

**DESENTRALISASI PERKHIDMATAN KESIHATAN  
AWAM DI SUMATERA UTARA, INDONESIA**

**FEBRUATI TRIMURNI TAMBUNAN**

**FAKULTI EKONOMI DAN PENTADBIRAN  
UNIVERSITI MALAYA  
KUALA LUMPUR**

**2019**

**DESENTRALISASI PERKHIDMATAN KESIHATAN  
AWAM DI SUMATERA UTARA, INDONESIA**

**FEBRUATI TRIMURNI TAMBUNAN**

**TESIS DISERAHKAN SEBAGAI MEMENUHI  
KEPERLUAN BAGI IJAZAH DOKTOR FALSAFAH**

**FAKULTI EKONOMI DAN PENTADBIRAN  
UNIVERSITI MALAYA  
KUALA LUMPUR**

**2019**

**UNIVERSITI MALAYA**  
**PERAKUAN KEASLIAN PENULISAN**

Nama : Februati Trimurni Tambunan  
No. Matrik : EHA 130003  
Nama Ijazah : Doktor Falsafah  
Tajuk Tesis : Desentralisasi Perkhidmatan Kesihatan Awam di Sumatera Utara, Indonesia  
Bidang Penyelidikan : Pentadbiran Awam

Saya dengan sesungguhnya dan sebenarnya mengaku bahawa:

- (1) Saya adalah satu-satunya pengarang/penulis Hasil Kerja ini;
- (2) Hasil Kerja ini adalah asli;
- (3) Apa-apa penggunaan mana-mana hasil kerja yang mengandungi hakcipta telah dilakukan secara urusan yang wajar dan bagi maksud yang dibenarkan dan apa-apa petikan, ekstrak, rujukan atau pengeluaran semula daripada atau kepada mana-mana hasil kerja yang mengandungi hakcipta telah dinyatakan dengan sejelasnya dan secukupnya dan satu pengiktirafan tajuk hasil kerja tersebut dan pengarang/penulisnya telah dilakukan di dalam Hasil Kerja ini;
- (4) Saya tidak mempunyai apa-apa pengetahuan sebenar atau patut semunasabahnya tahu bahawa penghasilan Hasil Kerja ini melanggar suatu hakcipta hasil kerja yang lain;
- (5) Saya dengan ini menyerahkan kesemua dan tiap-tiap hak yang terkandung di dalam hakcipta Hasil Kerja ini kepada Universiti Malaya (“UM”) yang seterusnya mula dari sekarang adalah tuan punya kepada hakcipta di dalam Hasil Kerja ini dan apa-apa pengeluaran semula atau penggunaan dalam apa jua bentuk atau dengan apa juga cara sekalipun adalah dilarang tanpa terlebih dahulu mendapat kebenaran bertulis dari UM;
- (6) Saya sedar sepenuhnya sekiranya dalam masa penghasilan Hasil Kerja ini saya telah melanggar suatu hakcipta hasil kerja yang lain sama ada dengan niat atau sebaliknya, saya boleh dikenakan tindakan undang-undang atau apa-apa tindakan lain sebagaimana yang diputuskan oleh UM.

Tandatangan Calon

Tarikh:

Diperbuat dan sesungguhnya diakui di hadapan,

Tandatangan Saksi

Tarikh:

Nama:

Jawatan:

**DESENTRALISASI PERKHIDMATAN KESIHATAN AWAM  
DI SUMATERA UTARA, INDONESIA**

**ABSTRAK**

Penggubalan Undang-Undang Kerajaan Tempatan No. 22 Tahun 1999 di Indonesia, menandakan bermulanya pelaksanaan pentadbiran desentralisasi di Indonesia. Ini berubah setelah 32 tahun menggunakan sistem pentadbiran terpusat dan berkuasa mutlak. Menurut Bank Dunia, pelaksanaan undang-undang ini telah menjadikan Indonesia sebagai salah satu negara yang melaksanakan "*big bang decentralization*" (Gopal, 2008; Hoffman dan Kaiser, 2002). Undang-undang ini, akhirnya telah diubah sebanyak dua kali sehingga pengagihan kuasa ke peringkat tempatan tidak berlebihan berbanding dengan Undang-Undang No.22 Tahun 1999. Pelaksanaan desentralisasi adalah berbeza di setiap negara sama ada daripada segi bentuk negara, demografi, budaya, keadaan sosioekonomi mahupun politik. Negara membangun seperti Indonesia, pelaksanaan desentralisasi yang merupakan asas dalam melahirkan autonomi tempatan adalah masih tidak begitu mutlak disebabkan oleh adanya campur tangan daripada pentadbiran pusat di peringkat tempatan. Justeru itu teori desentralisasi Smith (1985), Rondinelli *et al.* (1984) serta Cheema dan Rondinelli (1983) lebih sesuai sebagai kerangka kerja teori. Perspektif mereka ini adalah cenderung kepada sains pentadbiran awam. Objektif penyelidikan ini ialah untuk menganalisis pelaksanaan desentralisasi; sama ada daripada aspek politik (devolusi) mahupun pentadbiran (dekonsentrasi). Penyelidikan ini menggunakan kaedah kualitatif dengan pendekatan kajian kes dan pelbagai peringkat. Teknik pengumpulan data yang digunakan ialah seperti; temu bual mendalam, pemerhatian dan dokumentasi. Pemberi maklumat dalam penyelidikan ini terdiri daripada kakitangan Pentadbiran Negeri Sumatera Utara, jabatan kesihatan negeri dan daerah kabupaten atau bandar, Pusat Kesihatan Masyarakat, mukim, kelurahan atau kampung dan masyarakat. Penyelidikan ini juga mengagihkan soal selidik kepada

sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu untuk memperoleh maklumat yang kemudiannya digunakan untuk melengkapkan analisis data penyelidikan ini. Dapatkan pnyelidikan ini ialah; pelaksanaan desentralisasi perkhidmatan kesihatan awam di Sumatera Utara; belum lagi mencapai tahap yang sepenuhnya. Hubungan antara desentralisasi politik dan desentralisasi pentadbiran; dapat disimpulkan bahawa; kedua-duanya saling melengkapi dan menyokong dalam memberikan perkhidmatan kesihatan kepada masyarakat. Manakala cabaran amalan desentralisasi di Sumatera Utara yang paling utama ialah;kekangan kewangan dan keupayaan sumber manusia di peringkat tempatan. Kesan atau tujuan pelaksanaan desentralisasi politik di Sumatera Utara yang paling berpengaruh ialah; wujudnya kreativiti dan inovasi daerah, akauntabiliti daerah, menggalakkan penyertaan masyarakat dalam pembangunan kesihatan daerah dan maklum balas daerah. Manakala kesan negatif daripada desentralisasi politik adalah; terdapat campur tangan politik dalam pengambilan staf atau kakitangan daerah dan penempatan jawatan-jawatan di pentadbiran daerah dan penurunan keutamaan sektor kesihatan sebagai urusan wajib daerah. Pelaksanaan desentralisasi pentadbiran; juga memberikan kesan kepada pentadbiran tempatan dan kepentingan nasional; iaitu, dalam meningkatkan pengetahuan dan kemampuan tempatan, kecekapan anggaran belanjawan, mengukuhkan persepaduan kebangsaan sebagai wujud kestabilan politik untuk mencegah terjadinya perpecahan negara dan ketidaksamaan sosioekonomi.

Kata Kunci: desentralisasi politik, desentralisasi pentadbiran, perkhidmatan kesihatan awam

# **DECENTRALIZATION OF PUBLIC HEALTHCARE SERVICES IN SUMATERA UTARA, INDONESIA**

## **ABSTRACT**

The regulation of Law No 22/1999 on Local Governance is regarded as milestone of the implementation of decentralization in Indonesia after implementing thirty-two years of centralized and authoritarian governance. According to the World Bank, the implementation of the above-mentioned law has placed a state to be one of the countries implementing a “big-bang decentralization” of the world (Hoffman and Kaiser, 2002; Gopal, 2008). The law has been eventually revised twice and the revisions make the transfer of authority from the central to the local governments is not as extreme as the original law. The implementation of decentralization is different from a country to another whether it is based on the form of the country, demography, cultures, socio-economic and political circumstance. In developing countries such as Indonesia, the implementation of the decentralization that gives birth to autonomous region is not that firm since there are sort of interventions from the central government into local government. It is therefore the decentralization theories proposed by Smith (1985), Rondinelli *et al.* (1984) and Cheema & Rondinelli (1983) regarded more relevant as theoretical framework. Their perspectives have a tendency to the area of public administration science. The objective of this study is to analyze the implementation of both political decentralization (devolution) and administrative decentralization (deconcentration) those are implemented and came into effect since the year of 2001. This study applies a qualitative method with a case study and multilevel approach. This study adopts the technique of in-depth interview, observation and documentations. The informants of this study are the governmental offices from the provincial level down to village governments and society. The study also distributes questionnaires to the Integrated Healthcare Service Centre cadres and furthermore placed to be complement in

data analysis The result of the study is the fact the implementation of decentralization in Sumatera Utara does not work that optimal. The relation between political and administrative decentralization on the healthcare programs is concluded that both programs are implemented side by side, mutually support and complimentary. Whereas the constraints of decentralization are dominantly the limitations of financial support and human resource capabilities in the local level. In the case of Sumatera Utara, the more visible impact of the political decentralization are the emergence of creativities and innovations, local accountability emergence of public participation and responsiveness. Whilst, the negative impact of the decentralization is there are still the local politic interventions on the selecting and placing of high-rank officials on the healthcare offices as well as the reduction of the healthcare priorities as the mdanatory or compulsory service must be carried out by the local government. The implementation of the administrative decentralization on the other hand brings impacts both for central and local government which are the improvement of local knowledge and capacities, capabilities on financial management and achieving the national unity by maintaining the political stability through avoiding the national disintegration and economic disparities.

Keywords: political decentralization, administrative decentralization, public healthcare services

## PENGHARGAAN

Bersyukur kepada Tuhan Yang Maha Pemurah lagi Maha Penyayang kerana dengan limpah kurniaNya dapat saya menyelesaikan penulisan tesis ini bagi memenuhi sebahagian syarakat penganugerahan Ijazah Kedoktoran (Ph.D) di Universiti Malaya. Pertama sekali, saya ingin merakamkan rasa terhutang budi kepada mereka yang membantu saya untuk menyiapkan tesis ini.

Pada kesempatan ini, saya merekamkan setinggi-tinggi penghargaan dan ribuan terima kasih kepada Profesor Datuk Dr Norma Mansor, selaku penyelia kerana telah memberikan banyak bimbingan sepanjang tempoh penghasilan tesis ini.

Ucapan terima kasih juga ditujukan kepada pemberi maklumat dalam kajian ini iaitu: kakitangan pentadbiran negeri, daerah, mukim, *kelurahan* dan kampung di Sumatera Utara; Jabatan Kesihatan Daerah Medan, Binjai, Deli Serdang dan Serdang Bedagai; Jabatan Kesihatan Negeri Sumatera Utara; Pusat Kesihatan Masyarakat; Pusat Khidmat Bersepadu; dan sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu di Sumatera Utara. Seterusnya, terima kasih juga kepada seluruh kakitangan dan pensyarah Fakulti Ekonomi dan Pentadbiran, Universiti Malaya yang telah membantu pengkaji selama ini.

Secara istimewa saya ingin merakamkan jutaan terima kasih kepada keluarga atas sokongan dan doa-doanya dalam menyelesaikan tesis ini. Akhir sekali terima kasih kepada semua saudara mara, rakan-rakan dan kenalan yang secara langsung dan tidak langsung membantu saya sejak proses mula belajar sehingga berjaya menyiapkan tesis ini. Semoga Tuhan Yang Maha Penyayang membala semua kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada saya.

## **ISI KANDUNGAN**

Abstrak .....	iii
Abstract .....	v
Penghargaan .....	vii
Isi Kandungan .....	viii
Senarai Rajah .....	xiv
Senarai Jadual.....	xv
Senarai Singkatan.....	xviii
Senarai Lampiran .....	xx
<b>BAB 1: PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1    Pengenalan.....	1
1.2    Latar Belakang.....	1
1.3    Pernyataan Masalah.....	7
1.4    Persoalan Penyelidikan.....	16
1.5    Objektif Penyelidikan.....	16
1.6    Skop Kajian.....	16
1.7    Batasan Penyelidikan.....	21
1.8    Susunan Tesis.....	22
1.9    Penutup.....	22

## **BAB 2: DESENTRALISASI: KUASA POLITIK DAN KUASA PENTADBIRAN**

.....	23
2.1 Pengenalan .....	23
2.2 Bentuk Negara: Persekutuan dan Kesatuan.....	22
2.3 Reformasi Pentadbiran Awam.....	29
2.4 Desentralisasi: Pengertian dan Bentuk daripada Pelbagai Perspektif.....	30
2.5 Kuasa Kerajaan: Politik dan Pentadbiran.....	38
2.6 Desentralisasi: Sistem Pentadbiran yang Bernilai Demokrasi dan Ekonomi.....	39
2.7 Desentralisasi: Perkembangan Global dalam Sektor Kesihatan.....	43
2.8 Sektor Kesihatan: Salah Satu Kategori Perkhidmatan Awam.....	45
2.9 Penyelidikan-Penyelidikan Lepas.....	47
2.10 Jurang Dalam Penyelidikan.....	51
2.11 Kerangka Kerja Teori.....	57
2.12 Penutup.....	61

## **BAB 3: METODOLOGI PENYELIDIKAN.....62**

3.1 Pengenalan.....	62
3.2 Pendekatan Kajian: Kes dan Pelbagai Peringkat.....	62
3.3 Lokasi Penyelidikan.....	64
3.4 Teknik Pengumpulan Data.....	66

3.5 Pemilihan Pemberi Maklumat atau Subjek Penyelidikan.....	71
3.6 Teknik Analisis Data.....	74
3.7 Ujian Kesahan Data.....	77
3.8 Etika Penyelidikan.....	79
3.9 Refleksi dalam Proses Pengumpulan Data.....	80
3.10 Penutup.....	87
<b>BAB 4: DESENTRALISASI SEKTOR KESIHATAN DI INDONESIA .....</b>	<b>88</b>
4.1. Pengenalan.....	88
4.2. Desentralisasi Sektor Pentadbiran Kerajaan.....	88
4.2.1 Era Kolonial Belanda.....	88
4.2.2 Era Penjajahan Jepun.....	89
4.2.3 Era “Orde Lama” .....	90
4.2.4 Era “Orde Baru” .....	95
4.2.5 Era “Reformasi” .....	98
4.3 Desentralisasi Sektor Kesihatan di Indonesia.....	106
4.3.1 Kedudukan Urusan Pentadbiran dalam Sektor Kesihatan Menurut UU No. 23 Tahun 2014 .....	106
4.3.2 Jabatan Tempatan (Jabatan Kesihatan Negeri dan Jabatan Kesihatan Kabupaten/Bandar).....	108
4.3.3 Pusat Kesihatan Masyarakat sebagai Unit Pelaksana Teknikal Jabatan Kesihatan Kabupaten/Bandar .....	110
4.3.4 Perancangan dan Program Kesihatan di Pusat Kesihatan Masyarakat.....	111
4.3.5 Pembiayaan Kesihatan.....	114

4.3.6 Pembiayaan Perkhidmatan Kesihatan melalui Dana <i>APBD</i> .....	114
4.3.7 Pembiayaan Perkhidmatan Kesihatan Awam melalui Dana <i>APBN</i> .....	116
4.4. Penutup .....	118
<b>BAB 5: PELAKSANAAN DAN KESAN DESENTRALISASI PERKHIDMATAN KESIHATAN AWAM DI SUMATERA UTARA.....</b>	<b>120</b>
5.1 Pengenalan.....	120
5.2 Jabatan Kesihatan Daerah <i>Kabupaten/Bandar</i> : Unsur Pelaksana Kegiatan Desentralisasi Politik dalam Sektor Kesihatan.....	120
5.2.1 Fungsi Sebagai Perancang Peraturan dan Pembimbing Pusat Kesihatan Masyarakat.....	120
5.3 Pelaksanaan Program Bantuan Operasi Kesihatan (BOK): Perjuangan Pusat Kesihatan Masyarakat Menggunakan Kuasanya.....	130
5.3.1 Perkembangan Pusat Kesihatan Masyarakat di Indonesia.....	131
5.3.2 Sekilas Mengenai Program Bantuan Operasi Kesihatan (BOK) .....	132
5.3.3 Program BOK: Program Bantuan Pentadbir Pusat untuk Menghidupkan Pusat Kesihatan Masyarakat.....	134
5.3.4 Program atau Aktiviti Pusat Kesihatan Masyarakat: Adakah Ia Inovatif? .....	136
5.3.5 Proses Perancangan Program Kesihatan: <i>Top Down</i> dan <i>Bottom Up</i> .....	143
5.3.6 Dana BOK: Pengurusan dan Pertanggungjawaban Pusat Kesihatan Masyarakat.....	149
5.3.7 Program BOK: Cabaran Dalam Pelaksanaan.. .....	152
5.3.8 Desentralisasi: Pentingnya Keupayaan Sumber Manusia.....	159
5.4 Sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu: Penyertaan Masyarakat dalam Sektor Kesihatan.....	163

5.4.1 Prinsip Desentralisasi Pentadbiran di Indonesia.....	163
5.4.2 Proses Perancangan Program atau Sub-Program Kesihatan dalam Kegiatan Desentralisasi Pentadbiran.....	168
5.5 Cabaran Jabatan Kesihatan Negeri sebagai Pelaksana bagi Pihak Gabenor dalam Kegiatan Desentralisasi Pentadbiran .....	181
5.6. Sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu: Had Keupayaan dan Kemahiran.....	192
5.6.1. Sejarah Pusat Khidmat Bersepadu di Indonesia .....	192
5.6.2. Pusat Khidmat Bersepadu dalam Struktur Pentadbiran.....	194
5.6.3 Penerangan Ringkas Lapan Lokasi Penyelidikan.....	196
5.6.4 Pusat Kesihatan Masyarakat: Pentingnya Penyertaan Sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu .....	197
5.6.5 Penyertaan Sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu: Pentingnya Proses Pengambilan .....	202
5.6.6 Sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu: Had Keupayaan dan Kemahiran.....	208
5.6.7 Penyertaan Sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu: Pentingnya Kerjasama dan Penyelarasian Lintas Sektor ( <i>Cross Sectoral</i> ) .....	213
5.6.8 Sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu: Cabaran Memandu Masyarakat.....	219
5.7. Pelaksanaan Desentralisasi di Sumatera Utara: Lebih Mendekatkan Perkhidmatan Kesihatan kepada Masyarakat?.....	224
5.7.1. Kesan Pelaksanaan Desentralisasi Politik Terhadap Perkhidmatan Kesihatan Awam di Sumatera Utara.....	224
5.7.2 Kesan Pelaksanaan Desentralisasi Pentadbiran Terhadap Perkhidmatan Kesihatan Awam di Sumatera Utara.....	240

5.7.3 Hubungan Desentralisasi Politik dengan Desentralisasi Pentadbiran dalam Perkhidmatan Kesihatan Awam di Sumatera Utara .....	247
5.8. Jurang Antara Teori Desentralisasi Smith (1985) dan Penyelidikan ini.....	254
5.9. Penutup.....	263
<b>BAB 6: KESIMPULAN DAN CADANGAN .....</b>	<b>264</b>
6.1 Kesimpulan.....	264
6.2 Implikasi Dasar dan Cadangan Penyelidikan.....	271
6.3 Implikasi Teori dan Sumbangan Penyelidikan.....	273
6.4 Implikasi Kajian untuk Arah Penyelidikan Masa Depan.....	277
<b>Rujukan.....</b>	<b>279</b>

## **SENARAI RAJAH**

Rajah 1.1: Susunan Tesis .....	22
Rajah 2.1: Kerangka Kerja Teori .....	61
Rajah 5.1: Salah Satu aktiviti di Pusat Kesihatan Masyarakat.....	140
Rajah 5.2: Cadangan untuk Ketiadaan Dana BOK secara Berperingkat .....	159
Rajah 5.3: Peringkat Pentadbiran dan Sektor Kesihatan di Indonesia pada Era Desentralisasi.....	167
Rajah 5.4: Sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu Mendengar Ceramah di Pusat Kesihatan Masyarakat .....	195
Rajah 5.5: Sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu .....	207
Rajah 5.6: Penimbangan Bayi di Pusat Khidmat Bersepadu .....	232
Rajah 5.7: Kesan Pelaksanaan Desentralisasi Politik bagi Pentadbiran Daerah.....	237
Rajah 5.8: Kesan Pelaksanaan Desentralisasi Pentadbiran bagi Pentadbiran Tempatan .....	246

## **SENARAI JADUAL**

Jadual 1.1 : Angka Kematian Bayi dan Ibu di Sumatera Utara .....	12
Jadual 1.2 : Kelaziman Status Pemakanan Bayi Lima Tahun ( <i>BB/U</i> ), ( <i>TB/U</i> ) dan ..... ( <i>BB/TB</i> ) di Empat <i>Kabupaten</i> /Bandar di Sumatera Utara Tahun 2013 .....	13
Jadual 1.3: Lima Negeri yang Menerima Dana Dekonsentrasi Paling Besar di Sektor..... Kesihatan dan Realisasinya, Tahun 2015.....	15
Jadual 2.1: Senarai Penyelidikan Lepas .....	49
Jadual 3.1: Alasan Pemilihan Lokasi Penyelidikan .....	64
Jadual 3.2: Ciri-ciri Empat <i>Kabupaten</i> /Bandar sebagai Lokasi Penyelidikan .....	65
Jadual 3.3: Profil Informan.....	73
Jadual 4.1: Urusan Pentadbiran Serentak yang Diserahkan Kepada Pentadbir Tempatan Sesuai dengan UU No.23 Tahun 2014 .....	105
Jadual 4.2: Peranan Jabatan Tempatan (Jabatan Negeri dan Jabatan Daerah ....., <i>Kabupaten</i> /Bandar) .....	109
Jadual 4.3: Jumlah Kemudahan Kesihatan Mengikut Jenis di Lokasi Penyelidikan.....	110
Jadual 4.4: Jumlah Tenaga Perubatan Mengikut Jenis di Lokasi Penyelidikan.....	111
Jadual 4.5: Butiran Dana Dekonsentrasi, <i>Tugas Pembantuan</i> dan BOK untuk Sumatera Utara Tahun 2015 (dalam Rupiah).....	118
Jadual 5.1: Peruntukan APBN Dekonsentrasi Jabatan Kesihatan Negeri Sumatera Utara Tahun 2011-2015.....	179
Jadual 5.2: Perbandingan Bilangan dan Peratusan Pembiayaan Sektor Kesihatan di Sumatera Utara (dalam Rupiah) .....	182
Jadual 5.3: Empat Anggaran Peruntukan Tertinggi ( <i>Top Four</i> ) Berasaskan Urusan atau Sektor .....	183

Jadual 5.4: Peratusan Anggaran Kesihatan dalam APBD Tahun 2014 .....	184
Jadual 5.5: Jumlah Anggaran <i>Pendapatan Asli Daerah Kabupaten/Bandar di Sumatera.. Utara .....</i>	185
Jadual 5.6: Gambaran Potensi Cukai dan Sumber Dana dengan Realisasi Transfer Dana ke Daerah Tahun 2015.....	187
Jadual 5.7: Profil Responden.....	196
Jadual 5.8: Dorongan Menjadi Sukarelawan .....	203
Jadual 5.9: Pendidikan Tertinggi daripada Sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu....	210
Jadual 5.10: Tahap Kehadiran Masyarakat di Pusat Khidmat Bersepadu .....	214
Jadual 5.11: Penentuan Jadual Aktiviti di Pusat Khidmat Bersepadu .....	215
Jadual 5.12: Sukarelawan Membincangkan Masalah Kesihatan kepada Masyarakat ..	220
Jadual 5.13: Alasan Masyarakat Tidak Mahu Hadir di Pusat Khidmat Bersepadu .....	220
Jadual 5.14: Cabaran Terbesar Menjadi Seorang Sukarelawan .....	222
Jadual 5.15: Peratusan Kanak-kanak Ditimbang di Sumatera Utara Tahun 2014 .....	233
Jadual 5.16: Kelaziman Status Pemakanan Kanak-kanak (BB/U) di Empat ..... <i>Kabupaten/Bandar, Sumatera Utara .....</i>	234 233
Jadual 5.17 : Sepuluh Negeri yang Menerima Dana Dekonsentrasi Paling Besar di ..... Sektor Kesihatan Tahun 2015.....	243
Jadual 5.18: Sepuluh Negeri yang Membelanjakan Dana Dekonsentrasi Paling Tinggi di Sektor Kesihatan Tahun 2015 .....	244
Jadual 5.19: Lima Negeri yang Membelanjakan Dana Dekonsentrasi Paling Rendah di Sektor Kesihatan Tahun .....	244
Jadual 5.20: Anggaran Hal Ehwal Kesihatan di Empat <i>Kabupaten/Bandar di Sumatera.. Utara Tahun 2014 .....</i>	261

Jadual 5.21: Perbandingan <i>Pendapatan Asli Daerah (PAD)</i> antara <i>Kabupaten/Bandar</i> di Sumatera Utara Tahun 2015 .....	262
---	-----

## **SENARAI SINGKATAN**

APBD	<i>Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah</i>
APBN	<i>Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara</i>
BPS	<i>Badan Pusat Statistik</i>
BPK	<i>Badan Pemeriksa Keuangan</i>
BPMPD	<i>Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Pemerintahan Desa</i>
BOK	<i>Bantuan Operasional Kesehatan</i>
BKIA	<i>Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak</i>
BKKBN	<i>Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional</i>
BLUD	<i>Badan Layanan Umum Daerah</i>
BPJS	<i>Badan Penyelenggara Jaminan Sosial</i>
DAU	<i>Dana Alokasi Umum</i>
DAK	<i>Dana Alokasi Khusus</i>
DIPA	<i>Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran</i>
JKN	<i>Jaminan Kesehatan Nasional</i>
KB	<i>Keluarga Berencana</i>
KIA	<i>Kesehatan Ibu dan Anak</i>
KPPN	<i>Kantor Pusat Perbendaharaan Negara</i>
KPPOD	<i>Komite Pemantauan Pelaksanaan Otonomi Daerah</i>
KTU	<i>Kepala Tata Usaha</i>
LKPBJP	<i>Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah</i>
PAD	<i>Pendapatan Asli Daerah</i>
Polindes	<i>Pondok Bersalin Desa</i>
Poskesdes	<i>Pos Kesehatan Desa</i>

University Of Malaya

## SENARAI LAMPIRAN

Lampiran A	Garis Panduan Temu Bual.	1
Lampiran B	Soalan Soal Selidik.	5
Lampiran C	Nota Temu Bual Mendalam.	7
Lampiran D	Surat Kelulusan Menjalankan Kajian daripada <i>Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sumatera Utara</i> untuk <i>Kabupaten Deli Serdang</i> .	15
Lampiran E	Surat Kelulusan Menjalankan Kajian daripada <i>Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat</i> untuk Bandar Medan, Bandar Binjai dan <i>Kabupaten Serdang Bedagai</i> .	16
Lampiran F	Surat Kelulusan Menjalankan Kajian daripada <i>Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat</i> untuk <i>Kabupaten Deli Serdang</i> .	17
Lampiran G	Surat Kelulusan Menjalankan Kajian daripada <i>Badan Penelitian dan Pengembangan Bandar Medan</i> .	18
Lampiran H	Surat Kelulusan Menjalankan Kajian daripada <i>Dinas Kesehatan Bandar Medan</i> .	19
Lampiran I	Surat Kelulusan Menjalankan Kajian daripada <i>Sekretariat Daerah Bandar Binjai</i> .	20
Lampiran J	Surat Kelulusan Menjalankan Kajian daripada <i>Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Deli Serdang</i> .	21
Lampiran K	Surat Kelulusan Menjalankan Kajian daripada <i>Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Serdang Bedagai</i> .	22
Lampiran L	Surat Kelulusan Menjalankan Kajian daripada <i>Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sumatera Utara</i> untuk Bandar Medan, Bandar Binjai dan <i>Kabupaten Serdang Bedagai</i> .	23

## BAB 1: PENDAHULUAN

### 1.1 Pengenalan

Negara-negara di dunia masa kini, hampir semua menggunakan sistem desentralisasi, termasuk Indonesia. Sistem desentralisasi yang berlaku di Indonesia bermula pada era "reformasi" iaitu sejak menggunakan Undang-Undang (UU) Kerajaan Tempatan Nombor (No.) 22 Tahun 1999. Pelaksanaan undang-undang ini dikuatkuasakan secara efektif sejak tahun 2001.

Pelaksanaan desentralisasi di Indonesia menarik untuk dikaji, ini kerana pemerintah Indonesia telah mengamalkan sistem sentralisasi mutlak selama 32 tahun. Menurut Bank Dunia (2002), pelaksanaan undang-undang ini telah menjadikan Indonesia sebagai salah satu negara yang mempraktikkan "*big bang decentralization*". Akan tetapi walau bagaimanapun akhirnya, undang-undang ini telah diubah suai semula sebanyak dua kali sehingga pengagihan kuasa yang dibagi ke daerah tidak sebegitu besar berbanding dengan UU No.22 Tahun 1999 sebelumnya.

Skop kajian ini mengkhaskan sektor kesihatan; iaitu, salah satu bahagian asas masyarakat di peringkat daerah yang mesti dilaksanakan. Persoalannya adalah bagaimana konsep desentralisasi perkhidmatan kesihatan awam ini diamalkan di daerah. Inilah tema utama dalam kajian ini.

### 1.2 Latar Belakang

Beberapa lama selepas berakhirnya perang dunia kedua; iaitu antara tahun 1950an hingga 1960an, sistem pentadbiran berpusat (*central*) adalah biasa bagi negara-negara membangun. Hal ini disebabkan pengaruh penjajah yang membawa pelaksanaan sistem pentadbiran berpusat. Pihak perancang dasar kebijakan, ada yang berpendapat bahawa sistem pentadbiran dapat berkesan jika dilaksanakan secara berpusat. Kerajaan yang menganut sistem berpusat menganggap perlu untuk mengarah dan memberikan kawalan

ke atas pembangunan ekonomi dan menyatukan negara yang semakin berkembang. Ini berlaku selepas berakhirnya kolonialisme yang sudah lama bertapak (Burki *et al.*, 1999; Cheema dan Rondinelli, 1983).

Sistem pemusatan ini, walau bagaimanapun setelah tahun 1960an, tidak lagi diiktiraf oleh kebanyakan negara membangun. Hal ini kerana pemusatan dalam perancangan dan pentadbiran tidak dapat mencapai pertumbuhan ekonomi yang merata dan kestabilan politik seperti yang diharapkan. Pertumbuhan ekonomi memang agak tinggi, akan tetapi pertumbuhan ini hanya dinikmati oleh sebahagian kecil masyarakat (Cheema dan Rondinelli, 1983).

Bagi negara-negara membangun, perancangan yang bertumpu di peringkat pusat, bukan sahaja rumit dan sulit untuk dilaksanakan, malahan ia juga sudah tidak sesuai dengan keperluan untuk meningkatkan pertumbuhan ekonomi yang seimbang. Pada masa yang sama, sistem sentralisasi ini kadang-kadang menafikan makna penting penglibatan warga masyarakat dalam perancangan, pelaksanaan, penjagaan dan penilaian program pembangunan.

Kegagalan sistem sentralisasi seperti yang disebutkan di atas menunjukkan bahawa sistem desentralisasi; iaitu, setelah memberikan autonomi kepada kerajaan tempatan, kerajaan tempatan semakin berkembang. Berdasarkan kepercayaan, terutamanya di negara-negara membangun dan dalam peralihan, amalan desentralisasi sekarang dipertimbangkan. Ini untuk menjamin tuntutan ekonomi dan pembangunan di peringkat tempatan, sebab penglibatan kerajaan tempatan dalam perancangan dan pelaksanaan pembangunan sudah semakin besar yang sebelumnya berada pada pentadbiran pusat.

Isu utama desentralisasi dan autonomi tempatan, ialah berhubungkait dengan pemberian kelonggaran kepada kerajaan tempatan dalam membuat sesuatu keputusan atau dasar pentadbiran. Pada masa yang sama, desentralisasi merupakan prasyarat untuk

membimbing masyarakat yang adil, saksama serta mampu membangunkan potensi sesuatu kawasan ke arah yang lebih positif. Hal ini dapat berlaku apabila terjamin hak dan kewajiban serta kuasa dan tanggungjawab organisasi pentadbiran di peringkat tempatan untuk merancang program, memilih alternatif dan mengambil keputusan dalam mengurus kepentingan daerahnya sendiri tidak lagi bergantung kepada pentadbiran pusat.

Pelaksanaan desentralisasi berbeza di setiap negara sama ada ia negara maju atau membangun tidak sama. Ini kerana bergantung kepada banyak faktor seperti sistem politik dan bentuk pentadbiran negara.

Negara-negara membangun termasuk Indonesia, melaksanakan sistem desentralisasi. Sistem desentralisasi ini melahirkan pentadbiran tempatan<sup>1</sup> yang berautonomi. Akan tetapi walaupun demikian, lagi masih ada campur tangan pentadbir pusat (Smith, 1985; Cheema dan Rondinelli, 1983). Campur tangan ini berlaku, kerana kemampuan kewangan dan keupayaan sumber manusia yang terhad di sebahagian besar pentadbiran tempatan. Namun demikian, pentadbir tempatan masih diberi “ruang” untuk menggunakan kuasanya dalam merancang dan melaksanakan program atau aktiviti di peringkat tempatan.

Perbincangan dan pelaksanaan desentralisasi di Indonesia juga berbeza dengan keadaan negara-negara membangun lain di dunia. Ini apabila dilihat daripada skop geografi dan pengagihan demografi. Indonesia ialah negara kepulauan terbesar di dunia dan salah satu negara yang mempunyai pulau terbanyak; iaitu 17,504 pulau. Pulau-pulau besar, dibahagi kepada 34 negeri dengan 514 daerah, yang terdiri daripada 416 daerah *kabupaten* dan 98 daerah bandar (Data 2015-2016). Populasi pada tahun 2016 adalah sebanyak 261.1 juta orang (*World Bank, United States Census Bureau, 2016*).

---

<sup>1</sup> Di Indonesia, kerajaan tempatan atau pentadbiran tempatan dikenali sebagai pemerintahan daerah yang terdiri daripada kerajaan atau pentadbiran negeri (provinsi) dan kerajaan atau pentadbiran daerah. Kerajaan atau pentadbiran daerah terdiri daripada *kabupaten* mahupun bandar.

Selain itu, jarak antara pentadbir pusat (Jakarta sebagai ibukota negara Indonesia) dengan beberapa *kabupaten*/bandar dan beberapa negeri sangat jauh. Pada masa yang sama, perbezaan jarak antara satu daerah dengan daerah yang lain terutamanya antara Pulau Jawa dan luar Pulau Jawa, adalah sangat besar daripada aspek kemampuan kewangan dan infrastruktur serta keupayaan sumber manusia pun demikian. Hubungan antara peringkat kerajaan juga berisiko terhadap konflik kepentingan dan keutamaan antara sektor.

Semua perkara ini penting untuk diperhatikan, kerana ia akan dapat mengekalkan kesinambungan Indonesia sebagai satu negara kesatuan. Ini bermakna pelaksanaan pentadbiran kerajaan tidak mudah diatur terutama pada era desentralisasi.

Banyak perubahan positif berlaku dan dialami oleh negara-negara di dunia selepas mengamalkan dasar desentralisasi. Desentralisasi dapat meningkatkan kecekapan dan keberkesanan perkhidmatan awam (Rondinelli *et al.*, 1984; Mawhood, 1983; Tiebout, 1956). Desentralisasi juga dapat meningkatkan tanggungjawab dan keupayaan perkhidmatan awam (Ostrom, Schroeder dan Wynne dalam Burki *et al.*, 1999; Oates, 1972). Manakala itu, Kalirajan dan Otsuka (2010) serta Smith (1985) berpendapat bahawa, desentralisasi dapat mewujudkan nilai-nilai demokrasi dan ekonomi di peringkat tempatan. Bossert (1998) dan Hambleton dalam Willmott (1987) mengatakan desentralisasi dapat mewujudkan tanggungjawab dan kesedaran politik, manakala Mills (1990) menyatakan desentralisasi memberikan peluang untuk melahirkan penyertaan masyarakat dan kepekaan kakitangan kerajaan terhadap masyarakat tempatan.

Amalan desentralisasi dalam satu-satu negara, juga tidak selalu berakhir dengan kejayaan. Kegagalan pelaksanaan desentralisasi telah mengancam kestabilan ekonomi dan politik yang seterusnya menjelaskan kualiti perkhidmatan awam. Kegagalan ini berpunca daripada ketidakpastian prosedur dalam menyampaikan perkhidmatan awam

sehingga kos ekonomi menjadi tinggi (Bird dan Vaillancourt, 2008). Pelaksanaan desentralisasi dan autonomi tempatan, juga telah mendorong peluang untuk berlakunya amalan penyalahgunaan kuasa seperti rasuah, bersubahat, nepotisme seperti yang terjadi di Thailand. Hal ini kerana pentadbiran tempatan mempunyai sumber yang banyak dan akhirnya disalahgunakan untuk kegiatan-kegiatan haram (Shimomura, 2004). Manakala itu, Blair (2000) yang telah melakukan kajian di enam negara; iaitu, Bolivia, Honduras, India, Mali, Filipina, dan Ukraine; menyatakan bahawa walaupun pentadbiran tempatan sudah mendapat hak autonomi dan terdapat peningkatan penyertaan dalam pentadbiran, namun desentralisasi gagal untuk membantu mengurangkan kemiskinan. Hal ini disebabkan golongan elit di peringkat tempatan mengambil peluang secara peribadi kerana kuasa ada di tangan mereka. Cabaran dalam pelaksanaan desentralisasi juga berasal daripada institusi pentadbiran pusat yang terlalu lemah berbanding dengan pentadbiran negeri atau daerah seperti yang terjadi di Laos (Martinez-Vazquez dan Vaillancourt, 2011).

Survei yang dilaksanakan oleh *Regional Autonomy Watch* (*KPPOD*)<sup>2</sup> menunjukkan bahawa, perubahan dari sistem sentralisasi ke desentralisasi, telah memberikan kesan yang positif pada kejayaan birokrasi daerah di Indonesia. Manakala itu, berdasarkan Survei Sosial Ekonomi Nasional (Fengler dan Hofman, 2009) persepsi penduduk terhadap kualiti perkhidmatan pendidikan dan kesihatan pasca era desentralisasi, belum menunjukkan pencapaian yang sesungguhnya. Beberapa pakar berpendapat secara amnya, perubahan sistem pentadbiran dari sentralisasi ke desentralisasi belum menunjukkan kejayaan atau kemajuan yang memuaskan menerusi prestasi birokrasi daerah di Indonesia (Prasojo, 2009; Firman, 2009; Thoha, 2008). Keadaan ini diburukkan lagi oleh amalan-amalan rasuah, bersubahat dan nepotisme yang telah berlaku di semua peringkat birokrasi kerajaan di Indonesia (Schmit, 2008).

<sup>2</sup> Survei dilaksanakan oleh *Komite Pemantauan Pelaksanaan Otonomi Daerah (KPPOD)* atau *Regional Autonomy Watch* dan *The Asia Foundation* tahun 2001 menyatakan bahawa lapan kabupaten/bandar di Indonesia iaitu Blitar, Lumajang, Lampung Utara, Buton, Kubu Raya, Kolaka dan Probolinggo dinilai berjaya dalam melaksanakan dasar desentralisasi.

Pelaksanaan sistem pentadbiran di Indonesia pada era “orde baru” menggunakan UU No.5 Tahun 1974 yang bertumpu pada asas sentralisasi. Smoke dan Lewis (1996) menyatakan sektor awam di Indonesia pada era “orde baru” dilihat antara yang paling berpusat di dunia. Undang-undang ini seterusnya disemak semula menjadi UU Kerajaan Tempatan No.22 Tahun 1999 yang memberikan kuasa lebih luas kepada daerah melalui asas desentralisasi, sehingga daerah mempunyai kebebasan (*discretion*) untuk mengatur dan mengurus daerahnya dengan inisiatif sendiri sesuai dengan potensi yang dimiliki.

Penggubalan UU No.22 Tahun 1999 ini, telah mengubah sistem pentadbiran di Indonesia dari sentralisasi ke desentralisasi dan telah dipraktikkan sejak tahun 2001. Menurut Firman (2009) serta Hoffman dan Kaiser (2002), Indonesia ialah salah satu negara di dunia yang melaksanakan “*big bang decentralization*” iaitu, perubahan pentadbiran tempatan yang sangat terpusat kepada pentadbiran yang sangat tersebar. Gopal (2008) mendefinisikan “*big bang decentralization*” sebagai “*A process wherein the central level of government announces decentralization, passes laws, and transfer responsibilities, authority, and/or staff to subnational and/or local governments in rapid succession*”. Manakala itu, Fengler dan Hofman (2009) lebih jauh menyatakan bahawa dasar desentralisasi di Indonesia merupakan transformasi dari salah satu negara yang menerapkan sistem pentadbiran paling terpusat menjadi sistem pentadbiran paling tersebar di dunia.

Dari pada pernyataan ini, Indonesia menerapkan desentralisasi yang begitu menyeluruh, kerana pemindahan kuasa dan tanggungjawab daripada kerajaan pusat kepada kerajaan tempatan terletak pada skop yang sangat luas dan perubahan yang sangat besar. Perkara ini dapat dilihat dalam hal ehwal pentadbiran yang dilaksanakan oleh daerah yang diberikan hak autonomi, kecuali urusan luar negeri, pertahanan,

keamanan, kehakiman, perbendaharaan dan fiskal, agama dan bidang kuasa lain sebagaimana termaktub dalam UU No. 22 Tahun 1999 (Hoffman dan Kaiser, 2002).

Selepas beberapa tahun, UU No. 22 Tahun 1999 ini, telah disemak dengan mengeluarkan UU No.32 Tahun 2004 yang seterusnya menjadi UU No.23 Tahun 2014. Salah satu perubahan yang paling asas dilaksanakan oleh kerajaan pusat ialah, menarik balik kuasa yang telah diberikan kepada kerajaan tempatan, seperti bahagian urusan kesihatan yang akhirnya dilaksanakan secara serentak (*concurrent*) antara kerajaan pusat, kerajaan negeri dan kerajaan daerah (*kabupaten/bandar*). Walau bagaimanapun, daerah *kabupaten/bandar*, adalah yang paling bertanggungjawab kerana menjadi tumpuan autonomi daerah di Indonesia.

Perubahan kuasa ini sedikit sebanyak mempengaruhi kerajaan tempatan dalam melaksanakan peranannya. Penggubalan semula UU Kerajaan Tempatan sudah dilaksanakan beberapa kali selepas era "reformasi" tahun 1998. Perkara ini dapat menguatkan lagi bahawa perbahasan desentralisasi di Indonesia terutamanya sektor awam seperti sektor kesihatan adalah menarik untuk dibincangkan.

### **1.3 Pernyataan Masalah**

Reformasi atau perubahan dari sentralisasi ke desentralisasi dalam sistem pentadbiran tempatan di Indonesia, membawa perubahan besar dalam sektor kesihatan. Salah satu perubahan dalam sektor kesihatan dapat dilihat daripada perspektif institusi.

Semasa era sentralisasi, jabatan kesihatan wilayah, adalah lanjutan daripada Kementerian Kesihatan. Manakala itu, jabatan kesihatan peringkat II (daerah *kabupaten/bandar*) adalah lanjutan daripada jabatan kesihatan peringkat I (negeri). Namun demikian, jabatan kesihatan wilayah dan jabatan kesihatan peringkat I dan II pada era desentralisasi dibubarkan dan diganti dengan jabatan kesihatan negeri dan jabatan kesihatan daerah, iaitu, pusat utama autonomi berada pada kerajaan daerah (jabatan kesihatan daerah *kabupaten/bandar*).

Kewujudan jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* yang bersifat autonomi, mengakibatkan jaringan birokrasi kesihatan lebih ringkas sehingga pembangunan dan perkhidmatan kesihatan awam dapat berfungsi dengan lebih cekap, berkesan, bertanggungjawab dan responsif. Oleh itu, jika pada era sentralisasi semua urusan dalam sektor kesihatan, terpusat di Kementerian Kesihatan. Pada era desentralisasi, urusan sektor kesihatan terdapat di mana-mana jabatan kesihatan di peringkat tempatan. Perubahan ini sangat menarik untuk dibincangkan kerana masalah penyediaan perkhidmatan kesihatan awam yang dihadapi oleh pentadbiran daerah masih selalu terdengar.

Perubahan lain juga berlaku, pada era sentralisasi, salah satu tugas jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* yang utama adalah, melaksanakan program atau aktiviti kesihatan kepada masyarakat; iaitu, program atau aktiviti kesihatan yang dirancang oleh Kementerian Kesihatan. Pada era desentralisasi pula, peranan jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* berubah, bukan lagi sebagai pelaksana program atau aktiviti kesihatan, akan tetapi sebagai perancang dasar yang berhubungkait dengan pembangunan dan perkhidmatan kesihatan awam di peringkat daerah. Selain itu, ia juga berperanan sebagai pembimbing bagi Pusat Kesihatan Masyarakat.

Seterusnya, perubahan juga berlaku pada kuasa Pusat Kesihatan Masyarakat. Pada era desentralisasi salah satu kuasa Pusat Kesihatan Masyarakat adalah merancang program atau sub-program dan aktiviti kesihatan serta menguruskan kewangan. Era sentralisasi kesemua itu dilaksanakan oleh Kementerian Kesihatan.

Era desentralisasi, Pusat Kesihatan Masyarakat merancang program atau sub-program kesihatan dengan menggunakan pendekatan dari atas ke bawah dan dari bawah ke atas. Era sentralisasi, pendekatan yang digunakan adalah dari atas ke bawah dan sudah dipraktikkan di Indonesia selama berpuluhan tahun. Semua perubahan ini dapat

menimbulkan konflik atau penolakan sama ada bagi jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* mahupun Pusat Kesihatan Masyarakat.

Kerajaan negeri pada era sentralisasi mempunyai dua jabatan kesihatan yang berbeza, iaitu jabatan kesihatan wilayah dan jabatan kesihatan peringkat I (negeri); iaitu, kedua-duanya merupakan unit pentadbiran. Manakala, jabatan kesihatan semasa era desentralisasi, mempunyai dua peranan; iaitu, sebagai unit autonomi dan unit pentadbiran.

Penyatuan kedua-dua peranan ini adalah bukan sesuatu yang mudah kerana ia boleh membawa kepada dualisme kepentingan. Sebagai unit autonomi, jabatan kesihatan negeri, bertanggungjawab untuk melaporkan hal ehwal kesihatan kepada Gabenor. Manakala itu sebagai unit pentadbiran, jabatan kesihatan negeri, merupakan wakil Gabenor di sektor kesihatan untuk melaksanakan peranan Kementerian Kesihatan (kerajaan pusat) di peringkat tempatan. Ini bermakna, Kementerian Kesihatan masih mempunyai kuasa untuk merancang program utama kesihatan yang akan dilaksanakan oleh jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* dan Pusat Kesihatan Masyarakat. Namun demikian, beberapa program utama kesihatan ini, adalah tidak menjadi keutamaan atau keperluan kepada jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, Pusat Kesihatan Masyarakat dan masyarakat daerah.

Pusat Kesihatan Masyarakat sebagai unit pelaksana teknikal jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* pada era desentralisasi, dituntut merancang, menggubal program, sub-program dan aktiviti kesihatan dengan inisiatif dan kreativiti sendiri sesuai dengan keperluan masyarakat. Akan tetapi, perancangan program dan aktiviti kesihatan bagi memenuhi keperluan masyarakat adalah bukan suatu perkara yang mudah. Oleh itu, ia memerlukan keupayaan sumber manusia yang kreatif dan inovatif. Akan tetapi pada hakikatnya, keupayaan sumber manusia masih belum tersedia seperti yang diharapkan.

Selain itu, penglibatan masyarakat sama ada sebagai sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu mahupun sebagai ahli masyarakat, adalah masih sukar dalam pembangunan sektor kesihatan. Hal ini kerana selama beberapa puluh tahun sistem sentralisasi diamalkan, masyarakat sangat jarang bahkan tidak pernah turut serta dalam proses pembangunan kesihatan (Sciortino, 2007).

Masalah lain yang berhubungkait dengan pemberian autonomi dalam sektor kesihatan di Indonesia, adalah anggaran peruntukan kesihatan dan koordinasi antara sektor atau agensi di peringkat daerah (“Suara Pembaharuan”, 9 Mac 2006). *Dana Alokasi Umum (DAU)*<sup>3</sup> bagi sektor kesihatan adalah tidak sesuai dari segi penggunaannya untuk kebanyakkan daerah. Jumlah anggaran minimum untuk kesihatan adalah minimum iaitu sebanyak 10 peratus. Namun demikian, kurang daripada 10 peratus dapat dicapai oleh sebahagian besar daerah. Ini kerana anggaran tersebut dialihkan ke sektor lain di luar sektor kesihatan dalam penyediaan bajet tahunan di *APBD*<sup>4</sup>. Salah satu puncanya adalah kurangnya keinginan politik dan keupayaan pentadbiran tempatan dalam perancangan dan belanjawan program kesihatan untuk bersaing dengan sektor lain.

Penyelarasam antar sektor, juga menjadi persoalan di peringkat pelaksanaan. Agensi-agensi kerajaan terutamanya di peringkat mukim mahupun *kelurahan/kampung* serta masyarakat, memiliki pemahaman yang berbeza mengenai sektor kesihatan. Agensi-agensi kerajaan ini beranggapan bahawa, sektor kesihatan merupakan tanggungjawab jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* dan Pusat Kesihatan Masyarakat sahaja. Tolak menolak tanggungjawab ini jelas dirasai dalam aktiviti-aktiviti kesihatan di Pusat Kesihatan Masyarakat dan Pusat Khidmat Bersepadu.

Program atau sub-program kesihatan di Pusat Kesihatan Masyarakat pada amnya, dioperasikan dengan menggunakan skema Bantuan Operasi Kesihatan (BOK).

<sup>3</sup> *Dana Alokasi Umum (DAU)* atau Dana Peruntukan Awam adalah dana pembangunan daripada pentadbiran pusat ke pentadbiran Daerah di mana salah satunya diperuntukkan untuk sektor kesihatan.

<sup>4</sup> *APBD* adalah rancangan kewangan kerajaan tempatan (negeri atau daerah) yang terdiri daripada rancangan penerimaan dan perbelanjaan selama satu tahun dan disetujui oleh dewan undangan peringkat tempatan.

Dana BOK adalah dana *tugas pembantuan* daripada Kementerian Kesihatan. Oleh itu, daripada perspektif daerah, program atau sub-program kesihatan yang menggunakan dana BOK dianggap sebagai program pusat. Padahal pemberian BOK ini disebabkan oleh terhadnya kewangan daerah dalam menyediakan perkhidmatan wajib daerah yang menjadi kuasa devolusi. Perbezaan persepsi ini menyebabkan perkhidmatan kesihatan awam di Pusat Kesihatan Masyarakat sedikit terhalang.

Pusat Kesihatan Masyarakat sebagai unit pelaksana teknikal jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, menyediakan perkhidmatan awam yang lebih bersifat promotif dan pencegahan berbanding dengan perkhidmatan perawatan<sup>5</sup>. Berasaskan sifat perkhidmatan seperti ini, Pusat Kesihatan Masyarakat menawarkan enam program kesihatan wajib dan lebih kurang 12 program pembangunan kesihatan. Program-program ini dilaksanakan oleh Pusat Kesihatan Masyarakat untuk mewujudkan darjah kesihatan masyarakat. Beberapa indikatornya boleh dilihat daripada kadar kematian (*mortality*) dan status pemakanan.

Angka kematian merupakan angka yang dicatatkan dalam jangka masa dan tempat tertentu yang salah satu puncanya ialah penyakit. Peningkatan kadar kematian di Sumatera Utara pada tahun 2014, dapat dilihat daripada angka kematian bayi umur satu tahun, lima tahun serta kematian ibu yang berhubungkait dengan masalah kehamilan, melahirkan dan dalam masa *nifas* (42 hari setelah melahirkan).

Angka kematian bayi merupakan jumlah kematian yang belum mencapai usia satu tahun pada setiap 1,000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Jadual 1.1 terdapat perbezaan angka kematian bayi sebelum mencapai umur satu tahun. Ini kelihatan pada kedua-dua kaji selidik tahun 2014.

<sup>5</sup> Perkhidmatan kesihatan promotif lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi atau meningkatkan keadaan kesihatan seseorang. Perkhidmatan kesihatan pencegahan merupakan suatu aktiviti pencegahan terhadap suatu masalah kesihatan/penyakit. Perkhidmatan kesihatan bersifat merawat bertujuan dalam penyembuhan penyakit.

### **Jadual 1.1: Angka Kematian Bayi dan Ibu di Sumatera Utara**

Tahun	Kaji Selidik	Kes	Angka Kematian
2014	Profil Kesihatan <i>Kabupaten/Bandar</i>	Bayi usia ≤ satu tahun	4.4/1,000 Kelahiran Hidup
2013	Banci Penduduk di Sumatera Utara	Bayi usia ≤ satu tahun	21.59/1,000 Kelahiran Hidup
2014	Banci Penduduk di Sumatera Utara		20.22/1,000 Kelahiran Hidup
2012	Kaji Selidik Demografi dan Kesihatan Indonesia	Bayi usia ≤ lima tahun	54/1,000 Kelahiran Hidup
2014	Profil Kesihatan <i>Kabupaten/Bandar</i> di Sumatera Utara	Ibu	75/100,000 Kelahiran Hidup
2014	Banci Penduduk di Sumatera Utara	Ibu	20.22/100,000 Kelahiran Hidup
2013	Banci Penduduk di Sumatera Utara	Ibu	21.59/100,000 Kelahiran Hidup

Sumber: Diringkaskan daripada Pelbagai Sumber, 2015

Profil Kesihatan *Kabupaten/Bandar* di Sumatera Utara tahun 2014, angka kematian bayi sebelum mencapai usia setahun, adalah cukup rendah. Iaitu, hanya terdapat empat atau lima bayi yang meninggal dunia daripada 1,000 kelahiran. Manakala itu, angka kematian bayi yang belum mencapai usia setahun berdasarkan Bancian Penduduk di Sumatera Utara tahun 2014 adalah, cukup tinggi. Perbezaan ini disebabkan oleh kemungkinan adanya kes kematian pada Profil Kesihatan *Kabupaten/Bandar* tahun 2014 yang hanya dilaporkan ketika di bawah pemantauan perkhidmatan kesihatan, manakala kes kematian yang berlaku dalam kalangan masyarakat belum seluruhnya dilaporkan secara terperinci.

Angka kematian bayi sebelum mencapai usia lima tahun juga menjadi salah satu indikator angka kematian di Indonesia. Angka kematian bayi dilihat daripada jumlah kanak-kanak yang meninggal dunia sebelum mencapai usia lima tahun dalam setiap 1,000 kelahiran. Berdasarkan Kaji Selidik Demografi dan Kesihatan Indonesia tahun 2012, angka kematian bayi sebelum mencapai usia lima tahun di Sumatera Utara, adalah sebanyak 54 berbanding 1,000 kelahiran. Perbandingan angka untuk kaji selidik yang

sama di lain-lain negara, pada tahun yang sama ialah sebanyak 43 berbanding 1,000 kelahiran.

Angka kematian ibu, menggambarkan jumlah perempuan yang meninggal kerana gangguan kehamilan. Ini tidak termasuk kemalangan atau kes sampingan sepanjang kehamilan, melahirkan dan dalam masa *nifas* (42 hari setelah melahirkan). Berdasarkan laporan daripada Profil Kesihatan *Kabupaten/Bandar* di Sumatera Utara tahun 2014, kadar kematian ibu dicatatkan sebanyak 75 berbanding 100,000 kelahiran. Sama seperti penjelasan di atas, perbezaan dengan hasil daripada Bancian Penduduk, juga terdapat pada tahun yang sama; iaitu, sebanyak 20 atau 21 kematian ibu daripada 100,000 kelahiran.

Perkhidmatan kesihatan lain yang diberikan oleh Pusat Kesihatan Masyarakat kepada masyarakat, ialah perkhidmatan pemulihan zat pemakanan untuk anak berusia lima tahun. Tujuan perkhidmatan pemulihan zat pemakanan ini, adalah untuk meningkatkan kualiti pemakanan individu dan masyarakat.

Jadual 1.2 menunjukkan status pemakanan anak lima tahun di Sumatera Utara yang diperincikan melalui berat badan/umur (*BB/U*), tinggi badan/umur (*TB/U*) dan berat badan/tinggi badan (*BB/TB*).

**Jadual 1.2: Kelaziman Status Pemakanan Bayi Lima Tahun (*BB/U*), (*TB/U*) dan (*BB/TB*) di Empat *Kabupaten/Bandar* di Sumatera Utara Tahun 2013**

<i>Kabupaten/ Bandar</i>	Status Pemakanan Menurut <i>BB/U</i>		Status Pemakanan Menurut <i>TB/U</i>		Status Pemakanan Menurut <i>BB/TB</i>	
	Pemakanan Buruk Nutrisi (Peratus)	Pemakanan Kurang Nutrisi (Peratus)	Sangat Pendek (Peratus)	Pendek (Peratus)	Sangat Kurus (Peratus)	Kurus (Peratus)
	5.2	14.6	18.7	19.0	4.6	7.4
Serdang Bedagai	11.5	11.1	21.5	23.2	8.1	5.0
Medan	4.2	15.1	17.4	17.5	6.7	8.6
Binjai	13.5	12.7	15.3	21.6	7.6	12.8
Sumatera Utara	8.3	14.1	22.7	19.8	7.5	7.4

Sumber: Diringkaskan daripada *Riskesdas* (2013) dalam Profil Kesihatan Sumatera Utara Tahun 2014

Data *Riset Kesehatan Dasar* (*Riskesdas*, 2013) atau Kajian Kesihatan Asas mengenai kes buruk dan kurang zat pemakanan (*under weight*), dapat diperlihatkan melalui *BB/U*. Serdang Bedagai (22.6 peratus) dan Binjai (26.2 peratus) adalah dua daripada 17 *kabupaten/bandar* di Sumatera Utara yang mempunyai rata-rata zat buruk dan kurang di atas angka kelaziman negeri. Dalam kes yang sama, berdasarkan Profil Kesihatan *Kabupaten/Bandar* (2014) di Sumatera Utara, menunjukkan sebanyak 1.4 juta anak lima tahun yang ditimbang dan terdapat 13,751 (0.99 peratus) anak lima tahun yang menderita kekurangan zat serta terdapat 1,228 (0.09 peratus) anak lima tahun menderita akibat zat yang tidak berkualiti (zat buruk).

Selanjutnya, *Riskesdas* (2013) untuk kes anak lima tahun, dapat dilihat daripada *TB/U* di Sumatera Utara. Dalam kes ini, terdapat 25 *kabupaten/bandar* yang mempunyai kes pembantutan tumbersaran (*stunting*) di atas angka kelaziman Nasional (37.2 peratus). Kes yang sama masuk dua *kabupaten/bandar*; iaitu, Deli Serdang sebanyak 37.7 peratus dan Serdang Bedagai sebanyak 44.7 peratus.

Menurut *WHO* 2010, masalah kesihatan masyarakat, dianggap kelaziman tinggi apabila kelaziman status zat berada pada penunjuk *TB/U* pendek; iaitu, antara 30 hingga 39 peratus. Sangat tinggi apabila kelaziman yang lebih besar atau sama dengan 40 peratus. Ini bermakna, semua *kabupaten/bandar* di Sumatera Utara termasuk dalam kategori kelaziman tinggi. Sebanyak 24 *kabupaten/bandar* termasuk dalam kategori kelaziman sangat tinggi dan satu antaranya ialah Serdang Bedagai.

Kes anak lima tahun yang sangat kurus dan kurus (*wasting*) dapat dilihat daripada *BB/TB*. Hasil *Riskesdas* (2013) menunjukkan bahawa, anak lima tahun dengan kes sangat kurus, terdapat di Serdang Bedagai dan Binjai yang mempunyai kelaziman kekurusan di atas angka kelaziman negeri (7.5 peratus). Manakala, kes kurus terdapat di Medan dan Binjai yang mempunyai kelaziman kekurusan di atas angka kelaziman negeri (7.4 peratus).

Menurut *WHO* 2010, masalah kesihatan masyarakat sudah dianggap serius apabila kelaziman *BB/TB* kurus berada antara 10 hingga 14.9 peratus. Dianggap kritikal, apabila lebih besar atau sama dengan 15 peratus. Berdasarkan kategori ini, maka kelaziman *BB/TB* kurus pada anak lima tahun di Sumatera Utara, adalah sebanyak 14.9 peratus. Ini bermakna masalah kekurusan (*wasting*) di Sumatera Utara hampir masuk dalam kategori masyarakat bermasalah kesihatan yang kritikal.

Manakala itu, kegiatan desentralisasi pentadbiran di Sumatera Utara, juga belum dilaksanakan sepenuhnya. Berdasarkan data Kementerian Kesihatan tahun 2015, kementerian telah memperuntukkan bajet kesihatan sebanyak Rp 54.3 trilion. Sebanyak 1.81 peratus atau Rp 984 billion, diperuntukkan untuk dana dekonsentrasi yang melibatkan 34 jabatan kesihatan negeri di seluruh Indonesia bagi enam program.

Jadual 1.3 menunjukkan kegiatan desentralisasi pentadbiran di Sumatera Utara pada tahun 2015, hanya mencatatkan pencapaian realisasi dana sebanyak 73.24 peratus. Realisasi dana dekonsentrasi ini, adalah sangat jauh daripada kadar yang diharapkan, mengingatkan besarnya dana yang diperuntukkan untuk sektor kesihatan.

**Jadual 1.3: Lima Negeri yang Menerima Dana Dekonsentrasi Paling Besar di Sektor Kesihatan dan Realisasinya, Tahun 2015**

(dalam Billion Rupiah)			
Negeri	Anggaran Peruntukan	Realisasi	Peratus
Jawa Timur	75.9	22.1	29.10
Jawa Tengah	57.8	42.8	74.07
Jawa Barat	49.8	19.5	39.12
Sulawesi Selatan	45.7	42.8	93.65
<b>Sumatera Utara</b>	<b>44.4</b>	<b>32.5</b>	<b>73.24</b>
Nasional	984	697	70.84

Sumber: Profil Kesihatan, Kementerian Kesihatan, 2015

Beberapa masalah daripada amalan desentralisasi sektor kesihatan di atas, adalah menarik untuk dilakukan penyelidikan.

## **1.4 Persoalan Penyelidikan**

Beberapa persoalan penyelidikan diajukan seperti berikut:

1. Apakah peranan pelbagai peringkat pentadbiran dalam pelaksanaan desentralisasi sektor kesihatan di Sumatera Utara?
2. Apakah cabaran pelaksanaan desentralisasi sektor kesihatan di Sumatera Utara?
3. Bagaimanakah penyertaan sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu sebagai bentuk penglibatan awam dalam sektor kesihatan di Sumatera Utara?
4. Apakah kesan desentralisasi terhadap perkhidmatan kesihatan awam di Sumatera Utara?

## **1.5 Objektif Penyelidikan**

Objektif penyelidikan ini ialah:

1. Untuk mengenal pasti peranan pelaksanaan pelbagai agensi desentralisasi sektor kesihatan di Sumatera Utara.
2. Untuk meneliti cabaran pelaksanaan desentralisasi sektor kesihatan di Sumatera Utara.
3. Untuk menghurai penyertaan sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu sebagai bentuk penglibatan awam dalam sektor kesihatan di Sumatera Utara.
4. Untuk menganalisis kesan desentralisasi terhadap perkhidmatan kesihatan awam di Sumatera Utara.

## **1.6 Skop Kajian**

Pengertian desentralisasi adalah sebenarnya sangat luas; iaitu, pemindahan kuasa dari pentadbiran pusat ke peringkat yang lebih rendah, sama ada kepada pentadbiran tempatan, unit atau organisasi pentadbiran pusat di tempatan dan juga kepada organisasi bukan kerajaan. Pemindahan kuasa yang berlaku ke unit atau tempatan yang

berautonomi disebut sebagai desentralisasi politik, manakala ke unit atau tempatan pentadbiran, ia disebut sebagai desentralisasi pentadbiran.

Perbahasan desentralisasi daripada perspektif politik atau sering disebut sebagai devolusi dalam pelbagai rujukan lain, adalah jauh lebih dominan. Hal ini kerana pelaksanaannya lebih mengutamakan nilai-nilai demokrasi, kuasa politik diberikan secara utuh dan menjadi kuasa autonomi, serta tempat dan sumber manusia daripada pelaksanaan kuasa itu berada di kawasan autonomi. Meskipun demikian, pelaksanaan desentralisasi dalam perspektif politik secara praktiknya, tidak dapat dipisahkan daripada pelaksanaan desentralisasi pada perspektif pentadbiran terutama di negara-negara yang berbentuk kesatuan seperti Indonesia.

Skop kajian ini berkisarkan pada sektor kesihatan awam. Sektor kesihatan dipilih atas pelbagai alasan. Pertama, sektor kesihatan adalah salah satu perkhidmatan awam yang kuasa sepenuhnya diberikan kepada daerah autonomi seperti yang ditetapkan dalam UU Kerajaan Tempatan. Kedua, sektor kesihatan adalah salah satu keperluan asas masyarakat yang perlu diperkemaskan dari aspek penyediaannya oleh kerajaan. Burki *et al.* (1999) menyatakan sektor kesihatan menyediakan barang dan perkhidmatan yang hampir keseluruhannya benar-benar merupakan keperluan asas masyarakat. Ketiga, sektor kesihatan adalah program perlindungan kesihatan yang tidak bersaing dan tidak eksklusif. Tidak bersaing bermakna bahawa, penggunaan untuk seseorang tidak mengurangkan jumlah yang tersedia kepada orang lain. Manakala itu, tidak eksklusif, bermaksud bahawa, manfaatnya tidak terhad kepada golongan yang mampu sahaja. Keempat, sektor kesihatan merupakan salah satu perkhidmatan awam, disediakan oleh kerajaan tempatan yang memerlukan pembahagian anggaran paling sedikit, iaitu, sebanyak 10 peratus daripada Anggaran Pendapatan dan Belanjawan Negara (*APBN*)<sup>6</sup> atau Anggaran Pendapatan dan Belanjawan Daerah (*APBD*).

---

<sup>6</sup> *APBN* adalah rancangan kewangan kerajaan Indonesia yang terdiri daripada rancangan penerimaan dan perbelanjaan selama satu tahun dan disetujui oleh dewan negara.

Perubahan daripada sentralisasi ke desentralisasi dalam sistem kerajaan tempatan di Indonesia, membawa implikasi besar dalam sektor kesihatan. Jika sektor kesihatan pada era sentralisasi diletakkan sepenuhnya di bawah tanggungjawab kerajaan pusat, maka pada era desentralisasi, sektor ini adalah sebagai salah satu urusan pentadbiran serentak; iaitu, fokus pelaksanaan desentralisasi (politik) berada pada pentadbir daerah *kabupaten/bandar*. Manakala itu, pentadbir negeri hanya memiliki kuasa baki daripada kuasa politik.

Penyelidikan ini, memberikan tumpuan pada pelaksanaan desentralisasi politik; iaitu, kuasa wujud di daerah *kabupaten/bandar* dalam hal ini di jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*.

Jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* sebagai unit autonomi, dibantu oleh unit pelaksana teknikal yang dikenali sebagai Pusat Kesihatan Masyarakat. Pada era desentralisasi, Pusat Kesihatan Masyarakat ialah barisan hadapan dalam memberikan perkhidmatan kesihatan awam. Oleh itu, Pusat Kesihatan Masyarakat turut dituntut untuk merancang dan melaksanakan program, sub-program atau aktiviti kesihatannya sendiri serta menguruskan bajet. Pusat Kesihatan Masyarakat yang terletak di peringkat mukim, dibantu oleh sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu sebagai bentuk penyertaan masyarakat.

Manakala itu, pelaksanaan desentralisasi pentadbiran, adalah di bawah kuasa kerajaan negeri. Sebagai unit pentadbiran, jabatan kesihatan negeri hanya melaksanakan tugas yang diberikan oleh pentadbir pusat; iaitu, Kementerian Kesihatan.

Penyelidikan ini dihadkan dari tahun 2013 hingga 2016. Bantuan kesihatan melalui skema (*scheme*) dana BOK, bermula sejak tahun 2010. Dua tahun selepas pelaksanaan BOK, merupakan masa peralihan mengenai proses penyesuaian peraturan dan piranti. Dalam tempoh peralihan ini, perbelanjaan atau penggunaan anggaran BOK baru mencapai sekitar 50 peratus. Ini kerana daerah autonomi begitu khuatir atau

berhati-hati menggunakan dana BOK disebabkan peraturan dan peranti yang belum jelas. Oleh itu, penyelidikan ini mengambil masa dari tahun 2013 sampai tahun 2016.

Pelaksanaan desentralisasi sejak tahun 2001 juga tidak diambil sebagai had penyelidikan ini. Ini kerana secara asasnya UU No.22 Tahun 1999 belum sepenuhnya mempraktikkan proses demokrasi sebagai bahagian penting daripada amalan desentralisasi (Teori Desentralisasi Smith, 1985). Sistem pemilihan ketua tempatan menurut UU ini, belum dilaksanakan secara demokrasi; iaitu, melalui pilihan raya. Hal ini berbeza dengan UU No.32 Tahun 2004 dan UU No 32 Tahun 2014.

Tempoh masa penyelidikan ini dari 2013 hingga 2016 dianggap cukup untuk menganalisis pelaksanaan desentralisasi perkhidmatan kesihatan awam di Sumatera Utara.

Penyelidikan ini bertumpu kepada pihak yang menyediakan perkhidmatan kesihatan di bawah bidang kuasa Pusat Kesihatan Masyarakat. Manakala objeknya ialah: perancangan, pelaksanaan program atau sub-program kesihatan dan pengurusan kewangan. Bidang kuasa ini, dipilih daripada beberapa bidang kuasa lain kerana ia sangat berhubungkait dengan kebebasan Pusat Kesihatan Masyarakat sebagai unit autonomi yang memperlihatkan keupayaan pentadbiran dalam memberikan perkhidmatan awam di peringkat daerah.

Skop penyelidikan ini adalah mengenai perkhidmatan kesihatan awam melalui program atau sub-program dan kegiatan kesihatan yang dibiayai oleh skema BOK. Pengambilan skema BOK dalam penyelidikan ini, didasarkan daripada tiga alasan utama; iaitu,: Pertama, program BOK dilaksanakan secara nasional sehingga kes yang digunakan dalam penyelidikan ini merupakan kes umum yang berlaku dalam banyak daerah. Kedua, hampir kesemua program kesihatan yang dilaksanakan di Pusat Kesihatan Masyarakat, dibiayai oleh skema BOK. Ketiga, pendanaan BOK berasal daripada APBN yang tujuannya untuk mencapai indikator kejayaan pentadbir pusat

(dalam makna desentralisasi pentadbiran). Namun demikian, falsafah pemberian BOK ini berdasarkan pada ketidakupayaan daerah *kabupaten/bandar* secara kewangan sebagai daerah autonomi dalam memberikan perkhidmatan kesihatan awam yang menjadi tanggungjawabnya (dalam makna desentralisasi politik). Oleh itu, menerusi logik ini, dana BOK secara kenyataannya berdiri pada dua bahagian daripada pengertian desentralisasi; iaitu, sebagai desentralisasi politik atau sebagai desentralisasi pentadbiran. Dalam kajian ini, program BOK dikelompokkan dalam pengertian desentralisasi politik.

Perkhidmatan kesihatan awam yang dilaksanakan di daerah autonomi, mendapat sokongan dalam bentuk program kesihatan daripada amalan dekonsentrasi atau desentralisasi pentadbiran. Program desentralisasi pentadbiran yang berasal daripada Kementerian Kesihatan, dilaksanakan oleh pentadbir negeri melalui jabatan kesihatan negeri.

Jabatan kesihatan negeri, merancang program dan sub-program kesihatan yang seterusnya dilaksanakan di peringkat daerah *kabupaten/bandar*. Oleh itu, skop penyelidikan ini adalah mengenai amalan dekonsentrasi berhubungkait dengan program dan sub-program kesihatan yang dilaksanakan untuk meningkatkan perkhidmatan kesihatan awam.

Lokasi penyelidikan ini ialah di Medan, Binjai, Deli Serdang dan Serdang Bedagai sebagai daerah autonomi dengan status bandar dan *kabupaten*. Ini dipilih secara pensampelan bertujuan (*purposive sampling*). Walau bagaimanapun, kajian ini tidak secara khusus merungkai atau menghubungkan perbezaan dalam pelaksanaan desentralisasi di empat daerah tersebut. Beberapa perbezaan yang ditemukan akan dibahas kerana dianggap menarik dan sangat penting untuk kajian ini secara keseluruhan.

Empat-empat daerah ini terletak di Sumatera Utara sebagai negeri ke-empat yang paling padat di Indonesia dan paling padat penduduknya di luar Pulau Jawa. Selain itu, kedudukan, fungsi dan peranan *kabupaten*/bandar di Sumatera Utara, adalah penting sama ada di peringkat daerah mahupun nasional. Oleh itu, Sumatera Utara selalu digunakan sebagai indikator dalam pembangunan dan penyelenggaraan pentadbiran tempatan di Indonesia.

Desentralisasi dalam sektor kesihatan di Indonesia, tidak dapat dipisahkan daripada desentralisasi pentadbiran kerajaan secara umum. Oleh itu, UU Kerajaan Tempatan No.23 Tahun 2014 yang merupakan penggubalan semula daripada UU No. 32 Tahun 2004, digunakan dalam kajian ini. Ia sebagai asas bagi pelaksanaan desentralisasi dalam sektor kesihatan.

Walau bagaimanapun, UU No.22 Tahun 1999 yang merupakan undang-undang pertama di Indonesia setelah pembaharuan sistem pentadbiran tempatan, tetap menjadi salah satu rujukan penting yang menampakkan momentum desentralisasi atau menandakan tibanya era "reformasi" di Indonesia.

## **1.7 Batasan Penyelidikan**

Penyelidikan mengenai desentralisasi dalam sektor kesihatan di Indonesia, tidak dapat dielakkan daripada peraturan dan undang-undang yang ada sama ada dalam sektor pentadbiran kerajaan secara umum mahupun sektor kesihatan.

Indonesia telah mengubah UU Kerajaan Tempatan No.22 Tahun 1999 sebanyak dua kali. Pindaan undang-undang ini telah menyebabkan perubahan kepada beberapa peraturan di bawahnya. Perkara yang sama berlaku pada peraturan-peraturan dalam sektor kesihatan. Selain itu, peraturan-peraturan dalam panduan pelaksanaan dan teknikal, juga berubah. Perubahannya sangat cepat seperti dalam panduan teknikal dan panduan pelaksanaan BOK. Oleh itu, di beberapa bahagian penyelidikan ini, dasar dan peraturan lama masih lagi digunakan.

## **1.8 Susunan Tesis**

Bahagian-bahagian dalam tesis ini disusun kepada enam bab seperti di Rajah 1.1 berikut:

<b>BAB I</b>	Pendahuluan
<b>BAB II</b>	Desentralisasi: Kuasa Politik dan Kuasa Pentadbiran
<b>BAB III</b>	Metodologi Penyelidikan
<b>BAB IV</b>	Desentralisasi Sektor Kesihatan di Indonesia
<b>BAB V</b>	Pelaksanaan dan Kesan Desentralisasi Kesihatan Awam di Sumatera Utara
<b>BAB VI</b>	Kesimpulan dan Cadangan

**Rajah 1.1: Susunan Tesis**

## **1.9 Penutup**

Dalam kes desentralisasi perkhidmatan kesihatan awam di Sumatera Utara, terdapat jurang antara yang diharapkan dan telah dipraktikkan. Dengan menggunakan perspektif sains pentadbiran awam, sektor kesihatan sebagai skop kajian dan program kesihatan sebagai kajian kes, diharapkan pelaksanaan desentralisasi perkhidmatan kesihatan awam dapat dianalisis dengan lebih jelas dan menyeluruh sehingga penemuan-penemuan baru boleh ditemukan.

Hasil penyelidikan ini seterusnya akan mengisi beberapa bahagian daripada jurang penyelidikan yang ada; iaitu, jurang teori, jurang empirik dan jurang metodologi. Jika perkhidmatan awam seperti sektor pendidikan mahupun pentadbiran kerajaan telah banyak diteliti, maka penyelidikan ini fokus pada sektor perkhidmatan kesihatan.

## **BAB 2: DESENTRALISASI: KUASA POLITIK DAN KUASA PENTADBIRAN**

### **2.1 Pengenalan**

Desentralisasi secara umum boleh dikatakan sebagai pemindahan atau pembahagian kuasa daripada kuasa pentadbir pusat kepada unit yang berada di bawahnya atau pentadbir tempatan. Kuasa ini dibahagikan menjadi kuasa politik; iaitu, yang melahirkan unit atau kawasan autonomi dan kuasa pentadbiran; iaitu, yang melahirkan unit atau kawasan pentadbiran bersifat bukan autonomi.

Desentralisasi dalam sektor kesihatan, merupakan sebahagian daripada desentralisasi dalam sektor pentadbiran kerajaan. Oleh itu, teori-teori desentralisasi dalam sektor kesihatan, juga menggunakan teori-teori desentralisasi yang terdapat dalam sektor pentadbiran kerajaan secara umum.

### **2.2 Bentuk Negara: Persekutuan dan Kesatuan**

Proses dan prinsip pengurusan perkhidmatan awam termasuk perkhidmatan kesihatan dalam sesuatu negara, tidak dapat dipisahkan daripada pengaruh bentuk dan sistem pengurusan negara tersebut. Dalam teori pentadbiran, pembentukan negara secara umum, dikenali melalui dua model; iaitu, model negara persekutuan dan model negara kesatuan.

Negara persekutuan merupakan negara yang terbentuk daripada gabungan beberapa negeri yang memiliki kawasan perundangan yang autonomi; iaitu, pembahagian kuasa dan fungsi pentadbiran dilaksanakan antara pentadbir persekutuan dan pentadbir negeri (Bowman dan Kearney, 2017; Rosenbloom dan Goldman, 1989).

Dalam sistem pentadbiran Amerika Syarikat, pentadbiran negeri disebut sebagai *state*, manakala di Kanada ia disebut *province* dan di Malaysia pula disebut negeri.

Dicey dalam Egerton (1911) menyatakan, sistem persekutuan membawa pengertian bahawa negara-negara itu bersetuju untuk bergabung, tetapi tidak ingin

bersatu, contohnya negara persekutuan di Amerika Syarikat. Iaitu, tiga belas negara kecil disatukan dan mengadakan perjanjian untuk membentuk satu negara (Davis dan Davis, 1978). Hal yang sama berlaku di Malaysia; iaitu, wujudnya kesepakatan antara kerajaan-kerajaan negeri yang telah ada sebelumnya untuk membentuk satu negara (Balasubramaniam, 1998). Prinsip hubungan antara kerajaan persekutuan dan negeri, menunjukkan kuasa dibahagi dan disusun antara kerajaan persekutuan dan negeri-negeri di dalamnya. Setiap peringkat organisasi dan jabatan secara langsung mempunyai kuasa dan tanggungjawab terhadap warganya (Tella, Doho dan Bapeto, 2014).

Namun demikian, terdapat juga pendapat yang membezakan antara pentadbiran persekutuan dengan negeri. Perbezaan ini boleh menimbulkan konflik antara kedua-dua belah pihak. Oleh itu, pembahagian kuasa antara kedua-duanya, diatur secara konkret dan jelas yang dirangkumkan ke dalam satu perlembagaan. Perlembagaan dalam satu-satu negara persekutuan, boleh disamakan dengan perjanjian yang mesti dipatuhi oleh negeri-negeri (Sawer, 1976). Seperti yang dinyatakan oleh Elazar (1987), susunan persekutuan merupakan satu bentuk rakan kongsi yang dibentuk dan diatur melalui sebuah perjanjian (*covenant*) di mana negara-negara yang terlibat dalam rakan kongsi tersebut menunjukkan keinginan untuk membahagi dan memperoleh keuntungan sesama anggota dan menginginkan perpaduan bersama.

Berbeza dengan pendapat di atas, Livingston (1956) mengatakan bahawa, inti pati daripada negara-negara persekutuan bukan terletak pada struktur perlembagaan atau institusi (*constitutional or institutional structure*), akan tetapi sebaliknya pada kekuatan ekonomi, politik dan sosiobudaya. Federalisme sebagai satu bentuk pentadbiran negara, juga dapat difahami sebagai hubungan antara kerajaan negeri dengan kerajaan persekutuan serta antara kerajaan negeri dengan negeri yang lain.

Bagi menjaga keseimbangan hubungan ini, perlembagaan semata-mata adalah tidak memadai, kerana apa yang jauh lebih penting ialah ideologi dan komitmen yang

kuat terhadap federalisme yang merupakan kunci dalam memelihara integrasi berpersekutuan. Thomas (2009) mengatakan, kewujudan kepercayaan dan pemahaman bersama antara negara-negara anggota, adalah sangat diperlukan. Tanpa komitmen yang kuat maka kerajaan persekutuan tidak akan utuh, bahkan berpotensi untuk berpecah belah. Keluarnya Singapura daripada persekutuan Malaysia merupakan contoh yang tepat bagi keadaan ini.

Pembahagian kuasa dalam negara persekutuan boleh dilakukan dengan cara, di mana letaknya rizab kuasa (*reserve of power*). Strong (1939) menyatakan pertama, perlembagaan memperincikan kuasa kerajaan persekutuan, manakala bakinya ditinggalkan di negeri-negeri; kedua, perlembagaan memperincikan kuasa kerajaan negeri, manakala rizab kuasa ditinggalkan kepada kerajaan persekutuan.

Dalam bentuk pertama, tujuannya adalah untuk menghadkan kuasa kerajaan persekutuan dan memperkuatkan kuasa negeri, seperti Amerika Syarikat dan Australia. Manakala itu, bentuk kedua letaknya rizab kuasa, adalah untuk membentangkan kekuatan negeri-negeri dalam persekutuan dan menubuhkan kuasa kerajaan persekutuan, seperti Kanada. Strong (1939) menambah lagi bahawa bentuk yang terakhir ini lebih dekat dengan pengorganisasian negara kesatuan.

Di negara persekutuan, tidak ada hubungan yang dominan antara negeri maupun antara negeri dan persekutuan. Namun begitu, kerajaan persekutuan mempunyai hak-hak yang bersifat eksklusif berhubungkait dengan kepentingan nasional, seperti hubungan luar negara, pertahanan negara, kehakiman, sistem kewangan dan fiskal. Manakala di Malaysia, urusan-urusan domestik misalnya adalah berhubungkait dengan pertahanan, keselamatan dalam negeri, kewangan, pendidikan, kesihatan, perdagangan, pengangkutan dan urusan-urusan lain (Abdullah, Mansor dan Hamzah, 2013). Namun demikian, pada asasnya, kuasa dalam negara persekutuan tidak bersifat hierarki yang berbentuk piramid sebagaimana dalam pentadbiran yang

unitaristik (Elazar, 1987). Sebaliknya, seperti pendapat Bataveljic (2012) bentuk hierarkinya menyerupai bintang, di mana struktur negara persekutuan tertumpu di sekitar teras persekutuan yang memberikan arahan-arahan, tetapi juga menerima tindak balas tertentu. Oleh itu, sesuatu tindakan dan reaksi terdapat dalam satu-satu negara persekutuan.

Pembentukan negara persekutuan pada sisi yang lain dapat difahami, bahawa negeri pada mulanya memiliki kedaulatan dan wilayah geografi (*jurisdiction*) yang jelas dan disatukan melalui perjanjian tertentu. Keadaan ini memperlihatkan bahawa adanya impak kuasa yang berbeza antara negeri sesuai dengan kesepakatan mula pada saat pembentukan persekutuan. Oleh kerana itu, ancaman perpecahan negara persekutuan lebih tinggi daripada negara kesatuan.

Dengan keluarnya Singapura dari persekutuan Malaya sebagaimana dihuraikan sebelum ini, faktor rapuhnya integrasi satu-satu negara persekutuan jelas kelihatan. Kes yang terkini, permintaan negeri Catalania di Sepanyol pada tahun 2017 untuk keluar dari persekutuan melalui referendum, menjadi contoh lain rapuhnya integrasi negara persekutuan.

