



SEHAT ITU HAK

**PANDUAN ADVOKASI
MASALAH KESEHATAN MASYARAKAT**



SEHAT ITU HAK

PANDUAN ADVOKASI
MASALAH KESEHATAN MASYARAKAT

Tim Penyusun & Penyunting

Roem Topatimasang

Wilarsa Budiharga

Toto Rahardjo

Ahmad Mahmudi

Yoga Atmaja

Handoko Soetomo

Ayi Bunyamin

Hambali

Kontributor

Mardiati Nadjib

Prastuti Soewondo Chusnun

Mahlil Rubi

Laura Mayanda

Ede Surya Darmawan

Donatus K Marut

Etik Mei Wati

Katalog Nasional Dalam Terbitan (KDT)

Topatimasang, Roem, et.al. (eds)

SEHAT itu HAK : Panduan Advokasi Masalah Kesehatan Masyarakat

Koalisi Untuk Indonesia Sehat-INSIST, 2005

218 halaman, i-xviii, 19 X 24,5 cm, bagan, daftar pustaka

ISBN 979-3457-41-4

1. Kesehatan 2. Advokasi 3. Panduan I. Judul

2005 KuIS & INSIST

Cetakan pertama, Januari 2005

Semua bahan dalam buku ini dapat digandakan
untuk kepentingan pendidikan rakyat,
asalkan menyebut sumbernya.

Rancang Sampul: Martopo Waluyono

Tata Letak: Beta Pettawaranie; Yoga Atmaja; & Marhaban Anwar

Foto-foto: Beta Pettawaranie, Yoga Atmaja, & KuIS

Ilustrasi: Ikwan

Penyelarasan akhir: Puthut EA

Diterbitkan oleh: **Koalisi untuk Indonesia Sehat**
Indonesian Society for Social Transformation (INSIST)
Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan, FKM Universitas Indonesia
Dengan bantuan teknis dari **Johns Hopkins Bloomberg**
School of Public Health Centre for Communication Programs
dan bantuan dana dari **USAID**.

Koalisi untuk Indonesia Sehat (KuIS)

Gedung Tifa, Lt.5

Kuningan Barat 26, Jakarta 12710, Indonesia

Tel. +62 21 5262412; Fax. +62 21 5262410

e-mail: koalisi@koalisi.org

www.koalisi.org

Indonesian Society for Social Transformation (INSIST)

Sekip Blimbingsari CT IV/38, Yogyakarta 55281, Indonesia

Tel/Fax. +62 274 541602

e-mail: insist@insist.or.id

www.insist.or.id



PUSAT KAJIAN EKONOMI DAN
KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA



Ucapan Terimakasih

- ♦ Terutama bagi teman-teman di jaringan Koalisi untuk Indonesia Sehat (KulS) di Kabupaten/Kota Jambi, Lampung Tengah, Lampung Selatan, Jakarta, Bogor, Sumedang, Bandung, Yogya, Kediri, Mojokerto, Pamekasan, Mataram, Sumbawa, Dompu, Bima dan Banjarmasin yang selama ini mulai mengupayakan advokasi kesehatan. Atas dasar semangat merekalah buku ini kami susun.
- ♦ Yang tak dapat kami lupakan, teman-teman fasilitator KulS, Syarifuddin, Azhar Zaini, Herdi Mansyah, Asep M. Mulyana dan Zakaria di 16 Kabupaten/Kota tersebut yang pernah terlibat dan berproses bersama Tim Fasilitator REMDEC-INSIST sejak awal 2004. Buku ini sebenarnya berisi pengalaman hasil pergulatan bersama mereka.
- ♦ Para rekan dari Pusat Kajian Ekonomi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia: Dr. Drg. Mardiaty Nadjib, MSc., Prastuti Chusnun Soewondo, SE MPH PhD, dr. Mahlil Rubi, M.Kes, dr. Laura Mayanda, M.Kes dan Ede Surya Darmawan, SKM MDM, yang dengan terbuka menyumbangkan banyak data, informasi dan pengetahuan mereka yang luar biasa mengenai kesehatan masyarakat Indonesia.
- ♦ Dewan Eksekutif KulS: Firman Lubis, Rizali Nasution, Parulian Simanjuntak dan Tom Malik, atas sumbangan-sumbangan pemikiran yang cemerlang ketika buku ini digagas.
- ♦ Rekan-rekan di Sekretariat KulS: Fajar A. Budiman, Nurhanita (Onit) dan kawan-kawan yang dikoordinasi oleh Tini Hadad yang telah menyediakan banyak bahan dan membantu kelancaran teknis penyusunan buku ini.
- ♦ Buku ini pada dasarnya adalah hasil karya mereka semua namun tanggungjawab isi tetap pada para penyunting.

Pengantar Ketua Dewan Eksekutif Koalisi untuk Indonesia Sehat

Kerja advokasi kesehatan adalah suatu proses yang tak pernah berhenti berkembang, terutama di era desentralisasi dan demokratisasi di mana proses pengambilan keputusan lebih melibatkan masyarakat. Dari pengalaman melakukan beberapa upaya advokasi kesehatan, masih terasa kurangnya materi yang dapat digunakan sebagai referensi sekaligus untuk mengembangkan kapasitas para pelaku advokasi. Maka, buku ini sebagai sebuah catatan dari pengalaman kerja advokasi, kami harapkan dapat menjadi salah satu instrumen pelengkap kerja advokasi kesehatan yang dilakukan oleh rekan-rekan dari berbagai kalangan, baik LSM, organisasi massa, asosiasi profesi, dan lain-lain.

Gagasan dan materi dalam buku ini disumbangkan oleh rekan-rekan dari beragam profesi dan keahlian, mulai dari para akademisi, fasilitator sampai pelaku advokasi, hingga diharapkan dapat mencakup semua aspek yang perlu dibahas dalam menjalankan advokasi. Selain itu, menyadari kebutuhan bahwa suatu referensi harus mudah dimengerti serta diserap, maka buku ini disusun dengan struktur dan bahasa yang lugas. Uraian langkah demi langkah dalam setiap tahapan proses advokasi diharapkan akan mempermudah pemahaman pembacanya, bahkan bila diperlukan dapat menjadi panduan praktis dalam perencanaan dan pelaksanaan kerja.

Sekali lagi, menyadari bahwa kerja advokasi adalah suatu proses yang terus berkembang, maka inisiatif pembuatan buku ini bukanlah upaya untuk membuat sebuah standar tertentu, tapi semata-mata merupakan keinginan berbagi pengalaman untuk memperkaya proses tersebut.

Januari 2005,

Firman Lubis

Ketua Dewan Eksekutif Koalisi untuk Indonesia Sehat

Pengantar *Team Leader*
Koalisi untuk Indonesia Sehat

SEHAT ITU HAK

“Setiap manusia berhak hidup sehat.”

Hak setiap orang untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan sebenarnya telah dijamin dalam konvensi global maupun hukum nasional Indonesia. Namun bila kita refleksikan kembali, hak masyarakat dan warga Negara untuk mendapatkan perlindungan dan pelayanan kesehatan –sebagai bagian dari hak asasi manusia—masih sering terabaikan. Karena itu, sudah saatnya masyarakat, DPR, pemerintah dan Negara memperjelas komitmen terhadap perjuangan untuk mencapai tatanan yang lebih baik, adil dan menjamin terpenuhinya hak tiap warga negara. Untuk itu perlu dikembangkan mekanisme agar kebutuhan masyarakat tersebut didengarkan, diperhatikan dan diperhitungkan secara bersungguh-sungguh, terutama saat penentuan kebijakan-kebijakan publik yang menyangkut hajat hidup dan kemaslahatan umum warga negara.

Masalah Kesehatan di Indonesia adalah masalah yang kompleks dan saling terkait dengan struktur-struktur lain. Hal ini menyangkut kebijakan-kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah, terutama dari sektor kesehatan. Pengalaman mencoba merintis program advokasi masalah kesehatan masyarakat di 16 kabupaten dan kota di seluruh Indonesia selama setahun terakhir, menyadarkan kita bahwa banyak keterbatasan dan kekurangan dalam proses advokasi masalah kesehatan. Karena itu saya sangat menyambut kehadiran buku ini, karena buku ini memberi ruang bagi perenungan lebih

mendasar tentang fungsi dan peran advokasi di masa mendatang. Dalam konteks transformasi sosial, isi buku ini menyediakan kemungkinan baru peran-peran kritis yang lebih substansial bagi para pelaku advokasi masalah kesehatan masyarakat yang menginginkan perubahan. Selain sebagai proses belajar hidup yang tak ada henti-hentinya, advokasi diharapkan juga menciptakan relasi lingkungan yang lebih adil, serta melahirkan sistem yang lebih demokratis.

Dengan demikian, langkah strategis terpenting adalah justru menciptakan proses advokasi yang partisipatif dan demokratis, sekaligus menciptakan ruang bagi proses belajar untuk menjadi diri mereka sendiri. Jika demokratisasi terjadi, akan lahir masyarakat otonom dan demokratis pula. Proses advokasi yang demokratis akan melahirkan masyarakat yang demokratis, dan akhirnya akan menyumbangkan lahirnya bangsa yang demokratis pula. Salah satu harapan dari adanya buku panduan ini adalah untuk membantu pelaku advokasi kesehatan, terutama di tingkat kabupaten dan kota, melaksanakan kerja-kerja advokasi mereka secara lebih sistematis dan efektif.

Akhirnya, Perlu kita tetapkan kembali sekali lagi, agar bumi Indonesia menjadi tempat yang memang sehat, nyaman, aman, dan merdeka bagi penghuninya.

Januari, 2005

Tini Hadad

Team Leader Koalisi untuk Indonesia Sehat

DAFTAR ISI

PENGANTAR KETUA DEWAN EKSEKUTIF KOALISI UNTUK INDONESIA SEHAT	vii
PENGANTAR <i>TEAM LEADER</i> KOALISI UNTUK INDONESIA SEHAT	ix
DAFTAR ISI	xi
PENDAHULUAN	xiii
MODUL 1 ■ PENJAJAKAN WILAYAH & ISU ADVOKASI	1
MODUL 2 ■ PERENCANAAN ADVOKASI	43
MODUL 3 ■ ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN	81
MODUL 4 ■ PELAKSANAAN ADVOKASI 137	
MODUL 5 ■ SISTEM PENDUKUNG ADVOKASI 173	
DAFTAR PUSTAKA 215	

PENDAHULUAN

Jika anda tidak percaya bahwa sedang terjadi masalah kesehatan yang dapat melahirkan bencana secara berkelanjutan di negeri ini, lekas-lekaslah tutup buku ini.

Melakukan advokasi sesungguhnya adalah mempersoalkan hal-hal yang berada di balik suatu kebijakan publik. Oleh karena itu, secara tidak langsung kita mencurigai adanya bibit ketidakadilan yang tersembunyi di balik suatu kebijakan resmi, beserta turunannya. Sebetulnya turunan persoalan dasar ini berasal dari **isi hukum** (*content of law*); yakni uraian atau penjabaran tertulis dari suatu kebijakan yang tertuang dalam bentuk perundang-undangan, peraturan-peraturan, dan keputusan-keputusan pemerintah; **tata laksana atau struktur penyelenggaraan kekuasaan negara**, baik itu legislatif, eksekutif, yudikatif (*structure of law*); serta **kesadaran, perilaku masyarakat dan penyelenggara negara dengan pelbagai konflik kepentingannya** (*culture of law*) yang seringkali tidak menguntungkan masyarakat banyak. Premis tersebut berlaku pula untuk kebijakan publik di bidang kesehatan.

Saat ini, kebijakan pembangunan kesehatan mengalami pergeseran paradigma dari pendekatan kebutuhan (*need*) ke arah pendekatan berlandaskan hak (*rights based*). **Kesehatan adalah hak azasi**, maka negara berkewajiban untuk memenuhinya bagi setiap warganya. Sebagai warga dunia di mana pun berada, setiap orang berhak atas akses pada pelayanan kesehatan dan kontrol terhadap kebijakan-kebijakan kesehatan yang menyangkut kepentingan rakyat banyak (*public goods and services*). Masalah kesehatan ini telah dijamin dan menjadi kesepakatan global yang dituangkan dalam Deklarasi Umum Hak-hak Azasi Manusia (DUHAM) dan konvensi-konvensi di bawahnya seperti: Konstitusi

WHO 1946, Deklarasi Alma Ata 1978, Deklarasi Kesehatan Dunia 1998. Bahkan pada Penjelasan Umum (*General Comments*) No.14/2000 Kovenan Hak-hak Ekonomi, Sosial dan Budaya, secara khusus ditegaskan hak-hak atas perawatan dan pelayanan kesehatan. Lebih lanjut kesepakatan-kesepakatan yang menyangkut tentang kesehatan sebagai hak dasar ini juga dituangkan dalam Tujuan Pembangunan Milenium (*Millenium Development Goal*, MDG).

Indonesia ikut menandatangani kesepakatan global tersebut, sehingga secara politik dan yuridis terikat oleh mandat-mandat global tersebut. Implikasinya, setiap kelalaian yang dilakukan negara merupakan pelanggaran hak-hak azasi manusia terhadap warganya. Implikasi yang lain dari penandatanganan MDG adalah jika Indonesia tidak menjalankan maka dapat dikenai sanksi internasional.

Indonesia wajib mengimplementasikan MDG di berbagai sektor, nasional maupun daerah. UU No 22/1999 tentang otonomi daerah, esensinya adalah pelimpahan wewenang pemerintah pusat kepada daerah, termasuk kewenangan dalam perencanaan dan pembangunan kesehatan. Proses pelimpahan kewenangan itu di dalam prakteknya melahirkan kerumitan, karena adanya tarik-menarik berbagai kepentingan antar wilayah dan sektor. Kondisi ini semakin bertambah kompleks karena carut-marutnya penyelenggaraan negara di antara para pejabat legislatif, eksekutif dan yudikatif. Akibat dari semua ini, hak-hak rakyat atas partisipasi dan kontrol terhadap proses-proses pembuatan keputusan publik menjadi terabaikan.

Ini terlihat jelas pada posisi kesehatan masyarakat Indonesia yang masih sangat buruk, berada pada urutan 154 dari 191 negara (WHO, 1997). Angka Kematian Ibu masih termasuk yang tertinggi di dunia, yakni 390 per setiap 100.000 kelahiran hidup, masih terlalu jauh dari target tahun 2010, sebesar 150 per 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian bayi pun demikian, yakni 43,5 per 1.000 kelahiran, masih di bawah sasaran 40 per 1.000 kelahiran yang direncanakan tercapai pada tahun 2010 (DEPKES, 2002). Situasi ini semakin parah karena kebijakan penganggaran dan pengalokasian juga tidak mengindikasikan penanggulangan

masalah-masalah kesehatan mendasar tersebut. Alokasi anggaran kesehatan di seluruh kabupaten dan kota, masih berkisar 0,8%-6% dari total APBD. Padahal, pada tahun 2000, dalam pertemuan antara Departemen Kesehatan dengan seluruh Bupati dan Walikota se Indonesia, disepakati bahwa Pemerintah Daerah akan mengalokasikan 15% dari APBD nya untuk pembiayaan kesehatan.

Sampai sejauh mana semua kesepakatan politik tersebut telah terlaksana?

Maka, tak ada cara lain, kerja-kerja advokasi kebijakan publik di bidang kesehatan merupakan keputusan yang strategis, yang harus ditempuh untuk memantau pelaksanaan yang sesungguhnya dari semua kesepakatan politik tersebut, agar tidak sekadar menjadi imbalan-imbalan simbolik yang tidak bermakna apa-apa dalam pemenuhan hak-hak dasar rakyat di bidang kesehatan.

Walhasil, buku panduan melakukan advokasi ini menjadi penting bagi siapapun yang memiliki kepedulian dan tergerak untuk melakukan kerja-kerja advokasi secara nyata khususnya di bidang kesehatan.

Lima tahun belakangan ini, cukup banyak diterbitkan buku panduan tentang advokasi. Namun demikian panduan yang telah diterbitkan umumnya masih bersifat pemenuhan kebutuhan pengetahuan melalui berbagai pelatihan dalam kelas. Jika hanya untuk pengetahuan, menjadi tidak ada gunanya, karena tidak akan terjadi perubahan apapun juga. Oleh karena itu, buku panduan ini disusun dengan maksud untuk mendorong siapapun juga dapat melakukan kerja advokasi secara nyata.

Buku panduan ini lahir dari pengalaman keberhasilan, kegagalan, maupun kesalahan sekaligus otokritik dari kerja-kerja advokasi yang telah berlangsung selama ini. Beberapa kegagalan yang sering dijumpai selama ini, antara lain, advokasi hanya dijalankan sebagai proyek, tidak dilandasi data yang memadai, tidak didukung dengan mandat sosial yang jelas dari konstituen yang jelas dan tidak anonim pula, dan umumnya masih dijalankan secara parsial. Akibatnya, kerja-kerja advokasi selama ini tidak berhasil mendorong lahirnya pusat-pusat pembelajaran di tingkat komunitas, dan tidak berkelanjutan.

Buku panduan ini terdiri dari 5 bagian (di sini disebut modul) yang merupakan satu kesatuan proses melakukan advokasi. Setiap modul terdiri dari penjelasan umum, prinsip-prinsip, dan langkah-langkah yang dilengkapi dengan contoh kasus nyata serta bahan bacaan pendukung.

Modul 1 menjelaskan tentang peninjauan memilih wilayah kerja advokasi meliputi: problem pokok kesehatan, identifikasi potensi sumberdaya orang-orang dan organisasi lokal. Data hasil peninjauan itu akan digunakan untuk merencanakan advokasi pada modul berikutnya.

Modul 2 menjelaskan tentang bagaimana merencanakan kerja advokasi, mulai dari pembentukan tim inti, menetapkan isu strategis, sampai membuat kerangka advokasi yang akan dijalankan.

Modul 3 berisi dua bagian pokok, yaitu analisis kebijakan kesehatan global dan nasional, serta analisis kasus-kasus kesehatan yang terjadi di masing-masing wilayah kerja.

Modul 4 lebih merinci pelaksanaan kerja-kerja advokasi pada tiga jalur yang tersedia: proses-proses legislasi dan litigasi, proses-proses politik dan birokrasi, serta proses-proses sosialisasi dan mobilisasi.

Modul 5, akhirnya, menjelaskan tentang bagaimana sistem pendukung itu suatu organisasi atau jaringan kerja advokasi dibangun dengan efektif. Bagian ini meliputi sistem pendukung kesekretariatan, informasi dan pangkalan data, media peningkatan kapasitas, dan sistem pendukung penggalangan dan pengelolaan dana.

Walaupun telah disiapkan dengan kerja keras, panduan ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama adalah pada pendokumentasian kasus-kasus dari hasil belajar selama ini yang terserak dimana-mana. Keterbatasan ini sekaligus menunjukkan suatu pesan bahwa dokumentasi merupakan faktor penting untuk pembelajaran. Keterbatasan kedua adalah seluruh penulisan panduan ini menggunakan cara pandang sisi kepentingan masyarakat yang selama ini menjadi korban-korban kebijakan. Namun demikian, keterbatasan ini juga sekaligus menjadi

kekuatan untuk mendengarkan suara-suara yang selama ini tidak terdengar. Jadi advokasi kebijakan kesehatan harus dipandang sebagai bagian dari proses pendidikan politik, dan bagian dari proses pembelajaran demokrasi yang harus semakin melindungi dan mengakui hak-hak dasar kesehatan masyarakat.

Januari 2005

Modul 1

PENJAJAKAN WILAYAH
& ISU ADVOKASI

MASALAH KESEHATAN MASYARAKAT



Penjajakan wilayah advokasi, menjadi langkah persiapan yang tidak dapat diabaikan dalam setiap kerja advokasi kebijakan. Baik dilakukan secara sendiri oleh satu tim khusus, maupun bersama-sama dengan masyarakat setempat, penjajakan itu akan memberikan informasi penting tentang berbagai permasalahan kesehatan yang dihadapi masyarakat, faktor-faktor yang menyebabkannya, dan sumberdaya yang dapat dimobilisasi untuk perubahan kebijakan kesehatan demi terwujudnya hak kesehatan masyarakat.

Dengan melakukan penjajakan yang menghasilkan informasi-informasi seperti disebutkan di atas, akan memudahkan tim advokasi menentukan arah dan merancang strategi-strategi advokasi mereka yang memang sesuai dengan keadaan. Juga, dapat menjadi alat pengukur keberhasilan kerja advokasi dengan membandingkan antara kondisi awal saat dilaksanakannya penjajakan dengan situasi setelah dilaksanakannya kerja advokasi.

Kerja advokasi merupakan kerja perjuangan, terutama bagi masyarakat yang berkepentingan langsung dengan isu yang diadvokasikan. Maka, makna strategis penjajakan wilayah tidak hanya terbatas pada terhimpunnya informasi yang dibutuhkan, tetapi juga menjadi wahana pembelajaran bersama antara tim dengan masyarakat setempat.

Dari penjajakan ini pula dapat menjadi bagian awal suatu kesepakatan bersama untuk memperjuangkan perubahan kebijakan yang menjadi penyebab terlanggarnya hak kesehatan masyarakat. Tentu saja, hal itu dapat terjadi dengan syarat

seluruh proses penjajakan memang dilakukan dengan metode partisipatif. Dengan kata lain, penjajakan ini bisa menjadi alat penyadaran bersama.

Modul pertama dari buku panduan ini adalah mengenai cara-cara melakukan penjajakan wilayah untuk keperluan advokasi masalah-masalah kesehatan masyarakat. Meskipun namanya panduan, tidak berarti buku ini sama sekali tertutup terhadap perbaikan dan pembaharuan. Justru panduan ini dipersiapkan seterbuka mungkin untuk menampung kemungkinan perubahan akibat adanya perubahan atau perbedaan situasi pada saat penjajakan dilaksanakan. Realitas sosial sangat kaya dan dinamis, sehingga sangat tidak mungkin panduan ringkas mampu meliputi seluruh kekayaan dan dinamika yang berkembang dalam masyarakat tersebut. Oleh karena itu, efektivitas panduan ini akan sangat tergantung pada penggunaannya.

Mengapa Perlu Panduan?

Semakin terbukti bahwa permasalahan kesehatan masyarakat di Indonesia, terutama pada lapisan masyarakat miskin, salah satu sebab mendasarnya terletak pada tidak efektifnya kebijakan sektor kesehatan yang cenderung mengabaikan mereka. Salah satu indikatornya adalah rendahnya anggaran belanja negara yang dialokasikan untuk kesehatan masyarakat. Dengan kata lain, kesehatan belum dianggap sebagai sesuatu yang penting dalam pembangunan. Maka, mudah dipahami mengapa derajat kesehatan masyarakat di Indonesia sampai saat ini masih ditandai dengan, antara lain, tingkat kematian ibu dan anak yang tinggi, belum tertanggulangnya secara tuntas berbagai penyakit menular yang umum melanda mayoritas penduduk, masih lemahnya jaminan sosial kesehatan yang disediakan oleh negara, dan masih banyak lagi.

Perubahan sistem politik sejak tahun 1998 yang--antara lain ditandai dengan pemberlakuan UU No. 22/1999 tentang otonomi daerah, dan UU No. 25/1999 tentang kewenangan dan perimbangan keuangan pusat dan daerah-- telah menempatkan

daerah kabupaten atau kota, dan desa, sebagai kawasan strategis yang --dalam beberapa hal dan sampai tingkat tertentu-- memiliki kewenangan penuh untuk menentukan kebijakan-kebijakan publiknya sendiri, termasuk di sektor kesehatan. Masalahnya adalah sikap-pandangan banyak aparat pemerintah daerah yang masih belum berubah, masih memandang masalah kesehatan masyarakat bukanlah hal penting.

Dalam rangka mengatasi permasalahan kesehatan masyarakat tersebut, Konferensi Tingkat Tinggi Milenium PBB, September 2000, yang diikuti 189 negara, termasuk Indonesia, sepakat melahirkan Deklarasi Milenium. Deklarasi itu berdasarkan pendekatan yang inklusif, dan justru bertolak dari anggapan dasar bahwa pelayanan sosial dasar, seperti pelayanan kesehatan, adalah hak-hak dasar manusia. Dengan demikian telah ada kerangka kerja baru untuk mengubah kebijakan kesehatan supaya berbasis pada hak azasi manusia.

Banyaknya daerah kabupaten dan kota di Indonesia, serta banyaknya kebijakan-kebijakan kesehatan selama ini yang harus diubah, memberikan gambaran betapa luas dan besarnya upaya perubahan kebijakan yang harus dilakukan agar kebijakan pembangunan kesehatan benar-benar berbasis pada hak azasi manusia. Sementara itu, sumberdaya yang dapat dimobilisasi untuk upaya perubahan kebijakan tersebut masih terbatas. Sehingga, untuk keperluan advokasi perubahan kebijakan kesehatan secara nasional, diperlukan pemilihan kabupaten/kota yang memiliki daya-ungkit dan dapat dijadikan pusat-pusat pembuktian dan pembelajaran.

Modul pertama ini pada dasarnya disusun untuk keperluan tersebut.

Tujuan Panduan

Modul pertama ini bertujuan:

- (a) Sebagai petunjuk dasar bagi mereka yang akan memulai kerja advokasi kesehatan pada tingkat kabupaten/kota;

(b) Sebagai panduan untuk menentukan kabupaten/kota tertentu sebagai wilayah kerja advokasi berdasarkan data minimum masalah kesehatan masyarakat di daerah tersebut, mencakup:

- Derajat kesehatan masyarakat
- Kasus-kasus kesehatan yang terjadi di masyarakat
- Anggaran belanja daerah untuk sektor kesehatan
- Peta kebijakan kesehatan secara umum
- Peta partisipasi para pelaku
- Kontak jaringan kerja untuk advokasi kesehatan

Bagaimana Menggunakan Panduan Ini?

Panduan ini pada dasarnya dapat digunakan oleh siapa saja, perseorangan maupun organisasi, yang bermaksud merencanakan dan melaksanakan advokasi kebijakan di bidang kesehatan di daerahnya masing-masing. Tetapi, siapa pun yang berminat menggunakan panduan ini hendaknya benar-benar memanfaatkannya untuk tujuan perubahan kebijakan kesehatan agar lebih berorientasi pada pemenuhan hak-hak dasar warga negara, dan bahwa perubahan kebijakan itu nantinya benar-benar dapat dilaksanakan secara nyata dan efektif.

Maka, siapapun pengguna panduan ini dituntut:

(a) Memahami :

- Esensi kesehatan sebagai hak dasar yang harus dijamin pemenuhannya oleh negara;
- Ketentuan-ketentuan masalah kesehatan yang ada di dalam berbagai konvensi internasional maupun undang-undang nasional dengan segenap peraturan turunannya;
- Paradigma pembangunan kesehatan yang berorientasi pada pemenuhan kebutuhan dan pelayanan umum (*public goods and services*)
- Partisipasi warga dalam pembangunan kesehatan merupakan hak dasar warga negara

- Advokasi kesehatan menuntut kerjasama dengan berbagai pihak;
- (b) Mengikuti langkah-langkah dalam panduan secara berurutan;
- (c) Mengembangkan teknik-teknik dan perangkat yang sesuai kebutuhan di lapangan;
- (d) Penjajakan wilayah menjadi bagian dari proses persiapan sosial ke arah kerja advokasi, karena itu harus dilakukan dengan pendekatan partisipatif.



ETIKA PENJAJAKAN

Advokasi kebijakan di bidang kesehatan, dilaksanakan dalam rangka memperjuangkan terwujudnya hak-hak dasar masyarakat, terutama masyarakat miskin, dalam hal kesehatan. Kerja mengupayakan perwujudan hak melalui advokasi kebijakan, bukanlah kerja proyek, tetapi kerja perjuangan bersama seluruh pihak yang berkepentingan terhadap terwujudnya hak-hak masyarakat tersebut. Maka, pelaksanaan penjajakan ini terikat pada etik:

- Menghindari terjadinya bias 'kerja proyek'
- Menghindari janji-janji memberikan 'proyek'

Pendekatan Penjajakan Wilayah

Karena kerja advokasi ini merupakan kerja perjuangan bersama untuk mewujudkan hak dasar masyarakat akan pelayanan kesehatan, maka akan melibatkan berbagai pihak dan kalangan yang sangat berkepentingan terhadap terwujudnya hak dasar kesehatan tersebut.

Seperti telah dijelaskan sebelumnya, penjajakan wilayah ini bukan hanya kegiatan pengumpulan informasi sebagai bahan perencanaan, tetapi sekaligus merupakan bagian dari langkah persiapan awal perencanaan kerja advokasi kebijakan kesehatan.

Ketika proses penjajakan dilaksanakan, kita akan berhadapan langsung dengan mereka yang selama ini menjadi korban dari kebijakan-kebijakan kesehatan yang tidak berorientasi pada pemenuhan hak-hak dasar masyarakat. Mereka itulah sesungguhnya yang paling berkepentingan terhadap kerja-kerja advokasi yang dimaksudkan di sini.

Oleh karena itu, metode yang digunakan dalam penjajakan ini adalah berdasarkan pada prinsip-prinsip partisipasi lapisan masyarakat tersebut.



BEBERAPA PRINSIP PENDEKATAN & METODOLOGI

Metode ini sudah banyak di kenal dan digunakan dalam berbagai keperluan, termasuk penjajakan, terutama di kalangan organisasi non pemerintah (ORNOP). Tetapi, dalam prakteknya, penerapan metode partisipasi ini banyak mengalami penyimpangan atau bahkan pelunakan. Untuk tidak mengulangi hal yang sama, maka cobalah tetap berpedoman dan jalankan prinsip-prinsip berikut ini:

Belajar dari Masyarakat

- Partisipasi adalah dari, oleh, untuk masyarakat.
- Pengakuan akan nilai pengetahuan tradisional.
- Pengakuan akan kemampuan masyarakat untuk memecahkan masalah-masalahnya sendiri.
- “Orang luar” sebagai “pendukung” (bukan “pelaku”, “guru”, atau “peneliti”).

Keterlibatan semua kelompok masyarakat

Masyarakat bukan kumpulan homogen, tetapi heterogen (terdiri dari berbagai kelompok yang mempunyai masalah dan kepentingannya sendiri). Kekeliruan yang sering dibuat oleh tim pelaksana penjajakan adalah menganggap bahwa pimpinan formal, tokoh masyarakat, atau kelompok tertentu dalam masyarakat sudah mewakili seluruh masyarakat di sana.

Triangulasi

- Tidak semua sumber informasi bisa dipercaya (karena lupa, kadaluwarsa, tafsiran sempit, dan sebagainya)

- Tidak semua informasi yang perlu dapat diperoleh, dibahas, dan dimanfaatkan dengan satu atau dua teknik saja. Karena itu informasi harus dikaji ulang, dari sumber-sumber lain, dengan teknik-teknik lain, dengan anggota tim yang beragam.

Keterpaduan tim

- Tim penjajakan terdiri dari orang dalam dan orang luar.
- Orang dalam terdiri dari beberapa wakil berbagai kelompok masyarakat setempat.
- Orang luar dari berbagai disiplin ilmu.

Keberlanjutan/selang-waktu

- Camkanlah bahwa kepentingan dan masalah masyarakat tidak tetap: berubah dan bergeser menurut waktu.
- Pengenalan masyarakat akan sesuatu adalah usaha berlanjut (bukanlah usaha “tabrak lari”).

Orientasi praktis

Pemecahan masalah dan pengembangan program. Dibutuhkan informasi yang relevan dan memadai (bukannya semua informasi yang bisa diperoleh tentang suatu hal). Perlu pengetahuan yang optimal; yang kurang menentukan bisa diabaikan (*optimal ignorance*). Perkiraan yang tepat akan lebih baik dari pada kesimpulan meyakinkan tetapi salah (*appropriate imprecision*).

Mendukung

Peran orang luar adalah mendukung dan memberikan kontribusi terhadap perjuangan masyarakat mengatasi masalahnya (bukan “melakukan”, “mengajar”, “memberi penyuluhan”). Yang lebih penting dari pada ketepatan informasi dan rumusan kongkrit rencana program adalah pengalihan dan pengembangan masyarakat sendiri dalam menempuh proses analisa, perencanaan, dan pelaksanaan kerja advokasi.

Belajar dari kesalahan

Metode partisipatif, bukan perangkat teknik tunggal yang telah selesai, yang sempurna dan pasti benar, Diharapkan bahwa teknik-teknik itu senantiasa bisa dikembangkan sesuai dengan keadaan dan kebutuhan setempat. Melakukan suatu kesalahan adalah sesuatu yang wajar. Yang penting bukan kesempurnaan dalam penerapan, tetapi penerapan sebaik-baiknya sesuai dengan kemampuan yang ada, dan kemudian belajar dari kekurangan-kekurangan/kesalahan yang terjadi sehingga kali berikutnya akan lebih baik.

