

## **BAB 1.1**

# **DESENTRALISASI KESEHATAN: DEFINISI DAN TINJAUAN SEJARAH DI INDONESIA**

Astri Ferdiana  
Laksono Trisnantoro

Desentralisasi merupakan isu utama dalam reformasi kesehatan di negara-negara berkembang selama dua dekade terakhir ini. Konsep ini sebenarnya telah banyak diajukan oleh para pengamat dan praktisi sebagai salah satu bentuk dari reformasi untuk mencapai kesetaraan serta peningkatan kinerja dalam sektor pelayanan publik, termasuk juga sektor kesehatan (World Bank, 1995). Desentralisasi kesehatan sebenarnya merupakan bagian dari desentralisasi politis dan ekonomi yang lebih luas, dan jarang berdiri sendiri.

### **DEFINISI**

Desentralisasi merupakan fenomena yang kompleks dan sulit didefinisikan. Definisinya bersifat kontekstual karena tergantung pada konteks historis, institusional, serta politis di masing-masing negara. Namun, secara umum desentralisasi dapat didefinisikan sebagai pemindahan tanggung jawab dalam perencanaan, pengambilan keputusan, pembangkitan serta pemanfaatan sumber daya serta kewenangan administratif dari pemerintah pusat ke: 1) unit-unit teritorial dari pemerintah pusat atau kementerian, 2) tingkat pemerintahan yang lebih rendah, 3) organisasi semi otonom, 4) badan otoritas regional, 5) organisasi nonpemerintah atau organisasi yang bersifat sukarela (Rondinelli 1983 *cit* Omar, 2001)<sup>1</sup>. Mills dkk (1990)<sup>2</sup> menyebutkan bahwa secara umum desentralisasi merupakan transfer kewenangan dan kekuasaan

dari tingkat pemerintahan yang tinggi ke tingkat yang lebih rendah dalam satu hierarki politis-administratif atau teritorial.

Definisi di atas banyak digunakan dalam literatur dan sebenarnya merupakan definisi dari desentralisasi demokratis atau desentralisasi politis dalam ilmu administrasi publik, dengan pihak yang menerima pelimpahan kekuasaan atau kewenangan merupakan representasi dari masyarakat lokal dan bertanggung jawab terhadap mereka. Desentralisasi ini dimaksudkan untuk meningkatkan partisipasi publik dalam pengambilan keputusan, sehingga dapat menyediakan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan aspirasi setempat, mengakomodasi perbedaan sosial, ekonomi dan lingkungan, serta meningkatkan pemerataan dalam penggunaan sumber daya publik<sup>3</sup>.

Para ahli menyebutkan bahwa terdapat juga bentuk lain dari desentralisasi yaitu desentralisasi fiskal dan desentralisasi manajemen. Desentralisasi fiskal adalah pemindahan kekuasaan untuk mengumpulkan dan mengelola sumber daya finansial dan fiskal. Meskipun demikian, desentralisasi fiskal ini sering menjadi elemen yang tak terpisahkan dari desentralisasi demokratis<sup>4</sup>. Desentralisasi manajemen digunakan pada saat situasi tanggung jawab manajerial di dalam suatu organisasi diserahkan kepada manajer unit sebagai agen desentralisasi yang “terkecil”. Model seperti ini telah diaplikasikan dalam sektor publik, dengan

---

<sup>1</sup> Omar M. (2001). Health sector decentralization in developing countries: unique or universal! Nuffield Institute for Health, University of Leeds, United Kingdom.

<sup>2</sup> Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. (1990). Health system decentralization: concepts, issues and country experience. World Health Organization, Geneva, Switzerland.

<sup>3</sup> Ribot JC. (2002). African decentralization: local actors, powers and accountability. Democracy, Governance and Human Rights Paper no 8. United Nations Research Institute for Social Development.

<sup>4</sup> Ribot, op. cit..

tanggung jawab untuk pelayanan dalam bidang tertentu diserahkan kepada manajer unit, misalnya untuk pelayanan kebersihan, katering, dan sebagainya.<sup>5</sup> Hal ini bertujuan untuk meningkatkan efisiensi<sup>5</sup>.

Penjabaran bentuk-bentuk desentralisasi yang sering digunakan dalam literatur dilakukan melalui pendekatan administrasi publik yang dikemukakan pertama kali oleh Dennis Rondinelli dan G. Shabbir Cheema (1983 cit Bossert, 1998)<sup>6</sup> untuk mengevaluasi proses desentralisasi di negara berkembang. Fokusnya pada distribusi kewenangan dan tanggung jawab untuk pelayanan kesehatan di dalam struktur politik dan administratif nasional. Pendekatan ini diaplikasikan ke bidang desentralisasi kesehatan oleh Mills dkk (1990)<sup>7</sup>. Menurut teori ini terdapat empat bentuk desentralisasi yaitu:

### 1. Dekonsentrasi

Pemindahan sebagian kewenangan dari pemerintah pusat ke kantor-kantor daerah secara administratif. Kantor-kantor daerah tersebut mempunyai tugas-tugas administratif yang jelas dan derajat kewenangan tersendiri, tetapi mereka mempunyai tanggung jawab utama ke pemerintah pusat<sup>8</sup>.