Negara kesatuan ialah satu negara yang kerajaan pusat memegang kuasa tertinggi dan mempunyai kuasa penuh dalam pentadbiran kerajaan. Menurut Napier (1997) majoriti negara di dunia atau kira-kira 90 peratus daripada 160 negara, mengamalkan sistem unitari. Benua Afrika, hanya Nigeria sahaja yang benar-benar dianggap mengaplikasikan sistem persekutuan.

Negara yang mengamalkan sistem unitari, autoriti pada asasnya terletak pada pentadbiran pusat, tidak dapat dibahagikan dan merupakan hak prerogatif untuk pentadbir pusat tersebut (Bowman dan Kearney, 2017; Yusoff, 2006; Strong, 1939).

Negara kesatuan dapat dibezakan dalam dua bentuk; iaitu, negara kesatuan dengan sistem sentralisasi dan negara kesatuan dengan sistem desentralisasi (Hendratno, 2009; Astawa, 2008).

Negara kesatuan yang mempraktikkan sistem sentralisasi, pentadbiran pusat, secara langsung mengatur segala urusan yang berhubungkait dengan negara. Manakala itu, pentadbiran tempatan pula, hanya melaksanakan segala yang diperintahkan oleh pentadbir pusat. Jones dan Stewart (1983) mengatakan bahawa sentralisasi merupakan pemusatkan semua kuasa dan autoriti pentadbiran di satu tempat atau tangan. Pentadbir pusat tidak menyerahkan sebahagian kuasanya kepada pentadbir tempatan. Semua dasar diproses dan diselenggarakan oleh pentadbir pusat. Oleh itu, negara kesatuan dengan sistem sentralisasi merupakan bentuk negara; iaitu, pentadbir pusat mempunyai kedaulatan penuh untuk menyelenggara urusan pentadbiran bermula daripada peringkat pusat hingga tempatan, termasuklah segala hal yang berhubungkait dengan urusan pentadbiran tempatan (Kalirajan dan Otsuka, 2010).

Manakala itu, pentadbir pusat bagi negara kesatuan dengan sistem desentralisasi, adalah pemegang kuasa paling tinggi yang memberikan sebahagian kuasanya kepada pentadbir tempatan untuk mengatur dan mengurus kawasannya sendiri yang disebut sebagai hak autonomi.

Undang-Undang mengenai Kerajaan Tempatan No.22 Tahun 1999 atau UU No.32 Tahun 2004 mahupun UU No.23 Tahun 2014, autonomi, adalah hak mengatur dan memerintah kawasan tempatan dengan inisiatif dan kemahuan sendiri. Iaitu, hak tersebut diperoleh daripada pentadbir pusat. Hal ini bermakna pentadbir tempatan mempunyai hak untuk menggubal peraturan yang sesuai dengan keadaan dan kepentingan kawasannya, asalkan peraturan itu tidak bertentangan dengan peraturan di peringkat tertinggi. Oleh itu, negara kesatuan dengan sistem desentralisasi adalah bentuk negara yang pentadbir pusat tidak lagi memegang kuasa seluruh urusan

pentadbiran, melainkan hanya urusan utama sahaja. Di Indonesia, urusan utama yang dimaksudkan ialah, politik luar negeri, pertahanan, keselamatan, kehakiman, kewangan dan fiskal serta agama. Ini berlaku sejak tergubalnya Undang-Undang Kerajaan Tempatan No.22 Tahun 1999 atau sejak berlakunya sistem desentralisasi.

Pembentukan organisasi-organisasi pentadbiran di peringkat tempatan dalam negara kesatuan, adalah tidak sama dengan negara persekutuan. Wheare (1968) menjelaskan bahawa, dalam sistem negara kesatuan, pentadbiran pada peringkat yang lebih rendah, dilihat daripada hierarkinya; iaitu, di bawah pentadbir pusat. Hal ini bermakna pentadbiran tempatan di negara kesatuan, tidak memiliki kedaulatan sendiri sebagaimana pentadbiran negeri di negara persekutuan. Hubungan pentadbir tempatan dan pentadbir pusat di negara kesatuan berkait secara atasan dan bawahan, manakala hubungan antara pentadbir negeri dan pentadbir persekutuan dalam negara persekutuan adalah secara koordinasi dan bebas (Wheare, 1968).

Secara umum, pentadbiran negeri di negara persekutuan, memiliki persamaan dan perbezaan dengan pentadbiran tempatan di negara kesatuan dengan sistem desentralisasi (Riyanto dan Taufiqulhadi, 2000). Persamaan yang dimaksudkan ialah kedua-duanya mempunyai hak untuk mengurus kepentingan masing-masing dan hanya pentadbiran pusat atau pentadbiran persekutuan sahaja yang boleh bertindak untuk menguruskan hal ehwal luar negara. Manakala itu, perbezaan pula adalah terletak pada asal-usul hak mengurus atau mengatur kepentingan masing-masing.

Bagi pentadbiran negeri di negara persekutuan, hak mengurus dan mengatur merupakan hak asal, manakala untuk pentadbiran tempatan yang berautonomi di negara kesatuan, hak itu diperoleh daripada pentadbiran pusat. Berhubungkait dengan masalah kedaulatan, sistem pentadbiran persekutuan diperoleh daripada unit-unit politik yang berbeza dan kemudian sepakat dalam membentuk satu pentadbiran bersama. Dalam

sistem pentadbiran kesatuan pula, kedaulatan berpunca daripada seluruh penduduk dalam negara tersebut (Syaukani, Gaffar dan Rasyid, 2002).

### **2.3 Reformasi Pentadbiran Awam**

Reformasi Pentadbiran Awam atau *Public Administration Reform (PAR)*, merupakan paradigma yang dikembangkan untuk mempersama adai prestasi birokrasi dan garis panduan perkhidmatan awam. Jika paradigma Pentadbiran Awam Lama atau *Old Public Administration (OPA)* banyak melihat birokrasi dan perkhidmatan awam sebagai sesuatu yang statik, maka paradigma *PAR* pula dapat memperlihatkan birokrasi sebagai sesuatu yang dinamik.

*PAR* secara teori dan praktikalnya, terjadi ketika pentadbir mengambil keputusan untuk mengubah pendekatan dalam penyediaan perkhidmatan kepada masyarakat, sebagaimana yang dilakukan oleh pihak swasta dalam menyediakan perkhidmatan yang cekap dan berkesan.

Peningkatan keberkesanan dan kecekapan ini, adalah hasil daripada perubahan dalam struktur organisasi, desentralisasi, pengurusan sumber manusia, anggaran awam, pengurusan berdasarkan hasil, perubahan aturan dan sebagainya sehingga ke perubahan yang disasarkan seperti; penggubalan semula protokol perkhidmatan awam (Lukamba, 2015; Bossert dan Mitchell, 2011; *UNDP*, 2004). Konsep-konsep perubahan yang dikembangkan dalam konteks *PAR* ini, menjadi rujukan terbaru bagi negara-negara yang melakukan reformasi sektor perkhidmatan awam seperti di Indonesia.

Amalan desentralisasi sebagai salah satu bentuk perubahan dalam konsep *PAR*, memainkan peranan yang sangat penting. Seperti yang dijelaskan oleh Ladi (2008), desentralisasi merupakan salah satu prinsip tadbir urus yang sama ada. Hal ini juga bermakna bahawa amalan desentralisasi membawa pentadbiran yang demokratik dan berkesan untuk lebih dekat kepada rakyat. Selain bertujuan untuk mewujudkan tadbir urus yang sama ada, berkesan dan dekat dengan ahli masyarakat. Amalan desentralisasi

juga adalah untuk memperkuatkan kuasa atau memberi kebebasan kepada daerah sehingga mampu mensejahterakan rakyat dan bertindak balas kepada perubahan-perubahan yang terjadi di daerah (Ladi, 2008).

Desentralisasi pada asasnya, hanyalah sebahagian daripada bilangan pembolehubah dalam *PAR* dan ia tidak dapat berfungsi sendiri tanpa disokong oleh pembolehubah lainnya. Pembolehubah tersebut boleh sahaja terdiri daripada prinsip keberkesanan dan kecekapan, demokrasi, penglibatan pihak berkepentingan dalam proses membuat keputusan, kesamarataan dalam pentadbiran dan sebagainya. Namun untuk menjadikan projek *PAR* ini berfungsi dengan sama ada, desentralisasi dapat digunakan sebagai titik permulaan atau langkah pertama memulakan *PAR* tersebut.

#### **2.4 Desentralisasi: Pengertian dan Bentuk dalam Pelbagai Perspektif**

Secara umumnya, terdapat dua jenis sistem pentadbiran kerajaan; iaitu, sentralisasi dan desentralisasi. Desentralisasi merupakan sistem pengurusan yang bertentangan dengan sentralisasi. Jika sentralisasi memusatkan perhatian dengan meletakkan kuasa di tengah atau pusat, desentralisasi sebaliknya menyebarkan atau mengedarkan kuasa dari tengah atau pusat (Bennett, 1990).

Namun demikian, beberapa pakar menyatakan pada asasnya, sentralisasi dan desentralisasi dalam pengurusan pentadbiran, lebih merupakan satu garis berkesinambungan, bukan satu dikotomi (Dwijowijoto, 2000; Prasojo, 2009; Bennett, 1990). Hal ini bermakna, pengurusan pentadbiran merupakan gabungan kekuatan yang cenderung mendekati pusat (*centripetal*) dan cenderung menjauhi pusat (*centrifugal*) secara serentak. Oleh itu, tidak ada negara ditadbir secara sentralisasi sahaja, meskipun selalu terdapat beberapa kuasa hanya diuruskan secara sentralisasi sahaja. Sebaliknya, tidak ada satu negara menggerakkan semua urusan pentadbiran secara desentralisasi sahaja.

Desentralisasi dalam kesusasteraan saintifik, memiliki pengertian yang luas. Luasnya pengertian tersebut menjadikan bentuk-bentuk atau pembahagian desentralisasi, adalah beragam (Islam dan Fujita, 2012). Smith (1985) membahagikan desentralisasi kepada dua bentuk; iaitu, devolusi dan dekonsentrasi. Bardhan (2002) membahagikan desentralisasi kepada tiga bentuk; iaitu, politik, pentadbiran dan fiskal. Manakala itu, Cheema dan Rondinelli (1983) serta Rondinelli *et al.* (1984) membahagikan desentralisasi kepada empat bentuk; iaitu, dekonsentrasi, delegasi, devolusi dan penswastaan.

Munculnya istilah-istilah ini membuatkan konsep desentralisasi menjadi lebih luas dan semakin mengelirukan dalam mengenal pasti perbezaan maksud konsep-konsep yang lebih terperinci secara jelas dan tegas.

Pendefinisian desentralisasi adalah tidak mudah seperti yang disampaikan sebelumnya, kerana ia melibatkan pelbagai bentuk dan dimensi. Bentuk desentralisasi dapat dilihat daripada pelbagai nilai dan amalan yang berbeza (Rees dan Hossain, 2013). Manakala itu, Hart (1972) menyatakan desentralisasi dapat dilihat daripada pelbagai perspektif, kerana beberapa ilmu atau pengkajian dan teori memberikan perhatian terhadap desentralisasi seperti; sains pentadbiran, politik dan ekonomi.

Dalam dunia antarabangsa, desentralisasi dibincangkan dalam lingkup yang lebih luas seperti; demokrasi, reformasi politik, penyertaan masyarakat, pemerkasaan, pembangunan kampung, pembangunan fiskal dan ekonomi, akauntabiliti dan pembangunan keupayaan sumber manusia (Smoke, 2003).

Perkembangan lanjut, pendefinisian desentralisasi tidak hanya dibincangkan dalam hubungan antara pentadbir pusat dan pentadbir tempatan atau unit-unit pentadbiran yang lebih rendah, akan tetapi juga diertikan kepada makna praktikal tanpa melihat hubungan antara pentadbiran. Namun demikian, istilah desentralisasi secara etimologi berasal daripada bahasa Latin; iaitu, *de* (lepas) dan *centrum* (pusat), sehingga

memberikan maksud bahawa desentralisasi; ialah melepaskan daripada pusat. Manakala, perbahasan dalam penyelidikan ini ialah; mengenai desentralisasi yang dikaitkan dengan pengurusan pentadbiran kerajaan sahaja.

Dalam pelbagai kesusasteraan, desentralisasi merupakan pembahagian kuasa (*division of power*) atau pemindahan kuasa (*transfer of power*) dari pusat ke peringkat bawah (*subdivision*) atau yang lebih rendah. Pembahagian atau pemindahan kuasa ini dapat dilaksanakan dengan pelbagai cara dan menggunakan istilah yang berbeza.

Beberapa pakar mempunyai pendapat yang membezakan istilah desentralisasi dan dekonsentrasi (Parson dalam Mawhood, 1983; Alderfer, 1964). Terdapat juga pakar lain menggunakan istilah desentralisasi yang dibezakan dengan desentralisasi politik atau devolusi atau desentralisasi *territorial* dan desentralisasi pentadbiran atau dekonsentrasi atau desentralisasi *functional* (Hung, 2009; Alekajbaf dan Jawan, 2009; Hutchcroft, 2001; Mills, 1990; Mellors dan Copperthwaite, 1987; Smith, 1985; Conyers, 1983; Bryant dan White, 1982; Savitch dan Adler, 1974; Maddick, 1963).

Selanjutnya, Rondinelli *et al.* (1984) serta Cheema dan Rondinelli (1983) membezakan desentralisasi melalui empat bentuk; iaitu, dekonsentrasi, delegasi, devolusi dan penswastaan. Bardhan (2002) pula menjelaskan desentralisasi dibahagi kepada tiga bentuk; iaitu, politik, pentadbiran dan fiskal.

Alderfer (1964) menjelaskan dua prinsip umum dalam membezakan, bagaimana kerajaan pusat memperuntukkan kuasanya ke bawah (*subdivisions*) iaitu dalam bentuk desentralisasi dan dekonsentrasi. Bentuk desentralisasi bermaksud unit-unit tempatan ditetapkan dengan kuasa atau pihak berkuasa tertentu untuk menjalankan tugas-tugasnya. Dalam menjalankan tugas-tugas ini mereka boleh menggunakan penilaian, inisiatif dan pentadbirannya sendiri. Manakala itu, dalam bentuk dekonsentrasi, tiada dasar dan keputusan asas yang dibuat di peringkat tempatan. Badan-badan pusat

mempunyai semua kuasa di dalamnya, manakala kakitangan tempatan hanya sebagai kakitangan yang melaksanakan perintah daripada badan-badan pusat.

*United Nations* dalam Conyers (1983) membezakan desentralisasi dengan devolusi dan dekonsentrasi. Desentralisasi adalah proses kuasa yang diserahkan oleh pusat ke daerah. Penyerahan kuasa ini dapat dilakukan dengan dua cara; iaitu, dekonsentrasi melalui kakitangan, unit atau badan di daerah dan devolusi melalui badan-badan autonomi daerah. Dalam hal ini dekonsentrasi dilaksanakan melalui perwakilan kuasa kepada jabatan-jabatannya di peringkat tempatan, manakala devolusi, dilaksanakan kepada badan-badan politik di peringkat tempatan yang disebut dengan pentadbir tempatan. Selari dengan pendapat di atas, Maddick (1963) mengatakan komponen daripada devolusi ialah pentadbiran tempatan, manakala komponen dekonsentrasi ialah pentadbiran lapangan (*field administration*).

Desentralisasi menurut Parson dipetik daripada Mawhood (1983) adalah hampir sama dengan apa yang dikemukakan oleh pakar-pakar di atas; iaitu, mengenai pemindahan kuasa. Menurut Parson, desentralisasi merupakan perkongsian kuasa pentadbiran antara kumpulan pemegang kuasa di pusat dengan kumpulan-kumpulan lain. Iaitu, kumpulan tersebut masing-masing memiliki kuasa untuk menentukan sektor-sektor tertentu dalam skop sesuatu negara. Manakala dekonsentrasi menurut Parson dalam Mawhood (1983) pula, merupakan perkongsian kuasa antara kumpulan elit penguasa yang sama untuk mendapatkan kuasa dalam mengatur sektor-sektor tertentu di kawasan yang berbeza di dalam satu-satu negara.

Daripada definisi yang dikemukakan oleh Parson di atas, Mawhood (1983) mengemukakan kesimpulan; bahawa desentralisasi ialah penyerahan kuasa (*devolution of power*) daripada pentadbir pusat kepada pentadbir tempatan. Manakala, dekonsentrasi pula ialah pemindahan atau pendeklegasian tanggungjawab (*delegation of power*) daripada pentadbir pusat kepada pentadbir tempatan.

Penjelasan Mahwood di atas, melahirkan konsep desentralisasi daripada perspektif politik dan pentadbiran. Perspektif politik lebih mengutamakan devolusi kuasa daripada pentadbir pusat kepada pentadbir tempatan, manakala perspektif pentadbiran memberikan keutamaan kepada desentralisasi sebagai pemberian kuasa pentadbiran (*administrative authority*) daripada pentadbir pusat kepada pentadbir tempatan.

Daripada perspektif desentralisasi politik, Mawhood (1983) mendefinisikan desentralisasi sebagai perkongsian kuasa pentadbiran kerajaan, antara pentadbir pusat dan unit atau pentadbir yang ada di bawahnya. Oleh itu, desentralisasi politik merupakan proses pendemokrasian pentadbiran dengan memberikan kuasa yang lebih luas kepada pentadbir tempatan dalam mengurus masyarakatnya untuk mencapai keberkesanan dan kecekapan pentadbiran.

Desentralisasi politik memusatkan perhatian kepada pemerkasaan tempatan dengan memanfaatkan pengetahuan sehingga dapat menambah keupayaan pentadbiran tempatan dalam menggunakan kuasanya. Selain itu, ia juga dapat memberikan motivasi bagi meningkatkan penyertaan yang lebih besar kepada masyarakat tempatan termasuk dalam mengawal dasar-dasar yang diambil dan dilaksanakan oleh kerajaan. Seterusnya, sokongan yang lebih luas kepada kerajaan akan datang dapat mempersama adai kestabilan politik.

Smith (1985) mengatakan, desentralisasi dalam bentuk devolusi dan dekonsentrasi, adalah sama ada untuk mengubah pemusatan kuasa pentadbiran kerajaan pada satu tempat atau di tangan pentadbir pusat, dan seterusnya memindahkan kuasa tersebut kepada pentadbir tempatan. Dengan perkataan lain, idea desentralisasi sebagai fenomena politik dengan cara memberikan kuasa pada unit-unit autonomi atau pendeklegasian kuasa pada organisasi atau unit-unit pentadbiran, adalah sama

pentingnya. Namun demikian, di negara-negara kesatuan pada amnya, desentralisasi daripada perspektif politik, masih dibatasi atau dikawal oleh pentadbir pusat.

Definisi desentralisasi dalam skop yang luas, dikemukakan oleh Cheema dan Rondinelli (1983) menyatakan bahawa, desentralisasi merupakan penyerahan (kuasa) perancangan, pengambilan keputusan atau kuasa pentadbiran daripada pentadbir pusat kepada pentadbir tempatan. Organisasi-organisasi menegak pentadbir pusat di daerah; unit-unit pelaksana pentadbiran daerah; organisasi-organisasi separa autonomi; atau organisasi bukan kerajaan.

Daripada pengertian desentralisasi ini, Cheema dan Rondinelli (1983) seterusnya merumuskan empat bentuk desentralisasi; iaitu, *deconcentration*, *delegation to semi-autonomous or parastatal organizations*, *devolution*, dan *transfer of functions from government to non-government institutions*.

Pertama, desentralisasi dimaksudkan sebagai dekonsentrasi. Desentralisasi diterjemahkan sebagai pelimpahan beban kerja daripada pentadbir pusat kepada kakitangan atau wakil pentadbir pusat di peringkat tempatan tanpa diikuti oleh pemindahan kuasa untuk menggubal keputusan. Namun dalam amalan dekonsentrasi, pemerintah pusat memberikan kebebasan kepada kakitangan lapangan untuk merencanakan dan melaksanakan program berdasarkan arahan pentadbir pusat sebagai pedoman dan selanjutnya menyesuaikan program tersebut dengan keadaan masyarakat tempatan. Dengan demikian ketika urusan-urusan pentadbir pusat diserahkan kepada pentadbir tempatan, beban pentadbir pusat menjadi kurang, manakala wakil pentadbir pusat di peringkat tempatan dapat lebih diperkasakan. Selain itu pengelolaan urusan juga dapat menjadi lebih cekap.

Terdapat dua cara dalam pelimpahan beban kerja; iaitu, pentadbiran bersepadau dan pentadbiran tidak bersepadau.

Pentadbiran bersepada, adalah merujuk kepada beban tanggungjawab atau tugas yang dilimpahkan kepada sekumpulan wakil pentadbir pusat di peringkat tempatan bagi menguruskan pelbagai bidang urusan. Dalam hal ini wakil pentadbir pusat di peringkat tempatan tidak dibahagikan mengikut jabatan-jabatan tertentu sebagaimana di peringkat pusat, akan tetapi terkumpul dalam suatu organisasi yang menguruskan semua pelimpahan urusan jabatan-jabatan yang berbeza.

Pentadbiran yang tidak bersepada; iaitu, beban tanggungjawab yang dilimpahkan kepada wakil jabatan masing-masing di peringkat tempatan. Dengan demikian, jumlah wakil pusat di peringkat tempatan sama banyaknya seperti di kementerian atau jabatan yang ada di peringkat pusat.

Kedua, desentralisasi juga dimaksudkan sebagai pendeklegasian kuasa dan pengambilan keputusan yang berhubungkait dengan pengurusan fungsi-fungsi tertentu (khas) kepada organisasi-organisasi yang tidak secara langsung berada dalam kawalan kerajaan pusat. Jadi pendeklegasian kuasa dan pengambilan keputusan ke atas organisasi-organisasi separa autonomi atau *parastatal* (*semi autonomous or parastatal organizations*), adalah daripada kerajaan pusat. Model ini telah diaplikasikan di beberapa negara Asia dan Afrika pada sekitar tahun 1950an dan 1960an untuk urusan kewangan, pembangunan dan infrastruktur.

Ketiga, desentralisasi dimaksudkan sebagai devolusi; iaitu, penyerahan fungsi dan kuasa daripada pentadbir pusat kepada pentadbir tempatan. Dalam hal ini, pentadbir tempatan diberikan kuasa untuk mengendali urusannya sendiri. Pentadbir pusat biasanya melakukan campur tangan melalui peraturan-peraturan kewangan yang menjadikan pentadbir tempatan tetap berada di bawah pengawasan pentadbir pusat.

Keempat, desentralisasi adalah dimaksudkan sebagai penswastaan; iaitu, penyerahan fungsi (urusan) tertentu daripada pentadbir pusat kepada organisasi-

organisasi bukan kerajaan. Fungsi atau urusan yang dimaksudkan adalah seperti tanggungjawab dalam perancangan pentadbiran atau fungsi perkhidmatan awam.

Pendapat-pendapat beberapa pakar di atas, terdapat beberapa bentuk desentralisasi; iaitu, devolusi, dekonsentrasi, delegasi, penswastaan dan fiskal. Meskipun dalam kebanyakan kesusasteraan yang paling banyak dikaji, hanya dua bentuk desentralisasi; iaitu, devolusi (desentralisasi politik) dan dekonsentrasi (desentralisasi pentadbiran).

Devolusi merupakan bentuk asli daripada desentralisasi (*UNDP*, 1999). Selain itu, devolusi merupakan pembentukan atau penguatan secara undang-undang atau kewangan atas unit pentadbiran tempatan yang kegiatannya di luar pengawasan langsung pentadbiran pusat (Rondinelli *et al.*, 1984) atau pemberian kuasa dalam membuat keputusan, kewangan atau pengurusan pentadbiran oleh pentadbiran tempatan (White, 2011). Manakala, dekonsentrasi bermakna penyerahan sejumlah kuasa pentadbiran dan tanggungjawab kepada peringkat pentadbiran yang lebih rendah masih berada dalam skop organisasi kerajaan pusat (Rondinelli *et al.*, 1984), tanpa melakukan pemindahan kuasa (White, 2011) dan tanpa menyertakan secara ketara sumber pendapatan daerah (*UNDP*, 1999).

Berasaskan UU Kerajaan Tempatan No.32 Tahun 2004 dan UU No.23 Tahun 2014, Indonesia mengambil tiga bentuk desentralisasi; iaitu, devolusi, dekonsentrasi dan delegasi. Istilah devolusi (desentralisasi politik) digunakan untuk desentralisasi, dekonsentrasi (desentralisasi pentadbiran) untuk dekonsentrasi serta delegasi yang membawa maksud *tugas pembantuan (medebewind)*.

Istilah penswastaan tidak dimasukkan dalam paradigma undang-undang kerajaan tempatan, kerana dianggap bukan merupakan bahagian daripada desentralisasi.

## **2.5 Kuasa Kerajaan: Politik dan Pentadbiran**

Kuasa merupakan keupayaan untuk menggubal undang-undang yang bertujuan untuk mengwujudkan hukum dan kebebasan hak. Selain itu kuasa juga menentukan kerajaan untuk melakukan atau tidak melakukan tindakan tertentu atau menuntut pihak lain untuk melakukan tindakan tertentu (Budiardjo, 2012).

Kuasa secara umumnya, diklasifikasikan sebagai kuasa politik dan kuasa birokrasi atau pentadbiran (Teori Desentralisasi Smith, 1985). Di negara kesatuan, kuasa atau autoriti politik diserahkan melalui pengesahan perundangan kepada pentadbiran tempatan. Manakala, di negara persekutuan pula, kuasa atau autoriti diperuntukkan antara pentadbiran pusat dan negeri oleh perlombagaan.

Pemberian kuasa tersebut melahirkan unit atau organisasi politik yang mempunyai hak untuk menggubal dasar di peringkat tempatan dan mempunyai sumber pendapatan sendiri. Oleh itu, unit atau organisasi kerajaan tempatan tersebut memiliki hak autonomi. Namun demikian, di negara-negara persekutuan dan pada amnya di negara-negara kesatuan, hak autonomi ini tidak pernah seluruhnya dimiliki oleh pentadbiran tempatan. Kebebasan pentadbir tempatan dalam melaksanakan kuasanya, masih dihadkan atau dikawal oleh pentadbir pusat (Teori Desentralisasi Smith, 1985).

Kuasa pentadbiran berpuncak daripada pelimpahan kuasa pusat kepada kakitangan lapangan (*field staff*) di peringkat tempatan. Kuasa pentadbiran yang dimiliki oleh kakitangan lapangan atau unit atau kawasan pentadbiran ini, patuh kepada kawalan organisasi pusat yang memberikan kuasa padanya. Oleh kerana itu, kuasa yang didelegasikan kepada kakitangan lapangan adalah daripada skop pengurusan atau pentadbiran.

Menurut teori desentralisasi Smith (1985), kuasa ini digunakan untuk mengurangkan kuasa pentadbir tempatan dan menegakkan keseragaman dalam pengambilan keputusan di seluruh peringkat tempatan dalam satu-satu negara.

Manakala, kuasa politik direka untuk mencerminkan ciri-ciri yang unik, masalah dan keperluan yang berbeza-beza daripada setiap daerah dalam satu-satu negara.

Desentralisasi secara umum dimaksudkan sebagai pemindahan kuasa daripada unit atau pentadbir pusat kepada unit atau pentadbir tempatan. Pemindahan kuasa daripada unit atau pentadbiran yang melahirkan unit atau tempatan autonomi (*local self government*), disebut sebagai desentralisasi politik atau devolusi. Manakala pemindahan kuasa yang melahirkan unit atau pentadbiran tempatan (*local state government*), disebut desentralisasi pentadbiran atau dekonsentrasi (Riant Nugroho, 2002).

Desentralisasi pentadbiran atau dekonsentrasi, tidak mewujudkan negeri atau daerah autonomi, kerana kuasa yang dimiliki adalah hanya kuasa pentadbiran. Desentralisasi politik atau devolusi, melahirkan negeri atau daerah autonomi kerana kuasa yang dimiliki tempatan adalah kuasa politik. Oleh itu, negeri dan daerah dalam *local self government* bermaksud negeri atau daerah yang berdikari. Manakala negeri atau daerah dalam *local state government*, ialah pentadbiran di peringkat tempatan yang merupakan lanjutan daripada pentadbir pusat (Dwijowijoto, 2000). Dengan perkataan lain, desentralisasi tidak selalu merujuk pada tempatan berautonomi, walaupun autonomi tempatan berpunca daripada desentralisasi. Pada perspektif lain, desentralisasi pentadbiran tidak menimbulkan kedaulatan baru, melainkan unit atau wilayah pengaturan baru (*jurisdiction*).

## **2.6 Desentralisasi: Sistem Pentadbiran yang Bernilai Demokrasi dan Ekonomi**

Desentralisasi dalam dekad terakhir ini, telah menjadi satu trend yang banyak diamalkan di pelbagai negara maju dan membangun (Stevens dan Gnanaselvam dalam Crook dan Manor, 1998; World Bank, 1997; Murray, 1983). Dasar desentralisasi ini telah difahami sebagai ubat yang mujarab untuk mengatasi pelbagai masalah pembangunan dalam satu-satu negara.

Teori desentralisasi Smith (1985) mengklasifikasikan tujuan desentralisasi berasaskan kepentingan politik kebangsaan dan kepentingan masyarakat tempatan. Dari sudut kepentingan nasional, desentralisasi bertujuan untuk menjadi alat pendidikan politik (*political education*), latihan kepemimpinan (*training in political leadership*), kestabilan politik (*political stability*), kesamaan politik (*political equality*), kebertanggungjawaban (*accountability*) dan maklum balas (*responsiveness*). Tujuan politik ini menurut pandangan Smith, perlu dilihat daripada perspektif bahawa kerajaan adalah subjek dan masyarakat adalah objek.

Pendidikan politik, latihan kepemimpinan, kestabilan politik dan sebagainya, merupakan matlamat tertinggi (*ultimate goals*) yang mesti dicapai oleh pentadbir. Walaupun pentadbir ialah subjek dalam perspektif ini, mereka juga berperanan sebagai pemula (*initiator*), pencetus (*trigger*) mahupun pemangkin (*catalyzer*) untuk mencapai tujuan tersebut.

Seterusnya, teori desentralisasi Smith (1985) menyatakan bahawa, peranan politik daripada dekonsentrasi dibezakan oleh empat aspek; iaitu, kestabilan politik, menghadkan pengaruh blok pembangkang kerajaan, agensi pengendalian dasar kerajaan serta medium untuk mewujudkan kesetiaan politik pejabat daerah terhadap kerajaan pusat.

Sumber ketidakstabilan menurut teori desentralisasi Smith (1985) adalah, ketidakpuasan kelompok etnik terhadap kerajaan pusat, ketidakpuasan wilayah geografi tertentu terhadap kerajaan pusat, kewujudan blok pembangkang terhadap kerajaan pusat di peringkat tempatan. Dekonsentrasi juga secara politiknya, dapat dijadikan sebagai alat pengendalian dasar kerajaan pusat yang dilaksanakan oleh pengamal kuasa dekonsentrasi (*the deconcentration holders*) di peringkat tempatan.

Selain itu, sebagai medium untuk mewujudkan kesetiaan pejabat tempatan, maka program dekonsentrasi itu melahirkan sejumlah hak dan autoriti baru bagi pemegang

kuasa dekonsentrasi. Dalam makna politiknya, dapat disamakan sebagai sumber kuasa baru termasuk menjadi sumber kewangan sama ada yang sah maupun berpotensi untuk dimanipulasi oleh penjawat tempatan.

Peranan ekonomi dalam dekonsentrasi, sebenarnya tidak jauh berbeza dengan peranan ekonomi dalam devolusi (Teori Desentralisasi Smith, 1985). Ini kerana kedua-duanya saling menyokong dalam mewujudkan apa yang disebut dalam teori desentralisasi Smith sebagai; “*welfare values*” atau nilai kesejahteraan.

Devolusi mahupun dekonsentrasi yang dilakukan, dapat menguntungkan tempatan seperti kemunculan sumber pendapatan baru seperti cukai. Teori desentralisasi Smith (1985) seterusnya melihat peranan ekonomi dalam dekonsentrasi pada dua pendekatan; iaitu, pendekatan pemilihan umum (*public-choice approach*) dan pendekatan permintaan keperluan awam (*demand of public goods*).

Pendekatan pemilihan umum, teori desentralisasi Smith (1985) melihat bahawa, desentralisasi telah menyebabkan adanya kemungkinan bagi masyarakat untuk memilih tempat tinggal yang secara ekonominya lebih menguntungkan dengan mengambil kira kewajiban seperti cukai yang lebih mampu. Pendekatan permintaan keperluan awam pula, memungkinkan masyarakat untuk mengesyorkan atau memilih perkhidmatan atau keperluan awam tersama ada di antara pilihan yang ada. Ini kerana, kedua-dua bentuk desentralisasi itu menjadikan adanya pembahagian unit kerajaan (*defragmented units of government*) dalam memberikan perkhidmatan yang berbeza dan masyarakat dapat memilih yang tersama ada.

Sesungguhnya, apa yang dikemukakan oleh teori desentralisasi Smith (1985) di atas, tidak jauh berbeza dengan apa yang dikemukakan oleh pakar-pakar lain.

Tujuan desentralisasi menurut Rondinelli *et al.* (1984), ialah; keberkesanan, kecekapan, ekonomi, penglibatan masyarakat, kesamaan peluang dalam pembangunan, maklum balas dan kestabilan politik. Seterusnya, Cheema dan Rondinelli (1983)

mendedahkan 14 kelebihan tertentu yang dapat diperolehi daripada amalan desentralisasi. Beberapa antaranya ialah, desentralisasi dapat mengurangkan birokrasi, meningkatkan maklum balas terhadap keperluan masyarakat, memungkinkan penglibatan masyarakat dalam perancangan pembangunan dan pengurusan, meningkatkan kecekapan pentadbiran kerajaan, mengarahkan pentadbiran kerajaan untuk lebih fleksibel, inovatif dan kreatif, memberikan perkhidmatan awam lebih berkesan dan meningkatkan kestabilan politik.

Nordlinger (1982) menyatakan bahawa; pelaksanaan desentralisasi dapat membawa pentadbiran lebih dekat kepada ahli masyarakat yang boleh dicapai dengan dua cara. Iaitu, dari aspek politik, pentadbir melalui dasar desentralisasi dapat memberi peluang yang besar kepada masyarakat untuk mengambil bahagian dalam proses dasar. Dari aspek pentadbiran pula, pentadbir dapat menyediakan perkhidmatan yang lebih cekap dan berkesan kepada masyarakat. Hal ini kerana jarak antara pentadbir dan masyarakat menjadi lebih dekat, sehingga pentadbir lebih mudah bertindak balas terhadap keperluan atau kepentingan masyarakat. Selain itu, jarak yang dekat ini menyebabkan pentadbir memiliki pengetahuan yang lebih sama ada mengenai keadaan daerah daripada pentadbir pusat

Mengikut *United Nation Development Programme (UNDP, 1997)*, desentralisasi menuntut penyertaan masyarakat tempatan untuk mengambil bahagian dalam perancangan dan kawalan pembangunan di peringkat tempatan, kerana berlaku pemindahan pengambilan keputusan daripada pentadbir pusat kepada pentadbir tempatan. Selain itu, desentralisasi diharapkan dapat mengembangkan kemampuan dan potensi tempatan melalui kuasa yang dimiliki oleh pentadbir tempatan.

Pendapat beberapa pakar di atas, tujuan pelaksanaan desentralisasi berbeza antara satu pakar dengan pakar yang lain. Walau bagaimanapun, perbezaan itu adalah tidak terlalu ketara, kerana tujuan-tujuan tersebut saling berhubungkait satu dengan lain.

## **2.7 Desentralisasi: Perkembangan Global dalam Sektor Kesihatan**

Desentralisasi dalam sektor kesihatan mengikuti perkembangan desentralisasi dalam pentadbiran kerajaan secara umum. Ini kerana sektor kesihatan selalu diletakkan sebagai pentadbiran wajib yang mesti hadir dalam pentadbiran awam.

Negara-negara membangun, terutamanya di Afrika dan Asia Tenggara sekitar tahun 1950an hingga 1960an, idea membangunkan perkhidmatan kesihatan masyarakat sama ada di kawasan bandar maupun luar bandar, berpunca daripada pentadbiran pusat. Keputusan yang terlalu bersifat terpusat ini membawa impak kepada keupayaan pentadbir tempatan dalam hal-hal yang berhubungkait dengan pengurusan pentadbiran. Akan tetapi walaupun pentadbiran pusat memegang peranan yang dominan dalam merancang keputusan dalam sektor kesihatan, pentadbir pusat masih memberi peluang kepada organisasi swasta dan organisasi sukarela sama ada yang dimiliki oleh organisasi bukan kerajaan maupun keagamaan.

Penglibatan golongan elit perubatan yang berada di pusat dalam hal pengambilan keputusan, membawa kesan pada lahirnya dasar-dasar kesihatan yang lebih bertumpu pada perkhidmatan kesihatan yang bersifat perawatan. Hal ini akhirnya mula dipersoalkan yang mencetuskan lahirnya Deklarasi Alma Ata 1978.

Deklarasi ini, merupakan bentuk kesepakatan bersama antara 134 negara di dunia termasuk Indonesia dan perwakilan daripada 67 organisasi, termasuk Pertubuhan Bangsa-Bangsa Bersatu serta badan-badan khas dan organisasi bukan kerajaan (Sulaeman, 2016). Hasil daripada deklarasi ini, perkhidmatan kesihatan primer (*Primary Health Care*) merupakan strategi utama untuk pencapaian Kesihatan untuk Semua (*Health for all*) sebagai hak asasi manusia.

Seterusnya, deklarasi ini melahirkan kesihatan untuk semua tahun 2000 atau *health for all the year 2000*. Dalam deklarasi ini disebutkan bahawa pencapaian kesihatan untuk semua tahun 2000 dilaksanakan melalui perkhidmatan kesihatan primer

(asas) yang sekurang-kurangnya merangkumi lapan buah perkhidmatan; iaitu, pendidikan kesihatan; peningkatan penyediaan makanan dan pemakanan; penyediaan air bersih dan sanitasi asas; perkhidmatan kesihatan ibu dan kanak-kanak termasuk perancang keluarga; imunisasi; pencegahan dan pemberantasan penyakit endemik; rawatan penyakit-penyakit umum; dan penyediaan ubat-ubatan penting.

Perubahan yang bertumpu pada perkhidmatan kesihatan asas ini, melahirkan dasar kesihatan. Inisiatif daripada dasar kesihatan ini bukan sahaja berasal daripada pakar atau profesional perubatan, akan tetapi juga kumpulan masyarakat sivil di peringkat akar umbi. Penglibatan kumpulan masyarakat ini termasuk dalam melaksanakan pemantauan, merupakan paradigma baru dalam perancangan dasar perkhidmatan kesihatan asas di peringkat nasional pada kebanyakan negara di dunia.

Gerakan sosial ini, mendorong sistem perkhidmatan kesihatan asas untuk dilaksanakan secara menyeluruh dengan fokus pada ekuiti, jantina, faktor sosial dan perspektif hak asasi. Gerakan ini juga menjadi pencetus, bahawa konsep desentralisasi adalah sebagai elemen kunci bagi perkhidmatan kesihatan asas.

Pada tahun 1980an, gagasan neoliberal mula mendominasi negara-negara di dunia. Gagasan ini dipelopori oleh Inggeris dan Amerika Syarikat. Sistem neoliberal ini bermakna bahawa kebebasan individu lebih diutamakan dan campur tangan negara dalam kehidupan ekonomi semakin dikurangkan. Sistem ini menghapuskan segala peraturan pentadbiran yang boleh menghadkan syarikat-syarikat dalam melabur, memotong perbelanjaan negara untuk sektor perkhidmatan sosial dan mengurangkan atau bahkan menghilangkan peraturan-peraturan daripada pentadbiran yang boleh membebankan pengusaha. Dengan hal yang demikian dapatlah disimpulkan bahawa, dasar-dasar ini dilaksanakan untuk mengurangkan kawalan pentadbiran pusat, sebaliknya memberikan kuasa yang besar kepada pentadbiran tempatan dan memperkuat akauntabiliti pentadbir kepada masyarakat (Rachmat, 2014).

Namun demikian, desentralisasi yang diterapkan di negara-negara membangun pada era sebelum 1990an lebih menyerupai bentuk dekonsentrasi, kerana tidak ada pentadbiran tempatan yang benar-benar autonomi. Agensi-agensi tempatan dan jabatan wakil pentadbiran pusat di peringkat tempatan, merupakan rujukan untuk memudahkan pentadbiran perkhidmatan, akan tetapi ia tidak dapat mengambil keputusan sendiri seperti yang dipraktikkan di negara-negara Asia Timur dan Asia Tenggara.

Menjelang era 1990an, bentuk reformasi baru yang dipilih oleh sebahagian besar negara membangun, ialah desentralisasi yang berisi nilai-nilai demokrasi. Walaupun demikian, pada mulanya praktik desentralisasi ini hanya merupakan reformasi pentadbiran; iaitu, untuk meningkatkan kecekapan dan kualiti perkhidmatan (Omar, 2002).

## **2.8 Sektor Kesihatan: Salah Satu Kategori Perkhidmatan Awam**

Dalam kesusasteraan terdahulu, perkhidmatan awam dimaksudkan sebagai "*whatever government does it public service*". Pengertian ini didasarkan peranan pentadbiran pada masa itu yang bertumpu pada penyediaan perkhidmatan bagi keperluan hidup sama ada barang, mahupun perkhidmatan yang diselenggarakan oleh kerajaan atau negara. Selaras dengan perubahan peranan kerajaan atau penglibatan organisasi-organisasi bukan kerajaan dalam penyediaan perkhidmatan awam, pengertian mengenai perkhidmatan awam telah mengalami sedikit perubahan.

Dua kriteria untuk menentukan sesuatu perkhidmatan, boleh dikategorikan sebagai perkhidmatan awam (Dwiyanto, 2011). Pertama, sifat daripada barang dan perkhidmatan itu sendiri termasuk dalam kategori barang awam atau barang yang mempunyai *externality* tinggi. Kedua, tujuan daripada penyediaan barang dan perkhidmatan dapat dilihat daripada perkhidmatan tersebut untuk mencapai atau mewujudkan: matlamat dan misi negara yang ditetapkan dalam peraturan perundangan; hak dan keperluan asas warganegara seperti sektor kesihatan dan pendidikan; matlamat

strategik pentadbiran; dan komitmen antarabangsa seperti program-program dalam *MDGs*.

Manakala itu, menurut Dwiyanto (2006) perkhidmatan awam dibahagi dalam tiga ciri utama. Pertama, perkhidmatan awam disifatkan lebih kepada pertimbangan untuk mencapai matlamat politik atau mewujudkan keadilan sosial bagi masyarakat, berbanding dengan mewujudkan tujuan ekonomi. Kedua, perkhidmatan awam dicirikan dengan andaian bahawa pengguna perkhidmatan lebih dilihat pada kedudukan sebagai warganegara daripada sebagai pengguna perkhidmatan (*customer*). Ini bermakna dalam perkhidmatan awam, hubungan antara penyedia dan penerima perkhidmatan, ditandai dengan komitmen bersama. Ketiga, perkhidmatan awam dicirikan dengan watak pengguna perkhidmatan yang kompleks dan pelbagai dimensi; iaitu, bersifat individu, keluarga atau komuniti.

Kumorotomo (2005) menyebut beberapa kriteria yang boleh digunakan sebagai garis panduan dalam menilai prestasi organisasi perkhidmatan awam, seperti kecekapan berhubungkait dengan kejayaan organisasi perkhidmatan awam dalam memanfaatkan faktor-faktor pengeluaran, memperoleh manfaat dan mempertimbangkan rasional ekonomi; keberkesanan berhubungkait dengan pencapaian matlamat yang ditetapkan oleh organisasi perkhidmatan awam; keadilan berhubungkait dengan pengedaran atau peruntukan perkhidmatan yang dilaksanakan oleh organisasi perkhidmatan awam; dan maklum balas organisasi perkhidmatan awam terhadap keperluan utama masyarakat.

Dwyianto pula dalam Purwanto (2006) menyatakan beberapa penunjuk, yang umumnya digunakan untuk mengukur prestasi birokrasi awam; iaitu, produktiviti merupakan perbandingan antara input dan keluaran daripada perkhidmatan yang diberikan; kualiti perkhidmatan berhubungkait dengan kepuasan masyarakat dalam menerima perkhidmatan; maklum balas; iaitu, kemampuan organisasi untuk mengetahui keperluan masyarakat, menyusun keutamaan perkhidmatan dan membangunkan

program-program perkhidmatan awam sesuai dengan keperluan dan aspirasi masyarakat; tanggungjawab merupakan pelaksanaan kegiatan organisasi awam sesuai dengan prinsip-prinsip pentadbiran; dan akauntabiliti menunjukkan kegiatan organisasi yang konsisten dengan kehendak masyarakat banyak.

## **2.9 Penyelidikan-Penyelidikan Lepas**

Sejak tahun 1999, penyelidikan-penyelidikan mengenai desentralisasi politik (devolusi) di Indonesia, atau biasa disebut sebagai desentralisasi atau autonomi tempatan, jauh lebih banyak berbanding dengan penyelidikan-penyelidikan mengenai desentralisasi pentadbiran (dekonsentrasi). Namun demikian, penyelidikan desentralisasi politik atau desentralisasi pentadbiran yang dilaksanakan secara terpisah adalah, lebih banyak jika dibandingkan dengan penyelidikan yang menggabungkan desentralisasi politik dan desentralisasi pentadbiran secara serentak.

Beberapa agensi kewangan antarabangsa seperti *World Bank* (2003), *Asian Developmnet Bank* (2001-2003), *International Monetary Fund*, *The Asia Foundation* (2004), *United Nations Development Program (UNDP)* dan lain-lain, telah melaksanakan kajian, terutamanya mengenai desentralisasi politik di Indonesia. Selain organisasi-organisasi antarabangsa, kajian-kajian lepas juga telah memperkayakan khazanah kesusasteraan mengenai desentralisasi di Indonesia, seperti Bert Hofman dan Kai Kaiser (2002), Ehtisham Ahmad dan Bert Hofman (2002); James Alm, Robert Aten dan Roy Bahl (2001) dan lain-lain. Namun demikian, kajian-kajian ini, pada amnya menggunakan UU No.22 Tahun 1999.

Selanjutnya, penyelidikan-penyelidikan desentralisasi sektor kesihatan daripada antarabangsa, boleh juga digunakan untuk melihat perkembangan desentralisasi. Mills (1990) berdasarkan teori desentralisasi Cheema dan Rondinelli (1983), menggariskan bentuk-bentuk desentralisasi dalam sektor kesihatan. Pertama, dekonsentrasi, ialah pemindahan sebahagian kuasa daripada pentadbiran pusat kepada jabatan-jabatan

daerah dalam kawasan pentadbiran. Kedua, devolusi, merupakan pemindahan kuasa secara sah ke badan politik tempatan (pentadbir tempatan) yang memainkan pelbagai fungsi atau tugas dan bebas daripada pentadbir pusat. Ketiga, delegasi, ialah pemindahan tanggungjawab pengurusan untuk tugas-tugas tertentu kepada organisasi-organisasi yang berada di luar struktur pentadbiran pusat dan secara tidak langsung dikawal oleh pentadbir pusat. Keempat, penswastaan merupakan pemindahan tugas-tugas pengurusan atau fungsi pentadbiran kepada organisasi-organisasi sukarela atau syarikat swasta yang mencari keuntungan atau yang tidak mencari keuntungan. Meskipun amalan desentralisasi dalam sektor kesihatan mendatangkan manfaat, namun ada perkara yang perlu dipertimbangkan jika satu-satu negara menyerahkan sektor kesihatan ke peringkat tempatan; iaitu, pentadbiran tempatan mesti memiliki anggaran belanjawan yang besar.

Burki *et al.* (1999) dalam kajian mereka di beberapa negara Amerika Latin, mendapati reformasi perkhidmatan kesihatan berlaku dalam pelbagai cara. Reformasi tersebut antaranya ialah; desentralisasi dalam penyediaan perkhidmatan kesihatan awam; mengalihkan tanggungjawab perkhidmatan kesihatan asas utama kepada unit-unit kerajaan yang lebih rendah; memperkenalkan persaingan dalam perkhidmatan kesihatan seperti hospital milik kerajaan dan swasta. Selain itu, Burki *et al.* (1999) juga mendapati bahawa, lima daripada enam negara yang diuji dengan pelbagai bentuk pembahagian pembeli-pembekal (*purchaser-provider splits*), memiliki kemantapan perkhidmatan kesihatan. Majoriti perkhidmatan kesihatan tersebut dapat dilihat pada sektor awam sama ada dalam hal pembiayaan maupun pengeluaran.

Desentralisasi dalam sektor kesihatan menurut Buse, Mays dan Walt (2012) bertujuan untuk menjaga keseimbangan kuasa negara. Penyelidikan yang dilakukan di Ghana dan Zambia, mendapati amalan desentralisasi kesihatan, terdapat dalam dua bentuk. Pertama, fungsi-fungsi jabatan kesihatan dipindahkan ke agensi-agensi

eksekutif lantikan baru. Peranan agensi-agensi ini di peringkat nasional, adalah dalam menggubal dasar dan pengawasan. Kedua, beberapa kuasa dipindahkan ke daerah atau peringkat daerah yang meliputi pemberian autonomi kepada hospital dalam mengawal belanjawan.

Regmi, Naidoo, Greer dan Pilkington (2010) dalam penyelidikan mereka di Nepal mengenai desentralisasi dan perkhidmatan kesihatan, yang dilaksanakan dengan pendekatan hubungan *principal-agent* menunjukkan, kerajaan pusat bertindak sebagai pemegang kuasa utama, yang secara sukarela memindahkan kuasa tersebut kepada agensi untuk mempromosikan sasaran dasar kesihatan. Salah satu penemuan mereka ialah; walaupun tahap dan sifat pemindahan kuasa berbeza dari satu kes ke satu kes, pendekatan ini memberikan kerangka untuk mengukur dua unsur yang paling penting daripada desentralisasi kesihatan. Dua unsur penting yang dimaksudkan ialah, sifat dan luasnya pilihan yang dipindahkan ke sistem kesihatan daerah dan pemilihan kakitangan daerah dengan menggunakan hak kebebasan. Pilihan-pilihan ini seterusnya membawa kesan terhadap prestasi sistem kesihatan.

Selain penyelidikan-penyelidikan yang disebut seperti di atas, beberapa kajian lepas lain juga turut disenaraikan seperti dalam Jadual 2.1. Jadual ini, menunjukkan ringkasan penyelidikan mengenai desentralisasi dalam sektor kesihatan, sama ada di Indonesia mahupun di luar Indonesia yang menghasilkan kesusasteraan desentralisasi yang lengkap dan menyeluruh.

**Jadual 2.1: Senarai Penyelidikan Lepas**

Pengkaji	Skop	Keputusan
Kobandaha, Mahmuddin (2013)	Peranan Gabenor dalam melaksanakan tugas prinsip dekonsentrasi supaya tidak terjadi dekonsentrasi di <i>Kabupaten Bolaang Mangondow, Sulawesi Utara.</i>	Perlu penataan yang tegas daripada kesewenang-wenangan Gabenor terhadap <i>Bupati/Datuk Bandar</i> dalam penyusunan dasar tempatan. Meskipun pembatalan dasar tempatan ini tidak mudah kerana sudah disepakati oleh <i>Bupati/Datuk Bandar</i> dan <i>Dewan Undangan tempatan.</i>
Thomas, K.	Pelaksanaan	<i>Local Self Governments (LSGs)</i> dapat

<b>Pengkaji</b>	<b>Skop</b>	<b>Keputusan</b>
Rajesh M. Benson (2012)	desentralisasi di Kerala untuk mengukuhkan kualiti perkhidmatan kesihatan awam.	memperbaiki rujukan dan pra-rujukan infrastruktur di organisasi penjagaan kesihatan primer dan sekunder serta memperlancarkan pemberian perkhidmatan kesihatan.
Langran, Irene V. (2011)	Desentralisasi dianalisis daripada nilai-nilai demokrasi dalam perancangan kesihatan di Filipina.	Kurang dan tidak adilnya pembiayaan kesihatan dan kekurangan penyertaan awam mencerminkan lemahnya demokrasi. Desentralisasi hanya memberi kekuatan tambahan kepada ahli politik tempatan dan bukannya mewujudkan demokrasi.
Alfiyanti, Rini (2010)	Akauntabiliti dekonsentrasi di Indonesia dinilai daripada 171 laporan kegiatan dekonsentrasi.	Perwujudan anggaran mencapai 91 peratus, namun tidak diikuti dengan bukti akauntabiliti sehingga disimpulkan amalan dekonsentrasi tidak telus.
Zarmaili (2010)	Desentralisasi dikaji daripada penglibatan masyarakat dengan menggunakan kes perkhidmatan pentadbiran di Jambi.	Desentralisasi belum dapat berfungsi dengan berkesan kerana penglibatan masyarakat masih sangat rendah dalam perancangan dan kawalan pembangunan perkhidmatan kesihatan serta pendidikan.
Hartanti, Erlina (2010)	Peruntukan dana dekonsentrasi Kementerian Pendidikan Nasional di Indonesia.	Dana dekonsentrasi dalam sektor pendidikan belum diperuntukkan dengan tepat. Pengurangan kuasa pentadbiran pusat tidak mengurangi peruntukan dana yang didekonsentrasikan ke peringkat tempatan.
Simatupang, Rentanida Renata (2009)	Penilaian desentralisasi sektor kesihatan dan pendidikan yang dilihat daripada penggunaan anggaran awam di Indonesia.	Desentralisasi membawa peningkatan kualiti perkhidmatan sektor pendidikan tetapi tidak dalam sektor kesihatan. Perubahan yang ketara berlaku pada sektor pendidikan berbanding kesihatan.
Frosini, Francesca (2009)	Kesan desentralisasi Hospital Awam di Inggeris dikaji daripada pembentukkan <i>Foundation Trusts (FT)</i> sebagai kes kajian.	Melalui FT didapati sebuah model yang terdiri daripada tiga elemen yang harus dimiliki oleh Hospital Awam iaitu hak membuat keputusan, status pemilikan kuasa baki dan pendedahan pasaran. Penggabungan ketiga-tiganya menghasilkan ransangan yang mendorong berkembangnya perilaku keusahawanan.
Governance Development Survey /GDS II (2008)	Pengaruh kualiti tadbir urus yang baik terhadap autonomi daerah dalam sektor kesihatan di Indonesia.	Amalan-amalan tadbir urus yang baik iaitu penyertaan awam, kecekapan, keberkesan, keadilan, bertanggungjawaban, keterbukaan, responsif, kesamaan dan kepastian hukum belum menunjukkan peningkatan yang ketara pada era autonomi daerah di

Pengkaji	Skop	Keputusan
dua puluh provinsi dalam Indonesia.		
Kiriaghe, Uzziah Maate (2006)	Amalan desentralisasi dan peringkat autonomi dinilai daripada akses terhadap perkhidmatan kesihatan dan status kesihatan awam di Western Uganda.	Pentadbiran tempatan mempunyai autonomi, namun hanya sedikit autonomi dalam memanfaatkan sumber kewangan kerana masih dikawal oleh pentadbir pusat. Oleh itu, penyertaan dalam perancangan dasar adalah terhad. Tahap desentralisasi bukanlah dalam makna devolusi.
Apreku, Sylvia Siango (2003)	Devolusi digambarkan melalui pemindahan autoriti dan tanggungjawab iaitu fiskal, pentadbiran dan politik di Uganda.	Sektor pendidikan memiliki skop autonomi daerah yang lebih besar berbanding dengan sektor kesihatan yang dilihat daripada kewangan, organisasi perkhidmatan, sumber manusia dan tadbir urus. Tidak cukup bukti mengenai impak desentralisasi terhadap prestasi sektor kesihatan dan pendidikan, terutama melihat kepada indikator <i>output</i> dan <i>outcome</i> .
Sun, Fang (2003)	Hubungan antara desentralisasi dan kualiti sistem kesihatan di 64 negara.	Tahap desentralisasi yang lebih besar dapat meningkatkan kualiti prestasi sistem kesihatan. Selain itu, sumber negara yang melimpah membawa impak yang kuat terhadap keberkesanan amalan desentralisasi.
SMERU (2001)	Desentralisasi dan autonomi daerah di tiga daerah dalam Indonesia merujuk kepada pihak berkuasa, organisasi dan persendirian.	Tidak mempunyai peraturan sokongan dan ketiadaan manual teknikal sebagai cabaran terbesar dalam amalan autonomi daerah.
Sciortino (1989)	Peranan jururawat di Pusat Kesihatan Masyarakat diteliti daripada pelbagai peringkat di Indonesia.	Peranan jururawat dianalisis melalui pertalian menegak dan pertalian mendatar. Peranan jururawat ditemukan lebih besar daripada yang sebenarnya.

Sumber: Penyelidik

## 2.10 Jurang dalam Penyelidikan

Jurang (*gap*) dalam penyelidikan, dapat dilihat melalui kajian-kajian lepas yang terdiri daripada jurang teori (*theoretical gap*), jurang empirik (*empirical gap*) dan jurang metodologi (*methodology gap*).

Jurang teori yang dimaksudkan ialah; teori utama (*grand theory*) yang digunakan dalam penyelidikan ini, namun masih terdapat aspek ontologi desentralisasi

yang belum dikaji di mana semestinya dapat memberikan penjelasan melalui kajian ilmiah seperti dalam penyelidikan ini. Jurang empirik ialah, merujuk kepada penyelidikan yang sudah dilaksanakan sebelumnya, namun masih terdapat sejumlah aspek yang belum dibincangkan, sehingga masih memerlukan penyelidikan yang lebih lanjut untuk diteliti. Manakala itu, jurang metodologi yang dimaksudkan ialah; penyelidikan desentralisasi yang menggunakan kajian kes dan pelbagai peringkat, sudah cukup banyak, akan tetapi penyelidikan ini menggabungkan pendekatan kes dengan program-program kesihatan sebagai kes dan pendekatan pelbagai peringkat dalam perspektif Sains Pentadbiran Awam.

Perbahasan utama penyelidikan ini, adalah mengenai kuasa politik dan kuasa pentadbiran dalam desentralisasi perkhidmatan kesihatan awam yang dilihat daripada perancangan dan pelaksanaan program mahupun pengurusan kewangan berhubungkait dengan pelaksanaan program kesihatan tersebut.

Kuasa politik adalah dimiliki oleh jabatan kesihatan daerah *kabupaten/bandar* dan Pusat Kesihatan Masyarakat. Manakala itu, kuasa pentadbiran pula dimiliki oleh Gabenor sebagai wakil pentadbiran pusat di peringkat tempatan. Dalam sektor kesihatan, Gabenor memberikan kuasa ini kepada jabatan kesihatan negeri sebagai pelaksana amalan desentralisasi pentadbiran di peringkat tempatan. Di peringkat pusat, sektor kesihatan merupakan tanggungjawab Kementerian Kesihatan.

Penyelidikan berhubungkait kuasa pentadbiran telah dilaksanakan oleh Hartanti (2010). Namun kajian Hartanti memfokuskan kepada kuasa pentadbiran dalam pengurusan kewangan sektor pendidikan. Penyelidikan Alfiyanti (2010) adalah juga berhubungkait dengan kuasa pentadbiran yang mengkaji akauntabiliti penggunaan anggaran belanjawan dekonsentrasi. Manakala itu, Kobandaha (2013) menilai, penggunaan kuasa pentadbiran yang dimiliki oleh Gabenor berhubungkait pengawalan penyusunan peraturan daerah berkenaan anggaran belanjawan daerah. Meskipun kajian-

kajian yang dinyatakan ini, sama-sama menganalisis kuasa pentadbiran, namun ketiga-tiga penyelidikan ini, berbeza skop dengan penyelidikan yang sedang dilaksanakan. Selain itu, ketiga-tiga penyelidikan tersebut tidak membincangkan perihal kuasa politik dalam kajian mereka.

Penyelidikan mengenai kuasa politik dalam perkhidmatan kesihatan awam, telah dilaksanakan oleh kajian *SMERU* dalam Syaikhu Usman *et al.* (2001). Penyelidikan *GDS II* dalam Widyanti, Suryahadi dan Weatherley (2008) juga, adalah mengenai kuasa politik dalam perkhidmatan kesihatan awam, namun ia berhubungkait dengan pengiraan profil kemudahan kesihatan dan akses masyarakat kepada kemudahan kesihatan tersebut. Kajian *GDS II* juga mengkaji amalan-amalan tadbir urus yang sama ada; iaitu, penyertaan awam, kecekapan, keberkesanan, keadilan, kebertanggungjawaban, keterbukaan, responsif, kesamaan dan kepastian dalam undang-undang. Manakala itu, kajian Langran (2011) menyiasat desentralisasi daripada amalan-amalan demokrasi.

Penyelidikan Sun (2003) pula menggambarkan hubungan antara desentralisasi dan prestasi sistem kesihatan. Walaupun *GDS II*, Langran dan Sun, membincangkan mengenai kuasa politik, namun penyelidikan ini, tidak bertumpu kepada seberapa besar kuasa politik tersebut. Penyelidikan ini mengkaji bagaimana kuasa politik tersebut dipraktikkan dalam merancang dan melaksanakan program kesihatan. Sun (2003) juga menggunakan program kesihatan untuk melihat pelaksanaan desentralisasi, namun berbeza dengan kajian ini, Sun (2003) menggunakan kaedah penyelidikan kuantitatif, manakala penyelidikan ini, menggunakan kaedah kualitatif dan program-program kesihatan sebagai kes kajian.

Penyelidikan Zarmaili (2010) juga menggunakan kajian kes, namun kes-kes yang digunakan adalah berhubungkait dengan kuasa perkhidmatan pentadbiran dalam sektor kesihatan dan pendidikan. Manakala itu, Rajesh dan Thomas (2012) serta Exworthy, Frosini dan Jones (2011), menggunakan satu institusi sebagai kajian kes.

Penyelidikan ini, menggabungkan kuasa politik dan kuasa pentadbiran secara serentak/bersepadu. Penyelidikan Apreku (2003) juga menilai kuasa pentadbiran dan politik. Selain itu, kajian Apreku juga membincangkan tentang kuasa fiskal yang dilaksanakan dalam sektor kesihatan dan pendidikan. Selanjutnya, penyelidikan Kiriaghe (2006) membahas mengenai kuasa pentadbiran dan politik secara serentak/bersepadu daripada perspektif politik.

Pendekatan yang digunakan dalam penyelidikan ini ialah; pelbagai peringkat yang menggunakan pertalian atau hubungan antara peringkat pentadbiran yang berbeza (pertalian menegak) dari sudut Sains Pentadbiran Awam (institusi). Oleh itu, peranan setiap institusi atau organisasi kerajaan dalam menggunakan kuasanya, dapat dianalisis. Selain itu, kajian ini juga menyelidik pertalian mendatar di peringkat mukim. Penyelidikan Sciortino (2007) pula menggunakan perspektif pelbagai peringkat tetapi dari kaca mata Antropologi.

Teori-teori utama yang digunakan dalam penyelidikan ini, ialah teori desentralisasi Smith (1985), teori desentralisasi Cheema dan Rondinelli (1983) serta teori desentralisasi Rondinelli *et al.* (1984). Teori-teori ini dipilih atas dasar enam alasan utama; iaitu:

Pertama, teori desentralisasi Smith (1985) lebih banyak mengkaji desentralisasi daripada dimensi wilayah (*territorial*) satu-satu negara. Ini bermakna dalam menyelidik desentralisasi, teori desentralisasi Smith (1985) memberikan tumpuan kepada peringkat pentadbiran kerajaan dalam hierarki wilayah. Hal ini dilihat sesuai dengan kes di Indonesia, yang mana hierarki pentadbiran kerajaan adalah sangat kompleks. Indonesia selain mempunyai peringkat negeri dan daerah *kabupaten/bandar*, juga memiliki hierarki pentadbiran yang lebih rendah seperti mukim, *kelurahan/kampung* dan kejiranan/orang.

Kedua, bentuk desentralisasi berdasarkan teori desentralisasi Smith (1985) dibahagikan kepada dua; iaitu, devolusi (desentralisasi politik) dan dekonsentrasi (desentralisasi pentadbiran) yang merupakan amalan umum desentralisasi dan menjadi pemahaman yang sama bagi majoriti kakitangan pentadbiran dan awam di Indonesia. Di samping itu, penyelidikan ini lebih menumpukan pada desentralisasi (devolusi). Ini selari dengan teori desentralisasi Smith (1985) bahawa devolusi merupakan bentuk asli daripada desentralisasi atau “*the most common understanding of genuine decentralization*” (UNDP, 1999). Namun demikian, penyelidikan ini, melihat perspektif Sains Pentadbiran Awam dalam sektor kesihatan di Indonesia

Ketiga, teori desentralisasi Cheema dan Rodinelli (1983) serta teori desentralisasi Rondinelli *et al.* (1984) mengenai desentralisasi diambil daripada pelbagai kes di negara-negara membangun atau bekas koloni negara asing iaitu, Indonesia, merupakan sebahagian daripada kategori tersebut. Kes-kes yang asas dalam pelaksanaan desentralisasi di negara membangun, seperti campur tangan pentadbiran pusat yang dominan ke atas pentadbir tempatan,kekangan keupayaan sumber manusia dan kemampuan kewangan, adalah sangat sesuai dalam kes Indonesia.

Selain itu, teori desentralisasi Cheema dan Rodinelli (1983) serta Rondinelli *et al.* (1984) menggunakan perspektif ekonomi sebagai asas kepada teori-teori mereka, sehingga dapat melengkapkan teori desentralisasi Smith (1985) yang melihat lebih kepada perspektif politik.

Keempat, sama ada teori desentralisasi Smith (1985), teori desentralisasi Cheema dan Rodinelli (1983) mahupun teori desentralisasi Rondinelli *et al.* (1984), tidak melihat desentralisasi politik dan pentadbiran sebagai dua konsep yang berdiri sendiri, melainkan terdapat suatu keadaan yang saling mengisi, menyokong dan melengkapi untuk berkeupayaan dalam memberikan perkhidmatan awam. Penyelidikan ini juga ingin menganalisis pelaksanaan desentralisasi sama ada ia politik mahupun

pentadbiran secara serentak dengan menggunakan program-program kesihatan sebagai kes kajian.

Kelima, teori-teori desentralisasi yang dikemukakan oleh Smith (1985), Cheema dan Rondinelli (1983) serta Rondinelli *et al.* (1984) pada asasnya, dapat disesuaikan dengan pelbagai keadaan. Ini bermakna bahawa, teori desentralisasi ini dapat digunakan di negara berbentuk kesatuan dan membangun serta dalam pelbagai sektor kerajaan, termasuk sektor kesihatan seperti misalnya pada kes Indonesia yang masih dalam proses mencari bentuk terbaik bagi melaksanakan desentralisasi dalam negara kesatuan.

Kekeliruan dalam memahami makna dan menterjemahkan desentralisasi itu, pada peringkat empirik atau praktikal, menjadikan teori desentralisasi Cheema dan Rondinelli (1983) serta Rondinelli *et al.* (1984) menjadi relevan. Jikalau penyelidikan ini sepenuhnya bergantung kepada teori desentralisasi Smith (1985) untuk diterapkan pada kes Indonesia, ia adalah kurang tepat, kerana teori desentralisasi Smith (1985) lebih tepat dipraktikkan di negara-negara yang sudah mapan secara politik mahupun ekonomi.

Keenam, teori desentralisasi Smith (1985) mengkategorikan matlamat desentralisasi berdasarkan kepentingan politik nasional dan kepentingan masyarakat daerah. Teori desentralisasi Rondinelli *et al.* (1984) menghuraikan terdapat 14 objektif desentralisasi. Manakala itu, matlamat desentralisasi menurut teori desentralisasi Cheema dan Rondinelli (1983) dimaksudkan untuk mewujudkan penyatuan kebangsaan (*national unity*) dengan memberikan peluang yang luas dan sama, kepada semua pihak dalam proses perancangan dasar. Pada prinsipnya, tujuan-tujuan desentralisasi ini adalah sama; iaitu, untuk mewujudkan kecekapan, keberkesanan, penglibatan masyarakat, akauntabiliti, maklum balas, kestabilan politik dan sebagainya. Dengan perkataan lain, tujuan desentralisasi ini merupakan unsur penting perkhidmatan awam termasuk dalam perkhidmatan kesihatan.

Bertitik tolak daripada jurang dalam teori-teori utama desentralisasi, kajian-kajian lepas dan metodologi, penyelidikan ini diharap dapat mengemukakan penemuan-penemuan baru yang lebih spesifik, menyeluruh dan terperinci daripada perspektif Sains Pentadbiran Awam, birokrasi daerah dan pengurusan sumber manusia.

## 2.11 Kerangka Kerja Teori

Perbahasan desentralisasi politik dan desentralisasi pentadbiran, adalah berhubungkait dengan peruntukan kuasa daripada pusat kepada tempatan. Desentralisasi politik merupakan penyerahan kuasa kepada pentadbir tempatan untuk mengatur urusannya sendiri. Manakala itu, desentralisasi pentadbiran, adalah dimaksudkan sebagai pendeklasian kuasa kepada jabatan pentadbiran di peringkat negeri yang merupakan wakil pentadbir pusat di peringkat tempatan.

Pada era “orde baru”, Indonesia cenderung menggunakan sistem sentralisasi. Iaitu, hampir semua urusan pentadbiran merupakan tanggungjawab pentadbiran pusat termasuk sektor kesihatan. UU Kerajaan Tempatan No.22 Tahun 1999 menjadi momentum mulanya era desentralisasi setelah 32 tahun menggunakan sistem sentralisasi.

Perubahan sistem pentadbiran tersebut, mengambil tempat secara efektif sejak tahun 2001. Namun beberapa tahun kemudian, undang-undang tersebut digubal setelah UU No.32 Tahun 2004 diwartakan dan seterusnya menjadi UU No.23 Tahun 2014.

Salah satu perubahan yang paling asas ialah, pentadbir pusat menarik kembali kuasa yang telah diberikan kepada pentadbir tempatan seperti juga pada sektor kesihatan untuk dilaksanakan secara bersama-sama antara pentadbir pusat, negeri dan *kabupaten/bandar*. Pengambil alihan ini antara lain disebabkan oleh fakta, bahawa autonomi ideal, belum sepenuhnya sanggup dibiayai dan dilaksanakan oleh daerah. Perkara ini daripada satu aspek adalah sesuai dengan prasyarat pelaksanaan desentralisasi ideal seperti disampaikan oleh teori desentralisasi Rondinelli *et al.* (1984).

Teori desentralisasi Rondinelli *et al.* (1984) mengemukakan prasyarat seperti berikut: (i) reka bentuk dan organisasi yang efektif daripada program desentralisasi, (ii) sikap, perilaku dan budaya sama ada pentadbir, penjawat pentadbir mahupun masyarakat, dan (iii) sumber manusia, kewangan dan prasarana yang cukup sama ada di peringkat pentadbir pusat mahupun tempatan.

Campur tangan pentadbir pusat dalam pelaksanaan desentralisasi, merupakan hal yang lazim terutamanya di negara membangun seperti dinyatakan oleh teori desentralisasi Smith (1985), teori desentralisasi Cheema dan Rondinelli (1983) serta teori desentralisasi Rondinelli *et al.* (1984). Bentuk campur tangan dalam pelaksanaan desentralisasi kesihatan di Indonesia, relevan untuk ditetapkan sebagai sektor yang mesti dikaji dalam penyelidikan ini. Campur tangan pentadbiran pusat di daerah, terutamanya dalam hal kewangan dan masalah praktikal perkhidmatan kesihatan awam yang berhubungkait dengan perancangan program perkhidmatan kesihatan awam.

Penyelidikan ini secara khusus, menggunakan teori desentralisasi Smith (1985), teori desentralisasi Cheema dan Rondinelli (1983) serta teori desentraliasasi Rondinelli *et al.* (1984) sama ada sebagai kerangka kerja teori mahupun kerangka kerja analisis. Salah satu perkara penting daripada teori desentralisasi Smith (1985) adalah bahawa, desentralisasi politik memerlukan adanya situasi atau keadaan yang demokratik.

Proses perancangan dan pelaksanaan program atau sub-program kesihatan di Pusat Kesihatan Masyarakat, boleh dijelaskan dengan teori desentralisasi Smith ini. Teori desentralisasi Smith memberi keutamaan kepada nilai-nilai demokrasi dalam pelaksanaan desentralisasi atau dalam mewujudkan maklumat desentralisasi. Nilai demokrasi dalam hal ini, ialah penglibatan ahli masyarakat dalam perancangan dan pelaksanaan program.

Program-program kesihatan disusun atau dirancang melalui persetujuan bersama atau secara konsensus. Selain itu, program-program kesihatan juga, dilaksanakan untuk

masyarakat dengan melibatkan sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu yang juga merupakan sebahagian daripada ahli masyarakat.

Teori desentralisasi Smith (1985) menyatakan dalam pelaksanaan desentralisasi, terdapat proses demokrasi di peringkat daerah. Selain itu, penyerahan kuasa kepada daerah menuntut daerah untuk berdikari bagi memperlihatkan bahawa, impak proses pemerksaan di daerah, benar-benar terjadi. Hal ini dapat memacu daerah untuk berfikir secara kreatif dan inovatif dalam menghadapi masalah atau keperluan daerah.

Sebagai negara yang berbentuk kesatuan, Indonesia mengamalkan desentralisasi pentadbiran. Dalam sektor kesihatan, kuasa pentadbiran ini dimiliki oleh jabatan kesihatan negeri yang bertanggungjawab untuk melapor kepada Gabenor sebagai wakil pentadbiran pusat di peringkat tempatan. Negeri dalam pelaksanaan desentralisasi pentadbiran, hanya merupakan kawasan pentadbiran yang tidak dapat merancang keputusan yang penting. Dalam pelaksanaan desentralisasi pentadbiran, kuasa negeri hanya terhad untuk melaksanakan apa yang sudah diputuskan oleh pentadbir pusat di peringkat tempatan.

Bagi menganalisis pelaksanaan desentralisasi pentadbiran kesihatan awam, maka teori desentralisasi Smith (1985), teori desentralisasi Rondinelli *et al.* (1984) dan teori desentralisasi Cheema dan Rondinelli (1983) digunakan.

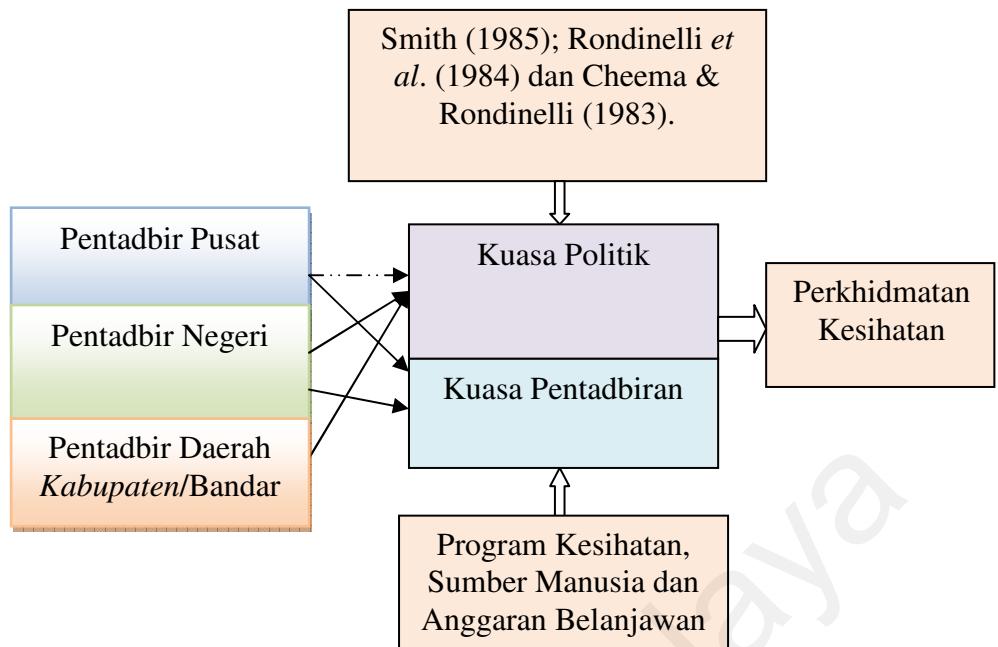
Desentralisasi politik dan desentralisasi pentadbiran pada prinsipnya, saling mengisi atau menyokong dan melengkapi (*complementary*) terutama di negara-negara yang berbentuk kesatuan. Penyelidikan ini menggunakan teori desentralisasi Rondinelli *et al.* (1984) serta teori desentralisasi Cheema dan Rondinelli (1983) untuk mengkaji kedua-dua hubungan ini. Mereka dengan jelas menyatakan bahawa devolusi dan dekonsentrasi merupakan sebahagian daripada desentralisasi.

Penyelidikan ini menggabungkan pelaksanaan desentralisasi politik dan desentralisasi pentadbiran di Sumatera Utara. Ini bermakna, penyelidikan ini melibatkan

lebih daripada satu peringkat pentadbiran. Oleh itu, penyelidikan ini menggunakan perspektif pelbagai peringkat yang melibatkan hubungan antara peringkat pentadbiran yang berbeza, meskipun ia lebih tertumpu kepada satu peringkat pentadbiran sahaja (Sciortino, 2007).

Penggabungan desentralisasi politik dan desentralisasi pentadbiran dalam sektor kesihatan, menjadikan ruang lingkup kajian ini cukup luas dan kompleks. Oleh itu, penggunaan kajian kes Yin (2013); iaitu, kes yang dipilih; ialah program kesihatan, menjadikan penyelidikan ini lebih sederhana, mudah difahami dan lebih mendalam. Namun demikian, penyelidikan ini dilihat dari satu aspek, menjadi lebih teknikal, kerana ia berhubungkait dengan proses perancangan dan pelaksanaan program kesihatan yang diikuti dengan pelbagai peraturan mahupun panduan pelaksanaan dan teknikal. Dari aspek lain pula, penemuan-penemuan yang didapati adalah lebih spesifik, konkret dan mudah untuk menjelaskan hubungan antara desentralisasi politik dan desentralisasi pentadbiran seperti yang disampaikan oleh Rondinelli *et al.* (1984) serta Cheema dan Rondinelli (1983).

Bertitik tolak daripada pemikiran di atas, kerangka kerja teori daripada penyelidikan ini dapat diuraikan seperti dalam Rajah 2.1.



**Rajah 2.1: Kerangka Kerja Teori**

Sumber: Penyelidik

## 2.12 Penutup

Pengertian desentralisasi adalah sangat luas dan dapat dilihat daripada pelbagai perspektif. Namun begitu, konsep desentralisasi dalam penyelidikan ini, dianalisis daripada kuasa politik dan kuasa pentadbiran dalam sektor kesihatan. Negara kesatuan seperti Indonesia, kedua-dua bentuk desentralisasi penting, terutamanya dalam memberikan perkhidmatan awam kepada masyarakat.

## BAB 3: METODOLOGI PENYELIDIKAN

### 3.1 Pengenalan

Penyelidikan dilaksanakan untuk mencari data yang digunakan dalam menyelesaikan masalah. Oleh itu, kaedah atau cara saintifik diperlukan untuk mendapatkan data tersebut.

Penyelidikan ini menggunakan kaedah kualitatif. Hal ini untuk mendapatkan jawapan daripada soalan kajian secara jelas, mendalam dan menyeluruh kerana unit analisis daripada kaedah kualitatif; ialah fikiran, pendapat, persepsi, pengalaman, perasaan dan tafsiran daripada pemberi maklumat (Mason, 2017; Corbin *et al.*, 2014). Selain itu, hal ini didasari pada objektif dan soalan penyelidikan yang tidak mencari besarnya hubungan antara dua atau lebih pembolehubah (Corbin, Strauss dan Strauss, 2014; Minichiello, Aroni dan Hays, 2008).

### 3.2 Pendekatan Kajian: Kes dan Pelbagai Peringkat

Penyelidikan ini mengaplikasikan pendekatan kajian kes yang boleh digunakan dalam banyak bidang, termasuk penyelidikan dasar, sains politik, sains pentadbiran awam dan penyelidikan untuk disertasi dan tesis dalam bidang sains sosial sama ada akademik maupun profesional (Yin, 2014). Hal ini kerana kajian kes, merupakan salah satu pendekatan yang dapat menjawab sesuatu isu atau masalah yang kompleks. Menurut Yin (2014) tujuan penggunaan kajian kes, adalah untuk menjawab soalan kajian tentang objek "apa" yang diteliti dan "bagaimana" dan "mengapa" objek tersebut terjadi dan terbentuk sebagai suatu kes.

Kes dalam penyelidikan kajian kes, ditempatkan sebagai objek kajian atau unit analisis yang mesti dikaji secara menyeluruh (Yin, 2014; De Vaus dan de Vaus, 2001; Stake, 1995). Oleh yang demikian, kajian kes, berbeza dengan kajian kuantitatif, kerana kes tidak boleh disamakan dengan contoh atau sampel yang mewakili suatu populasi.

Kes mewakili dirinya sendiri secara keseluruhan pada ruang yang dihadkan oleh keadaan-keadaan tertentu seperti kekangan lokasi, masa, pelaku, tempat dan lain-lain.

Kes boleh berwujud satu-satu atau sejumlah program, aktiviti, keluarga, sekolah dan lain-lain (Miller dan Salkind, 2002; De Vaus dan de Vaus, 2001; Stake, 1995). Oleh itu, kes boleh berbentuk tunggal atau pelbagai.

Kes sebagai objek kajian yang menyebabkan penyelidikan kajian kes, menggunakan jumlah objek yang sedikit atau kecil. VanWynsberghe dan Khan (2007) menyebutnya sebagai kajian dengan *small-N*. Oleh itu, data diperoleh boleh lebih mendalam dan menyeluruh dalam menggambarkan suatu objek kajian. Manakala itu, penggunaan jumlah objek yang besar boleh mengurangkan keberkesanan kajian yang menggunakan kajian kes (Yin, 2014; Gomm, Hammersley dan Foster, 2000).

Sebagaimana dijelaskan di atas, satu-satu kes tidak boleh disamakan dengan contoh atau sampel yang mewakili suatu populasi. Ini bermakna, data yang diperoleh tidak boleh dilihat secara umum (*generalization*) kepada kes-kes lain. Oleh yang demikian, hasil kajian-kajian kes dapat digunakan di tempat lain apabila tempat tersebut mempunyai ciri-ciri yang serupa atau lebih kurang sama dengan tempat atau subjek kajian tersebut. Hal ini disebut dengan kebolehpindahan (*transferability*).

Jensen dalam Given (2008) mendefinisikan kebolehpindahan adalah proses menyambung penemuan yang ada dengan amalan kehidupan dan perilaku nyata dalam konteks yang lebih luas.

Selain kajian kes, penyelidikan ini juga menggunakan pendekatan atau perspektif pelbagai peringkat (Sciortino, 2007; Bache dan Flinders, 2004; Van der Geest, Speckmann dan Streefldan, 1990; Rousseau, 1985). Salah satu sebab menggunakan pendekatan pelbagai peringkat, ialah objektif penyelidikan ini berkenaan dengan pelaksanaan desentralisasi politik dan desentralisasi pentadbiran yang dilaksanakan di peringkat negeri dan daerah *kabupaten/bandar* termasuk mukim dan

*kelurahan/kampung*. Manakala itu, sumber kuasa pentadbiran berpunca daripada pentadbir pusat.

Data atau maklumat di peringkat pusat diperoleh daripada data sekunder, seperti undang-undang, peraturan, buku, dokumen dan sebagainya. Manakala, data di peringkat negeri dan daerah *kabupaten/bandar*, diperoleh daripada data primer, seperti temu bual mendalam, pemerhatian dan data sekunder.

### 3.3 Lokasi Penyelidikan

Penyelidikan ini dilaksanakan di empat *kabupaten/bandar* di Sumatera Utara. Keempat-empat *kabupaten/bandar* ini, dipilih dengan menggunakan teknik pensampelan bertujuan dengan beberapa alasan seperti tertera dalam Jadual 3.1.

