

**DESENTRALISASI KESEHATAN REPRODUKSI:
*Implikasi Terhadap Penyusunan Kebijakan
dan Perencanaan Program di Daerah***

Oleh :
Djoko Hartono
Sri Sunarti Purwaningsih
Widayatun



PUSAT PENELITIAN KEPENDUDUKAN
LEMBAGA ILMU PENGETAHUAN INDONESIA
(PPK - LIPI) 2004

A B S T R A K

Desentralisasi pelayanan publik merupakan salah satu upaya penting untuk mengatasi berbagai permasalahan akibat perencanaan berdasar sistem sentralistik, seperti rendahnya tingkat partisipasi masyarakat, kurang terciptanya *good governance*, serta inefisiensi pelayanan publik. Dengan diterapkannya kebijakan desentralisasi diharapkan mendorong terciptanya efisiensi, lebih responsif terhadap permasalahan lokal, serta meningkatnya partisipasi aktif masyarakat dalam penyediaan pelayanan publik.

Penerapan kebijakan desentralisasi pelayanan public termasuk sektor kesehatan melalui Undang Undang Otonomi Daerah antara lain membawa implikasi bahwa pemerintah Kota/Kabupaten mempunyai kewenangan luas dalam menyelenggarakan upaya kesehatan, mulai dari tahapan perencanaan, implementasi hingga evaluasi program. Dengan desentralisasi kesehatan ini pemerintah daerah diharapkan dapat menyusun sistem kesehatan, melakukan bimbingan dan pengendalian upaya kesehatan, serta dituntut untuk mengoptimalkan seluruh potensi yang ada di daerah untuk kepentingan kesejahteraan masyarakat. Adanya tuntutan terhadap pembangunan untuk peningkatan kesejahteraan masyarakat disatu sisi dan fakta akan keterbatasan sumber daya pemerintah daerah untuk memberikan pelayanan yang terbaik kepada masyarakatnya, menjadi dasar akan pentingnya pembuatan kebijakan dan perencanaan pelayanan kesehatan yang baik. Termasuk dalam hal ini adalah pembuatan kebijakan yang menguntungkan bagi masyarakat miskin (*pro-poor policy*) yang selama ini terpinggirkan dari akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Permasalahannya adalah tidak mudah bagi daerah untuk memformulasikan kebijakan dan membuat rencana yang baik, mengingat adanya berbagai kendala yang membuat perencanaan dan implementasi program pelayanan menjadi kurang efektif.

Penelitian yang dilakukan di dua tempat ini, yaitu di Kota Mataram (NTB) dan di Kabupaten Batang Hari (Jambi) ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran mengenai bagaimana strategi pemerintah daerah dalam membuat kebijakan program kesehatan reproduksi. Kajian studi ditekankan pada aspek proses pembuatan kebijakan dan perencanaan kesehatan reproduksi khususnya dalam konteks otonomi daerah. Beberapa factor yang ikut berperan dalam pembuatan kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi dikaji dalam penelitian ini. Bagaimana pengaruh desentralisasi kelembagaan BKKBN terhadap keberlangsungan program KB di daerah serta bagaimana pemerintah daerah memperhatikan akses bagi kelompok miskin terhadap

pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas juga ditelaah dalam penelitian ini.

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 dibidang pembangunan termasuk sector kesehatan, dan sebagainya.

Adapun temuan pokok dari studi ini adalah sebagai berikut:

1. Terjadinya perubahan paradigma dalam pembuatan kebijakan dan perencanaan program pembangunan di daerah sebagai konsekuensi dari diberlakukannya kebijakan otonomi daerah ternyata belum banyak merubah paradigma lama dari pola perencanaan pembangunan yang mengacu pada kebiasaan Top-Down. Masih banyak kendala kendala yang ditemui dalam rangka implementasi prinsip anggaran berbasis kinerja dalam proses perencanaan program pembangunan di daerah.
2. Keuntungan keuntungan yang dapat diperoleh sehubungan dengan penerapan desentralisasi kewenangan dalam pembuatan kebijakan dan perencanaan program pembangunan daerah termasuk dalam bidang kesehatan reproduksi, seperti pelibatan aktif masyarakat dalam perencanaan program, ternyata belum bisa dimanfaatkan secara optimal. Lemahnya kapasitas masyarakat dalam pembuatan perencanaan program ditambah masih kentanya pengaruh birokrasi membuat banyak usulan usulan masyarakat yang tidak terakomodasi dalam perencanaan program di daerah.
3. Program subsidi untuk pelayanan kesehatan masyarakat golongan miskin melalui program jaring pengaman sosial yang kemudian dilanjutkan dengan Program Bantuan Pengurangan Subsidi BBM, telah berhasil dilakukan di daerah. Sementara ini belum ada keluhan yang berarti tentang ketidakberhasilan program subsidi untuk membantu orang miskin. Meskipun demikian, masih terjadi beberapa kasus salah sasaran dalam pemberian subsidi yang seharusnya tidak perlu diberikan kepada orang yang tidak berhak.
4. Desentralisasi sebagian kewenangan Program KB Nasional kepada daerah antara lain telah ditindak lanjuti dengan dibentuknya lembaga BKKBN daerah. Sementara ini tidak ada masalah prinsipil dalam pembuatan kelembagaan BKKBN di daerah, meskipun mungkin akan terjadi sedikit masalah terutama di Kabupaten Batang Hari

sehubungan dengan akan dirubahnya kembali lembaga BKKBN daerah yang baru saja dibentuk. Hal ini dilakukan dalam rangka memenuhi tuntutan pemerintah pusat agar daerah menerapkan PP No.8/2003 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah. Dalam masa transisi ini program KB di daerah masih sepenuhnya mengacu pada program pemerintah pusat. Kekhawatiran yang mungkin terjadi adalah kurangnya komitmen Pemda dalam membantu penyediaan Alat Kontrasepsi bagi semua lapisan masyarakat terutama golongan miskin.

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

KATA PENGANTAR

Buku laporan Desentralisasi Kesehatan Reproduksi: Implikasi Terhadap Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program di Daerah ini merupakan salah satu hasil kegiatan penelitian DIP PPK-LIPI tahun anggaran 2004. Penelitian bertujuan untuk memahami proses penyusunan kebijakan kesehatan reproduksi di kabupaten/kota dan mengkaji sejauh mana kebijakan tersebut telah mempertimbangkan dan mengadopsi perspektif kemiskinan dan otonomi daerah. Kota Mataram, Provinsi Nusa Tenggara Barat dan Kabupaten Batang Hari, Provinsi Jambi dipilih sebagai lokasi penelitian. Kajian ini diharapkan dapat memberikan pembelajaran pada planners dan stakeholders dalam memformulasikan kebijakan pembangunan, khususnya kebijakan berkaitan dengan kesehatan reproduksi di daerah.

Terlaksananya kegiatan penelitian ini sampai pada selesainya penulisan laporan melibatkan berbagai pihak. Penghargaan setinggi-tingginya kami berikan kepada unsur Pemerintah Kota Mataram dan Pemerintah Kabupaten Batang Hari, terutama Bappeda, Sekda, Dinas Kesehatan, BKKBN dan BPM atas kerjasama dan bantuan yang telah diberikan untuk kelancaran penelitian ini. Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada seluruh narasumber dari LSM, akademisi dan pemimpin formal dan informal yang ada di kedua lokasi penelitian yang telah membantu memberikan data dan informasi.

Pada akhirnya, kami menyadari bahwa buku laporan ini masih jauh dari sempurna meskipun tim peneliti telah berusaha sebaik mungkin dengan mengerahkan segala kemampuan yang dimiliki. Oleh karena itu, kritik dan saran sangat kami harapkan demi penyempurnaan buku ini.

Jakarta, Desember 2004
Kepala PPK-LIPI

Dr. Ir. Aswatini, MA
NIP. 320003450

DAFTAR ISI

	Hal
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
BAB I PENYUSUNAN KEBIJAKAN PEMBANGUNAN DALAM KONTEKS OTONOMI DAERAH	1
1.1 Latar Belakang Pentingnya Kebijakan dalam Pembangunan Kesehatan di Indonesia	1
1.2 Perumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.4 Kerangka Kerja	6
1.5 Konsep dan Definisi	9
1.6 Metode Penelitian	10
1.7 Organisasi Penulisan	11
BAB II PERENCANAAN PEMBANGUNAN MULTI SEKTORAL DI TINGKAT PEMERINTAH KOTA/KABUPATEN	13
2.1 Pengertian Perencanaan Pembangunan Daerah	14
2.2 Proses Penyusunan Perencanaan Pembangunan di Era Otonomi Daerah	18
2.3 Partisipasi Masyarakat dalam Proses Penyusunan Perencanaan Pembangunan Daerah	25
BAB III PROSES PENYUSUNAN KEBIJAKAN DAN PERENCANAAN PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA	29
3.1 Profil Daerah dan Kebijakan dalam Pembangunan Kesehatan Reproduksi	29
3.1.1 Kondisi Sosial Demografi	29
3.1.2 Kondisi Kesehatan Penduduk	32
3.1.3 Fasilitas dan Sumberdaya Kesehatan	35
3.1.4 Kondisi Kemiskinan Penduduk Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari	36
3.1.5 Kebijakan dalam Pembangunan Kesehatan Reproduksi	38
3.2 Perencanaan Program dan Konsultasi Anggaran di Dinas Kesehatan	41
	ix

3.2.1	Perencanaan Program	42
3.2.2	Konsultasi Anggaran	43
3.2.3	Kendala yang dihadapi	44
3.3	Peranan Puskesmas dalam Perencanaan Program	46
3.4	Peran Puskesmas dalam Pelayanan Keluarga Miskin (GAKIN)	54
3.4.1	Program PKPS-BBM Bidang Kesehatan	54
3.4.2	Pelaksanaan PKPS-BBM di Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari: Sebuah Pembelajaran	57
BAB IV	DESENTRALISASI BKKBN: Pengamatan Awal Tahun	63
4.1	Visi dan Misi, serta Kebijakan Program KB Nasional	65
4.2	Kelembagaan BKKBN di Era Otonomi Daerah	68
4.3	Program KB di Daerah Pasca Desentralisasi BKKBN	71
BAB V	PEMBELAJARAN	79
DAFTAR PUSTAKA		83

DAFTAR TABEL

	Hal	
Tabel 3.1	Kondisi Sosial Demografi dan Kesehatan Reproduksi Penduduk di Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari Tahun 2003	34
Tabel 3.2	Prasarana Kesehatan Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari.	35
Tabel 3.3	Jumlah Tenaga Kerja Medis Menurut Profesi di Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari, Tahun 2002	36
Tabel 3.4	Kondisi kemiskinan Penduduk di Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari	37
Tabel 3.5	Pelaksanaan Kegiatan PKPS-BBM Puskesmas Cakranegara, Kota Mataram dan Puskesmas Muara Tembesi, Kabupaten Batang Hari, Tahun 2004 (Data Per April 2004)	60

1. 1 Latar Belakang Pentingnya Kebijakan dalam Pembangunan Kesehatan di Indonesia

Salah satu kesepakatan yang dihasilkan dalam Konferensi Kependudukan dan Pembangunan sedunia (ICPD) yang diadakan di Kairo pada tahun 1994 adalah mengintegrasikan pembangunan kependudukan dan program keluarga berencana ke dalam pembangunan berkelanjutan, dengan menjadikan manusia sebagai pusat pembangunan. Program Aksi ICPD tersebut utamanya ditujukan untuk meningkatkan kualitas hidup manusia. Adapun pendekatan yang digunakan antara lain melalui penghapusan kemiskinan, peningkatan pembangunan ekonomi yang berkelanjutan, peningkatan pendidikan terutama bagi anak perempuan, terwujudnya keadilan dan kesetaraan gender, turunnya angka kematian ibu, peningkatan akses terhadap pelayanan kesehatan termasuk keluarga berencana dan kesehatan reproduksi.

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 utamanya yang menyangkut kematian ibu dan anak masih merupakan problem yang sedang dihadapi di banyak negara berkembang, termasuk Indonesia. Penurunan kematian bayi dan ibu juga merupakan salah satu tujuan dari Millineum Development Goals (MDGs). Ada delapan target dari 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.

Adapun target kesehatan reproduksi yang akan dicapai dalam MDGs adalah sebagai berikut:

- Proporsi penduduk miskin menjadi separuh pada tahun 2015 (MDG1)
- Mempromosikan kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan 2015 (MDG3)
- Menurunkan tingkat kematian anak balita sepertiga antara tahun 1990 dan 2015 (MDG4)
- Menurunkan resiko kematian ibu menjadi tiga perempat di antara tahun 1990 dan 2015 (MDG5)
- Stop penyebaran HIV/AIDS pada tahun 2015 (MDG6).

Indonesia sebagai salah satu negara yang ikut meratifikasi kesepakatan ICPD Cairo tahun 1994 tentunya harus ikut pula menerapkan kebijakan kesehatan reproduksi sebagaimana yang dituangkan dalam program aksi ICPD tersebut. Adapun kebijakan yang diambil oleh pemerintah Indonesia dalam menindaklanjuti kesepakatan ICPD Cairo 1994 adalah sebagai berikut: mengutamakan kepentingan klien dengan menggunakan 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). Sedangkan penerapan kebijakan yang dilakukan adalah: 1) advokasi dan komitmen politis, 2) menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu, 3) peningkatan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi, 4) upaya kesehatan reproduksi prioritas sesuai asas desentralisasi, minimal PKRE, 5) penerapan program kesehatan reproduksi, dengan melibatkan sektor terkait, LSM dan masyarakat, 6) peningkatan keadilan dan kesetaraan gender, serta 7) pengumpulan data kesehatan reproduksi berwawasan gender.

Dengan adanya kebijakan kesehatan reproduksi tersebut, diharapkan dapat merupakan landasan hukum bagi pelaksanaan program-program atau kegiatan-kegiatan dalam rangka mengatasi permasalahan kesehatan reproduksi, dengan tidak hanya terbatas pada isu kesehatan ibu dan keluarga berencana saja. Selain itu, kebijakan berkaitan dengan kesehatan reproduksi tersebut pada dasarnya merupakan upaya untuk memberikan keleluasan bagi masyarakat untuk lebih dapat memilih dan bertanggung jawab terhadap kehidupan reproduksi dan seksualnya. Semuanya ini dilakukan guna mencapai tujuan seperti yang ditargetkan dalam MDGs. Masih banyak pekerjaan yang harus dilakukan oleh pemerintah Indonesia dalam mencapai target tersebut mengingat masih banyak permasalahan-permasalahan kesehatan reproduksi yang dihadapi oleh Indonesia, misalnya masih tingginya angka kematian bayi, angka kematian maternal dan juga makin meningkatnya jumlah kasus HIV/AIDS. Permasalahan ini diperburuk oleh semakin meningkatnya jumlah penduduk miskin di Indonesia. Semua persoalan ini harus segera diatasi karena Indonesia telah bersetuju untuk melaksanakan *commitment* global tersebut. *Commitment* itu harus dilaksanakan di seluruh Indonesia. Padahal, kebijakan otonomi daerah sudah diberlakukan. Masalahnya adalah, apakah semua daerah memandang perlu untuk membuat atau melaksanakan kebijakan kesehatan reproduksi seperti yang telah disusun oleh pemerintah pusat. Hal ini merupakan konsekuensi dari kebijakan otonomi daerah yang diberlakukan sejak tahun 2001. Kebijakan yang diharapkan dapat memberikan kewenangan yang lebih luas namun ternyata ada kecenderungan untuk tidak memperhatikan apa yang

menjadi komitmen pemerintah pusat terhadap dunia internasional, misalnya dengan kesepakatan ICPD tersebut. Penelitian yang dilakukan oleh PPK-LIPI selama tiga tahun berturut-turut menunjukkan bahwa otonomi yang diberikan kepada daerah belum menjamin terlaksananya kebijakan kesehatan reproduksi (lihat Situmorang, dkk, 2002, 2003).

Diterapkannya kebijakan otonomi daerah yang dimulai pada awal tahun 2001 nampaknya membawa konsekuensi pada banyak hal yang berkaitan dengan tata pemerintahan sekaligus pelayanan terhadap kebutuhan masyarakat. Hal yang penting adalah adanya pelimpahan wewenang dari sebagian urusan pusat kepada daerah. Hal ini akan membawa implikasi luas, baik yang bersifat positif ataupun negatif. Salah satu hal yang positif adalah daerah sekarang lebih leluasa dalam menetapkan prioritas pembangunan, perencanaan pembangunan menjadi lebih sesuai dengan kondisi dan kebutuhan daerah, serta semakin luasnya peran masyarakat madani dalam proses perencanaan dan implementasi program pembangunan. Termasuk dalam hal ini adalah perubahan kelembagaan BKKBN dari semula yang bersifat vertikal ter-desentralisasi menjadi lembaga daerah. Dengan adanya perubahan kelembagaan ini diharapkan kinerja BKKBN menjadi lebih optimal. Apakah perubahan kelembagaan ini telah meningkatkan pelayanan kepada masyarakat secara lebih baik kiranya perlu dikaji secara cermat.

Dengan adanya desentralisasi kewenangan di bidang kesehatan reproduksi diharapkan akan meningkatkan partisipasi masyarakat yang lebih luas dalam perencanaan dan implementasi program sehingga dapat meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan. Namun demikian, berbagai persoalan yang muncul sebagai konsekuensi dari pemberlakuan kebijakan otonomi daerah adalah 'kebingungan' dari para pembuat kebijakan untuk dapat merumuskan permasalahan-permasalahan kesehatan di daerahnya ke dalam suatu perencanaan kebijakan. Dari penelitian yang dilakukan oleh PPK-LIPI tentang Kesehatan Reproduksi dan Otonomi sejak tahun 2001 di tujuh daerah kabupaten/kota (lihat Raharjo, dkk, 2001; Situmorang, dkk 2002; Situmorang, dkk, 2003) terlihat bahwa kebingungan para pembuat kebijakan di daerah sehubungan dengan kebijakan kesehatan reproduksi antara lain karena keterbatasan dana sebagai akibat krisis ekonomi.

Krisis ekonomi yang melanda Indonesia, tidak saja berakibat berkurangnya kemampuan pemerintah memberikan dukungan pendanaan pelaksanaan program pembangunan namun juga memperburuk kemampuan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai. Perhatian terhadap aspek kemiskinan ini sangat penting karena disatu sisi kemiskinan dapat menjadi faktor pemicu rendahnya tingkat kesehatan individu atau keluarga, namun di sisi lain pelayanan kesehatan yang

terbaikan dapat menyebabkan orang sakit tidak cepat menjadi sehat dan hal ini tentu saja akan sangat berpengaruh terhadap produktivitas seseorang, Beberapa studi menemukan bahwa beban kesakitan atau prevalensi kejadian penyakit pada golongan masyarakat miskin lebih besar daripada kelompok yang lebih mampu. Hal ini terutama berkaitan dengan ketidak mampuan secara ekonomi dan informasi untuk mendapatkan asupan makanan yang bergizi, pola hidup yang kurang higienis, serta kurangnya akses terhadap pelayanan kesehatan yang memadai. Dalam konteks kesehatan reproduksi, investasi yang memadai pada program ini akan membawa beberapa manfaat. antara lain yaitu adanya pelayanan yang memadai di bidang keluarga berencana (KB), kesehatan ibu, serta pelayanan yang berkaitan dengan pengobatan infeksi menular seksual akan membawa manfaat pada pencegahan terjadinya kehamilan dengan resiko tinggi, aborsi tidak aman dengan segala akibatnya, persalinan yang tidak aman, serta kejadian HIV/AIDS. Selain manfaat secara medis, pelayanan kesehatan dimaksud juga mempunyai dampak sosial. Misalnya, wanita yang berhasil menunda kelahiran anak pertama atau melakukan interval kelahiran anak dengan lebih baik, akan mendapatkan kesempatan untuk tetap melanjutkan sekolah, kesempatan mendapatkan pekerjaan yang lebih baik, serta ikut serta dalam kegiatan sosial dan politik di wilayahnya. Perbaikan pelayanan kesehatan ibu akan mencegah kejadian kematian ibu dan ini akan membawa manfaat menurunnya kasus keluarga dengan anak tidak diasuh oleh ibu kandungnya (anak piatu), lebih banyak kesempatan bagi ibu untuk mengasuh anak hingga dewasa, dan sebagainya. Kejadian infeksi menular seksual termasuk HIV/AIDS bisa dicegah dan dengan demikian akan menghemat pengeluaran rumah tangga untuk pengobatan, stigma yang muncul akibat kejadian HIV/AIDS. Dimana kesemua ini akan meningkatkan status serta produktivitas kaum perempuan yang pada akhirnya berdampak pada penurunan tingkat kemiskinan keluarga dan masyarakat. ¹

Akses terhadap pelayanan kesehatan yang memadai bagi masyarakat termasuk masyarakat miskin sebenarnya dijamin dalam Undang-Undang, sebagaimana tercantum dalam Pasal 4 UU Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, mengenai hak memperoleh derajat kesehatan secara optimal. Selanjutnya pada Pasal 7 dinyatakan, pemerintah bertugas menyelenggarakan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau masyarakat, termasuk kesehatan reproduksi. Dalam kaitannya dengan pelaksanaan otonomi daerah, pemerintah kabupaten/kota seharusnya mempunyai visi yang dituangkan dalam kebijakan kesehatan yang berpihak kepada kelompok miskin. Pelayanan yang berpihak kepada penduduk miskin

¹ Susan A.Cohen (2004). *The broad benefits of investing in sexual and reproductive health*, pp.5

berarti harus; (1) terjangkau oleh penduduk miskin; (2) melibatkan penduduk miskin dalam proses pembuatan kebijakan/program; (3) menekankan aspek pencegahan dari pada pengobatan; (4) memberikan pelayanan yang berkualitas termasuk pemberian informasi (UN, 2002:).

Kajian terhadap kebijakan daerah dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin diharapkan dapat memberi kontribusi bagi upaya peningkatan kesejahteraan pada kelompok masyarakat ini.

1.2 Perumusan masalah

Di era otonomi daerah, pemerintah kota dan kabupaten mempunyai wewenang untuk menentukan arah dan prioritas kebijakan pembangunan, termasuk kebijakan berkaitan dengan pelayanan kesehatan reproduksi. Daerah diharapkan untuk lebih memaksimalkan program melalui perencanaan program yang *locally-specific* dengan melibatkan masyarakat setempat. Oleh karena itu, diperlukan kelembagaan dan sumber daya manusia dan dana yang memadai. Masalahnya adalah setelah bertahun-tahun terpapar dengan pola perencanaan program yang bersifat *top down*, apakah daerah telah mampu melakukan perencanaan program sesuai dengan kondisi setempat dan kaidah normatif? Apakah paradigma pembangunan yang bersifat *top down* masih berlangsung dan bagaimana strategi daerah dalam menyikapi keterbatasan yang ada?

Bagaimana implikasi desentralisasi sebagian kewenangan BKKBN terhadap keberlangsungan program KB dan Kesehatan Reproduksi di daerah? Bagaimana respons daerah terhadap perubahan kelembagaan BKKBN setelah diserahkannya sebagian kewenangan program KB nasional kepada daerah?

Pengentasan kemiskinan mutlak diperlukan sebagai bagian dari upaya peningkatan kesejahteraan masyarakat termasuk dalam hal akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi yang berdasarkan hak asasi manusia dan keadilan sosial. Hal ini tentu saja bukan tugas yang ringan dan memerlukan kerjasama kemitraan dari semua unsure masyarakat, legislator dan pemerintah. Yang menjadi pertanyaan adalah dengan adanya kewenangan yang telah diberikan sebagai konsekuensi dari pelaksanaan otonomi daerah, bagaimana respons daerah dalam upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada kelompok masyarakat miskin dan bagaimanakah realisasi kebijakan yang berpihak pada kelompok masyarakat miskin, terutama yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.

1.3 Tujuan Penelitian

Secara umum, tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran tentang proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program kesehatan khususnya kesehatan reproduksi di daerah. Temuan ini diharapkan dapat memberi kontribusi terhadap formulasi kebijakan kesehatan reproduksi khususnya pada tingkat kabupaten/kota. Tujuan khusus dari penelitian ini adalah untuk:

1. Mengkaji partisipasi stakeholders dalam proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi. Stakeholders dimaksud termasuk perwakilan multi-sektor pemerintah dan swasta; LSM lembaga donor, pemimpin informal, organisasi profesi, dan sebagainya
2. Mengkaji sejauh mana standar normatif proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program dilakukan oleh daerah,
3. Mengkaji sejauh mana perspektif kemiskinan dipertimbangkan dan diadopsi dalam proses penyusunan kebijakan khususnya pelayanan kesehatan yang berkualitas,
4. Mengkaji sejauh mana pengaruh desentralisasi sebagian kewenangan BKKBN terhadap keberlangsungan program KB di daerah.

1.4 Kerangka kerja:

Istilah 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 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.² 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 kesehatan reproduksi, serta munculnya isu kesehatan masyarakat. Oleh karenanya

² Jane T. Bertrand and Gabriela Escudero (2002). *Compendium of indicators for evaluating reproductive health programs*, pp.31

evaluasi terhadap suatu kebijakan perlu mengkaji *proses* bagaimana kebijakan tersebut dibuat atau dirubah selain dari pada kebijakan itu sendiri.

