah) dan LSM serta masyarakat madani lainnya seyogyanya dapat terus berlangsung, sehingga LSM dan masyarakat madani dapat berperan secara aktif dalam keseluruhan proses perencanaan, pelaksanaan dan monitoring dan evaluasi program kesehatan reproduksi.

Selain bermitra dengan LSM lokal dalam hal perencanaan maupun pelaksanaan program kesehatan reproduksi, pemerintah daerah juga menjalin kemitraan dengan lembaga donor internasional guna mendapatkan dana untuk pelaksanaan program kesehatan reproduksi. Lembaga donor yang banyak memberikan bantuan dalam upaya peningkatan program kesehatan reproduksi di daerah ini adalah dari UNFPA. Kegiatan yang dilakukan dengan bantuan dana dari UNFPA ini bukan dalam bentuk pelayanan operasional, tetapi lebih kepada aspek *capacity building* bagi pemerintah dan LSM dalam advokasi program kependudukan dan pembangunan kesehatan reproduksi dan masalah gender.

Dengan kegiatan pembangunan kapasitas ini, selain diharapkan adanya pemahaman bersama terhadap program kesehatan reproduksi dengan pendekatan baru, juga diharapkan terjadinya peningkatan koordinasi dan kerjasama antar sektor untuk mengurangi tumpang tindih kegiatan dengan sasaran yang sama. Kegiatan sosialisasi dengan bantuan dana UNFPA ini mulai dilakukan di empat provinsi (Kalimantan Barat, Jawa Barat, Nusa Tenggara Timur dan Sumatera Selatan) ini pada tahun 2001. Untuk tingkat provinsi dan kabupaten, koordinasi program dilakukan oleh PPCU (*Provincial Program Coordinating Unit*) dan DPCU (*District Program Coordinating Unit*) yang berkantor di Bappeda. Adapun dinas/instansi yang bertindak sebagai pelaksana teknis dari seluruh rangkaian kegiatan yang didanai oleh UNFPA ini adalah: (a) Bappeda Kabupaten/Kota selaku Unit Program Koordinasi; (b) BKKBN Kabupaten/Kota; (c) Dinas Kesehatan; dan (d) Dinas pemberdayaan Masyarakat. Secara operasional dana bantuan dari UNFPA ini diserahkan kepada sektor terkait tersebut.

Pada prinsipnya kegiatan *capacity building* yang didanai oleh UNFPA ini dan yang dilakukan oleh dinas/institusi terkait merupakan upaya untuk sosialisasi konsep dan program kesehatan reproduksi dengan paradigma baru sesuai dengan kesepakatan ICPD 1994. Hanya saja fokus dari kegiatan sosialisasi berbeda-beda antar *stakeholder* sesuai dengan tugas pokok instansi tersebut. Misalnya, kegiatan sosialisasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan lebih terfokus untuk memberikan sosialisasi tentang PKRE (Program Kesehatan Reproduksi Esensial) bagi petugas puskesmas, dengan tujuan agar petugas tersebut mempunyai wawasan yang lengkap tentang konsep kesehatan reproduksi paradigma baru dan diharapkan dapat memberikan pelayanan sebaik-baiknya sesuai dengan konsep PKRE yang telah diadopsi oleh pemerintah Indonesia.

Selain UNFPA, lembaga-lembaga donor yang berada di daerah penelitian antara lain UNICEF, AusAID dan USAID. Lembaga-lembaga donor tersebut mempunyai area dan program yang berbeda-beda sesuai dengan *interest* masing-masing. UNICEF misalnya, mendanai program yang dinamai dengan Program PITA (Peduli Ibu Tumbang Kembang Anak)

dan PEDAS (Pendidikan dasar untuk Semua). Kedua program tersebut dilaksanakan di Kabupaten Sikka dan Kota Cirebon.

AusAID dan USAID cukup berperan dalam mendukung pelaksanaan program kesehatan reproduksi di Kabupaten Sikka. AusAID mendudukung dana untuk program kesehatan perempuan dan keluarga (Family and Women Health), sedangkan USAID bekerja sama dengan Yayasan Cinta Sesama di kabupaten Sikka untuk mengadakan advokasi dan penyuluhan serta bantuan berbentuk mini grant guna meningkatkan status gizi ibu dan anak.

3.3 Kewenangan wajib dan Standarad Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Undang-undang (UU) No.22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan Peraturan Pemerintah (PP) No.25 tahun 2000 telah menetapkan kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan umum bagi daerah kabupaten dan kota. Dengan demikian, atas dasar aturan yang telah dan akan ditetapkan kemudian, pemerintah kabupaten dan kota berkewajiban untuk menyelenggarakan pelayanan yang wajib diselenggarakannya tersebut.

Dalam kaitan dengan pelayanan kepada masyarakat, pemerintah harus menetapkan pedoman penyelenggaraan kewenangan wajib dan standar pelayanan minimal (SPM) secara nasional. Untuk memenuhi hal tersebut departemen kesehatan telah mengeluarkan keputusan Menkes dan Kesos Nomor 1747 tahun 2000 tentang Pedoman Penetapan SPM dalam bidang kesehatan di kabupaten/kota. Sejalan dengan diterbitkannya Surat Edaran Mendagri Nomor 100/757/OTDA tanggal 8 Juli 2002 tentang Pelaksanaan Kewenangan Wajib dan SPM, disepakati kerjasama antara Depkes, Depdiknas dan Depdagri dalam mengembangkan model kewenangan wajib dan SPM di beberapa kabupaten dan kota.²²

Mengacu kepada konsep dasar penentuan kewenangan wajib dan SPM yang telah disepakati oleh tiga departemen, pengertian kewenangan wajib daerah adalah kewenangan

²² Departemen Kesehatan RI. Rancangan Kewenangan Wajib dan Standar Pelayanan Minimal Kabupaten/Kota. Unpublished paper.

yang penyelenggaraannya diwajibkan oleh pemerintah kepada daerah untuk menjamin dilaksanakannya kewenangan yang berkaitan dengan pelayanan dasar. Kewenangan wajib ditetapkan untuk melindungi hak-hak konstitusional perorangan/masyarakat, melindungi kepentingan nasional dalam rangka menjaga keutuhan NKRI, kesejahteraan masyarakat, ketentraman dan ketertiban umum juga untuk memenuhi perjanjian/konvensi internasional. Adapun pengertian dari SPM adalah tolok ukur untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat sekaligus menentukan tingkat kualitas pelayanan, yang didalamnya tercakup indikator dan target. Telah disepakati bahwa *benchmark* yang digunakan adalah indikator yang ada dalam Indonesia Sehat 2010. Secara ringkas, prinsip-prinsip SPM sebagaimana yang tertuang dalam surat edaran tersebut adalah: (a) SPM diterapkan pada kewenangan wajib; (b) diberlakukan untuk seluruh daerah kabupaten/kota; (c) menjamin akses masyarakat mendapat pelayanan dasar; (d) merupakan indikator kinerja dan bukan standar teknis; dan (e) bersifat dinamis.

Dalam hal ketentuan tentang Kewenangan Wajib dan SPM di bidang kesehatan, DepKes telah sepakat untuk menambahkan kriteria khusus, yaitu:

- a) Kewenangan Wajib hanya merupakan pelayanan, sehingga hal yang berkaitan dengan manajemen dianggap sebagai faktor pendukung dalam melaksanakan kewenangan wajib (perencanaan, pembiayaan, pengorganisasian, perizinan, sumberdaya, sistem dsb.) tidak dimasukkan dalam daftar;
- b) Kewenangan Wajib harus menjadi prioritas tinggi bagi Pemda karena melindungi hak-hak konstitusional perorangan dan masyarakat, untuk melindungi kepentingan nasional dan memenuhi komitmen nasional dan global serta merupakan penyebab utama kematian/kesakitan;
- c) Kewenangan Wajib dan SPM berorientasi pada output yang langsung dirasakan masyarakat;

- d) Kewenangan Wajib dan SPM dilaksanakan secara terus menerus (*sustainable*), terukur (*measurable*) dan mungkin dapat dikerjakan (*feasible*);
- e) Dalam pencapaian SPM untuk jangka waktu tertentu ditetapkan target pelayanan yang akan dicapai (*minimum service target*) yang merupakan spesifikasi peningkatan kinerja pelayanan yang harus dicapai untuk memenuhi standard teknis yang ditetapkan guna mencapai status kesehatan yang diharapkan. Dalam rancangan Kewenangan Wajib dan SPM ini nilai indikator yang dicantumkan merupakan nilai minimal nasional (indikator yang ada dalam Indonesia Sehat 2010).

Selanjutnya disebutkan bahwa SPM harus dilengkapi dengan:

- Pedoman teknis yang memuat kriteria kualitas atau definisi operasional dari setiap indikator;
- Pedoman cara penetapan Standar Pelayanan Minimal (*target daerah*) yaitu tentang peran provinsi dalam memfasilitasi kabupaten/kota menetapkan Standar Pelayanan Minimalnya.

Pada rancangan Kewenangan Wajib (KW) dan SPM di bidang kesehatan, telah ditetapkan 10 kewenangan wajib, mulai dari kewenangan wajib tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar hingga penyelenggaraan pelayanan pengaduan masyarakat di bidang kesehatan. Pada tiap jenis kewenangan wajib dirinci jenis pelayanan yang harus diselenggarakan dan indikator kinerja yang dituangkan dalam SPM.

Dalam rancangan KW dan SPM bidang kesehatan tersebut memang tidak secara eksplisit disebutkan pelayanan kesehatan reproduksi. Namun demikian komponen program kesehatan reproduksi telah tertuang dalam berbagai jenis pelayanan dalam lingkup kewenangan wajib tersebut terutama pada kewenangan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar.

Sementara ini, KW dan SPM bidang kesehatan masih dalam taraf penyempurnaan antara lain melalui serangkaian uji coba di lapangan. Menurut informasi yang diperoleh dari salah satu *key informant* yang ikut dalam proses penyusunan KW dan

SPM ini, pada saat ini rincian dari KW dan SPM yang baru tersebut belum selesai disusun. Diharapkan bahwa proses penyusunan tersebut bisa cepat selesai sehingga bisa segera di-implementasikan oleh daerah.

Bagaimana halnya dengan Kewenangan Wajib dan SPM bidang kesehatan di daerah? Pada saat penelitian berlangsung, KW dan SPM masih dalam taraf pembahasan di tingkat provinsi. Salah satu provinsi yang telah membahas KW dan SPM tersebut adalah Provinsi Kalimantan Barat. Menurut informasi dari salah seorang responden di Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat, pada tahun 2002 provinsi ini telah mengeluarkan KW dan SPM melalui surat keputusan gubernur Kalimantan Barat, dimana KW untuk sektor kesehatan memuat 24 variabel yang dijabarkan dalam 52 indikator. Berdasarkan KW dan SPM yang dirancang oleh Dinas Kesehatan provinsi tersebut maka masing-masing kabupaten akan memilih variabel mana yang disanggupi untuk dibiayai melalui dana APBD. Sisa variabel yang tidak bisa didanai oleh APBD kabupaten/kota akan diusahakan pendanaan melalui dana dekonsentrasi. Dengan demikian tiap daerah akan mengadopsi KW dan SPM dengan mekanisme pembiayaan yang disesuaikan dengan kemampuan daerah dan bantuan dari pusat.

Dinas Kesehatan Kota Pontianak misalnya, telah mengeluarkan pedoman Pelayanan Kesehatan Minimal beserta indikator keberhasilannya. Indikator tersebut diterjemahkan dalam target yang perlu dicapai hingga tahun 2005. SPM dalam bidang kesehatan reproduksi tertuang dalam program sub-dinas kesehatan keluarga. Dalam SPM tersebut telah ditetapkan jenis program, jenis pelayanan hingga indikator keberhasilan dengan target pada tahun 2005.

Tabel 3.1
Standar Pelayanan Kesehatan Minimal di Kota Pontianak
(dalam Program Kesehatan Keluarga)

No	PROGRAM	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KEBERHASILAN	TARGET Th.2005
1	Upaya Kes. Maternal: a. Yankes Ibu Hamil			
		Pendataan Sasaran	Akses Yankes Bumil (K1)	85
		Pelayanan ANC standard	Cakupan Yankes Bumil (K4)	75
		Konseling	Cakupan Bumil Resti	20
		Deteksi kasus PMS	Cakupan Deteksi Bumil Resti oleh Nakes	17
		Sweeping untuk peningkatan jangkauan yankes dan meniadakan <i>drop out</i> K4	Cakupan Deteksi Bumil Resti oleh Masy.	85
		Penjaringan dan tindak lanjut resti bumil	Cakupan Pemeriksaan kasus PMS Bumil	50
		Otopsi verbal kematian ibu maternal	Penurunan AKI sebesar 150/100.000 kelahiran hidup	
	b. Yankes Bulin dan Bufas	Pertolongan persal. oleh tenkes	Persalinan oleh tenkes	85
		Pengamatan pertolongan persal. oleh bidan	Persal. oleh dukun didampingi bidan	15
		Rujukan bulin resti	Kasus Bulin Resti ditangani	60
		Perawatan dan pemeriksaan Bufas	Cakupan Bufas	80
		Pemberian Vit. A dosis tinggi Bufas	Cakupan Bufas dapat Vit. A	60
	c. Yankes Ibu Menyusui	Pemeriksaan Buteki secara berkala	Cakupan pelayanan Ibu Menyusui	80
		Penyuluhan tentang ASI Eksklusif	Cakupan pemberian ASI Eksklusif	80
		Pemantauan pemberian ASI Eksklusif		
	2	Upaya Kes. Balita dan Anak Pra Sekolah	Yankes terhadap Perinatal	Cakupan Yankes Perinatal
Penanganan kasus BBLR secara komperhensif			Cakupan kasus BBLR	<7
Penanganan kasus BBLR secara komperhensif			Kematian Perinatal	<5
Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Bayi, Balita dan Apras serta rujukannya			Cakupan Deteksi Dini Tb Kb Balita	80
Melaksanakan keg.Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)			Cakupan MTBS	80
Melaksanakan rujukan kasus penyimpangan Tumbuh Kembang Balita dan Apras			Cakupan Bayi, Balita & Apras dengan kelainan	<5
Yankes Bayi, Balita, Apras dan Anak TK			Cakupan Penimbangan Bayi	80
			Cakupan Penimbangan Balita	80

Tabel 3.1
Standar Pelayanan Kesehatan Minimal di Kota Pontianak
(lanjutan)

No	PROGRAM	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KEBERHASILAN	TARGET Th.2005
3	Upaya Kes. Anak Sekolah Usia dan Remaja	Penjaringan Kes Anak Sekolah	Cakupan Konselng Kes Remaja	20
		Penyuluhan Kes Reproduksi Remaja	Penyuluhan KRR	12 kali
		Pelayanan Konseling Kes Remaja	Rujukan kasus kelainan Rep Remaja	5
		Rujukan kasus remaja bermasalah	Cak Penj. Kes Anak Usia Sek SD	60
			Cakupan Penj. Kes Anak Sek SLTP	50
			Cakupan Penj. Kes Anak Sek SLTA	45
			Cakupan Anak Sekolah dengan kelainan	<20
4	Upaya Pelayanan Kesehatan Usia Subur	Pelayanan standard KB	Cakupan PUS menjadi peserta KB	60
		Pendeteksian dini kelainan reproduksi	Cakupan Deteksi Resti peserta KB	60
		Pelayanan PAAP SMEAR dan pengiriman sediaan	Cakupan komplikasi KB	<10%
		Rujukan dan tindak lanjut kasus	Cakupan MKJP	60
		Pembinaan terhadap kader dan PUS	Cakupan Kel. Siyomeket	60
5	Upaya Pelayanan Kes. Usila	Penjaringan Kes. Usila	Penurunan angka kematian penyakit Infeksi Usila dari kondisi sekarang	50
		Pelayanan kesehatan Usila	Angka kesakitan Usila	12
		Penyuluhan bagi Usila & Keluarganya	Cakupan Penyuluhan	6/TH
		Rujukan kasus	Cakupan rujukan kasus Usila	60
		Mendirikan wadah pembinaan Usila	Pembentukan Posyandu Usila	22

Kalau dilihat rincian dari program kesehatan reproduksi tersebut, maka konsep kesehatan reproduksi komprehensif telah diadopsi dalam SPM yang telah dikeluarkan di daerah ini.

Pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan, telah menetapkan rancangan target program kesehatan reproduksi dalam upaya mendukung pencapaian Indonesia Sehat tahun 2010. Tetapi kalau dilihat SPM di Kota Pontianak, nampaknya mereka menetapkan tahun 2005 sebagai tahun sasaran untuk pencapaian target program kesehatan reproduksi. Dalam era otonomi daerah seperti sekarang ini, pihak daerah memang tidak harus menetapkan target program sesuai dengan target pusat. Hal ini antara lain juga disebabkan oleh variasi permasalahan dan kondisi daerah setempat. Namun demikian perlu dikaji lebih lanjut apakah penetapan target tahun 2005 tersebut cukup realistis dalam arti dapat dicapai dengan sumber daya yang tersedia. Nampaknya perlu suatu studi khusus untuk mengkaji angka pencapaian target yang realistis di daerah ini. Pilihan target pencapaian program bisa ditetapkan dalam bentuk nilai absolut yang ingin dicapai pada kurun waktu tertentu (misal: target tahun 2005) atau perubahan prosentase perbaikan kinerja program dibandingkan dengan tahun sebelumnya (misalnya: 40% lebih baik dari 5 tahun sebelumnya).

Menurut responden dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat, yang menjadi permasalahan adalah SPM sebagai alat akuntabilitas suatu pemerintahan hingga saat ini belum mempunyai aspek legal yang kuat. SPM bidang kesehatan yang telah disusun, khususnya yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, sebenarnya sudah mengadopsi pendekatan baru sebagaimana yang disepakati dalam ICPD Cairo 1994. Namun karena SPM tersebut belum disetujui oleh dewan implikasinya adalah menurunnya prioritas pendanaan untuk mendukung implementasi program kesehatan reproduksi dengan paradigma baru tersebut.

Untuk menjembatani permasalahan tersebut, nampaknya perlu segera disusun KW dan SPM bidang kesehatan yang mempunyai landasan hukum yang kuat. Pada saat ini pihak Departemen Kesehatan bersama Depdagri sedang menyusun kewenangan wajib dan SPM bagi pelayanan dasar bidang kesehatan di daerah. Nantinya penetapan kewenangan wajib

dan SPM ini akan dijadikan basis bagi penentuan prioritas pembiayaan pembangunan dibidang kesehatan di daerah, baik yang bersumber dari DAU (Dana Alokasi Umum) ataupun DAK (Dana Alokasi Khusus). Selain itu, kegiatan sosialisasi KW dan SPM di bidang kesehatan harus dilakukan secara intensif dan terstruktur kepada berbagai kalangan termasuk DPRD agar prioritas pembangunan bidang kesehatan yang didasarkan atas kewenangan wajib dan SPM tersebut mendapatkan dukungan serta komitmen politis dari semua pihak.

Bilamana kewenangan wajib dan SPM dalam bidang kesehatan telah dapat berjalan dengan baik, maka hal lain yang perlu dilakukan adalah upaya untuk melakukan monitoring dan evaluasi tentang pencapaian target sebagaimana yang tertuang dalam SPM tersebut. Oleh karena itu penetapan target dalam SPM harus betul-betul dilakukan secara seksama agar pencapaian program dapat diukur dengan baik dan benar. Sementara ini belum ada upaya monitoring dan evaluasi yang dilakukan kearah itu.

3.4 Masa Depan Kesehatan Reproduksi : Peluang dan Kendala

Adanya desentralisasi kesehatan pada umumnya dan kesehatan reproduksi pada khususnya secara teori akan memberikan dampak yang menguntungkan pada pemerintah daerah dalam mengembangkan kebijakan dan implementasi program. Pelaksanaan desentralisasi kesehatan memberikan peluang bagi pemerintah daerah untuk (a) mengakomodasi '*local ownership*' dan akuntabilitas program (b) merespon kondisi dan permasalahan lokal (c) melakukan efisiensi pengelolaan sumber daya (d) mengelola sistim informasi dan supervisi yang disesuaikan dengan perencanaan program di daerah dan (e) melakukan kooordinasi program secara lebih mudah.²³ Dengan demikian pelaksanaan desentralisasi diharapkan akan dapat menciptakan kondisi politik yang menguntungkan bagi pemerintah daerah dalam melaksanakan program kesehatan reproduksi dan keluarga berencana untuk masyarakat.

²³ Iain W. Aitken (1998). Decentralization and Reproductive Health. Pp.4

Namun demikian pelaksanaan desentralisasi akan memberikan dampak yang menguntungkan bagi pemerintah daerah jika beberapa persyaratan berkaitan dengan pra-kondisi desentralisasi terpenuhi. Beberapa persyaratan tersebut diantaranya adalah adanya komitmen politik dari pemerintah pusat dan daerah untuk mendukung proses desentralisasi, dukungan kualitas sumber daya manusia yang cukup di semua tingkatan, perencanaan dan implementasi program yang jelas, adanya kerangka landasan hukum yang membatasi kewenangan, kecukupan dukungan dana dan sumberdaya lainnya dan kepedulian serta komitmen dari pemimpin lokal.²⁴

Dalam kasus desentralisasi kesehatan reproduksi di Indonesia akan memberikan perbedaan dampak pada masing-masing kabupaten/kota karena masing-masing daerah mempunyai kepedulian, kebijakan dan kapasitas sendiri-sendiri. Berikut ini akan dibahas mengenai berbagai peluang dan kendala yang dihadapi oleh pemerintah kabupaten/kota dalam melaksanakan kebijakan dan program kesehatan reproduksi dalam konteks otonomi daerah.