### 2. Devolusi

Pemindahan kekuasaan secara legal ke badan politis lokal (pemerintah daerah) yang dalam beberapa fungsi benar-benar independen dari pemerintah pusat. Pemerintah lokal ini jarang benar-benar mempunyai otonomi total, namun mereka independen dari pemerintah nasional dalam beberapa area tanggung jawab misalnya pencarian sumber daya.

### 3. Delegasi

Pemindahan tanggung jawab manajerial untuk tugas-tugas tertentu ke organisasi-organisasi yang berada di luar struktur

pemerintah pusat dan hanya secara tidak langsung dikontrol oleh pemerintah pusat (organisasi-organisasi ini sering disebut organisasi *parastatal*). Sistem pendanaan atau manajerial bervariasi, tetapi keputusan eksekutif tetap berada di tangan organisasi.

### 4. Privatisasi

Pemindahan tugas-tugas pengelolaan atau fungsi pemerintahan ke organisasi-organisasi sukarela atau perusahaan swasta *for profit* maupun *nonprofit*.

Dalam praktiknya, tidak ada negara yang hanya menerapkan satu macam desentralisasi secara murni karena biasanya beberapa elemen dari bentuk-bentuk desentralisasi tersebut diimplementasikan pada saat yang sama. Misalnya, devolusi ke pemerintah lokal digabung dengan delegasi ke dewan rumah sakit disertai dengan peningkatan peran swasta.

Dekonsentrasi merupakan bentuk desentralisasi yang paling ringan. Bentuk desentralisasi ini sering disebut desentralisasi administratif<sup>9</sup>. Beberapa ahli menyebutkan bahwa privatisasi bukanlah bentuk desentralisasi, sebab pihak yang menerima transfer kekuasaan bukanlah pihak yang secara formal berada pada tingkat yang lebih rendah dari pihak yang melimpahkan kekuasaan.

Dalam perkembangannya, analisis desentralisasi kesehatan dengan hanya menggunakan pendekatan administrasi publik seperti di atas ternyata tidaklah cukup untuk menjabarkan proses implementasi desentralisasi serta implikasinya. Hal ini karena teori ini hanya menjelaskan tingkat dan bentuk pemerintahan yang melimpahkan kewenangan dan pihak yang menerima transfer tersebut. Teori ini tidak memadai untuk menganalisis fungsi-fungsi dan tugas yang dilimpahkan dari tingkat yang lebih

5. Devas, N. (1997). Indonesia: what do we mean by decentralization? *Public Administration and Development*,17,351-367.

6. Bossert T. (1998). Analyzing the decentralization of health system in developing countries: decision space, innovation and performance. *Social Science and Medicine* 47(10): 1513-1527.

7. Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. (1990). *Health system decentralization: concepts, issues and country experience*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.

8. Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. op.cit.(1990).

9. Ribot JC. (2002). *African decentralization: local actors, powers and accountability*. Democracy, Governance and Human Rights Paper no 8. United Nations Research Institute for Social Development.

tinggi ke tingkat yang lebih rendah. Beberapa teori lain sempat muncul ke permukaan, misalnya pendekatan *local fiscal choice* dan teori *social capital*. Teori *local fiscal choice* digunakan oleh ahli ekonomi untuk menganalisis keputusan dan pilihan yang dibuat oleh pemerintah daerah dalam penggunaan sumber daya lokal serta transfer dana dari tingkat pemerintahan yang lain (*intergovernmental transfer*). Teori ini banyak digunakan di negara federal. Pemerintah negara bagian mempunyai otoritas secara konstitusional dan sangat mandiri dalam hal pembangkitan sumber daya lokal (misalnya pajak). Penggunaan sumber daya lokal secara efisien oleh pemerintah merupakan isu penting dalam sistem negara federal karena sangat berperan dalam pemilihan umum untuk memenangkan suara dari para pemilih dan pembayar pajak. Untuk menganalisis desentralisasi kesehatan terlebih lagi di negara berkembang, teori ini kurang sesuai. Di samping karena pengelolaan sumber daya lokal masih belum sepenuhnya ditangani oleh pemerintah daerah, isu kesehatan juga belum merupakan hal yang dianggap penting dalam pemilihan umum<sup>10</sup>.

