

BAB 13

PARTISIPASI MASYARAKAT DALAM SISTEM DESENTRALISASI KESEHATAN

BAGIAN 1: LSM DAN MEDIA

VOX POPULI VOX DEI

Shita Listya Dewi

PENGANTAR

Desentralisasi menjadi salah satu *buzzword* terlaris di kalangan negara-negara yang sedang mengalami transisi. Pendukung desentralisasi mengemukakan argumentasi bahwa desentralisasi memiliki potensi dalam meningkatkan efektivitas dan kesetaraan dalam penyediaan layanan publik serta sistem pemerintah yang lebih *responsive* dan *accountable* karena desentralisasi memindahkan kewenangan ke tingkat pemerintah daerah yang lebih dekat dengan masyarakat.

Pada masa dahulu, seruan untuk kedaulatan rakyat biasanya disampaikan melalui retorika **Vox Populi Vox Dei** (“suara rakyat adalah suara Tuhan”), yang tujuannya mengubah tata administrasi pemerintah menjadi lebih *representative* terhadap kepentingan rakyat. Hal ini disebabkan rakyat merasa kekuasaan negara (*State*) yang berlebihan cenderung bersikap represif dan hanya menguntungkan segelintir pihak, sementara kepentingan rakyat terabaikan. Semangat yang dikobarkan oleh retorika ini adalah semangat terwakilinya kepentingan rakyat di dalam segala urusan pemerintahan. Dari sini berkembanglah aliran demokratis.

Argumen paling awal mengenai desentralisasi sebagai dasar dari demokrasi yang lebih baik karena meningkatkan partisipasi masyarakat terdapat pada tulisan Alexis De Tocqueville dalam *Democracy in America*, (New York: Vintage, [1835] 1945), dan John Stuart Mill, yang kemudian dikutip dalam Philip Green (ed.) *Democracy: Key Concepts in Critical Theory*. (New Jersey, Humanities Press: 1993), p. 3, dan oleh

Robert Dahl, “The City in the Future of Democracy,” *Politics and Government of Urban Canada* L. D. Feldman (ed.) (London: Methuen, 1981), pp. 47-49. Seorang penulis lain, Neil Webster, dalam “Panchayati Raj in West Bengal: Popular Participation for the People or the Party?” *Development and Change* 23, no. 4 (October 1992): 129, mengemukakan bahwa desentralisasi adalah mekanisme yang memungkinkan pemerintah lebih responsif, lebih *adaptable* terhadap kebutuhan setempat dan kebutuhan daerah dibanding kekuasaan administratif yang terpusat.

Kebijakan desentralisasi di Indonesia juga bagian dari proses demokratisasi pasca kejatuhan Orde Baru pada tahun 1998 dan ini disertai oleh berbagai upaya menuju akuntabilitas yang lebih baik. Ada dua macam akuntabilitas yang terkait disini. Pertama, akuntabilitas politik, misalnya melalui sistem pemilu yang diperbaharui. Kedua, akuntabilitas publik, misalnya melalui kebebasan pers dan berbagai mekanisme partisipasi masyarakat. Sesuai dengan relevansinya dengan topik desentralisasi kesehatan, kami akan mengangkat masalah akuntabilitas publik.

Konsep partisipasi masyarakat itu sendiri memiliki berbagai dimensi mulai dari sekedar penyebaran informasi kepada publik hingga pada taraf hubungan kemitraan. Oleh karena itu, konsep partisipasi masyarakat dapat ditinjau dari berbagai *angle*, dan makalah ini berusaha menyajikan tinjauannya dalam kerangka *civil society*. *Civil society* didefinisikan sebagai wilayah interaksi sosial antara sektor swasta dengan sektor pemerintah, terdiri dari wilayah akrab (i.e. keluarga), wilayah asosiasi (e.g.

kelompok LSM) pergerakan sosial, dan berbagai bentuk komunikasi publik.¹

Civil Society sebagai suatu konsep sudah dikenal oleh para filsuf Yunani dan Romawi, khususnya oleh Cicero. Keberpihakan kepada *civil society* menjadi kental pada akhir abad 18 ketika para ilmuwan politik mulai dari Thomas Paine sampai Georg Hegel mendengungkan *civil society* sebagai suatu institusi yang paralel dengan pemerintah, wadah masyarakat mengasosiasikan diri sesuai dengan kepentingan dan minatnya. Setelah tenggelam beberapa saat, konsep ini kembali bangkit setelah PD II melalui tulisan seorang Marxis, Antonio Gramsci. Tulisannya menjadi populer pada tahun 1970an dan 1980an dan menyulut berbagai revolusi melawan kekuasaan tirani di negara-negara Amerika Latin dan Eropa Timur. Runtuhnya Tembok Berlin membuat *civil society* tiba-tiba menjadi mantra yang diucapkan oleh para politisi, negarawan, sampai para ilmuwan dan pemerhati politik. Pergerakan negara-negara ke arah yang lebih demokratis membuat masyarakat semakin berminat terhadap *civil society* sebagai bentuk pembaharuan sosial.

Terdapat tiga bentuk interaksi antara pemerintah dengan institusi nonpemerintah di dalam kerangka *civil society*. Beberapa kelompok memisahkan diri dari sistem publik dan membangun sendiri sistem ekonomi, politik dan kesehatan yang paralel. Ini diperlihatkan oleh, misalnya, sistem kesehatan berbasis masyarakat yang marak pada tahun 1970-an dan 1980-an. Ini disebut sebagai *exit option*. Kelompok-kelompok lain mengorganisasi diri mereka untuk berkomunikasi dengan pemerintah mengenai inefisiensi, korupsi dan kebijakan-kebijakan yang kurang sesuai. Tujuannya untuk memastikan pemerintah memenuhi kewajiban minimum mereka kepada rakyatnya. Ini disebut sebagai *voice option*. Bentuk ketiga adalah kelompok yang *straddling*. Artinya mereka berganti antara *exit option* dan *voice option* tergantung pada keadaan.²

PERMASALAHAN

Sebagaimana disajikan pada kerangka seminar ini, desentralisasi mengakibatkan perubahan tata administrasi pemerintahan di Indonesia, yang pada gilirannya akan mengubah pula hubungan antara pemerintah, swasta dan masyarakat. Kini kita akan meninjau dampak desentralisasi dari sisi *governance* hubungan antara pemerintah dengan masyarakat melalui jembatan *civil society*. Tinjauan ini khususnya relevan karena salah satu pilar *good governance* adalah akuntabilitas, dan tumbuhnya *civil society* seringkali dijadikan indikator upaya menuju akuntabilitas publik yang lebih baik.

Makalah ini akan menyajikan (1) beberapa hasil penelitian yang berkaitan langsung dengan persepsi masyarakat dan persepsi pemerintah dalam hal partisipasi masyarakat, dan (2) dinamika partisipasi masyarakat di bidang kesehatan dalam kerangka *civil society* di Indonesia pascakebijakan desentralisasi.

