

DESENTRALISASI DAN PENGAMBILAN KEPUTUSAN KEBIJAKAN PENINGKATAN GIZI BALITA DI KOTA DEPOK DAN KOTA BOGOR PROPINSI JAWA BARAT

DECENTRALIZATION AND POLICY DECISION MAKING FOR U5 NUTRITIONAL IMPROVEMENT IN
DEPOK CITY AND BOGOR CITY IN WEST JAVA

Candra Dewi Purnamasari¹, Dumilah Ayuningtyas¹, Riastuti Kusumawhardani²

¹Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Jakarta

²Universitas Islam Negeri Ciputat, Tangerang, Jawa Barat

ABSTRACT

Background: Heywood and Choi (2010) found that there is only a slight increase of health system performance post decentralization. Low performance in decentralization of the health sector can be inferred from the high incidence of poor nutrition for U5 (under five) in the city of Bogor in West Java. However the city of Depok has a different situation in which they have successfully reduced poor U5 nutrient to 0%. Performance in a decentralized health system is affected by policy decisions that are influenced by decision space, institutional capacity and accountability of local government.

Objective: This study aims to describe the decision-making processes for U5 nutrition based on decision space, capacity and accountability of local government institutions in the city of Depok and city of Bogor in West Java Province.

Methods: This study is a qualitative case study design. In-depth understanding of the decision-making on health policy in the era of decentralization will be traced by means of in-depth interviews. Informants in this study include the Head of Department, Mayor, Chief Health Center and Head of Nutrition at the Provincial Health Office, Head of Bappeda.

Results: Post Decentralization, nutrition policy decision-making process at the level of the city of Bogor and Depok conducted by larger decision space, the accountability of policy decisions in both regions showed an increase, but the capacity of public institutions and the level of participation of non-government actors as well as the institutional capacity is higher in the city of Depok than in the city of Bogor.

Conclusion: Decentralization increases the decision space and accountability in health policy decision-making process. Increased institutional capacity, especially the capacity of human resources and increased levels of participation and non-government actors are needed to produce a more responsive policy decisions.

Keywords: Decentralization, Decision Space, Accountability, Human Resource Capacity

ABSTRAK

Latar Belakang: Heywood dan Choi (2010) dalam studinya menemukan bahwa secara umum hanya terjadi sedikit peningkatan kinerja sistem kesehatan pasca desentralisasi. Rendahnya kinerja desentralisasi pada sektor kesehatan dapat dilihat dari masih tingginya kasus gizi balita buruk di Kota Bogor Propinsi Jawa Barat. Kondisi yang berbeda terjadi di Kota Depok yang telah berhasil menekan gizi Balita buruk menjadi 0%.

Kinerja sistem kesehatan dalam era desentralisasi dipengaruhi oleh pengambilan keputusan kebijakan yang dipengaruhi oleh *decision space* kapasitas institusional dan akuntabilitas pemerintah daerah.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan menggambarkan proses pengambilan keputusan kebijakan Gizi Balita berdasarkan *decision space*, kapasitas institusional akuntabilitas pemerintah daerah di Kota Depok dan Kota Bogor Propinsi Jawa Barat.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan rancangan studi kasus. Pemahaman secara mendalam mengenai pengambilan keputusan pada penyusunan kebijakan kesehatan pada era desentralisasi akan ditelusuri dengan cara melakukan wawancara mendalam (*indepth interview*). Informan dalam penelitian ini meliputi Kepala Dinas, Wali Kota, Kepala Puskesmas dan Kepala Bagian Gizi di Dinas Kesehatan Propinsi, kepala Bappeda

Hasil: Setelah Desentralisasi, proses pengambilan keputusan kebijakan Gizi di tingkat Kota Bogor dan Kota Depok dilaksanakan dengan *Decision space* yang lebih besar, akuntabilitas pengambilan keputusan kebijakan pada kedua daerah menunjukkan adanya peningkatan, namun kapasitas institusi dan tingkat partisipasi masyarakat maupun aktor diluar pemerintah Kota Depok lebih tinggi dibanding Kapasitas Institusi di Kota Bogor.

Kesimpulan: Desentralisasi meningkatkan *decision space* dan akuntabilitas pada proses pengambilan keputusan kebijakan kesehatan. Peningkatan kapasitas institusi terutama kapasitas sumberdaya manusia dan peningkatan tingkat partisipasi masyarakat dan aktor diluar pemerintah sangat dibutuhkan untuk menghasilkan keputusan kebijakan yang lebih responsif

Keywords: *Desentralisasi, Decision Space, Akuntabilitas, Kapasitas SDM*

PENGANTAR

Desentralisasi politik di Indonesia mulai dilaksanakan dengan dikeluarkannya Undang-Undang (UU) No. 22/1999 dan kemudian diperbaiki dengan UU No. 32/2004 tentang Pemerintahan Daerah. Melalui undang-undang tersebut pemerintah daerah diberikan kewenangan yang lebih besar melalui pelimpahan sebagian kewenangan dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah, termasuk kewenangan dalam bidang kesehatan. Tujuan utama diselenggarakan

kannya desentralisasi sebagaimana yang dikemukakan oleh Mawhood¹, Smith² adalah sebagai upaya mewujudkan keseimbangan politik, akuntabilitas pemerintah lokal dan Kemampuan pemerintah daerah merespon kebutuhan dan tuntutan masyarakat. Desentralisasi kesehatan, perpindahan kekuasaan untuk mengambil keputusan dari pemerintah nasional kepada pemerintah lokal akan lebih memperpendek proses demokrasi³ dan dapat lebih mendekatkan pelayanan publik sesuai kebutuhan dan permasalahan pada tingkat lokal⁴.

Hubungan antara pemerintah daerah dan pemerintah pusat pada sektor kesehatan dalam studi mengenai desentralisasi dapat dianalisa dengan pendekatan *principle-agent*⁶. Pendekatan ini, pemerintah pusat (*principle*) mempunyai seperangkat tujuan khusus yang harus diimplementasikan oleh *agent* di pemerintah daerah. Walaupun demikian *agent* mempunyai kepentingan sendiri sesuai kebutuhan lokal. Pendekatan *principle-agent* ini bisa menjelaskan hubungan otoritas politik sebagai *principle* dengan pelaku sistem birokratik sebagai *agent*. Dalam konteks desentralisasi, Bossert⁵ menjelaskan bahwa pengampu sistem kesehatan di daerah merupakan *agent* yang harus memenuhi tujuan pemerintah pusat sekaligus merupakan *principle* yang harus memenuhi tujuan sistem politik lokal.

Pendekatan *principle-agent* semata menurut Bossert⁵ tidak bisa mengukur seberapa besar kisaran kewenangan pengambilan keputusan yang dimiliki oleh pemerintah daerah. Konsep *Decision Space* dapat mengukur kesesuaian tingkat diskresi yang diberikan kepada pemerintah daerah untuk membuat kebijakan sistem kesehatan dan mengimplementasikannya. *Decision space* memiliki sejumlah faktor penentu yang bersifat kompleks untuk mengukur seberapa besar pilihan terhadap berbagai fungsi sistem kesehatan dan sumber pembiayaan bagi pemerintah daerah yang tersedia atau boleh dipergunakan disediakan oleh pemerintahan yang lebih tinggi (*de jure decision space*), demikian pula kekuasaan yang secara aktual digunakan dalam prakteknya (*de facto decision space*).

