

**BANTEN SEHAT 2008:
Suatu Tinjauan Kritis**

Leo Agustino

Abstract:

The aim of this paper is to analyze the current condition of local autonomy progress, especially the achievement of "Banten Sehat 2008" in Banten province. In local autonomy point of view there are three purpose must be implement: (1) empowerment; (2) public services; and (3) developing public goods. The writer described some factual practices on governance activities to get & implemented the purpose of local autonomy. Also, this paper, explored: how governance (state-market-civil society) in order to improve their local community well being, by using ten analysis instruments which developed CPPS UGM (shortly called governance assessment)

Key words: local autonomy, public services, governance assesment.

Pendahuluan

Merujuk pada pemikiran Bowman dan Hampton yang dituangkan mereka dalam buku yang berjudul *Local Democracies: A Study in Comparative Local Government* (1983) mengutarakan bahwa tidak ada suatu negara dengan wilayah yang luas dapat dengan baik mengelola pemerintahannya secara efektif dan efisien (hanya) dari pusat. Karena itu, lanjut mereka, dirasa perlu adanya pemerintahan ditingkat lokal (*sub-national government*). Bentuk pemerintahan seperti ini sering kali

disebut oleh kita sebagai bentuk pemerintahan desentralisasi. Merujuk pada pemikiran terumah sakitebut, Coralie Bryant dan Louise White melalui bukunya *Managing Development in Third World* (1982: 160–161), berpendapat bahwa terdapat dua bentuk desentralisasi yang dapat dilakukan oleh negara-negara besar tadi. *Pertama*, desentralisasi yang berumah sakitifat politik (yang kemudian dikenal dengan istilah devolusi [dalam perspektif Chemma dan Rondinelli]). Dalam konteks ini kewenangan dalam formulasi kebijakan dan melakukan fungsi kontrol terhadap sumber-sumberdaya tertentu diberikan oleh pemerintah pusat kepada badan-badan pemerintah yang berada di daerah-daerah otonom. Dan, *kedua*, desentralisasi yang berumah sakitifat administratif (atau sering dikenal selanjutnya dengan istilah dekonsentrasi [dalam perspektif Chemma dan Rondinelli]). Desentralisasi dalam bagian ini menyuratkan pendelegasian wewenang pelaksanaan kepada pejabat ditingkat lokal yang berkedudukan sebagai wilayah administratif. Pejabat daerah yang diberikan wewenang diminta bekerja sesuai dengan rencana yang telah ditentukan sebelumnya oleh pemerintah pusat. Walau terdapat kontrol yang melekat pada diri pejabat di daerah, pemerintah pusat dengan agak longgar memberikan keleluasaan dalam hal tertentu dalam mengembangkan kebijakan di daerah.

Lain daripada itu, Cheema dan Rondinelli pada bukunya *Decentralisation and Development: Policy Implementation in Developing Countries* (1983: 18) memberikan empat bentuk alternatif desentralisasi, yaitu: (1) devolusi; (2) dekonsentrasi; (3) delegasi, dan (4) privatisasi atau debirokratisasi. *Pertama*, devolusi, adalah pembentukan dan pemberdayaan unit-unit pemerintah di daerah oleh pemerintah di pusat. Pemerintah pusat dalam hal ini melakukan kontrol terbatas (minimal) pada bidang-bidang tertentu. Bentuk *kedua*, dekonsentrasi, merupakan suatu bentuk pengalihan kewenangan dan tanggung-jawab administrasi dalam suatu departemen dari pusat kepada pemerintah di daerah (atau tingkat lokal). Dalam hal ini tidak ada transfer yang nyata karena bawahan (di daerah) menjalankan kewenangan atas nama pemerintah pusat (atau atasan) dan bertanggung-jawab kepada pemerintah yang berada di atasnya.

Ketiga, delegasi, merupakan pelimpahan tanggung-jawab atas fungsi-fungsi tertentu kepada organisasi-organisasi diluar struktur birokrasi pemerintah. Dalam konteks ini kontrol tidak secara langsung dilakukan oleh pemerintah pusat. Dan terakhir, privatisasi atau debirokratisasi, adalah pelepasan tanggung-jawab kepada organisasi-organisasi non-pemerintah (NGO/LSM) atau perusahaan-perusahaan swasta.

Pada dekade lalu, khususnya dibanyak negara berkembang, peranan pemerintah pusat sangat dominan dalam pelbagai hal. Tidak luput juga dalam hal pembangunan. Alasan utama yang seeringkalai digunakan oleh pemerintah pusat dalam melatarbelakangi dan melegitimasi pelbagai varian kegiatannya di daerah adalah ketidakmampuan atau lebih tepatnya kekurangmampuan pemerintah di level lokal (atau daerah) untuk mengimplementasikan dan melembagakan pembangunan karena terbatasnya sumberdana dan sumberdaya yang daerah miliki. Tanpa keterlibatan pemerintah pusat yang kuat sangat mungkin perubahan yang dicitakan akan sulit berwujud. Karena itu, sebagai konsekuensi logis dari keterlibatan pemerintah pusat yang begitu dalam dan kuat pada pembangunan di daerah, maka gejala tumbuhnya birokrasi yang kuat menjadi perihal yang wajar. Tumbuhnya birokrasi pemerintahan yang kuat, seringkali mengorbankan pembangunan masyarakat di daerah. Kewajaran berkembangnya birokrasi pemerintah yang kuat dimaksudkan untuk memacu pertumbuhan ekonomi (dengan sedapat mungkin meredam gejala-gejala dan gejolak-gejolak politik), sehingga pembangunan dapat berlangsung tanpa gangguan yang berarti.

Karena tingginya tuntutan dan dukungan terhadap peningkatan kesejahteraan melalui pembangunan, maka pemegang kekuasaan beranggapan bahwa tidak terdapat alternatif yang lebih baik untuk mencapai kesejahteraan selain dengan cara tersebut. Masyarakat kemudian diminta "memahami dan menerima" kenyataan bahwa dengan meningkatnya kekuasaan pemerintah pusat dalam perannya dibirokrasi pada konteks pembangunan akan dapat mengimbangi kemajuan-kemajuan yang hendak dicapai, khususnya dibidang ekonomi. Contoh empiris yang dapat dirujuk dalam hal ini, misalnya, di Negara-negara Industri Baru (*New Industrial Countries* [NIC's]) di Asia

Timur dan Asia Tenggara, seperti: Indonesia (pada era-Orde Baru), Korea Selatan, Taiwan, dan Singapura, pada tahap-tahap awal pembangunannya sangat diwarnai oleh kuatnya peran pemerintah pusat dan birokrasi dalam melembakana pembangunan. Bahkan terkadang pelembagaan tersebut cenderung berwajah otoriter.

Gambaran tersebut di atas dapat kita tarik simpulan dan pemahaman bahwa pendekatan yang sentralistik kadangkala memang masih diperlukan, ketika tujuan utama pembangunan bersifat integratif. Akan tetapi, ketika masyarakat mulai semakin maju dan cerdas, kepentingannya menjadi lebih plural, maka pendekatan desentralisasi akan menjadi lebih efektif untuk mewujudkan kemakmuran dan kesejahteraan di daerah. Karena itu, di Indonesia pasca-suksesi kekuasaan 1998, pemerintah pusat kembali melihat ke dalam dirinya (introspeksi) atas perjalanan panjang desentralisasi (otonomi daerah) yang pernah dilangsungkan. Melalui serangkaian dialog, pelembagaan wacana publik, serta pelbagai seminar dan lokakarya ilmiah, maka pemerintah (pusat) menilai bahwa konsep sentralisasi yang ditawarkan tidak lagi *fascinosum*. Jalan keluar yang sangat mungkin dilakukan adalah melakukan desentralisasi atau otonomi daerah, seperti yang diutarakan oleh Bryant dan White (1982) atau Cheema dan Rondinelli (1983) di awal tulisan ini.

Makalah ini akan memaparkan bagaimana upaya yang dilakukan oleh pemerintah daerah di Provinsi Banten, sebagai *locus* bahasan, dalam menereapkan pelembagaan pelayanan di bidang kesehatan guna menggenapi misi "Banten Sehat 2008". Ada banyak kesempatan dan juga banyak kendala, tentunya, yang dihadapi untuk menyelenggarakan misi yang telah ditetapkan tersebut. Kesempatan yang dapat dikelola dengan baik bukan hanya akan menghasilkan *output* dan *outcome* yang tak terduga, tetapi ketika hal itu tidak tanggap dengan serius, juga, bukan hal tidak mungkin akan mendatangkan masalah dikemudian hari. Karenanya, makalah ini akan mengurai beberapa subbagian, *pertama*, karena dalam pokok pemikiran yang diulas dimuka bahwa (otonomi daerah) desentralisasi merupakan kerangka kerja dalam mengelola pemerintahan pada negara modern saat ini, maka bagaimana penulis melihat otonomi

daerah dalam konteks pelayanan publik. *Kedua*, upaya untuk menemukan komitmen pemerintah daerah dalam menerapkan pelayanan kesehatan pada warga. Tentu saja bahasan ini akan menyoroti bagaimana kasusnya di Provinsi Banten, dengan tidak menutup kemungkinan elaborasi beberapa data yang diungkap dari kabupaten atau kota yang ada di Provinsi Banten. Dan, terakhir, bagian penutup. Pada bagian ini akan penulis upayakan adanya sebuah rekomendasi atau usulan yang konstruktif guna perbaikan pelayanan kesehatan di Provinsi Banten.

Mewujudkan *Good Governance* Melalui Pelayanan Publik

Otonomi daerah yang tertuang dalam dua perundangan pasca-Orde Baru (undang-undang No.22/1999 yang kemudian direvisi menjadi Undang-undang No.32/2004) telah mengantarkan negara Indonesia ke depan konstruksi baru koseptualisasi dan operasionalisasi utuh desentralisasi. Bila merujuk pada beberapa pendapat *scholars* mengenai otonomi daerah di Indonesia, misalnya: John D. Legge (1961)¹¹, Karl D. Jackson (1980)¹², serta Colin MacAndrews (1986)¹³ dalam buku-buku mereka, dapat kita temui bahwa penerapan mulai: Undang-undang No.1 tahun 1945, Undang-undang No. 22 tahun 1948, Undang-undang No 1 tahun 1957, Penetapan Presiden (Penpres) No. 6 tahun 1959, Undang-undang No. 18 tahun 1965, hingga Undang-undang No. 5 tahun 1974, sangat berwarna tarik-ulur desentralisasi, di satu sisi, dengan dekonsentrasi, di sisi lainnya, untuk diterapkan.

Dekonsentrasi merupakan pelaksanaan tugas dan kewenangan oleh pemerintahan daerah yang didelegasikan oleh pemerintahan pusat

-
- 11 Baca: John D. Legge. 1961. *Central Authority and Regional Autonomy in Indonesia*. Ithaca: Cornell University Press
 - 12 Baca: Karl D. Jackson. 1980. *Political Power and Communication in Indonesia*. California: University of California Press.
 - 13 Baca: Colin MacAndrews. 1986. *Central Government and Local Government in Indonesia*. Oxford: Oxford University Press.

dengan mengikuti aturan dan prosedur yang telah disediakan oleh pemerintahan pusat (Surbakti, 1992: 173). Pertanggungjawaban atas pelaksanaan dekonsentrasi, seperti tersebut di muka, tentunya, harus diajukan pada pemerintahan pusat. Sedangkan desentralisasi lebih merujuk pada pemberian hak pada pemerintahan daerah untuk melaksanakan fungsi negara di daerah dalam rangka menerapkan tugas dan fungsi negara, tanpa harus bertanggung-jawab pada pemerintahan pusat (Surbakti, 1992: 173).