**Jadual 3.1: Alasan Pemilihan Lokasi Penyelidikan**

<b>Kabupaten/ Bandar</b>	<b>Alasan Pemilihan Lokasi</b>
Bandar Medan	<ul style="list-style-type: none"><li>a. Ibukota Sumatera Utara dan penduduk terbanyak di seluruh <i>kabupaten/bandar</i> di Sumatera Utara.</li><li>b. Bandar dengan <i>Pendapatan Asli Daerah (PAD)</i> terbesar di Sumatera Utara.</li><li>c. Peratusan anggaran belanjawan perkhidmatan kesihatan tertinggi di seluruh <i>kabupaten/bandar</i> di Sumatera Utara.</li></ul>
<i>Kabupaten Serdang Deli</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>a. <i>Kabupaten</i> dengan jumlah penduduk terbesar di Sumatera Utara.</li><li>b. <i>Kabupaten</i> dikembangkan dalam tempoh pertama selepas pelaksanaan UU No.22 Tahun 1999.</li><li>c. <i>Kabupaten</i> dengan <i>Pendapatan Asli Daerah (PAD)</i> terbesar di Sumatera Utara.</li></ul>
Bandar Binjai	<ul style="list-style-type: none"><li>a. Bandar paling majmuk daripada segi kepelbagaiannya pekerjaan warganya, sebaran budaya, bangsa dan agama.</li><li>b. Salah satu daripada tiga <i>kabupaten/bandar</i> dengan peratusan anggaran belanjawan perkhidmatan kesihatan yang tertinggi.</li></ul>
<i>Kabupaten Serdang Bedagai</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>a. <i>Kabupaten</i> baru selepas pelaksanaan UU Kerajaan Tempatan No.22 Tahun 1999.</li><li>b. Daerah autonomi baru yang dinilai paling berjaya melaksanakan autonomi daerah.</li><li>c. Salah satu <i>kabupaten/bandar</i> dengan peratusan anggaran belanjawan perkhidmatan kesihatan yang paling rendah.</li></ul>

Sumber: Penyelidik

Pemilihan bandar sebagai lokasi kajian ini, dapat menggambarkan desentralisasi kesihatan di kawasan urban, manakala pemilihan *kabupaten* sebagai lokasi kajian, dapat menggambarkan desentralisasi kesihatan di kawasan rural.

Perbezaan tipologi bandar dan *kabupaten*, sedikit sebanyak menimbulkan perbezaan pada struktur pentadbiran, sosial dan budaya masyarakat, kepelbagaian pekerjaan, demografi dan sebagainya sebagaimana pada Jadual 3.2. Perbezaan tersebut mengakibatkan adanya perbezaan amalan desentralisasi. Hal ini dapat memperkayakan maklumat berkenaan dengan amalan dan pelaksanaan desentralisasi perkhidmatan kesihatan awam. Walaupun demikian, penyelidikan ini, tidak secara khusus menganalisis perbezaan pelaksanaan desentralisasi antara daerah *kabupaten* dan bandar.

**Jadual 3.2: Ciri-ciri Empat *Kabupaten*/Bandar sebagai Lokasi Penyelidikan**

<b>Daerah</b>	<b>Medan</b>	<b>Deli Serdang</b>	<b>Binjai</b>	<b>Serdang Bedagai</b>
Luas Daerah	265.1 km <sup>2</sup>	2,486 km <sup>2</sup>	90.24 km <sup>2</sup>	1,913 km <sup>2</sup>
Bilangan Mukim	21	22	5	17
Jumlah Kelurahan	151	14	37	6
Jumlah Kampung	0	380	0	237
Jumlah Penduduk	2,210,624	1,866,000	261,490	301,964
Bilangan Pusat Kesihatan Masyarakat	39	34	8	20
Jumlah Pusat Khidmat Bersepadu	1390	1438	237	814
<i>PAD 2015 (Rupiah)</i>	1,679 Juta	630 Juta	88 Juta	72 Juta

Sumber: Penyelidik

*Kabupaten* dan bandar, masing-masing diwakili oleh dua unit Pusat Kesihatan Masyarakat yang dipilih dengan menggunakan pensampelan bertujuan. Lapan unit Pusat Kesihatan Masyarakat yang dipilih ini, disebut dengan Pusat Kesihatan Masyarakat A, B, C, D, E, F, G dan H.

Sumatera Utara adalah salah satu negeri daripada 34 negeri di Indonesia. Sebagai kawasan dengan bilangan penduduk keempat terbesar di Indonesia dan paling padat penduduk di luar pulau Jawa, Sumatera Utara selalu digunakan sebagai kayu pengukur dalam pembangunan dan penyelenggaraan pentadbiran tempatan di Indonesia.

Oleh itu, kedudukan, fungsi dan peranan daerah *kabupaten*/bandar di Sumatera Utara, adalah penting dan strategik secara serantau mahupun nasional.

### **3.4 Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data primer dalam penyelidikan ini, dilaksanakan melalui temu bual mendalam (*in-depth interview*), temu bual biasa (*interviews*), temu bual melalui telefon (*phone interviews*), pengagihan borang soal selidik (*questionnaire*) dan pemerhatian (*observation*). Manakala, pengumpulan data sekunder yang diperlukan untuk menyokong data primer, dilaksanakan melalui teknik dokumentasi, sama ada yang tidak diterbitkan mahupun yang telah diterbitkan.

#### **3.4.1 Temu Bual Mendalam**

Temu bual mendalam merupakan sebahagian daripada kaedah-kaedah seperti temu bual berstruktur (*structured interviews*), temu bual bertumpu atau separa-berstruktur (*focused* atau *semi-structured interviews*) dan temu bual tidak berstruktur (*unstructured interviews*) (Minichiello *et al.*, 2008). Penyelidikan ini menggunakan temu bual bertumpu atau separa-berstruktur dan temu bual tidak berstruktur, kerana kedua-dua jenis temu bual ini termasuk dalam teknik temu bual mendalam (Taylor dan Bogdan dalam Minichiello *et al.*, 2008). Selanjutnya menurut mereka lagi, temu bual mendalam dilaksanakan melalui pertemuan muka ke muka secara berulang-ulang antara penyelidik dan pemberi maklumat untuk memahami perspektif atau kehidupan, pengalaman atau situasi pemberi maklumat berhubungkait dengan objektif penyelidikan yang diungkapkan dengan kata-kata mereka sendiri.

Patton (2015) menambah bahawa, temu bual mendalam membolehkan untuk menyelami perspektif orang lain. Dengan menemu bual pemberi maklumat secara mendalam, maka realiti sosial yang berasal daripada persepsi dan pengalaman pemberi maklumat berhubungkait dengan objektif kajian akan didapati. Hal ini berbeza dengan

temu bual yang pada umumnya boleh dilakukan dalam masa yang singkat, seperti menemu bual para sukarelawan<sup>7</sup> Pusat Khidmat Bersepadu dan pemberi maklumat yang ditemu bual melalui telefon.

Temu bual bertumpu atau separa-berstruktur, memberikan soalan kepada pemberi maklumat atau subjek kajian dengan topik yang cukup luas. Pemberi maklumat diberi soalan yang fleksibel, namun soalan itu, tetap berada dalam skop kajian. Oleh itu, kaedah ini, memerlukan panduan temu bual.

Interaksi antara penyelidik dan pemberi maklumat, menggunakan bahasa Indonesia dan dilaksanakan dengan tidak rasmi, ini untuk membolehkan pemberi maklumat bersoal jawab dengan lebih santai. Pengendalian perbualan tetap dilakukan meskipun hal ini dilakukan seminimum mungkin agar pemberi maklumat tetap fokus pada isu-isu yang berhubungkait dengan objektif penyelidikan.

Penyelidikan ini menggunakan panduan temu bual yang digunakan penyelidik untuk menemu bual pemberi maklumat. Panduan temu bual ini, terdiri daripada senarai soalan secara umum. Selain itu, penyelidikan ini menggunakan alat perakam dan buku nota lapangan. Kedua-dua alat ini pada prinsipnya saling menyokong dan boleh digunakan secara bergilir-gilir bersesuaian dengan situasi di lapangan. Catatan lapangan ini adalah penting sebagai sumber untuk menganalisis data. Patton (2015) menyatakan, tidak kira apa gaya temu bual yang gunakan dan tidak peduli seberapa berhati-hati menggunakan kata-kata untuk bertanya, tetapi semuanya menjadi sia-sia jika pemberi maklumat gagal memahami perkataan sebenar orang yang ditemu bual.

Temu bual dilakukan dari tahun 2013 hingga tahun 2016 pada keempat *kabupaten/bandar* yang menjadi lokasi penyelidikan.

---

<sup>7</sup> Penggunaan istilah sukarelawan dalam Pusat Khidmat Bersepadu merujuk pada pasukan *kader*. Di Indonesia istilah *kader* digunakan sejak era “orde baru”. Hingga kini istilah *kader* masih selalu menjadi perbahasan kerana dianggap lebih bermakna politik.

### **3.4.2 Pemerhatian**

Teknik kedua pengumpulan data dalam penyelidikan ini ialah melalui pemerhatian. Tidak semua pemerhatian boleh dianggap sebagai suatu teknik untuk mengumpul data dalam kajian kualitatif. Sesuatu pemerhatian boleh dikatakan sebagai teknik pengumpulan data kajian jika teknik tersebut mempunyai kriteria saintifik.

Judd, Smith dan Kidder (1991) menyatakan, pemerhatian menjadi saintifik, apabila ia berfungsi untuk tujuan penyelidikan yang dirumuskan, dirancang secara sengaja, direkod secara sistematik dan juga digunakan sebagai alat pemeriksaan dan kawalan mengenai kesahihan dan kebolehpercayaan. Oleh itu, dalam melaksanakan pemerhatian, kaedah ini perlu difahami dan dirancang sepenuhnya, kerana apa yang akan diperhatikan dan dirakamkan bakal dijadikan alat kawalan untuk tujuan melihat kesahihan. Dalam hal ini, panduan pemerhatian yang mengandungi soalan atau objektif kajian, ialah suatu keperluan yang perlu ada. Selain itu, untuk meningkatkan fokus pada objek yang diamati, peralatan media digunakan bagi meningkatkan keberkesanan pemerhatian penyelidikan ini.

Peralatan media yang digunakan dalam teknik pemerhatian ini, ialah kamera untuk mengambil gambar yang berhubungkait dengan aktiviti di lokasi kajian. Teknik pemerhatian dalam penyelidikan ini dilaksanakan secara pasif, di mana penyelidik hanya memerhati tanpa ikut dalam aktiviti di lokasi penyelidikan. Data yang diperoleh daripada teknik pemerhatian ini, dapat menjelaskan data yang didapati melalui temubual.

Pelbagai bentuk pemerhatian berhubungkait dengan pelaksanaan kajian ini, antara lain adalah; memerhatikan perkhidmatan kesihatan awam yang dilakukan oleh kakitangan kesihatan atau bukan kesihatan di Pusat Kesihatan Masyarakat dan Pusat Khidmat Bersepadu. Memperhatikan tingkah laku dan perlakuan sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu dalam memberikan khidmat kepada para ibu dan kanak-kanak di

Pusat Khidmat Bersepadu, keselesaan dan tahap kelengkapan Pusat Kesihatan Masyarakat dan Pusat Khidmat Bersepadu. Disiplin dan ketaatan kakitangan kesihatan dan sukarelawan terhadap tatacara atau prosedur perkhidmatan awam di Pusat Kesihatan Masyarakat dan Pusat Khidmat Bersepadu.

Bentuk pemerhatian lain ialah melalui pemerhatian sikap, tingkah laku, perlakuan kakitangan di jabatan kesihatan daerah, Pusat Kesihatan Masyarakat, Pusat Khidmat Bersepadu, mukim, *kelurahan/kampung* dan kejiranannya/lorong dalam menerima penyelidik bagi memberikan jawapan dan data yang jujur dan telus berhubungkait dengan masalah kesihatan.

### **3.4.3 Dokumentasi**

Teknik pengumpulan data seterusnya yang digunakan dalam penyelidikan ini ialah; dokumentasi kajian pustaka, sama ada daripada sumber yang tidak diterbitkan mahupun yang diterbitkan. Teknik ini adalah penting, kerana sejumlah besar fakta sosial dan data disimpan dalam bentuk dokumentasi.

Dokumen yang digunakan dalam kajian ini, ialah peraturan dalam bentuk Undang-Undang, Peraturan Pentadbiran, Peraturan Kerajaan Tempatan, Surat Keputusan Gabenor, *Bupati* dan Datuk Bandar, laporan kerja tahunan yang berhubungkait dengan dasar desentralisasi, program atau aktiviti kerja Pusat Kesihatan Masyarakat, struktur organisasi, sumber manusia dan pelbagai lagi kesusasteraan ilmiah seperti buku, jurnal, artikel dan lain-lain yang berhubungkait dengan objektif penyelidikan ini.

Dalam kajian ini, dokumentasi, bukan hanya berbentuk dokumen bertulis mahupun visual gambar, tetapi juga, sepanduk berdiri (*standing banner*) atau salinan semula dokumen yang ditampal atau diletakkan di dinding yang biasanya merupakan inti sari daripada satu dokumen yang ditujukan kepada awam. Dokumen-dokumen ini selanjutnya dianalisis dengan menggunakan analisis kandungan (*content analysis*).

Kelebihan teknik dokumentasi ini, adalah kerana ia tidak terhad pada ruang dan waktu dan dapat mengetahui tentang hal-hal yang terjadi pada masa lalu. Analisis terhadap dokumen-dokumen ini difokuskan pada bagaimana aktiviti sosial, budaya, politik serta pemahaman individu, kumpulan membentuk apa yang dikatakan (ucapkan), kemudian ditulis, dan bagaimana pengaruh tersebut dapat dikesan melalui perbualan dan cerita-cerita harian, yang dikumpulkan melalui pemerhatian atau dikenal pasti dalam dokumen-dokumen yang ada (Grbich, 2012).

#### **3.4.4 Soal selidik**

Soal selidik dalam penyelidikan ini hanya diagihkan kepada sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu. Tujuannya adalah untuk mendapatkan maklumat atau data yang lebih mendalam mengenai sukarelawan. Hal ini kerana data sekunder berhubungkait dengan Pusat Khidmat Bersepadu dan profil sukarelawan, tidak banyak disediakan oleh lembaga-lembaga rasmi seperti; *Biro Pusat Statistik (BPS)*, kementerian atau jabatan kesihatan.

Kaedah soal selidik, digunakan kerana bilangan sukarelawan terlalu ramai di lapan unit Pusat Kesihatan Masyarakat; iaitu, merupakan tempat kajian ini dilaksanakan. Selain itu, sifat atau watak sukarelawan secara relatifnya adalah homogen.

Hasil daripada agihan soal selidik ini selanjutnya dibentangkan dalam bentuk jadual kekerapan (*singular table*) yang bersifat deskriptif. Oleh itu, agihan soal selidik ini, bukan mencari sejauh mana hubungan atau pengaruh sesuatu pembolehubah kajian dengan pembolehubah lain dalam kajian ini.

Selanjutnya, temu bual dilakukan kepada beberapa sukarelawan berhubungkait dengan jawaban yang mereka isi dalam borang soal selidik. Maklumat atau data daripada hasil agihan soal selidik, hanya digunakan sebagai pelengkap atau penyokong analisis data kajian ini.

Pemilihan sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu sebagai responden adalah cukup sukar, kerana tidak ada maklumat atau data yang tepat mengenai bilangan keseluruhan sukarelawan di setiap lokasi Pusat Kesihatan Masyarakat dalam kajian ini. Oleh itu, sebanyak 25 orang sukarelawan ditentukan secara pensampelan bertujuan daripada setiap Pusat Kesihatan Masyarakat sehingga jumlahnya sebagai responden mencapai 200 sukarelawan.

Seterusnya, pemilihan responden atau sampel dilakukan dengan menggunakan pensampelan bertujuan dan bola salji.

### **3.5 Pemilihan Pemberi Maklumat atau Subjek Penyelidikan**

Penyelidikan kualitatif tidak bertujuan untuk membuat generalisasi daripada hasil kajian, kerana tiadanya populasi dan sampel yang tetap. Pemberi maklumat ialah, orang yang ditemu bual dan dicatat maklumatnya sepanjang kajian. Dalam kajian ini, pemberi maklumat ditentukan dengan menggunakan teknik pensampelan bertujuan dan bola salji.

Pensampelan bertujuan ini bermaksud pemilihan pemberi maklumat yang dianggap berpengetahuan mengenai masalah yang sedang dikaji. Manakala, teknik pensampelan bola salji ialah, pemilihan pemberi maklumat yang dilakukan melalui proses gulingan (seperti bola salji); iaitu, daripada satu pemberi maklumat kepada yang berikutnya. Dengan menggunakan kedua-dua teknik ini, pemberi maklumat yang terpilih dapat memberikan data atau maklumat sahih yang sangat penting dalam kajian kualitatif.

Fokus kajian ini adalah mengenai desentralisasi perkhidmatan kesihatan awam. Oleh itu, pemberi maklumat yang dipilih adalah terdiri daripada Ketua Bahagian Perancangan Jabatan Kesihatan Negeri Sumatera Utara yang berperanan merancang program dan aktiviti kesihatan dalam kegiatan dekonsentrasi; kakitangan Badan Perancangan Negeri yang berperanan merancang program-program pembangunan di

peringkat negeri, bekas kakitangan Kerajaan Negeri Sumatera Utara yang arif dalam perancangan program dan kewangan.

Ketua Bahagian Undang-Undang yang bertanggungjawab terhadap perancangan peraturan di peringkat daerah, kakitangan Organisasi Tegak dan ketua Setiausaha Organisasi Tegak yang arif dalam perancangan program dan kewangan.

Ketua Jabatan Kesihatan *kabupaten/bandar* sebagai pimpinan paling tinggi yang bertanggungjawab terhadap masalah kesihatan. Ketua Setiausaha Jabatan Kesihatan *kabupaten/bandar* yang bertanggungjawab untuk membantu ketua Jabatan Kesihatan *kabupaten/bandar*; ketua Sub-bahagian program Jabatan Kesihatan *kabupaten/bandar* yang bertanggungjawab terhadap program dan aktiviti kesihatan; ketua Pusat Kesihatan Masyarakat yang bertanggungjawab terhadap program dan aktiviti kesihatan yang dikeluarkan oleh Pusat Kesihatan Masyarakat dan Kementerian Kesihatan; ketua Setiausaha Pusat Kesihatan Masyarakat yang bertanggungjawab untuk membantu Ketua Pusat Kesihatan Masyarakat dalam mengumpul data dan maklumat, membuat perancangan dan penilaian, mengurus kewangan dan kakitangan. Selain itu, doktor, jururawat, bendahari, penanggungjawab program kesihatan di Pusat Kesihatan Masyarakat juga dijadikan sebagai pemberi maklumat.

Perkhidmatan kesihatan awam tidak dapat beroperasi dengan sendirinya, tetapi memerlukan bantuan daripada agensi-agensi pentadbir lain. Ketua Mukim, *Lurah/Ketua Kampung* dan Ketua Kejiran/Kejiran/Lorong serta kakitangannya masing-masing bertanggungjawab di peringkat mukim, *kelurahan/kampung* dan kejiran/lorong di lapan unit Pusat Kesihatan Masyarakat yang menjadi lokasi kajian ini, dipilih untuk menjadi pemberi maklumat.

Selain itu, untuk memperolehi maklumat yang lebih lengkap dan tepat, pentadbir tempatan, sama ada di *kabupaten* maupun bandar, juga dipilih untuk menjadi pemberi maklumat.

Dari luar birokrasi pentadbiran pula, pemberi maklumat juga dipilih dalam kalangan sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu dan masyarakat yang sering hadir di Pusat Khidmat Bersepadu atau Pusat Kesihatan Masyarakat.

Pemberi maklumat atau informan dalam penyelidikan ini dirangkumkan dalam profil informan seperti di Jadual 3.3.

**Jadual 3. 3: Profil Informan  
Kaki Tangan Kerajaan**

<b>Jantina</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Peratus</b>
Lelaki	20	40
Perempuan	30	60
J u m l a h	50	100

<b>Tempoh Bekerja</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Peratus</b>
0-5 tahun	7	14
6-10 tahun	15	30
11-15 tahun	6	12
16-20 tahun	5	10
21-25 tahun	9	18
26-30 tahun	8	16
J u m l a h	50	100

<b>Tempat Perkhidmatan</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Peratus</b>
Medan	14	28
Binjai	9	18
Deli Serdang	11	22
Serdang Bedagai	13	26
Sumatera Utara	3	6
J u m l a h	50	100

**Sukarelawan dan Masyarakat**

<b>Jantina</b>	<b>Sukarelawan</b>		<b>Masyarakat</b>
	Lelaki	-	
Perempuan	6		6
Jumlah	6		7

<b>Daerah</b>	<b>Sukarelawan</b>		<b>Masyarakat</b>
	Medan	2	
Binjai	1		1
Deli Sedang	2		2
Serdang Bedagai	1		2
J u m l a h	6		7

Sumber: Penyelidik

Kod pemberi maklumat yang diguna pakai dalam penyelidikan ini ialah:

PT	: Pentadbiran Tempatan
JKT	: Jabatan Kesihatan Tempatan
PKM	: Pusat Kesihatan Masyarakat
M	: Mukim
KK	: Kelurahan/Kampung
PKB	: Pusat Khidmat Bersepadu
AM	: Ahli Masyarakat

### **3.6 Teknik Analisis Data**

Analisis kualitatif dilakukan secara induktif kerana kajian kualitatif bermula daripada fakta empirikal, bukan teori semata-mata (deduktif). Hal ini bermakna penyelidik perlu pergi ke lapangan untuk mengkaji, menganalisis, mentafsir dan mengambil kesimpulan daripada fenomena di lapangan.

Data lapangan yang diperoleh ini, memberikan makna yang selanjutnya disebut sebagai hasil penyelidikan. Bungin (2007) menyatakan teknik analisis data kualitatif, bertujuan untuk menganalisis proses sosial yang berlaku dan menganalisis makna daripada fakta-fakta yang didapati. Oleh itu, analisis data kualitatif adalah bukan semata-mata untuk menerangkan fakta-fakta yang terdapat di lapangan, tetapi untuk memahami proses dan fakta-fakta tersebut.

Analisis data kualitatif boleh dilakukan dengan pelbagai langkah. Beberapa pakar mengemukakan langkah dan strategi dalam menganalisis data kualitatif. Patton (2015) menyatakan analisis data kualitatif, adalah sangat mencabar. Cabaran yang dimaksudkan adalah mengubah data yang banyak tersebut menjadi bermakna. Pelbagai bahagian yang tidak lengkap akan dibuang dan hanya menyusun hal-hal yang benar-benar diperlukan, mengenal pasti pola yang signifikan dan membina rangka kerja untuk menyampaikan inti pati daripada data tersebut.

Huraian yang lebih mudah disampaikan oleh Berg (2004) bahawa analisis data kualitatif melibatkan penciptaan kategori atau tema dan kemudian memilih jawapan atas soalan atau pernyataan daripada kerja lapangan ke dalam kategori atau tema tersebut.

Manakala itu, Miles, Huberman dan Saldana (2014) menyatakan bahawa data kualitatif boleh dianalisis melalui tiga langkah; iaitu, pengurangan data, pengubahsuaian data dan pengesahan kesimpulan.

Langkah pertama ialah pengurangan data yang merupakan sebahagian daripada analisis data dalam kajian kualitatif, ditakrifkan sebagai data yang telah dikumpulkan, dipilih dan diproses untuk mendapatkan data yang diperlukan sesuai dengan tema atau pola (susunan tematik).

Langkah kedua ialah pandangan data yang dibentangkan dalam bentuk teks/naratif, grafik, rajah dan jadual. Dengan membentangkan data sedemikian, data yang diperoleh semasa kajian, boleh difahami dengan mudah.

Akhir sekali, analisis data kualitatif boleh juga dibuat dengan cara pengesahan kesimpulan. Dalam menggunakan analisis data kualitatif, kesimpulan mungkin berubah jika terdapat bukti kukuh bahawa, data tidak konsisten. Walau bagaimanapun, jika kesimpulan dalam peringkat awal disokong oleh bukti yang sah, maka data itu boleh dianggap sebagai data yang boleh dipercayai. Aktiviti dalam analisis data kualitatif, dilaksanakan secara interaktif dan berterusan, sehingga selesai supaya data menjadi tepu (*saturated*).

Data kualitatif yang sangat besar dan kompleks dapat difahami dengan mudah melalui pelbagai peringkat tersebut. Analisis berperingkat data kualitatif daripada beberapa pakar, seperti yang digariskan sebelum ini, tidak terlalu berbeza antara satu sama lain. Bungin (2007) menyatakan bahawa melalui analisis berperingkat, proses fenomena sosial, gambaran lengkap proses tersebut dan makna di sebalik maklumat, data, dan proses fenomena dapat diperoleh.

Dalam penyelidikan ini, fasa pertama bermula daripada proses untuk mendapatkan data atau maklumat. Data yang didapati daripada pemberi maklumat melalui temu bual mendalam, dirakam dengan menggunakan perakam suara. Seterusnya

hasil temu bual dalam bentuk rakaman ini, diubah menjadi bentuk bertulis (*verbatim*) yang disebut sebagai transkripsi.

Transkripsi ini, seterusnya akan diberikan kod. Kod-kod pada tahap mula disusun berdasarkan rangka kerja analisis daripada penyelidikan ini. Rangka kerja analisis ini, bermula pada rangka kerja teori. Pemberian kod ini merujuk kepada pemilihan data yang relevan dan tidak relevan. Data yang tidak relevan dibuang, manakala data yang berhubungkait dikodkan atau ditandakan.

Data yang dikodkan selanjutnya dikumpulkan mengikut kategori atau tema (Bloomberg dan Volpe, 2012). Kategori atau tema ini diberikan penjelasan bagi menggambarkan hubungan antara kategori-kategori dan tema-tema tersebut.

Pada peringkat seterusnya, kategori dan tema ini diuji dengan persoalan yang dibangkitkan daripada asas teori yang terkandung dalam penyelidikan ini. Jika hasil analisis yang diperolehi mengemukakan perkara-perkara baru yang tidak sesuai atau berbeza dengan beberapa andaian yang dibentangkan, maka penjelasan dengan menggunakan rujukan atau teori lain perlu diberikan. Ujian di sini adalah bukan ujian hipotesis seperti dalam kajian kuantitatif, kerana penyelidikan ini tidak mempunyai hipotesis tertentu. Tambahan pula, tafsiran keseluruhan merupakan kesimpulan daripada keseluruhan hasil penyelidikan.

Penyelidikan ini, menggunakan analisis data kualitatif manual seperti yang diterangkan di atas. Salah satu sebabnya ialah persoalan yang dicadangkan sangat teknikal dan khusus berhubungkait dengan program utama kesihatan, program dan sub-program kesihatan, amalan, peraturan dan proses desentralisasi dalam sektor kesihatan. Oleh itu, dengan menggunakan analisis data kualitatif secara manual, maka kajian ini dapat mengetahui kategori dan tema yang tepat mengikut konteksnya.

Sesungguhnya, analisis data kualitatif juga boleh menggunakan program perisian (*software programmes*) (Silverman, 2013; Gibbs, 2002). Namun demikian, jika

analisis data daripada kajian ini dilaksanakan dengan menggunakan perisian seperti Nvivo, maka tema yang tepat dan spesifik dikhawatir tidak didapati atau ditemui. Walau bagaimanapun, penggunaan program perisian dalam menganalisis data kualitatif untuk kajian tertentu adalah tidak salah. Hal ini kerana pada asasnya, analisis data kualitatif boleh dilakukan dengan menggunakan program perisian atau tidak (Fisher, 2017). Oleh itu, ketidakpastian untuk mendapatkan data yang tidak sah dan objektif apabila menggunakan analisis data kualitatif secara manual, boleh dielakkan dengan mengikuti langkah-langkah analisis data kualitatif seperti yang dijelaskan di atas.

Keputusan yang sama, boleh juga didapati walaupun dengan menggunakan program perisian dalam analisis data kualitatif; iaitu, data atau maklumat yang diperoleh mungkin juga tidak objektif, tidak boleh dipercayai dan tidak sah (Fisher, 2017).

### **3.7 Ujian Kesahuan Data**

Ujian kesahuan data dalam kajian kualitatif sangat penting memandangkan penyelidik, ialah instrumen utama kajian ini atas sebab kemungkinan berlakunya subjektiviti penyelidik itu sendiri (Miles *et al.*, 2014). Oleh itu, kajian kualitatif memerlukan pemeriksaan kesahuan data.

Denzin dan Lincoln (2018) memperkenalkan kaedah triangulasi (*triangulation*). Menurut mereka triangulasi dapat memperkuatkan sesuatu kajian kerana tidak ada sumber data tunggal yang menghasilkan perspektif yang lengkap dan dipercayai. Pendapat yang sama disampaikan oleh Patton (2015) bahawa, penyelidikan yang menggunakan hanya satu kaedah lebih mudah terdedah kepada suatu kesilapan. Namun jika kajian tersebut menggunakan pelbagai kaedah, maka jenis data yang berbeza tersebut dapat digunakan untuk pemeriksaan kesahuan silang data.

Penyelidikan ini, menggunakan kaedah triangulasi untuk teknik pengumpulan data dan sumber data.

Triangulasi teknik pengumpulan data, adalah menggunakan teknik yang berbeza-beza untuk mendapatkan data atau maklumat dari sumber yang sama. Dalam penyelidikan ini, kesahihan maklumat diperoleh daripada perbandingan antara hasil pemerhatian, temu bual mendalam dan dokumentasi. Sebagai contohnya, perbandingan data daripada hasil temu bual dan dokumentasi dilaksanakan dengan semakan data daripada hasil temu bual dan pencermatan pada kandungan dokumen. Seterusnya, kedua-dua data tersebut dibandingkan (*cross-check*).

Triangulasi sumber data ialah, cara mendapatkan data atau maklumat daripada sumber yang berbeza dengan menggunakan teknik pengumpulan data yang sama. Dalam penyelidikan ini, maklumat yang diperoleh daripada pemberi maklumat yang berada di *kabupaten/bandar* dengan *kabupaten/bandar* lainnya yang setaraf dapat dibandingkan.

Selain itu, kesahan data atau maklumat dapat dilaksanakan dengan membandingkan maklumat daripada pemberi maklumat yang berlainan kedudukan atau taraf pangkat dalam organisasi yang sama, misalnya antara kakitangan atasan dan bawahan, pekerja kesihatan dan bukan kesihatan dengan masyarakat dalam kawasan kerja satu-satu Pusat Kesihatan Masyarakat.

Kesahan data juga dilaksanakan antara pemberi maklumat yang merupakan pekerja kesihatan di Pusat Kesihatan Masyarakat, sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu dengan kakitangan di agensi-agensi berhubungkait yang mempunyai hubungan kerja sama ada di peringkat *kabupaten/bandar*, mukim dan *kelurahan/kampung*. Kesahan data seperti ini, dapat dilaksanakan kerana penyelidikan ini menggunakan pendekatan pelbagai peringkat.

Dalam kajian kualitatif, triangulasi adalah sangat penting. Selain untuk melihat kesahan data atau maklumat, penggunaan triangulasi juga dapat memperkayakan data dan meningkatkan kedalaman pemahaman penyelidik sama ada ia berhubungkait

dengan fenomena yang diteliti mahupun latar belakang lahirnya fenomena tersebut. Oleh itu, penyelidikan kualitatif dapat merungkaikan maksud (*meaning*) sesuatu fenomena, peristiwa dan realiti mengenai suatu peristiwa sosial dan kemanusiaan yang kompleks.

Jika penyelidikan kualitatif bertumpu pada pemahaman mengenai fenomena, maka kajian kuantitatif fokus pada penjelasan hubungan antara satu pembolehubah dengan pembolehubah lain dari satu-satu masalah.

### **3.8 Etika Penyelidikan**

Penyelidikan ini dijalankan dengan merujuk kepada etika kajian yang merupakan prinsip utama dalam melaksanakan penyelidikan. Isu-isu etika adalah penting dalam kajian kualitatif kerana melibatkan perlindungan peserta atau pemberi maklumat dalam pelaksanaan penyelidikan (Merriam dan Tisdell, 2015; Brinkmann, 2012). Tambahan lagi, Israel dan Hay dalam Creswell dan Creswell (2017) menyatakan bahawa pelbagai isu etika perlu diberikan perhatian, kerana ia boleh digunakan untuk membina kepercayaan kepada pemberi maklumat, memperlihatkan integriti dalam melakukan penyelidikan dan mencegah kecuaian yang mungkin mencemarkan nama atau organisasi pemberi maklumat.

Dalam kajian ini, beberapa nilai-nilai etika disampaikan kepada pemberi maklumat. Pemberi maklumat dijelaskan tentang maksud dan objektif penyelidikan. Selain itu, identiti pemberi maklumat juga tidak didedahkan tetapi hanya ditanda dalam bentuk kod bagi urusan penyediaan laporan kajian. Oleh itu, pemberi maklumat lebih bebas dan terbuka menyampaikan jawapan soalan yang diajukan.

Pemberi maklumat juga diberitahu bahawa temu bual akan dirakam dengan menggunakan pita rakaman. Hal ini penting agar penyelidik lebih mudah menganalisis data atau maklumat yang diperoleh daripada pemberi maklumat. Dalam perkara yang berhubungkait dengan prosedur menjawab soalan berbentuk ucapan, pemberi maklumat

boleh menyatakan jika dia tidak bersedia maklumat yang diberikan untuk direkodkan atau ditulis dalam laporan penyelidikan.

Perihal etika penyelidikan ini adalah penting untuk difahami dan disampaikan supaya pemberi maklumat tidak salah faham atau curiga dalam menjawab soalan-soalan penyelidikan.

Etika dalam penyelidikan juga berhubungkait dengan kepatuhan pada peraturan yang ditetapkan, seperti memohon surat kelulusan ketika melaksanakan proses pengumpulan data di agensi-agensi kerajaan. Meskipun begitu, surat kelulusan bagi mendapatkan kebenaran untuk melaksanakan kajian ini, tidak mudah untuk diuruskan. Sebagai contoh, proses mendapatkan kebenaran untuk melaksanakan kajian ini memerlukan masa yang cukup lama; iaitu, lebih dari empat minggu.

### **3.9 Refleksi dalam Proses Pengumpulan Data**

Sub-bahagian ini dianggap penting untuk diterokai kerana setiap kajian sosial, terutamanya kajian kualitatif sering berhadapan dengan halangan, kemudahan atau cerita yang berbeza antara satu sama lain sepanjang proses pengumpulan data. Perbezaan tersebut boleh dilihat dari segi teknikal dalam melakukan penyelidikan, kaedah mengumpulkan data, kekangan yang dihadapi penyelidik, ketiadaan data sekunder dan sebagainya yang sedikit sebanyak mempengaruhi hasil penyelidikan. Oleh itu, sub-bahagian ini dianggap penting dan perlu diberikan perhatian dalam satu-satu penyelidikan (Bailey dan Bailey, 2017).

Sebelum penyelidikan penuh dilaksanakan, penyelidikan awal perlu dijalankan terlebih dahulu. Matlamat daripada kajian awal adalah untuk melihat, sama ada teknik dan instrumen pengumpulan data yang dirancang berada di tahap yang baik, tepat dan mudah difahami. Kaedah yang digunakan dalam kajian awal ini ialah temu bual.

Temu bual telah dilaksanakan terhadap kakitangan di Pusat Kesihatan Masyarakat, jabatan kesihatan peringkat tempatan, Pusat Khidmat Bersepadu dan

*kelurahan/kampung*. Bahan temu bual adalah berhubungkait dengan kandungan soalan temu bual dan soal selidik untuk kajian sebenar, pemerhatian dan beberapa dokumen.

Melalui kajian awal ini, pemahaman antara penyelidik dan pemberi maklumat berhubungkait dengan kandungan temu bual, soal selidik dan pemerhatian serta istilah yang digunakan dalam kajian dan di lapangan menjadi konsisten.

Hasil daripada penyelidikan awal ini, beberapa soalan untuk temu bual dan soal selidik perlu disemak semula supaya sesuai dengan konteks di lapangan. Selain itu, beberapa istilah perlu diganti dengan istilah lain yang lebih mudah untuk difahami di lapangan. Kajian awal ini mengambil masa lebih kurang selama sebulan untuk diselesaikan.

Salah satu teknik pengumpulan data dalam penyelidikan ini, ialah temu bual mendalam. Pemberi maklumat yang mempunyai jawatan atau kedudukan yang tinggi dalam satu-satu organisasi adalah cukup sukar untuk ditemu bual. Oleh itu, kesabaran yang tinggi dan tempoh yang lama diperlukan.

Sesi temu bual hanya boleh dilaksanakan ketika pemberi maklumat memberikan kepastian untuk ditemu bual dan menentukan masa dan tempat temu bual. Pada kebiasaannya, tempat temu bual dilakukan di pejabat kerajaan; iaitu, di tempat pemberi maklumat bekerja dan tempoh temu bual mengambil satu hingga dua jam untuk satu sesi. Kadang-kadang, temu bual mesti dihentikan sebentar kerana pemberi maklumat menerima tetamu atau perlu menjawab panggilan telefon.

Beberapa pemberi maklumat telah ditemu bual lebih daripada sekali, kerana mereka ini mengetahui atau mempunyai maklumat yang banyak berhubungkait dengan objektif penyelidikan ini. Beberapa pemberi maklumat juga ditemu bual melalui telefon kerana kesibukan pemberi maklumat tersebut (Creswell dan Poth, 2017).

Secara umumnya, terdapat tiga kategori pemberi maklumat yang didapati dalam penyelidikan ini; iaitu, (i) pemberi maklumat yang terbuka atau sangat berminat

menjawab soalan penyelidik, (ii) pemberi maklumat yang tertutup atau pemberi maklumat yang kurang berminat menjawab soalan penyelidik, dan (iii) pemberi maklumat yang tidak menguasai permasalahan atau tidak memahami secara menyeluruh tugas pokoknya sebagai kakitangan kerajaan.

Untuk kumpulan pertama, temu bual berjalan sangat lancar dan begitu banyak maklumat diperolehi dalam tempoh yang tidak terlalu lama. Kadang-kadang, pemberi maklumat membuka jalan sehingga soalan-soalan yang diajukan semakin banyak dan lebih mendalam.

Bagi kumpulan kedua, strategi yang dilakukan ialah mengandaikan kajian ini ilmiah adalah penting untuk penambah baik dasar desentralisasi di masa hadapan. Seterusnya, soalan-soalan yang ringan ditanyakan terlebih dahulu untuk mewujudkan suasana yang lebih santai bagi pemberi maklumat. Biasanya selepas kira-kira lima belas minit berlalu, pemberi maklumat sudah merasa senang dan percaya sehingga temu bual dapat berjalan dengan lancar.

Bagi kumpulan ketiga pula, teknik *probing* atau *keep asking questions* atau terus bertanyakan soalan untuk mendapatkan penjelasan lanjut digunakan untuk memastikan maklumat yang disampaikan tidak tersasar jauh dari topik yang dibincangkan.

Temu bual juga dilaksanakan bersama masyarakat yang hadir di Pusat Kesihatan Masyarakat. Biasanya sesi temu bual dilakukan secara santai dengan pesakit semasa sedang menunggu panggilan untuk diperiksa oleh doktor. Maklumat yang ditanya ialah, berkenaan dengan prestasi kakitangan kesihatan dan bukan kesihatan di Pusat Kesihatan Masyarakat, program-program kesihatan dan harapan di masa hadapan mengenai perkhidmatan Pusat Kesihatan Masyarakat.

Manakala itu, temu bual dengan masyarakat yang hadir di Pusat Khidmat Bersepadu dilaksanakan dengan lebih tegang dan tergesa-gesa. Biasanya pemberi maklumat tidak mahu menjawab jika kakitangan kesihatan berada berdekatan mereka.

Selain itu, ibu-ibu yang hadir bersama anak-anak kurang berminat untuk menjawab soalan, jika anak-anak mereka sedang kekecohan atau menangis.

Soalan-soalan yang ditanyakan menggunakan ayat-ayat yang sederhana dan tidak rasmi supaya mudah difahami. Soalan-soalan tersebut kebanyakannya mengenai gambaran prestasi sukarelawan, perkhidmatan di Pusat Khidmat Bersepadu dan penyertaan masyarakat dalam mengikuti aktiviti-aktiviti di Pusat Khidmat Bersepadu.

Pengagihan borang soal selidik juga digunakan dalam penyelidikan ini, tetapi hanya kepada sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu. Soal selidik ini bertujuan untuk melihat kecenderungan jawapan sukarelawan terhadap soalan-soalan yang berhubungkait dengan sukarelawan dan perkhidmatan di Pusat Khidmat Bersepadu. Maklumat daripada hasil soal selidik ini direkodkan dalam bentuk jadual taburan frekuensi.

Pengumpulan maklumat atau data melalui soal selidik walau bagaimanapun bukan untuk mencari hubungan atau pengaruh antara dua atau lebih pembolehubah kajian.

Sebelum soal selidik diagihkan, bilangan sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu di setiap Pusat Kesihatan Masyarakat yang menjadi lokasi kajian ini, perlu diketahui terlebih dahulu. Namun begitu, bilangan sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu daripada setiap Pusat Kesihatan Masyarakat, amat sukar diketahui. Ini kerana tiada data yang tepat mengenainya.

Dalam kes Indonesia secara amnya, masalah data sedemikian adalah lazim, kerana mod data berbeza antara agensi dengan agensi kerajaan yang lain. Malah, *BPS* sebagai lembaga rasmi dan rujukan nasional dalam pengumpulan data, kadang-kadang bergantung pada data agensi-agensi ini. Akhirnya 25 sukarelawan diambil dari setiap Pusat Kesihatan Masyarakat untuk disoal selidik.

Berkenaan dengan pengagihan borang soal selidik kepada sukarelawan, ia mengambil masa yang sangat panjang dan memenatkan. Soal selidik ini, dijawab oleh responden dengan panduan penyelidik yang bersama mereka setelah selesai aktiviti di Pusat Khidmat Bersepadu. Penyelidik mesti bersama ketika responden menjawab soal selidik, ini supaya jawapan yang diberikan oleh sukarelawan benar-benar berasaskan pengalaman mereka dan bukan hanya sekadar menjawab. Di samping itu, soalan yang mengelirukan juga dapat dijelaskan dengan segera oleh penyelidik. Hal ini merupakan salah satu cara untuk mendapatkan data yang sah.

Oleh kerana tempoh kajian yang agak terhad, penyelidik mendapatkan bantuan daripada kakitangan kesihatan dan *kelurahan/kampung* untuk berdampingan bersama responden pada ketika mereka menjawab soal selidik. Selain di Pusat Khidmat Bersepadu, soal selidik ini juga diagihkan di Pusat Kesihatan Masyarakat apabila terdapat acara atau aktiviti sukarelawan. Seterusnya, beberapa sukarelawan turut ditemu bual untuk memperolehi maklum balas mereka mengenai soalan-soalan dalam soal selidik.

Bantuan penyelidik untuk berdampingan bersama sukarelawan ketika menjawab soal selidik, juga merupakan cara untuk memerhatikan aktiviti-aktiviti sukarelawan dan komuniti ketika berada di Pusat Khidmat Bersepadu. Manakala itu, pemerhatian di Pusat Kesihatan Masyarakat dilakukan dengan mengikuti aktiviti-aktiviti dalam program kesihatan ibu dan anak, serta program upaya peningkatan pemakanan atau berada bersama dalam kalangan pesakit di ruang menunggu pemeriksaan atau tempat pengambilan ubat (farmasi). Hasil daripada pemerhatian di lapangan seterusnya dicatatkan dalam buku nota kajian lapangan.

Selama proses pengumpulan data di lapangan, pelbagai cabaran dihadapi oleh penyelidik, terutama berhubungkait dengan masa ditemu bual. Misalnya penyelidik dan pemberi maklumat sudah bersepakat untuk bertemu dan melakukan temu bual pada

pukul 2.00 petang, tetapi akhirnya dilewatkan kira-kira dalam satu atau dua jam bahkan lebih. Perkara seperti ini sudah beberapa kali terjadi. Keadaan seperti ini selalunya sesi temu bual dibatalkan.

Pemberi maklumat tanpa alasan yang jelas, tidak bersedia atau menolak untuk ditemu bual walaupun sudah ada persetujuan sebelumnya. Selain itu, beberapa pemberi maklumat, tidak mahu atau melambat-lambatkan masa untuk ditemu bual sehingga penyelidik memutuskan untuk menukar dengan pemberi maklumat lain. Namun demikian, beberapa pemberi maklumat memberikan masa cukup panjang untuk ditemu bual. Malahan temu bual dilaksanakan beberapa kali sehingga maklumat yang diperoleh sangat banyak dan ketara.

Kesulitan lain yang dihadapi oleh penyelidik ialah, ketika dalam proses pengumpulan data yang berhubungkait dengan anggaran belanjawan kesihatan. Maklumat yang diperoleh daripada pemberi maklumat adalah berbeza, sehingga penyelidik perlu menanyakan soalan berulang-ulang atau menemu bual pemberi maklumat baru yang lebih berpengetahuan mengenai anggaran belanjawan kesihatan.

Soalan mengenai bajet, masih dianggap sensitif bagi kebanyakan pemberi maklumat atau kakitangan kerajaan secara amnya. Beberapa pemberi maklumat berasa bersalah dan tidak bertanggungjawab sekiranya mereka menyampaikan data yang salah. Pemberi maklumat lain berasa ketakutan atau sangat berhati-hati dalam menjawab soalan mengenai anggaran belanjawan, kerana menganggap penyelidik sebagai seorang juruaudit. Namun ada juga pemberi maklumat tidak mahu untuk ditemu bual, kerana tidak mempunyai integriti dalam hal anggaran perbelanjaan.

Hal-hal seperti ini boleh terjadi, kerana tidak semua kakitangan kerajaan memahami dokumen sistem akauntabiliti agensi kerajaan yang dirancang setiap tahun. Dokumen sistem akauntabiliti atau anggaran perbelanjaan, semestinya dirancang oleh agensi-agensi kerajaan sendiri, namun keterhadan agensi-agensi kerajaan ini, sistem

akauntabiliti disediakan oleh pihak ketiga atau individu tertentu sahaja daripada agensi kerajaan. Senario ini mengakibatkan proses dan bahan dokumen tersebut, tidak diketahui dan difahami oleh kebanyakan kakitangan kerajaan atau pemberi maklumat. Tambahan lagi, pemberi maklumat tidak mengetahui bahawa beberapa dokumen ini telah disimpan di arkib organisasi. Hal ini bermakna beberapa maklumat atau data perbelanjaan sesuatu jabatan kerajaan sudah boleh diakses secara meluas oleh masyarakat.

Kesukaran lain yang dihadapi penyelidik adalah, mendapatkan data sekunder yang berhubungkait dengan pencapaian jabatan kesihatan daerah, Pusat Kesihatan Masyarakat dan Pusat Khidmat Bersepadu. Pada amnya maklumat atau data mengenai profil Pusat Kesihatan Masyarakat adalah tidak lengkap. Selain itu, maklumat atau data yang berhubungkait dengan kesihatan awam, tidak dikemaskini. Di satu-satu Pusat Kesihatan Masyarakat misalnya, data mengenai profil Pusat Kesihatan Masyarakat, masih belum lengkap disediakan dengan alasan bahawa, Pusat Kesihatan Masyarakat tersebut baru sahaja berpindah ke lokasi baru.

Terhadnya maklumat atau data yang berasal dari setiap Pusat Kesihatan Masyarakat, menyebabkan penyelidikan ini menggunakan maklumat atau data dari setiap *kabupaten/bandar* yang disediakan dalam Profil Kesihatan Sumatera Utara, Profil Kesihatan Indonesia, Pokok-Pokok Hasil Kajian Kesihatan Asas Negeri Sumatera Utara, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, Pelan Strategik dan sebagainya.

Maklumat atau data sekunder ini diperoleh daripada medium internet seperti *google*. Kebanyakan maklumat atau data yang diperlukan telah dimuatkan dalam sumber yang dipercayai seperti di laman *web* Biro Pusat Statistik, Kementerian Kesihatan, Kementerian Kewangan dan lain-lain. Namun demikian, beberapa maklumat atau data sekunder ini ialah bukan data yang terkini.

Satu lagi kesukaran yang ditemui dalam mengumpulkan data sekunder; iaitu, berkenaan dengan data dana dekonsentrasi atau desentralisasi pentadbiran pada kedua-dua era sentralisasi dan desentralisasi. Peruntukan dana dekonsentrasi dan dana-dana lain boleh didapati dalam *APBN*. Data *APBN* sebelum tahun 1998 (era sentralisasi) dan *APBN* selepas 2001 (era desentralisasi) ini boleh didapati di laman *web* Kementerian Kewangan. Namun demikian, bentuk peruntukan dana-dana ini, khususnya dana dekonsentrasi di *APBN* berubah-ubah sehingga menyukarkan untuk membuat perbandingan dan analisis.

### **3.10 Penutup**

Penyelidikan ini memfokuskan pada pelaksanaan desentralisasi perkhidmatan kesihatan awam di Sumatera Utara. Penyelidikan ini menggunakan kaedah saintifik, dan oleh itu, ia mestilah melalui peringkat-peringkat atau langkah-langkah tertentu. Peringkat pengumpulan data dalam penyelidikan kualitatif, berakhir dengan penemuan pelbagai maklumat, data dan fakta yang diperolehi melalui sumber data primer dan sekunder.

Data-data tersebut ditemui atau didapati melalui pengaplikasian teknik pengumpulan data seperti temu bual mendalam, soal selidik, pemerhatian dan dokumentasi. Selain itu, fakta atau fenomena sosial ini, dianalisis dengan menggunakan analisis data kualitatif seperti mengatur, mengkod dan mengkategori untuk mendapatkan hasil kajian bagi menjawab persoalan-persoalan dalam penyelidikan ini.

## **BAB 4: DESENTRALISASI SEKTOR KESIHATAN DI INDONESIA**

### **4.1 Pengenalan**

Perbincangan mengenai desentralisasi dalam sektor kesihatan, tidak terlepas daripada perbincangan mengenai desentralisasi sektor pentadbiran kerajaan secara amnya. Perjalanan dasar desentralisasi ini di Indonesia, termasuk sektor kesihatan, adalah sudah sangat panjang; iaitu, bermula dari masa pentadbiran kolonial sampai saat ini. Objektif desentralisasi juga tidak dapat dielakkan daripada perbezaan sesuai dengan perkembangan situasi dan politik dalam kelahiran dasar desentralisasi tersebut.

### **4.2 Desentralisasi Sektor Pentadbiran Kerajaan**

#### **4.2.1 Era Kolonial Belanda**

Semasa penjajahan Belanda di Indonesia, pentadbiran Belanda mengeluarkan peraturan sejajar dengan undang-undang yang menyatakan bahawa, kawasan nusantara (disebut sebagai Hindia Belanda), tidak mempraktikkan sistem desentralisasi (politik). Sistem yang digunakan pada masa itu ialah sentralisasi dan dekonsentrasi (desentralisasi pentadbiran). Pada tahun 1903, sistem sentralisasi ini asalnya disesuaikan dengan perubahan situasi politik di negara Belanda yang dikenali sebagai *Decentralisatie Wet* 1903 atau Akta Desentralisasi 1903. Akta ini menjadi landasan peraturan formal pembentukan kawasan autonomi (Wignjosoebroto, 2005; Wajong, 1975).

Walaupun desentralisasi (politik) sudah digunakan sebagai asas normatif, namun secara praktikalnya konsep desentralisasi lebih bertumpu pada pelaksanaan dekonsentrasi atau desentralisasi pentadbiran. Hal ini ditunjukkan oleh kedudukan penggerusi pentadbir tempatan yang masih di jawat oleh Belanda (Wahidin, 2013; Gie, 1993).

Perkembangan seterusnya, pembaikan dilakukan terhadap peraturan ini, sehingga pada tahun 1922 badan-badan baru yang melibatkan orang Indonesia

terbentuk. Satu negara berdaulat (Indonesia) yang berdikari dibentuk, walaupun ia masih mempunyai hubungan dengan kolonial Belanda di bawah dua peraturan baru yang dikeluarkan pada tahun 1924 dan 1926 (Wignjosoebroto, 2005).

Berdasar pada ketiga-tiga peraturan tersebut, kawasan Jawa dan Madura mula dibahagikan kepada beberapa *provincie* (setara dengan negeri), *regent* (setara keresidenan), dan *stads* (setara dengan *kabupaten/bandar*). Pembahagian kawasan di pentadbiran ini, adalah sebagai pengganti kerajaan tempatan (resort lokal). Namun ia berbeza dengan kawasan luar Jawa dan Madura yang dibahagikan dengan beberapa *greps* (setara keresidenan) dan *stads* (setara *kabupaten/bandar*) (Wahidin, 2013).

Perbezaan istilah dan penentuan struktur pentadbiran di peringkat tempatan, yang pada hakikatnya tidak seragam menjadi cikal bakal hadirnya kawasan autonomi khas atau istimewa. Kawasan autunomi khas ini sampai saat ini tetap dipertahankan dan diterima secara sah melalui undang-undang. Walau bagaimanapun, autonomi pada masa itu adalah untuk membantu pelaksanaan pentadbir pusat (Rosidin, 2015) .

Ketua pentadbir tempatan, ialah orang tengah di peringkat tempatan yang juga memegang pangkat paling tinggi. Pengerusi pentadbir tempatan ini seterusnya diawasi oleh ketua Gabenor (Gabenor Jeneral).

#### **4.2.2 Era Penjajahan Jepun**

Apabila Jepun memasuki dan menguasai Jawa pada tahun 1942, sistem pentadbiran yang diperkenalkan oleh Belanda tidak lagi sah. Sistem pentadbiran yang dibina oleh Jepun di Indonesia, adalah sesuai dengan struktur pentadbiran ala tentera. Pengenalan tempatan di bekas Hindia Timur Belanda, difasilitasi oleh cara yang dibahagikan kepada tiga bidang pentadbiran (Riant Nugroho, 2002).

Ketiga-tiganya ialah; pulau Sumatra diletakkan di bawah komando *Panglima Angkatan Darat XXV* yang berkedudukan di Bukit Tinggi sebagai wakil Indonesia bahagian Barat. Jawa dan Kepulauan Madura, diletakkan di bawah komando *Panglima*

*Angkatan Darat XVI* yang berpusat di Jakarta sebagai wakil kerajaan pusat dan pentadbiran tertinggi. Kawasan di luar pulau Sumatera dan Jawa adalah berada di bawah komando *Panglima Angkatan Laut* yang berpusat di Ujung Pandang sebagai wakil daripada Indonesia Timur (Wahidin, 2013).

Empayar Jepun yang menduduki Indonesia pada masa itu, menerapkan sistem pemusatan penuh dengan menggunakan kekuatan askar yang dilakukan oleh komandan masing-masing yang dipanggil sebagai *Guiseikan* (Rosidin, 2015).

Hubungan menegak struktur kerajaan pusat dalam pentadbiran tempatan, tidak dapat dilaksanakan secara berkesan, kerana perintah paling tinggi dipegang sepenuhnya oleh anggota tentera Jepun yang menggunakan garis perintah secara askar. Sama seperti masa pentadbiran penjajah Belanda, pentadbir tempatan dalam era Jepun adalah hampir tiada kuasa. Walaupun demikian, pentadbiran tempatan sama ada dalam era penjajahan Belanda mahupun Jepun, membawa implikasi kepada kerajaan Republik Indonesia (*RI*) yang diisyiharkan dalam 17 Ogos 1945 (Riant Nugroho, 2002).

#### **4.2.3 Era “Orde Lama”**

Indonesia tiba pada masa peralihan; iaitu, daripada kuasa pentadbiran kolonial kepada pentadbiran Indonesia yang baru dibentuk pada tanggal 17 Ogos 1945. Pada masa peralihan ini, masa penyelenggaraan pentadbiran tempatan, diatur dengan pelbagai undang-undang yang pada asasnya dibahagikan kepada dua jangka masa; iaitu, pada masa berlaku UU No.1 Tahun 1945 dan UU No.22 Tahun 1948 (Rosidin, 2015; Wahidin, 2013).

##### **4.2.3.1 Undang Undang No. 1 Tahun 1945**

Pelaksanaan autonomi tempatan di Indonesia setelah pengisytiharan kemerdekaan, bermula dengan tergubalnya UU Peraturan mengenai Kedudukan *Komite Nasional Daerah* No. 1 Tahun 1945, yang merupakan undang-undang pertama membincangkan mengenai autonomi tempatan. Menurut undang-undang ini, terdapat tiga jenis kawasan

autonomi; iaitu, *keresidenan*, *kabupaten*, dan bandar yang berhak mengatur kawasannya sesuai dengan Fasal 18 *UUD 1945*. Namun dalam pelaksanaannya kawasan negara Indonesia, dibahagikan kepada lapan negeri sesuai dengan penetapan *Panitia Persiapan Kemerdekaan Indonesia (PPKI)*. Negeri-negeri ini bukan merupakan kawasan autonomi tetapi ia hanya berbentuk kawasan pentadbiran. Pada masa itu, sistem pentadbiran lebih bertumpu pada asas dekonsentrasi (Riant Nugroho, 2002).

Sesungguhnya undang-undang autonomi tempatan ini, dirancang dengan terburu-buru kerana itu, ia hanya terdiri daripada enam fasal dan tidak mempunyai Penjelasan. Penjelasan daripada undang-undang ini baru dirancang beberapa hari kemudian oleh Menteri Dalam Negeri. Namun pada ayat dalam Penjelasan undang-undang ini, penyerahan urusan pentadbiran daripada pentadbiran pusat ke pentadbiran tempatan, tidak dikemukakan secara langsung. Sebagai akibatnya, kerajaan tempatan tidak mengetahui secara jelas dan pasti apa yang menjadi kuasa atau urusannya. Namun demikian, autonomi yang dikemukakan dalam undang-undang ini lebih luas berbanding autonomi zaman Hindia Belanda, walaupun masih berupa autonomi formal (Wahidin, 2013).

#### **4.2.3.2 Undang Undang No. 22 Tahun 1948**

Dalam masa tiga tahun, UU No.1 Tahun 1945 telah diubah menjadi UU Pokok Kerajaan Tempatam No.22 Tahun 1948 yang merupakan undang-undang kedua mengenai autonomi tempatan. Hal ini kerana UU No.1 Tahun 1945 belum memberikan landasan yang menyeluruh tentang kerajaan tempatan dan tata cara penyelenggaraannya. Manakala, UU No.22 Tahun 1948 telah membincangkan autonomi material; iaitu, menetapkan bidang kuasa yang diserahkan ke dalam setiap kawasan autonomi, manakala di luar bidang kuasa tempatan, adalah kuasa pentadbiran pusat. Dengan perkataan lain, kuasa pentadbiran tempatan, dinyatakan atau disebut satu persatu,

Manakala itu kuasa yang tidak disebutkan merupakan kuasa pentadbir pusat (Riant Nugroho, 2002).

Sistem pentadbiran pada era ini lebih bertumpu pada autonomi tempatan. Walaupun ketua tempatan masih berperanan ganda atau pentadbiran yang dualistik; iaitu, ia adalah sebahagian untuk tempatan dan juga alat pentadbir pusat di peringkat tempatan. Kehadiran tempatan yang dualistik ini, dianggap tidak sesuai dengan pentadbiran yang berdasarkan demokrasi sehingga dalam undang-undang yang baru, hal ini dihilangkan (Wajong, 1975).

Selain masalah kuasa, undang-undang ini menetapkan dua jenis kawasan autonomi; iaitu, kawasan autonomi biasa dan istimewa. Kedua-dua jenis kawasan autonomi ini dibahagikan dalam tiga peringkat yang berhak mengatur kawasannya masing-masing; iaitu, Peringkat I disebut Negeri; Peringkat II disebut *Kabupaten* dan Bandar Besar; Peringkat III disebut Kampung dan Bandar Kecil (Rosidin, 2015).

#### **4.2.3.3 Undang Undang No. 1 Tahun 1957**

Sebagai tambahan kepada dua undang-undang yang disebutkan di atas, Indonesia selepas kemerdekaan, mengeluarkan UU Pokok-Pokok Kerajaan Tempatan No. 1 Tahun 1957 dengan memberikan tumpuan pada autonomi tempatan seluas mungkin mengikut Fasal 31 *UUD* Sementara 1950.

Akta ini lahir selepas pelaksanaan pilihan raya umum yang dinilai benar-benar demokratik kerana berpandukan kepada *UUD* Sementara 1950. Hal ini dapat dilihat daripada pembentukan kawasan autonomi khas di luar Jawa yang berpuas hati dengan dasar kerajaan pusat berhubungkait dengan pelaksanaan autonomi. Hal ini tidak berlangsung lama, kerana kerajaan pusat terdesak oleh pembentukan daerah-daerah baru, pelimpahan urusan, pembahagian sumber kewangan dan sebagainya. Akhirnya, kerajaan pusat mengeluarkan *Dekrit Presiden* 5 Julai 1959 (Riant Nugroho, 2002).

Terdapat perbezaan asas antara UU No.22 Tahun 1948 dengan UU No.1 Tahun 1957. Sistem autonomi yang diterima pakai dalam UU No.22 Tahun 1948, ialah autonomi formal; iaitu, kerajaan pusat memperincikan kuasa yang diberikan kepada tempatan di luar bidang kuasa kerajaan pusat. Manakala itu, sistem autonomi yang digunakan dalam UU No.1 Tahun 1957 adalah autonomi luas. Autonomi luas; iaitu, pengurusan pentadbiran diserahkan kepada kerajaan tempatan masing-masing, manakala kerajaan pusat hanya mempunyai kuasa sesuai dengan undang-undang yang memang merupakan kuasa kerajaan pusat (Wayong, 1975).

Sama seperti undang-undang terdahulu, UU No.1 Tahun 1957 mengiktiraf tiga peringkat kawasan; iaitu, Peringkat I disebut Negeri, Peringkat II disebut *Kabupaten* dan Bandar Besar, dan Peringkat III disebut Kampung dan Bandar Kecil.

#### **4.2.3.4 Penetapan Presiden No. 6 Tahun 1959**

Pada tahun 1959, Indonesia kembali menggunakan sistem pentadbiran negara kesatuan melalui *Dekrit Presiden* 5 Julai 1959 yang menetapkan kembalinya *UUD* 1945 sebagai dasar negara menggantikan *UUD* Sementara. Pada waktu itu, pengaturan kerajaan tempatan diatur dalam Penetapan Presiden No. 6 Tahun 1959. Tujuan daripada Penetapan Presiden ini adalah untuk melakukan penyempurnaan terhadap UU No.1 Tahun 1957 dan pelbagai perkara baru mengenai ketua tempatan yang bekerja mengikut sistem demokrasi terpimpin (Riant Nugroho, 2002).

Sama dengan UU No.1 Tahun 1957, pentadbir tempatan dibahagikan kepada tiga peringkat pentadbiran; iaitu, Peringkat I, II dan III. Namun ada berbezanya; iaitu, ketua tempatan peringkat I dan II tidak bertanggungjawab kepada Dewan Undangan negeri peringkat I dan II. Ketua tempatan peringkat I dilantik dan diberhentikan oleh Presiden, manakala ketua tempatan peringkat II dilantik oleh Menteri Dalam Negeri dan Autonomi Daerah dengan persetujuan Presiden (Rosidin, 2015).

Penetapan Presiden ini boleh dikatakan ingin mengembalikan dan mengukuhkan kedudukan ketua tempatan sebagai alat kerajaan pusat di peringkat tempatan yang mempunyai fungsi rangkap sebagai alat dekonsentrasi dan desentralisasi (politik). Namun dalam praktiknya, peranan ketua tempatan adalah jauh lebih dominan sebagai alat dekonsentrasi. Hal ini selari dengan Penjelasan Penetapan Presiden bahawa; bagaimana luas pun urusan atau kuasa dimiliki oleh pentadbiran tempatan dalam dasar desentralisasi (politik), sentiasa akan ada urusan-urusan pentadbiran yang tetap dipegang secara langsung oleh kerajaan pusat meskipun pelaksanaan urusan-urusan ini dilakukan menurut asas dekonsentrasi (Wajong, 1975).

#### **4.2.3.5 Undang Undang No.18 Tahun 1965**

Berdasarkan UU No.18 Tahun 1965 kawasan RI dibahagikan kepada kawasan tempatan yang berhak mengatur dan mengurus urusannya sendiri. Terdapat tiga peringkatan pentadbiran; iaitu, Peringkat I (*Negeri*), Peringkat II (*Kabupaten/Kota Madya*), Peringkat III (*Mukim/Kotapraja*).

Undang-undang ini mengikut sistem autonomi mutlak secara meluas. Hal ini dapat dilihat daripada bahagian penjelasannya yang menegaskan bahawa, pentadbiran akan berterusan melaksanakan sistem desentralisasi untuk mencapai autonomi tempatan. Pada masa yang sama, sistem dekonsentrasi akan dijalankan sebagai pelengkap. Oleh itu, hampir kesemua klausa daripada UU No. 18 Tahun 1965 ini meneruskan ketentuan yang terdapat dalam Penetapan Presiden No.6 Tahun 1959; iaitu, penyerahan autonomi tempatan secara mutlak dan seluas-luasnya (Rosidin, 2015).

Namun secara kenyataannya, sistem pentadbiran kerajaan tetap bersifat sentralistik dan tidak memberi peluang kepada tempatan untuk mengambil inisiatif atau bertindak secara sendiri. Hal ini kerana rendahnya keupayaan atau kemampuan tempatan, sama ada sumber manusia dan kewangan untuk menguruskan urusannya sendiri sehingga ia masih bergantung kepada kerajaan pusat. Dengan demikian, konsep

desentralisasi menurut undang-undang ini, adalah hampir sama dengan zaman Hindia Belanda; iaitu, ketua tempatan ditetapkan sebagai wakil pusat di peringkat tempatan (Riant Nugroho, 2002).

#### **4.2.4 Era “Orde Baru”**

##### **4.2.4.1 Undang Undang No. 5 Tahun 1974**

Indonesia pada era “orde lama” mengalami lima kali pergantian undang-undang, manakala sejarah “orde baru” memiliki hanya satu undang-undang; iaitu, UU Pokok-Pokok Kerajaan di Peringkat Tempatan No. 5 Tahun 1974. Prinsip autonomi di peringkat tempatan menurut UU No.5 Tahun 1974, ialah autonomi yang nyata dan bertanggungjawab sebagai pengganti prinsip autonomi yang mutlak dan seluas-luasnya sebagaimana digunakan oleh undang-undang sebelumnya (Rosidin, 2015).

Istilah seluas-luasnya tidak lagi digunakan kerana dapat menimbulkan pemikiran yang mengarah kepada perpecahan negara Indonesia sebagai bentuk negara kesatuan berdasarkan UUD 1945; iaitu, Fasal 1 dan Fasal 18 beserta penjelasannya (Syaukani, Gaffar dan Rasyid, 2002).

Undang-undang sebelumnya, membahagikan kerajaan tempatan kepada tiga peringkat pentadbiran, manakala menurut UU No.5 Tahun 1974 kerajaan tempatan diadakan dalam dua peringkat; iaitu, Peringkat I (Negeri) dan Peringkat II (*Kabupaten/Kotamadya*).

Hubungan antara daerah yang bersifat autonomi, ialah hirarki yang bermakna bahawa, kawasan autonomi yang lebih tinggi berhak mengawasi kawasan autonomi yang lebih rendah. Kawasan pentadbiran yang dikenali sebagai negeri pula, dipimpin oleh seorang Gabenor. Kemudian negeri ini dibahagikan pada beberapa *kabupaten/kotamadya* yang dipimpin oleh *Bupati/Datuk Bandar*. Seterusnya, *kabupaten/kotamadya* dibahagikan kepada beberapa mukim yang dipimpin oleh *Lurah*. Akta ini memberikan tempat yang sangat besar kepada peranan dan fungsi pimpinan

kerajaan tempatan sebagai ketua kawasan pentadbiran (Syaukani, Gaffar dan Rasyid, 2002).

Terdapat tiga prinsip asas yang dibangunkan oleh kerajaan pada era “orde baru” dalam menjalankan sistem pentadbiran (Riant Nugroho, 2002).

Pertama, asas desentralisasi merupakan pembahagian urusan-urusan pentadbiran tertentu daripada kerajaan pusat kepada kerajaan tempatan. Dalam hal ini, kerajaan tempatan mesti menanggung semua kos untuk seluruh urusan pentadbiran yang telah didelegasikan tersebut. Namun demikian, pentadbir tempatan secara kenyataannya hanya memiliki peranan sebagai pelaksana bawahan daripada kerajaan pusat. Oleh itu, interaksi kerajaan pusat dan kerajaan tempatan bersifat struktural, hierarki dan menegak.

Kedua, asas dekonsentrasi merupakan pelaksanaan sebahagian besar urusan pentadbiran yang dilakukan oleh kerajaan pusat sendiri di peringkat tempatan. Hal ini menyebabkan kerajaan tempatan memiliki kedudukan tawar-menawar yang lemah terhadap kerajaan pusat. Kerajaan tempatan tidak mempunyai hak politik dalam proses pengubalan dasar, termasuk yang berhubungkait dengan anggaran pembangunan tempatan.

Ketiga, *tugas pembantuan (medebewind)* dalam asasnya merupakan alat politik kerajaan pusat di peringkat tempatan. Dalam asas ini, perancangan, pengubalan dasar dan pembiayaan atas suatu urusan merupakan hak prerogatif kerajaan pusat, manakala kerajaan tempatan, tidak mempunyai pilihan lain kecuali melaksanakan dasar mengikut arahan dan petunjuk dari kerajaan pusat.

Asas-asas ini, ditafsirkan secara berbeza, namun kenyataannya peranan kerajaan pusat menjadi sangat utama. Selama 32 tahun kuasa pentadbiran “orde baru”, kerajaan tempatan hanya memainkan peranan politik sebagai instrumen kerajaan pusat (Sulardi dan Sulistyaningsih, 2017). Dalam hal sebenarnya, asas desentralisasi memberikan peluang kepada kerajaan tempatan untuk mengatur urusan atau daerahnya sendiri.

Namun demikian, pelaksanaan asas dekonsentrasi secara formal, adalah lebih kuat daripada asas desentralisasi (politik). Salah satu sebabnya ialah, peraturan yang menyokong pelaksanaan undang-undang tersebut tidak dibentuk sampai jangka waktu yang cukup lama (Riant Nugroho, 2002).

Kelewatan pentadbiran “orde baru” mengeluarkan peraturan pelaksanaan ini; iaitu, Peraturan Pentadbiran No.45 Tahun 1992 menunjukkan bahawa kerajaan “orde baru” belum rela dengan dasar autonomi tempatan. Ledge dalam Riant Nugroho (2002) menilai dasar kerajaan “orde baru” mengenai autonomi tempatan, masih dicirikan oleh rasa penjajah (*colonial flavour*), yang meletakkan desentralisasi (politik) untuk kepentingan kerajaan pusat dalam menarik kekayaan kerajaan tempatan.

#### **4.2.4.2 Undang Undang No.5 Tahun 1979**

Pada dasarnya, kawasan autonomi di Indonesia secara normatif berakhir di peringkat *kabupaten/bandar* sahaja. Walau bagaimanapun, pentadbiran kampung dalam konteks penyelenggaraan desentralisasi, sesungguhnya adalah tidak sedikit peranannya.

Pada era “orde baru” atau berlaku Undang Undang Pentadbiran Kampung No.5 Tahun 1979 dikatakan bahawa, kuasa *atributif* ialah kuasa yang dimiliki dalam jawatan dan bukan dalam organisasi induk. Oleh itu, peranan ketua kampung adalah sangat penting sebagai pelaksana tertinggi di kawasan kampung. Dalam penyelenggaraan pentadbiran umum sebagai contoh, dilaksanakan melalui *tugas pembantuan* seperti dalam penghitungan data kependudukan, data cukai, agraria dan tata ruang. Hal ini menjadi fakta bahawa dalam konteks desentralisasi Indonesia dan sejarahnya, tidak terlepas daripada kewujudan pentadbiran kampung.

Bahagian seterusnya, persoalan bagaimana pentadbiran kampung diguna pakai dalam UU Kerajaan Tempatan sampai pentingnya merancang semula undang-undang khusus mengenai kampung, akan juga turut dibincangkan.

#### **4.2.5 Era “Reformasi”**

##### **4.2.5.1 Undang Undang No. 22 Tahun 1999**

Pada era “orde baru”, autonomi di peringkat tempatan tidak benar-benar dilaksanakan seperti yang diamanatkan dalam UU No.5 Tahun 1974. Hal ini menimbulkan rasa tidak puas hati di peringkat tempatan. Krisis kewangan yang melanda Indonesia sejak pertengahan 1996, adalah momentum berakhirnya era “orde baru” atau bermulanya era “reformasi”. Hal ini ditandai dengan lahirnya undang-undang pertama mengenai autonomi tempatan; iaitu, UU Kerajaan Tempatan No.22 Tahun 1999 dan UU Perimbangan Kewangan Antara Kerajaan Pusat dan Kerajaan Tempatan No.25 Tahun 1999. Oleh itu, UU No.5 Tahun 1974, UU No 5 Tahun 1979 dan PP No. 45 Tahun 1992 tidak berlaku lagi.

Dua perkara membezakan UU No.22 Tahun 1999 dengan UU No.5 Tahun 1974 (Setiawan, 2017; Rosidin, 2015; Wahidin, 2013; Syaukani, Gaffar dan Rasyid, 2002; Riant Nugroho, 2002).

Pertama, UU No.22 Tahun 1999, lebih menunjukkan spirit autonomi yang luas kepada kawasan autonomi, sama ada negeri mahupun daerah *kabupaten/bandar* daripada UU No.5 Tahun 1974. UU No.22 Tahun 1999, sudah mengatur penyerahan sebanyak mungkin kuasa pentadbiran yang berhubungkait dengan hal-hal domestik kepada kerajaan tempatan. Manakala itu, kuasa kerajaan pusat, ialah politik luar negeri, pertahanan dan keamanan, peradilan, moneter dan fiskal, agama serta kuasa sektor lain.

Kedua, UU No.5 Tahun 1974 memberikan keutamaan kepada peringkat negeri (Peringkat I) sebagai wakil pusat di peringkat tempatan, bukan sebagai kawasan autonomi. Manakala, *kabupaten/bandar* (Peringkat II), adalah daerah yang benar-benar autonomi. Dalam UU No.22 Tahun 1999, kerajaan tempatan adalah sebagai kawasan autonomi yang terbahagi kepada dua ruang lingkup (bukan peringkatan); iaitu, Negeri diberi status autonomi terhad dan *Kabupaten/Bandar* diberi status autonomi penuh.

Autonomi terhad, bermakna terdapat ruang yang tersedia bagi kerajaan pusat untuk melakukan urusan-urusannya di kerajaan negeri. Oleh itu, Gabenor, ialah ketua pentadbiran negeri yang autonomi, ia juga merupakan wakil kerajaan pusat di peringkat tempatan. Pelaksanaan desentralisasi (politik) dijalankan serentak dengan pelaksanaan dekonsentrasi. Manakala itu, autonomi penuh bermakna, tidak ada urusan-urusan kerajaan pusat di daerah *kabupaten/bandar*, kecuali untuk kelima bidang di atas. Oleh itu, mukim menjadi bahagian daripada *kabupaten/bandar*.

Sistem autonomi yang tidak berperingkat, menyebabkan tidak ada hubungan hierarki antara kerajaan negeri dan kerajaan daerah *kabupaten/bandar*. Dengan perkataan lain, kerajaan daerah *kabupaten/bandar* adalah bukan subordinat kerajaan negeri. Hubungan kedua-duanya berbentuk koordinasi, bimbingan dan pengawasan. Oleh itu, Gabenor sebagai wakil kerajaan pusat menyelaraskan tugas-tugas antara kerajaan daerah *kabupaten/bandar* dalam kawasannya; melakukan pengawasan terhadap kerajaan daerah *kabupaten/bandar* atas pelaksanaan pelbagai dasar kerajaan pusat; serta bertanggungjawab mengawasi penyelenggaraan pentadbiran berdasarkan autonomi di kawasan masing-masing (Kuncoro, 2014; Karim, 2011).

Daerah *kabupaten/bandar* mempunyai kuasa dan kebebasan untuk merancang dan melaksanakan dasar menurut inisiatif dan aspirasi masyarakatnya sendiri. Kuasa daerah ini merupakan seluruh kuasa bidang pentadbiran selain yang terkandung dalam Fasal 7 ayat 1 (kuasa kerajaan pusat). Ini bermakna kuasa kerajaan daerah merupakan baki daripada kuasa kerajaan pusat (Widjaja, 2017).

Kuasa kerajaan pusat di luar kelima bidang yang tidak dimiliki kerajaan tempatan, dihuraikan menjadi empat kuasa negeri dan 11 kuasa daerah *kabupaten/bandar*. Oleh yang demikian, pembahagian fungsi antara kerajaan pusat, kerajaan negeri dan kerajaan daerah *kabupaten/bandar*, merupakan bentuk piramid.

Manakala dalam undang-undang sebelumnya, pembahagian fungsi pentadbiran menyerupai piramid terbalik.

Fokus utama autonomi di peringkat tempatan pada hakikatnya, adalah sama dengan UU No.5 Tahun 1974 dan UU No.22 Tahun 1999; iaitu, di daerah *kabupaten/bandar*, bukan di peringkat negeri. Salah satu alasannya ialah, penyelenggaraan pentadbiran yang dilakukan oleh *kabupaten/bandar*, akan berkesan dan cekap kerana jarak antara penyedia perkhidmatan awam dan yang menerima perkhidmatan (ahli masyarakat) cukup dekat. Namun demikian, penyelenggaraan pentadbiran di daerah *kabupaten/bandar* bukan tidak mempunyai masalah, kerana dalam kenyataannya tidak semua daerah *kabupaten/bandar* memiliki potensi ekonomi dan sosial, jumlah penduduk, tahap pendidikan, luas wilayah serta keupayaan ekonomi yang sama (Kuncoro, 2014; Karim, 2011).

Kewujudan UU No.22 Tahun 1999 ini menimbulkan pro kontra di masyarakat. Pihak yang bersetuju menyatakan bahawa undang-undang ini sangat demokratik, kerana memberi kuasa kepada kerajaan tempatan seluas-luasnya. Manakala, pihak yang tidak bersetuju, menyatakan bahawa undang-undang ini masih bersifat separuh hati, kerana belum terjadi perubahan yang ketara terhadap autonomi di peringkat tempatan. Kuasa yang diurus oleh kerajaan pusat adalah masih banyak seperti dalam Fasal 7 ayat 1 UU No.22 Tahun 1999 dan dana perimbangan belum mencerminkan rasa keadilan (Kuncoro, 2014)

Namun demikian, terlepas daripada pro dan kontra, kehadiran UU No.22 Tahun 1999 ini cukup berbeza dengan undang-undang sebelumnya. Pergeseran daripada sisi desentralisasi pentadbiran kepada sisi desentralisasi politik telah berlaku. Maknanya ialah, kawasan yang sebelum ini sangat bergantung kepada dasar kerajaan pusat menjadi lebih bersendiri dalam melaksanakan urusan-urusan di peringkat tempatan. Akta ini juga telah memberi motivasi kepada masyarakat di peringkat tempatan untuk ikut secara

aktif dalam penyelenggaraan pentadbiran dan pembangunan sesuai dengan batas-batas kuasa yang dimiliki (Rosidin, 2015; Wahidin, 2013).

#### **4.2.5.2 Undang Undang No.32 Tahun 2004**

Undang-undang ini lahir utamanya hasil daripada pengubalan semula *UUD* 1945. UU ini menyebutkan kawasan autonomi dipimpin oleh ketua kerajaan tempatan sama ada Gabenor mahupun *Bupati/Datuk* Bandar yang diundi secara langsung melalui pilihan raya umum. Oleh itu, pengundian ketua di peringkat tempatan ini diamalkan dalam satu-satu undang-undang yang baru; iaitu, UU No.32 Tahun 2004 (Sulardi dan Sulistyaningsih, 2017).

Setelah UU No.32 Tahun 2004 dikuatkuasakan, maka secara automatik UU No.22 Tahun 1999 tidak efektif lagi. Kehadiran undang-undang ini diikuti dengan kehadiran UU Perimbangan Kewangan Antara Kerajaan Pusat dan Kerajaan Tempatan No.33 Tahun 2004, sebagai pengganti daripada UU No.25 Tahun 1999.

Seterusnya, dijelaskan beberapa perubahan dalam UU No.32 Tahun 2004 berbanding dengan UU No.22 Tahun 1999 (Ayunita dan Asman, 2016; Rosidin, 2015; Kuncoro, 2014; Wahidin, 2013).

Pertama, hubungan hierarki antara pentadbiran daerah *kabupaten/bandar* dan pentadbiran negeri serta antara pentadbiran negeri dan pentadbiran pusat dalam UU No.32 Tahun 2004 semakin diperjelas. Pentadbir pusat melaksanakan koordinasi, pengawasan dan penilaian terhadap pentadbiran di bawahnya. Hal yang sama berlaku antara pentadbir negeri dan pentadbir daerah *kabupaten/bandar*.

Pentadbiran negeri dan petadbiran daerah *kabupaten/bandar* dalam dalam UU No.22 Tahun 1999 masing-masing berdiri sendiri dan tidak mempunyai hubungan hierarki sama sekali. Sebagai akibatnya, ketua kerajaan daerah *kabupaten/bandar* menganggap Gabenor bukanlah atasan mereka.

Kedua, UU No.22 Tahun 1999 menggunakan istilah pembahagian kuasa. Manakala dalam UU No.32 Tahun 2004 istilah tersebut diganti menjadi pembahagian urusan. Kerajaan tempatan menyelenggara urusan pentadbiran yang menjadi kuasanya kecuali urusan pentadbiran yang oleh undang-undang ditentukan menjadi urusan kerajaan pusat; iaitu, politik luar negeri; pertahanan; keselamatan; peradilan, kewangan dan fiskal nasional; dan agama.

Dalam menyelenggara urusan pentadbiran, pentadbiran tempatan menjalankan autonomi seluas-luasnya untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pentadbiran berdasarkan asas autonomi dan *tugas pembantuan*.

Ketiga, penetapan kuasa dalam UU No.22 Tahun 1999 kurang jelas. Kuasa kerajaan pusat dan kuasa kerajaan tempatan dapat diketahui melalui PP No.25 Tahun 2000. Namun demikian, pengaturan kuasa kerajaan daerah *kabupaten/bandar* hingga akhir batas waktu yang telah ditentukan oleh UU No.22 Tahun 1999 belum juga dikeluarkan. Hal ini menyebabkan daerah *kabupaten/bandar* mentafsirkan sendiri-sendiri kuasanya. Manakala dalam UU No.32 Tahun 2004 pula, kuasa pentadbiran jelas dinyatakan dalam Fasal 13; iaitu, urusan wajib yang menjadi kuasa kerajaan negeri, merupakan urusan di bawah skop negeri. Manakala, Fasal 14 menegaskan bahawa urusan wajib yang menjadi kuasa kerajaan daerah *kabupaten/bandar*, merupakan urusan di bawah *kabupaten/bandar*.

Daripada huraihan di atas, terdapat perbezaan yang ketara antara UU No. 32 Tahun 2004 dengan undang-undang sebelumnya (Rosidin, 2015; Kuncoro, 2014; Wahidin, 2013).

Pertama, perkataan kuasa digantikan menjadi urusan. Kata kuasa dan urusan merupakan dua perkara yang berbeza secara ketara. Kata urusan merupakan sebahagian daripada kuasa. Oleh itu, kuasa kerajaan tempatan menjadi kecil kerana ia hanya sekadar urusan pentadbiran. Manakala itu, kuasa membawa maksud yang lebih luas.

Kedua, perubahan pembahagian kuasa antara kerajaan pusat dan kerajaan tempatan. Dalam UU No.22 Tahun 1999, kerajaan tempatan mempunyai kuasa bagi semua urusan pentadbiran kecuali yang menjadi kuasa kerajaan pusat. Namun dalam UU No.32 Tahun 2004 perkara ini tidak wujud lagi. Beberapa kuasa tempatan ditarik kembali menjadi kuasa kerajaan pusat. Kuasa kerajaan tempatan menjadi terhad, kerana kuasanya bukan merupakan urusan pentadbiran yang sepenuhnya, tetapi dibahagikan dengan kuasa kerajaan pusat, dibahagikan lagi dengan kuasa kerajaan negeri dan kuasa kerajaan daerah *kabupaten/bandar*.

Ketiga, kedudukan Gabenor adalah sebagai wakil kerajaan pusat. Dalam UU No.22 Tahun 1999, kedudukan Gabenor hanya sebagai penyelaras, manakala dalam UU No.32 Tahun 2004 kedudukannya begitu kuat sebagai wakil kerajaan pusat di peringkat tempatan.

#### **4.2.5.3 Undang Undang No.23 Tahun 2014**

Undang-undang ini digubal untuk mempraktikkan dengan lebih spesifik kaedah-kaedah yang berhubungkait dengan pentadbiran di peringkat tempatan dalam undang-undang masing-masing. Tiga rancangan undang-undang di peringkat tempatan, sama ada dalam peringkat kerajaan mahupun Dewan Undangan sering disebut dengan pakej Rancangan Undang-Undang (*RUU*) Kerajaan Tempatan.