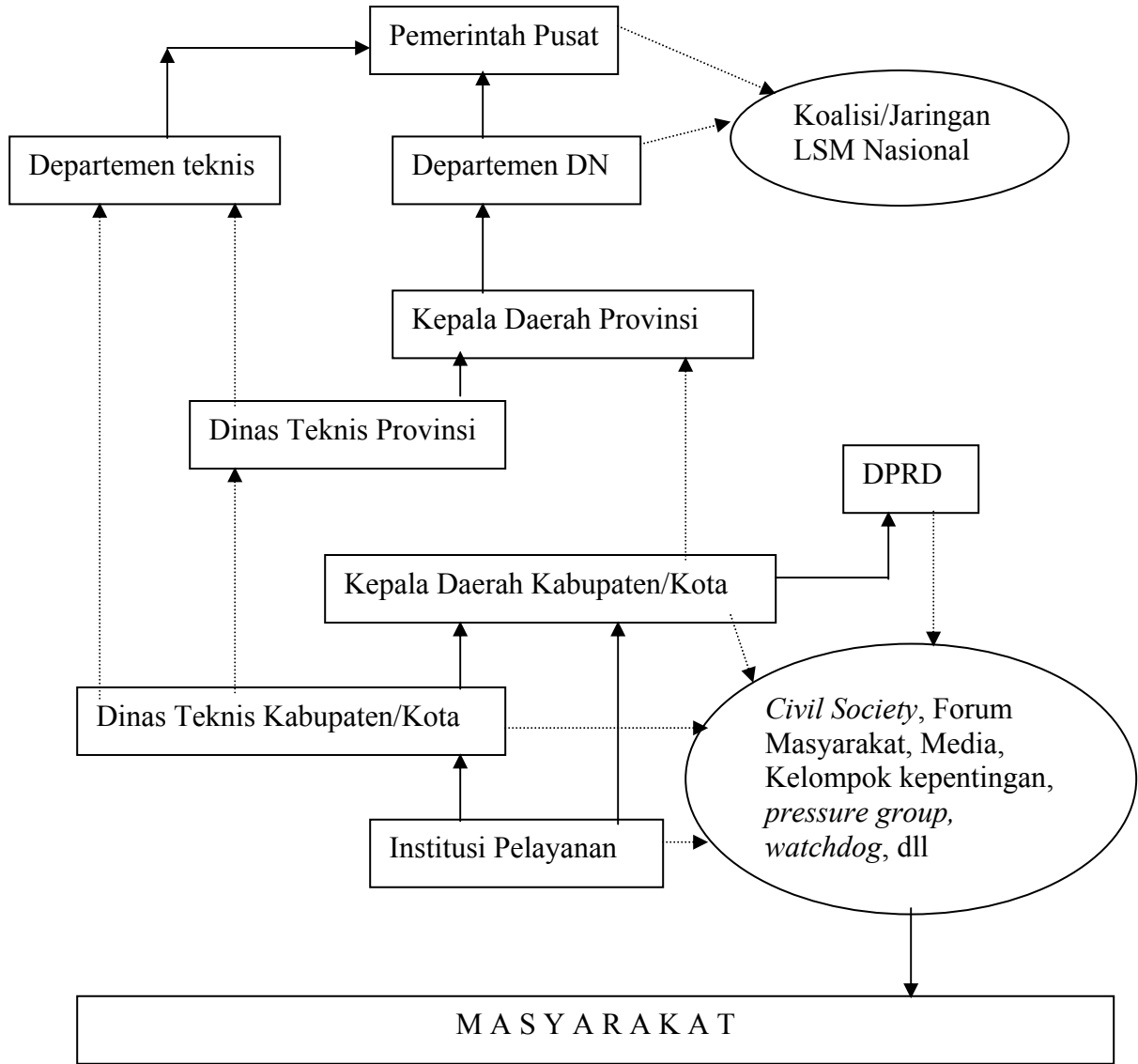
Lingkup pembahasan makalah ini dibatasi dalam beberapa hal. Pertama, memfokuskan arti partisipasi masyarakat dalam bentuk *voice option*, dimana terdapat kelompok-kelompok kepentingan di dalam sektor kesehatan yang menyuarakan keprihatinan terhadap isu-isu seputar korupsi, kebijakan dan inefisiensi di sektor kesehatan. Kedua, makalah ini membatasi tinjauannya terhadap dua kelompok kepentingan yang mewakili *civil society*, yaitu Koalisi untuk Indonesia Sehat (KuIS) sebagai salah satu LSM bidang kesehatan, dan *Kompas* sebagai salah satu media massa nasional terkemuka. Walaupun *civil society* tidak semata-mata terdiri dari LSM, tetapi penelitian di berbagai negara menunjukkan bahwa pertumbuhan jumlah LSM di negara-negara yang mengalami demokratisasi merupakan salah satu indikator berkembangnya *civil society*.³ Ketiga, waktu yang ditinjau adalah tahun 2001-2003. Kami akan meninjau bagaimana KuIS dan *Kompas* memainkan peran *voice option* dalam hubungan antara pemerintah dengan masyarakat sebagai bagian dari akuntabilitas publik sektor kesehatan.

¹ Cohen JL, Arato AA. (1994). *Civil society and political theory*. Cambridge, Massachusetts, and London: The MIT Press, 1994: ix. Lihat juga Richardson, J (ed). (1993). *Pressure Group* Oxford and New York: Oxford University Press.

² Marsh, I. (1997). Interest Group Analysis dalam Summers, J., Woodward, D. and Parkin, A. (eds) *Government, Politics, Power and Policy in Australia*, 6th edition. Addison Wesley Longman, Australia, pp. 314-332

³ Hulme D, Edwards M. (1997). *NGOs, States and donors: too close for comfort?* London: Macmillan,

Gambar V.1
BAGAN AKUNTABILITAS PUBLIK (disederhanakan)



—————> Akuntabilitas formal
> Akuntabilitas Informal

Sumber: Disederhanakan dari Figure 5.1. h. 58 Decentralizing Indonesia:
A Regional Public Expenditure Review Overview Report. World Bank 2002.

METODE PENGAMATAN

Makalah ini disusun sebagai hasil *desk study*. Sebagaimana disarankan oleh Neil dan Pederson dalam melakukan riset yang mengkaitkan antara pendekatan *public policy* dengan sektor kesehatan kami menggunakan *multiple method* yang meliputi analisis dokumen (studi literatur), dilengkapi dengan wawancara terhadap tokoh kunci dan didukung oleh data kuantitatif.⁴ Kami mengumpulkan artikel, data dan hasil penelitian yang berkaitan dengan konsep *civil society*, baik berupa publikasi tertulis maupun publikasi elektronik. Kami juga melakukan *cross check* melalui *rapid assessment questionnaire* terhadap kelompok *sample* para pembuat kebijakan di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota serta wawancara semi terstruktur dengan beberapa tokoh pembuat kebijakan serta pengurus KuIS di Jakarta.