Hal ini tentu dapat kita lihat satu persatu, mulai dari Undang-undang No. 1/1945 yang lebih menitikberatkan pada penyelenggaraan dekonsentrasi daripada desentralisasi. Kemudian Undang-undang No. 22/1948, sebaliknya, lebih menekankan pada desentralisasi. Dalam UU No. 1/1957, otonomi daerah menjadi semakin "gado-gado". Hal ini bukan tanpa sebab, karena pemerintahan daerah saat itu harus mampu menempatkan dirinya menjadi "Abdi Negara" sekaligus juga sebagai "Abdi Masyarakat". Artinya kepala daerah, pada saat tertentu, wajib mempertanggungjawabkan kinerjanya pada parlemen (sebagai pengabdian masyarakat), tapi di lain pihak, gubernur/bupati/walikota menjadi alat pemerintahan pusat di daerah. Keadaan ini sempat menimbulkan terjadinya dualisme struktural.

Untung saja dualisme struktural dan dualisme pengabdian berubah manakala Penetapan Presiden No. 6 tahun 1959 diberlakukan. Penetapan Presiden secara pasti lebih memberikan titik berat pada dekonsentrasi. Melalui Penpres ini kepala daerah diangkat oleh pemerintah pusat terutama dari kalangan pamong-praja (Legge, 1961). Perilaku pergantian paradigma (*shifting paradigm*) dari dekonsentrasi ke desentralisasi kembali terjadi dengan dilembarkannya dalam lembaran negara UU No. 18/1965. Melalui perundangan ini pemerintahan pusat kembali menerapkan desentralisasi dengan memberikan otonomi yang seluas-luasnya bagi daerah, sedangkan dekonsentrasi diterapkan hanya sebagai komplemen saja. Bahkan pada waktu itu timbul tuntutan bagi terbentuknya Daerah Tingkat III (Dati. III) yang berbasis pada tingkat Kecamatan. Pada tahun 1974, melalui UU No. 5/1974 pemerintahan pusat kembali mengembangkan konsep otonomi daerah bagi Indonesia yang relatif *ajeg*. Dan ia menjalankan

secara setimbang antara desentralisasi, dekonsentrasi, dan tugas perbantuan (*medebewind*).

Setelah sangat lama tidak direvisi, apada pemerintahan Burhanuddin Jusuf Habibie, undang-undang otonomi daerah kembali dikonstruksi ulang. Bukan hanya tidak lagi sesuai dengan perubahan zaman yang tengah terjadi. Tetapi juga UU No.5/1974 dinilai oleh banyak pihak, khususnya mereka-mereka yang berada di luar Jakarta sebagai perundangan yang "menghisap", "yang mengerdilkan kebebasan daerah" (kretinisme), dll.. Oleh akrena itu, pada tahun 1999 melalui Undang-undang No.22/1999 tentang Pemerintahan Daerah, maka regulasi otonomi yang lebih luas, nyata, dan bertanggungjawab dilembarkan dalam lembaran negara No. 60 yang disahkan dan diundangkan pada 7 Mei 1999. Namun dengan berjalannya proses transisi menuju demokrasi melalui jiwa zaman reformasi, UU No. 22/1999 kemudian direvisi dan muncullah UU No. 32/2004 tentang Pemerintahan Daerah. Tujuan otonomi daerah yang termaktub dalam kedua perundangan tersebut pada dasarnya berakar pada falsafah yang sama. Tidak dapat dipungkiri bahwa keinginan untuk (1) meningkatkan pelayanan dan kesejahteraan pada masyarakat; (2) berupaya mengembangkan kehidupan demokrasi, keadilan, dan pemerataan; serta (3) menupayakan pemeliharaan hubungan yang serasi antara Pusat dan Daerah serta antar-daerah dalam rangka menjaga keutuhan Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI), pada dasarnya sesuai dengan konsepsi tujuan desentralisasi dan pemberian otonomi yang bersifat universal.

Tidak dapat disangkal bahwa pelembagaan desentralisasi, merujuk Bowman dan Hampton serta Cheema dan Rondinelli, pada dasarnya berusaha, terutama dan paling penting, adalah untuk meningkatkan pelayanan kepada warga masyarakat. Karena, tidak dapat dipungkiri, bahwa pemerintahan daerah adalah institusi terdekat dengan warga masyarakat, sehingga mereka diasumsikan mampu untuk mengagregasi dan mengartikulasi tuntutan dan kebutuhan masyarakat. Yang berbeda halnya apabila agregasi dan artikulasi itu dilakukan oleh pemerintah pusat. Ketetapan politik hingga kebijakan publik yang dihasilkan oleh pemerintah pusat bisa sangat mungkin tak sejalan

dengan nafas dan detak kehidupan warga setempat, yang berakibat pada lahirnya kemubaziran formulasi dan implementasi kebijakan.

Dimasa Orde Baru otonomi daerah dijalankan dengan ekstra hati-hati. "Pembatasan" serta intensitas keterlibatan pengendalian penyelenggaraan kewenangan pemerintahan di daerah oleh pemerintahan pusat begitu kuat terjaga, sehingga ruang gerak, kreativitas, inisiatif, dll. dari aparatur di daerah (kotamadya dan kabupaten –ketika itu—) menjadi sangat terbatas. Usaha pemerintahan daerah untuk memenuhi tuntutan hingga kebutuhan warga masyarakat menjadi sangat terbatas. Banyak intervensi yang dilakukan oleh Jakarta pada daerah pada masa lalu, misalnya, ternyata memberi dampak pada perluasan masalah publik itu sendiri di daerah¹⁴. Karena itu, tidak heran apabila masyarakat awam seringkali mencibir kinerja pemerintah daerah pada saat itu. Mereka katakan bahwa birokrasi yang ada, entah itu di daerah maupun di pusat, tidak mampu menjadi solusi dari persoalan yang tengah mereka rasakan, justru birokrasi kita menjadi bagian dari masalah. Dan bahkan, birokrasi seringkali dituding sebagai pemerkeruh keadaan.

Suksesi kekuasaan pada tahun 1998 ternyata tidak hanya menyediakan ruang bagi lahirnya cerita duka dan luka, tetapi juga menyilakan ruang bagi berwujudnya suka. Tepat satu tahun setelah *lengser*-nya Soeharto dari tampuk kekuasaan kepresidenan, undang-undang tentang Pemerintahan Daerah yang lebih dikenal dengan Undang-undang Otonomi Daerah menjadi isu yang sangat hangat bagi pemerintahan lokal di seluruh Indonesia. Melalui perundangan tersebut daerah pada akhirnya menerima desentralisasinya dengan luas, nyata, dan bertanggung-jawab. Ujung dari penyelenggaraan otonomi tersebut, tidak lain dan tidak bukan, adalah mengupayakan penerapan dan peningkatan pelayanan publik, sehingga dengan pelayanan yang prima di daerah, kelak akan mampu mendorong kesejahteraan warga

14 Hal ini dapat dibaca dalam bukunya Andrinof A. Chaniago. 2001. *Gagalnya Pembangunan: Kajian Ekonomi Politik terhadap Akar Krisis Indonesia*. Jakarta: LP3ES; atau Donald K. Emmerson. 2001. *Indonesia Beyond Soeharto*. Jakarta: Gramedia.

masyarakat. Bila demikian halnya maka, hipotesis yang menyatakan bahwa otonomi daerah adalah suatu mekanisme dalam mendistribusikan dan membagikan kewenangan berdasarkan asas desentralisasi, dekonsentrasi, dan pembantuan pada strata pemerintahan guna mendorong prakarsa lokal dalam membangun kemandirian dalam wadah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) menjadi benar adanya.

Dalam konteks otonomi daerah banyak sasaran yang hendak dicapai. Namun, yang perlu diingat bahwa dalam Undang-undang Otonomi Daerah yang telah direvisi (UU No.32/2004) pendelegasian kewenangan antara pemerintah pusat, pemerintah provinsi, dan pemerintah kota dan kabupaten telah terbagi secara seksama. Pembagian kewenangan itu dapat dilihat pada tabel 1 berikut:

Kewenangan Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi, dan Pemerintah Kota/Kabupaten

No	Pemerintah Pusat	Pemerintah Daerah	Pemerintah Kab/Kota
1.	Politik Luar Negeri	Perencanaan dan Pengendalian Pembangunan	Perencanaan dan Pengendalian Pembangunan
2.	Pertahanan	Perencanaan, Pemanfaatan, dan Pengawasan Tata Ruang	Perencanaan, Pemanfaatan, dan pengawasan tata ruang
3.	Keamanan	Penyelenggaraan ketertiban umum dan ketentraman masyarakat	Penyelenggaraan Ketertiban Umum dan Ketentraman Masyarakat
4.	Yuridis	Penyediaan Sarana dan Prasarana Umum	Penyediaan Sarana dan Prasarana Umum
5.	Moneter dan Fiskal	Penanganan Bidang Kesehatan	Penanganan Bidang Kesehatan

No	Pemerintah Pusat	Pemerintah Daerah	Pemerintah Kab/Kota
6.	Agama	Penyelenggaraan Pendidikan dan Alokasi Sumber Daya Potensial	Penyelenggaraan Pendidikan
7		Penanggulangan Masalah Sosial Lintas Kabupaten/kota	Penanggulangan Masalah Sosial
8.		Pelayanan Bidang Ketenagakerjaan Lintas Kabupaten/kota	Pelayanan Bidang Ketenagakerjaan
9		Fasilitas Pengembangan Koperasi, Usaha Kecil dan Menengah termasuk Lintas Kabupaten/kota	Fasilitas Pengembangan Koperasi, Usaha Kecil dan Menengah
10		Pengendalian Lingkungan Hidup	Pengendalian Lingkungan Hidup
11		Pelayanan Pertanahan Lintas Kabupaten/kota	Pelayanan Pertanahan
12		Pelayanan Kependudukan dan Catatan Sipil	Pelayanan Kependudukan dan Catatan Sipil
13.		Pelayanan Administrasi Umum Pemerintah	Pelayanan Administrasi Umum Pemerintah
14		Pelayanan Administrasi Penanaman Modal termasuk Lintas Kabupaten/kota	Pelayanan Administrasi Penanaman Modal
15		Penyelenggaraan Pelayanan Dasar Lainnya yang Belum Dapat Dilaksanakan oleh Kabupaten/kota	Penyelenggaraan Pelayanan Dasar Lainnya

No	Pemerintah Pusat	Pemerintah Daerah	Pemerintah Kab/Kota
16		Urusan Wajib Lainnya yang Diamanatkan oleh Peraturan Perundang-undangan	Urusan Wajib Lainnya yang Diamanatkan oleh Peraturan Perundang-undangan

Sumber : Undang-undang No. 32/2004 tentang Pemerintahan Daerah.