3.4.1 Peluang

Menurut UU No.22/1999 pasal 1 ayat h otonomi daerah adalah: *kewenangan daerah otonom untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat (termasuk bidang kesehatan) menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.* Berkaitan dengan pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan telah diterbitkan Surat Edaran Menteri Kesehatan No.1107/Menkes/E/VII/2000 yang mengatur tugas dan wewenang dekonsentrasi bidang kesehatan pada daerah provinsi sebagai wilayah administrasi dan daerah kabupaten/kota sebagai daerah otonom. Selanjutnya dalam petunjuk teknis umum tentang kebijakan dan desentralisasi bidang kesehatan yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI disebutkan bahwa desentralisasi bidang kesehatan yang luas dan utuh diletakkan di kabupaten dan kota, sedangkan desentralisasi bidang yang diberikan kepada

²⁴ Management Sciences for Health (2001). Decentralizing Health and Family Planning Services. Pp.8

provinsi bersifat terbatas²⁵. Beberapa landasan hukum tersebut memberikan kewenangan yang luas kepada pemerintah daerah kabupaten/kota untuk menyelenggarakan upaya kesehatan, mulai dari tahapan perencanaan, implementasi hingga evaluasi program.

Landasan hukum tersebut juga memberikan penekanan adanya *sharing* wewenang dan tanggung jawab dalam kegiatan perencanaan dan manajemen pembangunan termasuk penggalan dan alokasi sumber daya, dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah. Selain itu, otonomi juga menekankan signifikansi keberadaan dan kepentingan masyarakat daerah untuk menjadi *beneficiaries* dalam setiap pengaturan dan pelayanan pemerintahan. Dengan demikian kepentingan, kebutuhan, dan kondisi masyarakat merupakan pertimbangan utama bagi pemerintah daerah dalam merumuskan dan menyusun kebijakan berkaitan dengan bidang kesehatan pada umumnya dan kesehatan reproduksi pada khususnya.

Kewenangan yang dimiliki oleh pemerintah daerah dalam merancang, merumuskan dan menyusun kebijakan kesehatan reproduksi sampai pada implementasinya dengan mempertimbangkan kepentingan dan kondisi masyarakat tersebut merupakan peluang untuk merespon berbagai permasalahan berkaitan dengan kesehatan reproduksi yang dihadapi oleh daerah. Permasalahan berkaitan dengan kesehatan reproduksi yang dihadapi oleh pemerintah kabupaten/kota di beberapa lokasi studi: Kabupaten Sikka, Kabupaten Batanghari, Kota Mataram, Kota Cirebon dan Kabupaten Sidoarjo diantaranya adalah tingginya angka kematian bayi (AKB) dan kematian ibu (AKI) serta permasalahan terkait dengan penyakit menular seksual (PMS) dan kehamilan yang tidak diinginkan (aborsi).

Adanya penyerahan kewenangan dari pusat ke daerah juga memberikan kesempatan kepada pemerintah kabupaten/kota untuk menggalang partisipasi seluruh unsur masyarakat, dari tingkat *grass root*, masyarakat madani, sektor swasta dan lembaga swadaya masyarakat (LSM) untuk bersama-sama merumuskan dan menyusun kebijakan berkaitan dengan

²⁵ Departemen Kesehatan RI (2003). Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan, hal 4.

kesehatan reproduksi dan KB. Di samping itu seluruh unsur masyarakat tersebut juga diharapkan dapat berpartisipasi dalam pendanaan dan pengawasan program.

Selain itu, pergeseran dari pendekatan sentralistik ke desentralisasi membawa keuntungan-keuntungan bagi daerah karena dengan kewenangan yang baru tersebut daerah secara inovatif dapat melakukan program-program terobosan yang lebih cocok dan sesuai dengan aspirasi daerah yang bersangkutan. Apalagi selama ini, paling kurang sejak 10 tahun yang lalu, Program KB Nasional secara berangsur-angsur telah memperkenalkan prinsip penggarapan wilayah paripurna dan desentralisasi manajemen yang telah memberi peluang cukup banyak bagi daerah untuk mengelola pelaksanaan Program KB dan Kesehatan Reproduksi sesuai dengan potensi dan ciri khusus daerah masing-masing.

Dengan adanya pembagian kewenangan tersebut juga berarti bahwa mata rantai birokrasi akan berkurang, semua biaya untuk pelaksanaan pembangunan termasuk di sektor kesehatan dapat didesentralisasikan ke daerah sehingga pengelola program di daerah dapat merencanakan kegiatan sesuai dengan kondisi setempat. Pemerintah daerah akan mempunyai keleluasaan wewenang dalam menentukan skala prioritas pembangunan sesuai dengan kebutuhan daerahnya.

3.4.2 Kendala

Pelaksanaan desentralisasi memberikan peluang bagi pemerintah daerah untuk merancang dan melaksanakan program kesehatan reproduksi yang disesuaikan dengan permasalahan dan kondisi daerah. Namun demikian dalam pelaksanaannya terdapat kendala-kendala dalam memanfaatkan peluang-peluang yang ada tersebut. Kendala-kendala tersebut diantaranya adalah:

1. Adanya kontroversi antara pendekatan sentralistik dan daerah desentralis

Perubahan dari sistem yang sentralistik ke desentralisasi membawa perubahan dari pendekatan *top-down* ke pendekatan yang memberikan banyak kewenangan pada

daerah, termasuk dalam kebijakan yang menyangkut kesehatan reproduksi dan pelayanan KB. Penyerahan kewenangan pada daerah ini mempengaruhi proses penyusunan dan pelaksanaan suatu kebijakan yang ada di daerah. Dengan adanya kewenangan tersebut, pemerintah kabupaten/kota yang menentukan prioritas pembangunan yang akan dilaksanakan di daerahnya, sekaligus menyusun kebijakan serta implementasinya. Di lain pihak, selama 'era sentralisasi' pemerintah daerah bertindak sebagai pelaksana program, karena penyusunan kebijakan dan rencana implementasi program dilakukan oleh pemerintah pusat. Berkaitan dengan kebijakan kesehatan reproduksi, pemerintah pusat telah menandatangani kesepakatan ICPD dan telah mengadopsi kebijakan kesehatan reproduksi dengan menentukan lima bidang prioritas yang meliputi empat esensi dan lima komprehensif, yaitu: kesehatan ibu dan anak, termasuk pelayanan anak baru lahir, pencegahan dan komplikasi aborsi; keluarga berencana; pencegahan penyakit menular seksual dan HIV/AIDS, infeksi alat reproduksi termasuk pengelolaan infertilitas; kesehatan reproduksi remaja dan pencegahan dan pengelolaan masalah-masalah kesehatan reproduksi usia lanjut²⁶.

Bagaimanakah implementasi dari kesepakatan ICPD di masing-masing kabupaten/kota setelah pelaksanaan otonomi daerah? Studi yang dilakukan oleh PPK –LIPI selama empat tahun menunjukkan bahwa masing-masing daerah mempunyai kebijakan dan prioritas pembangunan masing-masing. Secara umum pemberian kewenangan pada daerah untuk menetapkan prioritas program pembangunan belum berdampak positif terhadap program kesehatan reproduksi, karena daerah yang bersangkutan belum melihatnya sebagai suatu program yang menjadi prioritas.

2. Perubahan struktur organisasi

Restrukturisasi dalam pemerintahan daerah dapat berdampak terhadap kelangsungan pelayanan kesehatan reproduksi. Struktur organisasi pelaksana program di daerah, seperti Dinas Kesehatan, sekarang tidak lagi baku menurut aturan pusat. Tiap daerah mempunyai wewenang untuk

²⁶ Azwar, 2001. Kebijakan Dalam Kesehatan Reproduksi. *Majalah Kesehatan Masyarakat*. Tahun VIII No. 1 hal 27-43.

memberlakukan struktur organisasi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan daerah masing-masing. Secara formal, instansi kesehatan telah menyelesaikan proses otonominya selama dua tahun, dengan telah terbentuknya instansi tunggal pengelola program kesehatan di daerah, yaitu Dinas Kesehatan. Namun secara *de facto* masih ada persoalan-persoalan yang belum terselesaikan, termasuk juga masalah kelembagaan. Menurut informasi dari berbagai narasumber ada daerah (walaupun persentasenya relatif kecil) yang tidak membentuk Dinas Kesehatan tersendiri, tetapi menggabungkannya dengan sektor lain, misalnya dengan pelayanan sosial. Keadaan ini disinyalir akan mengurangi efektifitas penanganan program-program kesehatan, termasuk kesehatan reproduksi.

Sementara itu berdasarkan Keppres No 30 Tahun 2003 desentralisasi program keluarga berencana dilakukan paling lambat akhir tahun 2003. Pada awal tahun 2004 seluruh kantor BKKBN yang ada di kabupaten/kota BKKBN di Indonesia telah diserahkan kepada pemerintah kota dan kabupaten. Dengan demikian perencanaan, pendanaan dan pengelolaan program keluarga berencana sepenuhnya menjadi wewenang dan tanggung jawab bupati dan walikota.

Pada bulan Mei tahun 2005, kantor BKKBN di 433 kabupaten/kota di seluruh Indonesia telah menjadi instansi di bawah pemerintah kota/kabupaten. Rincian dari perubahan dari instansi vertikal menjadi instansi otonomi tersebut adalah: 72 persen berdasarkan Perda dan 22 persen dibentuk dengan SK bupati/walikota dan 6 persen berupa Ranperda dan wacana. Sementara dilihat dari struktur organisasinya sebagian besar (70,7 persen) BKKBN yang ada di kabupaten/kota tersebut digabungkan dengan Dinas/Badan dari berbagai sektor yang ada di daerah. Hanya sekitar 7,2 persen yang menjadi dinas yang berdiri sendiri, 12 persen sebagai badan yang berdiri sendiri dan 10,2 persen menjadi kantor.

Instansi pelaksana kebijakan dan program kesehatan reproduksi yang utama di daerah adalah instansi kesehatan dan BKKBN. Walaupun terjadi perubahan, instansi kesehatan dipertimbangkan oleh pemerintah daerah sebagai instansi utama yang mengelola program kesehatan. Perubahan yang

terjadi di beberapa daerah umumnya merupakan dinas yang digabung dengan sektor lain seperti instansi sosial dan keluarga berencana. Namun tidak demikian halnya dengan BKKBN, setelah desentralisasi terjadi perubahan struktur organisasi. Struktur organisasi tersebut adalah Dinas, Badan dan Kantor yang utuh berdiri sendiri serta Badan atau Dinas yang merupakan gabungan dari berbagai instansi yang ada di daerah.

Perubahan struktur organisasi BKKBN yang ada di kabupaten/kota ini berpengaruh terhadap kinerja para pengelola dan petugas lapangan keluarga berencana yang ada di daerah. Studi yang dilakukan di 12 kabupaten/kota menunjukkan adanya penurunan kinerja para pengelola dan petugas lapangan instansi pengelola keluarga berencana yang telah berbentuk Dinas, Badan dan Kantor yang berdiri sendiri ataupun yang merger. Perubahan struktur ini juga mempunyai implikasi terhadap penyiapan dan kondisi sumber daya manusia pengelola keluarga berencana. Di beberapa daerah ditemui kasus-kasus di mana para pengelola program keluarga berencana di daerah tidak mempunyai latar belakang tentang keluarga berencana (berasal dari luar BKKBN). Kondisi ini mengakibatkan kinerja pengelola keluarga berencana semakin menurun. Menurunnya kinerja pengelola ini telah berdampak pada rendahnya komitmen pemerintah daerah dalam memberikan dukungan dana bagi program keluarga berencana²⁷. Rendahnya komitmen pemerintah daerah, baik komitmen politik maupun pendanaan di masa datang menjadi tantangan yang cukup besar dalam mengembangkan kebijakan kesehatan reproduksi. Di lain pihak, permasalahan kesehatan reproduksi, termasuk keluarga berencana di berbagai daerah semakin kompleks dan menuntut penanganan yang lebih serius.

3. Euforia Otonomi daerah

Pemberlakuan perundang-undangan tentang Otonomi Daerah memberikan kewenangan kepada daerah otonom untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat

²⁷ PPK-LIPI dan UNFPA, 2005. *System Analysis of BKKBN's New Role, Function and Structure Under the Decentralized System.*

sesuai dengan peraturan perundangan. Implementasi otonomi daerah ini memberikan peluang bagi daerah untuk menentukan yang terbaik bagi daerah. Dalam konteks otonomi ini, pelaksanaan otonomi daerah yang luas dan utuh diletakkan pada daerah kabupaten dan kota, sedangkan otonomi daerah propinsi merupakan otonomi yang terbatas. Hal ini membawa dampak terhadap pola hubungan antara pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/Kota dimana pemerintah provinsi tidak mempunyai hubungan hierarki dengan pemerintah kabupaten/kota.

Dalam praktiknya sering terjadi perselisihan wewenang antara pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota, dimana ujung-ujungnya disebabkan oleh 'saling berebutan' pendapatnya daerah. Tetapi kalau sudah menyangkut tanggung jawab sosial jarang menjadi barang rebutan. Misalnya, pemeliharaan fakir miskin dan jompo merupakan tanggung jawab daerah tetapi dalam praktiknya cukup banyak daerah tidak mau memberikan tanggung jawab untuk mengurusnya.

Selain itu, pemberlakuan otonomi daerah banyak berdampak terhadap program pemerintah. Euforia otonomi cenderung tidak memandang penting terhadap beberapa program yang berasal dari pusat, baik program yang sudah berjalan, apalagi program baru semacam program kesehatan reproduksi. Akhir-akhir ini ada kecenderungan program-program sosial semacam program kesehatan reproduksi tidak dianggap penting dibandingkan program-program yang menghasilkan uang, seperti program berbagai macam pajak atau program lain yang dapat menaikkan PAD daerah masing-masing. Keadaan ini menimbulkan keprihatinan kalangan luas, khususnya justru program-program yang dibutuhkan oleh masyarakat banyak, seperti program-program pendidikan, kesehatan, tidak diberikan prioritas. Kematian ibu melahirkan, HIV/AIDS dan penyakit seksual lainnya, pelayanan kesehatan, kesehatan reproduksi remaja bukan lagi menjadi masalah kota, tetapi merupakan isu yang semakin mencuat di daerah yang perlu penanganan komprehensif.

Dengan adanya euforia otonomi tersebut tidak tertutup kemungkinan bahwa keberlangsungan program kesehatan reproduksi tidak berjalan sebagaimana yang diharapkan. Pembangunan sektor kesehatan kurang mendapat prioritas

hasilnya baru dapat dilihat setelah satu generasi, tidak seperti pembangunan fisik. Akibatnya, alokasi anggaran kesehatan dan persentase anggaran kesehatan reproduksi kurang diperhatikan (Budiharsana, 2003: 6).

4. Koordinasi antar sektor yang belum terbina secara baik

Sehubungan dengan banyaknya sektor yang terkait dengan kesehatan reproduksi, dibutuhkan suatu pembagian kerja yang tegas dan jelas. Institusi yang terkait adalah Departemen Kesehatan, lembaga pengelola program keluarga berencana di daerah (BKKBN), Departemen Pendidikan, Departemen Sosial, Departemen Agama, Kementerian Peranan Wanita dan pemerintah daerah setempat. Meskipun demikian yang mempunyai peranan dan tanggung jawab besar terhadap aktifitas kesehatan reproduksi adalah Departemen Kesehatan dan lembaga pengelola program keluarga berencana di daerah (BKKBN).

BKKBN telah dikenal secara internasional akan kapasitas dan kemampuannya untuk melaksanakan mobilitas masyarakat dan kegiatan penyebaran informasi penyuluhan dan konseling. Bila dilihat dari tugasnya, BKKBN bertanggung jawab melakukan koordinasi semua aktifitas yang berhubungan dengan keluarga berencana, baik yang dilakukan oleh lembaga pemerintah maupun yang non pemerintah. Namun dalam perjalannya, tugas koordinator berkembang menjadi pelaksana (Hull and Iskandar, 1999:9). Selain itu pada tahun 1990 an, BKKBN melebarkan programnya dengan memasukkan kegiatan peningkatan kesejahteraan keluarga ke dalam programnya. Perluasan wewenang ini menimbulkan ketegangan dengan instansi lain, khususnya dengan Departemen Kesehatan.

Setelah desentralisasi, terjadi perubahan struktur kelembagaan BKKBN di daerah. Sebagian besar (72 persen) lembaga BKKBN digabung dengan sektor lain dan selebihnya menjadi Dinas, Badan dan Kantor. Perubahan struktur kelembagaan ini mempengaruhi fungsi koordinasi program keluarga berencana dari BKKBN di daerah. Struktur lembaga pengelola KB di daerah yang telah digabung (merger) dengan

instansi lain, program KB ditangani oleh Kepala Bidang. Fungsi koordinasi dengan instansi lain menjadi terganggu jika kepala lembaga yang baru tersebut bukan berasal dari BKKBN. Sementara itu fungsi koordinasi dari lembaga pengelola KB di daerah yang berbentuk kantor tidak dapat dilaksanakan, karena secara struktural kepala Kantor ada di eselon III, sementara kepala Dinas, Badan dan instansi lain yang terkait dengan program kesehatan reproduksi ada di eselon II. Koordinasi program KB oleh lembaga pengelola program KB yang berbentuk kantor hanya dapat dilakukan melalui sekretariat daerah.

Departemen kesehatan merupakan institusi yang bertanggung jawab terhadap penentuan kebijakan dan strategi kesehatan nasional, termasuk di dalamnya mengenai kesehatan ibu dan anak dan isu kesehatan reproduksi. Melalui jaringan kesehatan yang dimilikinya dari mulai tingkat desa, kecamatan, kabupaten dan tingkat propinsi, lembaga ini memberikan pelayanan langsung terhadap masyarakat. Dalam hubungannya dengan kesehatan reproduksi, secara khusus Departemen Kesehatan bertanggung jawab terhadap kesehatan ibu dan anak, pemberantasan penyakit seksual menular dan pelayanan pasca menopause untuk wanita lanjut usia.

Di lain pihak, Departemen Kesehatan yang dalam pelaksanaannya memberikan pelayanan alat kontrasepsi kepada masyarakat bersikap apatis karena tanggung jawab dan dana yang masuk untuk keluarga berencana di monopoli oleh BKKBN. Sebagai akibatnya usaha untuk meningkatkan kualitas pelayanan keluarga berencana kurang mendapat perhatian. Disatu pihak BKKBN merasa bahwa kualitas pelayanan bukan merupakan tanggung jawabnya, di pihak lain Departemen kesehatan menganggap bahwa pelayanan keluarga berencana bukan merupakan prioritas utama dalam program kesehatan.

Departemen pendidikan bertanggung jawab dalam mengelola masalah yang berhubungan dengan remaja khususnya mereka yang dibangku sekolah mengenai pendidikan seks dan kesehatan seksual yang lebih luas. Kementerian kesejahteraan rakyat bertanggung jawab terhadap masalah-masalah yang berhubungan dengan program HIV/AIDS.

Sedangkan menteri pemberdayaan perempuan bertanggung jawab mengurus hal-hal yang berhubungan dengan isu gender.

Mengingat luasnya cakupan permasalahan bidang kesehatan reproduksi diperlukan keterlibatan berbagai sektor dalam penanganannya. Oleh karena itu melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 433/1998 dibentuk Komisi Nasional Kesehatan Reproduksi. Pembentukan Komisi Nasional Kesehatan Reproduksi tersebut ditujukan untuk menangani program kesehatan reproduksi secara lintas sektoral. Pada kenyataannya tidak semudah yang diharapkan, dalam pelaksanaannya masih terdapat kesan adanya ego dari masing-masing sektor. Di samping itu, ada kesan kurang proaktif dari beberapa sektor yang diberi tanggung jawab. Tanggung jawab penanganan permasalahan kesehatan reproduksi yang dianggap berkaitan erat dengan rendahnya hak-hak kesehatan reproduksi perempuan dan ketimpangan gender tidak sepenuhnya ada pada kementerian terkait. Hal ini cenderung menimbulkan stagnasi yang berakibat kelambatan dalam menangani permasalahan kesehatan reproduksi.

5. Kemampuan keuangan daerah yang terbatas

Menurunnya kemampuan keuangan pemerintah sebagai akibat dari krisis multi-dimensional, maka alokasi dana pembangunan ke daerah (DAU) tidak sebesar sebagaimana yang diharapkan. Ada indikasi bahwa dengan berbagai alasan alokasi dana pembangunan daerah yang terbatas, telah terjadi penurunan pembiayaan di sektor kesehatan di banyak daerah menyusul pelaksanaan otonomi daerah (DepKes, Unpublished paper, 2001:4). Studi tentang struktur, peran dan fungsi BKKBN paska desentralisasi yang dilakukan oleh PPK-LIPI terhadap 12 kabupaten/kota juga menunjukkan bahwa alokasi dana untuk program keluarga berencana di daerah masih relatif kecil.

Besar kecilnya dana yang dialokasikan untuk sektor kesehatan, khususnya kesehatan reproduksi sangat tergantung antara lain pada *political will* masing-masing pemerintah daerah. Meskipun tidak dapat dipungkiri bahwa keterbatasan sumber dana yang dimiliki oleh daerah juga

berpengaruh pada kecilnya alokasi dana untuk sektor kesehatan, namun dengan *political will* yang kuat tentunya akan dapat mengatasi permasalahan dana untuk implementasi program kesehatan reproduksi. Hal ini antara lain dapat dilakukan dengan menggandeng pihak swasta, masyarakat maupun lembaga-lembaga donor. Selama ini peran swasta dalam membantu pembiayaan program kesehatan reproduksi masih terbatas. Sementara itu, peran masyarakat khususnya untuk golongan mampu masih terbatas pada pembayaran langsung atas jasa yang diterimanya sedangkan untuk mayoritas masyarakat golongan tidak mampu masih mengandalkan subsidi pemerintah.