Pedoman generik bagi penyusunan kebijakan dan perencanaan program yang telah dikembangkan oleh berbagai lembaga baik didalam ataupun di luar negeri dipakai sebagai acuan untuk menilai sejauh mana daerah telah melakukan proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program dengan benar. Berdasarkan pada beberapa literature yang ada dan dimodifikasi dengan beberapa pengalaman lapangan, proses penyusunan kebijakan khususnya kebijakan kesehatan reproduksi adalah melalui tahapan seperti berikut:

1. Identifikasi masalah.

Pada tahapan ini sumber daya manusia yang terlibat dalam penyusunan kebijakan harus mampu mengidentifikasi masalah berdasarkan data empiris. Pertimbangan yang digunakan untuk melihat pentingnya masalah dapat 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 diidentifikasi para stakeholder yang akan dilibatkan dalam proses perencanaan.

2. Identifikasi stakeholder dalam proses perencanaan

Dalam proses perencanaan kebijakan kesehatan reproduksi, perlu adanya kerjasama dengan pihak lain. Adapun stakeholder yang dapat dilibatkan dalam proses perencanaan antara lain dari LSM, lembaga donor, tokoh masyarakat, akademisi, organisasi profesi, dan pihak lainnya. Perencana harus bisa melakukan analisis mengenai peran dan kontribusi dari stakeholders tersebut.

3. Penentuan prioritas dan perumusan strategi intervensi

Setelah masalah dan prioritas 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. Dengan demikian

strategi intervensi yang dirumuskan akan dapat diterapkan dengan tepat sesuai dengan prioritas yang telah ditentukan.

4. Mengembangkan rencana implementasi kebijakan

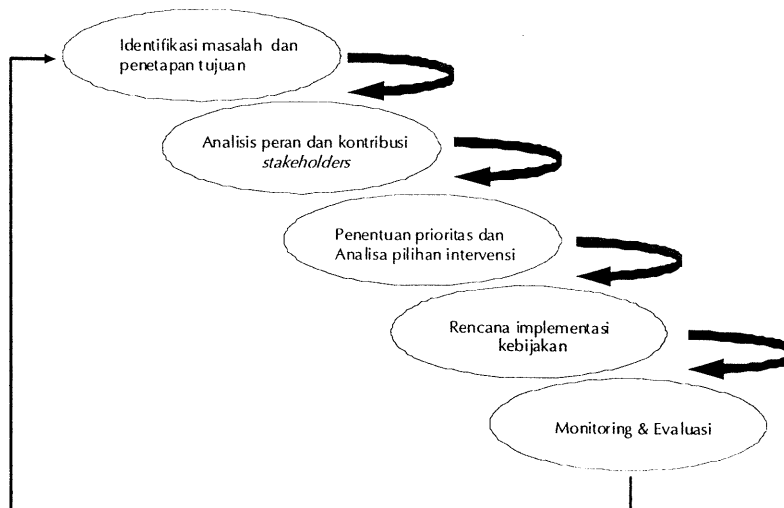
Setelah dilakukan pemilihan kegiatan intervensi untuk mengatasi masalah yang telah diprioritaskan, maka selanjutnya dibuat rencana kerja intervensi secara detail dan berdasarkan jadwal kerja yang realistis. Bilamana intervensi melibatkan berbagai program atau sub program maka perlu dibuat rencana untuk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

5. Perencanaan monitoring dan 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.

Secara skematis alur dari proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program dapat dilihat pada bagan dibawah ini:

Tahapan Proses Penyusunan Kebijakan



Sumber: modifikasi dari Carol Barker, 1996.

1.5 Konsep dan Definisi

Dalam studi 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 system reproduksi serta fungsi dan prosesnya.

Pelayanan kesehatan reproduksi integratif: 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: kewenangan daerah otonom untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Desentralisasi: penyerahan wewenang pemerintahan oleh pemerintah kepada daerah otonom dalam kerangka negara kesatuan republik Indonesia.

Desentralisasi kesehatan reproduksi: penyerahan kewenangan dalam mengidentifikasi permasalahan, memformulasikan kebijakan, merencanakan dan mengimplementasikan program kesehatan reproduksi dari pemerintah kepada daerah otonom.

Perencanaan pembangunan daerah: 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.

Stakeholder kesehatan reproduksi: orang/lembaga yang terlibat dan bertanggung jawab dalam kebijakan atau program kesehatan reproduksi.

1.6 Metode Penelitian

Penelitian dilakukan di dua kabupaten yaitu di Kota Mataram, Provinsi Nusa Tenggara Barat dan di Kabupaten Batang Hari, Provinsi Jambi. Pemilihan lokasi penelitian berdasarkan atas pertimbangan kajian tentang (a) desentralisasi kelembagaan BKKBN dan (b) kebijakan pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin.

Kota Mataram dipilih dengan pertimbangan di daerah ini desentralisasi BKKBN masih dalam tahap sangat awal sehingga nantinya ada gambaran variasi program antara yang sudah relatif lama dan belum lama terdesentralisasi. Selain itu Kabupaten Batang Hari juga dipilih sebagai daerah semi-urban yang cocok untuk mengkaji implementasi kebijakan kesehatan untuk kelompok masyarakat miskin.

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Metode pengumpulan data yang utama digunakan adalah wawancara mendalam terhadap *key informants*. Wawancara mendalam dilakukan untuk memperoleh informasi tentang kebijakan program yang berkaitan dengan KB dan kesehatan reproduksi, pelayanan terhadap masyarakat kemiskinan, serta isu-isu yang berkaitan dengan faktor pendukung dan penghambat untuk mencapai tujuan kebijakan ICPD dan pengentasan kemiskinan dalam konteks otonomi daerah. Selain wawancara mendalam, kaji bersama dengan para *stakeholders* juga dilakukan untuk mendapatkan respons mereka tentang proses perencanaan kebijakan pembangunan di daerah terutama yang berkaitan dengan implikasi kebijakan otonomi daerah dan kesepakatan ICPD. *Key informants* dipilih secara *purposive* berdasarkan kriteria pemahaman terhadap program dan praktisi perencanaan kebijakan program di daerah, antara lain pejabat di lingkungan Pemerintah Daerah Kabupaen/Kota, Bappeda, BKKBN, Dinas Kesehatan setempat, puskesmas, anggota DPRD, LSM, dan lainnya.

Instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data melalui wawancara mendalam dan kaji bersama adalah *interview guide* berupa 'list' data dan informasi yang penting dan sensitive terhadap topik penelitian. Untuk mendapatkan pemahaman secara mendalam mengenai 'list' data dan informasi tersebut dilakukan *probing* dengan pertanyaan lanjutan yang berkembang di lapangan.

Selain wawancara mendalam dan kaji bersama, pengumpulan data juga dilakukan dengan *desk review* terhadap kebijakan dan program yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, otonomi daerah dan kemiskinan seperti mandat, undang-undang dan peraturan-peraturan, keputusan-

keputusan formal pemerintah yang ada di tingkat pusat dan daerah. Selain itu, *review* juga dilakukan terhadap publikasi-publikasi dan pemikiran-pemikiran yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi dan desentralisasi program kesehatan reproduksi. *Desk review* ini dimaksudkan untuk menggali informasi dan data yang berkaitan dengan konsep, pendekatan dan kebijakan serta piranti hukum yang digunakan dalam penyusunan program kesehatan reproduksi.

1.7 Organisasi Penulisan

Penulisan laporan ini terdiri dari lima bab. Bab pertama berisi uraian tentang penyusunan kebijakan pembangunan dalam konteks otonomi daerah. Dalam bab ini akan diuraikan pula tentang latar belakang, tujuan, ruang lingkup penelitian, kerangka teoritis, studi empiris dan metode penelitian. Bab kedua menjabarkan penyusunan kebijakan pembangunan multi sektoral di tingkat pemerintah Kota/kabupaten. Uraian yang dibahas meliputi penyusunan kebijakan pembangunan dalam teori, realita penyusunan kebijakan pembangunan di daerah serta partisipasi masyarakat dalam proses penyusunan kebijakan. Bab ketiga menguraikan tentang proses penyusunan kebijakan pelayanan kesehatan dan keluarga berencana. Adapun secara detail uraian dalam bab ini mencakup profil daerah dan kebijakan dalam pembangunan kesehatan; perencanaan program dan konsultasi anggaran di Dinas Kesehatan; peranan puskesmas dalam perencanaan program serta kontribusi PKPS-BBM dalam menopang pelayanan kesehatan. Bab keempat berisi uraian tentang desentralisasi BKKBN yang difokuskan pada pengamatan awal tahun mengenai implikasi desentralisasi lembaga tersebut. Bab terakhir dari penulisan ini akan menguraikan tentang pembelajaran *lesson learned* yang dapat ditarik dari hasil penelitian ini utamanya yang berkaitan dengan proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi dan KB dalam konteks otonomi daerah.

Sejak diberlakukannya kebijakan Otonomi Daerah berdasarkan Undang-Undang No.22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah, dan Undang-Undang No.25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pusat dan Daerah, terjadi perubahan pola hubungan pusat – daerah yang semula bersifat paternalistik dan sentralistik menjadi pola hubungan yang bersifat kemitraan dan desentralistik. Perubahan dari sistim yang sentralistik ke desentralisasi membawa perubahan pada daerah (11 kewenangan) diluar bidang politik luar negeri, pertahanan keamanan, moneter dan fiskal, agama, serta beberapa bidang kebijakan pemerintahan yang bersifat strategis nasional.³ Desentralisasi kewenangan yang luas tersebut merupakan kepercayaan pemerintah pusat kepada daerah agar pemerintah dan masyarakat di daerah bertanggung jawab dalam mengurus rumah tangganya sendiri. Pemerintah pusat tidak lagi mendominasi urusan pemerintahan di daerah, peran pusat hanya sebatas melakukan supervisi, memantau, mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan otonomi daerah.

Desentralisasi kewenangan yang luas tersebut diharapkan menjadi modal dasar yang kuat bagi percepatan pertumbuhan dan pembangunan daerah, termasuk menciptakan keseimbangan pembangunan antar daerah di Indonesia. Pemerintah daerah akan mempunyai keleluasaan wewenang dalam menentukan skala prioritas pembangunan sesuai dengan kebutuhan daerahnya. Disisi lain, pemerintah daerah harus mampu untuk melakukan perencanaan dan manajemen program yang tadinya menjadi wewenang pusat yang kemudian diserahkan kepada daerah.

Adanya tuntutan terhadap pembangunan untuk peningkatan kesejahteraan masyarakat disatu sisi dan fakta akan keterbatasan sumber daya pemerintah daerah untuk memberikan pelayanan yang terbaik kepada masyarakatnya, menjadi dasar akan pentingnya penentuan prioritas yang dalam prakteknya dilakukan melalui proses perencanaan.

Perencanaan pembangunan daerah dalam konteks manajemen pembangunan memiliki peran penting dan fundamental sebagai pijakan bagi pelaksanaan fungsi-fungsi berikutnya. Berhasil tidaknya proses pembangunan di daerah

³ Undang-Undang RI Nomor 22 tahun 1999, Bab IV Pasal 7.

sangat tergantung sejauh mana perencanaan dapat dijadikan sebagai dasar pijakan yang kuat bagi tahapan pelaksanaan, dan tahapan manajemen pembangunan lainnya termasuk monitoring dan evaluasi kegiatan pembangunan.⁴

Pada Bab II ini akan diuraikan konsep dasar perencanaan pembangunan daerah serta proses penyusunan perencanaan pembangunan daerah di era otonomi daerah. Uraian ini akan dipergunakan sebagai bahan untuk mengkaji praktek perencanaan pembangunan di daerah khususnya yang berkaitan dengan program kesehatan reproduksi (dibahas di Bab III). Sedikit uraian tentang partisipasi masyarakat dalam proses perencanaan pembangunan juga dibahas dalam bab ini sebagai bahan untuk menilai sejauh mana praktek perencanaan pembangunan di daerah khususnya di daerah penelitian telah mengadopsi aspirasi masyarakat termasuk kelompok masyarakat miskin yang selama ini terpinggirkan dari akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas.

2.1 Pengertian Perencanaan Pembangunan Daerah

Sebelum membahas konsep atau pengertian dari perencanaan pembangunan daerah, nampaknya perlu sedikit dikupas definisi dari istilah perencanaan. Menurut beberapa ahli dibidang manajemen, misalnya Diana Conyers dan Peter Hills, menyatakan bahwa "perencanaan adalah suatu proses yang terus menerus yang melibatkan keputusan-keputusan atau pilihan-pilihan penggunaan sumber daya yang ada dengan sasaran untuk mencapai tujuan-tujuan tertentu dimasa yang akan datang."⁵ 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.⁶

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

⁴ Riyadi dan Deddy Supriady Bratakusumah (2003). *Perencanaan Pembangunan Daerah: Strategi menggali potensi dalam mewujudkan otonomi daerah*. Pp. 337

⁵ Riyadi dan Deddy Supriady Bratakusumah (2003). *Perencanaan Pembangunan Daerah: Strategi menggali potensi dalam mewujudkan otonomi daerah*. Pp. 3

⁶ Undang-Undang RI Nomor 25 Tahun 2004 Bab I Pasal 1

evaluasi; (d) memberikan umpan balik dan rekomendasi bagi perencanaan selanjutnya.⁷

Dari pengertian 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.⁸

Sebagaimana yang telah dibahas di Bab I Pendahuluan, dalam konteks perencanaan program pada umumnya ada keterkaitan antara istilah perencanaan dan kebijakan, dimana kebijakan ini ditetapkan lebih dahulu sebagai dasar atau pedoman dalam pembuatan rencana aksi untuk mencapai tujuan program. Kebijakan tersebut 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. Tanpa adanya langkah konkrit untuk mengimplementasikan kebijakan maka kebijakan tersebut hanyalah sebuah dokumen yang dibuat secara seremonial belaka.

Dalam Bab I (sub-bab 1.4 Kerangka Kerja) telah dibahas mekanisme penyusunan suatu kebijakan hingga perencanaan untuk implementasi kebijakan tersebut. Dalam Bab ini akan dibahas lebih lanjut proses penyusunan perencanaan pembangunan daerah sebagai bagian dari proses alur pembuatan kebijakan program. Kedua istilah kebijakan dan perencanaan ini sering rancu karena dalam tiap kegiatan program selalu ada unsur kebijakan dan perencanaan yang merupakan suatu siklus yang saling terkait.

Secara generik, kegiatan perencanaan meliputi 8 langkah utama, yaitu:⁹

- (a) *Planning impetus*: menentukan alasan atau tujuan mengapa kegiatan perencanaan dilakukan.
- (b) *Acquiring knowledge*: orang-orang yang terlibat dalam perencanaan ini harus mempunyai pemahaman mengenai alasan dilakukannya perencanaan, topik yang akan dibahas/direncanakan, dan proses pembuatan rencana. Mereka juga harus tahu kebijakan-kebijakan apa yang harus dipakai sebagai landasan dalam penyusunan perencanaan program.

⁷ Syahroni (2002). *Pengertian Dasar dan Generik Tentang Perencanaan Pembangunan Daerah*. Pp.5

⁸ Syahroni (2002). *Op.cit*. Pp.2

⁹ Charles D.Hale, Frank Arnold, and Marvin T.Travis (1994). *Planning and Evaluating Health Program: Primer*. Pp.12

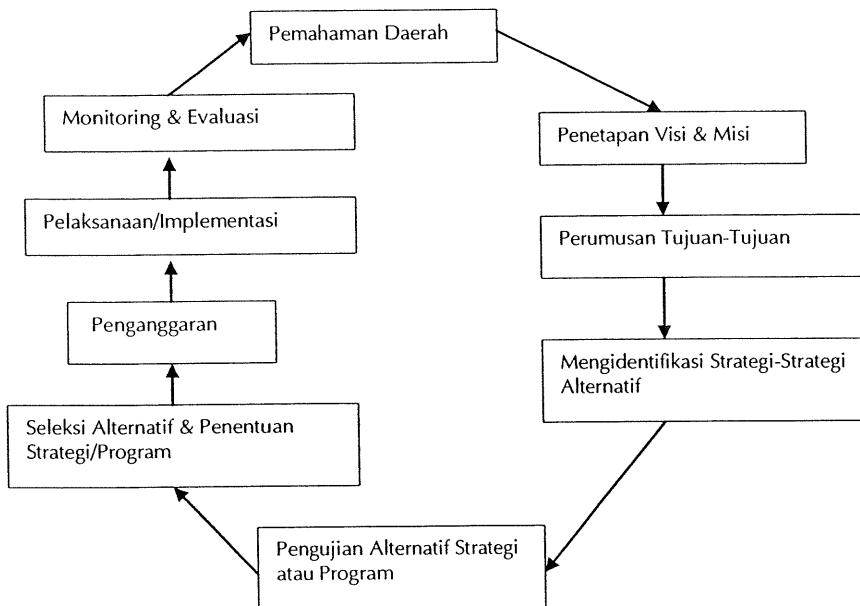
- (c) *Developing and selecting broad options*: pada tahapan ini beberapa pilihan-pilihan luas, yang akan digunakan untuk mencapai tujuan perencanaan, akan dipelajari dan dievaluasi (dengan kriteria tertentu). Hasil dari proses ini adalah terpilihnya satu *goal*/atau lebih, tergantung dari ruang lingkup perencanaan.
- (d) *Developing the general means to accomplish selected options*: Segera setelah pilihan luas (broad options) telah dipilih/diseleksi, maka cara-cara untuk mencapai masing-masing opsi (*goal*) dikembangkan. Dalam tahapan ini bisa jadi dilakukan revisi terhadap goal dan/atau memperoleh tambahan informasi agar supaya dapat mencapai tujuan/goal secara realistis.
- (e) *Developing detailed specifications for accomplishing each selected option*: perlu dilakukan pembuatan kerangka kerja umum untuk mencapai opsi-opsi terpilih. Selanjutnya aktivitas yang diperlukan untuk mencapai masing-masing opsi tersebut dikembangkan. Apabila rangkaian dari masing-masing aktivitas untuk mencapai opsi-opsi tersebut digabung menjadi satu, maka jadilah rancangan dari sebuah rencana.
- (f) *Plan is submitted for approval*: pada tahap ini draft rencana di-review oleh sebuah komite perencanaan atau teman kerja untuk penyempurnaan rencana. Setelah rencana tersebut disempurnakan dan disetujui maka rencana tersebut siap untuk di-implementasikan.
- (g) *Plan Implementation*: pada tahapan ini rencana yang telah disetujui dilaksanakan. Berdasarkan kondisi lapangan boleh jadi perlu dilakukan penyesuaian jadwal kerja atau bahkan rencana itu sendiri, sepanjang dapat dipertanggung jawabkan.
- (h) *Plan monitoring and necessary adjustment*: kegiatan ini mulai dilakukan pada saat implementasi dan hingga keseluruhan siklus perencanaan. Program atau proyek dimonitor untuk menjamin kesesuaian (*compliance*) dengan rencana yang telah ditetapkan, dan mengidentifikasi area yang memerlukan penyesuaian.

Dalam hubungannya dengan pembangunan di suatu wilayah atau daerah, maka istilah 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/daerah tertentu, dengan memanfaatkan atau mendayagunakan berbagai sumber daya yang ada, dan harus memiliki orientasi yang bersifat menyeluruh, lengkap, tapi tetap berpegang pada azas prioritas.¹⁰

¹⁰ Riyadi dan Deddy Supriady Bratakusumah (2003). *Perencanaan Pembangunan Daerah: Strategi menggali potensi dalam mewujudkan otonomi daerah*. Pp.7

Secara skematis, dalam kaitannya dengan pembangunan daerah, maka siklus kegiatan perencanaan dapat digambarkan sebagai berikut:¹¹

SIKLUS PERENCANAAN



Perencanaan pembangunan daerah ini jauh lebih rumit bila dibandingkan dengan kegiatan perencanaan lainnya, seperti perencanaan mikro dalam lingkup suatu organisasi. Hal ini disebabkan oleh banyaknya faktor, seperti faktor sosial-budaya, ekonomi, lingkungan dan politik yang ikut mempengaruhi proses perencanaan, baik pada tahapan pembuatan draft rencana ataupun ketika rencana tersebut di-implementasikan. Substansi permasalahan yang berbeda antara satu daerah dengan daerah lainnya dapat menyebabkan berbedanya faktor-faktor dimaksud. Beberapa hal yang ditengarai berpengaruh dalam perencanaan pembangunan daerah adalah:¹²

- (a) Kestabilan politik dan keamanan dalam negeri,
- (b) Dilakukan oleh orang-orang yang ahli dibidangnya,
- (c) Realistik, sesuai dengan kemampuan sumber daya dan dana,
- (d) Koordinasi yang baik,

¹¹ Syahroni (2002). *Pengertian Dasar dan Generik Tentang Perencanaan Pembangunan Daerah*. Pp.2

¹² Riyadi dan Deddy Supriady Bratakusumah (2003). *Perencanaan Pembangunan Daerah: Strategi menggali potensi dalam mewujudkan otonomi daerah*. Pp. 15

- (e) Kombinasi *Top-down* dan *bottom-up* planning,
- (f) Sistem pemantauan dan pengawasan yang terus-menerus,
- (g) Transparansi dan dapat diterima oleh masyarakat.

Salah satu faktor lain yang berkaitan dengan aspek teknis yang diperlukan untuk mendukung proses perencanaan pembangunan daerah adalah tersedianya data dan informasi yang akurat. Hal ini penting untuk menjamin bahwa penetapan prioritas pembangunan tidak semata-mata dilakukan diatas meja tanpa mengetahui kondisi lapangan, tetapi berdasarkan dokumen dan data lapangan yang relevan untuk pengambilan keputusan. Pentingnya data dan informasi untuk perencanaan pembangunan ini ditegaskan dalam Undang-Undang RI Nomor 25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Bab VII Pasal 31) yang menyatakan bahwa Perencanaan pembangunan didasarkan pada data dan informasi yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.¹³

Kemajuan dalam bidang teknologi komputer dapat dimanfaatkan untuk manajemen data mulai dari proses pengumpulan, analisis, hingga penggunaan data untuk keperluan pengambilan keputusan. Ketersediaan data yang akurat dan relevan didukung dengan ketersediaan SDM yang memadai akan memberikan kontribusi yang penting untuk mendukung suksesnya perencanaan dan implementasi rencana pembangunan daerah.

2.2 Proses Penyusunan Perencanaan Pembangunan di Era Otonomi Daerah

Proses penyusunan perencanaan pembangunan di Indonesia yang telah dilakukan selama beberapa dekade mengalami beberapa perubahan fundamental. Hal ini terjadi terutama setelah dilaksanakannya kebijakan otonomi daerah yang mempunyai implikasi terhadap perubahan pola hubungan kerja antara pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/kota.

Sebelum era otonomi daerah yang secara resmi mulai dilaksanakan pada awal tahun 2001, landasan hukum bagi mekanisme perencanaan dan pengendalian pembangunan adalah Peraturan Mendagri No.9 tahun 1982 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan dan Pengendalian Pembangunan di Daerah (P5D).

¹³ Undang-Undang RI Nomor 25 Tahun 2004 Tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional. Bab VII Pasal 1.

Pedoman ini menganut azas *bottom-up planning* dimana kegiatan perencanaan sudah mulai dilakukan secara berjenjang mulai dari tingkat desa (musbangdes), kecamatan (temu karya pembangunan Tk.Kecamatan), kabupaten (Rakorbang Dati II), propinsi (Rakorbang Dati I), hingga tingkat nasional (Konasbang). Pada tingkatan desa dan kecamatan, dilakukan upaya penjangingan aspirasi masyarakat agar masyarakat sebagai pelaku sekaligus penerima manfaat dari kegiatan pembangunan dapat mengetahui serta memberikan alternatif pilihan bagi kegiatan pembangunan yang akan dilakukan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Masukan-masukan dari masyarakat ini selanjutnya dibawa ke tingkat kabupaten untuk dibahas pada acara Rapat Koordinasi Pembangunan Dati II di Kabupaten atau kotamadya. Pada acara Rakorbang ini sebetulnya dilakukan penyelarasan antara usulan masyarakat yang telah dilakukan melalui serangkaian proses *bottom-up* yang dilakukan di tingkat desa dan kecamatan, dengan usulan instansi sektoral (*top down*).

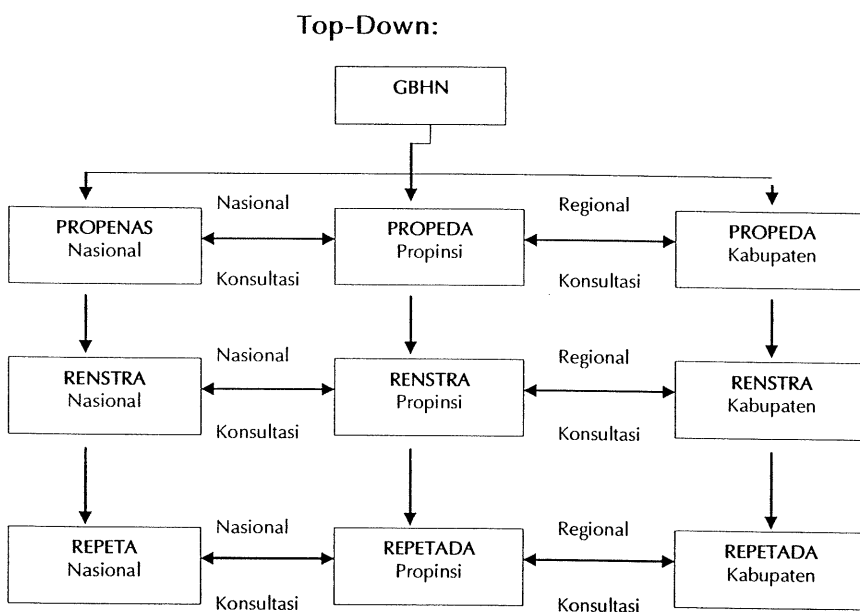
Namun dalam prakteknya mekanisme P5D ini tidak efektif. Misalnya, hak-hak masyarakat dalam menentukan kebutuhan dan kegiatan pembangunan umumnya hanya diwakili oleh LKMD. Selain itu proses penentuan masalah dan prioritas pembangunan di tingkat desa dan kecamatan seringkali dilakukan secara tidak mendalam sehingga tidak menyentuh akar permasalahan yang sebenarnya. Selain itu penyelarasan usulan *bottom-up* dan *top down* di tingkat Rakorbang lebih di dominasi oleh usulan instansi vertikal sesuai dengan prioritas dan ketersediaan dana pembangunan.¹⁴ Sebagai akibatnya usulan-usulan masyarakat yang disampaikan melalui wakil rakyat di DPRD seringkali tidak bisa disuarakan sebagaimana mustinya.