Dari tabel di atas dapat diamati bahwa hanya ada enam hal wewenang yang dipegang oleh pemerintah pusat dan ini sifatnya absolut (*distinctive*). Sisanya diberikan semuanya pada pemerintah provinsi dan daerah otonom (kota/kabupaten). Perlu dipahami sebelumnya, di sini, bahwa ada dua bentuk kewenangan yang terurai dalam konsep otonomi daerah di Indonesia, yaitu: (1) kewenangan absolut (*distinctive*) ialah kewenangan yang hanya dimiliki oleh pemerintah pusat, seperti: Politik Luar Negeri, Pertanahan, keamanan, Peradilan/yuridis, Moneter dan Fiskal, dan Agama; dan (2) kewenangan bersama (*concurrent*) ialah kewenangan dikerjakan bersama antara pemerintah pusat, pemerintah provinsi, serta pemerintah kota/kabupaten (seperti dapat dilihat pada tabel).

Kewenangan bersama dalam penjelasan UU No.32/2004 terbagi ke dalam dua sifat: (1) kewenangan *concurrent* ada yang bersifat wajib (*obligatory*) –yang diikuti oleh standar pelayanan minimum (SPM)— dan (2) kewenangan *concurrent* yang bersifat opsional (*core competence*). Kewenangan *concurrent* yang bersifat *obligatory*, adalah: kesehatan, pendidikan, lingkungan hidup, pekerjaan umum, dan perhubungan; sedangkan kewenangan *concurrent* yang bersifat *optional* adalah kewenangan yang harus dijalankan bersama oleh provinsi dan kota/kabupaten karena dampaknya yang taktis, seperti: pertanian, perindustrian, perdagangan, kelautan, dan sebagainya.

Menjurus pada UU No. 32/2004 yang lebih spesifik, pada pasal 14, khususnya, menyatakan bahwa kesehatan merupakan salah satu bidang kewenangan yang harus dilaksanakan oleh pemerintahan daerah kota dan kabupaten. Ini berlaku untuk seluruh kota dan kabupaten di seluruh Indonesia. Daerah kota dan kabupaten

bertanggung-jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat dan mutu kesehatan masyarakat di daerah. Karena itu, menjadi sangat penting untuk meninjau apakah pelembagaan pelayanan kesehatan seperti yang diamanatkan oleh UU No. 32/2004 dan Peraturan Pemerintah No.25/2000 telah diimplementasikan dengan baik atau tidak. Karena harapannya adalah dengan terbitnya perundangan seperti itu, maka pemerintahan daerah dapat memberikan pelayanan terbaik pada warganya.

Pelembagaan kesehatan di Provinsi Banten melalui penancangan "Banten Sehat 2008" amat diharapkan akan memperoleh apa yang diidamkan oleh warga, seperti: penduduk yang hidup dalam lingkungan dan perilaku yang sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau dan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Hal tidaklah terlalu muluk apabila strategi dan program yang dituangkan dapat terimplementasi dengan baik. Implementasi kebijakan sangat berkait dengan banyak hal. Misalnya bila kita rujuk pada teori yang diutarakan oleh Merilee S. Grindle dalam bukunya *Implementation as A Political and Administrative Process* (1980) menerangkan bahwa terdapat dua variabel yang mempengaruhi implementasi kebijakan. Keberhasilan implementasi suatu kebijakan publik, lanjutnya, dapat diukur dari proses pencapaian hasil akhir (*outcomes*), yaitu tercapai atau tidaknya tujuan yang ingin diraih. Hal ini dikemukakan oleh Grindle, dimana pengukuran keberhasilan implementasi kebijakan tersebut dapat dilihat dari dua hal, yaitu:

1. Dilihat dari prosesnya, dengan mempertanyakan apakah pelaksanaan kebijakan sesuai dengan yang ditentukan (*design*) dengan merujuk pada aksi kebijakannya.
2. Apakah tujuan kebijakan tercapai. Dimensi ini diukur dengan melihat dua faktor, yaitu:
 - a. Impak atau efeknya pada masyarakat secara individual dan berkelompok.
 - b. Tingkat perubahan yang terjadi serta penerimaan kelompok sasaran dan perubahan yang terjadi.

Keberhasilan implementasi kebijakan publik itu juga, paparnya, amat ditentukan oleh tingkat *implementability* kebijakan itu sendiri, yang terdiri atas *Content of Policy* dan *Context of Policy*. Namun yang akan penulis sorot adalah pada bagian *content of policy* yang berkait dengan beberapa hal, yakni: *pertama, interest affected* (kepentingan-kepentingan yang mempengaruhi), berkaitan dengan berbagai kepentingan yang mempengaruhi suatu implementasi kebijakan. Indikator ini berargumen bahwa suatu kebijakan dalam pelaksanaannya pasti melibatkan banyak kepentingan, dan sejauhmana kepentingan-kepentingan tersebut membawa pengaruh terhadap implementasinya, hal inilah yang ingin diketahui lebih lanjut.

Kedua, type of benefits (tipe manfaat), pada poin ini *content of policy* berupaya untuk menunjukkan atau menjelaskan bahwa dalam suatu kebijakan harus terdapat beberapa jenis manfaat yang menunjukkan dampak positif yang dihasilkan oleh pengimplementasian kebijakan yang hendak dilaksanakan. Tentu saja manfaat yang berorientasi pada pemantapan atas perbaikan keadaan menjadi hal yang utama dalam poin ini.

Ketiga, extent of change envision, derajat perubahan yang ingin dicapai. Setiap kebijakan mempunyai target yang hendak dan ingin dicapai. *Content of policy* pada poin ini hendak menjelaskan bahwa seberapa besar perubahan yang hendak atau ingin dicapai melalui suatu implementasi kebijakan harus mempunyai skala yang jelas. Penentuan derajat perubahan menjadi sangat penting karena kadangkala implementasi kebijakan menegasikan apa yang hendak dicapai. Salah satunya asumsi yang menyatakan bahwa implementasi kebijakan selesai pada saat kebijakan itu terapkan.

Keempat, site of decision making, letak pengambilan keputusan. Pengambilan keputusan dalam suatu kebijakan memegang peranan penting dalam pelaksanaan/penerapan suatu kebijakan, maka pada bagian ini harus dijelaskan dimana letak pengambilan keputusan dari suatu kebijakan hendak diejawantahkan. Maksudnya bahwa kadangkala letak pengambilan kebijakan yang terlampau "tinggi" akan membuat kebijakan itu tidak "melumpur". Keberlumpuran suatu

kebijakan demi kemudahan operasionalisasinya menjadi sangat penting. Karena itu, level pengambilan keputusan perlu diperhitungkan agar penerapan kebijakan menjadi sangat fisibel dan realibel.

Kelima, program implementer (sumberdaya manusia pelaksana program). Dalam menjalankan suatu kebijakan kita juga harus memperhitungkan daya dukung pelaksana kebijakan yang kompeten serta kapabel. Hal ini akan berbuntut panjang apabila realisasi implementasi kebijakan ternyata berdampak negatif yang lebih luas dibandingkan dengan dampak lainnya (yang positif). Karena itu, sumber daya manusia yang tepat dibidangnya dengan pengalaman yang baik turut pula menjadi barometer berhasil tidaknya implementasi kebijakan menurut Merilee Grindle. Dan, terakhir, *keenam, resources committed* (sumber-sumber daya yang digunakan). Pelaksanaan suatu kebijakan juga harus didukung oleh sumber-sumber daya yang cakap dan komit pada pekerjaannya agar penerapannya berjalan dengan baik dan prima.

Yang dimaksud dengan pelayanan publik (yang) prima adalah manakala masyarakat puas, para petugas juga puas, serta pimpinan lembaga merasa puas atas kinerja pelayanan yang diberikannya (Edvardsson, Thomasson, dan Ovetveit, 1994: 2). Paradigma ini hendak mengutarakan bahwa serta didasarkan atas asumsi bahwa persoalan kualitas pelayanan yang diberikan kepada warga, bukan merupakan permasalahan yang bersifat parsial semata (demi warga yang dilayani), tapi lebih dari itu, merupakan persoalan yang harus ditangani secara holistik. Karena itu, merujuk pada paradigma ini bahwa kualitas pelayanan harus juga memerhatikan –bukan hanya masyarakat sebagai pengguna layanan— tetapi juga unsur-unsur lain, seperti: petugas yang melayani (*street level bureaucrats*), unsur-unsur di dalam organisasi (termasuk pimpinan), hingga mitra kerja eksternal yang diperlukan untuk menghasilkan layanan secara berkualitas dan memuaskan.

Oleh karena itu, untuk memahami kualitas pelayanan, maka para administrator perlu mendasarkan kinerjanya pada tingkat kepuasan yang diharapkan oleh masyarakat (*expected services*). Apabila kualitas

pelayanan yang diterima oleh warga masyarakat, kira-kira sesuai dengan kualitas layanan yang diharapkannya, maka pelayanan tersebut dapat dinyatakan berkualitas (*quality service*). Namun apabila layanan yang diterima, menurut persepsi masyarakat kurang atau bahkan jauh dari apa yang diharapkannya, maka pelayanan tersebut dapat dikatakan buruk (*poor quality service*). Yang terbaik adalah, ketika warga masyarakat merasakan pelayanan yang melebihi dari apa yang diharapkan atau dibayangkannya maka dapat dikatakan pelayanan yang sangat baik (*excellent service*).

Permasalahan yang muncul sekarang, adalah: Bagaimana Pemerintah Provinsi Banten mengimplementasikan/menerapkan/menyediakan pelayanan (beserta daya dukungnya) dalam rangka mewujudkan Banten Sehat 2008? Apakah keberpihakan pada publik guna menghadirkan *excellent service*, atau paling tidak *quality service*, sejauh ini sudah tampak? Pertanyaan-pertanyaan tersebut coba diulas dan dielaborasi oleh penulis pada subbagian selanjutnya dengan tanpa pretensi untuk menjustifikasi dan memberikan gambaran yang menggeneralisir.

Komitmen Pemerintah Provinsi Banten dalam Pelayanan Kesehatan

Banten pada Oktober tahun 2006 lalu menginjak usianya yang keenam, walau pada dasarnya sebagai sebuah konsepsi Kerajaan Nusantara, Banten telah berusia lebih dari ratusan tahun. Sebagai sebuah provinsi yang baru berdiri –atas ketetapan Undang-undang No. 23 tahun 2003– Provinsi Banten terdiri atas empat kabupaten dan dua kota, yakni: Kabupaten Serang (di mana ibukota provinsi berada), Kabupaten Tangerang, Kabupaten Lebak, kabupaten Pandeglang, Kota Tangerang, serta Kota Cilegon. Luas wilayah provinsi ini secara keseluruhan adalah 8.800,83 Km² dengan jumlah penduduk 9.083.144 jiwa (BPS, 2005).

Kegiatan ekonomi yang dilakukan oleh penduduk Provinsi Banten, terbesar, adalah industri pengolahan yang mencapai 49,76%; disusul

dengan: perdagangan, hotel, dan restoran 17,13%; pengangkutan dan komunikasi 8,58%; pertanian 8,54%; jasa-jasa 4,99%; listrik, gas, dan air bersih 4,87%; keuangan, persewaan, dan jasa perusahaan 3,29%; bangunan 2,73%; serta pertambangan dan penggalian 0,11%. Bila dirunut lebih detail, maka akan ditemukan hasil olahan yang menarik atas sektor perekonomian di Provinsi Banten.