Saling belajar dan berbagi

Salah satu prinsip dasar: pengakuan akan pengalaman dan pengetahuan tradisional masyarakat, tetapi tidak berarti bahwa masyarakat selamanya akan benar dan harus dibiarkan tidak berubah.



BEBERAPA HAL LAIN YANG PERLU DIPERHATIKAN

Untuk dapat menjalankan prinsip-prinsip pendekatan dan metodologi tersebut di atas secara benar dan efektif, maka anggota tim (baik dari luar maupun dari masyarakat itu sendiri) dituntut memiliki keyakinan bahwa:

- Masyarakat, sekalipun mereka miskin, dapat mengembangkan kekuatan mereka untuk mengatasi masalah mereka;
- Masyarakat benar-benar menginginkan perubahan dan dapat melakukan perubahan;
- Masyarakat dapat menjalankan hak partisipasinya dalam pembuatan keputusan, memberikan persetujuan, dan mengontrol perubahan dalam masyarakatnya, bila kesempatan untuk itu berhasil diciptakan,
- Perubahan-perubahan yang diciptakan oleh masyarakat sendiri memiliki makna yang luas, bersifat permanen, dan berkelanjutan.
- Pendekatan perubahan sosial yang menyeluruh (holistik) lebih menjamin keberhasilan mengatasi masalah dari pada pendekatan yang sektoral,
- Penciptaan aksi-aksi dan kerjasama-kerjasama masyarakat yang terbuka, akan membantu semua orang belajar dari apa yang telah mereka lakukan.

Di samping itu, anda juga dituntut mempersiapkan diri dengan baik dan sambil bekerja terus mengembangkan kemampuan dan ketrampilan dasar dalam hal:

- Teknik-teknik berkomunikasi sosial yang manusiawi (*human communication*),
- Teknik-teknik melakukan analisis sosial,
- Teknik-teknik pendidikan orang dewasa,
- Teknik-teknik mengembangkan dialog secara kritis,



LANGKAH 1

MEMBENTUK & MEMPERSIAPKAN TIM

Untuk menjalankan peninjauan, dibutuhkan satu tim yang kompak dengan sejumlah kriteria seperti yang telah diuraikan pada bagian sebelumnya.

Sebelum memulai peninjauan di lapangan, seluruh tim perlu melakukan persiapan-persiapan supaya dapat terbangun komitmen dan pemahaman bersama tentang berbagai tema atau topik masalah kesehatan masyarakat, mulai dari aras kebijakan sampai ke aras pelaksanaan dan kenyataan yang sesungguhnya dalam kehidupan sehari-hari.

Tujuan :

- (1) Terbentuknya Tim Peninjauan sesuai kriteria dan dengan kebutuhan peninjauan.
- (2) Membangun pemahaman bersama, menumbuhkan komitmen bersama serta merumuskan topik-topik masalah kesehatan masyarakat, yakni masalah kebijakan kesehatan

serta kebijakan anggaran kesehatan yang akan dijadikan alasan bagi kerja-kerja advokasi.

(3) Tersusunnya rencana awal penjajakan oleh tim di distrik yang sudah ditentukan.



PEDOMAN PEMBENTUKAN TIM

- Jumlah anggota maksimal 10-15 orang untuk satu kabupaten/kota, yang dibagi dalam tim kecil antara 2 sampai 3 orang yang menggali dan menghimpun data dan informasi, serta memfasilitasi proses penjajakan dalam diskusi-diskusi dengan kelompok-kelompok masyarakat.
- Komposisi laki-laki dan perempuan berimbang
- Memiliki orientasi dan kepentingan yang sama.
- Bisa bekerja dalam tim
- Beberapa diantaranya paling tidak sudah memiliki pengetahuan dan keterampilan dasar atau pengalaman pernah menggunakan metode penelitian partisipatif.
- Pilih dan sepakati satu orang dari anggota tim untuk bertugas mengkoordinasikan semua kegiatan anggota.



LANGKAH-LANGKAH PELAKSANAAN

(1) Lakukan proses seleksi anggota tim dan minta kesediaan mereka untuk menjadi anggota Tim Penjajakan.

(2) Lakukanlah pertemuan pertama tim untuk saling berkenalan dan memulai menumbuhkan keakraban, dan menyepakati: prinsip-prinsip dasar, tujuan, ruang lingkup, dan langkah-langkah pelaksanaan penjajakan.

(3) Mulailah mengumpulkan informasi mengenai permasalahan kesehatan di kawasan yang direncanakan dari berbagai sumber, antara lain, media massa cetak maupun elektronik, laporan-laporan penelitian mengenai permasalahan kesehatan dari berbagai kalangan, *website*, data dasar milik pemerintah.

(4) Lakukanlah *review* terhadap seluruh informasi yang sudah dikumpulkan tersebut. Kelompokkan informasi tersebut berdasarkan kategorinya: derajat kesehatan, kesiapan tim lokal, posisi geografis masing-masing kabupaten/kota, dan seterusnya.

(5) Sepakati 1 kabupaten/kota yang, menurut tim, paling layak. Sepakati dalam tim kriteria dan penilaiannya.

(6) Mulailah tim bekerja di kabupaten/kota yang terpilih, diawali dengan melakukan identifikasi: instansi pemerintah, ORNOP, ORMAS, organisasi-organisasi rakyat, dan perseorangan yang potensial dan akan bersedia menjadi bagian dari Tim Penjajakan. Tentukan 10 organisasi yang mewakili keragaman yang ada di daerah tersebut. Kunjungilah mereka dan minta kesediannya untuk mendelegasikan orangnya menjadi bagian dari Tim Penjajakan. Usahakan komposisi laki-laki dan perempuan dalam tim berimbang.

(7) Lakukanlah pertemuan dengan seluruh anggota tim, agar saling mengenal dan mulai membangun keakraban, dan menyamakan pandangan tentang tujuan penjajakan. Sepakati jadwal dan lakukan pertemuan lanjutan untuk menyusun lebih rinci:

- Mekanisme kerja tim
- Rencana kerja untuk melakukan pengumpulan data sekunder berikut pendekatan yang digunakan dalam pengumpulannya
- Pembagian tugas di antara anggota tim
- Jadwal pengumpulan data sekunder
- Review data sekunder untuk menentukan tema-tema umum permasalahan kesehatan



Kasus 1

PENGALAMAN REMDEC

Pada pertengahan 2003, REMDEC, satu perusahaan jasa konsultan di Jakarta, diminta untuk melakukan peninjauan di 4 propinsi (Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Nusa Tenggara Barat, dan Nusa Tenggara Timur). Pada setiap propinsi, ditetapkan 2 kabupaten/kota sebagai lokasi peninjauan.

Tujuan peninjauan adalah mengenali permasalahan-permasalahan di tingkat masyarakat, juga di tingkat organisasi non pemerintah (ORNOP), serta merumuskan rekomendasi berupa gagasan-gagasan mengenai strategi-strategi pengembangan ORNOP agar dapat menjawab permasalahan yang dihadapi masyarakat tersebut.

Untuk melakukan peninjauan ini, REMDEC membentuk suatu tim. Mereka mulai menghubungi orang-orang setempat di setiap kabupaten/kota. Caranya adalah dengan mengontak beberapa orang yang memang sudah dikenal (atau sudah pernah bekerja dengan tim REMDEC selama ini) di ibukota tiap propinsi. Orang-orang inilah yang diminta merekrut calon-calon anggota

tim peninjauan lapangan di setiap kabupaten/kota di propinsi yang bersangkutan. Tentu saja, kriteria ditetapkan oleh REMDEC di Jakarta, dan selebihnya adalah pada penilaian mereka yang diminta sebagai penghubung dan perekrut di setiap ibukota propinsi tadi.

Setelah yang dihubungi menyatakan bersedia bergabung sebagai anggota tim, dilakukan pertemuan seluruh anggota tim di setiap ibukota propinsi, untuk membangun kesamaan pandangan mengenai peninjauan ini, menentukan mekanisme kerja, menyusun rencana kerja, dan membagi tugas di antara anggota tim. Ada yang ditugaskan untuk menyusun panduan peninjauan sebagai pegangan tim; ada yang ditugaskan mengumpulkan berbagai data sekunder dari berbagai laporan, monografi, statistik, dan lain-lain.

Seluruh tahapan persiapan pembentukan tim ini berlangsung tidak lama, hanya sekitar 2-3 minggu.



LANGKAH 2

MENGUMPULKAN DATA SEKUNDER

Setelah tim peninjauan terbentuk dan memiliki pandangan dan komitmen yang sama, hal penting berikutnya yang perlu dilakukan adalah mulai menghimpun data-data sekunder. Data sekunder yang perlu dihimpun adalah yang berkaitan dengan situasi kesehatan masyarakat, sarana-prasarana kesehatan, kebijakan pembangunan kesehatan, dan kebijakan anggaran kesehatan.

Tujuan:

- (1) Mendapatkan data dan informasi yang dapat memberikan gambaran secara umum tentang situasi problematik kesehatan masyarakat, keadaan prasarana dan sarana kesehatan, kebijakan pembangunan kesehatan, dan kebijakan anggaran kesehatan di suatu kabupaten/kota.
- (2) Teridentifikasi topik-topik umum masalah kesehatan masyarakat, masalah kebijakan pembangunan kesehatan, dan kebijakan anggaran kesehatan.

Jenis dan Sumber Data

1. Lingkup Keadaan Kesehatan Masyarakat

Pengertian keadaan kesehatan begitu luas lingkungannya, mencakup begitu banyak aspek. Oleh karena itu harus dibatasi hal-hal yang benar-benar penting dan relevan. Yang terpenting dalam langkah ini bukanlah banyaknya data dan informasi, tetapi ditemukannya situasi-situasi kesehatan yang penting dan memiliki kaitan langsung dengan kebutuhan perubahan kebijakan pada tingkat kabupaten/kota yang bersangkutan. Yang perlu diingat adalah begitu banyak riset yang hanya mengumpulkan sebanyak mungkin data dan informasi, tapi tidak mempengaruhi perubahan apapun, bahkan membuat bingung mereka sendiri. Hal ini dikarenakan tidak memiliki orientasi yang jelas serta tidak fokus. Sudah tentu hal ini harus dihindari.

Merujuk pada paradigma baru pembangunan kesehatan yang lebih berorientasi pada pemenuhan hak-hak warga, data dan informasi situasi kesehatan penting yang perlu diperhatikan adalah yang secara langsung berkaitan dengan kualitas hidup manusia, khususnya kalangan orang miskin, seperti: akses warga terhadap air bersih, tingkat umur harapan hidup, angka kematian ibu dan bayi (AKI & AKB), dan penyebaran penyakit menular semacam HIV/AIDS, tuberculosis (TBC), atau malaria.

Data dan informasi yang diperlukan adalah data yang telah tersusun dalam bentuk visual baik berupa tulisan, grafik-grafik, gambar-gambar, film dokumenter, dan lain-lain yang sudah tersaji untuk berbagai kepentingan.

Banyak data dan informasi yang sudah dibuat dan disajikan oleh banyak instansi/lembaga. Semua itu dapat dijadikan sumber data dan informasi yang bermanfaat sepanjang data dan informasi yang ada relevansinya. Intinya, sebelum data dikumpulkan harus ditentukan dulu jenis data yang diperlukan dan kemungkinan sumber datanya. Sebagai contoh:

- Data kesehatan dari hasil analisis data SUSENAS;
- Data kependudukan yang dibuat BPS (Biro Pusat Statistik) Daerah;

- Data kesehatan yang dibuat oleh pusat-pusat studi kesehatan masyarakat di beberapa universitas;
- Laporan-laporan kerja dari organisasi-organisasi non pemerintah (ORNOP) yang bergerak di bidang kesehatan masyarakat, pemantauan pembangunan, dan hak asasi manusia;
- Jurnal-jurnal, laporan media massa tentang kesehatan masyarakat;
- Dan data lainnya yang sesuai.

2.Lingkup Kebijakan Pembangunan Kesehatan Masyarakat

Kebijakan pembangunan kesehatan juga berdimensi sangat luas, tidak hanya dalam bentuk peraturan tertulis atau surat-surat keputusan para pejabat publik dari pusat hingga daerah, tetapi juga mencakup semua tindakan para pejabat publik tersebut, serta berbagai program yang selama ini mereka jalankan.

Banyak orang yang terjebak pada kegiatan mengumpulkan sebanyak-banyaknya peraturan-peraturan dari pusat hingga daerah, tetapi setelah itu mereka tidak tahu mau diapakan semua kumpulan peraturan atau kebijakan itu. Kegiatan semacam itu akan sia-sia saja dan karena itu harus dihindari.

Tujuan utama kegiatan ini adalah untuk mendapatkan gambaran yang jelas: apakah kebijakan-kebijakan pembangunan kesehatan sudah berorientasi pada pemenuhan hak-hak warga dalam bidang kesehatan (perlindungan dan pelayanan), termasuk hak partisipasi warga dalam proses penentuan kebijakan tersebut, atau justru sebaliknya.

Dengan demikian, pengumpulan data kebijakan pembangunan kesehatan ini perlu dikaitkan dengan temuan-temuan dari pengumpulan data tentang situasi kesehatan masyarakat pada langkah sebelumnya. Artinya, kebijakan-kebijakan yang di kumpulkan dan dikaji adalah yang berkaitan dengan masalah peningkatan kualitas hidup warga, khususnya orang miskin, seperti akses warga terhadap air bersih, tingkat umur harapan hidup, tingkat kematian ibu dan bayi (AKI & AKB), dan penyakit menular seperti HIV/AIDS, tuberculosis, malaria, dan lain-lain.

Sekali lagi, data kebijakan yang dimaksud di sini bukan hanya dalam bentuk peraturan daerah saja, tetapi juga termasuk keputusan-keputusan langsung dan tindakan-tindakan para pejabat publik yang mempengaruhi situasi kesehatan warga, terutama warga miskin, termasuk partisipasi mereka dalam pembangunan kesehatan.

Sebelum data kebijakan pembangunan kesehatan dikumpulkan, harus ditentukan dulu jenis data kebijakan yang diperlukan dan memiliki kaitan dengan paradigma baru pembangunan kesehatan dan situasi kesehatan masyarakat yang senyatanya. Berikut ini contoh-contoh data kebijakan dan sumbernya:

- Data kebijakan pembangunan kesehatan yang ada dalam dokumen perencanaan strategis kabupaten/kota, seperti Rencana Strategis Daerah (RENSTRADA), Program Pembangunan Daerah (PROPERDA), dan sebagainya;
- Data kebijakan pemerintah pusat maupun kabupaten/kota tentang JPS (Jaring Pengaman Sosial) sektor kesehatan bagi keluarga miskin;
- Data kebijakan tentang pelayanan PUSKESMAS yang ada di Dinas Kesehatan;
- Data kebijakan pencegahan dan penanganan penyakit menular;
- Data kebijakan KB-KR dari Dinas Kesehatan kabupaten/kota;
- Data Kebijakan program penurunan AKI & AKB dari Dinas Kesehatan;
- Data kebijakan pelayanan air bersih, terutama kepada keluarga miskin;
- Data kebijakan pelayanan terhadap korban kekerasan terhadap anak dan perempuan;
- Data kebijakan pembangunan sarana-prasarana kesehatan oleh Dinas Kesehatan kabupaten/kota;
- Dan seterusnya.

3. Lingkup Kebijakan Anggaran Kesehatan Masyarakat

Kebijakan anggaran bidang kesehatan merupakan masalah penting dalam pembangunan kesehatan. Meningkatnya anggaran kesehatan bisa dijadikan salah satu pertanda adanya upaya perbaikan kesehatan masyarakat, meskipun hal ini tidak secara otomatis. Tidak mesti anggaran kesehatan yang meningkat berarti keadaan kesehatan masyarakat meningkat.

Ada aspek yang lebih mendasar yang harus diperhatikan, yaitu apakah telah terjadi perubahan komitmen politik dari pemerintah terhadap pembangunan kesehatan. Komitmen politik ini menjadi keharusan, karena secara global telah terjadi perubahan dalam ukuran keberhasilan pembangunan kesehatan. Keberhasilan pembangunan kesehatan akan ditentukan sejauh mana telah mendorong peningkatan kualitas hidup warga dan pemenuhan hak-hak dasar mereka, terutama kalangan penduduk miskin. Artinya, pembangunan kesehatan bergeser dari pendekatan kuratif ke arah pendekatan promotif dan preventif .

Pengumpulan data kebijakan anggaran kesehatan dimaksudkan untuk mendapatkan gambaran yang jelas: apakah telah terjadi peningkatan alokasi APBD untuk kesehatan?; apakah telah terjadi kebijakan alokasi anggaran untuk peningkatan pelayanan '*public goods*' yang lebih berpihak kepada orang miskin?; apakah telah diberlakukan kebijakan tentang standar pelayanan minimal (SPM)?; dan seterusnya.

Jenis data kebijakan anggaran kesehatan adalah data tentang Anggaran Pendapatan & Belanja Daerah (APBD) di sektor kesehatan dan sektor-sektor lain yang terkait dengan masalah kesehatan. Data ini bisa diperoleh secara resmi dari Sekretariat DPRD kabupaten/kota atau, dalam banyak praktiknya selama ini, secara informal dari atau melalui anggota DPRD.



LANGKAH-LANGKAH PELAKSANAAN

- (1) Mulailah tim bekerja mengumpulkan data-data sekunder tentang: situasi kesehatan masyarakat, sarana-prasarana kesehatan, kebijakan kesehatan, dan kebijakan anggaran kesehatan di kabupaten/kota terpilih.
- (2) Aturlah bahan-bahan/data yang telah terkumpul di tempat yang aman dan mudah diakses oleh anggota tim. Jika diperlukan, ada orang yang secara khusus ditugaskan mengola data tersebut.
- (3) Mulailah mempelajari data tersebut dan membuat catatan-catatan penting yang relevan dengan kebutuhan.
- (4) Diskusikan dalam tim temuan-temuan penting dari data tersebut, dan rumuskan topik-topik masalah kesehatan masyarakat yang anda temukan.
- (5) Akhirnya, lakukan diskusi *review* terhadap keseluruhan temuan tersebut, dan susunlah laporan temuan awal mengenai situasi kesehatan masyarakat, kondisi sarana-prasarana kesehatan, kebijakan pembangunan kesehatan, dan kebijakan anggaran kesehatan.



YANG PERLU DIPERHATIKAN

Sebelum pengumpulan data sekunder dimulai, tim perlu mendiskusikan:

- jenis-jenis data apa saja yang diperlukan?
- sumber-sumber data apa saja yang harus diakses?
- menentukan dimana data-data akan ditempatkan (pusat data)?
- bagaimana data yang dikumpulkan akan dikelola?
- siapa melakukan apa (pembagian tugas anggota tim)?
- penyusunan jadwal kerja: kapan data dikumpulkan, kapan monitoring bersama dilakukan, dan kapan *review* data dilakukan?

Disamping itu juga menyiapkan hal-hal yang diperlukan untuk dapat mengakses ke lembaga-lembaga sumber data, seperti surat permohonan, dan sebagainya.



Kasus 2

REVIEW DATA SEKUNDER SEBELUM PENJAJAKAN

Masih dalam kegiatan REMDEC, seperti yang sudah diceritakan pada Kasus-1 sebelumnya.

Dalam tim penjajakan, ada yang memang ditugaskan khusus untuk melakukan *review* data sekunder. Hasil *review* memperlihatkan suatu gambaran umum mengenai berbagai kemungkinan tematik permasalahan di setiap kabupaten yang dapat dijadikan sebagai topik-topik pengamatan, diskusi dengan masyarakat setempat, dan penggalan data primer selama penjajakan berlangsung nanti.

Tim kemudian berkumpul untuk membahas bersama hasil *review* data sekunder tersebut. Klarifikasi silang dilakukan. Hal-hal yang masih meragukan atau kurang jelas, dicatat bersama untuk

dicari kemungkinan penjelasannya lebih rinci nanti selama proses penjajakan berlangsung.

Ternyata, ada banyak temuan baru yang menarik, yang akhirnya mengubah juga beberapa bagian dari gagasan dan rencana awal sebelumnya. Misalnya, ada beberapa hal yang tidak dicantumkan pada rancangan awal, ternyata merupakan hal yang penting untuk digali lebih mendalam pada saat penjajakan nanti. Demikian juga halnya dengan beberapa perubahan dan perbaikan pada sumber data, lokasi, dan sebagainya. Dengan kata lain, hasil *review* data sekunder ini tidak hanya memperbaiki rancangan awal, tetapi sekaligus juga memperkayanya dengan beberapa hal baru.



LANGKAH 3

MENYUSUN RANCANGAN PENJAJAKAN & PEMBEKALAN TIM

Pada tahap ini, tim sudah memiliki hasil *review* data sekunder berupa topik-topik umum permasalahan kesehatan masyarakat, kebijakan pembangunan dan anggaran kesehatan di wilayah kabupaten/kota yang dipilih.

Berdasarkan hasil itulah, tim kemudian perlu menyusun rancangan rinci pelaksanaan penjangkauan yang sesungguhnya, sebagai acuan atau pedoman pokok di lapangan. Dalam rancangan rinci ini, sedikitnya memuat informasi yang jelas mengenai: data yang akan atau perlu digali lebih mendalam untuk setiap tema atau topik tertentu, sumber data dan informasinya, teknik penggalan informasinya, hasil yang diharapkan diperoleh, pelaksana (anggota tim penjangkauan yang akan menjalankan), waktu, dan tempat pelaksanaannya.

Karena peran dari tim penjangkauan ini bukan untuk memberikan penyuluhan kepada masyarakat setempat,

juga bukan sekedar bertanya-tanya, tetapi akan membangun situasi saling belajar bersama masyarakat setempat dalam rangka memahami masalah dan mengembangkan gagasan pemecahannya pada aras kebijakan, maka diperlukan persiapan atau pendalaman penguasaan substansi dan teknik-teknik penggalian informasi secara partisipatif.

Tujuan:

- (1) Terumuskannya rancangan rinci penjajakan yang memuat informasi tentang: data yang akan digali dari masing-masing topik, sumber datanya, teknik penggalian datanya, hasilnya, pelaksanaannya, waktu dan tempatnya.
- (2) Seluruh anggota tim memiliki keterampilan dalam menjalankan penjajakan sesuai dengan rancangan yang sudah disusun.



PRINSIP-PRINSIP

- Penyusunan rancangan dan pembekalan dihadiri oleh seluruh anggota tim
- Setiap anggota tim mendapat kesempatan yang sama untuk mengembangkan gagasan dan ujicoba teknik penggalian informasi
- Tentukan teknik penggalian informasi berdasarkan kemungkinan sumber datanya yang terbuka dalam menyampaikan data dan mengembangkan gagasan
- Tentukan teknik berdasarkan kemampuan dan kesesuaiannya dalam menggali jenis data yang dibutuhkan
- Lakukan peragaan-peragaan tentang teknik-teknik penggalian informasi berdasarkan pengalaman masing-masing.
- Dalam rancangan, secara tersurat dicantumkan beberapa teknik dan sumber data untuk satu data yang ingin digali, untuk menjamin akurasi data yang diperoleh.



LANGKAH-LANGKAH PELAKSANAAN

- (1) Lakukanlah pertemuan seluruh anggota tim dengan tujuan menghasilkan rancangan rinci pelaksanaan peninjauan. Dalam pertemuan ini, tunjukkan satu orang yang menjadi fasilitator pertemuan, agar seluruh pertemuan terarah berdasarkan tema dan topik yang sudah disepakati, hasil dari penggalan dan *review* data sekunder.
- (2) Fasilitator mengarahkan proses acara, tetapi perlu disepakati agar hasilnya paling tidak memuat informasi: (a) data-data yang harus diperoleh di lapangan untuk setiap tema atau topik; (b) sumber data yang relevan; (c) teknik penggalan datanya; (d) hasilnya; (e) pelaksanaannya; serta (f) waktu dan tempatnya.
- (3) Selanjutnya, bagikan kepada seluruh anggota tim bahan-bahan bacaan mengenai teknik-teknik penggalan informasi yang akan digunakan. Mintalah seluruh anggota tim membaca dan memahaminya, kalau perlu mencoba mempraktikkannya (simulatif).
- (4) Tentukan fasilitator pertemuan yang akan memandu kegiatan simulasi tersebut. Fasilitator yang dipilih adalah yang menguasai metode dan teknik-teknik penggalan informasi seperti yang dituangkan dalam rancangan rinci pelaksanaan yang sudah disepakati pada langkah (2) di atas tadi.
- (5) Proses simulasi sebaiknya sehidup mungkin, misalnya dengan teknik-teknik bermain peran dan peragaan langsung. Amati dan diskusikan setiap simulasi dan peragaan untuk menemukan bagian-bagian yang sudah memadai dan yang belum atau masih perlu perbaikan.
- (6) Lakukanlah peragaan untuk semua teknik yang sudah disepakati akan digunakan, sampai seluruh tim dianggap mengerti dan mampu menjalankannya.



Kasus 3

**PENTINGNYA
SIMULASI TEKNIK
PENDATAAN**

Pada tahun 1991, satu ORNOP di Jakarta, bekerjasama dengan satu ORNOP di Dili (Timor Lorosae), melakukan penjajakan dalam rangka menghimpun informasi yang dibutuhkan untuk merancang program pengembangan desa terpadu di Kabupaten Manatuto.

ORNOP yang dari Jakarta menugaskan 4 orang sebagai anggota tim. Setelah melakukan langkah-langkah persiapan, termasuk pengamatan awal langsung ke beberapa tempat di Manatuto, dibentuklah tim penjajakan gabungan (4 orang yang dari Jakarta, ditambah 6 orang dari ORNOP yang di Dili, serta 1 orang dari setiap desa yang akan dijadikan lokasi pengamatan lapangan).

Setelah melakukan *review* data sekunder, seluruh anggota tim gabungan kemudian berkumpul di salah satu tempat di Dili. Mereka mengadakan lokakarya khusus untuk menyusun rencana kerja rinci pelaksanaan penjajakan di lapangan. Rencana kerja rinci yang dihasilkan, antara lain, adalah uraian teknis mengenai cara-cara atau teknik-teknik pendataan di

lapangan. Setelah menyepakati beberapa cara atau teknik tertentu, mereka kemudian melakukan uji-coba simulatif, memperagakan atau mempraktikkan berbagai cara atau teknik pendataan tersebut. Semua anggota tim tanpa kecuali, secara bergantian, dengan bermain-peran, mencoba semua cara dan teknik pendataan yang telah ditetapkan. Setiap simulasi didiskusikan untuk menemukan dimana kelemahan yang masih ada, dan perbaikan apa yang perlu dilakukan. Bahkan ditemukan ada beberapa cara atau teknik pendataan tertentu yang harus diubah atau diganti dengan cara atau teknik lain yang baru sama sekali.

Dalam kenyataannya, simulasi ini sangat membantu semua anggota tim dalam pelaksanaan pendataan di lapangan. Dalam evaluasi bersama setelah kegiatan pendataan lapangan selesai, banyak di antara anggota tim, yang sebelumnya belum pernah melakukan kegiatan pendataan semacam itu, mengakui pentingnya simulasi tersebut.



LANGKAH 4

MENGUMPULKAN DATA PRIMER

Data primer adalah semua informasi yang belum tersaji dalam tulisan, film, suara, tetapi masih tersimpan di masing-masing sumber data. Pengumpulan data primer ini merupakan kerja utama dari tim penajakan. Pada saat inilah seluruh kemampuan tim, yang sudah disiapkan sebelumnya, harus digunakan demi memperoleh informasi dan menghasilkan pembelajaran bersama masyarakat setempat.

Pada langkah ini, tim akan berhubungan dan berdialog langsung dengan sumber data yang sudah direncanakan dalam rancangan rinci pelaksanaan. Interaksi yang dibangun oleh tim dengan sumber data, akan menentukan suasana komunikasi yang, pada gilirannya, akan pula menentukan tergalinya atau tidaknya informasi yang diinginkan.

Penggalan informasi dilakukan dalam berbagai teknik sesuai dengan rancangan pelaksanaan yang sudah dirumuskan. Mungkin ada wawancara secara perorangan, wawancara secara kelompok, Diskusi Kelompok Terfokus, dan sebagainya. Hasil informasi yang digali bisa saja berbentuk peta penyebaran penyakit di wilayah tersebut, gambaran tentang sejarah kondisi kesehatan masyarakat,

gambaran mengenai kecenderungan dan perubahan masyarakat secara umum dan keseluruhan, gambaran tentang partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan, penajaman masalah-masalah kebijakan pembangunan dan anggaran kesehatan daerah, dan lain-lainnya.

Secara garis besar, pengelompokan jenis data dan informasi primer yang perlu digali adalah:

- (1) Kondisi umum kesehatan masyarakat setempat;
- (2) Kebijakan pemerintah daerah dalam pembangunan sektor kesehatan dan sektor-sektor lain yang terkait;
- (3) Alokasi anggaran belanja daerah untuk sektor kesehatan dan sektor-sektor lain yang terkait;
- (4) Semua data dasar yang dibutuhkan untuk menghitung 'Neraca Kesehatan Daerah' (*District Health Account*) serta kerugian ekonomis (*economic loss*) akibat penyakit yang diderita masyarakat di daerah tersebut (misalnya: jumlah total penduduk, demografi usia produktif, upah atau pendapatan rerata penduduk dan angkatan kerja, angka morbiditas, dan sebagainya).
- (5) Data etnografi kesehatan penduduk;
- (6) Peta partisipasi masyarakat selama ini dalam program-program pelayanan dan perawatan kesehatan;
- (7) Peta berbagai organisasi lokal yang bergerak di sektor kesehatan atau yang berkaitan, serta yang potensial menjadi jaringan kerja advokasi nanti.

Tujuan:

Diperoleh informasi-informasi berupa data primer sesuai dengan yang tertuang dalam rancangan rinci pelaksanaan penjangkauan.



LANGKAH-LANGKAH PELAKSANAAN

(1) Menghubungi pihak (bisa perorangan, atau beberapa orang) sesuai dengan yang telah ditetapkan dalam rancangan. Minta kesediaan pihak tersebut, sebagai sumber data, untuk meluangkan waktu bertemu dan berdiskusi dengan anggota tim yang datang ke tempat mereka. Sepakati waktu dan tempat pertemuan.

(2) Apabila sumber data adalah beberapa orang dan bentuk kegiatannya adalah wawancara kelompok atau *focus group discussion* (FGD), maka anggota tim perlu merundingkan dengan mereka semua untuk bersepakat mengenai tempat dan waktu bertemu melakukan wawancara kelompok atau FGD.

(3) Bagi seluruh tim dalam beberapa kelompok kecil (masing-masing 2-3 orang) sesuai dengan tema atau topik-topik pengamatan atau pembagian lokasinya. Dalam setiap kelompok, tetapkan pembagian tugas siapa yang akan menjadi pewawancara atau pemandu, siapa yang akan menjadi pencatat seluruh informasi yang disampaikan, dan siapa yang akan menjadi pengamat proses.

(4) Lakukanlah pendataan sedapat mungkin tidak jauh berubah dari yang telah dituangkan dalam rancangan rinci pelaksanaan, tetapi tanpa harus terlalu kaku jika memang diperlukan ada perubahan dan penyesuaian di lapangan.

(5) Setelah semua anggota tim berkumpul kembali, lakukan *review* atas data-data primer yang diperoleh, dan jangan lupa evaluasi atas teknik dan proses pendataannya. Jika ternyata masih diperlukan melanjutkan pendataan tambahan, maka sebaiknya lakukan simulasi atau peragaan teknik kembali agar pendataan lanjutan ini menjadi jauh lebih baik.



PRINSIP-PRINSIP

- Mengembangkan suasana akrab
- Menghargai pendapat sumber data
- Untuk menggali satu informasi, gunakan beberapa sumber data
- Mendorong sumber data untuk mengemukakan dan menganalisis masalah



Kasus 4

TEKNIK PENGGALIAN DATA YANG KREATIF

Penjajakan wilayah dan isu advokasi masalah kesehatan masyarakat memerlukan data dan informasi yang cukup lengkap, bahkan ada beberapa jenis data atau informasi yang hanya mungkin diperoleh dengan cara-cara atau teknik penggalan data yang tidak lazim,

Meskipun bukan untuk keperluan advokasi, satu contoh menarik adalah penjajakan rencana program di salah satu desa di Salatiga, Jawa Tengah, pada tahun 1986. Setelah merampungkan rencana kerja rinci pelaksanaannya, tim penjajakan mulai melakukan penggalan data di lapangan, dan mereka hampir seluruhnya menggunakan cara-cara dan teknik pendataan yang kreatif. Penggalan data dari sumber-sumber resmi, seperti Walikota, Ketua Bappeda, Kepala-kepala Dinas teknis, tidak dilakukan dengan wawancara statik, melainkan dengan cara

diskusi dan lokakarya membahas topik-topik khusus secara sangat rinci dan terfokus. Cara atau teknik inilah yang banyak dikenal dengan nama 'kelompok diskusi terfokus' atau *focus group discussion* (FGD).