Teori *social capital* digunakan oleh Putnam dkk. (1993 cit Bossert, 1998)<sup>11</sup> yang meneliti mengapa pemerintah daerah di beberapa area mempunyai kinerja institusional yang lebih baik dibanding pemerintah di area yang lain. Putnam mengemukakan bahwa kuncinya adalah pada keberadaan organisasi sipil (organisasi sukarela seperti kelompok paduan suara, klub sepakbola) yang memperkaya pengalaman sosial pada populasi setempat, yang disebut *social capital*. Pengalaman sosial ini akan mempererat kerjasama dan kepercayaan antarpenduduk, sehingga proses desentralisasi tidak banyak menemui hambatan. Secara formal, teori ini sulit diaplikasikan untuk menganalisis desentralisasi kesehatan karena mengabaikan faktor-faktor lain

seperti bentuk dan sistem organisasi pelayanan kesehatan serta kebijakan kesehatan yang berlaku.

### TINJAUAN SEJARAH

Dalam dua dekade terakhir, telah banyak negara yang melaksanakan desentralisasi dengan latar belakang yang berbeda. Hampir semua negara maju yang tergabung dalam *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) telah menjadi lebih terdesentralisir, dengan perkecualian Inggris<sup>12</sup>. Penerapan konsep desentralisasi ini sebagian besar terjadi sebagai respon terhadap tekanan politik dan perubahan situasi ekonomi. Di negara-negara Eropa Timur dan Tengah yang sebagian dikuasai oleh paham komunisme beberapa dekade yang lalu, otonomi lokal menjadi tuntutan yang mendasar dalam reformasi politik. Sementara itu di negara-negara Amerika Latin yang sebelumnya diperintah oleh rezim politik, desentralisasi menjadi elemen mendasar dalam proses demokrasi dan melibatkan masyarakat secara aktif dalam pembangunan. Daerah juga menuntut akan adanya otonomi lokal yang lebih besar<sup>13</sup>.

Sebagian negara berkembang melaksanakan desentralisasi dengan tujuan untuk meningkatkan pelayanan publik yang lebih merata dan berkualitas atau sebagai cara untuk mengurangi beban ekonomi dan administrasi di pusat sehingga akan lebih efisien. Tidak jarang hal ini terjadi atas dorongan dari pihak donor asing. Akibatnya desentralisasi hanya menjadi reformasi administratif yang bersifat *top-down*<sup>14</sup>. Di Afrika, sejarah kolonialisme sangat mempengaruhi proses desentralisasi. Pemerintah kolonial tidak menghendaki desentralisasi, namun pengaruh sistem pemerintahan di negara asal tetap berpengaruh di dalam negara yang mereka jajah. Sebagai contoh, negara-negara *anglophone* seperti Uganda dan Zambia mempunyai sistem

<sup>10</sup> Bossert T. (1998). Analyzing the decentralization of health system in developing countries decision space, inovation and performance. *Social Science and Medicine*. 47 (10):1513-1527.

<sup>11</sup> Bossert T. (1998). op.cit.

<sup>12</sup> Prud' Homme, R. (2003). Fiscal decentralization in Africa: a framework for considering reform. *Public Administration and Development*, 23, 17-27.

<sup>13</sup> Devas, N. (1997). loc. cit

<sup>14</sup> Litvack J, Ahmad J, Bird R. (1998). Rethinking decentralization in developing countries. *The World Bank Sector Study Series*, Washington.

dekonsentrasi yang lebih baik dibanding negara-negara *francophone*, karena pada saat itu Inggris lebih terdesentralisir dibanding Perancis<sup>15</sup>.

Para ahli menyebutkan bahwa ada dua fase utama dalam penerapan konsep desentralisasi di negara berkembang. Pada dekade 1950-an dan awal 1960-an, desentralisasi dalam bentuk pemerintahan daerah dicetuskan oleh pemerintah kolonial sebagai salah satu elemen dalam struktur negara demokrasi yang independen. Tujuan lainnya, sebagai sarana pendidikan politik bagi masyarakat dan sebagai mekanisme untuk memberikan tanggung jawab kepada daerah dalam sektor pelayanan. Struktur yang dibentuk pada saat itu didasarkan pada model pemerintahan daerah di Inggris atau Perancis, walaupun masih terbatas dalam hal kekuasaan dan fungsi pemerintah daerah. Pemerintah daerah hanya berfungsi sebagai agen pemerintah pusat. Namun demikian, proklamasi kemerdekaan di berbagai negara berkembang menyebabkan semakin pentingnya rasa persatuan nasional sehingga untuk sementara usaha menerapkan desentralisasi menjadi berkurang<sup>16</sup>. Pemerintah yang berkuasa setelah masa kolonial berakhir cenderung tidak menyukai konsep desentralisasi<sup>17</sup>.