Sektor perekonomian di Provinsi Banten terbelah menjadi dua kategori yang sangat diametral. Dimana Banten Utara yang meliputi Kota Tangerang, Kabupaten Tangerang, Kabupaten Serang, dan Kota Cilegon memfokuskan bidang perekonomiannya dibidang industri. Sedangkan Banten Selatan yang terdiri atas dua Kabupaten (Lebak dan Pandeglang) berorientasi pada pertanian, perladangan, dan perkebaunan. Ada kurang lebih tujuh belas kawasan industri strategis di Banten Utara yang memberikan kontribusi signifikan atas pendapatan daerah provinsi. Hal ini bisa dilihat melalui Pendapatan Dosmetik Regional Bruto (PDRB) yang dihasilkan oleh empat kota dan kabupaten di Banten Utara, yang berluas 3.193,97 kilometer persegi, sebesar 88,98 persen bagi PDRB provinsi yang bernilai 61,35 triliun. Bahkan Kota Tangerang, sebagai contoh, dapat memberikan kontribusi sebesar 34,2% pada APBN Provinsi Banten tahun 2005 lalu, dan Kabupaten Tangerang 26,83%. Sedangkan untuk Banten Selatan (Kabupaten Lebak dan Kabupaten Pandeglang) hanya memiliki PDRB (Produk Domestik Regional Bruto) sebesar Rp. 3,28 Triliun (5,36%) dan Rp. 3,36 Triliun (5,48%).

Provinsi Banten dalam Angka

Kota/Kabupaten	Luas Wilayah (Km ²)	Tahun		Rata-rata Penduduk per Km ²
		2000	2004	
Kota Tangerang	184	1.325.854	1.488.666	8.091
Kota Cilegon	175,5	294.936	331.872	1.891
Kabupaten Serang	1.724,09	1.652.763	1.834.514	1.064
Kabupaten Tangerang	1.110,38	2.781.428	3.194.282	2.877
Kabupaten Lebak	2.859,96	1.030.040	1.132.899	396

Kabupaten Pandeglang	2.746,9	1.011.788	1.100.911	401
Provinsi Banten Total	8.800,83	8.096.809	9.083.144	1.032

Sumber: Diolah dari BPS. 2005. *Banten dalam Angka*.

Data tersebut tentu saja sangat mengkhawatirkan apabila pemerintahan daerah tidak mampu menyipatakan kesetimbangan antara daerah yang maju dan daerah yang kurang. Secara agregat posisi provinsi banten di kancah nasional tidak terlalu memperhatikan. Bila kita rujuk data Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yang dibuat oleh pemerintah pusat melalui survei dan penelitian yang mendalam menerangkan bahwa Provinsi Banten berada pada urutan 11 dari lebih dari tigapuluh provinsi yang ada. Lantas Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Provinsi Banten pun berada pada urutan 17. Ini menandakan bahwa pembangunan pasca-pemisahan diri dengan Jawa Barat memberikan dampak yang positif terhadap kemajuan daerah ini. Kemajuan ini juga dapat dilihat dalam tabel 3 di bawah yang menyuratkan bagaimana perbaikan yang telah terbangun di Provinsi Banten.

Indikator Kesejahteraan Rakyat di Provinsi Banten

(dibandingkan dengan Provinsi-provinsi di Sumatera, Jawa dan Bali, dan Indonesia)

Indikator	Banten	SUMATERA	JAWA & BALI	INDONESIA
Angka Kematian Bayi (2002-2003)	38	<ul style="list-style-type: none"> - Sum-Sel (30) - Jambi (41) - Sumut (42) - Babel (43) - Riau (43) - Sumbar (48) - Bengkulu (53) - Lampung (55) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bali (14) - D.I.Y (20) - DKI Jakarta (35) - Jawa Tengah (36) - Jatim (43) - Jawa Barat (44) 	35

Indikator	Banten	SUMATERA	JAWA & BALI	INDONESIA
Persentase Balita Gizi Buruk (2003)	8,25 %	- Jambi (3,07 %) - Sumbar (7,29 %) - Bengkulu (7,77 %) - Lampung (8,19 %) - Sabel (9,32 %) - Sumsel (10,28 %) - Riau (10,76%) - Sumut (12,76 %)	- Bali (3,59 %) - D.I.Y (4,07 %) - Jabar (5,56 %) - Jatim (5,95 %) - Jateng (6,03 %) - DKI Jakarta (6,36 %)	8,55 %
Persentase Penolong Kelahiran Balita Terakhir melalui Dukun (2004)	39,94 %	- Sumut (11,43 %) - Sumbar (11,48 %) - NAD (15,95 %) - Riau (17,91%) - Babel (18,60 %) - Bengkulu (22,3 %) - Jambi (26,85 %) - Lampung (28,22) - Sumsel (28,69 %)	- DKI (2,21%) - Bali (5,21 %) - D.I.Y (10,25 %) - Jateng (21,13 %) - Jatim (21,45 %) - Jabar (37,82 %)	26,28 %
Persentase Penduduk Berobat Jalan Selama Sebulan yang Lalu di Puskesmas/Pustu (2004)	31,49 %	- NAD (62,92 %) - Sumsel (48,77 %) - Jambi (46,65 %) - Riau (46,28 %) - Babel (41,01 %) - Sumbar (39,02 %) - Bengkulu (37,86) - Lampung (34,41) - Sumut (27,62 %)	- Jabar (36,44 %) - Jateng (33,55 %) - Jatim (29,67 %) - DKI (29,18 %) - Bali (27,83 %) - D.I.Y (24,08 %)	37,26 %
Angka Harapan Hidup (2002)	62,4 tahun	- Riau (68,1 th) - NAD (67,7 th) - Sumut (67,3 th) - Jambi (66,9 th) - Sumbar (66,1 th) - Lampung (66,1 th) - Sumsel (65,7 th) - Babel (65,6 th) - Bengkulu (65,4 th)	- D.I.Y (72,4 th) - DKI (72,3 th) - Bali (70 th) - Jateng (68,9 th) - Jatim (66,0 th) - Jabar (64,5 th)	66,2 tahun

Sumber: Diolah dari BPS. 2005. *Indikator Kesejahteraan Rakyat 2004.*

Data di atas menunjukkan bahwa angka kematian bayi di Provinsi Banten berjumlah 38 per 1000 kelahiran, ini lebih tinggi dibandingkan dengan angka rata-rata nasional yang berjumlah 35 jiwa. Namun setidaknya masih lebih baik bila dibandingkan dengan beberapa provinsi di Sumatera, seperti: Provinsi Jambi (30 jiwa), Provinsi Sumatera Utara (42 jiwa), Provinsi Bangka-Belitung (43 jiwa), Provinsi Riau (43 jiwa), Provinsi Sumatera Barat (48 jiwa), Provinsi Bengkulu (53 jiwa), Provinsi Lampung (55 jiwa); dan beberapa provinsi di Jawa, seperti: Jawa Timur (43 jiwa) dan Jawa Barat (44 jiwa). Data statistik ini tentu membanggakan karena pengelolaan angka kematian di Provinsi Banten ternyata lebih baik bila dibandingkan dengan provinsi induknya dulu.

Balita dengan gizi buruk, menjadi hal kedua yang patut dicermati dari data di atas. Merujuk pada data Biro Pusat Statistik tahun 2005, maka diperoleh hasil yang juga menggembirakan bahwa angka Balita dengan gizi buruk di Provinsi Banten dibawah angka rata-rata nasional yang 8,55%, yakni: 8,25%. Angka 8,25% adalah angka tertinggi diantara seluruh provinsi di Jawa dan Bali. Hal lain yang tampak dari tabel di atas adalah persentase penolong kelahiran balita melalui dukun. Angka statistik dalam tabel 3 di atas, untuk Provinsi Banten, ialah 39,94%. Angka ini sangat tinggi bila dibandingkan dengan dengan provinsi-provinsi di Jawa dan Bali, termasuk juga angka rata-rata nasional yang hanya 26,28%. Hal ini tidak mengherankan apabila melihat konten sosio-kultur dan kebiasaan masyarakat perdesaan yang masih sangat luas di Banten.

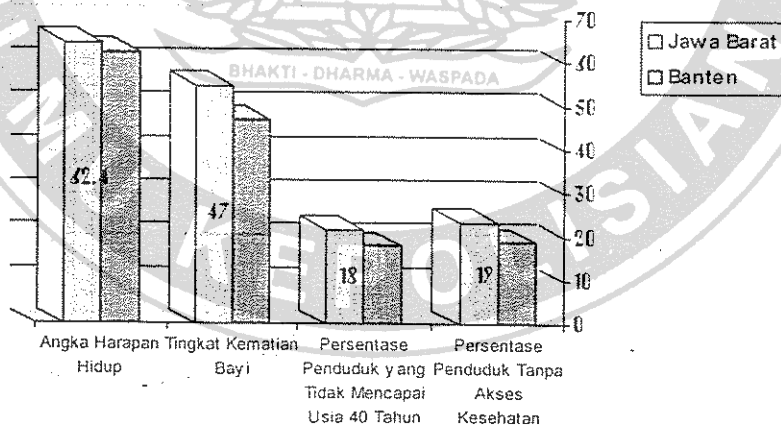
Gambaran ini akan berkorelasi positif bila kita hubungkan dengan indikator *keempat*, yakni: persentase penduduk berobat jalan ke Pusat Kesehatan Masyarakat (puskesmas) dan Pusat Kesehatan Masyarakat Pembantu (Pustu). Persentase jumlah penduduk yang berobat ke Puskesmas atau Pustu di Provinsi Banten adalah 31,49%. Persentase itu tentu jauh sangat sedikit bila dibandingkan dengan angka rata-rata nasional persentase jumlah penduduk yang berobat ke Puskesmas atau Pustu yang berangka 37,26%. Hal ini menggambarkan bahwa ketika warga masyarakat senyap dari kegiatan atau aktivitas kesehatannya di Puskesmas atau Pustu, maka, diasumsikan, bahwa warga akan

mengalihkan kegiatan-kegiatan kesehatannya kepada dukun atau "orang-orang pintar" lainnya.

Dan terakhir, Angka Harapan Hidup, dimana rata-rata masyarakat di Provinsi Banten berumur 62,4 tahun. Angka ini adalah angka terendah bila dibandingkan dengan data nasional, dan data Angka Harapan Hidup di seluruh Provinsi Sumatera dan seluruh Provinsi Jawa dan Bali. Angka Harapan Hidup memang tidak dapat dilihat secara parsial. Ia akan sangat dipengaruhi oleh banyak hal, mulai dari: gaya hidup, pola makan, berat/tidaknya dalam bekerja, waktu istirahat, dll. Karena itu, akan sangat menarik bila hal ini dapat diteliti lebih lanjut oleh siapa saja yang berminat untuk mendalami data tersebut.

