

POTENSI DISKRESI *STREET LEVEL BUREAUCRAT* DI PUSKESMAS DALAM IMPLEMENTASI *UNIVERSAL HEALTH COVERAGE*: STUDI KASUS PUSKESMAS KREMBANGAN SELATAN, SURABAYA

THE POTENTIAL DISCRETION OF STREET LEVEL BUREAUCRAT AT PUSKESMAS IN UNIVERSAL HEALTH COVERAGE IMPLEMENTATION: THE CASE STUDY OF PUSKESMAS KREMBANGAN SELATAN, SURABAYA

Arief Priyo Nugroho

Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Balitbangkes RI, Surabaya

ABSTRACT

Background: Primary Health Centre may be described as street level bureaucracy that plays important role in implementing health services policy. The study aimed to analyze the threat of street level bureaucrat in Universal Health Coverage Implementation.

Methods: Michael Lipsky theory of street level bureaucrat was used to explain why Puskesmas takes central role in health policy implementation. This case study was conducted in South Krembangan, Surabaya. Observation and secondary data analysis are the main tools to identify the daily pattern of mismatch between goals and implementation, which referred to as street level bureaucrat discretion in the implementation of policy.

Results: The findings showed that there were negative discretion in implementing policy caused by over workload in providing health services. Such problems were caused by problems in human resources management and insufficiency of infrastructure.

Conclusion: Insufficient resources in Puskesmas potentially trigger medical staffs to make negative discretion in the Universal Health Coverage implementation.

Keywords: Street level bureaucrat, Policy discretion, Universal Health Coverage.

ABSTRAK

Latar Belakang: Puskesmas dapat dikatakan sebagai street level bureaucracy yang mempunyai peran penting pelaksanaan kebijakan pelayanan kesehatan. Studi ini bertujuan untuk menganalisis peluang ancaman dari *street level bureaucrat* dalam upaya implementasi *Universal Health Coverage*.

Metode: Kami menggunakan teori Michael Lipsky tentang *street level bureaucrat* untuk menjelaskan mengapa puskesmas memiliki peran penting dalam pelaksanaan kebijakan kesehatan. Studi kasus ini dilakukan di Krembangan Selatan, Surabaya. Observasi dan analisis data sekunder adalah alat utama untuk mengetahui pola sehari-hari ketidakselarasan antara tujuan dan pelaksanaan yang disebut sebagai diskresi dalam implementasi kebijakan.

Hasil: Penelitian ini menemukan bahwa ada ancaman diskresi negatif dalam melakukan implementasi kebijakan dikarenakan oleh kelebihan beban kerja dalam melakukan kewajiban pelayanan kesehatan. Hal tersebut disebabkan oleh permasalahan mengenai pengelolaan sumber daya manusia dan infrastruktur yang kurang memadai.

Kesimpulan: Kurang memadainya sumber daya di puskesmas, berpotensi memicu staff medis melakukan diskresi negatif dalam Implementasi *Universal Health Coverage*.

Kata kunci: *Street level bureaucrat*, Diskresi Kebijakan, *Universal Health Coverage*

PENGANTAR

Meminjam penamaan Michael Lipsky tentang suatu level birokrasi yang berinteraksi langsung dengan masyarakat, birokrasi puskesmas bisa dikategorisasikan sebagai *street level bureaucracy*. *Street level bureaucracy* tidak hanya menghadapi dilema antara tuntutan birokrasi yang menuntut profesionalitas, hierarkis dan kaku dengan ekspektasi masyarakat yang membutuhkan fleksibilitas dan efisiensi. Profesionalitas dan sifat hierarki birokrasi akan selalu bertentangan dengan ekspektasi masyarakat. Pertentangan itulah yang pada akhirnya membuat *street level bureaucracy* menghadapi dilema dalam melakukan implementasi sebuah kebijakan.

Sisi implementasi adalah sisi yang paling dekat dengan masyarakat dari sebuah kebijakan karena bersinggungan langsung dengan obyek dari kebijakan. Seringkali pula keberhasilan dari sebuah kebijakan bergantung pada tahap implementasinya. Sebagai apapun sebuah kebijakan dari ide, konsep, agenda setting hingga formulasi akan menjadi mentah ketika faktor implementasinya tidak diperhatikan dan dipertimbangkan. Hal ini dikarenakan pada tahap implementasi kebijakan dioperasionalkan menjadi sebuah tindakan.

Street level bureaucrat merupakan aktor utama dalam implementasi kebijakan, ia adalah variabel terpenting dalam keberhasilan suatu kebijakan. Peran strategisnya adalah dalam menjalankan kebijakan sehari-hari. Mereka etalase dari suatu birokrasi yang mampu mempengaruhi persepsi dan pan-

dangan masyarakat terhadap kebijakan yang dilakukan. Dimana hal tersebut akan bergantung atas diskresi dan interpetasi *street level bureaucrat* dalam melaksanakan suatu kebijakan.