Pada dekade 1970-an dan 1980-an, minat terhadap kebijakan desentralisasi muncul kembali. Desentralisasi telah dicoba diterapkan di akhir era 1970-an dan berlanjut selama dekade selanjutnya, yaitu era 1980-an<sup>18</sup>. Alasan yang mendorong diterapkannya desentralisasi ini berbeda-beda di tiap negara. Di beberapa negara berkembang seperti di Afrika, pemerintah membagi sebagian kontrol kekuasaan dan pengambilan keputusan kepada organisasi di daerah. Dengan demikian, desentralisasi digalakkan dari pusat dan bukan

berasal dari perifer. Namun, di beberapa negara khususnya di daerah Pasifik, desentralisasi terjadi karena tekanan berbagai kelompok lokal atau regional agar memperoleh otonomi yang lebih besar<sup>19</sup>.

Sejarah desentralisasi kesehatan juga mengikuti perkembangan desentralisasi dalam pemerintahan. Secara global, selama tahun 1950-an dan 1960-an, negara mempunyai peranan sentral yang kuat dalam pembangunan. Di berbagai negara berkembang terutama di Afrika dan Asia Tenggara, pelayanan kesehatan masyarakat tumbuh sebagai respon terhadap gagasan pemerintah pusat untuk menyediakan pelayanan kesehatan di area pedesaan dan perkotaan. Pemerintah daerah tidak banyak berperan dalam hal ini. Pengambilan keputusan dalam hal pelayanan kesehatan pada saat itu sangat bersifat sentralistik, sehingga daerah mempunyai kemampuan administratif serta manajerial yang rendah. Namun demikian, pemerintah tidak memonopoli dalam kepemilikan pelayanan kesehatan. Banyak terdapat pelayanan kesehatan swasta atau pelayanan kesehatan yang bersifat sukarela, terutama yang dirintis oleh lembaga swadaya masyarakat dan keagamaan<sup>20</sup>.

Pada masa itu, perumusan kebijakan kesehatan banyak dipengaruhi oleh kalangan elit medis. Namun kemudian dominasi paradigma medis (misalnya kebijakan yang terlalu terfokus pada obat dan pelayanan kesehatan kuratif) dalam kebijakan kesehatan mulai dipertanyakan dari segi epidemiologi dan ekonomis. Kemudian, deklarasi Alma Ata tahun 1978 yang berfokus pada peningkatan peran pelayanan kesehatan primer ternyata mampu memicu proses reformasi, sehingga arena kebijakan kesehatan bertambah

15 Prud' Homme, R. (2003). op.cit.

16 Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. (1990). Health system decentralization: concepts, issues and country experience. World Health Organization, Geneva, Switzerland.

17 Prud' Homme, R. (2003). Fiscal decentralization in Africa: a framework for considering reform. Public Administration and Development, 23, 17-27.

18 Omar M. (2001). Health sector decentralization in developing countries: unique or universal. Nuffield Institute for Health, University of Leeds, United Kingdom.

19 Kassum D, Steer A, Kharas H, Hofman B. (2003). *Decentralizing Indonesia: a regional public expenditure review overview report*. Report No. 26191-IND. East Asia Poverty Reduction and Economic Management Unit.

20 Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. (1990). op. cit.

dengan melibatkan kelompok selain profesi medis. Konsep desentralisasi mulai disadari sebagai elemen kunci dari pelayanan kesehatan primer<sup>21</sup>.

Di tahun 1980-an, gagasan neoliberal mulai mendominasi. Negara yang terlalu tersentralisasi dianggap mengalami kegagalan. Bank Dunia dan IMF pun memulai *structural adjustment program*. Dalam program ini, pihak donor bersedia mengucurkan bantuan dengan persyaratan khusus untuk meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan publik termasuk di bidang kesehatan, misalnya seperti mengurangi pegawai pemerintah pusat, penerapan keharusan bagi pasien untuk membayar (*user fee*) dan dilonggarkannya peraturan bagi swasta. Kebijakan-kebijakan ini diterapkan untuk mengurangi kontrol oleh pemerintah pusat, memberikan keleluasaan bagi manajemen lokal, dan memperkuat akuntabilitas pemerintah terhadap masyarakat. Dibandingkan dengan dekade-dekade sebelumnya, kebijakan kesehatan menjadi agenda penting dalam perbincangan politis<sup>22</sup>. Pada era 1990-an, lebih dari 25 negara di Afrika telah berada dalam proses implementasi desentralisasi, meskipun belum sepenuhnya<sup>23</sup>.

Desentralisasi yang diterapkan di negara berkembang pada era sebelum 1990-an lebih merupakan bentuk dekonsentrasi, sebab tidak ada pemerintah daerah yang independen yang bertanggung jawab terhadap masyarakat dan lembaga lokal dan kantor perwakilan pemerintah pusat seperti kantor wilayah kementerian di daerah lebih merupakan sarana untuk mempermudah administrasi pelayanan dan tidak dapat mengambil keputusan sendiri. Hal ini banyak terjadi di negara-negara Asia Timur dan Tenggara, dan sampai saat ini masih dilaksanakan di negara-negara Eropa Timur<sup>24</sup>. Setelah era 1990-an, bentuk reformasi yang dipilih oleh sebagian besar negara berkembang adalah desentralisasi

demokratis. Bentuk ini dianggap yang paling ideal.