Dengan diundangkannya UU No. 22 Tahun 1999 (pasal 4 ayat 1 dan 2), 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 didaerahnya. Dengan ketentuan ini maka pemerintah kota/kabupaten mempunyai keleluasaan untuk menetapkan prioritas pembangunan sesuai dengan kondisi dan permasalahan yang dihadapinya. Agar supaya daerah benar-benar bisa mengambil manfaat dari momentum desentralisasi kewenangan ini maka pemerintah daerah perlu memiliki strategi pembangunan yang tepat dengan mempertimbangkan aspirasi masyarakat berkenaan dengan kebutuhan dan prioritasnya.

¹⁴ Riyadi dan Deddy Supriady Bratakusumah (2003). *Perencanaan Pembangunan Daerah: Strategi menggali potensi dalam mewujudkan otonomi daerah*. Pp.314

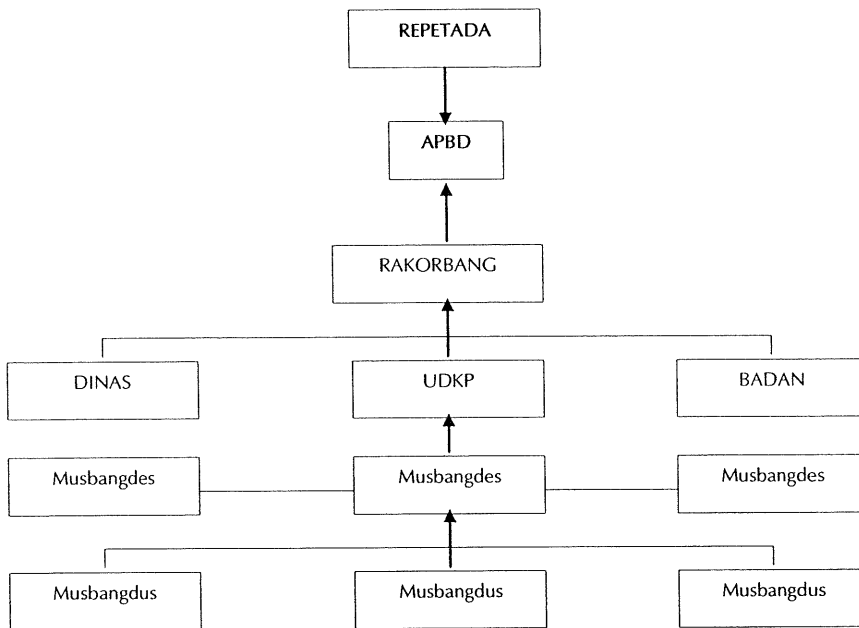
Dalam era otonomi daerah ini, mekanisme perencanaan pembangunan daerah masih tetap mengacu pada pendekatan *bottom-up* dan *top down* dengan melalui proses konsultasi di berbagai tahapan perencanaan. Hanya saja telah terjadi perubahan peran dari masing-masing *stakeholders* yang semula berupa hubungan atasan-bawahan yang di dominasi oleh pola instruktif sekarang 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 daerah dan pusat dalam konteks persatuan dan kesatuan bangsa. Secara skematis mekanisme perencanaan pembangunan dengan pendekatan *bottom-up* dan *top-down* dapat dilihat pada Bagan 1 dibawah ini:¹⁵

Bagan 1. Mekanisme Top-Down dan Bottom-Up dalam Perencanaan Pembangunan Daerah



¹⁵ WorldBank (2003). *Decentralizing Indonesia*. Pp.48

Bottom-Up:



Dari Bagan 1 tersebut jelas terlihat pertemuan alur perencanaan dari bawah dan atas, serta berbagai dokumen perencanaan yang diperlukan sebagai dasar kebijakan bagi perencanaan pembangunan daerah. Sebagaimana yang telah disebutkan, perlu dipertanyakan efektivitas dari alur koordinasi tersebut dalam menangkap aspirasi lokal tentang kebutuhan pembangunan dan strategi untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Pertemuan antara kebijakan dari atas (*top-down*) dengan aspirasi masyarakat tentang prioritas pembangunan (*bottom-up*) tidak selamanya bisa diakomodir dengan baik. Hal ini terutama bisa terjadi bilamana intervensi kebijakan *top-down* cukup kuat sementara usulan masyarakat dianggap tidak realistis sebagai akibat dari lemahnya kapasitas masyarakat untuk membuat keputusan dan penentuan prioritas pembangunan dengan benar. Yang kemudian terjadi adalah pemangkasan usulan dari masyarakat.

Mengingat bahwa dokumen perencanaan yang diperlukan tidak secara spesifik memuat konsekuensi anggaran bagi daerah maka bisa jadi bahwa sebagian alur penyediaan dokumen tersebut tidak ditaati oleh pemerintah daerah. Pemerintah pusat tidak bisa mengendalikan daerah untuk menaati mekanisme penyediaan dokumen bagi perencanaan pembangunan karena tidak ada resiko finansial bagi daerah. Misalnya, daerah terlebih dahulu

membuat Renstrada meskipun Poldas (Pola dasar Pembangunan) dan Propeda belum selesai dibuat. Hal tersebut bisa terjadi karena Renstrada dipakai sebagai tolok ukur pertanggung-jawaban kinerja bupati, sehingga lebih diutamakan pembuatannya. Dengan demikian kebijakan-kebijakan yang tertuang dalam Poldas belum tentu selaras dengan kebijakan lain dibawahnya, seperti pada Propeda dan Renstrada. Ini berarti bahwa dokumen perencanaan tersebut sekedar sebagai dokumen politis belaka tanpa mempunyai makna sebagai dasar kebijakan bagi perencanaan pembangunan di daerah.

Sejak diperkenalkannya prinsip anggaran kinerja kedalam sistem perencanaan pembangunan daerah (berdasarkan Kepmendagri No.29 tahun 2002 tentang Pedoman Pengurusan, Pertanggung Jawaban dan Pengawasan Keuangan Daerah, serta Tatacara Penyusunan APBD, Pelaksanaan Tatausaha 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.¹⁶

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.

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 pripsip 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

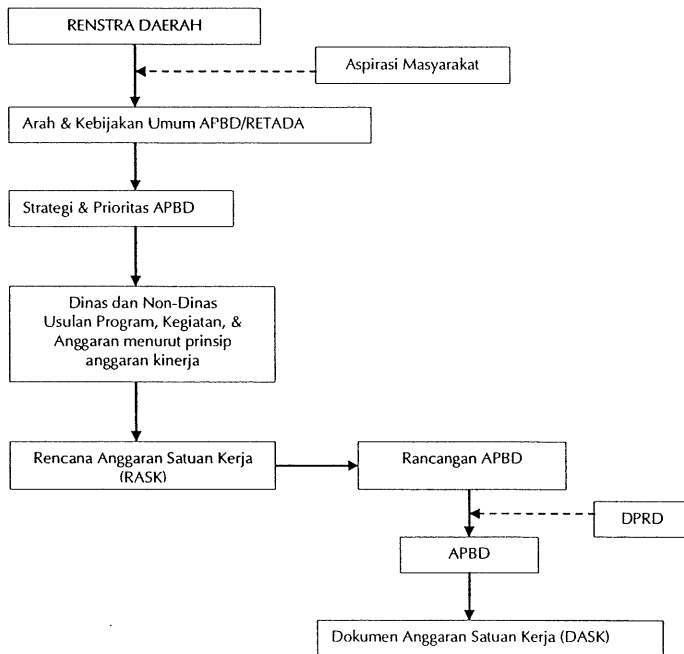
¹⁶ Depdagri (2002). *Sistem Perencanaan dan Pengendalian Pembangunan Sesuai Batas Kewenangan*.

siswa 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.

Keterlibatan masyarakat dalam rangkaian proses penyusunan APBD tersebut tidak hanya pada tahapan penetapan Arah dan Kebijakan Umum APBD tetapi juga ketika rancangan APBD siap untuk dibahas oleh DPRD. Sebelum DPRD membahas rancangan APBD, terlebih dahulu disosialisasikan kepada masyarakat untuk mendapat masukan langsung dari masyarakat. Masukan ini bisa berasal dari LSM, kalangan perguruan tinggi, dll. Selanjutnya masukan dari masyarakat tersebut didokumentasikan dan dilampirkan pada Perda tentang APBD.

Secara skematik, tahapan proses penyusunan APBD (berdasar prinsip anggaran kinerja) yang kemudian dituangkan dalam Dokumen Anggaran Satuan Kerja (DASK) adalah sebagai berikut:



Introduksi Kepmendagri No.29/2002 ini merupakan paradigma baru dalam proses perencanaan pembangunan daerah. Selain pengenalan prinsip anggaran berbasis kinerja dengan melibatkan 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 terhadap berbagai perubahan tersebut, tidak hanya dari segi teknis semata tetapi juga diperlukan perubahan *mind-set* petugas untuk menyesuaikan diri dengan aturan baru.

Implementasi suatu kebijakan semacam Kepmendagri No.29/2002 ini bukanlah sesuatu yang sederhana. Implementasi kebijakan menyangkut dimensi interpretasi, komitmen organisasi, dan dukungan sumber daya yang ada. Langkah pertama yang perlu dilakukan agar aturan baru ini dapat diterapkan di daerah adalah sosialisasi kebijakan untuk menjamin adanya persepsi yang benar tentang kebijakan tersebut. Oleh karena itu sosialisasi terhadap pelaksanaan Kepmendagri No.29/2002 menjadi sangat penting.

Bagi orang daerah, ternyata permasalahannya adalah tidak ada kejelasan mekanisme sosialisasi tentang bagaimana dan siapa yang melakukan sosialisasi tersebut. Hal ini terutama mengingat kenyataan bahwa jumlah kabupaten/kota di Indonesia sangat besar sehingga kegiatan sosialisasi tersebut tidak mungkin bisa di-cover oleh Depdagri saja. Misalnya saja di Kabupaten Batanghari, sosialisasi Kepmendagri tersebut baru dilakukan pada bulan Juni 2004, padahal seharusnya sudah dilakukan jauh hari sebelumnya mengingat Kepmendagri tersebut telah diluncurkan pada tahun 2002. Selain kendala teknis ternyata juga ada aspek *vested-interest* sehubungan dengan pelaksanaan Kepmendagri tersebut. Kalau keputusan tersebut benar-benar dijalankan secara konsekuen maka ada pos-pos anggaran titipan yang sulit untuk diakomodir dalam usulan anggaran pembangunan daerah karena tidak jelas tolok ukurnya.¹⁷ Oleh karena itu selain pemahaman, juga diperlukan komitmen tinggi agar keputusan tersebut bisa dijalankan dengan sebaik-baiknya.

Sebagaimana yang akan dibahas pada bab selanjutnya, dari hasil studi di lapangan ditemui masih banyaknya perangkat daerah termasuk Tim Anggaran Eksekutif dan Legislatif yang masih kesulitan dalam memahami Kepmendagri tersebut. Akibatnya proses penyusunan APBD menjadi terhambat. Tidak itu saja, kekurang pahaman terhadap aturan main yang baru mendorong satuan kerja penyusun kegiatan dan program kembali lagi ke model aturan lama, misalnya penyusunan usulan kegiatan dan anggaran

¹⁷ Wawancara dengan salah seorang Key Informant di Kabupaten Batanghari

dilakukan secara *incremental*, meskipun telah menggunakan kode rekening yang terstandarisir. Ibaratnya seseorang berpenampilan baru dengan mengenakan baju baru tetapi jiwanya masih yang lama.

2.3 Partisipasi Masyarakat Dalam Proses Penyusunan Perencanaan Pembangunan Daerah

Sejak dilaksanakannya kebijakan otonomi daerah pada awal tahun 2001, serta berlangsungnya proses demokrasi di tanah air, maka isu tata pemerintahan yang baik (*good governance*) menjadi penting. Sebagaimana yang telah disinggung, dengan kebijakan desentralisasi ini maka peluang partisipasi publik dalam perencanaan pembangunan daerah menjadi terbuka lebar karena pada UU Otonomi daerah disebutkan bahwa titik berat otonomi daerah diletakkan pada daerah kabupaten/kota dan bukan kepada daerah propinsi. Ini berarti terjadi pemindahan proses pengambilan keputusan yang lebih dekat kepada masyarakat agar supaya pelayanan masyarakat lebih sesuai dengan kebutuhan, aspirasi, dan prioritas masyarakat setempat.

Partisipasi *stakeholders* termasuk masyarakat dalam proses perencanaan dan implementasi pembangunan sangat diperlukan untuk menjamin transparansi dan akuntabilitas aktivitas pembangunan daerah sekaligus menjaga kesinambungan dari pembangunan tersebut. Dalam praktek 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 di tingkat desa dan Temu Karya Pembangunan di kecamatan. Selanjutnya kompilasi aspirasi masyarakat tersebut disampaikan pada acara Rakorbang kabupaten tanpa dihadiri oleh masyarakat awam, hanya perwakilan saja. Kondisi demikian ditambah dengan lemahnya efektivitas perencanaan di tingkat desa dan kecamatan akan membuat usulan masyarakat semakin tidak terakomodasi dalam acara Rakorbang tersebut.

Atas dasar terjadinya kelemahan-kelemahan dari sistem perencanaan tersebut maka pada tahun 2003 keluarlah Surat Edaran (SE) Mendagri No.050/987/SJ Tentang Pedoman Penyelenggaraan Forum Koordinasi Pembangunan Partisipatif (FKPP) dengan tujuan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam proses pembangunan dan sekaligus menghasilkan berbagai kebijakan yang sesuai dengan kebutuhan dan kapasitas lokal. Atas dasar SE ini maka

partisipasi masyarakat tidak hanya terbatas pada tingkatan desa dan kecamatan saja namun sampai pada tingkatan kabupaten dan bahkan propinsi. Pada tingkatan desa beberapa unsur warga seperti BPD (Badan Perwakilan desa), LSM, dunia usaha sudah mulai ikut dalam proses perencanaan pembangunan. Pada tingkatan kecamatan unsur Muspika, LSM dan lain-lain juga ikut dalam kegiatan temu karya pembangunan. Selanjutnya pada tingkatan kabupaten dan propinsi, wakil dari perguruan tinggi, LSM, Kadin daerah ikut serta dalam proses pembangunan ini. Selain itu pada SE ini antara lain juga disebutkan bahwa tanggung jawab perencanaan pembangunan daerah tidak hanya terletak pada pemerintah daerah saja namun perlu di-fasilitasi oleh sebuah Tim multi-disiplin, seperti dari perguruan tinggi, LSM, dunia usaha, dll, agar dapat menghasilkan rencana yang betul-betul aplikatif, transparan, dan menyentuh kebutuhan riil masyarakat pada umumnya.¹⁸

Pembentukan FKPP ini tidak dituangkan dalam bentuk undang-undang ('hanya' Surat Edaran Mendagri) karena dalam era desentralisasi ini pusat tidak bisa lagi 'menyeragamkan' pola perencanaan daerah, dimana masing-masing daerah memiliki kekhususan sendiri sendiri yang tidak bisa disamakan begitu saja. Dengan kata lain SE ini hanyalah berupa suatu imbauan agar daerah benar-benar memperhatikan aspek partisipasi masyarakat dalam perencanaan pembangunan daerah. Bilamana suatu daerah sudah memiliki model perencanaan yang tepat untuk daerah tersebut maka sistem perencanaan berdasar imbauan SE tersebut tidak perlu diadopsi seratus persen.

Adapun praktek pelibatan masyarakat dalam perencanaan pembangunan daerah yang terjadi di dua lokasi penelitian sedikit berbeda. Di Kota Mataram, pelibatan masyarakat dalam perencanaan pembangunan daerah diimplementasikan dalam suatu kegiatan/forum khusus dengan istilah Musyawarah Pembangunan Bermitra Masyarakat (MPBM). MPBM ini difasilitasi oleh UNDP yang kemudian dituangkan dalam bentuk Perda pada tahun 2001. Dengan inisiatif MPBM yang menggunakan 10 prinsip *good governance* diharapkan pelibatan masyarakat dalam perencanaan pembangunan menjadi lebih efektif. MPBM ini dilakukan pada tingkatan desa, kecamatan, hingga kota. Pada tingkatan desa, hasil MPBM hanyalah semacam list masalah saja, kemudian pada tingkatan kecamatan ditindak lanjuti dengan penentuan prioritas masalah dan usulan kegiatan untuk memecahkan masalah. MPBM tingkat Kota yang dilakukan pada bulan Juni 2004, dimaksudkan untuk sinkronisasi usulan dari dinas dan hasil MPBM di tingkat desa dan kecamatan. Pada setiap acara MPBM ini, dibantu oleh fasilitator khusus yang kesemuanya berjumlah sekitar 18 orang.

¹⁸ Harry Hikmat (2004). *Pengarusutamaan Partisipasi Masyarakat Dalam Perencanaan Pembangunan*. Pp.30-33

Pelaksanaan MPBM di Kota Mataram ini sebenarnya menganut prinsip sama dengan pola Musbangdes dan Temu Karya UDKP di kecamatan yang secara 'ritual tahunan' telah dilakukan sejak beberapa dekade yang lalu. Hanya saja pada MPBM telah dipandu oleh fasilitator khusus sehingga diharapkan perencanaan ditingkat bawah berjalan sebagaimana mustinya. Dengan MPBM ini juga diharapkan usulan program dari dinas lebih realistis dan sesuai dengan tuntutan kebutuhan masyarakat. Namun dalam prakteknya mempertemukan usulan *bottom-up* dari masyarakat dengan kebijakan *top-down* yang diwakili oleh dinas-dinas tidaklah semudah seperti membalik telapak tangan. Menurut penjelasan dari salah satu *key informants* di Kota Mataram, usulan masyarakat seringkali dianggap tidak realistis dan hanya menekankan aspek fisik saja. Disisi lain praktek penyusunan program dan anggaran masih menganut *incremental* basis, sehingga sangat sulit untuk meng-akomodir usulan masyarakat dengan berbekal anggaran program tahun lalu ditambah dengan kenaikan sebesar 10 persen. Praktek ini terjadi karena masih adanya ketimpangan antara wewenang dalam penyelenggaraan pemerintahan dengan ketersediaan anggaran. Selain itu nuansa dekonsentrasi masih kuat sehingga mau tidak mau perangkat daerah harus mempertimbangkan kegiatan dekonsentrasi yang kadang-kadang tidak sesuai dengan kebutuhan daerah.

Sedangkan di Kabupaten Batanghari, Provinsi Jambi, tidak dikenal istilah MPBM. Praktek perencanaan pembangunan daerah masih mengacu pada Permendagri No. 9/1982. Dengan demikian pola pelibatan masyarakat dalam kegiatan perencanaan pembangunan masih sama seperti tahun-tahun sebelumnya. Menurut pendapat salah seorang *key informants* di kabupaten Batanghari, pelibatan masyarakat menurut pola Musbangdes dan Temu Karya UDKP di kecamatan tidak efektif bilamana kapasitas masyarakat lokal dalam perencanaan masih lemah. Oleh karena itu dia mengusulkan agar pola perencanaan daerah dengan bantuan fasilitator bisa diterapkan di daerah ini. Berpijak dari pengamatan pola MPBM yang dilakukan di Kota Mataram, nampaknya pelibatan fasilitator saja tidak cukup untuk menghasilkan rencana program pembangunan yang berpihak pada kebutuhan masyarakat. Masih ada faktor penting lain yang perlu dibenahi, misalnya bagaimana mengatur keseimbangan antara kewenangan daerah dengan ketersediaan anggaran untuk merealisasikan kewenangan tersebut. Hal ini penting untuk menjamin bahwa semua kewajiban daerah untuk menyelenggarakan program pemerintahan (sesuai dengan kewenangannya) bisa berjalan sebagaimana mestinya.

PROSES PENYUSUNAN KEBIJAKAN DAN PERENCANAAN PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA

Pada Bab ini akan dibahas mengenai proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program kesehatan reproduksi dan keluarga berencana di Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari. Sebelum menguraikan mengenai proses penyusunan kebijakan, terlebih dahulu akan diuraikan mengenai kondisi sosial demografi dan kesehatan reproduksi di kedua daerah tersebut dan kebijakan dalam pembangunan kesehatan. Bahasan mengenai kondisi sosial demografi dan kebijakan dalam pembangunan ini akan membantu dalam memahami bagaimana proses penyusunan kebijakan berlangsung dalam suatu daerah yang memiliki karakteristik tertentu. Selanjutnya gambaran tentang proses perencanaan dan konsultasi anggaran di Dinas Kesehatan akan diuraikan di bagian kedua. Bagian ketiga akan menguraikan tentang peranan puskesmas dalam perencanaan program dan kemudian dilanjutkan dengan uraian mengenai kontribusi PKPS-BBM dalam menopang pelayanan kesehatan terutama untuk masyarakat miskin.

3.1 Profil Daerah dan Kebijakan dalam Pembangunan Kesehatan

Pada bagian pertama dari profil daerah dan kebijakan dalam pembangunan kesehatan akan diuraikan mengenai kondisi sosial demografis dan kesehatan reproduksi, yaitu deskripsi tentang kondisi sosial demografi penduduk, kepadatan penduduk, pendidikan, kesehatan reproduksi dan isu kemiskinan penduduk di Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari.

3.1.1 Kondisi Sosial Demografi

Kondisi sosial demografi dan ekonomi serta kesehatan reproduksi penduduk seperti kepadatan penduduk, kesempatan kerja, pendidikan dan kesehatan reproduksi mencerminkan kualitas hidup masyarakat. Tabel 3.1 menunjukkan kondisi sosial demografi dan kesehatan reproduksi masyarakat di Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari.

Kota Mataram merupakan ibukota Provinsi Nusa Tenggara Barat mempunyai luas wilayah sekitar 61,30 km² dengan kepadatan penduduk mencapai 5.150 jiwa per km². Sebagai ibukota provinsi dengan berbagai fasilitas baik di bidang pendidikan, kesehatan dan ekonomi dan juga kesempatan kerja yang relatif lebih banyak dibandingkan dengan daerah lainnya, tidak

mengherankan apabila wilayah ini cukup padat penduduknya. Konsekuensinya, terdapat wilayah-wilayah yang merupakan kantong-kantong kumuh dengan berbagai persoalannya. Dibandingkan dengan Kota Mataram, Kabupaten Batang Hari tergolong daerah yang tidak begitu padat penduduknya. Letak Batang Hari yang relatif jauh dari pusat Provinsi Jambi kemungkinan tidak menjadi daya tarik bagi pendatang dari sekitarnya untuk mencari pekerjaan maupun menuntut ilmu, seperti halnya Kota Mataram.

Menurut menurut hasil Sensus Penduduk tahun 2000, jumlah penduduk Kota Mataram sebesar 315.738 jiwa dengan komposisi penduduk laki-laki sejumlah 156.914 jiwa dan penduduk perempuan 158.824 jiwa (BPS Kota Mataram dan Bappeda, 2002, 26). Pada tahun 2001, jumlah penduduk Kota Mataram meningkat menjadi sekitar 320 ribu. Laju pertumbuhan penduduk pada tahun 2000-2001 sebesar 2,64 persen, lebih besar bila dibandingkan dengan Provinsi Nusa Tenggara Barat, yaitu 1,69 persen (Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat, 2002: 5). Tingginya angka laju pertumbuhan penduduk di Kota Mataram karena selain pertumbuhan alami juga karena migrasi. Sedangkan penduduk Kabupaten Batang Hari relatif lebih sedikit dibandingkan dengan penduduk Kota Mataram. Pada tahun 2003, penduduk Kabupaten Batang Hari sebanyak 47,928 kepala keluarga.

Dari segi ketenagakerjaan, pada tahun 2001 tingkat partisipasi angkatan kerja penduduk usia 15 tahun ke atas di Kota Mataram sekitar 57,44 persen dan tingkat kesempatan kerja sekitar 92,4 persen (Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat, 2002: 7). Dengan semakin terbatasnya lapangan pekerjaan yang tersedia mengakibatkan tingginya jumlah pengangguran. Angka pengangguran terbuka di Kota Mataram pada tahun 2003 mencapai 10,5 persen (BPS, 2003, 128), hanya separuh dari angka pengangguran di Kabupaten Batang Hari, yaitu 4,8 persen (Tabel 3.1). Struktur perekonomian penduduk yang masih didominasi oleh sistem pertanian kemungkinan besar turut berpengaruh terhadap penyerapan tenaga kerja di Kabupaten Batang Hari. Sektor pertanian yang banyak menyerap tenaga kerja di Kabupaten Batang Hari adalah sub sektor perkebunan di mana perkebunan kelapa sawit merupakan andalan utama kabupaten ini. Oleh karena itu tidak mengherankan jika kesempatan kerja yang ada lebih terbuka dibandingkan dengan Kota Mataram. Sesuai dengan dengan letak Kota Mataram di pusat provinsi, maka lahan pertanian terbatas, dan penduduk cenderung bekerja di sektor jasa.

