

Modul Analisis Kebijakan Kesehatan (Kode : KMS 473)



**Dosen Pengampu:
Nauri Anggita Temesvari, SKM, MKM**

**Prodi Kesehatan Masyarakat
Universitas Esa Unggul
2018**

Pertemuan 5

SEJARAH KEBIJAKAN KESEHATAN

Pada era pemerintahan Sukarno dalam konteks Indonesia pasca kemerdekaan, merupakan bagian penting dalam menentukan arah kebijakan kesehatan di Indonesia karena pada periode inilah terjadi proses dekolonisasi dan modernisasi dalam wacana kebijakan kesehatan dilakukan. Konsep dekolonisasi dan modernisasi dalam hal ini bisa dipahami sebagai kebijakan kesehatan yang anti kolonial seiring dengan muncul semakin menguatnya peran dan struktur negara (Vickers, 2005). Intinya, bagaimana negara dengan segala fungsi dan perangkatnya memandang dan menerapkan kebijakan kesehatan yang sesuai bagi masyarakat.

Tujuan utama pemerintah dalam bidang kesehatan adalah meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat. Keberhasilan tujuan ini sangat dipengaruhi oleh penentuan pilihan kebijakan kesehatan yang diambil dan diterapkannya. Selain masalah-masalah kesehatan sebuah kebijakan kesehatan pemerintah juga dipengaruhi oleh kondisi sosial, ekonomi, dan politik yang sedang berkembang. Lebih dari itu bahkan juga dipengaruhi oleh kondisi ekonomi dan politik internasional yang tidak bisa dihindari oleh pemerintah. Kondisi diatas menggambarkan apa yang dialami oleh pemerintah Indonesia dalam merumuskan politik kesehatan yang diambilnya pasca kemerdekaan. Dengan latar belakang itu maka permasalahan utama yang dibahas dalam tulisan ini adalah pengaruh kondisi sosial, ekonomi, dan politik (internal dan eksternal) negara pada kebijakan kesehatan masyarakat.

Kebijakan adalah aturan tertulis yang merupakan keputusan formal organisasi, yang bersifat mengikat, yang mengatur perilaku dengan tujuan untuk menciptakan tata nilai baru dalam masyarakat. Kebijakan akan menjadi rujukan utama para anggota organisasi atau anggota masyarakat dalam berperilaku. Kebijakan pada umumnya bersifat *problem solving* dan proaktif. Berbeda dengan hukum (*law*) dan peraturan (*regulation*), kebijakan lebih bersifat adaptif dan interpatif, meskipun kebijakan juga mengatur “apa yang boleh dan apa yang tidak boleh”. Kebijakan juga diharapkan dapat bersifat umum tetapi tanpa menghilangkan ciri local yang spesifik. Kebijakan harus memberi peluang diinterpretasikan sesuai kondisi spesifik yang ada.

Masih banyak kesalahan dalam pemahaman tentang kebijakan. Beberapa orang menyebut *policy* dalam sebutan “kebijaksanaan” yang maknanya sangat berbeda dengan kebijakan. Istilah kebijaksanaan adalah kearifan yang dimiliki oleh seseorang sedangkan kebijakan adalah aturan tertulis hasil keputusan formal organisasi. Contoh kebijakan adalah :

- 1) undang-undang
- 2) peraturan pemerintah
- 3) keputusan presiden
- 4) keputusan menteri
- 5) peraturan daerah

- 6) keputusan bupati
- 7) keputusan direktur

Setiap kebijakan yang dicontohkan di sini adalah bersifat mengikat dan wajib dilaksanakan oleh objek kebijakan. Konsep kebijakan kesehatan menurut kajian Ruwaard (1994) dipahami sebagai tindakan pemerintah atau pihak lain yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kondisi kesehatan masyarakat dalam suatu negara. Lebih khusus lagi, kebijakan kesehatan dapat dilihat sebagai *health care policy*, *prevention policy*, dan *intersectoral policy*. Sementara itu konsep pelayanan kesehatan menurut Azrul Azwar (1996) merupakan bagian dari sistem kesehatan.

Analisis kebijakan adalah suatu aktifitas intelektual dan praktis yang ditujukan untuk menciptakan, menerapkan, secara kritis menilai, dan mengkomunikasikan substansi kebijakan. Proses analisis kebijakan terdiri dari tiga tahap utama yang saling terkait, yang secara bersama-sama membentuk siklus aktifitas yang kompleks dan tidak linier.

Di dalam organisasi atau pada wilayah administrasi tertentu akan terjadi akumulasi perilaku dan budaya yang berbeda-beda, sesuai dengan variasi anggota dan budaya yang ada di organisasi tersebut. Perbedaan perilaku dan budaya yang sangat bervariasi akan menimbulkan masalah keharmonisan dan keselarasan. Oleh karena itu posisi kebijakan adalah sangat sentral, karena kebijakan akan menjadi batasan normatif dan rujukan setiap keputusan dalam sebuah organisasi, terlebih dalam era desentralisasi dan otonomi saat ini. Kebijakan juga sebagai dasar hukum dalam kehidupan organisasi atau kehidupan masyarakat. Kebijakan merupakan infrastruktur utama dalam organisasi dan dalam kehidupan masyarakat.

Pembahasan peran kebijakan dalam kehidupan organisasi ataupun kehidupan masyarakat tidak dapat dipisahkan dari konsep *good-governance* yang menurut UNDP adalah:

“the exercise of economic, political, and administrative authority to manage a country’s affairs at all levels. It comprises the mechanisms, processes and institutions through which citizens and groups articulate their interests, exercise their legal rights, meet their obligations and mediate their difference...”

Untuk dapat menciptakan *good governance* atau tata kelola yang baik, salah satu hal yang penting dalam memahami kebijakan adalah pemahaman terhadap sifat kebijakan. William Dunn (1999) menyatakan bahwa peran atau sifat kebijakan dapat dikategorikan menjadi empat, yaitu:

1. regulatori
2. proteksi
3. kompetisi
4. alokasi

Keempat kategori tersebut menggambarkan sifat material kebijakan dan dampaknya pada objek kebijakan dan keberhasilan pemerintahan.

