

BAB 9

TIGA TAHUN PERJALANAN DESENTRALISASI DAN PENGARUHNYA TERHADAP PROMOSI KESEHATAN DI D I Y

Fatwa Sari Tetra Dewi

PENDAHULUAN

Era reformasi membuahakan tuntutan desentralisasi dari daerah sebagai upaya perimbangan otonomi pusat/daerah. Desentralisasi di Indonesia sesuai dengan UU No. 25 Tahun 1999 adalah pemindahan wewenang dari pusat ke daerah. Daerah dalam hal ini adalah kabupaten atau kotamadya atau sekarang disebut kabupaten/kota. Desentralisasi ini diharapkan mampu meningkatkan partisipasi masyarakat dan kemandirian daerah dalam pembangunan daerahnya masing-masing.

Desentralisasi menimbulkan perubahan sistem kesehatan termasuk pelayanan promosi kesehatan. Promosi kesehatan sesuai dengan *Ottawa Charter*¹⁹¹ adalah kegiatan yang mengedepankan *community empowerment* atau pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan. Sesungguhnya, nafas desentralisasi sangat sesuai dengan filosofi promosi kesehatan yang memandang bahwa kesehatan adalah hak asasi setiap warga negara, sehingga perlu dilakukan pemberdayaan masyarakat. Pertanyaannya kemudian, apakah desentralisasi kesehatan dapat mendukung kegiatan promosi kesehatan yang lebih baik dibandingkan dengan masa sentralisasi?

Tulisan ini akan menggambarkan bagaimana fakta-fakta kegiatan promosi kesehatan setelah desentralisasi kesehatan yang dibandingkan dengan kondisi kegiatan promosi kesehatan sebelum desentralisasi. Deskripsi pelayanan promosi kesehatan dalam tulisan ini adalah studi kasus di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY).

KONDISI ADMINISTRATIF DAN ORGANISASI

Sebelum diberlakukannya UU No. 22 dan No. 25 Tahun 1999, sebenarnya isu desentralisasi telah digulirkan selama dua dekade dalam bentuk pelimpahan wewenang yang sangat terbatas. Pelimpahan ini memindahkan kekuasaan administratif ke kantor-kantor di daerah. Sistem desentralisasi tersebut menetapkan bahwa tanggung jawab tetap ada pada orang-orang atau kantor pusat dan delegasi kewenangannya masih dapat ditarik kembali ke pusat dengan mudah. Nuansa sedikitnya delegasi ini tampak dalam sebutan provinsi sebagai daerah tingkat I dan kabupaten sebagai daerah tingkat II. Pada masa sentralisasi tersebut, struktur organisasi di instansi kesehatan daerah adalah seragam di seluruh Indonesia sesuai dengan instruksi dari pusat. Program promosi kesehatan diwadahi dalam subdinas Penyuluhan Kesehatan Masyarakat dengan seksi-seksi di bawahnya meliputi PSM (Peran Serta Masyarakat), UKS (Usaha Kesehatan Sekolah), penyebaran informasi, dan sarana prasarana.

Setelah desentralisasi, dengan dilaksanakannya UU No. 22 dan No. 25 Tahun 1999, kewenangan yang didelegasikan dari pusat ke daerah lebih banyak dibandingkan dengan masa sentralisasi. Pada masa ini daerah tingkat I disebut sebagai provinsi dan daerah tingkat II disebut kabupaten/kota. Wadah program promosi kesehatan antar kabupaten/kota berbeda-beda tergantung pada keputusan pembuat kebijakan di tingkat kabupaten/kota. Gambaran kedudukan

¹⁹¹ Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 – WHO/HPR/HEP/95.1

program promosi kesehatan di kabupaten/kota dalam struktur organisasi dinas kesehatan kabupaten/kota se-DIY dapat diamati dalam tabel IV.3.

Tabel IV.3 Kedudukan Program Promosi Kesehatan dalam Struktur Organisasi Dinas Kabupaten/ Kota se DIY setelah Pelaksanaan UU No. 22 dan 25 Tahun 1999

No	Kabupaten / Kota	Posisi Program Promosi Kesehatan
1.	Sleman	Seksi
2.	Bantul	Subdin
3.	Kulonprogo	Seksi
4.	Gunungkidul	Subdin
5.	Kota	Seksi

Dengan kewenangan yang didesentralisasikan ke daerah memungkinkan program promosi kesehatan untuk merancang kegiatan sendiri sesuai kebutuhan. Kegiatan program promosi kesehatan yang dirancang ini akan optimal apabila didukung dengan sumber daya yang memadai. Anggaran yang dikucurkan dari pusat ke daerah berupa *block grant*. Alokasi *block grant* ke program-program sangat tergantung penentuan program prioritas menurut pembuat kebijakan. Kemampuan *lobbying* dan advokasi sangat menentukan keberhasilan program untuk mendapatkan alokasi dana.