Pada tingkat sumber data primer langsung di tengah masyarakat setempat, mereka bahkan menggunakan cara dan teknik yang lebih kreatif, menggunakan berbagai media grafis, visual, audio-visual, simulasi, dan permainan peran. Semuanya menggunakan bahasa lokal (bahasa Jawa), sehingga penduduk awam sekalipun dapat menjadi sumber data yang akurat dan hidup. Lebih jauh lagi, mereka semua bahkan terlibat langsung sampai pada tahap analisis data dan perumusan kesimpulan dan rekomendasinya. Jelas, ini memenuhi prinsip partisipatif yang disarankan di sini.



PERINGATAN

- Mengingat akurasi informasi, janganlah hanya bersumber dari satu sumber informasi dan satu teknik penggalan. Lakukanlah pemeriksaan silang untuk memastikan. Hal ini sesuai dengan prinsip penggalan informasi secara partisipatif.
- Dalam penentuan sumber data, perlu dipertimbangkan homogenitasnya, sehingga lebih memungkinkan setiap orang yang hadir bisa memberikan kontribusi pendapatnya. Misalnya, kelompok perempuan tidak disatukan langsung dengan laki-laki, masyarakat umum dengan para pejabat. Mungkin, akan lebih baik apabila mereka ditemui terpisah. Prinsip-prinsip ini tentunya merupakan bagian penting dalam penyusunan rancangan detail penjajakan.



Bahan Bacaan 1

BAHAN PENGGERAK DISKUSI

Dalam penjajakan wilayah dan isu advokasi kesehatan, anda akan banyak menggunakan berbagai cara dan teknik interaktif dan partisipatif untuk mengumpulkan data dan informasi. Masalahnya adalah banyak sumber data lokal yang tidak memiliki informasi cukup atau memadai tentang masalah atau isu kesehatan masyarakat pada umumnya.

Untuk itu, mungkin anda sangat membutuhkan adanya semacam bahan pembuka untuk menggerakkan diskusi agar lebih hidup dan menarik. Katakanlah, ini semacam ‘umpan pancingan’. Misalnya, anda bisa mulai dengan menyampaikan hasil *review* data sekunder yang berisi tentang topik-topik permasalahan kesehatan di daerah tersebut, atau daerah lain sebagai bahan perbandingan (sekaligus ‘umpan’ untuk memancing diskusi).

Dari pengalaman selama ini, ‘umpan’ yang cukup berhasil adalah data dan informasi yang diolah sedemikian rupa menarik (misalnya, dengan grafis dan audio-visual) tentang satu topik tertentu masalah kesehatan masyarakat dan kebijakan pemerintah di sektor kesehatan. Apalagi, jika kemasan data dan informasi itu menyangkut hal-hal baru yang selama ini belum mereka ketahui.

Salah satu contohnya adalah analisis kerugian ekonomis (*economic loss*) dari permasalahan kesehatan penduduk satu daerah. Contoh perhitungan kerugian ekonomis berikut ini di Kabupaten Bogor, Jawa Barat, dapat anda gunakan atau ubah-sesuaikan dengan data daerah dimana anda akan melakukan penjajakan.

KERUGIAN EKONOMIS AKIBAT PENDUDUK SAKIT DI KABUPATEN BOGOR (1999)

■ Perkiraan jumlah orang sakit = **757.142 orang/bulan** (diolah dari data total penduduk dikalikan dengan angka prosentase morbiditas daerah tersebut)

■ Rata-rata hari produktif yang hilang = **4,4 hari** (data rerata lama hari per sekali sakit di daerah tersebut; data bisa diperoleh dari Indeks Pembangunan Manusia, BAPPENAS)

■ Jumlah hari produktif yg hilang = $757.142 \text{ orang} \times 4,4 \text{ hari} \times 0,60$ (prosentase perkiraan jumlah usia produktif tenaga kerja dari total angkatan kerja daerah tersebut) = **1.988.854 hari**

■ Maka jumlah kerugian hari produktif dalam nilai uang per tahun adalah = $1.988.854 \text{ hari} \times \text{Rp } 15.000/\text{hari}$ (angka upah minimum regional atau UMR daerah Bogor) $\times 12 \text{ bulan}$ = **Rp 359 milyar**.

■ Beban biaya kesehatan (pengobatan penyakit) untuk semua orang sakit dalam setahun di Bogor = **Rp 114 milyar** (data dapat diperoleh dari SUSENAS, atau dari perkalian antara jumlah orang sakit per bulan, dikalikan rata-rata biaya pengobatan sekali sakit, dikalikan 12 bulan)

■ Maka jumlah kerugian ekonomis total tahunan Kabupaten Bogor akibat penduduknya yang sakit = $\text{Rp } 359 \text{ milyar} + \text{Rp } 114 \text{ milyar}$ = **Rp 473 milyar/tahun**.

■ Total APBD Kabupaten Bogor (DAU dan PAD 1999): **Rp 655 milyar** (data dari statistik PEMDA).

■ Artinya, kerugian ekonomis akibat masalah kesehatan penduduk yang kurang diperhatikan adalah hampir sama besarnya dengan APBD.

Nah, untuk memancing diskusi selanjutnya, maka anda kemudian dapat mengajukan sejumlah pertanyaan berikut:

- Apakah makna lain lagi yang Anda pahami dari data ini?
- Apakah keadaan yang sama juga memang terdapat di daerah Anda ini? Apakah ini makin memperjelas kedudukan sektor kesehatan masyarakat di daerah Anda?
- Bagaimana dengan kebijakan pemerintah daerah dan alokasi APBD sektor kesehatan di daerah anda?
- Apakah kita dapat melakukan pendataan dan verifikasi data semacam itu di daerah Anda untuk melakukan perhitungan yang sama?

Dan seterusnya, pertanyaan-pertanyaan lebih lanjut yang akan memancing mereka memahami lebih kritis isu kesehatan masyarakat setempat. Pengalaman menggunakan ‘umpan’ semacam itu dalam banyak pertemuan atau pelatihan dan lokakarya dengan jaringan KUIS di seluruh Indonesia, memperlihatkan efektivitasnya untuk memancing peserta sekaligus menjadi giat untuk mencari data atau bahkan menjadi sumber data itu sendiri.

Dan, yang lebih penting, bahkan ‘umpan’ itu mampu mengubah cara-pandang mereka selama ini terhadap masalah dan isu kesehatan masyarakat, menjadi lebih berorientasi pada pemenuhan hak-hak dasar warga negara akan pelayanan kesehatan yang memadai dan dijamin oleh negara.



Di dalam CD-ROM interaktif yang terlampir pada panduan ini, terdapat bahan-bahan presentasi dalam format animasi visual maupun audio-visual tentang beberapa hal, antara lain, contoh-contoh perhitungan kerugian ekonomis masalah kesehatan di DKI Jakarta, Lombok Barat, Sumbawa, dan lain-lain. Masukkan keping CD-ROM tersebut ke komputer Anda dan kemudian ikuti perintah selanjutnya di layar komputer Anda.



Bahan Bacaan 2

MENGGALI DATA ETNOGRAFI KESEHATAN MASYARAKAT

Untuk mendapatkan gambaran secara lebih nyata dan tajam mengenai permasalahan kesehatan di kabupaten/kota terpilih, perlu dilakukan studi kasus yang lebih rinci dan mendalam pada satu orang, atau satu keluarga, atau satu kelompok rumah-tangga tertentu yang, menurut tim, cukup mewakili permasalahan kesehatan yang sedang dihadapi oleh masyarakat di sana.

Proses penggalan data etnografi

- (1) Lakukan pertemuan tim untuk menentukan satu daerah (kecamatan, kelurahan, desa, atau bisa juga kampung). Penentuan wilayah untuk penggalan data etnografi dipilih berdasarkan pertimbangan: dapat memberikan gambaran tentang permasalahan kesehatan yang dihadapi di wilayah tersebut. Untuk itu, gunakan data dasar (*baseline*) yang sudah ada dari hasil penjajakan.
- (2) Lakukan *review* data dasar tersebut, sehingga diperoleh gambaran umum yang menjelaskan sekurang-kurangnya tentang kondisi kesehatan masyarakat di kampung yang dipilih, sehingga diperoleh gambaran tentang kampung yang paling banyak mengalami permasalahan.
- (3) Lalu, tentukan tema-pokok yang paling menonjol permasalahannya dari data dasar awal yang sudah ada tersebut. Misalnya: kasus penderitaan orang/keluarga/rumah-tangga yang bersangkutan akibat penyakit malaria; atau jika ada satu kasus masalah kesehatan atau pelayanan kesehatan yang sangat menonjol di kampung tersebut.
- (4) Lakukan pertemuan dengan Camat/Lurah/Kepala Desa/Kepala Kampung (sesuai dengan lingkup wilayah yang sudah dipilih). Maksud pertemuan tersebut selain untuk berkenalan, pemberitahuan, meminta izin, juga mengutarakan maksud dan tujuan penggalan data etnografis kesehatan yang akan dilaksanakan.
- (5) Lakukan pertemuan yang serupa dengan orang/keluarga/rumah-tangga yang akan menjadi kasus pengamatan dan pendataan.
- (6) Lakukan pengamatan langsung dan terlibat. Data etnografis adalah data yang secara rinci menjelaskan berbagai pernik-pernik dan relung-relung (*niches*) permasalahan dari tema utama atau kasus yang telah ditetapkan. Yang penting diungkapkan di sini terutama bukan aspek teknis medis dari penyakit tersebut, melainkan berbagai aspek sosial-ekonomi, politik, dan budaya lokal keseharian dari penderitaan mereka akibat penyakit tersebut, dan juga dalam hubungannya dengan sistem pelayanan kesehatan masyarakat di sana. Untuk itu semua, Anda mungkin perlu melakukan pencatatan data secara rinci dan runtut, misalnya: mencatat semua kegiatan dan hal-hal yang berkaitan dengan tema kasus yang diamati, sejak mereka bangun pagi hari sampai tidur lagi malam hari, dan seterusnya, misalnya, selama 2-3 hari.

(7) Lengkapi semua data rinci tersebut dengan berbagai tambahan data dan informasi lain yang berkaitan dari keadaan kehidupan sehari-hari (misalnya: apakah keadaan semacam itu sudah berlangsung lama, dan mengapa?), termasuk wawancara mereka (dan orang lain, misalnya : Kepala PUSKESMAS, dokter PUSKESMAS, Camat, bidan, dan lain-lain yang dianggap bisa memberikan informasi yang dibutuhkan) tentang tema yang diamati.

(8) Setelah data dan informasi dirasa cukup untuk menjelaskan tema kasus yang diamati, lakukan *review* bersama dan sepakati bagaimana cara menyajikan semua data dan informasi tersebut secara utuh tapi padat, ringkas, dan menarik. Untuk itu,

akan sangat berguna jika anda menyajikannya dalam bentuk media audio-visual (grafis, foto, rekaman video) dengan narasi yang menyentuh. Ingat: data etnografis semacam itu akan sangat efektif jika menyentuh hal-hal yang bersifat *human-interest*, sehingga akan lebih menarik pula jika disajikan dalam gaya bertutur-cerita (*story telling*).

(9) Jadikan laporan khusus kasus itu sebagai bagian dari laporan utama penjajakan secara keseluruhan. Dengan kata lain, laporan etnografis tersebut melengkapi berbagai hal yang bersifat kualitatif mendalam dari laporan penjajakan Anda.



Di dalam CD-ROM interaktif yang terlampir pada panduan ini, terdapat bahan-bahan presentasi dalam format animasi visual maupun audio-visual tentang beberapa hal, antara lain, satu kasus etnografi kesehatan masyarakat: 'Balada Mbok Bariyem'. Masukkan keping CD-ROM tersebut ke komputer Anda dan kemudian ikuti perintah selanjutnya di layar komputer Anda.



LANGKAH 5

MENGANALISIS & MENYUSUN KESIMPULAN

Bagian terpenting berikutnya dari keseluruhan proses penjangkauan ini adalah menganalisis temuan-temuan dari pendataan lapangan. Menganalisa berarti mencari keterkaitan temuan satu dengan lainnya. Paling tidak, ada tiga satuan analisis yang harus dilakukan, yaitu:

- Tingkat derajat kesehatan masyarakat setempat, kebijakan pembangunan kesehatan, dan kebijakan anggaran kesehatan pemerintah daerah;
- Kondisi partisipasi masyarakat, kelembagaan lokal dan jaringan kerjanya;
- Posisi geografis kabupaten/kota dalam keseluruhan kawasan yang lebih luas di sana;

Analisis dapat dilakukan dengan memadukan metoda kualitatif dengan metoda kuantitatif sesuai dengan kebutuhan.

Setelah analisis, buatlah kesimpulan mengenai ketiga aspek tersebut. Kesimpulan menggambarkan keadaan yang dapat dijadikan alasan apakah kerja-kerja advokasi

layak dilakukan di kabupaten/kota yang bersangkutan. Atas dasar kesimpulan itulah kemudian disusun saran-saran atau rekomendasi yang diperlukan untuk melaksanakan rencana-rencana kerja advokasi nanti.

Tujuan:

- (1) Merumuskan masalah kesehatan di daerah kabupaten/kota yang dijajaki, menemukan penyebab masalah tersebut pada kebijakan pemerintah, termasuk kebijakan anggaran.
- (2) Membuat kesimpulan mengenai kelayakan daerah tersebut sebagai wilayah kerja advokasi masalah kesehatan masyarakat.
- (3) Menyusun saran-saran atau rekomendasi penting sebagai landasan menyusun rancangan advokasi.



PRINSIP-PRINSIP

- Analisis harus menggunakan temuan data dan fakta yang benar dan diakui.
- Analisis harus menggunakan kerangka pendekatan dan instrumen hak-hak asasi manusia, yakni bahwa pelayanan kesehatan dasar adalah kewajiban negara dan menjadi hak setiap warga negara.
- Analisis sebaiknya memadukan antara metoda kuantitatif dengan metoda kualitatif.



LANGKAH-LANGKAH PELAKSANAAN

- (1) Kumpulkan semua data yang telah terkumpul, baik data sekunder maupun primer.
- (2) Kumpulkan semua hasil-hasil analisis yang sudah ditulis dalam laporan awal, dan buatlah rangkumannya.
- (3) Adakan pertemuan semua anggota tim untuk melakukan diskusi analisis.
- (4) Mulailah diskusi dengan menyusun pertanyaan penting dari setiap atau tiga unit analisis di atas, dan gunakan data yang ada untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut.
- (5) Sajikan hasil analisis ketiga aspek (derajat kesehatan, kebijakan dan anggaran kesehatan; potensi kelompok-kelompok masyarakat; posisi geografis). Sajian bisa dalam bentuk narasi, tabel, grafik, sesuai dengan kebutuhan.
- (6) Buatlah kesimpulan akhir dari hasil analisis tersebut.
- (7) Susunlah sejumlah saran atau rekomendasi. Ada dua kemungkinan isi rekomendasi, yaitu:
 - Kerja advokasi bisa dilanjutkan. Bila demikian maka perlu diuraikan lebih lanjut bagaimana strategi advokasi akan dijalankan, apa-apa yang harus dilakukan, siapa yang perlu dilibatkan, isu-isu kesehatan lokal apa yang strategis diangkat, kelompok-kelompok masyarakat mana yang harus mulai dilibatkan, dan lain-lain.
 - Kerja advokasi tidak bisa dilanjutkan. Bila demikian, maka apa saja yang harus dilakukan selanjutnya? Apa kemungkinan atau rencana perubahannya, termasuk perubahan wilayah dan isunya?



LANGKAH 6

MENYUSUN LAPORAN HASIL PENJAJAKAN

Seperti umumnya kegiatan pendataan lainnya, penjajakan ini juga harus diakhiri dengan kegiatan penyusunan laporan. Laporan hasil penjajakan sebaiknya dibuat oleh seluruh anggota tim, dan akan menjadi dokumen utama untuk menyusun rencana kerja advokasi di kabupaten/kota yang bersangkutan.

Bentuk laporan disesuaikan dengan rencana awal, apakah dalam bentuk tulisan saja, atau juga dalam bentuk-bentuk yang lain, seperti film, foto-foto, diagram-diagram, dan sebagainya. Semua bentuk ini tergantung kesepakatan tim.

Isi laporan, sekurang-kurangnya memuat:

- **Latar belakang** dilaksanakannya penjajakan;
- Uraian singkat **kerangka kerja penjajakan**: tujuan, ruang-lingkup penjajakan, metode yang digunakan, garis besar proses pelaksanaan, organisasi tim pelaksana, waktu dan tempat pelaksanaan;
- **Gambaran umum kabupaten/kota yang menjadi daerah penjajakan**; dan **deskripsi masalah**

kesehatan di kabupaten/kota tersebut: gambaran tentang kondisi kesehatan masyarakat, kebijakan pemerintah daerah di sektor kesehatan, dan alokasi anggaran belanja daerah untuk sektor kesehatan.

■ Gambaran **tingkat partisipasi warga dalam pembangunan kesehatan di daerah tersebut:** tanggapan dan sikap dari berbagai organisasi lokal terhadap permasalahan kesehatan masyarakat; program atau kegiatan mereka selama ini yang berkaitan dengan masalah kesehatan masyarakat; dan potensi mereka sebagai jaringan advokasi kesehatan masyarakat di daerah tersebut.

■ **Analisis** mengenai penyebab-penyebab timbulnya masalah-masalah kesehatan masyarakat yang ditemukan selama peninjauan; faktor-faktor penentu atau determinan utamanya, dan dalam kaitannya dengan kebijakan resmi pemerintah daerah; serta sebab-sebab mendasar dari tingkat partisipasi masyarakat setempat dan tanggapan organisasi-organisasi lokal. Seluruh analisis ini dikaitkan dengan konteks wilayah itu di masa yang akan datang, potensi-potensi perubahan agar pembangunan kesehatan di masa mendatang lebih berorientasi pada perwujudan hak warga.

■ **Kesimpulan dan saran-saran** berdasarkan analisis tersebut. Saran hendaknya difokuskan pada rencana-rencana advokasi masalah kesehatan di daerah tersebut.

Mengenai susunan dan sistematika laporan, sebaiknya disepakati bersama sesuai 'selera tim'. Apapun, yang jelas adalah usahakan tampil semenarik mungkin, biasanya dengan berbagai ilustrasi grafis dan visual. Hal tersebut akan membantu orang untuk memahaminya dengan lebih mudah.

Tujuan:

Terumusnya laporan akhir peninjauan wilayah advokasi.



PRINSIP-PRINSIP

- Usahakan laporan cukup ringkas, tetapi menggambarkan semua proses dan hasil penajakan.
- Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh berbagai pihak yang berbeda.
- Usahakan melengkapinya dengan berbagai ilustrasi grafis atau visual, jika mungkin juga audio-visual, agar lebih menarik dan lebih mudah dipahami.



LANGKAH-LANGKAH PELAKSANAAN

- (1) Tentukan waktu secara bersama-sama untuk menyusun laporan akhir.
- (2) Kumpulkan semua hasil yang sudah diperoleh selama penajakan lapangan.
- (3) Sepakati bersama kerangka dasar dan muatan-muatan dalam laporan serta sistematikanya.
- (4) Sepakati anggota tim penulis dan penyunting akhir laporan, juga yang ditugaskan untuk menyusun tata-letak cetakan akhirnya.
- (5) Untuk itu, bagilah seluruh pekerjaan kepada seluruh anggota tim. Dalam menentukan pembagian tugas ini, perlu dipertimbangkan ada anggota tim yang memang tidak cepat dalam menulis atau menyunting, maka sebaiknya mereka diberi tugas yang lebih sesuai yang bukan urusan tulis-menulis, misalnya, mentabulasi atau mengkompilasi data mentah, menyiapkan bahan-bahan grafis untuk ilustrasi, dsb.
- (6) Tentukan dan sepakati bersama rentang dan tenggat-waktu penyelesaian tugas setiap anggota tim tersebut, sehingga laporan benar-benar dapat diselesaikan sesuai jadwal. Untuk itu, lakukan pemeriksaan berkala hasil pengerjaan tugas masing-masing.
- (7) Minta dan kumpulkan masukan atau saran-saran perbaikan dari semua anggota tim.
- (8) Lakukan pertemuan terakhir untuk mengumpulkan seluruh hasil penugasan dan serahkan semuanya kepada satu tim khusus (1-2 orang saja) untuk menyunting dan menyusun tata-letak laporan akhir. Tetapkan tenggat-waktu penyelesaian tugas tim penyunting dan penata laporan akhir tersebut.

Modul 2

PERENCANAAN ADVOKASI
MASALAH KESEHATAN
MASYARAKAT



Perencanaan advokasi merupakan tahapan setelah proses penjajakan. Hasil penjajakan berupa data dan informasi yang telah berhasil dihimpun, merupakan bahan dasar untuk perencanaan advokasi. Perencanaan advokasi harus dipandang sebagai acuan umum untuk melaksanakan advokasi, karena dalam rangkaian pelaksanaan dapat terjadi setiap saat perubahan gerakan yang dinamis. Walaupun demikian, perubahan gerakan yang tiba-tiba ini harus tetap memiliki acuan yang jelas. Tanpa acuan yang jelas, maka sasaran yang akan diadvokasikan dapat melebar kemana-mana, atau dapat juga hilang ditelan oleh isu-isu lainnya.

Perencanaan advokasi di sini adalah tahap untuk memahami dan menganalisis konteks serta permasalahan-permasalahan pokok kesehatan di wilayah kerja advokasi, memfokuskan sasaran dari kerja-kerja advokasi yang akan dilakukan, dan merumuskan rencana kerja advokasi. Ada tiga langkah penting dalam perencanaan advokasi:

- pembentukan tim inti;
- penetapan isu strategis; dan
- perancangan kerangka kerja & unsur dasar advokasi.

Pembentukan tim inti adalah proses membentuk tim inti dan tim kerja advokasi beserta prasyarat yang diperlukan agar mereka cukup dan tetap pejal (*solid*). Langkah ini sangat menentukan dalam kerja-kerja advokasi, karena semua prinsip dan pandangan dasar, serta gagasan-gagasan dan kesepakatan awal dibangun pada tahap ini.

Penetapan isu strategis adalah proses memilih dan menetapkan isu yang akan diadvokasikan. Untuk itu, pendalaman permasalahan atau isu kesehatan masyarakat perlu dilakukan oleh tim advokasi, dan hal itu dijelaskan dalam Modul-3 (Analisis Kebijakan Masalah Kesehatan Masyarakat).

Perancangan kerangka kerja & unsur dasar advokasi adalah tahap-tahap kegiatan yang dirangkai sehingga sasaran advokasi dapat tercapai, baik melalui proses-proses legislasi dan litigasi, proses-proses politik birokrasi, maupun proses-proses sosialisasi dan mobilisasi.

Ada banyak cara dan metode untuk merencanakan advokasi yang selama ini dilakukan oleh tim-tim kerja advokasi. Petunjuk dan penjelasan dalam modul ini diharapkan dapat membantu anda. Oleh karena itu, untuk mempermudah memahaminya, setiap penjelasan dilengkapi dengan prinsip-prinsip, langkah-langkah penyusunannya serta contoh-contoh kasus dan bahan bacaan pendukung dari setiap tahapan yang akan dikembangkan. Namun demikian, sebaiknya untuk memperkaya proses pembelajaran, setiap pengguna modul ini diharapkan dapat melengkapinya sendiri berdasarkan pengalaman-pengalaman nyata yang terjadi di wilayahnya masing-masing.



LANGKAH 1

MEMBENTUK TIM INTI

Langkah pertama dan utama dari proses advokasi adalah **membentuk ‘Tim Inti’**, yakni kumpulan orang yang menjadi penggagas, pemrakarsa, penggerak, dan pengendali utama seluruh kegiatan advokasi.

Sebagai upaya sistematis dan terorganisir untuk merubah kebijakan publik, Tim Inti inilah yang berperan utama mewujudkan semua prasyarat yang dibutuhkan agar kerja-kerja advokasi dapat terselenggara. Secara garis-besar, Tim Inti inilah yang memimpin, mengarahkan, dan mengkoordinasikan seluruh rangkaian kerja-kerja advokasi, mulai dari kajian kebijakan, penentuan isu strategis, perumusan sasaran hasil advokasi yang akan dicapai, perancangan strategi dan taktik yang akan digunakan, penyiapan dan penggalangan dukungan sumberdaya yang dibutuhkan, sampai pada pemantauan seluruh proses, hasil, dan dampak advokasi.

Dengan kata lain, Tim Inti suatu gerakan advokasi sebenarnya merupakan suatu tim yang siap bekerja purna-waktu, kohesif dan pejal (*solid*). Ibarat menghadapi suatu peperangan, Tim Inti adalah pemegang tongkat komando utama yang siap setiap saat di ‘markas besar’ selama proses advokasi berlangsung.

Karena itu, pembentukan Tim Inti dalam suatu gerakan advokasi, memerlukan beberapa prasyarat dan tolok-ukur tertentu yang cukup ketat, terutama dalam hal kesatuan atau kesamaan visi dan analisis (bahkan juga ideologis), dan kepentingan yang jelas terhadap persoalan yang diadvokasikan.

Berdasarkan pengalaman selama ini, suatu Tim Inti yang pejal (*solid*) biasanya merupakan hasil dari suatu proses pergaulan dan perkawanan yang cukup lama. Beberapa orang yang berkumpul sebagai suatu Tim Inti advokasi, biasanya adalah mereka yang selama ini memang sudah terbiasa bekerja bersama dan, yang terpenting, telah memiliki kesamaan visi atas isu yang akan diadvokasikan.

Namun, sama sekali tidak menutup kemungkinan bahwa suatu Tim Inti yang kuat bisa saja terbentuk di antara beberapa orang yang baru saja saling kenal. Dalam kasus semacam ini, maka **faktor yang paling dan sangat menentukan adalah adanya kesamaan visi terhadap isu yang akan diadvokasikan.**

Agar mendapat gambaran lebih jelas, beberapa contoh kasus nyata berikut ini mudah-mudahan dapat membantu anda memahami lebih mudah tentang proses-proses pembentukan Tim Inti dengan berbagai aspeknya.



TOLOK-UKUR TIM INTI ADVOKASI

- Memiliki visi, cara pandang & kepentingan yang sama terhadap isu yang diadvokasikan.
- Memiliki kemampuan sebagai penggagas dan penggerak kegiatan advokasi.
- Mampu membedakan secara tegas kapan saatnya harus bersikap apa, dan dengan cara bagaimana terhadap siapa.
- Rendah hati untuk bekerjasama dan menerima pembagian peran secara proporsional. Sebaliknya, tidak boleh merasa menjadi 'bintang' apabila berada di garis depan.
- Memiliki waktu luang yang cukup sehingga dapat mencurahkan segala tenaga dan pikirannya.
- Jumlah anggota Tim Inti sebaiknya tidak terlalu banyak untuk memudahkan koordinasi. Berdasarkan pengalaman selama ini, jumlah anggota Tim Inti sebaiknya antara 3-5 orang saja.



LANGKAH-LANGKAH POKOK PEMBENTUKAN TIM INTI ADVOKASI

- (1) Tentukan orang-orang yang akan menjadi penggagas dan penggerak kegiatan advokasi.
- (2) Bagilah peran anggota Tim dengan melihat rencana advokasi secara keseluruhan, sehingga dapat menentukan posisi dan peran masing-masing berdasar kemampuan yang dimiliki. Penentuan peran ini hendaknya dirumuskan dan disepakati secara cukup rinci dan khas; misalnya, apa saja tugas-tugas dan siapa yang akan menjalankan fungsi kerja-kerja basis (mengorganisir massa pendukung, mendidik dan melatih mereka), serta apa saja tugas-tugas dan siapa yang akan bekerja di garis-depan (melakukan lobi, kampanye, atau negosiasi dengan pembuat kebijakan)?
- (3) Adakan serangkaian diskusi mendalam untuk menyatukan visi, cara pandang terhadap persoalan, dan isu yang akan diadvokasi.
- (4) Pertimbangkan, apakah jumlah orang dan kemampuan anggota telah mencukupi atau masih perlu menambah orang lagi. Jika masih dianggap perlu tambahan orang, diskusikan di bagian mana yang masih perlu, lalu cari dan pilih orang yang tepat untuk itu sesuai dengan prasyarat dan tolok-ukur di atas tadi.



Kasus 5 TERBENTUK MELALUI SERANGKAIAN LOKAKARYA

Selama kurang lebih dua bulan, seorang pengorganisir melakukan pengamatan, terjun langsung di Kabupaten Cirebon, Jawa Barat, untuk menemukan orang-orang potensial yang diharapkan mampu menggerakkan isu tingginya angka kematian ibu hamil, ibu yang melahirkan, dan bayi yang baru lahir.

Dengan menggunakan jalur dan rekomendasi Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon, diselenggarakanlah serangkaian lokakarya mulai dari tingkat desa sampai kecamatan dan kabupaten, membahas persoalan-persoalan kesehatan umumnya, tetapi secara khusus menyoroti masalah tingginya angka kematian ibu hamil, ibu melahirkan, dan bayi yang baru lahir di Kabupaten Cirebon.

Dari rangkaian lokakarya itulah ditemukan orang-orang setempat yang memiliki potensi:

- dari sisi waktu — mereka memang memiliki dan menyatakan komitmen pribadi untuk menyediakan waktunya.
- dari soal kepentingan — mereka (hampir seluruhnya ibu-ibu) adalah orang-orang yang memang pernah mengalami persoalan (isu) tersebut.
- dari segi sosial — mereka juga adalah orang-orang setempat yang memang hidup dan berinteraksi langsung dengan masyarakat.

Maka, segera setelah rangkaian lokakarya selesai, sang pengorganisir tadi mengumpulkan orang-orang potensial tersebut untuk melakukan semacam peneguhan kembali komitmen dan

kepentingan bersama mereka, membagi tugas dan perhatian, serta menentukan prinsip-prinsip yang harus dipatuhi bersama. Dan, terbentuklah suatu ‘Tim Inti’ yang benar-benar didasarkan pada kesanggupan dan komitmen bersama mereka sendiri.

Mulai dari orang-orang yang tergabung dalam ‘Tim Inti’ itulah, gagasan-gagasan mengenai hak-hak ibu hamil dan melahirkan mulai bergulir. Mereka mulai secara kritis mempersoalkan hak-hak sekelompok masyarakat yang selama ini selalu diperlakukan sebagai ‘warga kelas dua’.

Gagasan mereka sebenarnya sederhana saja, tapi sangat jelas: menghidupkan kembali sistem dan mekanisme sosial yang memberi jaminan pelayanan terhadap ibu-ibu hamil, ibu-ibu melahirkan, dan bayi-bayi mereka. Masalahnya: bagaimana meyakinkan para tokoh dan warga masyarakat umumnya, juga para pejabat pemerintah setempat sebagai pembuat kebijakan? Soalnya, mereka sendiri yang sebagian besar adalah dari lapisan masyarakat kelas menengah ke bawah, selama ini tidak terlalu dianggap oleh para tokoh dan para elite tersebut.

Maka, serangkaian pelatihan tambahan khusus dilakukan, terutama pelatihan metodologi dan teknik pengorganisasian, advokasi kebijakan publik, analisis sosial, dan media komunikasi kerakyatan. Hasil serangkaian pelatihan ini adalah selain rencana kerja, juga tambahan beberapa orang baru potensial yang posisi dan fungsinya menggerakkan dari belakang. Beberapa di antara mereka juga kemudian bergabung ke dalam ‘Tim Inti’ yang sudah terbentuk tadi. Dan, mereka semua kemudian melahirkan beberapa terobosan gagasan baru, antara lain:

- Perlunya mengadakan pengamatan (semacam riset sederhana) untuk mendapatkan gambaran tentang kasus-

kasus yang menyangkut pelayanan ibu-ibu hamil, bersalin dan anak yang baru lahir; baik yang telah terjadi pada masa lalu maupun masa sekarang, serta arah kecenderungannya di masa depan.

■ Perlunya melipat-gandakan tenaga-tenaga penggerak lokal di tingkat desa, dengan cara setiap orang dari mereka harus merekomendasikan minimal 3 orang baru dari desa atau tempat mereka masing-masing kepada Tim Inti. Orang-orang baru itu kemudian dilatih dan dipertemukan pada tingkat gabungan antar desa, sehingga mulai terjadi semacam ‘jaringan informasi dan komunikasi’.