Decision Space yang besar terkadang justru akan menjadi konflik dengan tujuan dari sistem kesehatan secara keseluruhan. Menurut penelitian Bossert diperlukan *decision space* yang berbeda untuk berbagai fungsi dari sistem kesehatan.

Kinerja pelayanan kesehatan dalam era desentralisasi tidak hanya dipengaruhi oleh *decision space* semata. Faktor lainnya yang berkaitan erat dengan *decision space*, adalah kapasitas institusional dan akuntabilitas. Kapasitas institusional yang adekuat sangat dibutuhkan untuk memanfaatkan *decision*

Tabel 1. Tingkat *Decision Space* yang sesuai untuk berbagai Fungsi Sistem Kesehatan

Function	Optimal local discretion			Comments
	Low	Mid	High	
Administrative decentralization				
Norms/Programs (e.g., staffing patterns, vertical programs)		↔		Avoid extreme: too little discretion = central-level micromanagement; too much discretion = lack of effective national stewardship
Hospital Autonomy	↔	↔		Greater autonomy requires mechanisms to balance responsiveness to local preferences doesn't detract from national-level goals
Insurance Plans	↔	↔		Most aspects benefit from economies of scale; some aspects may be amenable to greater local discretion (e.g., enrollment of subsidized beneficiaries)
Contracting (with organizations)	↔	↔	↔	Appropriate degree of discretion inversely dependent on oversight capacities (local and national)
Procurement (e.g., pharmaceutical)	↔	↔		Standardized aspects benefit from economies of scale (e.g., inventory control); other aspects may be amenable to greater local discretion (e.g., budgets)
Human Resources				
Civil Service (e.g., salaries, selection, termination)	↔	↔		Discretion over civil service terms of employment can be a powerful tool for enhancing accountability / improving performance, but public sector rules often preclude local control over salaries
Contracting (with individuals)		↔	↔	Appropriate degree of discretion inversely dependent on oversight capacities (local and national)
Fiscal decentralization				
Expenditures / Revenues	↔	↔	↔	Limits on discretion should be exercised through administrative decentralization functions, not high conditionality on central transfer or limiting ability to raise/use own-source revenues

space yang ada. Kapasitas dapat didefinisikan sebagai *“the ability of individuals, organizations or systems to perform appropriate functions effectively, efficiently and sustainably”* (Kemampuan individual, organisasi atau sistem untuk menampilkan fungsi yang diharapkan secara efektif, efisien dan berkelanjutan) yang meliputi sejumlah dimensi seperti kapasitas administratif, teknis, organisasional, finansial, SDM, dan menjangkau berbagai level: system/institusi, organisasi, dan individu⁵.

Keterlibatan secara aktif *local democratic structure* dan *civil society* dalam pengambilan keputusan akan menghasilkan pelayanan yang disampaikan kepada masyarakat menjadi lebih responsive terhadap kebutuhan kesehatan di daerah dan mengurangi risiko penyalahgunaan kewenangan oleh sekelompok elit⁵. Berdasarkan konsep tersebut, akuntabilitas dapat diukur dengan melihat secara langsung apakah keputusan yang dibuat oleh pejabat publik dapat dipertanggungjawabkan kepada kepala daerah. Dengan demikian akuntabilitas dapat dilihat dari besarnya inisiatif yang diberikan kepala daerah terhadap keputusan yang diambil dan dapat dilihat dari apakah kepala daerah merasa aspirasinya dipertimbangkan dalam berbagai keputusan yang dibuat. Hal ini dapat dilakukan dengan melihat interaksi para pengampu kebijakan kepada kepala daerah dalam proses pengambilan keputusan termasuk konsultasi yang dilakukan. Hubungan antara ketiga dimensi desentralisasi dan pengaruhnya terhadap proses kinerja kebijakan dapat dilihat pada gambar berikut ini yang dibuat oleh Bossert⁶.

Heywood dan Choi⁷ melakukan studi di sepuluh kabupaten/Kota di Jawa Timur dan Jawa Barat pada tahun 2002/2003 dan tahun 2007 menemukan bahwa secara umum hanya terjadi sedikit peningkatan kinerja sistem kesehatan pasca desentralisasi tahun 2001. Pada penelitian tersebut ditemukan tidak adanya hubungan antara pembiayaan kesehatan dengan *output* dari sistem kesehatan yang ada di kabupaten/Kota walaupun terjadi peningkatan signifikan pada pembiayaan kesehatan. Rendahnya kinerja pembangunan kesehatan daerah pada era desentralisasi juga terlihat dari fakta sembilan kabupaten di Jawa Barat masuk sebagai daerah merah atau rawan gizi buruk (Bogor, Karawang, Bekasi, Bandung Barat, Cirebon, Garut, Cianjur, Sukabumi, dan Subang). Kasus Gizi Buruk di Jawa Barat ini menjadi salah satu indikator rendahnya kinerja pemerintah daerah pada era desentralisasi. Prasodjo⁸, mengatakan bahwa kasus gizi buruk memiliki relevansi yang kuat dengan pelaksanaan otonomi daerah. Terdapat inkonsistensi kebijakan antara pemerintah pusat dengan pemerintah daerah. Program nasional tidak dapat diimplementasikan secara baik di daerah, karena adanya keterpurukan alur program dan rencana strategis mulai dari tingkat nasional, propinsi sampai tingkat kabupaten/Kota.

Tujuan penelitian ini adalah menganalisis kondisi *decision space*, kapasitas institusi dan akuntabilitas pemerintah daerah terhadap proses pengambilan keputusan kebijakan kesehatan pada era desentralisasi dalam penyusunan kebijakan peningkatan gizi Balitadi Propinsi Jawa Barat.