Diskresi dan interpetasi atas kebijakan dilakukan untuk menjawab tantangan dan tuntutan dari masyarakat yang menginginkan manfaat langsung dari suatu kebijakan. Terlebih mengingat konteks masyarakat sangat bervariasi dalam pelbagai sisi, seperti pendidikan dan ekspektasi terhadap pelayanan publik yang menjadi tanggungjawab *street level bureaucracy*. Hal tersebut menuntut adanya kekhususan dalam pelaksanaan kebijakan, padahal kebijakan biasanya bersifat umum. Disitulah kemudian diskresi dan interpetasi atas suatu kebijakan menjadi keharusan bagi para *street level bureaucrat*. *Universal health coverage* yang merupakan salah satu kebijakan nasional dalam pelayanan kesehatan akan dijalankan secara operasional sehari-hari oleh para pegawai puskesmas.

Sebagai *street level bureaucrat*, ia mempunyai kewenangan interpetasi dan diskresi atas implementasi suatu kebijakan *Universal health coverage*. Ia memiliki nilai strategis karena merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan yang sekaligus titik rentan dalam sebuah implementasi kebijakan tersebut. Dalam tulisan ini ingin mencoba mengelaborasi tendensi kerentanan atas pengelolaan pelaksanaan kebijakan *Universal health coverage* di tingkat *street level bureaucracy*. Melalui pertanyaan penelitian, mengapa diskresi kebijakan yang dilakukan *street level bureaucrat* puskesmas mampu mempengaruhi implementasi kebijakan *Universal Health Coverage*? Penelitian ini mencoba menganalisa potensi penyimpangan dalam sisi implementasi kebijakan, melalui para pelaksananya yang berhadapan langsung dengan masyarakat dengan kewenangan serta kemampuan diskresi dan interpetasi kebijakan. Diskresi yang pada satu sisi bisa mendukung suatu kebijakan dan disisi lain mampu menjadi penghambat dari berjalannya suatu kebijakan pelayanan. Atas dasar itulah penelitian ini dilakukan dengan bertujuan untuk mengelaborasi penyebab potensi terjadinya diskresi kebijakan yang dilakukan *street level bureaucracy* puskesmas dalam implementasi kebijakan *universal health coverage*, terutama di Puskesmas Krembangan Selatan.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Elaborasi studi kasus pada Puskesmas Krembangan Selatan, Surabaya sebagai institusi pelayanan publik akan dijelaskan melalui teori Lipsky¹, mengenai *street level bureaucracy*. Dalam pemaparan Lipsky¹ *street level bureaucracy* adalah sebuah

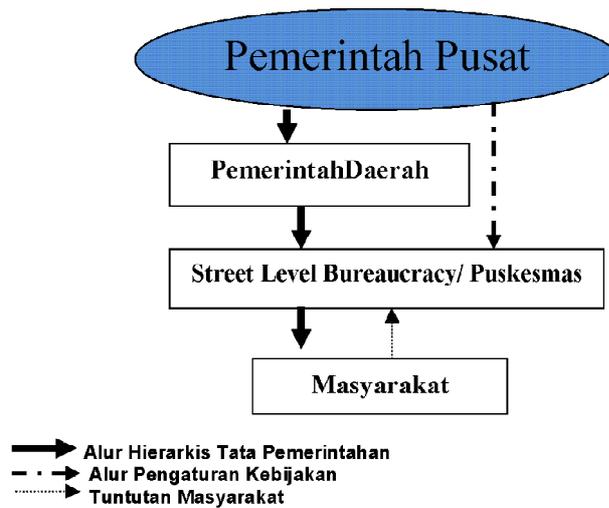
level birokrasi dari suatu institusi pelayanan publik yang berhadapan langsung dengan masyarakat dan memiliki kewenangan seperti diskresi dan interpetasi atas sebuah kebijakan. Penelitian ini meminjam terminologi Lipsky¹ atas *street level bureaucracy* untuk melacak *street level bureaucrat* pelayanan kesehatan yang sangat berpengaruh dalam pelaksanaan implementasi kebijakan kesehatan. Implementasi penting karena dalam suatu tahapan kebijakan karena memungkinkan terjadinya interpetasi atas kebijakan yang dilakukan oleh *street level bureaucrat* dalam melakukan keseharian tugas dan wewenangnya.

Secara operasional implementasi kebijakan akan dilacak melalui pengamatan keseharian dari para *street level bureaucrat* dalam melakukan pelayanan kesehatan. Pengamatan dilakukan secara acak dalam kurun waktu tiga minggu, dengan frekuensi dua kali dalam seminggu. Sedangkan untuk mendukung data observasi dilakukan kajian dokumen (analisis data sekunder) di Puskesmas Krembangan Selatan, Surabaya sebagai upaya mengetahui pola prosedural dalam suatu implementasi kebijakan yang dijalankan.

Dualisme Tata kelola Street level Bureaucrat di Era Desentralisasi

Desentralisasi adalah konsep tata pemerintahan dengan melakukan pelimpahan kewenangan dari pusat ke daerah. Di Indonesia, upaya tersebut dimaksudkan untuk peningkatan kualitas pelayanan publik di daerah. Tujuan mulia desentralisasi tersebut pada prakteknya, di Indonesia menimbulkan permasalahan dalam tata kelolanya. Masih sering terjadi saling tumpang tindih pembagian kewenangan antara pusat dan daerah meski telah ada peraturan perundang-undangan yang membagi kewenangan tersebut.