Ketiga *RUU* tersebut akhirnya masing-masing menjadi undang-undang; iaitu, UU Kampung No.6 Tahun 2014, UU Pengundian Gabenor, *Bupati*, dan Datuk Bandar No.22 Tahun 2014 dan UU Kerajaan Tempatan No.23 Tahun 2014. Oleh itu, setelah UU No.23 Tahun 2014 berlangsung, maka secara automatik UU No.32 Tahun 2004 tidak berlaku lagi.

Empat perkara utama dapat membezakan undang-undang yang baru ini dengan yang sebelumnya.

Pertama, pengaturan tentang pengundian ketua kerajaan tempatan dan wakil ketua kerajaan tempatan secara langsung, yang sebelumnya terdapat dalam UU No.23 Tahun 2004 dikeluarkan dan digubal menjadi undang-undang yang baru; iaitu, UU No. 22 Tahun 2014. Undang-undang ini akhirnya diganti lagi dengan UU Penetapan Peraturan Pentadbiran Pengganti UU No. 1 Tahun 2014 No.1 Tahun 2015. Kedua, pengaturan mengenai kampung yang sebelumnya diatur dalam UU No.32 Tahun 2004, dikeluarkan dan diatur dalam undang-undang terpisah; iaitu, UU No.6 Tahun 2014. Ketiga, urusan pentadbiran diuraikan lebih khusus dan lebih terperinci dalam undang-undang ini. Keempat, peranan Gabenor sebagai wakil kerajaan pusat di peringkat tempatan adalah semakin besar dalam UU No.23 Tahun 2014. Dua hal terakhir ini menjadi fokus penyelidikan ini.

Menurut UU No.23 Tahun 2014, urusan pentadbiran terdiri daripada urusan pentadbiran mutlak, urusan pentadbiran serentak dan urusan pentadbiran umum. Urusan pentadbiran mutlak merupakan urusan pentadbiran yang sepenuhnya menjadi kuasa kerajaan pusat yang terdiri daripada: politik luar negeri; pertahanan; keselamatan; kehakiman; kewangan; fiskal nasional; dan agama (UU No.23 Tahun 2014 Fasal 10 ayat 3).

Penyelenggaraan urusan pentadbiran mutlak ini, kerajaan pusat boleh melaksanakan sendiri atau mendelegasikan kuasa kepada organisasi tegak yang ada di daerah atau Gabenor sebagai wakil kerajaan pusat berdasarkan asas dekonsentrasi.

Dalam UU No.32 Tahun 2014 Fasal 12, terdapat 31 urusan pentadbiran serentak, yang terdiri daripada urusan pentadbiran wajib dan urusan pentadbiran pilihan, yang dibahagikan antara pentadbiran pusat, negeri dan daerah *kabupaten/bandar*. Urusan pentadbiran serentak yang diserahkan kepada pentadbiran tempatan menjadi asas pelaksanaan autonomi di peringkat tempatan.

Urusan pentadbiran wajib dibahagikan atas urusan pentadbiran wajib yang berhubungkait dengan perkhidmatan asas dan yang tidak berhubungkait dengan perkhidmatan asas. Urusan pentadbiran wajib yang berhubungkait dengan perkhidmatan asas, berdasarkan piawaian perkhidmatan adalah minima dalam menjamin hak-hak perlembagaan masyarakat (Jadual 4.1).

**Jadual 4.1: Urusan Pentadbiran Serentak yang Diserahkan kepada Pentadbir Tempatan Sesuai dengan UU No.23 Tahun 2014**

Urusan Wajib Kerajaan Berhubungkait dengan Perkhidmatan Dasar	Urusan Wajib Kerajaan yang Tidak Berhubungkait dengan Perkhidmatan Dasar
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. pendidikan;</li> <li>2. <b>kesihatan;</b></li> <li>3. pekerjaan umum dan perancangan pembangunan;</li> <li>4. perumahan rakyat dan kawasan kejiranan;</li> <li>5. ketenteraman, keselamatan awam, dan pelindungan masyarakat; serta</li> <li>6. kebajikan sosial.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. tenaga kerja;</li> <li>2. pemeriksaan wanita dan perlindungan kanak-kanak;</li> <li>3. pemakanan;</li> <li>4. hartanah;</li> <li>5. alam sekitar;</li> <li>6. pentadbiran kependudukan dan benci awam;</li> <li>7. pemeriksaan masyarakat dan kampung;</li> <li>8. pengendalian penduduk dan perancangan keluarga;</li> <li>9. pengangkutan;</li> <li>10. komunikasi dan maklumat;</li> <li>11. koperasi, perusahaan kecil, dan sederhana; suntikan modal;</li> <li>12. belia dan sukan;</li> <li>13. statistik;</li> <li>14. perlindungan maklumat;</li> <li>15. kebudayaan,</li> <li>16. perpustakaan; dan</li> <li>17. arkib.</li> </ol>
Urusan Pentadbiran Pilihan meliputi:	Urusan Pentadbiran Pilihan meliputi:
<ol style="list-style-type: none"> <li>a. laut dan perikanan;</li> <li>b. pelancongan;</li> <li>c. pertanian;</li> <li>d. perhutanan;</li> <li>e. tenaga asli dan sumber mineral;</li> <li>f. perdagangan;</li> <li>g. perindustrian; dan</li> <li>h. pemindahan.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. kelautan dan perikanan;</li> <li>b. pelancongan;</li> <li>c. pertanian;</li> <li>d. kehutanan;</li> <li>e. tenaga dan sumber daya mineral;</li> <li>f. perdagangan;</li> <li>g. perindustrian; dan</li> <li>h. transmigrasi.</li> </ol>

Sumber: Diringkaskan daripada UU No.23 Tahun 2014

Pembahagian urusan pentadbiran serentak antara kerajaan pusat, negeri dan daerah berdasarkan asas akauntabiliti, kecekapan, eksternal, serta kepentingan strategik negara.

Atas dasar itu, urusan pentadbiran yang menjadi kuasa kerajaan pusat, ialah urusan pentadbiran yang lokasi dan penggunaannya pada batas negeri; manfaat atau batas negatifnya pada batas negeri; penggunaan sumber dayanya lebih berkesan jika dilaksanakan oleh kerajaan pusat; dan mempunyai peranan strategik bagi kepentingan kebangsaan.

Urusan pentadbiran yang menjadi kuasa negeri, ialah urusan pentadbiran yang lokasi dan penggunaannya pada sepadan daerah; manfaat atau sepadan negatifnya pada sepadan daerah; dan penggunaan sumber dayanya lebih berkesan jika dilaksanakan oleh pentadbir negeri.

Manakala urusan pentadbiran yang menjadi kuasa daerah, ialah urusan pentadbiran yang terletak dan penggunaannya dalam daerah; manfaat atau kesan negatifnya hanya dalam daerah; dan penggunaan sumber dayanya lebih berkesan jika dilaksanakan oleh pentadbiran daerah.

Selain urusan pentadbiran mutlak dan urusan pentadbiran serentak, undang-undang ini juga mengenal urusan pentadbiran umum. Urusan pentadbiran umum menjadi kuasa Presiden sebagai ketua pentadbiran yang berhubungkait dengan penyelenggaraan ideologi *Pancasila*, *UUD Negara RI* tahun 1945, *Bhinneka Tunggal Ika*<sup>8</sup>, menjamin hubungan yang serasi berdasarkan suku, agama, bangsa dan antara golongan sebagai tonggak kehidupan berbangsa dan bernegara, serta memudahkan kehidupan demokratik.

Dalam pelaksanaan urusan pentadbiran umum di peringkat tempatan, Presiden mendelegasikan kepada Gabenor sebagai ketua pentadbiran negeri dan kepada *Bupati/Datuk Bandar* sebagai ketua pentadbiran *kabupaten/bandar*.

---

<sup>8</sup> *Bhinneka Tunggal Ika* adalah semboyan bangsa Indonesia, tertulis pada lambang negara Indonesia iaitu *Garuda Pancasila* yang bermakna berbeza-beza tetapi tetap satu.

## **4.3 Desentralisasi Sektor Kesihatan di Indonesia**

### **4.3.1 Kedudukan Urusan Pentadbiran dalam Sektor Kesihatan Menurut UU No. 23 Tahun 2014**

Desentralisasi dalam penyelenggaraan pentadbiran kerajaan, seperti yang dijelaskan sebelum ini, boleh diaplikasikan untuk memahami desentralisasi dalam sektor kesihatan (Achmadi, 2014). Namun demikian, perbahasan dalam sektor kesihatan, adalah sedikit lebih kompleks. Hal ini kerana, sektor kesihatan berhubungkait dengan hak-hak asas daripada setiap warganegara yang pelaksanaannya menuntut keadilan dan kesaksamaan untuk mendapat akses dan perkhidmatan kesihatan yang layak.

Sesuai dengan UU Kerajaan Tempatan No. 23 Tahun 2014, dalam Bab IV Fasal 11, urusan pentadbiran serentak yang menjadi kuasa kerajaan tempatan, terdiri daripada Urusan Pentadbiran Wajib dan Urusan Pentadbiran Pilihan. Urusan Pentadbiran Wajib terdiri daripada urusan pentadbiran yang berhubungkait dengan perkhidmatan asas dan urusan pentadbiran yang tidak berkaitan dengan perkhidmatan asas.

Kesihatan merupakan salah satu urusan pentadbiran wajib yang berhubungkait dengan perkhidmatan asas yang menjadi kuasa kerajaan tempatan. Sektor kesihatan dikatakan sebagai perkhidmatan asas, kerana ia merupakan wujud perkhidmatan awam untuk memenuhi keperluan asas warganegara. Hal ini bermakna, pentadbiran kabupaten/bandar bertanggungjawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan perkhidmatan kesihatan awam untuk meningkatkan darjah kesihatan masyarakat di kawasannya.

Selaras dengan keluarnya UU No.23 Tahun 2014, terjadi pula perubahan dalam peraturan pelaksanaannya; iaitu, daripada *PP* No.25 Tahun 2000 kepada *PP* No. 38 Tahun 2007. Ini berhubungkait dengan struktur perkhidmatan dan sumber pembiayaan sektor kesihatan.

Menurut *PP* No. 38 Tahun 2007 Fasal 12 ayat 1, penyelenggaraan urusan pentadbiran, berhubungkait dengan perkhidmatan asas. Oleh itu, setiap bidang urusan

pentadbiran terdiri daripada sub-bidang dan setiap sub-bidang terdiri daripada sub-sub bidang. Sub-urusan pentadbiran sektor kesihatan terdiri daripada usaha kesihatan, sumber manusia kesihatan, persediaan farmasi, alat kesihatan dan makanan minuman. Urusan pentadbiran ini dibahagikan antara kerajaan pusat (Kementerian Kesihatan) dan kerajaan tempatan (jabatan kesihatan tempatan).

Manakala dalam *PP* No. 25 Tahun 2000, pembahagian kuasa belum dilakukan dengan lebih terperinci antara kerajaan pusat, negeri dan *kabupaten/bandar*.

Kerajaan pusat dan kerajaan tempatan, sama ada itu kerajaan negeri mahupun *kabupaten/bandar*, memiliki tanggungjawab dalam sektor kesihatan. Kerajaan pusat dalam urusan pentadbiran serentak menetapkan norma, piawaian, prosedur dan kriteria (*NSPK*) yang berupa peraturan pentadbiran (*PP* No. 38 Tahun 2007).

Seterusnya, peraturan pentadbiran ini menjadi panduan bagi pentadbiran tempatan untuk menyelenggarakan dasar di peringkat tempatan. Jika dasar tempatan di peringkat tempatan, tidak berpanduan dalam *NSPK*, maka kerajaan pusat membatalkan dasar itu. Namun demikian, jika dua tahun *NSPK* belum dirancang dalam bentuk peraturan pentadbiran, maka kerajaan tempatan boleh mengeluarkan dasar di peringkat tempatan (Kuncoro, 2014).

#### **4.3.2 Jabatan Tempatan (Jabatan Kesihatan Negeri dan Jabatan Kesihatan**

##### ***Kabupaten/Bandar)***

Sektor kesihatan di Indonesia, mengalami perubahan setelah berakhirnya masa “orde baru” (UU No.5 Tahun 1974). Namun demikian, dalam UU yang terakhir (UU No.23 Tahun 2014) organisasi peranti di peringkat tempatan dalam sektor kesihatan, tidak mengalami perubahan, kerana masih menggunakan *PP* No.41 Tahun 2007 sebagaimana digunakan juga dalam UU No.32 Tahun 2004. Manakala itu, organisasi pentadbiran tempatan, dalam UU No.22 Tahun 1999 menggunakan *PP* No.8 Tahun 2003.

Peraturan Pemerinta (*PP*) No.41 Tahun 2007, istilah jabatan tempatan merujuk kepada jabatan negeri dan jabatan daerah *kabupaten/bandar*. Manakala dalam *PP* No. 8 Tahun 2003, antara jabatan negeri dan jabatan daerah *kabupaten/bandar* dibezakan. Walaupun istilah yang digunakan berbeza, pada hakikatnya, peranan jabatan tempatan sama ada negeri maupun daerah *kabupaten/bandar*, adalah sama; iaitu, sebagai pelaksana pembangunan kesihatan di peringkatan tempatan. Manakala itu, jabatan daerah *kabupaten/bandar*, merupakan fokus daripada autonomi di Indonesia (Jadual 4.2).

**Jadual 4.2: Peranan Jabatan Tempatan (Jabatan Negeri dan Jabatan Daerah *Kabupaten/Bandar*)**

<i>PP Panduan Organisasi Tempatan No.8 Tahun 2003</i>	<i>Perangkat</i>	<i>PP Organisasi Perangkat Tempatan No.41 Tahun 2007</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jabatan negeri merupakan unsur pelaksana pentadbir negeri yang dipimpin oleh seorang ketua yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Gabenor melalui Setiausaha negeri.</li> <li>- Jabatan negeri mempunyai tugas melaksanakan kuasa desentralisasi dan boleh ditugaskan untuk melaksanakan penyelenggaraan kuasa yang dilimpahkan oleh pentadbir pusat kepada Gabenor selaku wakil pentadbir pusat dalam merangka dekonsentrasi.</li> <li>- Jabatan daerah <i>kabupaten/bandar</i> merupakan unsur pelaksana pentadbir <i>kabupaten/bandar</i> yang dipimpin oleh seorang ketua yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada <i>Bupati/Datuk Bandar</i> melalui Setiausaha <i>kabupaten/bandar</i>.</li> <li>- Jabatan daerah <i>kabupaten/bandar</i> mempunyai tugas melaksanakan kuasa desentralisasi.</li> <li>- Jabatan daerah <i>kabupaten/bandar</i> menyelenggarakan fungsi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- penggubalan dasar teknikal sesuai dengan skop tugasnya;</li> <li>- pemberian pelesenan dan pelaksanaan perkhidmatan umum;</li> <li>- pembimbingan terhadap unit pelaksana teknikal jabatan</li> </ul> </li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jabatan negeri dan daerah merupakan unsur pelaksana autonomi di peringkat tempatan.</li> <li>- Jabatan negeri dan daerah mempunyai tugas melaksanakan urusan pentadbiran tempatan berdasarkan asas autonomi dan <i>tugas pembantuan</i>.</li> <li>- Jabatan negeri dan daerah dalam melaksanakan tugas menyelenggarakan fungsi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- penggubalan dasar teknikal sesuai dengan skop tugasnya;</li> <li>- penyelenggaraan urusan pentadbiran dan perkhidmatan umum sesuai dengan skop tugasnya;</li> <li>- pembimbingan dan pelaksanaan tugas sesuai dengan skop tugasnya; dan</li> <li>- pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh gabenor sesuai dengan tugas dan fungsinya.</li> </ul> </li> </ul> <p>Dalam jabatan negeri dan daerah boleh dibentuk unit pelaksana teknikal jabatan untuk melaksanakan sebahagian kegiatan teknikal operasi dan/atau kegiatan teknikal penunjang yang mempunyai kawasan kerja satu atau beberapa <i>kabupaten/bandar</i>.</p>

<i>PP Panduan Organisasi Perangkat Tempatan No.8 Tahun 2003</i>	<i>PP Organisasi Perangkat Tempatan No.41 Tahun 2007</i>
---	--

*kabupaten/bandar dalam skop tugasnya.*

Sumber: Diringkaskan dari *PP* No.8 Tahun 2003 dan *PP* No.41 Tahun 2007, 2014

Dalam sektor kesihatan, peranan sebagai pelaksana operasi kesihatan, ialah hospital kerajaan pusat dan kerajaan tempatan. Ia sama ada di negeri maupun daerah *kabupaten/bandar* serta Pusat Kesihatan Masyarakat yang berlokasi di kawasan mukim (Jadual 4.3). Manakala pembiayaan untuk urusan kesihatan, merupakan peranan kerajaan pusat dan kerajaan tempatan.

#### **Jadual 4.3: Jumlah Kemudahan Kesihatan Mengikut Jenis di Lokasi Penyelidikan**

<b>Kemudahan</b>	<b>Medan</b>	<b>Binjai</b>	<b>Deli Serdang</b>	<b>Serdang Bedagai</b>
Hospital Kerajaan	10	3	3	2
Hospital Swasta	73	7	18	4
Pusat Kesihatan Masyarakat	39	8	34	20
Pusat Kesihatan Masyarakat Pembantu	41	16	106	76
Dewan Perubatan Umum	945	158	83	413
Pusat Kesihatan Kampung	151	16	196	225
Pusat Khidmat Bersepadu	1390	237	1438	814
Jumlah	259	445	1040	1554

Sumber: *BPS*, Sumatera Utara dalam Angka 2015, 2015

Peranan sebagai penggubal dasar, dilaksanakan oleh kerajaan pusat dalam hal ini; Kementerian Kesihatan yang berhubungkait dengan penggubalan sistem kesihatan secara nasional. Manakala itu, penggubalan dasar di peringkat tempatan, merupakan tugas daripada Jabatan Kesihatan Negeri dan Jabatan Kesihatan *Kabupaten/Bandar*.

#### **4.3.3 Pusat Kesihatan Masyarakat sebagai Unit Pelaksana Teknikal Jabatan Kesihatan *Kabupaten/Bandar***

Pusat Kesihatan Masyarakat merupakan unit pelaksana teknikal jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*. Ia bertanggung jawab melaksanakan pembangunan kesihatan di kawasan kerjanya; iaitu, mukim. Sebagai unit pelaksana teknikal, Pusat Kesihatan Masyarakat, memiliki fungsi/peranan untuk melaksanakan sebahagian daripada tugas

teknikal operasional jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* yang langsung berhubungan dengan masyarakat. Oleh itu, Pusat Kesihatan Masyarakat, dikatakan sebagai muka hadapan pembangunan kesihatan di Indonesia.

Menurut Peraturan Kementerian Kesihatan No.75 Tahun 2014, Fasal 1 ayat (2), Pusat Kesihatan Masyarakat, ialah kemudahan perkhidmatan kesihatan yang menyelenggara usaha kesihatan masyarakat dan usaha kesihatan perseorangan tahap pertama. Ia usaha yang merangkumi usaha kesihatan masyarakat wajib dan usaha kesihatan masyarakat pembangunan.

Perkhidmatan kesihatan yang dilaksanakan di Pusat Kesihatan Masyarakat, lebih mengutamakan usaha promotif dan pencegahan dengan dibantu oleh tenaga perubatan seperti doktor, doktor gigi, pakar, bidan dan jururawat (Jadual 4.4).

#### **Jadual 4.4: Jumlah Kakitangan Perubatan Mengikut Jenis di Lokasi Penyelidikan**

Kakitangan Kesihatan	Medan	Binjai	Deli Serdang	Serdang Bedagai
Doktor	870	35	159	103
Doktor Gigi	274	50	75	18
Pakar	1849	156	41	92
Bidan	1535	661	1354	698
Jururawat	5280	1103	581	406
Jumlah	4.528	1002	1.629	911

Sumber: BPS, Sumatera Utara dalam Angka 2015, 2015

#### **4.3.4 Perancangan dan Program Kesihatan di Pusat Kesihatan Masyarakat**

Pada era “reformasi”, jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* mempunyai peranan yang besar dan penting dalam perancangan kesihatan daerah. Peranan ini berjaya, kerana jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, sebagai pelaksana sektor kesihatan; dekat dengan masyarakat. Oleh yang demikian, jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* diharapkan mampu merancang rancangan-rancangan pembangunan yang berasaskan keadaan dan keperluan daerah dengan sentiasa memperhatikan keutamaan kebangsaan.

Pusat Kesihatan Masyarakat menyelenggara usaha kesihatan masyarakat dalam bentuk program wajib dan program pembangunan. Jumlah program kesihatan asas atau

wajib, adalah enam (*the Six Basic*). Manakala jumlah program pembangunan adalah lebih kurang 12 program.

Kejayaan pelaksanaan program-program kesihatan di Pusat Kesihatan Masyarakat, merupakan kejayaan daripada pembangunan kesihatan di daerah *kabupaten/bandar*. Seterusnya, kejayaan pembangunan kesihatan di *kabupaten/bandar* merupakan kejayaan pembangunan kesihatan negeri dan akhirnya menjadi kejayaan pembangunan kesihatan nasional.

Sektor kesihatan pula, merupakan salah satu sektor yang memiliki sasaran-sasaran untuk mewujudkan Visi Indonesia Masa Depan<sup>9</sup> seperti dinyatakan dalam *Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat*<sup>10</sup> No.VII Tahun 2001 (Kuncoro, 2012).

Dalam sektor kesihatan, *Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD)*, *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD)* dan *Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD)* *kabupaten/bandar*, mesti merujuk pada *RPJPD*, *RPJMD*, dan *RKPD* negeri serta *Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN)*, *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN)*, *Rencana Kerja Pemerintah (RKP)* dan dasar pembangunan nasional yang ditetapkan oleh kerajaan.

Seterusnya, jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, menyusun *Rencana Strategik (Renstra)* yang mengandungi visi, misi, matlamat, strategi, dasar, program dan kegiatan pembangunan kesihatan yang berpandu pada *RPJPD*, *RPJMD* dan *RKPD* sektor kesihatan. Berasaskan *Renstra* ini, disusun *Rencana Kerja (Renja)* yang merupakan dokumen perancangan untuk tempoh satu tahun.

---

<sup>9</sup> Visi diuraikan menjadi misi Pembangunan Nasional dan Arah, Tahapan dan Keutamaan Pembangunan Jangka Panjang Tahun 2005-2025 seperti disenaraikan dalam UU *Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN)* Tahun 2005-2025 No.17 Tahun 2007. Terdapat lapan buah misi pembangunan jangka panjang yang selanjutnya dirancang menjadi keutamaan utama pembangunan dalam *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN)*. RPJMN ini disusun sesuai dengan visi, misi, dan program Presiden yang tetap berpanduan dalam *RPJPN*. RPJMN ini seterusnya diuraikan menjadi *Rencana Kerja Pemerintah (RKP)*.

<sup>10</sup> Hierarki peraturan perundang-undangan di Indonesia berdasarkan pada UU No.12 Tahun 2011, Fasal 7 ayat 11 ialah: Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945; *Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat*; *Undang-Undang/Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang*; *Peraturan Pemerintah*; *Peraturan Presiden*; *Peraturan Daerah Provinsi*; dan *Peraturan Daerah Kabupaten/Kota*.

Salah satu sasaran daripada *RPJMN* sektor kesihatan ialah, program Matlamat Pembangunan Milenium (*MDGs*) sektor kesihatan yang bermula dari tahun 2000 hingga akhir tahun 2015. Hal ini kerana Indonesia merupakan salah satu negara daripada 189 negara anggota Pertubuhan Bangsa-Bangsa Bersatu yang menandatangani perjanjian *MDGs*.

*MDGs* mengupayakan pencapaian lapan matlamat bersama pada tahun 2015; iaitu, pengurangan kemiskinan, pencapaian pendidikan dasar, kesaksamaan jantina, pemberian kesihatan ibu dan anak, pengurangan kekerapan penyakit berjangkit, perlindungan alam sekitar hidup, dan kerja sama global. Tiga dari program *MDGs* adalah terangkum dalam sektor kesihatan.

Di peringkat Pusat Kesihatan Masyarakat, *Renja* jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, disenaraikan menjadi *Rancangan Usulan Kegiatan (RUK)* selama tempoh satu tahun dan selanjutnya disenaraikan lagi menjadi tempoh bulanan. *RUK* ini dibangunkan dengan memasukkan anggaran daripada setiap kegiatan atau aktiviti yang disebut dengan; *Rencana Kerja dan Anggaran (RKA)*. Seterusnya *Rencana Pelaksana Kegiatan (RPK)*, dirancang sebagai strategi pelaksanaan aktiviti secara bersepadu. Oleh itu, program-program *MDGs* sektor kesihatan yang dimasukkan dalam *RPJM* sektor kesihatan, menjadi sasaran kerja Pusat Kesihatan Masyarakat yang mesti dicapai.

Pelbagai langkah dilaksanakan oleh Pusat Kesihatan Masyarakat dalam merancang rencana kerja; iaitu, menyusun cadangan kegiatan, mencadangkan kegiatan dan menyusun pelan pelaksanaan kegiatan.

Pertama, menyusun usulan kegiatan yang dilaksanakan dengan memperhatikan pelbagai dasar, sama ada peringkat nasional mahupun tempatan, serta masalah atau keperluan masyarakat dengan mempertimbangkan kemampuan Pusat Kesihatan Masyarakat. Cadangan ini disusun dalam bentuk matriks (*Gantt Chart*) yang

mengandungi butir-butir kegiatan, tujuan, sasaran, besaran kegiatan (volume), masa, lokasi serta anggaran keperluan bayaran untuk setiap aktiviti.

Kedua, mencadangkan kegiatan-kegiatan tersebut ke jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* untuk mendapat persetujuan pembiayaan.

Ketiga, menyusun rancangan pelaksanaan kegiatan yang telah dipersetujui oleh jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* dalam bentuk *RPK* dengan menggunakan matriks yang dilengkapi dengan pemetaan kawasan.

#### **4.3.5 Pembiayaan Kesihatan**

UU Kesihatan No.36 Tahun 2009 menyebutkan bahawa, pembiayaan kesihatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesihatan yang berterusan dengan jumlah yang mencukupi, peruntukan secara adil dan pemanfaatan.

Secara umum, pembiayaan kesihatan dapat dibezaikan menjadi tiga sumber; iaitu,: (1) bajet atau anggaran kerajaan, (2) anggaran bukan kerajaan, dan (3) program Jaminan Kesihatan Nasional (*JKN*). Walau bagaimanapun, kajian ini hanya fokus pada sumber yang pertama sahaja.

#### **4.3.6 Pembiayaan Perkhidmatan Kesihatan Melalui Dana APBD**

*APBD* terdiri daripada pendapatan dari *Pendapatan Asli Daerah (PAD)*<sup>11</sup>, Dana Bagi Hasil (*DBH*), *Dana Alokasi Umum (DAU)* dan *Dana Alokasi Khusus (DAK)*. Majoriti kawasan autonomi di Indonesia, termasuk semua daerah *kabupaten/bandar* di Sumatera Utara, bergantung kepada *APBD* dalam membiayai program perkhidmatan kesihatan awam. Namun demikian, pembiayaan ini bukan berasal daripada *PAD*. Prihal idealnya, pembiayaan perkhidmatan kesihatan awam dan juga pembiayaan program pembangunan yang menjadi kewajipan daerah, berpunca daripada *PAD*. Namun hal ini masih sukar dilaksanakan, kerana *PAD* negeri manapun daerah, masing-masing belum

<sup>11</sup> Pada dasarnya *Pendapatan Asli Daerah (PAD)* merujuk pada pendapatan asli sama ada negeri maupun *kabupaten/bandar*. Namun pada konteks ini *PAD* lebih ditujukan pada Daerah *kabupaten/bandar*.

mempunyai jumlah yang signifikan dalam membiayai semua program yang menjadi kewajipannya.

*PAD* ialah, dana yang didapatkan oleh kerajaan daerah daripada pendapatan cukai, *retribution*, *Badan Usaha Milik Daerah (BUMD)*, royalti dan pendapatan lain yang sah. Pentadbir daerah yang memiliki banyak hasil cukai, *retribution*, *Badan Usaha Milik Daerah (BUMD)* dan royalti akan memiliki jumlah *PAD* yang besar.

*DBH* ialah, dana yang diagihkan kerajaan pusat kepada ke kerajaan daerah, sama ada negeri mahupun *kabupaten/bandar*. Dana ini diperolehi daripada pendapatan cukai dan sumber semula jadi di peringkat daerah. Namun demikian, pihak yang melakukan pengutipan adalah kerajaan pusat.

*DAU* ialah, sejumlah dana yang diperuntukkan kepada setiap negeri mahupun daerah *kabupaten/bandar* yang autonomi diberikan setiap tahun sebagai dana pembangunan. Tujuan pemindahan *DAU* ke peringkat daerah, adalah untuk mewujudkan kesaksamaan kemampuan kewangan di peringkat daerah dalam membiayai keperluan negeri dan daerah *kabupaten/bandar* yang autonomi.

*DAK* ialah, peruntukan daripada *APBN* kepada negeri dan daerah *kabupaten/bandar* tertentu, dengan tujuan untuk membiayai kegiatan-kegiatan khusus yang merupakan urusan pentadbiran daerah dan sesuai dengan keutamaan kebangsaan.

Peraturan Pentadbiran Dana Perimbangan No.55 Tahun 2005, telah menggambarkan rumusan, penentuan peratusan, atau bahagian *DBH*, *DAU* dan *DAK* untuk setiap negeri atau daerah di peringkat tempatan<sup>12</sup>. Semua bentuk pembiayaan ini sama ada *DBH*, *DAU* dan *DAK* serta pendapatan lain, bersumber daripada *APBN*.

---

<sup>12</sup> Penentuan perkadaruan *DBH* adalah berdasarkan pada nilai perolehan cukai yang objeknya di suatu daerah dengan syarat bahawa 10 peratus daripada jumlah keseluruhan perolehan merupakan bahagian daripada kerajaan pusat dan 90 peratus daripada jumlah tersebut diedarkan ke kerajaan tempatan. Dengan ketentuan seperti ini, kawasan yang objek cukai pusatnya banyak layak untuk mendapatkan bahagian *DBH* yang besar. Manakala, pembahagian *DAU* antara negeri dan daerah dikira daripada perbandingan antara berat urusan pentadbiran yang menjadi kuasa negeri dan daerah. Dalam hal penentuan bahagian boleh dikira secara kualitatif dan jika tidak maka dapat dihitung secara kuantitatif. Bahagian *DAU* antara negeri dan daerah ditetapkan dengan pertimbangan 10 peratus dan 90 peratus. *DAU* di peringkat tempatan diperuntukkan berdasarkan pada formula yang terdiri daripada celah fiskal dan peruntukan asas. Celah fiskal merupakan perbezaan antara keperluan fiskal dan keupayaan fiskal. Manakala keperluan fiskal diukur dengan menggunakan pembolehubah jumlah penduduk, luas kawasan, Indeks Kemahiran Pementoran, Produk Domestik Regional Kasar per kapita, dan Indeks Pembangunan Manusia. *DAK* diperuntukkan kepada negeri atau daerah tertentu untuk membiayai kegiatan khusus yang merupakan sebahagian daripada program yang menjadi keutamaan kebangsaan dan yang menjadi urusan di

Seterusnya, negeri dan daerah *kabupaten*/bandar yang berautonomi, mempunyai kebebasan untuk memperuntukkan dana tersebut dalam semua sektor perkhidmatan pentadbiran. Namun penggunaan komponen *DAK* memiliki pengecualian; iaitu, terdapat sekatan dalam sektor penggunaan pentadbiran mana yang boleh digunakan.

#### **4.3.7 Pembiayaan Perkhidmatan Kesihatan Awam Melalui Dana APBN**

Kerajaan pusat melalui Kementerian Kesihatan, memiliki kuasa untuk merancang dasar dan mengagihkan bajet kesihatan bagi kawasan autonomi di peringkat negeri dan daerah *kabupaten*/bandar.

Kementerian Kesihatan dalam tahun 2015, mengagih dana yang diperuntukkan kepada kawasan autonom dalam tiga bentuk anggaran; iaitu,: Dana Dekonsentrasi, Dana *Tugas Pembantuan*, dan Bantuan Operasi Kesihatan (BOK).

##### **4.3.7.1 Dana Dekonsentrasi**

Dana dekonsentrasi, ialah dana daripada *APBN* yang diletakkan di bawah pengawasan Gabenor sebagai wakil pentadbiran pusat yang merangkumi semua penerimaan dan pengeluaran dalam pelaksanaan desentralisasi pentadbiran. Ini tidak termasuk dana yang diperuntukkan untuk organisasi tegak pentadbir pusat di peringkat tempatan.

Prinsip pembiayaan dekonsentrasi, adalah untuk membiayai pelaksanaan tugas dan kuasa Gabenor selaku wakil pentadbiran pusat di peringkat tempatan. Sifat kegiatan yang dibiayai ialah kegiatan bukan fizikal, seperti penyelarasan dan koordinasi perencanaan, fasiliti, bimbingan teknikal, latihan, kaunseling, penyeliaan, penyelidikan dan kaji selidik, pementoran dan pengawasan serta pengendalian.

---

peringkat tempatan. Negeri atau daerah dapat memperoleh peruntukan *DAK* berdasarkan pada kriteria umum, kriteria khusus dan kriteria teknikal. Jadi perbezaan utama antara *DAU* dan *DAK* adalah terletak dalam unsur objektif dan subjektif daripada kerajaan pusat dalam memberikan dana dan penentuan besaran dana yang akan dipindahkan. Jika *DAU* ditentuan dengan kriteria yang sangat objektif dengan ukuran-ukuran yang terperinci, maka *DAK* boleh sahaja ditentukan berdasarkan pada unsur subjektif daripada kerajaan pusat.

#### **4.3.7.2 Dana Tugas Pembantuan (*Medebewind*)**

*Tugas pembantuan* ialah, tugasan daripada pentadbir pusat kepada pentadbir tempatan dan/atau kampung atau sebutan lain dengan kewajipan melaporkan dan memberikan tanggungjawab pelaksanaannya kepada yang memberi tugasan.

Dana *tugas pembantuan* ialah, dana yang asalnya daripada APBN yang digunakan oleh negeri, *kabupaten/bandar* dan kampung. Ini merangkumi semua penerimaan dan pengeluaran untuk melaksanakan *tugas pembantuan*. Dana *tugas pembantuan* Kementerian Kesihatan, boleh diperuntukkan kepada jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*. Pembiayaan dalam *tugas pembantuan* diperuntukkan untuk aktiviti-aktiviti yang bersifat fizikal; iaitu, kegiatan yang menghasilkan luaran yang menambah aset tetap.

Aset tetap itu antara lain, membeli tanah, bangunan, alatan dan mesin, jalan, irigasi dan jaringan, pembelian barang habis pakai, seperti ubat-ubatan, vaksin, pembelian bibit dan baja, atau seumpamanya.

Peruntukan skema anggaran *tugas pembantuan* tahun 2015 di Kementerian Kesihatan, adalah sebanyak 8.44 peratus atau Rp 4.9 trilion yang tersebar di pelbagai kawasan dalam tiga program, iaitu: (1) Program Bina Pemakanan dan Kesihatan Ibu dan Anak, (2) Program Pementoran Upaya Kesihatan, dan (3) Program Kawalan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.

Perwujudan dana *tugas pembantuan* Kementerian Kesihatan dalam tahun 2015; iaitu, sejumlah Rp3.9 trlion daripada jumlah keseluruhan peruntukan Rp4.9 trlion atau sebanyak 83.62 peratus.

#### **4.3.7.3 Bantuan Operasi Kesihatan**

BOK, merupakan bantuan pentadbiran pusat kepada pentadbir tempatan. Bantuan ini untuk mempercepatkan pencapaian *MDGs* sektor kesihatan melalui peningkatan prestasi Pusat Kesihatan Masyarakat dan semua jaringannya dalam menyelenggarakan

perkhidmatan kesihatan awam. Dana BOK ialah, dana APBN Kementerian Kesihatan yang diagihkan kepada pentadbiran daerah *kabupaten/bandar* melalui mekanisme *tugas pembantuan*.

BOK merupakan pembiayaan tambahan operasi Pusat Kesihatan Masyarakat. Ia diharapkan mampu menyumbang pencapaian indikator pembangunan kesihatan secara nasional melalui pelbagai aktiviti yang dilakukan oleh Pusat Kesihatan Masyarakat.

Jabatan Kesihatan *kabupaten/bandar*, sebagai lanjutan daripada Kementerian Kesihatan, juga mempunyai peranan melakukan pembimbingan dan penilaian pelaksanaan BOK. Dengan adanya dana BOK ini, kakitangan kesihatan dan sukarelawan kesihatan, tidak lagi mengalami masalah dalam melakukan aktiviti untuk mendekatkan akses kesihatan kepada masyarakat.

Anggaran belanjawan dana dekonsentrasi di Sumatera Utara, dinyatakan belum maksima; iaitu, hanya mencapai hampir 80 peratus (Jadual 4.5). Namun demikian, anggaran belanjawan ini di Sumatera Utara sudah melampaui jumlah belanjawan di seluruh nasional; iaitu, sebanyak 70.87 peratus. Manakala anggaran belanjawan dana *tugas pembantuan* adalah 87 peratus. Ini telah melampaui jumlah anggaran belanjawan di seluruh nasional; iaitu, sebanyak 83.62 peratus. Anggaran belanjawan dana BOK pula, hampir sempurna; iaitu, 99.03 peratus. Manakala anggaran perbelanjaan nasional adalah kira-kira 98.17 peratus.

**Jadual 4.5: Butiran Dana Dekonsentrasi, *Tugas Pembantuan* dan BOK untuk Sumatera Utara Tahun 2015 (dalam Billion Rupiah)**

Jenis Dana	Peruntukan	Pinjaman	Peratusan
Dekonsentrasi	29.8	23.7	79.58
<i>Tugas Pembantuan</i>	141.9	123.4	87.00
BOK	76.1	75.4	99.03

Sumber: Jabatan Kesihatan dalam Profil Kesihatan Indonesia Tahun 2015, 2015

#### **4.4. Penutup**

Dinamika perubahan peraturan, mengenai desentralisasi dari satu era ke satu era, secara langsung membawa kesan kepada tadbir urus dan perkhidmatan sektor kesihatan awam di Indonesia.

Perkara positif yang dapat disimpulkan daripada dinamik yang berlaku, adalah adanya penambahbaikan dalam lingkup tadbir urus dan perkhidmatan sektor kesihatan awam. Perubahan tersebut terutamanya berhubungkait dengan peningkatan kadar anggaran untuk sektor kesihatan, pengurusan pembiayaan yang lebih telus dan proses pelaksanaan yang lebih bertanggungjawab.

Amalan desentralisasi di Indonesia dengan semua dinamik dan cabarannya, merupakan hal yang wajar kerana peralihan daripada sentralisasi menuju desentralisasi, memerlukan tempoh yang panjang dan pengerahan sumber yang luas. Namun demikian, pengalaman desentralisasi Indonesia pada satu dekad pertama dan juga memasuki dekad kedua ini, menjadi “*embryo*” dalam menentukan perjalanan desentralisasi Indonesia yang lebih, sama ada ia berkesan di masa yang akan datang.

## **BAB 5: PELAKSANAAN DAN KESAN DESENTRALISASI PERKHIDMATAN KESIHATAN AWAM DI SUMATERA UTARA**

### **5.1 Pengenalan**

Sektor kesihatan merupakan urusan pentadbiran serentak (*concurrent*) yang dimiliki oleh pentadbiran pusat, negeri dan *kabupaten/bandar*. Urusan pentadbiran serentak yang diserahkan kepada pentadbiran tempatan (negeri dan *kabupaten/bandar*), merupakan asas pelaksanaan autonomi. Namun demikian fokus pelaksanaan desentralisasi politik di Indonesia, terletak pada peringkat *kabupaten/bandar*, pentadbir negeri hanya memiliki kuasa baki daripada kuasa politik tersebut. Manakala, pelaksanaan desentralisasi pentadbiran, terletak pada peringkat negeri. Pentadbir daerah *kabupaten/bandar* hanya sebagai penerima manfaat daripada amalan desentralisasi pentadbiran tersebut.

Nordlinger dalam Savitch dan Adler (1974) menyatakan bahawa, pelaksanaan desentralisasi adalah sebagai "*bringing government closer to the people*". Di Sumatera Utara, pelaksanaan desentralisasi dalam sektor kesihatan, disambut dengan bersemangat, kerana ia dapat lebih mendekatkan perkhidmatan kesihatan kepada masyarakat. Pada masa yang sama, terdapat juga kebimbangan bahawa; matlamat ini tidak dapat terwujud dengan sepenuhnya kerana terhadnya keupayaan pentadbiran tempatan.

### **5.2 Jabatan Kesihatan Daerah *Kabupaten/Bandar*: Unsur Pelaksana Kegiatan Desentralisasi Politik dalam Sektor Kesihatan**

#### **5.2.1 Fungsi sebagai Perancang Peraturan dan Pembimbing Pusat Kesihatan Masyarakat**

Desentralisasi politik dalam sektor kesihatan secara prinsipnya, bermakna penyerahan urusan kesihatan daripada pentadbiran pusat (Kementerian Kesihatan) kepada pentadbiran tempatan. Dalam hal ini bertumpu kepada jabatan kesihatan daerah

*kabupaten/bandar*. Oleh yang demikian, jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* menjadi institusi tertinggi yang menguruskan sektor kesihatan di peringkat *kabupaten/bandar*.

Menurut Peraturan Pentadbiran Organisasi Peringkat Tempatan No. 41 Tahun 2007, jabatan-jabatan kerajaan di *kabupaten/bandar* termasuk sektor kesihatan, mempunyai tugas untuk melaksanakan urusan pentadbiran daerah berdasarkan asas autonomi dan *tugas pembantuan (medebewind)*.

Seterusnya, Pusat Kesihatan Masyarakat ditubuhkan di bawah jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*. Ia berperanan sebagai unit pelaksana teknikal jabatan kesihatan untuk melaksanakan sebahagian kegiatan teknikal operasi dan/atau kegiatan teknikal sokongan yang mempunyai kawasan kerja di satu atau beberapa mukim.

Dalam melaksanakan tugasnya, jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, memainkan peranan sebagai penggubal dasar teknikal yang bersesuaian dengan skop tugasnya; penyelenggara urusan pentadbiran dan perkhidmatan awam bersesuaian dengan tanggungjawabnya; pembimbing dan pelaksana tugas sesuai dengan tanggungjawabnya; dan pelaksana tugas lain yang diberikan oleh *Bupati/Datuk Bandar* sesuai dengan tugas dan fungsinya (*PP No.41 Tahun 2007*).

Menerusi beberapa tugas tersebut di atas, tugas pengoperasian perkhidmatan awam yang paling dominan, dilakukan oleh jabatan kesihatan pada era sentralisasi. Manakala di era desentralisasi pula, tugas pengoperasian perkhidmatan awam, diserahkan kepada Pusat Kesihatan Masyarakat yang merupakan unit pelaksana teknikal jabatan kesihatan.

Tugas sebagai pengawal selia (perancang atau penggubal dasar di peringkat daerah), merupakan bidang tanggungjawab yang baru bagi jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, kerana sebelum ini ia berada di bawah bidang kuasa pentadbiran pusat (Kementerian Kesihatan).

Tugas sebagai penggubal dasar teknikal sektor kesihatan, adalah tidak mudah, kerana sumber di peringkat daerah sangat terhad, sama ada dari segi keupayaan sumber manusia maupun kemampuan kewangan. Sebagai contoh, di Jabatan Kesihatan *Kabupaten* Serdang Bedagai, kakitangan yang mempunyai pendidikan undang-undang dan peringkat siswazah, adalah sangat sedikit. Oleh kerana itu, untuk melancarkan penggubalan peraturan, Jabatan Kesihatan *Kabupaten* Serdang Bedagai, meminta bantuan daripada pelbagai pihak termasuk universiti. Bajet yang kecil juga menjadi kekangan kepada kelancaran penggubalan peraturan di sektor kesihatan. Namun demikian, di Jabatan Kesihatan Bandar Medan pula, faktor sumber manusia dan kewangan adalah tidak terlalu menjadi masalah. Faktor terakhir yang sangat penting sebagai pengawal selia, ialah kemahuan politik daripada semua pihak yang berkepentingan di peringkat pentadbiran daerah *kabupaten/bandar* (JKT1-1; JKT4-1; JKT3-1).

Penghujahan dalam memuktamadkan satu-satu dasar pada era "reformasi", adalah tidak dapat dielakkan antara pihak eksekutif dan legislatif. Perdebatan dalam proses formulasi dasar ini, semakin terasa apabila sesuatu dasar yang dibahaskan memerlukan bajet yang besar untuk melaksanakannya.

Situasi yang berbeza boleh terjadi, jika cadangan dasar tersebut tidak memerlukan bajet yang besar, iaitu, lebih mudah dan cepat untuk diputuskan. Manakala, cadangan dasar yang berhubungkait dengan program kesihatan bersifat bukan fizikal, seperti melakukan; sosialisasi, latihan, menyebarkan maklumat kepada ahli masyarakat, kakitangan kesihatan atau mereka poster dan risalah mengenai kesihatan, hampir tidak mungkin diluluskan oleh *Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda)* dan Dewan Undangan daerah *kabupaten/bandar*.

Sebahagian besar ahli Dewan Undangan beranggapan bahawa, program kesihatan bukan fizikal, merupakan kegiatan yang kurang memberikan kesan yang

menguntungkan kepada mereka. Hal ini kerana hasilnya tidak dirasakan oleh masyarakat secara langsung. Berbeza dengan program fizikal seperti pembangunan Pusat Kesihatan Masyarakat atau pembaikan hospital (JKT4-1).

Proses penggubalan dasar akan mengambil masa, apatah lagi jika terdapat beberapa kepentingan yang berbeza. Oleh itu, selain kemampuan teknikal, jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* juga mesti mempunyai keupayaan untuk meyakinkan pihak pentadbiran (*Bappeda kabupaten/bandar*) dan terutamanya pihak Dewan Undangan daerah untuk bersetuju dengan dasar yang diusulkan tersebut.

Cadangan dasar ini adalah daripada jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* yang diterjemahkan dalam bentuk dokumen perancangan dan juga menyenaraikan jumlah anggaran belanjawan untuk melaksanakan dasar tersebut.

Jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* seterusnya meyakinkan *Bappeda kabupaten/bandar*, bahawa cadangan dasar yang mereka ajukan akan memberikan manfaat yang besar kepada masyarakat. Namun demikian, apabila *Bupati/Datuk Bandar* sebagai ketua pentadbir daerah, memberikan perhatian besar terhadap sektor kesihatan, maka jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, lebih mudah mendapatkan persetujuan daripada *Bappeda kabupaten/bandar*.

Peringkat selanjutnya, cadangan dasar tersebut akan dibawa ke Dewan Undangan daerah *kabupaten/bandar*, untuk mendapatkan persetujuan. Jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* mesti mampu meyakinkan Dewan Undangan *kabupaten/bandar* (Suruhanjaya D sektor kesihatan), agar perancangan dan belanjawan yang telah disusun mendapat kelulusan (JKT1-1; JKT4-1).

“*Bupati* di sini sangat menyokong program kesihatan yang kita usulkan sepanjang program tersebut bersifat inovatif. Beliau tidak peduli dengan jumlah anggaran belanjawan yang kita usulkan, asalkan bukan program yang sama dari tahun ke tahun. Memang tidak mudah untuk merancang program yang inovatif, kerana ia memerlukan masa yang lama untuk merancang (JKT3-1)”.

Pendapat lain yang menunjukkan perlunya pendekatan atau lobi dalam pengusulan program dan anggaran belanjawan kepada Dewan Undangan di peringkat daerah seperti dinyatakan oleh pemberi maklumat di bawah:

“Pendekatan seperti melobi pihak perundangan adalah perlu agar cadangan kita dapat diluluskan. Walaupun demikian, cadangan kita jarang diterima. Saya telah cuba mencadangkan agar kakitangan kesihatan diberikan elaun kesejahteraan seperti di Bandar Medan. Tetapi cadangan saya ini tidak diterima Dewan Undangan daerah dengan alasan tidak ada peruntukan kewangan untuk itu. Menurut pihak Dewan Undangan daerah jika kakitangan kesihatan diberi elaun, maka kakitangan pendidik perlu diberi elaun juga. Jumlah anggaran untuk pemberian elaun adalah sangat besar, kerana itu tidak dipenuhi (JKT4-1)”.

Pada era autonomi, penghujahan dalam meluluskan satu-satu dasar tidak dapat dilakukan antara pentadbir dan Dewan Undangan. Perdebatan dalam perencanaan dasar ini, semakin tegang jika parti penyokong *Bupati/Datuk Bandar*, adalah bukan parti yang dominan dalam Dewan Undangan daerah. Oleh kerana itu, Painter (2006) menyatakan hubungan yang baik antara birokrat dan Dewan Undangan perlu dibaja dengan cara kerjasama dalam satu-satu norma hukum.

Komunikasi politik antara pihak eksekutif dan Dewan Undangan juga perlu dilakukan secara terus menerus sehingga cadangan dasar, boleh diterima dan diluluskan oleh Dewan Undangan daerah. Dengan demikian, jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* pada era desentralisasi, perlu memiliki kemahiran berunding dan melobi. Berbeza dengan era sentralisasi, perancang atau penggubal dasar adalah di bawah kuasa Kementerian Kesihatan.

Selain sebagai pengawal selia, peranan jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, adalah juga sebagai pembimbing Pusat Kesihatan Masyarakat. Sebagai unit pelaksana teknikal, Pusat Kesihatan Masyarakat berperanan dalam melaksanakan sebahagian daripada tugas teknikal operasi jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*. Ini bermakna, tugas jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, lebih menjurus kepada bidang perkhidmatan pentadbiran kakitangan di jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, Pusat Kesihatan Masyarakat dan hospital di peringkat daerah. Meskipun demikian, jabatan kesihatan

*kabupaten/bandar*, juga menyediakan perkhidmatan kesihatan awam, tetapi hanya pada perkhidmatan awam yang berskala besar dan dilaksanakan pada acara-acara tertentu sahaja.

Bagi pentadbir *kabupaten* seperti *Kabupaten Deli Serdang* dan *Serdang Bedagai*, jabatan kesihatan *kabupaten* juga melaksanakan tugas dalam bidang operasi selain pentadbiran, walaupun tidak sebanyak yang dilaksanakan oleh Pusat Kesihatan Masyarakat. Hal ini kerana Pusat Kesihatan Masyarakat di peringkat *kabupaten* masih kekurangan sumber manusia, sama ada daripada kuantiti mahupun kualiti. Selain itu, pentadbiran *kabupaten* mempunyai kawasan yang luas dan jumlah penduduk jauh lebih besar berbanding dengan pentadbiran bandar. Oleh itu, bantuan jabatan kesihatan *kabupaten* melalui beberapa program utama, adalah perlu untuk mencapai masyarakat yang belum mandapat perhatian oleh Pusat Kesihatan Masyarakat. Sebagai contoh, doktor pakar daripada Jabatan Kesihatan *Kabupaten Serdang Bedagai*, sebulan sekali berjalan ke kampung-kampung untuk memberikan perkhidmatan kesihatan awam dibantu oleh kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat.

Menurut Peraturan Menteri Kesihatan, Pusat Kesihatan Masyarakat No. 75 Tahun 2014, jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, adalah penyatuan kerja pentadbiran daerah *kabupaten/bandar* yang bertanggungjawab untuk menyelenggara urusan pentadbiran dalam sektor kesihatan di *kabupaten/bandar*. Dengan demikian, secara teknikal mahupun pentadbiran, Pusat Kesihatan Masyarakat, adalah sebagai unit pelaksana yang bertanggungjawab kepada jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*.

Jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* pula bertanggungjawab untuk membimbing serta memberikan bantuan pentadbiran dan teknikal kepada Pusat Kesihatan Masyarakat.

Peranan sebagai pembimbing Pusat Kesihatan Masyarakat pada era desentralisasi, sangat penting berbanding dengan era sentralisasi. Pada era sentralisasi,

Pusat Kesihatan Masyarakat hanya menjalankan program atau dasar yang seragam daripada pentadbiran pusat (Kementerian Kesihatan); iaitu, arahannya sudah ditentukan dengan jelas. Manakala pada era desentralisasi, Pusat Kesihatan Masyarakat yang sudah berautonomi, dapat merancang program dan mengatur kewangan, termasuk yang berasal daripada dana BOK.

Pusat Kesihatan Masyarakat juga dituntut untuk menyusun laporan liabiliti pentadbiran dan kewangan yang tidak ada pada era sentralisasi. Selain itu, keupayaan sumber manusia di Pusat Kesihatan Masyarakat adalah juga tidak sama. Di satu-satu Pusat Kesihatan Masyarakat, keupayaan sumber manusia dalam aspek kuantiti adalah sudah cukup, namun dari segi kualiti pula masih belum mencukupi, terutamanya di Pusat Kesihatan Masyarakat di Bandar Medan dan Binjai. Berbeza dengan Pusat Kesihatan Masyarakat di kawasan kampung, kuantiti dan kualiti kakitangan kesihatan masih belum boleh dianggap baik. Pada masa yang sama, peranan sebagai pembimbing adalah sangat penting.

“Kadang-kadang kita perlu melakukan bimbingan teknikal dan pentadbiran berulang-ulang kali. Hal ini kerana liabiliti pentadbiran dan kewangan merupakan perkara baru bagi sumber manusia di Pusat Kesihatan Masyarakat. Selain itu, dasar atau manual teknikal juga sering berubah-ubah. Hal lain ialah latar belakang pendidikan kakitangan di Pusat Kesihatan Masyarakat yang pada umumnya ialah kesihatan, namun mereka mesti juga melaksanakan tugas yang berhubungkait dengan hal-hal di luar masalah kesihatan, seperti pentadbiran dan kewangan. Perkara lain yang tidak kurang pentingnya ialah mengenai tuntutan desentralisasi di mana, segala perkara mesti telus dan dilakukan dengan tertib pentadbirannya (JKT2-1)”.

Pembimbingan dan bantuan teknikal atau pentadbiran kepada kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat, boleh dilaksanakan dengan pelbagai cara. Selain dilaksanakan dalam acara-acara rasmi, seperti mesyuarat mingguan dan bulanan, bantuan juga boleh diberikan dengan cara yang tidak rasmi seperti melalui telefon.

Apabila kakitangan kesihatan atau bukan kesihatan di Pusat Kesihatan Masyarakat, tidak memahami atau meragui sesuatu perkara, maka mereka secara tidak

rasmi boleh menanyakan kepada kakitangan yang bekerja di jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* melalui telefon. Hal ini sangat menguntungkan kedua-dua belah pihak, kerana selain lebih berkesan, ia juga dapat menjimatkan masa (PKM3-3; PKM1-3).

Bantuan teknikal dan pentadbiran adalah sangat penting, terutama masalah liabiliti yang berhubungkait dengan kewangan. Sebagaimana diketahui, bendahari Pusat Kesihatan Masyarakat dan BOK, tidak mempunyai latar belakang pendidikan mengenai kewangan. Mereka ini direkrut daripada kakitangan perubatan atau Pusat Kesihatan Masyarakat. Oleh kerana itu, selain melakukan bimbingan teknikal, pihak jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* juga melakukan pengiktirafan atas tanggungjawab yang disusun oleh bendahari Pusat Kesihatan Masyarakat dan bendahari BOK sebelum diserahkan kepada ketua jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* untuk dipersetujui. Ini sangat membantu pihak Pusat Kesihatan Masyarakat, kerana pada bila-bila masa sahaja, pasukan audit secara tiba-tiba, muncul untuk mengaudit kewangan. Proses mengaudit kewangan ini, seterusnya dapat memastikan bahawa kewangan Pusat Kesihatan Masyarakat lebih selamat kerana sudah disahkan pihak jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* (PKM4-3; PKM1-3).

Peringkat ketua Pusat Kesihatan Masyarakat, bentuk pembimbingan dilaksanakan dalam mesyuarat-mesyuarat mingguan atau bulanan yang dipimpin oleh ketua jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*. Perbahasan dalam mesyuarat adalah berhubungkait dengan pelbagai perkara seperti; aktiviti-aktiviti yang dilaksanakan di Pusat Kesihatan Masyarakat, sasaran kerja yang sudah dan akan dicapai, cabaran yang dihadapi oleh Pusat Kesihatan Masyarakat dan sebagainya. Seterusnya, ketua jabatan kesihatan mendengar keluhan-keluhan yang diutarakan oleh ketua Pusat Kesihatan Masyarakat dan memberikan penjelasan tentang masalah yang mereka hadapi (JKT3-2).

Pusat Kesihatan Masyarakat sebagai unit pelaksana teknikal jabatan kesihatan, mesti merancang program dan aktiviti kesihatan yang kreatif dan inovatif.

Ada enam program wajib yang diasaskan oleh Kementerian Kesihatan mesti dilaksanakan di setiap Pusat Kesihatan Masyarakat di Indonesia. Meskipun ia merupakan program wajib, Pusat Kesihatan Masyarakat masih boleh berinovasi dan berkreativiti dengan sub-sub program dan aktiviti yang menyokong program wajib tersebut.

Selain itu, Kementerian Kesihatan juga menawarkan kira-kira 12 program pembangunan; iaitu, Pusat Kesihatan Masyarakat tidak semestinya perlu melaksanakan semua program tersebut, kerana ini bergantung kepada keperluan masyarakatnya. Dengan demikian, setiap Pusat Kesihatan Masyarakat mempunyai pengkhasan tertentu yang berbeza dengan Pusat Kesihatan Masyarakat yang lain.

Berasaskan penemuan penyelidikan ini, kreativiti dan inovasi di Pusat Kesihatan Masyarakat, adalah masih rendah. Hal ini berpunca daripada rendahnya kualiti beberapa ketua Pusat Kesihatan Masyarakat sebagai pimpinan tertinggi di Pusat Kesihatan Masyarakat. Selain itu, peranan jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* sebagai pembimbing Pusat Kesihatan Masyarakat dalam mengubah cara pemikiran sumber manusia di Pusat Kesihatan Masyarakat, masih belum maksimal. Bukan menjadi rahsia lagi, bahawa sumber manusia di Pusat Kesihatan Masyarakat sudah terbiasa dengan pekerjaan rutin tahun demi tahun (PKM2-1).

Pendapat berhubungkait dengan kreativiti dan inovasi dalam perancangan program kesihatan di Pusat Kesihatan Masyarakat, disampaikan oleh pemberi maklumat lain; seperti dalam petikan berikut:

“Kreativiti dan inovasi adalah tidak mudah untuk dibangunkan oleh ketua Pusat Kesihatan Masyarakat. Ada ketua Pusat Kesihatan Masyarakat yang sedikit sahaja diberikan arahan dan langsung bergerak. Hal ini dapat dilihat daripada program-program kesihatan yang terdapat di Pusat Kesihatan Masyarakatnya. Tetapi ada pula ketua Pusat Kesihatan Masyarakat yang perlu diarahkan beberapa kali untuk bergerak. Dalam pada itu, menurut saya masalah inovatif

dan kreatif ini sangat bergantung kepada peribadi ketua Pusat Kesihatan Masyarakat masing-masing (JKT1-1)”.

Pada era desentralisasi, pemilihan seseorang calon untuk menjadi ketua Pusat Kesihatan Masyarakat, adalah terletak pada kuasa ketua jabatan kesihatan daerah. Namun demikian, ketua pentadbir daerah *kabupaten/bandar*, iaitu, *Bupati/Datuk Bandar*, pada hakikatnya meletakkan calonnya untuk menjadi ketua Pusat Kesihatan Masyarakat.

Ketua jabatan kesihatan daerah biasanya, tidak dapat berbuat apa-apa, kerana dia juga diangkat untuk menjadi ketua jabatan kesihatan oleh *Bupati/Datuk Bandar*. Hal ini sedikit sebanyak memberikan kesan yang buruk kepada ketua jabatan kesihatan untuk melakukan pembimbingan kepada ketua Pusat Kesihatan Masyarakat yang ada di kawasannya, walaupun secara struktur terdapat hubungan yang menegak antara ketua jabatan kesihatan daerah dan ketua Pusat Kesihatan Masyarakat.

Selain itu, pada era desentralisasi juga, pemindahan ketua Pusat Kesihatan Masyarakat cukup sering terjadi dan membawa kesan kepada kejayaan Pusat Kesihatan Masyarakat. Hal ini kerana ketua Pusat Kesihatan Masyarakat memerlukan masa untuk menyesuaikan diri dengan persekitaran yang baru itu.

“Kelemahan era desentralisasi dapat dilihat daripada proses pengambilan, penempatan dan pemindahan ketua Pusat Kesihatan Masyarakat. Saya sebagai ketua jabatan kesihatan daerah kurang mempunyai kuasa untuk itu. Manakala itu, pada era sentralisasi pengambilan, penempatan dan pemindahan ketua Pusat Kesihatan Masyarakat merupakan kuasa pentadbiran pusat yang menurut saya jauh lebih sama ada (JKT4-1)”.

Dasar desentralisasi politik bukan sahaja memerlukan pembahagian kuasa antara pusat dan daerah tetapi juga keupayaan daripada agensi-agensi atau lembaga-lembaga kerajaan di peringkat daerah (Bossert dan Mitchell, 2011). Tuntutan autonomi di peringkat tempatan yang tertumpu pada pentadbir *kabupaten/bandar* menjadikan jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* sebagai satu-satu lembaga atau institusi kerajaan yang

mempunyai tanggungjawab sebagai pembuat dasar dan pembimbing Pusat Kesihatan Masyarakat.

Tugas sebagai pengawal selia menuntut jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* untuk lebih berkeupayaan dalam meyakinkan pihak-pihak eksekutif seperti *Bupati/Datuk Bandar* dan *Bappeda kabupaten/bandar* serta Dewan Undangan daerah berhubungkait dengan cadangan dasar yang jabatan kesihatan daerah usulkan.

Tugas sebagai pembimbing adalah bukan hanya sebagai pemberi bantuan teknikal dan pentadbiran sahaja tetapi juga mengubah gaya pemikiran sumber manusia di Pusat Kesihatan Masyarakat sehingga mampu memberikan perkhidmatan kesihatan awam yang kreatif dan inovatif. Mills (1990) menyatakan daya kreativiti dan inovasi pentadbir perlu dibangunkan kerana peringkat daerah sudah berautonomi dan berdikari.

### **5.3 Pelaksanaan Program Bantuan Operasi Kesihatan (BOK): Perjuangan Pusat Kesihatan Masyarakat Menggunakan Kuasanya**

Pusat Kesihatan Masyarakat, memegang peranan penting dalam mewujudkan masyarakat yang sihat di peringkat mukim. Oleh kerana itu, kemandirian Pusat Kesihatan Masyarakat pada era desentralisasi, terus diperengkatkan melalui perluasan kuasa, seperti dalam perancangan program dan aktiviti kesihatan serta pengurusan kewangan. Peningkatan kuasa ini juga membolehkan Pusat Kesihatan Masyarakat dalam menggerakkan masyarakat untuk terlibat dalam sektor kesihatan.

Selanjutnya, pentadbiran daerah melalui jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, berperanan sebagai pembimbing dan pengawal penganjur pembangunan kesihatan yang dilaksanakan oleh Pusat Kesihatan Masyarakat. Manakala, pentadbiran pusat melalui Kementerian Kesihatan, berperanan sebagai penggerak pembangunan kesihatan di peringkat kebangsaan.

Pemberian kuasa ini dengan lebih nyata wujud dan mula kelihatan di Pusat Kesihatan Masyarakat dalam beberapa tahun kebelakangan ini, iaitu, pada pengurusan

program BOK. Salah satu bukti, adanya pemberian kuasa ini ialah masuknya dana BOK yang berasal daripada *APBN* untuk membiayai kos operasi program kesihatan. Dana di berikan kepada bendahari Pusat Kesihatan Masyarakat yang sebelumnya tidak pernah berlaku.

Program BOK boleh dijadikan sebagai contoh bagaimana Pusat Kesihatan Masyarakat dengan segala keterbatasannya, perlu bertahan atau berjuang dalam menggunakan kuasanya sesuai dengan tuntutan desentralisasi. Ini utamanya dalam perancangan program dan sub-program kesihatan serta pengurusan kewangan untuk memberikan perkhidmatan kesihatan kepada masyarakat daerah.

### **5.3.1 Perkembangan Pusat Kesihatan Masyarakat di Indonesia**

Dalam *Sistem Kesehatan Nasional (SKN)*, Pusat Kesihatan Masyarakat, merupakan unit pelaksana teknikal jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* yang bertanggungjawab menyelenggara pembangunan kesihatan peringkat pertama dan langsung berhadapan dengan masyarakat.

Sebelum ditubuhkan Pusat Kesihatan Masyarakat, masyarakat di peringkat bawah (mukim), kurang diberikan perhatian. Ini kerana perkhidmatan kesihatan awam bertumpu pada pentadbiran di peringkat *kabupaten/bandar*. Dasar pembangunan pada masa itu, lebih mengutamakan cara perkhidmatan kesihatan untuk pembangunan hospital yang umumnya berada di bandar. Hal ini memberikan impak kepada sebahagian besar masyarakat yang tinggal di kampung, kerana mereka tidak mudah mendapatkan akses kepada perkhidmatan kesihatan.

Sebelum wujudnya Pusat Kesihatan Masyarakat, perkhidmatan kesihatan yang secara langsung berhadapan dengan masyarakat, dilaksanakan di *Balai Pengobatan (BP)*, *Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak (BKIA)*, *Pencegahan, Pemberantasan, Pembasmian Penyakit Menular (P4M)* dan sebagainya, ia boleh didapati di setiap mukim. Namun demikian, pelaksanaan perkhidmatan kesihatan yang dilaksanakan oleh

unit-unit kesihatan seperti ini, tidak berfungsi dengan cekap dan berkesan. Ini kerana unit-unit kesihatan tersebut beroperasi secara sendiri dan tidak saling berhubungan antara satu sama lain.

Ketidakcekapan unit-unit kesihatan ini, akhirnya menyumbang kepada inisiatif untuk mewujudkan satu sistem perkhidmatan kesihatan awam dalam satu organisasi yang dikenali sebagai Pusat Kesihatan Masyarakat. Salah satu tujuan penubuhannya, ialah untuk mendekatkan perkhidmatan kesihatan kepada masyarakat yang sebahagian besarnya masih berada di perkampungan.

Seterusnya, ini digubal sebagai konsep pembangunan sistem perkhidmatan kesihatan awam peringkat utama, dengan membentuk unit-unit organisasi yang berasaskan pada cawangan di jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*. Persepaduan pelbagai unit tersebut diletakkan di bawah satu pimpinan. Ia dilakukan untuk menjadikan Pusat Kesihatan Masyarakat lebih cekap dan berkesan.

### **5.3.2 Program Bantuan Operasi Kesihatan (BOK)**

BOK merupakan bantuan pentadbir pusat melalui Kementerian Kesihatan kepada Pusat Kesihatan Masyarakat dan jaringannya. Tujuan utama pemberian BOK ini, adalah untuk membantu pentadbiran daerah dalam menjalankan tugas utama dan fungsinya sesuai dengan kuasa yang dimilikinya dalam pelaksanaan autonomi sektor kesihatan.

Pemberian dana BOK ini, berdasarkan fakta bahawa selepas dasar desentralisasi, banyak pentadbir daerah tidak mampu membiayai sendiri peranannya dalam sektor kesihatan. Oleh kerana itu, pemberian dana BOK, adalah membantu daerah untuk mencapai sasaran kebangsaan dalam sektor kesihatan yang menjadi tanggungjawab pentadbiran daerah sesuai dengan piawaian kecekapan minima perkhidmatan (*SPM*).

Perkhidmatan yang mendapat dana BOK, ialah perkhidmatan yang secara langsung berhubungkait dengan *MDGs* sektor kesihatan mahupun yang mempunyai

daya lonjakan tinggi terhadap program kesihatan kebangsaan untuk mencapai sasaran *RPJMN* dan/atau *Renstra* Kementerian Kesihatan.

Dana BOK digunakan untuk program yang bersifat promotif dan pencegahan yang dilaksanakan oleh Pusat Kesihatan Masyarakat. Sebagai contoh, program-program menurunkan angka kematian ibu, bayi dan kanak-kanak; memperbaiki status pemakanan bayi dan kanak-kanak; menurunkan jumlah pesakit penyakit yang boleh dicegah melalui imunisasi dan sebagainya.

Dana BOK juga digunakan untuk kos pengangkutan kakitangan kesihatan dalam aktiviti perkhidmatan kesihatan awam di luar persekitaran Pusat Kesihatan Masyarakat. Kos pengangkutan sukarelawan yang membantu kakitangan kesihatan dalam aktiviti perkhidmatan kesihatan awam di luar persekitaran Pusat Kesihatan Masyarakat, kos membeli barang untuk menyokong pelaksanaan usaha perkhidmatan kesihatan awam di luar persekitaran Pusat Kesihatan Masyarakat dan sebagainya.

Dana BOK, berasal daripada *APBN* dalam bentuk dana *tugas pembantuan*. Namun pengagihan dana BOK ini sedikit berbeza dengan pemberian *tugas pembantuan* dalam sektor perkhidmatan, bukan kesihatan lain. Walaupun sumber pembiayaan ini adalah berasal daripada pentadbir pusat, namun kuasa menggunakan dana tersebut sesungguhnya terletak pada pentadbiran daerah. Sisi lain juga, program BOK, merupakan sebahagian daripada usaha pentadbiran pusat untuk mencapai sasaran di sektor kesihatan.

Oleh kerana itu, program BOK mempunyai dua dimensi yang sama penting, iaitu, sebagai usaha pentadbiran pusat membantu daerah dalam menjalankan desentralisasi sektor kesihatan dan sebagai usaha pentadbir pusat untuk mencapai sasaran pencapaiannya sendiri. Dengan sebab itu juga, pentadbiran daerah tidak boleh beranggapan bahawa, program BOK adalah sepenuhnya milik pentadbiran pusat sahaja, tetapi sebaliknya juga milik bersama.

### **5.3.3 Program BOK: Program Bantuan Pentadbir Pusat untuk Menghidupkan Pusat Kesihatan Masyarakat**

Dana BOK digunakan untuk menyokong program *MDGs* sektor kesihatan mahupun program-program yang mempunyai daya lonjakan tinggi terhadap program kesihatan kebangsaan. Program-program Pusat Kesihatan Masyarakat ini, diletakkan di bawah enam program wajib serta lebih kurang 12 program pembangunan.

Program wajib yang dimaksudkan ialah, setiap Pusat Kesihatan Masyarakat, perlu melaksanakan program tersebut. Keenam-enam program wajib ini, adalah seperti *Promosi Kesehatan (Promkes)*, *Pencegahan Penyakit Menular (P2M)*, *Program Pengobatan, Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)*, *Upaya Peningkatan Gizi dan Kesehatan Lingkungan (Kesling)*. Manakala, program pembangunan pula, ialah program yang tidak seluruhnya dilaksanakan di Pusat Kesihatan Masyarakat, tetapi bergantung pada keperluan masyarakat di mana Pusat Kesihatan Masyarakat itu berada.

Kedua-dua belas program pembangunan ini antara lainnya ialah: *Kesehatan Masyarakat, Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), Kesehatan Olah Raga, Kesehatan Kerja, Kesehatan Gigi dan Mulut, Kesehatan Jiwa, Kesehatan Mata, Perawatan Lanjut Usia, Pengobatan Tradisional* dan perkhidmatan kesihatan yang lain.

Sebelum ada dana BOK, ketua Pusat Kesihatan Masyarakat, tidak terlalu mementingkan jumlah program yang mesti dilaksanakan di Pusat Kesihatan Masyarakat. Hal ini kerana, Pusat Kesihatan Masyarakat melaksanakan semua program kesihatan tersebut, seperti pekerjaan rutin yang biasa dilakukan dari dahulu lagi. Penerimaan program-program tersebut oleh masyarakat, sehingga berlakunya perubahan pola hidup sihat dalam masyarakat, tidak terlalu menjadi perhatian bagi sebahagian besar ketua Pusat Kesihatan Masyarakat. Namun demikian, berbeza setelah wujudnya program BOK, Pusat Kesihatan Masyarakat menjadi lebih sungguh-sungguh.

Kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat mesti mengunjungi masyarakat untuk memberikan taklimat atau latihan. Manakala, jumlah sumber manusia di Pusat Kesihatan Masyarakat, adalah terhad. Oleh itu, setiap kakitangan kesihatan mesti bertanggungjawab dalam 2 atau 3 program kesihatan satu masa. Kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat juga mesti menyusun laporan liabiliti daripada semua program, sama ada program wajib mahupun pembangunan, termasuk program pembangunan yang tidak menjadi keutamaan atau tidak dilaksanakan oleh Pusat Kesihatan Masyarakat (PKM1-1; PKM2-3; PKM4-1; PKM5-1).

“Pelaksanaan program BOK di Pusat Kesihatan Masyarakat menjadikan Pusat Kesihatan Masyarakat lebih hidup, kerana kakitangan kesihatan mempunyai pelbagai aktiviti bukan sahaja di dalam tetapi juga di luar persekitaran Pusat Kesihatan Masyarakat. Dana BOK menjadi ransangan bagi kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat untuk melaksanakan perkhidmatan kesihatan promotif dan pencegahan seperti lawatan ke rumah ahli masyarakat, sosialisasi atau taklimat. Berbeza ketika sebelum wujudnya program BOK, kakitangan kesihatan jarang bertandang ke rumah ahli masyarakat kerana mesti mengeluarkan wang pengangkutan sendiri. Manakala gaji yang diterima tidak terlalu besar (PKM3-1)”.

Dana BOK ditujukan kepada kegiatan yang bersifat promotif dan pencegahan, dengan harapan jika ia berjaya, maka kegiatan kuratif dapat dikurangkan. Bagi Pusat Kesihatan Masyarakat, hal ini bukan perkara yang mudah, kerana mereka diminta untuk lebih aktif melawat masyarakat, agar masyarakat mempunyai pola hidup yang sihat.

Usaha promotif ini sesungguhnya, boleh dilakukan di Pusat Kesihatan Masyarakat dengan memberitahu kepada pesakit tentang amalan untuk hidup sihat. Namun demikian, untuk jangkauan yang lebih luas, kakitangan kesihatan mesti, menemui ahli masyarakat yang berada di kawasan kerjanya. Oleh itu, program BOK menjadikan kunjungan kakitangan kesihatan ke atas masyarakat semakin kerap dilakukan (PKM1-3; PKM3-2).

Bantuan pentadbir pusat dalam bentuk program BOK, tidak dapat dinafikan, bahawa ia sangat menguntungkan Pusat Kesihatan Masyarakat. Melalui dana BOK ini jugalah, Pusat Kesihatan Masyarakat dapat melaksanakan kewajibannya dalam konteks

pelaksanaan desentralisasi. Namun sebenarnya dana BOK merupakan bajet tambahan untuk operasi Pusat Kesihatan Masyarakat, diluar anggaran utama yang berasal daripada APBD. Oleh itu, pentadbiran daerah diharapkan tidak mengurangkan dana yang sudah diperuntukkan untuk operasi Pusat Kesihatan Masyarakat. Namun demikian, BOK di beberapa daerah *kabupaten*, cenderung untuk menjadi bajet operasi yang utama.

Dana BOK yang jumlahnya tidak terlalu besar, menjadi semakin kecil. Ini kerana dibahagikan untuk membiayai program kesihatan masyarakat yang sebelum ini dibiayai oleh APBD. Berbeza dengan Pusat Kesihatan Masyarakat yang berada di bandar, jabatan kesihatan, masih memperuntukkan dana yang berasal daripada APBD untuk program-program kesihatan masyarakat, seperti program *Pemberian Makanan Tambahan (PMT)* dan *UKS* (PKM4-1; PKM2-3; PKM2-1; JKT2-2).

#### **5.3.4 Program atau Aktiviti Pusat Kesihatan Masyarakat: Adakah Ia Inovatif?**

Program atau aktiviti yang dibiayai oleh BOK, adalah terhad pada program kesihatan utama yang berimpak tinggi. Ia untuk mendorong tercapainya MDGs, iaitu, dalam sektor kesihatan. Oleh kerana itu, ketua dan kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat, dituntut untuk lebih berkreatif dan inovatif dalam merancang program atau sub-program kesihatan, sama ada program wajib maupun pembangunan dalam pelaksanaan dan penyampaian program tersebut kepada masyarakat.

Inovasi dalam perkhidmatan awam sejak kebelakangan ini, menjadi isu yang sangat menarik bagi para profesional dan pakar (Albury, 2005; Hartley, 2005; Mulgan dan Albury, 2003). Program-program yang inovatif, selain dapat memperbaiki keberhasilan pentadbiran, juga dapat meningkatkan kesahan pentadbiran di mata masyarakat (Osborne, 2010). Berdasarkan pengertian ini, inovasi sangat berkait rapat dengan desentralisasi atau daerah autonomi.

Pentadbir daerah yang berautonomi, selain mempunyai kuasa untuk mengatur dan menyelesaikan masalah daerahnya sendiri, juga mesti dekat dengan masyarakat untuk mengetahui permasalahan atau keperluan masyarakatnya. Oleh kerana itu, program-program inovatif berjaya diwujudkan akibat daripada kejayaan pentadbiran, seterusnya meningkatkan tahap kepercayaan masyarakat terhadap pentadbiran yang berautonomi.

Daripada temuan ini, inovasi masih berada pada tahap yang sangat sederhana, bukan sebagai hal yang benar-benar baru, asli dan di luar daripada biasa (*out of the box*), akan tetapi lebih bersifat pembaharuan. Ini menurut makna yang dikemukakan oleh Kamus Bahasa Indonesia (2015). Malah program kesihatan juga dikatakan inovatif, jika program tersebut benar-benar secara khas diperlukan oleh masyarakat suatu daerah tetapi belum tentu diperlukan oleh masyarakat daerah lain.

Inovasi dan kreatif, bukan hanya pada kandungan programnya sahaja, tetapi juga merujuk kepada pelaksanaan dan penyampaian program tersebut kepada masyarakat.

Hampir di semua Pusat Kesihatan Masyarakat, program yang inovatif dan kreatif, sudah menjadi pertimbangan walaupun masih sukar untuk mewujudkannya. Pada umumnya program kesihatan di Pusat Kesihatan Masyarakat sudah mula inovatif walaupun masih dalam peringkat yang sederhana. Hal ini dapat dilihat daripada sub-sub program atau aktiviti kesihatan yang dilaksanakan oleh Pusat Kesihatan Masyarakat dari tahun ke tahun yang masih hampir sama.

Apabila terdapat perbezaan, maka perbezaan program antara satu Pusat Kesihatan Masyarakat dengan Pusat Kesihatan Masyarakat lain, juga tidak terlalu kelihatan. Dalam erti kata yang lebih serius, selain tidak terlalu terdapat perubahan program atau sub-program daripada satu-satu Pusat Kesihatan Masyarakat dalam beberapa tahun terakhir ini, perbezaan program atau sub-program tersebut juga tidak terlalu kelihatan (PKM4-2; PKM1-2; JKT4-3).

“Kreativiti di persekitaran Pusat Kesihatan Masyarakat tidak mudah untuk dikembangkan. Sudah bertahun-tahun kita bekerja dengan budaya yang tidak menuntut kita untuk kreatif dan inovatif. Jika sekalipun kita bekerja dengan inovatif, pimpinan kita tidak menyokong, ya... sama sahaja. Hanya menambah-nambah pekerjaan dan membuang masa. Selain itu, apakah keuntungan bagi kita untuk menciptakan program kesihatan yang kreatif dan inovatif? Tidak ada pengaruh antara kerja yang inovatif dengan peningkatan pendapatan atau peningkatan kerjaya kita (PKM4-2)”.

Penciptaan inovasi baru dalam merancang program kesihatan, adalah tidak mudah. Ini kerana Pusat Kesihatan Masyarakat dilihat sama seperti agensi-agensi pentadbir lain yang sudah terbiasa dengan hal-hal rutin. Selain itu, inovasi atau kreativiti tidak muncul dengan begitu sahaja, ia perlu menjalani proses yang panjang dan perubahan cara berfikir sama ada oleh atasan (ketua Pusat Kesihatan Masyarakat dan ketua jabatan kesihatan daerah) mahupun bawahan (kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat).

Kakitangan kesihatan kerapkali mengemukakan idea-idea baru, tetapi tidak disokong oleh ketua Pusat Kesihatan Masyarakat dengan pelbagai alasan. Sebaliknya, ketua Pusat Kesihatan Masyarakat merancang hal-hal yang baru, tetapi tidak disokong oleh jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*. Ini kerana pihak jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, melihat dari sudut yang lebih luas dan merasakan ia tidak terlalu penting terhadap program dan aktiviti tersebut. Maka tidak hairan, akhirnya program dan kegiatan yang ada tidak begitu berbeza antara tahun ke tahun (PKM1-2; PKM1-1; PKM2-3).

Berdasarkan Peraturan Kementerian Kesihatan No.75 Tahun 2014, Pusat Kesihatan Masyarakat, tidak perlu melaksanakan semua program pembangunan yang sudah ditetapkan oleh Kementerian Kesihatan. Program yang dilaksanakan, ialah program yang menjadi keperluan masyarakat di lokasi Pusat Kesihatan Masyarakat tersebut. Oleh kerana itu, jika inovasi bermakna menghasilkan suatu program yang sesuai dengan keperluan masyarakat dan keadaan daerah, maka program atau sub-program pembangunan kesihatan di Pusat Kesihatan Masyarakat adalah sudah sedikit

inovatif atau kreatif. Hal ini dapat dikenal pasti daripada beberapa program pembangunan yang menjadi keutamaan satu-satu Pusat Kesihatan Masyarakat. Misalnya, salah satu program pembangunan di Pusat Kesihatan Masyarakat E, ialah program Kesihatan Kerja. Hal ini kerana persekitaran Pusat Kesihatan Masyarakat ini, berada di kawasan industri. Program sosialisasi hak-hak bagi wanita yang bekerja, seperti mendapat cuti bersalin, meminta bilik penyusuan bagi ibu yang masih menyusui dan sebagainya.

Program seperti ini penting, kerana banyak pekerja wanita tidak mengetahui haknya, pada masa yang sama juga, syarikat memanfaatkan kekurangan pengetahuan pekerja wanita akan haknya. Kerjasama antara Pusat Kesihatan Masyarakat dan syarikat swasta, adalah tidak mudah kerana dibantutkan oleh prosedur yang mengelirukan. Namun, dengan pendekatan yang bersungguh-sungguh dan tawaran program yang disusun dengan baik, program tersebut akhirnya dapat dilaksanakan dengan berkesan. Meskipun begitu, program ini belum dapat dikatakan sebagai *out of the box*, misalnya memberikan taklimat bagi pekerja lelaki yang sudah pasti mempunyai masalah kesihatan.

Manakala di Pusat Kesihatan Masyarakat H, program Kesihatan Kerja, adalah bukan program keutamaan. Ini kerana Pusat Kesihatan Masyarakat berada di kawasan persisiran pantai. Biasanya tempoh pelaksanaan program kesihatan di kawasan persisiran pantai, sedikit berbeza dengan program kesihatan di kawasan bandar. Ini kerana perlu disesuaikan dengan waktu masyarakat pergi ke laut.

Perbezaan yang jelas mengenai program pembangunan yang dipilih oleh setiap Pusat Kesihatan Masyarakat, menjadikannya sedikit berbeza dengan Pusat Kesihatan Masyarakat yang lain dan sangat berbeza dengan Pusat Kesihatan Masyarakat pada era sentralisasi (PKM3-2; PKM4-4).

Program wajib mesti dilaksanakan di setiap Pusat Kesihatan Masyarakat. Daripada program wajib ini, Pusat Kesihatan Masyarakat merancang sub-program atau aktiviti kesihatan yang berdasarkan ketentuan Kementerian Kesihatan (Rajah 5.1). Oleh itu, inovasi dan kreativiti, jelas dapat diterokai daripada sub-sub program atau aktiviti, pelaksanaan dan penyampaian program tersebut kepada masyarakat. Sebagai contoh, program *P2M* di Pusat Kesihatan Masyarakat F, menumpukan pada sosialisasi penyakit paru-paru dan bekerjasama dengan organisasi pertubuhan bukan kerajaan yang bergerak dalam pembanterasan penyakit paru-paru.



**Rajah 5.1: Salah Satu Aktiviti di Pusat Kesihatan Masyarakat**

Sumber: Penyelidik

Pesakit yang menghidap penyakit paru-paru adalah cukup banyak di pesekitaran Pusat Kesihatan Masyarakat F. Oleh itu, program *P2M* perlu secara agresif menumpukan pada penyakit paru-paru. Menjalankan kerjasama dengan organisasi pertubuhan bukan kerajaan adalah juga cukup penting dan menarik. Ini selain dapat melibatkan masyarakat dalam perkhidmatan kesihatan, penerangan sosialisasi tentang penyakit paru-paru terhadap masyarakat, adalah semakin meluas.