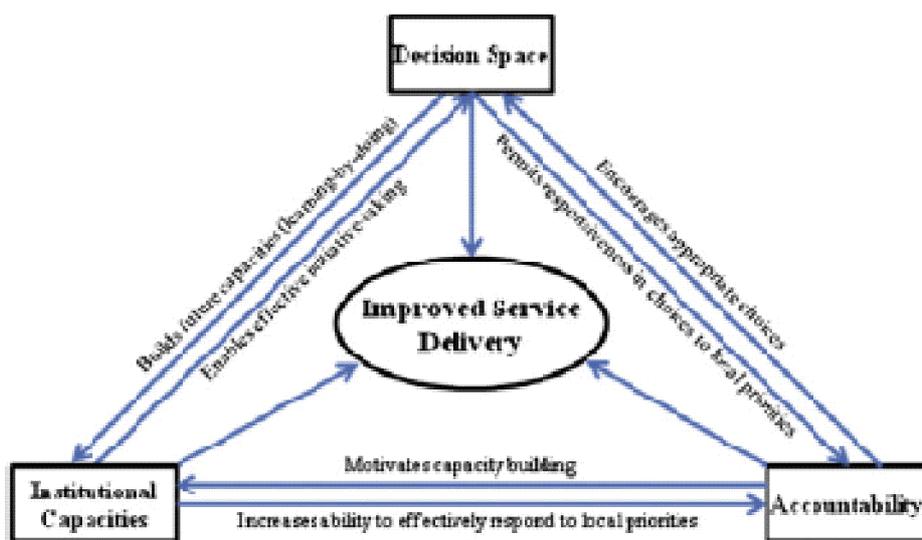


Fig. 1. Stylized conceptual framework of synergies between decentralization and service delivery. Source: authors.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan rancangan *studi kasus* dengan menggunakan paradigma *relativism*. Penelitian ini bertujuan untuk memahami secara mendalam tentang kapasitas Institusional, akuntabilitas, mengkaji kisaran *decision space* pada beberapa fungsi di sistem kesehatan di empat kabupaten/Kota di Jawa Barat dan mengetahui pengaruh kapasitas institusional, akuntabilitas dan *decision space* pada sistem kesehatan di empat Kabupaten Kota tersebut. Pemahaman secara mendalam mengenai proses pengambilan keputusan kebijakan kesehatan pada era desentralisasi dilakukan dengan menggunakan proses pengumpulan data yang dilakukan dengan wawancara mendalam (*indepth interview*)

Decision space dalam penelitian ini dibedakan menjadi: 1) *de jure decision space* yaitu seberapa besar pilihan terhadap berbagai fungsi sistem kesehatan dan sumber pembiayaan bagi pemerintah daerah yang tersedia atau boleh dipergunakan disediakan oleh pemerintahan yang lebih tinggi dan 2) kewenangan yang secara aktual digunakan dalam praktiknya (*de factodecision space*).

Kapasitas institusional meliputi kapasitas sistem kesehatan, kapasitas organisasi dan kapasitas individu. Variabel dalam kapasitas sistem kesehatan meliputi pembiayaan kesehatan, Sumber Daya Manusia kesehatan, pelayanan kesehatan yang tersedia, perencanaan strategis dan operasional, sistem informasi dan pelayanan kesehatan. Variabel dalam kapasitas individu antara lain: pendidikan, latar belakang profesi, kapasitas teknis, kapasitas manajemen dan kepemimpinan serta kapasitas dalam mengelola kebijakan. Variabel dalam kapasitas /organisasi meliputi: Anggaran, tata kelola, SDM, sistem informasi, perencanaan strategis dan perencanaan operasional.

Akuntabilitas dalam penelitian ini diukur dengan melihat apakah keputusan yang dibuat oleh pejabat publik dapat dipertanggungjawabkan kepada kepala daerah. Dengan demikian akuntabilitas dapat dilihat dari: 1) besarnya inisiatif yang diberikan kepala daerah terhadap keputusan yang diambil dan 2) dapat dilihat dari apakah kepala daerah merasa aspirasinya dipertimbangkan dalam berbagai keputusan yang dibuat. Hal ini dapat dilakukan dengan melihat interaksi para pengampu kebijakan kepada kepala daerah dalam proses pengambilan keputusan termasuk konsultasi yang dilakukan.

Sumber informasi dalam penelitian ini adalah para pelaku kebijakan di tingkat kabupaten/Kota yaitu: 1) Sektor Kesehatan: Sumber informasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota adalah Kepala

Dinas dan Kepala Bidang terkait. Sumber informasi dari Puskesmas adalah kepala puskesmas, dan 2) Bupati/Wali Kota dan atau Sekretaris Daerah, Asisten Bidang Pembangunan Sosial, Bappeda/Bappeko.

Pengumpulan data dilakukan dengan teknik wawancara mendalam (*indepth interview*). Wawancara mendalam dilakukan oleh peneliti sendiri dengan menggunakan pedoman wawancara. *Focus Group Discussion* (FGD) dilakukan dengan melibatkan dinas kesehatan dan sekretaris daerah propinsi Jawa Barat atau asisten bidang pembangunan selain sumber informasi dari kabupaten Kota untuk melakukan klarifikasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada 1000 hari pertama kehidupan manusia. Kehidupan pada 1000 hari pertama dimulai sejak terjadinya konsepsi, janin, lahir, sampai usia dua tahun, akan berpengaruh terhadap masa depan manusia itu sendiri. Jika dalam masa 1000 hari pertama terjadi kegagalan, maka hilanglah masa depan anak. Selain itu, dampak dari status pendek pada usia dini, berhubungan erat dengan timbulnya resiko mengidap penyakit jantung koroner. Resiko terjadinya penyakit Jantung Koroner juga bisa dialami oleh Bayi dengan Berat Lahir Rendah (BBLR).

Potensi Kota Depok dalam Upaya Penanggulangan Gizi Buruk.

Kota Depok saat ini sedang menggeliat tumbuh. Hampir disemua lini kehidupan. Jumlah penduduk pun saat ini sudah diatas 1,8 juta jiwa, dengan laju pertumbuhan pertahun sebesar 4,3% (hasil Sensus Penduduk 2010). Ini merupakan peringkat kedua tertinggi di Jawa Barat setelah Kabupaten Bekasi 4,9%. IPM Kota Depok pada tahun 2010 sebesar 78,90 dengan angka harapan hidup sebesar 73,13. Bila dibandingkan dengan kabupaten dan Kota lain di Provinsi Jawa Barat, IPM Kota Depok masih menempati peringkat pertama di Provinsi Jawa Barat.

Prevalensi masalah gizi balita di Kota Depok dilihat dari skala nasional sebenarnya masih relatif rendah. Potret tahun 2010-2012 menunjukkan peningkatan relatif. Tetapi jika dilihat sejak tahun 2007, telah terjadi penurunan, termasuk prevalensi balita pendek, dari 12,64% (2007) menjadi 7,22% (2012). Angka ini masih jauh lebih rendah daripada angka Nasional tahun 2010 sebesar 17,9%.

Kemiskinan di Kota Depok termasuk rendah. Bahkan di Jawa Barat, angka kemiskinan Kota Depok merupakan yang terendah yaitu 2,75%, sedangkan angka kemiskinan tingkat Provinsi Jawa Barat sebesar 10,57% (hasil Sensus Penduduk

2010). Hal ini bisa dijadikan sebagai potensi pendukung penanggulangan masalah balita pendek di Kota Depok.

Ketergantungan fiskal pemerintah daerah kepada pemerintah pusat merupakan salah satu faktor yang menurut Bossert dapat menurunkan decision space pemerintah daerah dalam mengambil keputusan Kebijakan. Kota Depok secara umum memiliki anggaran kesehatan yang cukup besar sebesar. Pada tahun 2010 anggaran kesehatan yang dikelola Kota Depok berjumlah 67 milyar. Dari total pembiayaan kesehatan tersebut jumlah APBD I yang diterima hanya sekitar 2,5 milyar dan jumlah pembiayaan untuk sektor kesehatan yang bersumber dari APBN adalah 4,6 milyar. Anggaran kesehatan Kota Depok yang dibiayai oleh APBD II cukup besar, sekitar 57 milyar. Dengan porsi APBD II yang cukup besar tersebut dapat terlihat bahwa Kota Depok cukup Mandiri dalam membiayai anggaran kesehatannya. Hal ini akan berdampak positive kepada Decision space yang dimiliki dalam pengambilan keputusan kebijakan kesehatan Kota Depok.