Kebijakan secara umum mempunyai lima unsur utama, yaitu:

1. masalah publik
2. nilai kebijakan
3. siklus kebijakan
4. pendekatan dalam kebijakan
5. konsekuensi kebijakan

Berikut penjelasan dari tiap unsur di atas:

1. masalah publik (*Public Issue*): merupakan isu sentral yang akan diselesaikan dengan sebuah kebijakan. Seperti disampaikan sebelumnya, kebijakan selalu diformulasikan untuk mengatasi ataupun mencegah timbulnya masalah, khususnya masalah yang bersifat isu publik. Masalah disebut sebagai isu publik bila asalah itu menjadi keprihatinan (*concern*) masyarakat luas dan mempengaruhi hajat hidup masyarakat luas.
2. nilai kebijakan (*value*): setiap kebijakan selalu mengandung nilai tertentu dan juga bertujuan untuk menciptakan tata nilai baru atau norma baru dalam organisasi. Seringkali nilai yang ada di masyarakat atau anggota organisasi berbeda dengan nilai yang ada di pemerintah. Oleh karena itu, perlu partisipasi dan komunikasi yang intens pada saat merumuskan kebijakan.
3. siklus kebijakan: proses penetapan kebijakan sebenarnya adalah sebuah proses yang siklis dan bersifat kontinum, yang terdiri dari tiga tahap a) perumusan kebijakan (*Policy Formulation*), 2) penerapan kebijakan (*policy implementation*), dan 3) evaluasi kebijakan (*policy review*). Ketiga tahap atau proses dalam siklus tersebut saling berhubungan dan saling tergantung, kompleks serta tidak linier, yang ketiganya disebut sebagai *policy analysis*
4. Pendekatan dalam kebijakan: pada setiap tahap siklus kebijakan perlu disertai dengan penerapan pendekatan (*approaches*) yang sesuai. Pada tahap formulasi, pendekatan yang banyak dipergunakan adalah pendekatan normatif, valuatif, prediktif, ataupun empirik. Pada tahap implementasi banyak menggunakan pendekatan structural (organisasional) atau pun pendekatan manajerial. Sedangkan tahap evaluasi menggunakan pendekatan yang sama dengan tahap formulasi. Pemilihan pendekatan yang digunakan sangat menentukan tingkat efektifitas dan keberhasilan sebuah kebijakan
5. konsekuensi kebijakan: pada setiap penerapan kebijakan perlu dicermati akibat yang dapat ditimbulkan. Dalam memantau hasil kebijakan kita harus membedakan dua jenis akibat; luaran (*output*) dan dampak (*impact*). Apapun bentuk dan isi kebijakan, pada umumnya akan memberikan dampak atau konsekuensi yang ditimbulkan. Tingkat intensitas konsekuensi akan berbeda antara satu kebijakan dengan yang lain, juga dapat berbeda berdasarkan dimensi tempat dan waktu. Konsekuensi lain yang perlu diperhatikan adalah timbulnya resistensi atau penolakan dan perilaku negative.

Luaran kebijakan adalah manfaat yang diterima oleh sekelompok sasaran atau objek kebijakan serta tata nilai baru yang tercipta yang sesuai dengan tujuan penerapan kebijakan. Di samping ukuran luaran tersebut, sebuah kebijakan perlu juga dipantau tingkat efektifitasnya. Efektivitas kebijakan dapat diukur dengan beberapa parameter berikut:

1. berkurangnya atau terhindarnya masalah, khususnya masalah publik

2. perilaku baru yang ditimbulkan oleh adanya kebijakan
3. besarnya dampak yang ditimbulkan, yang bersifat positif maupun yang bersifat negative
4. tingkat keharmonisan atau keselarasan kehidupan organisasi atau kehidupan masyarakat
5. tata nilai atau norma yang timbul sesuai dengan tujuan kebijakan

Di sisi lain penentu kebijakan perlu memahami bahwa efektivitas kebijakan sangat dipengaruhi oleh 5 faktor berikut:

1. tingkat partisipasi: setiap tahap analisis kebijakan perlu melibatkan *stakeholder* dan objek kebijakan agar semua nilai dan bentuk keragaman dapat diakomodasi dalam kebijakan. Makin besar tingkat partisipasi *stakeholder* dan objek kebijakan dalam tahapan kebijakan makin besar efektifitas sebuah kebijakan
2. konteks dan desain kebijakan: kebijakan berfokus pada masalah dan bersifat prediktif dan proaktif akan memberikan kemungkinan keberhasilan yang lebih besar, terutama dalam menciptakan tata nilai baru. Materi yang bersifat umum tetapi akomodatif akan memberikan ruang partisipasi yang lebih besar pada objek kebijakan. Ruang gerak yang lebih besar akan mengurangi tingkat resistensi dan timbulnya masalah baru.
3. tertib siklus kebijakan: kelemahan selama ini adalah tidak tertibnya perumus kebijakan dalam menerapkan tiga tahap siklus kebijakan. Kebanyakan kebijakan kesehatan di Indonesia tidak pernah dilakukan review atau evaluasi. Siklus kebijakan hanya berhenti pada implementasi kebijakan. Oleh karena itu sering kita alami banyaknya kebijakan dalam pembangunan kesehatan yang tumpang tindih dan seringkali saling bertentangan.
4. informasi dan sosialisasi: sosialisasi yang intens dan pemberian informasi yang terbuka dan lengkap akan mendorong tingkat partisipasi anggota atau masyarakat dalam menunjang keberhasilan suatu kebijakan
5. pendekatan yang dipergunakan: setiap tahap dalam siklus kebijakan membutuhkan "kendaraan" yang disebut sebagai pendekatan, seperti yang telah dibahas di atas. Setiap tahap dalam siklus kebijakan, setiap dimensi waktu dan tempat, membutuhkan penerapan pendekatan yang berbeda-beda. Pemilihan pendekatan yang tepat akan menentukan tingkat efektivitas kebijakan.

Desentralisasi dalam arti umum didefinisikan sebagai pemindahan kewenangan atau pembagian sebagai pemindahan kewenangan atau pembagian kekuasaan dalam perencanaan dan pelaksanaan pemerintahan, manajemen, dan pengambilan keputusan dari tingkat nasional ke tingkat daerah atau secara lebih umum adalah pemindahan dari tingkat pemerintahan yang tinggi ke tingkat yang lebih rendah.

Desentralisasi adalah salah satu alternatif dari berbagai metode bagaimana kekuasaan didistribusikan (*distribution of power*) dari pemerintahan yang lebih atas ke pemerintahan yang lebih rendah. Konsep desentralisasi dalam tataran definisi adalah untuk mengurangi kadar kekuasaan dari sistem yang bersifat sentralistik, artinya desentralisasi adalah sesuatu yang tidak sentralistik, dimana peran dan kekuasaan diberikan secara sistematis kepada organisasi pemerintah dibawahnya.

Desentralisasi kesehatan mempunyai berbagai macam bentuk yang tidak hanya bergantung pada struktur politik pemerintahan dan administrasi tetapi juga pada pola organisasi pelayanan kesehatan yang terdapat di masing-masing negara. Bidang kesehatan merupakan satu dari berbagai fungsi pemerintahan sehingga sangat dipengaruhi struktur pemerintahan. Akibatnya maka kebijakan dikeluarkan pemerintah akan berkaitan dengan sektor kesehatan.

Menurut PBB, desentralisasi merupakan perpindahan kekuasaan politik, fiskal dan administratif kepada sub nasional pemerintah yang mampu mengambil keputusan, setidaknya pada beberapa bidang kebijakan. Pemahaman dan definisi tersebut dapat memiliki beberapa variasi, seperti dekonsentrasi yaitu meningkatkan otonomi staf pada kantor-kantor regional atau privatisasi yaitu memindahkan tanggungjawab seluruh sektor publik ke pada private. Dalam tataran pelaksanaannya kedua konsep ini sangat berbeda, dekonsentrasi lebih pada memelihara hubungan hirarkhis antara staf di lapangan dan pemerintah pusat. Sedangkan privatisasi mengeleminir hubungan hirarkhis antara staf dilapangan dengan pemerintah pusat dan memperkenalkan dorongan untuk mendapatkan keuntungan. *Decentralization involves the delegation of power to lower levels in a territorial hierarchy.* Artinya desentralisasi dimaksudkan hanya untk melakukan pendelegasian wewenang dari organisasi publik yang lebih tinggi kepada organisasi publik dibawahnya.