ANALISIS DAN DISKUSI

Penelitian Abbot (1996) menunjukkan bahwa porsi partisipasi masyarakat dalam kebijakan sangat bergantung pada dua variabel, yaitu keterbukaan pemerintah dan sifat kebijakannya. Apabila kebijakan bersifat sederhana dan pemerintah bersifat terbuka, maka masyarakat akan dilibatkan melalui berbagai mekanisme *community development*. Sebaliknya apabila pemerintah bersifat tertutup dan kebijakan bersifat kompleks, masyarakat tidak akan dilibatkan. Alternatif lain adalah hubungan negosiasi. Ini terjadi apabila kebijakan bersifat kompleks tetapi pemerintah bersifat terbuka. Apabila pemerintah bersifat tertutup padahal kebijakan bersifat sederhana, akan terjadi konflik antara pemerintah dengan masyarakat yang tidak puas karena tidak dilibatkan. Kesimpulannya, jawaban standar terhadap pertanyaan ‘apakah terdapat partisipasi masyarakat dalam proses kebijakan?’ adalah: “Tergantung”.

Walaupun semenjak lama istilah “partisipasi” telah mendapat dukungan (paling

tidak secara verbal) dan mengalami berbagai pengalaman sulit untuk mengoperasionalkan konsep ini. Berbagai bentuk partisipasi masyarakat telah dicoba dalam berbagai situasi yang berbeda. Penelitian Abelson dan Elsey menyimpulkan bahwa pada akhirnya terdapat kecenderungan partisipasi yang bersifat *issue-based*.⁵ Kesehatan adalah sebuah sektor yang kompleks sehingga banyak *niche* yang mungkin bersifat terlalu teknis atau yang hanya menarik atau menjadi perhatian dari sekelompok orang. Oleh karena itu, partisipasi masyarakat pada kenyataannya hanya akan didominasi oleh sekelompok orang yang berkepentingan terhadap isu tertentu.⁶

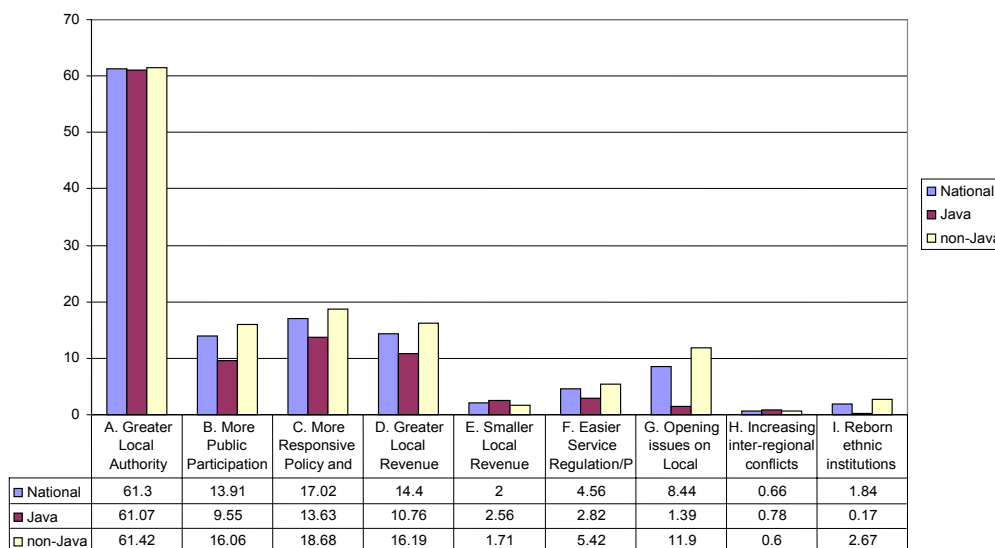
Pada tahun 2002, *World Bank* melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan desentralisasi di Indonesia bertema *Governance and Decentralization Survey* (GDS). Salah satu topik yang mereka soroti adalah *keyword* penting dalam *governance* yaitu partisipasi masyarakat. Menarik untuk melihat bahwa persepsi setiap aktor kunci terhadap partisipasi cukup bervariasi dan mereka tidak melihat dengan jelas kaitan antara partisipasi masyarakat dengan akuntabilitas dan efektivitas dari pemerintah daerah. Responden dari kelompok masyarakat bahkan hanya 13.91% yang berpandangan bahwa desentralisasi akan meningkatkan partisipasi masyarakat. Artinya, mereka belum menganggap sistem yang terdesentralisasi berhubungan langsung dengan peningkatan partisipasi masyarakat. Hal ini bertentangan dengan argumen pendukung desentralisasi yang dikemukakan di atas.

⁴ O’Neil M, Pederson AP. (1992). Building a Method Bridge between Public Policy Analysis and Health Public Policy Canada *Journal of Public Health* 1992 Mar-Apr; 83 Suppl 1:S25-40

⁵ Abelson, J and Eyles, J. Public Participation and Citizen Governance in Canadian Health System Discussion Paper no. 7. Commission on the Future of Healthcare in Canada

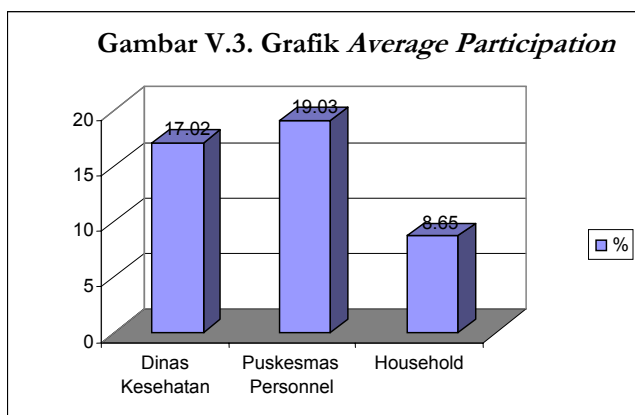
⁶ Fink-Hafner, D. (1998). *Organized Interests in the Policy-Making Process in Slovenia*. *Journal of European Public Policy* 5 (2).

Gambar V.2. Grafik *Household's view on decentralization*



Sumber: *Governance and Decentralization Study, Worldbank 2002.*

Secara lebih khusus, persepsi masyarakat bahwa mereka sudah berpartisipasi dalam sektor kesehatan di daerahnya secara rata-rata lebih rendah (8.65%) dibandingkan persepsi dari dinas kesehatan (17.02%) maupun puskesmas (19.03%). Ada dua hal penting diperhatikan dari temuan ini. Pertama, tingkat partisipasi masyarakat secara riil masih rendah. Kedua, terdapat kesenjangan antara tingkat ‘partisipasi’ yang dipersepsikan oleh masyarakat dengan tingkat ‘partisipasi’ yang dipersepsikan oleh kalangan birokrasi kesehatan.



Sumber: *Governance and Decentralization Study, Worldbank 2002.*

Sebagai *cross check*, kami melakukan *interview* dengan tiga puluh pengambil keputusan kesehatan di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten. Hasilnya menunjukkan bahwa para pengambil keputusan jarang memperhatikan opini publik dalam membuat kebijakan.