Ketidaktegasan dalam pembagian kewenangan tersebut akan menjadi sebuah dualisme dalam pelaksanaan suatu kebijakan. Sebagai *street level bureaucracy* daerah (baca: puskesmas) tidak mungkin menghindar dari pengaruh rezim tata kelola pemerintahan daerah yang ada. Pada era desentralisasi, permasalahan yang dihadapi oleh *street level bureaucracy* adalah dualisme atas tata kelola pemerintahan dari level pusat dan daerah. Era desentralisasi memang membuat Kabupaten/Kota merupakan ranah dimana kewenangan dilimpahkan tetapi pada hal tertentu kewenangan tersebut harus tidak berbenturan dengan kebijakan nasional. Pada sisi inilah *street level bureaucrat* sebagai pelaksana kebijakan mulai mendapat dua tantangan dari setiap level pemerintahan, baik pemerintah daerah hingga pusat merasa memiliki kewenangan untuk mengatur dan mengelolanya.



Gambar 1. Pola interaksi antara Pemerintah Pusat, pemerintah daerah, street level bureaucracy (Puskesmas) dan masyarakat di era desentralisasi di Indonesia. (diadaptasi dari: Nugroho, Arief Priyo. Intervensi Pemerintah Daerah Terhadap *Street Level Bureaucrat* Pelayanan Kesehatan Dasar di Era Desentralisasi. Widyariset, Vo. 15 Nomor 1, April 2012)

ini yang seringkali menjadi penyimpangan ketika kebijakan di daerah memiliki logika sendiri dan tidak memasukkan kebijakan nasional sebagai pertimbangan. Daerah merasa mempunyai kewenangan penuh atas urusan rumah tangganya sendiri. Pola semacam tersebutlah yang mempengaruhi terjadinya diskresi kebijakan.

Secara teoritis Widaningrum² memang telah menyebutkan bahwa *street level bureaucrat* memiliki karakteristik bekerja dalam rutinitas yang tak tentu dan dibawah banyak tekanan/tuntutan dari berbagai pihak. Pada konteks desentralisasi di Indonesia tuntutan tersebut datang dari tiga pihak, yaitu: Pemerintah Pusat sebagai pemegang kendali kebijakan secara nasional, pemerintah daerah yang melakukan kebijakan pada level daerah dan masyarakat yang mengharapkan pelaksanaan kebijakan yang sesuai dengan keinginan mereka. Kondisi yang dihadapi tersebut menjadikan *street level bureaucrat* cenderung dan rentan untuk melakukan suatu perubahan dalam pelaksanaan suatu kebijakan untuk disesuaikan keadaan kondisi lapangan yang mereka hadapi sehari-hari.

Sebagai bagian dari negara, pemerintah daerah dalam era desentralisasi memiliki porsi otonomi untuk mengelola urusan rumah tangganya. Otonomi

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN
Permasalahan *Street Level Bureaucrat* Puskesmas Krebangan Selatan

Tabel 1. Pencapaian Upaya Promosi Kesehatan di Puskesmas Krebangan Selatan

Promosi Kesehatan	2008				2009				2010			
	S	T	P	%	S	T	P	%	S	T	P	%
a. Frekuensi penyuluhan Umum (Publik / Kelompok)	12	12	6	50	12	12	6	50	46	46	46	100
b. Frekuensi pembinaan kesehatan di SD/MI	4	1	82	8200	4	1	82	8200	4	2	2	100
c. Frekuensi pembinaan kesehatan di SLTP/MTs	4	1	41	4100	4	4	4	100	4	2	2	100
d. Frekuensi pembinaan kesehatan di SMU/MA	4	1	23	2300	4	4	4	100	4	2	2	100
e. Frekuensi penyuluhan KRR / WUS di sekolah	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	100
f. Frekuensi penyuluhan KRR / WUS di luar sekolah	1	1	1	100	1	1	1	100	1	1	1	100
g. Jumlah konseling remaja/tahun	12	12	12	100	12	12	12	100	1	1	1	100
h. Frekuensi penyuluhan kesehatan gigi pada murid TK	2X/Th	2	30	1500	54	54	54	100	54	54	54	100
i. Demo sikat gigi masal di SD/MI	1X/Th	1	3	300	25	25	25	100	26	26	26	100

Sumber: Data Puskesmas Krebangan Selatan tahun 2008, 2009 dan 2010.

S = Sasaran
 T = Target
 P = Pelaksanaan

Data yang tertulis oleh puskesmas memperlihatkan bahwa kegiatan promosi kesehatan telah dilakukan dengan cukup baik dalam sisi target dan pelaksanaannya. Data tersebut menjadi kurang berarti ketika kuantitas dalam pelaksanaannya sangat minim jika dibandingkan dengan data penduduk pada wilayah kerja puskesmas krembangan selatan yang mencapai lebih dari 58.167 pada tahun 2010. Minimnya upaya promotif ini terlihat juga pada pengamatan yang dilakukan, puskesmas krembangan selatan setiap harinya disibukkan oleh kegiatan pengobatan atau kuratif. Hal tersebut juga dikonfirmasi pada aktifitas setiap poli yang ada, kegiatan antrian dan kesibukan hanya pada poli umum. Dimana poli tersebut seringkali memang sangat identik dengan kegiatan pengobatan.