Menurut G.Shabr Cheema dan Dennis A. Rondinelli dalam Ratnawati (2006) bahwa desentralisasi memiliki empat bentuk desentralisasi, yaitu dekonsentrasi, delegasi, devolusi dan privatisasi. **Dekonsentrasi** adalah pengalihan beberapa kewenangan atau tanggungjawab administrasi (*administrative responsiveness*) didalam (internal) suatu kementerian atau jawatan, dalam bentuk ini tidak terjadi transfer kewenangan yang sesungguhnya karena bawahan yang mendapat kewenangan tidak menjalankan atas dirinya akan tetapi aas nama atasannya. **Delegasi** adalah transfer (pelimpahan) tanggungjawab fungsi-fungsi tertentu kepada organisasi-organisasi diluar struktur birokrasi pemerintah dan dikontrol tidak secara langsung oleh pemerintah pusat. **Devolusi** adalah pembentukan dan pemberdayaan unit-unit pemerintahan di tingkat lokal oleh pemerintah pusat dengan control pusat seminimal mungkin dan terbatas pada bidang-bidang tertentu saja. Menurut Hanson (1964), bentuk desentralisasi devolusi juga dinamakan sebagai desentralisasi politik (*political decentralization*) ini karena wewenang yang diserahkan oleh pemerintah pusat kepada daerah adalah wewenang untuk mengambil keputusan-keputusan politik. Devolusi sering juga disebut sebagai *democratic decentralization* karena terjadinya penyerahan kewenangan atau kekuasaan kepada lembaga-lembaga perwakilan rakyat daerah yang dipilih atas dasar pemilihan. **Privatisasi** adalah pelepasan semua tanggungjawab fungsi-fungsi organisasi pemerintah kepada organisasi swasta atau perusahaan-perusahaan swasta.

Di Indonesia, praktek desentralisasi kesehatan yang digunakan adalah dekonsentrasi yaitu pemindahan beberapa gungsi administrative dari Kementerian Kesehatan ke daerah. Penyelenggaraan Undang-Undang No 22 Tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah yang diikuti PP Nomor 25 Tahun 2000 tentang kewenangan pemerintah pusat dan pemerintah provinsi sebagai daerah otonom, menyebabkan perubahan yang

mendasar dalam pelayanan kesehatan. Oleh karena fungsi pemerintah daerah mengalami perubahan sehingga dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, pemerintah daerah mendapat kewenangan yang sangat besar dalam pengelolaan keuangan, fungsi-fungsi pemerintahan dan pelayanan.

Peraturan Pemerintah No 25 Tahun 2000 memberikan akibat terhadap berbagai fungsi pelayanan kesehatan pemerintah pusat, provinsi, kabupaten/kota serta pihak swasta. Kondisi ini mengakibatkan beberapa perubahan yang mendasar pula dalam pengaturan kewenangan, penataan kelembagaan, keuangan, dan sumber daya manusia. Di samping itu, daerah dituntut untuk dapat meningkatkan peran serta masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian terhadap pembangunan daerah.

Dalam pelaksanaan desentralisasi kemudian diterbitkan PP 8 tahun 2003, sebagai pengganti PP No 84 tahun 2000 tentang struktur organisasi daerah yang diantaranya menyebutkan:

1. untuk provinsi dalam pasal 5 ayat 2: Dinas Daerah Provinsi mempunyai tugas melaksanakan kewenangan desentralisasi dan dapat ditugaskan untuk melaksanakan penyelenggaraan wewenang yang dilimpahkan kepada Gubernur selaku Wakil Pemerintah dalam rangka dekonsentrasi. Ayat 4 dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat 2, Dinas Daerah Provinsi menyelenggarakan fungsi:
 - a. perumusan kebijakan teknis sesuai dengan lingkup tugasnya
 - b. pemberian perijinan dan pelaksanaan pelayanan umum
 - c. pembinaan pelaksanaan tugas sesuai dengan lingkup tugasnya

2. untuk Kabupaten/Kota dalam pasal 9 ayat 2 Dinas Daerah Kabupaten/Kota mempunyai tugas melaksanakan kewenangan desentralisasi. Ayat 3: Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat 2, Dinas Daerah Kabupaten/ Kota menyelenggarakan fungsi:
 - a. Perumusan kebijakan teknis sesuai dengan lingkup tugasnya,
 - b. Pemberian perijinan dan pelaksanaan pelayanan umum,
 - c. Pembinaan pelaksanaan tugas sesuai dengan lingkup tugasnya

Dalam aplikasinya, PP Nomor 8 Tahun 2003 merubah struktur sistem kesehatan wilayah dah mempertegas peran dan memperkuat fungsi Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota. Dinas Kesehatan dengan demikian semakin didorong menjadi lembaga yang berfungsi sebagai penyusun kebijakan teknis selain sebagai regulator. Sebagai perumus kebijakan teknis diharapkan Dinas Kesehatan dapat mengelola sistem pembiayaan kesehatan, untuk provinsi dalam hal ini, dalam mengelola dana dekonsentrasi.

Memperhatikan kondisi yang berkembang dalam pelaksanaan desentralisasi kesehatan penekanan peran kebijakan dalam *good governance* seperti yang sudah dikemukakan sebelumnya menjadi penting. Ada beberapa hal penting dalam konsep *good governance*

antara lain partisipasi masyarakat, transparansi, akuntabilitas dan mengutamakan aturan hukum.

Dalam konteks penetapan kebijakan, maka pemerintah pusat saat ini masih merangkap fungsi sebagai penetap kebijakan dan regulasi sekaligus sebagai pemain, sebagai contoh Direktorat Jenderal Pelayanan Medik dengan masih membawahi rumah sakit umum pusat. Perijinan rumah sakit hingga kini belum jelas padahal secara perundangan kewenangan tersebut telah diserahkan kepada daerah.

Inti munculnya permasalahan yang ada dalam era desentralisasi kesehatan ini adalah adanya kegagalan konsolidasi pemerintah daerah pada level provinsi dan kabupaten/kota. Hal lain yang memperberat masalah desentralisasi kesehatan adalah fakta bahwa kesehatan di Indonesia belum pernah menjadi isu politik yang penting. Padahal di Amerika Serikat, sebagai contoh, calon presiden bisa mendapat dukungan yang besar karena program jaminan kesehatannya.

Desentralisasi disertai berbagai upaya menuju akuntabilitas yang lebih baik dan salah satu pilar *good governance* adalah akuntabilitas. Ada dua macam akuntabilitas yaitu akuntabilitas politik sebagai contoh melalui sistem pemilu yang diperbaharui dan akuntabilitas publik diantaranya melalui kebebasan pers dan berbagai mekanisme partisipasi masyarakat.