Pada awalnya, desentralisasi dikembangkan hanya sebagai reformasi administratif yang akan meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan. Namun dalam perkembangannya dikemukakan bahwa keuntungan lain dari desentralisasi adalah: 1) perhatian terfokus pada masyarakat dan partisipasi masyarakat meningkat sehingga kebutuhan masyarakat akan terpenuhi secara lebih baik, 2) meningkatkan pemerataan dalam pelayanan kesehatan serta kebebasan individu, 3) meningkatkan program pembangunan dan cakupan pelayanan kesehatan nasional, 4) mempererat kerjasama intersektoral, 5) manajemen menjadi lebih fleksibel, mudah beradaptasi dan responsif, 6) meningkatkan akuntabilitas, transparansi, dan memperkuat otonomi lokal<sup>25</sup>.

Namun demikian, ada beberapa hal yang dapat menyebabkan desentralisasi tidak berjalan dengan baik dan membawa implikasi negatif. Pertama, kurangnya kontrol dan koordinasi antara tingkat pemerintahan dan di dalam pemerintahan itu. Kedua, kompetensi personal mungkin mengalami penurunan atau tidak mampu mencapai tujuan akibat kurangnya supervisi dan pembangunan kapasitas. Ketiga, kemampuan pemerintah daerah untuk berkeaktifan mungkin terbatas. Jika kemampuan pemerintah daerah sangat berbeda antardaerah, maka dapat terjadi kesenjangan antardaerah (dalam konteks kesehatan, mungkin adanya kesenjangan status kesehatan atau usia harapan hidup antar daerah). Keempat, dapat terjadi konflik akibat kurang jelasnya pembagian kewenangan dan ambisi pribadi<sup>26</sup>.

---

21 Segall, M. (2003). District health system in a neoliberal world: a review of five key policy areas. *International Journal of Health Planning and Management*, 18, S5-S26.

22 Litvack J, Ahmad J, Bird R. (1998). Rethinking decentralization in developing countries. *The World Bank Sector Study Series*, Washington.

23 Omar M. (2001). op.cit.

24 Litvack J, Ahmad J, Bird R. (1998). Rethinking decentralization in developing countries. *The World Bank Sector Study Series*, Washington.

25 Omar M. (2001). Health sector decentralization in developing countries: unique or universal!

Nuffield Institute for Health, University of Leeds, United Kingdom

26 Omar M. (2001).op.cit.

Di negara maju, ada perbedaan konteks dengan negara berkembang dalam masalah desentralisasi. Secara historis, pemerintah daerah di negara-negara maju telah berkembang. Sebagian besar pemerintah daerah mampu menyediakan pelayanan masyarakat dengan biaya swadana. Namun demikian, ada kecenderungan dari pemerintah pusat untuk membatasi pemerintah daerah. Hal ini untuk meningkatkan pemerataan dalam pelayanan masyarakat ke seluruh lapisan masyarakat dan area geografis serta mengatasi resesi ekonomi. Oleh karena itu, pengalaman negara maju dalam desentralisasi mungkin kurang sesuai untuk diaplikasikan pada negara berkembang. Relevansinya sangat tergantung pada masalah struktural pada masing-masing negara. Selain itu juga terdapat pengaruh masalah demografi dan epidemiologi, efisiensi dan efektivitas institusi sektor kesehatan, ketersediaan sumber daya, akses ke pelayanan kesehatan, skenario politik, kondisi ekonomi, tekanan internasional serta kebebasan dalam negeri<sup>27</sup>.

### SEJARAH DESENTRALISASI DI INDONESIA

Di Indonesia, desentralisasi telah menjadi tema utama selama dua dekade terakhir. Namun latar belakang desentralisasi di Indonesia sedikit berbeda dengan negara berkembang yang lain. Indonesia merupakan suatu negara dengan keberagaman etnis, kultur, geografis, dan sebagainya. Jika tidak diakomodasi dengan baik dapat menimbulkan ketidakpuasan dan perpecahan. Hal ini merupakan suatu tuntutan tersendiri akan desentralisasi<sup>28</sup>. Pelaksanaan desentralisasi juga diakselerasi dengan timbulnya krisis politik dan ekonomi yang pada akhirnya menumbangkan presiden yang berkuasa pada saat

itu dan mengangkat kembali masalah desentralisasi yang sebenarnya telah diajukan oleh para pengamat sejak tahun 1990-an<sup>29</sup>.