Pendidikan merupakan salah satu upaya meningkatkan kualitas hidup penduduk, termasuk tingkat kesehatan masyarakat. Pendidikan dapat membuka akses terhadap informasi dan kesadaran akan pentingnya hidup sehat. Rendahnya tingkat pendidikan penduduk akan berpengaruh terhadap

kualitas kehidupan masyarakatnya. Hal ini dikarenakan dengan pendidikan yang lebih baik, masyarakat dapat memperoleh pekerjaan yang layak dan pendapatan yang memadai. Pada akhirnya, hal ini akan mempengaruhi tingkat kesehatan karena daya beli mereka cukup tinggi untuk menjangkau pelayanan kesehatan. Selain itu, dengan pendidikan yang cukup akan mempengaruhi perilaku hidup sehat mereka sehari-hari.

Tingkat pendidikan dapat dilihat antara lain dari rata-rata lama sekolah dan angka melek huruf penduduk usia dewasa. Pada Tabel 3.2 terlihat bahwa tingkat pendidikan penduduk Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari cenderung rendah. Hal ini tercermin dari rendahnya rata-rata lama sekolah penduduk Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari, masing-masing hanya 7,4 tahun dan 6,9 tahun. Padahal, untuk meningkatkan kualitas hidup manusia salah satunya adalah melalui pendidikan. Pemerintah Indonesia mempunyai kebijakan wajib belajar pendidikan dasar 9 tahun. Dengan figure semacam itu menunjukkan bahwa tingkat pendidikan masyarakat belum mencapai harapan pemerintah. Meskipun angka rata-rata lama sekolah penduduk di Kabupaten Batang Hari hanya 6,9 tahun, namun angka melek huruf usia dewasa mencapai 96,8 persen, lebih tinggi dibanding dengan Kota Mataram (95,0 persen). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar penduduk usia dewasa di Kabupaten Batang Hari sudah dapat membaca dan menulis huruf latin.

Standar hidup penduduk, yang terlihat dari pengeluaran riil per kapita, antara Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari hampir sama, yaitu sekitar Rp. 580 ribu. Namun bila dilihat besaran pengeluaran untuk membeli makanan, persentasenya lebih tinggi abupaten Batang Hari. Tabel 3.1 menunjukkan bahwa pengeluaran terbesar dari penduduk Kabupaten Batang Hari adalah untuk makan. Sekitar 67,6 persen dari total pengeluaran riil per kapita, 67,6 digunakan untuk membeli makanan. Sedangkan persentase untuk Kota Mataram lebih kecil yaitu sekitar 57,6 persen.

Sebagian penduduk Kota Mataram dan Kabupaten tergolong miskin, meskipun jumlahnya makin menurun. Jumlah penduduk Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari yang hidup di garis kemiskinan pada tahun 2003 jauh lebih sedikit dibandingkan tahun 1999. Jumlah dan persentase penduduk miskin di Kota Mataram pada tahun 2003 adalah 36,6 ribu jiwa (10,79 persen), dengan garis kemiskinan sebesar Rp.119.900 per kapita per bulan (BPS, 2003). Padahal, pada tahun 1999 jumlah penduduk miskin di Kota Mataram mencapai 55,2 ribu (16,6 persen). Sementara jumlah penduduk miskin di Kabupaten Batang Hari lebih banyak, yaitu 39,0 ribu jiwa (19,0 persen) dengan garis kemiskinan Rp. 117.904 pada tahun 2003. Sebelumnya, pada

tahun 1999 persentase jumlah penduduk miskin di Kabupaten Batang Hari sebanyak 115,6 ribu jiwa (27,2 persen) (BPS, Bappenas, UNDP, 2002).

Apabila memakai kriteria miskin yang digunakan oleh BKKBN, maka jumlah keluarga miskin yang ada di Kota Mataram sebanyak 36.335 keluarga. Sedangkan jumlah keluarga miskin di Kabupaten Batang Hari sebanyak 14.287 (BKKBN Kota Mataram, 2003 dan BKKBN Batanghari, 2003).

3.1.2 Kondisi Kesehatan Penduduk

Seperti halnya pendidikan, kesehatan juga mempengaruhi kualitas hidup manusia. Indikator kualitas hidup dapat dilihat dari angka harapan hidup dan angka kematian bayi. Angka harapan hidup untuk Kota Mataram pada tahun 2002 adalah yaitu 63,1 tahun (BPS, 2003: 80). Padahal, pada tahun 2001, angka harapan hidup untuk Kota Mataram telah mencapai 64,55 tahun (Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat, 2002: 23). Penurunan ini menunjukkan adanya penurunan derajat kesehatan masyarakat Kota Mataram. Sementara untuk Kabupaten Batang Hari mempunyai angka harapan hidup yang lebih tinggi, yaitu 66,2 tahun. Angka harapan hidup penduduk Kabupaten Batang Hari meningkat dibandingkan pada tahun 1999, yaitu 65,7 tahun (BPS, Bappenas, UNDP, 2002: 91).

Angka kematian bayi (AKB) di Kota Mataram masih cukup, yaitu 59 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1999 (BPS, Bappenas, UNDP, 2002: Angka ini jauh melebihi angka kematian bayi nasional, yaitu 45 per 1000 kelahiran hidup untuk tahun yang sama. Sementara data dari Indikator Kesejahteraan Rakyat NTB Tahun 2001 memberikan figure yang lebih tinggi, yaitu 73,7 pada tahun 1999 dan menurun menjadi 50,4 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2001 (Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat, 2002: 25). Pada tahun 2003, angka kematian bayi menurun menjadi 30 per 1000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Kota Mataram, 2004). Adapun penyebab kematian adalah antara lain karena BBLR, aspiksia, cacat bawaan dan infeksi, tetanus neonatrum. Selain itu, penyebab kematian bayi juga erat kaitannya dengan penolong persalinan. Pada tahun 1999, di Kota Mataram, baru sekitar 45 persen persalinan yang ditolong oleh tenaga medis (BPS, Bappenas, UNDP, 2002). Namun pada tahun 2003 persentasenya telah meningkat, sekitar 67,0 persen persalinan pertama ditolong oleh tenaga kesehatan dan sekitar 75,9 persen penolong persalinan terakhir oleh tenaga kesehatan (lihat Tabel 3.1). Meskipun sudah ada peningkatan persentase persalinan oleh tenaga medis, namun di Kota Mataram masih terdapat sekitar 5,5 persen persalinan yang ditolong oleh dukun.

Kondisi kesehatan penduduk di Kabupaten Batang Hari tidak jauh berbeda. Meskipun tidak setinggi angka kematian bayi di Kota Mataram, AKB di Kabupaten Batang Hari masih mencapai 47 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1999. Persentase melahirkan ditolong oleh tenaga medis jauh lebih rendah dari angka di Kota Mataram, yaitu hanya 46,3 pada persalinan pertama dan 58,3 pada persalinan terakhir. Persentase penggunaan tenaga medis untuk menolong persalinan lebih tinggi di Kota Mataram, namun AKB juga masih tinggi di kota ini. Hal ini barangkali disebabkan angka kematian bayi tidak hanya dipengaruhi oleh faktor penolong kelahiran tetapi juga oleh faktor lain.

Selain angka kematian bayi, angka kematian Ibu Maternal juga merupakan salah satu indikator derajat kesehatan masyarakat. Angka kematian maternal di provinsi Nusa Tenggara Barat pada tahun 141 orang, 3 orang di antaranya adalah kematian ibu maternal di Kota Mataram (Dinas Kesehatan Provinsi NTB, 2002: 26). Angka kematian ibu di Kota Mataram pada tahun 2003 meningkat menjadi 6 orang (Dinas Kesehatan Kota Mataram, 2003: 5). Adapun penyebab kematian ibu adalah karena pendarahan, eklamsia, partus lama dan emboli air ketuban.

Permasalahan kesehatan reproduksi terutama yang dihadapi oleh Kota Mataram khususnya adalah antara lain menyangkut kematian bayi dan ibu maternal yang tetap tinggi dan meningkatnya gizi buruk pada ibu hamil dan juga pada balita. Anemia pada ibu hamil masih merupakan permasalahan kesehatan khususnya untuk Kota Mataram. Pada tahun 2002, prevalensi anemia ibu hamil mencapai 77 persen (Dinas Kesehatan provinsi Nusa Tenggara Barat, 2002: 32). Sementara data dari Dinas Kesehatan Kota Mataram (2003) menunjukkan bahwa berdasarkan temuan di puskesmas terdapat sekitar 15 – 20 persen ibu hamil menderita anemia gizi besi. Sedangkan pada pemantauan ibu hamil dengan lingkaran lengan atas (LILA) terdapat 10-26 persen ibu hamil yang mengalami kekurangan energi kalori (KEK). Adapun penyebab kekurangan gizi pada ibu hamil antara lain adalah karena perilaku ibu dan keterbatasan ekonomi. Perilaku ibu yang dapat menyebabkan adanya kekurangan gizi pada saat hamil antara lain adalah sebagai berikut:

- Ibu merupakan pekerja berat
- Kawin pada usia muda (kurang dari 15 tahun)
- Jarak kelahiran dekat
- Jumlah anak terlalu banyak
- Pantang terhadap suatu makanan yang seharusnya baik untuk tubuh, misalnya makan cumi-cumi

Tabel 3.1
Kondisi Sosial Demografi dan Kesehatan Reproduksi Penduduk di Kota
Mataram dan Kabupaten Batang Hari Tahun 2003

Aspek Sosial Demografi dan Kesehatan Reproduksi	Kota Mataram	Kabupaten Batang Hari
Kepadatan penduduk	5.150 jiwa/km	
Pengangguran terbuka	10,5	4,79
Rata-rata lama sekolah	7,4 tahun	6,9 tahun
Angka melek huruf usia dewasa	95,0 %	96,8 %
Angka melek huruf usia dewasa	95,0 %	96,8 %
Pengeluaran per kapita total	585,9 ribu	582,9 ribu
Pengeluaran untuk makanan	57,8 %	67,6%
Garis kemiskinan	Rp.119.900	Rp. 117.904
Jumlah penduduk miskin	10,8%	19,0 %
Penduduk miskin bekerja di sektor pertanian	6,7%	72,1%
Penduduk miskin bekerja di sektor informal	40,5	68,6
Angka kematian bayi	30	
Penolong persalinan pertama oleh tenaga kesehatan	67,0 %	46,3 %
Penolong persalinan terakhir oleh tenaga kesehatan	75,9%	58,3%
Angka harapan hidup	63,1 tahun	66,2 tahun

Sumber : BPS 2003

3.1.3 Fasilitas dan Sumber daya Kesehatan

Derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi antara lain oleh ketersediaan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan. Kota Mataram memiliki 12 rumah sakit yang terdiri dari rumah sakit umum (6), rumah sakit jiwa (1) dan rumah sakit bersalin (5). Sedangkan Kabupaten Batang Hari hanya memiliki 1 Rumah Sakit Umum Daerah dan 1 Rumah Sakit Pertamina. Selain fasilitas kesehatan yang berupa rumah sakit, di kedua daerah juga terdapat puskesmas. Ketersediaan puskesmas dalam jumlah yang memadai cukup mempengaruhi kondisi kesehatan penduduk karena puskesmas merupakan pusat pelayanan kesehatan dasar terpadu yang ditujukan untuk meningkatkan mutu dan pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat. Dilihat dari jumlah sarana kesehatan di Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari, relatif belum memadai tercermin dari rasio layanan puskesmas terhadap penduduk yang ada. Penduduk Kota Mataram yang berjumlah 315.738 jiwa dilayani oleh 8 puskesmas (rata-rata satu puskesmas melayani 39.467 jiwa). Sedangkan penduduk Kabupaten Batang Hari dilayani oleh 10 puskesmas, 4 di antaranya merupakan puskesmas dengan fasilitas rawat inap. Keterbatasan fasilitas kesehatan ini secara tidak langsung mempengaruhi derajat kesehatan penduduk, apalagi hal ini diperburuk oleh rendahnya tingkat kemampuan ekonomi penduduk. Rincian distribusi sarana kesehatan yang ada di Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari adalah sebagai berikut:

Tabel 3.2
Prasarana Kesehatan Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari.

Prasarana kesehatan	Kota Mataram	Kabupaten Batang Hari
Puskesmas		
• Puskesmas	8	10
• Puskesmas keliling	8	10
• Puskesmas pembantu	16	62
Rumah sakit	12	2
Apotik	50	4
Posyandu	287	249
Polindes	11	16

Selain ketersediaan fasilitas, pembangunan kesehatan juga tergantung pada kecukupan tenaga kesehatan yang ada. Tenaga kesehatan yang ada di Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari relatif cukup memadai bila dibandingkan dengan jumlah penduduk yang ada. Adapun distribusi tenaga medis menurut profesi ada pada Tabel 3.3. Tabel 3.3 menunjukkan bahwa penyediaan tenaga kesehatan khususnya di Kota Mataram relatif cukup jika diukur dengan menggunakan rasio per 100.000 penduduk. Rasio dokter ahli adalah 9,84 sedangkan rasio dokter umum adalah 20,23 per 100.000 penduduk. Bila dibandingkan dengan rata-rata provinsi, rasio tenaga kesehatan per 100.000 penduduk di Kota Mataram jauh lebih baik. Rasio di tingkat Provinsi Nusa Tenggara yaitu 1,50 dan 8,26 untuk dokter spesialis dan dokter umum. Hal ini barangkali karena penyebaran tenaga kesehatan sebagian besar di Kota Mataram yang merupakan ibukota Provinsi Nusa Tenggara Barat.

Tabel 3.3
Jumlah Tenaga Kerja Medis Menurut Profesi
di Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari, Tahun 2002

Profesi	Kota Mataram*	Kabupaten Batang Hari
Dokter ahli/spesialis	36 orang	16 orang
Dokter gigi	79 orang	5 orang
Dokter umum	75 orang	23 orang
Apoteker	29 orang	2 orang
Sarjana kesehatan	90 orang	15 orang
Paramedis/perawat	452 orang	55 orang
Paramedis non perawat	346 orang	
Pekarya	8 orang	
Bidan di Desa		81 orang
Non medis	432 orang	304 orang

Catatan: Kota Mataram+Provinsi

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat, 2002

3.1.4 Kondisi Kemiskinan Penduduk Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari

Kemiskinan merupakan salah satu faktor yang berkaitan dengan kualitas hidup manusia karena dengan kondisi miskin maka daya beli menurun termasuk untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang diperlukan. Menurut BPS, ada beberapa dimensi yang digunakan untuk melihat kemiskinan penduduk yaitu umur panjang dan sehat, pengetahuan dan kehidupan yang layak. Sementara indikator yang digunakan untuk melihat umur panjang dan sehat adalah kemungkinan tidak bertahan hidup sampai umur 40 tahun. Di Kota Mataram, persentase penduduk yang diperkirakan tidak dapat mencapai usia 40 tahun adalah sekitar 20,9 persen. Sedangkan persentase di Kabupaten Batang Hari lebih kecil yaitu 15,1 persen. Hal ini menunjukkan bahwa karena faktor kemiskinan maka sekitar 15 persen penduduk akan meninggal sebelum mencapai usia 40 tahun.

Selain usia pendek, angka buta huruf usia dewasa juga merupakan indikasi suatu kemiskinan. Sebanyak 5 persen penduduk Kota Mataram yang berusia 15 tahun ke atas tidak dapat membaca dan menulis karena buta huruf. Sementara untuk Kabupaten Batang Hari penduduk usia dewasa yang buta huruf persentasenya lebih kecil, hanya 3,2 persen.

Kemiskinan penduduk juga ditandai oleh kemampuan untuk menjangkau akses sarana air bersih dan akses sarana kesehatan. Sebanyak 44,6 persen penduduk Kota Mataram tidak mempunyai akses terhadap sarana air bersih. Sedangkan penduduk yang tidak mempunyai akses terhadap sarana kesehatan 13,3 persen. Sebaliknya, di Kabupaten Batang Hari hanya sekitar 27,0 persen penduduk yang tidak mempunyai akses terhadap sarana air bersih. Namun demikian persentase penduduk yang tidak mempunyai akses terhadap sarana kesehatan sedikit lebih banyak yaitu sekitar 17,0 persen. Keterbatasan akses terhadap sarana air bersih berkontribusi terhadap status kesehatan masyarakat karena akan potensial untuk terjadinya wabah diare.

Sementara jika dilihat dari status gizi balitanya, persentase balita kurang gizi di Kota Mataram cukup tinggi yaitu sekitar 33,6 persen, Tabel 3.4). Dibandingkan dengan tahun sebelumnya (2002) persentase kasus balita kurang gizi meningkat cukup tajam, pada tahun 2002 kasusnya hanya 25,7 persen (Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat, 2002: 30). Sedangkan di Kabupaten Batang Hari hanya 16,6 persen, yaitu sekitar 34 persen.

Dari uraian-uraian di atas terlihat bahwa dengan memakai ukuran-ukuran tertentu seperti umur panjang dan sehat, pengetahuan dan kehidupan yang layak, Kabupaten Batang Hari cenderung lebih miskin daripada Kota Mataram.

Namun dilihat dari kondisi kesehatannya, penduduk Kabupaten Batang Hari relatif lebih baik.

Tabel 3.4

Kondisi kemiskinan Penduduk di Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari

Kondisi kemiskinan	Kota Mataram	Kabupaten Batang Hari
Penduduk yang diperkirakan tidak mencapai usia 40 tahun	20,5%	15,1%
Angka buta huruf usia dewasa	5,0 %	3,2 %
Penduduk tanpa akses terhadap air bersih	44,6 %	27,0%
Penduduk tanpa akses terhadap sarana kesehatan	13,3 %	17,0%
Persentase balita berstatus kurang gizi	33,6%	16,6%

Sumber: BPS 2001

3.1.5 Kebijakan dalam Pembangunan Kesehatan Reproduksi

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk mempertinggi derajat kesehatan sumberdaya manusia. Oleh karenanya kesehatan, termasuk kesehatan reproduksi, merupakan salah satu bagian penting dalam kehidupan keluarga. Mengingat pentingnya aspek kesehatan reproduksi dalam peningkatan kualitas sumber daya manusia sebagai pelaksana pembangunan, sudah sewajarnya apabila pembangunan kesehatan, khususnya kesehatan reproduksi dimasukkan dalam rencana strategis kabupaten/kota.

Sesuai dengan visi dan misi Kota Mataram, peningkatan kualitas sumber daya manusia dilakukan untuk mewujudkan terbentuknya manusia dan masyarakat yang maju, mandiri tidak hanya pada tingkat pendapatan tetapi juga dalam hal pendidikan dan kesehatan terlihat dalam IPM dalam rangking teratas. Dalam pembangunan kesehatan diharapkan masyarakat memahami dan menyadari akan arti hidup sehat dalam konteks yang luas dan tercermin dalam kehidupan sehari-harinya (Pemerintah Kota Mataram, 2003: 133).

Tujuan pembangunan kesehatan adalah menuju Indonesia sehat 2010 dengan cara meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal (Pemerintah Kota Mataram, 2003: 136). Adapun sasaran pembangunan kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan derajat kesehatan dan gizi masyarakat yang didukung oleh kemandirian masyarakat dan kemitraan swasta
2. Meningkatkan perilaku sehat dan peningkatan mutu kesehatan
3. Meningkatkan manajemen kesehatan

4. Tersedianya pelayanan kesehatan dasar dan rujukan baik pemerintah dan swasta yang didukung oleh peran serta masyarakat melalui JPKM
5. Meningkatnya dan terlindunginya kesehatan diri dan lingkungan sesuai dengan sosial budaya masyarakat.

Sedangkan untuk mencapai tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan tersebut, kebijakan umum pembangunan kesehatan meliputi:

1. Peningkatan perilaku sehat dan peran serta masyarakat
2. Peningkatan pemantauan dan pembinaan kesehatan lingkungan
3. Peningkatan pengamatan, pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
4. Peningkatan upaya pelayanan dasar
5. Peningkatan upaya pelayanan kesehatan ibu, anak dan lansia
6. Pembinaan kesehatan remaja
7. Peningkatan pemberian gizi masyarakat
8. Peningkatan pemberian pengelolaan pelayanan bagi keluarga miskin
9. Peningkatan pengelolaan perencanaan, administrasi kepegawaian, inventaris dan keuangan.

Adapun program-program pembangunan kesehatan di Kota Mataram tahun 2003 meliputi:

1. Program Perilaku Sehat dan Pemberdayaan Masyarakat
 - Peningkatan perilaku sehat
 - Anti tembakau, alcohol dan madat
 - Pembinaan kesehatan jiwa masyarakat
 - Kesehatan olah raga dan kebugaran jasmani
2. Program Lingkungan Sehat
 - Kegiatan pokok program ini antara lain
 - Wilayah
 - Kesehatan dan keselamatan kerja
 - Hygine dan sanitasi TTU
 - Pemukiman perumahan dan bangunan sehat
 - Penyehatan air
3. Program Upaya Kesehatan
 - Kegiatan pokok program ini antara lain
 - Pemberantasan penyakit menular dan imunisasi
 - a. Pemberantasan
 - b. Imunisasi
 - Kesehatan khusus
 - Pelayanan kesehatan dasar

Pelayanan kesehatan penunjang
Kesehatan reproduksi
Perbaikan
Pengembangan surveillance epidemiologi
Penanggulangan bencana dan bantuan kemanusiaan

4. Program Sumber Daya Kesehatan
Kegiatan pokok program ini antara lain
 Pendayagunaan tenaga kesehatan
 Pengembangan JPKM
 Pengembangan sarana dan pembekalan kesehatan
5. Program Obat, Makanan dan Bahan Berbahaya
Kegiatan pokok program ini antara lain
 Penggunaan obat tradisional
 Obat esensial

Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan di Kota Mataram difokuskan pada penyediaan pelayanan kesehatan yang secara kuantitas maupun kualitas sesuai dengan tuntutan dan kebutuhan masyarakat. Adapun sasaran prioritas dalam pembangunan kesehatan Kota Mataram adalah masyarakat perkotaan yang berpenghasilan rendah. Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan oleh pemerintah Kota Mataram memberikan hasil yang cukup bermakna dalam hal kesehatan reproduksi, khususnya dalam penurunan angka kematian bayi dan peningkatan usia harapan hidup.

Sedangkan kebijakan pembangunan kesehatan reproduksi di Kabupaten Batang Hari belum secara eksplisit dicantumkan dalam rencana strategis Kabupaten Batang Hari. Secara umum pembangunan kesehatan diselenggarakan sesuai dengan kebutuhan masyarakat guna meningkatkan derajat kesehatan yang optimal untuk mencapai Visi 'Batang Hari Sehat 2003'.

Adapun arah kebijakan pembangunan kesehatan di Kabupaten Batang Hari sebagai berikut:

1. Mendorong masyarakat berperilaku hidup sehat.
2. Mewujudkan pemerataan tahapan fasilitas dan pelayanan kesehatan masyarakat.
3. Memotivasi pengembangan kemampuan tenaga medis dan profesionalisme.
4. Meningkatkan koordinasi lintas sektoral dalam pelaksanaan masyarakat.
5. Koordinasi dan menegakkan hukum yang tegas terhadap peredaran dan penyalahgunaan narkoba.

Adapun program-program pembangunan kesehatan Kabupaten Batang Hari mencakup:

1. Program Kesehatan Keluarga
 - a. Program Kesehatan Ibu dan Anak
 - b. Program Perbaikan Gizi Masyarakat
 - c. Program Kesehatan Remaja dan Usia
 - d. Program Kesehatan Institusi

2. Program Pemberantasan Penyakit Menular
 - a. Program Pemberantasan Penyakit
 - b. Program Pencegahan dan Immunisasi
 - c. Program Penolong dan bantuan kesehatan
 - d. Program Penelitian Laboratorium

3. Program Pemberdayaan Masyarakat dan Promosi Kesehatan
 - a. Program Peningkatan Peran serta Masyarakat
 - b. Program Promosi Kesehatan dan Pelatihan
 - c. Program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat
 - d. Program Peningkatan sarana dan prasarana

4. Program Pembinaan Kesehatan Lingkungan dan Pelayanan Kesehatan
 - a. Program Penyehatan Lingkungan Umum, Industri dan Pendidikan
 - b. Program Penyehatan Makanan dan Minuman
 - c. Program Rumah Sakit dan Puskesmas
 - d. Program Sediaan farmasi dan obat tradisional

Dari paparan di atas terlihat bahwa pembangunan kesehatan reproduksi meskipun belum secara eksplisit dimasukkan dalam arah kebijakan kesehatan, namun kesehatan reproduksi sudah tercantum dalam program-program pembangunan kesehatan.