Dari berbagai studi kasus dan penelitian menunjukkan bahwa di era desentralisasi kesehatan ini ada beberapa hal penting terkait dengan partisipasi masyarakat (Dewi Shita L dan Basri Hasan M, 2004):

1. Mulai terbentuknya niat para pengambil keputusan di daerah untuk memperhatikan opini publik dalam kebijakan kesehatan.
2. Masih rendahnya kepercayaan para para pengambil keputusan terhadap kemampuan masyarakat dalam membuat penilaian yang baik. Hal ini menjadi pendorong bagi masyarakat untuk lebih meningkatkan kapasitas dalam membuat analisis kebijakan yang seimbang, komprehensif, objektif, dan bersifat solutif. Sedangkan di sisi pemerintah dibutuhkan sikap yang lebih matang dalam berdemokrasi dan legitimasi yang lebih kuat untuk partisipasi masyarakat.
3. media masa memainkan peran penting dalam meyuarakan opini publik mulai dari munculnya berbagai topik kesehatan dalam pemberitaan khususnya yang dipicu oleh laporan masyarakat.
4. lembaga swadaya masyarakat (LSM) sebagai salah satu faktor *civil society* sudah menempatkan diri dalam hubungannya antara pemerintah dan masyarakat

Kemudian dirasakan bahwa UU No. 22 Tahun 1999 tentang pemerintah daerah tidak sesuai dengan perkembangan keadaan, ketatanegaraan dan tuntutan penyelenggaraan otonomi daerah sehingga perlu diganti, maka diterbitkan UU Nomor 32 tahun 2004.

Joint Health Council (JHC) sebagai salah satu bentuk *civil society* sejak awal dirumuskan sebagai dewan pertimbangan, dewan penyantun dalam organisasi, *board of directors*,

oversight body hingga perekat sistem kesehatan. *JHC* diperlukan antara lain karena sub sistem berjalan sendiri-sendiri, masyarakat tidak mengetahui apa yang dilakukan pelaku kebijakan sebab tidak ada keterwakilan masyarakat atau masyarakat tidak bisa bermain dalam lingkup kebijakan dan DPR/DPRD tidak bisa menjadi wasit permainan dalam bidang kesehatan meskipun hal tersebut merupakan fungsi mereka.

Menjalankan *JHC* tidak mudah, terbukti dari penilaian objektif terhadap peran dan kinerja *JHC* di Jogjakarta. Dengan menggunakan berbagai kriteria kunci, penilaian menunjukkan peran dan kinerja *JHC* masih kurang, hanya 35 %

Arah Kebijakan Kesehatan Masyarakat di Indonesia

Dalam sistem kesehatan terdapat banyak unsur yang saling mempunyai hubungan saling mempengaruhi yang dapat dirinci menjadi dua macam pendapat. Pendapat pertama menyatakan sistem kesehatan dipandang sebagai upaya untuk menghasilkan pelayanan kesehatan, sedangkan pendapat kedua sistem kesehatan sebagai upaya untuk menyelesaikan masalah. Pendapat pertama ini agaknya lebih relevan untuk melihat masalah kesehatan pada masa ko-lonial. Sistem kesehatan disini meliputi tiga elemen; *input* (sumber, tata cara dan kesanggupan), *process* (perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan penilaian), *output* (pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan oleh masyarakat. Sebagai sebuah sifat dari sistem maka untuk menghasilkan sebuah kebijakan maka ketiga elemen diatas harus dirangkai membentuk satu kesatuan dan secara bersama-sama berfungsi mencapai tujuan.

Pada tanggal 8 Maret 1942, Jepang mulai mengambil alih kekuasaan pemerintahan di Indonesia dari tangan pemerintah kolonial Belanda. Semua organisasi politik dan lembaga yang merupakan bentukan pemerintahan kolonial Belanda dibubarkan dan Jepang mulai membangun organisasi dan lembaga yang baru. Pola sentralisasi kesehatan mulai terbentuk dengan diambil alihnya semua fasilitas kesehatan oleh Dinas Kesehatan wewenang dan kewajiban yang pada pemerintahan Belanda dibagi berdasarkan tanggung jawab pemerintah dan swasta. Kesehatan masyarakat Indonesia pada masa pendudukan Jepang secara umum dapat dikatakan mengalami kemunduran dibandingkan pada masa pemerintah kolonial Belanda. Penurunan kualitas kesehatan masyarakat itu disebabkan karena beberapa hal antara lain rusaknya infrastruktur kesehatan akibat peperangan, beralihnya fungsi lembaga kesehatan, dan memburuknya kesehatan akibat kekurangan pangan.

Sementara pengembangan sistem kesehatan masyarakat dapat dikatakan terhenti pada masa ini. Untuk keperluan perang, peralatan dan obat-obatan yang dimiliki oleh rumah sakit diambilalih oleh pemerintah militer Jepang. Semua program pembasmian penyakit rakyat yang dilaksanakan pada masa pemerintah kolonial Belanda juga terhenti pada periode ini. Sementara itu, tindakan-tindakan kesehatan yang dilakukan oleh dokter pribumi menggunakan peralatan dan obat-obatan darurat.

Periode antara tahun 1945-1950 tidak banyak kebijakan kesehatan yang bisa diambil oleh pemerintah Indonesia mengingat periode itu adalah masa revolusi. Kebijakan kesehatan periode ini terbatas pada upaya-upaya darurat untuk mendukung perang selama masa revolusi. Kedaulatan Republik Indonesia baru diakui oleh Belanda pada tahun 1949. Dengan terbentuknya Republik Indonesia Serikat (RIS) maka tongkat pemerintahan diserahkan oleh pemerintah Belanda kepada pemerintahan RIS. Inilah awal dari dibangunnya sistem kesehatan nasional Indonesia. Kementerian Kesehatan pada pemerintahan Belanda telah meninggalkan beberapa rumah sakit dan balai pengobatan umum maupun khusus sebagai upaya kuratif. Sementara upaya preventif diusahakan secara terpisah melalui lembaga-lembaga ilmiah kesehatan serta lembaga-lembaga pemberantasan penyakit menular dan penyakit rakyat. Pemerintah pada saat itu lebih banyak mengurus balai pengobatan khusus yang diperuntukkan bagi penderita TBC, Kusta dan Jiwa serta lembaga upaya preventif.

Setelah penyerahan kedaulatan itu maka disusunlah suatu organisasi Kementerian Kesehatan yang baru dan J. Leimena sebagai menteri pertamanya. Namun, seiring dengan situasi politik pada saat itu yang menerapkan kabinet parlementer maka Kementerian Kesehatan Indonesia berpindah tangan berkali-kali. Akibat lain dari penyerahan kedaulatan ini adalah adanya kekosongan pada semua struktur kesehatan yang dulunya diisi oleh orang-orang Belanda. Tenaga kesehatan Indonesia yang sangat sedikit mengakibatkan seluruh struktur kesehatan tersebut di ambil alih oleh pemerintah (Satrio, 1980).