Persoalan kurangnya dana ini akan potensial menjadi permasalahan dalam perencanaan dan implementasi program yang bersifat *problem solving*. Namun demikian, disisi lain, kurangnya dana serta sumber daya lainnya dapat dijadikan landasan pijak bagi pentingnya penerapan proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program secara matang agar supaya tujuan program dapat dicapai secara lebih efisien dan efektif.

Temuan temuan penting terkait dengan berbagai peluang dan kendala dalam perencanaan dan implementasi program Kespro diharapkan dapat dipergunakan sebagai *lesson-learned* bagi upaya advokasi untuk penyempurnaan kegiatan penyusunan kebijakan dan perencanaan program Kespro yang bersifat *problem solving*.

BAB IV

PENYUSUNAN KEBIJAKAN DAN PERENCANAAN PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI

4.1 Dinamika Mekanisme Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program Pembangunan di Daerah termasuk Program Kespro

Proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi tidak terlepas dari konteks dimana kebijakan tersebut dibuat. Diberlakukannya kebijakan otonomi daerah dan komitmen atas ratifikasi kesepakatan ICPD tahun 1994 merupakan konteks pokok dimana kebijakan kesehatan reproduksi paradigma baru disusun dan kemudian dilaksanakan oleh daerah.

Kebijakan otonomi daerah menurut UU No.22/1999 yang kemudian direvisi menjadi UU No.32/2004 serta UU No.25/1999 dengan revisi UU No.33/2004 merupakan landasan hukum bagi pembuatan kebijakan pembangunan daerah secara makro. Selain kebijakan makro tersebut, maka kebijakan nasional tentang Kesehatan Reproduksi yang sedikit banyak meratifikasi kesepakatan ICPD Cairo 1994 akan mempengaruhi kebijakan sektoral dalam program kesehatan reproduksi di daerah.

Pada bab ini akan dibahas dinamika mekanisme penyusunan kebijakan dan perencanaan program secara umum pada tingkatan kabupaten, kemudian dilanjutkan dengan uraian tentang perencanaan program di tingkat sektoral, khususnya perencanaan program Kespro, beserta kompleksitas dan realitasnya di daerah. Uraian tentang dinamika perubahan proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program pembangunan di daerah ini penting mengingat kenyataan bahwa selama kurun waktu pelaksanaan kebijakan otonomi daerah ini telah terjadi beberapa kali perubahan aturan dalam mekanisme perencanaan program pembangunan di daerah dimana perubahan tersebut akan berdampak pula pada terjadinya perubahan mekanisme perencanaan program di tingkat sektor termasuk program Kespro.

4.1.1 Proses Penyusunan Kebijakan/Program di Tingkat Kabupaten

Dengan adanya UU otonomi daerah tahun 1999 (pasal 4 ayat 1), maka antara daerah propinsi dan kabupaten/kota tidak lagi mempunyai hubungan hierarki. Masing-masing daerah secara otonom mempunyai kewenangan untuk merencanakan, melaksanakan dan mengawasi pembangunan di daerahnya. Dengan ketentuan ini maka pemerintah kabupaten/kota mempunyai keleluasaan untuk menetapkan prioritas pembangunan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang ada di daerahnya masing-masing. Agar pemerintah daerah benar-benar bisa mengambil manfaat dari momentum desentralisasi kewenangan ini maka pemerintah daerah perlu memiliki strategi pembangunan yang tepat dengan mempertimbangkan aspirasi masyarakat berkaitan dengan kebutuhan dan prioritasnya.

Dalam era otonomi daerah ini, mekanisme perencanaan pembangunan daerah masih tetap mengacu pada pendekatan *bottom-up* dan *top-down* dengan melalui proses konsultasi di berbagai tahapan perencanaan. Perubahan setelah desentralisasi adalah adanya peran dari masing-masing *stakeholders* yang semula berupa hubungan atasan-bawahan yang didominasi oleh pola instruktif, menjadi hubungan kemitraan yang sejajar dengan pola konsultatif dan koordinatif. Meskipun tidak ada lagi hubungan hierarkis, masih tetap ada hubungan koordinatif antar daerah, dan antara pusat dan daerah dalam konteks persatuan dan kesatuan bangsa. Secara skematis mekanisme perencanaan pembangunan dengan pendekatan *bottom-up* dan *top-down* dapat dilihat pada bagan 4.1.

Proses penyusunan kebijakan rencana pembangunan tahunan daerah (Repetada) di tingkat kabupaten/kota mengikuti tahapan penyusunan kebijakan pembangunan pada tingkat propinsi. Repetada tersebut merupakan dokumen perencanaan yang bersifat operasional yang memberikan arah kebijakan serta program prioritas pembangunan di daerah. Repetada ini pada akhirnya berfungsi sebagai pedoman bagi seluruh komponen pelaku pembangunan dalam melaksanakan kegiatan pembangunan baik yang dibiayai dari dana pemerintah, masyarakat, maupun swasta. Di dalam Repetada

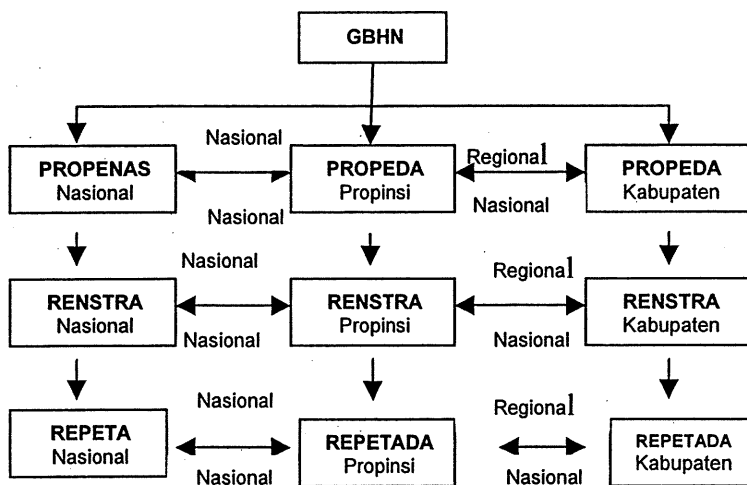
tersebut tertera strategi kebijakan pembangunan pemerintah kabupaten/kota sesuai dengan Renstrada lima tahunan yang telah dibuat oleh masing-masing pemerintah kabupaten/kota.

Pada prinsipnya proses penyusunan kebijakan pembangunan tahunan bagi semua sektor mengikuti jalur Rakorbang (Rapat Koordinasi Pembangunan). Secara prosedural mekanisme Rakorbang ini merupakan *bottom-up planning* karena penyusunan suatu kebijakan program pembangunan di tingkat kabupaten dilakukan mulai dari tingkatan lini terdepan yaitu di tingkat desa melalui mekanisme Musbangdes (Musyawarah Pembangunan Desa). Musyawarah di tingkat desa ini yang dihadiri oleh staf desa dan unsur masyarakat seperti pengurus LMD, tokoh masyarakat dan PKK merupakan awal dari proses penyusunan kebijaksanaan pembangunan yang diusulkan oleh masyarakat desa. Dalam musyawarah ini idealnya aspirasi masyarakat bisa tertampung. Akan tetapi, yang terjadi adalah aspirasi masyarakat diwakili oleh LMD yang mungkin suaranya bias sektor.

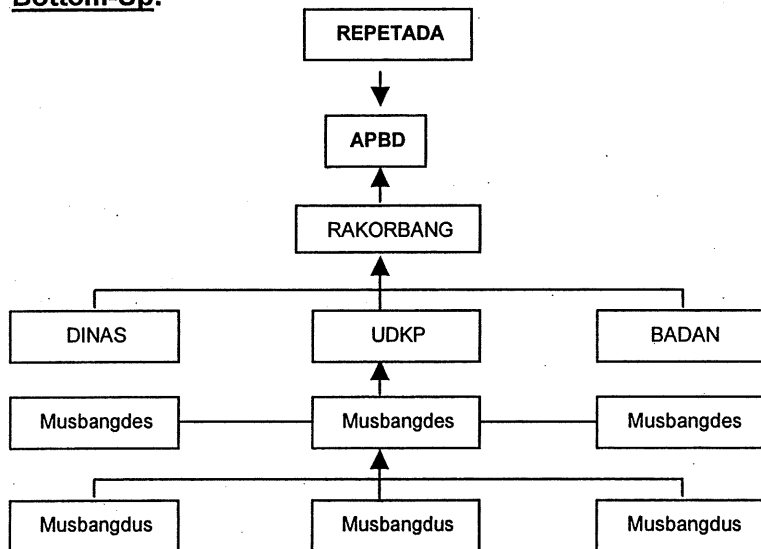
Setelah mendapat masukan dari berbagai pihak, maka usulan program yang direncanakan melalui Musbangdes ini dibawa ke tingkat kecamatan untuk dibahas lebih lanjut dalam Musrenbang tingkat kecamatan. Dalam musrenbang ini hadir perwakilan dari LPM (Lembaga Pemberdayaan Masyarakat), kepala desa, ketua RW, BPD (Badan Perwakilan Desa). Selain itu biasanya juga hadir perwakilan dari partai politik yang berdomisili di kecamatan tersebut. Dalam musrenbang tingkat kecamatan ini juga hadir wakil dari instansi terkait seperti dari Bappeda, Dinas PU Kabupaten, dan sebagainya. Kehadiran wakil dari dinas terkait ini adalah untuk mulai mensosialisasikan program pembangunan sebagaimana yang telah digariskan dalam rencana strategis pembangunan lima tahunan (Renstra). Usulan program pembangunan dari hasil musyawarah di tingkat kecamatan ini selanjutnya dibawa ke tingkat kabupaten/kota untuk dibahas dalam Rakorbang. Hadir dalam Rakorbang ini antara lain para camat, perwakilan LSM, instansi terkait serta dari unsur legislatif (pimpinan dan ketua fraksi di DPRD). Rakorbang di kabupaten/kota ini dimaksudkan untuk mempertemukan usulan dari bawah (*bottom-up planning*) dari hasil diskusi UDKP dengan program-program yang diusulkan oleh dinas terkait.

Bagan 4.1
Mekanisme *Top-Down* dan *Bottom-up*
dalam Penyusunan Kebijakan Pembangunan Daerah ²⁸

Top-Down:



Bottom-Up:



²⁸ WorldBank (2003). Decentralizing Indonesia. Pp.48

Hasil dari Rakorbang ini berupa Daftar Usulan Proyek (DUP) selanjutnya oleh Bappeda dan dengan konsultasi dengan dinas terkait dibuat skala prioritas program sesuai dengan Renstra dan ketersediaan dana pembangunan dari keuangan daerah yang bersumber dari PAD (Pendapatan asli Daerah), dana perimbangan, pinjaman daerah, dan lain-lain pendapatan daerah yang sah. Hasil lebih lanjut dari pembuatan skala prioritas ini dituangkan dalam bentuk draft awal usulan APBD (pra-APBD) yang selanjutnya akan dibahas di DPRD melalui rapat komisi, rapat panitia anggaran, selanjutnya melalui sidang pleno untuk ditetapkan sebagai APBD (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah). Rapat pembahasan APBD ini selain dihadiri oleh anggota DPRD juga dihadiri oleh Tim Asistensi dari dinas terkait (wakil eksekutif). Dalam forum ini tidak ada kesempatan bagi masyarakat untuk ikut berpartisipasi menyampaikan pendapatnya. Oleh karena itu tidak jarang usulan rencana pembangunan dari *bottom-up* tidak diakomodasi atau 'dicoret' dengan alasan keterbatasan dana.

Dari mata rantai proses perencanaan tersebut yang menarik untuk dilihat adalah bahwa tidak semua wakil dari desa yang menghadiri diskusi di tingkat kecamatan ikut serta dalam pembahasan perencanaan program di tingkat kabupaten. Oleh karena itu, bila terjadi suatu kasus dimana usulan dari desa tidak terakomodir di tingkat kabupaten, maka bisa saja terjadi salah sangka dari penduduk desa seolah-olah usulan dari desa tidak diperhatikan oleh wakil kecamatan untuk disampaikan di Rakorbang. Selain itu dengan hadirnya anggota partai (yang meskipun tidak resmi mewakili fraksi di DPRD) pada diskusi UDKP seolah-olah usulan desa sudah didengar oleh anggota DPRD. Sebagaimana yang akan dibahas lebih lanjut pada sub-bab lain, dengan dikeluarkannya Surat Edaran Mendagri No.050/987/SJ Tahun 2003 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pembangunan Partisipatif maka partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan tidak hanya sebatas tingkat desa namun ikut serta sampai tingkat kabupaten dan propinsi.

Setelah diberlakukannya UU No. 22/1999 dan revisinya UU No. 32 Tahun 2004 pada prinsipnya proses penyusunan suatu kebijakan program pembangunan di daerah alurnya masih sama dengan alur penyusunan kebijakan publik sebelum

diberlakukannya otonomi daerah dengan beberapa penyesuaian dan tambahan dokumen.

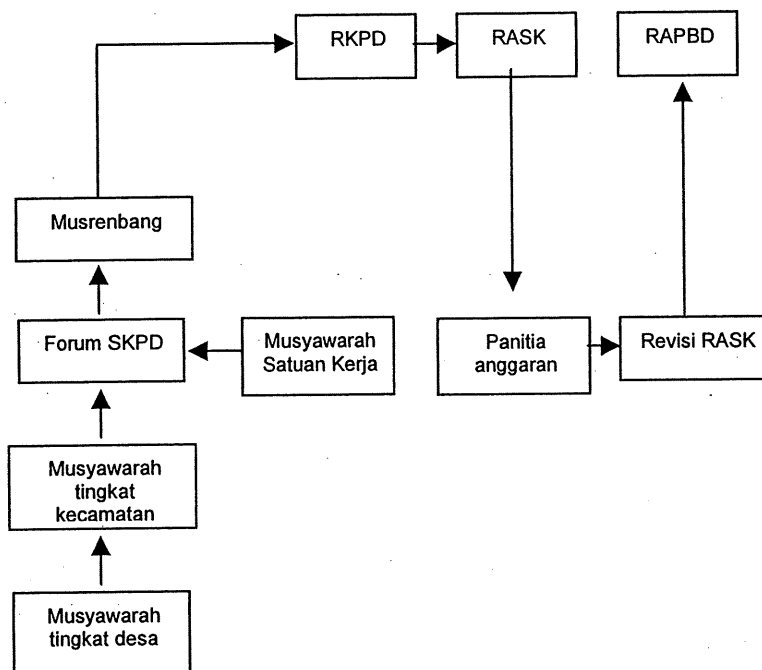
Dokumen tambahan tersebut diantaranya adalah Poldas (Pola Dasar), Properda, Renstra dan Repetada. Poldas merupakan penjabaran lebih lanjut dari pokok-pokok pikiran pembangunan nasional sebagaimana digariskan dalam Garis-Garis Besar Haluan Negara dan mengacu pada Propenas yang pada dasarnya mengandung nilai-nilai dasar dalam penentuan setiap langkah dan gerak pembangunan. Pola dasar pembangunan ini disusun untuk rentang waktu penggunaan selama 5 tahun. Tiap pemerintah propinsi menetapkan Pola Dasar Pembangunan Daerah berdasarkan peraturan daerah. Setelah pola dasar pembangunan daerah ditetapkan maka tahap selanjutnya adalah menyusun Program Pembangunan Daerah (Propeda) sebagai penjabaran dari Pola dasar Pembangunan di daerah ini. Propeda ini disusun di tingkat provinsi, kabupaten dan kota yang berisi program pembangunan dalam jangka lima tahunan. Tahap selanjutnya adalah penyusunan Rencana Strategis Pembangunan Daerah (Renstrada) sebagai rencana strategis untuk pencapaian tujuan program pembangunan daerah. Renstrada yang disusun untuk kurun waktu 5 tahun ini selanjutnya dijabarkan ke dalam Rencana Pembangunan Tahunan Daerah (Repetada) sebagai dasar penyusunan rencana pembangunan tahunan yang tercermin dalam APBD.

Semua dokumen hasil perencanaan ini digunakan sebagai bahan untuk menyusun perencanaan budget tahunan masing-masing sektor yang ada di kabupaten/kota seperti dinas, badan dan kantor. Anggaran tahunan masing-masing sektor ini kemudian dikaji oleh tim anggaran eksekutif dan panitia anggaran dari DPRD yang selanjutnya akan menjadi RAPBD.

Dengan dikeluarkannya UU No.25/2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional yang kemudian diikuti dengan keluarnya SE Bersama antara Ketua Bappenas/Menteri Negara Perencanaan Pembangunan Nasional dan Mendagri No.0259/M.PPN/I/2005 dan 050/166/SJ perihal Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Musrenbang tahun 2005, maka terjadi beberapa perubahan yang mendasar dari pola perencanaan pembangunan di daerah. Perubahan ini membuat proses penyusunan kebijakan

di daerah berubah total, seperti tidak adanya AKU (Arah Kebijakan Umum) dan Reperetada, tetapi yang disusun adalah RKPD (Rencana Kerja Pembangunan Daerah). RASK pun sebenarnya mengalami perubahan yaitu menjadi Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja (RKA-SKPD). Secara umum proses penyusunan kebijakan di Sidoarjo pada tahun 2005 dapat dilihat pada bagan 4.2 berikut.

Bagan 4.2
Alur Proses Penyusunan Kebijakan di Kabupaten Sidoarjo
Tahun 2005



Forum SKPD merupakan forum baru yang sebelumnya tidak dikenal dalam proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program menurut pola lama. Dalam forum SKPD ini dibahas hasil-hasil perencanaan program di tingkat kecamatan. Hasil diskusi ini beserta Renstra SKPD (Badan/dinas/kantor) akan dipergunakan sebagai basis bagi penetapan rencana kerja tahunan SKPD (Renja SKPD).

4.1.2 Partisipasi Masyarakat dalam Proses Penyusunan Perencanaan Pembangunan

Partisipasi *stakeholders* termasuk masyarakat dalam proses perencanaan dan implementasi pembangunan sangat diperlukan untuk menjamin transparansi dan akuntabilitas aktifitas pembangunan daerah sekaligus menjaga kesinambungan dari pembangunan tersebut. Dalam praktik perencanaan pembangunan daerah yang telah dilakukan sejak beberapa dekade yang lalu, partisipasi masyarakat dalam proses perencanaan pembangunan bukanlah sesuatu yang baru. Peraturan Mendagri No. 9 tahun 1982 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan dan Pengendalian Pembangunan di Daerah (P5D) secara jelas telah menyebutkan perlunya partisipasi masyarakat dalam proses perencanaan pembangunan. Hanya sayangnya keterlibatan aktif masyarakat tersebut hanya sampai pada tingkatan Musbangdes dan Temu Karya Pembangunan di tingkat kecamatan. Pada tahap selanjutnya aspirasi masyarakat tersebut disampaikan pada acara Rakorbang kabupaten/kota tanpa dihadiri oleh masyarakat sipil, hanya perwakilan saja. Kondisi demikian dan ditambah lemahnya efektifitas perencanaan di tingkat desa dan kecamatan membuat usulan masyarakat semakin tidak terakomodasi dalam acara rakorbang tersebut.

Dengan adanya kelemahan tersebut, pada tahun 2003 dikeluarkan Surat Edaran (SE) Mendagri No. 050/987/SJ tentang Pedoman Penyelenggaraan Forum Koordinasi Pembangunan Partisipatif (FKPP) yang bertujuan untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam proses pembangunan dan sekaligus menghasilkan berbagai kebijakan yang sesuai dengan kebutuhan dan kapasitas lokal. Atas dasar SE Mendagri ini maka partisipasi masyarakat tidak hanya sampai pada tingkat desa dan kecamatan, namun sampai pada tingkat kabupaten dan propinsi. Pada tingkat desa unsur warga seperti Badan Perwakilan Desa (BPD), LSM, dan dunia usaha sudah mulai ikut dalam proses perencanaan pembangunan. Pada tingkat kecamatan, unsur Muspika, LSM dan lain-lain ikut dalam pertemuan temu karya pembangunan. Sedangkan pada tingkat kabupaten dan propinsi, wakil perguruan tinggi, LSM, Kadin daerah ikut serta

dalam proses pembangunan ini. Dalam SE Mendagri ini juga disebutkan bahwa tanggung jawab perencanaan pembangunan tidak hanya terletak pada pemerintah saja, tetapi perlu difasilitasi oleh tim multidisiplin, seperti perguruan tinggi, LSM, dunia usaha dll. agar dapat menghasilkan rencana yang aplikatif, transparan dan menyentuh kebutuhan riil masyarakat pada umumnya.²⁹

Landasan hukum pembentukan FKPP ini tidak dituangkan dalam undang-undang, tetapi hanya dengan Surat Edaran Mendagri karena dalam era desentralisasi pemerintah pusat tidak bisa lagi 'menyeragamkan' pola perencanaan daerah, dimana masing-masing daerah memiliki kekhususan sendiri sehingga tidak bisa disamakan. Dengan demikian SE Mendagri ini bersifat himbuan agar daerah memperhatikan aspek partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan daerah. Apabila suatu daerah sudah memiliki model perencanaan yang tepat untuk daerah tersebut maka sistem perencanaan berdasar imbauan SE tersebut tidak perlu diadopsi secara penuh.