3.2 Perencanaan Program dan Konsultasi Anggaran di Dinas Kesehatan

Sesuai dengan jiwa desentralisasi, setiap kebijakan program pembangunan diharapkan dapat direncanakan sendiri oleh daerah yang bersangkutan. Maksudnya adalah bahwa daerah yang mengerti akan kebutuhan dan disesuaikan dengan kemampuan sumber daya yang ada. Sebelum era otonomi daerah, setiap program pembangunan, termasuk pembangunan kesehatan, disusun oleh pemerintah pusat, daerah tinggal melaksanakannya. Pola

semacam ini sudah berlangsung selama hampir 30 tahun. Dalam hal ini daerah tinggal menunggu dan melaksanakan program yang sudah disusun di tingkat pusat. Apakah program yang ada itu sesuai atau tidak dengan kebutuhan daerah, itu yang menjadi persoalan. Semua program dilaksanakan secara seragam di seluruh daerah, meskipun dengan penekanan yang berbeda.

Bagian ini akan menguraikan tentang proses perencanaan dan konsultasi anggaran yang dilaksanakan di Dinas Kesehatan Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari. Ada dua aspek penting yang diuraikan yaitu pertama mengenai bagaimana sebuah program direncanakan di Dinas Kesehatan dan aspek selanjutnya adalah bagaimana anggaran yang diajukan dikonsultasikan dengan pihak-pihak terkait.

3.2.1 Perencanaan program

Seperti yang telah diuraikan pada Bab sebelumnya, usulan program, kegiatan dan anggaran yang ada di dinas khususnya Dinas Kesehatan dilakukan melalui prinsip anggaran kinerja. Sebagaimana yang telah dibahas pada Bab 2, dengan prinsip ini, maka 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.

Dalam penyusunan perencanaan program berdasar kinerja ini, maka bagian perencanaan dan orang-orang yang berkaitan langsung dengan penyusunan rencana kegiatan mempunyai peran yang cukup penting karena harus dapat menyusun perencanaan yang betul-betul matang. Jika suatu kegiatan tidak direncanakan pada awalnya maka akan sulit sekali untuk dilaksanakan karena menyangkut administrasi yang sudah diusulkan dari awal. Misalnya, bila ada kejadian yang luar biasa maka Dinas tidak dapat segera melakukan suatu kegiatan karena kegiatan tersebut sebelumnya tidak tercantum dalam usulan kegiatan.

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 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.

Selain berdasarkan RASK tahun lalu serta Arah dan Kebijakan Umum APBD/Retada, pembuatan usulan kegiatan ini seharusnya juga didasarkan atas masukan dari puskesmas puskesmas yang berada di wilayah kerja dinas. Masukan dari puskesmas ini penting karena memuat juga usulan dari masyarakat yang diperoleh ketika wakil puskesmas ikut serta dalam proses penjangkaran aspirasi masyarakat yang dilakukan di tingkat kecamatan (Temu Karya UDKP di Kabupaten Batang Hari atau MPBM tingkat kecamatan untuk Kota Mataram). Namun dalam prakteknya, penyusunan RASK tahunan ini banyak diwarnai oleh program yang ada pada RASK/DASK tahun sebelumnya. Selain alasan praktis, masih dipakainya prinsip penyusunan anggaran secara *incremental* (anggaran tahun lalu ditambah dengan sekian persen) menjadi faktor utama mengapa masukan dari puskesmas sering tidak dipergunakan dalam penyusunan usulan kegiatan program tahunan.

Dalam kesempatan diskusi kelompok dengan beberapa kepala sub-dinas dan bagian perencanaan program terungkap bahwa mekanisme penyusunan perencanaan program secara *normatif* (lihat Bab 1 dan 2) belum dilakukan. Ini berarti bahwa perencanaan dibuat tidak berdasarkan atas kondisi dan permasalahan riil yang dihadapi oleh daerah, tetapi lebih didasarkan atas alasan praktis dan budaya usulan anggaran secara *incremental* yang seharusnya sudah ditinggalkan dengan diberlakukannya anggaran berbasis kinerja. Keadaan ini cukup serius mengingat kenyataan bahwa permasalahan kesehatan merupakan sesuatu yang dinamis dan bisa berubah setiap tahun. Tidak mengherankan apabila ada sindiran dari asisten bupati (di Kota Mataram) bahwa perencanaan program Dinas Kesehatan kurang melihat kondisi lapangan. Misalnya saja, hampir setiap tahun terjadi wabah demam

berdarah di Kota Mataram, namun kegiatan preventif dan kuratif untuk mengatasi permasalahan tersebut tidak diusulkan dalam usulan kegiatan dinas. Bila ada kejadian wabah maka daerah selalu kelabakan dalam mencari dana taktis untuk mengatasi masalah tersebut.

3.2.2 Konsultasi anggaran

Untuk dapat melaksanakan program ataupun kegiatan yang sudah disusun maka RASK harus dikonsultasikan untuk mendapat persetujuan. Menurut para informan kunci, konsultasi anggaran merupakan sesuatu yang memakan banyak waktu dan energi. Hal ini dikarenakan konsultasi selalu dilakukan berkali-kali. Adapun jalannya konsultasi adalah sebagai berikut; Kepala dinas dengan didampingi oleh kepala tata usaha membawa RASK pada pertemuan di pemerintah kota untuk konsultasi dengan Tim Anggaran Eksekutif. Tim Anggaran Eksekutif terdiri unsur Bappeda, asisten Bupati, serta bagian ekonomi dan keuangan dari pemerintah kota/kabupaten. Masing-masing anggota Tim Anggaran diberi berkas RASK untuk memberikan masukan. Pada kesempatan yang berbeda-beda Tim Anggaran Eksekutif akan memanggil Kepala Dinas untuk melakukan konsultasi. Dalam pertemuan tersebut biasanya dibahas tentang masalah yang berkaitan dengan suatu mata anggaran yang diajukan, besarnya, tujuannya, rencana pelaksanaannya dan sebagainya. Pada kesempatan tersebut Tim Anggaran Eksekutif memberikan masukan-masukan pada dinas untuk melakukan revisi. Penilaian RASK oleh Tim Anggaran Eksekutif dilakukan dengan cara yang berbeda-beda dan dengan waktu yang berbeda pula sehingga untuk melakukan revisi RASK cukup memakan waktu guna mensinkronkan masukan dari pihak yang berbeda-beda.

Sebetulnya kegiatan perencanaan yang dilakukan secara langsung oleh seksi/ Pelaku Aktivitas merupakan hal yang positif karena dilakukan oleh orang yang mengerti permasalahan di lapangan. Namun sayangnya, pada saat konsultasi seringkali para penyusun RASK tersebut tidak dilibatkan dalam proses negosiasi sehingga seringkali penjelasan program kesehatan sulit diterima oleh para pengambil kebijakan, termasuk Tim Anggaran Eksekutif. Pada tahap selanjutnya (Tahap 2), RASK yang sudah direvisi berdasarkan masukan dari Tim Konsultasi RASK kemudian dikonsultasikan kembali. Jika sudah ada persetujuan dari Tim Anggaran Eksekutif, RASK kemudian diajukan ke Panitia Anggaran DPRD untuk selanjutnya dibahas dan ditetapkan menjadi APBD. Setelah ditetapkan APBD maka RASK dirubah menjadi DASK (Daftar Anggaran Satuan Kerja).

3.2.3 Kendala yang dihadapi

Ada berbagai kendala yang ditemui pada saat penyusunan atau perencanaan suatu program dan kegiatan serta pada saat penjabaran kegiatan ke dalam rupiah. Kendala utama yang dihadapi adalah masalah SDM, teknis dan waktu konsultasi. Kendala SDM meliputi kemampuan para pembuat atau penyusun RASK maupun yang terlibat dalam Tim Konsultasi Anggaran dan Panitia Anggaran. Perencanaan program oleh pelaku aktivitas terbawah memang ideal dengan catatan mereka menguasai bidangnya dan dilakukan sesuai dengan prosedur. Oleh karena itu penyusun RASK dituntut untuk memiliki pemahaman dan kepedulian yang tinggi terhadap urgensi suatu program. Seringkali karena RASK disusun berdasar pada program atau kegiatan yang dilaksanakan tahun sebelumnya, ada kecenderungan bagi penyusun RASK untuk tinggal mengulang kembali apa yang pernah diusulkan tahun sebelumnya daripada membuat yang baru yang dianggap lebih rumit. Hal ini tentunya ada manfaat dan kerugiannya. Keuntungannya adalah suatu program dapat dilaksanakan secara berkelanjutan sehingga hasilnya dapat dilihat secara utuh. Kerugiannya adalah, program atau kegiatan yang diusulkan tidak sesuai dengan permasalahan yang sedang dihadapi oleh daerah. Oleh karena itu dalam penyusunan RASK dibutuhkan kecermatan dalam menyikapi permasalahan kesehatan yang muncul di dalam masyarakat dan mengintegrasikannya ke dalam program yang pernah dilakukan pada tahun sebelumnya. Selain kemampuan SDM yang menyusun RASK, dibutuhkan kemampuan dan pemahaman masalah kesehatan bagi para Tim Konsultasi Anggaran. Seringkali program yang sudah bagus dan sesuai dengan permasalahan yang muncul dalam masyarakat namun terpaksa tidak dapat terlaksana karena anggaran yang diusulkan tidak disetujui oleh Tim Anggaran. Penolakan tersebut cenderung dilakukan karena kekurangpahaman pihak pengambil keputusan, baik dari pihak eksekutif maupun legislative dalam teknis kesehatan termasuk kesehatan reproduksi. Hal ini barangkali dapat diatasi dengan adanya peningkatan kapasitas pada pihak eksekutif dan juga legislative. Peningkatan kapasitas bagi anggota legislative perlu dilakukan secara berkesinambungan karena seringnya terjadi mutasi keanggotaan komisi di DPRD setempat. Selain pemahaman substansi, dinas harus pandai-pandai melakukan lobby. Nampaknya untuk dapat 'menggoalkan' RASK diperlukan suatu lobby yang intensif terhadap pihak-pihak yang terkait. Masalahnya adalah, yang melaksanakan lobby kadangkala tidak sepenuhnya menguasai semua bidang, akibatnya kurang bisa meyakinkan Tim Konsultasi Anggaran.

Masalah teknis yang sering dihadapi dalam menyusun RASK adalah adanya standarisasi kode rekening yang cukup membingungkan. Kadang-kadang hanya karena sistem pengkodean tersebut ada beberapa kegiatan program

termasuk program kesehatan reproduksi yang sulit untuk dimasukkan dalam RASK.

Selain masalah SDM, pengajuan RASK untuk menjadi DASK (Daftar Anggaran Satuan Kerja) harus melalui konsultasi yang berkepanjangan. Seringkali konsultasi harus dilakukan berulang-ulang karena menyangkut hal-hal yang sangat mendetail. Akibatnya penyusunan RASK menjadi berlarut-larut. Menurut penjelasan dari beberapa informan di Kota Mataram dan di Kabupaten Batang Hari, proses berkepanjangan dalam penyusunan dan konsultasi RASK tersebut terjadi karena kurangnya pemahaman dari para stakeholders terhadap jiwa dari penyusunan anggaran berbasis kinerja. Selain kompleksitas model penyusunan anggaran, nampaknya untuk merubah 'mindset' dari para stakeholders dari pola lama ke paradigma baru dengan prinsip anggaran kinerja memerlukan waktu lama.

Dampak dari proses penyusunan anggaran yang berkepanjangan ini antara lain adalah tertundanya beberapa kegiatan program. Dalam hal dimana kegiatan harus dilakukan segera maka dilakukan 'peminjaman dana' untuk melakukan kegiatan dimaksud. Situasi demikian menyebabkan tidak maksimalnya output kegiatan program karena dilakukan dengan dana yang tidak maksimal sebagaimana yang direncanakan.

3. 3. Peranan PUSKESMAS Dalam Perencanaan Program

Tugas dan fungsi serta kedudukan Puskesmas dalam sistim kesehatan nasional adalah sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan kesehatan di suatu wilayah kerja (Departemen Kesehatan RI, 2003: 2). Oleh karena itu, penanggung jawab utama seluruh upaya pembangunan kesehatan di wilayah Kabupaten/Kota adalah Dinas Kesehatan/Kota, sedangkan Puskesmas bertanggung jawab untuk sebagian upaya pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan kemampuannya.

Pada garis besarnya Puskesmas mempunyai tiga fungsi yaitu, sebagai pusat pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama, penggerak pembangunan berwawasan kesehatan dan pusat pemberdayaan masyarakat. Sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama, Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan yang meliputi pelayanan kesehatan

perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Dalam fungsinya sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, Puskesmas diharapkan untuk mengutamakan pemeliharaan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Sementara itu peran Puskesmas sebagai pusat pemberdayaan masyarakat memerlukan berbagai upaya agar dapat mendorong partisipasi perorangan, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk sumber pembiayaan, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan (Departemen Kesehatan RI, 2003: 4-5).

Berkaitan dengan perannya sebagai pusat pemberdayaan masyarakat di mana secara eksplisit disebutkan Puskesmas ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan, maka dalam hal ini secara 'normatif' Puskesmas mempunyai posisi yang sangat 'strategis' untuk ikut ambil bagian pada proses perencanaan program/kebijakan di bidang pelayanan kesehatan sampai pada implementasi dan monitoringnya. Sejak tahun 1987 sebagian urusan bidang kesehatan diserahkan ke daerah (kabupaten) berdasarkan PP No. 7 tahun 1987. Menurut peraturan tersebut, puskesmas berwenang menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, juga dalam hal mencari, menggali dan mengelola sumber pembiayaan sendiri. Kewenangannya semakin bertambah menyusul pemberlakuan kebijakan otonomi daerah pada tahun 2000.

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.

Dikaitkan dengan kaidah normatif proses pembuatan kebijakan dan penyusunan perencanaan program sebagaimana yang dibahas pada Bab Satu

dan Dua, serta praktek penyusunan kebijakan dan perencanaan program di era otonomi daerah yang telah dibahas pada sub-bab sebelumnya, pada bagian ini akan dibahas bagaimana dan sampai seberapa jauh peran Puskesmas dalam proses perencanaan program/kebijakan di bidang pelayanan kesehatan.

Dengan mengambil kasus masing-masing satu Puskesmas di Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari, bahasan mengenai peran Puskesmas dalam penyusunan program/kebijakan ini akan dikaji dari dua perspektif. Pertama, peran Puskesmas dalam penyusunan program/kebijakan lintas sektor dan yang kedua program/kebijakan internal Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

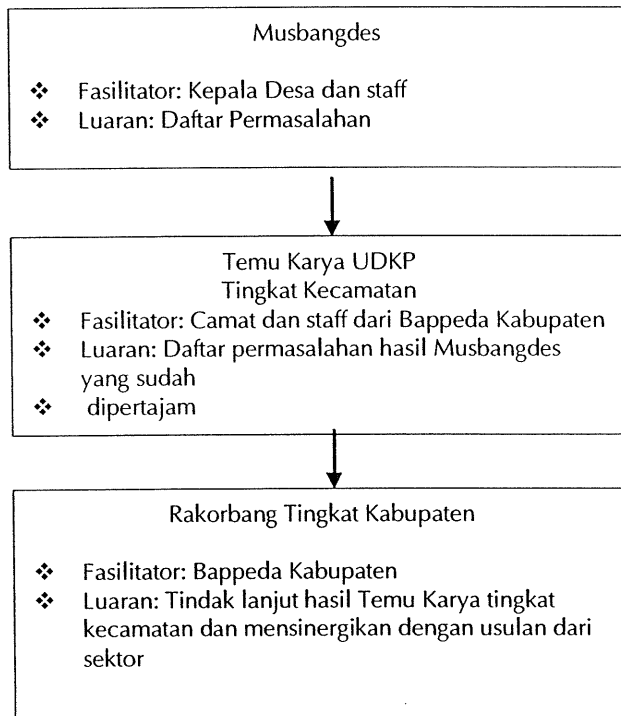
Peran Puskesmas dalam Proses Penyusunan Program/Kebijakan Lintas Sektor

- Alur Proses Penyusunan Kebijakan Lintas sektor

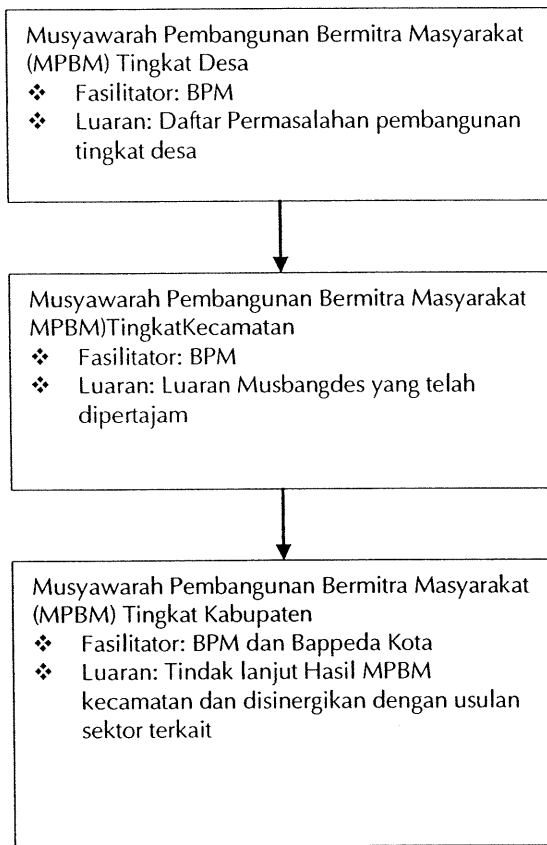
Pada Bab 2, telah dibahas proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program multi-sektoral, baik pada alur *bottom-up* yang melibatkan masyarakat desa dan kecamatan maupun alur *top-down* yang bersumber pada GBHN, propenas, propeda, renstra, repetada dan seterusnya hingga perpaduan pendekatan bottom up dan top down pada Rakorbang kabupaten/kota yang kemudian menghasilkan APBD.

Untuk mengetahui praktek pembuatan kebijakan dan perencanaan program multi sektoral di daerah serta bagaimana peranan puskesmas dalam proses tersebut, maka pada bagian ini akan ditampilkan kembali alur proses penyusunan kebijakan dan perencanaan program dengan mengambil kasus Kabupaten Batanghari dan Kota Mataram.

Bagan Alur Proses Penyusunan Program Lintas Sektor di Kabupaten Batang Hari



Bagan Alur Proses Penyusunan Program/Kebijakan Lintas Sektor Di Kota Mataram



Kabupaten Batang Hari

Secara ringkas proses penyusunan program/kebijakan dimulai dari tingkat desa/kelurahan dengan mengadakan musyawarah pembangunan desa (Musbangdes) sampai pada Rakorbang Tingkat Kabupaten. Pada acara Musbangdes unsur/stakeholders yang diundang meliputi: aparat desa (kepala desa/kelurahan dan staff), lembaga musyawarah desa (LMD), tokoh masyarakat (formal dan informal), unsur PKK, LSM jika ada dan sektor terkait di tingkat desa, misalnya bidan desa untuk masalah kesehatan, guru untuk bidang kesehatan. Luaran pada tahap Musbangdes ini adalah daftar/list permasalahan yang diusulkan oleh masing-masing stakeholders yang hadir pada acara Musbangdes. Fasilitator pada forum Musbangdes ini adalah

Kepala Desa dan staff. Pada Tingkat Kecamatan Temu Karya UDKP Tingkat Kecamatan) fasilitatornya Camat dan dibantu oleh staff Bappeda yang hadir mewakili. Partisipan yang hadir antara lain: unsur pemerintah (camat dan staffnya), seluruh kepala desa/lurah, perwakilan LMD, LSM, akademisi, dan perwakilan sektor terkait (perwakilan Puskesmas dari sektor kesehatan, perwakilan dari cabang dinas pendidikan, Kantor Statistik Kecamatan dll). Luaran dari Temu Karya tingkat kecamatan ini adalah daftar permasalahan yang telah dipertajam dan alternatif langkah-langkah untuk menyelesaikan permasalahan. Pada Rakorbang tingkat Kabupaten/Kota unsur yang hadir diantaranya adalah pemerintah tingkat dua (Bupati/Walikota), seluruh perwakilan sektor terkait, LSM, akademisi dan wakil dari kecamatan. Luaran dari Rakorbang tingkat kabupaten ini adalah menindaklanjuti hasil Temu Karya tingkat kecamatan dan mensinergikan dengan usulan program yang diajukan oleh masing-masing sektor terkait.

Kota Mataram

Proses penyusunan program/kebijakan di Kota Mataram hampir sama dengan proses yang dilakukan di Kabupaten Batang Hari. Perbedaan yang menonjol adalah nama forum setiap tingkatan dan fasilitatornya. Untuk tingkat desa forum musyawarah di namakan MPBM (Musyawarah Pembangunan Bermitra Masyarakat) tingkat desa dan di tingkat kecamatan adalah MPBM tingkat kecamatan. Pada MPBM tingkat desa dan tingkat kecamatan fasilitatornya adalah Badan Pemberdayaan Masyarakat (BPM) dan UNDP. Di tingkat Kota forumnya adalah MPBM tingkat kota dengan fasilitator Bappeda Kota. Luaran pada setiap tingkat sama dengan proses penyusunan di Kabupaten Batang Hari

Sebagaimana yang telah dibahas di Bab 2, proses perencanaan berbasis masyarakat dengan istilah MPBM di Kota Mataram ini di-fasilitasi oleh UNDP dengan melibatkan fasilitator berjumlah 18 orang untuk mem-fasilitasi MPBM dari tingkat desa hingga kota.

- Keterlibatan Puskesmas pada proses penyusunan program

Keterlibatan Puskesmas dan jaringannya (misal: Pustu dan Polindes) secara langsung pada proses penyusunan program/kebijakan pembangunan lintas sektor terjadi pada MPBM tingkat desa dan MPBM tingkat kecamatan. Pada tingkat desa, undangan untuk menghadiri MPBM di desa ditujukan pada Bidan Desa yang bertugas di desa terkait. Sementara itu, pada Temu Karya

di tingkat kecamatan sektor kesehatan yang dilibatkan untuk berpartisipasi adalah wakil dari Puskesmas.

Seperti telah dikemukakan di muka bahwa luaran yang diharapkan pada forum MPBM tingkat desa adalah daftar permasalahan-permasalahan bidang fisik dan sosial-ekonomi yang ada di tingkat desa yang dapat ditindaklanjuti menjadi program. Berdasarkan informasi dari berbagai nara sumber di dua lokasi penelitian, daftar permasalahan yang diharapkan mencakup berbagai macam aspek, baik fisik maupun sosial-ekonomi pada kenyataannya yang muncul hampir semuanya justeru permasalahan fisik, seperti perlunya membangun fasilitas desa seperti puskesmas, perbaikan jalan dan lingkungan. Sementara permasalahan non-fisik yang berkaitan dengan masalah sosial seperti kesehatan dan pendidikan 'kurang' mendapat perhatian. Di samping itu, jika dicermati, daftar usulan permasalahan yang sebagian besar bersifat pembangunan fisik tersebut lebih merupakan 'daftar keinginan' bukan 'daftar kebutuhan'. Artinya usulan pembangunan fisik yang muncul belum merupakan kebutuhan yang mendesak bagi masyarakat desa/kelurahan.

Menurut informan dari wakil Puskesmas pada saat penjaringan masalah di forum MPBM tingkat desa permasalahan yang ingin dicantumkan sebagai hasil forum tersebut kadang-kadang sudah dibuat daftarnya. Dalam hal ini forum MPBM tingkat desa 'belum' dimanfaatkan secara optimal untuk menjangkau permasalahan yang diusulkan oleh para stakeholders (undangan) akan tetapi, forum tersebut lebih cenderung digunakan untuk sosialisasi tentang daftar permasalahan yang telah dipersiapkan terlebih dahulu. Dengan demikian meskipun para stakeholders dari berbagai sektor terkait mempunyai usulan permasalahan yang telah dipersiapkan dan kemudian dikemukakan di forum Musbangdes (MPBM tingkat desa) pada akhirnya tidak dimasukkan dalam hasil akhir Musbangdes. Seperti dikemukakan oleh seorang informan:

'Saya pernah menghadiri Musbangdes, tetapi ternyata usulan yang ditampung umumnya yang berkaitan dengan pembangunan fisik. Permasalahan berkaitan dengan kesehatan kurang mendapat respon. Di samping itu, tidak jarang daftar permasalahan tersebut sudah dipersiapkan sehingga forum tersebut dipakai untuk mensosialisasikan daftar permasalahan yang sudah ada'

Pada Temu Karya (MPBM) tingkat kecamatan, luaran hasil Musbangdes ditampung dan dipertajam kembali pada forum tersebut. Karena luaran Musbangdes umumnya cenderung berupa usulan permasalahan pembangunan fisik, maka pada saat dibahas di forum Temu Karya tingkat kecamatan usulan yang keluar juga tidak jauh berbeda dengan luaran hasil Musbangdes. Seperti pada Musbangdes, partisipan yang mewakili Puskesmas yang mengikuti

Temu Karya tingkat kecamatan kurang mempunyai peluang untuk memberikan usulan permasalahan yang berkaitan dengan bidang kesehatan. Hal tersebut dikarenakan selain usulan umumnya merupakan pembangunan fisik, beberapa usulan permasalahan yang dikemukakan sering tidak diakomodasikan karena dalam berbagai kasus luaran hasil Temu Karya ini telah ada drafnya. Seperti disampaikan oleh salah satu narasumber dari Puskesmas:

'Pada MPBM tingkat kecamatan, wakil dari Puskesmas kadang-kadang kepala Puskesmas dan bila kepala Puskesmas berhalangan biasanya kita wakikan pada staff. Tidak banyak yang bisa diusulkan pada pertemuan tersebut, biasanya kita meluruskan usulan-usulan yang sudah ada atau hanya menampung semua usulan yang telah ada'.