Setelah periode pengakuan kedaulatan, Kementerian Kesehatan baru bisa melakukan pendataan sumber daya dalam bidang kesehatan yang dimiliki oleh Indonesia. Menurut catatan Kementerian Kesehatan, pada tahun 1950, pemerintah Indonesia hanya memiliki 1200 orang dokter, 150 orang dokter gigi, 80 orang apoteker, 650 orang asisten apoteker, 1.446 orang bidan, 3.500 orang perawat, dan 30 orang analis. Jumlah tenaga medis dan paramedis itu untuk melayani seluruh rakyat Indonesia yang pada waktu itu diperkirakan jumlahnya sekitar 70 juta jiwa. Pada tahun 1954 terjadi peningkatan jumlah tenaga medis dan para medis yang dimiliki Indonesia, menjadi 1.504 orang dokter, 260 orang dokter gigi, 108 orang apoteker, 1.074 orang asisten apoteker, 1.838 orang bidan, 6.727 orang perawat dan 64 orang analis. (Berita Kementerian Kesehatan RI, No. 1 Tahun 1956).

Dalam aspek infrastruktur kesehatan, sampai tahun 1950 pemerintah Indonesia hanya memiliki 69 rumah sakit di seluruh wilayah Indonesia, dengan perincian 10 buah rumah sakit umum yang baru dibangun, 24 rumah sakit umum lama yang diperluas, 13 rumah sakit khusus yang baru dibangun, dan 22 rumah sakit khusus lama yang diperluas. Tahun 1953 terdapat tiga golongan rumah sakit umum yaitu 412 rumah sakit umum dan khusus milik pemerintah (kapasitas 35.016 tempat tidur), 123 rumah sakit umum dan khusus milik swasta yang dikelola oleh pemerintah (kapasitas 11.190 tempat tidur), dan 145 rumah sakit umum dan khusus yang dimiliki dan dikelola oleh swasta (kapasitas 16.222 tempat tidur). Dengan demikian pada tahun 1953 di Indonesia terdapat 680 rumah sakit berkapasitas 62.428 tempat tidur. Hal ini berarti 8 tempat tidur di rumah sakit untuk 10.000 penduduk di Indonesia. Pada tahun 1959 jumlah rumah sakit meningkat menjadi 620 rumah sakit umum (milik pemerintah dan swasta) dengan kapasitas 55.568 tempat tidur dan 220 rumah sakit khusus (milik pemerintah dan swasta) dengan kapasitas 19.080 tempat tidur (Leimena, 1955).

Pasca tahun 1950an, pemikiran kebijakan yang muncul adalah bagaimana sistem kesehatan yang ideal dan fungsi negara dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Wacana kebijakan kesehatan pada periode ini akan dilihat dari pemikiran para tokoh pemimpin nasional di bidang kesehatan yang pada waktu itu mempunyai pengaruh yang besar. Upaya pemimpin nasional dalam melakukan *colonial counterpart* sangat jelas terlihat dalam pemikiran Leimena dan R. Mochtar yang mempunyai pemikiran mengenai konsep *rural health*.

Untuk mencari kebijakan kesehatan yang tepat di Indonesia pasca tahun 1950, diadakanlah Konferensi Dinas Kesehatan se-Indonesia pada tahun 1951. Konferensi ini bertujuan utama untuk menyusun kebijakan kesehatan nasional yang antara lain

mencakup berbagai permasalahan kesehatan yang sedang dihadapi pemerintah pada saat itu yaitu pemberantasan penyakit menular (cacar, framboesia, pes, malaria, kusta, kelamin, tuberkulose) dan upaya-upaya dibidang kesehatan rakyat (perbaikan gizi, penyuluhan kesehatan, dan kesehatan ibu dan anak). Dalam rangka penyelenggaraan kegiatan ini, pemerintah Indonesia mendapatkan bantuan dana dari lembaga-lembaga internasional seperti WHO, FAO, UNESCO, UNICEF dan US-AIDS (Sihombing, 2007).

Konsep kebijakan rural *health system* pada tahun 1950-an belum dapat dikembangkan secara meluas karena kondisi politik dan keuangan negara yang belum stabil. Namun upaya perintisan untuk mewujudkan kebijakan kesehatan integral dengan *rural health system* sudah mulai dilakukan dengan membentuk percontohan-percontohan di beberapa wilayah seperti Percontohan Kesehatan Masyarakat Desa Pusat di Kecamatan Cikarang, Bekasi, Kecamatan Mojosari Mojokerto, Salaman Magelang, Bojongloa Bandung, Kaseman di Den Pasar, Metro di Lampung, Indrapura di Sumatera Utara, Kotaraja di Banda Aceh, Godean di Sleman, Barabai di Kalimantan Selatan (Satrio: 1980).

Hasil upaya-upaya kesehatan ini terlihat paling tidak pada angka kematian bayi, anak dan ibu. Pada awal tahun 1950an, angka kematian anak dibawah 5 tahun di Indonesia mencapai 50%-60%, angka kematian bayi mencapai 100%-150%, dan angka kematian ibu bersalin mencapai 0,7% dari kematian umum . Angka itu menurun pada awal tahun 1960an, angka kematian umum tercatat 17 per 1000 jiwa penduduk, angka kematian bayi 110 per 1000 kelahiran hidup, angka lahir mati 20 per 1000 kelahiran, dan angka kematian ibu melahirkan 4 per 1000 penduduk. (Almanak Kesehatan, 1962)

Prestasi yang fundamental untuk kesehatan rakyat dibidang legislasi pada periode Demokrasi Terpimpin adalah berhasil diselesaikannya undang-undang mengenai kesehatan oleh DPR-GR. Peraturan tersebut adalah undang-undang No.9 tahun 1960 tentang pokok-pokok kesehatan. Disamping itu juga berhasil diselesaikan beberapa peraturan lain yang mendukung terciptanya kualitas kesehatan masyarakat yang lebih baik. Beberapa kebijakan kesehatan dalam aspek kuratif yang berhasil diselesaikan antara lain pembuatan vaksin BCG di Laboratorium PN Bio Farma Bandung, peningkatan produksi vaksin untuk pencegahan penyakit seperti cacar, kolera, thypus, rabies dan lain-lain, meningkatkan pemberantasan malaria di Jawa, Madura, Bali, Lampung. Selain itu di beberapa wilayah masih melanjutkan usaha-usaha lanjutan pemberantasan penyakit framboesia, kusta, TBC, dan mata (Satrio, 1980)

Pembangunan proyek-proyek kesehatan pada periode ini berjalan ditempat karena kondisi keuangan negara yang sedang mengalami krisis. Hanya proyek-proyek pembangunan yang sudah dianggarkan sebelum tahun 1960 yang bisa dilanjutkan pengerjaannya seperti pembangunan RSUP di berbagai wilayah. Oleh karena itu jika dibandingkan dengan tahun 1959 jumlah RSUP di Indonesia pada tahun 1964 tidak mengalami penambahan yaitu tetap 7 RSUP, hanya jumlah tempat tidurnya yang bertambah. Jenis rumah sakit yang mengalami peningkatan jumlahnya adalah rumah sakit umum menjadi 637 (milik pemerintah dan swasta) dengan kapasitas tempat tidur 55. 213 buah dan rumah sakit khusus menjadi 279 (milik pemerintah dan swasta) dengan kapasitas tempat tidur 20.485 buah. Jumlah Balai Pengobatan juga mengalami kenaikan

jumlahnya dari 3497 buah (milik pemerintah) dan 446 buah (milik swasta) pada tahun 1959 menjadi 3968 buah (milik pemerintah) dan 920 buah (milik swasta) pada tahun 1964. (Satrio, 1980). Sementara dengan usaha swadaya daerah pembangunan BKIA dan poliklinik cukup menggembirakan pada periode 1960an ini sehingga jumlahnya meningkat secara signifikan. Pada tahun 1960 jumlah BKIA di seluruh Indonesia mencapai 2552 buah, dan menjadi 4.269 buah pada tahun 1964. Peningkatan jumlah BKIA ini juga disertai dengan peningkatan jumlah kunjungan.