4.1.3 Perubahan Peran DPRD dalam Perencanaan Pembangunan di Daerah

Pada masa sebelum diberlakukannya undang-undang tentang otonomi daerah, peranan eksekutif sangat dominan dalam penentuan program prioritas, sebaliknya posisi dewan hanyalah sebatas melegitimasi usulan pihak eksekutif. Pada saat ini, terutama setelah diberlakukannya undang-undang otonomi daerah No. 22 tahun 1999, maka posisi legislatif menjadi kuat. Di dalam pasal 14 ayat (1) disebutkan: "*Di daerah dibentuk DPRD sebagai badan legislatif daerah dan pemerintah daerah sebagai badan eksekutif daerah*". Dalam hal ini yang dimaksud dengan pemerintah daerah adalah "*kepala daerah beserta perangkat daerah lainnya*". Selanjutnya dalam pasal 16 disebutkan bahwa kedudukan diantara kedua lembaga tersebut bersifat "*sejajar dan sekaligus mitra*".³⁰ Dari undang-undang otonomi daerah ini

²⁹ Hary Hikmat (2004). Pengarusutamaan Partisipasi Masyarakat Dalam Perencanaan Pembangunan. Pp 30-33.

³⁰ Syaukani, Afan Gaffar dan M.Ryaas Rasyid. "Otonomi daerah Dalam Negara Kesatuan" hal.192

tersirat adanya upaya membentuk pemerintahan yang demokratis dengan memberikan peluang kepada masyarakat untuk ikut serta dalam kegiatan penyusunan kebijakan daerah khususnya melalui wakil rakyat di DPRD. Dengan demikian dalam setiap pembuatan kebijakan publik pihak DPRD harus selalu diikutsertakan.

Dalam undang-undang otonomi daerah tersebut, keberadaan dewan juga dilengkapi dengan seperangkat hak-hak yang apabila dijalankan dengan baik akan mengakibatkan lembaga legislatif tersebut dapat memainkan peranan yang sangat kuat dalam menciptakan *checks and balances* dengan pihak eksekutif. Salah satu hak dewan yang sering membuat berita kontroversial di media massa adalah mengenai kewajiban dari kepala daerah untuk memberikan laporan pertanggungjawaban (LPJ) kepada DPRD pada setiap akhir tahun. Dalam hal ini DPRD mempunyai hak untuk dapat menolak LPJ kepala daerah, baik yang menyangkut pertanggungjawaban penggunaan keuangan ataupun pertanggungjawaban atas kebijaksanaan yang ditempuh oleh kepala daerah (Pasal 45 ayat 1 dan ayat 2). Dengan hak ini anggota dewan "merasa diatas angin" sehingga sering terdengar berita bahwa kepala daerah membuat semacam "*deal*" dengan anggota dewan untuk menyelamatkan LPJ-nya.

Dalam posisi demikian maka DPRD tidak lagi menjadi semacam '*rubber stamp*' dalam proses penyusunan kebijakan program yang disusun oleh pihak eksekutif tetapi ikut berperan dalam menetapkan prioritas pembangunan. Dijumpai beberapa kasus, bahwa program pra-APBD yang disusun oleh Bappeda bisa diintervensi oleh anggota dewan karena mereka mempunyai posisi tawar yang lebih kuat. Kuatnya posisi dewan dalam menentukan program pembangunan ini kemungkinan dapat dimanfaatkan oleh oknum eksekutif untuk menggunakan tangan anggota dewan dalam meng-gol-kan suatu proyek pembangunan yang diusulkan oleh pihak eksekutif. Kalau sudah demikian tidak menutup kemungkinan terjadinya praktik politik uang untuk mendapatkan suatu proyek.

Namun demikian dalam UU No. 32 Tahun 2004 hal-hal tersebut diatas sudah tidak ada lagi. Kepala daerah langsung bertanggung jawab kepada konstituen di daerahnya masing

masing. DPRD hanya berhak memberikan keterangan pertanggungjawaban tanpa menentukan diterima atau ditolaknya laporan itu.

4.1.4 Penyusunan Perencanaan Program dan Anggaran di dalam Dinas dan Badan

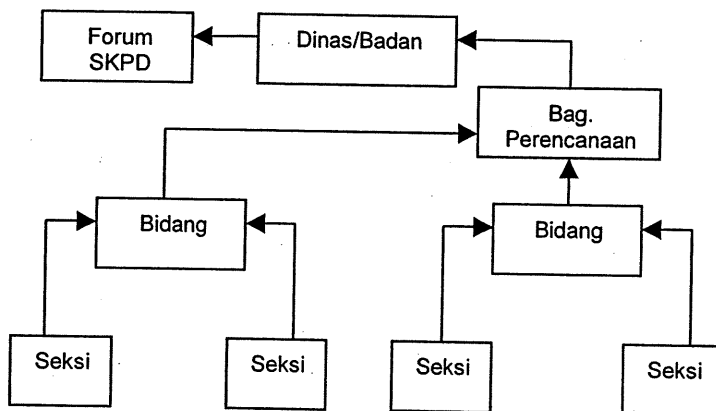
Seperti telah dikemukakan sebelumnya, bahwa setiap institusi atau unit kerja (dinas, badan dan kantor) di dalam pemerintah kabupaten/kota membuat perencanaan dan anggaran tahunan. Berkaitan dengan hal tersebut telah diterbitkan Kepmendagri No 29 tahun 2002 tentang Pedoman Pengurusan, Pertanggung Jawaban dan Pengawasan Keuangan Daerah serta tata Tata Cara Penyusunan APBD. Kepmendagri ini memperkenalkan prinsip anggaran berbasis kinerja dimana setiap daerah atau unit kerja wajib memiliki dokumen perencanaan yang terfokus dan terukur sesuai dengan visi dan misi.³¹ Dalam Kepmendagri ini ditekankan bahwa pendekatan *incremental* dan *line item* tidak lagi relevan dalam prinsip anggaran berbasis kinerja. Selama ini sistim anggaran, baik pendapatan atau belanja direncanakan dengan pendekatan *incremental*, yaitu dengan menargetkan kenaikan sebesar persentase tertentu dari jumlah alokasi tahun sebelumnya pada mata anggaran tersebut. Sedangkan pendekatan *line item*, khususnya pada pos belanja, adalah munculnya suatu mata anggaran karena sebelumnya mata anggaran tersebut telah ada, walaupun secara obyektif mata anggaran tersebut tidak dibutuhkan.

Perencanaan dan anggaran tahunan masing-masing sektor ini dinamakan RASK (Rencana Anggaran Satuan Kerja) dan digunakan sebagai dasar oleh sektor atau SKPD untuk menyusun program. Mengenai proses perencanaanya dimulai dari seksi-seksi dan diteruskan ke bidang. Dalam hal ini bidang memuat kompilasi usulan yang diajukan oleh masing-masing seksi. Seksi perencanaan yang biasanya ada dibawah bidang Tata Usaha yang bertanggung jawab menggabungkan usulan dari bidang-bidang tersebut. Bidang perencanaan ini juga mempunyai tanggung jawab mendistribusikan alokasi tentatif anggaran yang diperoleh dinas/badan/kantor. Setelah semua

³¹ Depdagri (2002). Sistem Perencanaan dan Pengendalian Pembangunan Sesuai Batas Kewenangan.

usulan program digabung oleh bagian perencanaan, kemudian diadakan pertemuan koordinasi yang bertujuan untuk mensinergikan semua usulan dari bidang agar menjadi perencanaan dinas/badan yang integratif. Sebagaimana yang telah disinggung sebelumnya, dengan mekanisme yang baru menurut Surat Edaran bersama menteri Negara Pembangunan Nasional dan Menteri dalam negeri 0259/M.PPN/2005 dan 050/166/SJ program yang dari dinas tersebut kemudian didiskusikan dalam forum SKPD dan menjadi Renja-SKPD dan draft ini akan difinalisasikan di Musrenbang Kabupaten/Kota.

Bagan 4.3
Proses Penyusunan Perencanaan di dalam
Dinas/Badan/Kantor

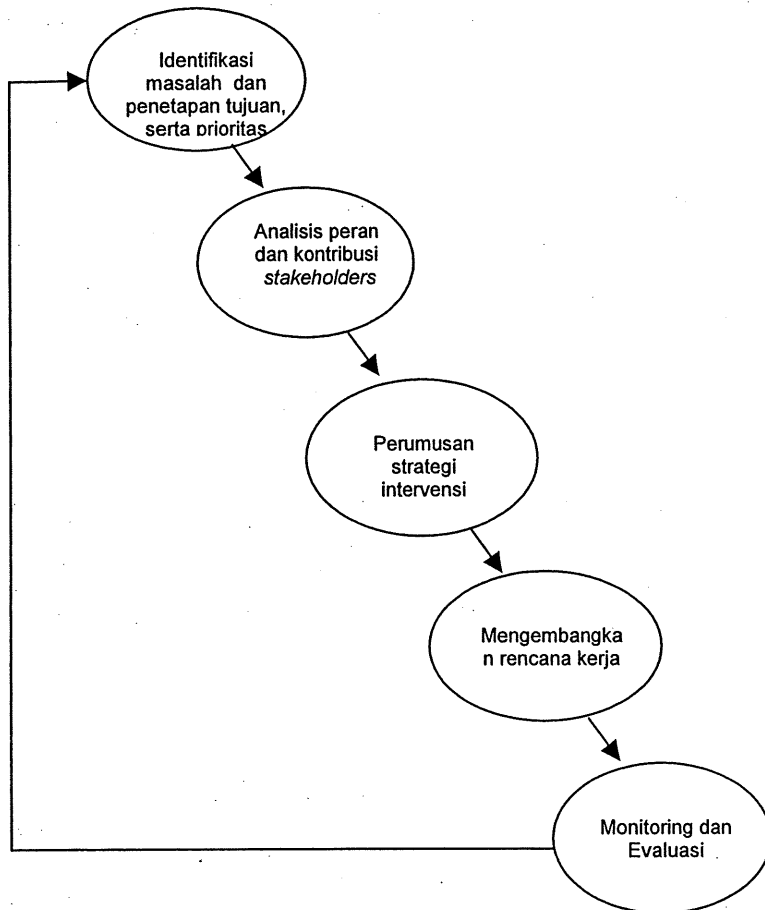


Secara umum, alur proses perencanaan pembangunan di Dinas/Badan dan Kantor ini tidak jauh berbeda jika dibandingkan dengan era sebelum desentralisasi. Di era desentralisasi partisipasi *stakeholders* lebih ditekankan dengan adanya SE Mendagri tentang pedoman penyelenggaraan Forum Koordinasi Pembangunan Partisipatif (FKPP).

Di samping mengikuti mekanisme alur perencanaan program secara bottom-up sebagaimana yang telah diatur dalam perundangan, dalam kaitannya dengan proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program kespro di tingkat sektor

(badan/dinas/kantor), perlu mengikuti kaidah teknis dalam perencanaan suatu program dengan tahapan seperti tertera pada bagan 4.4 berikut ini.

Bagan 4.4
Tahapan Proses Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan program Kesehatan Reproduksi



Seperti yang terlihat pada bagan di atas, proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program kespro dimulai dengan melakukan identifikasi masalah, penetapan tujuan, serta penentuan prioritas. Dalam hal ini, di samping perlu adanya ketersediaan data yang akurat tentang permasalahan sekitar

kespro, juga perlu ditunjang oleh keterampilan petugas perencana dalam menganalisis permasalahan dan kebutuhan masyarakat terkait dengan upaya untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat, terutama yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Setelah tahapan penting ini selesai, selanjutnya dilakukan tahapan-tahapan berikutnya hingga rencana untuk melakukan monitoring dan evaluasi program kespro. Dalam hal ini, petugas perencana harus mampu membuat kerangka kerja monitoring dan evaluasi program, termasuk dalam hal penetapan indikator-indikator, baik indikator proses maupun output untuk menilai apakah pelaksanaan program sesuai dengan prosedur dan target yang telah ditentukan. Uraian lengkap tentang kaidah normatif dalam proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program kespro ada dalam Pedoman Umum tentang Proses Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program Kespro yang dikembangkan oleh tim peneliti.

4.1.5 Kompleksitas dalam Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program Kesehatan Reproduksi di Daerah

Kebijakan kesehatan reproduksi merupakan bagian dari keseluruhan program pembangunan di daerah, oleh karena itu penyusunan kebijakan dan programnya tidak terlepas dari mekanisme umum yang terjadi di daerah. Meskipun Juklak tentang mekanisme penyusunan perencanaan program telah ada, namun dalam praktiknya tidak semudah yang dibayangkan. Ada beberapa hal yang merupakan kendala dalam implementasi proses penyusunan perencanaan program yang telah dibakukan, antara lain:

- Tidak ter-akomodasikannya perencanaan dari bawah

Mekanisme penyusunan perencanaan program pembangunan di daerah melalui *top-down* dan *bottom-up planning* memperlihatkan dengan jelas alur perencanaan dari bawah dan atas. Dalam implementasinya efektifitas mekanisme alur koordinasi dalam menangkap aspirasi lokal tentang kebutuhan pembangunan dan strateginya masih sering dipertanyakan. Hal tersebut bisa terjadi apabila pertemuan antara kebijakan dari atas (*top-down*) dengan aspirasi dari bawah (*bottom-up*)

tidak selalu bisa diakomodasi secara baik. Ini terjadi apabila intervensi kebijakan dari atas cukup kuat sementara usulan masyarakat dianggap tidak realistis sebagai akibat dari lemahnya kapasitas masyarakat untuk membuat keputusan prioritas pembangunan dengan benar. Keadaan demikian hampir ditemui di setiap daerah penelitian Kespro.

➤ Belum tersosialisasikannya Kepmendagri No 29/2002

Introduksi Kepmendagri No 29/2002 dalam implementasinya tidaklah sederhana. Selain pengenalan prinsip anggaran berbasis kinerja dengan melibatkan partisipasi masyarakat secara aktif, juga diperkenalkan model pengelolaan keuangan daerah yang berbeda dengan tahun-tahun sebelumnya. Hal ini membawa implikasi bahwa setiap perangkat daerah perlu mempunyai pemahaman yang cukup tentang perubahan tersebut, tidak hanya dari segi teknis semata, tetapi juga diperlukan perubahan *mind-set* petugas untuk menyesuaikan diri dengan aturan baru. Berbagai narasumber dari sektor utama yang menangani masalah kesehatan reproduksi seperti Dinas Kesehatan dan BKKBN di daerah mengemukakan bahwa dalam menyusun perencanaan program kesehatan, lebih sering disibukkan dengan urusan administratif penyusunan anggaran keuangan daripada memikirkan substansi dari program yang akan diusulkan. Hal tersebut terkait dengan pelaksanaan anggaran berbasis kinerja yang belum dipahami secara baik oleh para penyusun kegiatan di sektor. Selain para pembuat perencanaan di sektor yang belum memahami Kepmendagri tersebut, para perangkat daerah lainnya seperti tim anggaran Eksekutif dan legislatif juga masih kesulitan memahami sepenuhnya Kepmendagri tersebut. Akibatnya usulan perencanaan dari sektor yang diserahkan ke tim anggaran eksekutif sering berulang kali dikembalikan ke sektor untuk direvisi. Pekerjaan administratif ini sangat menyita waktu bagi perencana di sektor dan mengakibatkan substansi usulan perencanaan menjadi tidak terfokus pada program intervensi. Selain itu, kekurangpahaman aturan main yang baru tersebut juga mengakibatkan para perencana kembali pada model lama, yaitu penyusunan kegiatan dilakukan secara *incremental* (dengan persentase kenaikan tertentu), meskipun telah menggunakan kode rekening yang telah standar.

Akibat kendala SDM yang belum memahami sepenuhnya Kepmendagri yang mempengaruhi teknis penyusunan kegiatan yang berkepanjangan mengakibatkan para penyusun perencanaan di Dinas Kesehatan di berbagai daerah yang diteliti (Kota Mataram, Batanghari dan Sidoarjo) mengacu pada kebijakan/program tahun-tahun sebelumnya. Program/kebijakan pada tahun sebelumnya sepenuhnya masih mengikuti pola 'standar' yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan Pusat. Pola 'standar' ini berlaku untuk seluruh Indonesia. Oleh karena itu, dengan pola ini relatif sulit untuk mengakomodasikan program-program 'terobosan' yang disesuaikan dengan permasalahan kesehatan aktual yang dihadapi oleh pemerintah kabupaten/kota.

➤ Kendala penerapan "*evidence based planning system*"

Dengan diberlakukannya pola penyusunan program/kebijakan bidang pelayanan kesehatan yang 'standar' tersebut menjadi kurang ada 'ruang' untuk melakukan 'inovasi' penyusunan program/kebijakan dengan menjangkau aspirasi dari pelaksana pelayanan kesehatan tingkat bawah (Puskesmas, Pustu dan Bidan di Desa). Dengan pola standar dan pendekatan *incremental* basis tersebut, Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten memandang tidak terlalu penting menyediakan forum untuk melibatkan partisipasi puskesmas dan jajarannya dalam proses penyusunan kebijakan/program. Unsur yang terlibat dalam penyusunan kebijakan/program terbatas pada intern staf Dinas Kesehatan, seperti Kepala Dinas, Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Bidang dan Kasubag Perencanaan. Di lain pihak, karena selama ini belum ada forum khusus yang memberi peluang untuk terlibat dalam proses penyusunan kebijakan/program di Dinas, puskesmas dan jajarannya menganggap tidak perlu untuk ikut berpartisipasi dalam proses tersebut.

Belum dilibatkannya puskesmas dan jaringannya (pustu dan bidan di desa), pada proses penyusunan program di tingkat Dinas tersebut menempatkan posisi puskesmas hanya sebagai pelaksana program. Dalam hal ini fungsi Puskesmas sebagai lembaga yang ikut menetapkan program belum tercapai. Padahal puskesmas sebagai lini terdepan pelayanan kesehatan berpotensi mengumpulkan data dan permasalahan

kesehatan aktual yang terjadi di lapangan. Pemanfaatan data dan permasalahan aktual yang ada di lapangan dalam proses penyusunan program akan lebih memudahkan untuk menyusun program yang mengakomodasi kondisi lokal.

Kondisi seperti ini telah berdampak pada tidak efektifnya beberapa program yang dilaksanakan di tingkat puskesmas. Karena semua program dirancang secara standar dan pembiayaan dilakukan dengan sistim 'quota', padahal setiap puskesmas mempunyai permasalahan yang berbeda, maka beberapa program yang memerlukan penanganan khusus dan perlu diimbangi dengan pembiayaan yang memadai menjadi tidak tertangani secara baik. Sebaliknya, ada permasalahan pelayanan kesehatan yang sebenarnya sudah tertangani secara baik, tetapi karena ada kegiatan yang diprogramkan dan ada komponen biayanya maka kegiatan tersebut tetap harus dilaksanakan. Jika tidak dilaksanakan, maka kinerja puskesmas dianggap 'kurang baik' terutama bila dilihat dari segi indikator penyerapan dana.

Kajian yang dilakukan di beberapa puskesmas di Kota Mataram, Kabupaten Batanghari dan Sidoarjo memberikan pembelajaran bahwa nuansa 'top-down' dalam proses penyusunan program masih cukup kental. Partisipasi puskesmas dalam menyusun kebijakan/program masih sangat minim. Sebagai lembaga yang berada di lini terdepan dalam pelayanan kesehatan, puskesmas belum memainkan peran dan fungsi yang optimal. Puskesmas dipandang sebagai kepanjangan tangan yang perannya masih dalam taraf 'menyampaikan dan melaksanakan' program. Ini berarti bahwa mata rantai proses perencanaan sektor kesehatan belum terjalin secara harmonis mulai dari lini terdepan hingga kabupaten.

Selain di Dinas Kesehatan, kendala penerapan *evidence based planning* ini juga terjadi di BKKBN daerah. Setelah desentralisasi, keberlanjutan program keluarga berencana di daerah sangat ditentukan oleh komitmen pemerintah kabupaten/kota. Implikasi dari diserahkannya pengelola keluarga berencana di daerah (BKKB daerah) ke pemerintah kabupaten/kota adalah terjadinya perubahan struktur organisasi dari lembaga ini. Setiap daerah mempunyai kebijakan sendiri-sendiri dalam menentukan struktur dan

komitmen pendanaan dari lembaga KB di daerah. Dilihat dari strukturnya, sebagian besar (72 persen) lembaga KB merupakan gabungan dari berbagai sektor, selebihnya berbentuk Dinas, Badan atau kantor yang berdiri sendiri. Komitmen pendanaan dari masing-masing pemerintah daerah juga sangat bervariasi. Studi yang dilakukan oleh PPK-LIPI bekerjasama dengan UNFPA yang dilakukan di 12 kabupaten/kota mengenai struktur, fungsi dan peran BKKBN setelah didesentralisasi menunjukkan bahwa secara umum komitmen pemerintah daerah dalam mendukung pendanaan program KB dan kesehatan reproduksi masih relatif rendah. Pendanaan untuk program KB dan kesehatan reproduksi secara umum masih di bawah satu persen dari APBD. Implikasi berubahnya struktur organisasi dan masih minimnya pendanaan ini adalah menurunnya kinerja para pengelola dan petugas lapangan KB. Akibat lebih lanjut adalah terganggunya mekanisme koordinasi antara petugas lapangan yang ada di desa dengan para kader yang ada di dusun/RW dan koordinasi antara petugas lapangan di desa dan kecamatan serta petugas kecamatan dengan pengelola KB di tingkat kabupaten/kota.³²

Terganggunya mekanisme koordinasi ini mengakibatkan mekanisme *evidence based planning system* tidak bisa dilakukan secara optimal. Selama ini penyusunan perencanaan BKKBN di kabupaten/kota dilakukan selain menjangring input dari musrenbang di tingkat desa dan kecamatan juga diperoleh dari hasil mekanisme koordinasi antara petugas lapangan (PKB dan PLKB) dengan PPKBD di desa.