Kegiatan penyuluhan dilaksanakan dalam satu minggu hanya tidak dilakukan secara berkelanjutan dengan intensitas yang tinggi. Penyuluhan yang ada berupa posyandu keliling, posyandu lansia. Pada pengamatan yang dilakukan terlihat intensitas kegiatan program promotif tak banyak dilakukan, hanya berkisar 2-4 kali satu bulannya dan itu tidak ditempat yang sama. Hal tersebut menjelaskan bahwa peran promotif dari Puskesmas belum dilakukan secara maksimal. Absennya fungsi promotif dari puskesmas memperlihatkan bahwa adanya diskresi dalam pengelolaan pelayanan di puskesmas. dimana sesuai keputusan menteri kesehatan No. 128/2004 tentang kebijakan dasar puskesmas mengamanatkan bahwa puskesmas merupakan institusi pelayanan dasar kesehatan yang difokuskan pada upaya promotif dan preventif. Kecenderungan atas diskresi tersebut dilakukan para *street level bureaucrat* di puskesmas karena ada beberapa latar belakang yang mendorong hal tersebut.

Pertama, konteks atas permintaan masyarakat yang lebih cenderung pada upaya kuratif. Masyarakat tak sepenuhnya memahami bahwa Puskesmas merupakan bagian pelayanan kesehatan dasar yang dititik beratkan menunjang aspek promosi dan preventif kesehatan. Terbukti pada hasil pengamatan yang dilakukan pada poli anak atau lansia yang lebih cenderung pada kegiatan promotif maupun preventif sangat sepi dari kunjungan pasien. Seolah dalam persepsi masyarakat, puskesmas adalah tempat untuk mendapat pelayanan kesehatan. Mereka tak hirau apa yang merupakan tugas dan fungsi utama Puskesmas. Bahwa puskesmas adalah sebuah wadah pelayanan kesehatan yang tidak difokuskan pada bidang pengobatan saja.

Fakta-fakta tersebut menunjukkan paradoks atas peran yang harus diambil Puskesmas. Pelayanan promotif dan preventif tetapi atas dasar tuntutan kebutuhan pelayanan kesehatan pada masyarakat

tidak hirau terhadap fungsi utamanya. Pada kasus puskesmas Krembangan Selatan, sebenarnya pada rencana kegiatan 2010 program-program penyuluhan dan hal yang bersifat promotif dan preventif berada dalam urutan prioritas masalah yang harus ditangani untuk mendukung fungsi utama puskesmas. Idealnya rencana kegiatan tersebut diterjemahkan dalam rencana kegiatan yang mendukung kegiatan promosi dan preventif. Pada realisasi dari rencana itu adalah kegiatan hanya bersifat koordinasi dan keseharian para petugas di puskesmas disibukkan dengan upaya pengobatan yang menyita waktu.

Kedua, pola diskresi atas kurangnya kegiatan promotif ini bukan hanya sebuah ketidaksengajaan. Selain faktor eksternal yang datang dari tuntutan masyarakat, ada faktor internal dalam puskesmas sendiri yang mendukung terjadinya diskresi kebijakan. Faktor itu adalah ketersediaan jumlah tenaga kerja di puskesmas. Terlihat dalam jumlah tenaga kerja serta spesifikasinya kemampuannya, secara khusus tidak ada yang mempunyai kompetensi untuk melakukan tugas promotif secara baik. Jenis sumber daya dengan jumlah yang lebih memadai untuk kegiatan kuratif, seperti tenaga dokter umum, dokter gigi, bidan dan keperawatan. Kenyataan ini ditambah dengan sumber daya manusia dari puskesmas yang kurang memadai. Perbandingan antara penduduk dan tenaga kesehatan tidaklah berimbang. Dimana jumlah penduduk yang menjadi area tugas Puskesmas Krembangan Selatan adalah 58.167 jiwa. Jumlah tersebut jika dibandingkan dengan jumlah tenaga kesehatan yang ada jelas kurang memadai, terlebih puskesmas menjalankan tiga fungsi sekaligus, yaitu, promotif, preventif dan kuratif.