Namun, desentralisasi yang baru dimulai pada tahun 2001 ini sebenarnya bukanlah usaha pertama untuk menerapkan desentralisasi. Sejak zaman kolonial, telah dilakukan berbagai usaha untuk melakukan desentralisasi, namun tidak ada yang berhasil. Pada tahun 1905 terbentuklah kotamadia yang pertama, diikuti dengan terbentuknya kabupaten yang pertama pada tahun 1910. Selanjutnya, provinsi yang pertama terbentuk di Pulau Jawa pada tahun 1920-an. Setelah proklamasi kemerdekaan, dikeluarkanlah UU pertama yaitu UU No. 1 Tahun 1945 yang mengatur tentang Otonomi Regional. Otonomi regional dan hak-hak daerah ini juga disebut di dalam Pasal 18 UUD. 1945. Namun demikian, pihak Belanda masih tidak ingin melepaskan Indonesia sebagai negara jajahannya dan berusaha membentuk beberapa republik boneka di pulau-pulau luar Jawa di bawah payung Kerajaan Belanda. Republik Indonesia dianggap merupakan bagian dari negara Republik Kesatuan Indonesia yang menjadi sebuah negara federal. Republik Kesatuan ini tidak berumur panjang, hanya sekitar satu tahun dan pada tahun 1950 Indonesia kembali pada bentuk negara kesatuan<sup>30, 31</sup>.

Selanjutnya otonomi regional kembali dicetuskan kembali melalui UU No. 1 Tahun 1957. Dalam UU ini, disebutkan bahwa dewan lokal berhak untuk menunjuk pimpinan pemerintah daerah, yang sebelumnya ditunjuk oleh pemerintah pusat. Namun, setelah pecahnya pemberontakan di Sumatera, Sulawesi, dan Jawa Barat, pelaksanaan UU ini kembali tertunda. UU ini akhirnya diabolisi melalui Keputusan Presiden No. 6 Tahun 1959 yang menyebutkan bahwa

<sup>27</sup> Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. (1990). Health system decentralization: concepts, issues and country experience. World Health Organization, Geneva, Switzerland..

<sup>28</sup> Ahmad E & Mansoor A. (2002). Indonesia: Managing Decentralization. IMF Working Paper, International Monetary Fund.

<sup>29</sup> Kassum D, Steer A, Kharas H, Hofman B. (2003). Decentralizing Indonesia: a regional public expenditure review overview report. Report No. 26191-IND. East Asia Poverty Reduction and Economic Management Unit

<sup>30</sup> Devas, N. (1997). Indonesia: what do we mean by decentralization? Public Administration and Development, 17, 351-367

<sup>31</sup> Kassum D, Steer A, Kharas H, Hofman B. (2003).op.cit

pimpinan pemerintah daerah ditunjuk oleh pemerintah pusat. Beberapa aspek desentralisasi kembali disebutkan dalam UUNo. 18 Tahun 1965 walaupun tidak secara tegas<sup>32, 33</sup>.

Pada masa kekuasaan presiden kedua RI, Soeharto yang berlangsung dari tahun 1965 sampai 1999 (orde baru), sistem pemerintahan di Indonesia sangatlah tersentralisir, meskipun desentralisasi telah tercetus dalam beberapa UU yang dikeluarkan pada masa itu. Masalah otonomi regional dipertegas melalui UUNo.5 Tahun 1974, yang beberapa aspeknya baru mulai dilaksanakan pada tahun 1992. Dalam UU ini disebutkan bahwa pemerintah pusat dapat melimpahkan semua tugas dan fungsi kepada pemerintah daerah yang “otonom” kecuali dalam bidang pertahanan dan keamanan, hukum, urusan luar negeri, keuangan, kewajiban-kewajiban yang dilaksanakan oleh pimpinan pemerintah daerah serta beberapa fungsi yang lebih baik jika dilaksanakan oleh pemerintah pusat. Di samping itu, aktivitas kementerian akan didekonsentrasikan kepada kantor regional kementerian pusat yang ada di daerah. Namun demikian, UU ini tidak pernah diterapkan secara penuh. Disebutkan juga bahwa daerah harus membuktikan bahwa mereka siap untuk melaksanakan fungsi mereka yang baru, dan hal ini akan dinilai oleh pusat<sup>34</sup>. Namun, implementasi desentralisasi pada saat itu tidak efektif. Secara formal, terdapat tiga tingkat pemerintahan yaitu pemerintah pusat, 27 provinsi, serta 333 kabupaten. Dalam praktiknya, pemerintah pusat mendominasi di semua tingkat, terutama dalam hal perekrutan sumber daya manusia serta penggunaan anggaran. Mekanisme

alokasi anggaran dari pusat ke daerah melalui Instruksi Presiden (Inpres) yang bertele-tele telah membuat daerah lambat berkembang dan cenderung tergantung pada bantuan oleh pusat<sup>35, 36</sup>.