4.2 Realitas Proses Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program Kesehatan Reproduksi di Daerah

Bagian ini menjelaskan realitas proses penyusunan kebijakan reproduksi di daerah penelitian dalam kurun waktu 2001-2005. Karena kebijakan kesehatan reproduksi merupakan bagian dari keseluruhan program pembangunan di daerah, maka penyusunan program tidak dapat terlepas dari mekanisme

³² PPK-LIPI, 2005. System Analysis of BKKBN's New Roles, Function and Structure under the Decentralized System.

umum yang terjadi di daerah. Oleh sebab itu uraian penyusunan kebijakan reproduksi akan dikaitkan dengan penyusunan program pembangunan secara umum atau makro di daerah. Perubahan peraturan di tingkat nasional akan berdampak pada proses penyusunan kebijakan pembangunan di daerah, sehingga proses penyusunan kebijakan di daerah dapat berubah dari waktu ke waktu. Perubahan ini dapat terlihat secara jelas pada proses penyusunan program di Kabupaten Sidoarjo pada tahun 2001 dan 2005.

Selain mengikuti mekanisme penyusunan program secara umum yang diterapkan di daerah sesuai dengan per-undangan yang berlaku, dalam sub-bab ini juga akan dibahas sejauhmana proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program telah sesuai dengan kaidah normatif sebagaimana yang telah dijelaskan pada sub-bab sebelumnya.

Kabupaten Sidoarjo (Tahun 2001)

Penyusunan program pembangunan di Sidoarjo termasuk kesehatan reproduksi pada tahun 2001 dilakukan dengan melibatkan seluruh stakeholder yang ada di daerah yaitu elemen pemerintahan, LSM, swasta maupun masyarakat luas. Perencanaan program dimulai dengan adanya usulan dan masukan dari *stakeholders*, dan sebelum sebuah rencana dijadikan sebagai program terlebih dahulu diadakan audiensi dengan berbagai pihak untuk memperoleh masukan dan menjangkau aspirasi masyarakat. Mekanisme yang digunakan untuk menyusun program adalah melalui musyawarah dari tingkat desa hingga pada level kabupaten.

Meskipun telah dilakukan konsultasi publik, namun masih sebatas kepada pemberitahuan mengenai adanya suatu kegiatan dan belum benar-benar melibatkan mereka pada tahap perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Dengan demikian, forum yang digunakan lebih kepada sosialisasi suatu kegiatan daripada konsultasi yang untuk mendapatkan masukan dari pihak lain. Sedangkan pelaksanaannya lebih dilihat dari kebutuhan atau prioritas yang sudah dibuat.

Data yang diperoleh dari wawancara dengan anggota legislatif setempat menunjukkan bahwa kesehatan reproduksi lebih

diartikan sebagai kesehatan ibu. Mereka belum sampai mengartikan konsep Kespro secara benar. Hal ini membawa implikasi bahwa sosialisasi dan sekaligus advokasi tentang konsep dan program kespro masih perlu digalakkan khususnya di kalangan legislatif yang mempunyai peran penting dalam mendukung program kespro di daerah.

Program kesehatan termasuk kespro dianggap sebagai sesuatu yang '*given*' di mana pihak yang ditingkat '*bawah*' tinggal melaksanakannya. Meskipun mekanisme perencanaan program sudah melalui tingkatan paling bawah yaitu puskesmas, namun hal itu lebih dititikberatkan kepada permasalahan administratif. Belum ada tanda-tanda pentingnya peran petugas di lini terdepan dalam proses pengambilan keputusan dalam perencanaan program kespro di tingkat kabupaten. Hal ini menunjukkan bahwa pemahaman mengenai perencanaan yang betul-betul '*bottom up*' masih jauh dari yang diharapkan.

Pelaksanaan program kesehatan reproduksi memerlukan suatu kerjasama antar instansi seperti Dinas Kesehatan, BKKBN, Meneg PP, maupun LSM. Hal ini dikarenakan program Kespro memang tersebar 'kemana-mana'. Namun demikian, dalam pelaksanaannya ego sektoral masih terlihat cukup jelas, sehingga dipandang perlu adanya keterpaduan dan sinergi dalam pelaksanaan program Kespro di daerah.

Kota Pontianak, Kota Cirebon, dan Kabupaten Sikka (Tahun 2002)

Proses penyusunan kebijakan pembangunan tahunan bagi semua sektor di Kota Pontianak, Kota Cirebon dan Kabupaten Sikka dilakukan melalui jalur Rakorbang (Rapat Koordinasi Pembangunan). Secara procedural, mekanisme Rakorbang ini merupakan *bottom-up planning* karena penyusunan suatu kebijakan program pembangunan di tingkat kabupaten dilakukan mulai dari tingkatan lini terdepan yaitu di tingkat desa melalui mekanisme Musbangdes (Musyawarah Pembangunan Desa). Musyawarah di tingkat desa ini merupakan awal dari proses penyusunan kebijaksanaan pembangunan yang diusulkan oleh masyarakat desa. Setelah mendapat masukan dari berbagai pihak maka usulan program

yang direncanakan melalui Musbangdes ini dibawa ke tingkat kecamatan untuk dibahas lebih lanjut dalam diskusi UDKP (Unit Daerah Kerja Pembangunan). Dalam diskusi ini hadir perwakilan dari LPM (Lembaga Pemberdayaan Masyarakat), kepala desa, ketua RW, BPD (Badan Perwakilan Desa). Selain itu biasanya juga hadir perwakilan dari partai politik yang berdomisili di kecamatan tersebut. Dalam diskusi UDKP ini juga mulai hadir wakil dari instansi terkait seperti dari Bappeda, Dinas PU Kabupaten, dan sebagainya. Kehadiran wakil dari dinas terkait ini adalah untuk mulai mensosialisasikan program pembangunan sebagaimana yang telah digariskan dalam rencana strategis pembangunan lima tahunan (Renstra). Usulan program pembangunan dari hasil musyawarah di tingkat kecamatan ini selanjutnya dibawa ke tingkat kabupaten/kota untuk dibahas dalam Rakorbang. Hadir dalam Rakorbang ini antara lain para camat, perwakilan LSM, instansi terkait serta dari unsur legislatif (pimpinan dan ketua fraksi di DPRD). Pada saat Rakorbang ini dipertemukan antara usulan dari hasil diskusi UDKP dengan program-program yang diusulkan oleh dinas terkait.

Hasil dari Rakorbang ini selanjutnya oleh Bappeda dan dengan konsultasi dengan dinas terkait dibuat skala prioritas program sesuai dengan Renstra dan ketersediaan dana pembangunan dari keuangan daerah yang bersumber dari PAD (Pendapatan asli Daerah), dana perimbangan, pinjaman daerah, dan lain-lain pendapatan daerah yang sah. Hasil lebih lanjut dari pembuatan skala prioritas ini dituangkan dalam bentuk draft awal usulan APBD (pra-APBD) yang selanjutnya akan dibahas di DPRD melalui rapat komisi, rapat panitia anggaran, selanjutnya melalui sidang pleno untuk ditetapkan sebagai APBD (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah). Rapat pembahasan APBD ini selain dihadiri oleh anggota DPRD juga dihadiri oleh Tim Asistensi dari dinas terkait (wakil eksekutif).

Pentingnya melibatkan masyarakat dalam perencanaan program juga disadari oleh pemerintah dan pemegang kebijakan di daerah. Namun dalam pelaksanaannya keikutsertaan masyarakat belum sepenuhnya difungsikan sebagai mitra kerja. Forum konsultasi dimana suatu usulan kebijakan didiskusikan dengan mendalam bersama-sama sebelum diundangkan masih belum terlihat. Dari wawancara

mendalam dengan beberapa LSM dan akademisi di Kota Cirebon, diperoleh informasi bahwa keterlibatan mereka dalam program-program atau kebijakan yang akan dibuat pemerintah masih sangat terbatas. Pertemuan-pertemuan yang dikatakan sebagai pertemuan konsultatif untuk menyusun kebijakan atau program pada kenyataannya lebih merupakan sosialisasi. Biasanya dalam pertemuan-pertemuan tersebut dinas terkait telah siap dengan program yang telah matang disusun, sehingga masukan dari para peserta sulit untuk diakomodasi.

Untuk mengantisipasi agar kesalahan masa lalu tidak terulang, diupayakan untuk menyertakan masyarakat dalam musbangdes. Hal ini dilakukan dengan membentuk dewan desa yang anggotanya dipilih dari, oleh, dan untuk masyarakat. Ketua dewan desa tersebutlah yang diharapkan untuk aktif mengadakan pertemuan dan memimpin pertemuan-pertemuan di desa dengan mengikut sertakan kepala desa sebagai wakil pemerintah. Di atas kertas usaha tersebut tampaknya dapat mengatasi permasalahan yang timbul pada masa lalu, namun dalam pelaksanaannya tampaknya tidak dapat berjalan seperti yang diharapkan. Permasalahan yang paling mendasar adalah masalah sumber daya manusia. Meskipun bila dibandingkan dengan daerah pedesaan di kabupaten lain di wilayah Propinsi Jawa Barat, Kota Cirebon lebih maju, namun pada umumnya masyarakatnya masih cenderung pasif dan bersifat paternalistik. Hal ini sangat jelas terlihat khususnya di daerah-daerah yang belum dijangkau oleh lembaga swadaya masyarakat.

Peran seluruh komponen masyarakat sangat diperlukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat terutama dalam era otonomi daerah yang mempunyai semangat perencanaan pembangunan bersifat *bottom up*. Keterlibatan masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan dan monitoring pembangunan sangat diperlukan guna menjamin kesinambungan dan akuntabilitas program. Peran aktif masyarakat diharapkan dapat meningkatkan rasa tanggung jawab untuk sama-sama mensukseskan program yang telah disusun. Meskipun terdapat upaya untuk melibatkan seluruh stakeholder yang ada di daerah dalam menyusun program kesehatan reproduksi, namun dari informasi beberapa LSM diperoleh informasi bahwa pelibatan LSM dan stakeholder lain dalam program pemerintah belum maksimal. Salah satu

contoh konkrit tentang pembentukan komisi kesehatan reproduksi Kota Cirebon. Menurut informan, meskipun lembaganya termasuk salah satu yang diundang pada waktu pertama kali bertemu, namun keberadaan mereka hanya sekedar pelengkap peserta. Pada pertemuan tersebut pemerintah dalam hal ini BKKBN telah siap dengan susunan pokja, pengurus dan anggota komisi sementara peserta lain tidak diberitahukan terlebih dahulu substansi dari pertemuan tersebut. Hanya BKKBN yang bersifat aktif dalam pertemuan tersebut, sehingga pertemuan lebih tepat disebut sosialisasi komisi kesehatan reproduksi bentuk BKKBN. Kenyataan ini juga terjadi di daerah lain yaitu Kota Pontianak dan Kabupaten Sikka.

Kota Jambi dan Mataram (Tahun 2003)

Pada tahun 2003 penyusunan kebijakan di Mataram dimulai pada tingkatan yang paling bawah yaitu di lingkungan lurah melalui Musyawarah Pembangunan Bermitra Masyarakat (MPBM). Dalam kesempatan tersebut diadakan penjangkaran terhadap isu-isu yang muncul. Setelah permasalahan atau isu-isu tersebut tersaring kemudian di bawa ke tingkat kecamatan. Apabila sudah ada kesepakatan di tingkat kecamatan kemudian hasilnya dibawa ke tingkat kota untuk dipadukan dengan dinas atau instansi untuk dikelompok-kelompokkan. Pemilihan kelompok didasarkan pada kategori 'tidak mendesak', 'mendesak' dan 'sangat mendesak'. Selanjutnya, masalah yang dianggap sangat mendesak akan ditempatkan sebagai program prioritas.

MPBM dianggap sebagai suatu pengendalian atau suatu forum untuk menginformasikan kepada masyarakat mengenai apa yang dapat mereka tangani sehubungan dengan isu yang muncul dalam masyarakat tersebut. Forum tersebut terdiri dari masyarakat, tokoh masyarakat, tokoh agama, dan LSM. Dengan demikian maka MPBM juga merupakan agenda kemitraan antara masyarakat, pemerintah dan LSM. MPBM juga merupakan agenda kebijakan masyarakat untuk merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi suatu program. Menurut salah seorang nara sumber dari Badan Pemberdayaan Masyarakat (BPM), MPBM merupakan forum *participatory planning*. Hal ini dikarenakan melalui MPBM

tersebut masyarakat dilibatkan untuk bersama-sama mencari masalah dan penyebabnya serta mencari jalan keluarnya. Meskipun forum ini digunakan untuk membicarakan empat masalah utama yaitu bidang fisik, sosial budaya, sarana prasarana dan ekonomi, namun pada kenyataannya forum yang ada masih cenderung digunakan untuk perencanaan kegiatan yang bersifat pembinaan ekonomi pedagang kaki lima dengan jalan memberikan pembinaan modal dan penyiapan kelompok-kelompok. Partisipasi masyarakat dalam proses penyusunan kebijakan di sektor kesehatan di daerah ini nampak belum optimal. Dari hasil wawancara dengan LSM yang ada didapat informasi bahwa mereka tidak pernah diundang pada saat pihak eksekutif membuat rancangan program.

Proses penyusunan kebijakan di Kota Jambi hampir sama dengan yang dilakukan di Kota Mataram. Guna mewujudkan semangat *good governance* (tata pemerintahan yang baik) yang mengandung aspek partisipatori, usulan-usulan program dikonsultasikan dengan masyarakat madani, termasuk LSM dan akademisi. Pelibatan masyarakat madani ini dimaksudkan agar aspirasi masyarakat dapat tertampung dalam suatu kebijakan. Namun demikian, pelibatan masyarakat madani termasuk akademi nampaknya belum optimal. Di Jambi misalnya, konsep pelibatan diterjemahkan dengan menyerahkan (kontrak kerja) pembuatan rencana strategis kota kepada pihak akademisi. Demikian halnya usulan-usulan program yang diajukan oleh Dinas Kesehatan telah dikonsultasikan dengan LSM yang bergerak di bidang kesehatan. Sementara di Kota Mataram, pelibatan masyarakat madani masih terbatas mengundang untuk pertemuan tertentu tetapi sifatnya bukan untuk duduk bersama membahas usulan program tetapi lebih kepada sosialisasi rancangan program yang telah dibuat oleh pihak eksekutif. Nampaknya mekanisme konsultasi antara pihak eksekutif dengan masyarakat dalam perencanaan suatu program pembangunan belum berjalan sebagaimana mestinya.

Kalau dilihat proses penyusunan program kesehatan tersebut maka mekanismenya masih mengacu pada masa-masa sebelumnya (sebelum diberlakukannya undang-undang otonomi daerah) meskipun saat ini pihak daerah sudah mulai mempunyai wewenang lebih luas untuk menetapkan program

prioritas yang berkaitan dengan peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Dalam konteks program kesehatan reproduksi di Kota Jambi dan Kota Mataram, khususnya kegiatan yang dilakukan oleh sektor kesehatan, kebijakan dan strategi program telah mengacu kepada kebijakan pusat (Departemen Kesehatan) dimana dalam kebijakan program tersebut pemerintah pusat telah meng-adopsi hasil kesepakatan ICPD 1994. Namun demikian dalam hal operasional program di daerah, dinas kesehatan tidak bisa sepenuhnya mengacu kepada kebijakan umum program Kespro sebagaimana yang telah digariskan oleh Departemen Kesehatan, tetapi lebih berdasarkan kepada prioritas daerah sesuai dengan kemampuan anggaran daerah yang didapat melalui DAU atau sumber keuangan daerah lainnya.

Kota Mataram dan Kabupaten Batanghari (Tahun 2004)

Penyusunan program pembangunan di Kota Mataram dan Kabupaten Batanghari pada tahun 2004 dilakukan melalui prinsip anggaran kinerja. Dengan prinsip ini setiap unit kerja baik dinas maupun lembaga non-dinas, akan menyusun usulan kegiatan dan program berdasarkan pada sasaran, target dan biaya yang rasional serta sesuai dengan jenis dan fungsi alokasinya. Usulan dari satuan kerja ini akan dipergunakan sebagai salah satu acuan dalam penyusunan APBD. Dengan demikian usulan-usulan yang tidak mempunyai target dan sasaran yang jelas akan sulit untuk bisa diterima dalam konteks penyusunan anggaran berbasis kinerja. Dengan demikian anggaran berbasis kinerja dapat mengurangi titipan-titipan program yang bersifat tidak perlu dan tidak mempunyai output yang jelas tetapi hanya didasari pada kepentingan kelompok maupun politik.

Dari hasil diskusi dengan salah seorang informan kunci di Kabupaten Batanghari, proses penyusunan program pembangunan yang mengacu kepada konsep anggaran berbasis kinerja ini belum sepenuhnya dapat direalisasikan. Ada semacam resistensi dari beberapa pihak dalam menerapkan prinsip tersebut karena hal itu akan menyulitkan pihak tertentu untuk membuat atau menitipkan program yang tidak jelas tujuan serta target pencapaiannya.

Pada tingkatan dinas kesehatan, proses penyusunan perencanaan program kesehatan (tahunan) dimulai dengan adanya pemberitahuan dari bagian tata usaha sehubungan dengan penyusunan RASK (Rencana Anggaran Satuan Kerja). Pemberitahuan ini kemudian ditindaklanjuti oleh masing-masing sub-dinas yang bekerja sama dengan tim yang terdiri dari seksi-seksi untuk menyusun RASK berdasarkan contoh RASK tahun lalu. Dalam hal ini pelaku aktivitas yang umumnya dipegang oleh kepala-kepala seksi dalam sub-dinas mempunyai peranan penting dalam pembuatan usulan kegiatan program tersebut. Kegiatan ini biasanya dilakukan pada pertengahan tahun sebelum diadakan rakorbang di kabupaten.

Jika masing-masing usulan kegiatan sudah dibuat oleh kepala seksi dan sudah dikoordinasikan dengan seksi lain dalam sub-dinas maka dibuatlah RASK sub-dinas. Untuk penyusunan RASK tingkat desa, diadakan suatu pertemuan yang diselenggarakan oleh bagian perencanaan dan pelaku aktivitas. Dalam pertemuan tersebut selain dibahas usulan-usulan kegiatan sub-dinas (RASK sub-dinas). Dengan demikian pelaku aktivitas mempunyai peranan lebih aktif dalam penyusunan usulan kegiatan bila dibandingkan dengan kepala sub-dinas. Penjaringan usulan dari puskesmas dilakukan melalui mini-lokakarya, yang hasilnya dimasukkan ke dinas kesehatan. Melalui mini-lokakarya ini diharapkan selalu terdapat koordinasi antara puskesmas dengan dinas kesehatan. Namun demikian, relatif rendahnya alokasi dana untuk sektor kesehatan menjadikan masukan dari mini-lokakarya tidak sepenuhnya dapat diakomodir dalam program dinas kesehatan.

Kabupaten Sidoarjo (Tahun 2005)

Sejalan dengan mulai diberlakukannya UU No.34/2004 tentang Pemerintahan Daerah, UU No.17/2003 tentang Keuangan Negara, dan UU No.25/2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, telah membawa perubahan yang cukup besar terhadap proses perencanaan pembangunan di daerah termasuk di Kabupaten Sidoarjo. Namun demikian, secara substansi pendekatan *bottom-up* dan *top-down* planning masih tetap dijalankan hanya saja ada

sedikit perubahan mekanisme serta landasan pijak bagi penyusunan kebijakan pembangunan daerah.

Perubahan-perubahan tersebut dirasa sangat menyulitkan daerah, karena waktunya yang sangat cepat dan dapat menimbulkan pemikiran bahwa pusat sebenarnya masih bingung dalam membuat aturan-aturan tersebut. Salah satu contoh dapat adalah perencanaan pembangunan yang pada tahun 2003 menggunakan dasar Surat Edaran Mendagri No 050/987/SJ tanggal 5 Mei 2003, tentang Pedoman Penyelenggaraan Forum Koordinasi Pembangunan Partisipatif. Baru dua tahun berlaku dan daerah mulai memahami substansi pelaksanaannya pada tahun 2005 muncul lagi Surat Edaran bersama menteri Negara perencanaan pembangunan nasional/kepala Bappenas dan menteri dalam Negeri tanggal 20 Januari 2005 Nomor 0259/M.PPN/I/2005 dan 050/166/SJ perihal Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Musrenbang tahun 2005. Perubahan ini membuat proses penyusunan kebijakan di daerah berubah total, seperti tidak adanya AKU dan Repetada tetapi yang disusun adalah RKPD (Rencana Kerja Pembangunan Daerah). RASK pun sebenarnya mengalami perubahan nama, yaitu menjadi Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Pemerintah Daerah (RKA-SKPD).