Tabel 2. Jumlah Tenaga Kerja Puskesmas Krembangan Selatan tahun 2010

No	Pendidikan	Jumlah
1	S-1 Kedokteran Umum	4
2	S-1 Kedokteran Gigi	3
3	S-1 Kesehatan Masyarakat	1
4	S-1 Teknik Informatika	1
5	S-1 Teknik Lingkungan	1
6	S-1 Farmasi	1
7	D-III Keperawatan	8
8	D-III Gizi	1
9	D-III Kebidanan	7
10	D-III Perekam Medik	1
11	D-III Analis	1
12	P2B	1
13	D – I Administrasi	1
14	SPK	1
15	SPRG	1
16	SAA	1
17	SPKU Pers	2
18	SLTA	7
19	SLTP	1
20	SD	2
Total		46

Pada pengamatan yang dilakukan ditemukan juga, setiap pegawai puskesmas memiliki beban ganda dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, bahkan beberapa ada yang diluar dari kapasitas dan latar belakang pendidikannya. Terlihat bagaimana pegawai laboratorium juga diikutkan dalam kegiatan promosi kesehatan dikarenakan alasan kekurangan penyuluh. Hal tersebut ditambah beban tanggung jawab administrasi yang melekat pada setiap pegawai puskesmas. Keadaan seperti inilah membentuk konteks implementasi kebijakan yang akhirnya mendorong kecenderungan diskresi kebijakan.

Pola perilaku *street level bureaucrat* puskesmas tersebut tidak datang terjadi begitu saja. Sebuah kebijakan selalu terbentuk atas sebuah lingkungan atau konteks kebijakan yang memang mengharuskannya³. Pada konteks kebijakan, dimana diimplementasikan menjadi suatu stimulus terciptanya diskresi atas kebijakan. Latarbelakang keterbatasan sumber daya manusia menjadikan suatu dorongan atas dilakukannya diskresi tersebut. Mengingat, promotif adalah kegiatan yang membutuhkan dukungan sumber daya manusia yang memadahi dengan ditunjang anggaran yang memadahi dikarenakan kegiatan promosi yang baik harus dilakukan secara berkelanjutan dengan frekuensi yang tinggi. Atas dasar konteks tersebut pilihan logis jika puskesmas cenderung memilih melakukan kegiatan kuratif. Dimana kegiatan kuratif telah mendapat dukungan sumber daya yang lebih memadahi.

Jadilah apa yang dipraktikkan di Puskesmas Krembangan Selatan menjadi suatu keniscayaan, yaitu kegiatan para pekerja puskesmas yang merupakan contoh dari para *street level bureaucrat* yang lebih cenderung menyibukkan diri pada program kuratif dikarenakan atas kewajiban tugas dan fungsi yang berlebih dan tuntutan masyarakat. Terlebih konteks implemetasi kebijakan di daerah dibungkus dalam pola desentralisasi, menjadikan program yang bersifat kuratif sangat didorong oleh pemerintah daerah⁴.

Pada era desentralisasi kewenangan dalam pelayanan kesehatan yang diambil alih oleh pemerintah daerah melalui UU No. 32/2004. Hal tersebut menjadikan semakin rumit dalam implementasi kebijakan kesehatan yang berskala nasional. Daerah selalu memiliki logika dan merasa memiliki otonomitas sendiri dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Konteks daerah yang demikian, dipersulit dengan logika pengelolaan kebijakan kesehatan dari pemerintah pusat yang masih bergaya sentralisasi⁵. Daerah merasa telah memiliki kewenangan untuk mengatur puskesmas yang merupakan lokus pengaturannya dan pemerintah pusat juga merasa memiliki kewajiban mengelola puskesmas sesuai pengaturan

yang telah dikeluarkannya.

Perbedaan persepsi kedua institusi negara tersebut menjadikan tumpang tindih pengaturan dalam bidang pelayanan kesehatan menjadi tidak terhindarkan. Ditemukan dua pengaturan puskesmas yang berbeda dan bertolak belakang. Pada satu sisi pemerintah kota Surabaya mendorong puskesmas untuk lebih melayani pengobatan melalui kegiatan pertanggungjawaban yang rutin dilakukan⁵. Disisi lain, peraturan menteri kesehatan mengamanatkan pola promotif dan preventif yang harus dikedepankan puskesmas. Menjadi terlihat bahwa setiap aktor dalam tata kelola pemerintahan desentralistis menjadi relatif otonom dari pihak lain. Pada kasus Indonesia, pemerintah daerah yang merupakan salah satu dari aktor tersebut malah cenderung terlalu otonom dan seringkali tidak mengindahkan kebijakan secara nasional.

Pada akhirnya di era desentralisasi dan otonomi daerah, permasalahan kebijakan nasional berkuat pada sisi implementasinya. Padahal sisi implementasi tersebut sangatlah penting karena pada tataran inilah suatu kebijakan akan terlihat bagaimana ia mampu mengatasi permasalahan yang ada di masyarakat secara menyeluruh. Ketidklancaran dalam tahapan implementasi membuat tujuan dari kebijakan tersebut tidak sepenuhnya tercapai. Disitulah mengapa diskresi kebijakan yang dilakukan para pelaksana kebijakan atau *street level bureaucracy* dalam mengintepretasikan kebijakan bisa menjadi suatu ancaman sekaligus tantangan dalam penerapan suatu kebijakan.