Disebutkan bahwa desentralisasi yang dilaksanakan pada era Soeharto lebih merupakan bentuk dekonsentrasi dibandingkan desentralisasi<sup>37, 38</sup>. UU No. 5 Tahun 1974 diujicobakan tahun 1996 pada 26 kabupaten sebagai daerah percontohan, namun banyak kesulitan yang ditemui karena pusat tidak memberikan dukungan dan fasilitas kepada daerah untuk melaksanakan fungsi yang baru. Tahun 1997, uji coba ini terhenti oleh adanya krisis moneter<sup>39,40</sup>. Tujuan desentralisasi sebenarnya disebutkan kembali secara jelas dalam Rencana Pembangunan Lima Tahun V (Repelita V, 1989-1994) dan dinyatakan kembali dalam Repelita VI. Akan tetapi hal ini hanya merupakan retorika karena tidak pernah diwujudkan dalam konsep yang nyata<sup>41</sup>.

Pada medio tahun 1997, Asia dilanda oleh krisis ekonomi termasuk Indonesia yang mengalami dampak paling parah dibanding negara Asia Tenggara lainnya. Krisis ini menimbulkan ketidakstabilan politis dan ekonomi, yang pada akhirnya menumbangkan kekuasaan Soeharto pada bulan Mei 1998. BJ Habibie, wakil presiden pada saat itu kemudian naik menjadi presiden. Untuk merengkuh simpati masyarakat, dia menjadikan reformasi menjadi isu utama dalam masa kepresidenannya. Salah satunya dengan penerapan desentralisasi secara penuh. Selain untuk meningkatkan efisiensi dan kinerja pemerintah daerah, hal ini juga bertujuan untuk

---

32 Okamoto M. (2002). Decentralization in Indonesia: a project for national integration. In: Government Decentralization in Developing Countries. Japan International Cooperation Agency, Tokyo

33 Kassum D, Steer A, Kharas H, Hofman B. (2003).op.cit

34 Devas, N. (1997).op.cit

35 Devas, N. (1997).op.cit

36 Silver C, Azis IJ, Schroeder L. (2001). Intergovernmental transfers and decentralisation in Indonesia. Bulletin of Indonesian Economic Studies, 37 (3): 345-362.

37 Okamoto M. (2002). Decentralization in Indonesia: a project for national integration. In: Government Decentralization in Developing Countries. Japan International Cooperation Agency, Tokyo

38 Devas, N. (1997). Indonesia: what do we mean by decentralization? Public Administration and Development, 17, 351-367.

39 Okamoto M. (2002).op.cit.

40 Ahmad E & Mansoor A. (2002). Indonesia: Managing Decentralization. IMF Working Paper, International Monetary Fund.

41 Devas, N. (1997).op.cit.

mencegah pemisahan beberapa provinsi dari negara. Beberapa provinsi telah lama menuntut kebebasan dalam hal politis dan ekonomi, terutama provinsi-provinsi yang rawan konflik seperti Daerah Istimewa Aceh dan Timor Timur serta provinsi-provinsi yang kaya akan sumber daya seperti Kalimantan Timur dan Irian Jaya (sekarang Papua). Dikhawatirkan ketidakpuasan ini dapat menimbulkan tuntutan untuk membentuk negara federal. Oleh karena itu, desentralisasi dianggap sebagai bentuk reformasi yang terbaik.

Desentralisasi menjadi kebijakan nasional hanya dalam waktu 5 bulan setelah Habibie diangkat menjadi presiden. Pada bulan November 1998, sidang khusus MPR menetapkan tentang implementasi desentralisasi di Indonesia (Tap MPR No. 15). UU mengenai desentralisasi kemudian mulai dirumuskan antara bulan Desember 1998 s.d. Januari 1999. Lima bulan sesudahnya, UU No. 22 Tahun 1999 dan UU No. 25 Tahun 1999 disetujui oleh parlemen, masing-masing pada tanggal 7 dan 9 Mei 1999. UU No. 22 Tahun 1999 mengatur tentang pemerintah daerah, sedangkan UU No. 25 Tahun 1999 adalah mengenai keseimbangan Fiskal antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Kedua UU ini merupakan dasar untuk menerapkan otonomi regional dan diikuti oleh keluarnya beberapa peraturan pemerintah untuk secara lebih jelas menjabarkan tentang proses pelaksanaan desentralisasi.

Selanjutnya, dalam sidang tahunan MPR bulan Agustus 2000 dikeluarkanlah amandemen UU Dasar 45, dengan revisi dan dua tambahan pada Pasal 18 UUD 1945 sebagai dasar konstitusi untuk pelaksanaan otonomi regional dan desentralisasi secara luas. Sebelum amandemen tersebut diajukan, pasal ini hanya secara singkat menyebutkan tentang pemerintah daerah dan otonomi.

Pada masa kepresidenan Abdurrachman Wahid, proses desentralisasi semakin dipercepat dengan dibentuknya posisi Menteri Negara Urusan Otonomi Daerah. Pemerintah pusat juga

bermaksud untuk menyelesaikan pengaturan legislatif ini pada akhir tahun 2000 sehingga proses desentralisasi dapat dimulai pada bulan Januari 2001. Namun sampai bulan Maret 2001 pengaturan legislatif tersebut masih belum selesai.