Dalam melaksanakan tugas pelayanan kesehatan, program promosi kesehatan di provinsi berperan sebagai koordinator antar kabupaten/kota, terutama dalam mengatasi permasalahan yang bersifat lintas batas. Dalam pelaksanaannya, sering menemui kendala karena tidak ada hubungan kerja vertikal antara dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota, sebagaimana kutipan di bawah ini:

“Dinas kesehatan provinsi sekarang ini tugasnya adalah sebagai koordinator antar kabupaten, padahal

hirarki dinas kesehatan provinsi dengan dinas kesehatan kabupaten adalah sama, kabupaten tidak mau kalau diminta mengumpulkan laporan karena kabupaten merasa tidak ada kewenangan provinsi untuk meminta laporan. Untuk itu kami berusaha menjalin hubungan yang baik dengan kabupaten-kabupaten sesuai dengan orangnya masing-masing di kabupaten”

(Pejabat Dinas Kesehatan Provinsi DIY)

KONDISI EKONOMI DAN POLA PENYAKIT DI DIY

Provinsi DIY termasuk provinsi yang memiliki masyarakat dengan ekonomi yang kuat tetapi kekuatan ekonomi pemerintahnya lemah¹⁹². Dalam era desentralisasi di bidang kesehatan yang dilaksanakan di Indonesia disarankan agar pelayanan kesehatan bekerja sama dengan swasta dengan sistem bagi hasil (*public-private mix*). Sementara, untuk fungsi *public good* sebaiknya disubsidi oleh pemerintah pusat.

Pola penyakit di DIY adalah pola *double burden of disease*. Di satu sisi penyakit infeksi belum dapat tertangani dengan tuntas. Di sisi lain, penyakit degeneratif mulai muncul. Penyakit infeksi yang belum dapat tertangani adalah malaria, DBD, TBC, diare, dan lain-lain. Penyakit-penyakit tersebut dipengaruhi oleh efek pemanasan global dan rendahnya *hygiene* sanitasi, serta kemiskinan di kalangan masyarakat bawah. Sementara itu, penyakit tidak menular makin meningkat seiring dengan tingginya umur harapan hidup, meningkatnya proporsi kelompok lanjut usia, disertai dengan perubahan pola hidup kelompok ekonomi menengah ke atas.

Kebijakan-Kebijakan di DIY

Sebelum desentralisasi, pemerintah melaksanak tugas sesuai dengan petunjuk dari pusat. Sementara LSM melaksanakan kegiatan sesuai dengan kebutuhan yang dianggap penting oleh masyarakat. Isu yang diangkat oleh LSM

192 Purwakaningsih dan Trisnantoro. (2003). Dampak Desentralisasi terhadap Fungsi Balai Laboratorium Kesehatan di Indonesia, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*;6(3):131-138

cenderung unik untuk masing-masing wilayah sehingga terkesan sporadis menurut pemerintah. Sedangkan LSM berpandangan bahwa isu yang diangkat oleh pemerintah tidak sesuai dengan kondisi di lapangan. Pemerintah dan LSM bekerja hampir selalu berseberangan, penuh dengan rasa saling curiga satu sama lain.

Setelah desentralisasi, disadari bahwa pemberdayaan masyarakat dalam promosi kesehatan adalah penting, tetapi belum memahami betul apa dan bagaimana melakukan kegiatan promosi dengan cara pemberdayaan masyarakat. Sementara LSM telah lebih dahulu melakukan pemberdayaan masyarakat, tetapi topik yang dipilih masih bersifat *interest driven* belum bersifat *evidence based*. Dinas Kesehatan Provinsi DIY sedang berusaha mencari bentuk kerja sama antara pemerintah dengan LSM. Sebagai contoh, kegiatan PHP dengan dana dari *World Bank* yang menempatkan LSM sebagai salah satu unsur pengawas kegiatan PHP dalam bentuk *Joint Health Council* (JHC). Ada juga kegiatan Badan Koordinasi Promosi Kesehatan (BKPK) yang berupaya menjembatani kesenjangan kegiatan promosi kesehatan antara pemerintah dan LSM. Masih banyak pro-kontra yang timbul pada BKPK karena ada *overlapping* tugas antara BKPK dengan seksi promosi kesehatan, serta *independancy* BKPK yang terbatas karena masih di bawah Dinas Kesehatan Provinsi DIY. Saat ini sedang dilakukan pencarian bentuk yang sesuai sebagai wadah kerja sama antara pemerintah dengan LSM melalui BKPK, sebagaimana kutipan berikut:

“BKPK ke depan arahnya adalah independen dan diharapkan menjadi pembantu dinas untuk bergerak lebih bebas dengan pihak lain, cuma sekarang masih dalam proses penyusunan master plan...”
(Pejabat Dinas Kesehatan Provinsi DIY)

“Ada blue print mekanisme kerja antara BKPK, seksi promosi kesehatan dan stakeholder-stakeholder kedua pihak supaya jangan sampai ruwet”
(Pejabat Dinas Kesehatan Provinsi DIY)

Selain itu, Seksi Promosi Kesehatan Provinsi DIY juga akan membuat inovasi-inovasi agar kinerja program promosi kesehatan semakin diakui.

PRIORITAS PROMOSI KESEHATAN

Sebelum desentralisasi, daerah melaksanakan promosi kesehatan dengan topik sesuai prioritas menurut pusat. Pusat melakukan identifikasi atas topik yang menjadi masalah kesehatan masyarakat di daerah untuk selanjutnya merancang kegiatan promosi kesehatan yang sesuai dan diinstruksikan ke daerah. Sebagian besar topik yang dipilih dan kegiatan promosi kesehatan yang diinstruksikan oleh pusat adalah sama untuk semua daerah. Padahal kondisi dan kebutuhan masing-masing daerah berbeda-beda. Akibatnya, tidak semua program promosi kesehatan dapat diterapkan dengan optimal.

Setelah pelaksanaan desentralisasi, maka daerah bebas untuk memilih topik masalah kesehatan prioritas yang akan ditangani dengan kegiatan promosi kesehatan. Meskipun demikian, desentralisasi di bidang promosi kesehatan dirasakan belum sepenuhnya karena masih ada kegiatan yang diberlakukan secara sentral, untuk sesuatu yang seharusnya bersifat desentralisasi, sebagaimana kutipan berikut:

“Hingga saat ini, sebenarnya desentralisasi tersebut belum dilaksanakan secara penuh. Dalam artian bahwa, masih terdapat beberapa kebijakan yang diberlakukan secara sentral....., terkait dengan promosi kesehatan, pusat juga tetap mencetak poster dan media promosi lainnya yang kemudian dibagikan ke seluruh daerah. Namun demikian masing-masing daerah kemudian mengubahnya sesuai dengan kondisi daerahnya.”
(Pejabat Dinas Kesehatan Provinsi DIY)

STRATEGI PROMOSI KESEHATAN

Sebelum desentralisasi, strategi pendekatan promosi kesehatan sesuai dengan yang telah digariskan oleh pusat yakni dalam bentuk Penyuluhan Kesehatan Masyarakat

(PKM). Pelaksanaan promosi kesehatan dalam bentuk PKM ini sebagai efek dari pemerintah yang bersifat represif. Pada saat itu pemerintah menciptakan iklim yang tidak mengakomodasi partisipasi masyarakat dan memilih untuk memberikan instruksi yang jelas dan ketat. Harapannya adalah kegiatan PKM yang terstandar, misalnya jelas dilaporkan frekuensi penyuluhan kepada kelompok tertentu. Kegiatan memang telah terlaksana sesuai dengan petunjuk dari pusat, tetapi dampak kegiatan belum pernah diukur. Lebih lanjut kelangsungan program belum terjaga. Misalnya, apakah masyarakat memang telah mengubah perilaku menjadi lebih sehat sesuai dengan isi penyuluhan, apakah masyarakat terus melanjutkan perilaku sehat yang disarankan? Petugas kesehatan di daerah telah terbiasa dengan pola yang digariskan oleh pusat yakni berdasarkan perintah-perintah agar mendapatkan hasil yang cepat. Contoh kegiatan yang sebetulnya sangat strategis untuk menumbuhkan partisipasi masyarakat dan telah dirintis sejak lama adalah posyandu. Posyandu idealnya adalah kegiatan “dari, oleh, dan untuk masyarakat di bidang kesehatan”. Yang terjadi adalah posyandu ditempatkan sebagai kepanjangan tangan pemerintah di masyarakat.¹⁹³ Kenyataan ini mengekang posyandu untuk berkembang sebagai pusat partisipasi masyarakat di bidang kesehatan.