Kembali ke persoalan utama, bahwa pemisahan diri dengan Provinsi Induk, Jawa Barat, tentu bukan tanpa maksud dan tujuan. Kesejahteraan, pemberdayaan, hingga pelayanan prima adalah beberapa hal yang hendak dituju dalam pemekaran provinsi. Tapi bila kita sandingkan dengan data yang ada di Provinsi Jawa Barat, maka akan ditemukan data sebagai berikut.

Perbandingan Beberapa Indikator Kesehatan antara Jawa Barat dan Banten



Dari tabel di atas secara sekilas terlihat bahwa belum ada kemajuan yang terjadi, di bidang kesehatan setidaknya, pasca ebnam tahun pisah dengan provinsi Jawa Barat. Kondisi pertama yang dapat kita gunakan sebagai alibi adalah Angka Harapan Hidup. Angka Harapan Hidup masyarakat di Provinsi Banten lebih rendah dibandingkan dengan Provinsi Jawa Barat yang rata-rata berusia 64,5 tahun. Hal ini memang tidak dapat dikatakan bahwa belum ada perubahan mengenai tingkat harapan hidup di Provinsi Banten. Karena kita tidak memiliki data angka pembanding untuk menjelaskan hal apakah memang ada perbaikan atau jangan-jangan mengalami penurunan kualitas hidup pasca-pisah dengan provinsi induk. Bila hal kedua yang kemudian menjadi realitas faktual, maka perlu dipertanyakan keberadaan Provinsi Banten. Karena apabila dengan mengadanya provinsi baru tetapi dilain pihak justru menurunkan tingkat kualitas hidup warga masyarakat, logika sederhana akan memberikan argumen bahwa tidak ada untungnya memisahkan diri dengan Jawa Barat.

Kedua, tingkat kematian bayi. Tingkat kematian bayi per 1000 kelahiran hidup di Provinsi Banten pun masih cukup tinggi dengan angka 55. Sedangkan di Jawa Barat angka kematian bayi sudah mulai ditekan hingga angka 47 jiwa per 1000 kelahiran hidup. Gambaran ini bisa dimengerti apabila disandingkan dengan tabel 4 (di bawah) yang setidaknya memperkuat mengapa hal di atas terjadi, (juga memperkuat alasan mengapa tingkan kesehatan warga masyarakat di Provinsi Banten lebih rendah dibandingkan dengan warga masyarakat Provinsi Jawa Barat). Merujuk pada data tabel amat terlihat bahwa tingkat kepedulian masyarakat untuk datang ke rumah sakit, entah itu RS. Negeri ataupun RS. Swasta, cukup rendah. Sehingga dpat disimpulkan bagaimana kecenderungan tingkat kesehatan di Provinsi Banten menjadi relatif rendah dibandingkan dengan daerah lainnya.

Persentase Penduduk Berobat Menurut Provinsi

	RS Pemerintah	Puskesmas	RS Swasta
NAD	9.87	62.92	1.18
Sumbar	8.06	27.62	2.31
Riau	6.73	46.28	3.38

	RS Pemerintah	Puskesmas	RS Swasta
Babel	12.49	41.01	2.96
Jatim	4.96	29.67	3.89
Banten	5.87	31.49	3.57
NTB	5.30	49.33	0.26
Gorontalo	5.88	46.04	1.32
Papua	7.41	67.82	3.13

Sumber: diolah dari *Indikator Kesejahteraan Rakyat*. 2005.

Data di atas menunjukkan bahwa penduduk yang berobat ke rumah sakit pemerintah dan ke Puskesmas relatif kecil dibandingkan dengan propinsi lain. Bila saja dibandingkan dengan Papua, maka tingkat pemanfaatan rumah sakit pemerintah dan Puskesmas di Provinsi Banten masih terhitung dalam katagori rendah, karena hanya dimanfaatkan oleh 5,87% (RS. Pemeirntah) dan 31,49% untuk Puskesmas; sedangkan di Papua angka itu menginjak titik 7,41% untuk warga yang memanfaatkan RS. Pemerintah dan 67,82% untuk penduduk yang membutuhkan pelayanan di Puskesmas. Pemanfaatan pelayanan kesehatan di RS. Pemerintah untuk itngkat nasional memang berada pada angka 6,01 %, dan pemanfaatan pelayanan Puskesmas adalah 37,26% memang masih dibawah rata-rata nasional. Hal ini berarti bahwa masyarakat di Provinsi Banten masih kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah provinsi, baik di rumah sakit pemerintah maupun Puskesmas. Apakah ini berarti bahwa kualitas pelayanan rumah sakit Pemerintah dan Puskesmas tidak memberikan kepuasan kepada pelanggan?

Hal *ketiga* yang dapat dipelajari ialah persentase penduduk yang diperkirakan tidak mencapai usia 40 tahun. Sekali lagi data statistik menunjukkan bahwa masih cukup banyak warga masyarakat di Provinsi banten yang tidak mencapai usia tersebut, pada kisaran 21,7% dari julah total penduduk. Yang bila dibandingkan dengan Jawa Barat hanya menyentuh angka 18%. Ini artinya bahwa (sekali lagi menandakan) kualitas hidup warga masyarakat Banten memang berada dibawah garis rata-rata. Walau memang banyak sebab yang

bisa menyebabkan seseorang meninggal sebelum usia 40 tahun. Namun dalam logika kesehatan kematian yang terjadi disini, tentunya, bukan akibat dari tindakan kriminal, tetapi lebih merujuk pada kualitas hidup seseorang (yang sudah barang tentu berhubungan dengan tingkat kesehatan yang dirasakannya).

Dan terakhir, *keempat*, yang bisa juga dibandingkan adalah persentase penduduk tanpa akses terhadap sarana kesehatan. Angka ini tidak mengejutkan bila dihubungkan dengan tabel 4 tersebut di atas, dimana 23,5% penduduk Provinsi Banten tidak atau belum mampu mengakses sarana-sarana kesehatan secara baik, sehingga persentase penduduk yang berobat pun menjadi rendah. Beberapa kemungkinan yang dapat begitu saja muncul mengapa akses pada sarana kesehatan sulit dilakukan: *pertama*, level keterjangkauan sarana kesehatan oleh masyarakat yang sulit, semakin jauh sarana-sarana kesehatan dari sentra kehidupan masyarakat, maka dapat dimengerti mengapa masyarakat tidak cukup rajin datang. Karena dalam logika mereka akan lebih baik bila mereka beristirahat di rumah dengan dibarengi meresepsi obat-obatan generik yang dijual di warung-warung untuk meredakan sakitnya. Bila dibandingkan harus pergi ke sentra kesehatan di tempat yang jauh dan harus mengeluarkan biaya tambahan. Misalnya, masyarakat Malingping (sebuah kecamatan disebelah Selatan ibukota Kabupaten Lebak, Rangkasbitung) yang ingin berobat ke RSUD. Ajidarmo memerlukan waktu kurang lebih dua jam perjalanan untuk sampai ke tempat RSUD tersebut. Waktu perjalanan akan bertambah lama ketika musim penghujan tiba. Infrastruktur, berupa jalan, menyebabkan kelambanan para warga untuk mencapai tujuan lebih cepat dari yang mereka harapkan. Problem bertambah besar ketika ongkos yang harus masyarakat keluarkan untuk kepentingan berobat mencapai kisaran Rp. 15.000,- hingga Rp.25.000,- untuk sekali perjalanan. Logika sederhananya adalah tidak *usah* datang ke pusat layanan kesehatan.

Kedua, sosialisasi kegunaan berhubungan dengan sarana-sarana kesehatan yang kurang. Walau sarana kesehatan sudah didirikan di daerah-daerah *meltingpot*, tetapi pemerintahan daerah tidak pernah menyosialisasikan kegunaan dan kebermanfaatannya dari sarana

kesehatan yang dibangun, baik itu dari sisi higienisitasnya, level ekonomisnya, bahkan hingga persoalan "tidak coba-coba", maka sampai kapanpun juga sarana-sarana kesehatan akan menjadi bangunan "berhantu". *Ketiga*, berhubungan dengan persoalan pertama dan kedua, yakni masih kurangnya sentra-sentra kesehatan di daerah kecamatan. Sebagai contoh, sekali lagi merujuk pada data di Kabupaten Lebak, di daerah tersebut hanya tersedia tiga rumah sakit (RSUD Ajidarmo di Rangkasbitung, RS. MISI di Rangkasbitung, dan RS. Malingping di Malingping), 35 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), 75 Puskesmas Pembantu (Pustu), 75 orang dokter, 175 perawat, serta 181 bidan, yang harus melayani penduduk sebanyak 1.132.899 jiwa (data tahun 2004) dengan luas teritori 2.859,96 km². Bisa dibayangkan bagaimana para pelayan kesehatan itu bisa menjalankan tugasnya dengan baik dan prima manakala sumber daya manusia dan sumber daya lainnya tidak berimbang (tidak mencukupi). Saat ini Pemerintah Kabupaten Lebak telah menyediakan 126 kendaraan kesehatan keliling untuk menjangkau 300 desa dengan pelbagai macam medan, sehingga tidak heran apabila daerah-daerah terpencil yang tidak memiliki Pustu akan hanya dikunjungi seminggu satu kali oleh kendaraan keliling tersebut.

Keempat, mahalnnya obat-obatan. Pemerintah Provinsi Banten sebenarnya sudah berusaha untuk mengantisipasi hal ini. Namun seperti pada *Hasil Pemeriksaan Semester II Tahun Anggaran (TA) 2005 atas Belanja Daerah Tahun Anggaran 2004—2005 pada Provinsi Banten di Serang* yang dilakukan oleh Auditoriat Utama Keuangan Negara IV menemukan beberapa penyimpangan dana sampai dengan Rp. 1.192.008.988,- (khusus untuk program pengadaan obat untuk Pelayanan Kesehatan Dasar [PKD], Pemberantasan Penyakit Menular [P2M -obat-obatan anti-TBC], serta pengadaan obat untuk Program Gizi/Kesehatan Ibu Anak [KIA]). Perilaku menyimpang ini yang kemudian menegasikan upaya serius beberap birokrat untuk menyediakan obat-obatan yang murah menjadi tidak terealisasi.

Dihubungkan dengan temuan Auditoriat Utama Keuangan Negara-Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia (BPK-RI) tersebut di atas sebenarnya membuat kita kecewa. Seperti diketahui bersama

salah satu peran dan fungsi dari pemerintahan daerah dalam konteks otonomi daerah adalah melakukan pelayanan publik dengan prima. Namun siapa nyana bahwa pelayan-pelayan publik itu sendiri yang justru melakukan pelanggaran dengan melayani dirinya sendiri. Memang tidak ada salahnya melayani diri sendiri, namun yang perlu diingat bahwa selaku *public servant* aparat birokrasi semestinya mengoptimalkan dirinya sebagai Abdi Masyarakat dibandingkan sebagai Abdi Negara-nya.