■ Perlunya mendapatkan teman di beberapa bidang pekerjaan yang ternyata tidak mampu dilakukan sendiri oleh Tim Inti, terutama menyangkut kebutuhan membangun konsep dan argumentasi. Maka, muncullah prakarsa menghubungi dan membangun kerjasama baru dengan kalangan akademisi di perguruan tinggi terdekat. Hal ini selanjutnya membawa mereka ke upaya membangun kerjasama dengan para wartawan untuk membantu mereka menyebarluaskan isu yang mereka

advokasikan. Demikian pula halnya dengan membangun jaringan baru dengan para tokoh agama (ulama) dan organisasi-organisasi massa setempat untuk memperoleh dukungan langsung. Kesemuanya itulah yang akhirnya membentuk suatu jaringan yang lebih besar (sekutu pendukung) pada tingkat seluruh kabupaten.

Dalam kenyataannya, gerakan advokasi oleh masyarakat (khususnya kaum perempuan dan ibu-ibu) yang berhasil mendesak kenaikan alokasi APBD untuk sektor pelayanan kesehatan di Kabupaten Cirebon, pada dasarnya justru bermula dari ‘Tim Inti’ yang semula sangat informal tersebut. Baru belakangan mereka meresmikannya menjadi satu organisasi advokasi yang sesungguhnya. Itulah sebabnya dalam contoh kasus advokasi di Cirebon ini, ‘Tim Inti’ nya justru memang tidak nampak dalam bagan struktur resmi organisasi yang diketahui umum. Jadi, ‘Tim Inti’ tersebut semacam sutradara yang ada tapi tak nampak, bekerja di balik layar, sebagai ‘aktor intelektual’ yang memiliki daya gerak mendorong dari belakang apabila ‘kendaraan’ (organisasi resmi) advokasi itu macet, atau mengalami permasalahan.



Kasus 6 BERMULA DARI 6 PEREMPUAN DESA

Sejak beberapa tahun lalu, beberapa organisasi non pemerintah (ORNOP) di Propinsi Jambi mulai melaksanakan serangkaian program pendidikan dan pelatihan bagi kaum perempuan pedesaan di pedalaman Kabupaten Merangin, sekitar 350 kilometer dari ibukota propinsi. Hasilnya adalah terbangunnya suatu sistem pelayanan kesehatan dasar masyarakat di 12 desa dalam wilayah Kecamatan Pemenang dan Kecamatan Bangko yang mencakup sekitar 25.000 jiwa penduduk. Sistem pelayanan kesehatan dasar masyarakat tersebut dikoordinasikan oleh satu jaringan ‘Pusat Masyarakat’ (*Community Centres*) yang terdapat di 12 desa yang bersangkutan. Pada tanggal 22 Desember 2002, Pusat-pusat Masyarakat itu bergabung menjadi satu Aliansi Perempuan Merangin. Mereka inilah yang melanjutkan semua proses pendidikan dan pelatihan kepada semua warga di sana. Dari rangkaian pendidikan dan pelatihan tersebut, akhirnya terpilih 6 orang perempuan setempat yang memang sudah teruji selama ini di desa mereka masing-masing. Mereka inilah yang kemudian menjadi semacam ‘Tim Inti’ untuk menggerakkan kegiatan-kegiatan awal advokasi isu pelayanan kesehatan dasar masyarakat di tingkat Kabupaten Merangin. Sasaran pokok advokasi mereka adalah:

- PUSKESMAS dapat melayani kesehatan reproduksi dasar agar kematian ibu akibat keterlambatan pertolongan dapat diatasi;
- Para provider lokal (terutama bidan dan dokter) menetap permanen dan berada di PUSKESMAS;

- Perlunya kemudahan untuk mencapai akses pelayanan (perlu adanyapembangunan prasarana transportasi di 12 desa).

Segera setelah diberi kepercayaan, keenam perempuan tersebut segera menentukan dan menyepakati beberapa prinsip dasar bersama, antara lain, tentang apa saja yang boleh dan yang tidak boleh mereka lakukan. Mereka juga mengatur dan membagi tugas dan peran di antara mereka, sebagai berikut:

- Satu orang sebagai koordinator umum
- Satu orang untuk proses-proses pengorganisasian (mendidik kader-kader penggerak baru, membangun hubungan dengan pemerintahan desa, membangun kesepakatan di komunitas sekaligus mekanisme organisasi lokal yang solid sebagai alat perjuangan)
- Satu orang untuk proses-proses pendidikan di komunitas (memfasilitasi proses-proses memahami masalah di masyarakat secara kritis, bagaimana masyarakat memahami hak-haknya, bagaimana agar masyarakat memahami bahwa untuk mencapai perubahan yang lebih baik dan adil tidak bisa berjalan sendiri-sendiri, dan seterusnya)
- Satu orang bertanggungjawab mengupayakan terjadinya dukungan dari berbagai pihak dan kalangan melalui lobi dan negosiasi
- Satu orang khusus memikirkan bagaimana agar isu pelayanan kesehatan dasar menjadi opini di masyarakat
- Dan orang yang terakhir tapi tak kalah penting adalah menggali dan memobilisasi sumber dana setempat

Dari serangkaian proses advokasi yang dilakukan oleh Aliansi Perempuan Merangin yang dimotori oleh Tim Inti ini, beberapa pencapaian mengesankan mereka sampai saat ini antara lain:

- Terbangunnya suatu model pengelolaan dan pelayanan kesehatan dasar berbasis komunitas di 12 desa.
 - Dukungan yang kian meluas dari ORNOP lokal, para wartawan, PKK, Aisyiah, Muslimat NU. Pada akhirnya, berbagai pihak mengakui dan mau mendukung, bahkan mau mengeluarkan bantuannya berupa dana karena tim ini mampu mempertanggungjawabkannya kepada publik (sumber dana yang terorganisir untuk mendukung gerakan mereka sekitar hampir Rp 1 milyar).
 - PEMDA Kabupaten mengeluarkan izin operasional (sebagai pengakuan adanya prakarsa masyarakat dalam pengelolaan sistim kesehatan dasar).
 - PEMDA juga membangun infrastruktur berupa sarana jalan dan listrik desa
 - Penempatan dokter dan bidan yang bertanggungjawab terhadap masyarakat.
 - Satu perusahaan kelapa sawit dalam area tersebut menyerahkan pengelolaan dan pelayanan kesehatan seluruh karyawannya ke pusat pelayanan kesehatan yang dikelola masyarakat tersebut .
 - Aliansi Perempuan Merangin, melalui Tim Inti tersebut, selalu dimintai pendapat dan masukannya oleh PEMDA setiap kali menyangkut kebijakan publik yang tidak hanya terbatas pada persoalan pelayanan kesehatan saja.
- Keberhasilan Aliansi Perempuan Merangin, mengilhami kelompok-kelompok perempuan di Kabupaten Muara Jambi, Kabupaten Batanghari, dan Kota Jambi, untuk melakukan upaya-upaya yang sama.



LANGKAH 2

MERUMUSKAN ISU STRATEGIS

Setelah Tim Inti terbentuk, tugas pertama mereka adalah memilih dan menetapkan isu yang akan diadvokasikan.

Kerja-kerja advokasi adalah serangkaian kegiatan sistematis yang harus dilakukan secara sengaja dan terencana dengan baik. Keberhasilan atau kegagalan kerja-kerja advokasi akan sangat ditentukan oleh seberapa jauh isu, strategi, dan langkah-langkah pelaksanaannya direncanakan sematang mungkin.

Perencanaan matang untuk menetapkan isu strategis yang akan diadvokasikan adalah salah-satu langkah awal yang sangat menentukan. Mereka yang berpengalaman dalam kerja-kerja advokasi selama ini, selalu mengatakan: “Jika Anda sudah menetapkan dan merumuskan dengan baik isu strategis yang akan diadvokasikan, maka sesungguhnya separuh dari seluruh pekerjaan advokasi Anda sudah selesai”. Karena, isu strategis merupakan perumusan jawaban terhadap sejumlah pertanyaan atau masalah kebijakan paling mendasar yang akan mempengaruhi kerja-kerja advokasi selanjutnya.

Tetapi, apakah yang dimaksud dengan isu strategis? Atau, bagaimana menentukan suatu isu tertentu memang strategis atau tidak untuk diadvokasikan?



TOLOK-UKUR ISU STRATEGIS UNTUK DIADVOKASIKAN

Selain faktor **aktualitas** (sedang hangat atau sedang menjadi perhatian masyarakat), pada dasarnya, suatu isu dapat dikatakan sebagai 'isu yang strategis' jika:

- Memang **penad (relevan) dengan masalah-masalah nyata dan aktual yang dihadapi oleh masyarakat**, khususnya kalangan atau lapisan masyarakat yang menjadi konstituen utama dari kerja-kerja advokasi tersebut.
- Masalahnya memang **mendesak dan sangat penting untuk diberi perhatian segera**. Jika tidak dicoba untuk diatasi segera, akan berakibat fatal di masa depan (misalnya: masalahnya makin gawat dan rumit, atau membawa akibat kerusakan yang lebih parah, dsb.)
- **Pengaruh serta dampaknya cukup besar dan meluas**. Jika diadvokasikan, apalagi jika nantinya berhasil, isu tersebut diperkirakan memang akan berdampak positif pada perubahan kebijakan publik lainnya dalam rangka perubahan sosial yang lebih besar dan lebih luas.

Lantas, bagaimana menentukan dan merumuskan isu strategis?

Tidak ada satu rumusan baku, tetapi garis-besar langkah-langkah pada kotak di sebelah kanan dapat dijadikan sebagai panduan dasarnya.

Dalam kenyataannya, ada kalanya isu strategis sudah dipilih dan ditetapkan terlebih dahulu, dan baru belakangan membentuk Tim Inti. Kalau terjadi praktik seperti ini, maka Tim Inti yang telah terbentuk sebaiknya duduk dan membahas bersama isu strategis yang telah terumuskan tersebut, yakni dengan melakukan penilaian kembali (*review*): apakah isu yang telah dipilih dan ditetapkan itu memang benar-benar strategis atau tidak menurut Tim Inti?

Dalam proses perumusan isu strategis, sering ditemukan perbedaan-perbedaan atau bahkan bisa mengarah ke pertentangan di antara anggota Tim Inti atau dengan para pelaksana advokasi lainnya. Perbedaan atau pertentangan itu biasa terjadi. Maka, sebagai dasar untuk permufakatan adalah sebaiknya dikembalikan pada pertanyaan mendasar: **apa, bagaimana, mengapa, dimana, kapan, dan siapa orang-orang atau kelompok yang nantinya akan memperoleh manfaat atau sebaliknya dirugikan?**



LANGKAH-LANGKAH POKOK MERUMUSKAN ISU STRATEGIS

- (1) Tim Inti mencari dan memilih orang yang berkemampuan untuk melakukan kajian kebijakan (*policy study*) bidang kesehatan. Tim Inti mengorganisir mereka menjadi suatu Kelompok Kerja khusus yang membantu dan bertanggungjawab langsung kepada Tim Inti, tetapi bukan anggota Tim Inti.
- (2) Kelompok Kerja Kajian Kebijakan (K4) tersebut segera melakukan tugas utamanya: mengumpulkan dan menganalisis semua data dan informasi yang berkaitan dengan kebijakan kesehatan pada semua aras (dari lokal sampai nasional, jika perlu juga sampai ke aras internasional).
- (3) K4 tersebut merumuskan kesimpulan dan rekomendasinya tentang isu strategis kebijakan kesehatan yang akan diadvokasikan, dan menyajikannya kepada Tim Inti untuk dibahas dan disepakati. Pada tahap ini, dilakukan penilaian berdasarkan tolok-ukur isu strategis di atas tadi.
- (4) Jika telah disepakati, maka Tim Inti kembali menugaskan kepada K4 tersebut untuk menyusun 'Kertas Posisi' (*Position Paper*) berdasarkan hasil kajian kebijakan tersebut. Kertas Posisi inilah yang menjadi dokumen dasar yang melandasi seluruh rangkaian kegiatan advokasi berikutnya, karena berisi alasan-alasan, konteks permasalahan, tujuan, visi dan misi, sasaran, strategi, dan cara-cara pelaksanaan advokasi terhadap isu strategis yang telah ditetapkan.

Beberapa contoh kasus nyata berikut ini dapat membantu anda membayangkan dan memahami lebih baik bagaimana sebenarnya penetapan dan perumusan isu strategis advokasi dilakukan.



Kasus 7

**ISU KESEHATAN
MEMANG TIDAK
SEDERHANA**

Pada tanggal 18-22 juli 2004, Koalisi Untuk Dompus Sehat (KUDS) menyelenggarakan Lokakarya Merancang Advokasi Kesehatan. Lokakarya diikuti oleh 25 peserta yang berasal dari organisasi-organisasi non pemerintah (ORNOP), organisasi-organisasi massa, PUSKESMAS, Dinas Kesehatan, PKK, Dinas Perencanaan Daerah, Dinas Kebersihan, DPRD, universitas setempat.

Lokakarya itu bertolak dari pertanyaan: “Apa saja masalah atau isu kesehatan yang terjadi di Kabupaten Dompus?”. Walaupun pertanyaannya cukup singkat, tetapi menjawabnya tidaklah sederhana. Situasi dan kondisi kesehatan tingkat nasional dan tingkat kabupaten harus betul-betul dipahami. Jika tidak, maka akan terjadi kerancuan pengertian antara ‘kasus kesehatan’ dengan ‘masalah kesehatan’.

Agar tidak terjadi kerancuan, KUDS bekerjasama dengan KUIS mendatangkan narasumber dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM-UI) untuk membantu mereka memahami situasi kesehatan baik di tingkat nasional maupun di tingkat kabupaten. Narasumber menyajikan uraian yang cukup lengkap mengenai: kesehatan dalam pembangunan; anatomi kesehatan nasional; perencanaan pembangunan kesehatan; prioritas pendekatan dalam perencanaan pembangunan kesehatan; determinan faktor kesehatan; program kesehatan; anggaran dan pembiayaan kesehatan (pokok-pokok uraian mengenai semua topik tersebut, lihat Modul 3).

Dari materi itu, dapat dilihat dimana sebetulnya letak permasalahannya.

Pendalaman materi itu tidak hanya secara umum, tetapi juga mencermati data, serta berbagai dokumen resmi yang dikeluarkan oleh pemerintah, seperti peraturan perundang-undangan, Rencana Strategis Daerah (RENSTRADA), Program Pembangunan Daerah (PROPEDA), Rencana Strategis Kesehatan (RENSTRAKES), Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), *Human Development Index* (HDI), dan data pendukung lainnya. Dengan memahami persoalan kesehatan secara utuh ini, maka permasalahan kesehatan dapat dilihat secara lebih jernih.

Ternyata, permasalahan kesehatan yang terjadi di Kabupaten Dompus cukup rumit. Para peserta lokakarya menjadi lebih paham tentang banyaknya kendala yang mereka hadapi jika ingin mengadvokasikan perubahan kebijakan di sektor kesehatan. Oleh karena itu, mereka harus memilih satu masalah saja yang dianggap paling strategis.

Untuk itu, mereka menetapkan sejumlah tolok-ukur isu yang dinilai strategis:

- jika masalah itu dimunculkan akan menjawab beberapa persoalan kesehatan sekaligus
- jika ditangani dan berhasil, akan berdampak positif
- umumnya tidak ditolak oleh pendapat umum setempat, masyarakat umumnya

sependapat atau setuju bahwa itu memang masalah

- sesuai dengan kebutuhan dan aspirasi masyarakat luas selama ini
- tidak dapat diabaikan, sangat penting dan mendesak bagi masyarakat

Atas dasar tolok-ukur tersebut, KUDS akhirnya menetapkan isu strategis advokasi mereka adalah: “Peningkatan Peran Pemerintah Dalam Peningkatan Gizi Ibu

dan Bayi Dua Tahun (Baduta) Sebagai Pembangunan Sumber Daya Manusia Sejak Dini.”

Isu strategis biasanya dirumuskan cukup singkat, padat, dan jelas, sehingga setiap orang yang membacanya langsung mengetahui maksudnya. Rumusan awal di atas mereka nilai kurang tegas dan tidak menarik. Lalu, mereka merumuskannya ulang menjadi: “Mencegah Otak Kosong Penduduk Dompu”.



Kasus 8
MENEMUKAN ISU STRATEGIS ITU TIDAK MUDAH

Dalam menentukan isu strategis, akan sangat ditentukan oleh cara melihat permasalahan. Seringkali terjadi kerancuan dalam membedakan mana permasalahan dan mana akibat yang justru lahir oleh permasalahan tersebut. Suatu isu strategis advokasi sebenarnya lebih dimaksudkan pada akar yang menyebabkan persoalan itu hadir. Banyak persoalan di masyarakat kita selama ini, termasuk masalah pelayanan kesehatan, sesungguhnya dapat dilacak akarnya pada satu atau beberapa kebijakan resmi mengenai hal itu. Ketimpangan kebijakan ini mengakibatkan hak-hak masyarakat tidak dipenuhi. Untuk merunut persoalan-persoalan kebijakan pelayanan kesehatan di tengah masyarakat kita, dapat ditilik apakah berasal dari:

- Masalah kesehatan, yakni gangguan kesehatan yang dinyatakan dalam ukuran morbiditas (angka kesakitan) dan mortalitas (kematian): apa, berapa, siapa, dimana, kapan?
- Masalah determinan kesehatan: upaya pengelolaan lingkungan, pelayanan kesehatan, dan asuransi kesehatan.
- Masalah program kesehatan: peraturan, anggaran, prioritas, dan seterusnya.

Koalisi Lampung Tengah Sehat mencoba merumuskan isu strategis yang akan mereka advokasikan. Selain berlandaskan tolok-ukur isu strategis yang diuraikan sebelumnya, mereka juga melakukan analisis berdasarkan kerangka permasalahan kesehatan di atas. Mereka membagi diri dalam 3 kelompok kecil untuk mendiskusikannya. Ternyata, 3 kelompok

itu menghasilkan tiga isu yang berbeda dengan argumentasinya masing-masing, sebagai berikut:

Kelompok-1: “Kekurangan Gizi pada Ibu Hamil”, dengan argumentasi:

- Masih banyak masyarakat miskin yang tidak memeriksakan kehamilan. Angka kematian Ibu melahirkan di Lampung Tengah juga tinggi.
- Ibu hamil juga banyak yang kurang gizi yang beresiko anemia, meninggal ketika hamil, atau meninggal ketika melahirkan.
- Sementara pada bayi bisa beresiko lahir dan sekaligus meninggal prematur, atau keguguran. Bayi-bayi yang dapat bertahan hidup akan menjadi bayi yang lemah, rentan terhadap penyakit. Pada masa pertumbuhannya beresiko timbul gondok dan kecerdasan rendah, emosi labil, hubungan sosial rendah. Kelak dikhawatirkan akan mengalami kesulitan belajar, kesulitan mencari kerja, dan pada masa tua sakit-sakitan. Karena itu ibu hamil yang kurang gizi akan melahirkan generasi dengan otak kosong dan sulit mencari sumberdaya manusia yang bermutu.

Kelompok-2: “Bahaya Diare di Lampung Tengah”, dengan argumentasi:

- Jumlah kasus mencapai 3.219 pada tahun 2002.
- Pola makan yang tidak sehat, mengkonsumsi air yang tidak sehat, lingkungan yang tidak sehat, tidak mencuci tangan sebelum makan.
- Kerugian yang akan diakibatkan cukup besar: dehidrasi (akibatnya daya tahan kurang, daya pikir kurang, kematian), kerugian biaya untuk pengobatan, kehilangan waktu untuk beraktivitas.

Kelompok-3: “Sistem Pelayanan dan Perlindungan Kesehatan Masyarakat”, dengan argumentasi bahwa semua masalah (kasus) kesehatan masyarakat di Lampung Tengah selama ini pada dasarnya adalah

akibat saja dari keseluruhan sistem pelayanan dan perlindungan kesehatan yang tidak atau belum memadai. Dan, sistem yang belum atau tidak memadai itu untuk sebagian besarnya justru diakibatkan oleh kebijakan pemerintah di bidang kesehatan.

Setelah berdebat panjang, akhirnya disepakati bahwa hasil kerja Kelompok 3 (Sistem Pelayanan dan Perlindungan Kesehatan Masyarakat) merupakan isu yang paling strategis dan memang merupakan isu kebijakan atau isu advokasi yang sesungguhnya. Lalu, mereka bersepakat untuk menjabarkan lebih lanjut argumentasinya dengan dukungan data dan informasi yang cukup kuat. Data dan informasi tambahan yang diperoleh dari Pusat Penelitian Kesehatan (PUSLITKES) Universitas Indonesia:

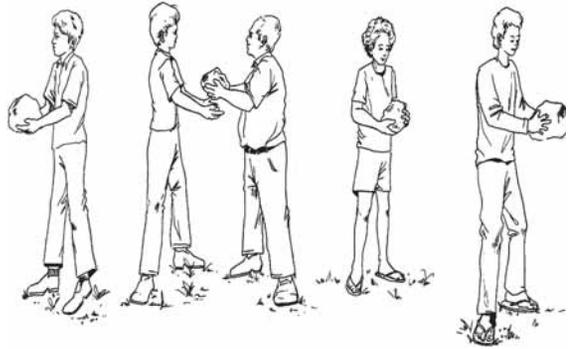
- Terdapat 58% penduduk miskin yang hidup dengan US\$ 2 atau lebih rendah dari itu.
- Dari 1000 bayi yang lahir, 109 bayi di kelompok miskin mati, dan di kelompok yang kaya 29 bayi mati.
- Perempuan di kelompok miskin hanya 21,3% yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, pada kelompok kaya 89,2% perempuan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih.
- Dari sisi pasar, pelayanan kesehatan ditentukan sepihak (oleh dokter) dan masyarakat harus menerimanya saja karena memang tidak memiliki/tersedia pilihan lain.

- Di tingkat kebijakan negara: subsidi untuk pelayanan kesehatan dasar malah dicabut, sementara pajak-pajak lebih ditingkatkan termasuk bagi pelayanan kesehatan, anggaran untuk operasional juga sangat minim (di Lampung Tengah hanya 3% dari total APBD).

Dari paparan data di atas jelaslah perencanaan dan pelayanan kesehatan tidak menyentuh masyarakat miskin. Pemaparan tersebut juga memberikan gambaran bahwa persoalan buruknya pelayanan kesehatan adalah persoalan struktural yang mengakibatkan terbatasnya akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan.

Maka disepakati bahwa masalah yang akan diangkat menjadi isu strategis adalah mendorong berkembangnya sistem pelayanan kesehatan dasar agar dapat diakses atau memenuhi hak-hak masyarakat termasuk perempuan yang berada pada kelompok sosial lapisan bawah. Sedang dalam cakupan sistem pelayanan kesehatan dasar ini fokusnya pada '*public goods*' antara lain: persediaan air bersih, sanitasi lingkungan, KB, penyakit menular, angka kematian ibu (AKI), angka kematian bayi (AKB).

Maka isu strategis yang dipilih: "Belum Adanya Sistem Pelayanan Kesehatan Dasar yang Efektif bagi Masyarakat Lapis Bawah Khususnya dan Masyarakat Umumnya?"



LANGKAH 3

MERANCANG STRATEGI DASAR ADVOKASI

Setelah Tim Inti terbentuk dan isu strategis yang akan diadvokasikan telah ditetapkan dan dirumuskan, barulah masuk ke langkah terakhir dalam proses perencanaan atau persiapan advokasi, yakni menyusun kerangka dan unsur-unsur dasar strategi advokasi secara keseluruhan.

Unsur-unsur dasar strategi advokasi yang perlu direncanakan adalah:

- **Perancangan arus dan tahapan kerja** yang akan ditempuh, sekaligus indikator-indikator pencapaian pada setiap tahapan tersebut.
- **Penggalangan berbagai pihak atau kalangan** yang mungkin diajak sebagai sekutu atau pendukung.
- **Pemilihan dan penggunaan jenis dan aras media** yang akan digunakan.
- **Pengorganisasian basis legitimasi dan kemungkinan perluasannya**, yakni kelompok-kelompok atau lapisan tertentu di masyarakat yang sangat berkepentingan dengan isu strategis yang akan diadvokasikan.

Keempat hal ini sebenarnya hanyalah konsekuensi lanjut dari rumusan isu strategis pada Langkah-2 sebelumnya. Dengan kata lain, acuan dasar dan utama untuk merencanakan keempat hal ini adalah rumusan isu strategis tersebut. Dalam hal ini, Tim Inti sebenarnya bertugas menetapkan beberapa prinsip dan pilihan yang tepat untuk setiap hal tersebut agar sesuai atau tetap taat-asas (konsisten) dengan rumusan isu strategis tadi.

3.1. Perancangan Arus & Tahapan

Dalam hal ini, Tim Inti merancang suatu bagan-arus keseluruhan proses advokasi yang akan ditempuh dengan segenap kaitan logisnya satu sama lain.

Yang penting dipahami adalah apa kegunaan dari bagan-arus tersebut?

Kerja-kerja advokasi adalah suatu proses yang sangat dinamis, dapat berubah di tengah jalan karena berbagai hal yang mempengaruhi, misalnya, perubahan situasi atau kebijakan yang sedang diadvokasikan, atau karena beberapa hal yang direncanakan sebelumnya ternyata memang tak dapat dilaksanakan. Karena itu, Tim Inti dan seluruh pelaku serta pendukung kegiatan advokasi harus memiliki suatu pedoman bersama yang memperlihatkan mereka sudah berada pada tahap apa dan sudah mencapai apa? Bagan-arus yang dimaksudkan di sini, sesederhana apapun, akan menjadi pedoman bersama tersebut. Bagan-arus itu sebaiknya dibagikan, dijelaskan, dan dipahami dengan baik oleh semua anggota Tim Inti, pelaksana, dan para pendukung. Lebih baik lagi jika bagan-arus itu dalam ukurannya yang besar digantung di dinding 'sekretariat' Tim Inti yang dapat dilihat oleh semua orang. Ini akan sangat membantu memperingatkan setiap saat semua orang yang terlibat dalam kerja-kerja advokasi itu.

Contoh kasus nyata berikut ini dapat membantu anda memahami bagaimana wujud bagan-arus dari suatu proses-proses advokasi.



Kasus 9

ARUS & TAHAPAN PROSES SESUAI SASARAN

Kerangka dasar advokasi adalah penjabaran dari sasaran advokasi yang hendak dituju. Sasaran advokasi kesehatan di Kabupaten Sumbawa Besar adalah adanya kebijakan di Kabupaten Sumbawa Besar yang dapat menekan angka kematian ibu melahirkan. Sasaran ini ditetapkan berdasarkan pemilihan isu strategis dari lokakarya merencanakan strategi advokasi tanggal 29 Juli-2 Agustus 2004. Untuk menjabarkan sasaran advokasi, maka sebelumnya mereka menentukan terlebih dahulu indikator dan tujuan advokasinya.

Indikator advokasi kesehatan tentang adanya kebijakan di Kabupaten Sumbawa Besar dalam menekan angka kematian ibu melahirkan dianggap berhasil jika:

- Anggaran Pendapatan & Belanja Daerah (APBD) Sumbawa Besar mengalokasikan anggaran untuk program penanggulangan angka kematian ibu (AKI) yang tinggi.
- Adanya rancangan Peraturan Daerah (PERDA) atau Surat Keputusan (SK) Bupati tentang perlindungan dan pelayanan kesehatan ibu.
- Adanya gerakan masyarakat di Sumbawa untuk mendesak pemerintah daerah mencanangkan program kesehatan ibu.

Tiga tujuan besar advokasi ini akan dicapai melalui tahapan dan alur kegiatan yang saling bergantung antara kegiatan satu dengan yang lainnya. Jika dipilah berdasarkan tujuan dari advokasi, maka kegiatan yang direncanakan dalam membuat rancangan usulan kebijakan (PERDA) tentang perlindungan dan pelayanan kesehatan untuk ibu hamil dan melahirkan, adalah:

- Konsultasi dengan narasumber pakar.
- Melakukan riset kebijakan dan anggaran kesehatan
- Mengadakan diskusi, lokakarya, dan seminar.
- Mengajukan rancangan perubahan PERDA.

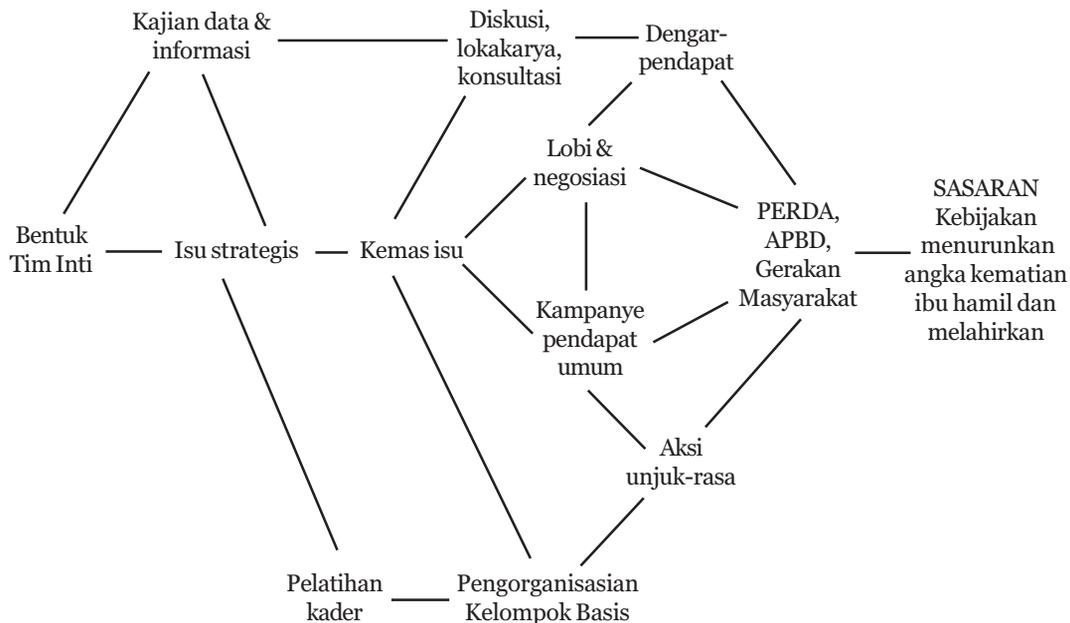
Sedangkan untuk mendorong peningkatan anggaran di sektor kesehatan ibu hamil, maka kegiatan yang direncanakan untuk dilakukan adalah:

- Lobi-lobi dengan anggota DPRD dan PEMDA.
- Lokakarya dengan berbagai pihak.
- Pencarian informasi, data primer, data sekunder.
- Dengar pendapat dengan DPRD.
- Kampanye pendapat umum.

Untuk mengorganisir masyarakat dalam mendesak pemerintahan daerah untuk meningkatkan akses dan pelayanan dalam mengurangi AKI, maka kegiatan yang akan dilakukan adalah:

- Sosialisasi kepada berbagai pihak.
- Kampanye pendapat umum.
- Pelatihan kader tingkat desa.
- Pengorganisasian masyarakat untuk penguatan masyarakat basis.
- Pengumpulan masa dan unjuk-rasa.

Dari kumpulan kegiatan ini, mereka kemudian menggambarkan bagan-arus kegiatan advokasi mereka sebagai berikut:



3.2. Penggalangan Sekutu dan Pendukung

Selain sangat dinamis, kerja-kerja advokasi adalah juga serangkaian kegiatan yang sangat rumit. Banyak jenis kegiatan yang harus dilakukan bahkan pada saat bersamaan. Padahal, tiap jenis kegiatan itu saja sudah cukup menyita banyak waktu, tenaga, pikiran dan dana. Sehingga, tak ada seorang atau suatu kelompok (seberapapun besar dan kuatnya) yang akan mampu sendirian melaksanakan semua kegiatan tersebut. Dalam hal inilah, **penggalangan sekutu dan pendukung** menjadi sangat vital dalam setiap kegiatan advokasi.

Para **sekutu** dalam kegiatan advokasi bisa perseorangan, atau berasal dari kelompok atau organisasi yang memiliki sumberdaya tertentu yang dibutuhkan (keahlian, akses, pengaruh, informasi, prasarana dan sarana, juga dana). Mereka terlibat langsung dalam pelaksanaan beberapa kegiatan, mengambil peran atau menjalankan suatu fungsi atau tugas

tertentu dalam keseluruhan rangkaian kegiatan advokasi secara terpadu.

Adapun mereka yang tidak terlibat secara langsung (misalnya, sekedar membantu penyediaan sarana dan logistik yang dibutuhkan), dapat kita katakan sebagai **satuan pendukung** (*supporting unit*).

Terlibat langsung atau tidak langsung, tetap dibutuhkan proses-proses pendekatan kepada mereka agar bersedia terlibat. Jelas, diperlukan berbagai ketrampilan teknis dan kiat khusus untuk mendekati dan meyakinkan mereka agar bersedia menjadi sekutu atau pendukung kerja-kerja advokasi yang dijalankan.

Dalam menentukan apakah Anda perlu mengalang sekutu atau merekrut pendukung, perhatikan beberapa hal berikut:

- Siapa yang selalu atau sudah cukup lama pernah bekerjasama dengan Anda selama ini? Mantapkan kembali hubungan Anda dengan mereka sebelum mencari tambahan teman baru lainnya.