Pada kasus yang terjadi di puskesmas Krembangan Selatan, Surabaya, diskresi atas kebijakan terlihat bagaimana suatu program dilaksanakan tetapi sebenarnya agak bertentangan dengan fungsi puskesmas yang sebenarnya. Data profil dan pertanggungjawaban puskesmas memang memperlihatkan bagaimana mereka mencoba berupaya menjalankan fungsi utamanya. Pada operasional pelayanan di puskesmas dalam kesehariannya telah tersita waktunya dalam melakukan fungsi lainnya. Hal tersebut disebabkan oleh banyaknya tugas dan fungsi yang harus dijalankan oleh pegawai puskesmas. Oleh karena itu, beban atas tugas dan fungsi yang melebihi kemampuan menjadikan diskresi kebijakan dilakukan untuk mengurangi beban tersebut.

PEMBAHASAN

Tantangan dan Ancaman Implementasi *Universal Health Coverage* Masalah Lama *Street Level Bureaucracy*

Tenaga kesehatan Puskesmas dalam kesehariannya menghadapi dilema dalam pelaksanaan pelayanan publik. Selain harus mampu memenuhi

ekspektasi masyarakat yang ia layani, ia juga harus berada dalam aturan tertentu yang seringkali menjadi faktor penghambat untuk memenuhi ekspektasi tersebut. Dilema itu yang mengharuskan para *street level bureaucrat* melakukan interpetasi dan diskresi dalam menghadapi tuntutan masyarakat. Interpetasi dan diskresi tersebut dilakukan secara terus menerus sehingga menjadi kebiasaan dari sebuah pelayanan kesehatan¹, selain karena tuntutan tersebut juga menambah beban kerja dalam melakukan tugas dan fungsinya. Pada kajian Widaningrum², hal tersebut terlihat bagaimana setiap tenaga kesehatan di puskesmas seperti bidan yang merupakan *street level bureaucrat* merasa beban kerja yang tinggi dengan kapasitas yang kurang memadai. Faktor itulah yang mengakibatkan *street level bureaucrat* selalu melakukan *exercise* dalam operasional kebijakan dengan diskresi dan interpetasi individu, kemudian menjadi rutinitas dan kebiasaan yang dilakukan dalam melakukan pelayanan kepada masyarakat.

Pada rutinitas pelayanan kesehatan yang dilakukan Puskesmas, terdapat indikasi penyimpangan dalam implementasi kebijakannya. Peraturan Menteri Kesehatan No: 128/Menkes/SK/II/2004 menjelaskan bahwa upaya kesehatan wajib yang harus dilakukan pertama kali oleh puskesmas adalah upaya promosi kesehatan. Pada pelaksanaannya program kuratiflah yang lebih menyita waktu dari keseluruhan kegiatan di Puskesmas. Penyimpangan atas tujuan tersebut tak sekedar atas diskresi dan interpetasi dari tenaga kesehatan di Puskesmas. Penyimpangan tersebut dikarenakan beberapa faktor, yaitu dari internal dan eksternal. Dari internal fasilitas dan tenaga kesehatan yang masih belum mencukupi. Adapun faktor eksternalnya ialah tuntutan dan ekspektasi masyarakat atas pelayanan kesehatan yang diberikan. Dimana tuntutan itu seringkali terbentur dengan terbatasnya kapasitas puskesmas untuk dapat merespon dengan cepat ekspektasi tersebut.

Permasalahan yang dialami para petugas pelayanan publik dalam menghadapi masyarakat sebenarnya bukan hal yang baru. Tantangan atas pelayanan yang berhadapan dengan masyarakat selalu berkisar atas kekurangan tenaga, struktur birokrasi yang kurang tanggap dan tuntutan masyarakat yang sangat variatif. Pada era desentralisasi dimana berasumsi mendekatkan pelayanan kesehatan untuk mampu menangkap kebutuhan masyarakat ternyata juga tak terlalu berdampak pada kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan. Sebaliknya, pemerintah daerah seringkali memanfaatkannya untuk membajak implementasi kebijakan nasional mengenai pelayanan kesehatan dasar di puskesmas⁶. Di era desentralisasi, seringkali pemerintah daerah memanfaatkan

isu kesehatan untuk menjadi komoditi politik di masyarakat⁴. Komoditi yang potensial menjadi kebijakan populer karena bersinggungan langsung dengan masyarakat dimana hal tersebut akan memiliki kecenderungan berbentuk program-program kuratif. Program kuratif dipilih karena mampu dilakukan secara cepat, langsung berdampak terhadap masyarakat dan kejelasan dalam pengukuran tingkat keberhasilannya.

Kesehatan adalah isu paling banyak digunakan dipelbagai daerah untuk menaikkan tingkat "popularitas". Indikasi bahwa program yang ada adalah kebijakannya selalu bersifat jangka pendek dan berpola pemberian bukan pemberdayaan memperkuat asumsi bahwa penggunaan isu kesehatan demi kepentingan politis. Pola tersebut pada akhirnya tidak berdampak secara signifikan terhadap kualitas kesehatan masyarakat secara menyeluruh. Sebaliknya, pola yang dilakukan tersebut hanya menimbulkan ketergantungan masyarakat terhadap pemerintah daerah. Masyarakat tidak diberi pembelajaran atas bahwa kemandirian dan kesedasaran atas kualitas kesehatannya sendiri sangatlah penting. Beban atas pemberdayaan masyarakat itulah yang seharusnya dilakukan oleh Puskesmas karena domain utamanya adalah promotif dan preventif kesehatan.