Dengan pemberlakuan dua UU tersebut di atas, maka ada tiga bentuk desentralisasi yang berlaku di Indonesia yaitu: 1) devolusi, yaitu dalam bentuk penyerahan otonomi dan kewenangan dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah yaitu kabupaten termasuk pengaturan anggaran dalam semua bidang kecuali dalam bidang kebijakan internasional, pertahanan dan keamanan, hukum, fiskal dan moneter, serta keagamaan, 2) dekonsentrasi, yaitu pelimpahan kewenangan dari pemerintah pusat kepada pemerintah provinsi atau pembantu pemerintah pusat yang lain, 3) tugas pembantuan. Dengan demikian, hubungan antara kabupaten dan provinsi pada masa orde baru bersifat vertikal, pada masa desentralisasi bersifat horizontal. Keduanya berada pada posisi yang setara. Namun demikian, ada beberapa bidang yang otoritasnya masih dipegang oleh pemerintah provinsi. Di samping itu, kebijakan dekonsentrasi masih diperdebatkan dan ada kemungkinan akan diajukan suatu amandemen mengenai peranan provinsi.

Kantor wilayah dan kantor departemen yang merupakan agen lokal kementerian di daerah selanjutnya dihilangkan dan diganti dengan dinas provinsi yang bertanggung jawab terhadap pemerintah provinsi serta dinas kabupaten yang bertanggung jawab terhadap pemerintah daerah. Dengan demikian dalam bidang kesehatan saat ini terdapat tiga macam kesatuan administratif yaitu Depkes yang ada di pusat, dinas kesehatan provinsi yang ada di provinsi serta dinas kesehatan kabupaten atau kotamadia yang ada di kabupaten atau kotamadia. Personal yang ada di kantor-kantor tersebut dialihkan posisinya menjadi pegawai pemerintah daerah.

Secara bertahap, proses desentralisasi di Indonesia dibagi menjadi tiga fase yaitu: 1) fase

pengenalan (*introductory phase*, tahun 2001-2003). Pada fase ini, semua kabupaten diharapkan telah mulai menerapkan semua aspek desentralisasi seperti yang telah dijabarkan. Pemerintah pusat dan pemerintah lokal merencanakan dan melaksanakan program pembangunan kapasitas tanpa meninggalkan kesinambungan pemberian pelayanan pada masyarakat; 2) fase konsolidasi (2004-2007), proses desentralisasi sudah tidak bisa dikembalikan lagi ke sentralisasi. Dalam fase ini, reformasi dalam pemerintahan dan fiskal tetap berlanjut, dan bantuan intensif pada pemerintah daerah yang masih membutuhkan akan terus berlanjut. Pada akhir fase ini, diharapkan telah terbentuk organisasi atau dewan lokal; serta 3) fase stabilisasi (dimulai tahun 2007). Selama fase ini, pemerintah pusat serta pemerintah daerah atau organisasi lokal telah mencapai kematangan. Namun demikian pembangunan kapasitas untuk memperkuat

pemerintah daerah akan tetap terus dilangsungkan<sup>42</sup>.

Segall (2003)<sup>43</sup> mengungkapkan bahwa kebijakan desentralisasi tampaknya akan membawa dampak positif terhadap sebagian besar sistem kesehatan. Meskipun demikian, bentuk desentralisasi harus dipilih dengan hati-hati dan implementasinya harus bertahap dengan persiapan yang terencana. Wang dkk (2002)<sup>44</sup> serta Martineau & Buchan (2001)<sup>45</sup> menyebutkan bahwa salah satu elemen kunci dalam kesuksesan desentralisasi terletak pada para aktor pelaksana, terutama pada kemampuan mereka untuk menghadapi perubahan (*managing change*). Desentralisasi dapat menimbulkan konflik di antara tenaga kesehatan, manajer maupun pengambil keputusan karena adanya perubahan dalam hal wewenang, tanggung jawab, serta tugas-tugas yang harus dilaksanakan. Hal ini terutama terjadi di negara-negara yang melaksanakan desentralisasi dalam waktu yang relatif cepat, tidak terkecuali di Indonesia.

---

<sup>42</sup> Okamoto M. (2002). Decentralization in Indonesia: a project for national integration. In: *Government Decentralization in Developing Countries*. Japan International Cooperation Agency, Tokyo

<sup>43</sup> Segall, M. (2003). District health system in a neoliberal world: a review of five key policy areas. *International Journal of Health Planning and Management*, 18, S5-S26.

<sup>44</sup> Wang Y, Collins C, Tang S, Martineau T. (2002). Health system decentralization and human resources management in low and middle-income countries. *Public Administration and Development* 22, 439-453.

<sup>45</sup> Martineau T, Buchan J. (2001). Human resources and the success of health sector reform. *Human Resources for Health Development Journal* 4, (3): 174-183.