Contoh lain yang dapat dilihat ialah, program *KIA* di Pusat Kesihatan Masyarakat G. Program ini turut melibatkan bidan bersalin (*dukun beranak*).

Kakitangan kesihatan memberikan kaunseling dan latihan kepada bidan bersalin, untuk mementingkan kebersihan dalam mengendalikan proses ibu melahirkan anak. Ini tujuannya adalah untuk mengurangkan kematian ibu dan anak yang masih tinggi di kawasan kampung.

Peranan bidan bersalin sangat mustahak, ini memandangkan jumlah sumber manusia di Pusat Kesihatan Masyarakat di kawasan kampung adalah masih terhad. Manakala, program *KIA* di Pusat Kesihatan Masyarakat B adalah, tentang sosialisasi pentingnya *ASI* kepada ibu-ibu yang mempunyai bayi, juga kepada jabatan-jabatan petadbiran di peringkat *kelurahan/kampung* dan mukim. Dengan hal yang demikian, ketua mukim dapat meminta semua sektor atau agensi, termasuk swasta yang berada di suatu kawasan mukim untuk menyediakan bilik bagi ibu untuk menyusukan bayinya (PKM2-2; PKM3-1; PKM4-1; PKM1-1).

Kreativiti juga boleh dilihat di peringkat jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* dalam membantu Pusat Kesihatan Masyarakat merancang program keutamaan. Jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, biasanya menyediakan fasiliti kepada hanya satu atau dua Pusat Kesihatan Masyarakat sahaja, sehingga *kabupaten/bandar* tersebut dilihat lebih unggul berbanding *kabupaten/bandar* yang lain. Hal ini dilakukan sebagai strategi oleh jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* yang mempunyai dana terhad. Sebagai contoh, untuk program *P2M*, beberapa Pusat Kesihatan Masyarakat di Bandar Medan, dapat menangani pesakit *HIV-IMS* (*Human Immuno Deficiency Virus-Infeksi Menular Seksual*) termasuk Pusat Kesihatan Masyarakat A dan B. Namun hanya tiga unit Pusat Kesihatan Masyarakat sahaja dapat memberikan perkhidmatan terapi *ARV* (*Antiretroviral*), salah satunya ialah Pusat Kesihatan Masyarakat B. Manakala di *Kabupaten Deli Serdang*, perkhidmatan pesakit penagihan dadah yang dirawat dengan menggunakan metadon, hanya terdapat di Pusat Kesihatan Masyarakat E, sehingga

semua Pusat Kesihatan Masyarakat yang berada di *Kabupaten* Deli Serdang, boleh merujuk pesakit penagihan dadah ke situ (PKM1-4; JKT3-2).

Program atau sub-program dan aktiviti kesihatan di Pusat Kesihatan Masyarakat di Sumatera Utara, sudah menunjukkan kreativiti dan inovasi, meskipun masih dalam peringkat yang sederhana. Masih ada kecenderungan baik daripada pihak Pusat Kesihatan Masyarakat mahupun jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* untuk meneruskan program dan kegiatan yang selama ini dilaksanakan walaupun keperluan masyarakat sudah berbeza.

Program dan kegiatan yang inovatif adalah sangat penting, tetapi ia belum menjadi satuh keperluan yang mendesak. Hal ini selari dengan pendapat Heywood dan Choi (2010), bahawa setelah dasar desentralisasi dipraktikkan di Indonesia selama 10 tahun, innovasi dalam sektor kesihatan masih sangat sedikit.

Beberapa pentadbiran daerah di Indonesia, berjaya merancang program-program yang kreatif untuk mengendalikan masalah kesihatan dalam kalangan masyarakat.

Pentadbiran Jakarta misalnya, melalui jabatan kesihatan, merancang satu program "*Ketuk Pintu Layani dengan Hati*". Program ini boleh mengatasi masalah kesihatan yang kompleks di Jakarta. Idea program ini berasal daripada Gabenor Basuki Purnama Cahaya (detik.com, 2017a) bersama-sama dengan ketua Jabatan Kesihatan Negeri Jakarta, pasukan PKK Jakarta dan sejumlah organisasi pertubuhan bukan kerajaan.

Di Jabatan Kesihatan *Kabupaten* Sidoarjo, Jawa Timur, salah satu Pusat Kesihatan Masyarakatnya mewujudkan program "*MASKULIN*" (*Dinas Kesehatan* Sidoarjo, 2017). Program ini menargetkan kaum lelaki berumur 16 tahun ke atas yang cenderung menyembunyikan gejala gangguan kesihatannya. Program ini melakukan pemeriksaan kesihatan awal untuk mendapatkan penemuan kes penyakit kronik pada

lelaki. Hakikatnya secara amnya, program-program kesihatan di Pusat Kesihatan Masyarakat, lebih menumpukan kepada kesihatan ibu dan anak atau kaum perempuan.

Manakala di Jabatan Kesihatan *Kabupaten* Berau, Kalimantan Timur pula, salah satu Pusat Kesihatan Masyarakatnya menyusun buku mengenai "*Profil PROMKES (Promosi Kesihatan)*" (*Puskesmas Batu Putih Kabupaten* Berau, 2011). Buku ini boleh didapati di bilik perpustakaan Pusat Kesihatan Masyarakat pada setiap hari bekerja untuk pembacaan. Buku itu disusun sangat menarik, kerana ia sebagai alat atau medium taklimat kepada masyarakat. Setiap ahli masyarakat yang membaca buku itu, akan memahami pelbagai masalah berhubungkait dengan kesihatan, sehingga diharapkan jumlah pesakit dalam masyarakat dapat berkurang atau menurun.

### **5.3.5 Proses Perancangan Program Kesihatan: *Top Down* dan *Bottom Up***

Pada era sentralisasi, perancangan dari atas ke bawah kerap kali terdengar, manakala di era desentralisasi pula, perancangan dari bawah ke atas menjadi hal yang penting.

Dalam sektor kesihatan, perancangan dari bawah ke atas belum sepenuhnya dapat dilaksanakan, kerana program-program kesihatan pada amnya masih berasal daripada pentadbiran pusat (Kementerian Kesihatan). Namun demikian, Pusat Kesihatan Masyarakat sebagai unit pelaksana teknikal jabatan kesihatan, masih boleh menggunakan kuasanya untuk merancang program atau sub-program kesihatan, walaupun masih tetap berpandukan pada program utama kesihatan daripada Kementerian. Jelas di sini, Pusat Kesihatan Masyarakat pada era desentralisasi menggunakan gabungan perancangan dari atas ke bawah dan dari bawah ke atas.

Walaupun Pusat Kesihatan Masyarakat tidak sepenuhnya merancang program-programnya dengan menggunakan pendekatan dari bawah ke atas, namun peranan ketua mahupun kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat adalah tetap penting. Ini kerana merancang program atau sub-program yang sesuai dengan keperluan masyarakat, adalah bukan sesuatu yang mudah.

Ketua Pusat Kesihatan Masyarakat tidak boleh merancang program atau sub-program kesihatan, tanpa melibatkan kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat. Program atau aktiviti kesihatan yang dibiayai oleh dana BOK, mesti berasaskan hasil perancangan yang telah dipersetujui dalam Bengkel Mini Pusat Kesihatan Masyarakat yang diadakan pada setiap bulan.

Bengkel Mini ini diselenggara dengan melibatkan seluruh kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat dan jaringannya yang dipimpin oleh ketua Pusat Kesihatan Masyarakat. Salah satu peranan Bengkel Mini, ialah merancang Rencana Usulan Kegiatan (*RUK*) untuk dilaksanakan di Pusat Kesihatan Masyarakat pada bulan Januari tahun akan datang.

Setiap penanggungjawab program mencadangkan aktiviti-aktiviti yang hendak dilaksanakan selama setahun dalam borang *RUK*. *RUK* ini seterusnya diserahkan kepada ketua jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* untuk disahkan.

Setelah *RUK* ini diluluskan, Pusat Kesihatan Masyarakat dapat merancang Rencana Pelaksanaan Kegiatan (*RPK*). *RPK* merupakan rencana kegiatan selama setahun, iaitu, meliputi jenis kegiatan, pengisian kegiatan, lokasi, waktu pelaksanaan, sasaran, pihak pelaksana, jumlah wang, sumber dana dan lain-lain. *RPK* ini juga dibincangkan dalam Bengkel Mini, sebelum diserahkan kepada ketua jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*.

Setiap ketua Pusat Kesihatan Masyarakat, mempunyai cara masing-masing dalam merancang program yang disusun dalam borang *RUK*. Sebagai contoh, di Pusat Kesihatan Masyarakat A, setiap penanggungjawab program, merancang program atau aktiviti kesihatan sebanyak yang mungkin dalam borang *RUK* tanpa dihadkan oleh dana. Seterusnya dalam Bengkel Mini, *RUK* ini dibincangkan sesuai dengan panduan daripada pentadbir pusat dan keupayaan sumber manusia di Pusat Kesihatan Masyarakat (PKM1-2; PKM1-1; PKM3-2).

Manakala itu, di Pusat Kesihatan Masyarakat yang lain, ketua setiausaha, bertugas untuk mengumpul rencana program dan aktiviti kesihatan yang diberikan oleh semua penanggungjawab program, sebelum dibincangkan dalam Bengkel Mini. Seterusnya ketua Pusat Kesihatan Masyarakat dan ketua setiausaha menyusun ringkasan dalam bentuk *RUK*. Dalam Bengkel Mini ini, *RUK* turut dibincangkan walaupun tidak dengan terlalu terperinci. Hanya beberapa program yang dirasakan masih belum tepat dibincangkan. Dinamik dalam membincangkan hal-hal berhubungkait dengan program ini, tidak melibatkan perdebatan yang serius (PKM1-2; PKM1-1; PKM3-2).

Proses perancangan program pembangunan bagi keperluan masyarakat berdasarkan input daripada penanggungjawab program, boleh dilihat pada beberapa Pusat Kesihatan Masyarakat yang menjadi lokasi kajian ini. Misalnya, seorang kakitangan kesihatan memaparkan data mengenai jumlah penduduk mengikut kumpulan umur. Data ini seterusnya dapat menunjukkan bahawa, kumpulan umur 55 tahun dan ke atas, adalah cukup besar jumlahnya berbanding dengan kumpulan umur lain. Data ini disokong dengan data-data lain, seperti jenis pekerjaan. Akhirnya Pusat Kesihatan Masyarakat F, memutuskan untuk merancang program Pusat Khidmat Bersepadu bagi masyarakat yang lanjut usia (PKM3-1; PKM3-4).

Bagi program wajib pula, Pusat Kesihatan Masyarakat melaksanakannya sebagaimana yang ditetapkan oleh Kementerian Kesihatan. Pusat Kesihatan Masyarakat hanya boleh merancang sub-sub program atau aktiviti untuk mencapai sasaran program wajib tersebut. Ketua Pusat Kesihatan Masyarakat mendapatkan input daripada penanggung jawab program atas keperluan masyarakat, sehingga lahirnya sub-sub program atau aktiviti. Sub-sub program ini dari satu segi, tetap berpandukan pentadbiran pusat, tetapi dari segi lain pula, disesuaikan dengan keperluan masyarakat daerah, dana dan sumber manusia yang terdapat di Pusat Kesihatan Masyarakat.

Jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, juga boleh memberikan idea-idea atau kemudahan kepada Pusat Kesihatan Masyarakat, sehingga program wajib dan pengembangan tersebut, diterima oleh masyarakat atau mencapai kejayaan seperti yang sudah ditentukan sebelumnya.

“Jabatan kesihatan sangat berperanan dalam memudahkan Pusat Kesihatan Masyarakat ini dengan kemudahan yang lengkap untuk pesakit *HIV-IMS*. Sesungguhnya terdapat beberapa Pusat Kesihatan Masyarakat di sini yang mampu merawat pesakit *HIV-IMS*. Tetapi setahu saya untuk Bandar Medan, kemudahan di Pusat Kesihatan Masyarakat ini adalah yang paling sama ada kerana dapat memberikan perkhidmatan terapi *ARV*. Saya tidak pasti mengapa jabatan kesihatan daerah memilih Pusat Kesihatan Masyarakat ini untuk dilengkapi kemudahan. Apakah kerana perkhidmatan kami yang paling sama ada atau kerana jumlah pesakit di Pusat Kesihatan Masyarakat kami yang tinggi? Namun yang pasti ialah hal ini sangat membanggakan kami di sini (Pusat Kesihatan Masyarakat) (PKM1-4)”.

Pada era desentralisasi, ketua Pusat Kesihatan Masyarakat mempunyai kuasa untuk merancang program dan kegiatan serta menguruskan kewangan. Oleh itu, ketua Pusat Kesihatan Masyarakat, dituntut untuk memiliki keupayaan dalam pengurusan. Pengurusan Pusat Kesihatan Masyarakat, merupakan rangkaian kegiatan yang meliputi perancangan program, menggerakkan sumber manusia, mengorganisasikan sumber manusia dan mengawal perjalanan program. Semua kegiatan tersebut dibincangkan oleh ketua Pusat Kesihatan Masyarakat dalam Bengkel Mini (Peraturan Kementerian Kesihatan No. 75 Tahun 2014).

Selain Bengkel Mini, Pusat Kesihatan Masyarakat juga mempunyai medium lain, yang disebut sebagai mesyuarat dalaman Pusat Kesihatan Masyarakat. Ini dilaksanakan lebih daripada sekali sebulan. Berbeza dengan Bengkel Mini, mesyuarat dalaman Pusat Kesihatan Masyarakat tidak melibatkan organisasi jaringannya.

Walaupun memiliki Bengkel Mini, penemuan penyelidikan ini mendapati, ketua Pusat Kesihatan Masyarakat dan koleganya, tidak mudah untuk merancang *RUP* dan *RKP* sesuai dengan program atau aktiviti yang boleh dibiayai oleh BOK. Oleh itu, *RUP* atau *RKP* yang dirancang oleh Pusat Kesihatan Masyarakat sentiasa ditolak oleh jabatan

kesihatan *kabupaten/bandar*. Namun demikian, penolakan ini berlaku kerana peruntukan yang tersedia, adalah sangat terhad.

Jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, mesti menyesuaikan dana dengan program atau aktiviti yang boleh dibiayai BOK serta panduan pelaksanaan dan panduan teknikal BOK. Namun demikian, masalah yang terjadi, ialah belum tentu program pentadbir pusat atau jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* sesuai dengan keperluan Pusat Kesihatan Masyarakat atau masyarakat di daerah itu sendiri.

“Kami memiliki wang daripada dana BOK yang ingin kami gunakan untuk membeli sesuatu barang. Hal ini dapat mengekalkan kakitangan kesihatan untuk rajin melawat masyarakat. Tetapi cadangan kami ditolak oleh jabatan kesihatan daerah. Alasannya ialah barang tersebut tidak menepati *SPM* atau tidak terdapat dalam panduan pelaksanaan. Seterusnya kami diminta untuk mengusulkan pembelian barang ini ke dana *APBD* (tersenyum). Sudah pastinya pembelian barang melalui dana *APBD* adalah semakin sukar untuk mewujudkannya (PKM7-1)”.

Pada umumnya ketua dan kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat di lokasi kajian ini, melihat bahawa pelaksanaan program BOK sebagai belum berjaya. Salah satu sebabnya ialah keperluan Pusat Kesihatan Masyarakat dan pentadbir pusat yang terkandung dalam panduan pelaksanaan dan panduan teknikal BOK adalah berbeza. Beberapa keperluan yang dirasakan penting oleh Pusat Kesihatan Masyarakat sendiri tidak diperuntukkan dalam panduan pelaksanaan dan teknikal penggunaan dana BOK. Sebaliknya, apa yang diluluskan atau dibenarkan dalam panduan pelaksanaan dan panduan teknikal, kadang-kadang tidak terlalu penting atau tidak menjadi keutamaan bagi Pusat Kesihatan Masyarakat dan masyarakat daerah. Manakala, jika dana yang digunakan tidak sesuai dengan panduan BOK, maka ia merupakan suatu pelanggaran undang-undang belanjawan.

Pandangan yang berbeza pula disampaikan oleh pemberi maklumat yang berasal daripada pentadbir *kabupaten/bandar*. Panduan pelaksanaan dan panduan teknikal itu, sebenarnya tidak menjadi penghalang. Justeru panduan-panduan ini mesti menjadi sekatan atau kawalan, agar Pusat Kesihatan Masyarakat tetap menumpukan pada

penciptaan sub-program atau aktiviti kesihatan dan pengurusan kewangan untuk mencapai sasaran yang sudah ditetapkan. Dalam pada itu, motivasi dan kreativiti yang tinggi, amat diperlukan oleh sumber manusia di Pusat Kesihatan Masyarakat, sehingga panduan pelaksanaan dan panduan teknikal bukan lagi dilihat sebagai penghalang, tetapi pemacu untuk mencapai sasaran-sasaran yang sudah ditetapkan (PT3).

Dana BOK yang digunakan untuk program-program kesihatan di Pusat Kesihatan Masyarakat, berasal daripada pentadbiran pusat. Oleh itu, pelaksanaannya perlu mengikuti panduan pelaksanaan dan panduan teknikal.

Tujuan panduan ini diwujudkan, adalah untuk memberikan pemahaman yang sama antara Pusat Kesihatan Masyarakat, jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* dan negeri, serta Kementerian Kesihatan berhubungkait dengan konsep asas, arah dan prinsip pengurusan dana BOK. Selain itu, panduan ini adalah untuk memastikan semua pihak tersebut boleh, menguruskan BOK secara telus, tepat dalam masa, pelaksanaan yang sama ada, kualiti, sasaran, manfaat dan akauntabiliti. Walaupun pada hakikatnya, panduan pelaksanaan dan panduan teknikal ini lebih menimbulkan kesulitan daripada kemudahan bagi Pusat Kesihatan Masyarakat dalam mencapai *SPM* sebagai salah satu matlamat daripada penggunaan BOK.

Manakala, program-program kesihatan yang berpunca daripada dana *APBD kabupaten/bandar*, dirancang sepenuhnya oleh daerah, tanpa ada kawalan daripada pentadbir pusat. Namun demikian, oleh kerana jumlah *APBD* yang diperuntukkan untuk sektor kesihatan adalah tidak terlalu besar, maka program kesihatan yang bersifat promotif dan pencegahan hampir tidak ada. Selain itu, kemahuan politik daripada pentadbir dan Dewan Undangan daerah, juga sangat menentukan dalam pemberian dana bagi program-program kesihatan yang menurut banyak pihak kadang-kadang kurang mendatangkan manfaat politik.

### **5.3.6 Dana BOK: Pengurusan dan Pertanggungjawaban Pusat Kesihatan Masyarakat**

Sejak bermulanya BOK pada tahun 2010, *Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA)* BOK, tidak pernah sekalipun dikeluarkan pada bulan Januari. Oleh itu, setiap ketua Pusat Kesihatan Masyarakat, sudah bersiap sedia bagi menghadapi senario kelewatan pemberian dana BOK ini. Jika dana BOK dimasukkan ke akaun Pusat Kesihatan Masyarakat pada bulan April, maka Pusat Kesihatan Masyarakat, seterusnya memasukkan dana ini ke *POA* di bulan Mei. Ini bermakna dana BOK boleh digunakan dari bulan Mei. Manakala, dana BOK tidak boleh digunakan untuk menggantikan dana kegiatan pada bulan yang telah berlalu (Januari hingga April). Walaupun demikian, program-program kepada masyarakat mesti tetap dilaksanakan bermula bulan Januari (JKT4-2; PKM2-2).

Bagi menyiasati perkara ini, setiap ketua Pusat Kesihatan Masyarakat, mempunyai perancangan masing-masing. Misalnya, penanggungjawab program, memberikan taklimat di *kelurahan/kampung* selari dengan program yang sedang dilaksanakan oleh pentadbiran *kelurahan/kampung*. Dengan demikian, pihak Pusat Kesihatan Masyarakat tidak perlu membayai kos pengangkutan masyarakat yang hadir, manakala kakitangan kesihatan sebagai penceramah, tidak dapat menuntut kos pengangkutan yang dibelanjakan.

Ketua Pusat Kesihatan Masyarakat di tempat lain hanya memfokuskan pada aktiviti-aktiviti promotif di persekitaran Pusat Kesihatan Masyarakat. Setiap pesakit yang mendapat rawatan diberikan taklimat ringkas berhubungkait pola hidup yang sihat. Oleh itu, dana bagi menggantikan kos pengangkutan tidak diperlukan oleh masyarakat dan kakitangan kesihatan. Setelah dana BOK diterima pada bulan April atau Mei, taklimat baru kepada masyarakat perlu lebih kerap dilaksanakan (PKM1-2; PKM7-4).

Kebiasaannya di Bengkel Mini Pusat Kesihatan Masyarakat atau dalam mesyuarat dalaman, ketua Pusat Kesihatan Masyarakat sering menanyakan, sejauh mana sasaran kerja kesihatan telah dicapai oleh setiap penanggungjawab program. Hal-hal yang berhubungkait dengan tercapai atau tidaknya sasaran kerja tersebut, terutamanya di bulan-bulan terakhir pada setiap tahun, merupakan suatu perbahasan yang serius. Bagi ketua Pusat Kesihatan Masyarakat perkara ini adalah sangat penting untuk diselesaikan (PKM6-2; PKM7-2).

"Rendahnya penyertaan masyarakat yang hadir di Pusat Khidmat Bersepudu atau di taklimat-taklimat yang dilaksanakan oleh Pusat Kesihatan Masyarakat menjadi salah satu penyebab beberapa sasaran kerja daripada Pusat Kesihatan Masyarakat tidak dapat dicapai. Seperti yang diketahui umum pada masa sekarang, kos pengangkutan mesti diberikan jika ingin mengundang ahli masyarakat. Sebaliknya, dana BOK adalah terhad untuk digunakan bagi perkara seperti ini (PKM3-1)".

Liabiliti penggunaan dana BOK, juga merupakan suatu tanggungjawab yang agak meletihkan bagi ketua Pusat Kesihatan Masyarakat. Ketua Pusat Kesihatan Masyarakat mesti terus menerus mengingatkan tentang pentingnya liabiliti kewangan dan pentadbiran program yang sudah dilaksanakan. Bagi sebahagian besar ketua program, laporan liabiliti ini sangat mengelirukan. Hal ini boleh berlaku, kerana kakitangan kesihatan belum terbiasa dengan prosedur pentadbiran. Apa yang lebih membimbangkan ialah manipulasi data atau maklumat daripada ahli masyarakat yang tidak hadir dalam taklimat atau latihan. Hal seperti ini masih dianggap remeh oleh sebahagian penanggungjawab program (PKM3-1; PKM7-4).

Terdapat pelbagai perkara yang ditanyakan dalam laporan liabiliti penggunaan dana BOK, seperti: apa sahaja aktiviti yang sudah dikerjakan, masa dan tempat aktiviti tersebut dilaksanakan, bahan-bahannya, undangan masyarakat mana, nama dan tandatangan dan sebagainya.

Menurut salah seorang ketua Pusat Kesihatan Masyarakat, liabiliti ini sangat membebankan, kerana itu, dana BOK ini tidak perlu ada. Elaun kakitangan kesihatan

lebih baik dinaikkan untuk menggantikan kos pengangkutan, agar tanggungan seperti ini tidak dirasai. Selain itu, ketua Pusat Kesihatan Masyarakat, mesti beringat tentang ketepatan data, kerana bagi menjamin ketelusan. Hal ini kerana prestasi Pusat Kesihatan Masyarakat, dikawal oleh banyak pihak, seperti organisasi pertubuhan bukan kerajaan, media massa dan *Badan Pengawasan Pembangunan* (*BPK*). Oleh kerana itu, penanggungjawab program, perlu bersedia dengan segala fakta bagi menjawab setiap persoalan dengan tepat jika liabiliti penggunaan dana BOK ditanyakan (PKM2-1; PKM4-1).

Liabiliti program dan kewangan ini disusun dalam bentuk laporan yang setiap bulannya dihantar oleh penanggungjawab program kepada ketua Pusat Kesihatan Masyarakat. Biasanya ketua Pusat Kesihatan Masyarakat, menyemak laporan tersebut sebelum diluluskan. Penanggungjawab program yang kurang faham mengenai laporan penggunaan dana BOK ini, dapat bertanya kepada bendahari BOK yang telah dilatih oleh jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*.

Dana BOK boleh diterima oleh bendahari Pusat Kesihatan Masyarakat sekerap sebulan sekali atau tiga bulan sekali, bergantung pada permintaan Pusat Kesihatan Masyarakat. Namun demikian, Pusat Kesihatan Masyarakat perlu menghantar laporan akauntabiliti ini terlebih dahulu kepada jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* dan selanjutnya dana tersebut boleh dikeluarkan. Oleh kerana itu, ketua Pusat Kesihatan Masyarakat, selalu mengingatkan hal liabiliti kewangan dan pentadbiran ini ketika mesyuarat dalaman bagi menjamin penanggungjawab program, supaya tidak terlewat dari masa yang ditentukan untuk menghantar laporan tersebut. Jika laporan tersebut lewat dihantar, maka pencairan dana untuk kegiatan kesehatan di bulan berikutnya akan terlewat juga. Ekoran dari itu, sasaran kerja Pusat Kesihatan Masyarakat sebagaimana yang diharapkan tidak dapat dicapai.

Sasaran perkhidmatan yang dicapai Pusat Kesihatan Masyarakat, merupakan bentuk kewajiban Pusat Kesihatan Masyarakat, bukan sahaja kepada jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* atau pentadbiran pusat, tetapi juga kepada masyarakat penerima perkhidmatan kesihatan. Namun demikian, pencapaian sasaran ini, masih belum sepenuhnya berjaya, meskipun dana BOK sudah diberikan sebagai tambahan kepada dana operasi Pusat Kesihatan Masyarakat. Ini banyak faktor penyebab, antaranya ialah keupayaan dan motivasi kakitangan di Pusat Kesihatan Masyarakat adalah rendah, penggunaan kuasa oleh Pusat Kesihatan Masyarakat, masih kurang optimum kerana fasal-fasal dalam panduan pelaksanaan dan panduan teknikal program BOK begitu tegas, kurangnya penyertaan masyarakat, terhadnya kemudahan yang menyokong perkhidmatan kesihatan, kurangnya sokongan daripada agensi atau unit di peringkat *kelurahan/kampung* dan mukim.

Sebaliknya liabiliti pentadbiran dan kewangan sebagaimana ditetapkan dalam panduan pelaksanaan dan panduan teknikal, lebih dipentingkan, maka tidak hairanlah kakitangan di Pusat Kesihatan Masyarakat, menghabiskan tenaganya terhadap laporan akauntabiliti pentadbiran dan kewangan dalam bentuk angka-angka semata berbanding proses pencapaian sasaran tersebut kepada masyarakat.

### **5.3.7 Program BOK: Cabaran dalam Pelaksanaan**

Pelaksanaan desentralisasi di Pusat Kesihatan Masyarakat, tidak terlepas daripada cabaran-cabaran. Salah satu antaranya ialah pengedaran atau penyebaran sumber manusia yang tidak merata, utamanya di Pusat Kesihatan Masyarakat yang jauh dari bandar. Pada masa yang sama, di satu-satu Pusat Kesihatan Masyarakat di bandar, terdapat lebihan jumlah doktor atau doktor gigi, namun sebaliknya, bagi Pusat Kesihatan Masyarakat di kawasan kampung kekurangan doktor atau doktor gigi amatlah dirasai. Manakala, di sebahagian besar Pusat Kesihatan Masyarakat, jumlah sumber

daya manusia adalah sudah mencukupi, namun di beberapa Pusat Kesihatan Masyarakat di kawasan kampung pula jumlahnya adalah masih kurang.

Permasalahan penyebaran atau pemerataan sumber manusia ini berlaku, kerana sistem pengurusan sumber manusia di *Badan Kepegawaian Daerah kabupaten/bandar*, tidak berfungsi sebagaimana yang sepatutnya. Selain itu, pihak jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, tidak berdaya ketika individu daripada badan eksekutif, perundangan dan kehakiman, "meminta tolong" agar kenalan atau kaum kerabatnya, dipindahkan ke Pusat Kesihatan Masyarakat tertentu (PKM6-1; PKM4-2; JKT4-1).

Dasar desentralisasi, menyebabkan kuasa penunjukan atau pemindahan ketua Pusat Kesihatan Masyarakat atau kakitangan kesihatan dan bukan kesihatan, terdapat di peringkat *kabupaten/bandar*.

Selain penyebaran tenaga kesihatan yang tidak merata, pemindahan ketua Pusat Kesihatan Masyarakat, juga kurang berasaskan perancangan yang matang atau tidak mempunyai alasan yang jelas, sehingga memberi kesan yang kurang baik terhadap prestasi Pusat Kesihatan Masyarakat. Salah satu contoh bentuk perancangan yang kurang tersebut, ialah jika berlaku pergantian ketua Pusat Kesihatan Masyarakat yang terlalu cepat. Ini akan mengganggu kelancaran kerja di Pusat Kesihatan Masyarakat.

Ketua Pusat Kesihatan Masyarakat, bukan hanya berfungsi berhubungkait dengan aktiviti yang ada di dalam persekitaran Pusat Kesihatan Masyarakat sahaja, tetapi juga aktiviti di luar persekitaran Pusat Kesihatan Masyarakat. Ini kerana perkhidmatan awam yang diberikan oleh Pusat Kesihatan Masyarakat, memerlukan bantuan daripada agensi atau sektor lain di peringkat mukim dan *kelurahan/kampung*. Bagi menyesuaikan diri dengan semua unsur ini, memerlukan masa yang panjang. Hal ini dapat diburukkan lagi, jika ketua Pusat Kesihatan Masyarakat, berjauhan dari Pusat Kesihatan Masyarakat yang merupakan tempat kerjanya (JKT4-1; JKT3-1; JKT2-2).

"Saya bekerja di sini (Pusat Kesihatan Masyarakat) baru beberapa bulan. Oleh itu, saya belum benar-benar pasti apa sahaja yang menjadi keutamaan program

pembangunan di sini. Saya memerlukan masa untuk mempelajari apa yang sudah dilaksanakan sebelumnya (PKM7-1)”.

Keupayaan sumber manusia yang terhad di Pusat Kesihatan Masyarakat, merupakan hal yang sangat kritikal juga pada era desentralisasi. Besarnya kuasa yang ada, belum diimbangi dengan keupayaan sumber manusia dalam menggunakan kuasa tersebut. Sebagai contoh, sumber manusia di Pusat Kesihatan Masyarakat, masih belum bekerja secara kreatif dan inovatif serta belum mempunyai sensitiviti yang tinggi dalam melihat masalah kesihatan.

Perubahan cara berfikir yang radikal, adalah perlu. Ini kerana sudah berpuluhan tahun, pekerjaan di Pusat Kesihatan Masyarakat hanya dilaksanakan sebagai aktiviti yang rutin. Walaupun beberapa tahun kebelakangan ini, sistem prestasi kerja dalam penilaian kakitangan kesihatan dan bukan kesihatan, telah dikuatkuasakan tetapi pada hakikatnya ia belum menunjukkan kesan yang ketara.

Liabiliti pentadbiran dan kewangan daripada penggunaan dana BOK, merupakan hal yang cukup menyusahkan pihak Pusat Kesihatan Masyarakat. Hal ini ditambah dengan perubahan panduan pelaksanaan dan teknikal yang hampir setiap tahun berlaku. Sebagaimana diketahui bahawa, sebahagian besar penggunaan dana BOK, adalah berupa kos pengangkutan kakitangan kesihatan untuk kegiatan di luar persekitaran Pusat Kesihatan Masyarakat, seperti lawatan ke rumah ahli masyarakat, latihan, sosialisasi dan sebagainya.

Liabiliti ini sangat terperinci, menjadikan kakitangan kesihatan sibuk, kerana tidak mempunyai pengalaman bekerja dengan merujuk kepada bentuk liabiliti pentadbiran seperti ini. Manakala, pengelola atau bendahari BOK di Pusat Kesihatan Masyarakat, seluruhnya adalah petugas khas (*functional*) yang diberi tugas tambahan.

Cabarannya juga boleh datang daripada panduan pelaksanaan dan panduan teknikal program BOK itu sendiri, yang menurut pihak Pusat Kesihatan Masyarakat, masih kurang jelas sehingga menimbulkan tafsiran yang berbeza untuk melaksanakannya.

Pusat Kesihatan Masyarakat, bimbang menggunakan dana tersebut, sehingga terdapat dana yang tidak dibelanja atau tidak digunakan. Kesimpulan daripada panduan pelaksanaan dan panduan teknikal ini, misalnya terdapat pada penggunaan kos operasi Pusat Kesihatan Masyarakat. Dalam panduan ini, beberapa item sahaja yang ditentukan boleh dibeli menggunakan dana BOK. Lebih malang lagi, Pusat Kesihatan Masyarakat, memerlukan ítem yang tidak terdapat dalam panduan tersebut. Hal ini mengakibatkan pihak Pusat Kesihatan Masyarakat merasa kecewa, kerana walaupun Pusat Kesihatan Masyarakat mempunyai dana operasi, ia tidak boleh menggunakan bagi tujuan yang dirasakan perlu.

"Sesungguhnya terdapat jalan keluar dalam masalah penggunaan dana BOK ini. Dalam panduan pelaksanaan atau teknikal terdapat mata "program utama yang boleh digunakan oleh Pusat Kesihatan Masyarakat" yang terdiri daripada beberapa item. Ditambahkan sahaja item "dan lain-lain", selanjutnya item lain-lain ini digubalkan menjadi peraturan pelaksanaan dengan menggunakan payung peraturan daerah yang dikeluarkan oleh pentadbir daerah masing-masing. Kandungan peraturan pelaksanaan ini disesuaikan dengan keperluan daerah masing-masing. Hal ini sangat membantu Pusat Kesihatan Masyarakat untuk membelanjakan lebih banyak dana BOK demi kepentingan masyarakat (PKM1-1").

Pendapat yang berbeza disampaikan oleh pemberi maklumat yang bekerja di jabatan pentadbiran daerah *kabupaten/bandar*, berhubungkait dengan penggubalan peraturan tambahan terhadap panduan pelaksanaan dan teknikal penggunaan dana BOK.

"Kita tidak boleh menambah apa pun jika peraturan atau panduan itu berasal daripada pentadbir pusat. Hal ini boleh dikatakan sebagai melanggar undang-undang. Sesungguhnya pihak jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* sahaja sebagai pembimbing Pusat Kesihatan Masyarakat belum bekerja kreatif sehingga belanja dana BOK masih rendah (PT3)."

Lewatnya pencairan dana BOK, juga menjadi cabaran bagi Pusat Kesihatan Masyarakat untuk merancang *RUK* yang mesti dilaksanakan dari Januari hingga Disember. Namun demikian, pada hakikatnya, BOK hanya membiayai aktiviti-aktiviti daripada bulan April atau Mei hingga Disember. Hal ini kerana dana BOK lewat untuk sampai ke Pusat Kesihatan Masyarakat, iaitu, sekitar bulan April atau Mei. Keadaan ini memberi kesan kepada prestasi Pusat Kesihatan Masyarakat.

Sasaran kerja yang perlu dicapai oleh Pusat Kesihatan Masyarakat selama satu tahun, dipadatkan sehingga menjadi enam hingga tujuh bulan (Jun atau Julai hingga Disember). Akhirnya program yang dibiayai BOK, tidak menunjukkan pencapaian yang ketara (PKM1-2; PKM8-2).

Jumlah anggaran dana BOK, juga boleh menjadi suatu cabaran kepada Pusat Kesihatan Masyarakat. Kaktangan kesihatan tidak boleh mengunjungi masyarakat secara rutin, kerana dana bagi tujuan itu adalah terhad. Manakala, mengubah perilaku masyarakat untuk mempunyai pola hidup sihat, memerlukan sosialisasi yang berulang-ulang, bukan hanya satu atau dua kali pertemuan sahaja. Seterusnya, kakitangan kesihatan perlu lebih kreatif dalam menyampaikan bahan-bahan latihan kepada ahli masyarakat dengan menggunakan *LCD (Liquid Crystal Display)* atau alat-alat pengajaran lain. Namun demikian, dana BOK gagal untuk mempermudahkan usaha sosialisasi tersebut.

Senarai yang mengandungi pilihan yang tetap antara 60 peratus untuk program dan 40 peratus untuk kos operasi, menjadikan Pusat Kesihatan Masyarakat tidak optimum untuk bekerja. Hal ini menyebabkan program BOK hanya dilaksanakan secara formaliti untuk memenuhi kewajiban liabiliti dari segi pentadbiran dan kewangan sahaja (PKM1-2; PKM7-1).

Kemudahan yang minimum juga, merupakan satu cabaran dalam mencapai sasaran Pusat Kesihatan Masyarakat. Hampir semua Pusat Kesihatan Masyarakat, hanya mempunyai satu atau dua set komputer dan satu set mesin pencetak. Manakala, dana penyelenggaraan juga tidak ada peruntukannya. Rangkaian internet yang penting untuk digunakan bagi menghantar data ke jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* juga tiada. Kemudahan gudang juga diperlukan untuk menyimpan laporan atau dokumen liabiliti pentadbiran dan kewangan penggunaan dana BOK.

Setiap program kesihatan mempunyai laporan liabiliti yang tebal, pada masa yang sama Pusat Kesihatan Masyarakat juga mempunyai beberapa program kesihatan yang mesti dilaksanakan pada setiap tahun. Laporan ini biasanya disimpan selama lima tahun sahaja, sebelum ia boleh dimusnahkan. Namun demikian, gudang atau bilik yang sedia ada, tidak memadai dengan jumlah dokumen yang perlu disimpan (JKT4-2; PKM4-1).

Walaupun terdapat pelbagai cabaran, ini tidak bermakna bahawa BOK sebagai program yang berasal daripada pentadbir pusat mesti dihentikan. Walau bagaimanapun, jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, masih memerlukan bantuan dana untuk melaksanakan program dan aktiviti kesihatan di peringkat daerah.

Namun demikian, panduan pelaksanaan dan panduan teknikal daripada program BOK ini, penting untuk dibincangkan dengan melibatkan semua pihak, bukan sahaja daerah *kabupaten/bandar* yang berada di Pulau Jawa, tetapi juga dengan Daerah yang berada di luar Pulau Jawa. Dengan demikian, sasaran pencapaian pentadbir pusat mahupun daerah dapat direalisasikan. Selain itu, jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* atau pentadbir daerah *kabupaten/bandar*, mesti mempunyai kemahiran politik dengan memperuntukkan anggarannya untuk kejayaan program pentadbir pusat tersebut. Hal ini kerana beberapa program daripada pentadbir pusat juga merupakan tuntutan atau keperluan daerah.

"Pusat Kesihatan Masyarakat dari satu segi dapat menggabungkan program yang sudah dirancang melalui program kebangsaan sama ada melalui pembelian BOK mahupun pembelian lain daripada APBN. Pusat Kesihatan Masyarakat dapat menggabungkan program yang bersifat *top down* tersebut dengan cadangan sendiri (*bottom up*). Program-program ini dapat memudahkan Pusat Kesihatan Masyarakat untuk mencapai sasaran kerjanya (PT4)."

Program BOK yang berasal daripada pentadbiran pusat melalui Kementerian Kesihatan, menjadikan Pusat Kesihatan Masyarakat "sibuk" pada era desentralisasi, sehingga seolah-olah ia tidak memerlukan program kesihatan yang berasal daripada daerah atau jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* atau Pusat Kesihatan Masyarakat.

Sekalipun jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* memiliki program kesihatan sendiri, program-program tersebut dirancang semata-mata sebagai tuntutan pelaksanaan desentralisasi. Ironinya, dana BOK di beberapa jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, digunakan untuk program kesihatan yang pelaksanaannya sebelum ini, menggunakan dana daripada *APBD*. Hal ini menunjukkan tidak ada keinginan baik daripada jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* dalam memperjuangkan dana atau anggaran untuk program-program kesihatan.

Sama seperti di jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, Pusat Kesihatan Masyarakat juga kurang berusaha untuk meningkatkan kualiti program yang sudah ada, umpamanya dengan cara mencari dana daripada sumber-sumber lain yang dibenarkan dalam peraturan.

Sebagai rumusan, dari satu sudut jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* dan Pusat Kesihatan Masyarakat “dibuai” (“*lullabying*”), kerana hanya menjalankan program-program yang telah dirancang dan dibiayai oleh pentadbiran pusat. Dari sudut lain pula, jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* dan Pusat Kesihatan Masyarakat, kehilangan peluang untuk merancang sendiri secara utuh program-program yang diperlukan oleh masyarakatnya.

Hakikat daripada desentralisasi politik di peringkat daerah, iaitu, kebebasan untuk bekerja secara kreatif dan inovatif bagi memenuhi keperluan masyarakatnya sendiri, bukan hanya menunggu atau mengharapkan apa yang dirancang oleh pentadbiran pusat untuk dilaksanakan.

Pandangan yang lebih luas lagi, program BOK dalam pelaksanaan desentralisasi dan autonomi, semestinya sudah boleh dihentikan melalui tiga cara (Rajah 5.2).

Pertama, mengesyorkan perlunya peraturan yang formal secara nasional untuk menentukan kadar anggaran belanjawan sekurang-kurangnya daripada perkhidmatan sektor kesihatan pada *APBD* masing-masing. Peraturan ini penting, kerana

perkhidmatan kesihatan merupakan perkhidmatan asas yang berkepentingan dan mesti dilaksanakan dan tidak boleh ditunda. Manakala, kepentingan perkhidmatan perlesenan perniagaan, perkhidmatan permodalan, perkhidmatan pengurusan sisa pepejal dan sebagainya, adalah tidak sepenting perkhidmatan kesihatan.

Kedua, pentadbiran daerah memerlukan kreativiti untuk melakukan penciptaan (*verification*) dan pemantapan (*intensification*) cukai serta levi, yang membolehkan sumber *PAD* untuk bertambah. Hal ini membawa impak dalam peruntukan dana yang lebih besar untuk perkhidmatan kesihatan awam. Jika daerah melakukan kajian tentang potensi cukai yang belum dipergiatkan, seperti cukai *Bumi dan Bangunan* di *Kabupaten Deli Serdang*, potensi kewangan *kabupaten* tersebut, adalah sangat besar dan berkemungkinan untuk melaksanakan pengutipan cukai secara lebih tertib.

Ketiga, pentadbiran pusat dan daerah, melakukan formulasi semula dana perimbangan kewangan antara pentadbir pusat dan daerah, sebagaimana yang termaktub dalam UU No. 25 Tahun 1999 dan UU No. 33 Tahun 2004. Pentadbir pusat misalnya merancang adanya pengkhasan pemberian insentif yang lebih tinggi kepada pentadbiran tempatan yang secara nyata memberi sumbangan cukai lebih besar kepada pentadbiran pusat.



**Rajah 5.2: Cadangan untuk Ketiadaan Dana BOK Secara Berperingkat**

Sumber: Penyelidik

### 5.3.8 Desentralisasi: Pentingnya Keupayaan Sumber Manusia

Pelaksanaan desentralisasi daripada perspektif politik di Indonesia, sebagaimana sudah dijelaskan sebelumnya, masih terdapat campur tangan daripada pentadbir pusat.

Program program utama kesihatan dan anggaran belanjawan untuk melaksanakan program tersebut, yang berasal daripada pentadbir pusat masih mendominasi untuk dilaksanakan di pentadbiran daerah. Oleh kerana itu, program-program ini di peringkat daerah dilaksanakan berdasarkan panduan pelaksanaan dan panduan teknikal. Panduan-panduan ini berasal daripada pentadbir pusat.

Walaupun demikian, pentadbir daerah diberikan “ruang” untuk menggunakan kuasanya dalam merancang sub-sub program dan aktiviti kesihatan berdasarkan program utama kesihatan tersebut. Oleh itu, perancangan yang digunakan adalah gabungan antara atas ke bawah dan bawah ke atas.

Menurut sebahagian besar pentadbir daerah, “ruang” tersebut adalah terlalu sempit, sehingga sukar untuk melaksanakan atau merancang pekerjaan yang kreatif dan inovatif. Namun demikian, “ruang” sempit tersebut, pada perspektif lain adalah tidak lebih daripada kesalahan cara berfikir pentadbir daerah. Sebenarnya program yang diberikan oleh pentadbir pusat tersebut, adalah program yang semestinya menjadi kuasa autonomi dan wajib dilaksanakan oleh pentadbir daerah. Hal ini terbukti beberapa pentadbir daerah di Indonesia seperti Jakarta, Surabaya, Bandung, Banyuwangi, juga boleh menggunakan “ruang” yang sempit itu dengan maksimum.

Kejayaan beberapa pentadbir daerah dalam pelaksanaan desentralisasi di Indonesia, dapat dijelaskan dengan menggunakan pendapat Giddens (1984), iaitu, mengenai teori strukturasi. Teori strukturasi ini menghubungkan antara ejen (*agent*) dan struktur yang tidak boleh dipisahkan, seperti dua mata wang logam. Namun demikian, teori strukturasi Giddens (1984) memberikan perhatian terhadap ejen yang mempunyai kemampuan untuk mewujudkan pertentangan dalam kehidupan sosial. Hal ini disebabkan oleh, ejen mempunyai kuasa dan tidak akan bermakna tanpanya. Oleh kerana itu, ejen dikatakan sebagai pelaku (*actor*) jika terdapat kehilangan keupayaan untuk mewujudkan pertentangan.

Teori strukturasi Giddens (1984) mengakui bahawa, ada paksaan atau sekatan terhadap pelaku, tetapi tidak bermakna bahawa pelaku tidak mempunyai pilihan dan peluang untuk mewujudkan pertentangan. Manakala, struktur merupakan garis panduan daripada peraturan dan sumber yang turut serta secara rutin dalam agensi-agensi atau bahagian-bahagian yang tetap daripada kehidupan sosial.

Struktur tidak bersifat luaran bagi individu-individu, kerana dalam pengertian tertentu, struktur lebih bersifat dalaman. Oleh kerana itu, struktur tidak dapat disamakan dengan kekangan (*constraint*), namun ia sering mengekang (*contraining*) dan membolehkan (*enabling*).

Kategori ejen yang dimaksudkan dalam hal ini, ialah individu sama ada *Bupati/Datuk Bandar*, ketua jabatan kesihatan daerah mahupun kakitangan kesihatan di peringkat daerah yang mempunyai keupayaan dalam mencipta sesuatu yang kreatif dan inovatif, bukan sesuatu yang rutin. Mempunyai pengetahuan tentang keadaan daerah, kemampuan dalam berunding dan melobi serta mempunyai motivasi tinggi dalam bekerja walaupun dihalang oleh pelbagai jenis peraturan atau panduan. Oleh itu, ejen bukan hanya melakukan pekerjaan yang rutin, sebagaimana dilakukan pada era sentralisasi, tetapi ejen juga didorong untuk melakukan penerobosan baru yang membolehkannya untuk dilaksanakan pada era desentralisasi kerana adanya kuasa di pentadbiran daerah.

Namun peranan sebagai pelaku, masih menguasai di empat *kabupaten/bandar* yang merupakan lokasi kajian ini. Pelaku memainkan suatu peranan sesuai dengan pekerjaan rutin yang dilaksanakan setiap hari. Selain itu, pelaku kurang, dalam merancang penerobosan baru, kerana semuanya dijalankan sesuai dengan kebiasaan yang sudah dilaksanakan bertahun-tahun.

Merancang hal-hal yang kreatif dan inovatif, dianggap sebagai pekerjaan atau tindakan membuang masa. Manakala, panduan dan peraturan, dianggap sebagai

kekangan (*constraint*) yang menyebabkan sumber manusia atau pentadbir daerah (pelaku), tidak bebas menggunakan kuasanya. Semua hal ini berlaku kerana salah satunya, tiada atau kurangnya sokongan daripada pimpinan di daerah.

Desentralisasi politik sebagai satu struktur yang berlaku di Indonesia, terlepas daripada ketidaksesuaian tuntutan teori-teori desentralisasi yang terdapat di dunia, mesti dierangkan sebagai satu kemajuan. Hal ini kerana pelaksanaannya mengutamakan demokrasi. Campur tangan pentadbir pusat yang masih menguasai peringkat daerah, menjadi suatu kemestian disebabkan oleh terhadnya anggaran belanjawan dan keupayaan sumber manusia di daerah. Namun demikian, hal ini tidak memberi makna bahawa, pentadbir daerah menjadi "separuh hati" untuk melaksanakan dasar desentralisasi atau autonomi daerah.

Sebagai satu struktur, desentralisasi politik yang masih dikuasai oleh campur tangan pentadbir pusat, tidak menjadi kekangan (*constraint*) bagi pentadbir daerah dengan mengehadkan kebebasan untuk menggunakan kuasanya. Namun ia mesti mengekang (*constraining*) pentadbir daerah untuk tidak sewenang-wenangnya. Hal ini kerana kuasa ada di peringkat daerah dan membolehkan (*enabling*) pentadbir daerah untuk mewujudkan terobosan-terobosan baru demi kesejahteraan masyarakatnya sesuai dengan besarnya kuasa yang dimiliki.

Beberapa pentadbiran daerah di Indonesia, berjaya untuk mempraktikkan desentralisasi atau autonomi dengan mengadakan program-program yang kreatif dan inovatif, sesuai dengan keperluan masyarakatnya, sehingga sasaran desentralisasi seperti yang dikemukakan oleh teori desentralisasi Smith (1985) serta teori desentralisasi Rondinelli dan Cheema (1983) tercapai.

*Bupati/Datuk Bandar* sebagai ejen-ejen daerah yang berjaya mensejahterakan rakyatnya, dengan mudah dipilih kembali untuk memimpin daerah bagi tempoh berikutnya. Selain itu, *Bupati/Datuk Bandar* ini, akhirnya bukan hanya menjadi tokoh

daerah yang dikenali oleh masyarakat daerahnya sahaja, tetapi juga menjadi tokoh nasional yang dikenali di seluruh Indonesia, seperti Joko Widodo, Basuki Tjahaja Purnama, Tri Rismaharini dan Ganjar Pranowo (Lane, 2014).

Jelaslah bahawa sebanyak mana pun kuasa yang dimiliki oleh daerah pada era desentralisasi, tidak akan bermakna jika sumber manusia di pentadbiran daerah masih memainkan peranan sebagai pelaku, bukan sebagai ejen (Teori Strukturasi Giddens, 1984).

## **5.4 Jabatan Kesihatan Negeri sebagai Pelaksana bagi Pihak Gabenor dalam Kegiatan Desentralisasi Pentadbiran**

### **5.4.1 Prinsip Desentralisasi Pentadbiran di Indonesia**

Pada era "orde baru" yang berlangsung daripada tahun 1966 hingga 1998, pentadbiran Indonesia menggunakan sistem sentralisasi. Walaupun demikian, UU Pokok-Pokok Kerajaan di Peringkat Tempatan; iaitu, No.5 Tahun 1974 yang berlaku pada masa itu, menyebutkan bahawa pentadbir pusat dapat memberikan semua tugas dan fungsi kepada pentadbir tempatan yang autonomi, kecuali dalam sektor pertahanan dan keselamatan, undang-undang, urusan luar negeri, kewangan, kewajiban-kewajiban yang dilaksanakan oleh pimpinan pentadbir tempatan serta beberapa fungsi yang lebih sama ada jika dilaksanakan oleh pentadbir pusat.

Selain itu, urusan-urusan kementerian akan didelegasikan (dekonsentrasi) kepada jabatan serantau yang ada di peringkat tempatan melalui Jabatan Wilayah atau Jabatan Tempatan Tingkat I (Negeri) atau Tingkat II (Daerah *Kabupaten/Bandar*). Namun hakikatnya, akta ini tidak pernah dilaksanakan secara utuh, kerana besarnya kuasa pentadbiran pusat di semua peringkat pentadbiran.

Oleh itu, desentralisasi (politik) yang dilaksanakan pada era "orde baru" atau era Presiden Suharto, lebih merupakan bentuk desentralisasi pentadbiran berbanding

dengan desentralisasi politik. Dengan demikian, desentralisasi pentadbiran sudah dilaksanakan di Indonesia jauh sebelum keluarnya UU No.22 Tahun 1999 sebagai salah satu alat dalam penyelenggaraan pentadbiran yang sentralistik.

Memasuki era "reformasi" pada tahun 1998, Undang-Undang Kerajaan Tempatan di Indonesia, sudah mengalami perubahan sebanyak beberapa kali. Hal ini bermula dengan tergubalnya UU No.22 Tahun 1999 yang secara efektif dikuatkuaskan pada tahun 2001 dan disemak semula menjadi UU No.32 Tahun 2004, selanjutnya disemak lagi menjadi UU No.23 Tahun 2014.

Fokus daripada perubahan undang-undang ini dalam konteks desentralisasi pentadbiran, adalah beberapa urusan atau sektor pentadbiran; seperti pendidikan dan kesihatan, dimasukkan pada kategori sebagai urusan serentak, yang bermaksud sektor-sektor ini menjadi kuasa bersama antara pentadbiran pusat, pentadbir negeri dan pentadbir daerah *kabupaten/bandar*. Namun demikian, pentadbir tempatan masih mempunyai peranan dan tanggungjawab yang utama terhadap sektor-sektor ini, kerana merupakan urusan wajib pentadbiran tempatan.

Salah satu sebab munculnya urusan serentak, adalah kerana terhadnya pentadbir tempatan, sama ada negeri maupun daerah *kabupaten/bandar*, dalam menguruskan dan mengatur urusan mereka sendiri. Keterhadan yang paling utama ialah masalah kewangan dan keupayaan sumber manusia. Hal ini akhirnya memaksa pentadbiran pusat untuk menarik semula kuasa yang telah diberikan kepada pentadbir tempatan.

Perubahan kuasa ini, membawa kesan pada pentadbir tempatan dalam memberikan perkhidmatan awam. Manakala, peranan pentadbir negeri sebagai wakil pentadbir pusat di peringkat tempatan, diperluas atau diperkuatkan berbanding dengan UU No.22 Tahun 1999 atau UU No.32 Tahun 2004.

Selain perluasan kuasa pentadbiran di peringkat tempatan, kajian ini mendapati percanggahan berhubungkait dengan desentralisasi politik dan desentralisasi

pentadbiran dalam UU Kerajaan Tempatan. Dalam pelbagai klausu pada UU No.22 Tahun 1999, UU No.32 Tahun 2004 dan UU No.23 Tahun 2014, pentadbiran pusat menetapkan dan menjelaskan urusan wajib; seperti pendidikan, kesihatan, pentadbiran awam, kesejahteraan sosial dan sebagainya, perlu disediakan dan menjadi kuasa asli pentadbir tempatan. Kuasa tempatan ini sama ada di peringkat negeri maupun daerah *kabupaten/bandar*. Dalam pasal lain, ditetapkan bahawa urusan pentadbiran; terdiri daripada urusan pentadbiran mutlak, urusan pentadbiran serentak dan urusan pentadbiran umum.

Sektor kesihatan, adalah termasuk pada urusan pentadbiran serentak, yang merupakan urusan pentadbiran wajib dengan lima urusan lain; iaitu,: (i) pendidikan; (ii) kesihatan; (iii) pekerjaan umum dan penataan ruang; (iv) perumahan rakyat dan kawasan pemukiman; (v) ketenteraman, ketertiban umum, perlindungan masyarakat; serta (vi) sosial. Manakala, urusan pentadbiran serentak yang merupakan urusan pentadbiran pilihan, adalah sebanyak 18 urusan.

Pelaksanaan urusan pentadbiran serentak ini, dilaksanakan secara bersama-sama oleh pentadbir pusat, negeri dan daerah *kabupaten/bandar* sesuai dengan kuasa masing-masing. Jelas terdapat 24 urusan, antaranya, ialah sektor kesihatan, yang didekonsentrasi atau didelegasikan kepada Gabenor sebagai wakil pentadbir pusat di peringkat tempatan. Keseluruhannya, di satu sisi, setiap peringkat pentadbiran, mempunyai kuasa dalam sektor kesihatan, manakala di sisi lain menurut UU No.22 Tahun 1999, sektor kesihatan dan beberapa sektor lain, merupakan kuasa asli pentadbiran tempatan; iaitu, pentadbir daerah *kabupaten/bandar* merupakan fokus daripada autonomi di Indonesia.

Undang-undang Kerajaan Tempatan No.23 Tahun 2014, Gabenor memegang dua peranan; iaitu, sebagai ketua kawasan autonomi pentadbiran negeri dan sebagai wakil pentadbir pusat di peringkat tempatan. Sebagai ketua kawasan autonomi

pentadbiran negeri, Gabenor memegang kuasa untuk memimpin penyelenggaraan pentadbiran negeri, sesuai dengan urusan pentadbiran yang menjadi kuasanya. Manakala, sebagai wakil pentadbir pusat di peringkat tempatan, Gabenor menjalankan peranan pentadbir pusat; iaitu, melakukan koordinasi, pembimbingan, pengawasan dan penyelenggaraan pentadbiran umum terhadap pentadbir daerah *kabupaten/bandar*.

Dalam konteks melaksanakan peranan sebagai wakil pentadbir pusat, hubungan Gabenor dengan pentadbir daerah *kabupaten/bandar* bersifat hirarki. Kajian ini hanya menumpukan perhatian pada peranan Gabenor sebagai wakil pentadbir pusat di peringkat tempatan.

Berdasarkan Gambaran Umum Peraturan Pentadbir Dekonsentrasi dan *Tugas Pembantuan* No.7 Tahun 2008, pelaksanaan asas dekonsentrasi, berada pada pentadbiran negeri dalam kedudukannya sebagai kawasan pentadbiran dengan tujuan adalah: terpeliharanya keutuhan negara kesatuan RI; terwujudnya pelaksanaan dasar kebangsaan dalam mengurangkan jurang antara pentadbiran daerah; terwujudnya keserasian hubungan antara susunan pentadbiran dan antara pentadbiran di peringkat tempatan; mengenal pasti potensi dan terpeliharanya kepelbagaiian sosial budaya di peringkat tempatan; tercapainya kecekapan dan keberkesanannya penyelenggaraan pentadbiran, serta pengurusan pembangunan dan perkhidmatan terhadap kepentingan umum masyarakat; dan terciptanya komunikasi sosial kemasyarakatan dan sosial budaya dalam sistem pentadbiran negara kesatuan RI.

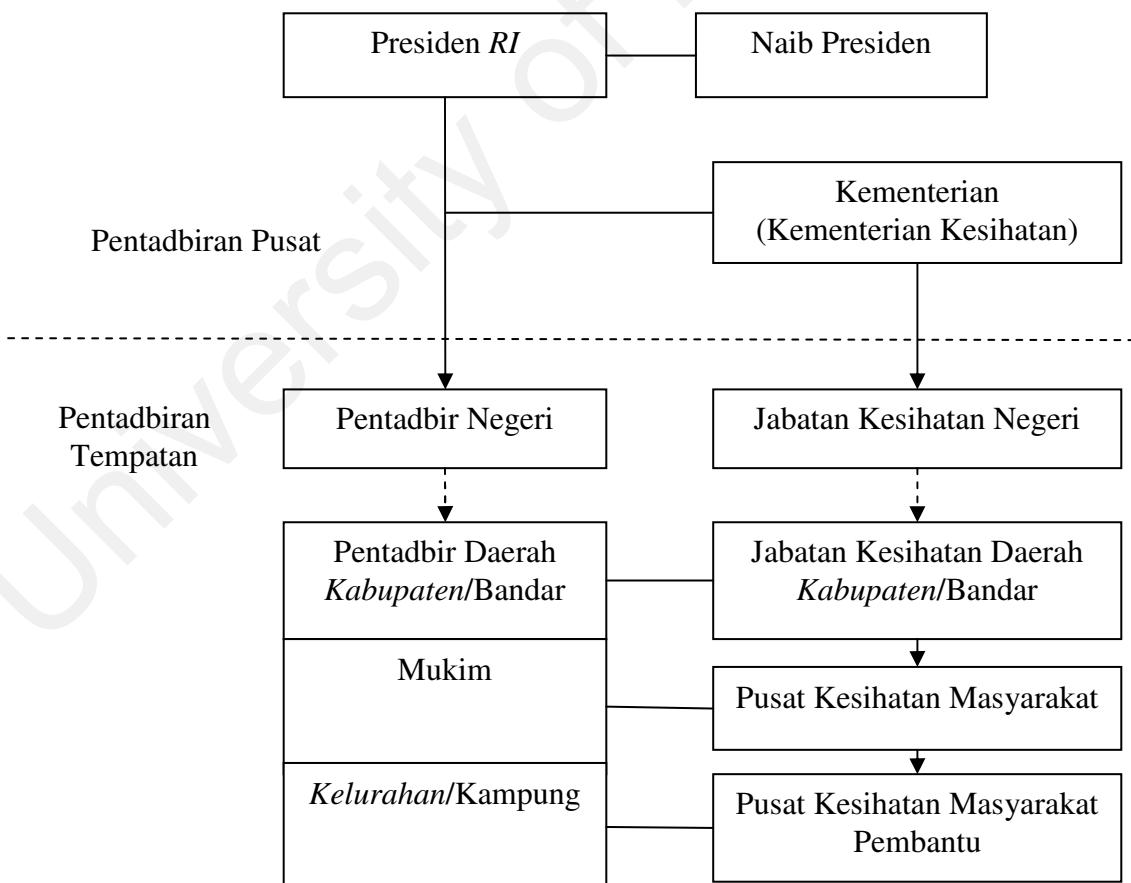
Dalam sektor kesihatan, kuasa pentadbiran berada pada jabatan kesihatan negeri yang dipimpin oleh ketua jabatan kesihatan di bawah dan bertanggung jawab kepada Gabenor melalui setiausaha kerajaan negeri (Peraturan Pentadbir No.41 Tahun 2007).

Jabatan kesihatan negeri sebagai salah satu jabatan di peringkat negeri, mempunyai tugas melaksanakan urusan pentadbiran bidang teknikal, pembimbingan masalah kesihatan, perkhidmatan kesihatan, pembangunan sumber manusia kesihatan,

dan jaminan kesihatan serta *tugas pembantuan*. Untuk melaksanakan tugas pokok ini, maka jabatan kesihatan menyelenggarakan fungsi:

1. Penggubalan dasar teknikal dalam bidang pembimbingan pengendalian masalah kesihatan, perkhidmatan kesihatan, pembangunan sumber manusia sektor kesihatan dan jaminan kesihatan;
2. Penyelenggaraan urusan pentadbiran dan perkhidmatan awam dalam bidang pembimbingan pengendalian masalah kesihatan, perkhidmatan kesihatan, pembangunan sumber manusia kesihatan dan jaminan kesihatan;
3. Pelaksanaan pemberian perlesenan dalam sektor kesihatan;
4. Pembimbingan dan pelaksanaan tugas dalam sektor kesihatan;
5. Pelaksanaan perkhidmatan pentadbiran dalaman dan luaran; dan
6. Pelaksanaan *tugas pembantuan* dalam sektor kesihatan, pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Gabenor, sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Rajah 5.3 menunjukkan kedudukan Kementerian Kesihatan sebagai bahagian daripada pentadbiran pusat yang bertanggungjawab terhadap Presiden RI dalam sektor kesihatan.



**Rajah 5.3: Peringkat Pentadbiran dan Sektor Kesihatan di Indonesia pada Era Desentralisasi**

Sumber: Penyelidik

Pentadbiran negeri sebagai kawasan pentadbiran, mempunyai kuasa pentadbiran; iaitu, sektor kesihatan menjadi tanggungjawab jabatan kesihatan negeri. Jabatan kesihatan negeri bertanggungjawab kepada Gabenor yang merupakan wakil pentadbir pusat di peringkat tempatan. Manakala, kuasa politik yang dipegang oleh pentadbir daerah *kabupaten/bandar*, merupakan fokus pelaksanaan autonomi di peringkat tempatan. Kuasa politik dalam sektor kesihatan dipegang oleh jabatan kesihatan daerah *kabupaten/bandar*.

Jabatan kesihatan daerah *kabupaten/bandar* yang bertanggungjawab dalam sektor kesihatan, merupakan salah satu jabatan yang berada di peringkat daerah *kabupaten/bandar*. Jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* ini, bertanggungjawab kepada *Bupati/Datuk Bandar*. Seterusnya jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, mempunyai unit pelaksana teknikal yang disebut dengan Pusat Kesihatan Masyarakat yang berada di mukim dan Pusat Kesihatan Masyarakat Pembantu yang berada di *kelurahan/kampung*.

#### **5.4.2 Proses Perancangan Program atau Sub-Program Kesihatan dalam Kegiatan Desentralisasi Pentadbiran**

Penguatkuasaan desentralisasi pentadbiran di peringkat tempatan dalam satu-satu negara, menyebabkan munculnya bahagian atau unit pentadbiran (*field administration*). Bahagian pentadbiran ini memiliki kuasa pentadbiran yang berasal daripada pentadbir pusat.

Dalam desentralisasi pentadbiran, kuasa politik tetap berada pada pentadbiran pusat. Bahagian pentadbiran ini, diisi oleh penjawat jawatan yang dilantik oleh pentadbir pusat, seperti Gabenor di peringkat negeri dan ketua organisasi menegak di peringkat daerah sebagai kawasan kerjanya.

Gabenor selaku wakil pentadbir pusat di peringkat tempatan, dapat merapatkan dan meringkaskan pentadbiran serta pelaksanaan tugas dan fungsi pentadbir pusat. Sebagai contoh dalam sektor kesihatan, pentadbir pusat melalui Kementerian Kesihatan

menyediakan program utama kesihatan<sup>13</sup> dan sejumlah dana untuk pelaksanaan program utama kesihatan tersebut.

Seterusnya, jabatan kesihatan negeri, selaku pelaksana bagi pihak Gabenor, memperincikan program utama tersebut kepada program dan sub-program kesihatan yang dilaksanakan di jabatan kesihatan daerah, Pusat Kesihatan Masyarakat dan masyarakat daerah. Dengan demikian, seluruh aktiviti daripada perancangan program dan sub-program kesihatan, tidak lagi dilaksanakan di Jakarta sebagai ibu kota negara Indonesia, tetapi di ibu kota Sumatera Utara atau di ibu kota *kabupaten/bandar*.

Kegiatan desentralisasi pentadbiran, merupakan penyerahan urusan pentadbiran pusat kepada pentadbir tempatan, sehingga beban pentadbir pusat dapat dikurangkan. Oleh kerana kegiatan desentralisasi pentadbiran merupakan urusan pentadbir pusat, maka penunjuk atau sasaran kejayaan yang digunakan ialah penunjuk atau sasaran kejayaan bagi pentadbir pusat.

Urusan pentadbiran pusat, adalah dalam bentuk program utama kesihatan. Pada amnya program-program ini digunakan untuk pembinaan keupayaan (*capacity building*) sumber manusia di daerah.

Tujuan pelaksanaan desentralisasi pentadbiran selain untuk kepentingan pentadbir pusat, juga untuk kepentingan pentadbir daerah. Menerusi dapatan kajian ini, beberapa program utama kesihatan yang diberikan oleh Kementerian Kesihatan, tidak menjadi keutamaan atau tidak bersetujuan dengan keadaan dan keperluan daerah. Ini meninggalkan kesan terhadap kurangnya manfaat program dan kegiatan desentralisasi pentadbiran di daerah *kabupaten/bandar*.

Salah satu alasan utama yang menjadi penyebab kurangnya manfaat program-program kesihatan, ialah program yang ditawarkan oleh Kementerian Kesihatan adalah sama untuk semua negeri di Indonesia. Padahal setiap pentadbiran negeri, menghadapi

---

<sup>13</sup> Program utama kesihatan merupakan terjemahan daripada menu kesihatan. Dalam sektor kesihatan, menu kesihatan dirancang oleh Kementerian Kesihatan. Menu kesihatan adalah program-program kesihatan yang berlaku secara umum di seluruh negeri di Indonesia.

keadaan yang berbeza; iaitu, yang sudah maju dan ada pula yang sedang membangun. Sesungguhnya Kementerian Kesihatan dapat memetakan keperluan setiap negeri melalui mesyuarat-mesyuarat koordinasi di peringkat negeri. Namun hal ini belum dilaksanakan dengan sepenuhnya. Sebagai contoh, program utama kesihatan yang dinilai belum diperlukan atau tidak sesuai dengan keadaan di semua daerah di Indonesia ialah pelaksanaan latihan *Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA)* umum.

*SIKDA* umum ini merupakan aplikasi sistem maklumat kesihatan yang menyatupadukan sistem-sistem maklumat di Pusat Kesihatan Masyarakat, hospital dan prasarana kesihatan lain, sama ada milik kerajaan mahupun swasta. Sistem ini menggunakan teknologi maklumat dan komunikasi. Manakala, peranti komputer dan akses internet, dianggap sebagai barang mewah di hampir semua Pusat Kesihatan Masyarakat di Sumatera Utara. Meskipun begitu, latihan *SIKDA* ini, tetap dilaksanakan sehingga menimbulkan andaian bahawa; latihan ini dilaksanakan secara terpaksa dan tidak begitu diperlukan (JKT1).

Selain itu, beberapa pelaksanaan daripada program latihan, adalah tidak sesuai dengan keadaan dan keupayaan di semua pentadbiran negeri. Contohnya adalah penyelenggaraan latihan *Sistem Informasi Kesehatan (SIK)* untuk kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat. Latihan ini dilaksanakan di setiap daerah *kabupaten/bandar* selama empat hari bekerja. Jika satu-satu negeri mempunyai lima daerah *kabupaten/bandar*, maka kakitangan jabatan kesihatan negeri, menghabiskan masa selama 20 hari bekerja untuk melaksanakan latihan tersebut. Hal ini masih mungkin dilaksanakan namun demikian, di Sumatera Utara terdapat 33 daerah *kabupaten/bandar*. Ini maknanya latihan *SIK* tersebut memerlukan sekurang-kurangnya 132 hari untuk dilaksanakan. Oleh itu, jabatan kesihatan negeri menghabiskan masa selama 132 hari di daerah *kabupaten/bandar* untuk satu program kesihatan sahaja.

Jabatan Kesihatan Negeri Sumatera Utara pula, mempunyai beberapa program untuk dilaksanakan di daerah *kabupaten/bandar*. Majoriti aktiviti Jabatan Kesihatan Negeri Sumatera Utara, boleh dihabiskan dalam setahun, hanya untuk melaksanakan latihan di daerah *kabupaten/bandar*. Ini bermakna keberkesanan daripada program-program latihan desentralisasi pentadbiran, adalah cukup sukar untuk diwujudkan (JKT1).

Merancang program utama kesihatan dalam kegiatan desentralisasi pentadbiran adalah tidak mudah. Hal ini kerana program utama semestinya menjadi keperluan semua negeri dan daerah *kabupaten/bandar* di Indonesia. Negeri dan daerah jumlahnya sangat banyak dan mempunyai keadaan, keperluan dan keutamaan yang berlainan.

Selain itu, perancangan program utama kesihatan, bukan hanya melihat kepada keadaan dan keperluan negeri atau daerah yang berada di Pulau Jawa sahaja. Hal ini kerana jurang perbezaan antara infrastruktur, kewangan dan keupayaan sumber manusia Pulau Jawa dan luar Pulau Jawa adalah sangat besar.

Manakala, UU Kerajaan Tempatan yang digunakan di hampir seluruh negeri dan daerah *kabupaten/bandar* di Indonesia juga adalah sama. Pada masa yang sama terdapat pelaksanaan desentralisasi politik yang tidak simetri atau pemberian autonomi khas pada lima daerah; iaitu, Yogyakarta (UU No.19 Tahun 1950); Papua (UU No.21 Tahun 2001); Aceh (UU No.11 Tahun 2006); Jakarta (UU No.29 Tahun 2007); Papua Barat (UU 35 Tahun 2008), namun pelaksanaan desentralisasi pentadbiran dalam sektor kesihatan di semua negeri di Indonesia, pada hakikatnya adalah sama.

Program utama kesihatan yang diberikan pentadbir pusat kepada pentadbir daerah, tidak semua bersesuaian dengan keadaan dan keperluan daerah di Sumatera Utara. Pentadbiran Negeri Sumatera Utara sebagai pelaksana kegiatan desentralisasi pentadbiran sahaja, belum sepenuhnya memperincikan atau merancang program atau sub-program kesihatan tersebut.

Kajian ini menemukan dan mendapati empat perkara yang perlu menjadi perhatian dalam mendapatkan program atau sub-program kesihatan yang sesuai dengan keperluan daerah; iaitu, menggunakan analisis keperluan; analisis berdasarkan bukti (*evidence base*); mempunyai sensitivity; dan mewujudkan kreativiti.

“Sebenarnya selain analisis keperluan dan analisis menggunakan bukti, sensitiviti dan kreativiti sangat diperlukan dalam merancang program kesihatan. Hal ini penting agar program atau aktiviti kesihatan yang dihasilkan benar-benar diperlukan daerah. Jadi bukan diciplak (*copy paste*) daripada program-program sebelumnya. Jika tidak, tiada gunanya kita berbicara mengenai desentralisasi (tersenyum) (JKT1)”.

Beberapa program atau sub-program yang dirancang oleh Jabatan Kesihatan Negeri Sumatera Utara, belum berasaskan pada ke empat-empat perkara tersebut, sehingga ia kurang menarik dan bermanfaat bagi Bandar Medan.

Program-program kesihatan tersebut dianggap sudah tidak menjadi keperluan atau keutamaan lagi. Hal ini berbeza dengan tiga daerah *kabupaten/bandar* lain, yang menjadi lokasi kajian ini. Program-program tersebut diterima tanpa mempertikaikan kandungan program yang ditawarkan, kerana sumber manusia di jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* atau Pusat Kesihatan Masyarakat memerlukan program-program untuk membina keupayaan tersebut. Hal ini disokong dengan tidak tersedianya anggaran belanjawan pentadbiran daerah untuk merancang program-program pembinaan keupayaan bagi kakitangan daerah. Sebaliknya, di Bandar Medan, program-program latihan untuk kakitangannya dapat dilaksanakan dengan menggunakan anggaran belanjawan sendiri (JKT1-1; JKT4-1; JKT2-1; JKT3-1).

Salah satu faktor rendahnya kualiti program dan sub-program yang dirancang oleh Jabatan Kesihatan Negeri Sumatera Utara, ialah disebabkan oleh rendahnya kapasiti atau keupayaan sumber manusia. Kapasiti (*capacity*) ini boleh dimaksudkan dengan keupayaan individu, organisasi atau unit organisasi untuk melaksanakan fungsi secara berkesan dan cekap.

Selain masalah keupayaan sumber manusia, kualiti program yang rendah adalah sebagai ekoran daripada etika kerja yang masih rendah dan berleluasanya amalan-amalan rasuah, konspirasi dan nepotisme di peringkat negeri. Hal ini dibuktikan dengan terdapat masih banyak kakitangan yang mahu bekerja bila mana pekerjaan tersebut mendatangkan keuntungan kewangan. Selain itu, pekerjaan yang dilakukan hanya dianggap sebagai kegiatan rutin yang biasa dilaksanakan selama bertahun-tahun. Oleh itu, adalah masih sukar untuk bercakap mengenai kreativiti dan inovasi dalam kegiatan desentralisasi pentadbiran (PT1; PT5).

Sebaliknya pendapat yang berbeza disampaikan oleh seorang pemberi maklumat bahawa program utama kesihatan daripada Kementerian Kesihatan tidak boleh diubah. Jabatan kesihatan negeri hanya berpandukan kepada program utama yang diberikan oleh Kementerian Kesihatan dan selanjutnya dihuraikan atau dibahagikan menjadi program dan sub-program kesihatan. Oleh kerana itu, jika program yang dirancang oleh jabatan kesihatan negeri tidak sesuai dengan keadaan dan keperluan daerah *kabupaten/bandar*, maka hal ini tidak sepenuhnya menjadi kekurangan jabatan kesihatan negeri. Walaupun demikian masih sukar bagi Jabatan Kesihatan Negeri Sumatera Utara untuk merancang program dan sub-program yang kreatif dan inovatif. Banyak faktor yang menjadi penyebabnya, seperti kekurangan sokongan daripada pimpinan untuk menghasilkan program-program yang kreatif, rendahnya motivasi dan kebolehan bekerja kakitangan di jabatan kesihatan negeri (JKT1).

Sesungguhnya terdapat cara supaya program yang berasal daripada dana dekonsentrasi ini boleh dilaksanakan dengan lebih cekap dan berkesan. Program kesihatan daripada pentadbir negeri yang dananya berasal daripada APBD negeri dapat disesuaikan dengan program kesihatan yang berasal daripada dana dekonsentrasi (APBN). Hal ini dikenali sebagai pembiayaan bersama (*fund sharing*).

Pembentukan bersama ini diertikan program daripada pentadbir negeri dan program daripada kegiatan dekonsentrasi bergerak secara bersama (*synchronise*) dengan menggunakan anggaran belanjawan masing-masing. Program yang berasal daripada dana dekonsentrasi sama sekali tidak membebankan dana daripada APBD negeri dan sebaliknya. Hal ini boleh dilaksanakan kerana beberapa program desentralisasi pentadbiran juga merupakan program autonomi daripada Jabatan Kesihatan Negeri Sumatera Utara. Namun demikian, integriti, kreativiti dan inovasi yang tinggi amatlah dituntut daripada kakitangan pentadbir negeri untuk menyepakatkan kedua-dua program supaya kandungannya lebih menarik dan berkualiti. Selain itu, kekerapan pelaksanaan program-program ini juga dapat lebih ditambah. Hal ini pada akhirnya dapat mendatangkan manfaat kepada pentadbir negeri (PT1; PT2; JKT1).

Namun apa yang terjadi adalah sebaliknya, program atau aktiviti yang dirancang oleh jabatan kesihatan negeri hanyalah satu iaitu yang berasal daripada program desentralisasi pentadbiran atau APBD negeri. Manakala itu, pembentukan program tersebut berasal daripada dua sumber (*double funding*) berbeza iaitu dana dekonsentrasi yang berasal daripada APBN dan dana APBD negeri. Hal seperti ini boleh terjadi kerana pentadbir negeri mempunyai dua kuasa iaitu kuasa politik sebagai pentadbir yang berautonomi dan kuasa pentadbiran sebagai pemegang kuasa dalam kawasan pentadbiran yang menjalankan kegiatan-kegiatan dekonsentrasi di peringkat tempatan. Penggunaan dua sumber dana untuk satu kegiatan yang sama padahal tidak dibenarkan dalam sistem kewangan kebangsaan mahupun tempatan (JKT1; PT4).

Melihat pelaksanaan program sama ada dalam bentuk latihan mahupun sosialisasi, ia juga tidak terlepas daripada masalah. Dapatan kajian ini menunjukkan bahawa biasanya latihan yang berasal daripada dana dekonsentrasi dilaksanakan beberapa bulan sebelum berakhirnya tahun semasa. Hal ini kerana anggaran belanjawan untuk kegiatan dekonsentrasi yang berasal daripada pentadbir pusat keluarnya selalu

lewat dikeluarkan. Kelewatan pengeluaran *DIPA* ini disebabkan oleh mekanisme dan tatacara serta dasar yang ada pada pentadbir pusat seperti di Kementerian Kewangan dan Kementerian Kesihatan itu sendiri. Kelewatan ini sebagai contoh, menjadikan Bandar Medan tidak dapat mengikuti semua program daripada kegiatan dekonsentrasi, kerana sudah mempunyai aktiviti sendiri yang mesti dilaksanakan pada akhir tahun.

Penolakan ini dari satu sisi menjadikan sumber manusia di peringkat daerah kehilangan peluang untuk mendapatkan latihan yang ditawarkan melalui kegiatan desentralisasi pentadbiran. Dari sisi lain pula, penolakan ini memberikan akibat tiadanya pengoptimuman hasil kegiatan desentralisasi pentadbiran yang diselenggara oleh pentadbir tempatan.

Era desentralisasi memberikan kebebasan kepada daerah *kabupaten/bandar* untuk menerima atau menolak program yang disediakan atau ditawarkan oleh pentadbir pusat melalui amalan desentralisasi pentadbiran. Meskipun begitu hasil kajian ini juga menunjukkan bahawa secara umumnya *kabupaten/bandar* di Sumatera Utara menerima setiap program yang dirancang oleh pentadbir negeri sebagai pelaksana amalan desentralisasi pentadbiran. Hal ini kerana pentadbir *kabupaten/bandar* sendiri kekurangan dana untuk merancang latihan atau sosialisasi bagi meningkatkan daya sumber manusianya. Lantaran itu, sekiranya terdapat tawaran latihan daripada jabatan kesihatan negeri, jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* sedia untuk menerima walau apa juga subjek yang ditawarkan dan pada bila-bila masa sahaja penyelenggaraannya (JKT1-1; JKT2-1; JKT4-1).

Dari perspektif yang lain, tahap kepedulian negeri mahupun *kabupaten/bandar* dalam menjalankan program desentralisasi pentadbiran sektor kesihatan di Sumatera Utara tidak terlepas daripada isu integriti dan kepentingan peribadi (*individual interests*) kakitangan pentadbiran itu sendiri. Jika melihat kepada mata anggaran dalam kegiatan kesihatan yang berpuncak daripada dana dekonsentrasi, umumnya peruntukan anggaran

belanjawan digunakan untuk sektor bukan-fizikal. Ini bermakna terdapat kemungkinan yang sangat kecil dalam mendatangkan keuntungan kewangan bagi individu yang dimaksudkan. Situasi ini selari dengan pendapat atau pandangan Fengler dan Hofman (2009) yang menyatakan bahawa rakyat percaya terdapat rasuah yang menular dalam pentadbiran tempatan.

Pendapat Erawan dalam McLeod dan MacIntyre (2007) juga menyatakan bahawa desentralisasi telah mengubah landskap hubungan politik antara pusat dan tempatan. Penyelidikan terbaru telah menunjukkan bahawa rasuah sudah berleluasa dalam pentadbiran tempatan. Sumatera Utara sebagai kawasan autonomi juga tidak terlepas daripada isu rasuah ini sehingga pada tahun 2016, jawatan kuasa pemberantasan rasuah (*KPK*) telah memutuskan pimpinan negeri (*Gabenor*) dan beberapa ahli Dewan Undangan di peringkat tempatan sebagai suspek dan juga telah menjadi pesalah yang disabitkan (*detik.com*, 2016).

“Di sini jabatan kesihatan daerah dijadikan tempat latihan untuk kegiatan desentralisasi pentadbiran sudah beberapa kali. Saya senang sahaja kerana semua kos latihan berasal daripada pentadbir pusat. Jabatan kesihatan negeri sebagai pelaksana kegiatan, manakala saya hanya menyediakan tempat dan sumber manusia yang hendak dilatih. Saya tidak mengetahui mengapa jabatan kesihatan negeri sering menawarkan program latihan ke sini. Mungkin kerana saya tidak pernah meminta apa-apa atau tidak memberikan syarat-syarat apapun kepada mereka (jabatan kesihatan negeri). Menurut saya sepanjang kakitangan saya dilatih saya sudah merasa senang (JKT4-1)”.

Kuasa yang dimiliki oleh pentadbiran tempatan dalam penyelenggaraan kegiatan desentralisasi pentadbiran, adalah kuasa pentadbiran. Alderfer (1964) menyatakan, kakitangan di peringkat negeri hanya sebagai bawahan yang menjalankan perintah agensi-agensi pusat, sehingga tidak ada keputusan penting diambil dan tidak ada dasar dirancang di peringkat tempatan. Oleh kerana itu, kuasa pentadbiran negeri sebagai kawasan pentadbiran hanya bekerja atas dasar rencana dan anggaran yang sudah ditentukan oleh pentadbiran pusat (Cheema dan Rondinelli, 1983). Pentadbir negeri tidak boleh menjatuhkan hukuman kepada daerah *kabupaten/bandar* yang dianggap

tidak menjalankan dengan sungguh-sungguh program yang berasal daripada kegiatan desentralisasi pentadbiran.

Peranan negeri sebatas melakukan pengawalan atau pemantauan dan penilaian, sama ada kegiatan sudah sesuai dengan program utama kesihatan yang berasal daripada pentadbir pusat atau tidak. Selanjutnya menyampaikan hasil laporan tersebut kepada pentadbir pusat. Oleh itu, pentadbir pusat memberi ganjaran atau denda atas pencapaian pentadbir *kabupaten/bandar* dalam kegiatan desentralisasi pentadbiran.

Dapatan kajian ini menunjukkan bahawa; pentadbir pusat sangat jarang memberikan maklum balas kepada laporan pemantauan dan penilaian yang diberikan oleh Jabatan Kesihatan Negeri Sumatera Utara terhadap pencapaian daripada jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*. Pengabaian yang dilakukan oleh pentadbir pusat ini, daripada satu sudut menjadikan kewujudan negeri sebagai kawasan pentadbiran, tidak dipandang oleh pentadbir daerah *kabupaten/bandar*; terutamanya sebagai penggerak kegiatan desentralisasi pentadbiran. Daripada sudut lain, menghasilkan kegiatan desentralisasi pentadbiran dengan peruntukan dana yang cukup besar menjadi kurang memberi manfaat (JKT1).