Setelah desentralisasi, kewenangan yang didelegasikan memungkinkan munculnya kreativitas provinsi, kabupaten/kota untuk melakukan promosi kesehatan yang inovatif. Apabila diamati sebenarnya tanggung jawab yang dipikul oleh promosi kesehatan lebih berat daripada sebelum desentralisasi. Jika promosi kesehatan ingin melaksanakan kegiatan promosi kesehatan yang sebenarnya, seharusnya perlu melaksanakan pemberdayaan masyarakat di

bidang kesehatan. Se jauh ini tugas yang dilakukan adalah merancang program pendidikan kesehatan masyarakat, serta fungsi koordinatif. Mulai dari mengidentifikasi masalah yang muncul, merancang pendidikan kesehatan beserta media yang sesuai, dan mengimplementasikan pendidikan kesehatan masyarakat. Sedangkan fungsi koordinatif di antaranya adalah advokasi dan *lobbying* agar kegiatan pendidikan kesehatan masyarakat dapat berjalan secara komprehensif yang didukung oleh lintas program dan lintas sektor.

Kegiatan pendidikan kesehatan masyarakat yang merupakan bagian dari promosi kesehatan ini lebih luas daripada kegiatan penyuluhan kesehatan masyarakat pada masa sentralisasi. Promosi kesehatan seharusnya melakukan pemberdayaan masyarakat, dan partisipasi setiap anggota masyarakat adalah hak asasi mereka¹⁹⁴. Oleh karenanya, tidak berlebihan jika disebutkan bahwa tanggung jawab program promosi kesehatan pada masa desentralisasi jauh lebih besar dibandingkan dengan sebelum desentralisasi. Permasalahannya, petugas telah terbiasa melakukan promosi kesehatan dengan model instruksional.

Meski sebenarnya tanggung jawab program promosi kesehatan lebih luas, tetapi aktualisasi program dianggap kurang memiliki makna di dinas kesehatan. Hal tersebut karena program promosi kesehatan dianggap sebagai program dengan tugas yang tidak jelas. Program-program selain promosi kesehatan di provinsi maupun program promosi kabupaten/kota merasa telah melakukan kegiatan pendidikan kesehatan masyarakat sehingga mempertanyakan peran program promosi kesehatan provinsi.

“Lintas program menyatakan sudah melakukan sendiri kegiatan promosi kesehatan, ada pertanyaan (dari program dan kabupaten/ kota), apa sih gunanya

¹⁹³ Moodie R., Borthwick C., Phongphit S., Galbally R., Hsu-Hage B.H.H. (2000). Health Promotion in South East Asia: Indonesia, DPR Korea, Thailand, The Maldives and Myanmar, *Health Promotion International*;15(3):249-257

¹⁹⁴ Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 – WHO/HPR/HEP/95.1

promkes (promosi kesehatan). Kita sudah melakukan berbagai kegiatan promosi seperti cetak leaflet, workshop, dan seminar... perlu nggak sih kita ngaca (apa sebenarnya peran promosi kesehatan)"
(Pejabat Dinas Kesehatan Provinsi DIY)

Adanya tanggung jawab program yang lebih besar pada masa desentralisasi ini, belum diimbangi dengan dana yang memadai. Hal ini terlihat dari persentase dana yang dialokasikan untuk promosi kesehatan, sebagaimana tersirat dalam kutipan berikut,

"Meskipun pada mulanya pemimpin kurang mendukung promkes, namun dengan kemampuan advokasi yang baik, maka SDM di bidang promkes tersebut diharapkan akan mampu mengubah sikap pimpinan. Hal ini berkaitan erat dengan masalah pembiayaan program pomkes..... yang dialokasikan ke promkes ini belum mencapai 1% dari 9% DAU yang dialokasikan di bidang kesehatan"
(Pejabat Dinas Kesehatan Provinsi DIY)

Oleh karena itu, promosi kesehatan juga dituntut untuk lebih kreatif dalam melakukan *fund rising*, seperti halnya yang dilakukan oleh promosi kesehatan DIY yaitu dengan menggandeng tangan swasta dalam pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan.