Strategi penanganan masalah balita pendek yang dilakukan di Kota Depok meliputi: 1) Penempatan kelompok remaja puteri sebagai sasaran prioritas selain ibu hamil, 2) Meningkatkan intensitas penyuluhan gizi seimbang kepada kelompok Pendidik, 3) Meningkatkan program sanitasi & kesehatan lingkungan untuk menekan potensi penyakit infeksi, 4) Meningkatkan penyuluhan ASI eksklusif kepada seluruh komponen kelembagaan masyarakat, dan 5) Meningkatkan peran kelompok profesi bidang kesehatan sampai di tingkat Kelurahan.

Pada tahun 2011, Kota Depok mendapatkan MDG's Award dalam bidang peningkatan status gizi. Penghargaan ini diberikan kepada Kota Depok atas upayanya dalam menanggulangi permasalahan gizi Buruk. Pada tahun 2008, ditemukan kasus gizi buruk pada Balita di Kota Depok. Angka tersebut berhasil diturunkan pada tahun 2011 menjadi 23 kasus gizi buruk. Kota Depok memiliki empat Puskesmas yang memiliki *Teurapeutic Feeding Centre* yaitu Puskesmas Cimanggis, Puskesmas Pancoran Mas, Puskesmas Depok Jaya dan Puskesmas Sukmajaya. Penanganan masalah gizi buruk yang berat telah tersedia fasilitas khusus Rawat Inap *Teurapeutic Feeding Centre* di Puskesmas Sukmajaya. Pengembangan *Teurapeutic Feeding Centre* ini dilakukan dengan menggandeng Departemen Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia .

Kebijakan yang baru diluncurkan untuk penanggulangan masalah gizi balita di Kota Depok pada tahun 2014 adalah Gerakan Nasional Sadar Gizi,

dengan tema “1000 Hari Pertama Kehidupan Menuju Indonesia Prima”. Anak yang kurang gizi akan tumbuh lebih pendek, dan pada saatnya nanti ia akan melahirkan bayi yang kecil atau dikenal dengan istilah Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Anak-anak yang lahir pendek akan mengalami kelambatan pertumbuhan otak maupun perkembangan kognitif, yang berdampak terhadap keberhasilan pendidikan formal di sekolah, dan tentunya mengakibatkan rendahnya kualitas hidup. Masalah gizi pada anak balita, termasuk balita pendek, bisa karena faktor Genetik, faktor lingkungan, faktor perilaku, maupun faktor pelayanan kesehatan. Kebijakan Gerakan Nasional Sadar Gizi meliputi: 1) Penggalangan dukungan antar instansi maupun legislatif, Pusat maupun Daerah, 2) Kampanye Nasional melalui media efektif terpilih, 3) Pemanfaatan kelompok-kelompok potensial, 4) Penggerakkan Gizi Seimbang melalui sekolah, dan 5) Meningkatkan peran pelayanan kesehatan, posyandu, dan tenaga kesehatan.

Program 1000 hari pertama kehidupan harus dilaksanakan dengan berlandaskan oleh prinsip-prinsip: 1) Melibatkan lintas-sektor seperti : Perguruan Tinggi, kelompok profesi, dunia usaha, LSM, Media, kementerian terkait, dan mitra pembangunan internasional, 2) Terpadu dan Berkesinambungan, 3) Efisien dan Kerjasama, dan 4) Berdampak Luas.

Salah satu visi yang menjadi prioritas dalam perencanaan strategis Kota Depok adalah menjadikan Kota Depok sebagai Kota layak anak yang merupakan sebuah kebijakan lintas sektor. Melalui kebijakan ini Kota Depok berupaya menciptakan lingkungan yang ramah dan mendukung pertumbuhan anak. Program-program yang ada dalam kebijakan strategis ini ada pada berbagai sektor pembangunan daerah terutama sektor pendidikan dan kesehatan. Kebijakan peningkatan status gizi balita merupakan salah satu kebijakan yang terkait dengan upaya untuk mencapai visi Kota Depok sebagai Kota layak anak yang merupakan komitmen kepala daerah untuk mewujudkannya. Oleh karena itu komitmen politik dan komitmen anggaran kepala daerah terhadap program peningkatan status gizi balita sebagai bagian dari upaya pencapaian visi Kota Depok sebagai Kota layak anak sangat tinggi. Secara sosiologis upaya peningkatan status gizi balita sangat dekat dengan latar belakang pendidikan kepala daerah sebagai seorang lulusan teknologi pangan. Kedekatan ini bisa dilihat dari berbagai kebijakan pendukung pengadaan jajanan sehat bagi anak sekolah, dan kebijakan pembudidayaan tanaman pangan. Sebagai dukungan kepala daerah terhadap penangu-

langan masalah gizi buruk pada balita, kepala daerah mengajak keterlibatan lintas sektor terhadap kebijakan ini mulai dari sektor pendidikan, perlindungan perempuan anak dan keluarga, sektor kesehatan, pertanian, perdagangan dan sektor lainnya yang terkait.

Anggaran yang diberikan untuk program peningkatan status gizi balita dan penanggulangan gizi buruk cukup besar karena program ini bernilai politis. Sebagaimana yang diketahui, Wali Kota Depok pada saat ini adalah seorang incumbent yang berhasil memenangkan pemilihan kepala daerah untuk kedua kalinya. Visi Kota Depok sebagai Kota layak anak merupakan kebijakan strategis yang menjadi komitmen kepala daerah sejak kepemimpinannya pada periode sebelumnya. Keterlibatan kepala daerah dalam mengawasi dan mengarahkan kebijakan yang mendukung visi Kota layak anak ini mendapat perhatian khusus dari kepala daerah dengan memberikan instruksi dan melakukan koordinasi dalam berbagai kesempatan dengan melibatkan lintas sektor untuk meningkatkan status gizi Balita di Kota Depok.

Komitmen politis kepala daerah terhadap upaya penanggulangan gizi buruk dan peningkatan status gizi balita adalah dengan dikeluarkannya bantuan sosial kepada kader Posyandu untuk mendukung upaya pemantauan status gizi balita. Upaya penanggulangan gizi buruk bukan merupakan salah satu kebijakan strategis yang secara eksplisit ada dalam renstra Kota Depok. Kebijakan ini menjadi bagian dari Kebijakan pengembangan Depok sebagai Kota layak anak. Sementara itu pada Tingkat Dinas Kesehatan program ini menjadi salah satu kebijakan strategis Dinas Kesehatan. Masalah penanggulangan gizi buruk bersifat politis karena dianggap sebagai salah satu indikator keberhasilan kepala daerah sebagai incumbent untuk mewujudkan janji politiknya. Pada tahun 2010 Wali Kota Depok mendapatkan penghargaan dari kementerian kesehatan atas dukungannya terhadap penanggulangan gizi buruk.