- Apakah mereka merupakan mitra yang tepat sesuai isu yang Anda advokasikan? Pastikan bahwa mereka memang mendukung isu strategis yang sudah Anda tetapkan, bukannya justru membawa isu lain atau isu mereka sendiri. Dalam hal ini, bukan soal jika mereka itu juga sedang mengadvokasikan isu lain, tetapi bersedia mendukung Anda pada isu yang sedang Anda advokasikan.

- Bagaimana cara paling efektif menjangkau tiap kelompok sekutu atau pendukung yang berbeda-beda? Sebagai contoh, Anda perlu menggunakan pendekatan berbeda untuk mendekati penentu kebijakan dibanding mendekati kalangan media. Pendekatan pada mereka yang telah terbiasa dengan isu yang Anda advokasikan akan berbeda dengan mereka yang hanya tahu sedikit atau sama sekali belum tahu tentang isu tersebut.

Selanjutnya, ada beberapa hal penting yang perlu Anda pertimbangkan dan perhatikan baik-baik dalam pengalangan sekutu atau pendukung ini, antara lain:

- Hindari membentuk suatu struktur organisasi formal, kecuali kalau memang sudah sangat dibutuhkan. Kalaupun terpaksa harus ada struktur formal, tetaplah pelihara situasi informal.
- Delegasikan tanggungjawab dan peran seluas mungkin, kecuali pada hal-hal yang memang sangat strategis dan hanya boleh diketahui oleh lingkaran inti.
- Usahakan selalu membuat keputusan secara bersama-sama. Jadikan mekanisme keputusan bersama sebagai nilai penting.



BEBERAPA PRINSIP & PRASYARAT EFEKTIFNYA SEKUTU & PENDUKUNG GERAKAN ADVOKASI

Kelompok pendukung dalam kegiatan advokasi akan bekerja cukup baik dan efektif jika memenuhi beberapa hal berikut ini:

- Terfokus pada tujuan atau sasaran-sasaran advokasi yang sudah disepakati bersama.
- Tegas menetapkan hanya menggarap satu isu strategis yang telah ditetapkan bersama. Tambahan agenda isu baru hanya boleh jika disepakati bersama.
- Ada pembagian peran dan tugas yang jelas di antara semua yang terlibat.
- Terbentuk sebagai hasil atau dampak dari adanya pertentangan pandangan dan kepentingan terhadap isu yang diadvokasikan. Dengan kata lain, mereka yang bergabung adalah yang benar-benar sudah sependangan dan merasakan perlunya bekerjasama.
- Manfaatkan berbagai ketegangan yang muncul dalam proses bekerjasama untuk menjaga dinamika dan perimbangan. Karena itu, kelenturan (fleksibilitas) harus tetap dijaga, tidak terlalu kaku dan serba mengikat.
- Memungkinkan lahirnya bentuk-bentuk hubungan kerjasama baru yang lebih berkembang di masa-masa mendatang. Kerjasama itu memang memungkinkan terjadinya proses saling membagi pengalaman, harapan, keahlian, informasi, dan ketrampilan.
- Ada mekanisme komunikasi yang lebih lancar, semua pihak tahu harus menghubungi siapa, tentang apa, pada saat kapan dan dimana.
- Dibentuk untuk jangka waktu tertentu yang jelas: jangka pendek, menengah atau panjang? Harus jelas ada batas waktu kapan kerjasama itu selesai dan (jika dibutuhkan) boleh dimulai lagi.

■ Pahami berbagai kendala, kekurangan dan keterbatasan yang dimiliki semua pihak yang terlibat. Beri peran dan fungsi yang sesuai dengan kendala keterbatasan mereka, jangan membebani dengan hal-hal yang menyulitkan.

■ Mutlak jaga kelancaran saluran komunikasi dengan mereka. Adalah yang harus mengambil prakarsa menghubungi mereka jika tidak terjadi komunikasi cukup lama, jangan tunggu mereka yang menghubungi dan (apalagi) memperingatkan Anda. Jangan tunda menyampaikan informasi baru yang Anda peroleh kepada mereka.



LANGKAH-LANGKAH POKOK PENGALANGAN SEKUTU & PENDUKUNG ADVOKASI

(1) Rumuskan dahulu jenis sekutu atau pendukung yang Anda butuhkan. Tolok-ukur utamanya adalah jenis kemampuan apa yang Anda perlukan, yang memang tidak, belum atau masih kurang dimiliki oleh Tim Inti maupun mereka yang sudah terlibat dalam kerja-kerja advokasi Anda selama ini.

(2) Lakukan survei singkat untuk menyusun satu daftar berbagai organisasi atau perseorangan yang memang memiliki kemampuan tersebut dan memang mungkin Anda ajak menjadi sekutu atau pendukung.

(3) Hubungi mereka satu per satu, jelaskan maksud Anda mengajaknya menjadi sekutu atau pendukung, dan jelaskan tujuan serta isu yang Anda advokasikan.

(3) Kepada mereka yang sudah menyatakan bersedia, tentukan dan sepakati dengan mereka tentang peran atau tugas mereka, jelaskan dalam kerangka besar mekanisme koordinasi organisasi advokasi secara keseluruhan.

(4) Perkenalkan mereka kepada semua yang berkaitan dan terlibat dalam kerja-kerja advokasi yang sedang berlangsung.

(5) Minta mereka segera mulai bekerja dan lakukan pemantauan berkala terhadap kinerja mereka. Lakukan evaluasi bersama terhadap kinerja mereka.

Agar mendapat gambaran yang lebih jelas, contoh kasus berikut ini dapat membantu Anda memahami lebih baik tentang bagaimana menggalang sekutu dan pendukung kegiatan advokasi.



Kasus 10
LINGKARAN BERLAPIS

Salah satu kelompok kerja Tim Advokasi Program Maternal & Neonatal Health (MNH) di Kabupaten Cirebon diberi tugas mencari dukungan dan membangun kesepakatan dengan pihak Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) agar konsep yang mereka tawarkan menjadi agenda persidangan, untuk kemudian disetujui dan disahkan menjadi satu Peraturan Daerah (PERDA).

Kelompok kerja itu kemudian mengidentifikasi siapa-siapa saja di kalangan DPRD dan PEMDA yang akan dilobi. Mereka adalah orang-orang yang diharapkan memperlancar dan mendukung tim advokasi. Setelah menyusun daftar nama-nama yang mungkin dilobi tersebut, mereka segera melakukan pendekatan. Selama masa mendekati dan mencoba mempengaruhi para pembuat dan pelaksana kebijakan tersebut, mereka mencoba menghitung momentum yang tepat dalam agenda sidang tahunan DPRD dan PEMDA. Mereka juga membahas: mana yang paling strategis, melalui prakarsa DPRD atau justru prakarsa PEMDA?

Selain itu, kelompok kerja itu juga bertanggungjawab untuk merancang dan menentukan strategi agar isu “pentingnya

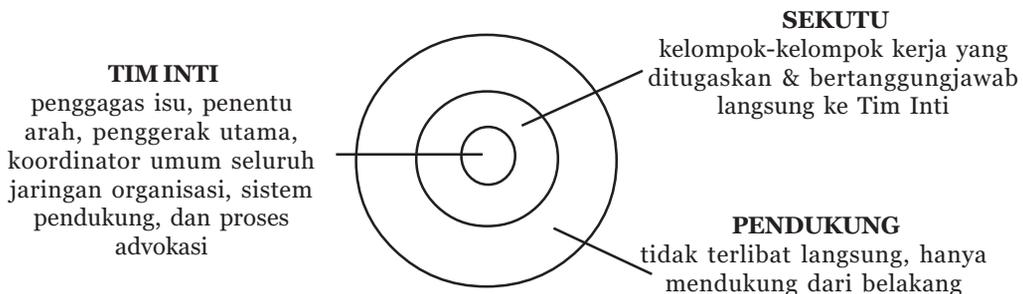
hak-hak ibu hamil dan melahirkan” menjadi isu di berbagai lapisan masyarakat. Maka, mereka juga mengidentifikasi bentuk-bentuk media kampanye seperti apa yang cocok dengan sasaran, bagaimana mekanisme penyebarannya, juga mengidentifikasi media massa (cetak maupun elektronik) mana yang potensial diajak kerjasama— termasuk siapa-siapa para wartawan atau orang-orang dari kalangan media yang dapat diajak bergabung dalam tim kampanye. Sasaran akhir mereka pada dasarnya adalah:

- terjadinya proses pemahaman tentang pentingnya hak-hak ibu hamil dan melahirkan,
- terbangunnya proses-proses kesepakatan dan aksi konkrit masyarakat menuntut terjadinya perubahan tatanan/pranata kebijakan daerah yang menyangkut perlindungan dan pelayanan bagi ibu hamil, ibu bersalin, dan bayi baru lahir.

Untuk itu, Tim melakukan identifikasi dan memetakan wilayah potensial:

- letak geografisnya yang strategis
- kasusnya cukup banyak
- ada potensi tenaga-tenaga penggerak dan organisasi masyarakat maupun komunitas terorganisir.

Untuk memudahkan pengorganisasian seluruh barisan sekutu dan pendukung tersebut, maka Tim Inti Advokasi membagi mereka semua dalam tiga lapisan atau lingkaran koordinasi, sebagai berikut:



3.3. Pemilihan & Penggunaan Media

Unsur strategi advokasi berikutnya yang harus direncanakan dengan baik oleh Tim Inti adalah memilih dan menggunakan berbagai jenis media yang tepat dan efektif.



PEDOMAN DASAR MEMILIH & BERHUBUNGAN DENGAN MEDIA MASSA UNTUK KEPERLUAN ADVOKASI

- Kenali dengan baik siapa (posisi, fungsi, jenis) media massa tersebut?
- Ketahui dengan jelas siapa khalayak sasaran (segmen pemirsa, pembaca, pelanggan) utama mereka? Jangan memilih media yang segmennya bukan sasaran utama kampanye Anda.
- Persiapkan diri sebaik mungkin sebelum Anda berurusan dengan media massa: Anda yakin dan tahu persis apa pesan yang akan Anda sampaikan, menguasai betul data dan fakta-fakta pendukungnya, dapat memperkirakan pertanyaan-pertanyaan apa saja yang akan mereka ajukan kepada Anda, dan mampu memutuskan secara cepat dan tepat apakah Anda akan menjawabnya dan pada saat kapan?
- Siap untuk selalu menyampaikan dan menceritakan kebenaran. Sekali Anda berbohong, seumur hidup media tidak akan percaya Anda.

Aras dan tujuan penggunaannya akan sangat menentukan pilihan jenis media yang sesuai. Misalnya:

- Jika Anda ingin menggunakannya untuk mempengaruhi pendapat umum secara luas, maka pilihan jenis medianya mungkin lebih tepat adalah media-massa yang memiliki jangkauan luas, seperti radio, televisi, dan koran.
- Tetapi, jika Anda ingin mempengaruhi pendapat sekelompok kalangan tertentu saja yang khas, misalnya, para pembuat kebijakan (pemerintah) di aras kabupaten, maka mungkin lebih tepat adalah jenis media yang khusus dan tepat bagi mereka, misalnya, brosur khusus atau media presentasi audio-visual.
- Demikian pula halnya jika Anda ingin mempengaruhi kelompok masyarakat tertentu pada lapis-bawah sebagai

kelompok pendukung sekaligus konstituen utama advokasi Anda. Jenis media yang tepat untuk mereka adalah yang mudah dipahami, seperti media audio-visual atau kesenian rakyat.

Jika Tim Inti sudah memilih dan menetapkan strategi media ini, maka sebaiknya bentuk satu satuan tugas khusus untuk menanganinya secara purna-waktu, karena kerja pengelolaan media ini akan sangat banyak menyita waktu, tenaga, dan keahlian khusus. Para sekutu atau pendukung yang berasal dari kalangan media-massa (wartawan, penerbit, dll) merupakan kelompok sekutu atau pendukung yang tepat untuk menangani urusan ini.



BEBERAPA PEDOMAN DASAR MENGEMAS ISU ADVOKASI UNTUK MEDIA MASSA

- Mengandung unsur berita, aktual dan sesuai dengan isu yang Anda advokasikan.
- Mengandung hal-hal yang menarik perhatian orang (*human interest*).
- Terkait dengan keadaan dan permasalahan setempat (unsur setempat).
- Ada orang yang memang tepat, cakap dan terpercaya bertindak sebagai 'juru bicara' untuk menyampaikannya secara lancar dan mudah dipahami oleh masyarakat luas. Ingat, tidak semua pemimpin organisasi memiliki kapasitas ini. Jadi, boleh saja Anda meminta orang lain melakukannya.
- Lebih bagus lagi (dan sangat disarankan) melengkapinya dengan bahan-bahan visual (foto, gambar, grafis, dll), terutama jika berhubungan dengan media elektronik (televisi).

Contoh kasus dan bahan bacaan berikut akan membantu Anda memahami lebih baik dan rinci soal media dalam kerja-kerja advokasi.



Kasus 11 MEMILIH MEDIA YANG SESUAI

Di sela-sela lokakarya merancang strategi advokasi di Kabupaten Sumbawa Besar, saya bercakap-cakap dengan seorang ibu peserta tentang pengalamannya menjadi kader Pos Pelayanan Kesehatan Terpadu (POSYANDU) di desanya. Hasil percakapan singkat itu saya tuliskan dengan judul “Kisah Ibu Aminah dari Desa Semamung” dan saya jadikan bahan diskusi di lokakarya tersebut. Terjadi diskusi yang cukup seru dan memakan waktu lama menanggapi cerita kasus tersebut. Apalagi sumber beritanya juga adalah salah seorang peserta lokakarya itu sendiri.

Berikut adalah contoh lembar kasus tersebut:

Kisah Ibu Aminah dari Desa Semamung

Ibu Aminah berusia 56 tahun. Di desanya, ia menjadi seorang kader POSYANDU sejak program itu diperkenalkan pertama kali oleh pemerintah. Sekarang, POSYANDU itu masih berfungsi seperti sediakala. Bahkan, sejak tahun 2003, di desanya sekarang sudah berdiri POSYANDU baru, khusus untuk manusia lanjut usia (manula). Banyak sekali suka dukanya selama ia menjalani tugasnya. Dia menceritakan tentang bagaimana kondisi dukun bayi di Desa Semamung.

Di Desa Semamung, ada 3 orang dukun bayi, semua sudah tua-tua. Mereka belum menurunkan ilmunya kepada keturunannya. Alasannya, karena menjadi

dukun bayi tidak memberikan masa depan yang baik, juga secara tidak langsung tidak disukai oleh pemerintah. Pemerintah menganggap bahwa persoalan kelahiran harus ditangani setidaknya oleh bidan desa atau dokter. Bahkan jika sulit mendapatkan bidan, maka dukun yang harus dilatih. Muncullah cap ‘dukun terlatih’.

Tetapi apa masalahnya selesai?

Ternyata tidak. Hubungan antara bidan dengan dukun seolah semakin tidak harmonis karena beberapa hal kecil. Misalnya, jika ada orang hendak melahirkan, maka harus melahirkan di bidan. Tetapi, bidan biasanya hanya membantu melahirkan, sementara membantu hal lainnya (seperti mencuci pakaian, mengatur, dll.) tidak mau dilakukan. Bidan menganggap bahwa itu merupakan tugas dari si dukun. Dukun di desa, yang sebelumnya memegang peran penting dalam proses kelahiran, tetap masih mengikuti anjuran dari pemerintah, walau kebijakan itu tidak memihaknya. Bahkan seringkali terjadi, uang lelah dalam membantu proses melahirkan yang diberikan ke bidan, sama sekali tidak diberikan atau dibagi ke para dukun. Keluhan itu yang seringkali keluar dari dukun bayi, karena memang sekarang ini hidup tanpa uang mungkin tidak bisa.

Di lain waktu, ada ibu yang mau melahirkan di tempat yang jauh dari lokasi bidan. Bidan di desa itu hanya menengok sebentar, kemudian disuntik dan pulang lagi. Begitu dia pulang, si ibu sudah tidak tahan lagi. Ibu Aminah selaku kader sudah berusaha menghubungi lagi bidan, tetapi biasanya bidan tidak mau pergi menengok. Akhirnya, Ibu Aminah menghubungi si dukun. Dan, dukun biasanya tanpa banyak alasan langsung menuju ke lokasi dimana ada ibu melahirkan. Karena biasanya kondisinya kritis, maka memang wajar bahwa banyak kematian ibu disebabkan karena ditolong oleh dukun. Dan, sekali lagi, sang dukun

itu yang disalahkan. Mereka juga ditakut-takuti supaya jangan dilaporkan. Bahkan Dinas Kesehatan juga menyalahkan para dukun bayi tradisional sebagai penyebab utama tingginya angka kematian ibu melahirkan di Semamung.

Itulah semua yang membuat Ibu Aminah bingung. Apalagi sekarang muncul aturan bahwa seorang ibu harus melahirkan di PUSKESMAS. Biaya melahirkan untuk keluarga miskin memang gratis, sementara keluarga yang tidak miskin dikenakan biaya Rp 200.000. Jika tidak melahirkan di PUSKESMAS, yakni dilayani melahirkan di rumah masing-masing, dikenakan biaya tambahan Rp 50.000.

Kisah nyata Ibu Aminah itu kemudian saya jadikan pembuka diskusi dengan semua peserta. Dan, ternyata, kisah nyata sederhana itu memancing mereka untuk membahas persoalannya sampai sedemikian luas dan mendalam, menyangkut berbagai masalah kesehatan masyarakat umumnya di daerah Sumbawa Besar. Diskusi berkembang, dan pemahaman yang dicapai menjadi lebih komprehensif.

Pengalaman ini kemudian membuka pemikiran bahwa media yang digunakan perlu dipikirkan dengan rinci. Selama ini, banyak kalangan tidak beranjak dari pilihan media yang sama selama puluhan tahun,

khususnya media massa cetak dan elektronik (radio, televisi). Apabila kegiatannya berupa tatap-muka langsung dengan masyarakat (khususnya di pedesaan terpencil seperti Semamung), justru 'miskin media'. Yang dilakukan hanyalah bentuk-bentuk ceramah pengarahannya, penyuluhan, atau apa yang disebut sebagai 'sosialisasi'. Semuanya sudah sangat membosankan.

Sayangnya, belum ada pembuktian nyata dan meyakinkan apakah semua pilihan media tersebut memang efektif selama ini?

Oleh sebab itu, sudah saatnya kita perlu kreatif memikirkan jenis media apa yang lebih tepat. Media sangat tergantung pada apa isi pesan, digunakan untuk apa, dalam bentuk apa, siapa yang menyampaikan, kepada siapa pesan disampaikan, kapan waktu yang tepat, dan seterusnya.

Agar isi pesannya dapat dipercaya dan akurat, maka harus didukung oleh data yang tersedia, apalagi jika dilengkapi dengan data kuantitatif.

Dan, pengalaman di Semamung tadi menunjukkan bahwa baik bahan dan wujud fisik medianya sebenarnya tidak selalu harus didatangkan dan dibuat dari luar. Jika kita memiliki cukup daya-cipta, bahan-bahan dan peralatan setempat dapat menjadi media yang sangat efektif dalam kerja-kerja advokasi, khususnya untuk pembentukan pendapat umum dan penumbuhan kesadaran masyarakat setempat.



Bahan Bacaan 3

BEBERAPA PEDOMAN BERURUSAN DENGAN MEDIA-MASSA

MENYELENGGARAKAN TALK-SHOW

- Seleksi dulu media yang akan diajak kerjasama menyelenggarakan *talk show*, siapa segmennya dan kapan akan ditayangkan atau disiarkan?
- Pilih moderator dan pembicara yang cakap.
- Persiapkan kerangka acuan (*term of reference*) kegiatan untuk diberikan pada moderator dan pembicara agar acaranya lebih terarah.

MENYELENGGARAKAN KONFERENSI PERS

- Seleksi dulu: siapa saja wartawan dan dari media massa mana yang akan Anda undang?
- Pilih tempat yang mudah dijangkau mereka.
- Tentukan waktu yang tepat (jika perlu, sepakati dengan mereka) agar tidak bentrok dengan kegiatan peliputan mereka di tempat lain.
- Kirimkan pemberitahuan awal tertulis (sehingga mereka tidak akan menyalahkan Anda dengan alasan mereka tidak tahu Anda melakukan konferensi pers).
- Siapkan kemasan informasi sepadat mungkin untuk dibagikan kepada mereka pada saat konferensi pers berlangsung.

- Anda harus tiba lebih awal di tempat konferensi pertemuan, jangan membuat mereka kesal menunggu Anda.

- Mulai konferensi setepat waktu mungkin, mulai dengan minta mereka memperkenalkan diri secara singkat dan langsung (siapa dan dari media apa?).

- Pilih seorang moderator yang cakap dan paham apa yang umumnya diminati dan terbiasa atau tahu bagaimana caranya menghadapi para wartawan yang suka suasana informal dan langsung pada pokok persoalan (jangan pilih moderator yang suka bicara basa-basi, apalagi berbelit-belit, suka tampil formal, kaku dan nyaris tak punya rasa humor sama sekali!).

- Selama konferensi pers berlangsung, arahkan jawaban-jawaban dan pernyataan-pernyataan Anda tetap terfokus pada inti tema atau pesan yang akan Anda sampaikan, jangan terlalu longgar membiarkan pembicaraan berkembang kesana-kemari, jangan terpancing oleh 'keusilan' wartawan yang suka mengaitkan sesuatu dengan banyak hal lain di luar permasalahan.

- Sebaliknya, Anda sendiri pun jangan memancing konflik, sampaikan jawaban dan pernyataan Anda secara jitu dan cerdas.

- Jangan selalu tampak terlalu 'menonjolkan diri' dan mendominasi pembicaraan, biarkan mereka menafsirkan dan menemukan sendiri unsur-unsur dan sudut pemberitaan yang menarik dan penting dari seluruh jawaban dan pernyataan Anda (Ingat, wartawan sangat tidak suka di'dikte'!).

RADIO DAN TELEVISI

Kelihatannya bentuk radio dan televisi merupakan salah satu dari cara yang paling efektif untuk menyampaikan pesan yang Anda berikan. Tetapi, Anda harus menyeleksi sumber pembicara yang akan

muncul di radio atau di televisi. Berusahalah untuk menggunakan sumber pembicara yang mempunyai pengetahuan yang luas dan pandai berbicara. Sebelum Anda menyetujui untuk wawancara, yakinkan bahwa anda mengetahui:

- Apakah programnya, apa sajakah informasi yang mereka punyai, alasan mereka ingin wawancara, apakah mereka mempunyai pengetahuan dan bahan-bahan pendukung yang sesuai.
- Apakah pertanyaan yang mungkin akan ditanyakan dan berapa lama Anda akan diberi kesempatan untuk berbicara?
- Apakah wawancara itu secara langsung atau direkam, apabila dalam bentuk rekaman apakah mereka akan datang ke kantor Anda?

JIKA ANDA AKAN DIWAWANCARAI WARTAWAN

Sebelum wawancara:

- Ketimbang sekadar mengiyakan dan menjawab saja apapun pertanyaan mereka nanti, sebaiknya Anda periksa dulu:
- Apa sebenarnya inti informasi yang ingin mereka peroleh dari Anda?
- Apa Anda memang orang yang tepat diwawancarai tentang masalah tersebut? (Pertanyaan pada diri Anda sendiri: apa dan dimana posisi anda dalam masalah tersebut).
- Akan disajikan dalam bentuk pemberitaan apa (laporan biasa, bagian dari laporan investigasi, berita halaman muka, tajuk utama, atau apa?).
- Siapa saja yang sudah mereka wawancarai sebelum Anda? Bahan informasi apa yang sudah mereka miliki?
- Kapan hasil wawancara disiarkan / diterbitkan? Apakah sesuai dengan rencana batas waktu Anda sendiri?

- Atas dasar itu semua, kemudian lakukan penilaian: Apakah sang wartawan memang bersungguh-sungguh dengan permasalahan tersebut? Apakah dia memang memiliki selera pemberitaan yang bagus dan kuat tentang hal itu? (Lebih baik jangan meladeni wartawan yang ingin mewawancarai Anda hanya untuk melaksanakan tugas rutin mereka mencari dan menulis berita saja!)
- Setelah Anda yakin bahwa sang wartawan memang sedang mempersiapkan suatu pemberitaan yang bagus dan menarik, segera siapkan diri Anda.
- Apa saja yang anda boleh sampaikan nanti dan apa saja yang tidak boleh?
- Bagaimana caranya Anda menyelipkan inti pesan Anda dalam keseluruhan wawancara nanti? Pada bagian-bagian mana saja? (Jadi, tetapkan agenda Anda sendiri, jangan mau diwawancarai **jika hanya untuk menjawab pertanyaan sang wartawan!**).
- Pertanyaan-pertanyaan apa saja yang mungkin diajukan oleh sang wartawan, atau yang akan dia ajukan setelah Anda memberi jawaban tertentu, dan bagaimana Anda akan menjawabnya?
- Hal-hal apa saja yang mungkin akan nampak saling bertentangan (kontroversial) dalam masalah yang akan diwawancarakan? Apa sikap atau posisi Anda pada hal-hal yang bertentangan tersebut?
- Hanya setelah Anda yakin bisa menjawab dengan jelas pertanyaan-pertanyaan itu, maka Anda putuskan bersedia dan siap diwawancarai. Untuk itu, mungkin Anda perlu berlatih (kalau bisa) dulu secara lisan.
- Apabila mungkin, dengarkan atau lihat program yang akan muncul sehingga Anda menyadari dari gaya presenter, berapa lama Anda akan berbicara, dan bentuk pertanyaan yang akan ditanyakan. Juga temukan siapakah pendengar dari program tersebut sehingga Anda dapat

menyesuaikan jawaban Anda dengan yang mereka inginkan.

- Koreksilah reporter untuk menemukan informasi apa yang mereka punyai tentang organisasi Anda. Anda boleh menyarankan bahwa mereka melihat dahulu bahan Anda untuk membantu dalam menyusun pertanyaan pada wawancara. Juga perhatikan mengapa mereka melakukan wawancara. Apakah karena usaha kelompok Anda sendiri atau apakah karena komentar pada peristiwa yang berkaitan dengan organisasi Anda.
- Berusahalah untuk berbicara dengan pewawancara sebelum wawancara. Temukan apakah Anda akan ditanya dan kemudian pertanyaannya itu akan dibalas. Ingat-ingat bahwa pewawancara jarang memberi Anda pertanyaan yang pasti karena sifat spontanitas merupakan hal yang penting selama wawancara yang nyata.
- Apabila interview itu akan dilakukan di radio buatlah daftar dari inti utama yang ingin Anda sampaikan dan jangan membaca dari teks.
- Catatlah penampilan Anda di media dan dengarkan hasilnya sehingga Anda dapat memperbaiki teknik wawancara Anda untuk masa yang akan datang.

Selama wawancara:

Yang boleh (atau harus dan semestinya) Anda lakukan:

- Bicara dengan santai dan secara informal, jangan tegang dan kaku. Tetaplah tenang, jangan peduli dan terpancing jika sang wartawan mengajukan pertanyaan yang bernuansa permusuhan atau berlawanan dengan pernyataan atau sikap Anda.
- Ambil prakarsa, sesering mungkin masukkan inti pesan Anda dalam setiap jawaban, atau ulang lagi pada bagian-bagian tertentu.
- Jawablah setiap pertanyaan dengan singkat, padat, lugas dan sederhana.

- Selalu bersikap positif ketika menyatakan dan menegaskan bagian-bagian inti dari pesan Anda (misalnya, jangan pada saat Anda menyatakan bagian inti dari pesan Anda itu, anda menyalahkan pihak lain yang berbeda posisi dengan Anda).

- Gunakan kalimat-kalimat, kias-kias atau amsal (analogi) atau berbagai ragam jenis ungkapan (idiom, metafora) untuk menyederhanakan (agar mudah dipahami) dan membuat pokok-pokok pesan Anda lebih menarik.

- Buat jawaban dan pernyataan Anda mudah dikutip (wartawan selalu menginginkan pernyataan-pernyataan yang mudah dikutip dan diselipkan pada berbagai bagian dari tulisan/berita mereka nanti, bukan penjelasan panjang-lebar!).

- Katakan “tidak tahu” kalau memang tidak tahu (wartawan suka sekali mengajukan pertanyaan-pertanyaan tajam yang sering sulit diduga dan juga sulit dijawab, tetapi Anda tidak harus selalu menjawab semua pertanyaan). Tetapi kalau Anda tidak bisa dan tidak mau menjawabnya, jelaskan alasan Anda. Jawaban “*No comment!*” saja sulit diterima oleh wartawan.

- Berhenti bicara sesaat setiap Anda selesai menjawab satu pertanyaan.

- Jadilah diri Anda sendiri, tetap ramah dan menarik tanpa dibuat-buat, bersikap sewajar mungkin.

Yang tidak boleh Anda lakukan dan hindari sedapat mungkin:

- Jangan menggunakan jargon-jargon, semboyan-semboyan basi, singkatan-singkatan atau istilah-istilah teknis yang tidak umum.

- Lebih baik tidak mengatakan “*Off the record!*” (“Tidak boleh dikutip!”). Jadi, hindari sejak awal bagaimana caranya agar Anda tidak terpancing menyatakan hal-hal yang tidak perlu atau tidak boleh Anda katakan.

- Jangan mudah marah atau terpancing, setajam apapun pertanyaannya.
- Jangan berspekulasi; menerka atau menduga-duga.
- Jangan bicara atas nama orang lain (kecuali yang memang dimandatkan pada Anda!).
- Jangan berusaha untuk mendapatkan terlalu banyak fakta dan tokoh dalam suatu wawancara. Pendengar tidak dapat mengingat itu semuanya dan cenderung hanya mengingat satu hal dari apa yang Anda katakan.
- Upayakan untuk selalu mengutamakan inti pembicaraan yang ingin Anda ungkapkan. Tanggapilah pertanyaan yang mungkin anda tidak sukai dengan “itu merupakan hal yang menarik tetapi inti yang utama benar-benar ...”
- Kenalilah bahwa pengulangan merupakan hal yang penting. Ulangilah selalu inti pembicaraan Anda sesering mungkin dengan cara yang sebanyak mungkin tanpa Anda ungkapkan dengan berulang-ulang.
- Gunakan kata-kata sehari-hari atau hindari kata yang menimbulkan salah pemikiran. Apabila pewawancara menggunakan kata yang tidak Anda senangi jangan gunakan mereka untuk Anda sendiri. Terangkan kelebihanannya sebelum interview mulai, mengapa mereka tidak akurat atau tidak tepat.
- Apabila Anda ditanya tentang sesuatu yang Anda tidak tahu, jawablah dengan suatu yang Anda ketahui. Contohnya, jika anda ditanya berapa persentase pengidap HIV/AIDS secara nasional dan Anda tidak mengetahuinya, katakanlah saya tidak mempunyai jumlah yang pasti yang ada pada saya tetapi saya benar-benar mengetahui bahwa jumlah pengidap HIV/AIDS di klinik kami meningkat 18 bulan yang lalu, misalnya.

- Jangan pernah berbohong kepada wartawan!

JIKA ANDA INGIN MENANGGAPI PEMBERITAAN MEDIA YANG TIDAK MENGUNTUNGKAN ANDA

Sebelum anda mengangkat telepon atau menyentuh komputer Anda untuk membuat tanggapan terhadap suatu pemberitaan dalam media menyangkut isu yang sedang Anda advokasikan tetapi bernada memojokkan Anda, sebaiknya pertimbangkan hal-hal berikut terlebih dahulu:

- Apakah pemberitaan itu benar-benar akan membawa dampak, pengaruh yang sangat merusak, atau hanya Anda saja yang merasa bahwa anda (dan/atau organisasi Anda) tidak digambarkan secara tepat dan sesuai yang Anda inginkan?
- Jika dampak kerusakan itu memang benar-benar ada dan akan terjadi, apakah sedemikian parah atau sebenarnya tidak terlalu penting?
- Apakah ‘kesalahan’ pemberitaan itu akan menjadi acuan pemberitaan berikutnya, juga oleh media yang lain?
- Apakah ‘kesalahan’ pemberitaan itu akan memicu aksi atau reaksi, kritik dari pihak lain (para pejabat publik yang Anda kecam, para penentang Anda)? Seperti apa dan apa akibatnya?

3.4. Pengorganisasian basis legitimasi

Unsur strategis berikutnya yang harus direncanakan dengan baik oleh Tim Inti advokasi adalah cara-cara membangun basis legitimasi advokasi itu sendiri. Tanpa basis legitimasi yang jelas, dalam pengertian memang ada kelompok masyarakat yang secara nyata menjadi konstituen utama, pelaku dan pendukungnya, maka gerakan advokasi itu akan kehilangan makna sama sekali, bahkan sangat rentan mendapat pukulan serangan balik: “Anda bicara atas nama siapa?”