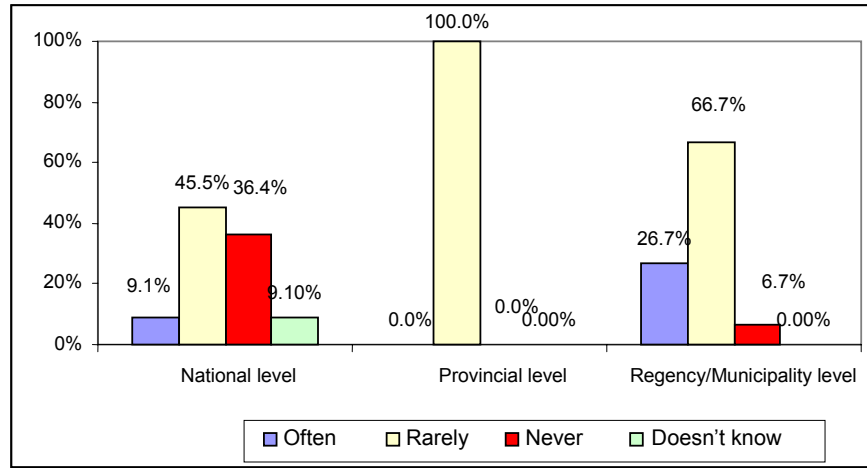
Khusus di tingkat provinsi, 100% menyatakan “jarang”, sementara di tingkat kabupaten hanya 26.7% yang menyatakan “sering”, dan di tingkat pusat sedikit lagi yang mempertimbangkan opini publik (9.1%). Kita tentu saja bisa memandang ini secara optimis atau secara pesimis.

Secara optimis ini berarti di tingkat kabupaten mulai terdapat kesediaan dari para pengambil keputusan untuk memperhatikan opini publik dibandingkan di tingkat pusat atau provinsi. Ini memenuhi argumen desentralisasi bahwa kewenangan yang dipindahkan lebih dekat dengan masyarakat akan cenderung lebih “mendengarkan” kebutuhan mereka.⁷ Pada tingkatan ini, perlu diupayakan hubungan partisipatif masyarakat lebih jauh lagi dari sekedar konsultatif ataupun hubungan formalitas menuju hubungan yang lebih bersifat kemitraan.

Secara pesimis, kita tentu saja prihatin akan masih rendahnya niat para pengambil keputusan dalam mempertimbangkan opini publik. Dalam hal ini, suara rakyat pastilah belum menjadi suara Tuhan. Kita perlu mendorong perkembangan menuju pola partisipatif yang lebih baik dengan memastikan adanya mekanisme keterkaitan antara masyarakat dan pemerintah.

⁷ Tenbensel, T. (2002). *Interpreting Public Input Priority Setting: The Role of Mediating Institution Health Policy 62.*

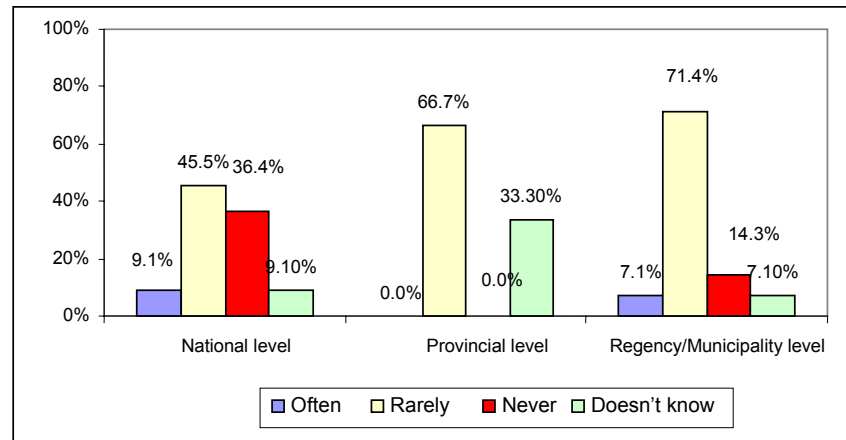
Gambar V.4. Grafik *The policy maker's view on whether they consider public opinion in shaping the health policies*



Kita tentu saja dapat berargumentasi berbagai rupa dalam menjelaskan mengapa para pengambil keputusan belum terlalu memperhatikan opini publik dalam kebijakan kesehatan. Sebagai contoh, kita dapat kembali kepada hasil pengamatan Abbot dan berargumentasi bahwa kebijakan kesehatan seringkali menyangkut hal-hal yang kompleks. Pada situasi ini, pilihannya adalah (1) pemerintah bersifat tertutup dan tidak melibatkan masyarakat, atau (2) pemerintah bersikap terbuka dan melibatkan masyarakat pada tingkat 'negosiasi'.⁸ Hal ini sering terjadi di Indonesia pada kebijakan di sektor-sektor lain, misalnya UU lalu lintas yang ditunda pelaksanaannya karena ingin memberi kesempatan kepada masyarakat untuk beradaptasi.

Namun, menarik untuk melihat di sisi lain, para pengambil keputusan ini ternyata memiliki cara sendiri dalam menjelaskan mengapa mereka belum terlalu melibatkan masyarakat dalam kebijakan kesehatan: tingkat kepercayaan mereka. Pada tingkat kabupaten, responden kami hanya 7.1% yang menganggap masyarakat dapat membuat penilaian yang baik dalam pemahaman akan kebijakan kesehatan. Pada tingkat pusat, ada kepercayaan yang lebih besar (9.1%) sedangkan di tingkat provinsi masih tidak ada kepercayaan demikian karena mayoritas (66.7%) masih beranggapan masyarakat jarang dapat membuat penilaian yang baik. Ketidakpercayaan senada terungkap melalui angka 45.5% di tingkat pusat dan 71.4% di tingkat kabupaten.

Gambar V.5. Grafik *The policy maker's view on whether the general public makes sound judgments about the direction Government should take regarding health care*



⁸ Abbott, op. cit.

Temuan ini mengindikasikan bahwa dari kedua belah pihak diperlukan upaya lebih keras. Dari sisi pemerintah, diperlukan pematangan demokratisasi dan legitimasi untuk partisipasi masyarakat, sedangkan dari sisi masyarakat dituntut pembelajaran untuk meningkatkan kapasitas mereka dalam membuat penilaian yang lebih komprehensif, seimbang, dan solusif terhadap berbagai kebijakan kesehatan.

Namun, kini pertanyaan besarnya adalah seberapa jauh minat masyarakat dalam melakukan *voice option* mereka? Apakah mereka sudah memainkan peran sebagai *counterbalance* terhadap pemerintah? Salah satu cara termudah untuk mendeteksi hal ini adalah menilik pemberitaan media mengenai isu kebijakan kesehatan. Media merupakan aktor yang penting dilihat dalam kerangka *civil society* karena ia dapat berperan ganda: sebagai corong pemerintah atau sebagai corong masyarakat. Beberapa literatur menunjukkan bahwa media memiliki peran khusus dalam membentuk opini publik.⁹ Namun di sisi lain, ada pula literatur yang menunjukkan kehati-hatian masyarakat dalam berkolaborasi dengan media karena mereka melihat kadang-kadang media pun dijadikan "alat propaganda" oleh pemerintah.¹⁰

Hasil analisis kami terhadap dokumentasi artikel di harian nasional *Kompas* selama tahun 2001-2003 dengan menggunakan kata kunci "desentralisasi kesehatan" dan "kebijakan kesehatan" menghasilkan 175 artikel. Beberapa artikelnya merupakan ulangan berita yang sama namun ditinjau dari sudut lain atau dilengkapi oleh *update* baru. Setelah kami melakukan pembersihan data, kami menemukan 140 artikel yang independen satu sama lain. Kami mengkategorikannya ke dalam tiga kelompok besar, yaitu (a) anggaran kesehatan, misalnya mengenai penyimpangan di Depkes, (b) manajemen pelayanan, misalnya buruknya pelayanan di RS, dan (c) kebijakan khusus, misalnya berkaitan dengan respon

pemerintah yang masih lambat dalam penanganan HIV/AIDS.