Potensi Kota Bogor dalam Penanggulangan Gizi Buruk

Kota Bogor adalah sebuah Kota yang sedang berkembang dan merupakan Kota penyangga bagi ibu Kota DKI Jakarta. Posisinya yang strategis tersebut dan cuaca yang teduh menjadikan Kota ini banyak dipilih oleh para pendatang untuk dijadikan sebagai tempat tinggal dan bekerja di Ibu Kota. Oleh karena itu Kota Bogor memiliki karakteristik demografi yang sangat plural dan sangat padat pada daerah perKotaan, secara geografis Kota Bogor juga

memiliki daerah rural yang minim dari fasilitas publik, fasilitas kesehatan dan infrastruktur yang dibutuhkan. Angka kemiskinan di Kota Bogor tidak terlalu tinggi namun pertumbuhan ekonomi Kota tersebut juga rendah.

Anggaran kesehatan di Kota Bogor masih cukup rendah, belum mencapai 5% dari total APBD Kota Bogor. Sementara itu persentase APBN yang dialokasikan ke Kota Bogor cukup Besar dari total Anggaran kesehatan. Tingginya persentase APBN yang dalam pembiayaan kesehatan di Kota Bogor menunjukkan tingginya ketergantungan fiskal Kota Bogor dalam pembangunan kesehatan. Walaupun demikian, Kota Bogor belum memiliki Puskesmas yang memiliki pelayanan *Teurapeutic Feeding Centre* (TFC). Saat ini untuk penanganan masalah gizi buruk pada balita dilakukan dengan pemberian makanan tambahan pemulihan dan program-program lainnya sesuai dengan SPM yang harus dipenuhi.

Posyandu di Kota Bogor memiliki cakupan D/ S rendah, kurang dari 75% hanya sekitar 60% saja, hal ini menunjukkan rendahnya tingkat partisipasi masyarakat ke Posyandu. Cakupan N/D yang merupakan indikator keberhasilan pencapaian program yang dilihat dari banyaknya balita yang naik berat badannya. Berdasarkan data, dari 24 Puskesmas hanya 1 Puskesmas yang mencapai target yaitu sebesar 96%. Di Kota Bogor terdapat 24 Puskesmas, namun tidak satupun dari puskesmas tersebut yang memiliki pelayanan *Teurapeutic Feeding Centre* (TFC). Prevalensi gizi buruk di Kota Bogor pada tahun 2012 sebesar 0,6% dan prevalensi balita pendek 0,7%. Saat ini seringkali terjadi kesalahan dan keterlambatan data posyandu karena jumlah kader yang kurang memadai. Pada tahun 2012 di Kota Bogor ditemukan 555 balita gizi buruk, 314 balita gizi kurang dan 166 balita gizi buruk dengan berbagai penyakit penyerta.

Kebijakan penanggulangan gizi buruk di Kota Bogor dilakukan dengan strategi peningkatan peran serta masyarakat dalam pembiayaan kesehatan, kegiatan yang dilakukan meliputi: 1) Peningkatan peran serta masyarakat dan lintas sektor, 2) Pengembangan UKBM dan peningkatan kesadaran masyarakat ber-PHBS dan Kadarzi), 3) Peningkatan fisik, jaringan dan kinerja Puskesmas, 4) Peningkatan Kewaspadaan dini dalam KIA, 5) Penatalaksanaan kasus secara cepat dan tepat, 6) Pengembangan jejaring surveilans epidemiologi dan pengendalian faktor risiko, 7) Gerakan Keluarga sadar Gizi, 8) Promosi Asi Eksklusif, dan 9) Penerapan SPM bidang Kesehatan.

Decision Space dan Pengambilan Keputusan di Era Desentralisasi

Tujuan utama diselenggarakannya desentralisasi sebagaimana yang dikemukakan oleh Mawhood¹, Smith² adalah sebagai upaya mewujudkan keseimbangan politik, akuntabilitas pemerintah lokal dan Kemampuan pemerintah daerah merespon kebutuhan dan tuntutan masyarakat. Desentralisasi adalah proses pelimpahan wewenang dari pemerintah Pusat kepada pemerintah daerah dalam melaksanakan berbagai urusan yang menjadi tanggung jawab pemerintah pusat termasuk didalamnya adalah kewenangan pada sektor kesehatan.

Ketergantungan fiskal pemerintah daerah kepada pemerintah pusat menyebabkan kewenangan yang telah dilimpahkan tersebut tidak sepenuhnya dapat dirasakan oleh pemerintah daerah. Tarik menarik kewenangan masih terjadi pada era desentralisasi ini sehingga pemerintah daerah tidak dapat secara leluasa untuk membuat kebijakan secara independent sesuai dengan aspirasi dan kebutuhan lokal. Hal ini masih ditemukan pada berbagai kabupaten Kota di Indonesia. Pada saat perencanaan, anggaran yang diberikan oleh pemerintah pusat baik dalam bentuk dana dekonsentrasi, tugas perbantuan, DAK dan DAU, pemerintah pusat menentukan pilihan menukebijakan dan program kepada pemerintah daerah termasuk volume dan unit cost dari setiap kegiatan.

Kota Depok pernah mendapatkan dana dekonsentrasi untuk program PMT ASI untuk mengatasi Gizi buruk pada balita. Namun program ini ternyata tidak tepat sasaran dan tidak berhasil menurunkan kasus gizi buruk. Program tersebut tidak dilanjutkan pada tahun berikutnya, dan pemerintah daerah kemudian menggantinya dengan *Teurapeutic Feeding Centre* atau Panti Rehabilitasi Gizi dengan menggandeng FKM UI sebagai konsultan ahli. Setelah perubahan tersebut, kasus gizi buruk di Kota Depok dapat diturunkan. *Teurapeutic Feeding Centre* (TFC) dilaksanakan dengan menggunakan anggaran pemerintah daerah. Kemampuan fiskal Kota Depok yang cukup baik membuat Kota tersebut dapat melakukan program sesuai dengan kebutuhan Lokal. *Teurapeutic Feeding Centre* (TFC) dilaksanakan di setiap Puskesmas di Kota Depok, namun hanya ada 4 Puskesmas dengan pelayanan TFC Rawat Inap yaitu di Puskesmas Sukmajaya, Puskesmas Pancoran Mas, Puskesmas Depok Jaya dan Puskesmas Cimanggis.

Berbeda dengan Kota Depok, Kota Bogor tetap melaksanakan Pemberian Makanan Tambahan (PMT-ASI) walaupun program tersebut tidak berhasil

menurunkan kasus gizi buruk Kota Bogor. Penelitian ini menemukan bahwa Program PMT-ASI tidak efektif karena tidak tepat sasaran, dan pada akhirnya menyebabkan inefisiensi. Namun demikian program tersebut terus berlanjut pada tahun berikutnya. Kebijakan maupun program yang dilaksanakan oleh Kota Bogor, sebagian besar adalah program yang ditujukan untuk mencapai SPM program Gizi dan program nasional yang harus dilaksanakan oleh pemerintah daerah dalam pencapaian MDG's. Pada porsi APBD yang rendah, pemerintah daerah tidak memiliki *decision space* yang cukup luas untuk membuat keputusan kebijakan.