PEMBAHASAN

Prioritas masalah kesehatan yang akan ditangani oleh promosi kesehatan semestinya berdasarkan data-data yang terkumpul secara rutin. Data tersebut menjadi petunjuk topik prioritas sekaligus sebagai sarana mengevaluasi sejauh mana perubahan terjadi akibat kegiatan program promosi kesehatan dan pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Data ini sebaiknya dikumpulkan secara berkala dengan sistem *surveilans*.

Sesuai dengan *Ottawa Charter*, promosi kesehatan meliputi kegiatan-kegiatan membangun kebijakan yang memihak pada kesehatan masyarakat (*Healthy Public Policy*), menciptakan

lingkungan yang mendukung kesehatan masyarakat, memberdayakan masyarakat, mengembangkan ketrampilan masyarakat untuk dapat hidup sehat, reorientasi pelayanan kesehatan ke seluruh segi baik promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dari ketiga kegiatan tersebut tampak bahwa kegiatan memberdayakan masyarakat perlu untuk dikembangkan lebih lanjut.

Pendekatan promosi kesehatan yang berdasarkan pemberdayaan masyarakat meliputi banyak tahap yang diawali dengan penyadaran seluruh lapisan masyarakat tentang adanya masalah kesehatan di antara mereka, dan diakhiri dengan terjadinya perubahan sosial ke arah kesehatan. Untuk dapat melakukan pendekatan berdasarkan pemberdayaan masyarakat dibutuhkan kesadaran penuh bahwa partisipasi masyarakat adalah elemen penting dalam upaya kesehatan, ditambah dengan kesabaran mendampingi masyarakat dan keterampilan pendekatan kepada masyarakat yang baik. Syarat-syarat tersebut tertutup oleh pola pendekatan promosi kesehatan lama yang mengedepankan instruksi dibandingkan mengedepankan akomodasi keinginan masyarakat. Bersediakah petugas kesehatan provinsi DIY untuk berubah sejauh itu? Diperlukan dorongan dari pusat untuk dapat memfasilitasi perubahan itu. Permasalahannya, apakah pusat telah menyetujui peran promosi kesehatan yang berdasarkan pada pemberdayaan masyarakat? Apakah pusat juga bersedia memfasilitasi penyadaran perubahan peran program promosi kesehatan hingga ke seluruh daerah? Mengingat dahulu yang menetapkan pola kerja promosi kesehatan hingga terbentuk pola instruksional adalah pusat juga. Apabila daerah menunggu uluran tangan dari pusat dibutuhkan waktu perubahan yang cukup lama. Disarankan kepada daerah untuk berani melakukan reorientasi mandiri yang membahas apa sebenarnya peran promosi kesehatan dan bagaimana seharusnya promosi kesehatan ini dilaksanakan dengan mendatangkan berbagai

pakar yang berpengalaman di bidang pemberdayaan masyarakat.

Batasan hal-hal yang seharusnya bersifat sentral dan desentral masih kabur. Pemilihan masalah kesehatan prioritas ditentukan oleh pembuat kebijakan masing-masing kabupaten/kota. Ada kemungkinan satu penyakit yang bersifat lintas batas dianggap sebagai masalah penting untuk satu daerah sementara di daerah lain dianggap sebagai masalah yang kurang penting. Untuk permasalahan promosi kesehatan yang bersifat lintas provinsi sebaiknya menjadi kewajiban pusat untuk melakukan koordinasi.

Untuk mengatasi permasalahan yang bersifat lintas kabupaten/kota, maka peran provinsi diperlukan untuk melakukan koordinasi. Untuk mengatasi masalah hierarki antara daerah dengan provinsi dalam melaksanakan koordinasi antar kabupaten/kota dapat digunakan pendekatan informal sebagaimana telah dilakukan di DIY. Diperlukan keterampilan khusus untuk dapat melakukan pendekatan informal ini.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan:

1. Kegiatan promosi kesehatan setelah desentralisasi sangat ditentukan oleh pembuat kebijakan di tingkat daerah, juga terkait dengan persepsi DPRD tentang kepentingan program dan persetujuan alokasi dana dalam anggaran
2. Kegiatan promosi kesehatan mengalami perbaikan tetapi masih belum melakukan pemberdayaan masyarakat
3. Dilakukan reorientasi peran dan strategi pendekatan program promosi kesehatan

Saran:

1. Pusat perlu memfasilitasi penyadaran perubahan peran promosi kesehatan dari pendidikan kesehatan masyarakat menjadi lebih jauh lagi yakni pemberdayaan masyarakat
2. Daerah perlu berinovasi dalam melaksanakan promosi kesehatan dalam bentuk yang lebih memberdayakan masyarakat.