Atas konteks tersebutlah menjadi jelas alasan mengapa diskresi selalu dilakukan oleh *street level bureaucrat* di daerah, terutama puskesmas. Disamping adanya kelebihan beban pekerjaan yang harus ditangani, sebagai institusi yang berada dibawah kendali pemerintah daerah, maut tak mau pola pelayanan yang mereka berikan akan "d disesuaikan" kepentingan masing-masing daerah. Terlebih para *street level bureaucrat* ini memang bertanggung jawab kepada pemerintah daerah, bukan kepada pemerintah pusat. Dimana pemerintah daerah lebih mementingkan pelayanan kuratif yang selain populis tetapi juga lebih memberi pemasukan pendapatan dibanding mengembangkan program promotif dan preventif⁷.

Universal Health Coverage: Jawaban Sekaligus Pertanyaan

Mudahnya penyimpangan kebijakan nasional dalam pengelolaan puskesmas menjadi indikasi awal atas potensi penyimpangan program *universal health coverage*. Kecenderungan ini bukannya tanpa alasan. Undang-undang pemerintah daerah No. 32/2004 memang telah mendelegasikan kewenangan pelayanan kesehatan terhadap daerah, dimana dalam realisasi menjadi terlalu otonom dan tidak mengindahkan kebijakan nasional.

Kebijakan yang sangat prospektif bagi pemerintah daerah karena akan lebih populer. Mengingat

telah banyak upaya serupa dalam level daerah. Banyak daerah berlomba menerapkannya dengan pelbagai nama namun dengan satu kesamaan, yaitu memberikan pelayanan kesehatan gratis. Pada kebijakan *universal health coverage* akan menjadi sangat populis dan dengan mudahnya didukung dan dilaksanakan oleh pemerintah daerah.

Potensi atas populisnya kebijakan tersebut memang sangat besar tetapi bagaimanapun titik krusial implementasinya pada *street level bureaucracy*, yaitu puskesmas dan para pegawai puskesmas yang merupakan *street level bureaucrat*. Telah dikemukakan bahwa dalam kesehariannya, dengan konteks internal seperti keterbatasan sumber daya manusia dan fasilitas membuat kecenderungan yang cukup besar diskresi atas setiap kebijakan pelayanan yang dilakukan. Padahal pada konteks eksternal, setiap harinya mereka (*street level bureaucrat*) menghadapi tuntutan masyarakat atas pelayanan yang sangat beragam. Kedua konteks tersebut menjelaskan bagaimana antara sisi kapabilitas dan kapasitas tidak sebanding dengan beban kerja yang harus dilakukan. Studi di Kota Jogjakarta yang dilakukan Akademis Jurusan Politik dan Pemerintahan dan Bagian Organisasi Sekretariat Daerah Kota Yogyakarta tentang visibilitas pelaksanaan rumah sakit tanpa kelas untuk mendukung *universal health coverage* mengindikasikan hal serupa⁸. Ada ketimpangan antara pemberi pelayanan dan penerima pelayanan kesehatan yang akan menjadi titik lemah dalam pelaksanaan *universal health coverage*.

Pemerintah daerah memang akan memiliki kendali penuh atas pelaksanaan dan pengawasan kebijakan. Pemerintah daerah dapat memberi tekanan cukup besar bagi *street level bureaucrat* di puskesmas untuk melaksanakan sekaligus mengawasinya. Tetapi ada hal penting yang perlu di garisbawahi, dalam konsepsi Lipsky, *street level bureaucrat* memiliki "kewenangan" dalam menginterpetasikan dan melakukan diskresi dalam pelaksanaan kebijakan sehari-harinya. Pada titik inilah kerawanan dan ancaman atas pelaksanaan *universal health coverage* berada. Selain menjadi jawaban atas pembiayaan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, *universal health coverage* memunculkan pertanyaan atas seperti apa seharusnya implementasinya untuk meminimalisir diskresi yang tidak diharapkan.

Faktor eksternal seperti tata pemerintahan desentralistis dalam konteks kebijakan umum pelayanan kesehatan dasar yang harus dilakukan oleh puskesmas memang mengganggu pelaksanaan memang tidak akan banyak terjadi. Akan tetapi faktor internal dari puskesmas tersebut sebagai *street level*

bureaucracy itulah yang akan menjadi titik paling rawan. Dalam studi kasus dilakukan, bahwa puskesmas masih memiliki problem yang cukup besar dalam sisi sumber daya dan sarana serta prasarana. Dengan tugas dan fungsi puskesmas sebelum dilakukannya *universal health coverage*, sebagai institusi pelayanan kesehatan yang berinteraksi dengan masyarakat telah mengalami beban kerja melebihi dari kapasitasnya. Dimana kelebihan tersebut memang akan semakin menambah kecenderungan para *street level bureaucrat* di puskesmas untuk melakukan diskresi kebijakan, guna menghadapi tantangan beban kerja yang ada.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kecenderungan diskresi negatif atas pelaksanaan kebijakan skala nasional terlihat bagaimana setiap tujuan dari kebijakan nasional selalu dilakukan dengan cara yang berbeda oleh para *street level bureaucrat* pada proses implementasi. Konteks atas permasalahan inilah yang seringkali diabaikan dalam perumusan kebijakan, yaitu tidak mengindahkan sisi implementasi pelayanan kesehatan yang masih terkendala oleh faktor permintaan masyarakat dan kekurangan sumber daya manusia serta sarana dan prasarana. Kedua kendala inilah yang menjadikan diskresi dalam implementasi suatu kebijakan akan semakin besar. Hal inilah yang perlu menjadi perhatian serius dalam suatu kebijakan nasional seperti *universal health coverage*.