Sementara itu *Decision Space* yang dimiliki oleh Kota Depok dalam membuat keputusan kebijakan program gizi sudah cukup luas. Kewenangan yang dimiliki oleh Dinas Kesehatan dengan anggaran yang dimilikinya sudah cukup memadai. Dinas Kesehatan Kota Depok telah memanfaatkan *de jure Decision Space* sesuai kewenangan yang dimiliki secara maksimal dengan alokasi anggaran yang cukup memadai. *De Facto Decision Space* yang dimiliki oleh Kota Depok oleh karenanya dapat dikatakan hampir sama besar dengan *de jure Decision Space*. Pemerintah daerah dapat memiliki keberanian untuk menolak kebijakan yang tidak efektif dan mengganti dengan kebijakan yang lebih baik dengan bersumber pembiayaan sendiri.

Kota Bogor mengakui bahwa dengan adanya desentralisasi, *de jure decision space* yang dimiliki pemerintah daerah dalam membuat keputusan kebijakan kesehatan sudah cukup memadai. Namun dengan dukungan anggaran yang lemah dari pemerintah daerah menyebabkan *defacto decision space* yang dimiliki oleh pemerintah daerah rebih rendah dibanding *de jure decision space*.

Decision space yang masih dirasakan kurang oleh pemerintah daerah adalah *decision space* dalam kebijakan pengelolaan anggaran dan kebijakan sumberdaya pengelolaan sumberdaya manusia di daerah. Kota Bogor dan Kota Depok tidak memiliki cukup kewenangan dalam mengangkat, mempromosikan maupun memberhentikan pegawai yang ada karena kewenangan tersebut masih dilaksanakan langsung oleh BAKN dan pengaturannya dilakukan oleh BKD (Badan Kepegawaian Daerah). Untuk mengangkat mempromosikan dan memberhentikan SDM tidak dapat dilakukan oleh Dinas Kesehatan, Puskesmas maupun rumah sakit, hal tersebut dilakukan oleh Pemerintah Pusat. Akibatnya kebutuhan SDM yang sesuai dengan kebutuhan pemerintah daerah tidak terpenuhi. Sebaliknya pada saat penerimaan PNS, pemerintah daerah hanya diperbo-

lehan mengangkat tenaga-tenaga tertentu yang tidak sesuai dengan kebutuhan.

Kewenangan dalam mengelola anggaran adalah salah satu kewenangan yang diharapkan oleh pemerintah daerah agar diperluas, terutama terkait dengan anggaran yang berasal dari APBN. Ketentuan dalam pengelolaan anggaran yang ada pada saat ini masih dianggap kurang memberikan ruang gerak yang memadai bagi pemerintah daerah. Misalnya daerah menginginkan agar anggaran yang disediakan dapat dialokasikan dari satu program prioritas nasional kepada program lainnya yang spesifik sesuai dengan kondisi daerah. Kewenangan yang lebih besar dalam mengelola anggaran ini paling diinginkan oleh Puskesmas. Saat ini Puskesmas dibebani untuk meningkatkan PAD sehingga puskesmas harus bekerja keras meningkatkan kunjungan pasien. Padahal, pada sisi lainnya puskesmas misalnya membutuhkan dana untuk meningkatkan belanja pegawai atau investasi, membeli obat-obatan dan alkes tidak dapat secara leluasa dilakukan. Kewenangan dalam alokasi dana BOK, ketidakjelasan prosedur membuat Puskesmas enggan mengalokasikan dana tersebut karena khawatir akan terkena sanksi pidana.

Akuntabilitas dan Partisipasi Pengambilan Keputusan Kebijakan.

Akuntabilitas dapat dilihat dari besarnya inisiatif yang diberikan kepala daerah terhadap keputusan yang diambil, dan dapat dilihat dari apakah kepala daerah merasa aspirasinya dipertimbangkan dalam berbagai keputusan yang dibuat. Partisipasi masyarakat, dan aktor lainnya diluar sektor kesehatan seperti akademisi, media massa, tokoh masyarakat, swasta akan membuat keputusan kebijakan yang dibuat menjadi lebih responsive.

Partisipasi publik di Kota Depok dapat dilihat dari jumlah kader dan keaktifan kader posyandu dalam penimbangan balita, penjarangan gizi buruk dan penyuluhan kepada masyarakat yang cukup tinggi. Kepala daerah memberikan berbagai insentif untuk meningkatkan partisipasi kader diantaranya adalah bantuan sosial kader posyandu, dana pengembangan Forum Desa Sehat, Dana Stimulan Desa Siaga, dan Dana Pengembangan PKK. Kader tidak saja mendapatkan imbalan secara finansial, namun diberi kesempatan untuk berkembang, bersosialisasi dan berorganisasi. Peran Ketua Team Penggerak PKK dalam meningkatkan keaktifan kader Posyandu juga tinggi dan menjadi salah satu faktor pemicu motivasi kader.

Tokoh masyarakat juga dilibatkan dalam upaya peningkatan gizi balita. Salah satunya adalah dengan

forum desa sehat yang dilaksanakan di Puskesmas. Sebaliknya Kepala Puskesmas juga aktif mendorong partisipasi tokoh setempat sehingga koordinasi dalam pemantauan gizi buruk semakin baik. Masyarakat dapat melaporkan kasus gizi buruk yang terjadi kepada kader Posyandu dan kemudian baru dilaporkan kepada petugas gizi Puskesmas untuk kemudian dilakukan penanganan. Metode lainnya adalah dengan memantau melalui penimbangan di Posyandu yang setelah itu dilakukan pencatatan dan pelaporan oleh kader. Partisipasi masyarakat untuk datang ke Posyandu dapat dilihat dari persentase d/s posyandu di Kota Depok yang sudah mencapai d/s diatas 75%.

Bantuan dalam bentuk *Cooperate Social Responsibility* dari beberapa perusahaan obat diberikan oleh langsung ke beberapa Posyandu bentuknya bisa berupa makanan tambahan dan bantuan tunai untuk pengembangan Posyandu. Sementara itu posisi Depok yang dekat dengan beberapa Universitas swasta dan negeri dimanfaatkan dalam bentuk kerjasama menjadikan Kota Depok sebagai Laboratorium Gizi Universitas Indonesia. Salah satu hasilnya yang paling bermanfaat adalah pengembangan TFC. Universitas membantu membuat studi kelayakan, perencanaan program dan kegiatan, serta memberikan konsultasi kepada Posyandu, Dinas Kesehatan dan kader dalam pengembangan TFC.

Partisipasi Kader posyandu di Kota Bogor rendah, beberapa masalah yang seringkali muncul disebabkan oleh kurangnya partisipasi kader. Masalah tersebut misalnya terjadi karena meja 3 dan meja 2 di posyandu dipegang oleh satu kader. Pencatatan dan penimbangan oleh satu kader. Akibatnya seringkali terjadi salah pencatatan hasil penimbangan oleh kader. Partisipasi tokoh masyarakat dilakukan dalam berbagai pertemuan musrenbang di tingkat Kota dan tingkat kecamatan. Kader tidak mendapat insentif dari pemerintah daerah, sehingga motivasi kader tersebut rendah. Walaupun demikian Peran Pembina PKK cukup tinggi di Kota Bogor salah satunya dengan menyelenggarakan perlombaan antar posyandu.