Penyebaran tenaga kesehatan terutama dokter berjalan lancar karena adanya undang-undang wajib kerja sarjana dan wajib kerja militer. Hal ini juga karena adanya dukungan penuh dari KOTI (Komando Tertinggi) dan KOGAM (Komando Gabungan Militer) yang ikut membiayai pengiriman tenaga-tenaga kesehatan ke seluruh pelosok Nusantara. Untuk menanggulangi epidemi luar biasa terhadap penyakit malaria pada periode ini maka dilakukan pemberantasan penyakit ini dimana-mana. Untuk lebih mengintensifkan upaya pemberantasan malaria kemudian dibentuk organisasi khusus yaitu KOPEM (Komando Operasi Pembasmian Malaria). KOPEM merupakan task force dari Departemen Kesehatan dengan tugas khusus pembasmian malaria. Dari namanya dapat diketahui bahwa sifat operasional lembaga ini bersifat semi-militer. Dalam kegiatannya KOPEM berprinsip mencapai suatu *total coverage* yaitu melakukan penyemprotan ke seluruh bangunan yang dihuni manusia. Penyemprotan yang dilakukan oleh KOPEM menggunakan bahan DDT dan Dieldrin. Pada masa ini di berbagai daerah dapat dijumpai dengan mudah pasukan penyemprot DDT.

Dalam konteks nasional, kebijakan kesehatan pemerintah era pemerintahan Sukarno begitu tergantung dengan bantuan dan kerjasama dari lembaga-lembaga internasional yang sebagian besar berada dibawah naungan PBB seperti dicontohkan diatas dalam pelaksanaan Konferensi Dinas Kesehatan se-Indonesia. Hal ini dapat dipahami karena pada tahun 1954, pada saat Lie Kiat Teng menjabat sebagai Menteri Kesehatan, anggaran belanja Kementerian Kesehatan hanya berjumlah 328.663. 000 atau 2,4% dari total anggaran pemerintah, pada tahun 1958 anggaran itu meningkat menjadi 576.479.200 (Satrio, 1980).

Oleh karena itu ketika Sukarno memutuskan Indonesia untuk keluar dari keanggotaan PBB pada 20 Januari 1965, maka salah satu aspek kehidupan yang sangat merasakan dampaknya adalah bidang kesehatan. Ketika Sukarno menjalin hubungan yang erat dengan negara-negara Blok Timur pada dekade 1950-1965, salah satunya adalah Rusia. Kerjasama Indonesia dan Rusia pada saat itu tidak hanya dalam pengembangan militer dan persenjataan namun juga dalam bidang-bidang yang lain termasuk didalamnya bidang kesehatan. Sebagai bagian dari hubungan kedua negara saat itu yang erat, pemerintah Rusia memberikan bantuan dan kerjasama dengan mendirikan rumah sakit di kawasan Jakarta Timur yang dikenal sebagai Rumah Sakit Persahabatan. Nama "persahabatan" pun dipilih secara simbolik untuk menggambarkan adanya hubungan yang mesra antara kedua negara pada zaman itu terutama Rusia. Pembangunan RS Persahabatan di Rawamangun Jakarta Timur, dimulai pada tahun 1961, berjalan selama 3 tahun, dan dipimpin langsung oleh para insinyur Rusia. Penyerahan bantuan rumah sakit secara resmi oleh Pemerintah Rusia kepada Pemerintah Indonesia dilakukan pada tanggal 7 November 1963.

Memantapkan Program Kesehatan Masyarakat Terpadu

Dalam perkembangannya, pada tahun 1969, hanya ada 2 tipe Puskesmas yaitu Tipe A dan Tipe B. Puskesmas Tipe A dikepalai oleh seorang dokter dibantu oleh 8-10 orang tenaga paramedis yang terdiri dari 1 bidan, 3 perawat, 1 sanitarian, 1 dokter gigi, dan 4 pembantu. Sementara Puskesmas Tipe B dikelola oleh tenaga paramedis saja. Secara hirarkhis Puskesmas Tipe A berada ditingkat kabupaten dan mengawasi 3-5 Puskesmas Tipe B yang berada pada tingkat kecamatan, sedangkan Puskesmas Tipe B mengawasi 3-5 Puskesmas desa (Soebekti, 1980: 15). Model ini diterapkan untuk menyesuaikan keterbatasan sumberdaya manusia dibidang kesehatan terutama dokter, pada tahun 1969 di Indonesia 1 orang dokter harus melayani 100.000-200.000 penduduk di pedesaan (Depkes RI, 1990: 12). Pada tahun 1979 kelembagaan Puskesmas tidak ada lagi pentipean, dan kemudian dikembangkan piranti manajerial perencanaan dan penilaian Puskesmas yaitu 'Micro Planning' dan Stratifikasi Puskesmas.

Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan primer kepada masyarakat dengan jangkauan yang lebih luas, pemerintah Orde Baru mengambil kebijakan dengan mempercepat pembangunan jumlah Puskesmas. Hasilnya, jika pada akhir Pelita I Puskesmas berjumlah 2.343 buah maka pada akhir Pelita II meningkat menjadi 4.353 Puskesmas. Selain itu proporsi jumlah dokter yang bekerja di Puskesmas juga meningkat dari 34% pada akhir Pelita I menjadi 89% pada akhir Pelita II (Sulianti, 1974: 10). Jika pada Pelita I program kesehatan masyarakat di Indonesia lebih menekankan pada peningkatan sarana dan prasarana kesehatan, maka pada Pelita II lebih difokuskan pada peningkatan kesehatan penduduk.