Apa yang menjadi perilaku para *street level bureaucrat* di puskesmas menjadi sebuah pertanda. Setiap kebijakan nasional yang akan dilakukan dan diimplementasikan pasti mengalami diskresi kebijakan. Hal ini akan menjadi ancaman sekaligus tantangan bagi pemerintah pusat dalam mengupayakan *universal health coverage*. Pemahaman atas konteks pentingnya *street level bureaucrat* dalam tahap implementasi kebijakan perlu mendapat perhatian serius. Ia merupakan ancaman dan tantangan yang harus dikelola.

Tanpa memperhatikan sisi implementasi, kebijakan untuk mencapai *universal health coverage* akan sulit membuahkan hasil yang maksimal. *Universal health coverage* yang mencoba untuk memberikan jaminan atas pelayanan kesehatan akan tidak mampu menjangkau seluruh masyarakat yang membutuhkan, terutama pada kebutuhan pelayanan dasar kesehatan yang disediakan puskesmas.

Sebagai upaya meminimalisir kecenderungan tersebut selain harus adanya upaya penambahan fasilitas serta sumber daya manusia di puskesmas, diperlukan juga upaya sebuah penataan ulang tata

organisasi puskesmas sebagai *street level bureaucracy* dalam bidang kesehatan dasar. Penataan ulang tersebut harus ditujukan untuk menambah efektivitas dan efisiensi dalam melakukan pelayanan kesehatan pada masyarakat. Hal awal untuk meningkatkan hal tersebut dapat dilakukan dengan pemisahan tata kewenangan dalam melakukan tugas dan fungsi yang tegas baik itu dalam intern institusi puskesmas itu sendiri. Selama ini masih ada tumpang tindih kewenangan dalam bidang pelayanan kesehatan yang mengakibatkan kebijakan tidak efektif dan efisien. Pemisahan yang tegas tersebut memungkinkan adanya spesialisasi tugas dan fungsi antara para *street level bureaucrat* untuk mengurangi beban kerja.

Upaya tata ulang organisasi puskesmas sebagai institusi pelayanan kesehatan, juga harus diikuti dengan pemisahan kewenangan pada level pemerintah daerah dan pusat yang jelas. Selama ini perbedaan atau jarak kebijakan yang ada di level nasional dan daerah menjadi tata kelola pelayanan kesehatan menjadi tidak jelas. Ketidakjelasan pemisahan fungsi diantara institusi negara merupakan sumber atas beban kerja puskesmas yang terlalu besar. Hal yang pada akhirnya mengakibatkan kurang efektifnya penyediaan serta pengelolaan sumber daya manusia dan infrastrukturnya. Sebab atas tidak maksimalnya puskesmas dengan *street level bureaucrat*-nya memiliki peran cukup vital dalam pelayanan kesehatan, terutama pelayanan dasar kesehatan.

REFERENSI

1. Lipsky, Michael. *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation; 2010.
2. Widaningrum, Ambar. *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of Providers in Health Center*. Department of Public Administration, Faculty of Social and Political Sciences, Gadjah Mada University, Indonesia. (diakses pada tanggal 03 November 2011). Diambil dari: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/EROPA/UNPAN027473.pdf>
3. Santoso, Purwo. *Analisa Kebijakan Publik*. Yogyakarta: PolGov Jurusan Politik dan Pemerintahan UGM; 2010.
4. Razak, Amran. *Kesehatan Gratis Sebagai Komoditi Politik: Suatu Tinjauan Prospektif Pembiayaan Kesehatan*. Jurnal Madani FKM UMI. 2008; 1(2); 67-78.
5. Trisnantoro L, editors. *Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2007-2009: Mengkaji Pengalaman dan Skenario Masa Depan*. Yogyakarta: BPFE; 2009.
6. Nugroho, Arief Priyo. *Intervensi Pemerintah Daerah Terhadap Street Level Bureaucrat Pelayanan Kesehatan Dasar Di Era Desentralisasi*. Jurnal WidyaRiset. 2012 Apr; 15(1): 207-216.
7. Kritiansen, Stein & Santoso, Purwo. *Surviving decentralization? Impacts of regional autonomy on health service provision in Indonesia*. Health Policy Journal. 2006 July; 77: 247-259.
8. Bayo, L Novadona dkk. *Kajian Akademis Penguatan Kapasitas Puskesmas Kota Yogyakarta*. JPP Fisipol UGM & Setda Kota Yogyakarta. (Laporan Penelitian). Yogyakarta. 2012.