Peranan pentadbir negeri pada sistem sentralisasi dan desentralisasi dalam kegiatan desentralisasi pentadbiran, adalah sangat berbeza. Peranan pentadbir negeri pada era sentralisasi adalah sangat besar terhadap pentadbir *kabupaten/bandar*.

Kakitangan di peringkat negeri kerap terdengar tentang lawatan ke daerah *kabupaten/bandar* untuk melakukan pengawasan, maka dengan itu, pentadbir negeri akan disambut dengan hangat seperti memberikan "ufeti" atau sekadar buah tangan. Sebaliknya, pentadbir negeri memberikan penilaian yang positif terhadap pengawasan yang sedang dilakukan. Hadiz (2003) menyatakan peranan pentadbir tempatan yang terlalu besar, menjadikan ia sukar diawasi.

Namun demikian, peranan pentadbir negeri pada era desentralisasi, hanya melakukan pemantauan dan penilaian sahaja. Ia tidak dapat memberikan apa-apa ganjaran atau denda sehingga kadang-kadang ia tidak "dianggap" oleh pentadbir *kabupaten/bandar*. Ini menyebabkan perlakuan pentadbir daerah *kabupaten/bandar*, berbeza terhadap lawatan kakitangan daripada pentadbir negeri (PT1).

Sesungguhnya walaupun peranan pentadbir negeri adalah hanya untuk melakukan pemantauan atau penyeliaan terhadap prestasi pentadbir *kabupaten/bandar*, ia bukan bermakna tidak penting atau wibawa pentadbir negeri menjadi rendah. Pentadbir negeri dapat menyikapi dengan bekerja secara profesional dan mempunyai integriti yang tinggi. Dengan demikian, kewibawaan pentadbir negeri tetap terjaga, meskipun tidak boleh menjatuhkan denda atau memberikan ganjaran kepada pentadbir daerah *kabupaten/bandar* dalam kegiatan desentralisasi pentadbiran (PT1; PT5).

Manakala, kuasa Gabenor sebagai wakil pentadbir pusat, menurut salah seorang pemberi maklumat, adalah cukup besar; kerana ia diharapkan dapat "menjaga" kuasa yang dimiliki oleh pentadbir *kabupaten/bandar* sebagai fokus daripada pelaksanaan autonomi di Indonesia. Hal ini bertujuan agar pentadbiran daerah *kabupaten/bandar* menggunakan kuasanya untuk memberikan perkhidmatan yang lebih baik kepada masyarakat, bukan untuk memperkuatkan kuasanya.

Selain itu, pelaksanaan desentralisasi pentadbiran di Indonesia, adalah untuk memberikan pembangunan menyeluruh yang seksama di peringkat tempatan. Hal ini kerana kawasan tempatan di Indonesia, mempunyai perbezaan keupayaan sumber manusia, sumber semula jadi, kewangan dan infrastruktur yang boleh menimbulkan jurang pembangunan antara satu daerah dengan daerah yang lain. Oleh itu, melalui program-program daripada desentralisasi pentadbiran dapat mengurangkan jurang perbezaan itu (PT2; PT4).

Sumber pembiayaan daripada pelaksanaan desentralisasi pentadbiran dalam sektor kesihatan, adalah berasal daripada APBN melalui DIPA Kementerian Kesihatan (Jadual 5.1). Jabatan Kesihatan Negeri sebagai penerima dana dekonsentrasi, menyampaikan laporan kegiatan dekonsentrasi setiap suku tahun dan setiap berakhirnya tahun anggaran. Laporan ini disampaikan kepada Gabenor melalui jabatan negeri yang membidangi perancangan di peringkat tempatan (*Bappeda* Negeri) dan kepada Kementerian Kesihatan.

**Jadual 5.1: Peruntukan APBN Dekonsentrasi Jabatan Kesihatan Negeri Sumatera Utara Tahun 2011-2015**

		(dalam Billion Rupiah)
Tahun	Bilangan	
2011	51.8	
2012	48.4	
2013	33.2	
2014	39.8	
2015	44.2	

Sumber: Diringkaskan daripada Jabatan Negeri Sumatera Utara, 2015

Program desentralisasi pentadbiran ini, di bagi dalam enam program; iaitu, sokongan pengurusan dan pelaksanaan teknikal lain Kementerian Kesihatan, bimbingan pemakanan dan kesihatan ibu dan anak, pembimbingan usaha kesihatan, kawalan penyakit dan penyehatan lingkungan, kefarmasian dan alat kesihatan serta pembangunan dan pemerkasaan sumber manusia.

Dana dekonsentrasi kesihatan di Indonesia pada tahun 2014, adalah sebanyak 913.5 billion (*Pagu Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian/Lembaga Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran* atau *RKA-KL DIPA*) dan memperolehi DIPA sebesar 742.5 billion atau 81.28 peratus. Manakala pada tahun yang sama, dana dekonsentrasi kesihatan di Sumatera Utara, adalah sebanyak 39.8 billion dan terwujud sebesar 34.3 billion (86.24 peratus).

Jumlah dana dekonsentrasi di Sumatera Utara beberapa tahun sebelumnya (daripada tahun 2008 dan sebelumnya), adalah sangat besar. Namun tahun-tahun

kebelakangan ini, jumlah dana dekonsentrasi semakin berkurang. Salah satu sebabnya ialah kerana jumlah APBD Sumatera Utara, sudah jauh lebih besar daripada tahun-tahun sebelumnya, sehingga pentadbiran pusat mengurangkan jumlah dana dekonsentrasi ini (JKT1).

Besar atau kecilnya jumlah dana untuk kegiatan desentralisasi pentadbiran menurut pemberi maklumat lain, adalah sedikit sebanyak mempunyai unsur subjektif daripada pentadbir pusat atau Kementerian Kesihatan. Ini bermakna besarnya dana yang diberikan kepada setiap negeri, tidak bergantung pada kejayaan atau kegagalan negeri menggunakan dana dekonsentrasi tersebut (PT3).

Berdasarkan pada Profil Kesihatan, Kementerian Kesihatan (2015), daripada 34 negeri yang ada di Indonesia, hanya empat negeri membelanjakan dana dekonsentrasi dalam sektor kesihatan di atas 90 peratus. Negri itu; iaitu, Sulawesi Selatan (93.65 peratus); Sulawesi Tenggara (92.04 peratus); Sulawesi Utara (91.25 peratus); dan Lampung (90.95 peratus). Manakala, di beberapa negeri, dana dekonsentrasi hanya dibelanjakan di bawah 50 peratus. Padahal keberhasilan kegiatan dekonsentrasi dapat mendatangkan keuntungan bagi daerah *kabupaten/bandar* sebagai daerah autonomi, terutama daerah-daerah yang sumber pendapatannya kecil.

“Di Sumatera Utara lebih daripada 50 peratus kegiatan dekonsentrasi tidak mencapai sasaran. Salah satu faktor penyebabnya ialah kuasa daripada jabatan kesihatan negeri terhad. Tegasnya, kami tidak mempunyai kuasa sampai ke daerah *kabupaten/bandar* (JKT1)”.

Sesungguhnya, kegagalan pelaksanaan desentralisasi pentadbiran juga dialami oleh banyak negara di dunia. Nigeria sebagai contoh, masalah yang terjadi ialah, program yang ditawarkan oleh pentadbir pusat tidak sungguh-sungguh dilaksanakan di peringkat tempatan, kakitangan di peringkat tempata terhad, manfaat daripada program tidak jelas dan terdapat rintangan (*resistance*) oleh kawalan pusat terhadap kewangan dalam kegiatan dekonsentrasi. Namun demikian, setelah dasar desentralisasi (politik) dipraktikkan di Negeria, program-program ini, diserahkan kepada pentadbir daerah

sebagai daerah yang berautonomi. Akhirnya daerah mampu melaksanakan program-program ini untuk kepentingan masyarakat daerah (Idode dalam Rondinelli *et al.*, 1984).

Aljazair, Libya dan Tunisia, sampai pada kesudahan yang sama; bahawa prestasi dan kesan daripada unit-unit pentadbiran, telah mendatangkan manfaat dalam beberapa kes, tetapi tidak selalu sesuai dengan sasaran dasar desentralisasi politik. Sebagai contohnya, kawalan atas sumber kewangan, pada akhirnya berlanjut menjadi terpusat; dan terhadnya keupayaan kakitangan di organisasi daerah, sehingga tidak mampu melaksanakan tanggungjawab yang diberikan oleh pentadbir pusat (Nellis dalam Rondinelli *et al.*, 1984).

Namun demikian, beberapa negara merasakan hal positif pelaksanaan kegiatan dekonsentrasi. Thailidan misalnya, dari tahun 1979 hingga 1982, sekian peratus daripada anggaran kebangsaan agihkan untuk kegiatan dekonsentrasi, sehingga pentadbir tempatan, dapat membantu dewan kampung dalam mengenal pasti, menggubal dan melaksanakan projek-projek yang merupakan program pentadbir pusat. Kesan daripada latihan ini, ialah peningkatan produksi pertanian dan pendapatan isi rumah di pentadbir kampung (Noranitipadungkarn dalam Rondinelli *et al.*, 1984)

## **5.5 Cabaran Jabatan Kesihatan *Kabupaten/Bandar* terhadap Pelaksanaan Desentralisasi Politik**

Pelaksanaan desentralisasi dari perspektif politik di Indonesia, sudah bermula sejak tahun 2001; iaitu, selepas keluarnya UU Kerajaan Tempatan No.22 Tahun 1999. Undang-undang ini sudah disemak sebanyak dua kali, namun di peringkat *kabupaten/bandar* pelaksanaan desentralisasi dalam sektor kesihatan, masih belum berjalan sebagaimana yang diharapkan.

Dua cabaran besar yang didapati dalam kajian ini, ialah berhubungkait dengan belanjawan dan sumber manusia di peringkat tempatan.

Dalam konteks desentralisasi politik, *APBD* pada prinsipnya menjadi sumber utama pembiayaan perkhidmatan kesihatan awam untuk pentadbiran daerah *kabupaten/bandar*. Logik ini dilihat relevan terhadap daerah yang mempunyai *APBD* yang besar dan sumber-sumber pendapatan yang mencukupi serta kepadatan penduduk yang tidak terlalu tinggi.

Jumlah *APBD* pentadbir daerah selanjutnya, akan dibandingkan dengan jumlah dana yang diperuntukkan kepada sektor kesihatan sebagai perkhidmatan asas. Namun demikian, pentadbir tidak serta merta meneruskan dengan menjadikan satu-satu norma hukum yang tegas berhubungkait dengan peratusan minima *APBD* yang mesti diperuntukkan untuk sektor kesihatan. Hal ini kerana, pembahagian anggaran per sektor perkhidmatan pentadbiran, termasuklah perkhidmatan kesihatan awam, tetap memerlukan kemahuhan politik daripada *Bupati/Datuk Bandar*.

Jumlah peruntukan anggaran kesihatan untuk peringkat daerah pada era desentralisasi, selalu menjadi perhatian, kerana sektor kesihatan merupakan salah satu keperluan asas masyarakat. Peningkatan perbelanjaan sektor kewangan, dalam pelaksanaan desentralisasi di Sumatera Utara, adalah sangat ketara berbanding dengan belanjawan yang diperuntukkan kepada kuasa daerah autonomi pada masa sentralisasi.

Peningkatan ini menandakan selepas dasar desentralisasi, anggaran belanjawan bagi daerah autonomi untuk sektor kesihatan, adalah sudah lebih baik. Perbandingan jumlah dan peratusan anggaran tersebut dinyatakan dalam Jadual 5.2.

**Jadual 5.2: Perbandingan Bilangan dan Peratusan Pembelanjaan Sektor Kesihatan di Sumatera Utara (dalam Trilion Rupiah)**

Era Sentralisasi			Era Desentralisasi		
Tahun APBD	Bilangan	Peratus	Tahun APBD	Bilangan	Peratus
1998/1999	4.1	0.67	2011	15.4	3.28
1997/1998	5.3	0.72	2012	263.5	3.43
1996/1997	5.8	0.63	2013	298	3.36
1995/1996	5.5	0.51	2014	401.7	4.72
1994/1995	4.6	1	2015	398.5	4.59

Sumber: Diringkaskan daripada Data *Departemen Kewangan* (2016)

Peruntukan bajet kesihatan sama ada daripada jumlah mahupun peratusan, sudah mengalami peningkatan selepas dasar desentralisasi dipraktikkan. Hal ini menunjukkan daerah sudah memiliki sedikit kebebasan untuk memperuntukkan peratusan anggaran berdasarkan urusan atau sektor. Jadual 5.3 menunjukkan, di empat daerah *kabupaten/bandar* yang menjadi lokasi kajian ini, urusan atau sektor kesihatan, adalah termasuk dalam empat keutamaan utama, manakala keutamaan yang paling ditekankan adalah sektor pendidikan.

Sektor kesihatan berada dalam kalangan empat yang tertinggi dalam pembahagian peruntukan anggaran belanjawan, akan tetapi jumlah yang diperuntukkan kepada sektor kesihatan, masih belum seperti yang ditentukan dalam undang-undang.

**Jadual 5.3: Empat Anggaran Peruntukan Tertinggi (*Top Four*) Berasaskan Urusan atau Sektor**

Peringkat	Sumatera Utara	Medan	Binjai	Deli Serdang	Serdang Bedagai
I	Pentadbiran Umum	Pendidikan	Pendidikan	Pendidikan	Pendidikan
II	Pekerjaan Umum	Pentadbiran Umum	<b>Kesihatan</b>	Pekerjaan Umum	Pentadbiran Umum
III	<b>Kesihatan</b>	<b>Kesihatan</b>	Pentadbiran Umum	Pentadbiran Umum	Pekerjaan Umum
IV	Pertanian	Pekerjaan Umum	Pekerjaan Umum	<b>Kesihatan</b>	<b>Kesihatan</b>

Sumber: Diringkaskan daripada Data *Direktorat Jenderal Perimbangan Kewangan, Kementerian Kewangan, 2015*

Pada tahun 2015, jumlah *APBD* di Sumatera Utara adalah berjumlah Rp39.9 trilion. Daripada jumlah itu, bajet untuk sektor kesihatan adalah berjumlah Rp 3.8 trilion atau 9.41 peratus (*Biro Perencanaan dan Anggaran, Direktorat Jenderal Perimbangan Kewangan, Kementerian Kewangan, 2015*). Berdasarkan hasil prestasi Kementerian Kesihatan (Jadual 5.4), sebanyak 51.12 peratus pentadbir daerah *kabupaten/bandar* memperuntukkan anggaran untuk sektor kesihatan di bawah 10 peratus daripada *APBD*. Hal ini bermakna, dana BOK kemungkinan besar, digunakan sebagai dana utama dalam sektor kesihatan, sehingga beberapa program kesihatan tidak maksima dapat dinikmati

oleh masyarakat, kerana dana yang tersedia adalah kecil. Manakala, program atau aktiviti kesihatan yang mesti dilaksanakan di Pusat Kesihatan Masyarakat, adalah cukup banyak.

#### **Jadual 5.4 Peratusan Anggaran Peruntukan Kesihatan dalam APBD Tahun 2014**

<b>Bilangan Kabupaten/Bandar</b>	<b>Jumlah APBD Sektor Kesihatan</b>
239 (48.98 peratus)	Sekurang-kurangnya 10 peratus
234 (48.05 peratus)	5 peratus – 9.99 peratus
15 (3.07 peratus)	1.44 peratus – 4.99 peratus

Sumber: Kementerian Kesihatan, 2015

Berbanding dengan tahun 2014, jumlah pembahagian anggaran dalam sektor kesihatan pada tahun 2015, adalah hampir sama atau tidak ada peningkatan yang signifikan. Salah satu penyebabnya ialah, jumlah besarnya peruntukan bajet untuk gaji. Sebanyak 131 pentadbir daerah di Indonesia, menghabiskan setengah daripada APBD untuk gaji kakitangan pentadbiran, tidak termasuk kakitangan ketenteraan (detik.com, 2017b). Anggaran yang tidak terlalu besar ini pun, akhirnya tidak secara sepenuhnya sampai kepada masyarakat untuk pembangunan perkhidmatan kesihatan awam.

Menurut Widmalm (2008) cabaran yang paling asas dalam pembangunan kesihatan dan pendidikan di negara-negara membangun, berpunca daripada amalan-amalan rasuah yang dilakukan oleh kakitangan pentadbiran, ahli Dewan Undangan, guru dan kakitangan kesihatan.

Salah satu sebab belum tercapai 10 peratus daripada jumlah belanja APBD untuk sektor kesihatan, ialah kerana terhadnya *PAD* satu-satu daerah. *PAD* adalah pendapatan daerah yang berasal daripada cukai daerah, *restitution* daerah, hasil pengelolaan daerah yang dipisahkan, dan lain-lain pendapatan asli daripada daerah.

Daripada empat *kabupaten/bandar* yang menjadi lokasi kajian ini, Medan mempunyai *PAD* yang paling besar di Sumatera Utara (Jadual 5.5). Besarnya jumlah *PAD* ini menjadikan Medan sebagai salah satu daerah, memberi elauan dan kesejahteraan kepada kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat setiap bulan. Selain itu, daripada hasil

temuan penyelidikan ini, di era desentralisasi, jumlah *PAD* yang semakin banyak, mempengaruhi bilangan program kesihatan yang dilaksanakan di Pusat Kesihatan Masyarakat atau jabatan kesihatan daerah (JKT1-1).

**Jadual 5.5: Jumlah Anggaran Pendapatan Asli Daerah Kabupaten/Bandar di Sumatera Utara**

<i>Kabupaten/Bandar</i>	<i>Anggaran Pendapatan Asli Daerah (dalam Juta Rupiah)</i>		
	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Deli Serdang	465	566.7	630.1
Serdang Bedagai	53.8	61	72.4
Medan	1758.8	1515.7	1679.2
Binjai	46.1	68.7	88.7
Sumatera Utara	34867	3499	4089.5

Sumber: *BPS*, Sumatera Utara, 2013- 2015, 2015

*APBD* adalah kumpulan pendapatan daripada *PAD*, *DBH*, *DAU* dan *DAK*.

Majoriti daerah autonomi di Indonesia, termasuk di Sumatera Utara, masih bergantung pada *DBH*, *DAU* dan *DAK* dalam membiayai program perkhidmatan kesihatan awam. Sebaliknya pembiayaan perkhidmatan kesihatan awam dan juga pembiayaan program pembangunan yang menjadi kewajiban daerah, berpunca daripada *PAD*. Namun demikian, *PAD* daerah autonomi, masing-masing belum mempunyai jumlah yang ketara bagi membiayai semua program yang menjadi kewajiban daerah autonomi. Manakala, jenis cukai yang berpotensi untuk dikutip oleh pentadbiran daerah; seperti cukai penghasilan, cukai pertambahan nilai, cukai eksport/import dan jenis cukai pentadbiran pusat. Sistem pembahagian cukai seperti ini, dilihat gagal untuk mencapai tujuan mengurangkan jurang antara kawasan kaya dan miskin (Schmit, 2008).

Berdasarkan pemikiran teori desentralisasi Smith (1985), teori desentralisasi Cheema dan Rondinelli (1983) serta teori desentralisasi Rondinelli *et al.* (1984), salah satu bentuk campur tangan pentadbir pusat dalam amalan desentralisasi, adalah melalui campur tangan sektor fiskal atau kewangan. Pentadbiran pusat memberikan beberapa kemudahan, bantuan mahupun sumbangan bagi pentadbir daerah dalam menggunakan kuasa autonominya. Akan tetapi secara praktikalnya, campur tangan fiskal di Indonesia,

tidak sepenuhnya berjalan bersesuaian dengan cara berfikir teori desentralisasi Smith (1985), teori desentralisasi Rondinelli *et.al.* (1984) serta teori desentralisasi Cheema dan Rondinelli (1983). Pada satu aspek terdapat bentuk campur tangan fiskal seperti dalam pemberian dana BOK dan *DAK* untuk sektor kesihatan.

Aspek lain, pentadbiran pusat, tidak sepenuhnya merelakan sumber pendapatan penting yang jenis sumber cukai atau penerimaan negara berada di daerah untuk menjadi milik pentadbir daerah. Hakikatnya, jurang dalam pemikiran campur tangan fiskal sesungguhnya, ada sebagaimana diungkapkan oleh pakar-pakar tersebut.

Teori desentralisasi mereka, pentadbir pusat sudah sangat adil dalam mengatur pembahagian sumber kewangan pusat dan daerah. Seterusnya pentadbir pusat memberikan campur tangan fiskal positif yang lain dengan semangat dalam membantu daerah. Manakala di Indonesia, pentadbiran daerah melihat sejak mula, bahawa pentadbir pusat sudah tidak adil dalam mengatur pembahagian sumber kewangan pusat dan daerah.

Selanjutnya, pentadbiran pusat memberikan kewangan yang jumlahnya tidak seimbang, kerana pengaturan dan pembahagian sumber kewangan pusat dan daerah sejak dari mula tidak dirancang dengan adil.

Merujuk kepada jumlah dana yang diperoleh daerah daripada pentadbir pusat, sama ada melalui *DAU*, *DAK*, *DBH*, dana keistimewaan, dana autonomi khas mahupun dana kampung, pada anggaran belanjawan tahun 2015 adalah, sangat tidak adil dengan jumlah pendapatan cukai dalam negeri dan sumber semula jadi yang hakikatnya berada di kawasan perundangan pentadbir daerah. Jumlah kasar kedua-dua jenis pendapatan, pentadbir pusat memperolehi kira-kira sebanyak Rp 1.305 trilion. Manakala, dana yang kembali ke daerah, hanya sekitar lebih kurang 50 peratus, sebagaimana diuraikan dalam Jadual 5.6.

Ini bermakna, formula dalam penentuan kadar dana perimbangan, antara pentadbir pusat dan daerah adalah tidak adil. Fjeldstad (2014) menyatakan, desentralisasi sering kali gagal dipraktikkan, kerana kerajaan tidak sepenuhnya mengiktiraf manfaat dan kos daripada amalan-amalan desentralisasi serta prasyarat yang diperlukan agar amalan desentralisasi itu berjaya.

**Jadual 5.6: Gambaran Potensi Cukai dan Sumber Dana dengan Realisasi Transfer Dana ke Daerah Tahun 2015**

<b>Sumber Pendapatan</b>	<b>Bilangan</b>	(dalam Billion Rupiah)	
		<b>Komponen Transfer</b>	<b>Bilangan</b>
Cukai Dalam Negeri	1.2	<i>DAU</i>	352
Sumber semula jadi	100	<i>DAK</i>	152
		<i>DBH</i>	78
		Dana Insentif Daerah	1
		Dana Keistimewaan Yogyakarta	0.5
		Dana Autonomi Khusus	17
		Dana Kampung	20
<b>Jumlah</b>	<b>1.305</b>		<b>620.5</b>

Sumber: Realisasi APBN, Kementerian Kewangan (2015)

Dalam amalan desentralisasi fiskal, pentadbir pusat memberikan dasar pemindahan kepada pentadbir daerah dalam bentuk *DAU*. Jumlah *DAU* di setiap kawasan adalah berbeza. Apabila sumber semula jadi, penerimaan dan pendapatan suatu pentadbiran daerah adalah kecil, maka jumlah *DAU* yang diperoleh oleh pentadbiran daerah pula, semakin besar dan sebaliknya.

Seterusnya, kuasa peruntukan *DAU* dan dana perimbangan lain, diserahkan kepada daerah masing-masing. Oleh kerana itu, *DAU* dan dana perimbangan lain, seperti *DBH* sering disebut sebagai dana desentralisasi. Pelaksanaan dasar desentralisasi menjadikan daerah autonomi (*kabupaten/bandar*) mempunyai keutamaan yang berbeza dan membawa kesan pada penggunaan *DAU* ini.

Secara umum *DAU* digunakan untuk membayar gaji kakitangan dan premium jaminan kesihatan kebangsaan yang jumlahnya sangat besar, sehingga baki tidak terlalu

besar lagi. Baki ini direbutkan oleh sektor kesihatan dan sektor-sektor lain yang berada di bawah kuasa pentadbir daerah. Akibatnya sektor masing-masing termasuk sektor kesihatan, mesti bersaing untuk mendapatkan anggaran yang berasal daripada *DAU* ini. Oleh kerana itu, jabatan kesihatan di peringkat daerah yang bertanggungjawab terhadap sektor kesihatan, perlu merancang perbelanjaan program kesihatan yang menarik dan diperlukan oleh masyarakat sehingga ia dapat bersaing dengan sektor-sektor lain. Apabila pentadbir daerah hanya bergantung kepada *DAU* untuk perkhidmatan kesihatan awam, pembangunan kesihatan tidak dapat berjalan dengan sepenuhnya.

Perkara ini sama sekali berbeza jika daerah tersebut mempunyai sumber pendapatan semula jadi, di samping penerimaan dan pendapatan daerah yang besar. Oleh itu, tidak dapat dinafikan, bahawa, pada era desentralisasi pentadbiran daerah masih sangat mengharapkan sumber dana daripada pentadbir pusat untuk pembangunan kesihatan.

“Dasar desentralisasi adalah sangat bagus kerana kita mempunyai kuasa untuk mengurus daerah kita sesuai dengan keperluan daerah masing-masing. Tetapi dari segi pembiayaan, daerah mesti mendapatkan bantuan daripada pentadbir pusat, jika tidak ... sukar (geleng-geleng kepala) (JKT3-1)”.

Pembangunan kesihatan secara umum dapat dibahagikan kepada; pembangunan fizikal dan bukan fizikal. Contoh pembangunan fizikal ialah, seperti bangunan Pusat Kesihatan Masyarakat, jalan, jambatan dan infrastruktur lain. Manakala, pembangunan kesihatan bukan fizikal, ialah program-program kesihatan sama ada yang dilaksanakan di jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* mahupun Pusat Kesihatan Masyarakat.

Pusat Kesihatan Masyarakat sebagai unit pelaksana teknikal jabatan kesihatan, memberikan tumpuan kepada perkhidmatan kesihatan awam yang bersifat promotif dan pencegahan. Oleh kerana itu, program yang bersifat bukan fizikal seperti dalam program wajib dan pembangunan di Pusat Kesihatan Masyarakat, bertujuan untuk menyokong perkhidmatan awam yang bersifat promotif dan pencegahan ini. Namun demikian, untuk mendapatkan anggaran program kesihatan yang bersifat bukan fizikal

ini, adalah tidak mudah, seperti dikemukakan seorang pemberi maklumat daripada jabatan kesihatan di bawah:

“Agar pembangunan kesihatan mendapat peruntukan yang besar daripada dana desentralisasi, maka sektor kesihatan mesti bersaing dengan sektor-sektor lain apatah lagi jika kami (jabatan kesihatan daerah) ingin mendapatkan anggaran untuk program kesihatan yang bersifat bukan fizikal. Kita sudah beberapa kali mengusulkan program bukan fizikal tetapi usulan tersebut dibuang oleh *Bappeda* daerah. Pihak *Bappeda* daerah mengatakan jika usul tersebut diserahkan kepada Dewan Undangan daerah, usul tersebut sudah pasti akan ditolak. Program bukan fizikal seperti pembinaan keupayaan sumber manusia adalah kurang menarik bagi *Bappeda* dan Dewan Undangan daerah (JKT4-1)”.

Selama ini, Pusat Kesihatan Masyarakat lebih memberikan tumpuan kepada perkhidmatan awam yang bersifat perawatan. Salah satu puncanya ialah, kurangnya dana untuk program-program yang bersifat promotif dan pencegahan. Berbeza pada era sentralisasi, pentadbiran tempatan hanya melaksanakan rancangan daripada pentadbiran pusat, sehingga tempatan tidak dirunsingkan dengan masalah kewangan.

“Dari segi politik program perawatan lebih menarik berbanding program promotif atau pencegahan kerana dalam jangka masa pendek program perawatan dapat diperlihatkan hasilnya. Manakala itu, hasil daripada program pencegahan boleh kelihatan dalam jangka masa panjang. Program kesihatan yang bersifat promotif atau pencegahan seperti sosialisasi mengenai hidup sihat yang dilaksanakan berulang-ulang kepada ahli masyarakat dapat mengubah pola hidup mereka kearah yang lebih sihat. Selanjutnya, masyarakat yang hadir di Pusat Kesihatan Masyarakat akan berkurang (JKT1-1)”.

Pendapat yang berbeza disampaikan oleh seorang pemberi maklumat berhubungkait dengan program-program; seperti latihan dan sosialisasi. Sesungguhnya program promotif dan pencegahan ini, adalah tidak salah, kerana ia juga merupakan program yang penting bagi masyarakat. Namun masalah yang sering terjadi, ialah dana untuk pembayaran honorarium bagi penceramah atau jurulatih. Dana honorarium jauh lebih besar daripada dana keseluruhan untuk aktiviti sosialisasi dan latihan.

Era desentralisasi, semua perkara adalah terbuka termasuklah masalah kewangan. Hal ini bermakna sepanjang jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* mempunyai alasan yang kuat mengenai pentingnya satu-satu program untuk meningkatkan perkhidmatan

kesihatan awam, maka sama ada *Bupati/Datuk Bandar* mahupun Dewan Undangan, pasti bersetuju dengan aktiviti sosialisasi dan latihan tersebut (PT2; PT3).

Dasar desentralisasi bukan semata-mata berhubungkait dengan pemberian kuasa kepada pentadbir tempatan, tetapi juga berhubungkait dengan akauntabiliti pentadbir tempatan terhadap urusan yang sudah diberikan kepadanya. Oleh kerana itu, pentadbir tempatan di satu sisi mesti memperhatikan aspirasi masyarakat, namun di sisi lain yang sangat penting, adalah pentadbir tempatan memerlukan dana untuk melaksanakan kewajiban tersebut. Jika pentadbir tempatan mempunyai anggaran pendapatan yang besar, maka masalah seterusnya ialah komitmen daripada pihak eksekutif dan Dewan Undangan. Akan tetapi jika pentadbir tempatan tidak mempunyai anggaran pendapatan yang besar, maka masalah kewangan mesti juga diberikan perhatian.

“Desentralisasi bermakna pentadbir tempatan mempunyai kuasa yang luas dalam mengatur atau menguruskan urusan daerahnya sendiri dengan tujuan membawa kesejahteraan kepada masyarakatnya. Hal ini kerana pentadbir tempatan dapat melakukan pelbagai hal dengan kuasa yang dimilikinya. Tetapi pentadbir tidak boleh bekerja tanpa sokongan ahli Dewan Undangan. Kedua-dua belah pihak mesti mempunyai iltizam yang sama jika mahu membawa pembangunan kesihatan ini berkembang (JKT4-1)”.

Terhadnya anggaran kesihatan di peringkat daerah, menjadikan sebahagian besar pentadbiran tdaerah sangat berharap kepada dana yang diperuntukkan daripada APBN. Walaupun program utama kesihatan sering ditawarkan daripada dana APBN ini, namun ia bukanlah keperluan utama pentadbir daerah. Selain itu, program yang berasal daripada APBN, selalu disertakan dengan panduan pelaksanaan dan panduan teknikal, sehingga jabatan kesihatan daerah atau Pusat Kesihatan Masyarakat, tidak boleh merasa separuh hati untuk memanfaatkan “ruang” yang diberikan untuk mereka menggunakan kuasanya.

Selain masalah anggaran, pelaksanaan desentralisasi juga memerlukan sumber manusia yang mempunyai kebolehan dalam bidangnya.

Desentralisasi menuntut pentadbir daerah untuk berdikari dan berupaya sendiri. Ini bermakna pentadbiran daerah mesti mampu menguruskan urusan daerahnya sendiri; iaitu, menggubal dasar kesihatan di peringkat daerah dan merancang program dan kegiatan kesihatan yang kreatif dan inovatif sesuai dengan keperluan masyarakat daerah. Namun demikian, adalah tidak mudah untuk menjadi kreatif dan inovatif memandangkan budaya kerja dalam birokrasi pentadbiran belum sepenuhnya berubah. Selain itu, sokongan nyata daripada pihak jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, belum terlalu kelihatan sehingga program atau kegiatan kesihatan yang dirancang oleh Pusat Kesihatan Masyarakat masih bertumpu pada program-program sebelumnya.

“Menumbuhkan kreativiti di persekitaran kerja pentadbiran adalah tidak mudah. Bertahun-tahun kita kerja dengan budaya yang tidak menuntut kita bekerja dengan kreatif dan inovatif. Oleh itu, sistem penilaian kakitangan pentadbiran sekarang adalah sudah sangat sama ada, kerana ia menuntut kita untuk berkreatif. Kreativiti pada akhirnya dihargai dengan penerapan sistem renumerasi (JKT1)”.

Namun tidak semua bersetuju, bahawa sistem penilaian kerja kakitangan yang diterapkan sekarang, mampu menjadikan sumber manusia untuk bekerja dengan kreatif dan inovatif. Hal ini kerana, penilaian yang dilakukan masih bersifat formaliti, sehingga ia tidak memberikan kesan yang ketara dalam mendukung kejayaan kakitangan di jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*. Sehingga kini masih sukar bagi seseorang pemimpin dalam menilai kakitangan bawahan secara objektif, kerana budaya ketimuran masih kental di persekitaran pentadbiran. Selain itu, imbasan biometri cap jari digunakan untuk melihat kehadiran kakitangan, telah rosak tetapi ia tidak dibaiki sampai saat ini. Hal ini merupakan salah satu contoh bahawa sistem penilaian kakitangan masih sukar dikatakan objektif (JKT4-1; JKT3-1).

Selain rendahnya keupayaan kakitangan kesihatan di daerah, penyebaran kakitangan kesihatan, juga menjadi cabaran kejayaan pelaksanaan desentralisasi politik. Temuan kajian ini, selari dengan pendapat Heywood dan Harahap (2009).

Pusat Kesihatan Masyarakat di bandar misalnya, mempunyai kakitangan kesihatan; seperti doktor dan doktor gigi melebihi keperluan, manakala di Pusat Kesihatan Masyarakat di kawasan kampung kekurangan kakitangan perubatan. Salah satu penyebab terjadinya penyebaran yang tidak saksama ini, adalah besarnya peranan pihak luar terhadap penempatan dan pemindahan kakitangan kesihatan, sehingga penyebaran kakitangan kesihatan tidak berasaskan analisis kerja dan penghuraian kerja.

“Pusat Kesihatan Masyarakat ini masih kekurangan doktor, padahal Pusat Kesihatan Masyarakat ini sudah mempunyai wad atau buka selama 24 jam. Kita sudah meminta kepada jabatan kesihatan daerah untuk menambah kakitangan kesihatan tetapi belum mendapat apa-apa maklum balas. Sebaliknya, beberapa Pusat Kesihatan Masyarakat di kawasan bandar sudah mempunyai jumlah doktor yang terlebih. Bagi jabatan kesihatan daerah memindahkan doktor tersebut ke sini (Pusat Kesihatan Masyarakat) adalah sukar kerana lokasinya cukup terpencil dan sebagainya (ketawa) (PKM6-1)”.

Sesungguhnya, pelaksanaan desentralisasi politik ke atas jabatan kesihatan daerah *kabupaten/bandar* di Sumatera Utara, mempunyai beberapa cabaran. Namun begitu, dua perkara pokok terpenting adalah kemampuan kewangan dan keupayaan sumber manusia yang terhad, telah dihuraikan seperti di atas.

## **5.6 Sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu: Penyertaan Masyarakat dalam Sektor Kesihatan**

Penglibatan sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu sebagai sebahagian daripada masyarakat dalam menjayakan program kesihatan, merupakan bentuk kesamarataan politik yang salah satu tujuan pelaksanaan desentralisasi (Teori Desentralisasi Smith, 1985). Pusat Khidmat Bersepadu merupakan organisasi yang ditubuhkan oleh pentadbir *kelurahan/kampung* untuk membantu Pusat Kesihatan Masyarakat bagi memperkasakan masyarakat dalam sektor kesihatan di peringkat *kelurahan/kampung*.

### **5.6.1 Sejarah Pusat Khidmat Bersepadu di Indonesia**

Sebelum Pusat Khidmat Bersepadu ditubuhkan pada tahun 1975, Kementerian Kesihatan mengeluarkan dasar mengenai *Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa*

(PKMD). Tujuan pertubuhan *PKMD* ini, adalah meningkatkan keupayaan masyarakat untuk dapat menolong diri sendiri dalam sektor kesihatan, sehingga kehidupan masyarakat yang lebih baik dapat diwujudkan. Dalam sektor kesihatan, *PKMD* meliputi pelbagai aktiviti yang dilaksanakan berdasarkan atas gotong royong dengan sokongan kerajaan melalui koordinasi antara sektor atau merentasi sektor (*cross sectoral*) yang berhubungkait.

Pelbagai aktiviti ini; iaitu, pemakanan dilaksanakan oleh kumpulan kanak-kanak, pemulihan sakit cirit-birit dilaksanakan oleh pos pemulihan sakit cirit-birit, rawatan masyarakat dilaksanakan oleh pos kesihatan serta imunisasi dan perancangan keluarga, dilaksanakan oleh pos imunisasi dan pos perancang keluarga kampung.

Namun demikian, kepelbagaian aktiviti ini menyebabkan perkhidmatan kesihatan awam menjadi tidak sekata dan sulit untuk dikoordinasi, kerana ia memerlukan banyak sumber. Atas alasan ini juga, pada tahun 1984, semua aktiviti yang terdapat dalam masyarakat, telah disatukan dalam satu-satu organisasi yang disebut dengan Pusat Khidmat Bersepadu. Seterusnya pada tahun 1990, Kementerian Kesihatan menyatakan bahawa perkhidmatan yang diberikan di Pusat Khidmat Bersepadu, adalah bersifat bersepadu. Hal ini bertujuan untuk memberikan kemudahan dan manfaat bagi masyarakat, kerana masyarakat dapat memperoleh perkhidmatan penuh pada waktu dan tempat yang sama di Pusat Khidmat Bersepadu.

Sesungguhnya konsep *PKMD* ini, adalah hampir sama dengan *Primary Health Care (PHC)* yang disenaraikan dalam Deklarasi Alma Ata pada tahun 1978. *PHC* atau perkhidmatan kesihatan utama ialah perkhidmatan kesihatan yang dapat menjangkau setiap ahli masyarakat. Oleh itu, *PHC* merupakan pendekatan atau strategi global untuk mencapai Kesihatan Bagi Semua (*KBS*) atau *Health For All*. Hal ini sesuai dengan maksud daripada lahirnya deklarasi ini; iaitu, menjadikan kesihatan yang diiktiraf

sebagai hak asasi manusia tanpa memandang status sosial, ekonomi, bangsa, kewarganegaraan, agama dan jantina.

Operasi *PHC* di Indonesia dilaksanakan oleh *PKMD* yang selanjutnya berubah menjadi Pusat Khidmat Bersepadu yang digerakkan oleh sukarelawan (Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 19 Tahun 2011).

### **5.6.2 Pusat Khidmat Bersepadu dalam Struktur Pentadbiran**

Pusat Khidmat Bersepadu ditubuhkan disetiap kejiranan/lorong dalam satu-satu *kelurahan/kampung*. Namun ada kalanya tidak terdapat Pusat Khidmat Bersepadu di satu-satu kejiranan/lorong, kerana terdapat sedikit ahli keluarga yang mempunyai kanak-kanak berumur 6 tahun ke bawah. Oleh itu, Pusat Khidmat Bersepadu tersebut, digabungkan dengan Pusat Khidmat Bersepadu di kejiranan/lorong lain yang terdekat dalam kejiranan/lorong yang sama atau kejiranan/lorong tetangga (M1; KK1; KK2).

Pentadbir *kelurahan/kampung*, merupakan institusi yang bertanggung jawab atas penyelenggaraan pembangunan di *kelurahan/kampung*. Struktur *kelurahan/kampung*, terdapat empat kelompok kerja. Kelompok kerja IV ini berperanan dan bertanggungjawab untuk mengurus program kesihatan, kelestarian lingkungan hidup dan perancangan sihat.

Salah satu tugas kelompok kerja ini juga, ialah membangunkan dan membimbing pelaksanaan kegiatan Pusat Khidmat Bersepadu. Begitu juga di peringkat mukim; iaitu, kelompok kerja IV mengurus program kesihatan yang salah satu keutamaannya ialah mengoptimakan peranan Pusat Khidmat Bersepadu. Oleh itu, peranan kelompok kerja IV di peringkat *kelurahan/kampung* dan mukim terhadap Pusat Khidmat Bersepadu, ialah seperti melakukan pembimbingan dalam aspek pentadbiran, kewangan dan program (*non-medical guidances*). Manakala, peranan Pusat Kesihatan Masyarakat terhadap Pusat Khidmat Bersepadu pula, ialah sebagai pembimbing dalam hal teknikal kesihatan (*medical guidances*) (M1; M2; M4) (Rajah 5.4).



**Rajah 5.4: Sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu Mendengar Ceramah di Pusat Kesihatan Masyarakat**

Sumber: Penyelidik

Hakikatnya, banyak organisasi atau agensi menjadi unsur pembimbing dan penggerak kepada Pusat Khidmat Bersepadu; iaitu, mukim, *kelurahan/kampung*, agensi-agensi berhubungkait seperti *Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Pemerintahan Desa (BPMPD)*, Jabatan Kesihatan, *Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD)* Perancangan Keluarga, *Bappeda* dan Jabatan Kementerian Agama, Jabatan Pendidikan, Jabatan Pertanian, Jabatan Perindustrian, dan *Usaha Kecil dan Menengah (UKM)*, Jabatan Perdagangan dan sebagainya, berperanan dalam menyokong teknikal operasi Pusat Khidmat Bersepadu sesuai dengan peranan dan fungsi masing-masing.

Selain itu, pasukan penggerak *PKK (Pembinaan Kesejahteraan Keluarga)*, organisasi pertubuhan bukan kerajaan serta swasta/perniagaan, juga berperanan untuk membantu kelancaran aktiviti-aktiviti di Pusat Khidmat Bersepadu.

Daripadauraian itu, kedudukan sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu, berada pada dua institusi; atau, pihak yang berkepentingan. Sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu menjalankan perkhidmatan kesihatan dengan mendapatkan bimbingan daripada Pusat Kesihatan Masyarakat. Manakala, sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu, direkrut atau diambil oleh ketua kejiran/lorong dan dibimbing oleh

*lurah/ketua kampung* dan ketua mukim sebagai usaha mewujudkan pemerkasaan masyarakat dalam sektor kesihatan. Dua pihak yang berkepentingan ini sama ada di pentadbiran *kelurahan/kampung* atau mukim, mahupun Pusat Kesihatan Masyarakat, dapat memberikan manfaat yang optimum kepada masyarakat jika dilaksanakan secara bersepadu. Sebaliknya menjadi tidak optimum jika semata-mata dilaksanakan untuk kepentingan institusi masing-masing.

### 5.6.3 Penerangan Ringkas Lapan Lokasi Penyelidikan

Kajian ini dilaksanakan di dua bandar dan dua *kabupaten* dalam Sumatera Utara. Bandar dan *kabupaten* masing-masing diwakili oleh dua unit Pusat Kesihatan Masyarakat, sehingga secara keseluruhan terdapat lapan unit Pusat Kesihatan Masyarakat yang disebut dengan Pusat Kesihatan Masyarakat A, B, C, D, E, F, G dan H.

Seterusnya, setiap Pusat Kesihatan Masyarakat diambil 25 sukarelawan dengan menggunakan pensampelan bertujuan dan bola salji, sehingga mencapai 200 sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu sebagai responden (Jadual 5.7).

**Jadual 5.7 : Profil Responden**

<b>Jantina</b>	<b>Lelaki</b>			<b>Perempuan</b>		
	0			200		
<b>Pendidikan Tertinggi Sukarelawan</b>	<b>Sarjana</b>	<b>Diploma</b>	<b>SMA</b>	<b>SMP</b>	<b>SD</b>	
	6	4	107	51	32	
<b>Tempoh Menjadi Sukarelawan</b>	<b>0-3 Tahun</b>	<b>4-6 Tahun</b>	<b>7-10 Tahun</b>	<b>Di atas 10 Tahun</b>		
	62	87	28	23		

Sumber: Penyelidik

Terdapat persamaan yang ketara antara Pusat Khidmat Bersepadu di kawasan bandar dan kampung pada era desentralisasi; iaitu, rendahnya penyertaan masyarakat untuk hadir di Pusat Khidmat Bersepadu.

Namun berbanding dengan Pusat Khidmat Bersepadu di kawasan kampung, jumlah kunjungan masyarakat ke Pusat Khidmat Bersepadu di kawasan bandar adalah jauh lebih rendah. Pelbagai faktor penyebabnya adalah terdapat banyak klinik atau hospital di persekitaran Pusat Khidmat Bersepadu, status ekonomi masyarakat pada tahap sederhana ke atas serta pendidikan ahli masyarakat yang relatif tinggi, sehingga menuntut perkhidmatan kesihatan yang profesional walaupun masyarakat mesti membayar untuk mendapat perkhidmatan tersebut. Malahan di kawasan yang majoriti penduduknya berbangsa Cina, tahap kehadiran masyarakat ke Pusat Khidmat Bersepadu adalah sangat rendah.

Manakala, peranan Pusat Khidmat Bersepadu di kawasan kampung bagi ahli masyarakat, sedikit lebih terasa dalam meningkatkan tahap kesihatan. Beberapa penyebabnya, ialah jarak antara kampung dan kemudahan kesihatan; seperti klinik atau hospital amat jauh. Selain itu, faktor pendidikan dan peringkat sosial ekonomi yang tidak tinggi mempengaruhi keinginan masyarakat untuk menghadirkan diri ke Pusat Khidmat Bersepadu (AM4; AM6; AM2; AM7; KK4; KK3; PKB1, PKB4).

#### **5.6.4 Pusat Kesihatan Masyarakat: Pentingnya Penyertaan Sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu**

Dua perkara utama yang dilaksanakan oleh sukarelawan berhubungkait dengan aktiviti-aktiviti di Pusat Khidmat Bersepadu. Pertamanya ialah, melaksanakan program-program Pusat Kesihatan Masyarakat seperti program kesihatan ibu dan anak, perancangan keluarga, imunisasi, pemakanan dan pemulihan sakit cirit-birit. Kedua, melaporkan perkembangan kesihatan masyarakat daripada tahap kejiran/lorong atau *kelurahan/kampung* kepada Pusat Kesihatan Masyarakat sebagai unit pelaksana teknikal jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* (KK1; PKB3).

Setiap Pusat Khidmat Bersepadu, biasanya mempunyai lima orang sukarelawan. Salah seorang sukarelawan bertugas untuk mengisi buku catatan sukarelawan. Buku

catatan ini berisi maklumat diri dan rakaman kesihatan kanak-kanak yang hadir di Pusat Khidmat Bersepadu, seperti nama dan tarikh lahir anak, nama dan alamat orang tua anak dan rakaman kesihatan anak; misalnya berat badan, tinggi badan dan ukur lilit kepala.

Catatan sukarelawan ini, merupakan salah satu cara untuk mengetahui keadaan kesihatan ibu dan anak dan selanjutnya bertindak balas jika keadaan kesihatan ibu dan anak tersebut tidak baik.

Sukarelawan tidak mempunyai kewajiban untuk menyerahkan maklumat ini ke Pusat Kesihatan Masyarakat atau *kelurahan/kampung*. Namun demikian, sukarelawan mesti mempersiapkannya, sehingga bila-bila sahaja pihak Pusat Kesihatan Masyarakat atau *kelurahan/kampung* meminta nota tersebut, sukarelawan boleh memberikannya (KK1; PKB2).

Sukarelawan juga bertanggungjawab untuk mengisi borang Kad Menuju Sehat (*KMS*). *KMS* mengandungi graf pertumbuhan normal anak berdasarkan indeks *antropometri*, berat badan mengikut umur. Gangguan pertumbuhan atau risiko kelebihan pemakanan dapat diketahui lebih awal melalui *KMS*, sehingga dapat dilakukan tindakan pencegahan lebih cepat dan tepat sebelum masalahnya menjadi lebih berat.

Fungsi utama *KMS* adalah tiga; iaitu, sebagai alat untuk memantau pertumbuhan kanak-kanak, sebagai rekod perkhidmatan kesihatan kanak-kanak dan sebagai alat pembelajaran. Oleh itu, *KMS* tidak boleh hilang dan mesti dibawa setiap kali para ibu hadir di Pusat Khidmat Bersepadu. Di Pusat Khidmat Bersepadu seorang sukarelawan akan membaca *KMS* kepada ibu, untuk mengetahui keadaan pertumbuhan anaknya. Seterusnya, sukarelawan mengisi *KMS*, setelah kanak-kanak selesai diperiksa oleh kakitangan kesihatan dan sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu (PKB5; KK2; AM3).

Proses pengisian buku catatan dan *KMS*, merupakan salah satu bentuk tanggungjawab sukarelawan dalam menjalankan aktiviti di Pusat Khidmat Bersepadu. Buku nota ini disimpan oleh sukarelawan, manakala *KMS* pula, disimpan oleh ibu kanak-kanak. Namun begitu, terdapat juga masalah pada amalan ini; iaitu, data atau maklumat yang dimiliki oleh sukarelawan, tidak sepenuhnya dapat dipercayai.

Terhadnya keupayaan dan kurangnya kesedaran terhadap kepentingan data atau maklumat yang tepat, belum sepenuhnya diatasi oleh sebahagian besar sukarelawan. Oleh itu, tidak hairanlah jika terjadi perbezaan data atau maklumat yang dikeluarkan oleh Pusat Khidmat Bersepadu, Pusat Kesihatan Masyarakat, *kelurahan/kampung, mukim* dan juga *BPS* (*KK2; PKM4-2; PKM2-3*).

Salah satu aktiviti sukarelawan di Pusat Khidmat Bersepadu, ialah membantu kakitangan kesihatan untuk memberikan imunisasi kepada kanak-kanak. Imunisasi atau vaksin merupakan pelaburan masa depan kanak-kanak, sehingga terhindar daripada penyakit serta jangkitan berbahaya di masa-masa yang akan datang. Namun demikian, tidak semua ibu-ibu membawa anak-anak mereka untuk mendapatkan imunisasi di Pusat Khidmat Bersepadu. Biasanya, keluarga daripada kelompok menengah dan ke atas, akan membawa anak-anaknya untuk mendapatkan imunisasi ke klinik atau hospital.

Oleh itu, sukarelawan mesti mengunjungi setiap rumah yang anak-anaknya tidak melakukan imunisasi di Pusat Khidmat Bersepadu. Sukarelawan perlu mencatat di *KMS* bahawa kanak-kanak tersebut, sudah mendapat imunisasi sehingga dapat memastikan bahawa, setiap kanak-kanak di bawah pengawasan kawasan kerjanya, telah mendapat imunisasi yang dapat dibaca pada *KMS* kanak-kanak tersebut (*PKB2; PKB6*).

Pada masa kakitangan kesihatan melakukan imunisasi, sukarelawan juga melakukan penimbangan badan, ukur tinggi badan dan lilit kepala kanak-kanak untuk mengetahui status pemakanannya. Status pemakanan kanak-kanak ini, dicatat dalam

KMS. Jika kanak-kanak ini termasuk dalam kategori pemakanan kurang atau pemakanan buruk, maka sukarelawan akan melaporkan kepada Pusat Kesihatan Masyarakat untuk diambil tindakan atau diberikan makanan tambahan. Namun demikian, masalah seterusnya ialah, para ibu tidak lagi menghadirkan diri ke Pusat Khidmat Bersepadu setelah kanak-kanak mereka telah mendapat imunisasi lengkap. Hal ini menjadi kebimbangan kepada Pusat Kesihatan Masyarakat yang akhirnya memerlukan sukarelawan dan kakitangan kesihatan mengunjungi rumah kanak-kanak tersebut untuk melakukan penimbangan dan pengukuran (AM5; PKB6; PKM7-3).

Selain berperanan dalam aktiviti-aktiviti di Pusat Khidmat Bersepadu, sukarelawan juga berperanan sebagai pendamping kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat untuk menyampaikan program kesihatan kepada ahli masyarakat; seperti program pembasmian sarang nyamuk (*PSN*). Namun demikian, beberapa sukarelawan baru mahu menyertai jika mendapat upah daripada kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat. Hal ini terjadi kerana terdapat persepsi yang salah sebahagian besar sukarelawan dan juga ahli masyarakat, bahawa melaksanakan pembasmian sarang nyamuk atau program-program kesihatan, adalah semata-mata untuk kepentingan Pusat Kesihatan Masyarakat. Padahal tugas kakitangan kesihatan, ialah mensosialisasikan program-program tersebut kepada masyarakat, supaya masyarakat memahami cara hidup yang sihat.

Tugas kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat, adalah untuk memperkasakan masyarakat, manakala tugas sukarelawan, adalah untuk mendampingi kakitangan kesihatan bertemu dengan ahli masyarakat, sehingga masyarakat mengerti akan kewujudan persekitaran yang sihat (PKM5-1; PKM8-4).

Sukarelawan juga berperanan pada saat terjadi penemuan wabak demam berdarah dengue (*DBD*), kekurangan zat makanan dan sebagainya dalam masyarakat. Sukarelawan boleh mendapat maklumat pertama kali daripada ahli masyarakat,

seterusnya membawa maklumat tersebut kepada ketua kejiran/lorong atau langsung kepada *kelurahan/kampung*. Namun ada juga situasi; iaitu, sukarelawan mengetahui maklumat tersebut daripada Pusat Kesihatan Masyarakat dan selanjutnya menyampaikan kepada pentadbir *kelurahan/kampung* dan mukim.

Sistem maklumat sama ada dilakukan secara rasmi mahupun tidak rasmi, boleh dikatakan sebagai cara yang berkesan untuk bertindak balas dengan cepat terhadap masalah kesihatan yang ditemukan dalam masyarakat.

Peraturan yang formal mengenai aliran maklumat terjadinya wabak penyakit dalam masyarakat, sama ada daripada bawah ke atas ataupun daripada atas ke bawah, ialah tidak ada. Untuk kes-kes tertentu, laporan atau maklumat mengenai wabak penyakit dalam tempoh satu hari, telah disampaikan kepada Pusat Kesihatan Masyarakat dan seterusnya kepada jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*. Penyampaian laporan berhubungkait dengan wabak penyakit ini, dapat menggunakan telefon atau mesej ringkas (*SMS*), manakala, laporan pemberitahuan secara bertulis pula, akan menyusul kemudian (M1; KK1; PKB4).

Terdapat perbezaan skop peranan sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu menurut Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 19 Tahun 2011 dan Jabatan Kesihatan Tahun 2003. Berdasarkan definisi yang berasal daripada jabatan kesihatan, sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu, berperanan dalam aktiviti-aktiviti kemasyarakatan. Hal ini bermakna selain dalam aktiviti-aktiviti di Pusat Khidmat Bersepadu, sukarelawan juga berperanan untuk membantu kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat dalam melaksanakan pemberantasan sarang nyamuk, demam berdarah dengue dan sebagainya. Namun demikian, menurut Peraturan Menteri Dalam Negeri, sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu, hanya membantu kakitangan kesihatan dalam kegiatan Pusat Khidmat Bersepadu sahaja.

Perbezaan skop kerja ini, memberi kesan kepada sebahagian sukarelawan meminta balasan jasa atas bantuan yang diberikan di luar program Pusat Khidmat Bersepadu.

Peranan sukarelawan tidak dapat dinafikan, sangat penting dan utama sebagai "mata dan telinga" Pusat Kesihatan Masyarakat. Oleh itu, peranan pentadbir dalam hal ini mukim atau *kelurahan/kampung* sebagai pembimbing sukarelawan dalam aspek pentadbiran, kewangan dan program, adalah sangat penting. Selain itu, sokongan seluruh ahli masyarakat dalam menyampaikan apa yang ia sendiri atau jirannya alami, berhubungkait dengan kes atau wabak penyakit di kejiranannya lorongnya, juga sangat penting. Jelaslah penyertaan sukarelawan merupakan bentuk persamaan politik yang boleh menjadikan pentadbiran lebih bertanggungjawab, kerana program kesihatan sampai kepada masyarakat dengan lebih cepat. Selain itu, pentadbir juga dapat bertindak balas dengan cepat terhadap permasalahan kesihatan di masyarakat (Teori Desentralisasi Smith, 1985).

### **5.6.5 Penyertaan Sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu: Pentingnya Proses Pengambilan**

Tugas utama sukarelawan, ialah melaksanakan program Pusat Khidmat Bersepadu, menggerakkan masyarakat untuk menghadirkan diri ke Pusat Khidmat Bersepadu dan menyampaikan maklumat kesihatan kepada masyarakat. Peranan sukarelawan yang penting ini dilaksanakan secara sukarela. Oleh kerana itu, pengambilan sukarelawan perlu dirancang dengan serius, sehingga sukarelawan yang mempunyai motivasi dan integriti tinggi dalam menjalankan pekerjaannya dapat diperolehi.

Sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu atau sukarelawan ialah, ahli masyarakat yang bersedia, mampu dan mempunyai masa untuk menyelenggarakan kegiatan Pusat Khidmat Bersepadu (Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 19 Tahun 2011). Manakala, menurut Jabatan Kesihatan (2003) beberapa syarat menjadi sukarelawan, antara lain:

dipilih daripada dan oleh masyarakat tempatan; bersedia dan mampu bekerja bersama masyarakat secara sukarela; boleh membaca dan menulis huruf rumi/latin; serta sabar dan memahami mereka yang berusia lanjut.

Berdasarkan dua pengertian ini, pengambilan seseorang menjadi sukarelawan tidak secara khusus diterangkan, sehingga menimbulkan tafsiran yang berbeza.

Penyertaan sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu pada dasarnya, bermaksud melibatkan sukarelawan dalam pembangunan kesihatan. Sukarelawan mempunyai hak untuk turut serta dalam pembangunan kesihatan; kerana pembangunan kesihatan bukan hanya tanggungjawab pentadbir sahaja. Daripada Jadual 5.8, sebahagian besar sukarelawan menyatakan bahawa, penyertaannya menjadi sukarelawan kerana ingin membantu masyarakat dalam sektor kesihatan. Hal ini bermakna sukarelawan sudah menyedari bahawa pembangunan kesihatan, bukan semata-mata tanggungjawab daripada pentadbir sahaja, tetapi tanggungjawab daripada seluruh lapisan masyarakat.

#### **Jadual 5.8: Dorongan Menjadi Sukarelawan**

Apakah yang mendorong pertama kali Ibu menjadi sukarelawan?	Bilangan	Peratus
Permintaan <i>kelurahan/kampung</i> atau kejiran/lorong.	56	28
Ingin membantu masyarakat dalam sektor kesihatan.	124	62
Ingin mendapat bantuan daripada kerajaan.	6	3
Mempunyai banyak masa lapang.	12	6
Dan lain-lain (permintaan teman).	2	1
<b>J u m l a h</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Sumber: Soal Selidik

Sukarelawan yang mempunyai motivasi tinggi dalam menjalankan tugas di Pusat Khidmat Bersepadu, belum benar-benar dihargai dan disokong oleh agensi-agensi berhubungkait. Sebagai contohnya, pasukan penggerak *PKK* di beberapa *kelurahan*, jarang menghadiri aktiviti-aktiviti di Pusat Khidmat Bersepadu. Padahal kehadiran mereka dapat memberikan motivasi baik bagi sukarelawan untuk bekerja mahupun masyarakat untuk hadir di Pusat Khidmat Bersepadu. Hal yang sama berlaku di Pusat Khidmat Bersepadu kawasan kampung. Sukarelawan belum mendapat bimbingan

daripada bidan kampung yang bertugas di Pusat Kesihatan Masyarakat, kerana beberapa bidan kampung juga sibuk dengan urusan masing-masing (PKB5; PKB3).

“Kami meminta masyarakat untuk hadir di Pusat Khidmat Bersepadu tetapi mereka (para ibu) malas atau lupa. Manakala itu, kehadiran pasukan *PKK kelurahan* di Pusat Khidmat Bersepadu adalah sangat jarang. Jika mereka (pasukan *PKK kelurahan*) hadir di Pusat Khidmat Bersepadu, maka masyarakat juga akan hadir dengan semangat (PKM6-3)”.

Relawan ada juga yang menyatakan menjadi sukarelawan kerana dorongan atau permintaan daripada *kelurahan/kampung* atau kejiran/lorong. Jawapan ini menjadi positif jika diikuti oleh keinginan besar daripada calon sukarelawan untuk membantu masyarakat dalam aktiviti-aktiviti kesihatan. Namun demikian, sukarelawan pada amnya, diambil oleh ketua kejiran/lorong yang berasaskan dua sebab utama; iaitu, kerana hubungan kekeluargaan atau kerana kehidupan sehari-hari calon sukarelawan di mata ketua kejiran/lorong yang mempunyai banyak masa lapang.

Beberapa sukarelawan di peringkat kampung, diambil oleh bidan kampung dengan alasan yang sama. Keadaan seperti ini, walaupun seseorang berkeinginan untuk menjadi sukarelawan, tetapi jika tidak mendapat sokongan daripada ketua kejiran/lorong maka seseorang itu tidak mungkin dapat menjadi sukarelawan.

“Saya (sukarelawan) tidak dapat menolak untuk menjadi sukarelawan kerana diminta oleh ketua kejiran. Saya juga tidak tahu mengapa saya dipilih. Boleh jadi kerana dia (ketua kejiran) mengetahui bahawa saya memiliki banyak masa kosong atau juga atas alasan lain yang saya juga tidak mengetahuinya (ketawa) (PKB3)”.

“Saya (ahli masyarakat) tidak mahu menjadi sukarelawan, kerana saya tidak terlalu rapat dengan ketua kejiran (AM1)”.

Pengambilan sukarelawan yang bukan kerana kemahuan sendiri, menjadi salah satu faktor penghalang kelancaran aktiviti di Pusat Khidmat Bersepadu. Faktor ekonomi turut selalu menjadi alasan untuk tidak terlalu aktif dalam memberikan perkhidmatan di Pusat Khidmat Bersepadu. Jikalau seseorang sukarelawan memberikan perkhidmatan kesihatan, maka ini bermakna mereka akan kehilangan pendapatan. Manakala, pekerjaan sebagai sukarelawan pula, merupakan kerja sukarela yang tidak memberikan

manfaat berbentuk kewangan. Oleh itu, tidak hairanlah banyak sukarelawan, jika disuruh bekerja, mereka sering bertanyakan tentang nilai wang yang bakal diterima. Jika tidak ada sasaran nilai wang yang diinginkan, maka sukarelawan tidak langsung mahu melibatkan diri untuk membantu (PKM3-3; PKM8-4).

Pengambilan yang kurang terbuka ini, sering juga menjadi alasan untuk timbulnya rasa curiga masyarakat terhadap sukarelawan. Ini kerana sukarelawan, dianggap sebagai bukan ahli masyarakat biasa seperti mereka, tetapi "orangnya" kejiran/lorong atau *kelurahan/kampung* yang boleh sahaja menjadi "mata-mata" ketua kejiran/lorong atau *lurah/ketua kampung*.

Situasi ini semakin buruk, kerana disokong oleh peribadi sukarelawan yang kurang mesra atau kurang dekat dengan masyarakat. Selain itu, pengambilan sukarelawan yang tertutup menimbulkan rasa tidak adil di kalangan masyarakat, kerana sukarelawan dianggap mengetahui banyak hal berhubungkait dengan pemberian bantuan oleh pentadbir.

Terdapat hubungan yang saling menguntungkan antara ketua kejiran/lorong dan sukarelawan. Ketua kejiran/lorong adalah penentu siapakah daripada ahli masyarakat yang akan menerima bantuan; seperti beras untuk orang miskin. Manakala, sukarelawan dapat memanfaatkan hubungan yang rapat dengan ketua kejiran/lorong, untuk mendaftarkan namanya atau keluarganya sebagai penerima bantuan; walaupun sebenarnya bantuan itu tidak layak untuk dirinya atau ahli keluarganya. Sebaliknya, ketua kejiran/lorong mendapat "perlindungan" daripada sukarelawan ketika mendaftarkan nama keluarganya untuk menerima bantuan. Hal-hal sedemikian ini semakin berleluasa, kerana kurangnya kawalan oleh *kelurahan/kampung*. Keadaan seperti ini memberikan kesan pada sebahagian masyarakat untuk tidak mengikuti kegiatan Pusat Khidmat Bersepadu (AM1; AM5).

Ada juga ahli masyarakat yang menjadi sukarelawan kerana sudah lama membantu di kejiraninan/kampung, sama ada sebagai petugas lapangan *KB*, ahli *PKK kelurahan/kampung*, mahupun ahli *PKK* mukim. Oleh itu, tugas seseorang itu adalah bukan hanya sebagai sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu sahaja, tetapi merangkap hingga tiga atau empat tugas. Biasanya sukarelawan yang diambil melalui cara seperti ini, mempunyai pengalaman cukup banyak berhadapan dengan masyarakat dan pengetahuan kesihatan yang lumayan baik. Pekerjaan menjadi sukarelawan yang dilakukan dengan sukarela atau hanya mendapat honorarium "sekadarnya", tidak menjadi masalah, kerana mereka juga mendapat honorarium daripada tugas tugas mereka yang lain di *kelurahan/kampung* atau mukim (KK2; PKB6).

Sesungguhnya ramai yang bersedia untuk menjadi sukarelawan, namun oleh kerana sistem pengambilannya yang tidak terbuka, maka "seolah-olah" tidak ada ahli masyarakat yang bersedia untuk menjadi sukarelawan. Sukarelawan tidak diberikan honorarium bulanan, tetapi mendapat wang pengangkutan yang boleh diambil tiga bulan sekali. Jumlahnya bergantung pada kewangan pentadbiran *kabupaten/bandar*. Namun tidak dapat dinafikan bahawa; ada kebanggaan tersendiri bagi seseorang yang terpilih sebagai sukarelawan. Selain itu, terdapat kemudahan dalam mengurus hal-hal yang berhubungkait dengan masalah kependudukan di *kelurahan/kampung* dan mukim.

Sukarelawan dan keluarga juga mendapat keistimewaan ketika mendapatkan rawatan di Pusat Kesihatan Masyarakat. Malah semua sukarelawan mendapat Jaminan Kesihatan Daerah (*Jamkesda*) sebelum berlaku Jaminan Kesihatan Nasional (*JKN*) dengan percuma. Sukarelawan juga terlebih dahulu menerima maklumat daripada *kelurahan/kampung* atau mukim berbanding ahli masyarakat lain. Bantuan pentadbir kepada masyarakat; seperti pemberian beras untuk orang miskin, juga sentiasa mengutamakan sukarelawan walaupun masih ada masyarakat yang jauh lebih miskin daripada sukarelawan tersebut (AM2; PKM1-1; PKM2-3).

Desentralisasi bermakna, terbukanya kesempatan yang sama bagi masyarakat, termasuk sukarelawan untuk melaksanakan pelbagai aktiviti pembangunan; seperti menyertai aktiviti-aktiviti kesihatan. Oleh kerana itu, untuk mendapatkan sukarelawan yang mempunyai integriti dan motivasi kerja yang tinggi, proses pengambilan perlu dilakukan secara terbuka. Namun daripada temuan kajian, mendapatkannya bahawa; proses pengambilan sukarelawan belum dirancang dengan baik dan serius.

Pusat Kesihatan Masyarakat yang memberikan bimbingan kesihatan kepada sukarelawan, tidak terlibat dalam proses pengambilan. Realitinya kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat yang mendampingi dan memberi bimbingan kepada sukarelawan dalam aktiviti-aktiviti kesihatan kepada masyarakat. Hal ini menyebabkan sukar untuk menuntut sukarelawan menyertai aktiviti kesihatan kerana motivasinya bukan untuk memberi perkhidmatan kepada masyarakat (Rajah 5.5).



**Rajah 5.5: Sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu**

Sumber: Penyelidik

Prinsip utama menjadi sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu ialah sukarela, ini bermakna sukarelawan bekerja tanpa mendapat bayaran (*unpaid work*) (Rajah 5.5). Namun di kalangan masyarakat atau bahkan di antara sukarelawan, terdapat salah paham berhubungkait dengan prinsip asas ini.

Pertama, menjadi sukarelawan adalah disamakan seperti kakitangan perubatan (kesihatan) atau kakitangan pentadbiran yang menerima gaji bulanan atau pendapatan tetap lain. Kedua, menjadi sukarelawan akan mempunyai rangkaian dengan pihak pentadbir atau boleh menjadi batu loncatan untuk bekerja di tempat lain. Ketiga, menjadi sukarelawan akan lebih mudah menerima bantuan pentadbir seperti subsidi, geran atau faedah lain.

Persepsi atau pandangan yang salah ini, telah menjurus kepada pekerjaan sukarela; iaitu, pekerjaan yang boleh dilaksanakan atau tidak dilaksanakan; bergantung pada situasi dan keadaan daripada sukarelawan. Jika seseorang sukarelawan sedang sibuk, ia bukanlah menjadi satu masalah untuk tidak menghadiri kegiatan Pusat Khidmat Bersepadu. Namun sebaliknya, jika sukarelawan mempunyai masa, maka ia boleh menghadiri aktiviti-aktiviti di Pusat Khidmat Bersepadu.

Persepsi-persepsi seperti inilah yang menjadi motivasi bagi sebahagian ahli masyarakat, untuk turut serta menjadi sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu.

#### **5.6.6 Sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu: Had Keupayaan dan Kemahiran**

Salah satu ukuran kejayaan Pusat Khidmat Bersepadu dapat dilihat daripada penyertaan anggota masyarakat (ibu dan kanak-kanak) hadir di Pusat Khidmat Bersepadu. Cara meningkatkan penyertaan ini ialah melalui peningkatan kualiti perkhidmatan Pusat Khidmat Bersepadu dan penyediaan sumber-sumber yang berkualiti, termasuk sumber sukarelawan (Nazri *et al.*, 2015). Oleh kerana itu, sukarelawan selain perlu mempunyai motivasi kerja yang tinggi, juga perlu mempunyai keupayaan mengenai kesihatan, ahli masyarakat yang berbeza-beza sifat dan ciri-cirinya dan sebagainya. Dengan mempunyai motivasi, keupayaan dan kemahiran yang optimum, sukarelawan diharapkan mampu mendorong ibu-ibu yang mempunyai kanak-kanak hadir di Pusat Khidmat Bersepadu.

Menurut Jabatan Kesihatan (2003), peranan sukarelawan dalam penyelenggaraan Pusat Khidmat Bersepadu, antaranya: memberitahu hari dan jam buka Pusat Khidmat Bersepadu kepada masyarakat; menyiapkan peralatan untuk penyelenggaraan Pusat Khidmat Bersepadu (buku nota, *KMS* dan alat peraga); melakukan pendaftaran kanak-kanak, ibu hamil, dan ibu usia subur yang hadir di Pusat Khidmat Bersepadu; melakukan penimbangan kanak-kanak; mencatat hasil penimbangan pada *KMS*; melakukan taklimat individu kepada ibu-ibu dan melakukan kunjungan ke rumah-rumah, terutama pada ibu hamil, ibu yang mempunyai kanak-kanak dan pasangan usia subur.

Peranan sukarelawan ini, boleh dilihat dalam setiap kegiatan di Pusat Khidmat Bersepadu yang disebut dengan perkhidmatan “lima meja”; iaitu, satu meja merupakan tugas daripada kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat. Walaupun daripada hasil pemerhatian pada masa ini, meja-meja ini (secara fizikal) sudah tidak kelihatan lagi.

Pada mula dibentuknya Pusat Khidmat Bersepadu, di meja I sukarelawan melakukan pendaftaran; di meja II sukarelawan melakukan penimbangan kanak-kanak; di meja III sukarelawan melakukan pencatatan hasil penimbangan kanak-kanak daripada meja II (pengisian *KMS*); dan di meja IV sukarelawan memberikan taklimat kepada ibu-ibu atau ahli masyarakat yang hadir.

Melalui pembahagian tugas sebagaimana dijelaskan di atas, sebenarnya, ia dilaksanakan secara bergilir-gilir, sehingga setiap sukarelawan memahami tugas di setiap “meja” atau perkhidmatan. Namun pada hakikatnya pembahagian tugas ini, sudah tidak dilaksanakan lagi, setiap sukarelawan hanya menjalankan satu tugas yang sama secara terus menerus.

Seorang sukarelawan yang sudah tua, tidak ditugaskan untuk menimbang bayi atau mengisi *KMS* dengan alasan mata yang sudah rabun. Manakala, sukarelawan yang

muda, tidak pernah bertugas di meja ke IV sebagai penyuluhan, kerana kurang percaya diri atau kurang menguasai hal-hal yang berhubungkait dengan kesihatan.

Terhadnya pengetahuan dan ketidakupayaan sukarelawan ini, mengakibatkan sebahagian masyarakat tidak mahu mendengar atau kurang yakin dengan maklumat kesihatan yang disampaikan oleh sukarelawan. Lebih-lebih lagi, jika tahap pendidikan sukarelawan lebih rendah berbanding dengan ahli masyarakat yang menerima maklumat tersebut (PKM1-3; PKM8-3; PKM4-3).

Pada umumnya tahap pendidikan sukarelawan, ialah sekedar peringkat *Sekolah Menengah Pertama (SMP)* atau *Sekolah Menengah Atas (SMA)* untuk Pusat Khidmat Bersepadu di kawasan bandar. Manakala, Pusat Khidmat Bersepadu yang berada di kawasan kampung, purata pendidikan sukarelawan adalah hanya tamat *Sekolah Dasar (SD)* dan *SMP*. Bahkan beberapa sukarelawan adalah tidak tamat *SD* atau *SMP*.

Sebenarnya beberapa ahli masyarakat di *kelurahan/kampung*, mempunyai pendidikan yang cukup tinggi, tetapi mereka tidak bersedia menjadi sukarelawan, kerana pekerjaan menjadi sukarelawan tidak memberikan gaji. Rendahnya pendidikan sukarelawan ini, menjadi salah satu penyebab terhadnya pengetahuan dan kemahiran sukarelawan (Jadual 5.9).

**Jadual 5.9: Pendidikan Tertinggi Sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu**

<b>Peringkat Pendidikan</b>	<b>Bilangan</b>	<b>Peratus</b>
Sarjana	6	3
Diploma	4	2
<i>SMA</i>	107	53.5
<i>SMP</i>	51	25.5
<i>SD</i>	32	16
<b>J u m l a h</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Sumber: Soal Selidik

Rendahnya tahap pendidikan sukarelawan, juga memberi kesan kepada kesukaran Pusat Kesihatan Masyarakat dan *kelurahan/kampung* untuk melatih mereka. Kesabaran yang lebih, amat diperlukan dalam melatih sukarelawan, sehingga memahami program-program kesihatan yang akan disampaikan kepada masyarakat.

Sesungguhnya walaupun tahap pendidikan sukarelawan rendah, tetapi jika mereka mempunyai kemauan atau motivasi yang tinggi untuk bekerja, maka tidak terlalu sukar bagi Pusat Kesihatan Masyarakat dan *kelurahan/kampung*, untuk melatih atau membimbing mereka. Namun realitinya, beberapa sukarelawan selain tidak mempunyai motivasi tinggi untuk bekerja, juga tidak mempunyai tahap pendidikan yang tinggi. (PKM1-1; PKM4-1).

Kaunseling dan latihan untuk sukarelawan, boleh dilakukan di mukim, *kelurahan/kampung* atau Pusat Kesihatan Masyarakat. Sebahagian besar sukarelawan, sudah pernah mendapat latihan lebih daripada tiga peringkat. Namun latihan atau taklimat yang diikuti adalah tidak terlalu menarik bagi sebahagian sukarelawan.

Bahan latihan adalah hanya sekadar peringkat asas yang sebahagian besar sudah diketahui oleh sukarelawan. Manakala, bahan mengenai bagaimana menghadapi masyarakat atau mengundang masyarakat untuk hadir di Pusat Khidmat Bersepadu hampir tidak pernah wujud. Hal yang sama dengan kaedah penyampaian bahan yang digunakan, adalah tidak banyak berubah daripada dulu hingga sekarang; iaitu, dalam bentuk ceramah atau satu arah sahaja (M5; KK5; PKB1).

Bahan dan kaedah latihan yang diberikan kepada sukarelawan, dirasakan kurang menarik, kerana perancangan dan koordinasi di peringkat *kelurahan/kampung*, terutamanya pasukan *PKK* sebagai pembimbing sukarelawan; adalah kurang. Selain itu, *kelurahan/kampung* atau kejiran/lorong, tidak mempunyai pentadbiran yang teratur dalam mengendalikan latihan sukarelawan, sehingga beberapa sukarelawan yang sudah cukup lama menjadi aktivis, masih hanya mengikuti dua atau tiga peringkat latihan atau taklimat. Namun ada juga sukarelawan yang sudah berkali-kali mengikuti latihan dan kaunseling, walaupun baru beberapa tahun sahaja menjadi sukarelawan.

Kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat tidak semuanya mempunyai keupayaan dan keterampilan sebagai jurulatih atau penceramah, sehingga dirasakan kurang ketara

dalam menambah pengetahuan dan kemahiran sukarelawan. Berbeza dengan program latihan yang berasal daripada bantuan luar negara; iaitu, beberapa sukarelawan yang berasal dari Bandar Medan, pernah mengikutinya. Latihan yang diberikan adalah sangat menarik, kerana teknik penyampaian bahannya berbeza dan tidak hanya dalam bentuk ceramah. Selain itu, latihan yang diadakan juga melibatkan penggunaan pelbagai peralatan praktikal bagi memastikan sukarelawan benar-benar memahami cara mengisi *KMS*, menimbang bayi dan sebagainya.

Latihan di peringkat *kelurahan/kampung* dan mukim, dilaksanakan pada acara-acara tertentu sahaja dengan topik yang berbeza-beza seperti *HIV Aids*, dadah, jantung dan lain-lain. Namun kerana dana yang terhad, latihan atau ceramah yang dilaksanakan hanya mengundang beberapa sukarelawan, sebagai wakil daripada setiap Pusat Khidmat Bersepadu *kelurahan/kampung* atau mukim. Malangnya sukarelawan yang mengikuti latihan atau taklimat tersebut, tidak mempunyai tanggungjawab untuk berkongsi ilmu kepada sukarelawan yang tidak mengikuti latihan atau taklimat (PKB2; KK3).

Pertemuan antara sukarelawan di *kelurahan/kampung* yang diadakan oleh pasukan *PKK kelurahan/kampung*, adalah sangat jarang dilaksanakan. Walaupun ia diadakan, pertemuan itu hanya terhad kepada aktiviti-aktiviti dan acara-acara tertentu sahaja dan membincangkan secara khusus aktiviti atau masalah di Pusat Khidmat Bersepadu.

Sukarelawan jarang diberikan peluang untuk menyampaikan aduan yang diterima sewaktu menjalankan tugas. Namun sebenarnya jika pun terdapat peluang untuk menyampaikan aduan atau cadangan kepada pasukan *PKK kelurahan/kampung*, sukarelawan tidak pernah mencadangkan untuk mendapatkan latihan atau taklimat mengenai topik yang dirasakan penting untuk mereka.

Beberapa sukarelawan beranggapan, mengikuti latihan bermakna menambah pekerjaan kerana perlu hadir untuk mendengar ceramah atau taklimat. Bahan yang

disampaikan juga pasti tidak jauh berbeza daripada sebelumnya. Oleh kerana itu, sukarelawan hanya menunggu arahan daripada *kelurahan/kampung*. Jika terdapat latihan yang perlu diikuti, mereka akan menghadirkan diri dan juga tiada masalah bagi mereka jika latihan tersebut tiada. Bagi sukarelawan, apa yang penting ialah *kelurahan/kampung* memberikan kesempatan bagi mereka untuk bersiar-siar (jalan-jalan) sebagai cuti rehat atau wang pengangkutan diberikan kepada mereka sebagai sukarelawan (KK2; M6).

Sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu, tidak menerima gaji kerana pada dasarnya kerelaan (*volunteering*) memerlukan pengorbanan. Namun demikian, kerelawanan juga memerlukan stimulus (dorongan) sebagai motivasi. Oleh itu, mukim atau *kelurahan/kampung* dan Pusat Kesihatan Masyarakat, semestinya memberi perangsang kepada sukarelawan melalui latihan-latihan yang menarik dan dirancang dengan rapi, sehingga sukarelawan selain mendapatkan "sesuatu" yang tidak diperoleh jika tidak menjadi sukarelawan, juga merasa dihargai sebagai tenaga sukarelawan. Sebaliknya yang berlaku, hanya kerana mereka sebagai sukarelawan, maka latihan yang diberikan tidak perlu dirancang dengan rapi. Sayangnya, keinginan ahli masyarakat untuk menjadi sukarelawan tidak dihargai dengan memberikan bimbingan atau latihan yang serius dan terancang.

#### **5.6.7 Penyertaan Sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu: Pentingnya Kerjasama dan Penyelarasaran Rentas Sektor (*Cross Sectoral*)**

Jika merujuk pada peraturan yang ada, Pusat Khidmat Bersepadu ditubuhkan di *kelurahan/kampung* dengan cara musyawarah mufakat yang tujuannya untuk memperkasakan masyarakat dalam sektor kesihatan. Hal ini bermakna masyarakat diberi peluang untuk mengatasi masalah kesihatannya sendiri. Sementara itu, pentadbir *kelurahan/kampung* dan mukim serta Pusat Kesihatan Masyarakat melakukan bimbingan terhadap sukarelawan. Selain itu, Pusat Khidmat Bersepadu juga

bekerjasama dengan agensi-agensi berkaitan yang ada di peringkat mukim dan *kelurahan/kampung* sesuai dengan peranan dan fungsinya masing-masing. Organisasi pertubuhan bukan kerajaan dan swasta juga berperanan membantu kelancaran kegiatan Pusat Khidmat Bersepadu.

Melihat banyaknya agensi yang menyokong teknikal operasi dan kelancaran kerja Pusat Khidmat Bersepadu, kejayaan Pusat Khidmat Bersepadu seharusnya sudah tidak diragukan lagi. Namun demikian, pada hakikatnya tahap penyertaan masyarakat dalam kegiatan Pusat Khidmat Bersepadu adalah hanya kira-kira 35-50 peratus (Jadual 5.10). Rendahnya tahap penyertaan ini salah satunya adalah kerana kurangnya kerja sama antara agensi atau sektor di *kelurahan/kampung* dan mukim dalam menyokong program-program Pusat Khidmat Bersepadu.

**Jadual 5.10: Tahap Kehadiran Masyarakat di Pusat Khidmat Bersepadu**

Berapakah yang hadir di Pusat Khidmat Bersepadu di kawasan kerja Ibu?	Bilangan	Peratus
Di atas 30 orang	71	35.5
21-30 orang	53	26.5
15- 20 orang	57	28.5
10-14 orang	17	8.5
Kurang daripada 10 orang	2	1
<b>J u m l a h</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Sumber: Soal Selidik

Sesungguhnya perbincangan untuk saling bekerjasama antara agensi atau sektor dalam menyokong kerja Pusat Khidmat Bersepadu, rutin dilaksanakan dalam mesyuarat-mesyuarat antara sektor sama ada di peringkat *kelurahan/kampung* mahupun mukim. Namun biasanya perbincangan mengenai prestasi sukarelawan atau hal-hal berhubungkait dengan Pusat Khidmat Bersepadu, adalah hanya sampai pada tahap elit sama ada di mukim, *kelurahan/kampung* mahupun Pusat Kesihatan Masyarakat, manakala pelaksanaannya di lapangan kurang kelihatan. Tidak jarang pula perbahasan mengenai peningkatan keupayaan sukarelawan menemui jalan buntu terutama jika berhubungkait dengan belanjawan (M4; PKM4-2).

Salah satu perdebatan yang terjadi pada mesyuarat antara atau lintas sektor di peringkat mukim berhubungkait dengan penambahan insentif kepada sukarelawan. Menurut seorang kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat, pihak mukim semestinya memperjuangkan insentif sukarelawannya pada *Musyawarah Rencana Pembangunan (Musrenbang)* peringkat *kabupaten/bandar*, kerana sukarelawan, ialah barisan hadapan mewujudkan masyarakat mukim yang sihat.

Sukarelawan bekerja secara sukarela, tetapi sekurang-kurangnya mereka mendapat insentif yang layak sebagai pengganti wang pengangkutan atau sekadar wang saku. Insentif sukarelawan sekarang adalah sangat kecil, misalnya di Bandar Binjai sekitar Rp 50 ribu per bulan dan dibayar tiga bulan atau enam bulan sekali. Jika insentif sukarelawan diperingkatkan, maka pentadbir mukim atau *kelurahan/kampung* dapat membuat sasaran kerja sukarelawan (PKM4-2; M1).