Tabel V.1. Elaboration of Media Exposure

Theme	Specific Aspect	Frequency	Type of exposure
Finance	Health budget, Corruption in health budget, User charges, International Loan, health financing, etc	25	Editorial, report & investigation
Management of Service	Hospital management, Quality of services, Drug management, etc	47	Report & investigation
Specific Policy	Health decentralization, specific topic (such as TB, HIV/AIDS, SARS), health promotion, PTT, etc	68	Editorial, report & investigation

Menarik untuk dilihat bahwa dalam artikel-artikel pemberitaan kasus korupsi anggaran kesehatan selalu disinggung mengenai partisipasi masyarakat dalam membongkar kasus ini. Begitu pula dalam artikel mengenai pelayanan di institusi pelayanan kesehatan selalu dipicu oleh keluhan masyarakat yang disampaikan kepada dinas kesehatan atau kepada DPRD. Sedangkan pemberitaan mengenai kebijakan spesifik tertentu biasanya dilakukan pada saat terjadi wabah atau mendekati perayaan hari tertentu.

Secara makro, kita melihat bahwa keterbukaan topik-topik yang diangkat menjadi *public scrutiny* sebetulnya berjalan seiring dengan proses demokrasi pascaorde baru dengan kebebasan pers dijunjung tinggi. Artinya, kita perlu lebih jauh mempertanyakan sejauh mana desentralisasi memberi daya ungkit terhadap pemberitaan media dalam bidang kesehatan. Namun, pada titik ini kita optimis melihat bahwa di masa depan media massa dapat memainkan peran yang semakin besar dalam mendewasakan *civil society* di negara kita. Peran media memang signifikan karena ia dapat

⁹ Chapman, S. and Lupton, D. (1994). *The Fight for Public Health: Principles and Practice of Media Advocacy*. BMJ Publishing, London. Lihat juga PIAC (1996) *Working the System: A Guide for Citizens, Consumers and Communities*. Public Interest Advocacy Centre, Pluto Press, Australia; serta Jernigan, D. H. and Wright, P. A. (1996). Media advocacy: lessons from community experiences. *Journal of Public Health Policy*, 17, 306-330

¹⁰ Nathan S, Rotem A, Ritchie J. (2002). Closing the Gap: building the capacity of non-government organizations as advocates for health equity. *Health Promotion International*, Vol. 17, No. 1, 69-78.

membentuk opini publik melalui (1) proses pemilihan berita dan prioritas informasi yang disajikan, (2) proses editorial dalam menterjemahkan isu.¹¹

Box 1

Korupsi Anggaran Kesehatan

Beberapa berita yang dilansir harian nasional *Kompas* berkaitan dugaan korupsi anggaran kesehatan mencakup pemberitaan mengenai kejanggaran administrasi proyek pengadaan sarana kesehatan di NTT senilai Rp. 14,9 milyar oleh Gubernur NTT (2003), *mark up* di RSU Budhi Asih yang mencapai Rp. 737 juta (2002), serta sorotan terhadap turunnya anggaran kesehatan di APBD 2001 Propinsi Jawa Barat dari Rp. 96,5 milyar menjadi Rp. 56,6 milyar padahal terjadi kenaikan di pos-pos anggaran lain sehingga total kenaikan APBD adalah 52.26%.

Sumber: Pusat Informasi Kompas

Selain media, terdapat aktor lain yang berkepentingan terhadap pembentukan opini publik, yaitu LSM. Walaupun kebanyakan LSM dapat bergerak secara *independent* namun belakangan muncul kecenderungan untuk bergabung dalam suatu koalisi atau jaringan.¹² Bentuk koalisi dapat bersifat formal atau pun tidak, namun terlihat kecenderungan pembentukan koalisi atau jaringan biasanya didorong oleh kesamaan sikap terhadap isu tertentu dan keinginan untuk menggabungkan suara dan upaya untuk mencapai dampak yang lebih besar dalam melakukan advokasi kepada pemerintah. Dalam hal ini mereka bersikap oportunistik. Artinya, mereka berkepentingan terhadap isu yang sama dan memanfaatkan momentum tertentu.

Penelitian Nathan, Rotem dan Ritchie menekankan pentingnya fleksibilitas dan sikap oportunistik dalam taktik advokasi yang efektif, tanpa terlepas dari tujuan jangka panjang yang menjadi tema dari advokasi.¹³ Hal ini senada dengan penelitian lain yang menegaskan bahwa fleksibilitas dan sikap oportunistik menguntungkan karena lebih responsif

terhadap perubahan lingkungan¹⁴ dan tetap dapat dijaga dalam suatu visi jangka panjang.¹⁵ Beberapa kegiatan advokasi yang dapat dilakukan dalam kerangka ini adalah: (1) hubungan kemitraan dan konflik dengan pemerintah, (2) memonitor lingkungan eksternal secara efektif melalui jaringan dengan masyarakat, (3) teknik *lobby*, (4) membangun dukungan masyarakat dengan terjun langsung melakukan program tertentu, dan (5) membentuk aliansi dengan media atau koalisi sesama LSM.

Hal ini pun terjadi dalam kasus KuIS. Dalam pendekatan strategis mereka, KuIS mengedepankan dua strategi yang berhubungan dengan partisipasi masyarakat. Pertama adalah advokasi dan kedua adalah partisipasi masyarakat dalam kegiatan. Apabila kita kembalikan kepada kerangka *civil society*, strategi advokasi mereka selaras dengan *voice option* sedangkan strategi partisipasi masyarakat mereka lebih bersifat *exit option*, sehingga di sini tidak kami singgung.

Strategi advokasi mereka pada saat ini sudah mulai terbentuk dan diimplementasikan secara parsial untuk bidang-bidang khusus. Misalnya, salah satu tonggak keberhasilan yang mereka banggakan adalah upaya mengajukan perubahan/amandemen terhadap **Undang Undang No. 23 Tahun 1992**, khususnya mengenai pentingnya pembentukan Dewan Kesehatan Daerah. Hal ini mereka lakukan secara ekstensif sepanjang tahun 2002 dengan menyelenggarakan serangkaian konsultatif *workshop* di tingkat nasional dan berbagai provinsi di Indonesia dengan melibatkan DPRD dan pemda sebagai peserta. Keberhasilan lain juga dilaporkan dari KuIS tingkat daerah, misalnya Koalisi untuk Sumbawa Sehat yang berhasil mendapatkan dana Rp 171 juta dari APBD untuk salah satu program mereka, Keluarga Sehat.