Dikarenakan ketersediaan infrastruktur kesehatan tidak secara langsung berdampak pada peningkatan kesehatan penduduk maka kemudian pemerintah Orde Baru mulai mengembangkan pentingnya ikut serta masyarakat dalam penyelenggaraan usaha-usaha kesehatan. Oleh karena itu pada tahun 1975 Depkes membentuk Panitia Kerja untuk menyiapkan konsep program Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD). Landasan dasar dikembangkannya PKMD ini adalah sejarah budaya bangsa Indonesia yang telah turun temurun, yakni "gotong royong" dan "musyawarah". Kemudian pada tahun 1976 pada Rapat Kerja Kesehatan Nasional ditetapkan bahwa PKMD merupakan pendekatan yang strategis untuk meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan dengan target meningkatnya kesehatan masyarakat. Ditetapkan pula bahwa PKMD adalah program nasional. Untuk mengoperasikannya maka pada Maret 1976 diadakan sebuah lokakarya di Tawangmangu (Karanganyar, Jawa Tengah), yang hasilnya menetapkan Kabupaten Karanganyar (Jawa Tengah) sebagai daerah uji coba PKMD. Disamping itu lokakarya juga menetapkan Prokesa (promoter kesehatan desa) merupakan tenaga lapangan PKMD, dan Dana Sehat merupakan salah satu elemen pokok PKMD. Dalam pertumbuhannya, PKMD memperoleh komitmen dari lembaga-lembaga baik pemerintah (departemen) maupun swasta. (Hartono, 2011)

PKMD kemudian memperoleh dukungan dunia internasional yang menggalakkan *Primary Health Care*, yang dicetuskan dalam "Deklarasi Alma Ata". Deklarasi itu dicetuskan pada tahun 1978 dalam suatu konferensi kesehatan yang dihadiri oleh 140

negara di dunia, termasuk Indonesia, di Alma Ata. Salah satu keputusan penting konferensi tersebut adalah dideklarasikan "Sehat Untuk Semua Pada Tahun 2000" atau yang lebih dikenal dengan *Health For All By The Year 2000*. Semua negara yang menandatangani Deklarasi Alma Ata itu, termasuk Indonesia sepakat ingin mencapai kesehatan untuk semua tahun 2000 dan *Primary Health Care* sebagai bentuk operasionalnya. Sementara itu PKMD yang telah dikembangkan di Indonesia sejak tahun 1976, sebenarnya sudah merupakan perwujudan *primary health care*. Maka kemudian dalam kebijakan nasional PKMD dikatakan bahwa "Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) merupakan bentuk kegiatan *primary health care* di Indonesia.

Pada tahun 1982 ditetapkan Sistem Kesehatan Nasional oleh Menteri Kesehatan RI, Dr. Suwardjono Suryaningrat, yang menetapkan pembangunan kesehatan sebagai suatu sistem dari supra sistem pembangunan nasional. Selanjutnya berdasarkan Ketetapan MPR No. II/1983 tentang GBHN, disebutkan bahwa dalam rangka mempertinggi taraf kesehatan dan kecerdasan rakyat, pembangunan kesehatan termasuk perbaikan gizi perlu makin ditingkatkan dengan mengembangkan Sistem Kesehatan nasional (SKN). Peningkatan kesehatan dilakukan dengan melibatkan peran serta (partisipasi) masyarakat berpenghasilan rendah baik di desa maupun di kota. *Panca Karsa Husada* sebagai tujuan pembangunan panjang bidang kesehatan mencakup: (1) Peningkatan kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya dalam bidang kesehatan; (2) Perbaikan mutu lingkungan hidup yang dapat menjamin kesehatan; (3) Peningkatan status gizi masyarakat; (4) Pengurangan kesakitan dan kematian; dan (5) Pengembangan keluarga sehat sejahtera dengan makin diterimanya norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

Meningkatnya kualitas dan prasarana kesehatan serta pendidikan terutama semakin berkurangnya angka buta huruf merupakan prestasi yang selama ini dibanggakan selama pemerintahan Orde Baru di Indonesia. Misalnya pemerintahan Orde Baru secara signifikan mampu meningkatkan jumlah dokter, pada sensus tahun 1971 dilaporkan bahwa hanya ada satu orang dokter untuk melayani sejumlah 20,9 ribu penduduk Indonesia. Pada sensus tahun 1980 menunjukkan bahwa dengan total jumlah penduduk Indonesia sekitar 147,3 juta terdapat 12.939 orang dokter, yang artinya satu orang dokter melayani 11,4 ribu penduduk. Sementara pada sensus tahun 1990, dengan jumlah penduduk Indonesia tercatat 179,2 juta orang, pada tahun 1992 di Indonesia sudah memiliki 25.125 orang dokter, artinya satu orang dokter melayani 7,1 ribu penduduk (Ricklefs, 2005: 601-602). Disisi lain pembangunan infrastruktur kesehatan juga meningkat secara signifikan, jika pada awal tahun 1970an, jumlah Puskesmas di Indonesia kurang lebih 3679 buah maka pada tahun 1998 meningkat menjadi 7181, artinya hampir semua kecamatan di Indonesia sudah mempunyai Puskesmas. Sementara jumlah Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) pada tahun 1984 berjumlah 200.000 buah dari 65.517 desa tersebar diseluruh pelosok Indonesia (Depkes RI, 1992)

Meningkatnya jumlah dokter di Indonesia selama pemerintahan Orde Baru juga merupakan keberhasilan dari program pendidikan dokter di Indonesia. Pada masa pemerintahan Sukarno masih terbatas jumlah perguruan tinggi yang mempunyai Fakultas Kedokteran, diantaranya adalah Universitas Airlangga di Surabaya, Universitas Indonesia di Jakarta, Universitas Gadjah Mada di Yogyakarta, Universitas Andalas di Padang, Universitas Padjadjaran di Bandung, Universitas Sumatera Utara di Medan, dan

Universitas Brawijaya di Malang. Beberapa Fakultas Kedokteran di perguruan tinggi yang didirikan diakhir pemerintahan Sukarno ditambah dengan pendirian Fakultas Kedokteran di perguruan tinggi baru yang didirikan pada masa pemerintahan Orde Baru telah berkontribusi signifikan terhadap jumlah dokter di Indonesia. Sampai pada tahun 1995 tidak kurang dari 25 Fakultas Kedokteran baik dari perguruan tinggi negeri maupun swasta yang telah menghasilkan dokter di Indonesia (Husin, 1995)

Pertengahan tahun 1997, ekonomi Indonesia yang dibanggakan pertumbuhannya oleh pemerintah Orde Baru tidak dapat menahan dampak derasnya krisis ekonomi yang melanda Asia. Krisis ekonomi ini kemudian berdampak pada berbagai aspek kehidupan masyarakat di Indonesia, oleh karena itu kemudian disebut dengan istilah krisis multidimensi, tidak terkecuali dalam bidang kesehatan masyarakat. Penurunan daya beli masyarakat karena naiknya harga bahan pangan telah mengakibatkan pula menurunnya status gizi masyarakat. Penelitian di berbagai daerah telah membuktikan hal tersebut. Pengamatan Posyandu di Sulsel menemukan KEP nyata balita daTi 5,7 % pada tahun 1997 meningkat menjadi 14,9 % tahun 1999. Penurunan status gizi balita tersebut nyata sebagai akibat kekurangan kalori/protein sesaat, terbukti dari hasil penelitian : angka malnutrisi akut anak di bawah 2 tahun meningkat dari 9,9 % tahun 1997 menjadi 14,4 % tahun 1999 (Juanita, 2003: 53). Dalam konteks kelembagaan, krisis ekonomi ini secara umum telah menyebabkan penurunan kinerja pelayanan kesehatan masyarakat khususnya Puskesmas, BDD dan Posyandu.