Adapun mekanisme baru dalam proses perencanaan pembangunan di daerah dapat dilihat pada sub-bab sebelumnya. Musyawarah tingkat desa dan kecamatan yang dilakukan untuk menjangkau masukan/program dari bawah mempunyai pola yang sama dengan tahun 2001. Musyawarah di tingkat desa merupakan awal dari proses penyusunan kebijaksanaan pembangunan yang diusulkan oleh masyarakat desa. Setelah mendapat masukan dari berbagai pihak, maka usulan program yang direncanakan melalui forum musyawarah ini kemudian dibawa ke tingkat kecamatan untuk dibahas lebih lanjut dalam forum musyawarah tingkat kecamatan (musrenbang kecamatan). Dalam diskusi ini hadir perwakilan dari LPM (Lembaga Pemberdayaan Masyarakat), kepala desa, ketua RW, BPD (Badan Perwakilan Desa). Selain itu biasanya juga hadir perwakilan dari partai politik yang berdomisili di kecamatan tersebut. Dalam diskusi UDKP ini juga mulai hadir wakil dari instansi pemerintah kabupaten seperti Bappeda, Dinas PU Kabupaten, dan sebagainya.

Perbedaan proses penyusunan kebijakan pembangunan pada tahun 2005 dengan tahun 2001 di Sidoarjo, terjadi pada tingkat kabupaten yaitu dengan diadakannya forum satuan kerja perangkat daerah (**forum SKPD**). Forum ini berdasar pada Surat Edaran bersama Menteri Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Bappenas dan Menteri Dalam Negeri tanggal 20 Januari 2005 Nomor 0259/M.PPN/I/2005 dan 050/166/SJ perihal Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Musrenbang tahun 2005. Forum SKPD menampung hasil musyawarah tingkat desa dan kecamatan serta hasil musyawarah pada setiap unit kerja di kabupaten. Forum SKPD adalah wadah bersama antar pelaku pembangunan untuk membahas prioritas kegiatan hasil Musrenbang Kecamatan dengan SKPD atau gabungan SKPD sebagai upaya mengisi Rencana Kerja SKPD. Forum ini bertujuan untuk (a) mensinkronkan prioritas pembangunan dari berbagai kecamatan dengan Renja SKPD, (b) menetapkan prioritas kegiatan yang akan dimuat dalam Renja-SKPD, (c) menyesuaikan prioritas Renja-SKPD dengan plafon/pagu dana SKPD yang termuat dalam prioritas pembangunan daerah (sesuai Rancangan SKPD).³³

Pada tahun 2005 di Kabupaten Sidoarjo terdapat 5 forum SKPD yaitu : (1) Forum SKPD Pendidikan dan Pariwisata, Pemuda dan Olahraga, (2) Forum SKPD PU Bina Marga, PU Cipta Karya, dan PU Pengairan, (3) Forum SKPD Perindustrian, Perdagangan dan Koperasi, (4) Forum SKPD Kesehatan, BKBPMP, dan Kesejahteraan Sosial, (5) Forum SKPD Pertanian, Peternakan dan Perkebunan, dan Perikanan. Peserta forum SKPD adalah delegasi kecamatan, delegasi kelompok-kelompok masyarakat di kabupaten yang berkaitan langsung dengan fungsi SKPD (LSM, praktisi, dan akademisi). Narasumber forum SKPD adalah kepala SKPD, Pejabat Bappekab, dan anggota DPRD. Keluaran dari forum ini adalah daftar prioritas kegiatan hasil sinkronisasi dengan semua kecamatan (Renja-SKPD).

Setelah forum SKPD kemudian diadakan musyawarah rencana pembangunan di tingkat kabupaten (**Musrenbang**).

³³ Lihat SE bersama menteri Negara perencanaan pembangunan nasional/kepala Bappenas dan menteri dalam Negeri tanggal 20 Januari 2005 Nomor 0259/M.PPN/I/2005 dan 050/166/SJ perihal petunjuk teknis penyelenggaraan Musrenbang tahun 2005.

Musrenbang kabupaten adalah musyawarah stakeholder kabupaten untuk mematangkan rancangan RKPD kabupaten berdasarkan Renja-SKPD hasil forum SKPD dengan cara meninjau keserasian antara rancangan Renja-SKPD yang hasilnya digunakan untuk pemutakhiran Rencana Kerja Pembangunan Daerah (RKPD). Kegiatan prioritas RKPD menjadi rujukan utama penyusunan Rancangan Anggaran Pembangunan dan Belanja Daerah. Keluaran pelaksanaan Musrenbang kabupaten adalah kesepakatan tentang rumusan yang menjadi masukan utama untuk memutakhirkan rancangan RKPD dan rancangan Renja-SKPD, yang meliputi : (1) penetapan arah kebijakan, prioritas pembangunan, dan plafon/pagu dana, (2) Daftar prioritas kegiatan yang sudah dipilah berdasarkan sumber pembiayaan, (3) Daftar usulan kebijakan/regulasi pada tingkat pemerintah kabupaten, provinsi dan/atau pusat.

Hasil dari Musrenbang kabupaten kemudian digunakan untuk menyusun final RKPD dan Renja-SKPD, dengan cara : (1) Bappeda menyediakan informasi kepada masyarakat maupun SKPD tentang hasil akhir RKPD. Bila terdapat perbedaan antara hasil Musrenbang Tahunan Kabupaten dengan RKPD, maka Bappeda memberitahukan alasan-alasannya. (2) Bappeda menyampaikan aspirasi dari masyarakat maupun SKPD kepada bupati dan DPRD, terutama keberatan-keberatan mengenai tidak tertampungnya kegiatan-kegiatan yang berasal dari Musrenbang Kabupaten dalam rancangan APBD. RKPD kemudian digunakan sebagai rujukan utama untuk menyusun arah, strategi, dan plafon APBD. Setelah RKPD dan arah, strategi serta plafon APBD tersusun, maka satuan kerja perangkat daerah menyusun RASK yang diajukan ke panitia anggaran kabupaten. Panitia anggaran sendiri terdiri dari 11 orang yaitu Sekda selaku ketua, Bappekap selaku wakil, evaluasi dan pengendalian pembangunan, 3 asisten, Dispenda, Bagian Hukum, Banwas, dan DPRD. Revisi RASK tergantung pada kesepakatan antara panitia anggaran dan pengusul. RASK yang telah direvisi inilah yang akhirnya menjadi draft RAPBD yang kemudian diajukan ke DPRD. Setelah dibahas dan mendapat persetujuan DPRD, draft RAPBD kemudian dijadikan sebagai RAPBD kabupaten.

Penyusunan kebijakan kesehatan reproduksi di Kabupaten Sidoarjo, khususnya program Kespro dalam lingkup Dinas Kesehatan Sidoarjo pada tahun anggaran 2005 pada akhirnya juga harus mengikuti perubahan mekanisme perencanaan program yang berlaku di daerah. Secara teoritis perubahan mekanisme tersebut diharapkan akan membawa angin segar bagi terciptanya perencanaan program yang baik dan akuntabel. Namun kenyataannya tidak terjadi perubahan signifikan terhadap luaran dari proses penyusunan program tersebut. Selain faktor keterbatasan dana dalam plafon anggaran pembangunan yang sering memicu tetap diberlakukannya pola anggaran dengan sistem *incremental*, untuk merubah *mind-set* petugas ternyata tidak semudah membalik telapak tangan. Nampaknya perlu waktu cukup lama untuk menerapkan aturan yang baru. Persoalan selama ini adalah suatu aturan belum mantap dipahami oleh daerah lalu sudah berubah lagi. Jadi sebenarnya pemerintah pusat potensial menjadi sumber ketidak pastian aturan main dalam implementasi kebijakan otonomi daerah.

Kaidah normatif dalam tahapan penyusunan kebijakan dan perencanaan program Kespro di daerah

Temuan sebelumnya telah menguraikan bagaimana daerah menerapkan proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program sesuai dengan mekanisme umum tahapan perencanaan secara *bottom-up* dan *top-down*. Bagian ini lebih mengupas bagaimana daerah menerapkan kaidah normatif dalam proses perencanaan program sebagaimana yang telah dibahas pada sub-bab sebelumnya.

Telah dibahas sebelumnya bahwa penyusunan program dan anggaran dengan prinsip berbasis kinerja perlu dilakukan kajian secara matang tentang permasalahan serta tujuan yang ingin hendak dicapai sehingga output dari perencanaan program tersebut mempunyai tujuan dan target yang jelas dan terukur. Dalam hal ini penerapan kaidah normatif sebagaimana yang telah disampaikan sebelumnya (lihat Bagan 4.4 tentang Tahapan Proses Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program Kespro) menjadi sangat relevan.

Dari kajian yang dilakukan di berbagai daerah penelitian tentang penerapan kaidah normatif dalam tahapan proses perencanaan program Kespro didapat kesan bahwa kaidah normatif tersebut belum diterapkan secara komprehensif. Kebiasaan penerapan *prinsip incremental* (penyusunan program berdasar anggaran tahun lalu ditambah dengan sekian persen) dalam penyusunan program telah menyebabkan daerah kurang responsif terhadap permasalahan Kespro yang ada di masyarakat. Prinsip tersebut juga menyebabkan tidak terakomodirnya masukan dari puskesmas dan Pustu dalam perencanaan program karena sektor terutama di tingkat kabupaten telah terpaku dengan kegiatan atau program intervensi yang telah berkembang pada tahun-tahun sebelumnya. Padahal persoalan kesehatan termasuk Kespro sangat dinamis dan berubah nuansa dan kompleksitasnya dari waktu ke waktu, meskipun diakui ada beberapa intervensi strategis yang memerlukan penanganan jangka panjang.

Dalam suatu kesempatan diskusi kelompok yang dilakukan di Kota Mataram, dengan simulasi proses perencanaan program dengan menerapkan kaidah normatif didapat kesan bahwa tahapan dalam proses perencanaan program yang dilakukan selama ini belum dilakukan secara komprehensif. Para peserta diskusi kelompok mengakui bahwa tahapan proses tersebut jarang ditempuh padahal menurut mereka beberapa tahapan tersebut perlu untuk dilakukan untuk kepentingan suksesnya program Kespro.

Dalam serangkaian tahapan proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program, hal yang juga penting untuk diperhatikan adalah sejauh mana kebijakan yang telah ditentukan benar-benar dijalankan. Untuk mengetahui hal ini maka perlu dilakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program yang merupakan wujud dari implementasi kebijakan. Dari serangkaian pengamatan di lapangan didapat kesan bahwa daerah masih lemah dalam melakukan kegiatan monitoring dan evaluasi program Kespro secara umum. Kecuali untuk Audit kematian neonatal dan maternal telah dilakukan proses evaluasi secara komprehensif dengan melibatkan stakeholder terkait. Kebiasaan ini akan menjadi tradisi baik bila diterapkan pada program intervensi lainnya termasuk dalam hal monitoring proses implementasi program.

Namun demikian, sebagaimana yang telah banyak disinggung pada sub-bab sebelumnya, banyak kendala yang menyebabkan kaidah normatif dalam proses perencanaan tersebut sulit untuk diterapkan oleh daerah. Beberapa faktor penyebabnya dapat dikelompokkan kedalam faktor internal dan eksternal.

Faktor internal meliputi lemahnya kemampuan petugas dalam menerapkan kaidah normative dalam proses perencanaan program. Hal ini disebabkan oleh kebiasaan perencanaan masa lalu yang bersifat top-down dan sentralistik dimana semua kebijakan telah ditetapkan oleh pusat sehingga daerah hanya tinggal mengikuti saja. Keadaan ini menjadikan petugas kurang berinisiatif ketika kewenangan dalam perencanaan program didesentralisasikan ke daerah. Selain itu masih kuatnya ego program dan sektoral dalam perencanaan program intervensi menyulitkan koordinasi antar program, padahal program Kespro yang tersebar diberbagai sector dan program memerlukan koordinasi dan sinergi lintas program dan sektor. Dalam lingkungan internal sektor sendiri masih ditemui belum baiknya jalinan perencanaan program secara bottom-up. Sebagaimana yang telah dibahas sebelumnya, masukan penting dari puskesmas jarang diakomodir oleh pihak kabupaten sehingga luaran perencanaan program cenderung mengabaikan permasalahan aktual yang ditemui oleh pelaksana program di lini terdepan.

Persoalan eksternal meliputi kurangnya alokasi dana pembangunan untuk sektor kesehatan sehingga hal ini juga menyulitkan pihak pelaksana program untuk melakukan intervensi sesuai dengan kebutuhan dan permasalahan di lapangan. Dalam beberapa kasus, selain kurangnya dana operasional, pelayanan jasa pemeliharaan kesehatan di puskesmas misalnya, dilihat oleh daerah sebagai potensi untuk peningkatan PAD. Akibatnya puskesmas harus menyetor sebagian pendapatannya kepada pemda. Hal-hal demikian menambah peliknya upaya untuk melakukan pelayanan kesehatan yang optimal. Kebijakan perencanaan pembangunan di daerah juga mengalami beberapa perubahan mendasar. Perubahan ini tidak lain merupakan akibat dari kebijakan pemerintah pusat yang berubah-ubah pula sehingga menambah sulitnya proses perencanaan program di daerah yang memang sudah rumit. Nampaknya peningkatan

kepedulian pimpinan daerah dalam melihat pentingnya permasalahan Kespro serta peningkatan kapasitas petugas dalam perencanaan dan implementasi program merupakan salah satu solusi agar kaidah normatif dalam tahapan penentuan kebijakan dan perencanaan program dapat diterapkan oleh daerah.

Temuan-temuan tentang bagaimana daerah melakukan proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program Kespro dapat dipergunakan sebagai *lesson-learned* bagi kegiatan advokasi untuk peningkatan kepedulian masyarakat dan pemerintah terhadap permasalahan Kespro khususnya yang berkaitan dengan proses perencanaan program yang bersifat *problem solving*.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Konsep kesehatan reproduksi paradigma baru sebagai implementasi kesepakatan ICPD 1994 belum sepenuhnya mendapatkan respon dan pemahaman yang utuh di daerah. Permasalahan kespro di daerah lebih dipahami sebagai upaya kesehatan ibu dan anak, belum sampai kepada pendekatan yang lebih esensial. Hal ini akan membawa implikasi bahwa perencanaan program kespro yang pro-ICPD sulit untuk diakomodir dalam berbagai bentuk kebijakan dan program. Selain kurangnya pemahaman terhadap paradigma baru kespro, kendala lain tampak dari koordinasi antar sektor yang belum terbina baik dalam implementasi program kespro, padahal permasalahan kespro sangat kompleks dan berkaitan erat dengan berbagai program intervensi lintas sektor. Akibatnya, upaya pemecahan permasalahan kespro di daerah menjadi kurang efisien.

Pengalaman daerah dalam implementasi penyusunan kebijakan dan perencanaan program pembangunan –termasuk program kespro- menunjukkan bahwa kaidah-kaidah normatif belum dapat diterapkan secara maksimal oleh daerah. Kebiasaan penerapan *prinsip incremental* (penyusunan program berdasar anggaran tahun lalu ditambah dengan sekian persen) dalam penyusunan program menyebabkan daerah kurang responsif terhadap permasalahan kespro yang ada di masyarakat. Selain itu, masukan dari puskesmas dan puskesmas pembantu (pustu) kurang terakomodir dalam perencanaan program karena sektor terutama di tingkat kabupaten telah terpaku dengan kegiatan atau program intervensi yang telah berkembang pada tahun-tahun sebelumnya. Hal ini merupakan indikasi belum diterapkannya prinsip *evidence-based planning* dalam perencanaan program kespro, meskipun sebenarnya mekanisme mini lokakarya yang dilakukan di puskesmas berjalan cukup baik, tetapi tidak sepenuhnya bisa diadopsi dalam perencanaan di tingkat dinas karena masih berjalannya pola lama dalam penyusunan

anggaran serta masih kurangnya dukungan dana untuk menopang implementasi program sesuai kondisi/permasalahan yang dihadapi di lapangan.

Diberlakukannya kebijakan otonomi daerah sedikit banyak mempengaruhi implementasi penyusunan kebijakan dan program kespro di daerah. Penyusunan kebijakan kesehatan reproduksi di Kabupaten Sidoarjo, khususnya program Kespro dalam lingkup Dinas Kesehatan Sidoarjo pada tahun anggaran 2005 pada akhirnya juga harus mengikuti perubahan mekanisme perencanaan program yang berlaku di daerah. Secara teoritis perubahan mekanisme tersebut diharapkan akan membawa angin segar bagi terciptanya perencanaan program yang baik dan akuntabel. Namun kenyataannya, tidak terjadi perubahan signifikan terhadap luaran dari proses penyusunan program tersebut. Selain faktor keterbatasan dana dalam plafon anggaran pembangunan yang sering memicu tetap diberlakukannya pola anggaran dengan sistem *incremental*, untuk merubah *mind-set* petugas ternyata tidak semudah membalik telapak tangan. Nampaknya perlu waktu cukup lama untuk menerapkan aturan yang baru. Persoalannya selama ini adalah suatu aturan belum mantap dipahami oleh daerah lalu sudah berubah lagi dengan peraturan yang baru.

Tahapan proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program mensyaratkan berjalannya mekanisme monitoring dan evaluasi untuk melihat sejauh mana kebijakan yang telah ditetapkan benar-benar dilaksanakan. Dari berbagai temuan di lapangan menunjukkan bahwa mekanisme monitoring dan evaluasi selama ini belum berjalan dengan baik.

5.2 Saran

1. Diperlukan upaya-upaya yang lebih efektif dalam rangka sosialisasi dan advokasi kespro paradigma baru, mengingat selama 5 tahun rangkaian penelitian yang dilakukan menunjukkan masih belum dipahaminya konsep tersebut secara utuh oleh berbagai stakeholder terkait, termasuk pimpinan lembaga eksekutif dan legislatif di kabupaten/kota. Upaya sosialisasi dan advokasi ini sekaligus juga dapat dimanfaatkan sebagai media untuk

meningkatkan kesadaran akan pentingnya koordinasi lintas sektor dalam perencanaan dan implementasi program kespro.

2. Kepedulian dan komitmen pada semua tingkatan merupakan faktor kunci bagi suksesnya pelaksanaan program kespro di daerah. Upaya ini perlu didukung dengan adanya piranti legal. Sementara ini telah ada SPM bidang kesehatan yang telah dimasukkan sebagai tolok ukur untuk menilai kinerja program kesehatan termasuk kespro di daerah. Hanya sayangnya, belum semua daerah menggunakan SPM sebagai basis dalam perencanaan program. Oleh karena itu, pemerintah pusat dan provinsi perlu memfasilitasi daerah agar menggunakan SPM sebagai tolok ukur kinerja program.
3. Perlu upaya peningkatan kapasitas petugas dalam menyusun kebijakan dan perencanaan program kespro yang bersifat *problem solving* dan akuntabel. Panduan umum tentang penyusunan kebijakan dan perencanaan program kespro dapat dipakai sebagai salah satu masukan dalam kegiatan *capacity building* dimaksud.
4. Desentralisasi BKKBN yang membawa dampak terhadap perubahan kelembagaan pengelola program KB di daerah telah menyebabkan berkurangnya kinerja petugas dalam melaksanakan program kespro dalam lingkup bidang tugas BKKBN. Petugas lapangan KB (PLKB) yang merupakan ujung tombak petugas KB di lapangan perlu lebih ditingkatkan kinerjanya serta merefungsionalisasi kembali statusnya sebagai petugas lapangan KB. Hal ini mengingat kenyataannya PLKB di banyak kabupaten/kota mengalami mutasi ke instansi lain yang tidak terkait dengan fungsi BKKBN.
5. Mengingat keterbatasan kemampuan pemerintah daerah dalam pendanaan program, perlu dikembangkan program kespro yang bersifat kemitraan dengan sektor swasta, LSM, dan lembaga donor.

BIBLIOGRAFI

- Aitken, Iain W. 1998, *Decentralization and Reproductive Health*, Department of Population and International Health, Harvard School of Public Health.
- Azwar, Azrul. 2001. *Kebijaksanaan Dalam Kesehatan Reproduksi*. Majalah Kesehatan Perkotaan, Tahun VIII, No. 1 hal. 27-43.
- Biro Pusat Statistik, 1998. *Survei Demografi dan Kesehatan 1997 Indonesia*. Macro International Inc. Calverton, Maryland USA.
- BPS and ORC Macro. 2003. *Indonesia Demographic and Health Survey 2002-2003*. Jakarta : BPS and ORC Macro.
- Budiharsana, Meiwita. 2003. *Paradigama Baru Kesehatan Reproduksi: Tantangan dan Peran Pusat dan Daerah*, makalah di presentasikan dalam Kongres Nasional Jaringan Epidemiologi, Batu-Malang 30 Januari-1 Februari.
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, 2003. *Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas*. Surabaya.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, 2004. *Profil Kesehatan Kabupaten Sidoarjo Tahun 2003*. Sidoarjo.
- Departemen Kesehatan RI dan WHO, 2003. *Profil Kesehatan Reproduksi Indonesia 2003*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2003. *Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI & UNFPA. 2005. *Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia*. Jakarta.

Depdagri. 2002. *Sistem Perencanaan dan Pengendalian Pembangunan Sesuai Batas Kewenangan*.

Gani, Ascobat, 2000. *Effects of Economic Crisis on Health. Dalam Social Science Action and Partnership: Retrospective and Perspective Discourse*, editor Muhadjir Darwin dkk. Proceedings, Part 2, seminar The Fourth Asia-Pacific and Medicine Conference (APSAM), 7-11 December 1988. Yogyakarta: Population Studies Centre, Gadjah Mada University.

Hary Hikmat. 2004. *Pengarusutamaan Partisipasi Masyarakat Dalam Perencanaan Pembangunan*.

Hartono, Djoko, Sri Sunarti Purwaningsih, Widayatun. 2004. *Desentralisasi Kesehatan Reproduksi : Implikasi terhadap Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program di Daerah*. Laporan Penelitian. Jakarta : Pusat Penelitian Kependudukan (PPK-LIPI).