¹¹ Benelli, E. (2003). The Role of the Media in Steering Public Opinion in Healthcare Health Policy 63 (2003)

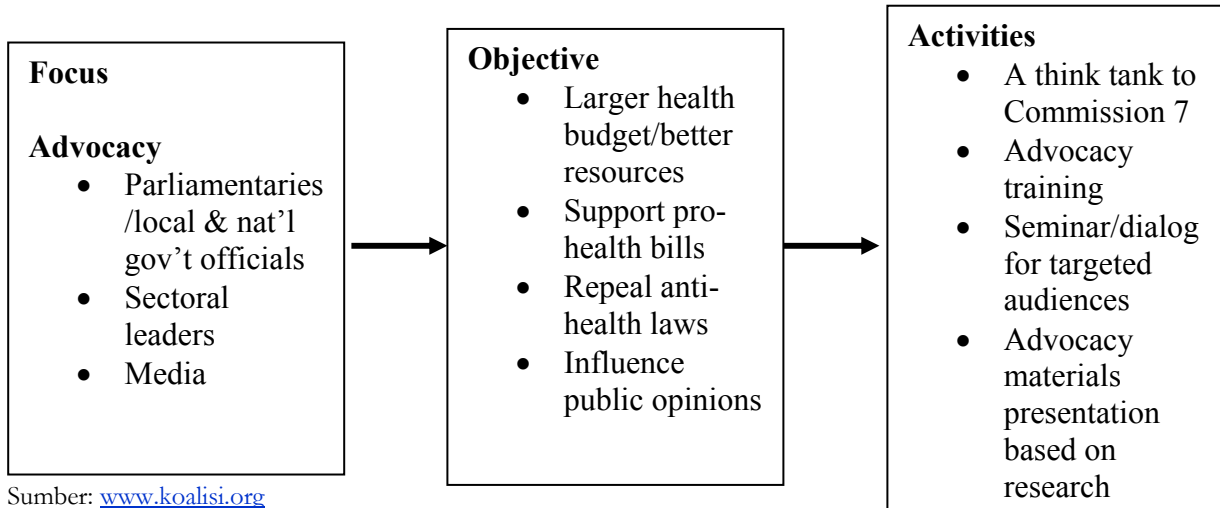
¹² Jareg P, Kaseje DCO. (1998). World Health: Growth of Civil Society in Developing Countries: Implications for Health. *Lancet* 1998; **351**: 819-841.

¹³ Nathan, et.al, op.cit.

¹⁴ Chapmand and Lupton, op.cit

¹⁵ Marsh, op.cit serta Jernigan and Wright, op.cit.

Gambar V.6. KuIS *Strategy Framework (simplified)*



Sumber: www.koalisi.org

Salah satu faktor yang membuat KuIS berhasil dalam melakukan berbagai advokasi adalah kejelian mereka mengenai arti penting advokasi yang berbasis data dan kemampuan mereka dalam menjalin kolaborasi dengan *local expert*. Koalisi untuk Sumatera Utara Sehat, misalnya membentuk *Expert Committee* yang terdiri dari dokter ahli anak, kebidanan, paru, farmakologi, jantung dan pembuluh darah, penyakit dalam, penyakit infeksi, serta ahli kesehatan masyarakat dan ahli gizi. Di KuIS sendiri, mereka menggandeng Prof. Ascobat Gani dalam melakukan berbagai penelitian untuk mendukung mereka dengan data sebagai bagian dari advokasi. Salah satu hasil penelitian Beliau misalnya, dipresentasikan pada seminar di Yogyakarta, Oktober 2001 (Box 2). Hal ini pun sesuai dengan pengamatan Cigler dan Loomis bahwa munculnya kelompok elit yang berasal dari perguruan tinggi atau pusat studi. Mereka menjadikan *expertise* sebagai legitimasi kekuasaan mereka dan mereka menjadi sumber konsultasi, baik oleh birokrasi pemerintah maupun oleh para LSM.¹⁶

Box 2

SEMINAR DAMPAK EKONOMIS KESEHATAN BURUK DI KOTA YOGYAKARTA

Penduduk kota Yogyakarta pada tahun 2000 adalah 497.699 jiwa, dengan laju pertumbuhan 1,48%. Dari jumlah tersebut, 6.145 adalah bayi, 24.238 adalah balita, 328.120 anak usia sekolah dan 23.223 adalah lansia. Jumlah keluarga miskin sebanyak 28.499 atau 38% dari jumlah total keluarga.

Jika dibandingkan dengan daerah lain, tingkat ekonomi di Yogya cukup tinggi. PDRB (Pendapatan Daerah Regional Bruto) pada tahun 1999/2000 sebesar Rp.2.868.849.000.000, berarti pendapatan perkapita Rp.5.764.000/tahun atau US\$ 576/kapita/tahun. Pada tahun 2000 PDRB tersebut naik menjadi Rp.3.208.030.000.00 sehingga, PDRB/kapita naik menjadi 6.445.000/tahun (US\$645/kapita/tahun). Angka ini lebih tinggi daripada rata-rata nasional sekitar US\$400. Pendidikan penduduk kota Yogyakarta relatif lebih tinggi dibandingkan dengan kota atau kabupaten lainnya. Jumlah penduduk buta huruf hanya 4,61% dan yang tidak lulus SD hanya 8,9%. Sebaliknya penduduk yang berpendidikan SLTA dan perguruan tinggi cukup menonjol, yaitu masing-masing 40% dan 12%, sehingga jumlah kedua kategori ini mendekati 53%.

Sebagaimana halnya di tempat lain, pendidikan perempuan lebih rendah dari laki-laki. Hal ini tampak dari jumlah perempuan yang buta huruf 8,35% sedangkan laki-laki 1,04%. Tingkat pendidikan perempuan diketahui berhubungan erat dengan kesehatan ibu dan anak, termasuk kematian bayi.

¹⁶ Cigler, A.J. and Loomis, B.A. (1995). *Interest Group Politics*. Washington, D.C: Congressional Quarterly.

Sebagian besar tenaga kerja di Yogya bekerja pada sektor industri dan jasa (95%) dan hanya 5% di sektor pertanian dan sektor lainnya. Ternyata sebagian besar tenaga kerja yang bekerja di sektor formal berpendidikan tinggi, yaitu 51,12% SLTP/SLTA dan 48,71% perguruan tinggi.

Dampak Ekonomis Masalah Kesehatan

Gambaran kerugian Kota Yogyakarta terbatas pada 4 aspek, yaitu:

1. Biaya kesehatan rumah tangga dalam setahun (kerugian jangka pendek)
2. Nilai hilangnya waktu produktif dalam setahun (kerugian jangka pendek)
3. Biaya kesehatan pemerintah dalam setahun (kerugian jangka pendek)
4. Ancaman menurunnya mutu sumberdaya manusia (kerugian jangka panjang)

Biaya Kesehatan Rumah Tangga

Masalah kesehatan bisa menimbulkan kerugian ekonomi yang sangat besar. Jika biaya kesehatan rumahtangga di Kota Yogyakarta selama tahun 1999 adalah Rp.27.187/bulan, sedangkan jumlah rumah tangga sebanyak 74.960 dengan demikian jumlah biaya kesehatan yang dikeluarkan oleh rumah tangga selama 1 tahun untuk seluruh Kota Yogyakarta adalah Rp.2.085.162.320/bulan atau Rp.25.021.947.850/tahun.