Kalau dikatakan bahwa Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Provinsi Banten tidak berorientasi publik sehingga pelayanan kesehatan (termasuk penyediaan obat, penyediaan tenaga kesehatan, dll) menjadi kurang optimal, penulis pikir, cara berpikir itu perlu konfirmasi melalui data anggaran seperti tertuang pada tabel 5 di bawah. Dari sisi anggaran, secara agregat, Provinsi Banten tergolong provinsi yang mengalokasikan "Pengeluaran Pembangunan(nya)" dengan persentase lebih besar dibandingkan dengan "Pengeluaran Rutin". Walau memang pada Tahun Anggaran 2002 "Pengeluaran Rutin" lebih besar daripada "Pengeluaran Pembangunan", tapi kemudian pemerintah provinsi membalikkan proporsi tersebut pada Tahun Anggaran 2003. Jika pada tahun 2002 proporsi pengeluaran untuk rutin sebesar 56,92%, maka pada 2003 belanja pembangunan menurun menjadi 47,58%. Hal ini tentu sangat menggembirakan apalagi bila disandingkan dengan peningkatan belanja pembangunan dari 43,08% di tahun 2002, menjadi 52,42% pada tahun berikutnya. Gambaran ini tentu, dapat dengan sederhana dijadikan penanda bahwa anggaran yang berbasis publik menjadi episteme aparat birokrat di Provinsi Banten. Bahkan kita boleh berbangga hati bahwa apabila dibandingkan dengan Provinsi Bangka Belitung –sebagai pembanding (provinsi yang juga baru berdiri)—, dimana belanja rutinnya selalu meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 2002, misalnya di Provinsi Bangka Belitung, belanja rutin mencapai Rp. 115.144.000.000,- atau 52,39% dari seluruh APBD, meningkat menjadi Rp. 162.163.000.000,- atau (60,25%). Hal ini menunjukkan bahwa *mindset* dan perilaku birokrat yang mementingkan dirinya sendiri masih berlaku di sana namun tidak di Banten.

Bukan hanya dalam konteks provinsi baru, perbandingan antara "Belanja Pembangunan" dengan "Belanja Rutin" di Banten lebih baik, dari Jawa Barat pun sebenarnya (secara statistik), pengeluaran pembangunan di Provinsi Banten masih lebih baik dibandingkan dengan daerah induknya dulu, Jawa Barat. Pengeluaran rutin Jawa Barat pada tahun 2002, misalnya, mencapai Rp. 1.497.926.000.000 atau sebesar 63,25% dan pada tahun berikut menginjak titik Rp. 2.120.860.000.000 (64,09%). Walau pada realitanya dalam bentuk angka nominal jumlah pengeluaran pembangunan Jawa Barat lebih besar apabila dibandingkan dengan Provinsi Banten. Namun pada dasarnya hal ini dapat dijadikan dasar berpijak mengenai gambaran bagaimana pemerintah Provinsi Banten telah berusaha sekuat tenaga untuk merealisasikan kehendak dasar otonomi, yakni: menyejahterakan masyarakat serta melayani publiknya dengan prima. Dan bila kita bandingkan pula dengan pengeluaran Republik Indonesia secara agregat pun, maka, sekali lagi, angka statistik menunjukkan wajah politik anggaran Provinsi Banten yang lebih baik. Gambaran lebih lengkap mengenai angka tersebut dapat dilihat pada Tabel 5 di bawah ini.

Tabel 5
Perbandingan Pengeluaran Rutin dan Pembangunan di Provinsi Banten
 (dibandingkan dengan Provinsi-provinsi di Sumatera, Jawa dan Bali, dan Indonesia)
 TA. 2002-2003 (dalam juta rupiah)

PROVINSI	TA	PENGELUARAN				JUMLAH
		Rutin	%	Pemb.	%	
NAD	2002	309.970	22,39	1.074.522	77,61	1.384.492
	2003	463.926	30,48	1.058.229	69,52	1.522.155
Bangka Belitung	2002	115.144	52,39	104.645	47,61	219.790
	2003	162.163	60,25	106.972	39,75	269.135
DKI Jakarta	2002	5.403.244	63,15	3.152.892	36,85	8.556.136
	2003	5.676.277	50,85	5.486.110	49,15	11.162.388
	2002	1.497.926	63,25	870.417	36,75	2.368.343

PROVINSI	TA	PENGELUARAN				JUMLAH
		Rutin	%	Pemb.	%	
Jawa Barat	2003	2.120.860	64,09	1.188.190	35,91	3.309.049
	2002	1.298.089	59,87	869.916	40,13	2.168.005
Jawa Tengah	2003	1.754.109	63	1.029.687	37	2.783.796
	2002	317.276	79,66	80.995	20,34	398.271
D.I. Yogyakarta	2003	437.747	88,04	59.468	11,96	497.215
	2002	984.547	34,97	1.830.503	65,03	2.815.050
Jawa Timur	2003	1.253.939	41	1.805.033	59	3.058.972
	2002	543.591	56,92	411.412	43,08	955.003
Banten	2003	543.975	47,58	599.331	52,42	1.143.306
	2002	17.493.624	54,32	14.707.955	45,68	32.201.578
INDONESIA	2003	21.323.339	52,37	19.380.395	47,63	40.703.733

Sumber : Diolah dari BPS. 2005. *Statistik Indonesia 2004*. Hal. 417-419.

Memang data di atas tidaklah lengkap, sehingga datum-datum penyeimbang tidak dapat dilihat secara komprehensif dan dikonfirmasi dengan cukup luas. Namun setidaknya, dari paparan tersebut di atas sangat tergambar bahwa masih sangat banyak pekerjaan rumah yang harus dikerjakan oleh pemerintahan provinsi untuk menggapai Misi Banten Sehat 2008. Bila memang Misi Banten Sehat 2008 merupakan hal yang niscaya, maka pertanyaan yang perlu diajukan ialah: Mengapa hal ini bisa terjadi? Apakah realita faktual ini disebabkan oleh tidak adanya komitmen yang kukuh dari aparatur birokrat sehingga harapan dan realitas menjadi dua sisi mata uang yang saling tidak pernah bertemu? Atau, karena sebab apa? Pertanyaan ini tentu akan sulit ditemukan abduksinya. Namun setidaknya ada beberapa hal yang dapat diterangkan guna menjelaskan realita faktual tersebut di atas.

Tidak berjalannya pemeritahan dengan baik tentu disebabkan oleh banyak faktor. Ia tidak berdiri atas satu penyebab saja. Oleh karena itu UNDP (*United Nation for Developmen progam*) sebuah badan internasional di bawah Persatuan Bangsa-bangsa (PBB) merumuskan

apa yang kemudian kita kenal dengan *good governance*. Istilah *governance* kerap digunakan untuk menegaskan perlunya arah dan semangat baru demi mendorong reformasi dan restorasi tata-kepemerintahan. Semangat *governance* sesungguhnya mengedepankan akomodasi, kooperasi, dan sinergi dalam kesetaraan antarpelaku dalam masyarakat (*stakeholders*). Namun dalam praktiknya, gerakan *good governance* di Indonesia agak tersendat, bila kita mau mengatakannya melenceng dari semangat dasarnya. Dalam perspektif *governance*, sebenarnya, diandaikan terjalin relasi, interaksi, dan integrasi peran yang setara dan seimbang antara tiga aktor pendukung utamanya yaitu: pemerintah atau birokrasi (*state*), dunia usaha (*market*), dan masyarakat sipil (*civil society*). Karena itu, UNDP mendefinisikan *governance* sebagai:

"... penggunaan wewenang ekonomi, politik, dan administrasi guna mengelola urusan-urusan negara pada semua tingkat. Governance mencakup seluruh mekanisme, proses, dan lembaga-lembaga dimana warga dan kelompok-kelompok masyarakat mengutarakan kepentingan mereka, menggunakan hak hukum, memenuhi kewajiban dan menjembatani perbedaan-perbedaan di antara mereka"

Dengan melihat konsep *governance* yang seperti tersebut di atas, maka ada beberapa aspek yang penting untuk diutarakan di sini, *pertama*, *governance* adalah suatu sistem pemerintahan yang melibatkan tata-kepemerintahan didalamnya yang menyertakan banyak pelaku (*multi-stakeholders*) dari pemerintah dan unsur-unsur non-pemerintah untuk saling melengkapi dalam rangka proses pembangunan, pemberdayaan, dan pelayanan bagi semua pihak; *kedua*, *governance* memang sengaja dikembangkan untuk merespon perubahan sosial yang sangat massif dan revolusioner sehingga kebutuhan, tuntutan, dan kepentingan masyarakat dapat terpenuhi dengan baik; *ketiga*, pola hubungan antaraktor tidak lagi kaku dalam struktur kelembagaan tetapi menjadi lebih longgar, berupa mekanisme, prosedur, dan jaringan yang saling berikat.

Dalam konteks yang umum dan standar, *good governance* selalu saja berhubungan dengan beberapa hal (prinsip atau indikator), yaitu: (1) partisipasi; (2) penegakan hukum; (3) transparansi; (4) daya tanggap atau responsivitas; (5) orientasi kedepan; (6) kesetaraan; (7) efisiensi dan efektivitas; (8) akuntabilitas; serta (9) visi strategis.

Partisipasi, sebagai variabel *pertama* yang dapat dijelaskan di sini adalah menetapkan keterlibatan warga secara langsung maupun tidak dalam proses pengambilan keputusan (*decision-making process*) demi kebaikan bersama. Partisipasi yang terlembaga dapat berupa tuntutan atas perihal yang belum disediakan oleh pemerintah karena memang tidak pernah ada upaya konkret dari pemerintah untuk mendengar aspirasi warganya; ataupun berupa dukungan atas kebijakan-kebijakan dan ketetapan-ketetapan politik yang telah dilembarkan dalam lembaran darah atau lembaran negara. Ada dua alasan mengapa sistem partisipasi masyarakat amat dibutuhkan dalam mewujudkan kerangka pemerintahan yang baik. *Pertama*, bahwa sesungguhnya rakyat sendirilah yang paling paham mengenai kebutuhan-kebutuhan dasar mereka. Dan *kedua*, bermula dari kenyataan bahwa pemerintahan yang modern cenderung semakin luas dan kompleks, birokrasi tumbuh membengkak di luar kendali. Oleh sebab itu, untuk menghindari alienasi warga negara, aparat pemerintah perlu melakukan agregasi dan artikulasi dari pelbagai kepentingan para warganya.

Kedua, penegakan hukum, adalah upaya pembenahan sistem hukum mulai dari perangkat hukum hingga aparat hukum. Dengan asumsi terlembaganya sistem hukum yang tegak, maka diterapkannya kerangka hukum yang berkeadilan tanpa pandang bulu menjadi mekanisme kerja keseharian yang. Pelembagaan sistem hukum yang tegak dan berjalan secara mekanis tentu saja akan berkait erat dengan tingkat kepercayaan publik pada aparatur hukum, yang mana kelak berimbas positif pada para aparatur birokrasi di daerah. Tingkat kepercayaan (*trust*) menjadi barang mahal yang perlu disediakan oleh setiap lembaga pemerintahan agar partisipasi warga dapat mengalir dengan otonom. Karena akan sulit meminta keterlibatan publik yang luas manakala kepercayaan publik pada lembaga-lembaga negara

begitu rendah. Mereka akan sulit percaya untuk memandatkan pekerjaan-pekerjaan besar pada pemerintah ketika tingkat kepercayaan pada aparatur negara (aparatur pemerintah daerah) tidak ada dalam keseharian. Karena itu, penegakan hukum merupakan langkah awal untuk membuktikan bahwa kepercayaan publik dapat dibangun dengan mengukir keadilan dalam penegakan hukum.