Dampak krisis ekonomi juga diamati dari penggunaan pelayanan kesehatan oleh rumah tangga. Meningkatnya biaya pelayanan kesehatan, merosotnya pendapatan, dan memburuknya pelayanan kesehatan diikuti oleh penurunan tajam dari penggunaan fasilitas layanan kesehatan, khususnya pelayanan kesehatan milik pemerintah. Memburuknya kualitas dan jumlah dari pelayanan kesehatan publik disebabkan oleh meningkatnya biaya obat-obatan dan menurunnya anggaran pemerintah untuk bidang kesehatan. Hal inilah yang kemudian menjadikan aspek kesehatan terabaikan oleh masyarakat. Oleh karena itulah pada tahun 1998 program kesehatan dan pendidikan berskala nasional diluncurkan dan menjadi bagian dari program yang lebih besar yang disebut dengan Jaring Pengaman Sosial (JPS). Khusus untuk bidang kesehatan program ini disebut dengan Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK) (Soendoro, 1999)

Kedua jaring pengaman itu bertujuan untuk melindungi akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan dan pendidikan selama masa krisis melanda Indonesia. Program pelayanan kesehatan diluncurkan pada akhir tahun 1998. Program ini berupa subsidi harga terarah yang dikombinasikan dengan komponen pengeluaran publik. Subsidi harga dioperasikan dengan skema Kartu Sehat yang ditujukan kepada rumah tangga yang dinilai sangat rentan terhadap krisis ekonomi. Dengan kartu ini, seluruh anggota keluarga berhak mendapatkan subsidi harga ketika menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan publik. Sementara pusat layanan kesehatan yang melayani pengguna kartu sehat mendapatkan anggaran tambahan dari pemerintah (Sparrow, 2006). Pasca krisis ekonomi JPS-BK kemudian bertransformasi menjadi Asuransi Kesehatan untuk Masyarakat Miskin (Askeskin) pada tahun 2004 sesuai dengan amanat UU No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Pada

tahun 2007 Askeskin berubah menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang ditujukan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Walaupun menggunakan nama jaminan, program ini tidak sepenuhnya diselenggarakan dengan prinsip asuransi sosial. Sejumlah dana APBN dialokasikan dan dikelola oleh Kementerian Kesehatan untuk menyediakan pembiayaan layanan kesehatan bagi pesertanya. Mulai tahun 2014, program Jamkesmas kembali bertransformasi menjadi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dan dikelola dengan skema asuransi sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sesuai dengan amanat UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Sejak tahun 2001, Indonesia memasuki era desentralisasi, pemerintah menetapkan kebijakan dan strategi desentralisasi bidang kesehatan dan standar pelayanan minimal bidang kesehatan di kabupaten/kota. Puskesmas dalam konteks ini memikul beban kesehatan di wilayahnya; memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan masyarakat yang berada di wilayah kerjanya tanpa diskriminasi. Sesuai dengan Sistem Kesehatan Nasional yang ditetapkan pada tahun 2004, Puskesmas menjadi ujung tombak pelayanan upaya kesehatan masyarakat (UKM) tingkat pertama. Sementara dinas kesehatan kabupaten/kota adalah penanggungjawab penyelenggaraan UKM tingkat kedua, sedangkan penanggungjawab tingkat ketiga adalah dinas kesehatan provinsi dan departemen kesehatan dengan dukungan lintas sektor.

Salah satu motivasi utama diterapkan kebijakan ini adalah bahwa pemerintah Orde Baru dengan sistem perencanaan yang sentralistik terbukti tidak mampu mendorong terciptanya suasana yang kondusif bagi partisipasi aktif masyarakat dalam melakukan pembangunan. Tumbuhnya kesadaran akan berbagai kelemahan dan hambatan yang dihadapi dalam kaitannya dengan struktur pemerintahan yang sentralistik telah mendorong dipromosikannya pelaksanaan strategi desentralisasi. Pelaksanaan kebijaksanaan desentralisasi makin mendapatkan momentumnya sebagai salah satu pendekatan yang diharapkan dapat menciptakan efisiensi dan *responsiveness* serta meningkatkan partisipasi aktif masyarakat dalam penyediaan pelayanan publik.

Dalam sistem desentralisasi, Departemen Dalam Negeri merupakan mitra utama dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, organisasi swasta, Lembaga Swadaya Masyarakat dan organisasi profesi mempunyai peran pula dalam memberikan pelayanan kesehatan serta keluarga berencana. Donor Internasional telah memberikan bantuan dana dan bantuan teknis untuk pelaksanaan program kesehatan, akan tetapi masukan yang diberikan tidak selalu digunakan secara efektif karena kurangnya koordinasi.

Dinas Kesehatan Kabupaten bertanggung jawab penuh untuk perencanaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan kabupaten/kota sesuai dengan pedoman dan peraturan pusat. Sementara bantuan pendanaan untuk program spesifik dan proyek-proyek yang berasal dari pemerintah pusat tetap tersedia, anggaran terbesar yang diperlukan untuk penanaman modal dan biaya rutin dalam era desentralisasi ditanggung pemerintah daerah kabupaten/kota. Hal ini mempunyai implikasi negatif bagi kabupaten/kota yang miskin, daerah yang telah kehabisan sumberdaya dan dimana

kesehatan, khususnya kesehatan maternal dan neonatal tidak merupakan prioritas tinggi. Pengembangan sumberdaya manusia untuk pelayanan kesehatan merupakan tanggung jawab pula dari pemerintah kabupaten/kota. Kurangnya kemampuan manajemen dari tim kesehatan kabupaten/kota merupakan suatu kendala. Sementara desentralisasi memberikan peluang bagi tiap kabupten/kota untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak, masalah-masalah yang telah dibahas di atas dapat menjadi tantangan bagi pelaksanaan program kesehatan maternal dan neonatal.

Polindes diselenggarakan oleh tenaga bidan di desa dan Puskesmas Pembantu sebagai satelit dari Puskesmas memiliki beberapa petugas paramedis, yang memberikan pelayanan maternal dan neonatal dasar yaitu pelayanan selama kehamilan, persalinan dan nifas, maupun pertolongan obstetri pertama baik di fasilitas pelayanan maupun di rumah. Beberapa Puskesmas Pembantu yang memiliki tenaga dokter umum melaksanakan beberapa elemen dari Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED). Posyandu yang dikelola oleh kader kesehatan memberi pelayanan antenatal dengan bantuan bidan di desa. Ibu hamil dengan komplikasi dirujuk ke Puskesmas dengan dokter umum dan bidan. Di tingkat puskesmas, dokter umum dan bidan Puskesmas melakukan supervisi terhadap bidan di desa. Pada tingkat kabupaten/kota Bidan supervisor melakukan koordinasi dan supervisi terhadap kegiatan bidan Puskesmas dan bidan di desa di wilayah kabupaten/kota. Puskesmas dengan tempat tidur melakukan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar, sedangkan Puskesmas tanpa tempat tidur hanya memberikan beberapa elemen Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED). Semua Rumah Sakit Kabupaten/kota dan Provinsi melakukan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) (Subowo, 2010). Sejak Januari 2014, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diselenggarakan dengan tujuan menjamin warga negara untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya. Pelaksanaan JKN merupakan salah satu bagian dari sistem jaminan sosial nasional yang diamanatkan oleh UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional serta UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, yang merupakan transformasi dari PT Askes (Persero). Seluruh penduduk, termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat selama enam bulan di Indonesia diwajibkan untuk ikut serta di dalam program jaminan kesehatan ini.