Peran Puskesmas Dalam Proses Perencanaan Program/Kebijakan Pelayanan Kesehatan (Intern Di Dalam Sektor Kesehatan)

Proses perencanaan program/kebijakan di Dinas Kesehatan telah secara detail dibahas dalam sub bab 3.2. Pada bagian ini fokus bahasan akan ditekankan pada keterlibatan Puskesmas dalam proses penyusunan program/kebijakan pelayanan kesehatan.

Seperti telah dibahas secara detail pada sub bagian 3.2. bahwa penyusunan perencanaan program/kebijakan di bidang pelayanan kesehatan pada umumnya dan kesehatan reproduksi pada khususnya dilakukan dengan mengacu pada program/kebijakan tahun sebelumnya. Program/kebijakan pada tahun sebelumnya sepenuhnya masih mengikuti pola 'standar' yang ditetapkan dari 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.

Adanya otonomi daerah memberikan peluang kepada pemerintah kabupaten/kota untuk melakukan penyusunan kebijakan/program yang sesuai dengan permasalahan yang dihadapi daerah dan sekaligus dapat mengakomodasikan kepentingan daerah. Namun, sampai saat ini beberapa sektor termasuk Dinas Kesehatan Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari masih menggunakan pola penyusunan program/kebijakan yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan dengan melakukan penyesuaian. Penyesuaian tersebut umumnya dilakukan dengan pendekatan *incremental* basis yaitu menaikkan anggaran

sekitar 10 persen dari anggaran tahun yang sudah berjalan (detail informasi telah dibahas pada sub bagian 3.2).

Dengan diberlakukannya pola penyusunan program/kebijakan bidang pelayanan kesehatan yang 'standar' tersebut menjadi kurang ada 'ruang' untuk melakukan 'inovasi' menyusun program/kebijakan dengan menjangkir 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 staff Dinas Kesehatan, seperti Kepala Dinas, Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Bidang dan Kasubag perencanaan. Dilain 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. 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 dari indikator penyerapan dana.

Kajian yang dilakukan di dua Puskesmas di Kota Mataram dan Batang Hari ini 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. Proses penyusunan program semacam ini jelas secara normatif tidak benar (lihat Bab 1 dan 2) karena tidak melibatkan

semua stakeholders kunci. Selain itu aspirasi masyarakat belum sepenuhnya bisa diakomodir dalam perencanaan program, baik di tingkat kecamatan apalagi kabupaten. Ketidak-mampuan masyarakat untuk menyampaikan kebutuhan riil dalam forum pertemuan di tingkat desa dan kecamatan akan menjadi pendorong munculnya kebiasaan lama yang bersifat *top down*. Masih diterapkannya penyusunan anggaran dengan *incremental*/basis jelas-jelas bertentangan dengan asas anggaran berbasis kinerja yang diperkenalkan melalui Kepmendagri No.29/2002 (lihat Bab 2).

Umpan balik dari pembelajaran yang diperoleh Puskesmas dalam melaksanakan program belum mendapatkan ruang untuk 'diakomodasikan' oleh pembuat kebijakan untuk menjadi masukan dalam penyusunan program. Dengan demikian 'evidence-based' program planning dengan partisipasi aktif masyarakat masih merupakan wacana dalam era otonomi daerah ini.

3.4. Peran PUSKESMAS dalam Pelayanan Keluarga Miskin (GAKIN)

3.4.1. Program PKPS-BBM Bidang Kesehatan

Krisis ekonomi yang menimpa Indonesia pada awal tahun 1998 mengakibatkan masyarakat yang hidup dibawah garis kemiskinan bertambah. Menurut data tahun 2001 jumlah penduduk miskin di Indonesia sebesar 37,5 juta turun menjadi 36,4 juta pada tahun 2002. Pada tahun 2003 jumlah penduduk miskin mengalami peningkatan kurang lebih satu juta, menjadi 37,3 juta (BPS, 2004). Dampak krisis sampai saat ini masih dirasakan oleh sebagian masyarakat. Untuk membantu masyarakat miskin, berbagai kebijakan dan program telah dilakukan oleh pemerintah Republik Indonesia. Di bidang ekonomi, berbagai kredit usaha kecil telah disalurkan dan di bidang pendidikan salah satu program untuk membantu masyarakat meningkatkan pendidikan keluarga miskin adalah JPS - Pendidikan dan dilanjutkan dengan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar (PKPS-BBM) bidang pendidikan. Sementara itu di bidang kesehatan sejak tahun 1998 Pemerintah Indonesia telah melaksanakan program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) yang telah berakhir pada tahun 2002. Pada tahun 2003 pemerintah meneruskan program pelayanan kesehatan gratis bagi keluarga miskin melalui Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS-BBM Bidkes). Program ini mengupayakan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin (Gakin) secara gratis. Dalam pelaksanaannya di lapangan, PKPS-BBM Bidkes dilaksanakan mulai dari tingkat Bidan di Desa (BDD), Puskesmas sampai pada rujukannya di rumah sakit Kabupaten/Kota, bahkan dimungkinkan sampai di tingkat provinsi.

Menurut buku petunjuk teknis program PKPS-BBM (Depkes RI, 2003: 10) penentuan Gakin dilakukan oleh tim desa yang terdiri dari Kepala Desa/Lurah, pamong desa, PLKB, bidan desa/petugas kesehatan dan unsur masyarakat dengan perbandingan unsur masyarakat dan pemerintah 1:1.

Kriteria yang digunakan adalah:

1. Keluarga yang tidak bisa makan dua kali sehari
2. Keluarga tidak mampu mengobati anak/anggota keluarga yang sakit ke pelayanan kesehatan
3. Kepala keluarga tidak mempunyai pekerjaan tetap
4. Pada keluarga tersebut terdapat anak yang 'drop out' sekolah karena masalah ekonomi.

Garis Besar Pelaksanaan Program

Secara garis besar program PKPS-BBM Bidkes bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan untuk keluarga miskin (Gakin) yang meliputi (Departemen Kesehatan RI, 2003):

1. Pelayanan Kesehatan Dasar

Pelayanan yang diberikan pada prinsipnya adalah semua jenis pelayanan kesehatan termasuk keluarga berencana yang disediakan oleh Puskesmas. Pelayanan ini bersifat menyeluruh yang meliputi pencegahan, pengobatan dan pemulihan yang dilakukan melalui rawat jalan maupun rawat inap. Pelaksana pelayanan kesehatan dasar adalah dokter dan staf Puskesmas, petugas Puskesmas pembantu dan bidan desa. Dalam hal ini bidan desa melaksanakan pelayanan kesehatan dasar sesuai kemampuan dan kewenangan yang dilimpahkan oleh kepala Puskesmas.

2. Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan mencakup pelayanan antenatal sebanyak minimal 4 kali, pertolongan persalinan, pelayanan nifas untuk ibu dan bayi yang baru lahir sebanyak 3 kali dan pertolongan pertama/penanganan kegawatdaruratan obstetri-neonatal dan rujukannya ke Puskesmas atau Rumah Sakit serta pelayanan keluarga berencana. Pelaksana pelayanan kebidanan adalah dokter Puskesmas, Bidan Puskesmas dan bidan di desa sesuai dengan kewenangannya masing-masing. Di samping untuk memberikan pelayanan kesehatan terhadap Gakin, program PKPS-BBM juga bertujuan untuk memberdayakan Posyandu (Revitalisas Posyandu) agar peran dan fungsinya

lebih ditingkatkan untuk mendukung kegiatan peningkatan status gizi dan kesehatan ibu dan anak.

Pengelolaan Dana

Di tingkat Puskesmas

Dana pelayanan kesehatan dasar digunakan untuk tambahan biaya Operasional Puskesmas, untuk mendukung pemeliharaan kesehatan Gakin dan kegiatan rujukan antara lain:

- Membiayai transportasi petugas ke lapangan/masyarakat/sasaran untuk pelayanan upaya kesehatan dan upaya kesehatan masyarakat yang besarnya ditentukan berdasarkan kesepakatan pada Lokakarya mini Puskesmas dengan mempertimbangkan kesulitan geografis dan kesulitan lainnya.
- Membeli bahan habis pakai dan ATK yang diperlukan
- Membeli bahan dan atau alat penyuluhan kesehatan
- Biaya transportasi kasus dengan seorang petugas pendamping ke sarana rujukan

Sementara itu, dana pelayanan kebidanan di Puskesmas dibayarkan berupa paket untuk pertolongan persalinan normal yang besarnya ditetapkan oleh Tim Koordinasi Kota/Kabupaten. Sedangkan dana revitalisasi Posyandu digunakan untuk mengganti transport kader apabila kader melakukan kunjungan ke sasaran atau Posyandu.

Pada Bidan Desa (BDD)

Dana PKPS-BBM yang disalurkan kepada BDD merupakan dana tambahan yang dipergunakan terutama untuk perluasan jangkauan pelayanan kesehatan kepada Gakin. Penyaluran dana dilakukan secara tidak langsung, dengan cara dana dikirim oleh PT Pos ke Puskesmas kemudian baru diberikan kepada BDD. Dana yang diterima tidak langsung oleh BDD (melalui Puskesmas) ini dipergunakan untuk pertolongan persalinan dan biaya transport kader Posyandu. Sedangkan dana yang diterima langsung oleh BDD digunakan untuk pelaksanaan kegiatan pelayanan kebidanan dasar yang meliputi:

- Pelayanan antenatal standar minimal 4 kali selama kehamilan
- Pelayanan nifas, baik bagi ibu maupun neonatusnya sebanyak tiga kali selama masa nifas
- Pertolongan pertama atau penanganan kegawatan obstetrik-neonatal dan biaya transport rujukannya ke Puskesmas atau Rumah sakit Kabupaten/kota.

Dalam pelaksanaannya, penggunaan dana pelayanan dasar kebidanan yang diterima oleh BDD bersifat 'fleksibel' sesuai dengan kebutuhannya (berkaitan dengan pelayanan kebidanan). Jenis kegiatan yang direncanakan untuk satu bulan ke depan dapat berupa:

- Biaya transportasi BDD untuk melakukan kunjungan ke dusun atau kunjungan ke rumah
- Biaya transportasi BDD ke Puskesmas/Rumah Sakit, baik untuk rujukan, konsultasi kebidanan dan penyelesaian kasus pengaduan masyarakat.
- Pembelian bahan habis pakai untuk pelayanan kebidanan misalnya alkohol, btadin, klorin, verban dan lain-lain sesuai dengan kebutuhan.
- Pembelian obat-obatan yang diperlukan dalam pelayanan kebidanan apabila tidak tersedia di polindes atau Puskesmas, sesuai dengan kebutuhan dan kewenangan yang dimiliki bidan
- Pembelian alat-alat kebidanan dengan kebutuhan untuk pelayanan Gakin
- Pembelian alat tulis atau kebutuhan lain seperti lampu sorot (senter), alat penunjang kegiatan penyuluhan kelompok dan lain-lain yang terkait dengan pelayanan kebidanan.
- Biaya transportasi untuk pasien khusus rujukan dan bidan yang mendampingi dalam kasus tertentu.

3.4.2. Pelaksanaan PKPS-BBM di Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari: Sebuah Pembelajaran

Pelaksanaan program pelayanan kesehatan terhadap penduduk miskin dengan menggunakan biaya dari pengurangan subsidi bahan bakar minyak (PKPS-BBM Bidkes) secara nasional mengacu pada buku pedoman yang

diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI. Buku pedoman yang dibuat standar untuk seluruh Indonesia tersebut terdiri dari tiga buku, yaitu buku pedoman untuk Rumah Sakit, Puskesmas dan bidan desa. Dalam pelaksanaannya setiap kabupaten/kota mengacu pada buku pedoman tersebut dengan beberapa penyesuaian. Berikut ini akan dibahas pelaksanaan PKPS-BBM di Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari.

Data Gakin dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Jumlah Gakin pada tingkat kabupaten/kota ditetapkan oleh Tim Koordinasi Kab/Kota (TKK), diawali dengan melibatkan Tim desa dalam mengidentifikasi nama dan alamat dengan criteria yang telah disepakati. Kriteria yang digunakan diantaranya adalah (1) keluarga yang tidak bisa makan dua kali sehari (2) Keluarga yang tidak mampu mengobati/anggota keluarga yang sakit (3) Kepala Keluarga tidak mempunyai pekerjaan tetap dan (4) pada keluarga tersebut terdapat 'drop out' sekolah karena masalah ekonomi. Data jumlah Gakin dari Tim Desa, kemudian disahkan oleh lurah/kepala desa dan disampaikan ke Puskesmas untuk diperiksa. Selanjutnya Puskesmas menyerahkan hasil validasi data tersebut ke Dinas Kesehatan Kabupaten/kota. Setelah data disahkan oleh TKK, maka tiap desa telah mempunyai jumlah Gakin yang dapat dijadikan acuan oleh Puskesmas untuk memberikan pelayanan. Pada tiap Gakin akan diberikan kartu sehat yang berisi daftar seluruh anggota keluarga yang bisa mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis.

Studi yang dilakukan di Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari dengan mengambil kasus masing-masing satu Puskesmas dan Pustu menunjukkan bahwa dalam menetapkan Gakin ditemui beberapa permasalahan. Permasalahan tersebut diantaranya adalah (1) keluarga yang seharusnya menurut kriteria yang digunakan tidak masuk ke dalam Gakin dimasukkan ke dalam Gakin (2) keluarga yang pada awalnya masuk dalam kriteria Gakin dalam perkembangannya tidak lagi masuk ke dalam Gakin tidak mau dicabut kartu sehatnya sehingga tetap mendapatkan pelayanan (3) penggunaan kartu sehat oleh keluarga yang sebenarnya tidak berhak. Berbagai permasalahan tersebut (no 1 dan no 2) timbul antara lain karena Tim desa yang terdiri dari Kepala desa/lurah, bidan desa dan beberapa tokoh masyarakat kadang tidak berkuasa untuk menolak keluarga yang sebenarnya tidak masuk dalam kriteria, akan tetapi bersikeras untuk mendapatkan kartu sehat. Hubungan kekeluargaan di pedesaan juga menjadi salah satu faktor kurang 'objektif'nya penentuan Gakin. Beberapa keluarga yang dekat dengan Tim Desa meminta untuk dimasukkan ke dalam Gakin, padahal sebenarnya mereka tidak masuk ke dalam kriteria Gakin.

Permasalahan berkaitan dengan penggunaan kartu sehat umumnya terjadi pada saat meminta pelayanan di Puskesmas. Pasien tidak membawa Kartu Sehat yang asli tetapi hanya membuat fotocopynya. Fotocopy dibuat dengan meminjam kartu sehat dari keluarga Gakin lain, kemudian namanya diubah. Penyalahgunaan kartu sehat ini pada akhirnya akan diketahui oleh petugas Puskesmas, karena pasien yang menyalahgunakan kartu sehat tersebut namanya tidak tercantum di daftar Gakin Puskesmas. Akan tetapi karena alasan kemanusiaan, pihak Puskesmas tetap memberikan pelayanan kepada pasien tersebut, seperti yang diungkapkan oleh penanggung jawab Puskesmas:

'Permasalahan penggunaan kartu sehat memang selalu ada, meskipun proporsinya relatif rendah. Seperti penyalahgunaan kartu sehat juga kadang terjadi, tetapi karena si pasien sudah jauh-jauh datang ke Puskesmas ya tetap kita layani karena alasan kemanusiaan'.

Permasalahan penyalahgunaan kartu sehat juga dilakukan oleh pasien bukan Gakin yang mendapat rujukan untuk dirawat di rumah sakit daerah (RSUD). Menurut informasi dari sejumlah narasumber (penanggung jawab Puskesmas dan Pustu) seringkali terjadi kasus pasien bukan Gakin yang mendapat rujukan untuk dirawat di RSUD karena kecelakaan atau penyakit lain meminta keringanan dengan cara mencari kartu Gakin ke desa. Oleh kepala desa/lurah dengan berbagai pertimbangan permintaan ini sering dikabulkan, meskipun dilihat kriterianya keluarga tersebut sebenarnya tidak masuk dalam Gakin.

Data tentang pemanfaatan dana PKPS-BBM Bidkes di dua Puskesmas di Kota Mataram dan Kabupaten Batang hari dapat dilihat pada Tabel 3.1. Dari 4.955 sasaran Gakin tercatat sekitar 166nya (3,4 persen) memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan tiga Pustu yang ada di wilayah kerja Puskesmas Cakranegara selama bulan April 2004. Apabila dilihat proporsinya tampaknya relatif kecil Gakin yang memanfaatkan dana PKPS-BBM. Akan tetapi apabila dilihat dari jumlah kunjungannya terdapat sekitar 1454 kunjungan anggota Gakin ke Pustu dan Puskesmas atau sekitar 14-15 anggota keluarga Gakin berkunjung ke Puskesmas dan tiga Pustu yang ada. Dalam hal ini satu Gakin mempunyai beberapa anggota rumah tangga dan selama bulan April melakukan kunjungan ke Puskesmas dan Pustu lebih dari satu kali. Sedangkan di Puskesmas Muara Tembesi, data tentang jumlah Gakin yang memanfaatkan pelayanan kesehatan ke Puskesmas dan Pustu tidak tersedia, data yang tersedia adalah jumlah kunjungan anggota Gakin ke Puskesmas. Selama bulan April 2004 terdapat 243 kunjungan anggota Gakin atau sekitar 10 kunjungan per hari.

Tabel 3.5

Pelaksanaan Kegiatan PKPS-BBM Puskesmas Cakranegara, Kota Mataram dan Puskesmas Muara Tembesi, Kabupaten Batang Hari, Tahun 2004 (Data Per April 2004)

Kegiatan	Puskesmas Cakranegara	Puskesmas Muara Tembesi
Pelayanan Kesehatan dasar		
- Jumlah sasaran Gakin	4.955	1.630
- Jumlah Gakin yang berkunjung ke Puskemas/Pustu	166	243
- Jumlah Kunjungan Anggota Gakin ke Pustu (3 Pustu)	1454	-
Pelayanan kebidanan		
- Jumlah sasaran Ibu Hamil Gakin	117	48
- Jumlah ibu hamil yang mendapat ANC	117	48
- Jumlah sasaran ibu bersalin Gakin	32	-
- Jumlah ibu bersalin yang ditolong oleh bidan	30	-
- Jumlah sasaran ibu nifas	53	18
- Jumlah Ibu nifas yang dirujuk oleh bidan ke Puskesmas Perawatan/Rumah sakit	4	5
- Jumlah Ibu hamil/bersalin/nifas yang dirujuk oleh Puskesmas ke Rumah Sakit	3	-
Revitalisasi Posyandu		
- Jumlah posyandu yang direvitalisasi	38	31

Sumber: Laporan Bulanan Puskesmas Cakranegara dan Muara Tembesi, Tahun 2004.

Pengelolaan Kegiatan dan dana PKPS-BBM

Sebagai Lembaga yang melakukan pelayanan langsung pada masyarakat yang berada di lini terdepan, Puskesmas dan jajarannya membuat perencanaan tahunan Puskesmas (PTP). Perencanaan tersebut perlu mengakomodasi kegiatan PKPS-BBM sebagai bagian integral dari kegiatan Puskesmas secara menyeluruh. PTP tersebut dijadikan acuan bagi semua pelaksanaan kegiatan Puskesmas dan evaluasinya termasuk kegiatan PKPS-BBM.

Untuk kelancaran pengelolaan PKPS-BBM, lokakarya mini yang diikuti oleh semua unsur pelaksana di tingkat Puskesmas (Kepala Puskemas dan staff, Bidan Desa, staff Pustu) diselenggarakan tiap bulan. Dalam lokarya ini dikaji dan dievaluasi kegiatan yang telah dilakukan pada tiap bulannya serta rencana pelaksanaan kegiatan untuk satu bulan ke depan. Dalam forum ini juga diidentifikasi berbagai kendala yang ditemui pada pelaksanaan PKPS-BBM. Lokakarya eksternal yang melibatkan berbagai sektor terkait untuk mengevaluasi kegiatan lintas sektor dilakukan tiap tiga bulan.

Menurut petunjuk teknis pelaksanaan PKPS-BBM bagi Puskesmas, Bidan Desa dan Rumah Sakit, pengelolaan dana PKPS-BBM sangat 'fleksibel'. Disebutkan

bahwa dana pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas digunakan untuk mendukung pemeliharaan kesehatan Gakin dan kegiatan rujukan seperti: transportasi ke lapangan melayani kesehatan perorangan/masyarakat, membeli bahan ATK, membeli bahan/alat penyuluh kesehatan dan biaya transportasi kasus rujukan dengan satu pendamping dari petugas kesehatan. Jika dicermati penggunaan dana untuk mendukung pemeliharaan kesehatan Gakin dan rujukan tersebut ada beberapa poin yang tidak secara langsung terfokus pada pemanfaatan dana untuk Gakin, seperti pembelian ATK dan bahan/alat penyuluh kesehatan. Penggunaan ATK dan alat penyuluh kesehatan ini untuk mendukung seluruh kegiatan Puskesmas yang memberikan pelayanan pada semua segmen masyarakat, tidak hanya untuk Gakin.

Dari wawancara dengan pengelola Puskesmas di Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari dapat diketahui bahwa tidak adanya biaya operasional dan pemeliharaan Puskesmas yang rutin diterima oleh Puskesmas dari pemerintah kota/kabupaten maka untuk sementara waktu dana PKPS-BBM ini merupakan dana yang diandalkan untuk mendukung sebagian besar biaya operasional Puskesmas. Lebih lanjut dikatakan bahwa karena pertanggung jawaban keuangan juga fleksibel maka dana PKPS-BBM justru merupakan pendukung utama ('sapu jagad') bagi biaya operasional Puskesmas. Secara normatif penggunaan dana ini tidak menyimpang, karena secara eksplisit disebutkan untuk mendukung pemeliharaan kesehatan Gakin dan rujukan. Akan tetapi, jika dilihat esensi dari tujuan PKPS-BBM untuk membantu meningkatkan kesehatan Gakin maka penggunaan dana tersebut tidak sepenuhnya terfokus pada 'keluarga miskin' dan 'mengurangi porsi' pembiayaan yang seharusnya ditujukan pada Gakin.

**DESENTRALISASI BKKBN:
Pengamatan Awal Tahun**

Dengan telah dilaksanakannya kebijakan otonomi daerah secara utuh sejak tahun 2001, maka berdasarkan UU No. 22/1999 kepada Daerah diberikan keleluasaan untuk menyelenggarakan pemerintahan yang mencakup seluruh bidang pemerintahan, kecuali bidang-bidang yang berdasar UU telah ditetapkan sebagai kewenangan Pusat. Keleluasaan otonomi ini mencakup pula kewenangan yang komprehensif dalam penyelenggaraan pemerintahan, mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, pengendalian, dan evaluasi.

Dengan pelaksanaan otonomi daerah ini ada 11 kewenangan pemerintah pusat yang di-desentralisasikan kepada pemerintah kabupaten/kota dan sebagai konsekuensinya terjadi penyerahan beberapa instansi vertikal di daerah, termasuk BKKBN, kepada daerah otonom dalam satu kendali manajemen dibawah Bupati/Walikota. Kebijakan ini akan menyebabkan terjadinya merger antara instansi vertikal kedalam organisasi pemerintahan daerah. Kebijakan tersebut akan ber-implikasi pada terjadinya penyerahan personel, peralatan, pembiayaan, dan dokumen kepada pemerintah daerah. Mekanisme penyerahan tersebut diatur dalam Peraturan Pemerintah No.8 tahun 2003 dimana daerah diwajibkan menyusun Struktur Organisasi dan Tata Kerja (SOTK) dan dilindungi dalam bentuk Peraturan Daerah.

Sebelum munculnya PP Nomor 8/2003 (dan PP No. 9/2003) yang mengatur penataan organisasi pemerintah daerah, pemerintah pusat telah mengeluarkan peraturan mengenai kelembagan pemerintah daerah, yaitu PP No.84 tahun 2000 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah. Dalam PP tersebut disebutkan bahwa yang dimaksud dengan *Perangkat Daerah* adalah: "organisasi/lembaga pada pemerintah daerah yang bertanggung jawab kepada Kepala Daerah dan membantu Kepala Daerah dalam penyelenggaraan pemerintahan yang terdiri atas sekretaris daerah, dinas daerah, dan lembaga teknis daerah, kecamatan dan kelurahan sesuai dengan kebutuhan daerah".¹

Istilah 'sesuai dengan kebutuhan' bisa diartikan bahwa daerah bebas untuk menentukan organisasi perangkat daerah sepanjang sesuai dengan apa yang dibutuhkan untuk penyelenggaraan pemerintahan. Namun pada PP 84/2000

¹ Peraturan Pemerintah RI Nomor 84 Tahun 2000 Tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah, Bab I Pasal 1

ada beberapa rambu yang harus diperhatikan dalam penyusunan organisasi perangkat daerah, yaitu: (a) sesuai dengan kewenangan-kewenangan yang dimiliki oleh daerah; (b) karakteristik, potensi dan kebutuhan daerah; (c) kemampuan keuangan daerah; (d) ketersediaan sumber daya aparatur; (e) pengembangan pola kerjasama antar-daerah dan/atau dengan pihak ketiga. Namun dalam prakteknya rambu-rambu ini sering dilanggar sehingga di era otonomi daerah ini muncul proliferasi kelembagaan sebagai akibat dari eksklusivisme dan euforia terhadap otonomi daerah. Adanya intervensi kepentingan dari berbagai *stakeholders* kelembagaan akan mendorong munculnya struktur perangkat daerah yang bersifat kompromistis namun barangkali kurang efisien dan efektif bila ditinjau dari prinsip-prinsip organisasi.