Kepala daerah memiliki komitmen yang cukup tinggi terhadap program penanggulangan gizi balita di Kota Depok dan Kota Bogor. Namun demikian waliKota Depok memiliki strategi yang lebih komprehensif dengan melibatkan koordinasi lintas sektor terutama dalam rangka meningkatkan ketahanan pangan. Penanggulangan gizi buruk terintegrasi dalam kebijakan Kota Layak anak yang merupakan kebijakan strategis Kota Depok. Keberhasilan kepala daerah dalam memimpin wilayahnya dapat diukur dari sejauhmana kebijakan strategis dalam renstra

daerah, yang sebagian besar adalah janji politiknya pada saat pencalonan dapat terpenuhi. Sebagaimana yang diketahui bahwa kepala daerah di Kota Depok adalah seorang incumbent yang baru saja terpilih untuk kedua kalinya. Oleh karena itu interest waliKota untuk menanggulangi gizi buruk di Kota Depok cukup tinggi. Setiap bulan ada laporan koordinasi yang melibatkan Kepala Dinas dan kepala Bidang pada Dinas kesehatan dan dinas lainnya. Setiap perkembangan program yang sedang dilaksanakan dilaporkan kepada kepala daerah dan setiap permasalahan yang ditemui akan dibicarakan bersama-sama.

Kota Bogor mengadakan evaluasi kinerja program setiap bulan untuk melihat sejauhmana tujuan program tercapai dengan membuat pertemuan setiap bulan dengan Puskesmas dan mengundang kader. Hasil evaluasi menjadi pedoman dalam penyusunan rencana program selanjutnya, baik bulanan maupun tahunan. Selain itu program juga mengikuti apa yang menjadi program prioritas dari propinsi dan pemerintah pusat yang setiap penyelenggaraannya ada bimbingan teknis yang dilakukan oleh propinsi dan pemerintah pusat.

Kapasitas Institusi

Decision space yang memadai dan akuntabilitas yang tinggi harus dikelola oleh sebuah institusi yang memiliki kapasitas yang cukup baik. Oleh karena itu Bossert⁵ menyatakan bahwa Kapasitas Institusi, *Decision Space* dan Akuntabilitas memiliki keterkaitan yang sangat erat dalam meningkatkan kualitas pelayanan publik di daerah, termasuk dalam peningkatan kinerja pelayanan kesehatan. Pada era desentralisasi, setiap daerah berkembang sesuai dengan potensi daerahnya masing-masing, termasuk kapasitas fiskal, pertumbuhan ekonomi dan kualitas manajemen pelayanan dan tata kelola pemerintahan yang baik. Komitmen kepemimpinan menjadi penting untuk meramu seluruh faktor yang ada sehingga menghasilkan kinerja pelayanan publik yang lebih baik.

Kapasitas Institusi dapat dilihat dari lima aspek yaitu perencanaan strategis, sumberdaya manusia, anggaran, manajemen pelayanan dan tata kelola sistem administrasi. Desentralisasi memberikan kewenangan yang lebih luas kepada pemerintah daerah untuk mengatur daerahnya sendiri sesuai dengan aspirasi masyarakat dan permasalahan yang dihadapi. Pelimpahan wewenang pemerintah pusat kepada pemerintah daerah diharapkan membuat pelayanan publik menjadi lebih baik dalam arti lebih responsif, efektif dan efisien. Untuk melaksanakan kewenangan yang lebih luas tersebut kapasitas

institusi pemerintah daerah seharusnya menjadi lebih baik agar dapat mengelola kebijakan dengan benar.

Perencanaan Strategis

Kota Depok baru berdiri pada tahun 2001, oleh karena itu Kota ini masih melakukan pembenahan dan pembangunan infrastruktur. Pada saat ini Kota Depok belum memiliki infrastuktur gedung untuk beberapa dinas termasuk Dinas Kesehatan. Oleh karena itu porsi pembiayaan untuk pembangunan infrastruktur di Kota Depok masih tinggi. Perhatian pemerintah daerah terhadap pengembangan kapasitas institusi masih harus ditingkatkan lagi. Diantaranya dalam hal perencanaan strategis sektor Kesehatan. Sampai saat ini Dinas Kesehatan Kota Depok belum memiliki Dokumen Rencana Strategis Pembangunan Kota Depok yang sesuai dengan kaidah-kaidah penyusunannya. Dokumen yang ada tidak dilengkapi oleh analisis situasi permasalahan kesehatan dan tidak ada analisis penentuan program dan kebijakan strategis. Proses perencanaan strategis di lakukan di tingkat dinas kesehatan dengan melibatkan seluruh bidang yang ada, kemudian dilakukan formulasi kebijakan strategis berdasarkan penilaian dari masing-masing pengelola kebijakan. Berbeda dengan Kota Depok, Kota Bogor sudah memiliki dokumen perencanaan strategis yang sudah dilengkapi dengan analisis situasi dan penetapan program serta kebijakan prioritas. Proses penyusunan perencanaan strategis dimulai dengan melakukan mini lokakarya dengan puskesmas untuk menearing aspirasi dan mengidentifikasi permasalahan yang akan dan sedang dihadapi.

Sumberdaya Manusia

Kota Depok memiliki sumberdaya manusia untuk pengelola program gizi yang cukup memadai dengan tingkata pendidikan minaml D3 Gizi. Pada setiap Puskesmas sudah memiliki satu orang staff yang memiliki latar belakang pendidikan Gizi. Dengan pembinaan dari Universitas Indonesia, terutama dalam pengembangan *Teurapeutic Feeding Centre* (TFC) penanggulangan gizi buruk, sumberdaya yang ada tersebut dapat mengelola kegiatan dengan baik. Sementara itu di Kota Bogor setiap puskesmas juga telah memiliki satu orang staf pelaksana program gizi dengan latar belakang pendidikan DI Gizi dan beberapa sudah memiliki latar belakang pendidikan yang lebih baik, yaitu D3 Gizi.

Anggaran

Kota Depok memiliki kapasitas fiskal yang lebih besar dibanding Kota Bogor. Anggaran yang dialokasikan untuk sektor kesehatan oleh Kota Depok pada

tahun 2010 adalah sebesar 67 milyar, dimana 57 milyar dari total anggaran tersebut bersumber APBD. Pengelolaan anggaran Kota Depok cukup baik dan akuntabilitas yang cukup baik pada tahun 2011 dan tahun 2012, Kota Depok mendapatkan penilaian dari BPKD dengan kriteria "Wajar tanpa Pengecualian. Berbeda dengan Kota Depok, Kota Bogor memiliki anggaran kesehatan yang lebih rendah dan APBN yang lebih tinggi. Porsi pembiayaan kesehatan Kota Bogor menunjukkan adanya ketergantungan Fiskal. Hal ini juga dapat dilihat dari program yang dilaksanakan adalah program-program yang pemerintah pusat dan propinsi dengan sumber pembiayaan dari propinsi dan pemerintah Pusat.