BEBERAPA PRINSIP DASAR PENGORGANISASIAN BASIS LEGITIMASI ADVOKASI

- Kelompok masyarakat yang diorganisir sebagai basis legitimasi adalah yang memang memiliki kepentingan langsung dengan isu yang diadvokasikan. Misalnya, advokasi isu ‘sistem pelayanan kesehatan’, maka kelompok masyarakat yang sangat sesuai sebagai basis legitimasinya adalah mereka yang berada di lapisan-bawah yang selama ini memang tidak diuntungkan oleh sistem pelayanan kesehatan modern yang semakin mewah dan mahal. Para pekerja dan kaum ibu-ibu daerah kumuh di kota-kota besar, para petani dan kaum perempuan di pedesaan, misalnya, adalah kelompok masyarakat yang sangat berkepentingan dan dapat menjadi basis legitimasi yang sangat kuat terhadap isu advokasi tersebut.
- Mereka harus terlibat secara sadar sebagai pelaku utama advokasi, meskipun tetap berada dalam koordinasi satu Tim Inti yang, tentu saja, harus mereka terima dan sepakati.
- Harus dibedakan dengan jelas dan tegas bahwa mengorganisir kelompok basis ini tidak sama dengan ‘memobilisasi’ mereka seperti yang sering dipahami dan dipraktikkan selama ini. Contoh, tidak cukup hanya dengan mengumpulkan mereka di balai desa, diberi penyuluhan 1-2 jam, lalu dianggap bahwa mereka telah terorganisir dan siap menjadi pelaku dan pendukung utama advokasi. Harus ada proses-proses pendidikan dan dialog yang lebih dalam dan lebih lama.

Jika para penganjur advokasi tidak bisa menjawab pertanyaan sederhana tapi mendasar ini, maka kerja-kerja advokasi mereka sebenarnya sudah gugur, gagal, akibat tidak adanya keabsahan sosial dan politik.

Baik, cara terbaik untuk memahami hal ini adalah dengan melihat contoh kasus berikut.



Kasus 12

**SULITNYA
MEMBANGUN BASIS
LEGITIMASI**

Koalisi untuk Dompnu Sehat (KUDS) yang dideklarasikan pada tahun 2001, terdiri dari unsur-unsur ORNOP, ORMAS, dan pemerintah. Ini berawal ketika 3 orang mengikuti acara pelatihan fasilitator program Program Keluarga Sehat (PKS) di Kota Mataram. Pada saat itu, mereka sepakat untuk membentuk KUDS karena melihat fakta di mana pembangunan secara fisik banyak dibangun, tetapi tidak memberikan manfaat terhadap tingkat kesehatan masyarakat.

Kegiatan pertama mereka adalah mengadakan pelatihan PKS yang diikuti para peserta dari beberapa kecamatan di Kabupaten Dompnu, dengan fokus pertama pada 5 desa. Tetapi, setelah itu nyaris tak ada kegiatan lagi sama sekali, karena beberapa sebab, seperti masalah keuangan, kekurangan orang, dan sebagainya.

Pada awal 2004, KUDS mulai menggeliat kembali dengan membentuk beberapa Kelompok Kerja (POKJA) lengkap dengan kalender kerjanya masing-masing. Namun, hasilnya sama saja, POKJA-POKJA tersebut nyaris tidak bergerak sama sekali, kecuali ketua, sekretaris, dan bendaharannya saja yang masih sesekali aktif.

Kelemahan KUDS sebagai organisasi yang hanya dijalankan oleh pengurus Tim Inti dan Kelompok Kerjanya, semakin terasa ketika mereka merencanakan advokasi kebijakan kesehatan tentang 'peningkatan gizi ibu dan balita'. Hal yang paling

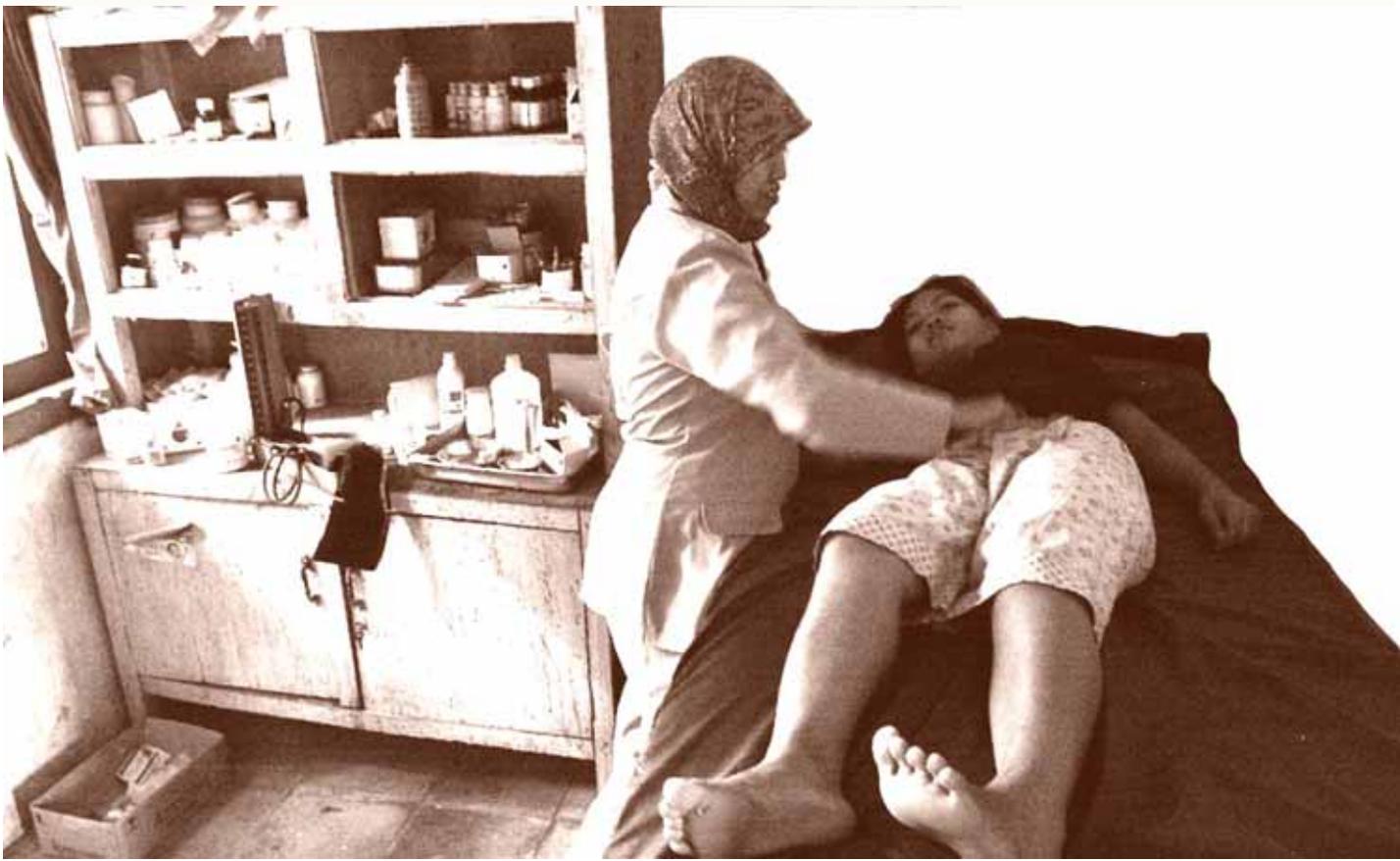
dirasakan adalah dalam membangun basis legitimasi di tingkat masyarakat, karena tidak cukup dilakukan oleh pengurus saja. Apalagi selama ini beberapa ORNOP yang bekerja sebagai pendamping di tingkat basis, kapasitasnya masih sangat lemah. Tanpa upaya peningkatan kapasitas, maka jumlah masyarakat terorganisir tidak akan bertambah, dengan sendirinya basis legitimasi untuk melakukan advokasi akan lemah.

Sebenarnya, sasaran advokasi agar terjadi perubahan kebijakan pemerintah daerah mungkin saja dapat dicapai oleh gerakan terbatas yang dilakukan oleh Tim Inti dan Kelompok Kerja KUDS yang ada selama ini. Karena, pihak DPRD dan PEMDA Kabupaten Dompnu sebenarnya sudah mulai menaruh kepercayaan dan mendengarkan mereka, bahkan sudah menjalin kerjasama dalam beberapa kegiatan. Tetapi, perubahan kebijakan seperti itu tidak akan banyak pengaruhnya di tingkat masyarakat di lapis bawah. Malah andai perubahan kebijakan itu terasa memberatkan, justru KUDS akan menjadi 'kambing hitam' sebagai penyebab terjadinya perubahan.

Masalah ini bukannya tidak disadari oleh segenap anggota KUDS, tetapi pemecahannya memang tidak sederhana. Banyak sekali faktor yang menghambat dan menjadi kendali berat, terutama yang menyangkut perubahan cara-pandang, sikap, dan kebiasaan kerja.

Modul 3

ANALISIS KEBIJAKAN
MASALAH KESEHATAN
MASYARAKAT



Tujuan dan sasaran utama advokasi kesehatan adalah terjadinya perubahan kebijakan publik di sektor kesehatan. Advokasi itu sendiri lahir karena **kepentingan umum masyarakat** terganggu, dalam hal ini adalah **kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang memadai** tidak terpenuhi.

Seperti juga masalah publik lainnya yang menyangkut hajat-hidup dan kemaslahatan umum, masalah ini bersumber dari suatu produk kebijakan tertentu. Ada produk kebijakan yang isinya (paling tidak, secara tertulis) sebenarnya sudah sesuai dengan yang diharapkan, namun dalam praktik pelaksanaannya menyimpang. Ada pula produk kebijakan yang dirasakan sejak dari isinya saja memang sudah bermasalah—tidak sesuai dengan kepentingan masyarakat. Sementara itu ada pula kebutuhan dan kepentingan masyarakat yang terabaikan justru disebabkan tidak adanya produk kebijakan yang mengatur dan menjaminnya. Karena itu, pemahaman menyangkut kebijakan publik sangat diperlukan dalam kerja-kerja advokasi di sektor kesehatan.

Apa itu kebijakan publik?

Kebijakan publik pada dasarnya meliputi seluruh keputusan politik yang, secara tertulis, berwujud sebagai undang-undang, peraturan-peraturan, dan keputusan-keputusan negara yang menyangkut kehidupan rakyat. Keputusan-keputusan tersebut dapat berupa keputusan pemerintah pada aras terbawah, yakni desa, sampai ke aras yang lebih tinggi (kabupaten, nasional, bahkan internasional).

Kebijakan publik seharusnya menjadi kewenangan negara.

Namun pada kenyataannya di Indonesia sekarang, negara menjadi arena pertarungan berbagai kepentingan yang akibatnya seringkali mengabaikan kepentingan-kepentingan publik. Pengabaian ini terjadi karena posisi negara yang lemah terhadap tekanan kepentingan ekonomi yang lebih besar, desakan utang luar negeri yang semakin melangit, ditambah dengan penyelenggaraan kekuasaan negara yang carut-marut.

Prosedur dalam proses pembuatan kebijakan publik sesungguhnya telah diatur dalam mekanisme ketatanegaraan yang, antara lain, memberikan hak-hak atas partisipasi dan kontrol rakyat. Namun kenyataannya, proses tersebut sering diabaikan karena alasan rakyat telah diwakili oleh wakil-wakilnya di Dewan Perwakilan Rakyat. Selain itu, di antara penyelenggara kekuasaan negara (legislatif, eksekutif dan yudikatif) masih sering terjadi tarik-menarik kepentingan yang ujung-ujungnya kepentingan rakyat banyak lagi yang terabaikan.

Oleh sebab itu, kita perlu memahami kebijakan publik, sebagai suatu kesatuan “sistem hukum” (*system of law*), yang terdiri dari:

■ **Isi hukum** (*content of law*); yakni uraian atau penjabaran tertulis dari suatu kebijakan yang tertuang dalam bentuk perundang-undangan, peraturan-peraturan, dan keputusan-keputusan pemerintah. Ada juga kebijakan-kebijakan yang lebih merupakan “kesepakatan umum” (konvensi) tidak tertulis, tetapi dalam hal ini kita lebih menitik-beratkan perhatian pada naskah (*text*) hukum tertulis, atau “aspek tekstual” dari sistem hukum yang berlaku.

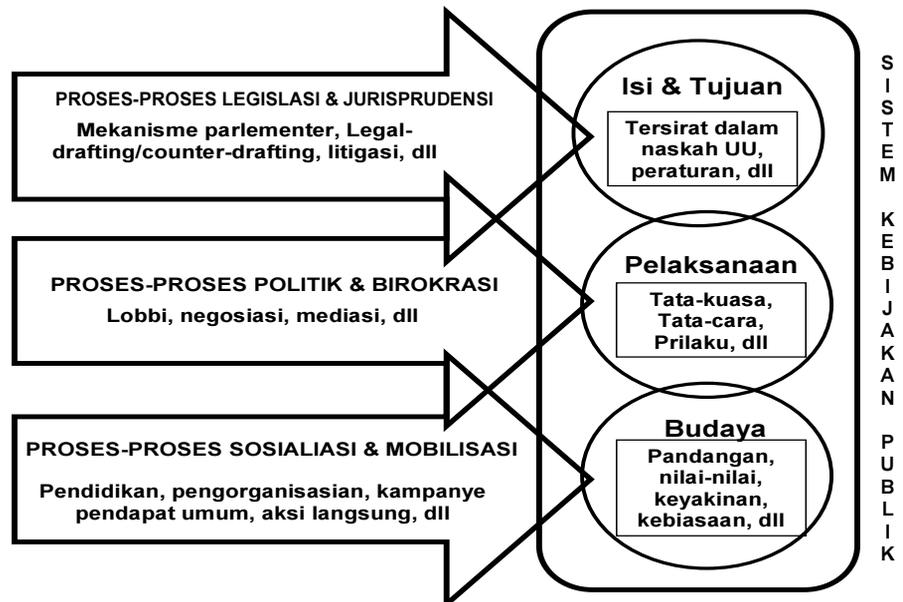
■ **Tatanan hukum** (*structure of law*); yakni semua perangkat kelembagaan dan pelaksana dari isi hukum yang berlaku. Dalam pengertian ini tercakup lembaga-lembaga hukum (pengadilan, penjara, birokrasi pemerintahan, partai politik, dll) dan para aparat pelaksananya (hakim, jaksa, pengacara, polisi, tentara, pejabat pemerintah, anggota parlemen, dll).

■ **Budaya hukum** (*culture of law*); yakni persepsi, pemahaman, sikap penerimaan, praktik-praktik pelaksanaan, penafsiran terhadap dua aspek sistem hukum di atas: isi dan

tatanan hukum. Dalam pengertian ini juga tercakup bentuk-bentuk tanggapan (reaksi, *response*) masyarakat luas terhadap pelaksanaan isi dan tatanan hukum tersebut. Karena itu, hal ini merupakan “aspek kontekstual” dari sistem hukum yang berlaku.

Sebagai suatu kesatuan sistem (*systemic*), tiga aspek hukum tersebut saling berkait satu sama lain. Karena itu, idealnya, suatu kerja advokasi kesehatan harus juga mencakup sasaran perubahan ketiganya. Karena, dalam kenyataannya, perubahan yang terjadi pada salah satu aspek saja tidak dengan serta-merta membawa perubahan pada aspek lainnya. Perubahan suatu naskah perundang-undangan atau peraturan pemerintah, tidak dengan sendirinya mengubah mekanisme kerja lembaga atau aparat pelaksanaannya. Banyak contoh selama ini jelas-jelas memperlihatkan bahwa naskah undang-undang atau peraturan pemerintah yang betapapun baiknya secara normatif, tetapi karena tidak didukung oleh kesiapan perangkat kelembagaan atau aparat pelaksana yang memadai, akhirnya hanya menjadi retorika belaka.

Secara skematis, proses-proses pembentukan kebijakan publik dan sasaran advokasi tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:



Dasar pijakan

Kebijakan pembangunan kesehatan saat ini mengalami pergeseran dari pendekatan kebutuhan (*need*) ke arah pendekatan berlandaskan hak (*rights based*). Kesehatan adalah hak azasi, maka negara berkewajiban untuk memenuhinya bagi setiap warganya.

Sebagai warga dunia, di mana pun berada, setiap orang berhak atas akses pada pelayanan kesehatan dan kontrol terhadap kebijakan-kebijakan kesehatan yang menyangkut kepentingan rakyat banyak (*public goods and services*). Hak ini telah dijamin dan menjadi kesepakatan global yang dituangkan dalam berbagai dokumen atau perjanjian internasional, mulai dari Deklarasi Umum Hak-hak Azasi Manusia (DUHAM) tahun 1948 sampai yang terakhir, misalnya, Penjelasan Umum (*General Comments*) No. 14/2000 dari Kovenan Hak-hak Ekonomi, Sosial dan Budaya yang khusus mengatur kewajiban negara dalam penegakan hak-hak atas perawatan dan pelayanan kesehatan warganya. Oleh karena itu setiap kelalaian yang dilakukan negara merupakan pelanggaran hak-hak azasi manusia terhadap warganya.

Sebagai negara anggota PBB, Indonesia secara normatif terikat dengan semua keputusan politik dan perjanjian internasional tersebut. Bahkan, Indonesia sudah ikut menandatangani dan meratifikasi beberapa di antaranya, malah sudah memasukkan secara eksplisit dalam Amandemen Ketiga UUD 1945, dan dalam beberapa UU yang terkait.

Panduan ini bermaksud untuk membantu siapa saja yang akan melakukan kerja-kerja advokasi kesehatan, mengenali dan memahami instrumen-instrumen dasar tentang pembangunan kesehatan yang berbasis pada hak azasi, serta implikasi politiknya pada tingkat global, nasional, maupun lokal. Selain itu, membantu siapa saja yang akan melakukan kerja-kerja advokasi kesehatan untuk menganalisis masalah-masalah kesehatan dengan menggunakan instrumen-instrumen tersebut, serta merumuskan secara jelas masalah kebijakan kesehatan yang harus diadvokasikan, baik pada tingkat nasional dan terutama pada tingkat kabupaten dan kota.



LANGKAH 1

MEMAHAMI KEBIJAKAN GLOBAL & NASIONAL TENTANG PELAYANAN KESEHATAN

Sebagaimana telah diuraikan sebelumnya, memperoleh pelayanan kesehatan adalah hak setiap warga negara, sehingga merupakan kewajiban negara untuk berupaya memenuhinya.

Memang, masih banyak kalangan yang tetap terjebak dalam pandangan lama bahwa pelayanan kesehatan adalah tanggungjawab semua orang, sehingga sering mengaburkan makna akan adanya kewajiban dasar negara. Selama puluhan tahun di Indonesia, retorika 'kewajiban bersama semua pihak' itu sering dijadikan alasan oleh para pejabat pemerintah yang korup untuk mengelak dari mandat politik dan kewajiban hukum internasional mereka.

Perubahan sistem politik nasional di Indonesia sejak tahun 1998, akhirnya membuka tabir banyak pengelabuan semacam itu selama ini. Sekarang, sudah menjadi pengetahuan umum bahwa semua kebutuhan

pokok warga negara kini dilihat sebagai bagian dari hak-hak dasar mereka sebagai warga negara maupun sebagai manusia. Untuk itu, negara berkewajiban memenuhinya, dan tak ada alasan untuk mengelak sama sekali, termasuk alasan ketiadaan atau keterbatasan sumberdaya.

Untuk itu, berbagai perjanjian internasional pun dibuat untuk menegaskan kewajiban negara tersebut. Perjanjian-perjanjian internasional ini menjadi dasar perumusan berbagai kebijakan nasional di semua negara anggota PBB, terumuskan dalam berbagai undang-undang dan peraturan yang bersifat mengikat.

Maka, jika Anda ingin mengadvokasikan hak-hak masyarakat akan pelayanan kesehatan yang baku dan memadai, Anda dengan sendirinya harus mengetahui dan melakukan analisis dasar-dasar politik dan hukumnya tersebut mulai dari tingkat internasional sampai nasional dan lokal. Karena, Anda akan berhadapan dengan para pembuat kebijakan resmi di tempat Anda masing-masing. Dengan demikian, anda tidak akan mudah lagi dikelabui oleh para pejabat publik yang mencoba mengelak dari kewajiban mereka.

Sistem Kebijakan dan Pelayanan Kesehatan

Kesehatan adalah kebutuhan masyarakat. Dalam teori ekonomi, penyediaan suatu komoditas yang dibutuhkan masyarakat bisa melalui cara-cara yang memenuhi kaidah keberhasilan alokasi sumberdaya, yaitu efisiensi. Prinsipnya: karena sumberdaya terbatas sementara kebutuhan manusia tidak terbatas, maka kita harus menggunakan alternatif terbaik dalam menggunakan sumber daya tersebut. Para ekonom berpendapat bahwa jawaban jitu untuk persoalan alokasi sumber daya yang kebutuhannya saling berkompetisi di masyarakat adalah interaksi *supply* dan *demand* melalui mekanisme pasar. Hal tersebut menyisakan satu pertanyaan besar: Bagaimana kalau komoditas itu adalah pelayanan kesehatan yang sesungguhnya merupakan hak masyarakat untuk hidup sehat? Lalu bagaimanakah peran dan tanggungjawab negara?

Secara teoritis, mekanisme pasar yang sempurna bisa terjadi

bila kedua belah pihak (penjual dan pembeli) berada pada posisi yang sama kuat, terutama dalam hal informasi mengenai komoditi yang dibutuhkan dan ditawarkan. Teori tersebut sudah tentu majal jika diterapkan dalam bidang kesehatan sebab ada karakteristik yang unik dalam perihal kesehatan.

Pertama, karena adanya asas ketidakpastian (*uncertainty*). Berbeda dengan kebutuhan akan komoditi lain seperti baju, sepatu, maka seseorang tidak tahu secara pasti kapan akan membutuhkan pelayanan kesehatan. Pada dasarnya tidak ada orang yang menginginkan untuk jatuh sakit dan di rawat di rumah sakit, yang diinginkannya adalah menjadi sehat.

Kedua, karena adanya ketidak-seimbangan informasi (*asimetri informasi*). Ketika seseorang jatuh sakit, keputusan untuk membeli jasa pelayanan kesehatan yang sesuai kebutuhannya ada di tangan dokter atau di tempat ia berobat (klinik, rumahsakit). Bila diminta mengikuti suatu prosedur pembedahan, pasien boleh dikatakan tidak mengetahui apakah ia membutuhkan operasi tersebut atau tidak. Kondisi ini sering dikenal sebagai ketidaktahuan pasien (*consumer ignorance*). Berbeda dengan komoditi lain yang relatif lebih mudah dipahami oleh konsumen, maka pengetahuan mengenai kebutuhan akan jasa medis apalagi yang membutuhkan jasa super-spesialisasi adalah milik dokter. Meskipun dewasa ini telah dikenal *inform-consent* untuk melibatkan pasien dalam keputusan atas tindakan medis yang akan dilakukan dokter, tapi tetap saja pasien tidak dalam posisi yang sama tahu dengan dokter yang merawatnya mengenai status kesehatannya saat itu.

Ketiga, adanya dampak terhadap pihak lain (*eksternalitas*). Pendekatan untuk mengatasi masalah kesehatan umumnya tidak hanya membawa dampak terhadap individu bersangkutan, tetapi juga masyarakat luas. Sebagai contoh, bila sekumpulan individu telah mendapatkan kekebalan akibat vaksinasi terhadap penyakit tertentu (misalnya: polio) maka secara agregat kekebalan (*herd immunity*) akan membawa dampak positif juga terhadap sekelompok penduduk di wilayah tertentu, dan akhirnya negara bebas dari polio, dan pada

gilirannya diharapkan dunia juga akan bebas dari polio. Demikian juga sebaliknya, jika penanganan penyakit tertentu tidak segera dikerjakan, maka suatu penyakit yang pada awalnya hanya diderita oleh satu kelompok masyarakat tertentu akan bisa meluas ke wilayah yang lain.

Selain 3 ciri utama di atas, pelayanan kesehatan memiliki keunikan lain seperti; ciri sosial, humanitarian, dan *labor intensive* (padat karya). Pendekatan sosial dibutuhkan agar masyarakat juga mampu menolong dirinya agar sehat. Persoalan perilaku terhadap kesehatan dan pencarian pengobatan sangat dipengaruhi oleh pendidikan, konsep sehat-sakit yang dipercayai, sosial-ekonomi, budaya, geografi, dan berbagai faktor lainnya. Misalnya, banyak masyarakat yang tidak mempunyai akses dalam bidang kesehatan karena kendala biaya transportasi yang jauh lebih mahal dibanding biaya pelayanan kesehatan. Atau masalah pelayanan kesehatan yang sarat nilai-nilai kemanusiaan/ humanitarian. Seseorang akan mengerahkan seluruh daya upaya untuk mendapatkan pengobatan asal nyawa atau penderitaan sanak keluarganya dapat diatasi. Persoalan biaya bukan merupakan perhitungan lagi, dan hukum-hukum pasar tidak lagi berjalan karena kondisi yang sangat terpaksa ini.

Faktor lain yang juga menyebabkan jasa pelayanan kesehatan menjadi mahal adalah *labor intensive* (padat karya). Penyediaan jasa pelayanan kesehatan membutuhkan berbagai pendekatan disiplin ilmu dan tidak bisa disederhanakan dalam proses produksi (*otomatisasi*) seperti pabrik mobil atau elektronik. Jasa dokter bedah untuk operasi hernia misalnya, tidak bisa atau belum bisa digantikan mesin atau komputer sehingga rumah sakit dapat menawarkan pelayanan operasi hernia murah dan massal.

Kembali pada pertanyaan di awal tulisan ini, dengan menilik pada sejumlah hal yang telah dipaparkan, maka jawabannya jelas dan pasti: Pelayanan kesehatan yang tersedia secara merata di seluruh pelosok Indonesia merupakan suatu keharusan agar masyarakat mendapatkan akses dan haknya untuk menjadi sehat. Sudah tentu hal tersebut menjadi

tanggung jawab negara yang dalam hal ini adalah pemerintah sebagai representasi kekuasaan masyarakat. Sebab jika jawabannya setia terhadap mekanisme pasar, konsekuensinya, swasta akan menjadi pelaku utama penyedia pelayanan. Meskipun hal tersebut memiliki kelebihan yakni tersedianya pelayanan yang berkualitas, namun jelas tidak semua orang mempunyai akses ke pelayanan kesehatan yang canggih dan mahal.

Lalu apakah yang seharusnya dilakukan oleh pemerintah agar hak-hak masyarakat dalam pelayanan kesehatan terjamin? Pertama, pemerintah harus membuat regulasi yang ketat dalam mekanisme pasar yang menyangkut kesehatan. Kedua, Pemerintah harus memberikan subsidi di bidang kesehatan.

Menjamin hak masyarakat dapat dilakukan melalui pengaturan, pengendalian dan pengawasan yang ketat. Itulah sebabnya, kode etik kedokteran dan hukum pelayanan kesehatan diatur dengan ketat di berbagai negara. Bahkan banyak negara yang menjadikan pelanggaran etika sebagai pelanggaran hukum, untuk bisa menindak tegas semua pihak yang melanggar, termasuk para dokter. Namun, kondisi pengaturan, pengendalian dan pengawasan di Indonesia masih sangat lemah. Berbagai contoh bisa diangkat, seperti rendahnya tingkat kepatuhan dokter dalam menulis resep obat generik di RS, merebaknya rumah sakit yang berlindung dibalik nama Yayasan tetapi mencari laba, sampai pro-kontra alih status RS pemerintah menjadi Perusahaan Jawatan (Perjan).

Salah satu peran vital Pemerintah dalam bidang kesehatan adalah memberikan subsidi untuk *public goods* dan kelompok sosial-ekonomi miskin. Peran Pemerintah dalam memberikan subsidi dapat dilihat melalui dua sisi: subsidi melalui sisi penyedia pelayanan (provider) dan sisi konsumen. Melalui sisi provider, Pemerintah menyediakan pelayanan kesehatan di berbagai jenjang mulai dari Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dengan semua jaringannya (Puskesmas pembantu, polindes, pos obat desa, bidan di desa) sampai rumah sakit pemerintah (kelas A, B, C). Tarif yang murah menunjukkan besarnya subsidi melalui sisi provider ini. Kendalanya, banyak

studi menunjukkan hasil bahwa kelompok sosial-ekonomi lemah justru kurang atau tidak menikmati subsidi tersebut karena berbagai alasan. Subsidi melalui sisi konsumen telah dilakukan, misalnya melalui program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK), dan melalui Program Kesehatan Pengalihan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS BBM). Kendala yang dihadapi dalam pemberian subsidi adalah banyak yang tidak tepat sasaran dan penyalahgunaan kartu peserta (kartu sehat).

Sesungguhnya memang tidak ada alasan bagi pemerintah untuk tidak memperhatikan kesehatan masyarakatnya sebagai sebuah pertanggungjawaban moral dan politik. Sebab paling tidak dalam ranah internasional, kesehatan sebagai salah satu hak asasi manusia telah tercantum dalam Deklarasi Umum Hak-hak Azasi Manusia (DUHAM) dan konvensi-konvensi di bawahnya seperti Konstitusi WHO 1946, Deklarasi Alma Ata 1978, Deklarasi Kesehatan Dunia 1998, dan pada penjelasan umum (*general comments*) kovenan hak-hak ekonomi-sosial-budaya no 14 tahun 2000.

Indonesia juga telah menandatangani *Millennium Development Goals* (MDG) yang merupakan komitmen para pemimpin di seluruh dunia. MDG memiliki 6 sektor komitmen yang perlu dicapai pada 2015 yaitu (1) kemiskinan dan kelaparan, (2) kesehatan, (3) ketidaksetaraan gender, (4) pendidikan, (5) air bersih, dan (6) lingkungan.

Indonesia tentu saja terikat dengan MDG, sehingga jika Indonesia mangkir dari kesepakatan tersebut, ia bisa dikenai sanksi internasional. Khusus MDG di bidang kesehatan yang masuk dalam program adalah mengurangi angka kematian ibu sampai 3/4-nya, mengurangi sampai 2/3-nya angka kematian anak, memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit epidemi yang lain.

Selain itu, setumpuk aturan legal di tingkat nasional juga mengatur permasalahan kesehatan di Indonesia. Pada pasal 28H UUD 45 Amendemen tahun 2000 menyatakan "...setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan". Undang-undang No 23/1992 tentang kesehatan juga mengukuhkan bahwa

negara harus bertanggungjawab dan berkepentingan atas pembangunan kesehatan rakyatnya. Menurut UU tersebut, tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Dan definisi kesehatan dalam UU ini adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

Kebijakan nasional yang besar pengaruhnya terhadap kebijakan kesehatan adalah kebijakan desentralisasi. Esensi dari UU No 22/1999 dan PP 25/2000 adalah pelimpahan kewenangan yang 32 tahun berada di pusat kepada daerah (Kabupaten/Kota). Sektor kesehatan merupakan salah satu kewenangan yang wajib dilaksanakan oleh daerah (Pasal 11 ayat 2 UU No 22/1999). Pelimpahan wewenang pembangunan kesehatan ke daerah, sehingga Pemerintah Daerah (Pemda) yang berwenang merencanakan dan menganggarkan seluruh kegiatan pembangunan kesehatan. Pada tahun 2000, diselenggarakan pertemuan antara Departemen Kesehatan dengan seluruh Bupati/ Walikota se-Indonesia. Dalam pertemuan tersebut disepakati bahwa Pemerintah Daerah akan mengalokasikan 15% dari APBD nya untuk pembiayaan kesehatan.

Masih banyak lagi tumpukan kebijakan negara dalam bidang kesehatan yang pada intinya memperlihatkan bahwa seharusnya negara bertanggungjawab dalam pemenuhan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Jika negara tidak melakukannya, maka ia telah melakukan sebuah pelanggaran terhadap hak asasi manusia.

Hanya saja, jika kita berbicara tentang HAM, maka persepsi orang saat ini adalah hak-hak mendasar dari manusia seperti hak untuk hidup, memenuhi kebutuhan dasar (makanan, pakaian, dan perumahan), mengutarakan pendapat, dan sampai kepada hak untuk bebas dari rasa takut. Sedangkan persepsi orang tentang pelanggaran HAM adalah penghilangan hak-hak seseorang yang disengaja oleh negara, kelompok-kelompok lain atau individu. Penghilangan hak di sini sering diasumsikan dengan bentuk kekerasan yang menghilangkan nyawa, cacat

tubuh, kebebasan mengeluarkan pendapat, dan harta benda seseorang.