Gejala proliferasi kelembagaan ini juga disebabkan oleh kebijakan *strategy follows structure* dari pada *structure follows strategy*. Sehingga yang terjadi adalah organisasi atau lembaga menjadi terlalu besar, acak-acakan, overlap, dan duplicating. Konsep 'miskin struktur dan kaya fungsi' hanyalah sebatas pada wacana saja.²

Sementara daerah belum selesai betul melakukan penataan organisasi perangkat daerah menyusul pelaksanaan kebijakan otonomi daerah, pemerintah pusat mengeluarkan kebijakan baru tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah (PP Nomor 8 Tahun 2003). PP ini merupakan pengganti dari PP sebelumnya (PP No.84/2000), dimana dalam PP pengganti ini dimasukkan unsur satuan polisi pamong praja didalam organisasi perangkat daerah. Dalam PP No.8/2003 dengan tegas disebutkan jumlah maksimal struktur organisasi perangkat daerah di tingkat kabupaten/kota yaitu, dinas daerah kabupaten/kota sebanyak-banyaknya terdiri dari 14 dinas, sedangkan untuk lembaga teknis daerah kabupaten/kota sebanyak-banyaknya terdiri dari 8 lembaga teknis daerah.³ Ketentuan tentang pembatasan jumlah dinas dan lembaga teknis daerah ini dimaksudkan agar tidak terjadi proliferasi kelembagaan yang berakibat pada munculnya inefisiensi dalam penyelenggaraan pemerintahan.

Terlepas dari persoalan apakah ketentuan pembatasan dinas/lembaga teknis ini telah sesuai dengan kebutuhan daerah serta kewenangan wajib dan kewenangan desentralisasi yang diberikan kepada daerah, ketentuan baru dalam PP. 8/2003 ini jelas akan menyebabkan perampingan terhadap organisasi perangkat daerah yang telah dibentuk berdasarkan PP sebelumnya. Kondisi ini akan merangsang munculnya konflik kepentingan dimana

² Warsito Utomo (2003). *Dinamika Administrasi Publik*. Pp.184

³ Peraturan Pemerintah RI Nomor 8 Tahun 2003 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah, Bab IV Pasal 9 dan 10.

pembentukan struktur organisasi baru lebih mengedepankan kepentingan individual PNS dibandingkan kepentingan organisasi pemerintah daerah. Para ex-pejabat yang tidak memperoleh posisi akan menjadi frustrasi dan bisa jadi akan membuat keonaran kecil di kemudian hari.

Bab ini akan membahas desentralisasi BKKBN dalam konteks pelaksanaan otonomi daerah sesuai dengan kewenangannya untuk mengurus bidang kependudukan dan kesehatan reproduksi dalam rangka mendukung keberhasilan program KB. Temuan lapangan menunjukkan bahwa proses pengalihan kelembagaan BKKBN dari pusat ke daerah relatif lambat sehingga pengamatan pada pertengahan tahun 2004 belum banyak menghasilkan informasi yang dapat disajikan untuk melihat bagaimana dampak desentralisasi kelembagaan BKKBN ini terhadap masalah kependudukan khususnya yang berkaitan dengan kesinambungan pelaksanaan Program Keluarga Berencana di daerah. Namun demikian hasil pengamatan awal dari desentralisasi BKKBN ini barangkali bisa dijadikan sebagai data awal untuk melihat prospek program KB di daerah beserta permasalahan yang dihadapinya.

4.1 Visi dan Misi, serta Kebijakan Program KB Nasional

Sesuai dengan UU Nomor 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan keluarga Sejahtera, dan UU No.25 tahun 2000 tentang Propenas telah terjadi perubahan visi dan misi dari Program KB Nasional yaitu semula "Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera" menjadi visi baru yaitu "*Keluarga Berkualitas 2015*". Adapun Misi yang diemban oleh Program KB Nasional untuk mencapai visi baru tersebut adalah (a) memberdayakan masyarakat untuk membangun keluarga kecil berkualitas; (b) menggalang kemitraan dalam peningkatan kesejahteraan, kemandirian, dan ketahanan keluarga; (c) meningkatkan kualitas pelayanan KB dan kesehatan reproduksi; (d) meningkatkan promosi, perlindungan dan upaya mewujudkan hak-hak reproduksi; (e) meningkatkan upaya pemberdayaan perempuan untuk mewujudkan kesetaraan dan keadilan gender melalui program KB; (f) mempersiapkan SDM berkualitas sejak pembuahan dalam kandungan sampai dengan lanjut usia; dan (g) menyediakan data dan informasi keluarga berskala mikro untuk pengelolaan pembangunan, khususnya menyangkut upaya pemberdayaan keluarga miskin.⁴

⁴ Mazwar Noerdin (2004). *Peningkatan Kesejahteraan Rakyat Melalui Program Keluarga Berencana Nasional. Paparan Pada kegiatan Rakorbangpus Tahun 2003*

Visi dan misi tersebut telah dijabarkan dalam berbagai bentuk kebijakan untuk mencapai tujuan Program KB Nasional, yaitu: (a) memaksimalkan akses dan kualitas (MAK) pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi; (b) promosi peningkatan kelangsungan hidup ibu, bayi dan anak, serta penanggulangan masalah-masalah kesehatan reproduksi; (c) peningkatan pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi remaja (KRR) serta aksesibilitas terhadap pusat konsultasi remaja; (d) peningkatan kemitraan dalam upaya peningkatan kesejahteraan dan ketahanan keluarga; (e) peningkatan kapasitas tenaga program dan institusi masyarakat dalam rangka penguatan jaringan program dan kelembagaan; dan (f) penyediaan data dan informasi keluarga yang berbasis data mikro.⁵

Pada tahun anggaran 2004, program KB Nasional diarahkan untuk kegiatan (a) pembangunan pemberdayaan keluarga, (b) kesehatan reproduksi remaja, (c) keluarga berencana, dan (d) penguatan kelembagaan dan jaringan KB. Adapun tujuan dari masing-masing program tersebut adalah sebagai berikut:⁶

- (a) Pembangunan pemberdayaan keluarga, program ini bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan dan ketahanan keluarga sebagai unit sosial terkecil dalam masyarakat. Sasaran program ini antara lain adalah meningkatnya jumlah keluarga yang dapat mengakses informasi dan sumber daya ekonomi bagi peningkatan kesejahteraan keluarganya, serta kemampuan keluarga dalam pengasuhan dan penumbuhkembangan anak.
- (b) Kesehatan reproduksi remaja, program ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku positif remaja tentang kesehatan reproduksi dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan reproduksinya dan mempersiapkan kehidupan berkeluarga guna mendukung upaya peningkatan kualitas generasi mendatang. Sasaran program ini antara lain adalah menurunnya jumlah penduduk yang melangsungkan perkawinan pada usia remaja dan jumlah kehamilan pada usia remaja serta meningkatnya pengetahuan, sikap, dan perilaku positif remaja dalam hal penyakit menular seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS.
- (c) Keluarga Berencana, program ini bertujuan untuk memenuhi permintaan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas serta mengendalikan angka kelahiran yang pada akhirnya meningkatkan kualitas penduduk dan mewujudkan keluarga-keluarga kecil berkualitas.

⁵ Mazwar Noerdin (2004). *Op.Cit.*

⁶ Mazwar Noerdin (2004). *Op.Cit.*

- (d) Penguatan kelembagaan dan jaringan KB, program ini bertujuan untuk meningkatkan kemandirian dan sekaligus meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan KB dan kesehatan reproduksi, terutama yang diselenggarakan oleh masyarakat. Sasaran program ini antara lain meningkatnya persentase pasangan usia subur (PUS) yang ber-KB secara mandiri serta meningkatnya cakupan dan mutu pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang diselenggarakan oleh masyarakat dan jumlah lembaga yang secara mandiri menyelenggarakan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi.

Meskipun pusat telah men-desentralisasi-kan sebagian kewenangan dalam hal Program Keluarga Berencana Nasional ini kepada daerah dimana pemerintah daerah mempunyai wewenang luas dalam menentukan prioritas serta program kerja, diharapkan bahwa program-program KB di daerah dijalankan dengan tetap dalam koridor komitmen nasional tersebut.

Mengenai cakupan dan keberhasilan program KB nasional antara lain dapat disampaikan informasi sebagai berikut:⁷

Jumlah akseptor keluarga berencana dalam kurun waktu lima tahun terakhir (2000-April 2004) naik 16.869.887 orang, atau 3,9 juta per tahun, sehingga total akseptor KB nasional 25 juta orang (lihat catatan kaki⁸).

Partisipasi pria sebagai peserta KB dari tahun ke tahun tak kunjung naik. Tahun 2003, peserta KB pria hanya 1,3 persen dari total akseptor baru KB secara nasional. Sebelumnya, tahun 2001, akseptor KB pria 1,1 persen. Pencapaian akseptor pria ini jauh dari harapan, karena target akseptor KB pria dalam propenas adalah 8 persen

Tempat layanan KB yang lebih diminati peserta KB adalah sektor swasta. Hal ini sejalan dengan meningkatnya peran swasta dari 42 persen (1997) menjadi 63 persen (2003).

Ujung tombak program KB di garis depan adalah 80.533 pembantu pembina KB desa (PPKBD), 363.066 sub-PPKBD, dan 794.034 kelompok KB. Di luar itu ada 48.593 sarana pelayanan KB swasta, terdiri dari dokter dan bidan praktik swasta.

Hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2002/2003 menunjukkan, pasangan usia subur (PUS) yang menjadi peserta keluarga berencana (KB) naik dari 57 persen (1997) menjadi 60,3 persen (2003). Jumlah PUS mencapai sekitar 40 juta.

⁷ Kompas, 4 Juni 2004. Akseptor baru KB naik.

⁸ Catatan: menurut laporan pengendalian program BKKN Maret 2004, dari 30 propinsi yang melaporkan, hingga Desember 2003, jumlah peserta aktif KB mencapai 27.214.987 peserta, sedangkan jumlah PUS secara nasional adalah 37.421.860.

Sejalan dengan peningkatan peserta KB, tingkat kelahiran di Indonesia menurut SDKI 2002-2003 cenderung turun. Total Fertility Rate turun terus dari 5,6 (awal tahun 1970-an), menjadi 3 (1991); 2,9 (1994); 2,8 (1997); dan 2,6 (2002).

Dengan kebijakan desentralisasi kewenangan program KB ini diharapkan cakupan program KB secara nasional menjadi semakin luas, pelayanan KB menjadi semakin berkualitas dan terjangkau oleh segenap lapisan masyarakat termasuk kelompok masyarakat miskin dan rentan yang berdomisili di daerah konflik atau pengungsian.

4.2 Kelembagaan BKKBN di Era Otonomi Daerah

Secara historis organisasi Keluarga Berencana dimulai dari organisasi yang murni swasta (tahun 1957), kemudian pada tahun 1968 dibentuk Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN) sebagai wadah yang berstatus semi pemerintah. Pada tahun 1970, dengan Keputusan Presiden RI Nomor 8 tahun 1970, dibentuklah BKKBN sebagai lembaga resmi pemerintah untuk menangani Program KB Nasional. Pada tahun 1978 berdasarkan Keppres Nomor 38/1978 kedudukan BKKBN ditetapkan sebagai lembaga pemerintah non-departemen yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada presiden. Tugas pokoknya adalah mempersiapkan kebijaksanaan umum dan mengkoordinasikan pelaksanaan program KB nasional dan kependudukan yang mendukungnya, baik di tingkat pusat maupun di tingkat daerah serta mengkoordinasikan penyelenggaraan pelaksanaan di lapangan.⁹ Penyempurnaan kelembagaan BKKBN dilanjutkan terus yaitu dengan terbitnya Keppres Nomor 109/1993 sebagai penyempurnaan dari Keppres sebelumnya (Keppres No.64/1983), selanjutnya dalam kurun waktu 1993-1999 kelembagaan BKKBN dijadikan satu dengan Kementerian Kependudukan.

Sejalan dengan pelaksanaan kebijakan Otonomi Daerah yang membawa implikasi pada penyerahan sebagian kewenangan pusat kepada pemerintah daerah, maka berdasarkan Keppres Nomor 103 Tahun 2001 (tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Non Departemen) yang kemudian direvisi menjadi Keppres Nomor 30 tahun 2003, telah diserahkan sebagian kewenangan bidang Keluarga Berencana kepada pemerintah daerah. Desentralisasi BKKBN akan dilakukan secara bertahap dan bulan Desember tahun 2003 ditetapkan sebagai batas akhir dari proses penyerahan kewenangan tersebut. Dengan demikian

⁹ Kantor Menteri Negara Kependudukan/BKKBN (1996). *Informasi Dasar Gerakan KB Pembangunan Keluarga Sejahtera*. Pp.38

diharapkan bahwa mulai awal bulan Januari 2004 eksistensi program KB nasional di kabupaten/kota sepenuhnya menjadi kewenangan pemerintah kabupaten/kota.

Titik sentral desentralisasi kewenangan dalam program KB ini berada di tingkat pemerintah kabupaten/kota. Namun demikian keberadaan kelembagaan BKKBN di tingkat provinsi tidak dihapuskan. BKKBN di pemerintah provinsi adalah instansi vertikal dari BKKBN Pusat, sekaligus sebagai unsur pelaksana pemerintah provinsi, dipimpin oleh seorang kepala yang kedudukannya berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala BKKBN Pusat (namun secara operasional, Kepala BKKBN provinsi bertanggung jawab kepada gubernur melalui Sekda Pemprov). BKKBN pemerintah provinsi bertugas melaksanakan tugas pemerintahan daerah provinsi dan melaksanakan kewenangan desentralisasi dan dekonsentrasi di bidang keluarga berencana dan keluarga sejahtera.

Mengenai perkembangan kelembagaan BKKBN di daerah kabupaten/kota, pada bulan April 2004, dari sebanyak 415 kabupaten/kota yang tercatat telah melakukan proses perubahan kelembagaan pengelola program KB di kabupaten/kota, sebanyak 266 (54.5%) kabupaten/kota telah melakukan perubahan kelembagaan dengan status hukum berdasar Perda, 92 (22.2%) berupa rancangan Perda, 50 (12.0%) berupa kebijakan Bupati/SK Bupati, dan sebanyak 42 (10.1%) masih berupa wacana.¹⁰ Hal terakhir yaitu perubahan kelembagaan program KB masih berupa wacana perlu ditindak lanjuti oleh pusat untuk memastikan persoalan yang dihadapi oleh daerah serta pemecahannya. Dengan demikian perubahan kelembagaan yang diharapkan efektif sejak Januari 2004 bisa terlaksana dengan baik.

Bagi daerah yang telah melakukan perubahan kelembagaan BKKBN dengan status hukum jelas, seperti melalui Perda, diharapkan pelaksanaan program KB nasional di daerah menjadi lebih efektif dan efisien. Hal ini dimungkinkan karena dengan kebijakan desentralisasi ini maka pemerintah daerah mempunyai wewenang penuh untuk menentukan prioritas program termasuk langkah-langkah efisien dalam penyelenggaraan program KB. Proses pengambilan keputusan menjadi lebih cepat dan lebih sesuai dengan kondisi dan kebutuhan setempat sehingga diharapkan pelaksanaan program menjadi lebih efektif. Untuk menjadi kenyataan perlu dituntut kapasitas dari pemerintah daerah untuk dapat membuat kebijakan dan perencanaan program dengan baik dalam koridor tujuan nasional dan global dari program KB.

¹⁰ BKKBN (2004). *Laporan Pengendalian Program Keluarga Berencana Nasional Tahun 2004*. p.2

Mengenai bentuk kelembagaan desentralisasi BKKBN di daerah, dapat berupa dinas kabupaten/kota yang mempunyai tugas melaksanakan kewenangan otonomi daerah dalam rangka pelaksanaan tugas desentralisasi, atau berupa Badan atau Kantor yang merupakan Lembaga Teknis Daerah. Namun dalam PP No.8/2003 (Bab IV Pasal 10) ditegaskan bahwa bidang Kependudukan merupakan salah satu tugas dari Lembaga Teknis Daerah Kabupaten/Kota yang menyelenggarakan fungsi: (a) perumusan kebijakan teknis sesuai dengan ruang lingkup tugasnya dan (b) penunjang penyelenggaraan pemerintahan daerah. Lembaga teknis daerah tersebut bisa berupa Badan atau Kantor yang dikepalai oleh seorang Kepala Badan/Kantor dan bertanggung jawab kepada Bupati/Walikota melalui sekretaris daerah.

Di Propinsi Jambi, sebagai salah satu propinsi lokasi studi, dari 10 kabupaten/kota yang ada di propinsi ini semuanya telah melakukan desentralisasi kelembagaan BKKBN daerah melalui Perda. Bentuk kelembagaan BKKBN daerah ada yang berupa Dinas (5 kabupaten) dan Badan (4 kabupaten dan 1 kota). Sesuai dengan azas kewenangan daerah dalam menentukan struktur organisasi kelembagaan pengelola program KB, nama kelembagaan program KB ini bervariasi antar kabupaten/kota. Ada yang bernama Dinas KB dan Pembangunan Keluarga Sejahtera; Dinas KB, Pemberdayaan Perempuan dan Kesejahteraan Sosial; Badan Capil Kependudukan & KB; Badan KB dan Keluarga Sejahtera; dan sebagainya.¹¹

Yang menjadi persoalan adalah, pada beberapa daerah, penetapan bentuk kelembagaan BKKBN di daerah ini telah dilaksanakan sebelum terbitnya PP No.8/2003 yang mengatur pedoman organisasi perangkat daerah. Di Kabupaten Batang Hari misalnya, Dinas KB dan Keluarga Sejahtera yang dibentuk berdasarkan Perda No.03/2003 tanggal 2 Januari 2003 rencananya akan dimerger dengan dinas lain sehingga akan berbentuk sebuah Badan. Perubahan bentuk kelembagaan ini merupakan akibat dari pembatasan jumlah dinas/badan yang pada akhirnya berdampak pada perlunya daerah untuk menyesuaikan jumlah Dinas/Badan yang telah ada. Perubahan-perubahan bentuk kelembagaan dalam waktu relatif singkat ini akan menyebabkan keresahan dan ketidak pastian bekerja. Sebagaimana yang telah dikemukakan, perubahan kelembagaan ini rawan terhadap intervensi dari berbagai elite politik di daerah. Sehingga akan muncul organisasi yang bersifat 'kompromistis' namun tidak efektif. Misalnya, terpilihnya seorang figur kepala Dinas/Badan dengan latar belakang pendidikan dan pengalaman yang tidak sesuai dengan jabatan yang diembannya namun bisa diterima oleh banyak pihak sebagai 'deal' elite politik lokal. Bila ini terjadi tentu saja akan memerlukan waktu lama untuk penyesuaian dan yang akan

¹¹ BKKBN Propinsi Jambi (2004). *Laporan Perkembangan Kelembagaan BKKBN Propinsi Jambi*.

membawa dampak pada menurunnya kinerja Program KB di daerah. Selain itu perubahan kelembagaan ini juga bisa memacu perpindahan personel antar instansi/dinas sehingga dikhawatirkan akan terjadi kekurangan tenaga teknis yang diperlukan. Oleh karena itu memang cukup beralasan bilamana ada himbauan dari orang daerah agar pusat tidak terlalu sering mengganti-ganti peraturan/kebijakan tanpa melakukan pengkajian yang seksama sebelum di-implementasikan.

Di Kota Mataram, integrasi kelembagaan BKKBN kedalam organisasi perangkat daerah telah dilakukan berdasarkan keputusan Walikota Mataram Nomor 24/KPTS/2003 tentang pembentukan satuan organisasi dan tata kerja Badan Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera Kota Mataram.¹² Menurut rencana keputusan walikota ini akan ditindak lanjuti sehingga menjadi Perda. Menurut informasi dari salah seorang key informant di Kota Mataram, secara struktur organisasi, pembentukan lembaga BKKBN di daerah ini telah sesuai dengan kebijakan program KB nasional. Hampir semua personel yang ada dibawah naungan lembaga baru ini berasal dari kantor BKKBN kota sebelumnya, sehingga tidak ada masalah ketenagaan yang berarti. Status kepegawaian mereka sedang di-proses untuk menjadi pegawai daerah melalui SK Walikota.

4.3 Program KB di Daerah Pasca Desentralisasi BKKBN

Hal yang terpenting dengan realisasi kewenangan bidang Keluarga Berencana kepada pemerintah daerah kabupaten/kota ini adalah bahwa pemerintah daerah memiliki komitmen untuk tetap melanjutkan perjuangan guna mencapai visi dan misi serta tujuan program KB yang telah ditetapkan. Hal ini mengingatkan kenyataan bahwa program KB merupakan bagian dari investasi sosial dari pemerintah daerah yang sulit untuk dilihat dampaknya (*economic return*) dalam waktu dekat. Untuk itu perlu upaya guna meyakinkan pemerintah daerah agar tetap memberikan dukungan dan memahami arti pentingnya program KB bagi pembangunan SDM dan pembangunan berkelanjutan lainnya di daerah.

Dengan desentralisasi kewenangan program KB ini diharapkan dapat ditingkatkannya kualitas pelayanan KB dan kesehatan reproduksi serta upaya mewujudkan hak-hak reproduksi. Salah satu aspek penting dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan KB serta upaya mewujudkan hak-hak reproduksi adalah dengan tersedianya logistik, dalam hal ini adalah Alat

¹² Pemerintah Kota, Mataram (2004). *Pengintegrasian BKKBN Kota Mataram Menjadi Perangkat Daerah*.

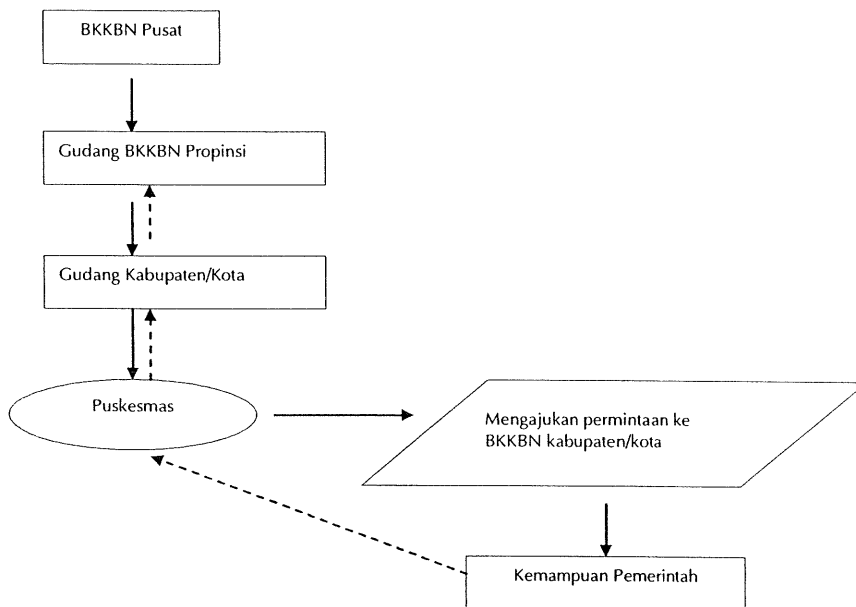
Kontrasepsi (Alkon), yang memadai. Dari hasil pengamatan yang dilakukan di dua lokasi penelitian (Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari), ternyata penyediaan Alkon masih mengandalkan bantuan dari pusat yang disalurkan melalui propinsi. Menurut rencana bantuan Alkon dari pusat ini akan dilanjutkan paling tidak hingga tahun 2005. Komitmen ini diberikan agar daerah tidak ragu-ragu untuk menerima desentralisasi kewenangan dibidang pembangunan keluarga berencana. Namun sayangnya bantuan Alkon dari pusat ini hanya ditujukan bagi PUS (Pasangan Usia Subur) kelompok masyarakat miskin (Pra-sejahtera dan Sejahtera 1) serta keluarga rentan seperti di wilayah pengungsian, bencana alam; selebihnya masyarakat secara mandiri harus memenuhi kebutuhan akan alat kontrasepsi tersebut.

Penyediaan Alkon secara nasional ini berasal dari anggaran pemerintah (APBN) ditambah dengan pinjaman dan bantuan luar negeri. Pada tahun 2003, pemerintah mengalokasikan dana kompensasi bahan bakar minyak (BBM) sebesar Rp 100 milyar untuk program keluarga berencana (KB). Dana tersebut akan digunakan untuk membeli alat kontrasepsi bagi PUS yang berasal dari keluarga miskin. Namun, tidak semua masyarakat miskin dapat tercakup karena dana tersebut tidak akan mampu mencukupi seluruh kebutuhan. Dengan dana sebesar Rp.100 miliar hanya mampu mencukupi kebutuhan sekitar 3,4 juta PUS di 21 provinsi di Indonesia. Padahal, jumlah PUS yang berasal dari keluarga miskin sekitar 5 juta jiwa. Menurut perkiraan BKKBN, diperlukan dana sebesar Rp.223 miliar untuk bisa mencukupi seluruh kebutuhan PUS dari keluarga miskin hingga periode semester satu 2004.¹³ Bagaimana akibat dari keterbatasan Alkon ini terhadap kontinuitas penggunaan alat KB dan dampaknya terhadap kesehatan reproduksi keluarga dan laju pertumbuhan penduduk kiranya perlu diteliti lebih lanjut.