Jaringan Epidemiologi Nasional, 2002. *Kebijakan dalam Kesehatan Reproduksi ; Panduan untuk Anggota Legislatif di Jakarta, Bandung, Surabaya, dan Mataram*. Jakarta.

Jane T.Bertrand and Gabriela Escudero. 2002. *Compendium of Indicators for Evaluating Reproductive Health Programs*.

Keputusan Presiden Nomor 103 Tahun 2001 tentang *Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi, dan Tata Kerja Lembaga Pemerintah Non Departemen*.

Kepmendagri No 29 tahun 2002 tentang *Pedoman Pengurusan, Pertanggung Jawaban dan Pengawasan Keuangan Daerah serta Tata Cara Penyusunan APBD*.

Malarangeng, Rizal Alfian dan kawan-kawan, 2000. *Otonomi Daerah Dalam Perspektif Teoritis dan Praktis*. Yogyakarta: BIGRAF Publishing.

Pemerintah Republik Indonesia. *Peraturan Presiden Nomor 7 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) 2004-2009.*

Pemerintah Republik Indonesia. *Program Pembangunan Nasional (Propenas) tahun 2000-2004.*

Pemerintah Republik Indonesia. *Undang Undang No. 22 Tahun 1999 mengenai Pemerintahan Daerah.*

Pemerintah Republik Indonesia. *Undang Undang No. 25 Tahun 1999 mengenai Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah.*

Pemerintah Republik Indonesia. *Undang Undang No. 32 Tahun 2004 mengenai Pemerintahan Daerah (Revisi UU No. 22 Tahun 1999).*

Pemerintah Republik Indonesia. *Undang Undang No. 33 Tahun 2004 mengenai Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Revisi UU No. 25 Tahun 1999)..*

Pemerintah Republik Indonesia. *Undang-undang No. 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional.*

Pemerintah Republik Indonesia *Peraturan Presiden No. 7 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) 2005-2009*

PPK-LIPI dan UNFPA, 2005. *System Analysis of BKKBN's New Role, Function and Structure Under the Decentralized System.* Jakarta

Raharjo, Yulfita, Augustina Situmorang, Djoko Hartono, Sri Sunarti Purwaningsih, Widayatun. 2002. *Kesehatan Reproduksi dan Gender di Kabupaten Sidoarjo, Jawa Timur dan Kabupaten Timor Timur Selatan, Nusa Tenggara Timur.* Laporan Penelitian. Jakarta : Pusat Penelitian Kependudukan (PPK-LIPI).

Syahroni. 2002. *Pengertian Dasar dan Generik tentang Perencanaan Pembangunan Daerah*. Jakarta : GTZ.

Situmorang, Augustina, Djoko Hartono, Sri Sunarti Purwaningsih, Widayatun. 2002. *Implementasi Kebijakan Kesehatan Reproduksi dan Gender di Era Otonomi Daerah : Kasus Kota Pontianak, Kota Cirebon, dan Kabupaten Sikka*. Laporan Penelitian. Jakarta : Pusat Penelitian Kependudukan (PPK-LIPI).

Situmorang, Augustina, Djoko Hartono, Sri Sunarti Purwaningsih, Widayatun. 2003. *Kesehatan Reproduksi Paradigma Baru di Era Otonomi Daerah : Proses Penyusunan Kebijakan di Kota Jambi dan Kota Mataram*. Laporan Penelitian. Jakarta : Pusat Penelitian Kependudukan (PPK-LIPI).

Surat Edaran (SE) Bersama Menteri Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Bappenas dan Menteri Dalam Negeri tanggal 20 Januari 2005 Nomor 0259/M.PPN/II/2005 dan 050/166/SJ perihal *Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Musrenbang tahun 2005*.

Surat Edaran (SE) Mendagri No. 050/987/SJ tentang *Pedoman Penyelenggaraan Forum Koordinasi Pembangunan Partisipatif (FKPP)*.

Syaukani, Afan Gaffar dan M.Ryaas Rasyid. "Otonomi daerah Dalam Negara Kesatuan"

Tumkaya, Nesim, 2000. *Reproductive Health in Indonesia in Light of ICPD: Progress and Challenges*, paper presented at "The Fourth Asia Pacific Social Science and Medicine Conference", Yogyakarta 7-11 December 1998.

United Nations, 1995. *Population and Development: Program of Action adopted at "The International Conference on Population and Development"*, Cairo, 5-23 September 1994.

United Nations, 2003. *Handbook on Reproductive Health Indicators*. New York: ESCAP.

Utomo, Budi dkk, 2005. *Kesehatan Reproduksi di Indonesia : Situasi dan Tantangan*. Makalah dipresentasikan dalam Seminar "Perempuan, Pembangunan, Kesehatan, dan Lingkungan" 30 Agustus 2005. Jakarta. Jaringan Epidemiologi Nasional, Population Council, dan Ford Foundation.

Lampiran

**PEDOMAN UMUM TENTANG PENYUSUNAN KEBIJAKAN
DAN PERENCANAAN PROGRAM PEMBANGUNAN**

Studi Kasus Program Kesehatan Reproduksi

Tim Peneliti Kesehatan Reproduksi

**PUSAT PENELITIAN KEPENDUDUKAN
LEMBAGA ILMU PENGETAHUAN INDONESIA**

PPK – LIPI

2005

1. Pendahuluan

Sejak diberlakukannya undang undang tentang otonomi daerah yaitu UU.22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan UU No.25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah, paradigma pembangunan di Indonesia telah bergeser dari model pembangunan yang sentralistik menjadi desentralistik. Dengan sistem desentralistik diharapkan program pembangunan termasuk pembangunan kesehatan menjadi lebih efisien dan efektif dan dapat menyentuh kepada pemenuhan kebutuhan masyarakat setempat secara lebih tepat. Hal ini dimungkinkan karena sistem desentralistik memberi kewenangan bagi daerah untuk menentukan sendiri program serta pengalokasian dana pembangunan di daerahnya. Selain itu dengan sistem ini diharapkan program pembangunan dapat mencapai tujuan secara lebih tepat karena lebih mempertimbangkan masalah dan kebutuhan serta potensi setempat. Hal ini berbeda dengan sistem sentralistik yang cenderung mengabaikan permasalahan dan karakteristik lokal sebagai akibat dari perencanaan program yang bersifat *top down*.

Diterapkannya Undang Undang tentang Otonomi Daerah yang digulirkan pada tahun 1999 (telah di-revisi menjadi UU RI No.32 dan 33 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dan Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah) membawa berbagai konsekuensi dan perubahan. Salah satu hal yang penting adalah dengan pelaksanaan undang undang tersebut pemerintah daerah mempunyai wewenang yang lebih besar dalam merencanakan kegiatan pembangunan daerahnya termasuk dalam hal penentuan prioritas pembangunan. Masyarakat daerah merencanakan sendiri pembangunan bagi dirinya sendiri sesuai dengan karakteristik dan potensi sumber daya yang tersedia di daerah. Namun demikian, perencanaan daerah tidak terisolasi secara vertikal karena masih ada kaitannya dengan perencanaan di tingkat nasional.

Pelaksanaan undang-undang tentang otonomi daerah tersebut menyebabkan perubahan mendasar dalam tatanan pemerintahan sehingga terjadi juga perubahan peran dan fungsi birokrat mulai dari tingkat pusat sampai ke daerah. Misalnya, sebelum diberlakukannya otonomi daerah, sebagian

besar kebijakan pembangunan dirancang oleh pusat, pemerintah daerah tinggal melaksanakan kebijakan yang telah digariskan dari pusat. Dengan diberlakukannya kebijakan desentralisasi kewenangan maka peran pemerintah kabupaten/kota menjadi semakin luas termasuk dalam hal penyusunan kebijakan dan perencanaan program di daerah. Pemerintah daerah dituntut untuk mampu melaksanakan tugas-tugas yang dulunya banyak ditangani oleh pusat. Perubahan yang mendasar itu perlu didukung dengan kebijakan untuk peningkatan kapasitas agar supaya pemerintah kabupaten/kota dapat merealisasikan desentralisasi kewenangan di berbagai bidang termasuk bidang kesehatan guna mewujudkan pembangunan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan daerah.

Pedoman umum tentang penyusunan kebijakan dan perencanaan program yang disusun oleh Tim Peneliti Kesehatan Reproduksi ini bukan merupakan menu standar yang harus diadopsi oleh pemerintah kabupaten/kota tetapi lebih sebagai masukan dalam upaya peningkatan kapasitas para perencana program di daerah dalam rangka menyusun kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi yang bersifat *problem solving* dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat. Penyusunan pedoman umum ini tidak hanya didasarkan atas kajian teoritis tetapi juga memasukkan hasil temuan penelitian lapangan yang telah dilakukan sebelumnya.

2. Pengertian Kebijakan dan Perencanaan Pembangunan

Penyusunan kebijakan mempunyai kaitan yang erat dengan perencanaan program karena kebijakan akan menjadi semacam rencana induk yang akan dijadikan pedoman dalam membuat perencanaan program. Penyusunan kebijakan merupakan tahapan awal dari siklus perencanaan, dan perencana program harus menyadari pentingnya dinamika penyusunan kebijakan sebelum mereka dapat men-disain implementasi program dan prosedur evaluasi yang efektif.

Secara umum, istilah kebijakan diartikan sebagai sebuah keputusan atau sekelompok keputusan yang memberi arah bagi keputusan atau tindakan berikutnya. Kegiatan

penyusunan kebijakan (*policy setting*) terdiri dari analisa situasi (*sector analysis*), identifikasi isue atau masalah, formulasi tindakan untuk mengatasi masalah dan penilaian kelayakan tindakan/intervensi. Dalam hal ini kegiatan penyusunan kebijakan dan proses perencanaan merupakan kegiatan yang saling terkait satu sama lainnya.³⁴

Kebijakan (*policy*) dan lingkungan dimana kebijakan tersebut dirancang dan diterapkan (*policy environment*) sering dipergunakan secara bergantian. *Policy environment* merupakan faktor *intrinsic* dan sekaligus *extrinsic* dari pelaksanaan sebuah program dimana kedua faktor tersebut merupakan sebagian dari konteks sosial politik dimana program dijalankan. Kebijakan tersebut akan mempengaruhi ruang lingkup dari kegiatan program, alokasi sumber daya, dan struktur organisasi dari program tersebut.³⁵ Kebijakan (*policy*) meliputi undang-undang, peraturan, dan keputusan formal pemerintah lainnya. Kebijakan juga mencakup pedoman atau petunjuk pelaksanaan, norma, dan standar. Kebijakan ataupun lingkungan kebijakan bukanlah sesuatu yang statis tetapi selalu berubah seiring dengan respons oleh adanya perubahan dibidang politik dan ekonomi, oleh perubahan ketersediaan pembiayaan dan teknologi, serta munculnya permasalahan baru yang berhubungan dengan program intervensi. Oleh karenanya evaluasi terhadap suatu kebijakan perlu mengkaji *proses* bagaimana kebijakan tersebut dibuat atau dirubah selain dari pada kebijakan itu sendiri.

Perencanaan pada prinsipnya merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan guna memilih alternatif terbaik dari sejumlah alternatif yang ada untuk mencapai tujuan tertentu. Secara singkat perencanaan merupakan sebuah proses untuk menyiapkan sebuah rencana. Menurut Undang-Undang RI Nomor 25 Tahun 2004 (tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional), istilah Perencanaan diartikan sebagai suatu proses untuk menentukan tindakan masa depan yang tepat, melalui urutan pilihan, dengan memperhitungkan sumber daya yang tersedia.³⁶

³⁴ UNESCO (2001). EFA Planning Guide: SouthEast and East Asia: Follow-up to the World Education Forum Dakar, Senegal, April 2000. Pp.7

³⁵ Jane T. Bertrand and Gabriela Escudero (2002). Compendium of indicators for evaluating reproductive health programs, pp.31

³⁶ Undang-Undang RI Nomor 25 Tahun 2004 Bab I Pasal 1

Dalam konteks pembangunan daerah, perencanaan pembangunan daerah dapat diartikan sebagai suatu proses perencanaan pembangunan yang dimaksudkan untuk melakukan perubahan menuju arah perkembangan yang lebih baik bagi suatu komunitas masyarakat, pemerintah, dan lingkungannya dalam wilayah atau daerah tertentu, dengan memanfaatkan atau mendayagunakan berbagai sumber daya yang ada, dan harus memiliki orientasi yang bersifat menyeluruh, lengkap, tetapi tetap berpegang pada azas prioritas.³⁷

Adapun tujuan praktis dari perencanaan adalah: (a) menyusun atau membuat dokumen perencanaan (rencana) sebagai alat koordinasi bagi semua pihak/pelaku; (b) membuat arahan dan strategi bagi pelaksanaan pembangunan untuk mencapai tujuan pembangunan yang telah ditetapkan; (c) mengawasi dan mengendalikan pelaksanaan pembangunan melalui monitoring dan evaluasi; (d) memberikan umpan balik dan rekomendasi bagi perencanaan selanjutnya.³⁸ Berdasarkan pengertian dan tujuan dari perencanaan tersebut dapat ditarik beberapa esensi dari tindakan perencanaan, yaitu: (a) perumusan tujuan yang hendak dicapai; (b) pengujian atau analisis terhadap pilihan-pilihan yang tersedia; dan (c) pemilihan rangkaian tindakan atau kegiatan untuk mencapai tujuan yang telah disepakati bersama.³⁹

Ada beberapa tahapan dasar dalam kegiatan perencanaan pembangunan daerah, yaitu: (a) pemahaman daerah, (b) perumusan kebijakan, (c) penetapan rencana tindak lanjut atau program, dan (d) monitoring dan evaluasi (Syahroni, 2002: 6). *Pemahaman daerah* diperlukan untuk mengetahui atau mengidentifikasi isu-isu atau permasalahan utama daerah, potensi-potensi, serta peluang daerah untuk mendukung pembangunan. Oleh karena itu kegiatan perencanaan ini tidak bisa dilakukan dibelakang meja tanpa melakukan penelitian untuk mengetahui karakteristik masyarakat serta kompleksitas permasalahan yang ada beserta alternatif pemecahannya. *Perumusan kebijakan daerah* diperlukan sebagai dasar atau kriteria dalam

³⁷ Riyadi dan Deddy priady Bratakusumah(2003). Perencanaan Pembangunan Daerah, pp.7

³⁸ Syahroni (2002). Pengertian Dasar dan Generik Tentang Perencanaan Pembangunan Daerah. Pp.5

³⁹ Syahroni (2002). Op.cit. Pp.2

menyaring berbagai usulan program pembangunan yang tersedia. Kebijakan daerah ini biasanya disajikan dalam bentuk visi, misi, tujuan, sasaran, arah, prioritas, dan strategi pembangunan. *Penetapan rencana tindak lanjut yang berupa program atau proyek pembangunan* memuat serangkaian langkah-langkah atau strategi untuk mencapai visi, misi atau tujuan pembangunan daerah. Program atau proyek harus mempunyai tujuan dan sasaran yang jelas, prakiraan biaya, serta tahapan waktu pelaksanaannya. *Monitoring dan evaluasi* diperlukan untuk memberikan umpan balik berupa koreksi bilamana terjadi penyimpangan dalam pelaksanaan, dan berupa rekomendasi bagi penyempurnaan proses perencanaan selanjutnya.

3. Kebijakan dan Perencanaan Program Kesehatan Reproduksi

Sebelum membahas lebih lanjut tentang kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi terlebih dahulu akan dibahas apa yang dimaksud dengan istilah kesehatan reproduksi, program kesehatan reproduksi, dan mengapa program tersebut menjadi penting. Pengertian tentang kesehatan reproduksi disini akan dikaitkan dengan kesepakatan hasil ICPD tahun 1994 di Cairo yang telah diadopsi oleh pemerintah Indonesia melalui Lokakarya Nasional Kesehatan Reproduksi I di Jakarta pada tahun 1996.

Indonesia sebagai salah satu dari 179 negara yang hadir dalam Konperensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (*ICPD-International Conference on Population and Development*) tahun 1994 di Cairo telah ikut menyepakati program aksi (*programme of action*) yang merekomendasikan serangkain tujuan dan sasaran program, antara lain akses universal terhadap pendidikan khususnya mempersempit jurang perbedaan gender pada pendidikan dasar dan menengah; akses universal terhadap pelayanan kesehatan masyarakat; akses universal terhadap pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif termasuk layanan KB, penurunan

kematian bayi, anak dan ibu; serta meningkatnya angka harapan hidup.⁴⁰

Dalam konperensi tersebut juga disepakati adanya perubahan paradigma dalam pengelolaan masalah kependudukan, yaitu dari orientasi demografi beralih kepada pemenuhan kebutuhan kesehatan reproduksi setiap individu dengan memperhatikan hak-hak reproduksinya. Hal tersebut membawa implikasi bahwa setiap individu baik laki-laki maupun perempuan mempunyai hak yang sama untuk memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab mengenai jumlah anak, jarak kelahiran antar anak, serta untuk menentukan waktu melahirkan dan dimana akan melahirkan. Individu mempunyai hak untuk mendapatkan informasi yang lengkap tentang cara-cara kontrasepsi yang aman dan terjangkau, sehingga dapat memilih cara yang tepat dan disukai. Selain itu, individu juga mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik agar supaya dapat mengalami masa kehamilan yang sehat, persalinan aman, dan pada akhirnya mempunyai anak yang sehat pula.

Adapun definisi dari kesehatan reproduksi sebagaimana yang telah disepakati dalam ICPD Cairo tahun 1994 dan yang kemudian diadopsi oleh Pemerintah Indonesia, adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya.⁴¹ Di Indonesia, pelayanan kesehatan reproduksi diupayakan dengan pendekatan integratif dan diprioritaskan pada empat komponen kesehatan reproduksi yang menjadi masalah pokok di Indonesia (PKRE-Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial), yaitu: (a) Kesehatan ibu dan anak; (b) Keluarga Berencana; (c) Kesehatan reproduksi remaja; dan (d) Pencegahan dan penanggulangan infeksi saluran reproduksi, termasuk PMS-HIV/AIDS. Selain PKRE, telah disepakati pula adanya pelayanan kesehatan reproduksi yang lebih lengkap (PKRK-Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif) yang

⁴⁰ UNFPA (2003). Population, Reproductive Health and the Millenium Development Goals. How the ICPD Programme of Action Promotes Poverty Alleviation and Human Rights. Pp.10

⁴¹ Departemen Kesehatan RI (2001). Program Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan Integratif di tingkat Pelayanan Dasar. Pp.2

terdiri atas PKRE ditambah dengan kesehatan reproduksi pada usia lanjut.⁴²

Menurut WHO, tujuan dari kegiatan kesehatan reproduksi adalah untuk menjamin bahwa individu dan masyarakat dapat menjalankan hak-hak seksualitas dan reproduksinya agar supaya:⁴³

- Mengalami perkembangan seksualitas yang sehat dan mempunyai kapasitas untuk memenuhi tuntutan seksualitas dan hubungan pribadi yang setara dan bertanggung jawab,
- Mencapai jumlah anak yang diinginkan secara aman dan sehat, dalam waktu yang diinginkan dan apabila mereka memang memutuskan untuk memilikinya,
- Mencegah sakit, penyakit dan kecacatan yang berhubungan dengan seksualitas dan reproduksi dan menerima pelayanan yang tepat bilamana diperlukan,
- Bebas dari tindakan kekerasan dan praktek berbahaya yang berhubungan dengan seksualitas dan reproduksi.

Perlu disampaikan bahwa mencapai kesehatan reproduksi tidak sama dengan memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi; pelayanan memang diperlukan tetapi hal itu belum cukup untuk dapat menjamin kondisi sehat. Upaya untuk mencapai kesehatan reproduksi memerlukan berbagai intervensi tidak hanya aspek pelayanan medis namun juga tindakan preventif dan promotif. Hal ini memerlukan pendekatan multi-sektoral, disamping intervensi pelayanan kesehatan yang terfokus dan efisien.

Kebijakan Kesehatan Reproduksi dengan Paradigma Baru

Komponen-komponen program yang terdapat pada PKRE pada dasarnya bukan merupakan sesuatu hal yang baru. Namun demikian, sesuai dengan kesepakatan ICPD Cairo tahun 1994, perlu ada pendekatan baru atau yang sering disebut sebagai *Paradigma Baru Kesehatan Reproduksi*.

⁴² Ibid

⁴³ WHO (2000). A Framework to Assist Countries in the Development and Strengthening of National and District Health Plans and Programmes in Reproductive Health. Pp.2

Kebijakan umum yang diterapkan dalam kesehatan reproduksi paradigma baru adalah sebagai berikut:⁴⁴

- Mengutamakan kepentingan klien dengan memperhatikan hak reproduksi, kesetaraan dan keadilan gender.
- Menggunakan pendekatan siklus kehidupan dalam menangani masalah kesehatan reproduksi.
- Memperluas jangkauan pelayanan kesehatan reproduksi secara proaktif.
- Meningkatkan kualitas hidup masyarakat melalui pelayanan kesehatan reproduksi berkualitas.

Strategi yang diterapkan dalam melaksanakan kebijakan umum tersebut adalah sebagai berikut: ⁴⁵

1. Meningkatkan upaya advokasi dan komitmen politis di tiap tingkat administrasi untuk menciptakan suasana yang mendukung dalam pelaksanaan program kesehatan reproduksi.
2. Menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu yang merata dan sesuai dengan kewenangan di tiap tingkat pelayanan.
3. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi dengan memperhatikan kepuasan klien.
4. Mengembangkan upaya kesehatan reproduksi dengan prioritas sesuai dengan masalah spesifik daerah, minimal meliputi paket PKRE, sebagai bagian dari proses desentralisasi.
5. Menerapkan program kesehatan reproduksi melalui keterlibatan program, sektor dan pihak terkait termasuk organisasi profesi, agen donor, LSM dan masyarakat.
6. Meningkatkan kesetaraan dan keadilan gender, termasuk meningkatkan hak perempuan dalam kesehatan reproduksi.
7. Meningkatkan penelitian dan pengumpulan data berwawasan gender yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi dalam rangka mendukung kebijaksanaan program dan peningkatan kualitas pelayanan.