Fenomena yang khas untuk Kota Yogyakarta adalah tingginya belanja rumah tangga untuk pendidikan. Di tempat lain, belanja kesehatan melebihi belanja pendidikan.

Waktu Produktif yang Hilang

Menurut data Susenas 1999, prevalensi sakit di Kota Yogyakarta adalah 33,4%. Berarti dalam 1 bulan ada 166.231 penduduk yang sakit di antara 497.699 jiwa. 45% penduduk yang sakit tersebut melakukan pengobatan sendiri dan 55% mencari pertolongan ke berbagai fasilitas kesehatan.

Di antara penduduk yang sakit, ada yang mengalami disabilitas selama beberapa hari, misal tidak bisa bekerja, tidak bisa sekolah, tidak bisa bermain dan tidak bisa melaksanakan tugas hari-hari.

Selama tahun 1999 jumlah hari tidak produktif karena sakit untuk seluruh Kota Yogyakarta adalah 4.697.548 hari atau sekitar 12.870 tahun.

Diperkirakan sekitar 33% penduduk yang mengalami disabilitas tersebut adalah mereka yang melakukan pekerjaan produktif, termasuk menghasilkan pendapatan keluarga atau melakukan pekerjaan mengurus rumah tangga. Kalau 1 hari produktif diberi nilai Rp.10.000 saja (sekitar upah minimum), maka nilai hari produktif yang hilang untuk Kota Yogyakarta selama tahun 1999 adalah Rp.15.501.908.973.

Biaya Kesehatan Pemerintah

Kerugian lain yang bersifat jangka pendek adalah biaya yang dikeluarkan oleh pemerintah untuk program kesehatan masyarakat (imunisasi, pemberantasan vektor, sanitasi, promosi kesehatan, dll.) dan subsidi pelayanan kesehatan (RSUD, Puskesmas, Pustu, dll). Biaya tersebut berasal dari pemerintah pusat (APBN, INPRES, OPRS, SBBO, BLN), pemerintah propinsi (APBD-1) dan pemerintah kabupaten/kota (APBD-2).

Pada tahun 1999/2000, realisasi anggaran pemerintah untuk kesehatan adalah sebagai berikut:

Anggaran Dinas Kesehatan Rp.1.803.647.780

a. Anggaran RSUD Rp.2.865.222.202
Total Rp.4.668.869.982

RSUP Sarjito (1999/2000)

a. Anggaran Rp.25.069.980.000

b. Asumsi 15% untuk Kota Yogyakarta
Rp.3.760.497.000
Total Rp.8.429.366.982

Kerugian Jangka Pendek Relatif terhadap PAD dan PDRB

Menurut perhitungan di atas, total kerugian jangka pendek akibat sakit (tidak termasuk akibat mati) di Kota Yogyakarta adalah Rp.48.953.223.795 dengan rincian:

a. Biaya kesehatan rumah tangga Rp.25.021.947.840
b. Hilangnya waktu produktif Rp.15.501.908.973
c. Biaya kesehatan pemerintah Rp. 8.429.366.982
Total Rp.48.953.223.795

Jumlah tersebut sangat besar kalau dibandingkan dengan PAD, APBD dan PDRB kota Yogyakarta. Tahun 1999/2000 besar PAD adalah Rp.24.790.130.000, APBD sebesar Rp.41.790.030.000 dan PDRB sebesar Rp.2.868.849.000.000. Berarti kerugian jangka pendek gangguan kesehatan di Yogyakarta mencapai 197,5% PAD, atau 117% APBD atau 1,7% PDRB.

Angka-angka di atas menunjukkan bahwa sektor kesehatan bukanlah semata masalah penyakit dan obat serta tenaga dan alat medis, akan tetapi juga merupakan isu ekonomi yang cukup substansial. Apalagi angka itu belum memperhitungkan kerugian akibat hilangnya waktu produktif karena mati.

Dampak terhadap Mutu SDM

Berbagai masalah kesehatan juga dialami pada masa dini kehidupan penduduk, mulai dari selama dalam kandungan, saat melahirkan/dilahirkan, selama usia satu tahun (bayi) dan selama balita. Ini adalah masa yang sangat kritis bagi pertumbuhan dan perkembangan mental/intelektual dan fisik seseorang, karena pada masa inilah terjadi pertumbuhan dan perkembangan sel otak manusia. Setelah melampaui usia 5 tahun praktis tidak ada lagi pertumbuhan dan perkembangan sel otak yang berarti.

Berikut perkiraan jumlah masalah kesehatan tertentu pada ibu hamil dan anak:

1. Ibu hamil berjumlah 8.840 orang, 87,29% nya bermasalah dengan anemia
2. Ibu melahirkan sebanyak 8.840 orang, MMR belum diketahui
3. Bayi lahir berjumlah 6.883 kelahiran, prevalensi BBLR sejumlah 1,12%, sehingga jumlah keseluruhannya adalah 219 bayi.
4. Anak 1 tahun ada 6.883 anak, prevalensi terhadap ISPA/diare belum diketahui, sedangkan IMR 35/1000 kelahiran sehingga jumlahnya 241, kurang gizi 25% atau 17.000 anak.
5. Anak 1-4 tahun berjumlah 20.697, prevalensi ISPA/diare belum diketahui, tapi 10% nya atau 2.069 orang mengalami kekurangan gizi.

Hambatan perkembangan intelegensia dan kematangan anak yang bersangkutan juga menghadang. Pertumbuhan yang terhambat tersebut menurut pakar ilmu gizi dunia Alan Berg, tidak bisa lagi diperbaiki setelah anak melampaui usia 5 tahun. Ia menyebutkan bahwa anak tersebut telah mengalami kehilangan suatu kesempatan yang tidak bisa direbut kembali atau "*irreversible loss of opportunity*."

Dampak selanjutnya adalah berbagai macam kerugian yang meliputi hal-hal sebagai berikut:

- perkembangan intelegensia terhambat
- kemampuan menyerap pendidikan SD, SLTP dan SLTA menurun
- angka drop out pendidikan meningkat
- anggaran pendidikan tidak efektif

- mutu angkatan kerja rendah, karena sebagian besar hanya bisa menawarkan tenaga otot dan bukan kemampuan intelektual
- daya saing dalam pasaran kerja lemah
- pendapatan tenaga kerja rendah, yang selanjutnya mempengaruhi belanja pendidikan, kesehatan dan gizi keluarga
- mudah timbul konflik sosial karena kesempatan kerja terbatas
- instabilitas kehidupan sosial, politik dan ekonomi

Sumber: Dokumentasi KuIS, 2002

Makalah ini akan ditutup dengan suatu pertanyaan sederhana : "*quis custodiet ipsos custodios?*" (*who guards the guardian*)?