Di kedua lokasi penelitian, pola penyaluran Alkon dari pusat hingga puskesmas hampir sama yaitu dengan *request-system* dimana dropping Alkon dilakukan sesuai dengan kebutuhan di lapangan (lihat bagan 1 dibawah ini). Puskesmas mengajukan permintaan kebutuhan Alkon secara bulanan, selanjutnya BKKBN kabupaten/kota sesuai dengan kemampuannya dan atas pertimbangan permintaan puskesmas akan men-drop Alkon ke puskesmas. Di Kota Mataram, atas inisiatif BKKBN setempat, permintan Alkon dari puskesmas tersebut akan disetujui setelah terlebih dahulu dikonsultasikan dengan Penyuluh KB lapangan. Hal ini dimaksudkan sebagai mekanisme kontrol atas usulan dari puskesmas. Namun demikian, ada beberapa puskesmas yang kadang-kadang terlambat dalam menyampaikan permintaan Alkon ke BKKBN kota sehingga dropping Alkon dilakukan atas dasar permintaan bulan sebelumnya.

¹³ Kompas (30 Januari 2003). *Kontrasepsi Gratis Bagi Keluarga Miskin*

Bagan 1. Alur Penyediaan Alat Kontrasepsi dari Pusat hingga Puskesmas



Dari hasil wawancara dengan petugas puskesmas di kedua lokasi penelitian tersebut, penyediaan Alkon untuk PUS miskin nampaknya belum menjadi masalah serius. Hal ini terutama dengan adanya dukungan Alkon dari pusat lewat propinsi. Namun ada kendala dengan terbatasnya Alkon yang diminati oleh masyarakat. Selain itu puskesmas tidak menerima dana tambahan untuk biaya pelayanan KB diluar Alkon. Namun masalah ini bisa diatasi berkat adanya dana PKPS-BBM (Program Kompensasi Pengurangan Subsidi – BBM) Bidang Kesehatan yang diperuntukkan bagi keluarga miskin, sehingga biaya pemasangan Alkon bisa di-gratiskan pula.

Yang menjadi masalah adalah bagaimana halnya dengan keluarga 'setengah mampu' yang harus membiayai sendiri keperluan alat KB-nya. Keluarga demikian tidak mustahil juga rentan terhadap gejolak perekonomian, seperti fluktuasi keberhasilan pertanian keluarga dan kenaikan BBM, yang pada akhirnya dapat menyebabkan mereka masuk kedalam kategori keluarga miskin. Bila keadaan demikian dibiarkan tidak mustahil akan terjadi peningkatan 'unmet needs' terhadap pelayanan KB dengan segala akibatnya. Selain itu kebijakan dari pemda setempat untuk memungut sebagian dari pendapatan puskesmas/Pustu (di Kab.Batang Hari Pemda mengambil 50 persen penghasilan puskesmas/pustu) ke kas daerah sebagai bagian dari PAD akan menyebabkan puskesmas/Pustu semakin kekurangan biaya operasional

pelayanan KB untuk masyarakat diluar peserta Askes/Kartu Sehat Gakin. Oleh karena itu sudah selayaknya bilamana pemerintah kabupaten/kota sebagai 'pelayan masyarakat' terdekat ikut andil dalam menyediakan kekurangan Alkon bagi masyarakat di daerahnya termasuk menerapkan kebijakan bernuansa '*pro-poor*' bagi kelompok masyarakat tersebut.

Bagi lapisan masyarakat menengah ke atas dengan tingkat pendidikan memadai, pelayanan KB memang tidak menjadi masalah karena sudah ada kesadaran yang cukup tinggi mengenai pentingnya pengaturan jumlah anak dan jarak kelahiran yang ideal. Kesadaran demikian akan mendorong mereka untuk membiayai sendiri keperluan akan pelayanan KB. Namun bagi kelompok masyarakat menengah kebawah dengan segala keterbatasannya, pemahaman demikian tidak selalu ada dan walaupun ada harus berkompetisi dengan kebutuhan pokok yang mendesak sehingga prioritas pelayanan KB bisa terpinggirkan. Selain itu selama bertahun-tahun masyarakat telah menerima pelayanan KB secara gratis sehingga di-benaknya tertanam paham bahwa program KB merupakan urusan pemerintah. Upaya untuk merubah persepsi demikian tentunya tidak mudah.

Dengan adanya desentralisasi kewenangan dari pusat ke daerah ini berarti bahwa kewenangan yang diserahkan kepada daerah harus diikuti dengan pembiayaan yang sesuai dengan besarnya beban kewenangan tersebut. Hal ini juga berarti bahwa sumber-sumber penerimaan negara yang sebelumnya ada di pusat juga harus sebagian diturunkan ke daerah (desentralisasi fiskal). Namun dalam prakteknya desentralisasi fiskal di Indonesia bersifat *block grant* yang disalurkan melalui Dana Perimbangan, yaitu Bagi Hasil (bagian daerah dari hasil pajak dan SDA), DAK dan DAU, dimana dengan model *block grant* ini tidak bisa secara tegas ditarik hubungan langsung antara beban yang diserahkan kepada daerah dengan besaran sumber dana yang juga diserahkan kepada daerah. Ada kemungkinan terjadi ketidakselarasan antara beban kerja yang diserahkan dengan sumber pembiayaannya.

Dalam konteks desentralisasi BKKBN yang secara nasional mulai dilakukan awal tahun 2004, ada tiga jenis dana yang dialokasikan untuk program KB nasional, yaitu dana untuk BKKBN pusat, propinsi, dan dana pelaksanaan program KB yang dilakukan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota (melalui dana perimbangan). Pada tahun anggaran 2004, untuk pelaksanaan program KB Nasional telah disediakan dana sebesar Rp.571.689.706.000,- dengan rincian 41 persen dialokasikan untuk BKKBN pusat sedangkan sisanya untuk BKKBN propinsi. Selain itu dalam masa transisi desentralisasi kewenangan program KB, juga disediakan bantuan keuangan untuk belanja pegawai dan non-pegawai bagi limpahan pegawai eks- BKKBN Kabupaten/Kota yang bekerja di Satuan Kerja BKKBN Pusat dan Propinsi sebesar

Rp.138.503.709.000,-¹⁴ Keseluruhan dana tersebut disamping untuk mendukung kegiatan operasional pusat dan propinsi, juga dipergunakan untuk tugas perbantuan dan dekonsentrasi yang dilaksanakan di daerah kabupaten/kota.

Di Kabupaten Batang Hari, untuk tahun anggaran 2005, Dinas KB dan Keluarga Sejahtera telah mencoba melakukan 2 usulan program, yaitu ke pemerintah provinsi untuk dana dekonsentrasi dan juga ke pemerintah kabupaten untuk dana APBD. Mereka mengharapkan kedua usulan tersebut dapat dipenuhi mengingat terbatasnya dana pemerintah kabupaten untuk mendukung program KB daerah. Namun demikian, menurut informasi dari salah satu *key informant* di Kabupaten Batang Hari, mereka kemungkinan tidak akan menerima dana double. Pemda setempat telah memberikan arahan bahwa kegiatan yang sudah didanai oleh pemerintah provinsi tidak akan lagi didanai oleh pemerintah kabupaten. Dengan demikian mereka harus puas dengan dana yang ada untuk menjalankan program KB di daerah.

Situasi yang sama juga di jumpai di Kota Mataram, usulan DIP 2005 sudah disampaikan ke pusat, sedangkan usulan RASK (Rencana Anggaran Satuan Kerja) untuk kegiatan yang didanai oleh APBD sedang dalam proses penyelesaian. Mereka juga terjebak dalam kompleksitas penyusunan usulan anggaran berdasar kinerja, dimana semua kegiatan harus mempunyai tolok ukur dan kode pembiayaan yang jelas. Karena pelaksanaan program KB pasca desentralisasi di kota ini baru berjalan sekitar 4 bulan, maka masih sulit untuk mengkaji apakah pola penyusunan kebijakan dan perencanaan program sudah sesuai dengan kaidah normatif. Namun yang jelas untuk pengusulan kebutuhan Alkon yang disampaikan ke pusat mereka sudah melakukannya dengan baik dengan mempertimbangkan situasi dan kebutuhan riil di lapangan. Konsultasi dengan stakeholders telah dilakukan dalam rangka usulan Alkon tersebut. Untuk usulan diluar Alkon yang disampaikan ke Pemda setempat nampaknya hanya berdasarkan konsep usulan yang disampaikan ke pusat melalui pola DIP yang masih kental dengan model *incremental basis* (program tahun lalu plus usulan tambahan dana sekian persen).

Oleh karena desentralisasi program KB ini masih dalam masa transisi maka program-program kependudukan dan keluarga sejahtera yang berkaitan dengan wewenang BKKBN di kedua daerah penelitian masih tetap mengacu pada program pusat yang diarahkan untuk kegiatan (a) pembangunan pemberdayaan keluarga, (b) kesehatan reproduksi remaja, (c) keluarga berencana, dan (d) penguatan kelembagaan dan jaringan KB. Untuk masa

¹⁴ BKKBN (2004). *Laporan Pengendalian Program Keluarga Berencana Nasional Tahun 2004*. pp. 15-17

kedepan karena konsultasi dengan pemerintah kabupaten/kota menjadi 'semakin dekat' dan daerah memiliki wewenang penuh untuk pengambilan keputusan, diharapkan usulan kegiatan program KB menjadi lebih terfokus dan prioritasnya lebih tajam sesuai dengan kekhususan kondisi dan masalah yang dihadapi. Kalau dahulu kebijakan program banyak didominasi oleh pusat maka dengan penerapan kebijakan desentralisasi ini pemerintah kabupaten/kota diharapkan membuat sendiri kebijakan dan perencanaan program dengan prosedur sesuai dengan kaidah normatif sebagaimana yang telah dibahas pada bab-bab sebelumnya.

Hal lain yang merupakan kegiatan utama dari program BKKBN di daerah adalah sejak tahun 1994 secara rutin (tahunan) melakukan Pendataan Keluarga yang akan menghasilkan empat kelompok data, yaitu: data demografi, data keluarga berencana, data tahapan keluarga sejahtera, dan data identitas individu. Kegiatan Pendataan Keluarga ini dilakukan oleh Kader Keluarga Berencana (KKB) yang difasilitasi oleh Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB). Kegiatan pendataan keluarga yang didanai oleh pusat ini hingga kini tetap dijalankan namun dananya semakin terbatas. Untuk tahun anggaran 2003, dana yang tersedia untuk pendataan keluarga hanya sebesar Rp.150.000 per desa atau sekitar Rp.2.400 per rukun tetangga. Kegiatan ini akan memakan waktu sekitar 3 bulan (oktober hingga desember).

Data kemiskinan (pentahapan keluarga sejahtera) yang dihasilkan dari kegiatan Pendataan Keluarga oleh BKKBN ini sangat penting karena untuk tingkatan kabupaten, meskipun data semacam ini juga tersedia dari instansi lain seperti BPS, namun data BKKBN yang paling lengkap karena ada data individual rumah tangga yang berisi nomor identitas keluarga, nama, alamat, dll. Data kemiskinan keluarga ini dipakai oleh sektor di kabupaten/kota untuk keperluan program pengentasan kemiskinan di daerah. Selain itu data kemiskinan yang dikelola oleh BKKBN ini setelah di-rekap secara berjenjang dari tingkat RT, RW, dusun, kampung; akan dipergunakan sebagai sumber data kemiskinan dalam penyusunan potensi desa.

Selama ini pengelolaan Pendataan Keluarga ini dikelola oleh BKKBN pusat, sedangkan daerah hanya memperoleh feedbacknya saja dan menurut salah seorang *key informant* di Kota Mataram, feedback itupun sangat terlambat karena daerah menerimanya setelah 2 tahun sejak pengumpulan data dilakukan. Selama ini pihak BKKBN daerah melakukan rekap data keluarga sendiri secara manual dan data inilah yang sering dipakai oleh sektor lain untuk keperluan perencanaan program.

Dengan pola pengelolaan data secara terpusat, pihak daerah tidak memiliki database kemiskinan rumah tangga dalam bentuk *electronic files*. Semuanya

disimpan di pusat dan untuk kepentingan updating data nampaknya tidak efisien kalau semuanya dikerjakan di pusat. Dalam era otonomi daerah seperti sekarang ini sudah sepatutnya bilamana pengelolaan Pendataan Keluarga tersebut juga di desentralisasikan ke daerah. Sekarang tinggal bagaimana komitmen daerah untuk bersedia menangani hal tersebut.

1. Praktek Proses Penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Pembangunan Daerah Pasca Otonomi Daerah

Diamanatkan dalam UU No. 22/1999 bahwa pemerintah Daerah Kota / Kabupaten diberikan keleluasaan untuk menyelenggarakan pemerintahan yang mencakup seluruh bidang pemerintahan, kecuali bidang-bidang yang berdasar UU telah ditetapkan sebagai kewenangan Pusat. Keleluasaan otonomi ini mencakup pula kewenangan yang komprehensif dalam penyelenggaraan pemerintahan, mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, pengendalian, dan evaluasi. Dengan bergesernya kewenangan dalam pembuatan kebijakan dan perencanaan program, maka daerah mempunyai keleluasaan dalam menentukan prioritas pembangunan, lebih memahami aspirasi dan kebutuhan masyarakat sehingga program program pelayanan kepada masyarakat bisa berjalan dengan lebih baik dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat. Selain itu sumber daya yang terbatas bisa digunakan secara lebih efisien dan efektif karena perencanaan program dilakukan dengan melihat fakta permasalahan di lapangan.

Dari hasil kajian yang dilakukan dengan kasus sektor kesehatan dapat dilihat bahwa proses perencanaan pembangunan di daerah khususnya yang berkaitan dengan kesehatan termasuk kesehatan reproduksi belum dilakukan dengan baik. Peluang untuk melakukan perencanaan program atas dasar fakta permasalahan di lapangan tidak berhasil dilakukan. Hal ini tidak saja bisa menimbulkan inefisiensi dalam pencapaian tujuan pembangunan daerah termasuk dalam bidang kesehatan reproduksi, namun juga membuang peluang keuntungan keuntungan yang bisa diperoleh dari penerapan kebijakan otonomi daerah. Tradisi dalam menggunakan pendekatan *incremental* dalam pengusulan kegiatan ditambah dengan komplikasi penerapan prinsip penyusunan program dan anggaran berbasis kinerja merupakan faktor penting mengapa proses perencanaan yang terjadi pada era Otonomi Daerah ini masih mengacu pada kebiasaan lama yang bersifat *top down* meskipun telah di packing dengan aturan baru.

Ada indikasi (*meskipun sulit dibuktikan*) bahwa penerapan kebijakan fiskal dengan pemberian dana *block grant* (dana perimbangan) kepada daerah mungkin menjadi penyebab ketidak seimbangan antara

kewenangan yang diberikan kepada daerah dengan sumber pembiayaan untuk melakukan kewajiban dalam pemberian pelayanan kepada masyarakat. Sebagai akibatnya, intervensi sosial semacam program Kesehatan Reproduksi dan KB yang mempunyai dampak jangka panjang kurang mendapat porsi seimbang dalam alokasi dana dari Pemda setempat. Namun demikian, hasil studi memberi isyarat bahwa kurangnya dana bukan merupakan satu-satunya kendala dalam perencanaan program yang baik, perlu adanya perubahan 'mind-set' dari para perencana program untuk meninggalkan tradisi lama yang tidak kondusif bagi terciptanya kebijakan dan rencana program pembangunan yang memadai. Untuk itu perlu adanya upaya untuk peningkatan kapasitas dari para perencana program dan dukungan komitmen dari segenap pimpinan daerah dan masyarakat untuk ikut menyukseskan program pembangunan daerah. Sosialisasi yang efektif dan meluas atas kebijakan-kebijakan pusat agar dilakukan lebih sistematis dan jelas bagaimana mekanismenya.

2. Partisipasi masyarakat dalam proses perencanaan program

Salah satu esensi dari penerapan otonomi daerah adalah untuk mendekatkan pelayanan kepada masyarakat sekaligus melibatkan mereka dalam proses pembangunan daerah. Partisipasi masyarakat dalam proses perencanaan pembangunan termasuk pembangunan kesehatan reproduksi tidak hanya penting untuk menjamin transparansi dan akuntabilitas program namun juga penting agar tujuan pembangunan sesuai dengan kebutuhan masyarakat sekaligus mendapatkan komitmen masyarakat untuk mendukung kesinambungan program. Dari hasil studi kasus di Kota Mataram dan Kabupaten Batang Hari dapat disimpulkan bahwa masyarakat sudah ikut terlibat dan dilibatkan dalam proses perencanaan program khususnya perencanaan program multi-sektoral. Namun demikian efektivitas pelibatan masyarakat ini masih belum optimal, karena seperti tercermin dalam hasil studi, masyarakat cenderung mengusulkan pembangunan bentuk fisik sebagai idola, sedangkan pembangunan non-fisik, seperti program kesehatan reproduksi dan KB masih belum menjadi prioritas. Kurang terfokusnya prioritas usulan masyarakat sering menjadi salah satu penyebab mengapa usulan masyarakat sering kandas dalam forum Rakorbang yang dilakukan di kabupaten/kota. Perlu terobosan baru agar partisipasi masyarakat menjadi lebih efektif. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah dengan meningkatkan kapasitas masyarakat dalam perencanaan program, pelibatan fasilitator untuk membantu masyarakat, dan kemauan baik dari birokrat untuk tidak memaksakan kehendaknya dalam penentuan prioritas pembangunan daerah.

3. Kebijakan *pro-poor* dalam pelayanan kesehatan reproduksi dan KB

Pelayanan kesehatan dasar dan kebidanan yang diselenggarakan oleh jaringan pelayanan kesehatan pemerintah dengan bantuan dana PKPS-BBM telah dilakukan dengan baik. Alokasi dana yang ada masih dianggap mencukupi kebutuhan untuk pelayanan kesehatan dasar bagi kelompok masyarakat miskin. Tidak itu saja, dana dari PKPS-BBM tersebut ternyata juga membantu menutupi kekurangan biaya operasional puskesmas dan puskesmas pembantu.

Untuk kelompok masyarakat miskin dimana akses (geografis) terhadap fasilitas kesehatan masih menjadi kendala maka upaya untuk 'mendekatkan' pelayanan kesehatan kepada kelompok ini menjadi penting. Dukungan dana operasional untuk menjangkau kelompok masyarakat ini akan penting untuk menjamin bahwa kebutuhan akan pelayanan kesehatan bagi mereka bisa terpenuhi. Sementara ini belum ada tambahan dana dari pemda setempat untuk dapat digunakan sebagai tambahan biaya operasional guna menjangkau kelompok masyarakat yang berdomisili di daerah sulit terjangkau. Sebaliknya malah ada kebijakan dari pemda setempat untuk memotong sebagian pendapatan puskesmas/pustu (dari biaya registrasi) untuk dimasukkan sebagai PAD. Kebijakan ini tentunya kurang bernuansa *pro-poor* karena kebanyakan pengunjung puskesmas dan pustu adalah dari kelompok menengah kebawah dengan segala keterbatasannya. Kurangnya dana operasional bisa berakibat pada kurangnya penyediaan dan pemeliharaan sarana pelayanan kesehatan dan pada akhirnya bisa berdampak pada kurangnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Nampaknya pemda perlu meninjau kembali kebijakan kebijakan yang tidak berpihak pada kelompok masyarakat miskin. Peningkatan kesehatan masyarakat miskin akan berdampak pada peningkatan produktivitas dan pada akhirnya akan mengurangi prevalensi dari kemiskinan itu sendiri.

4. Desentralisasi kelembagaan BKKBN

Dalam masa transisi desentralisasi kelembagaan BKKBN ini semua program KB di daerah masih mengacu pada kebijakan pusat. Demikian pula halnya dengan penyediaan Alat Kontrasepsi (Alkon) masih sepenuhnya dibantu oleh pusat. Sementara ini, dalam masa transisi, belum terlihat betul apakah nantinya pemerintah daerah akan bisa mandiri dalam melaksanakan program KB serta memberikan prioritas yang cukup untuk menyukseskan program KB. Namun demikian, kurangnya perhatian pemerintah daerah dalam membantu penyediaan

Alkon merupakan indikasi awal bahwa pemerintah pusat perlu melakukan pendekatan intensif agar daerah mampu dan mau meneruskan perjuangan untuk mencapai tujuan Program KB. Oleh karena implementasi suatu kebijakan termasuk kebijakan desentralisasi BKKBN, berkaitan dengan aspek interpretasi, komitmen pemda, dan pemenuhan sumber daya untuk melaksanakan kewajiban yang di desentralisasikan, maka paling tidak daerah perlu mendapat dukungan sosialisasi dan peningkatan kapasitas untuk mengambil alih peran sehubungan dengan desentralisasi sebagian kewenangan pemerintah pusat pada program KB dan kesehatan reproduksi. Perimbangan sumber daya yang cukup antara kewenangan yang diberikan dengan kewajiban yang harus dilaksanakan oleh daerah perlu diperhatikan. Bila tidak maka ada kemungkinan daerah kurang memberikan prioritas terhadap program KB di daerah dengan segala akibatnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik, 2003. Data dan Informasi Kemiskinan. Buku 2: Kabupaten. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- BKKBN Provinsi Jambi, 2004. Laporan Perkembangan Kelembagaan BKKBN Provinsi Jambi. Jambi: BKKBN Provinsi Jambi.
- BPS, Bappenas, UNDP, 2002. Indonesia Laporan Pembangunan Manusia 2001. Menuju Konsesus Baru. Demokrasi dan Pembangunan Manusia di Indonesia. Jakarta: BPS, Bappenas dan UNDP Indonesia.
- BPS, 2004. Informasi Umum dan Indikator Penting Indonesia. Jakarta: BPS
- Departemen Kesehatan RI, 2003. Petunjuk Teknis Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS-BBM Bidkes). Jakarta: Depkes
- Depdagri, 2002. Sistem Perencanaan dan Pengendalian Pembangunan sesuai Batas Kewenangan. Jakarta: Depdagri.
- Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat, 2002. Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2002. Menuju Nusa Tenggara Barat sehat 2010. Mataram: Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Batang Hari, 2004. Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten Batang Hari tahun 2003. Batang Hari: Dinas Kesehatan Kabupaten Batang Hari.
- Dinas Kesehatan Kota Mataram, 2004. Forum Kesehatan Reproduksi di Kota Mataram Sebagai Bagian Dari Upaya Peningkatan Kesehatan Reproduksi di Tingkat Kota. Makalah disampaikan pada Konggres JEN di Surabaya tanggal 13-14 Februari 2004.
- Hikmat, Harry, 2004. Pengarusutamaan Partisipasi Masyarakat dalam Perencanaan Pembangunan. Jakarta: CV Cipruy
- Hale, Charles D, Frank Arnold, and Marvin T. Travis, 1994. Planning and Evaluating Health Program. New York: Delmar Publisher Inc.

- Kantor Menteri Negara Kependudukan/BKKBN, 1996. Informasi Dasar Gerakan KB Pembangunan Keluarga Sejahtera. Jakarta: BKKBN
- Noerdin, Mazwar, 2004. Peningkatan Kesejahteraan Rakyat Melalui Program Keluarga Berencana Nasional. Paparan pada kegiatan Rakorbangpus Tahun 2003. Jakarta: BKKBN.
- Pemerintah Kota Mataram, 2003; Rencana Pembangunan Tahunan Daerah Kota Mataram Tahun 2003. Mataram: Pemerintah Kota Mataram.
- Peraturan Pemerintah RI Nomor 84 Tahun 2000 Tentang Pedoman Organisasi Perangkat daerah.
- Peraturan Pemerintah RI Nomor 8 Tahun 2003 Tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah.
- Pemerintah Kota Mataram, 2004. Pengintegrasian BKKBN Kota Mataram Menjadi perangkat Daerah. Mataram: BKKBN Kota Mataram.
- Raharjo, Yulfita, Agustina 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).
- Raharjo, Y. Aswatini Raharto, Roosmalawati Rusman dan Widayatun, 2000. Pedoman Pelatihan Gender Mainstreaming Dalam Kebijakan dan Program Kesehatan Reproduksi dan Pembangunan. Jakarta; PPK-LIPI, Meneg PP dan UNFPA.
- Riyadi dan Deddy Supriady Bratakusumah, 2003. Perencanaan Pembangunan Daerah: Strategi Menggali Potensi dalam Mewujudkan Otonomi Daerah. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Syahroni, 2002. Pengertian dasar dan Generik Tentang Perencanaan Pembangunan Daerah. Jakarta: GTZ
- Syaukani, HR, Afan Gaffar, dan Ryaas Rasyid, 2002. Otonomi Daerah Dalam Negara Kesatuan. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Situmorang, Agustina, 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).

Situmorang, Agustina, 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).

Soeparman, Suryadi, 2004. Implementasi ICPD 1994 dalam Kebijakan dan Program Pemberdayaan Perempuan di Indonesia. Makalah disampaikan pada acara Semiloka PKBI, Review Pelaksanaan ICPD+10, Jakarta: 11 Mei 2004.

Utomo, Warsito, 2003. Dinamika Administrasi Publik. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Undang Undang RI Nomor 22 Tahun 1999 Tentang Pemerintahan Daerah

Undang Undang RI Nomor 25 Tahun 1999 Tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah.

Undang Undang RI Nomor 25 Tahun 2004 Tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional.

World Bank, 2003. Decentralizing Indonesia. Report No.26191-IND. Washington: East-Asia Poverty Reduction and Economic Management Unit