Bukti lain bahawa perbincangan di mesyuarat lintas sektor atau antara sektor, hanya di tingkatan rancangan, dapat dilihat daripada kurangnya koordinasi antara pentadbir *kelurahan/bandar* dan Pusat Kesihatan Masyarakat dalam menguruskan Pusat Khidmat Bersepadu. Dalam penentuan jadual aktiviti dan rencana kerja di Pusat Khidmat Bersepadu misalnya, pihak Pusat Kesihatan Masyarakat memegang peranan utama (Jadual 5.11). Sebaliknya, pentadbir *kelurahan/kampung* atau kejiran/lorong, tidak pernah mengundang pihak Pusat Kesihatan Masyarakat dalam proses pengambilan sukarelawan (PKM1-1; KK5).

#### **Jadual 5.11: Penentuan Jadual Aktiviti di Pusat Khidmat Bersepadu**

Siapakah yang menentukan jadual aktiviti di Pusat Khidmat Bersepadu?	Bilangan	Peratus
Pusat Kesihatan Masyarakat	125	62.5
Mukim	1	0.5
<i>Kelurahan/Kampung</i>	34	17
Sukarelawan/Masyarakat	32	16
Dan lain-lain (tidak tahu; Pusat Kesihatan Masyarakat dan <i>kelurahan/kampung</i> )	8	4
<b>J u m l a h</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Sumber: Soal Selidik

Selain itu, sukarelawan dan kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat sahaja menghadiri aktiviti-aktiviti di Pusat Khidmat Bersepadu. Padahal sesungguhnya wakil daripada pasukan *PKK kelurahan/kampung* dan Perancangan Keluarga juga dijangka hadir. Hal ini menunjukkan seolah-olah hanya Pusat Kesihatan Masyarakat sahaja yang bertanggungjawab penuh terhadap berjalannya Pusat Khidmat Bersepadu.

Sebenarnya kakitangan kesihatan tidak perlu hadir di Pusat Khidmat Bersepadu, jika tidak ada kanak-kanak yang pelalian dan tidak ada ibu yang memerlukan kakitangan Perancangan Keluarga. Hal ini kerana kedua-dua aktiviti ini, merupakan tanggungjawab kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat, manakala empat "meja" atau perkhidmatan lain, merupakan tanggungjawab sukarelawan. Namun hakikatnya Pusat Khidmat Bersepadu, tidak akan dibuka jika kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat tidak atau belum hadir.

Sesungguhnya jika Pusat Khidmat Bersepadu diuruskan dengan serius, sama ada pentadbir mukim dan *kelurahan/kampung* mahupun Pusat Kesihatan Masyarakat, akan mendapat keuntungan. Namun demikian, pihak Pusat Kesihatan Masyarakat pada amnya paling "keras" membicarakan permasalahan Pusat Khidmat Bersepadu di mesyuarat-mesyuarat antara sektor.

Pusat Kesihatan Masyarakat sangat berkepentingan dengan kewujudan sukarelawan atau Pusat Khidmat Bersepadu untuk menyampaikan program-program kesihatan kepada masyarakat. Hal ini kerana kejayaan Pusat Kesihatan Masyarakat terletak pada penerimaan program-program kesihatan oleh masyarakat. Manakala, pentadbir mukim dan *kelurahan/kampung*, tidak terlalu menggalakkan penyertaan sukarelawan ini. Padahal jika sukarelawan bekerja dengan sepenuhnya dalam menyampaikan program-program kesihatan kepada masyarakat, pentadbir mukim dan *kelurahan/kampung* sebagai pendiri dan pembimbing Pusat Khidmat Bersepadu,

mendapat keuntungan juga karena masyarakatnya selain sihat juga berdaya terhadap masalah kesihatan.

Pusat Khidmat Bersepadu pada era “orde baru” berbeza dengan era desentralisasi. Kejayaan “orde baru” menurunkan angka kematian ibu dan anak, tidak lepas daripada sistem pentadbiran Indonesia pada masa itu yang menggunakan sistem sentralisasi. Presiden Suharto sebagai pimpinan tertinggi, memimpin berjalannya dasar mengenai kesihatan ibu dan anak, menambah bajet kesihatan untuk mengurangkan angka kematian ibu dan anak serta menggembung pentadbir negeri dan daerah *kabupaten/bandar* untuk memberi perhatian kepada masalah ibu dan anak.

Pusat Kesihatan Masyarakat dan Pusat Khidmat Bersepadu, ialah barisan hadapan yang mengimplementasikan program-program kesihatan kepada masyarakat. Perkhidmatan Pusat Khidmat Bersepadu yang tersebar hingga lorong atau kampung terpencil, berjaya mengurangkan angka kematian bayi, mengawal penyebaran wabak penyakit dan memperbaiki keadaan kesihatan masyarakat (PT2).

Pada era desentralisasi, *kabupaten/bandar* sebagai pentadbir daerah yang autonomi, mempunyai kuasa untuk mengatur urusannya masing-masing, termasuk urusan kesihatan. Sebagai akibatnya perhatian terhadap Pusat Khidmat Bersepadu tidak sama, bergantung pada visi dan misi *Bupati/Datuk Bandar* sebagai pimpinan tertinggi daerah tersebut. Salah satu penunjuk bahawa seorang *Bupati/Datuk Bandar* memberi perhatian terhadap masalah kesihatan, boleh dilihat daripada besarnya peruntukan bajet untuk kesihatan.

Pada era desentralisasi, pentadbir daerah mempunyai kuasa yang besar untuk mengatur urusan masing-masing daerahnya. Namun untuk melakukan kerjasama, pentadbir daerah masih lebih mengutamakan hubungan secara menegak dengan peringkat yang lebih tinggi. Padahal hubungan atau kerjasama secara mendatar antara agensi atau sektor pada tahap yang sama, adalah tidak kalah penting.

Dasar desentralisasi bukan sahaja menjadikan suatu daerah hanya memikirkan pentadbirannya sendiri-sendiri tetapi, juga telah membuat setiap agensi atau sektor menjadi berfikiran "sempit" yang hanya mengutamakan program-program daripada sektornya sendiri. Perhatian terhadap program yang lebih komprehensif; iaitu, yang dapat bermanfaat selain bagi institusi sendiri dan juga bagi agensi atau sektor lain, belum menjadi keutamaan. Padahal setiap agensi atau sector, pasti mempunyai keterhad-an yang boleh dibantu oleh agensi atau sektor lain, sehingga menghasilkan satu program yang boleh dinikmati oleh skop yang lebih luas.

Menurut Sunyoto Usman (1998) ada tiga keuntungan apabila terdapat kerjasama antara sektor. Pertama, boleh dielakkan munculnya pertindihan program dan tiruan rancangan, kerana semua agensi atau sektor saling berkomunikasi; kedua, dapat dijaga kesinambungan kerja dan dapat dicegah terjadinya jurang kegiatan pembangunan, kerana ada kerjasama antara institusi; ketiga, boleh dihasilkan suatu bentuk perkhidmatan yang mendatangkan kejayaan kerana kelemahan program daripada satu-satu sektor, boleh disempurnakan oleh program daripada sektor lain. Kelebihan program daripada satu-satu sektor, dapat disebarluaskan ke program daripada sektor lain.

Perihal yang sama, berlaku dalam sektor kesihatan. Walaupun di peringkat mukim, sektor kesihatan merupakan tanggungjawab Pusat Kesihatan Masyarakat, pentadbir mukim, *kelurahan/kampung* dan agensi atau sektor lain yang ada di peringkat mukim. Kesemua itu semestinya bekerjasama juga sehingga wujudnya masyarakat mukim yang sihat. Oleh itu, koordinasi yang dipimpin oleh ketua mukim, sebagai kuasa tertinggi yang bertanggungjawab di peringkat mukim, sangat diperlukan. Namun mesyuarat lintas sektor yang dipimpin oleh ketua mukim, masih belum berjalan dengan berkesan sehingga terjadi tolak menolak tanggungjawab, terutama antara pihak Pusat Kesihatan Masyarakat dan *kelurahan/kampung*. Akhirnya masalah yang berhubungkait dengan sukarelawan dan Pusat Khidmat Bersepadu semakin berlarutan.

Era desentralisasi, penyertaan masyarakat termasuk sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu, memegang peranan penting sebagai penggerak pembangunan kesihatan di peringkat tempatan.

#### **5.6.8 Sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu: Cabaran Memandu Masyarakat**

Pusat Khidmat Bersepadu merupakan entiti terpenting dalam pelaksanaan program kesihatan untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan bayi dan kanak kanak. Namun demikian, sebahagian ibu masih menganggap Pusat Khidmat Bersepadu, hanya tempat untuk mendapatkan imunisasi, sehingga banyak yang meninggalkan Pusat Khidmat Bersepadu selepas mendapat imunisasi lengkap. Pada hakikatnya, Pusat Khidmat Bersepadu bukan hanya untuk mendapatkan imunisasi, tetapi yang juga penting ialah untuk memantau dan menimbang berat badan kanak kanak melalui penimbangan rutin dan kaunseling kesihatan.

Dalam menghadapi cabaran seperti ini, pentingnya sukarelawan untuk melakukan sosialisasi Pusat Khidmat Bersepadu terhadap masyarakat dengan pelbagai cara. Salah satu caranya ialah dengan menunjukkan keupayaan dan keterampilan sukarelawan dalam memberikan perkhidmatan kepada masyarakat. Oleh kerana itu, kemahiran dan pengetahuan sukarelawan, perlu dikembangkan melalui latihan yang lebih terancang dan dilakukan secara kerap, sehingga sukarelawan mempunyai wawasan yang cukup untuk menjelaskan hal-hal yang berhubungkait dengan kesihatan.

Jadual 5.12, pada umumnya sukarelawan membicarakan masalah kesihatan kepada masyarakat hanya ketika berada di Pusat Khidmat Bersepadu (59.5 peratus). Setiap sukarelawan berada di Pusat Khidmat Bersepadu, kira-kira dua hingga tiga jam; iaitu, daripada jam 9 atau 10 hingga jam 12 dan buka sekali dalam satu bulan. Oleh itu, dapat dimaklumi, bahawa pertemuan sukarelawan dengan masyarakat membicarakan masalah kesihatan, hanya dalam masa yang ringkas. Masa yang tidak terlalu banyak ini

pun belum digunakan sukarelawan dengan sebaik-baiknya untuk mengundang masyarakat hadir secara kerap di Pusat Khidmat Bersepadu.

**Jadual 5.12: Sukarelawan Membincangkan Masalah Kesihatan kepada Masyarakat**

Selaku sukarelawan, pada bila-bila biasanya Ibu Bilangan Peratus membicarakan masalah kesihatan kepada masyarakat?	Ibu	Bilangan	Peratus
Jika ada aktiviti kesihatan di Pusat Khidmat Bersepadu.	119	59.5	
Jika ada aktiviti di <i>kelurahan/kampung atau kejiran/lorong.</i>	13	6.5	
Jika ada acara atau aktiviti di mukim.	13	6.5	
Pada bila-bila sahaja ada peluang bertemu dengan masyarakat.	49	24.5	
Dan lain-lain (pasar tradisional; sekolah).	6	3	
<b>J u m l a h</b>	<b>200</b>	<b>100</b>	

Sumber: Soal Selidik

Jadual 5.13, kira-kira 43 peratus masyarakat, tidak hadir ke Pusat Khidmat Bersepadu, kerana tidak memahami betapa pentingnya kesihatan itu. Hal ini disokong dengan hasil temu bual bahawa, motivasi utama masyarakat untuk hadir ke Pusat Khidmat Bersepadu, adalah bukan kerana kesedaran akan pentingnya hidup sihat, tetapi lebih kepada hal-hal lain seperti hadiah atau cenderahati yang disediakan.

**Jadual 5.13: Alasan Masyarakat Tidak Mahu Hadir di Pusat Khidmat Bersepadu**

Mengapakah masyarakat sukar diminta untuk hadir di Pusat Khidmat Bersepadu?	Bilangan	Peratus
Tidak mengerti makna pentingnya kesihatan.	86	43
Program kesihatan kurang menarik atau kurang penting.	15	7.5
Jadual program Pusat Khidmat Bersepadu tidak sesuai dengan aktiviti masyarakat sehari-hari.	10	5
Sibuk dengan urusan kerja rumah.	75	37.5
Dan lain-lain (malas).	14	7
<b>J u m l a h</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Sumber: Soal Selidik

Sesungguhnya sudah pelbagai cara dilakukan sukarelawan supaya masyarakat ramai hadir di Pusat Khidmat Bersepadu. Pemberian hadiah, apapun bentuk hadiahnya, sudah dilakukan agar ahli masyarakat (ibu-ibu) hadir di Pusat Khidmat Bersepadu. Namun ketika hadiah tidak diberikan lagi, maka Pusat Khidmat Bersepadu kembali sepi.

Selain habuan, yang memberi kesan kepada masyarakat untuk hadir ke Pusat Khidmat Bersepadu, ialah pemberian vitamin A yang diberikan dua tahun sekali (PKM8-4; PKM6-3; M5).

“Masyarakat amat keberatan untuk hadir di Pusat Khidmat Bersepadu kerana mereka hanya mahu hadir jika ada habuan seperti yang terjadi pada program *Nice* yang lalu. Ahli masyarakat yang hadir pada masa itu telah mendapat pelbagai produk seperti bedak muka, bekas makanan dan lain lain. Setelah program *Nice* berakhir dan tiada lagi habuan yang ditawarkan, masyarakat sudah tidak lagi hadir di Pusat Khidmat Bersepadu. Oleh itu, isu kewangan menjadi keutamaan masyarakat daripada isu kesihatan. Manakala itu, pembahagian makanan tambahan sudah tidak lagi memberi kesan kepada masyarakat untuk hadir di Pusat Khidmat Bersepadu (KK1).”

Berdasar pada Jadual 5.14, sebanyak 5.6 peratus responden berpendapat bahawa, cabaran terbesar menjadi sukarelawan datang daripada masyarakat yang kurang bersedia untuk turut serta dalam aktiviti kesihatan. Peranan ketua mukim belum terlalu terlihat sebagai penyelaras di peringkat mukim untuk menggerakkan seluruh sektor, sehingga masyarakat bersedia mengambil bahagian dalam aktiviti di Pusat Khidmat Bersepadu. Selain itu, peranan ketua mukim juga belum memberikan kesan yang ketara dalam menggerakkan seluruh *lurah/ketua kampung* yang berada di kawasan jagaannya untuk turut serta dalam aktiviti di Pusat Khidmat Bersepadu.

Sosialisasi belum dilaksanakan dengan terancang di peringkat mukim mahupun *kelurahan/kampung*. Padahal Pusat Khidmat Bersepadu ditubuhkan untuk, daripada dan oleh masyarakat itu sendiri. Penubuhan Pusat Khidmat Bersepadu menjadi tidak bermakna, apabila masyarakat itu sendiri tidak mahu menyertai atau menghadirkan diri ke Pusat Khidmat Bersepadu.

“Hubungan kami (bidan kampung) dengan ketua mukim ketika merancang surat undangan sahaja. Oleh kerana kami mahu merancang aktiviti di kampung, maka kami memerlukan surat jemputan yang ditandatangani oleh ketua mukim. Kami tidak pernah membicarakan tentang sukarelawan atau Pusat Khidmat Bersepadu (PKM8-4).”

### **Jadual 5.14: Cabaran Terbesar Menjadi Seorang Sukarelawan**

Apakah cabaran terbesar Ibu menjadi seorang sukarelawan?	Bilangan	Peratus
Pengetahuan dan wawasan yang terhad mengenai kesihatan.	37	18.5
Terhad masa kerana perlu mengurus keluarga. Kurangnya sokongan daripada pihak <i>kelurahan/kampung, mukim dan Pusat Kesihatan Masyarakat</i> .	32 6	16 3
Masyarakat kurang bersedia untuk turut serta dalam aktiviti kesihatan.	112	5.6
Dan lain-lain (tidak ada halangan; urusan keluarga).	13	6.5
<b>J u m l a h</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Sumber: Soal Selidik

Seterusnya Jadual 5.14 menunjukkan 18.5 peratus responden menyatakan bahawa; cabaran sebagai sukarelawan adalah, kerana kurangnya pengetahuan mengenai kesihatan. Dalam hal ini, latihan tidak hanya bertumpu kepada bahan kesihatan yang menggunakan kaedah ceramah sahaja, tetapi terus dipraktikkan seperti bagaimana menimbang bayi dan kanak kanak, memberi penerangan kesihatan kepada ibu-ibu, mengisi borang *KMS* atau membuat catatan sukarelawan, mengajak masyarakat dan sebagainya.

Dengan latihan yang lebih terancang, maka sukarelawan akan memiliki pengetahuan dan berkeyakinan ketika berhadapan dengan masyarakat. Selanjutnya, ahli masyarakat lebih bersemangat untuk hadir ke Pusat Khidmat Bersepadu, kerana sukarelawan boleh menjelaskan dan menyelesaikan masalah mereka.

“Sukarelawan yang punya pengetahuan tentang kesihatan sangat mendorong saya untuk hadir di Pusat Khidmat Bersepadu. Selain itu ya ... kerana sukarelawannya ramah (tersenyum) (AM5)”.

Goldsmtih dan Blustain (1980) menyatakan, penyertaan lebih mudah dilaksanakan melalui organisasi yang sudah dikenali atau yang sudah ada di kalangan masyarakat. Seperti halnya dengan Pusat Khidmat Bersepadu telah berdiri sejak tahun 1984. Namun terdapat beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan berhubung dengan penyertaan sukarelawan di Pusat Khidmat Bersepadu.

Program-program di Pusat Khidmat Bersepadu dan Pusat Kesihatan Masyarakat, terutama berhubungkait dengan program kesihatan ibu dan anak, dirancang oleh Pusat Kesihatan Masyarakat yang berdasarkan garis panduan daripada pentadbir pusat. Oleh kerana itu, sukarelawan hanya mengambil bahagian dalam pelaksanaan program, tanpa terlibat dalam perancangan program kesihatan. Hal ini mempengaruhi terhadap bentuk penglibatan dan penyertaan sukarelawan dalam memberikan perkhidmatan awam. Selain itu, penyertaan sukarelawan yang dilakukan secara sukarela adalah bukan perkara mudah terutama apabila ia dikaitkan dengan tahap pendidikan dan status ekonomi sukarelawan yang relatif rendah. Ini diburukkan lagi, dengan sistem sentralisasi di Indonesia yang berlangsung selama 32 tahun (1966-1998).

Pada saat itu, penglibatan masyarakat adalah lebih sebagai *jargon* pembangunan, yang bermaksud lebih kepada usaha menyokong program pentadbir pusat; iaitu, masyarakat hanya turut melaksanakan tanpa dapat membantah. Oleh itu, penglibatan masyarakat menjadi lebih, kepada bentuk mobilisasi penyertaan masyarakat. Malangnya keadaan ini masih mempengaruhi sebahagian besar kakitangan pentadbir yang menganggap penyertaan masyarakat bukan perkara penting.

Selain itu, desentralisasi menjadikan setiap sektor atau unit pentadbiran termasuk di peringkat mukim dan *kelurahan/kampung*, lebih bertumpu kepada hala tuju sektor atau unit. Isu ini memberi kesan kepada sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu dalam memberikan perkhidmatan kesihatan kepada awam.

## **5.7 Pelaksanaan Desentralisasi di Sumatera Utara: Lebih Mendekatkan Perkhidmatan Kesihatan kepada Masyarakat?**

### **5.7.1 Kesan Pelaksanaan Desentralisasi Politik terhadap Perkhidmatan Kesihatan Awam di Sumatera Utara**

Berasaskan UU No.23 Tahun 1992, tujuan pembangunan kesihatan adalah untuk meningkatkan kesedaran, kemahuan dan kemampuan hidup sihat bagi setiap orang agar terwujud darjah kesihatan yang tinggi. Darjah kesihatan adalah salah satu ukuran kesejahteraan dan kualiti sumber manusia yang dapat dilihat dengan menggunakan penunjuk seperti angka kematian, kesakitan, kelahiran, status pemakanan dan lain-lain di masyarakat. Dengan hal yang demikian, darjah kesihatan masyarakat yang tinggi, merupakan salah satu ukuran kejayaan pembangunan dalam sektor kesihatan.

Salah satu cara mewujudkan darjah kesihatan masyarakat, adalah melalui peningkatan perkhidmatan kesihatan awam. Perkhidmatan kesihatan bermakna, sebagai tersedianya kemudahan kesihatan yang mencukupi dan merata di setiap mukim seperti Pusat Kesihatan Masyarakat dan Pusat Kesihatan Masyarakat Pembantu. Kedua-dua kemudahan ini adalah penting, kerana ia dapat menjangkau segala lapisan masyarakat hingga ke kawasan terpencil.

Selanjutnya, perkhidmatan kesihatan bermakna sebagai tersedianya program-program kesihatan yang diperlukan oleh ahli masyarakat sehingga tercipta ahli masyarakat yang mempunyai kesedaran, kemahuan dan keupayaan untuk berkelakuan hidup sihat. Perancangan dan pelaksanaan program-program kesihatan yang bersifat promotif dan pencegahan, ini merupakan kuasa daripada Pusat Kesihatan Masyarakat dan Pusat Kesihatan Masyarakat Pembantu. Penyelidikan ini bertumpu pada titik yang terakhir ini.

Kesan daripada pelaksanaan desentralisasi politik terhadap perkhidmatan kesihatan awam, dapat dilihat daripada dua program wajib di Pusat Kesihatan

Masyarakat; iaitu, program *KIA* dan program Upaya Peningkatan Pemakanan. Kedua-dua program ini, dilaksanakan oleh Pusat Kesihatan Masyarakat dengan menggunakan dana BOK. Oleh kerana itu, pelaksanaan kedua-dua program ini adalah berdasar pada panduan pelaksanaan dan panduan teknikal yang berasal daripada Kementerian Kesihatan. Walaupun demikian, Pusat Kesihatan Masyarakat masih diberikan “ruang” untuk menggunakan kuasanya dalam merancang program dan sub-program atau aktiviti-aktiviti kesihatan. Selain itu, Pusat Kesihatan Masyarakat juga menguruskan kewangan untuk pelaksanaan program-program kesihatan tersebut, kerana dana BOK ini langsung diterima oleh Pusat Kesihatan Masyarakat melalui bendahari BOK.

“BOK pada dasarnya sumbangan (*in-kind helps*) daripada pentadbir pusat untuk memastikan bahawa kuasa asli atau autonomi daripada pentadbir daerah dalam sektor kesihatan dapat dilaksanakan. Sumber kewangan majoriti daerah di Indonesia yang terhad adalah salah satu penyebab bahawa pentadbir pusat memberikan bantuan melalui peruntukan dana BOK. Sifat daripada urusan kesihatan ini adalah kuasa asli daripada pentadbir daerah maka sesungguhnya pentadbir pusat hanya memberikan peraturan dan petunjuk umum (*general rules and principles*) dalam penggunaan dana tersebut yang memungkinkan daerah untuk menciptakan program-program yang kreatif dan inovatif (PT4)”.

Program *KIA*, adalah program wajib di Pusat Kesihatan Masyarakat. Program ini adalah salah satu program keutamaan dalam pembangunan kesihatan di Indonesia yang disenaraikan dalam *RPJMN* 2010-2014. Sasaran yang ingin dicapai oleh program *KIA* ini adalah sebanyak 118 per 100,000 kelahiran hidup (*KH*) untuk ibu, dan sebesar 24 per 1,000 *KH* untuk kanak-kanak. Selain itu, program ini juga merupakan salah satu fokus pelaksanaan *MDGs* dalam sektor kesihatan, yang salah satu tujuannya adalah meningkatkan kesihatan ibu dan anak. Sasarannya adalah mengurangkan angka kematian ibu dalam proses melahirkan dan mengurangkan kadar kematian kanak-kanak usia di bawah 5 tahun.

Berdasar pada *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI)* tahun 2012, Angka Kematian Ibu (*AKI*) adalah sebanyak 359 per 100,000 kelahiran hidup. Manakala itu, sasaran *MDGs* pada tahun 2015, adalah *AKI* sebanyak 102 per 100 ribu

kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi (*AKB*), adalah sebanyak 32 per 1000 *KH* pada tahun 2012. Manakala sasaran *MDGs* untuk tahun 2015, adalah *AKB* sebanyak 17 bayi per 1000 kelahiran.

*AKI* dan *AKB* setiap tahun, semakin menurun dan memenuhi atau mendekati sasaran *RPJMN* dan *MDGs*. Namun demikian, angka kematian ibu jauh lebih tinggi berbanding dengan angka kematian anak. Hal ini bermakna usaha untuk menurunkan angka kematian ibu masih memerlukan perhatian yang lebih.

Dapatan penyelidikan ini, program *KIA* menjadi perhatian penuh di lapan unit Pusat Kesihatan Masyarakat yang menjadi lokasi kajian ini. Ketua Pusat Kesihatan Masyarakat sangat mengetahui bahawa, program *KIA* merupakan salah satu indikator pembangunan kesihatan di Indonesia yang kesnya banyak dijumpai di persekitaran kerja Pusat Kesihatan Masyarakat. Walaupun demikian, majoriti ketua Pusat Kesihatan Masyarakat tidak bersetuju, jika Pusat Kesihatan Masyarakat sahaja bertanggungjawab penuh terhadap program *KIA* ini.

Beberapa faktor menjadi penyebab kematian ibu; seperti kurangnya kesedaran pentingnya pemakanan semasa kehamilan, hipertensi dalam kehamilan, pendarahan dan jangkitan. Selain itu, kematian ibu hamil boleh juga disebabkan oleh keadaan darurat, seperti jauhnya akses ke kemudahan kesihatan atau terhadnya kakitangan kesihatan yang tersedia (PKM1-1; PKM4-1).

Salah satu cara yang dilakukan oleh Pusat Kesihatan Masyarakat untuk mengurangkan angka kematian ibu dan bayi, adalah melalui perancangan program atau sub-program kesihatan yang menarik. Program atau sub-program yang menarik, ialah program dan sub-program tersebut memiliki kemampuan unkit dalam pecutan penurunan *AKI* dan *AKB*.

Program dan sub-program juga disesuaikan dengan keperluan masyarakat dan kemampuan daerah atau Pusat Kesihatan Masyarakat masing-masing, sama ada

daripada segi keupayaan kakitangan kesihatan, mahupun kemampuan kewangan dan kemudahan kesihatan.

Kejayaan suatu program atau sub-program, sangat bergantung pada bagaimana program atau sub-program tersebut dapat menyelesaikan masalah kesihatan di masyarakat. Oleh kerana itu, peranan ketua Pusat Kesihatan Masyarakat, diperlukan untuk merancang, melaksanakan dan menyampaikan program atau sub-program kesihatan yang kreatif sesuai dengan masalah yang dihadapi masing-masing masyarakat atau kawasan. Perbezaan masalah ini menyebabkan kandungan program dan pelaksanaan atau penyampaian program kepada masyarakat di satu-satu Pusat Kesihatan Masyarakat, boleh berbeza dengan Pusat Kesihatan Masyarakat lain.

Pusat Kesihatan Masyarakat H dan G misalnya, salah satu sub-program Kesihatan Ibu dan Anak adalah kerjasama dengan bidan bersalin yang banyak dijumpai di kawasan kampung, manakala sub-program ini tidak dijumpai di Pusat Kesihatan Masyarakat di kawasan bandar, seperti di Pusat Kesihatan Masyarakat A dan B. Namun demikian, kreativiti dan inovasi daripada ketua Pusat Kesihatan Masyarakat untuk menghasilkan program atau sub-program kesihatan di Sumatera Utara, tidak terlalu menggembirakan. Walaupun demikian, majoriti ketua Pusat Kesihatan Masyarakat sangat menyedari bahawa pada era desentralisasi kreativiti dan inovasi adalah sangat penting.

Pada amnya, kandungan program atau sub-program, pelaksanaan dan penyampaian atau media yang ditawarkan kepada masyarakat, adalah masih sama dari tahun ke tahun, seperti taklimat pemberian *ASI eksklusif* bagi bayi 0-6 bulan. Padahal peranan Pusat Kesihatan Masyarakat pada era desentralisasi, berbeza dengan era sentralisasi. Pada era desentralisasi terdapat kuasa yang besar pada ketua Pusat Kesihatan Masyarakat untuk menghasilkan program dan sub-program atau aktiviti kesihatan yang lebih menarik sesuai dengan keperluan masyarakat saat ini. Perkara ini

tidak dijumpai pada era sentralisasi, kerana semua program atau aktiviti kesihatan adalah sama; iaitu, berasal daripada pentadbir pusat. Manakala, pihak Pusat Kesihatan Masyarakat, hanya melaksanakan program kesihatan tersebut.

“Saya masih ingat program Kesihatan Ibu dan Anak adalah sama ketika saya hamil dan melahirkan anak pertama, kedua dan ketiga. Saya diberikan taklimat, kemudiannya diminta hadir di Pusat Khidmat Bersepadu setiap bulan supaya anak saya mendapat imunisasi, vitamin A dan ditimbang (tersenyum) (AM2)”.

Rendahnya kreativiti dan inovasi program atau sub-sub program, ini disebabkan beberapa faktor. Salah satu faktor adalah berhubungkait dengan proses penggunaan dan liabiliti dana BOK. Pada umumnya, Pusat Kesihatan Masyarakat merancang program dan sub-program yang terkandung dalam *RUK* semata-mata sesuai dengan anggaran atau jumlah dana BOK yang tersedia. Oleh itu, sepanjang program dan sub-program atau aktiviti yang dirancang oleh Pusat Kesihatan Masyarakat sudah bersesuai dengan jumlah dana yang tersedia, maka program dan sub-program atau aktiviti tersebut, sudah dianggap baik oleh jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* sebagai pengesah *RUK*.

Program atau aktiviti kesihatan yang inovatif dan kreatif, belum menjadi penilaian daripada jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* sebagai pembimbing Pusat Kesihatan Masyarakat. Padahal program atau kegiatan yang kreatif dan sesuai dengan keperluan ibu-ibu hamil misalnya, dapat meningkatkan kesedaran, kemahuan dan keupayaan hidup sihat mereka, sehingga mereka mempunyai perilaku hidup sihat. Jika perilaku hidup sihat ini sudah dimiliki oleh ibu-ibu hamil, maka penyakit-penyakit pada masa kehamilan dapat dielakkan (PKM2-3; PKM1-2; PKM6-2).

Program dan sub-program kesihatan, sama ada daripada segi kualiti, pelaksanaan dan penyampaiannya kepada ahli masyarakat, tidak optimum disebabkan juga oleh rendahnya keupayaan sumber manusia di Pusat Kesihatan Masyarakat. Pada amnya, pekerjaan atau kegiatan di Pusat Kesihatan Masyarakat, masih dilaksanakan dengan cara-cara biasa atau rutin atau belum berdasar pada kreativiti.

Kreativiti dan inovasi belum menjadi penilaian, sehingga ia belum menjadi satu motivasi bagi kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat. Selain itu, peranan pembimbing, sama ada ketua Pusat Kesihatan Masyarakat, mahupun ketua jabatan kesihatan daerah, masih kurang memberikan sokongan kepada kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat untuk bekerja kreatif. Perkara ini adalah penting, kerana kreativiti tidak muncul begitu saja, tetapi ia memerlukan proses dan perubahan cara berfikir daripada semua pihak (PKM8-1; PKM1-1; JKT3-1).

Belum wujud kreativiti dan inovasi di sebahagian besar Pusat Kesihatan Masyarakat, tidak terlepas pula daripada sistem pengambilan dan pemindahan kakitangan kesihatan. Pada era sentralisasi, penetapan ketua jabatan kesihatan dan ketua Pusat Kesihatan Masyarakat, adalah tanggungjawab pentadbir pusat. Manakala pada era desentralisasi, ketua jabatan kesihatan ditetapkan oleh *Bupati/Datuk Bandar*. Seterusnya, ketua Pusat Kesihatan Masyarakat ditetapkan/dipilih oleh ketua jabatan kesihatan daerah. Namun demikian, penetapan/lantikan atau pemindahan seseorang menjadi ketua jabatan kesihatan atau ketua Pusat Kesihatan Masyarakat, lebih banyak dipengaruhi oleh faktor luaran di luar keberhasilan kerja; seperti kedekatan kepada *Bupati/Datuk Bandar* atau lembaga-lembaga daerah lain.

Painter (2006) menyatakan bahawa, latihan dan lulus peperiksaan adalah jalan utama untuk kemajuan, tetapi di atas semua itu, kesesuaian dan kesetiaan kepada penaung (*patron*) atau pemimpin, sering menjadi faktor utama dalam satu-satu sistem.

Dalam keadaan seperti ini, ketua jabatan kesihatan daerah yang secara struktur, merupakan pembimbing ketua Pusat Kesihatan Masyarakat, tidak mampu menghadapi ketua Pusat Kesihatan Masyarakat yang merupakan kerabat atau orang dekat *Bupati/Datuk Bandar* atau kerabat daripada pihak perundangan atau kehakiman. Manakala, pemindahan ketua Pusat Kesihatan Masyarakat yang terlalu cepat, juga menyulitkan Pusat Kesihatan Masyarakat sebagai satu-satu institusi untuk berjaya. Hal

ini kerana ketua Pusat Kesihatan Masyarakat, memerlukan masa untuk menyesuaikan diri dengan persekitaran kerja yang baru. Dengan demikian, kejayaan jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* dan Pusat Kesihatan Masyarakat sebagai satu-satu institusi, adalah sulit untuk diwujudkan (JKT4-1; PKM4-1; JKT2-2).

Selain program atau sub-program kesihatan yang menarik serta keupayaan kakitangan kesihatan yang optimum, program menurunkan angka kematian ibu dan bayi, memerlukan kerjasama antara sektor (*cross sectoral*). Kerjasama ini berhubungkait dengan pembiayaan, pentadbiran, ketenagaan, pendidikan mahupun sosial budaya. Namun demikian, kegiatan membina kerja sama antara sektor, ini adalah tidak mudah. Sebagai contohnya, di Sumatera Utara pada tahun 2014, jumlah bayi berumur 0-6 bulan adalah sebanyak 163,522 orang, Manakala bayi yang mendapat ASI eksklusif adalah hanya sebesar 61,416 atau 37.6 peratus (Kementerian Kesihatan, 2015). Hal ini boleh berlaku seperti penuturan pemberi maklumat di bawah.

"Di tempat kami salah satu sub-program *KIA* adalah pemberian ASI eksklusif kepada bayi berumur 0-6 bulan. Taklimat diberikan kepada ibu-ibu, dan sebahagian besar daripada ibu-ibu ini mesti bekerja setelah selesai cuti melahirkan. Masalahnya adalah bagaimakah mereka dapat memberi ASI eksklusif jika di tempat mereka bekerja tidak disediakan bilik untuk ibu menyusui bayinya? Dalam kes seperti ini tidak boleh disalahkan hanya sektor kesihatan atau Pusat Kesihatan Masyarakat sahaja. Oleh itu, kerjasama lintas sektor dan lintas tahap pentadbiran adalah penting pada era desentralisasi (PKM1-1)".

Pada era desentralisasi, daerah *kabupaten/bandar* adalah bersifat autonomi yang dapat mengatur segala urusannya sendiri. Kuasa yang dimiliki pentadbir daerah; menuntut daerah untuk berdikari dan mampu menyelesaikan masalahnya sendiri.

Dalam sektor kesihatan, Pusat Kesihatan Masyarakat yang berada di kawasan mukim, tidak dapat bekerja sendiri sebagai barisan hadapan yang langsung berhadapan dengan masyarakat. Oleh kerana itu, *Bupati/Datuk Bandar*, dengan kuasa yang dimilikinya menggerakkan ketua mukim sebagai pimpinan tertinggi di tingkat mukim

untuk menyelaras seluruh agensi yang terdapat di mukim seperti *kelurahan/kampung*, sektor pendidikan, sosial budaya, perancangan keluarga dan sebagainya.

Program kesihatan seperti kaunseling, taklimat atau latihan yang dilaksanakan oleh kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat, akan membawa kesan jika semua sektor di peringkat mukim bekerja sama. Hubungan-hubungan rasmi dan tidak rasmi, adalah penting untuk dijaga. Dengan demikian, ketika Pusat Kesihatan Masyarakat melaksanakan program kesihatan kepada masyarakat, kakitangan mukim, *kelurahan/kampung* dan agensi-agensi lain yang berhubungkait, boleh membantu. Ini adalah penyebab ketua Pusat Kesihatan Masyarakat dituntut bekerja dalam persekitaran dan di luar persekitaran kerja Pusat Kesihatan Masyarakat (PKM4-2; PKM2-1; M3; M7).

"Ketua Pusat Kesihatan Masyarakat masih fokus pada aktiviti-aktiviti dalam persekitaran kerja Pusat Kesihatan Masyarakat sahaja. Manakala itu, aktiviti di luar persekitaran kerja Pusat Kesihatan Masyarakat masih kurang menjadi perhatian. Oleh itu, agar program kesihatan diterima oleh ahli masyarakat, Ketua Pusat Kesihatan Masyarakat mesti mengenal lebih dekat ahli masyarakat dan kakitangan mukim dan *kelurahan*. Atas alasan ini pula, sebahagian besar Pusat Kesihatan Masyarakat memiliki rumah pejabat untuk ketuanya tetapi malangnya sebahagian besar daripada mereka tidak menempati rumah tersebut (JKT2-2)".

Program kesihatan lain yang juga menjadi keutamaan pembangunan kesihatan di Indonesia dan mendapat bantuan dana BOK adalah program Upaya Peningkatan Pemakanan. Program ini merupakan salah satu penunjuk untuk mencapai sasaran *MDGs*; iaitu, pembasmian kemiskinan dan kelaparan yang melampau. Salah satu cara mencapai sasaran ini adalah dengan menurunkan kelaziman pemakanan kurang dan pemakanan buruk nutrisi.

Dalam *RPJMN*, sektor kesihatan 2010-2014 ditetapkan, salah satu sasaran pembangunan yang ingin dicapai; adalah menurunkan kelaziman pemakanan kurang nutrisi menjadi setinggi-tingginya 15 peratus. Untuk mewujudkan sasaran ini, ditetapkan penunjuk keberhasilan; salah satu antaranya; kanak-kanak ditimbang berat badannya (Rajah 5.6). Kanak-kanak yang berstatus pemakanan buruk nutrisi mendapat

rawatan. Manakala, peratusan kanak-kanak yang ditimbang berat badannya, merupakan indikator *Renstra* Kementerian Kesihatan RI 2010-2014.



**Rajah 5.6: Penimbangan Bayi di Pusat Khidmat Bersepadu**

Sumber: Penyelidik

Penimbangan kanak-kanak di Pusat Khidmat Bersepadu, adalah jumlah kanak-kanak yang ditimbang di seluruh Pusat Khidmat Bersepadu yang melapor di satu kawasan kerja pada kurun tertentu kemudian dibahagikan dengan jumlah kesemua kanak-kanak yang ada di seluruh Pusat Khidmat Bersepadu yang melapor di satu kawasan kerja pada kurun tertentu.

Jadual 5.15, tiga *kabupaten/bandar*; iaitu, lokasi kajian ini dilaksanakan, mempunyai peratusan kanak-kanak ditimbang melebihi peratusan kanak-kanak ditimbang untuk Sumatera Utara (74 peratus) dan Indonesia (76.8 peratus), walaupun ia belum mencapai sasaran *Renstra* 2014; iaitu, sebesar 85 peratus. Hanya sembilan *kabupaten/bandar* di Sumatera Utara sudah memenuhi sasaran *Renstra* 2014 (Pusat Promosi Kesihatan, Kementerian Kesihatan, 2015). Manakala, peratusan kanak-kanak ditimbang untuk bandar Binjai; hanya sebesar 54.1 peratus.

Bandar Binjai merupakan salah satu *kabupaten/bandar* di Sumatera Utara yang memiliki peratusan kanak-kanak paling rendah untuk ditimbang.

#### **Jadual 5.15: Peratusan Kanak-kanak Ditimbang di Sumatera Utara Tahun 2014**

No	Kabupaten/Bandar	Peratus	No	Kabupaten/Bandar	Peratus
1	Samosir	99.9	18	Deli Serdang	<b>79.1</b>
2	Tebing Tinggi	99.0	19	Langkat	79.1
3	Pak-pak Bharat	97.1	20	Karo	74.7
4	Gunung Sitoli	91.1	21	Padang Lawas Utara	74.3
5	Padang Lawas	91.0	22	Asahan	74.1
6	Pematang Siantar	90.6	23	Batubara	71.2
7	Sibolga	88.3	24	Mdaneling Natal	69.6
8	Toba Samosir	85.5	25	Nias Barat	69.0
9	Nias Utara	84.8	26	Dairi	66.8
10	Pdg Sidempuan	84.3	27	Labuhan Batu	63.4
11	Tapanuli Utara	81.8	28	Nias	59.3
12	Nias Selatan	81.3	29	<b>Binjai</b>	<b>54.1</b>
13	Hb Hasundutan	81.1	30	Labuhan Batu Utara	51.3
14	Tapanuli Tengah	80.8	31	Tanjung Balai	30.0
15	Tapanuli Selatan	80.3	32	Labuhan Batu Selatan	11.6
16	<b>Medan</b>	<b>80.1</b>		Sumatera Utara	74.0
17	<b>Serdang Bedagai</b>	<b>80.0</b>		Indonesia	76.8

Sumber: *Direktorat Jenderal Pemakanan dan KIA*, Kementerian Kesihatan, 2014

Temuan penyelidikan ini, tindakan mengajak masyarakat yang mempunyai kanak-kanak untuk ditimbang di Pusat Khidmat Bersepadu, adalah tidak mudah. Biasanya jika kanak-kanak sudah mendapat imunisasi, maka ibu tidak akan membawa kanak-kanaknya ke Pusat Khidmat Bersepadu dengan alasan membuang masa. Padahal, sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu, perlu melakukan penimbangan dan pencatatan berat badan kanak-kanak untuk melihat ada tidaknya kes pemakanan kurang nutrisi atau pemakanan buruk nutrisi. Penimbangan berat badan adalah punca daripada pencegahan pemakanan buruk nutrisi.

Sesungguhnya, banyak cara yang sudah dipraktikkan oleh sukarelawan mengundang ibu-ibu untuk membawa kanak-kanaknya ke Pusat Khidmat Bersepadu. Namun demikian, tahap kehadiran ibu-ibu untuk hadir di Pusat Khidmat Bersepadu, belum lagi memuaskan.

Beberapa Pusat Khidmat Bersepadu disediakan makanan tambahan seperti telur, roti atau biskut. Manakala, Pusat Khidmat Bersepadu di kawasan kampung, menggunakan muzik untuk menarik perhatian ibu-ibu hadir di Pusat Khidmat Bersepadu. Pusat Khidmat Bersepadu di lokasi lain, merancang perlumbaan; iaitu, ibu yang rajin hadir ke Pusat Khidmat Bersepadu dan mempunyai bayi atau kanak-kanak yang sihat diberi hadiah.

Penyediaan muzik dan pemberian hadiah ini membawa kesan, sehingga ramai ibu-ibu dan kanak-kanak hadir di Pusat Khidmat Bersepadu. Namun demikian, ketika penyediaan muzik dan pemberian hadiah ini tidak dilaksanakan lagi, ibu-ibu yang hadir di Pusat Khidmat Bersepadu kembali berkurang.

"Saya selalu hadir di Pusat Khidmat Bersepadu meski hanya untuk menimbang bayi sahaja. Di sini saya bertemu rakan-rakan dan boleh tanya-tanya sama kakitangan kesihatan. Tetapi banyak juga ibu-ibu tidak mahu hadir di Pusat Khidmat Bersepadu jika hanya untuk menimbang. Saya tidak tahu alasannya mungkin sahaja mereka sibuk (tersenyum) (AM4)".

Berasaskan *Riset Kesehatan Daerah (Riskeksda)* tahun 2013, Sumatera Utara termasuk negeri di Indonesia mempunyai kes pemakanan buruk nutrisi yang tinggi (Jadual 5.16).

**Jadual 5.16: Kelaziman Status Pemakanan Kanak-kanak (BB/U) di Empat Kabupaten/Bandar, Sumatera Utara**

<i>Kabupaten/Bandar</i>	<i>Status Pemakanan menurut BB/U</i>	
	<i>Pemakanan Buruk Nutrisi</i>	<i>Pemakanan Kurang Nutrisi</i>
Medan	4.2 peratus	5.1 peratus
Binjai	13.5 peratus	2.7 peratus
Deli Serdang	5.2 peratus	4.6 peratus
Serdang Bedagai	11.5 peratus	1.1 peratus
Sumatera Utara	8.3 peratus	4.1 peratus
Indonesia	5.7 peratus	3.9 peratus

Sumber: *Riskeksdas* 2013

Daripada ke empat *kabupaten/bandar* yang merupakan lokasi kajian ini, Bandar Binjai mempunyai status pemakanan buruk nutrisi yang paling tinggi; iaitu, sebanyak 13.5 peratus. Manakala, pada tahun 2015 di Sumatera Utara, jumlah kanak-kanak

dengan kes pemakanan buruk nutrisi, adalah sebanyak 1,152 pesakit. Keadaan ini sedikit lebih menurun jika berbanding tahun 2014; iaitu, sebanyak 1,196 pesakit.

Bandar Medan menduduki peringkat kedua kes kanak-kanak pemakanan buruk nutrisi di Sumatera Utara; iaitu, 113 kes, dan *Kabupaten* Serdang Bedagai di peringkat lapan; iaitu, sebanyak 52 kes.

Banyak faktor penyebab kanak-kanak menderita pemakanan buruk nutrisi, sama ada yang bersifat langsung mahupun tidak langsung. Faktor langsung berhubungkait dengan terdapatnya penyakit atau jangkitan dan kurang pengambilan pemakanan. Manakala, faktor tidak langsung adalah kemiskinan kerana tidak mempunyai kuasa beli, pola asuh anak yang tidak benar, kerana rendahnya tahap pendidikan ibu, rendahnya kesihatan persekitaran, belum sungguhnya kerjasama antara sektor dan antara program, kesemua itu melemahkan penyertaan masyarakat dan mengakibatkan rendahnya akses keluarga terhadap perkhidmatan kesihatan asas (PKM1-1; PKM2-1; PKM4-1, JKT3-2).

Masalah pemakanan buruk nutrisi dan pemakanan kurang nutrisi, menjadi perhatian yang serius bagi semua ketua Pusat Kesihatan Masyarakat dan jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*. Biasanya, jika ketua Pusat Kesihatan Masyarakat menjumpai kes pemakanan buruk nutrisi di kawasan kerjanya, maka ketua Pusat Kesihatan Masyarakat atau kakitangan kesihatan di bahagian pemakanan, akan segera melaporkan kes ini ke jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*. Seterusnya, ketua jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* atau kakitangan bahagian pemakanan di peringkat *kabupaten/bandar*, bertindak balas dengan memberikan bantuan dalam bentuk susu, beras atau biskut. Bahkan di beberapa Pusat Kesihatan Masyarakat melalui sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu, memberikan nasi dan lauk pauk (katering) kepada keluarga yang anaknya menderita pemakanan buruk nutrisi.

Pemberian bantuan makanan tambahan ini juga, tidak terlalu membawa kesan jika ia tidak disokong dengan kesedaran masyarakat. Perkara ini adalah bukan pekerjaan

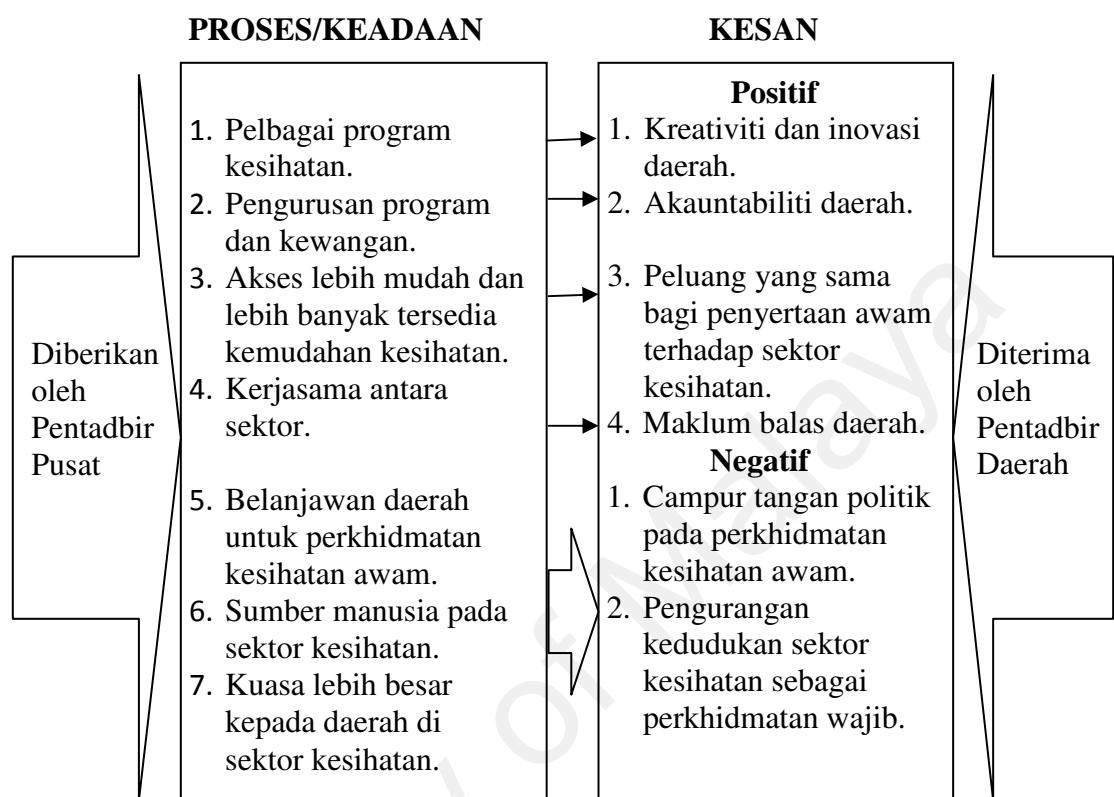
yang mudah. Hasil pengagihan soal selidik kepada sukarelawan, tahapan kehadiran masyarakat ke Pusat Khidmat Bersepadu adalah masih rendah; iaitu, hanya kira-kira 40 peratus hingga 50 peratus. Padahal, aktiviti di Pusat Khidmat Bersepadu, adalah sangat penting dalam usaha mewujudkan pencapaian pembangunan kesihatan ibu dan anak. Jika penyertaan masyarakat terhadap aktiviti Pusat Khidmat Bersepadu adalah rendah, maka program-program kesihatan di Pusat Kesihatan Masyarakat tidak akan sampai kepada masyarakat.

Penyertaan masyarakat boleh dikatakan sebagai salah satu ukuran kejayaan pelaksanaan desentralisasi, hasilnya tentu berbeza jika masyarakat tidak menyertai. Sebagai faktor penentu serta penunjuk kejayaan pembangunan, penyertaan masyarakat sama ada sebagai sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu mahupun ahli masyarakat tidak boleh dinafikan. Malah pada era desentralisasi, penyertaan masyarakat menjadi perkara penting.

Selanjutnya, penyertaan ahli masyarakat dan sukarelawan yang tinggi dalam pembangunan kesihatan, dapat meningkatkan maklum balas dari Pusat Kesihatan Masyarakat dan jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* dalam menjawab masalah kesihatan di masyarakat. Penyertaan sukarelawan dan ahli masyarakat serta kelajuan pentadbir memberi maklum balas atas keluhan masyarakat, merupakan salah satu tujuan desentralisasi (Teori Desentralisasi Smith, 1985 serta Teori Desentralisasi Cheema dan Rondinell, 1983).

Kesan desentralisasi politik bagi masyarakat di sektor kesihatan, akhirnya diringkaskan menjadi empat kesan positif terhadap perkhidmatan kesihatan awam yang paling dapat dirasakan. Dua kesan negatif menjadi input untuk perbaikan pelaksanaan desentralisasi politik dalam sektor kesihatan (Rajah 5.7). Kesan positif tersebut adalah lahirnya kreativiti dan inovasi daerah, akauntabiliti daerah, lahirnya penyertaan masyarakat sebagai wujud daripada persamaan hak politik dalam pembangunan

kesihatan dan maklum balas daerah. Manakala kesan negatif, ialah campur tangan politik yang tinggi oleh pemegang kuasa dalam sektor kesihatan serta pengurangan makna dan kedudukan sektor kesihatan sebagai perkhidmatan wajib daerah.



**Rajah 5.7: Kesan Pelaksanaan Desentralisasi Politik bagi Pentadbiran Daerah**

Sumber: Penyelidik

Kandungan program dan pelaksanaan atau penyampaian program yang kreatif dan inovatif, lahir pada era desentralisasi. Program ini berbeza dengan keadaan umum pada era sentralisasi. Pada era sentralisasi semua program justru dituntut untuk keseragaman, meskipun keperluan masyarakat dan kemampuan daerah berbeza. Dapatan kajian ini ialah, kreativiti atau inovasi sudah mula menjadi perhatian di Pusat Kesihatan Masyarakat, walaupun ia masih dalam tingkatan yang sederhana.

Kesedaran daripada ketua dan kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat sudah terlihat. Program kesihatan yang dirancang dengan kreatif dan inovatif, membawa kesan

pada semakin banyak ahli masyarakat turut serta dalam program-program kesihatan tersebut.

Akauntabiliti atau tanggung jawab daerah, ialah manifestasi daripada prestasi Pusat Kesihatan Masyarakat dalam memberikan perkhidmatan awam. Dapatan kajian ini adalah; akauntabiliti daripada Pusat Kesihatan Masyarakat belum tercapai dengan sepenuhnya. Pelbagai faktor penyebabnya antaranya; tidak maksima keupayaan dan motivasi kakitangan kesihatan, terhadnya anggaran dan belum sungguh-sungguhnya peranan antara sektor di kawasan mukim mahupun peranan ahli masyarakat di daerah. Walaubagaimanapun, beberapa usaha telah diperaktikkan oleh ketua Pusat Kesihatan Masyarakat mahupun ketua jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* untuk meningkatkan akauntabiliti ini. Hal ini dapat dilihat daripada mesyuarat dalaman di Pusat Kesihatan Masyarakat dan mesyuarat di jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*. Mesyuarat rutin mengkaji halangan pencapaian sasaran program-program kesihatan ke masyarakat.

Penyertaan masyarakat dalam sektor kesihatan di daerah, dapat dilihat daripada ahli masyarakat dan sukarelawan yang mengikuti program-program kesihatan dan memanfaatkan kemudahan di Pusat Khidmat Bersepadu atau Pusat Kesihatan Masyarakat. Meskipun penyertaan masyarakat belum berjalan sepenuhnya, namun semangat untuk turut serta dalam pembangunan kesihatan sudah mula kelihatan.

Lahirnya penyertaan masyarakat ini, didorong oleh kesungguhan daripada ketua dan kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat. Pusat Kesihatan Masyarakat pada era desentralisasi mempunyai sasaran kerja; iaitu, pencapaian sasaran kerja ini membawa kesan pada besarnya elauan yang diterima oleh ketua dan kakitangan di Pusat Kesihatan Masyarakat. Tambahan lagi, prestasi yang baik adalah salah satu cara untuk mendapatkan promosi kerja.

Maklum balas daripada Pusat Kesihatan Masyarakat dan jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* terhadap masalah kesihatan di masyarakat, sangat berhubungkait

dengan penyeliaan atau pengawasan dan penyertaan masyarakat. Pada era sentralisasi, jarak antara penyelia dan diselia, adalah sangat jauh kerana penyelia pada amnya berasal daripada pentadbir pusat. Manakala, pada era desentralisasi, jarak antara penyelia dan diselia adalah sangat dekat. Selain itu, jumlah badan-badan penyelia, sama ada rasmi mahupun bukan rasmi, adalah sangat banyak hingga ke kawasan kampung. Keadaan ini menjadikan Pusat Kesihatan Masyarakat lebih maklum balas terhadap masalah perkhidmatan kesihatan awam. Salah satu buktinya, peti cadangan atau kritikan disediakan dekat pintu ke luar di setiap Pusat Kesihatan Masyarakat.

Maklum balas juga sangat berhubungkait erat dengan penyertaan masyarakat. Semakin tinggi penyertaan masyarakat maka semakin cepat maklum balas diberikan oleh Pusat Kesihatan Masyarakat terhadap masalah kesihatan di masyarakat.

Tujuan atau kesan daripada pelaksanaan desentralisasi politik dalam sektor kesihatan di Sumatera Utara, selaras dengan teori desentralisasi Smith (1985); teori desentralisasi Rondinelli *et al.* (1984) serta teori desentralisasi Cheema dan Rondinelli (1983). Namun selain tujuan atau kesan positif tersebut, didapati juga kesan negatif daripada pelaksanaan desentralisasi politik dalam sektor kesihatan di Sumatera Utara.

Teori desentralisasi Smith (1985) melihat kesan negatif tersebut pada campur tangan politik dalam pengambilan pejabat-pejabat di pentadbir tempatan. Selain campur tangan politik dalam kes di Sumatera Utara, juga terjadi penurunan kedudukan sektor kesihatan sebagai urusan wajib daerah.

Campur tangan politik oleh pentadbir tempatan dalam sektor kesihatan, boleh dilihat daripada pengambilan atau penempatan dan pemindahan ketua-ketua struktur atau khas (*functional*) tertentu pada unit atau kemudahan kesihatan. Kepentingan politik dalam penempatan dan pemindahan jabatan, adalah lebih tinggi daripada pertimbangan penilaian merit. Dari sudut politik, hal ini dapat dimaklumi, namun sesungguhnya selain pertimbangan politik, mesti juga diikuti dengan pertimbangan profesionalisme mahupun

peringkat kerjaya. Keadaan ini berbeza pada era sentralisasi, peranan pentadbir pusat adalah sangat jelas kelihatan dalam penentuan dan penempatan jabatan-jabatan struktur atau khas (*functional*) di peringkat tempatan.

Penurunan kedudukan sektor kesihatan sebagai perkhidmatan wajib daerah, bermakna bahawa sektor kesihatan menjadi sektor yang tidak mendapat keutamaan dari pentadbiran daerah. Hal ini berhubungkait dengan pertimbangan politik, bahawa sektor kesihatan terutama yang berbentuk program kesihatan (bukan fizikal), tidak popular mengangkat citra penguasa atau ketua pentadbir daerah.

Masyarakat juga masih kurang kesedaran dan perhatiannya untuk mewujudkan masyarakat yang sihat. Selain itu, program kesihatan yang menarik perhatian ahli masyarakat secara besar-besaran, adalah tidak terlalu banyak. Oleh hal yang demikian, penguasa atau kakitangan di pentadbir daerah, tidak hairan jika lebih memberi keutamaan kepada pembangunan infrastruktur awam seperti jalan, jambatan, tempat takungan air mahupun sekolah kerajaan (pembangunan fizikal).

### **5.7.2 Kesan Pelaksanaan Desentralisasi Pentadbiran terhadap Perkhidmatan Kesihatan Awam di Sumatera Utara**

Prinsip negara yang berbentuk kesatuan, meletakkan kuasa pentadbiran pada pentadbir pusat. Walaubagaimanapun, pentadbir tempatan mempunyai hak dan kuasa juga dalam mewujudkan penyelenggaraan pentadbiran yang cekap dan berkesan. Penggunaan hak dan kuasa di peringkat tempatan ini, mempunyai batas, kerana itu masih terdapat bidang kuasa pentadbir pusat di pentadbir tempatan.

Era “reformasi”, hak dan kuasa pentadbir pusat di peringkat tempatan, lebih sedikit berbanding hak dan kuasa tempatan dalam mengatur dan mengurus urusannya sendiri. Walaubagaimanapun, hal ini bukan bermakna, bahawa pelaksanaan desentralisasi pentadbiran adalah tidak penting. Jika desentralisasi pentadbiran

dilaksanakan dengan tepat, ia boleh memberikan manfaat kepada pentadbir tempatan sebagai satu kawasan autonomi.

Perdebatan antara desentralisasi politik dan desentralisasi pentadbiran setelah berlakunya UU Kerajaan Tempatan No.22 Tahun 1999 masih menjadi isu yang serius antara pentadbir pusat dan tempatan. Perdebatan ini biasanya berhubungkait dengan besarnya peranan pentadbir pusat di peringkat tempatan. Jadi bukan berhubungkait dengan kegiatan dekonsentrasi mendatangkan manfaat atau justeru tidak bagi pentadbir tempatan. Walaubagaimanapun, perdebatan masih lebih serius pada era "orde baru" yang mempraktikkan sistem sentralisasi.

Era sentralisasi, Gabenor atau *Bupati/Datuk Bandar*, adalah lebih jelas kelihatan sebagai alat atau instrumen dekonsentrasi. Hal ini tidak dapat dielakkan daripada komposisi parti politik pada masa itu; iaitu, *Golongan Karya* menjadi pemenang pilihan raya umum selama 32 tahun serta menduduki majoriti kerusi di parlimen dan Dewan Undangan. Oleh itu, Gabenor dan *Bupati/Datuk Bandar*, hampir semuanya berasal daripada *Golongan Karya*; iaitu, Ketua Dewan Pembinanya adalah Presiden Soeharto. Akhirnya Gabenor dan *Bupati/Datuk Bandar* ini, lebih patuh kepada Presiden Soeharto daripada rakyat, kerana "nasib" Gabenor atau *Bupati/Datuk Bandar* adalah di tangan Presiden, bukan di tangan rakyat (Rasyid, 2003).

Era "reformasi" terutamanya pasca berlakunya UU No.32 Tahun 2004, Gabenor dan *Bupati/Datuk Bandar*, diundi secara langsung oleh rakyat, sehingga tanggungjawab penyelenggaraan pentadbiran diberikan kepada rakyat.

Pelaksanaan desentralisasi pentadbiran dalam sektor kesihatan pada era desentralisasi di Indonesia, boleh dikatakan sudah menunjukkan kemajuan. Jika pada era sentralisasi perancangan program hanya menggunakan pendekatan daripada atas ke bawah sahaja, namun pada era desentralisasi digunakan penggabungan perancangan daripada atas ke bawah dan daripada bawah ke atas.

Kementerian Kesihatan merancang program utama kesihatan, seterusnya Jabatan Kesihatan Negeri Sumatera Utara, menghuraikan program utama tersebut menjadi program dan sub-program kesihatan yang sesuai dengan aspirasi, keadaan dan keperluan jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, Pusat Kesihatan Masyarakat dan masyarakat. Akibat daripada pendekatan ini, program dan sub-program sektor kesihatan antara negeri, boleh berbeza sekalipun program utama kesihatannya sama.

Oleh itu, keupayaan yang tinggi daripada sumber manusia di jabatan kesihatan negeri, adalah sangat penting untuk menghasilkan program dan sub-program yang kreatif dan inovatif. Teori desentralisasi Cheema dan Rondinelli (1983) mengatakan, ketika urusan-urusan pentadbir pusat diserahkan kepada pentadbir tempatam, maka beban pentadbir pusat berkurang, Manakala wakil pentadbir pusat di peringkat tempatan dapat lebih diperkasakan.

Sumber dana dekonsentrasi berasal daripada APBN; iaitu, pelaksananya, ialah Gabenor sebagai wakil pentadbir pusat. Dana dekonsentrasi digunakan untuk kegiatan bukan fizikal; seperti penyelarasan dan koordinasi perancangan, memudahkan, bimbingan teknikal, latihan, kaunseling, penyeliaan, penyelidikan dan survei, pementoran atau pembimbingan dan pengawasan serta kawalan (Peraturan Menteri Kewangan Panduan Pengurusan Dana Dekonsentrasi dan Dana *Tugas Pembantuan* No.156/PMK.07/2008).

Berasaskan data tahun 2015, Kementerian Kesihatan menguruskan bajet kesihatan sebanyak Rp 54.3 trilion. Sebesar 1.81 peratus atau bernilai Rp 983.9 billion, diperuntukkan untuk dana dekonsentrasi yang disebar ke 34 jabatan kesihatan negeri di seluruh Indonesia dalam enam program; iaitu,: Program Sokongan Pengurusan dan Pelaksanaan Tugas Teknikal Lain-lain Kementerian Kesihatan; Program Bina Pemakanan dan Kesihatan Ibu dan Anak; Program Pembimbingan Upaya Kesihatan; Program Kawalan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan; Program Kefarmasian dan

Alat Kesihatan; dan Program Pembangunan dan Pemerkasaan Sumber Manusia Kesihatan. Dana ini diperuntukkan pada jabatan kesihatan negeri dan selanjutnya digunakan untuk membiayai kegiatan bukan fizikal yang melibatkan jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*.

Jadual 5.17 menunjukkan terdapat 10 negeri di Indonesia yang memperoleh dana dekonsentrasi paling besar. Sumatera Utara merupakan nombor lima terbesar yang mendapat dana dekonsentrasi; iaitu, sebanyak Rp 44.3 billion. Namun demikian, dana yang dapat diwujudkan adalah kira-kira sebanyak 73.24 peratus.

**Jadual 5.17: Sepuluh Negeri yang Menerima Dana Dekonsentrasi Paling Besar di Sektor Kesihatan Tahun 2015**

No.	Negeri	Anggaran Peruntukan	(dalam Billion Rupiah)	
			Realisasi	Peratus
1	Jawa Timur	75.9	22.1	29.10
2	Jawa Tengah	57.8	42.8	74.07
3	Jawa Barat	49.8	19.5	39.12
4	Sulawesi Selatan	45.7	42.8	93.65
<b>5</b>	<b>Sumatera Utara</b>	<b>4.,4</b>	<b>32.5</b>	<b>73.24</b>
6	Papua	39.1	25.2	64.43
7	Nusa Tenggara Timur	35.6	31.4	88.33
8	Aceh	31.9	20.5	64.29
9	Lampung	31.0	27.0	90.95
10	Papua Barat	30.1	178	58.90
	National	<b>984</b>	<b>697</b>	<b>70.84</b>

Sumber: Profil Kesihatan, Kementerian Kesihatan, 2015

Jadual 5.18 berbanding dengan 5.17, hanya dua negeri sahaja daripada sepuluh negeri yang memiliki dana dekonsentrasi paling besar. Dua negri itu dapat mewujudkan dana tersebut dengan cukup tinggi; iaitu, Sulawesi Selatan sebanyak 93.65 peratus dan Lampung sebanyak 90.95 peratus. Manakala, jumlah dana dekonsentrasi yang terwujud secara nasional adalah sebesar 70.84 peratus.

**Jadual 5.18: Sepuluh Negeri yang Membelanjakan Dana Dekonsentrasi Paling Tinggi di Sektor Kesihatan Tahun 2015**

No.	Negeri	Anggaran Peruntukan	(dalam Billion Rupiah)	
			Realisasi	Peratus
1	Sulawesi Selatan	45.7	42.8	93.65
2	Sulawesi Tenggara	24.9	22.9	91.98
3	Sulawesi Utara	27.9	25.4	91.21
4	Lampung	30.7	28.0	90.95
5	Sulawesi Tengah	27.3	24.6	89.82
6	Bengkulu	22.4	20.0	89.38
7	Gorontalo	17.9	16.0	89.23
8	Nusa Tenggara Timur	3.6	31.4	88.33
9	Jambi	21.6	19.0	88.26
10	Kalimantan Selatan	29.4	24.6	83.80

Sumber: Profil Kesihatan, Kementerian Kesihatan, 2015

Beberapa perbezaan terdapat dalam anggaran perbelanjaan dana dekonsentrasi.

Negeri dengan peruntukan dana dekonsentrasi paling tinggi ialah Jawa Timur dan Jawa Barat. Kedua-dua negeri ini justeru merupakan negeri dengan anggaran belanja yang paling rendah sebagaimana diuraikan dalam Jadual 5.19. Keadaan ini menunjukkan bahawa dana dekonsentrasi bagi daerah-daerah dengan penduduk yang ramai, adalah sukar untuk dibelanjakan. Hal ini disebabkan oleh sistem pentadbiran yang sukar dan jumlah dana dekonsentrasi yang kecil berbanding keperluan negeri masing-masing.

**Jadual 5.19: Lima Negeri yang Membelanjakan Dana Dekonsentrasi Paling Rendah di Sektor Kesihatan Tahun 2015**

No.	Negeri	Anggaran Peruntukan	(dalam Billon Rupiah)	
			Realisasi	Peratus
1.	Jawa Timur	76.0	22.1	29.10
2.	Jawa Barat	49.8	19.5	39.12
3.	Kalimantan Utara	8.9	3.9	43.47
4.	Maluku	29.0	14.7	50.67
5.	Sulawesi Barat	18.4	10.0	54.33

Sumber: Profil Kesihatan, Kementerian Kesihatan, 2015

Pelaksanaan dekonsentrasi dalam sektor kesihatan di Sumatera Utara belum boleh dikatakan berkesan meskipun ia sudah lebih sama ada berbanding di era

sentralisasi. Pertama, beberapa program utama kesihatan yang berasal daripada Kementerian Kesihatan tidak bersesuaian dengan keadaan dan keperluan daerah. Kedua, kualiti beberapa program atau sub-program yang dirancang oleh Jabatan Kesihatan Negeri Sumatera Utara adalah masih cukup rendah. Ketiga, kelewatan waktu pelaksanaan program dekonsentrasi yang menyebabkan tidak semua jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* dan Pusat Kesihatan Masyarakat, dapat mengikuti program tersebut. Keempat, hasil pemantauan dan penilaian atas pencapaian jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* yang disampaikan oleh Jabatan Kesihatan Negeri Sumatera Utara, sering diabaikan oleh Kementerian Kesihatan. Manakala, daripada segi kecekapan, program dan sub-program sektor kesihatan di Sumatera Utara, adalah sudah cukup cekap. Hal ini boleh berlaku kerana aktiviti-aktiviti latihan, penyeliaan dan sosialisasi sudah dilaksanakan di ibukota Sumatera Utara atau di ibukota *kabupaten/bandar*, bukan di Jakarta sebagai ibukota Negara Indonesia (pentadbiran pusat), sehingga kos seperti pengangkutan, penginapan dan penggunaan boleh dikurangkan. Di samping itu, latihan, penyeliaan mahupun sosialisasi tidak memerlukan kehadiran pakar, pemudah cara dan jurulatih dari pentadbir pusat. Namun sebaliknya, latihan atau sosialisasi hanya dilaksanakan oleh pakar, pemudah cara dan jurulatih dari negeri yang membawa kesan terhadap penjimatan anggaran perbelanjaan.

Daripada huraian di atas, tujuan pelaksanaan desentralisasi pentadbiran dalam sektor kesihatan di Sumatera Utara, sudah selaras dengan teori desentralisasi Cheema dan Rondinelli (1983), teori desentralisasi Rondinelli *et al.* (1984) serta teori desentralisasi Smith (1985); iaitu, keberkesanan, kecekapan, ekonomi, penglibatan masyarakat, persamaan politik, maklum balas dan kestabilan politik. Meskipun mereka tidak secara khas membedakan antara tujuan devolusi, dekonsentrasi, delegasi dan penswastaan sebagai bentuk-bentuk daripada desentralisasi. Namun demikian, tujuan yang paling dominan daripada pelaksanaan desentralisasi pentadbiran pada sektor

kesihatan di Sumatera Utara, adalah untuk mengurangkan jurang antara daerah dengan cara memberikan peluang kepada semua jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, Pusat Kesihatan Masyarakat dan masyarakat di daerah. Mengurangkan jurang ini dengan cara; mengikuti program-program pembinaan keupayaan dalam mewujudkan kecekapan dan keberkesanan penyelenggaraan urusan kerajaan. Hal ini juga selaras dengan matlamat pelaksanaan dekonsentrasi di Indonesia; iaitu, agar terpeliharanya keutuhan negara kesatuan RI dan terwujudnya pelaksanaan dasar kebangsaan dalam mengurangkan jurang antara daerah (Peraturan Pentadbiran No.23 Tahun 2011).

Daripada pelbagai kajian teori, fakta, undang-undang dan amalan desentralisasi pentadbiran di lapangan, pelaksanaan desentralisasi pentadbiran di Sumatera Utara, paling tidak membawa empat kesan bagi pentadbiran tempatan dan untuk kepentingan kebangsaan; iaitu, penambahbaikan pengetahuan tempatan (*improvement of local official knowledge*), penambahbaikan keupayaan tempatan (*local capacity enhancement*), kecekapan belanjawan (*budget efficiency*) dan mengekalkan persepaduan kebangsaan (*maintaining state integration*). Kesan desentralisasi pentadbiran ini secara sederhana digariskan dalam Rajah 5.8.



**Rajah 5.8: Kesan Pelaksanaan Desentralisasi Pentadbiran bagi Pentadbiran Tempatan**

Sumber: Penyelidik

Penambahbaikan pengetahuan tercipta dengan adanya proses pemindahan pengetahuan; sama ada pengetahuan baru yang bersifat teknikal, operasi dan pengurusan dalam sektor kesihatan yang disebarluaskan oleh kakitangan pentadbir pusat kepada kakitangan pentadbir di peringkat tempatan. Penambahbaikan keupayaan tempatan terwujud dengan adanya proses pemindahan teknologi dalam sektor kesihatan yang diberikan oleh pentadbir pusat kepada pentadbir tempatan, terutamanya melalui latihan-latihan operasi kesihatan yang menggunakan teknologi baru.

Kecekapan anggaran atau anggaran perbelanjaan yang efisyen terwujud dengan adanya pemindahan kuasa atau autoriti daripada pentadbir pusat kepada pentadbir tempatan. Akhirnya, mengekalkan persepaduan kebangsaan berlaku kerana pelbagai program kesihatan diberikan pentadbir pusat untuk disesuaikan dengan keperluan pentadbir daerah masing-masing.

### **5.7.3 Hubungan Desentralisasi Politik dengan Desentralisasi Pentadbiran dalam Perkhidmatan Kesihatan Awam di Sumatera Utara**

Salah satu objektif kajian ini, adalah untuk menggambarkan hubungan antara desentralisasi politik dan desentralisasi pentadbiran dalam perkhidmatan kesihatan awam di Sumatera Utara. Kuasa politik dimiliki oleh jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* sebagai pelaksana teknikal dalam sektor kesihatan di Sumatera Utara. Manakala, kuasa pentadbiran dimiliki oleh Gabenor Sumatera Utara melalui jabatan kesihatan negeri sebagai wakil pentadbir pusat di peringkat tempatan.

Dekonsentrasi bagaimanapun merupakan bahagian penting atau komponen lain daripada pelaksanaan devolusi atau desentralisasi secara luas. Dekonsentrasi atau desentralisasi pentadbiran dalam konteks ini, tidak berdiri sendiri atau wujud secara dikotomi dalam lokus kekuasaan dan pentadbiran yang sama, melainkan dua konsep yang mesti berdampingan dan bersepadu antara satu sama lain.

Dekonsentrasi dapat berfungsi jikalau devolusi sudah diamalkan dengan baik yang membawa makna bahawa devolusi sebagai kuasa asli daripada pentadbir daerah telah berjalan dengan sempurna. Jikalau tidak, fokus pengamal kuasa dekonsentrasi (*deconcentration holders*), akan terganggu atau menimbulkan kekeliruan. Seterusnya, devolusi, dapat diamalkan dengan baik di daerah-daerah autonomi dalam kerajaan negeri jika penyeliaan, pemantauan dan pengawasan melalui kuasa dekonsentrasi daripada *deconcentration holders* dilakukan.

Praktik desentralisasi politik dan desentralisasi pentadbiran di Sumatera Utara, pada prinsipnya sejajar dengan kerangka kerja teori, bahawa kedua-dua konsep ini berada dalam satu garis kontinum yang bermakna, pelaksanaannya dijalankan secara serentak, saling menyokong dan melengkapi. Jika dalam bidang kuasa (*domain*) desentralisasi politik, daerah, jabatan kesihatan daerah dan Pusat Kesihatan Masyarakat memiliki kuasa atau autoriti sepenuhnya dalam bidang perencanaan, penganggaran, pengaturan dan pelaksanaan sektor kesihatan. Dengan itu, dalam ruang kuasa desentralisasi pentadbiran, lembaga-lembaga ini, diberikan tugas untuk menjalankan program yang direncanakan, dianggarkan dan diatur oleh pentadbiran yang lebih tinggi, dalam hal ini pentadbiran pusat mahupun negeri.

Pelaksanaan desentralisasi politik mewujudkan autonomi kepada daerah *kabupaten/bandar* dalam penyelidikan ini; iaitu, empat jabatan kesihatan daerah dan lapan buah Pusat Kesihatan Masyarakat. Daripada temuan kajian ini, daerah *kabupaten/bandar*, belum mampu memberikan perkhidmatan kesihatan awam yang sepenuhnya kepada masyarakat. Pelbagai faktor telah menjadi penyebab desentralisasi politik dalam sektor kesihatan, belum sepenuhnya dilaksanakan. Salah satu antaranya, adalah rendahnya keupayaan kakitangan sektor kesihatan dalam kalangan pentadbir daerah. Oleh itu, peningkatan perlu dilakukan terhadap keupayaan kakitangan pentadbir ini. Salah satu caranya adalah melalui pembinaan keupayaan (*capacity building*) dalam

bentuk latihan, bimbingan, sosialisasi, penyebaran maklumat dan sebagainya. Namun demikian, untuk merancang program-program pembinaan keupayaan ini, pentadbir daerah memerlukan bajet yang banyak.

Pada amnya, program-program kesihatan yang dilaksanakan di Pusat Kesihatan Masyarakat; sama ada program wajib mahupun program pembangunan, dibiayai oleh dana BOK yang berasal daripada APBN. BOK diberikan oleh pentadbir pusat kepada pentadbir daerah untuk membantu pentadbir daerah mencapai sasaran kebangsaan dalam sektor kesihatan yang menjadi tanggungjawab daerah autonomi. Oleh itu, BOK merupakan kos operasi yang dikhaskan untuk membantu Pusat Kesihatan Masyarakat dalam urusan kesihatan yang bersifat promotif dan pencegahan.

Bantuan dana daripada pentadbir pusat ini, adalah sebagai bukti bahawa daerah autonomi belum mampu membiayai sektor kesihatan sendiri. Lebih-lebih lagi jika kos digunakan untuk pembinaan keupayaan kakitangan di daerah. Oleh itu, pelaksanaan desentralisasi pentadbiran dalam sektor kesihatan di Sumatera Utara merupakan suatu kewajiban. Hal ini disebabkan oleh banyaknya manfaat yang diperoleh daerah autonomi dalam pelaksanaan desentralisasi pentadbiran, terutamanya berhubungkait dengan program-program pembinaan keupayaan bagi meningkatkan kemahiran teknikal dan insaniah kakitangan sektor kesihatan. Dengan perkataan lain, kegiatan desentralisasi pentadbiran dapat menjadi jambatan untuk mewujudkan daerah autonomi yang berperanan penuh; iaitu, daerah yang mampu mengadakan programnya sendiri dan membiayai secara berdikari. Namun dapatan penyelidikan ini ialah kegiatan desentralisasi pentadbiran dalam sektor kesihatan di Sumatera Utara, belum lagi mencapai tahap yang sepenuhnya dalam memberikan sokongan kepada kegiatan desentralisasi politik.

Dalam UU No.23 Tahun 2014, Fasal 91 menerangkan kedudukan Gabenor sebagai wakil pentadbir pusat di peringkat tempatan; adalah untuk melaksanakan

pembimbingan dan pengawasan kepada *Bupati* dan *Datuk Bandar* di kawasan pemerintahannya.

Kuasa Gabenor sebagai pembimbing dan pengawas, pada prinsipnya merupakan tugas yang tidak boleh dianggap ringan. Seterusnya, Fasal 92 pula menerangkan; jika Gabenor tidak dapat melaksanakan tugas dan kuasanya, maka Menteri Dalam Negeri dapat mengambil alih pelaksanaan tugas dan kuasa Gabenor sebagai wakil pentadbir pusat tersebut. Hal ini bermakna Gabenor dianggap gagal melaksanakan tugasnya sebagai pembimbing dan pengawas di peringkat tempatan.

Walaubagaimanapun, dapatan kajian ini, menunjukkan Gabenor atau jabatan kesihatan negeri, telah melaksanakan tugasnya; iaitu, melakukan pembimbingan dan pengawasan terhadap kegiatan dekonsentrasi. Manakala, pentadbir pusat kurang bertindak balas terhadap hasil daripada pengawasan tersebut. Hal ini menyebabkan pentadbir negeri dilihat rendah di mata pentadbir *kabupaten/bandar*.

Kedudukan Gabenor yang tergugat seperti ini membawa impak kepada tidak bersungguhnya pelaksanaan dekonsentrasi dalam sektor kesihatan.

Hubungan desentralisasi politik dan desentralisasi pentadbiran berbeza pada era "reformasi" dan "orde baru". Pada era "orde baru", daerah *kabupaten/bandar*, tidak boleh menolak program yang ditawarkan oleh pentadbir pusat melalui pelaksanaan dekonsentrasi. Manakala, daerah *kabupaten/bandar* pada era "reformasi" daripada temuan kajian ini, dapat menolak program yang ditawarkan oleh pentadbir negeri, dalam hal ini merujuk kepada jabatan kesihatan negeri. Keadaan ini boleh berlaku, kerana daerah *kabupaten/bandar* lebih mendahulukan urusan-urusannya sendiri (urusan daerah), daripada melaksanakan apa yang dianggap sebagai urusan pentadbir pusat.

Penolakan ini boleh dikatakan sebagai kegagalan pentadbir negeri selaku pelaksana amalan desentralisasi pentadbiran. Walaupun dapatan daripada kajian ini, menunjukkan daerah *kabupaten/bandar* pada amnya, menerima semua program yang

ditawarkan oleh pentadbir negeri. Hal ini kerana, daerah tidak mempunyai anggaran untuk merancang program pembinaan keupayaannya sendiri. Namun demikian, pentadbir negeri tidak mesti hanya melihat daripada keadaan daerah yang terhad kewangannya, sehingga tidak mahu merancang program dan jadual pelaksanaan program tersebut dengan bersungguh-sungguh.

Dari satu sudut, penolakan oleh daerah dilihat sebagai merendahkan pentadbir negeri. Namun dari sudut lain pula, peluang daerah *kabupaten/bandar* untuk mendapat program pembinaan keupayaan daripada pelaksanaan desentralisasi pentadbiran menjadi hilang. Keadaan ini mencerminkan kegagalan pelaksanaan desentralisasi pentadbiran dalam sektor kesihatan.

Dapatan kajian ini, kegiatan desentralisasi politik dan pentadbiran belum, dilaksanakan dengan sepenuhnya. Dana dekonsentrasi terhad sehingga latihan, bimbingan atau sosialisasi yang diberikan jabatan kesihatan negeri kepada kakitangan kesihatan atau masyarakat di daerah, tidak berfungsi dengan berkesan. Beberapa bahan latihan dan bimbingan hanya mengandungi kandungan aras sahaja, sehingga tidak dapat menambah wawasan atau keupayaan kakitangan kesihatan dan masyarakat secara ketara. Walhal, perkara seperti ini boleh diatasi dengan menggabungkan program kesihatan yang berasal daripada dana dekonsentrasi dan *APBD Negeri Sumatera Utara*.

Penggabungan program-program kesihatan ini boleh berlaku, kerana beberapa program pentadbir pusat, adalah juga merupakan program pentadbir Sumatera Utara. Namun demikian, pentadbir negeri perlu memiliki kreativiti dan integriti yang tinggi, sehingga program-program ini boleh saling bersepadau antara satu sama lain.

Perancangan program kesihatan dalam desentralisasi politik pada era "orde baru" yang menggunakan sistem sentralisasi memiliki perbezaan dengan perancangan program pada era "reformasi" yang mempraktikkan sistem desentralisasi. Pada era sentralisasi, semua program kesihatan berasal daripada pentadbir pusat, manakala

pentadbir tempatan hanya melaksanakan program yang sudah dirancang oleh pentadbir pusat. Pada masa itu Gabenor, *Bupati* dan Datuk Bandar, dipilih dan dilantik oleh Presiden yang berasal daripada parti politik yang sama dengan Presiden, sehingga mereka tidak mempunyai alasan untuk tidak melaksanakan atau mendukung visi dan misi Presiden yang telah melantik mereka.

Era "reformasi", pentadbir pusat dalam hal ini; iaitu, Presiden Jokowi memiliki visi dan misi<sup>14</sup> sendiri yang mesti dicapai oleh semua pentadbir tempatan, sama ada pentadbir negeri mahupun pentadbir daerah *kabupaten/bandar* di seluruh Indonesia. Dalam sektor kesihatan, visi dan misi Presiden ini dihurai oleh Kementerian Kesihatan untuk seterusnya dijadikan program utama kesihatan. Namun demikian, berbeza pada era "orde baru"; Gabenor, *Bupati* dan Datuk Bandar pada era "reformasi", diundi oleh rakyat melalui pilihan raya umum secara langsung, oleh itu ia memiliki visi dan misi sendiri.