Ketiga, transparansi, merupakan hal yang harus diperjuangkan oleh semua pihak termasuk juga oleh aparatur pemerintah. Transparansi sangat berkait erat dengan informasi simetris (meminjam istilah Jospeh Stiglitz), dimana kebebasan memperoleh informasi seluas-luasnya merupakan hak warga negara (atau dalam konteks ini warga daerah). Transparansi akan berjalan dengan baik apabila mekanisme *checks and balances* melembaga dengan baik. Namun kini ada permasalahan yang muncul manakala pemerintah pusat akan mengeluarkan perundangan yang berhubungan dengan rahasia negara. Ada polemik yang muncul ketika transparansi sebagai salah satu variabel dalam menata tata-kepemerintahan yang baik, namun di sisi lain terlalu transparannya informasi bagi publik juga menjadi kendala tersendiri bagi pemerintah. Artinya, perlu ada definisi yang jelas apa itu rahasia negara. Karena jangan sampai bahwa Anggaran Belanja Daerah dan atau Anggaran Belanja Negara pun dikatakan sebagai rahasia negara. Padahal anggaran merupakan titik sentral yang dapat digunakan oleh banyak pihak untuk melihat apakah terdapat keberpihakan pemerintah kepada publiknya.

Keempat, daya tanggap atau *responsiveness*, adalah kemampuan lembaga-lembaga publik untuk bekerja dan bergerak cepat serta fleksibel dalam memberikan pelayanan pada publiknya. Daya tanggap seringkali juga digunakan sebagai indikator untuk melihat sejauhmana lembaga pemerintah, baik di pusat maupun di daerah, untuk dapat mengetahui dengan cepat mengenai kebutuhan warga masyarakatnya. Dalam konteks perubahan sosial yang sangat massif dewasa ini, daya tanggap menjadi faktor penting bagi warga untuk tetap mendukung pemerintah yang berkuasa atau tidak. Ketika mereka dapat tanggap, cepat mengerti, mudah memahami, serta flesibel dalam melayani, maka legitimasi pemerintah yang tengah menjabat akan terdongkrak

dengan sendirinya. Hal ini menjaid sangat wajar karena logika yang digunakan oleg publik kolektif adalah: apakah pemerintah dapat bekerja sesuai dengan apa yang diharapkan oleh publik.

Kelima, orientasi kedepan adalah orientasi yang dibangun dan dikonstruksi oleh pemerintah di daerah untuk tetap memperjuangkan kepentingan, kebutuhan, dan tuntutan warga masyarakatnya. Orientasi pada konsensus memang agak berbeda dengan paradigma pemerintahan Orde Baru yang justru berpihak pada kelompok tertentu, yang bukan warga. Kesalahan dalam menjalankan birokrasi di banyak negara berkembang, termasuk di Indonesia, ternyata menjadi pelajaran penting bagi UNDP untuk membuat indikator penilaian atas tata-kepemrintahan agar tidak distortif.

Keenam, kesetaraan, atau pemilihan atas kesempatan yang sama untuk memperoleh pelbagai hal yang disediakan dan dilakukan oleh pemerintah pada setiap warga masyarakatnya. Diskriminasi atas etnis tertentu melalui peraturan-peraturan daerah yang dibentuk, diskriminasi yang bernaung dalam konsep "putera daerah" sehingga menutup semesta partisipasi publik dalam konteks Pilkada (Pemilihan Kepala Daerah) yang sama¹⁵, hingga persoalan pembagian beras bagi keluarga miskin ataupun Batuan Langsung Tunai (BLT) seringkali menyediakan ruang bagi ketidaksamaan hak bagi semua earga masyarakat. Karena itu, resotorasi atas ide persamaan hak menjadi pekerjaan rumah yang perlu diperhatikan secara saksama oleh setiap elemen masyarakat di daerah.

Ketujuh, efisiensi dan efektivitas, yang dimaksud di sisi ialah bagaimana pemerintah daerah dapat bekerja dan mengelola sumber-sumberdayanya sehingga pekerjaan dapat berhasil optimal dengan menggunakan logika bahwa perkerjaan tersebut harus berdaya guna dan berhasil guna. Secara sederhana pekerjaan pemerintah dikatakan berdaya guna dan berhasil guna apabila, misalnya, pelayanan yang

15 Penjelasan lebih lengkap baca: Leo Agustino. 2005. *Politik dan Otonomi Daerah*. Serang: Untirta Press. Khususnya Bab 7 "Pilkada Langsung: Beberapa Catatan Kritis".

diberikan pada pengguna pelayanan terlaksana dalam waktu yang singkat dan dengan biaya yang murah (sesuai dengan tingkat kesulitan kerja).

Kedelapan, akuntabilitas merupakan kunci utama dari prinsip-prinsip yang ada. Akuntabilitas menuntut dua hal penting yaitu kemampuan menjawab (*answerability*) dan kemampuan konsekuensi (*consequences*). Maksudnya, akuntabilitas berhubungan dengan tuntutan bagi para aparat untuk bertanggung-gugat mengenai setiap pertanyaan-pertanyaan (atau kegiatan-kegiatan) yang berhubungan dengan bagaimana mereka menggunakan wewenangnya, kemana larinya sumber-sumberdaya yang telah digunakan, dan apa yang telah dicapai dengan menggunakan sumberdaya tersebut. Maka dapat disimpulkan bahwa akuntabilitas publik adalah prinsip yang menjamin (bahwa) setiap kegiatan penyelenggaraan pemerintahan dapat dipertanggungjawabkan secara terbuka oleh pelaksana kegiatan (administratif dan birokrasi) kepada pihak-pihak yang terkena dampak penerapan administrasi dan kebijakan itu.

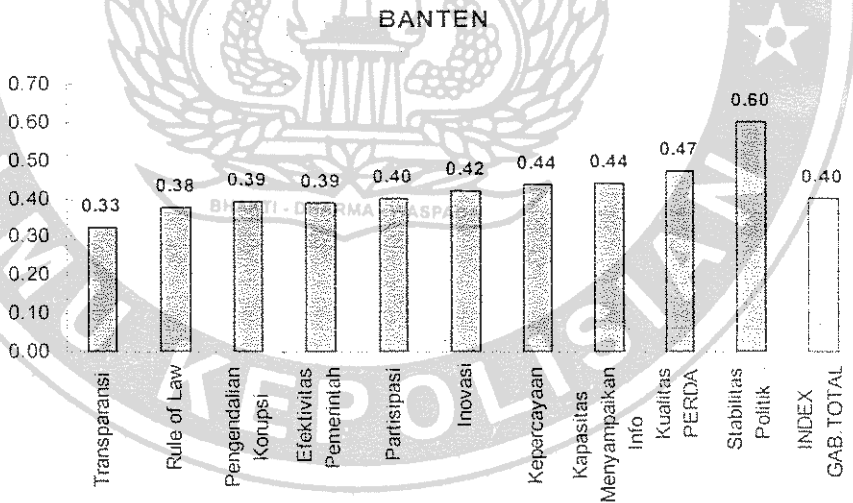
Terakhir, visi strategis merupakan dasar dari tata-kepemrintahan yang baik. Sebuah pemerintah, entah itu pemerintah daerah atau pemerintah pusat, dapat dikatakan baik apabila mereka memiliki visi strategis jauh ke depan dengan mengedepankan publik (tepatnya manusia) sebagai orientasi pembangunan yang hendak dibangun dan bentuknya.

Merujuk pada paparan *good governance* seperti di atas, maka dapat disimpulkan bahwa tata-kepemrintahan yang baik adalah sebuah tata pemerintahan yang dikembangkan atas dasar prinsip-prinsip efisiensi, efektivitas, partisipasi, responsivitas, kesamaan dimuka hukum, keadilan, dan orientasi pada konsensus. Dan sebaliknya, sebuah tata-kepemrintahan yang buruk adalah sebuah pemerintahan yang diselenggarakan dengan mengabaikan nilai-nilai di atas, yakni sebuah pemerintahan yang terselenggara dengan menghamburkan sumber daya, gagal memenuhi kebutuhan masyarakat, tidak melibatkan para *stakeholders*, melakukan diskriminasi etnis, gagal menjamin kepastian

hukum, serta gagal melembagakan konsensus sebagai tradisi penyelesaian konflik yang berkembang di masyarakat.

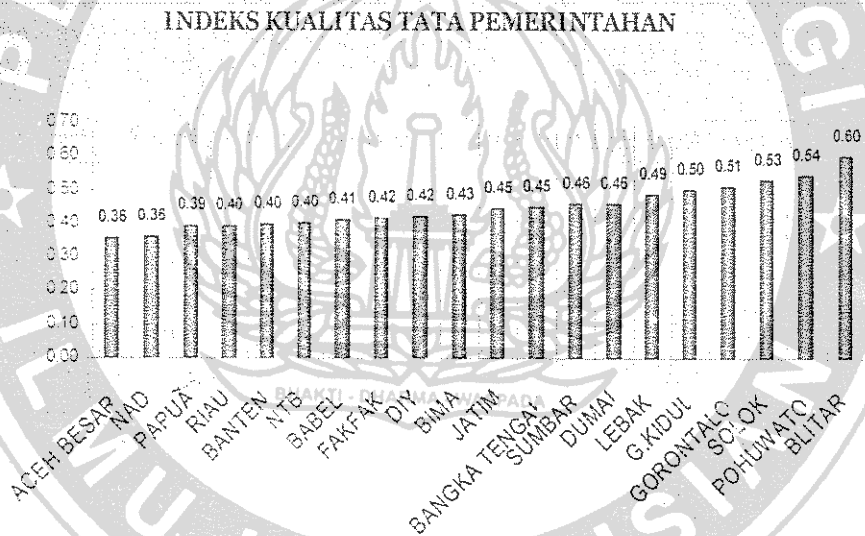
Melihat dari paparan tersebut di atas, maka muncul pertanyaan kritis: apakah pelayanan kesehatan yang semestinya disediakan dengan baik tidak dapat berjalan sebagaimana mestinya oleh karena ketidakberjalanan tata-kepemerintahan dengan baik (*good government governance*)? Jawaban singkatnya: mungkin saja! Bila melihat hasil penelitian Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan Universitas Gadjah Mada (PSKK UGM) dalam *Governance Assessment* dikatakan bahwa pelaksanaan tata-kepemerintahan (index gabungan total) di Provinsi Banten adalah 0,40 (seperti yang dapat dilihat dalam Grafik di bawah). Hal ini memberikan arti bahwa *good government governance* di Provinsi, yang baru berdiri selama tahun ini, berada pada level yang rendah.

Indeks Kualitas Tata-Pemerintahan di Provinsi Banten



Dari gambaran data di atas terpapar bahwa ada beberapa hal yang membuat index itu begitu rendah, diantaranya: transparansi, peran dan penegakan hukum, pengendalian korupsi, efektifitas pemerintah, serta partisipasi yang rendah. Tidak dapat dipungkiri hal-hal tersebut merupakan problem dasar di daerah-daerah otonom saat ini. Bila kita coba sandingkan dengan daerah-daerah lain yang diteliti oleh PSKK UGM, maka ada beberapa daerah yang setidaknya bernasib sama dengan Provinsi Banten. Hal itu dapat dilihat dari Grafik di bawah ini.