⁴⁴ Departemen Kesehatan RI (2001). Program Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan Integratif di tingkat Pelayanan Dasar. Pp.13

⁴⁵ Ibid

Suatu kebijakan termasuk kebijakan kesehatan reproduksi akan menjadi bermanfaat bilamana kebijakan tersebut direalisasikan dalam bentuk rencana implementasi kebijakan yang berupa program intervensi. Tanpa adanya langkah konkrit untuk mengimplementasikan kebijakan maka kebijakan tersebut hanyalah sebuah dokumen yang dibuat secara seremonial belaka.

Perencanaan Program Kesehatan Reproduksi

Seperti yang telah disebutkan kebijakan akan mempengaruhi ruang lingkup dari kegiatan program, alokasi sumber daya, dan struktur organisasi dari program tersebut. Dengan demikian, perencanaan pada dasarnya merupakan kegiatan untuk mengembangkan strategi agar kebijakan yang telah ditetapkan bisa dijalankan dengan baik.

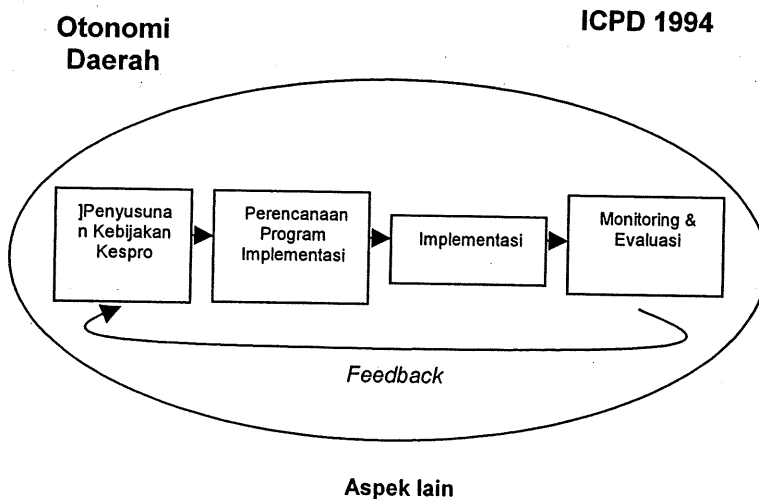
Mengacu kepada pengertian perencanaan sebagaimana yang telah disebutkan sebelumnya, maka Perencanaan Program Kesehatan Reproduksi dapat diartikan sebagai suatu tindakan pengambilan keputusan untuk memilih alternatif terbaik dari sejumlah alternatif intervensi yang ada guna mencapai tujuan kesehatan reproduksi, dengan memperhitungkan sumber daya yang tersedia. Dengan pengertian ini maka kebijakan dan sumber daya organisasi merupakan *input* bagi perencanaan program kesehatan reproduksi. Kebijakan meliputi undang-undang, peraturan, dan keputusan formal pemerintah lainnya. Kebijakan juga mencakup pedoman atau petunjuk pelaksanaan, norma, dan standar seperti standar pelayanan minimal. Sedangkan aspek sumber daya meliputi SDM, dana, dan sarana serta prasarana. Berdasarkan input yang tersedia, maka input tersebut diproses sedemikian rupa dalam serangkaian tahapan perencanaan program sehingga dihasilkan rencana yang bersifat *problem solving* untuk mengatasi berbagai permasalahan kesehatan reproduksi yang dihadapi oleh masyarakat. Dengan demikian rencana merupakan hasil dari proses perencanaan yang berisi detail dari kegiatan yang akan dilakukan guna mencapai target/tujuan. Secara spesifik rencana menjelaskan apa yang akan dicapai, kapan, bagaimana, siapa yang bertanggung jawab, serta sumber daya yang diperlukan untuk implementasi kegiatan

4. Kebijakan dan Perencanaan Program Kesehatan Reproduksi di Era Otonomi Daerah

Kesepakatan-kesepakatan yang tertuang dalam Program Aksi ICPD 1994 sebagaimana yang telah diratifikasi oleh Pemerintah Indonesia hanyalah salah satu dari berbagai aspek lingkungan yang mewarnai kebijakan dan program kesehatan reproduksi di Indonesia. Sejak diberlakukannya undang undang tentang otonomi daerah pada tahun 1999, maka kebijakan otonomi daerah menjadi faktor lingkungan penting dalam proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi di Indonesia. Dengan demikian dalam konteks adopsi kesepakatan ICPD 1994 dan implementasi kebijakan otonomi daerah, maka kedua hal tersebut merupakan konteks pokok dalam penyusunan kebijakan dan perencanaan program Kespro yang Pro-ICPD.

Secara skematis, alur penyusunan kebijakan dan perencanaan hingga implementasi program kesehatan reproduksi paradigma baru (sesuai kesepakatan ICPD 1994) pada era Otonomi Daerah dapat digambarkan sebagai berikut:

Bagan 1
Alur Proses Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Hingga Implementasi Program Kesehatan Reproduksi di Era Otonomi Daerah



Dari bagan tersebut terlihat bahwa penetapan kebijakan program dilakukan mendahului perencanaan program kesehatan reproduksi, selanjutnya kebijakan yang telah ditetapkan menjadi semacam acuan bagi penyusunan rencana program intervensi. Selanjutnya rencana program diimplementasikan dengan diiringi oleh kegiatan monitoring dan evaluasi guna memberikan masukan bagi perbaikan program yang sedang berjalan ataupun program baru yang akan dikembangkan lebih lanjut.

Introduksi Otonomi Daerah melalui Undang Undang No.22/1999 dan No.25/1999, yang kemudian direvisi menjadi UU No.32/2004 dan UU No.33/2004 tentang Pemerintahan Daerah dan Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, membawa implikasi pada perubahan kebijakan desentralisasi dari dominasi pemerintah pusat kepada pemerintah kabupaten/kota dalam mengurus persoalan rumah tangga daerah. Berdasarkan undang undang tersebut, yang memberikan kerangka dasar bagi desentralisasi politik, administrasi, dan fiskal, maka pemerintah kabupaten/kota mendapatkan limpahan wewenang berupa peran dan fungsi baru tentang urusan pemerintahan yang dulunya merupakan urusan pusat. Seluruh kewenangan pemerintah pusat, kecuali dalam bidang pertahanan nasional, hubungan internasional, kehakiman, polisi, moneter, keuangan dan agama, di-desentralisasikan kepada pemerintah kabupaten/kota. Dengan demikian pemerintah kabupaten/kota memiliki wewenang penuh dalam merencanakan kegiatan pembangunan di daerahnya termasuk dalam hal penentuan prioritas.

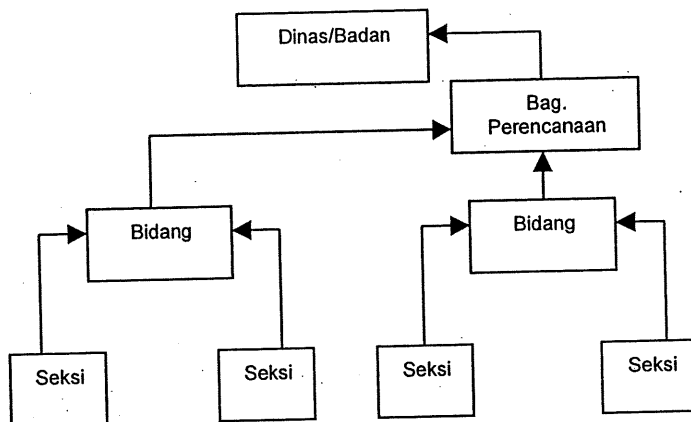
Salah satu implikasi dari desentralisasi kewenangan tersebut adalah penyusunan kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi tidak bisa hanya dilakukan oleh sektor kesehatan saja tetapi harus dikaitkan dengan kebijakan daerah secara utuh. Dengan demikian ada dua tahapan utama dalam penyusunan kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi di daerah, yaitu: perencanaan mikro yang dilakukan secara internal oleh sektor kesehatan dan perencanaan makro yang dilakukan secara integral dengan perencanaan oleh masyarakat dan semua sektor yang ada di kabupaten/kota melalui forum Musrenbang.

Perencanaan dalam lingkup internal dinas kesehatan biasanya dimulai dengan adanya pemberitahuan dari Bagian Tata Usaha sehubungan dengan penyusunan RASK (Rencana Anggaran Satuan Kerja). Pemberitahuan ini kemudian ditindak lanjuti oleh masing-masing sub dinas yang bekerja sama dengan tim yang terdiri dari seksi-seksi untuk menyusun RASK berdasarkan contoh RASK tahun yang lalu. Dalam hal ini Pelaku Aktivitas (PA) yang umumnya dipegang oleh kepala-kepala seksi dalam sub-dinas mempunyai peranan penting dalam pembuatan usulan kegiatan program tersebut. Kegiatan ini biasanya dilakukan pada pertengahan tahun sebelum diadakan Rakorbang di kabupaten.

Jika masing-masing usulan kegiatan sudah dibuat oleh kepala seksi dan sudah dikoordinasikan dengan seksi lain dalam satu sub-dinas maka dibuatlah RASK sub-dinas. Untuk penyusunan RASK tingkat Dinas, diadakan suatu pertemuan yang diselenggarakan oleh Bagian Perencanaan dan PA. Dalam pertemuan tersebut selain dibahas usulan-usulan kegiatan sub-dinas (RASK sub-dinas) juga sekaligus dibicarakan Rencana Penggunaan Uang (RPU) dari masing-masing PA. Dengan demikian PA mempunyai peranan lebih aktif dalam penyusunan usulan kegiatan bila dibandingkan dengan kepala sub-dinas.

Secara skematis alur proses penyusunan perencanaan program di dalam lingkup internal sektor, misalnya dinas kesehatan dapat digambarkan pada bagan berikut dibawah ini:

Bagan 2 Proses Penyusunan Perencanaan di dalam Internal Sektor



Hasil perencanaan program di tingkat internal sektor selanjutnya akan dibahas secara bersama dalam forum perencanaan multi-sektor yang dikoordinir oleh Bappeda.

Yang penting untuk ditekankan disini adalah bahwa sejak dikeluarkannya Kepmendagri No.29 tahun 2002 tentang Pedoman Pengurusan, Pertanggung Jawaban dan Pengawasan Keuangan Daerah, serta Tatacara Penyusunan APBD, Pelaksanaan Tatasaha Keuangan Daerah dan Penyusunan APBD), maka setiap daerah dan unit kerja daerah wajib memiliki dokumen perencanaan yang terfokus dan terukur sesuai dengan visi dan misi.⁴⁶

Mata anggaran yang akan dituangkan, hanya akan ada jika memang ada target dan sasaran yang jelas, terukur dan efisien. Dengan kata lain, anggaran disusun hanya atas dasar rencana yang objektif dan dibiayai sesuai dengan kebutuhan objektifnya. Sasaran dan target menjadi salah satu parameter kunci karena keduanya akan menjadi tolok ukur keberhasilan kinerja eksekutif yang harus dipertanggungjawabkan kepada publik dan wakilnya di lembaga legeslatif.

⁴⁶ Depdagri (2002). Sistem Perencanaan dan Pengendalian Pembangunan Sesuai Batas Kewenangan.

Ada beberapa hal baru yang di-introduksi dalam Kepmendagri 29/2002 ini antara lain: struktur anggaran daerah, proses penyusunan anggaran termasuk perubahan anggaran, prinsip-prinsip akuntansi dan manajemen keuangan daerah, laporan dan akuntabilitas keuangan daerah. Dengan Kepmendagri ini maka pendekatan *incremental* dan *line item* tidak lagi relevan dengan prinsip anggaran kinerja ini. Selama ini baik pendapatan maupun belanja direncanakan dengan pendekatan *incremental*; yakni dengan menargetkan kenaikan sebesar persentase tertentu dari jumlah alokasi tahun sebelumnya pada mata anggaran tersebut. Sedang pendekatan *line item*, khususnya pada pos belanja, adalah munculnya suatu mata anggaran karena sebelumnya mata anggaran tersebut memang ada atau dengan kata lain bukan berdasar atas kebutuhan obyektif.

Dalam kaitannya dengan struktur, jika dalam sistem penyusunan yang dulu tidak dikenal anggaran defisit (Sistem Anggaran Berimbang & Dinamis) dan sisa anggaran (SIAP) dianggap tabu, maka dalam sistem baru ini defisit anggaran merupakan konsekuensi logis dari belanja yang lebih besar dari pendapatannya.

Setiap Unit kerja; baik dinas maupun lembaga non-dinas, akan menyusun usulan kegiatan dan program dengan mendasarkan pada sasaran, target dan biaya yang rasional objektif serta sesuai dengan jenis dan fungsi alokasinya. Usulan dari satuan kerja ini akan dipergunakan sebagai salah satu acuan dalam penyusunan APBD. Dengan demikian usulan-usulan yang bersifat tidak jelas target dan sasaran yang hendak dicapai akan sulit untuk bisa diterima dalam konteks penyusunan anggaran berbasis kinerja ini.

5. Pedoman Umum Proses Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program Kesehatan Reproduksi

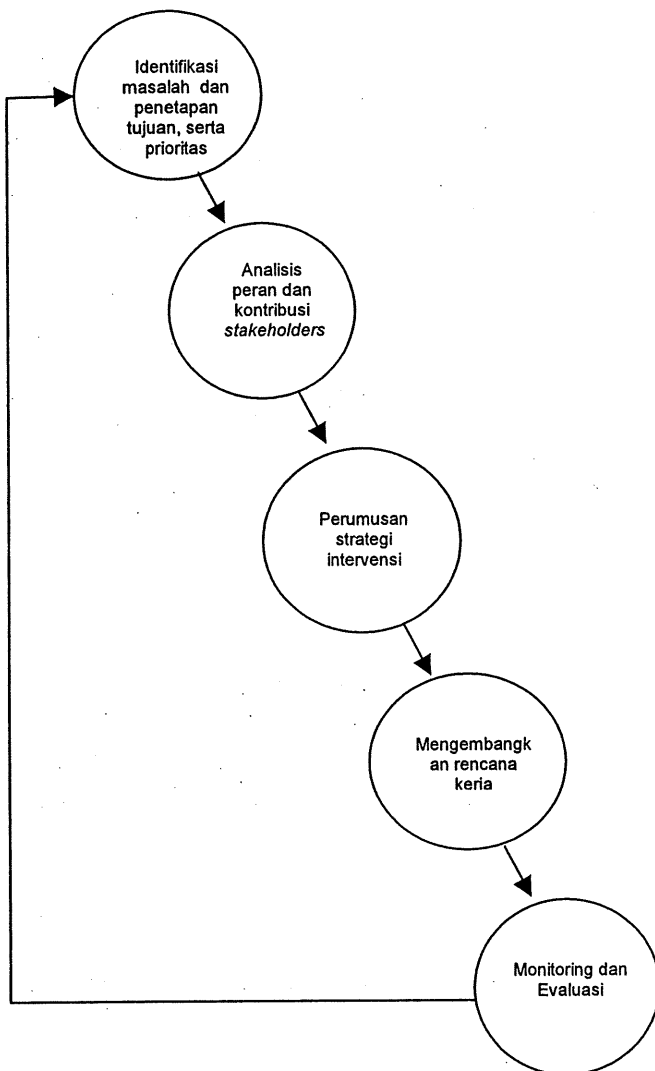
Seperti yang telah dibahas sebelumnya, perencanaan program didalam lingkup sektor/dinas dimulai dari seksi dan selanjutnya meningkat menjadi perencanaan tingkat sub-dinas dan selanjutnya menjadi bagian dari keseluruhan perencanaan program di tingkat dinas. Program Kespro di dalam lingkup dinas kesehatan biasanya terdapat dalam tingkatan sub-dinas. Proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program

Kespro pada tingkatan apapun seharusnya menerapkan prinsip atau kaidah umum dalam perencanaan suatu program. Hal ini dimaksudkan agar program yang dijalankan nantinya benar-benar bersifat *problem-solving* yang sesuai dengan kondisi dan permasalahan Kespro di daerah.

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, pedoman umum tentang tahapan yang dilalui dalam penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program Kesehatan Reproduksi yang disusun oleh Tim Peneliti LIPI ini tidak dimaksudkan sebagai pedoman standar tetapi lebih sebagai bahan masukan umum bagi para perencana di daerah dalam menyusun kebijakan dan rencana program yang akuntabel dan efektif. Inisiatif lokal untuk mengembangkan pedoman yang bersifat umum ini sangat dihargai karena bagaimanapun permasalahan serta kondisi lokal yang bersifat spesifik sangat sulit untuk diatasi dengan pedoman yang bersifat standar. Yang terpenting disini adalah bagaimana caranya agar para perencana program bisa memasukkan paradigma baru Kespro dalam proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program sehingga program yang dijalankan bisa mengadopsi kesepakatan ICPD 1994. Dalam konteks ini maka para perencana program Kespro tidak hanya perlu memahami persoalan teknis medis semata tetapi juga perlu paham tentang Kespro paradigma baru serta kemampuan dalam menerapkan prinsip normatif dalam penyusunan kebijakan dan perencanaan program Kespro.

Bagan 3 berikut menampilkan tahapan dari proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program termasuk program kesehatan reproduksi, khususnya dalam konteks perencanaan program yang disusun secara internal oleh sektor kesehatan.

Bagan 3
Tahapan Proses Penyusunan Kebijakan dan
Perencanaan Program Kesehatan Reproduksi



Penjelasan:

a. Identifikasi masalah, penetapan tujuan dan prioritas

Identifikasi masalah berdasarkan data empiris. Pentingnya masalah bisa dilihat dari prevalensi serta beratnya akibat masalah di tingkat rumah tangga dan komunitas, perhatian masyarakat, komitmen pemerintah untuk mengatasi masalah tersebut, dan ketersediaan sumber daya untuk intervensi. Berdasarkan perumusan masalah yang ada selanjutnya dibuat prioritas untuk pemecahan masalah. Informasi tentang permasalahan program dalam hal ini program Kespro bisa didapat dari laporan rutin ataupun dari hasil studi khusus yang dilakukan di daerah dimaksud.

Dalam tahapan ini sangat perlu memperhatikan masukan dari puskesmas. Sebagai 'ujung tombak' pelayanan kesehatan dasar dan kebidanan yang memberikan pelayanan langsung kepada masyarakat, Puskesmas dan jaringannya (Pustu dan Bidan di Desa) mempunyai beragam informasi mengenai berbagai permasalahan kesehatan yang langsung diterima berdasarkan informasi masyarakat maupun pengamatan di lapangan. Puskesmas yang berada pada lini terdepan pelaksana program, juga berpotensi mendapatkan informasi langsung dari lapangan mengenai berbagai faktor yang menjadi kendala dan pendorong berhasilnya suatu program kesehatan. Berdasarkan semua informasi tersebut puskesmas dapat memetakan berbagai permasalahan kesehatan yang ada di lapangan. Dengan kapasitas puskesmas sebagai penyedia layanan kesehatan sekaligus sebagai salah satu stakeholders penghasil data dan informasi kesehatan masyarakat, maka peranan puskesmas dalam perencanaan, monitoring, dan evaluasi program kesehatan menjadi sangat penting.

b. Analisis peran dan kontribusi *stakeholders*

Analisa stakeholders dimaksudkan untuk mengetahui potensi, baik yang bersifat mendukung ataupun yang tidak mendukung kebijakan Kespro. Ini penting sebagai strategi untuk suksesnya pelaksanaan program Kespro. Hal pertama yang dilakukan

dalam hal ini adalah pemetaan siapa saja yang termasuk stakeholders Kespro, selanjutnya dilakukan analisis terhadap potensi dari stakeholders tersebut. Masukan ini dapat dipergunakan untuk menggalang potensi positif stakeholders pendukung serta bagaimana mengurangi potensi negatif dari beberapa stakeholders yang tidak mendukung.

c. Perumusan strategi intervensi

Setelah masalah dan prioritas telah ditetapkan selanjutnya perlu disusun strategi intervensi sesuai dengan prioritas tersebut. Dalam hal ini perencana harus mampu untuk mengumpulkan informasi tentang intervensi yang potensial dan operasional. Perencana perlu menilai kebutuhan dan ketersediaan sumber daya untuk intervensi. Penting juga dilihat dokumen peraturan daerah, baik yang mendukung ataupun yang tidak mendukung bagi upaya peningkatan kesehatan reproduksi masyarakat.

d. Mengembangkan rencana kerja

Setelah dilakukan pemilihan kegiatan intervensi untuk mengatasi masalah yang telah diprioritaskan, maka selanjutnya dibuat rencana kerja intervensi secara detail dan berdasarkan jadwal kerja yang realistis. Bilamana intervensi melibatkan berbagai program atau sub program maka perlu dibuat rencana untuk koordinasi diantara program atau sub-program tersebut.

e. Monitoring & Evaluasi

Perlu dibuat rencana monitoring dan evaluasi program untuk perbaikan program yang sedang berjalan ataupun dimasa datang. Dalam penyusunan rencana monitoring dan evaluasi ini perlu dikembangkan indikator untuk menilai keberhasilan program kesehatan reproduksi.