Kemudian timbul pertanyaan tentang penghilangan nyawa, cacat, dan harta benda seseorang bukan karena faktor 'kekerasan' intervensi fisik seperti di atas, tetapi kehilangan akibat keterpaksaan orang karena sistem atau kebijakan dalam bidang kesehatan yang tidak memihak mereka. Sebagai contoh, seseorang mengidap penyakit dan membutuhkan pengobatan. Tetapi karena ada kendala dana, penyakitnya dibiarkan atau diobati dengan cara sendiri sehingga ia menderita cacat atau meninggal tanpa memperoleh pengobatan yang layak. Apakah hal tersebut tidak dapat dikatakan sebagai pelanggaran HAM oleh negara?



PRINSIP-PRINSIP

- Maksud utama analisis kebijakan adalah untuk menemukan masalah-masalah tertentu yang terdapat dalam satu kebijakan publik, dan membuka ruang bagi tindakan/kerja-kerja advokasi. Tanpa tindak lanjut tindakan advokasi, analisis kebijakan tidak lebih hanya pengetahuan saja dan tidak ada manfaatnya bagi perubahan.
- Proses analisis kebijakan merupakan proses pendidikan politik masyarakat, sehingga harus mampu melahirkan kesadaran kolektif untuk melakukan perubahan.
- Karena menjadi bagian dari pendidikan politik, maka analisis kebijakan kesehatan harus melibatkan masyarakat termasuk orang-orang miskin.
- Hasil analisis kebijakan akan menjadi landasan advokasi kebijakan kesehatan yang berpengaruh terhadap kehidupan negara dan masyarakat. Karena itu, analisis harus dilakukan secara cermat, teliti, menggunakan data dan fakta yang benar dan sah.



LANGKAH-LANGKAH MENGANALISIS KEBIJAKAN INTERNASIONAL & NASIONAL PELAYANAN KESEHATAN

- Mulai dengan membentuk satu tim kajian terbatas saja dulu (tidak perlu terlalu banyak orang). Kalau bisa, usahakan ada orang yang memang berpengalaman atau memiliki latar belakang akademis yang sesuai (misalnya: sarjana hukum, sarjana kesehatan masyarakat, atau dokter) yang memang dapat membantu memahami banyak hal teknis hukum dan kesehatan.
- Kumpulkan bahan-bahan yang relevan, antara lain: Deklarasi Umum Hak-hak Asasi Manusia (DUHAM); Kovenan Hak-hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya (H-ESB); Kumpulan Penjelasan Umum PBB mengenai Kovenan H-ESB; berbagai deklarasi internasional yang relevan (khususnya Deklarasi Alma Ata 1978, Deklarasi Kairo 1990; Deklarasi Kesehatan Dunia 1998, dan lain-lain); beberapa perjanjian internasional lainnya (misalnya: Millenium Development Goal 1990); dan berbagai dokumen hukum nasional yang berkaitan (Amandemen Ketiga UUD 1945; UU Kesehatan No.23/1992; UU Kependudukan No.10/1992; UU Sistem Jaminan Sosial Nasional; Dokumen Indonesia Sehat 2010; dan seterusnya).
- Buat ikhtisar umum dan singkat dari semua dokumen tersebut, jika perlu satu bagan yang menunjukkan hubungan keterkaitannya satu sama lain, sehingga memudahkan Anda nanti melakukan analisis.
- Dari ikhtisar tersebut, tandai bagian-bagian penting untuk Anda diskusikan dan Pahami secara lebih mendalam. Jika kesulitan, hubungi pakar terdekat yang bisa dijadikan narasumber. Diskusikanlah dengan narasumber itu semua hal yang Anda perlu pahami lebih rinci, lebih mendalam, dan lebih tajam, terutama yang menyangkut kewajiban negara (dan hak-hak warga negara) atas pelayanan kesehatan.
- Buat rangkuman umumnya, dan coba susun menjadi satu bahan yang padat, ringkas, dan mudah dipahami oleh orang awam sekalipun, dan untuk Anda gunakan dalam menjelaskan dan mendiskusikannya dengan kelompok masyarakat yang menjadi konstituen utama advokasi yang Anda laksanakan.
- Coba susun pula dalam dua versi lainnya, yakni: (1) untuk keperluan argumentasi Anda dengan para pembuat kebijakan, kalangan perguruan tinggi, ORMAS dan PARPOL, dll; dan (2) untuk keperluan kampanye melalui media massa (misalnya, dalam bentuk 'siaran pers' dan semacamnya).
- Jangan lupa membuat catatan-catatan penting dari semua diskusi dengan pihak lain untuk memetakan sikap mereka (perbedaan dan persamaannya dengan sikap Anda) terhadap masalah ini.



Bahan Bacaan 4

RANGKUMAN DOKUMEN POLITIK & HUKUM INTERNASIONAL & NASIONAL MENGENAI PELAYANAN KESEHATAN

Pendekatan baru tentang pelayanan kesehatan sebagai hak asasi manusia atau hak-hak dasar warga negara (sehingga, merupakan kewajiban negara), memiliki landasan politik dan hukum yang sangat kuat dari tingkat internasional sampai nasional dan lokal. Jika digambarkan, akan nampak seperti bagan-alur di halaman berikutnya (hal.91).

HAK WARGA NEGARA & KEWAJIBAN NEGARA

Berikut adalah rangkuman umum pasal-pasal dari Deklarasi Hak Asasi Manusia (DUHAM) 1948 dan turunannya dalam Kovenan Hak-hak Ekonomi, Sosial dan Budaya (H-ESB) 1966:

- Kondisi kerja yang adil dan aman bagi para buruh;
- Mencari dan memilih pekerjaan;
- Membentuk, bergabung, dan mengambil keputusan bersama dalam serikat buruh;
- Jaminan sosial dari pemerintah (misalnya: pada masa tua atau saat tidak ada pekerjaan; juga bantuan kemanusiaan untuk hidup layak bagi kaum miskin);
- Bantuan dan perlindungan keluarga;

- Hak-hak dalam perkawinan bagi kaum perempuan;
- Standar kehidupan yang memadai bagi setiap orang (terpenuhinya pangan, sandang, perumahan yang layak)
- *Standar tinggi pada kesehatan dan perawatan kesehatan bagi semua orang;* (sengaja dicetak miring untuk penegasan)
- Pendidikan dasar bagi semua orang, dan kesempatan yang meningkat pada pendidikan lanjutan;
- Berpartisipasi dalam kehidupan budaya komunitas;
- Memperoleh keuntungan dari perkembangan dan kemajuan ilmu pengetahuan.

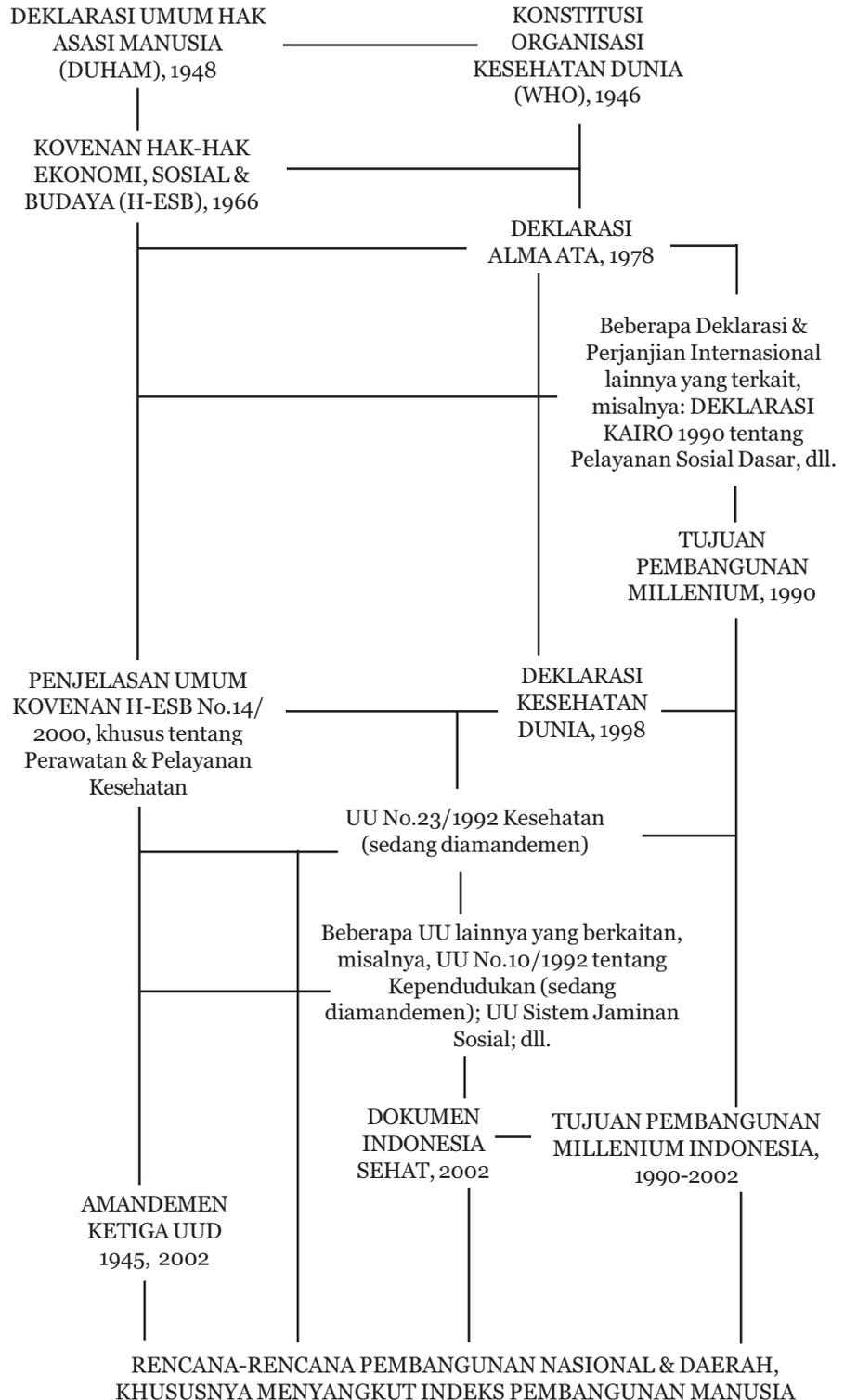
Dalam Pasal 2 Kovenan H-ESB, disebutkan (dengan cetak-miring sebagai penekanan):

“Tiap negara peserta... perlu melaksanakan langkah-langkah... *sampai ke tingkat maksimum dari sumberdayanya yang tersedia...* untuk mencapai *secara bertahap maju* terwujud sepenuhnya hak-hak yang dinyatakan dalam kovenan ini *dengan segala cara yang memungkinkan...*”

Maka, tidak ada keistimewaan kepada negara miskin sekalipun untuk mengelak dari kewajiban ini. Perkecualian hanya diberikan dalam beberapa hal khusus, misalnya, jika negara mengalami *force-majeur* (bencana alam berat, perang), itupun masih harus dibuktikan dulu kebenarannya secara faktual.

Penjelasan Umum (*General Comment*) No.3/1990 oleh Komite PBB untuk Hak-hak Ekonomi, Sosial dan Budaya (CESCR) yang berada di bawah Dewan Ekonomi dan Sosial – Majelis Umum PBB, tentang “Sifat dari Kewajiban-kewajiban Negara” (*On the Nature of States Obligations*), khususnya pada Pasal 2, menyatakan (cetak-miring sebagai penekanan):

- Dalam hal negara miskin atau berkembang yang masih mengalami



keterbatasan sumberdaya, pelaksanaan kewajiban ini tidak perlu mengikuti standar negara-negara kaya, tetapi *harus berusaha mencapainya secara bertahap maju*;

■ *Juga tetap wajib menjamin paling tidak tingkat minimal dari setiap hak dasar yang disebutkan dalam kovenan*;

■ *Dan, kewajiban pokok minimum yang tak dapat ditawar-tawar adalah hak atas perawatan kesehatan dan pendidikan dasar.*

PEDOMAN PEMANTAUAN untuk KEPERLUAN ADVOKASI

Tiga pertanyaan pokok:

■ Sudahkah negara (dalam hal ini adalah pemerintah) mengambil langkah-langkah penting sesegera mungkin untuk memenuhi kewajiban pokoknya yang paling minimal (pelayanan kesehatan dan pendidikan dasar); atau memenuhi tingkat minimum dari beberapa hak dasar (misalnya: tidak ada warga negara mati karena kelaparan – syarat minimum hak asasi atas pangan)?

■ Apakah negara sudah memiliki kemampuan untuk melakukan tindakan-tindakan langsung (tidak sekadar berhenti pada aras normatif dalam bentuk kebijakan tertulis) dalam hal tersebut di atas?; atau

■ Apakah negara sebenarnya tidak bersedia melakukannya, jika ternyata sumberdayanya sebenarnya memadai dan memungkinkan untuk melakukan kewajiban pokoknya tersebut?

Berdasarkan tiga pertanyaan pokok itu, pertanyaan-pertanyaan lebih rincinya adalah:

■ Apakah pemerintah mengetahui bahwa ada permasalahan (peristiwa, kebijakan) yang melanggar Hak-hak ESB?

■ Apakah pemerintah telah berkonsultasi dengan warga masyarakat lokal dan organisasi-organisasi nasional dalam

rangka menangani permasalahan tersebut?

■ Apakah pemerintah telah menetapkan program jelas untuk menanganinya?

■ Apakah pemerintah telah mengalokasikan sumberdaya (dalam anggaran belanja negara) yang memadai untuk memastikan bahwa program tersebut memang akan sungguh-sungguh dilaksanakan?

■ Apakah pemerintah memang melakukan pemantauan berkala atas pelaksanaan program tersebut (keberhasilan maupun kegagalannya)?

■ Apakah pemerintah telah memperbaiki rencana dan pelaksanaan program tersebut untuk mengatasi kegagalan-kegagalan yang ditemukan?

■ Apakah pemerintah telah mencoba cara-cara alternatif dalam menangani permasalahan tersebut?

■ Apakah pemerintah telah melaksanakan riset atau survei untuk mengetahui apakah pelanggaran Hak-hak ESB memang telah terjadi?

■ Apakah pemerintah telah mengetahui dan memutuskan siapa dan mengapa kelompok-kelompok masyarakat tertentu tidak memperoleh akses untuk melaksanakan pencegahan pelanggaran Hak-hak ESB?

■ Apakah pemerintah telah mengidentifikasi dengan tepat individu atau lembaga mana yang bertanggungjawab atas terjadinya pelanggaran Hak-hak ESB?

■ Apakah pemerintah telah memberikan arahan kepada individu atau lembaga tersebut untuk bertanggungjawab dan menghentikan pelanggaran yang mereka lakukan?

■ Apakah pemerintah telah meminta saran dari ORNOP-ORNOP, organisasi antar-pemerintah, dan organisasi lainnya, yang memiliki keahlian tentang penanganan permasalahan pelanggaran Hak-hak ESB?

■ Apakah pemerintah telah menetapkan

sasaran dan jadwal kerja yang akan membantu semua pihak yang berkepentingan menilai kemajuan penanganan permasalahan tersebut?

Dan selanjutnya.... dapat Anda kembangkan sendiri!

IDENTIFIKASI PELANGGARAN OLEH NEGARA

Dari semua kasus selama ini, pelalaian kewajiban atau pelanggaran oleh negara teridentifikasi sebagai berikut:

- Gagal mengambil tindakan untuk melindungi hak yang sudah ada;
- Tidak bertindak cepat mencegah terjadinya kegagalan tersebut;
- Gagal memenuhi kewajiban pokok minimum yang diwajibkan segera dilaksanakan secara langsung;
- Tidak berhasil mencapai, pada tingkat minimum sekalipun, suatu hak yang dibutuhkan mayoritas warga negara, padahal negara sebenarnya memiliki sumberdaya memadai untuk itu (contoh: belanja negara terus bertambah dan lebih banyak untuk membangun prasarana, riset cangih, atau belanja militer).
- Membatasi suatu hak tertentu, misalnya, diskriminasi terhadap perempuan atau kaum minoritas.
- Sengaja memperlambat atau menghentikan usaha bertahap maju dalam pemenuhan suatu hak;
- Membatalkan atau membatasi suatu kebijakan atau undang-undang yang sebelumnya telah membantu terpenuhinya suatu hak (*setback*).
- Gagal atau sengaja lalai memberikan informasi atau laporan kepada PBB sesuai dengan ketentuan Kovenan Hak ESB.

PERAN ORGANISASI ADVOKASI

Deklarasi Pembela Hak Asasi Manusia

(*Declaration on Human Rights Defenders*) 1998 oleh Majelis Umum PB, mengakui peran ORNOP sebagai *frontliner* untuk memantau dan menyelidiki pelanggaran HAM, serta sebagai mitra dalam pengembangan pemikiran dan pemajuan HAM (pasal 7). Peran yang dapat dijalankan oleh ORNOP antara lain:

- Memberikan masukan atau saran kepada para pembuat kebijakan dan undang-undang di negaranya, termasuk yang terpenting adalah dalam penyusunan anggaran belanja negara untuk sektor-sektor pelayanan sosial dasar yang paling diprioritaskan, seperti pelayanan kesehatan dan pendidikan dasar;
- Meminta bantuan KOMNAS HAM dan Pengadilan untuk mencegah dan menghukum pelanggaran atas Hak-hak ESB;
- Bekerjasama dengan staf pelayanan umum dalam birokrasi pemerintahan untuk mencari jalan keluar dari suatu permasalahan Hak-hak ESB;
- Bekerjasama dengan media massa dan lembaga-lembaga pendidikan untuk mendidik masyarakat akan Hak-hak ESB;
- Bekerjasama dengan serikat-serikat buruh, organisasi konsumen, organisasi lingkungan untuk perlindungan Hak-hak ESB yang penad;
- Mempengaruhi kebijakan luar negeri pemerintah, khususnya yang berkaitan dengan kebijakan ekonomi dan perdagangan yang berdampak luas terhadap Hak-hak ESB di dalam negeri;

SUMBER-SUMBER INFORMASI

Selain sumber-sumber primer langsung di lapangan, sumber-sumber sekunder yang berguna untuk keperluan pemantauan dan penyelidikan pelanggaran Hak-hak ESB, antara lain:

- Media massa cetak maupun elektronik;
 - Laporan tahunan dan laporan khusus dari departemen atau lembaga pemerintah;
 - Laporan-laporan DPR, DPRD.
 - Laporan-laporan dari berbagai lembaga PBB (UNICEF, UNDP, WHO) untuk negara yang bersangkutan;
 - Laporan-laporan PBB yang diringkas khusus dalam publikasi tahunan: <www.hri.ca/fortherecord>.
 - Laporan-laporan survei tentang kelompok-kelompok masyarakat yang merasakan dampak negatif berbagai kebijakan pemerintah yang berkaitan;
 - Laporan-laporan mengenai kelompok-kelompok masyarakat yang dirugikan oleh badan-badan atau perusahaan internasional maupun nasional;
 - Analisis undang-undang, keputusan pengadilan, KOMNAS HAM;
 - Publikasi tahunan Bank Dunia dan lembaga-lembaga keuangan internasional;
- Dan sebagainya..... silahkan kembangkan sendiri!

DOKUMEN-DOKUMEN KEBIJAKAN DI TINGKAT NASIONAL

Berbagai dokumen politik dan hukum di tingkat nasional, pada dasarnya, hanyalah turunan lebih lanjut dari semua dokumen internasional tersebut. Artinya, secara substansial sebenarnya sama dan tidak berbeda.

Dalam Amandemen Ketiga UUD 1945 yang disahkan oleh Majelis Permusyawaratan Rakyat (MPR) Republik Indonesia pada

tahun 2002, menegaskan kembali semua keputusan politik internasional tersebut di atas. Pasal 28 ayat (h) Amandemen Ketiga UUD 45, misalnya, menjamin bahwa "...setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan". Selain itu, pada Pasal 34 ayat (3) ditegaskan bahwa "...negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas kesehatan".

Maka sejak itu, semua UU mengenai atau yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan masyarakat, dengan sendirinya, harus berpedoman pada diktum konstitusi tersebut. Itu sebab mengapa ada prakarsa advokasi saat ini untuk mengamandemen UU No.23/1992 tentang Kesehatan, misalnya, agar disesuaikan dengan tuntutan konstitusi tadi dan perkembangan keadaan mutakhir. Demikian juga dengan prakarsa yang masih sedang berlangsung untuk menghasilkan satu undang-undang khusus mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Jika beberapa dokumen penting lainnya, yakni Tujuan Pembangunan Millenium Indonesia 1990-2002, Dokumen Indonesia Sehat 2002, serta Laporan Pembangunan Manusia di Indonesia 1999-2002 dikumpulkan, maka sebenarnya sudah cukup lengkap dokumen dasar yang dibutuhkan untuk mulai menganalisis isi kebijakan nasional di sektor kesehatan. Berbagai dokumen politik dan hukum yang menjadi turunannya (Keputusan Presiden, Menteri, dan seterusnya) hanya akan menjadi bahan masukan pelengkap yang berguna.



Kasus 13

JASIH dan KAKEK TUA

Kita mungkin hanya bisa meraba-raba ketika sebuah tragedi berlangsung. Di kamar sebuah rumah petak dengan harga sewa dua juta per tahun, seorang ibu muda dengan dua anaknya ditemukan terbakar. Secarik kertas tertinggal di ruang tamu, ditulis dalam bahasa Sunda, berpesan agar si suami melunasi hutang mereka ke tetangga.

Kita mungkin hanya bisa menduga. Galuh, anak kedua, menderita penyakit kanker otak. Dokter menyarankan agar dioperasi. Biayanya? Limapuluh juta rupiah. Jelas mereka tidak punya uang sebesar itu. Lalu dokter menyarankan agar Galuh diperiksa seminggu sekali. Biayanya? Tigaratus ribu rupiah sekali periksa. Harga yang sangat mahal bagi mereka. Lalu mereka membuat solusi sendiri: Galuh diperiksa sebulan sekali. Itu pun masih harga yang kelewat mahal bagi mereka. Untuk itu semua, hutang mereka tertumpuk di tetangga sebesar lima juta rupiah.

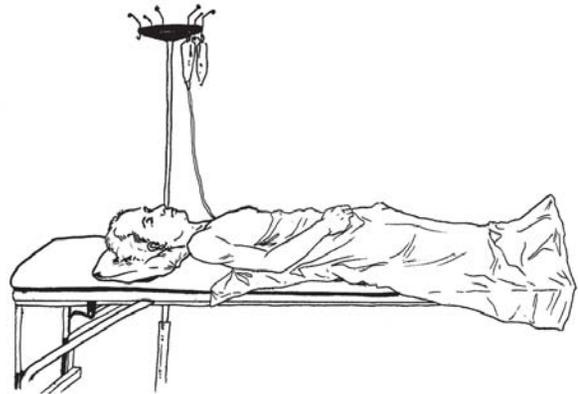
Kita mungkin mulai mendapatkan sedikit kepastian. Mahfud, sang suami, adalah seorang pekerja kasar di pelabuhan Tanjung Priok. Dalam sebulan, penghasilannya di bawah limaratus ribu rupiah. Mungkin Jasih, sang ibu, tidak kuat melihat penderitaan yang dialami oleh Galuh. Mungkin juga ia merisaukan hutang yang kian menumpuk. Tapi kita semua bisa membaca dengan gamblang dari berbagai media massa bahwa Jasih berusaha menuntaskan penderitaannya. Cara yang dipilihnya, ia mengunci kamar dari dalam, menuangkan minyak tanah di sekujur tubuhnya dan tubuh kedua anaknya yang

sedang tertidur pulas di atas kasur, lalu api memercik dari kedua tangannya.

Jasih dan Galuh langsung meninggal di hari itu juga. Sedangkan Galang menyusul ibu dan adiknya sehari kemudian di rumahsakit. Dalam proses kematian yang menyakitkan itu, berulang kali Galang di sela-sela rintihannya berkata bahwa ia ingin sembuh dan ia sayang sama bapaknya.

Cerita yang hampir serupa menimpa pada seorang kakek berusia 80 tahun. Ia ditemukan dalam keadaan gantung diri. Diduga, si kakek tidak tahan untuk terus-menerus merasakan sakit akibat batu ginjal yang tidak kunjung hilang, dan keluarganya tidak mempunyai cukup uang untuk berobat ke rumahsakit.

Mungkin masih ada ratusan ribu kasus lain yang tidak terinformasikan melalui media massa. Bagi masyarakat, kondisi demikian merupakan fenomena yang biasa terjadi setiap hari dan dianggap bukan hal yang aneh. Cobalah sejenak kita renungkan, betapa banyak orang yang 'dibunuh' oleh 'kekerasan' seperti itu. Kalau kita asumsikan satu desa dalam waktu satu tahun ada satu orang yang mengalaminya, dan di seluruh Indonesia ada 60 ribu desa, berapa banyak korban model 'kekerasan' seperti itu? Cukup fantastis angka pelanggaran HAM tersebut, bukan? (Seluruh informasi diolah dari Kompas edisi 16 dan 17 Desember 2004, dan acara Sergap RCTI 28 April 2003).



LANGKAH 2

MEMAHAMI PERIHAL PEMBIAYAAN KESEHATAN

Pembiayaan kesehatan mengandung pengertian telaah mengenai besar biaya, sumber-sumber serta peruntukannya bagi berbagai program prioritas. Telaah tersebut sangat berguna untuk menilai bagaimana dana sektor kesehatan diperoleh dan dipergunakan, serta implikasinya terhadap efisiensi dan equity (pemerataan berazaskan keadilan, bukan sama rata). Sistem anggaran mengandung pengertian bagaimana dana sektor kesehatan di susun, direncanakan, diusulkan, dan akhirnya diperjuangkan sehingga menjadi komitmen untuk menyukseskan program-program kesehatan yang telah disusun, serta menjamin hak-hak masyarakat dalam mencapai derajat kesehatan sebaik-baiknya.

Sebelum diberlakukannya UU no 22/ 1999 dan no 25/ 2000 mengenai pelimpahan wewenang ke kabupaten/ kota (desentralisasi), pembiayaan program kesehatan sangat tergantung dari pusat (tidak kurang dari 75% dana

berasal dari pusat). Semua program dan targetnya ditetapkan dari pusat, program yang ada di semua daerah seragam, dan perencanaan kesehatan sangat top down dan tidak sesuai kebutuhan lokal. Anggaran dari Pemerintah Pusat turun ke daerah dalam bentuk: APBN, Inpres, Banpres, SBBO (subsidi Biaya Bantuan Operasional untuk RSUD dari Depdagri), OPRS (operasional pemeliharaan RS dari depkes) dan bantuan luar negeri.

Dari sisi besaran dana, jumlah anggaran kesehatan sangat rendah. Pada masa sebelum krisis, rata-rata biaya kesehatan nasional adalah \$ 12/kapita/tahun. Jumlah ini sangat rendah dibandingkan negara Asia, khususnya ASEAN. Dari jumlah yang kecil tersebut (2,5% dari GDP) yang 30% berasal dari pemerintah sedangkan 70% lagi dari non-pemerintah. Untuk yang non-pemerintah berasal dari pengeluaran langsung oleh rumah tangga yang dikenal dengan istilah out of pocket payment (75%), dari perusahaan swasta, yaitu untuk biaya kesehatan karyawannya (19%), dan dari sistem asuransi kesehatan (6%).

Pelaksanaan otonomi daerah mempunyai implikasi munculnya para pemain baru (stakeholders) yang berperan dalam penetapan alokasi dana kesehatan. Dalam kenyataan di lapangan, kemampuan dari Dinas Kesehatan untuk mendapat political commitment dari pihak Pemerintah Daerah (eksekutif) dan DPRD (legislatif) menjadi sangat krusial. Kemampuan Dinas Kesehatan kabupaten/kota untuk meyakinkan stakeholders bahwa kesehatan sebagai hak azasi dan kesehatan adalah investasi merupakan bagian penting untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia menjadi fokus utama tidak merata di seluruh daerah di Indonesia. Hal ini akan berdampak pada penganggaran biaya kesehatan daerah. Dinas Kesehatan dituntut mampu untuk mengupayakan agar besaran pembiayaan kesehatan kabupaten/kota yang didanai oleh pemerintah dapat mencukupi kebutuhan.

Tidak bisa dipungkiri bahwa kemampuan Dinas Kesehatan kabupaten/kota untuk menyusun perencanaan dan penganggaran yang mencerminkan kebutuhan aktual

masyarakat di tingkat kabupaten/kota juga sangat terbatas. Sebelum otonomi daerah, Dinas Kesehatan tingkat kabupaten/kota hanya mengimplementasikan program-program yang sudah direncanakan dan dianggarkan oleh pemerintah pusat. Dalam kondisi ini, target program didasarkan pada jumlah anggaran yang tersedia (budget based targeting), bukan berdasarkan kebutuhan. Dinas Kesehatan tingkat kabupaten/kota belum siap untuk secara cepat beradaptasi melakukan perencanaan program sesuai kebutuhan lokal, penyusunan anggaran, advokasi dan evaluasi program. Dari segi ketenagaan, terdapat kekurangan tenaga profesional yang ahli di bidang perencanaan yang berbasis pada analisis berbagai permasalahan kesehatan setempat (ahli epidemiologi, ahli kesehatan lingkungan, ahli gizi, dsb), yang akan menjabarkan masalah-masalah yang ada dalam program-program intervensi yang tersusun dalam dokumen perencanaan dan penganggaran yang lebih realistis yang sesuai dengan masalah kesehatan daerah (lokal spesifik).

Keterbatasan ini seringkali berpengaruh pada jumlah anggaran yang diperoleh. Perencanaan yang berbasis historical budget akan terus mengeluarkan program intervensi yang sama setiap tahun dan cenderung seragam dengan kabupaten/kota lainnya. Hal ini terjadi karena perencanaan program berbasis pada pola penyakit yang lama dan penyusunan anggaran yang sangat pragmatis, data tahun lalu ditambah sekian % untuk tahun berikutnya.

Besaran anggaran kesehatan dan komitmen daerah bisa dilihat dari tabel berikut ini.

**Alokasi Belanja Kesehatan Pada 22 Daerah Bersumber APBD
Propinsi/Kabupaten/Kota Tahun 2001**

Prop/Kab/ Kota	Total Bel. Pemb. (Juta Rp)	Bel. Pemb. Kes. (Juta Rp)	% Bel. Pemb. Kes+	Bel. Pemb. Kes+/ Kapita (Rp)	Bel. Pemb. Kes+/ Kapita US\$^{a)}
Asahan	62.482	2.468	4,0		0,25
Dairi	30.326	1.755	5,8		0,54
Deli Serdang	82.262	8.767	10,7		0,42
Langkat	39.706	3.670	9,2		0,39
Bantul	27.276	612	2,2		0,07
Gunung Kidul	37.582	802	2,1		0,10
Kulon Progo	14.999	1.100	7,3		0,24
Sleman	26.534	1.532	5,8		0,42
Kota Yogyakarta	42.018	2.209	5,3		0,02
Bangkalan	16.257	149	0,9		1,51
Kota Surabaya	125.804	7.907	6,3		0,31
Berau	42.430	1.874	4,4		1,51
Kota Balikpapan	48.672	967	2,0		0,22
Kota Bontang	22.992	350	1,5		0,33
Gorontalo	26.350	3.480	13,2		0,64
Flores Timur	12.548	1.088	8,7		0,36
Kupang	36.112	1.472	4,1		0,35
Manggarai	14.155	612	4,3		0,10
Ngada	15.506	922	5,9		0,39
Sikka	15.683	682	4,3		0,25
Sumba Barat	14.296	754	5,3		0,21
Kota Kupang	27.010	947	3,5		0,40
Rata-Rata			5,3		0,35
Minimum			0,9		0,02
Maksimum			13,2		1,51

Keterangan: 1 US\$ = Rp 10.450,-

Jumlah penduduk tahun 2001 dihitung berdasarkan data jumlah penduduk tahun 2000 (kecuali Propinsi NTT berdasarkan data tahun 1999) dengan asumsi pertumbuhan penduduk 1, 23% per tahun. Dana APBD dari 22 kabupaten/kota yang telah tersedia datanya melalui www.djpkpd.go.id.

Tampaknya sektor kesehatan masih belum menjadi prioritas pembangunan daerah. Rata-rata belanja pembangunan Kesehatan dari 22 kabupaten/kota baru mencapai 5,3% (kisaran 0,9 - 13,2%), jauh dari angka 15% seperti disebutkan dimuka. Hanya dua kabupaten yang alokasi belanjanya >10% saja yaitu Kabupaten Deli Serdang, Sumut (10,7%) dan Kabupaten Gorontalo (13,2%).

Data dari 22 kabupaten/kota tersebut menunjukkan realisasi komitmen para bupati/walikota se Indonesia untuk mengalokasikan 15% APBD bagi pembangunan kesehatan masih jauh dari harapan. Berbagai upaya advokasi Departemen Kesehatan dalam mensosialisasikan komitmen para bupati/walikota tersebut tampak belum mencapai hasil memuaskan.