Jika media massa dan LSM diposisikan sebagai *guardian* dari masyarakat, berdiri di antara pemerintah dan masyarakat sebagai bagian dari gerakan *civil society*, siapa yang akan memastikan bahwa media massa dan LSM bertindak dalam kerangka dan etika yang benar? Apakah mekanisme kontrol juga sudah berlaku atas mereka?

Pertanyaan ini muncul khususnya jika pembahasan diarahkan kepada siapa penyandang dana di balik media massa dan LSM. Beberapa literatur menyuarakan kehati-hatian dalam menilai independensi LSM mengingat arah preferensi dari para penyandang dana.¹⁷ Di sisi lain, kehati-hatian dalam membaca opini publik juga diperlukan karena ada ketakutan bahwa opini publik "dibajak" oleh kelompok kepentingan tertentu.¹⁸

¹⁷ Warhurst, J. (1997). Changing relationships between governments and interest group dalam Prasser, S. and Starr, G. (eds) *Policy and Change: The Howard Mandate*. Hale & Iremonger Pty Ltd, Sydney. Lihat juga Hogan, M. (1995) *Advocacy and Democratic Governance*. PIAC Paper No.95/18, Sydney dan Hulme and Edwards, op.cit

¹⁸ Dolan, P. (2000). **Book Review. Health Expectations**. Vol. 3 (1) Blackwell Science.

KESIMPULAN DAN SARAN

Metode yang digunakan sebagai dasar penyusunan makalah ini masih sangat jauh dari sempurna. Penggalan yang lebih jauh masih perlu dilakukan misalnya dalam mendata sejauh mana proporsi pertumbuhan jumlah LSM pasca-desentralisasi dibandingkan pra-desentralisasi. Atau sejauh mana pemberitaan media mengenai sektor kesehatan tumbuh pada kedua era tersebut. Potensi lain, mengumpulkan lebih banyak penelitian yang berkaitan dengan bentuk-bentuk partisipasi masyarakat dalam sektor kesehatan, misalnya penilaian terhadap efektivitas forum “Jaring Asmara” (jaring aspirasi masyarakat) dalam mengubah atau membentuk suatu kebijakan kesehatan. Begitu pula, analisis terhadap pandangan para *stakeholder* kebijakan kesehatan perlu diperluas cakupannya.

Dalam segala keterbatasan makalah ini, apabila kita kembali kepada pertanyaan besar: “Apa yang sudah dicapai desentralisasi kesehatan dalam peningkatan partisipasi masyarakat? Apa yang belum?”, terdapat beberapa hal yang dapat kita simpulkan:

1. Mulai terbentuknya niat para pengambil keputusan di tingkat kabupaten untuk memperhatikan opini publik dalam kebijakan kesehatan. Namun, hal ini perlu diperkuat lagi dengan suatu mekanisme yang lebih mendekatkan hubungan antara masyarakat dan para birokrat kesehatan.
2. Masih rendahnya kepercayaan para pengambil keputusan terhadap kemampuan masyarakat dalam membuat penilaian yang baik. Hal ini dapat dijadikan masyarakat sebagai “cambuk” untuk lebih meningkatkan lagi kapasitas kita dalam membuat analisis kebijakan yang seimbang, komprehensif, objektif, dan bersifat solusif. Sedangkan dari sisi pemerintah, dibutuhkan sikap yang lebih matang dalam berdemokrasi dan legitimasi yang lebih kuat untuk partisipasi masyarakat.
3. Media massa memainkan peran penting dalam menyuarakan opini publik. Mulai munculnya berbagai topik kesehatan dalam pemberitaan media, khususnya yang dipicu oleh laporan masyarakat.
4. LSM sebagai salah satu aktor *civil society* sudah menempatkan diri dalam hubungannya antara pemerintah dan masyarakat. KuIS muncul sebagai salah satu bentuk LSM yang memiliki strategi advokasi dengan dukungan *local expert*

Kita perlu ingat bahwa desentralisasi bukan tujuan. Desentralisasi adalah sistem dan mekanisme yang dipakai untuk mencapai suatu tujuan. Perjalanan desentralisasi masih sangat panjang. Sebagaimana dinyatakan Mills, desentralisasi saja mungkin tidak cukup kuat untuk meningkatkan partisipasi masyarakat. Bahkan, seperti ditunjukkan oleh berbagai kasus negara yang melakukan desentralisasi, Mills menyatakan bahwa justru partisipasi masyarakat merupakan suatu hal yang sulit dicapai dalam desentralisasi.¹⁹ Dalam pandangan masyarakat lokal, pemerintahan tingkat distrik ternyata sama jauhnya dengan pemerintah pusat.

Jadi, apakah kita tanpa harapan? Apakah *Vox Populi* tidak akan pernah menjadi *Vox Dei*?

Ada beberapa PR yang masih perlu kita kerjakan untuk –paling tidak– mengupayakan agar suatu saat suara rakyat akan lebih didengarkan.

Bagi pemerintah perlu:

1. Meningkatkan kematangan berdemokrasi dengan cara mengakui adanya kecenderungan *issue-based participation* dan memfasilitasinya melalui berbagai mekanisme di berbagai tingkat pemerintahan dan berbagai tahap dari proses kebijakan
2. Memperkuat keterkaitan antara masyarakat dan pemerintah melalui berbagai forum dialog yang ter-institusionalisasi. Kesempatan lebih besar perlu diberikan kepada para advokat kesehatan untuk menjadi *policy entrepreneur*.
3. Mendorong legitimasi untuk partisipasi yang lebih besar melalui transparansi dan sistem akuntabilitas yang lebih terbuka serta menggunakan pendekatan yang berbeda dalam mengkomunikasikan isu yang berbeda.

¹⁹ Mills A, Vaughan JP, Smith DL dan Tabibsadeh I (ed). (1991) Desentralisasi Sistem Kesehatan: Konsep-Konsep, Isu-Isu dan Pengalaman di Berbagai Negara. Diterjemahkan oleh Laksono Trisnantoro. Gadjah Mada University Press.

Bagi anggota *civil society* perlu:

1. Meningkatkan kemampuan dan kapasitas dalam advokasi, melalui:
 - a. Pembentukan jaringan dan kerja sama dengan media, masyarakat, para ahli, dan pemerintah
 - b. Akses informasi yang baik terhadap perubahan di sektor kesehatan dan kemampuan untuk menyebarkan informasi
 - c. Kemampuan sumber daya
 - d. Kemampuan untuk menterjemahkan isu ke dalam perencanaan tindakan advokasi yang riil
 - e. Kemampuan analisis yang tajam, seimbang dan memberikan solusi, bukan sekedar kritikan
2. Meningkatkan kepercayaan pemerintah dan masyarakat melalui penjagaan kredibilitas dan “bersih” dari kepentingan-kepentingan pihak eksternal
3. Kemampuan melakukan *critical reflection* terhadap sejauh mana tindakan advokasi sungguh-sungguh menghasilkan perubahan. Jika tidak melakukan hal ini konsep *civil society* akan menjadi sekedar slogan pelengkap proses demokratisasi negara kita.