Indeks Kualitas Tata-Pemerintahan Hasil Penelitian GA



Ada beberapa hal yang dapat kita peroleh dari perbandingan indeks kualitas tata-pemerintahan tersebut di atas, yakni: *pertama*, Provinsi Banten berada pada urutan lima terakhir dalam hal tata-pemerintahan. Tentu saja ini mengecewakan. Bukan hanya karena Banten merupakan provinsi baru, yang seharusnya lebih fleksibel dalam hal tata-pemerintahan, karena asumsinya ketika pemekaran wilayah terjadi,

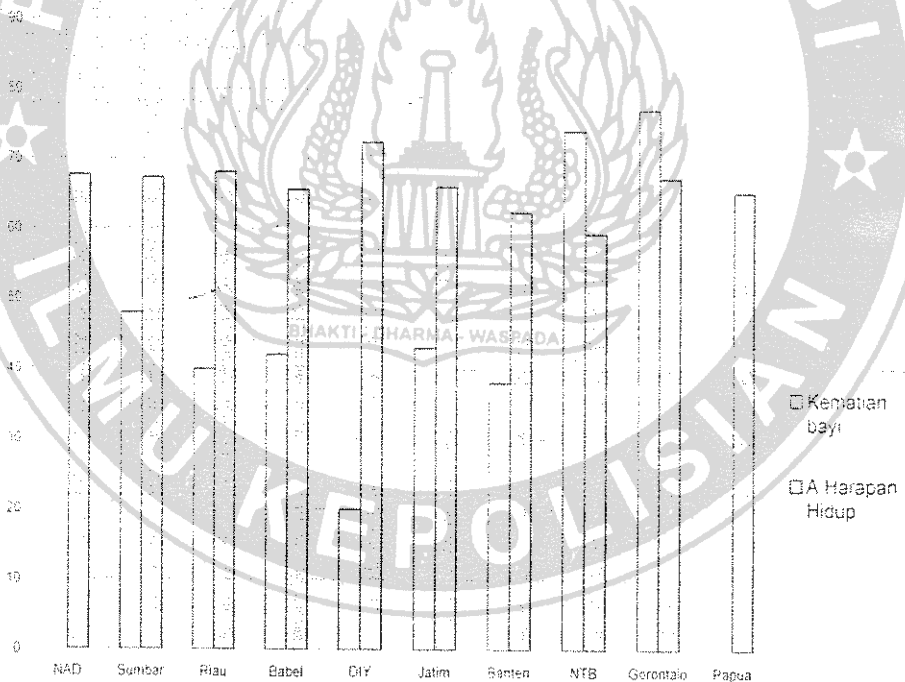
maka seluruh sumberdaya yang ada didalam provinsi akan dengan sekuat tenaga untuk berusaha melakukan yang terbaik bagi dirinya sendiri. Namun upaya itu kelihatannya belum menjadi kenyataan di Provinsi Banten, sehingga tidak heran apabila provinsi ketigapuluh ini tertinggal dari Provinsi Bangka-Belitung dan Provinsi Gorontalo (yang keduanya juga sebagai provinsi pemekaran baru), dimana Indeks Tata-Pemerintahannya lebih baik; bahkan oleh Kabupaten Lebak. Angka indeks kualitas tata-pemerintahan yang diperoleh oleh Banten adalah 0,40, sedangkan angka indeks kualitas tata-pemerintahan yang diperoleh oleh Provinsi Bangka-Belitung ialah 0,41 dan Provinsi Gorontalo 0,51; dan Kabupaten Lebak 0,49.

Kedua, namun demikian, kita pun dapat sedikit berbangga hati bahwa tata-pemerintahan Provinsi Banten sudah relatif lebih baik dari pada Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam (NAD) dan Provinsi Papua. Angka indeks kualitas tata-pemerintahan yang diperoleh oleh Banten ialah 0,40 (yang sama nilainya dengan Provinsi Riau), sedangkan angka indeks yang diperoleh oleh Provinsi NAD 0,36 dan Provinsi Papua 0,39. Bila dibandingkan dengan NAD dan Papua, kiranya tidak terlalu mengherankan, *pertama*, Provinsi NAD baru saja mengalami bencana besar tsunami pada akhir tahun akhir 2004, sehingga dapat dimungkinkan tata-pemerintahannya belum berjalan dengan baik seperti dulu. Dan untuk kasus Provinsi Papua kendalanya berkaitan dengan legitimasi pemerintah. Maksudnya, legitimasi pemerintah, yang berkorelasi dengan pemerintahan di Jakarta, sepertinya kehilangan legitimasi dibandingkan dengan MRP (Majelis Rakyat Papua) atau OPM (Organisasi Papua Merdeka), sehingga hal ini sangat memungkinkan apabila indeks tata-pemerintahannya masih dibawah Provinsi Banten.

Satu hal yang hendak disorot dalam tulisan ini (yang lebih khusus) adalah bagaimana komitmen pemerintahan daerah, khususnya Pemerintah Daerah Provinsi Banten, dalam menyediakan pelayanan dasar kesehatan. Pada indikator komitmen pemerintah untuk kepentingan publik indeksnya 0,4178, angka indeks ini sedikit berada di bawah hasil temuan nasional yang besaran indeksnya 0,4914 . Dampak dari rendahnya Efektifitas Pemerintah tersebut akan menyebabkan angka harapan hidup masyarakat menjadi rendah dan

tingkat kematian bayi yang tinggi serta status gizi yang buruk. Dalam *Indikator Kesejahteraan Rakyat* (2005) Angka Harapan Hidup masyarakat Banten ialah 62,4 tahun, jauh di bawah Angka Harapan Hidup nasional yang 66,2 tahun. Demikian juga dengan angka kematian bayi. Angka kematian bayi di Banten sebesar 54,7 jiwa per 1.000 kelahiran hidup, jauh di bawah angka nasional yang hanya 35 anak, sedangkan untuk status gizi buruk berada pada angka 20,5% jauh di atas persentase nasional 7,47%. Belum lagi angka statistik lainnya.

Grafik Angka Kematian Bayi dan Angka Harapan Hidup menurut Provinsi



Dampak dari kurang efektifnya pemerintah di dalam menyediakan sarana dan prasarana kesehatan, (obat-obatan, rumah sakit pemerintah, Puskesmas, serta Pustu) menjadikan pelayanan kesehatan dinilai tidak profesional. Kurangnya dokter di Puskesmas, banyak pasien ditangani oleh mantri saja.. Akibatnya, image tentang Puskesmas menjadi tidak baik. Ada stigma di masyarakat bahwa Puskesmas bertarif murah yang identik dengan layanan asal-asalan. Di sisi lain, Puskesmas mayoritas dikunjungi kaum miskin dan marginal di perkotaan. Sementara itu, sebagian kalangan menengah ke atas lebih tertarik ke layanan klinik maupun rumah sakit swasta. Akibatnya terjadi polarisasi sosial berupa eksklusivitas kelompok kaya-miskin.

Penutup: Apa Harus Dilakukan Ke Depan?

Mencapai dan menggenapi Banten Sehat 2008 memang tidak mudah. Ada banyak pekerjaan rumah yang harus diselesaikan bersama. Daintaranya adalah, *pertama*, Diperlukan dukungan dana dari APBD agar dapat meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan, baik melalui: Puskesmas, Pustu, maupun RSUD dalam rangka meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Biaya yang murah, harga obat yang terjangkau, dan macam sebagainya, dapat terealisasi dengan keberpihakan pemerintah pada pelayan kesehatan dasar. Tinggi rendahnya kualitas hidup masyarakat dapat dilihat dari indikator, angka harapan hidup, tingkat kematian bayi dan tingkat gizi buruk warga masyarakat. Kecilnya anggaran yang dialokasikan melalui dinas kesehatan sangat tidak memadai untuk mencukupi jumlah penduduk Banten yang mencapai 9 juta orang. Oleh karena itu, peningkatan alokasi anggaran sangat mendesak untuk diwujudkan agar misi yang dicanangkan dapat tercapai.

Kedua, perlu menghilangkan stigma buruk pelayanan kesehatan, di berbagai Puskesmas dan RSUD, dengan melibatkan masyarakat pengguna dalam merumuskan kebijakan publik mengenai kesehatan agar menjadi lebih tepat sasaran. Salah satu upaya untuk menghilangkan stigma dan citra buruk pelayanan tersebut dengan cara menerapkan "kontrak pelayanan" atau *Citizen's Charter*. Pelibatan

warga dalam penetapan keputusan atas perikehidupan warga akan berdampak luas pada penggunaan pusat kesehatan di daerah.

Ketiga, memberdayakan kembali Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) yang selama ini "mati-suri". Posyandu merupakan pelayanan kesehatan ditingkat paling bawah (desa) diharapkan dapat meningkatkan kembali kesehatan Balita dan Lansia dengan program penambahan gizi (untuk mengurangi jumlah anak yang mengalami kekurangan dan gizi buruk) bekerjasama dengan kabupaten/kota dan masyarakat. Selain itu, pemberdayaan Puskesmas dengan meningkatkan status, peran, dan fungsinya. Puskesmas yang ditingkatkan statusnya kelak menjadi puskesmas plus (terutama yang ada di daerah perkotaan) dengan menempatkan dokter spesialis untuk setiap puskesmas dan menyediakan minimal 3 tempat tidur untuk rawat inap. Kedepan dalam Renstra pemerintah provinsi harus mulai menggratiskan delapan pelayanan dasar di tingkat Puskesmas. Kebijakan ini ditempuh agar supaya masyarakat dapat segera memperoleh pelayanan kesehatan pertama, sehingga tidak terlambat memperoleh pertolongan.

Dan, terakhir, *keempat*, berkait dengan hal sebelumnya, maka pemerintah provinsi didorong untuk menciptakan pelayanan yang lebih memudah, dengan penanganan tenaga medis yang lebih profesional. Dibutuhkan tambahan tenaga medis terutama dokter, untuk daerah-daerah terpencil perlu disediakan dokter, agar masyarakat marginal dapat mengakses kesehatan dengan mudah, murah dan tidak diskriminatif. Hal ini berarti ada komitmen yang tinggi dari pemerintah untuk meningkatkan citra pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah.

Daftar Bacaan:

Biro Pusat Statistik. 2005. *Indikator Kesejahteraan Rakyat 2004*. Jakarta: BPS.

Bowman, M, and W. Hampton. 1983. *Local Democracies: A Study in Comparative Local Government*. Melbourne: Longman.

- Bryant, Coralie, and Louise G. White. 1982. *Managing Development in the Third World*. Colorado: Westview.
- Cheema, G. Shabir, and Dennis Rondinelli. 1984. *Decentralisation and Development: Policy Implementation in Developing Countries*. Beverly Hills: Sage Publication.
- Dwiyanto, Agus, dkk.. 2003. *Reformasi Tata Pemerintahan dan Otonomi Daerah*, Yogyakarta: PSKK UGM bekerjasama dengan PEG-USAID dan Bank Dunia.
- Edvardsson, Bo, Bertil Thomasson, and John Ovretveit. 1994. *Quality of Service: Making it Really Work*, London: McGraw-Hill Book Company.
- Surbakti, ramlan. 1992. *Memahami Ilmu Politik*. Jakarta: Grasindo.