Manajemen Pelayanan Kesehatan

Salah satu tujuan desentralisasi adalah mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat sehingga Akses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat lebih terjangkau dan lebih tepat sasaran. Kota Depok saat ini memiliki 22 Puskesmas untuk 11 kecamatan, dengan empat puskesmas dengan pelayanan 24 jam dan satu Puskesmas Rawat inap dan dua Puskesmas Poned. Untuk penanggulangan program Gizi, empat Puskesmas sudah memiliki pelayanan TFC, yaitu Puskesmas Pancoran Mas, Puskesmas Depok Jaya, Puskesmas Sukmajaya dan Puskesmas Cimanggis. Untuk penanganan gizi buruk kronis dapat diperoleh di Puskesmas Sukmajaya. Seluruh pelayanan untuk Penanggulangan Gizi Buruk tidak dikenakan Biaya, dan pasien serta orang tuanya mendapatkan makan selama perawatan serta transport bagi orang tua pasien. Kota Bogor belum memiliki puskesmas yang memiliki pelayanan TFC dan hanya memberikan makanan tambahan untuk pemulihan. Apabila ditemukan gizi buruk dengan penyakit penyerta berat maka akan langsung di rujuk ke Rumah Sakit. Balita dengan gizi buruk tanpa komplikasi penanganannya berupa pemerian makanan untuk tumbuh kejar dan Pemulihan Gizi Berbasis Masyarakat (PGBM). Proses penimbangan dan pemantauan balita Gizi Buruk di Kota Bogor terhambat oleh keterbatasan partisipasi kader yang rendah dan kekurangan tenaga penyuluh gizi. Seringkali terjadi keterlambatan dan kesalahan dalam penulisan laporan perkembangan balita karena padatnya kunjungan masyarakat namun petugas yang ada hanya satu. Orang. Partisipasi masyarakat ke Posyandu di Kota Bogor masih belum mencapai target (75%). Pada tahun 2012 Capaian d/s Kota Bogor baru 60 % sementara Kota Depok telah mencapai 80%. Puskesmas di Kota Bogor dibebani untuk meningkatkan PAD, dengan membuka pelayanan

24 Jam dan meningkatkan jumlah kunjungan pasien. Oleh karena itu banyak staff yang seharusnya melakukan pelayanan diluar gedung terpaksa harus membantu pelayanan medis di Puskesmas. Kota Depok juga memiliki Puskesmas 24 jam dan memberikan beban pencapaian target PAD bagi Puskesmas dan Rumah sakit. Namun jumlah dan Kapasitas SDM Kota Depok lebih banyak sehingga pelayanan yang diberikan masih bisa ditangani dengan baik.

Sistem Tata Kelola Administrasi

Reformasi birokrasi publik adalah amanat yang harus segera dilaksanakan oleh seluruh jajaran birokrasi baik ditingkat pemerintah daerah maupun ditingkat pemerintah pusat sebagaimana yang diatur dalam Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi No. 20 tentang *Road Map* Reformasi Birokrasi 2010-2014. Indikator dari dilaksanakannya Reformasi Birokrasi adalah adanya tata kelola Administrasi birokrasi yang transparan, akuntabilitas yang tinggi dan efisien serta efektif. Setelah Desentralisasi diakui telah terjadi perbaikan pelayanan publik termasuk pada sektor kesehatan. Pemerintah daerah jug menjadi semakin responsif dengan memberikan Jaminan Kesehatan Daerah Kepada masyarakat yang kurang mampu. Kota Depok dan Kota Bogor membangun pelayanan 24 jam, meningkatkan kapasitas Poned dan Ponek serta meningkatkan sistem pelaporan dan pencatatan serta alur pelayanan untuk membuat pelayanan semakin efektif dan efisien. Transparansi pelayanan publik juga sudah semakin meningkat dilihat dari adanya mekanisme Musrenbang, adanya koordinasi lintas sektor dan dibukanya sebagian informasi kepada publik melalui Situs Dinas Kesehatan. Untuk meningkatkan transparansi, pemerintah daerah juga menginformasikan prosedur pelayanan puskesmas, Jamkesda dan informasi penting lainnya di kantor kelurahan dan Puskesmas setempat.

Akuntabilitas sistem administrasi Dinas kesehatan di Kota Depok dan Kota Bogor dapat dilihat dari Pencapaian Laporan Kinerja Akuntabilitas yang cukup baik. Namun demikian masih ada program-program yang dilaksanakan karena adanya tawar-menawar politik dengan Legislatif dan program-program yang dilaksanakan sesuai dengan permintaan kepala daerah yang menjadi incumbent. Namun demikian hal tersebut masih sangat rendah dampaknya karena program yang diminta tersebut secara umum adalah program yang akan dilaksanakan, perubahan hanya pada sisi waktu dan upaya untuk menonjolkan peran Incumbent dihadapan Publik.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Desentralisasi meningkatkan *decision space* dan akuntabilitas pada proses pengambilan keputusan kebijakan kesehatan. Peningkatan kapasitas institusi terutama kapasitas sumberdaya manusia dan perbedaan tingkat partisipasi masyarakat dan aktor diluar pemerintah sangat dibutuhkan untuk menghasilkan keputusan kebijakan yang lebih responsif. Komitmen Kepala daerah menjadi bagian penting karena peran serta kepala daerah dalam mengarahkan, mengontrol dan mengevaluasi termasuk memberikan dukungan anggaran yang memadai merupakan salah satu kunci tercapainya efektifitas desentralisasi.

Saran

Desentralisasi telah memberikan kewenangan yang lebih luas kepada pemerintah daerah untuk mengatur kebijakan kesehatan yang sesuai dengan permasalahan didaerahnya. Berbagai keterbatasan yang dihadapi seperti rendahnya kapasitas fiskal dapat disiasati dengan meningkatkan kapasitas SDM yang ada, melakukan kemitraan dengan perguruan tinggi, melibatkan Public private partnership

dan meningkatkan peran serta masyarakat. Untuk itu Dinas kesehatan seharusnya terlebih dahulu membenahi manajemen pelayanan dan tata kelola administrasi.

REFERENSI

1. Mawhood, Philip, Local Government in the Third World, New York, 1987
2. Smith BC, Decentralization, The Teritorial Dimension of the State. London, 1985
3. Burns, 1994
4. Shabbir, Chemma dan Rondinelli, 1983
5. Bossert, Thomas J . *Analyzing The Decentralization Of Health Systems In Developing Countries: Decision Space, Innovation And Performance*. Soc. Sci. Med. Vol. 47, No. 10, pp. 1513±1527, 1998
6. Bossert, Thomas J. David Mitchell ,Andrew. *Health sector decentralization and local decision-making: Decision space,institutional capacities and accountability in Pakistan*. Social Science & Medicine , 2010:72(2011);39-48
7. Heywood dan Choi, 2010
8. Prasodjo, Eko, Reformasi Kedua, Melanjutkan Estafet Reformasi, Salemba humanika, 2009