Visi dan misi ini boleh berbeza jika Gabenor, *Bupati* dan Datuk Bandar berasal daripada parti politik yang berbeza dengan Presiden. Namun kajian ini, mendapati bahawa beberapa program pentadbir pusat turut menarik perhatian daripada pentadbir negeri dan daerah.

Penjelasan di atas, hubungan antara kuasa politik dan kuasa pentadbiran adalah sangat erat dan penting, terutama di negara-negara yang mempunyai daerah-daerah autonomi yang belum sepenuhnya berdikari, kerana terhadnya kemampuan kewangan dan keupayaan sumber manusia di daerah.

Kuasa desentralisasi pentadbiran yang dimiliki oleh Gabenor sebagai wakil pentadbir pusat di peringkat tempatan, dapat digunakan untuk menutup ketidakupayaan yang dimiliki oleh pentadbir daerah sebagai daerah autonomi. Selain itu, kuasa pentadbiran boleh digunakan Gabenor untuk mengurangkan jurang antara daerah-daerah

---

<sup>14</sup> Visi & Misi daripada Pentadbiran Joko Widodo & Jusuf Kalla 2014-2019 dihuraikan dalam Program *Nawacita*. Salah satu program Nawacita adalah untuk meningkatkan kualiti hidup manusia Indonesia melalui program "Kad Indonesia Sihat".

autonomi di kawasan negeri yang menjadi tanggungjawabnya, sehingga setiap daerah autonomi dapat memberikan kesejahteraan kepada masyarakatnya yang merupakan sasaran utama daripada pelaksanaan desentralisasi politik.

Namun demikian, urusan pentadbiran yang dilaksanakan melalui amalan dekonsentrasi dalam sektor kesihatan, secara berperingkat-peringkat mesti diserahkan kepada daerah autonomi untuk dilaksanakan secara berdikari (Teori Desentralisasi Rondinelli *et al.*, 1984). Oleh kerana itu, formula baru diperlukan untuk mengurangkan secara berperingkat-peringkat kuasa kerajaan pusat di peringkat tempatan sebagai satu kawasan berautonomi. Hal ini selari dengan pendapat Ostwald, Tajima dan Samphantharak (2016) bahawa; desentralisasi di Indonesia merupakan proses peralihan untuk memudahkan tuntutan reformasi pada tahun 1998. Oleh itu, dasar desentralisasi bukan dilaksanakan untuk mewujudkan pentadbiran yang cekap, tetapi lebih kepada cara yang dipilih untuk mengatasi krisis dengan cepat yang terjadi pada masa itu.

Selain formula baru terhadap kuasa pentadbir pusat di tempatan, reformasi sistem kesaksamaan kewangan antara kerajaan pusat dan kerajaan tempatan juga diperlukan. Melalui reformasi ini, kewangan kerajaan tempatan semakin besar, sehingga lebih bersedia untuk melaksanakan dasar desentralisasi politik.

Hubungan antara desentralisasi politik dan desentralisasi pentadbiran dalam perkhidmatan kesihatan awam di Sumatera Utara, selanjutnya diringkaskan bahawa program dan pembiayaan desentralisasi pentadbiran sektor kesihatan, dapat membantu melaksanakan program desentralisasi politik dalam sektor kesihatan. Hubungan kedua-dua desentralisasi ini, juga akan selalu saling mempengaruhi dalam erti kata bahawa; semakin besar pembiayaan program desentralisasi pentadbiran, semakin baik pelaksanaan desentralisasi politik dalam sektor kesihatan. Namun demikian, daripada perspektif kebebasan daerah, semakin besar pembiayaan dan program desentralisasi

pentadbiran yang dilaksanakan oleh pentadbir pusat, maka kebebasan daerah akan menjadi semakin kecil.

### **5.8 Jurang antara Teori Desentralisasi Smith (1985) dan Penyelidikan ini**

Negara yang berbentuk kesatuan pada amnya menerapkan desentralisasi secara terhad dan cenderung untuk mempraktikkan secara seragam antara satu daerah dengan daerah yang lain. Dalam kes Indonesia, keadaannya berbeza dengan bentuk negara kesatuan pada amnya. Penerapan desentralisasi di Indonesia, selari dengan tuntutan daerah dan menjaga kestabilan politik negara secara amnya. Keadaan ini dari satu aspek mengaburkan prinsip ideal negara kesatuan, seperti adanya penerapan autonomi khas bagi daerah tertentu, yang secara politik diambil untuk mewujudkan kestabilan politik dan pada aspek lain, bentuk pemenuhan dan penyelarasaran (*adjustment*) terhadap tuntutan daerah.

Keinginan untuk merdeka dalam kes Aceh dan Papua, menjadi alasan utama penerapan desentralisasi yang tidak seragam (*asymmetrical decentralization*) tersebut. Untuk menghindari hal serupa berkembang di daerah lain, yang secara geografinya kaya dengan sumber semula jadi seperti Riau, maka kerajaan pusat tetap mengamalkan prinsip dekonsentrasi sebagai salah satu bahagian daripada amalan desentralisasi seperti disebutkan dalam teori desentralisasi Smith (1985).

Teori desentralisasi Smith (1985) menyatakan bahawa; peranan politik daripada dekonsentrasi dibezakan daripada empat aspek; iaitu, kestabilan politik, penghambat blok pembangkang kerajaan, pengendalian dasar kerajaan dan kesetiaan dalam politik pejabat tempatan. Perbahasan ini hanya memfokuskan pada peranan yang pertama; iaitu, pencetusan kestabilan politik selari dengan hasil temuan kajian ini.

Ketidakstabilan politik (*political instability*) adalah berasal daripada blok pembangkang, yang merupakan kelompok pribumi (*indigenous*). Blok pembangkang ini, berhadapan dengan pentadbiran kolonial atau pentadbiran tempatan dengan cara

melakukan penaklukan. Sama dengan penaklukan yang dilakukan oleh kelompok pribumi tempatan, dalam kes kolonialisasi Sepanyol dan negara lainnya di Amerika Latin, yang sangat mengganggu kestabilan politik kerajaan yang berkuasa.

Kryzanek (1992) menggambarkan bahawa kehadiran *caudillos*, *conquer* atau *liberator* di Amerika Selatan pada era kolonialisasi, sangat berpotensi mengganggu kestabilan politik, sehingga dekonsentrasi sangat relevan untuk diterapkan. Kejayaan mencapai kestabilan politik di peringkat tempatan mahupun nasional, dapat terjadi jika ada kerjasama antara pentadbir pusat dengan pihak berkuasa atau pemimpin pada peringkat tempatan; iaitu, kuasa-kuasa luar biasa (*extraordinary*) diberikan kepada para pihak berkuasa atau pemimpin tempatan tersebut, sehingga kestabilan politik dapat dicapai (Paredes, 2002; Sidel, 1997; Sidel, 1996).

Sumber ketidakstabilan lain menurut Smith (1985) adalah, ketidakpuasan kelompok etnik atau wilayah geografi tertentu terhadap pentadbir pusat. Dalam kebanyakan kes di Indonesia, tuntutan perpecahan berasal daripada kelompok etnik yang hidup dan tinggal di wilayah geografi yang sama seperti di Papua dan Aceh.

Kes Aceh dan Papua pada awal perubahan pentadbiran tempatan, telah mewujudkan ketidakstabilan politik tempatan dan nasional. Ketidakstabilan politik tempatan itu, antaranya memunculkan kebangkitan solidariti etnik dengan melakukan pengusiran atau tindakan kekerasan (*coercives*) terhadap warga negara yang dinilai majoriti sebagai orang luar (*outsider*). Pada kes Aceh, ribuan imigran Jawa terpaksa meninggalkan wilayah transmigrasi (wilayah yang dipindahkan) setelah mendiami dalam masa yang lama, kerana adanya kebangkitan solidariti etnik ini.

Ketidakstabilan politik nasional sehubungan dengan ketidakpuasan etnik ini, adalah langkah kelompok Aceh untuk melibatan masyarakat antarabangsa dalam membantu perjuangan politik mereka. Papua pernah meminta *UN* untuk membantu perjuangannya melalui tokoh tempatan yang bernama Theys Hiyo Eluay (Hedman,

2007). Seperti Aceh, yang melibatkan organisasi antarabangsa seperti *Henry Dunant Center* dari Swiss, sehingga akhirnya memaksa kerajaan Indonesia untuk bersepakat dalam konsensus melalui kesepakatan Helsinki, Finldania (Zulhilmi dan Muzwardi, 2016).

Sumber ketidakstabilan politik seterusnya menurut teori desentralisasi Smith (1985) adalah, kewujudan blok pembangkang tempatan terhadap kerajaan pusat. Blok pembangkang ini, sedikit berbeza dengan blok pembangkang daripada kelompok etnik dan wilayah seperti yang dinyatakan sebelum ini. Blok pembangkang tempatan ini boleh sahaja menjadi sebahagian daripada blok pembangkang nasional, yang memberikan perhatian dan mengambil tempat pada peringkat daerah.

Jika kerajaan pusat memiliki blok pembangkang pada peringkat nasional, maka sering terjadi kelompok bawahan (*underbow*) daripada blok pembangkang ini, mewujudkan ketidakstabilan politik di daerah. Ketidakstabilan seperti ini, biasanya terhad pada ketidakstabilan yang dimaknai sebagai pengganggu bagi kestabilan pemerintahan yang sedang berkuasa.

Kecenderungan seperti ini dalam konteks politik tempatan di Indonesia, sudah sering terjadi terutamanya setelah pengundian ketua daerah atau negeri dipraktikkan secara serentak sejak tahun 2015. Dalam kes pengundian ketua tempatan tahun 2015, gabungan beberapa parti politik nasional telah terbentuk. Gabungan parti nasional ini, banyak diaplikasikan dalam gabungan parti yang sama pada peringkat tempatan.

Gerakan blok pembangkang tempatan seperti ini dapat mengganggu kestabilan pemerintahan yang sedang berkuasa, sehingga pemegang kuasa dekonsentrasi yang tepat untuk itu, adalah sangat penting. Polemik pengambilan polis mahupun rancangan pengambilan bekas pesara tentara, sebagai Gabenor yang pada masa yang sama dilantik sebagai pemegang kuasa dekonsentrasi di beberapa daerah, mendapat kecaman serius daripada kalangan blok pembangkang. Hal ini menunjukkan bahawa pentadbiran yang

sedang berkuasa, melihat adanya peranan penting pemegang kuasa dekonsentrasi ini dalam memenangkan pemilihan dalam pilihan raya. Kadaan ini menimbulkan kerisauan bagi blok pembangkang, kerana petunjuk seperti itu secara politiknya tidak menguntungkan mereka.

Amalan dekonsentrasi di Indonesia sehingga ke hari ini, tetap utuh dipertahankan. Pelaksanaan ini terjadi dalam hampir kesemua sektor penyelenggaraan pentadbiran. Amalan dekonsentrasi, memang sangat strategik; iaitu, ketua tempatan terutamanya Gabenor memegang peranan utama kepemimpinan di peringkat tempatan sebagai wakil kerajaan pusat. Hal ini bermakna, terdapat kuasa asli yang dimiliki oleh kerajaan pusat yang pelaksanaannya dilakukan oleh ketua tempatan.

Kuasa kerajaan pusat yang dilaksanakan oleh ketua tempatan tersebut, terdapat pada sektor kerajaan secara amnya di peringkat tempatan. Sebagai pemegang kuasa kerajaan pusat di peringkat tempatan, peranan strategik ketua tempatan sangat penting, kerana ia menyebabkan adanya kewajiban semua organisasi dan pejabat kerajaan; iaitu, di peringkat tempatan sendiri mahupun organisasi kerajaan pusat di tempatan untuk akur kepada arahan ketua tempatan. Hal seperti ini menurut teori desentralisasi Smith (1985), banyak diperaktikkan oleh monarki Perancis dan Itali terutamanya pada era 1848-1859; iaitu, kerajaan pusat memberikan kuasa yang besar kepada ketua atau unit organisasi di peringkat tempatan untuk memastikan kestabilan politik walaupun secara terbatas dimaknai sebagai kestabilan pemerintahan yang sedang berkuasa.

Menurut teori desentralisasi Smith (1985), untuk memastikan kestabilan politik ini, dekonsentrasi sememangnya memainkan peranan penting. Peranan yang dimaksudkan ini adalah untuk menjaga agar kestabilan politik tercapai; iaitu, kestabilan pemerintahan yang sedang berkuasa tetap boleh dipertahankan. Oleh kerana itu, teori desentralisasi Smith (1985) menggambarkan bahawa; untuk menjaga kestabilan politik,

peranan lembaga atau pemegang kuasa di peringkat tempatan, perlu diberikan kuasa dekonsentrasi.

Pada amalan yang lebih agresif, teori desentralisasi Smith (1985) mengatakan, kuasa pentadbiran atau dekonsentrasi di beberapa negara, diberikan kepada jabatan-jabatan polis atau tentera di peringkat tempatan. Sebagai contoh, bagi memastikan tidak ada kekacauan pada peristiwa penting di peringkat tempatan seperti misalnya pilihan raya, amalan-amalan dekonsentrasi diletakkan sebagai sebahagian daripada tindakan manipulatif. Tindakan seperti ini menguntungkan pemerintah yang sedang berkuasa termasuk juga mengajak dan memaksa masyarakat untuk memilih parti politik pemerintah.

Kes di Sumatera Utara, peranan atau sasaran desentralisasi pentadbiran (dekonsentrasi), adalah menambahbaikan pengetahuan dan keupayaan yang wujud daripada keberkesanan, kecekapan belanjawan dan persepaduan kebangsaan (*national integrity*) (Rajah 5.9). Persepaduan kebangsaan ini, dapat diwujudkan melalui kestabilan politik. Untuk memastikan kestabilan politik di peringkat tempatan, lembaga atau institusi yang memegang kuasa pentadbiran (dekonsentrasi), merancang program-program dekonsentrasi dalam bentuk pembinaan keupayaan (*capacity building*) kepada daerah (pentadbir dan masyarakat daerah).

Pembinaan keupayaan ini, adalah merujuk kepada usaha untuk mengurangkan jurang, sama ada pengetahuan mahupun teknologi antara daerah, sehingga daerah dapat mewujudkan keberkesanan penyelenggaraan urusan kerajaan.

Tujuan desentralisasi pentadbiran untuk mewujudkan kestabilan politik juga dapat dilihat daripada perubahan UU Kerajaan Tempatan, terutamanya mengenai pelaksanaan dekonsentrasi. Pengukuhan konsep dekonsentrasi pada UU No. 32 Tahun 2004 dan UU No. 23 Tahun 2014; salah satunya adalah jawapan terhadap tuntutan daripada beberapa negeri yang kerap meminta kemerdekaan seperti Aceh dan Papua.

Selain itu, pengukuhan persepaduan kebangsaan juga dapat dilihat daripada penguatkuasaan konsep dekonsentrasi dalam undang-undang khas negeri yang berpotensi meminta kemerdekaan sekalipun negeri-negeri tersebut telah diatur dalam undang-undang khas (*lex spesialist*).

Selain kedua-dua negeri tersebut, tiga negeri lain yang dikategorikan sebagai kawasan autonomi khas, ialah Jakarta, Yogyakarta dan Papua Barat. Kelima-lima negeri ini mempunyai kuasa yang secara politik atau devolusinya adalah sangat luas. Walaubagaimanapun, konsep dekonsentrasi tetap dikuatkuasakan dengan lebih kecil berbanding dengan kawasan autonomi umum lain di Indonesia. Pendapat ini bersesuaian dengan salah satu sasaran desentralisasi pentadbiran oleh Holmes (1974) pada awal tahun 1960an.

Holmes (1974) mengklasifikasikan tujuan pentadbiran kerajaan dalam sistem desentralisasi pentadbiran kepada *integrative*, *adaptive*, *project/pragmatic* dan *traditional*<sup>15</sup>. Hasil kajian Holmes (1974), tujuan desentralisasi pentadbiran di Indonesia, Burma dan Thailand, adalah projek/pragmatik. Projek/pragmatik menurut Holmes (1974), adalah desentralisasi pentadbiran dilaksanakan pada daerah-daerah tertentu sahaja atau dalam skop yang terhad dari segi kawasan geografi. Selain itu, desentralisasi pentadbiran dilaksanakan secara lain atau pada masa-masa tertentu sahaja. Tujuan desentralisasi pentadbiran di India dan Pakistan, ialah untuk persepaduan, manakala tujuan desentralisasi pentadbiran di Sri Lanka dan Filipina, ialah adaptif. Manakala, tidak ada negara yang sasaran desentralisasi pentadbirannya adalah tradisional.

Pendapat Holmes (1974) tersebut pada era desentralisasi, dinilai sudah mengalami perluasan; bukan hanya untuk tujuan pragmatik semata-mata, tetapi sudah

---

<sup>15</sup> Dua kategori pertama disesuaikan daripada Program Bantuan Teknikal Pertubuhan Bangsa-Bangsa, Aspek Pentadbiran Awam daripada Program Pembangunan Masyarakat (New York: Pertubuhan Bangsa-bangsa Bersatu, 1959). Pengkategorian ketiga dan keempat merupakan hasil kajian penyidik seperti dijelaskan dalam teks.

meluas menjadi persepaduan dan adaptif. Sasaran desentralisasi pentadbiran dikatakan menuju persepaduan; kerana ia dilaksanakan untuk meredakan tuntutan beberapa negeri atau daerah yang ingin keluar daripada kesatuan RI.

Tujuan adaptif desentralisasi pentadbiran pula, adalah merujuk kepada pelaksanaan dekonsentrasi yang dapat disesuaikan pada daerah-daerah khas. Dengan perkataan lain, tujuan adaptif ini dimaksudkan sebagai penyesuaian model dekonsentrasi pada daerah-daerah khas sesuai dengan keperluan tempatan.

Dapatan tentang hubungan hasil kajian Holmes (1974) dan fakta empirikal desentralisasi saat ini, diperkuatkan dengan tidak terdapat kaitan antara sasaran yang dicapai oleh pentadbir Negeri Sumatera Utara dengan jumlah dana dekonsentrasi yang diterima.

Pentadbir pusat melakukan pertimbangan subjektif dalam memberikan dana dekonsentrasi, kerana formula asas tentang jumlah item dan jumlah belanjawan, dilakukan tidak terlalu jelas. Polisi seperti ini adalah sebahagian daripada tindakan manipulatif pemerintah untuk mempertahankan kestabilan politik atau lebih spesifik; iaitu, mempertahankan kestabilan kerajaan hari ini.

Dapatan seperti di atas, diperkuatkan lagi dengan fakta bahawa jumlah aktiviti dan dana dekonsentrasi, *tugas pembantuan* dan *DAK* yang diberikan pentadbir pusat kepada tempatan, adalah satu perkara yang boleh dirunding, selain juga dalam keadaan tertentu merupakan ruang yang secara politik dapat “dipermainkan”.

Kes rasuah yang dilakukan oleh beberapa ahli parlimen merupakan bukti; bahawa dana-dana dekonsentrasi seperti ini, secara politik dapat dipermainkan oleh kerajaan yang berkuasa dengan tujuan politik; iaitu, menjaga kestabilan kerajaan.

Selain itu, kejayaan program dekonsentrasi, tidak serta merta menjadi rujukan pentadbir pusat untuk memberikan ganjaran dan denda kepada daerah. Amalan dekonsentrasi untuk mengurangkan jurang antara daerah, dapat juga difahami

memandangkan Indonesia mempunyai 34 negeri dengan 514 *kabupaten/bandar* (Data 2015-2016).

Jurang perbezaan antara satu daerah dengan daerah lain adalah sangat besar, terutama jika ia dilihat daripada keupayaan sumber manusia serta kemampuan kewangan dan infrastruktur.

Matlamat desentralisasi pentadbiran dalam sektor kesihatan tidak lari daripada konsep negara kesatuan yang dipraktikkan di Indonesia. Arah pembangunan dan dasar pentadbiran pusat dalam negara kesatuan, dijelaskan dalam program dan sub-program kesihatan; berpandukan dasar pentadbiran negeri mahupun daerah *kabupaten/bandar*. Sebagai wakil pentadbir pusat di peringkat tempatan, pentadbir negeri mempunyai peranan penting untuk menyatukan seluruh daerah *kabupaten/bandar* yang berada di kawasannya. Hal ini dapat dicapain melalui program-program dekonsentrasi yang dirancang oleh pentadbir negeri, berasaskan program utama kesihatan daripada pentadbir pusat untuk dilaksanakan di peringkat daerah *kabupaten/bandar*. Tujuannya adalah untuk mewujudkan kesaksamaan di setiap daerah di Indonesia sehingga konsep negara kesatuan dapat dipertahankan.

Temuan ini juga, disokong oleh jumlah belanjawan kesihatan yang dimiliki oleh ke empat-empat daerah *kabupaten/bandar* di Sumatera Utara. Jadual 5.20 menunjukkan bahawa; terdapat perbezaan anggaran belanjawan yang cukup jauh berbeza antara daerah *kabupaten/bandar* dengan yang lain.

**Jadual 5.20: Anggaran Hal Ehwal Kesihatan di Empat *Kabupaten/Bandar* di Sumatera Utara Tahun 2014**

No.	Daerah <i>Kabupaten/Bandar</i>	(dalam Billion RP)
		Belanjawan Kesihatan
1	Medan	499.7
2	Binjai	148.7
3	Deli Serdang	325.7
4	Serdang Bedagai	96.1
5	Sumatera Utara	40.,7

Sumber: Profil Kesihatan, Kementerian Kesihatan, 2015

Jumlah anggaran belanja bandar Medan untuk urusan kesihatan; adalah paling besar di Sumatera Utara; iaitu, sebanyak Rp 499.7 billion. Manakala, jumlah anggaran belanjawan kesihatan *Kabupaten* Serdang Bedagai; hanya sebanyak Rp 96 billion.

Jurang perbezaan ini, boleh juga dilihat daripada jumlah anggaran *PAD* di empat daerah *kabupaten/bandar* yang menjadi lokasi kajian ini. *PAD* merupakan pendapatan daerah yang sumbernya daripada pelaksanaan hak dan kewajiban pentadbiran daerah dan pemanfaatan potensi atau sumber daya (manusia dan alam) daerah; iaitu, usaha perolehannya menjadi tanggungjawab pentadbiran daerah. Oleh itu, terdapat kebebasan kepada pentadbir daerah sebagai daerah autonomi dalam menerokai pembiayaan untuk pelaksanaan autonomi daerah.

Jadual 5.21 menunjukkan; *PAD Kabupaten* Serdang Bedagai adalah kira-kira 30 kali lebih kecil daripada Bandar Medan selama tiga tahun berturut-turut; iaitu, tahun 2013, 2014 dan 2015.

**Jadual 5.21: Perbandingan Pendapatan Asli Daerah (*PAD*) antara *Kabupaten/Bandar* di Sumatera Utara Tahun 2015**

No.	<i>Kabupaten/Bandar</i>	Jumlah <i>PAD</i>	(dalam Billion Rp) Peratusan <i>PAD</i> <i>Kabupaten/Bandar</i> dengan <i>PAD</i> Terbesar
1	Asahan	98.3	6.60
2	Dairi	58.8	3.95
<b>3</b>	<b>Deli Serdang</b>	<b>515.3</b>	<b>34.59</b>
4	Karo	87.6	5.88
5	Labuhanbatu	101	6.78
6.	Langkat	122.7	8.24
7	Mdani Nailing Natal	63.8	4.29
8.	Nias	70.9	4.76
9	Simalungun	111.9	7.51
10	Tapanuli Selatan	109.3	7.34
11	Tapanuli Tengah	65.2	4.38
12	Tapanuli Utara	82.8	5.55
13	Toba Samosir	31.0	2.08
<b>14</b>	<b>Binjai</b>	<b>78.3</b>	<b>5.26</b>
<b>15</b>	<b>Medan</b>	<b>1489.7</b>	<b>100</b>
16	Pematangsiantar	95.6	6.41
17	Sibolga	60.5	4.06
18	Tanjung Balai	57.1	3.83

No.	<i>Kabupaten/Bandar</i>	<i>Jumlah PAD</i>	(dalam Billion Rp)
			<i>Peratusan PAD Kabupaten/Bandar dengan PAD Terbesar</i>
19	Tebing Tinggi	82.4	5.53
20	Padang Sidempuan	67.7	4.55
21	Pakpak Bharat	15.9	1.07
22	Nias Selatan	15.0	1.01
23	H. Hasudutan	35.2	2.37
<b>24</b>	<b>Serdang Bedagai</b>	<b>80.1</b>	<b>5.38</b>
25	Samosir	34.3	2.30
26	Batubara	51.5	3.46
27	Padang Lawas	34.7	2.33
28	Padang Lawas Utara	26.4	1.78
29	Labuhanbatu Selatan	32.3	2.17
30	Labuhanbatu Utara	34.5	2.32
31	Nias Utara	17.0	1.14
32	Nias Barat	14.5	0.97
33	Gunung Sitoli	24.3	1.63

Sumber: Diringkaskan daripada Kementerian Kewangan (2015)

## 5.9 Penutup

Matlamat desentralisasi perkhidmatan kesihatan awam di Indonesia, adalah menarik untuk diterokai. Hal ini kerana penggunaan sektor kesihatan sebagai skop penyelidikan lebih jelas memperlihatkan pelaksanaan desentralisasi; sama ada dari aspek politik mahupun pentadbiran serta cabaran daripada pelaksanaan desentralisasi tersebut. Oleh itu, dapatan penyelidikan ini menjadi sangat jelas dan terperinci.

Kesan pelaksanaan desentralisasi dalam perkhidmatan kesihatan awam di Sumatera Utara, belum lagi mencapai tahap yang optimum. Dari sudut yang lebih serius, pelaksanaan desentralisasi seperti yang dikemukakan oleh Nordlinger dalam Savitch dan Alder (1974) “membawa pentadbir lebih dekat kepada rakyat” adalah belum benar-benar wujud di Sumatera Utara, terutamanya dalam sektor kesihatan. Walaubagaimanapun, perkhidmatan kesihatan awam adalah lebih baik berbanding dengan era sentralisasi.

## BAB 6: KESIMPULAN DAN CADANGAN

### 6.1 Kesimpulan

Dari sudut praktikal, istilah, pemaknaan dan pembahagian bentuk desentralisasi secara teori, diterjemahkan dalam pelbagai dimensi oleh para pakar. Menurut teori desentralisasi Smith (1985) misalnya, desentralisasi dibahagikan dalam dua bentuk; iaitu, devolusi dan dekonsentrasi. Teori desentralisasi Rondinelli *et al.* (1984) serta Cheema dan Rondinelli (1983) menambah dua bentuk lagi; iaitu, delegasi dan penswastaan.

Makna desentralisasi itu pada prinsipnya sama; iaitu, penyerahan kuasa politik daripada peringkat kerajaan yang lebih tinggi kepada kerajaan yang lebih rendah, pelimpahan kuasa pentadbiran daripada peringkat kerajaan yang lebih tinggi kepada kerajaan yang lebih rendah mahupun pengalihan tanggungjawab pentadbiran daripada peringkat kerajaan yang lebih tinggi ke kerajaan yang lebih rendah. Dalam kes tertentu, desentralisasi adalah pelimpahan kuasa dan tanggungjawab pentadbiran kepada organisasi bukan kerajaan di peringkat tempatan.

Bertitik tolak daripada pelbagai pendapat ini, beberapa pakar menggunakan istilah desentralisasi politik untuk devolusi dan desentralisasi pentadbiran untuk dekonsentrasi (Mawhood 1993; Hung, 2009).

Kegiatan desentralisasi politik dalam sektor kesihatan di Sumatera Utara, dapat dilihat daripada kuasa yang dimiliki oleh jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*. Pada era desentralisasi, kuasa jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* antaranya, ialah sebagai pengawal selia (*regulator*) dan pembimbing Pusat Kesihatan Masyarakat.

Kuasa merancang dasar atau peraturan, adalah bukan perkara mudah dan oleh itu, ia masih belum maksima dilakukan di empat jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* yang menjadi lokasi kajian ini. Sebagai perangka konsep asas dasar di peringkat daerah,

jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, dituntut untuk mempunyai pengetahuan dan lebih sensitif terhadap masalah daerah serta bekerja secara kreatif dan inovatif. Selain itu, jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* juga dituntut untuk melakukan komunikasi politik yang baik seperti melakukan rundingan dan lobi kepada pihak eksekutif mahupun ahli Dewan Undangan untuk memudahkan pelaksanaan perkhidmatan kesihatan awam.

Selaku pembimbing kepada Pusat Kesihatan Masyarakat, jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, masih memberi bimbingan sekadar bantuan teknikal dan pentadbiran, agar liabiliti di atas kertas (*on paper*) diterima oleh badan-badan pengawas. Bimbingan yang dilakukan jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, belum sepenuhnya mengubah cara berfikir (*mindset*) ketua dan kakitangan Pusat Kesihatan Masyarakat dalam memberikan perkhidmatan awam.

Kuasa daripada Pusat Kesihatan Masyarakat sebagai unit pelaksana teknikal, jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, ialah merancang program atau sub-program kesihatan yang selanjutnya dilaksanakan kepada masyarakat. Pada amnya, program atau sub-program kesihatan di lapan unit Pusat Kesihatan Masyarakat, dibiayai oleh BOK. Oleh kerana BOK adalah berasal daripada pentadbir pusat (Kementerian Kesihatan), maka penggunaannya di Pusat Kesihatan Masyarakat, dilakukan mengikut panduan teknikal dan panduan pelaksanaan sebagai acuan.

Kewujudan panduan ini menjadi cabaran bagi lapan unit Pusat Kesihatan Masyarakat untuk menggunakan kuasa dalam merancang dan melaksanakan program dan sub-program kesihatan mahupun mengatur kewangan. Walaubagaimanapun, beberapa program dan sub-program kesihatan, sudah menunjukkan kreativiti dan inovasi dalam tahap yang sederhana serta sesuai dengan keperluan masyarakat.

Sesungguhnya terdapat perbezaan jika program atau aktiviti kesihatan tersebut, dibiayai oleh pentadbir daerah. Jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* dan Pusat Kesihatan Masyarakat, lebih bebas menggunakan kuasa dalam merancang, melaksanakan dan

menjayakan program dan aktiviti kesihatan tersebut. Namun demikian, perancangan dan pelaksanaan program dan kegiatan kesihatan di Pusat Kesihatan Masyarakat, masih lebih baik berbanding pada era sentralisasi.

Pelaksanaan desentralisasi pentadbiran dalam sektor kesihatan di Sumatera Utara, adalah sudah cukup cekap. Program atau sub-program kesihatan seperti latihan mahupun sosialisasi, sudah dilaksanakan di ibukota Sumatera Utara atau di ibukota *kabupaten/bandar*. Dengan demikian, latihan atau sosialisasi yang dilaksanakan secara berpusat atau di Jakarta sebagai ibukota negara Indonesia, sudah tidak berlaku lagi sehingga kos pengangkutan, penginapan, penggunaan dan keperluan lain dapat dikurangkan. Selanjutnya, latihan mahupun sosialisasi tidak menghadirkan pakar, pemudah cara, mahupun jurulatih daripada pentadbir pusat, tetapi sudah memadai dilakukan oleh pakar, pemudah cara mahupun jurulatih daripada peringkat negeri.

Amalan desentralisasi pentadbiran, menjadi cekap kerana ia mengurangkan kos dalam anggaran belanjawan. Namun demikian, pelaksanaan desentralisasi pentadbiran dalam sektor kesihatan di Sumatera Utara, masih belum cukup berkesan.

Beberapa program utama kesihatan yang berasal daripada Kementerian Kesihatan, adalah tidak sesuai dengan keadaan dan keperluan pentadbir dan masyarakat daerah. Beberapa program atau sub-program yang dirancang oleh Jabatan Kesihatan Negeri Sumatera Utara, juga mempunyai kualiti yang rendah. Selain itu, kelewatan waktu pelaksanaan program, mengakibatkan tidak semua jabatan kesihatan *kabupaten/bandar* dan Pusat Kesihatan Masyarakat, dapat mengikuti program tersebut.

Ganjaran atau denda daripada pentadbir pusat kepada jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, terhadap hasil pemantauan dan penilaian yang dilakukan oleh jabatan kesihatan negeri, belum dilaksanakan dengan sungguh-sungguh.

Selain kedua-dua tujuan tersebut, matlamat yang paling kerlihatan daripada sudut pelaksanaan desentralisasi pentadbiran dalam sektor kesihatan di Sumatera Utara,

adalah untuk mengurangkan jurang perbezaan antara daerah. Pengurangan perbezaan itu dengan cara memberikan peluang kepada semua kakitangan jabatan kesihatan *kabupaten/bandar*, Pusat Kesihatan Masyarakat dan masyarakat daerah, mengikuti program-program pembinaan keupayaan (*capacity building*). Oleh itu, tidak ada alasan bagi daerah *kabupaten/bandar* sebagai daerah autonomi untuk tidak memberikan perkhidmatan kesihatan yang terbaik kepada masyarakatnya.

Sesungguhnya, tujuan desentralisasi pentadbiran untuk merapatkan jurang perbezaan antara daerah, adalah bentuk pencegahan terjadinya perpecahan atau mewujudkan persepaduan (integrasi).

Pengukuhan konsep dekonsentrasi dalam UU No. 32 Tahun 2004 dan UU No. 23 Tahun 2014, salah satunya merupakan jawapan terhadap adanya gerakan dan tuntutan daripada beberapa negeri yang meminta untuk merdeka.

Perlunya pengukuhan persepaduan kebangsaan ini juga dapat dilihat daripada penguatkuasaan konsep dekonsentrasi dalam undang-undang khas daerah. Penguatkuasaan dipraktikkan di pelbagai negeri yang berpotensi meminta kemerdekaan. Sekalipun kuasa tempatan secara politik atau devolusi diberikan sangat luas kepada beberapa negeri, konsep dekonsentrasi tetap dilaksanakan meski beratnya lebih kecil berbanding dengan tempatan autonomi umum lainnya di Indonesia. Pendapat ini selari dengan salah satu amalan desentralisasi pentadbiran daripada Holmes (1974).

Pelaksanaan desentralisasi pentadbiran dalam sektor kesihatan di Sumatera Utara, adalah sebagai salah satu cara untuk mengurangkan jurang perbezaan antara daerah; juga tidak terlepas daripada konsep negara kesatuan yang dipraktikkan di Indonesia.

Skop geografi dan sebaran demografi Indonesia, juga memperkuatkan temuan di atas. Perbezaan atau jurang antara satu daerah dengan daerah lain, adalah sangat

besar apabila dilihat daripada keupayaan sumber manusia serta kemampuan kewangan, infrastruktur dan sumber alam semula jadi.

Selain itu, hal yang memperkuat temuan ini; adalah tidak ada hubungan antara sasaran kerja yang sudah dicapai oleh jabatan kesihatan negeri dengan besarnya dana dekonsentrasi yang akan diterima. Besar kecilnya dana dekonsentrasi ini, dilihat daripada jumlah *APBD*. Semakin besar jumlah *APBD* Negeri Sumatera Utara, maka semakin kecil dana dekonsentrasi yang diterima. Seterusnya, besar atau kecilnya dana dekonsentrasi satu-satu negeri juga tidak terlepas daripada subjektiviti pentadbir pusat.

Matlamat desentralisasi politik; tidak terlepas daripadakekangan atau cabaran. Salah satu antaranya ialah, kekangan kemampuan kewangan daerah. Dalam konteks desentralisasi politik, *APBD* semestinya menjadi sumber utama pembiayaan perkhidmatan kesihatan awam bagi pentadbir daerah.

Bajet dalam *APBD* satu-satu daerah, seterusnya disesuaikan dengan saiz dana yang diperuntukkan untuk sektor kesihatan walaupun hal ini tetap memerlukan kemahuan politik daripada ketua pentadbir daerah masing-masing.

Keempat-empat *kabupaten/bandar*, anggaran belanjawan untuk urusan kesihatan, adalah masih di bawah 10 peratus daripada jumlah perbelanjaan *APBD* di luar gaji (UU Kesihatan). Dengan demikian, dana BOK digunakan menjadi dana utama dalam sektor kesihatan, sehingga membawa kesan bahawa beberapa program kesihatan tidak sepenuhnya sampai ke masyarakat, kerana dana yang diperuntukkan tidak mencukupi.

Selain terhadnya kemampuan kewangan, cabaran pelaksanaan desentralisasi juga berasal daripada terhadnya keupayaan kakitangan sektor kesihatan di empat *kabupaten/bandar* yang menjadi lokasi kajian ini.

Desentralisasi menuntut daerah untuk berdikari dan berdaya sehingga mampu menyelenggarakan urusan dalamannya sendiri. Oleh kerana itu, kebolehan yang tinggi

daripada kakitangan kesihatan, sangat diperlukan. Namun demikian, untuk meningkatkan kebolehan kakitangan ini adalah tidak mudah, kerana budaya kerja dalam persekitaran birokrasi pentadbiran, belum sepenuhnya berubah. Selain itu, sistem penilaian prestasi kakitangan kesihatan masih belum mampu mendorong sumber manusia di daerah untuk bekerja dengan kreatif dan inovatif. Taburan, pengambilan dan pemindahan kakitangan kesihatan, juga menjadi cabaran kejayaan pelaksanaan desentralisasi politik. Salah satu penyebab ialah besarnya peranan pihak luar, sama ada daripada pihak eksekutif mahupun perundangan terhadap proses pengambilan atau penempatan dan pemindahan kakitangan kesihatan.

Kepentingan politik dalam menentukan dan menempatkan kakitangan menjadi lebih tinggi daripada pertimbangan profesionalisme mahupun merit.

Pusat Kesihatan Masyarakat di lapan lokasi kajian, memerlukan sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu agar program-program atau aktiviti-aktiviti kesihatan sampai kepada masyarakat. Namun peranan sukarelawan yang merupakan sebahagian daripada masyarakat, belum dioptimumkan sebagai bentuk penglibatan masyarakat di peringkat *kelurahan/kampung*.

Pusat Kesihatan Masyarakat sebagai pembimbing teknikal kesihatan dan pengurus *PKK* di *kelurahan/kampung* sebagai pembimbing bukan teknikal kesihatan, belum memberikan latihan-latihan yang terancang dan berstruktur kepada sukarelawan. Selain itu, *kelurahan/kampung* belum memberikan perhatian yang serius pada pengambilan sukarelawan sehingga beberapa sukarelawan yang terpilih, kurang mempunyai motivasi untuk bekerja.

Mesyuarat antara sektor di beberapa *kelurahan/kampung* dan mukim, belum bekerja dengan maksimum untuk menggerakkan semua sektor dalam meningkatkan pemahaman yang sama mengenai tujuan pembentukan Pusat Khidmat Bersepadu.

Kesan positif desentralisasi politik dalam perkhidmatan kesihatan awam, yang dapat dirasakan oleh masyarakat ialah; melahirkan kreativiti dan inovasi daerah; akauntabiliti daerah; menggalakkan penyertaan masyarakat sebagai petanda bahawa wujudnya persamaan politik dalam pembangunan kesihatan; dan maklum balas daerah.

Kesan negatif daripada desentralisasi politik dalam sektor kesihatan menjadi input untuk penambahbaikan amalan desentralisasi politik. Kesan negatif; iaitu, terdapat campur tangan politik dalam pengambilan, penempatan dan pemindahan kakitangan kesihatan di daerah serta penurunan keutamaan sektor kesihatan sebagai perkhidmatan wajib daerah yang kadang-kadang keutamaannya diletakkan di bawah sektor perkhidmatan wajib.

Desentralisasi pentadbiran dalam sektor kesihatan di Sumatera Utara, sekurang-kurangnya meninggalkan empat kesan bagi tempatan dan kepentingan kebangsaan.

Pertama, penambahbaikan pengetahuan tempatan (*improvement of local official knowledge*) yang tercipta daripada proses pemindahan pengetahuan, sama ada pengetahuan baru yang bersifat teknikal, operasi mahupun pengurusan dalam sektor kesihatan yang disampaikan oleh pentadbir pusat kepada pentadbir tempatan.

Kedua, penambahbaikan keupayaan tempatan (*local capacity enhancement*) terwujud daripada proses pemindahan teknologi dalam sektor kesihatan yang diberikan oleh pentadbir pusat kepada pentadbir tempatan terutamanya melalui latihan-latihan operasi kesihatan yang menggunakan teknologi baru.

Ketiga, kecekapan anggaran belanjawan (*budget efficiency*) tercipta, kerana adanya pemindahan kuasa daripada pentadbir pusat kepada pentadbir tempatan.

Keempat, mengekalkan persepaduan kebangsaan (*maintaining state integration*), terjadi kerana adanya pelbagai program diberikan oleh pentadbir pusat untuk disesuaikan dengan keperluan tempatan di daerah masing-masing.

Hubungan antara desentralisasi pentadbiran dan desentralisasi politik dalam sektor kesihatan di Sumatera Utara, mempunyai sifat saling menyokong dan melengkapi (*complementary*). Ini dapat digambarkan daripada program dan pembiayaan dekonsentrasi kesihatan dalam membantu pelaksanaan desentralisasi politik.

Program-program daripada desentralisasi pentadbiran dimanfaatkan untuk memperkasakan daerah autonomi sebagai akibat pelaksanaan desentralisasi politik, terutama pada daerah yang kemampuan kewangan dan keupayaan sumber manusianya terhad.

Kaitan antara desentralisasi politik dan desentralisasi pentadbiran dalam kes ini, dapat menjelaskan bahawa kedua-dua konsep selalu selari saling berhubungkait antara satu sama lain. Semakin besar dana desentralisasi pentadbiran, maka semakin baik pelaksanaan desentralisasi politik. Namun demikian daripada perspektif kebebasan daerah yang ditadbir sendiri, semakin besar campur tangan desentralisasi pentadbiran, semakin tersekut kebebasan daerah.

## **6.2 Implikasi Dasar dan Cadangan Penyelidikan**

Undang-Undang Kerajaan Tempatan No 22 Tahun 1999 sudah dua kali digubal dan masih berkemungkinan untuk digubal semula. Oleh itu, temuan dalam penyelidikan ini dapat digunakan sebagai input di masa yang akan datang. Dapatan kajian ini juga, boleh dijadikan sebagai cadangan bagi peraturan-peraturan yang berhubungkait dengan kuasa, dalam mengatur kewangan di peringkat tempatan mahupun dalam sektor kesihatan.

Daripada temuan penyelidikan ini, beberapa perkara boleh menjadi cadangan kepada pentadbir, antaranya:

Terhadnya kemampuan kewangan dan keupayaan sumber manusia di daerah, menyebabkan kegiatan desentralisasi pentadbiran sektor kesihatan awam di Sumatera Utara menjadi penting atau menjadi suatu kemestian (*a must*). Oleh itu, untuk mengoptimumkan pelaksanaan desentralisasi ini, maka peraturan yang jelas

berhubungkait dengan pemberian ganjaran atau denda kepada jabatan kesihatan daerah dalam menjalankan program-program desentralisasi pentadbiran sangat diperlukan. Namun demikian, disebabkan sektor kesihatan merupakan urusan wajib daerah, maka urusan kesihatan sepatutnya diserahkan secara bertahap (*incrementally*) kepada daerah autonomi untuk dilaksanakan secara berdikari.

Oleh itu, formula baru terhadap pengurangan secara bertahap (*phasing down*) kuasa pentadbir pusat di daerah perlu disyorkan. Selain itu, sistem perimbangan kewangan antara pentadbir pusat dan pentadbir daerah perlu diperbaiki. Melalui penggubalan semula ini, peruntukan kewangan daerah sepatutnya menjadi semakin besar, supaya daerah lebih bersedia untuk melaksanakan konsep asas dasar desentralisasi.

Fungsi pembimbing sumber manusia yang selama ini dilaksanakan oleh jabatan kesihatan negeri atau jabatan kesihatan daerah, perlu digubal semula untuk diperkasakan. Pada era desentralisasi, pemerkasaan sumber manusia adalah sangat penting kerana daerah mesti mengatur atau mengurus kawasan pentadbirannya sendiri. Melalui pemerkasaan, sumber manusia di daerah sepatutnya menjadi ejen (*agent*) dan bukan sekadar pelaku (*actor*). Sebagai ejen maksudnya ialah, sumber manusia yang mempunyai kebolehan dalam menciptakan perintisan baru, memiliki pengetahuan mengenai keadaan daerah dan mempunyai keupayaan untuk melakukan komunikasi politik. Jelasnya, bukan sebagai pelaku; iaitu, sumber manusia yang mempunyai kebolehan hanya untuk melaksanakan kerja-kerja rutin harian.

Sistem pengambilan ketua Pusat Kesihatan Masyarakat perlu digubal semula, kerana pada era desentralisasi, Pusat Kesihatan Masyarakat mempunyai kuasa yang besar dalam merancang dan melaksanakan program kesihatan serta mencari dan menguruskan kewangan. Ketua Pusat Kesihatan Masyarakat semestinya mampu bekerja baik di dalam maupun di luar persekitaran Pusat Kesihatan Masyarakat dan

bekerjasama antara sektor atau merentasi sektor (*cross sector*) di peringkat mukim. Hal ini kerana impak program atau aktiviti kesihatan tidak akan sampai kepada masyarakat apabila tidak ada kerjasama dan koordinasi dengan pihak-pihak lain.

Penggunaan dana BOK yang berdasarkan panduan teknikal dan panduan pelaksanaan daripada Kementerian Kesihatan, adalah penting sebagai garis panduan bagi daerah. Oleh itu, garis panduan ini tidak boleh dianggap sebagai batasan kebebasan daerah autonomi. Namun demikian, penglibatan daerah dalam merancang panduan tersebut adalah diperlukan, agar dana BOK dapat dibelanjakan dengan lebih banyak dan akhirnya menjadikan perkhidmatan kesihatan awam lebih baik.

Proses akauntabiliti penggunaan dana BOK juga dirancang supaya tidak rumit, agar kakitangan kesihatan di daerah tidak hanya bertumpu pada tanggungjawab pentadbiran dan kewangan sahaja, tetapi sebaliknya lebih mementingkan akauntabiliti perkhidmatan kesihatan awam.

Sistem pengambilan sukarelawan Pusat Khidmat Bersepadu, juga perlu digubal semula. Sistem pengambilan semestinya dilaksanakan dengan lebih terbuka yang membolehkan setiap ahli masyarakat untuk memohon menjadi sukarelawan. Selain itu, hak-hak menjadi sukarelawan perlu ditegaskan, misalnya mendapatkan latihan yang terancang dan berkualiti. Dengan demikian, meskipun hanya sebagai tenaga sukarela, pencapaian ini adalah suatu yang boleh dibanggakan oleh sukarelawan, kerana mereka mempunyai keupayaan yang lebih matang berbanding sebelum menjadi sukarelawan.

### **6.3 Implikasi Teori dan Sumbangan Penyelidikan**

Desentralisasi secara pelaksanaannya di negara-negara membangun masih terdapat campur tangan kerajaan pusat terutama dalam perihal kewangan, sumber manusia dan program sebagaimana dikatakan oleh teori desentralisasi Smith (1985) serta teori desentralisasi Cheema dan Rondinelli (1983).

Campur tangan ini selalu dilihat sebagai sesuatu yang positif kerana ada kelemahan, kekurangan dan kebatasan daerah dalam melaksanakan desentralisasi, sehingga pentadbir pusat perlu membantunya. Dalam amalannya, campur tangan kewangan dalam sektor kesihatan di Sumatera Utara misalnya, diperuntukkan melalui *DAK* yang di dalamnya terdapat dana dekonsentrasi dan *BOK* yang diberikan oleh pentadbir pusat. Campur tangan sumber manusia dilaksanakan dengan menempatkan kakitangan di beberapa kemudahan kesihatan; iaitu, gaji atau honorariumnya berasal daripada *APBN*. Campur tangan program dilaksanakan melalui pemberian program utama kesihatan yang anggarannya berasal daripada pentadbir pusat.

Namun demikian, kajian ini menemui jurang perbezaan bahawa campur tangan yang dilakukan oleh pentadbir pusat tidak sepenuhnya positif, kerana dari mula perbahagian kewangan antara pentadbir pusat dan daerah, tidak diatur dengan lebih adil dan seimbang. Berdasarkan data kewangan nasional tahun 2015, dana campur tangan pusat yang diberikan ke daerah adalah hanya sekitar 50 peratus daripada keseluruhan jumlah pendapatan nasional yang bersumber daripada daerah. Hal ini menjadi salah satu penyebab desentralisasi politik belum dapat dilaksanakan dengan sepenuhnya.

Tujuan pelaksanaan desentralisasi politik dalam sektor kesihatan di Sumatera Utara, selari dengan teori desentralisasi Smith (1985), Rondinelli *et al.* (1984) serta Cheema dan Rondinelli (1983). Namun demikian, selain tujuan atau kesan positif tersebut, kesan negatif daripada pelaksanaan desentralisasi politik juga terdapat dalam kajian ini.

Teori desentralisasi Smith (1985) melihat kesan atau impak negatif tersebut daripada campur tangan politik dalam pengambilan jabatan-jabatan di peringkat pentadbir daerah. Manakala dalam kes di Sumatera Utara, selain terdapat campur tangan politik dalam proses pengambilan atau penempatan dan pemindahan sumber manusia di peringkat daerah, terjadi juga penurunan keutamaan sektor kesihatan sebagai urusan

wajib daerah. Di samping kesan negatif, tujuan positif daripada desentralisasi juga, adalah yang paling sering dibahas dalam pelbagai kesusasteraan.

Tujuan-tujuan positif ini dibincangkan dengan terperinci oleh para pakar seperti yang dikemukakan dalam teori desentralisasi Smith (1985) serta Cheema dan Rondinelli (1983). Namun demikian, dapatan utama daripada kajian yang berhubungkait dengan kesan positif pelaksanaan desentralisasi politik ini terhadap perkhidmatan kesihatan awam, ialah lahirnya kreativiti dan inovasi daerah, akauntabiliti daerah, menggalakkan penyertaan masyarakat sebagai tanda kewujudan persamaan hak politik dalam pembangunan kesihatan dan maklum balas daerah.

Manakala, dapatan kajian mengenai kesan atau matlamat desentralisasi pentadbiran dalam kes di Sumatera Utara; yang paling utama adalah mengurangi jurang perbezaan antara daerah yang memberikan kesan kepada kestabilan politik. Maksud kestabilan politik ini ialah berbeza dengan teori desentralisasi Smith (1985).

Kestabilan politik menurut teori desentralisasi Smith (1985) sama ada di daerah mahupun nasional, dapat dicapai melalui peluang yang luas bagi masyarakat tempatan untuk menjadi pemimpin di peringkat tempatan dan pemilihan pemimpin daerah yang lebih demokratik. Dapatan kajian ini akhirnya memberikan makna yang lebih luas kepada makna kestabilan politik tersebut; iaitu, keupayaan untuk mencegah perpecahan negara dan mencegah ketidaksamaan sosioekonomi.

Dalam kes Sumatera Utara, ancaman perpecahan negara telah muncul melalui Gerakan Sumatera Utara Merdeka pada tahun 2013, manakala ketidaksamaan sosioekonomi pula berhubungkait dengan tingginya jurang perbezaan sosial dan ekonomi antara daerah.

Dalam pelbagai kesusasteraan, hubungan antara desentralisasi politik dan desentralisasi pentadbiran pada amnya digambarkan melalui besarnya kuasa yang dimiliki oleh kerajaan masing-masing, sama ada di peringkat pusat mahupun tempatan

(Teori Desentralisasi Smith, 1985 serta Teori Desentralisasi Cheema dan Rondinelli, 1983). Namun demikian, hubungan kedua-duanya juga dapat dilihat daripada penyediaan perkhidmatan awam.

Program dan pembiayaan desentralisasi pentadbiran dapat membantu melaksanakan program desentralisasi politik. Hal ini bermakna perkhidmatan yang diberikan oleh daerah autonomi kepada masyarakat akan menjadi semakin baik kerana ia mendapat sokongan daripada program dan pembiayaan desentralisasi pentadbiran.

Kajian ini menggunakan pendekatan kes dengan program-program kesihatan sebagai kes kajian. Dalam sektor kesihatan, program-program kesihatan adalah sangat penting sebagai bentuk perkhidmatan awam. Oleh itu, semua pihak (*stakeholders*) memperoleh manfaat daripada dana BOK ini.

Bagi tenaga kesihatan seperti doktor, bidan, ahli ubat dan pengurusan Pusat Kesihatan Masyarakat, program ini dapat meningkatkan kemampuan mereka (*capacity building*) dalam sektor kesihatan, kerana tersedianya pelbagai latihan melalui program tersebut. Bagi masyarakat luas, program ini memberikan keuntungan bagi mereka, kerana tersedianya tenaga kesihatan yang lebih terlatih dan juga program kesihatan yang ditujukan kepada mereka. Pihak swasta (perniagaan) juga memperoleh manfaat daripada program BOK ini; seperti tersedianya kesempatan bagi mereka untuk terlibat dalam kegiatan pengadaan barang mahupun jasa sebagai penyokong daripada keberhasilan program ini.

Penggunaan program kesihatan menjadikan kajian ini dari satu sisi, menjadi sangat teknikal kerana ia mengkaji proses perancangan dan pelaksanaan sesuatu program kerajaan. Selain itu, pelbagai peraturan, sama ada di peringkat tempatan mahupun pusat, juga mesti diberikan perhatian. Namun dari sisi lain pula, kajian ini mendapatkan penemuan-penemuan baru dan lengkap mengenai masalah perkhidmatan

kesihatan awam yang berkemungkinan tidak didapati jika tiada program kesihatan diambil sebagai kes kajian.

Kajian ini juga menggunakan pendekatan pelbagai peringkat sama ada secara menegak maupun mendatar. Penggunaan pendekatan pelbagai peringkat menjadikan kajian ini lebih lengkap kerana dapat melihat masalah kesihatan secara keseluruhan.

#### **6.4 Implikasi Kajian untuk Arah Penyelidikan Masa Depan**

Daripada analisis data yang diperoleh, beberapa isu menarik dapat dikaji di masa yang akan datang mengenai perbandingan pelaksanaan desentralisasi di Sumatera Utara dan Aceh. Aceh adalah salah satu negeri yang menerapkan autonomi khas di samping empat negeri lain di Indonesia. Namun berbeza dengan kawasan autonomi khas lainnya, Aceh merupakan negeri yang menerapkan autonomi yang paling kompleks.

Perbezaan yang ketara ini antaranya adalah mengenai pengstrukturran dan tadbir urus kerajaan, penerapan sistem hukum, sosial budaya yang berasaskan agama, pembahagian perkadaran sumber alam semula jadi dan sejarah politik daerah.

Kajian ini merupakan kajian banding dengan menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Teori desentralisasi Olowu (2001) yang menyatakan bahawa pelaksanaan desentralisasi berhubungan dengan faktor sejarah, budaya dan lainnya dapat digunakan sebagai kerangka kerja teori.

Kajian masa depan selanjutnya dicadang untuk menilai pelaksanaan desentralisasi dalam konteks pemberian kuasa dan tanggungjawab pentadbiran kepada organisasi bukan kerajaan di peringkat tempatan. Corak ini telah banyak dipraktikkan di Indonesia, namun masih sedikit literatur yang membincangkan hal itu.

Kajian ini mesti menganalisis keberkesanan pelaksanaan desentralisasi mengikut corak ini serta kaitannya dengan peningkatan kemampuan daerah, pendemokrasian, penglibatan masyarakat maupun akauntabiliti sebagai indikator penting dalam konsep tadbir urus kerajaan yang baik. Penyelidikan ini menggunakan

pendekatan kuantitatif dan kualitatif dan teori strukturasi daripada Giddens sebagai kerangka kerja teori (1984).

University Of Malaya

## RUJUKAN

- Abdullah, N. R. W., Mansor, N. B., & Hamzah, A. (2013). Keeping ahead of the game: Innovations and Challenges in e-Government in Malaysia. *The Economic and Labour Relations Review*, 24(4), 549-567.
- Achmadi, Umar Fahmi. (2014). *Kesehatan Masyarakat, Teori dan Aplikasi*. Translation. Public Health: Theory and Application. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada, 228.
- Albury, D. (2005). Fostering Innovation in Public Services. *Public money and management*, 25(1), 51-56.
- Alderfer, H. F. (1964). Local Government in Developing Countries. New York: McGraw-Hill Series in International Development, 176.
- Alekajbaf, H., & Jawan, J. A. (2009). Decentralization and Local Government in Irak. Malaysia: Karisma Publications SDN.
- Alfiyanti, R. (2010). *Evaluasi terhadap Akuntabilitas Dekonsentrasi pada Departemen Energi dan Sumber Daya Mineral*. Translation. Evaluation on Deconcentration Accountability in the Department of Energy and Mineral Resources. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Apreku, S. S. (2003). Does decentralization improve public service delivery? Issues and policy implications for Uganda. Thesis (M.D.E), Dalhousie University.
- Astawa, I. G. P. (2008). *Problematika hukum otonomi daerah di Indonesia*. Translation. Problems on Local Autonomy Laws. Bandung: Alumni.
- Ayunita, Khoida & Asman, Abd. Rais. (2016). *Hukum Tata Negara Indonesia*. Translation. Indonesian State System Law. Jakarta: Mitra wacana Media. 163-169.
- Bache, I., & Flinders, M. (2004). Multi-level Governance and the Study of the British State. *Public Policy and Administration*, 19(1), 31-33.
- Bailey, C. R., & Bailey, C. A. (2017). A Guide to Qualitative Field Research. Sage Publications.
- Bardhan, Pranab (2002). Decentralization of Governance and Development. *Journal of Economic Perspective*. Volume 16, Number 4-Fall 2002, 185-205.
- Balasubramaniam, V. (1998). *Politik nasionalisme dan federalisme di Malaysia*. Translation. Nationalism Politics and Federalism in Malaysia. Shah Alam: Fajar Bakti Sdn. Bhd.
- Bataveljic, D. (2012). Persekutuanism: The Concept, Development and Future. *International Journal of Humanities and Social Sciences*, 2 (Special Issue-December 2012), 28.

- Bennett, J. R. (1990). Decentralization: What It is and Why We Should Care. In H. Wolman (Ed.), *Decentralization, Local Governments and Markets*. Oxford University Press: New York.
- Berg, B. L. (2004). Qualitative Research Methods for the Social Sciences. Boston: Pearson Education Inc.
- Bird, R. M., & Vaillancourt, F. (2008). Fiscal Decentralization in Developing Countries. England: Cambridge University Press.
- Blair, H. (2000). Participation and Accountability at the Periphery: Democratic Local Governance in Six Countries. *World Development*, 28(1), 21-39.
- Bloomberg, L. D., & Volpe, M. (2012). Completing your Qualitative Dissertation: A road map from beginning to end. Sage Publications.
- Bossert, T. J., & Mitchell, A. D. (2011). Health Sector Decentralization and Local Decision-making: Decision Space, Institutional Capacities and Accountability in Pakistan. *Social Science & Medicine*, 72(1), 39-48.
- Bossert, Thomas (1998) Analyzing the Decentralization of Health Systems in Developing Countries: Decision Space, Innovation and Performance. *Social Science & Medicine*, Elsevier Science Ltd, 47(10), 1513-1527.
- Bowman, A. O. M., & Kearney, R. C. (2017). State and Local Government. New York: Houghton Mifflin Company, 25.
- Brinkmann, S. (2012). Qualitative Inquiry in Everyday Life: Working with everyday life materials. London: Sage Publications.
- Bryant, C., & White, L. G. (1982). Managing Development in the Third World. CO: Westview.
- Budiardjo, M. (2012). *Dasar-Dasar Ilmu Politik*. Translation. Basics of Political Science. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, 7.
- Bungin, B. (2007). *Penelitian kualitatif: Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan Publik, dan Ilmu Sosial lainnya*. Translation. Qualitative Research: Communications, Economics, Public Policies and other Social Sciences. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Burki, S. J., Perry, G., & Dillinger, W. R. (1999). Beyond the Center: Decentralizing the State. Washington DC: World Bank, 75.
- Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2012). Making Health Policy. McGraw-Hill Education: Open University Press, 53.
- Cheema, G. S. & Rondinelli, D. A. (1983). Decentralization and Development: Policy Implementation in Developing Countries. Beverly Hills, London, New Delhi: Sage Publications, 18-25.

Conyers, D. (1983). Decentralization: The latest fashion in development administration? *Public Administration and Development*, 3(2), 111-120.

Corbin, J., Strauss, A., & Strauss, A. L. (2014). Basics of Qualitative Research. Sage Publications.

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches. Sage Publications.

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2017). Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among five approaches. Sage Publications.

Crook, R. C., & Manor, J. (1998). Democracy and Decentralisation in South Asia and West Africa: Participation, Accountability and Performance. Cambridge University Press.

Davis, S. R., & Davis, S. R. (1978). The Federal Principle: A journey through time in quest of a meaning. California: University of California Press.

De Vaus, D. A., & de Vaus, D. (2001). Research Design in Social Research. Sage Publications.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2018). The Handbook of Qualitative Research (5 ed.). Los Angeles: Sage Publications.

Departemen Keuangan, D.J. P. K. (2016). [http://www.djpk.depkeu.go.id/?page\\_id=321](http://www.djpk.depkeu.go.id/?page_id=321). Dipetik pada 2 Disember 2016.

detik.com. (2016). *Korupsi Dana Bansos, Gatot Pujo Nugroho Divonis 6 Tahun Penjara*. Translation. The Corruption on Bansos fund, Gatot Pujo Nugroho to be sentenced for six years prisons. Dipetik pada 12 Disember, 2016.

detik.com. (2017a). *Djarot: Program Ketuk Pintu Layani dengan Hati Ide Cemerlang Ahok*. Translation. Djarot: The Program of Door Knock, Serve With The Hearth, The Brilliant Idea of Ahok. Dipetik pada 20 September, 2017.

detik.com. (2017b). *Sri Mulyani: Ada 131 Daerah yang Setengah APBD Habis Buat Gaji PNS*. Translation. Sri Mulyani: There are 131 regions who half of its annual budget allocated for Public Official Salaries. Dipetik pada 2 Jun, 2017.

Dinas Kesehatan Sidoarjo, J. T. (2017). <http://dinkes.sidoarjokab.go.id/maskulin-terbosan-kreatif-dan-inovatif-puskesmas-krembung-tingkatkan-akses-kesehatan-kaum-lelaki/> Dipetik pada 21 Julai, 2017.

Dwijowijoto, R. N. (2000). *Otonomi Daerah, Desentralisasi tanpa revolusi: Kajian dan Kritik atas Kebijakan Desentralisasi di Indonesia*. Translation. Local Autonomy, Decentralization Without Revolution: Study and Critics over Debentralization Policy in Indonesia. Jakarta: Elex Media Komputindo, 43-47.

Dwiyanto, A. (2006). *Reformasi Birokrasi Publik di Indonesia*. Translation. Public Bureaucratic Reform in Indonesia. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 50-51.

- Dwiyanto, A. (2011). *Manajemen Pelayanan Publik: Peduli, Inklusif dan Kolaboratif*. Translation. Public Service Management: Care, Inclusive and Collaborative. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 18-23.
- Egerton, H. E. (1911). Federations and Unions within the British Empire. Clarendon Press.
- Elazar, D. J. (1987). Exploring Federalism. California: University of Alabama Press.
- Exworthy, M., Frosini, F., & Jones, L. (2011). Are NHS foundation trusts able and willing to exercise autonomy? 'You can take a horse to water...'. *Journal of health services research & policy*, 16(4), 232-237.
- Fengler, W., & Hofman, B. (2009). Managing Indonesia's rapid decentralization: achievements and challenges. In S. Ichimura & R. Bahl (Eds.), *Decentralization Policies in Asian Development*. Singapore: World Scientific, 245-262.
- Firman, Tommy (2009) Multi Local-Government Under Indonesia's Decentralization Reform: The Case of Kartamantul (The Greater Yogyakarta), *Journal Habitat International*, Elsevier Ltd (34), 400-405.
- Fisher, M. (2017). Qualitative Computing: Using Software for Qualitative Data Analysis. England: Taylor & Francis.
- Fjeldstad, O.H. (2014). Fiscal Decentralisation in Developing Countries: Lessons for Bangladesh. *CMI Brief*.
- Gibbs, G. R. (2002). Qualitative Data Analysis: Explorations with NVivo. Open University.
- Giddens, A. (1984). The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration. University of California Press.
- Gie, The Liang. (1993). *Pertumbuhan Pemerintahan Daerah di Negara RI*. Translation. The Growth of Local Government in Indonesia. Yogyakarta: Liberty. 15.
- Given, L. M. (2008). The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods. California: Sage Publications.
- Goldsmthih, A., & Blustain, H. S. (1980). Local Organization and Participation in integrated rural development in Jamaica. New York: Cornell University Ithaca.
- Gomm, R., Hammersley, M., & Foster, P. (2000). Case Study Method: Key Issues, Key Texts. Sage Publication.
- Gopal, G. (2008). *Decentralization in client countries: an Evaluation of the World Bank Support, 1990-2007*. Washington DC: World Bank Publications.
- Grbich, C. (2012). Qualitative Data Analysis: An introduction. Sage Publication.

- Hadiz, V. R. (2003). Power and Politics in North Sumatera: The Uncompleted Reformasi. In E. Aspinall & G. Fealy (Eds.), *Local Power & Politics in Indonesia: Decentralisation & Democratisation*. Singapore: ISEAS-Yusof Ishak Institute.
- Hamilton, D. K. (2013). Measuring the Effectiveness of Regional Governing Systems, A Comparative Study of City Regions in North America. London: Springer.
- Hart, D. K. (1972). Theories of Government related to Decentralization and Citizen Participation. *Public Administration Review*, 32 (January-February), 604-606.
- Hartanti, E. (2010). *Alokasi Dana Dekonsentrasi Kementerian Pendidikan Nasional Kesesuaianya dengan Peraturan Pemerintah No. 38 Tahun 2007*. Translation. Allocation of Deconcentration Fund of National Education Department And Its Relevance With Government Decree No. 38 of 2007. Jakarta: Universitas Indonesia. Fakultas Ekonomi.
- Hartley, J. (2005). Innovation in Governance and Public Services: Past dan Present. *Public money dan management*, 25(1), 27-34.
- Hedman, Eva-Lotta E. (2007). *Dynamics of Conflict and Displacement in Papua, Indonesia*. RSC Working Paper No. 42. one-day workshop held on the 26th October 2006 at St. Antony's College.
- Hendratno, E. T. (2009). *Negara Kesatuan, Desentralisasi, dan Federalisme*. Translation. Unitary State, Decentralization and Federalism. Bandung: Graha Ilmu, 46.
- Heywood, P., & Choi, Y. (2010). Health System Performance at the district level in Indonesia after Decentralization. *BMC international health dan human rights*, 10(1), 3.
- Heywood, P. F., & Harahap, N. P. (2009). Human Resources for Health at the District Level in Indonesia: The Smoke and Mirrors of Decentralization. *Human Resources for Health*, 7(1), 6.
- Hoffman, B., & Kaiser, K. (2002). *The Making of the Big Bang and its Aftermath A Political Economy Perspective*. A Conference Sponsored by the International Studies Program, Andrew Young School of Policy Studies, Georgia State University.
- Holmes, J. E. (1974). Administrative Decentralization in Developing Areas: A Comparative-Interpretive Study of the Early 1960's. Ph.D Dissertation. University of Denver.
- Hutchcroft, P. D. (2001). Centralization and Decentralization in Administration and Politics: Assessing Territorial Dimensions of Authority and Power. *Governance*, 14(1), 23-53.
- Islam, Md. Taufiqul & Fujita, Koichi. (2012). *Dimension of Decentralization Process and Rural Local Government in India: A Comparison with Bangladesh*, Kyoto. Working Paper on Area Studies No. 130, Japan.

- Jones, G. W., & Stewart, J. D. (1983). *The Case for Local Government*. Unwin Hyman.
- Judd, C. M., Smith, E. R., & Kidder, L. H. (1991). *Research Methods in Social Relations*: Sage Publication.
- Kalirajan, Kaliappa & Otsuka, Keijiro (2010) Decentralization in India: Outcomes and Opportunities, Japan: ASARC Working Paper 2010/14. 5.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia (2015). <https://kbbi.web.id>. Dipetik pada 8 Januari, 2017.
- Karim, Abdul Gaffar (2011). Kompleksitas Persoalan Otonomi Daerah di Indonesia. Translation. *The Complexity of Local Autonomy Problems in Indonesia*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2-17.
- Kementerian Keuangan (2015). Realisasi APBN 2015 <http://www.djpbn.kemenkeu.go.id/portal/id/data-publikasi/publikasi-cetak/laporan-keuangan-pemerintah-pusat-lkpp.html> Dipetik pada 21 Januari 2016
- Kiriaghe, U. M. (2006). *The Impact of Decentralization on Health Service Delivery in Western Uganda*. ProQuest. Information dan Learning Company database.
- Kobandaha, M. (2013). *Pelaksanaan Tugas Dekonsentrasi Oleh Gubernur Kajian Penyusunan Peraturan Daerah APBD di Kabupaten Bolaang Mongodow*. Translation. Implementation of Deconcentration Duties by The Governor: Study on The Formulation of Local Law on APBD in Nolaang Mongodow Regency. *Jurnal Hukum Unsrat*, 1(5), 55-63.
- Kryzanek, Michael J. (1992). Leaders, Leadership and U.S. Policy in Latin America. Boulder, San Fransisco, Oxford: Westview Press.
- Kumorotomo, W. (2005). *Pelayanan Publik yang Efisien, Responsif dan non-Partisan, Mewujudkan Good Governance melalui Pelayanan Publik*: Translation. The Efficient Public Services, Responsive and Impartiality, Actualizing of Good Governance through Public Services. Yogyakarta: JICA-UGM-Press.
- Kuncoro, M. (2012). *Perencanaan Daerah: Bagaimana membangun ekonomi lokal, kota, dan kawasan?* Translation. Local Plan: How To Build Local Economy, City and Region? Jakarta: Salemba Empat.
- Kuncoro, M. (2014). *Otonomi Daerah: Menuju Era Baru Pembangunan Daerah*. Translation. Local Autonomy: Toward the New Era of Local Development. Surabaya: Penerbit Erlangga.
- Ladi, S. (2008). *Good Governance and Public Administration Reform*. Athens Greece: ICBSS Xenophon Paper, 25-30.
- Lane, M. R. (2014). Decentralization dan its Discontents: An ssay on class, political agency and national perspective in Indonesian politics (Vol. 508). Singapore: Institute of Southeast Asian Studies.

- Langran, I. V. (2011). Decentralization, Democratization and Health: the Philippine Experiment. *Journal of Asian dan African studies*, 46(4), 361-374.
- Livingston, W. S. (1956). Federalism and Constitutional Change. Oxford: The Clarendon Press, 1-2.
- Lukamba, M. (2015). Public Administration Reform in Central African Countries: the Way Forward. *Journal of Governance dan Regulation* 4(4), 344-346.
- Maddick, H. (1963). Democracy, Decentralisation and Development. India: Asia Publishing House.
- Martinez-Vazquez, J., & Vaillancourt, F. (2011). Decentralization in Developing Countries. Edward Elgar Publishing.
- Mason, J. (2017). Qualitative Researching: Sage Publication.
- Mawhood, P. (1983). Local Government in the Third World: The Experience of Decentralization in Tropical Africa. New York, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons Ltd. Chichester, 4-6.
- McLeod, R. H., & MacIntyre, A. (2007). Indonesia: Democracy and the promise of good governance. Singapore: Institute of Southeast Asian Studies, ISEAS.
- Mellors, C., & Copperthwaite, N. (1987). Local Government in the Community. Icsa Publications.
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2015). Qualitative Research: A guide to design and implementation. John Wiley & Sons.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2014). Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook (3 ed.). Sage Publication.
- Miller, D. C., & Salkind, N. J. (2002). Handbook of Research Design and Social Measurement. Sage Publication.
- Mills, Anne., Vaugen, J. Patrick., Smith, Duane L.,& Tabibzadeh, Iraj. (1990). Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experience. Geneva: World Health Organization.
- Minichiello, V., Aroni, R., & Hays, T. (2008). In-depth Interviewing: Principles, Techniques, Analysis. Australia: Pearson Education.
- Mulgan, G., & Albury, D. (2003). Innovation in the Public Sector. *Strategy Unit, Cabinet Office*, 1, 40. 3-4.
- Napier, C. J. (1997). *Origins of the centralised unitary state with special reference to Botswana, Zimbabwe and Namibia*. University of South Africa, 1-2.
- Nazri, C., Yamazaki, C., Kameo, S., Herawati, D. M., Sekarwana, N., Raksanagara, A., & Koyama, H. (2015). Factors influencing mother's participation in Posyandu

- for improving nutritional status of children under-five in Aceh Utara District, Aceh Province, Indonesia. *BMC public health*, 16(1), 69.
- Oates, W. E. (1972). Fiscal Federalism. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Olowo, B. (2001). Nigeria attempts a fresh start. *Metal Bulletin Monthly (UK)*, 365, 52-54.
- Omar, M. (2002). Health Sector Decentralisation in Developing Countries: Unique or Universal. Nuffield Institute for Health. UK: University of Leeds.
- Osborne, Stephen P. (2010). The New Public Governance: Emerging Perspectives on the Theory dan Practice of Public Governance. London and New York: Taylor and Francis Group.
- Ostwald, K., Tajima, Y., & Samphantharak, K. (2016). Indonesia's Decentralization Experiment: motivations, successes and unintended consequences. *Journal of Southeast Asian Economies (JSEAE)*, 33(2), 139-156.
- Painter, M. (2006). Bureaucratic Performance, Policy Capacity and Administrative Reform. In I. Marsh (Ed.), *Democratisation, Governance and Regionalism in East and Southeast Asia: a Comparative Study*. Routledge.
- Paredes, Oona Thommes (2002). *Capital, Coercive And Crime: Bossism in The Philipines, Jhon T. Sidel, Moussons* [Online] 5 I 2012 <http://mousson.revues.org/2774>. Dipetik pada 13 Oktober 2018.
- Patton, M. (2015). Qualitative Research and Evaluation Methods, Integrating Theory and Practice: The definitive text of qualitative inquiry frameworks and options. CA: Sage Publications.
- Prasojo, E. (2009). *Reformasi Kedua: Melanjutkan Estafet Reformasi*. Translation. The Second Reform: Following Up Reform Estafet. Jakarta: Salemba, 142-143.
- Purwanto, E. A. (2006). *Mewujudkan Good Governance Melalui Pelayanan Publik*. In A. Dwiyanto (Ed.), *Pelayanan Publik Partisipatif*. Translation. Actualizing Good Governance through Public Service. In *Participatory Public Service*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 179-182.
- Puskesmas Batu Putih Kabupaten Berau, K. T. (2011). <https://puskesmasbatuputihberau.wordpress.com/promkes/produk-puskesmas-batu-putih-juklak-juknis-dan-profil-profil/tahun-2011/profil-program-promkes-tahun-2011/>. Dipetik pada 4 Oktober, 2015.
- Rachmat, R. Hapsara Habib. 2014. *Filsafat, Pemikiran Dasar Pembangunan Kesehatan*. Translation. Philosophy, Principle Tought of Healthcare Development. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press. 5-6.
- Rajesh, K., & Thomas, M. B. (2012). Decentralization and Interventions in the Health Sector. *Journal of Health Management*, 14(4), 417-433.

- Rasyid, M. (2003). Regional Autonomy and Local Politics in Indonesia. In E. Aspinall & G. Fealy (Eds.), *Local Power & Politics in Indonesia: Decentralization & Democratization*: ISEAS-Yusof Ishak Institute.
- Rees, C. J., & Hossain, F. (2013). Public Sector Reform in Developing and Transitional Countries: Decentralisation and Local Governance. Routledge.
- Regmi, K., Naidoo, J., Greer, A., & Pilkington, P. (2010). Understanding the effect of decentralisation on health services: the Nepalese Experience. *Journal of health organization and management*, 24(4), 361-382.
- Riant Nugroho, D. (2002). *Otonomi Daerah, Desentralisasi Tanpa Revolusi: Kajian dan Kritik Atas Kebijakan Desentralisasi di Indonesia*. Translation. Local Autonomy, Decentralization Without Revolution: Study and Critic Over Decentralization Policy in Indonesia. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Riyanto, E. M., & Muhammad, Taufiqulhadi, T. E. (2000). *Persekutuan atau Disintegrasi*. Translation. Integration or Disintegration. Kuala Lumpur: Madani Press.
- Rondinelli, D. A., Nellis, J. R., & Cheema, G. S. (1984). *Decentralization in Developing Countries. A Review of Recent Experience* (Vol. 581). Washington DC: Word Bank, 5-12.
- Rosenbloom, D. H., & Goldman, D. D. (1989). *Public Administration: Understanding Management, Politics, and Law in the Public Sector*. New York: McGraw-Hill, 95.
- Rosidin, U. (2015). *Otonomi Daerah dan Desentralisasi*. Translation. Local Autonomy and Decentralization. Bandung: Pustaka Setia.
- Rousseau, D. M. (1985). Issues of Level in Organizational Research: Multi-level and Cross-level Perspectives. *Research in Organizational Behavior*, 7(1). 3-4.
- Savitch, H. V., & Adler, M. (1974). Decentralization at the Grass Roots: Political Innovation in New York City & London. Beverly Hills and London: Sage Publications, 5-6.
- Sawer, G. (1976). Modern Federalism. Carlton, Vic.: Pitman.
- Schmit, Leo. (2008). Indonesia Law and Society. In T. Lindsey (Ed.), *Decentralization and Legal Reform in Indonesia: The Pendulum Effect* (The Second Edision ed.). Australia: The Federation Press.
- Sciortino, R. (2007). *Perawat Puskesmas, di Antara Pengobatan dan Perawatan*. Translation. The Puskesmas Midwives in Between Curing and Caring. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 9.
- Setiawan, Dian Bakti. (2017). *Pemberhentian Kepala Daerah. Mekanisme Pemberhentian Menurut Sistem Pemerintahan di Indonesia*. Translation. Dismissal of the Head of Local Government. The Mechanism of the Dismissal in

- Accordance to Govermental System in Indonesia. Depok: PT RajaGrafindo Persada. 8-9.
- Shimomura, Y. (2004). *Asian Development Experience: The Role of Governance in Asia*. Institute of Southeast Asian Studies.
- Sidel, Jhon T. (1997). *Philippines Politics in Town, District and Province: Bossism in Cavite and Cebu*. *The Journal of Asian Studies* 56. No. 4 (November 1997). 947-966.
- Sidel, John T. (1996) *Siam and Its Twin? Democratization and Bossism in Contemporary Thailand and The Philippines*, IDS Bulletin, Vol. 27 No. 2 1996. 56-63.
- Silverman, D. (2013). Doing Qualitative Research: A practical Handbook. Sage Publications Limited.
- Smith, B. C. (1985). Decentralization: The Territorial Dimension of the State. UK: George Allen and Unwin Ltd, 1-46.
- Smoke, P. (2003). Decentralisation in Africa: Goals, Dimensions, Myths and Challenges. *Public Administration and Development*, 23(1), 7-16.
- Smoke, P., & Lewis, B. D. (1996). Fiscal Decentralization in Indonesia: A New Approach to an Old Idea. *World Development*, 24(8), 1281-1299.
- Stake, R. E. (1995). The Art of Case Study Research. Sage Publications.
- Strong, C. F. (1939). Modern Political Constitutions: an introduction to the comparative study of their history dan existing form. Sidgwick & Jackson, Limited.
- Sulaeman, E. S. (2016). *Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan, Teori dan Implementasi*. Translation. Community Empowerment on Healthcare Sector: Theory and Implementation. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 203-206.
- Sulardi & Sulistyaningsih, Tri. (2017). *Hukum Pemerintah Daerah*. Translation. Local Government Law. Malang: Inteligensia Media. 2-4.
- Sun, F. (2003). *An exploratory study of the relationship between decentralization and health system performance*. University of Alabama, Birmingham. ProQuest Information dan Learning Company database.
- Syaukani, H., Gaffar, A., & Rasyid, M. R. (2002). *Otonomi Daerah dalam Negara Kesatuan*. Translation. Local Autonomy in The Unitary State. Yogyakarta: Kerjasama Pustaka Pelajar (dan) Pusat Pengkajian Etika Politik dan Pemerintahan.
- Tella, C. M., Doho, A. W., & Bapeto, A. (2014). The Evolution, Development and Practice of Federalism in Nigeria. *Public Policy dan Administration*, 2(4), 52.

- Thoha, M. (2008). *Birokrasi Pemerintah Indonesia di Era Reformasi*. Translation. Indonesian Government Bureaucracy. Jakarta: Penerbit Kencana.
- Thomas, N. D. (2009). Understanding Regional Governance in Asia. In Governance and Regionalism in Asia. London and New York: Taylor and Francis Group, 21-22.
- Tiebout, C. M. (1956). A Pure Theory of Local Expenditures. *Journal of political economy*, 64(5), 416-424.
- UNDP. (1999). *Decentralization: A Sampling Of Definitions*, Working paper prepared in connection with the Joint UNDP Government of Germany evaluation of the UNDP role in decentralization and local governance, 2-11.
- UNDP. (2004). Public Administration Reform: Practice Note. <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/capacity-building/public-administration-reform-practice-note.html>
- Usman, S. (1998). *Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat*. Translation. Development and Society Empowerment. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Usman, S., Saad, I., Mawardi, M. S., Toyamah, N., Febrinay, V., & Wibowo, P. (2001). *Pelaksanaan Desentralisasi dan Otonomi Daerah, Kasus Tiga Kabupaten di Sulawesi Utara dan Gorontalo*. Translation. Implementation of Decentralization and Local Autonomy, The Cases of Three Regencies in North Sulawesi and Gorontalo. Jakarta: Lembaga Penelitian SMERU.
- Van der Geest, S., Speckmann, J. D., & Streefildan, P. H. (1990). Primary Health Care in a Multi-level Perspective: Towards a Research Agenda. *Social Science & Medicine*, 30(9). 1025-1026.
- VanWynsberghe, R., and Khan, S. (2007). Redefining Case Study. *International Journal of Qualitative Methods*, 6(2), 80-83.
- Wahidin, S. (2013). *Hukum Pemerintahan Daerah: Pendulum Otonomi Daerah dari masa ke masa*. Translation. Local Government Law: Local Autonomy Focus During Times. Jakarta: Pustaka Pelajar, 6-19.
- Wajong, J. (1975). *Azaz dan Tujuan Pemerintahan Daerah*. Translation. Principles and Purposes of Local Government. Jakarta: Penerbit Djambatan, 5-18.
- Wheare, K. (1968). *The Whigs in Opposition 1815-1830*. Wiley Online Library.
- White, S. (2011). Government Decentralization in the 21st Century: A report of the CSIS program on crisis, conflicts and cooperation. *Washington, DC: Centre for Strategic and International Studies*. 2.
- Widmalm, Sten. (2008). Decentralization, Corruption and Social Capital: From India to the West. New Delhi, India: Sage Publications.
- Widjaja, HAW. (2017). *Penyelenggaraan Otonomi Daerah di Indonesia*. Translation. The Implementation of Local Autonomy in Indonesia. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada. 29-30.

- Widyanti, W., Suryahadi, A., & Weatherley, K. (2008). *The state of local governance and public services in the decentralized Indonesia in 2006: Findings from the governance and decentralization survey 2 (GDS2)*. Jakarta: SMERU Research Institute Jakarta.
- Wignjosoebroto, Soetandyo. (2005). *Desentralisasi Dalam Tata Pemerintahan Kolonial Hindia-Belanda*. Translation. Decentralization in the Colonial Governmental System of Netherland Indische. Malang: Bayumedia. 14-24.
- Willmott, P. (1987). *Local Government Decentralization and Community*: Policy Studies Institute.
- Yin, R. K. (2014). Case Study Research. Design and Methods. California: Sage Publications.
- Yusoff, M. A. (2006). Malaysian Federalism: Conflict or Consensus. Penerbit Universiti Kebangsaan Malaysia.
- Zarmaili. (2010). *Desentralisasi dan Devolusi Kuasa: Kajian Kes di Daerah Jambi Negeri Jambi Indonesia*. Translation. Decentralization and Devolution Power: Case Study of Jambi Province of Indonesia. Jabatan Pengajian Pentadbiran dan Politik, Fakulti Ekonomi dan Pentadbiran, Universiti Malaya.
- Zulhilmi & Muzwardi (2016). Aceh Conflict Resolution by the Government of Indonesia. *Jurnal Ilmu Pemerintahan: Kajian Ilmu Pemerintahan dan Politik Daerah*. Vol. 1 No. Dipetik pada 1 April 2016, 158-167