Dengan diberlakukannya UU Desentralisasi dan belum mengakarnya cara pandang bahwa 'kesehatan adalah investasi' di antara stakeholder di daerah, menyebabkan munculnya kekhawatiran bahwa sektor kesehatan akan terabaikan.

Kekhawatiran ini dijawab dengan membangun komitmen yang kuat dari para pimpinan daerah kabupaten /kota yang diinisiasi oleh Menteri Kesehatan (tahun 2000) dan hasilnya adalah para bupati/walikota se Indonesia memberi komitmen biaya kesehatan sebesar 15% dari total APBD kabupaten/kota.

Faktanya, secara umum dapat disampaikan bahwa sampai saat ini Daerah mengalokasikan anggaran untuk kesehatan kurang dari 15% dari APBD mereka. Di samping itu, program kesehatan apa yang seharusnya menjadi prioritas juga seringkali menjadi pertanyaan yang tidak mudah dijawab oleh para perencana Daerah. Meskipun telah diberikan berbagai acuan dari Pusat bagaimana menyusun perencanaan program kesehatan yang berbasis lokal seperti P2KT (Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu), namun seringkali otoritas anggaran di daerah menetapkan plafon sekian persen untuk kesehatan yang jelas tidak memadai bagi pelaksanaan program, sehingga akhirnya para pengelola program kesehatan daerah kembali kepada pola 'semua program harus dapat anggaran', bukan mengatasi masalah kesehatan prioritas.

Lalu bagaimanakah strategi pembiayaan kesehatan seperti apa

yang ideal? Apakah semuanya ditanggung Pemerintah, sehingga semua pelayanan kesehatan gratis? Apakah masyarakat harus ikut memberikan kontribusi?

Secara teoritis, ada beberapa strategi pembiayaan kesehatan : melalui pajak (perlu diingat bahwa pada dasarnya negara memiliki dana yang asalnya dari masyarakat), melalui asuransi kesehatan, melalui *user-charge* (pembebanan kepada masyarakat bila memanfaatkan pelayanan), pembiayaan berbasis masyarakat (*community financing*), dan beberapa cara lain seperti *cash-transfer*, suatu cara memberikan subsidi untuk kesehatan dengan syarat masyarakat memenuhi ketentuan yang diharuskan seperti harus ikut program sekolah wajib dll (seringkali dikaitkan dengan program pengentasan kemiskinan). Pembahasan pada uraian di atas lebih banyak pada pembiayaan bersumber Pemerintah, yang nota bene perannya lebih kepada pembiayaan program kesehatan masyarakat dan Gakin, tidak untuk menyelesaikan seluruh persoalan kesehatan. Tantangan kesehatan di Indonesia tidak hanya persoalan penyakit menular (TBC misalnya) dan wabah (campak, demam berdarah dll) yang tidak kunjung selesai, tetapi juga penyakit degeneratif akibat gaya hidup (jantung, stroke dll), lingkungan (polusi, kanker dll) dsb, serta dampak global seperti HIV AIDS dll. Beban ganda ini tentu menjadi tanggung jawab bersama Pemerintah dan masyarakat, sehingga diperlukan suatu strategi pembiayaan yang terintegrasi dan menyentuh semua lapisan.

Pertanyaan selanjutnya adalah berapakah idealnya besar dana untuk program kesehatan masyarakat (*public goods*)? Tidak mudah menjawab pertanyaan tersebut. Bank Dunia pernah melakukan perhitungan kebutuhan untuk program public goods sektor kesehatan, yaitu Rp.42000 perkapita. Ada pula berbagai perkiraan lain, seperti:

- a. Anjuran WHO sebesar 5% GDP.
- b. Komitmen Bupati dan Walikota seluruh Indonesia akan mengalokasikan anggaran kesehatan sebesar 15% dari total APBD 2.
- c. Laporan Makroekonomi dan Kesehatan WHO 2001 menganjurkan sebesar US\$ 35 – 40 per kapita per tahun.

Namun pada praktiknya di daerah, pembangunan kesehatan dianggap sebagai beban daerah atau dianggap sebagai konsep konsumtif dan mesin PAD Kabupaten/Kota. Forum Parlemen DPRRI (2003) mensinyalir asumsi ini. Hal ini disebabkan pembangunan kesehatan yang *outcomenya* tidak dapat dilihat dalam waktu pendek, tidak bisa dijadikan barometer keberhasilan ril kepada konstituen politik, dan tidak menghasilkan Penghasilan Asli Daerah (PAD) atau tidak ada *demand* masyarakat. Asumsi inilah yang menyebabkan beberapa pelayanan kesehatan seperti imunisasi, penyuluhan, penyehatan lingkungan, pemberantasan penyakit menular, gizi ibu hamil dan lain-lain tidak mendapatkan penganggaran yang layak. Sebaliknya, pelayanan kesehatan yang memiliki *demand* yang cukup dan *elastisitasnya* rendah seperti pelayanan kuratif (pengobatan) dan pelayanan yang mengancam nyawa (mis; pelayanan ICU, operasi) menjadi prioritas penganggaran karena pada pelayanan ini memiliki kontribusi pada PAD dan jika perlu mencabut subsidi. Asumsi disini menjadikan sektor kesehatan sebagai mesin PAD tanpa mempeduli hak-hak kesehatan rakyat seperti diamanatkan Undang-Undang.



PERTANYAAN DAN PARAMETER SEPUTAR PEMBIAYAAN DAN ANGGARAN KESEHATAN

PERTANYAAN	BEBERAPA PARAMETER
<p>■ Berapakah biaya kesehatan (dalam rupiah) per kapita (per orang) per tahun di wilayah Anda? (Lihat Tabel A)</p>	<p>Sebelum krisis di Indonesia (sejak 1997) rata-rata biaya kesehatan per kapita per tahun US\$ 12. Bank Dunia menghitung alokasi kesehatan untuk <i>public goods</i> per kapita Rp 42.000/ tahun. Laporan makro ekonomi dan kesehatan WHO tahun 2001 menganjurkan biaya kesehatan US\$ 35 – 40 per kapita / tahun.</p>
<p>■ Dari biaya kesehatan per kapita per tahun tersebut, Berapakah persentase yang ditanggung pemerintah dan non-pemerintah (individu/perusahaan/tempat bekerja)?</p>	<p>Dari US\$ 12 tersebut, pemerintah menanggung US\$ 3,6 (30%) dan non pemerintah menanggung US\$ 8,4 (70%).</p>
<p>■ Berapakah besarnya anggaran kesehatan dibandingkan <i>GDP (Gross Domestic Product)</i>?</p>	<p>WHO menganjurkan 5% dari GDP.</p>
<p>■ Berapakah besarnya persentase anggaran kesehatan terhadap APBD (APBD I, APBD II dan dana lain) di wilayah Anda? (Lihat tabel B)</p>	<p>Bupati/Walikota se-Indonesia sepakat mengalokasikan 15% APBD untuk Kesehatan.</p>
<p>■ Berkaitan dengan daya memenuhi kebutuhan wilayah sendiri (<i>sustainability</i>) berapakah besarnya dana kesehatan bersumber dari APBD II (DAU, PAD, sumber lokal lainnya) dibandingkan dengan total anggaran kesehatan daerah (APBD II, APBD I, dana dekonsentrasi, DAK, pinjaman luar negeri, JPSBK/ PDPSE/PKPSBBM)? (Lihat tabel C)</p>	<p>Data studi Prastuti Soewondo (2004) dari semua distrik di Propinsi Lampung dan DI Yogyakarta (2002 dan 2003) menunjukkan dana kesehatan dari APBD II terhadap total pembiayaan kesehatan daerah masih di bawah 70%.</p>
<p>■ Dari anggaran kesehatan yang ada, berapa proporsi alokasi Komponen investasi, operasional, perawatan? (Lihat tabel D)</p>	<p>Meski WHO tidak menyebutkan eksplisit, namun idealnya persentase investasi 20-30%, operasional 60-70%, perawatan 5-15%.</p>

Tabel A
Pembiayaan Kesehatan Perkapita di 15 Kabupaten/Kota
di Prop. Lampung dan DIY, T.A. 2002-2003

Kabupaten/Kota	Pembiayaan Kesehatan Pemerintah			
	2002	Perkapita	2003	Perkapita
Provinsi Lampung				
Kota Bandar Lampung	29,392,993,710	38,811.03	28,095,427,032	36,531.50
Kota Metro	11,720,605,252	99,286.71	16,776,356,213	138,556.10
Kab Lampung Selatan	32,648,386,937	28,470.61	48,447,297,334	41,667.64
Kab Tanggamus	23,256,226,297	29,055.75	41,303,669,352	51,570.92
Kab Lampung Tengah	29,575,410,052	28,027.56	47,490,794,244	44,628.29
Kab Lampung Timur	21,103,757,241	24,141.51	40,024,902,250	45,489.93
Kab Lampung Utara	25,356,918,843	47,849.38	33,188,838,178	61,119.00
Kab Tulang Bawang	23,532,760,910	33,056.92	32,463,130,523	45,551.36
Kab Way Kanan	12,593,512,954	35,254.12	28,750,503,181	80,146.58
Kab Lampung Barat	15,123,407,966	40,083.46	16,792,643,758	42.116.78
DIY Yogya				
Kota Yogyakarta	34,338,731,314	68,139.84	39,095,311,292	77,046.18
Kab. Bantul	40,600,114,090	52,277.70	50,007,345,140	63,394.97
Kab. Sleman	35,194,962,888	41,136.85	39,818,766,941	45,517.83
Kab. Kulon Progo	37,909,178,225	84,906.21	44,669,662,409	99,649.23
Kab. Gunung Kidul	34,397,604,447	45,871.12	42,665,603,666	56,660.23

Sumber: Prastuti Soewondo, 2004

Tabel B
Proporsi Pembiayaan Kesehatan Daerah Bersumber APBD II
Dibandingkan Total APBD Daerah

Kabupaten/Kota	Total Anggaran Kesehatan Bersumber APBD 2		% Anggaran Kes APBD II/ Anggaran Total APBD Kab	
	2002	2003	2002	2003
Provinsi Lampung				
Kota Bandar Lampung	13,963,534,200	15,819,311,700	5.00%	4.37%
Kota Metro	9,225,653,575	10,450,616,900	7.87%	8.88%
Kab Lampung Selatan	19,929,048,000	21,855,814,000	6.06%	5.56%
Kab Tanggamus	14,145,245,500	20,985,322,955	5.31%	6.64%
Kab Lampung Tengah	12,900,048,000	17,231,381,000	3.88%	4.35%
Kab Lampung Timur	10,581,692,800	22,901,339,000	3.41%	6.42%
Kab Lampung Utara	17,471,521,159	19,054,211,300	7.09%	6.59%
Kab Tulang Bawang	13,986,478,880	13,482,275,000	6.63%	4.73%
Kab Way Kanan	5,617,835,000	18,936,176,660	3.10%	9.18%
Kab Lampung Barat	8,207,819,900	8,893,810,415	4.32%	4.14%
DIY Yogya				
Kota Yogyakarta	15,056,553,241	17,706,638,693	5.40%	5.09%
Kab. Bantul	22,232,535,948	29,782,476,926	6.53%	7.39%
Kab. Sleman	26,055,760,967	32,748,626,494	6.80%	7.62%
Kab. Kulon Progo	20,234,842,509	21,130,122,809	8.40%	7.51%
Kab. Gunung Kidul	16,436,359,893	23,639,428,581	6.71%	7.08%

Sumber: Prastuti Soewondo, 2004

Tabel C
Proporsi Pembiayaan Kesehatan Daerah Bersumber APBD II
Dibandingkan Total Anggaran Kesehatan Daerah

Kabupaten/Kota	Total Anggaran Kesehatan Bersumber APBD 2		% Kes APBD II/Angg Total	
	2002	2003	2002	2003
Provinsi Lampung				
Kota Bandar Lampung	13,963,534,200	15,819,311,700	47.51%	56.31%
Kota Metro	9,225,653,575	10,450,616,900	78.71%	62.29%
Kab Lampung Selatan	19,929,048,000	21,855,814,000	61.04%	45.11%
Kab Tanggamus	14,145,245,500	20,985,322,955	60.82%	50.81%
Kab Lampung Tengah	12,900,048,000	17,231,381,000	43.62%	36.28%
Kab Lampung Timur	10,581,692,800	22,901,339,000	50.14%	57.22%
Kab Lampung Utara	17,471,521,159	19,054,211,300	68.90%	57.41%
Kab Tulang Bawang	13,986,478,880	13,482,275,000	59.43%	41.53%
Kab Way Kanan	5,617,835,000	18,936,176,660	44.61%	65.86%
Kab Lampung Barat	8,207,819,900	8,893,810,415	54.27%	52.96%
DIY Yogya				
Kota Yogyakarta	15,056,553,241	17,706,638,693	43.85%	45.29%
Kab. Bantul	22,232,535,948	29,782,476,926	54.76%	59.56%
Kab. Sleman	26,055,760,967	32,748,626,494	74.03%	82.24%
Kab. Kulon Progo	20,234,842,509	21,130,122,809	53.38%	47.30%
Kab. Gunung Kidul	16,436,359,893	23,639,428,581	47.78%	55.41%

Sumber: Prastuti Soewondo, 2004

Tabel D
Anggaran Kesehatan di Dinkes Menurut Komponen Biaya, 2003

Kabupaten/Kota	2003					
	Investasi	%	Operasional	%	Pemeliharaan	%
Provinsi Lampung:						
Kota Bandar Lampung	3,758,029,000	14.61%	21,705,180,383	84.37%	263,582,100	1.02%
Kota Metro	3,695,890,500	23.85%	10,787,124,713	69.60%	1,015,651,000	6.55%
Kab Lampung Selatan	7,124,763,600	15.29%	37,229,111,624	79.92%	2,229,549,110	4.79%
Kab Tanggamus	9,833,617,700	23.90%	28,927,105,652	70.31%	2,381,036,000	5.79%
Kab Lampung Tengah	16,857,779,000	36.40%	26,975,852,244	58.25%	2,473,385,000	5.34%
Kab Lampung Timur	14,084,294,400	37.16%	22,613,289,850	59.66%	1,208,600,000	3.19%
Kab Lampung Utara	6,466,615,750	20.49%	24,664,806,928	78.14%	435,471,500	1.38%
Kab Tulang Bawang	8,987,418,950	28.30%	21,420,097,773	67.45%	1,349,127,800	4.25%
Kab Way Kanan	13,891,414,800	48.94%	14,190,781,441	50.00%	300,244,940	1.06%
Kab Lampung Barat	2,621,365,000	15.98%	13,306,798,758	81.13%	474,453,000	2.89%
Kabupaten/Kota	2003					
	Investasi	%	Operasional	%	Pemeliharaan	%
DIY Yogya						
Kota Yogyakarta	4,491,807,177	12.57%	30,478,947,388	85.32%	753,988,027	2.11%
Kab. Bantul	5,977,057,000	12.03%	42,453,187,140	85.44%	1,257,900,000	2.53%
Kab. Sleman	3,530,057,769	8.97%	34,306,037,547	87.19%	1,508,713,750	3.83%
Kab. Kulon Progo	8,027,483,808	18.59%	34,725,265,251	80.44%	417,665,500	0.97%
Kab. Gunung Kidul	7,490,213,846	18.20%	32,990,092,320	80.15%	678,320,500	1.65%

Sumber: Prastuti Soewondo, 2004



BEBERAPA ISU DALAM PEMBIAYAAN KESEHATAN YANG PERLU DIPERHATIKAN

- Kecilnya anggaran kesehatan dalam APBD dan APBN.
- Terkotak-kotaknya penggunaan dana kesehatan sesuai agenda pemberi dana (*donor driven*).
- Lemahnya korelasi dalam perencanaan dan pelaksanaan komponen investasi dan operasional.
- Belum seimbangnya anggaran untuk kegiatan langsung dan kegiatan penunjang.
- Orientasi alokasi kesehatan masih cenderung untuk kegiatan kuratif.
- Anggaran disusun belum berdasarkan prioritas kesehatan wilayah dan masih cenderung pada pola semua program mendapat anggaran. Komitmen dalam sistem desentralisasi kesehatan untuk memenuhi 9 kewenangan wajib, 26 jenis pelayanan minimal dan 54 indikator belum dipatuhi.



NATIONAL HEALTH ACCOUNT dan DISTRICT HEALTH ACCOUNT

Saat ini WHO mengembangkan *National Health Account (NHA)* yang merupakan catatan sumber pendanaan dan jasa-jasa yang dibiayai dari sumber-sumber tersebut. Perangkat ini merupakan upaya meringkas, menggambarkan dan menganalisis pembiayaan kesehatan nasional dan menjadi langkah penting untuk menilai kinerja sistem kesehatan tingkat nasional.

Dalam mengembangkan NHA, Depkes dan Bappenas, misalnya mengikuti empat langkah berikut:

- (1) memberi batasan kriteria pengeluaran kesehatan dari pengeluaran lainnya.
- (2) mendefinisikan sumber, agen dan pengguna.
- (3) mengumpulkan data.
- (4) menampilkan hasil penggunaan matrik dan identifikasi kebijakan yang untuk implikasi pembiayaan.

Kelengkapan NHA memerlukan dukungan kelengkapan *District Health Account (DHA)* karena di dalamnya terdapat informasi berikut ini:

- Besarnya biaya kesehatan yang tersedia pada satu tahun: secara total maupun per kapita
- Sumber pembiayaan.
- Program yang menggunakan dana kesehatan.
- Proposi antara mata anggaran : investasi, operasional dan pemeliharaan.

Berkenaan dengan pendataan NHA dan DHA diperlukan kesamaan batasan **biaya kesehatan**. Dalam teori *Health Account*, biaya kesehatan disepakati sebagai **semua biaya yang dikeluarkan oleh pemerintah, swasta dan masyarakat yang secara eksplisit ditujukan untuk memperbaiki keadaan kesehatan**. Merujuk kepada batasan ini, biaya yang dikeluarkan oleh PDAM, misalnya, bukanlah biaya kesehatan karena tidak secara eksplisit disebutkan untuk menanggulangi masalah kesehatan. Namun bila ada PAH (Penampungan Air Hujan) atau pembangunan Samijaga Umum yang secara eksplisit dimaksudkan untuk menurunkan atau menanggulangi wabah diare di suatu wilayah, maka biaya untuk pembangunan sarana tersebut dianggap sebagai biaya kesehatan



Kasus 14

UJUNG TOMBAK YANG TERBAIKAN

AYU (45), pasien tuberkulosis, dinyatakan sembuh setelah enam bulan minum obat dari Puskesmas Karang Taliwang, Mataram, Nusa Tenggara Barat. Namun, selang beberapa waktu penyakit Ayu kambuh lagi. PASALNYA, kondisi fisik lingkungan tak mendukung. Ayu tinggal bersama suami, tiga anak, dan dua keponakannya di bedeng berukuran 12 meter persegi, berlantai tanah, dan tanpa jendela. Mereka terlalu miskin, sementara pihak pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) tak punya pos dana untuk memperbaiki rumah agar sesuai dengan kaidah kesehatan. Hal itu mengecewakan Heldiuzni, petugas sanitarian Puskesmas Karang Taliwang yang menjadi pengawas minum obat Ayu. Meski obat diberi secara gratis, tak mudah membuat pasien tuberkulosis (TB) minum obat secara rutin karena butuh waktu panjang, minimal enam bulan, dengan efek samping tidak ringan.

Upaya penemuan kasus TB di puskesmas tersebut cukup aktif. Dalam tiga tahun terakhir, jumlah penderita yang diobati cenderung meningkat. Menurut Kepala Puskesmas Karang Taliwang Lindawati, pada tahun 2002 tercatat 20 penderita, tahun 2003 naik menjadi 28 penderita, dan hingga September 2004 tercatat 35 penderita TB yang berobat di puskesmas tersebut. Akan tetapi, pengobatan tanpa perbaikan lingkungan dan sosial ekonomi penduduk tidak banyak berarti. Menurut Pelaksana Tugas Kepala Dinas Kesehatan Kota Mataram Ir Lalu Makmur Said, tahun 2003 pemerintah kota mengalokasikan dana Rp 7 miliar untuk dinas kesehatan sehingga setiap puskesmas kebagian Rp 15 juta-Rp 19 juta.

Puskesmas di Kabupaten Lombok Barat, menurut kepala dinas setempat, drg Lalu Duarna, mendapat subsidi Rp 12 juta-Rp 24 juta, puskesmas pembantu Rp 4 juta-Rp 16 juta, dan puskesmas keliling mendapat Rp 3 juta. Akan tetapi, sebagian besar dana habis untuk belanja rutin (misalnya, pembayaran listrik, air, dan alat tulis kantor), perjalanan dinas, serta pemeliharaan alat kedokteran dan kendaraan. Pemasukan dari retribusi pasien disetor ke dinas kesehatan dan hanya dikembalikan ke puskesmas sebesar 30 persen. Kekurangan dana menyebabkan program kesehatan masyarakat, seperti upaya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana, perbaikan gizi, kesehatan lingkungan, pemberantasan penyakit menular dan promosi kesehatan, terkesan asal jalan dan tidak tuntas dikerjakan.

Kondisi ini merupakan efek samping dari otonomi daerah di mana anggaran ditentukan di tingkat kabupaten/kota. Sektor kesehatan yang hasilnya tak tampak secara kasatmata, seperti pembangunan gedung atau jalan raya, sering kali tidak mendapat prioritas. Bahkan, ada sejumlah puskesmas yang harus mencari dana sendiri lewat usaha sampingan.

TENGOKLAH Puskesmas Pangandaran di Ciamis Selatan, Jawa Barat, yang harus membuka usaha warung telekomunikasi agar mampu bertahan. Jangankan melakukan kegiatan kesehatan masyarakat, untuk pelayanan pengobatan saja terpaksa menaikkan tarif retribusi pasien dari Rp 1.500 menjadi Rp 3.000. Bagi masyarakat setempat yang berdaya beli rendah, tarif itu terlalu mahal sehingga puskesmas sudah tiga kali didemo.

“Kami tak mendapat kucuran dana dari pemerintah, kecuali bantuan obat generik,” kilah Kepala Puskesmas Pangandaran dr Ir Gunawan.

Ironisnya, puskesmas yang menjadi akses pelayanan medis terdekat dari Kawasan

Wisata Pantai Pangandaran itu diproyeksikan menjadi rumah sakit tipe D pada tahun ini. Tak jauh dari Pangandaran, ada Puskesmas Kalipucang yang sebagian bangunannya telah rusak dan tak terawat. Di puskesmas ini ada dua dokter namun sepi pasien. Harusnya hal itu memberi kesempatan kepada staf puskesmas untuk memfokuskan perhatian pada program kesehatan masyarakat. Sejauh ini memang mereka memiliki data epidemiologi lengkap untuk malaria yang endemik di tempat itu. Sejumlah desa memiliki Pos Malaria Desa.

Namun, kegiatan lain, seperti imunisasi, upaya perbaikan gizi, dan kesehatan lingkungan, yang dibantu lima puskesmas pembantu tak bisa maksimal. Dana minim membuat petugas sulit menjangkau penduduk di pelosok desa yang rumahnya tidak bisa dicapai dengan kendaraan umum. Bupati Ciamis Engkon Komara menyatakan, pihaknya memprioritaskan anggaran untuk sektor kesehatan dan pendidikan. Namun, Engkon tak dapat merinci besarnya anggaran yang dialokasikan ke dinas kesehatan. Ia hanya menekankan, puskesmas boleh mencari dana untuk mencukupi dana operasional sepanjang tidak komersial.

PUSKESMAS di DKI Jakarta termasuk beruntung. Selain boleh mengelola pemasukan dari retribusi, mereka mendapat subsidi cukup besar.

Subsidi untuk Puskesmas Kecamatan Tebet, misalnya, sebagaimana dituturkan Kepala Puskesmas Kecamatan Tebet dr Zulhaini Hadi, meningkat dari tahun ke tahun. Tahun 2003 total subsidi untuk kegiatan operasional Rp 2,5 miliar, tahun 2004 Rp 3,9 miliar. Puskesmas Kecamatan Tebet menyediakan sejumlah pelayanan spesialis (anak, kebidanan, mata dan neurologi komunitas, diabetes, THT, serta kulit). "Hal ini untuk mendekatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Misalnya, penderita diabetes lanjut usia berkeberatan jika harus kontrol

dan ambil obat rutin ke rumah sakit. Mereka merasa lebih nyaman ke sini," tutur Zulhaini.

Dokter spesialis anak dan spesialis kandungan datang dua kali seminggu dari Subdinas Kesehatan Jakarta Selatan, dokter mata dari Bagian Ilmu Kesehatan Mata FKUI/ RSCM, sedangkan yang lainnya ditangani dokter puskesmas yang mendapat pelatihan dari rumah sakit. Tahun 2003 Puskesmas Kecamatan Tebet beserta delapan puskesmas pembantu mendapat retribusi Rp 1,8 miliar dan memproyeksikan perolehan Rp 2,7 miliar untuk tahun 2004.

Dengan dana cukup, puskesmas bisa melaksanakan program kesehatan masyarakat secara rutin, seperti penyuluhan ke masyarakat dan pengelola pasar untuk pemberantasan penyakit menular serta kesehatan lingkungan. Selain itu, pemberantasan kecacingan bekerja sama dengan Yayasan Kusuma Buana untuk usaha kesehatan sekolah tingkat dasar. Untuk usaha kesehatan tingkat sekolah menengah pertama (SMP) dan sekolah menengah atas (SMA) ada penyuluhan kesehatan reproduksi serta pencegahan narkoba dan HIV/AIDS. Penemuan kasus gizi buruk pada anak dan ibu hamil dilakukan bersama pos pelayanan terpadu. Anak berusia di bawah lima tahun (balita) dari keluarga miskin dan ibu hamil gizi buruk diberi makanan tambahan selama 90 hari, sedangkan balita gizi buruk dijatahkan makanan tambahan 180 hari. (Kompas, 6 November 2004)



LANGKAH 3

ANALISIS KASUS & MASALAH KESEHATAN LOKAL

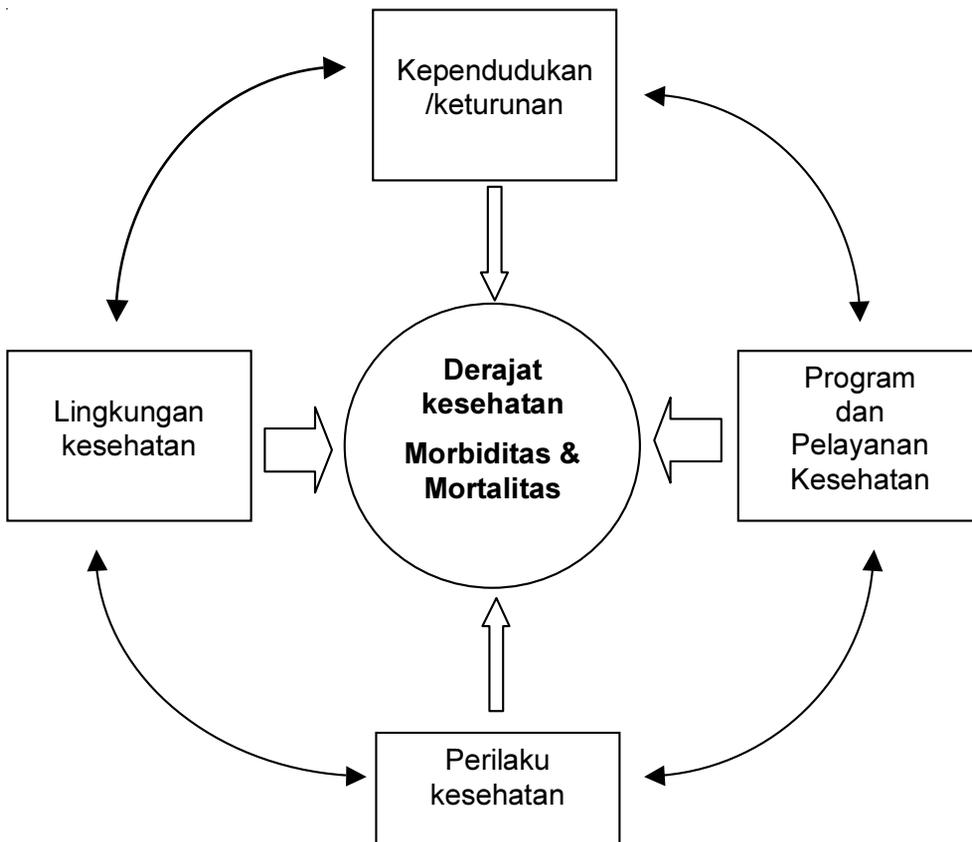
Setelah melakukan analisis kebijakan internasional dan nasional mengenai pelayanan kesehatan masyarakat, maka langkah berikutnya adalah mencoba mengaitkan semua kebijakan agregatif tersebut dengan kenyataan yang sesungguhnya terjadi di tingkat lokal, yang dialami oleh lapisan terbesar warga negara.

Apakah yang sesungguhnya disebut sebagai masalah kesehatan? Pada satu sisi, masalah kesehatan seringkali diterjemahkan secara sederhana sebagai individu yang sedang mengidap penyakit. Pada sisi yang lain, masalah kesehatan sering kali diartikan terlalu luas oleh sementara pihak. Misalnya, ada yang mengatakan bahwa kurang tersedianya obat adalah masalah kesehatan. Tidak tersedianya air bersih untuk sekelompok penduduk tertentu adalah juga masalah kesehatan. Kemudian,

tingginya angka kesakitan malaria juga masalah kesehatan.

Sebetulnya, harus dibedakan antara: masalah kesehatan, masalah determinan kesehatan dan masalah program kesehatan. **Masalah kesehatan** adalah gangguan kesehatan yang dinyatakan dalam ukuran kesakitan (morbiditas) dan kematian (mortalitas). Sedangkan tidak tersedianya obat, seperti contoh di muka, adalah masalah program kesehatan dan tidak adanya air bersih adalah masalah lingkungan kesehatan (determinan kesehatan).

Masalah Determinan Kesehatan, menurut Henrik L. Blum ada beberapa determinan derajat kesehatan penduduk, yaitu (1) genetika dan kependudukan, (2) lingkungan kesehatan, (3) perilaku kesehatan dan (4) program dan pelayanan kesehatan. Hal tersebut digambarkan dalam diagram berikut:



Determinan derajat kesehatan penduduk (Henrik L Blum)

Masalah utama kesehatan ini tentu saja dipengaruhi oleh berbagai faktor determinan tadi atau tidak murni suatu derajat kesehatan atau satu masalah kesehatan tersebut disebabkan oleh satu faktor saja. Jadi munculnya masalah kesehatan (kematian dan kesakitan) merupakan interaksi antar determinan-determinan itu. Sedangkan masalah program dan kebijakan merupakan bagian dari determinan pelayanan kesehatan.

Analisis Masalah Program dan Pelayanan Kesehatan pada dasarnya adalah sebuah sistem, maka pendekatan yang dilakukan dalam analisisnya adalah pendekatan sistem pula, yaitu menganalisis input, proses dan output dari pelayanan tersebut. Oleh sebab itu, analisis situasi program dan pelayanan kesehatan meliputi: *Pertama*, analisis terhadap *output* dan proses yakni kinerja program dan pelayanan. *Kedua*, analisis terhadap *input* yakni tentang SDM, sarana dan pembiayaan.

Analisis Situasi Perilaku Kesehatan merupakan analisis perilaku kesehatan yang meliputi banyak hal. Beberapa elemen perilaku kesehatan yang penting untuk intervensi kesehatan adalah sebagai berikut: *Pertama*, kepercayaan/konsep kesehatan (*health believe*). Penduduk di wilayah tertentu biasanya sudah memiliki kepercayaan atau konsep tentang kesehatan. Hal ini perlu diketahui untuk kemudian dipertimbangkan dalam merencanakan intervensi kesehatan, khususnya dalam perencanaan promosi atau penyuluhan kesehatan. *Kedua*, gaya hidup. Hal ini menyangkut; pola konsumsi makan (*diet*), kebiasaan berolah raga, konsumsi rokok, konsumsi alkohol, penggunaan zat adiktif, dan perilaku seks yang tidak aman. *Ketiga*, pola pencarian pengobatan (*health seeking behavior*). Pola memberi gambaran tentang kemana orang berobat kalau menderita sakit, termasuk di sini untuk mencari pertolongan persalinan. Salah satu cara untuk mengetahui pola pencarian pengobatan tersebut adalah melakukan analisis data Susenas. Dalam Susenas juga ditanyakan kemana penduduk berobat kalau memerlukan pengobatan rawat jalan.

Analisis Situasi Lingkungan Kesehatan adalah determinan utama dari banyak masalah kesehatan, terutama masalah

penyakit infeksi dan beberapa masalah penyakit non-infeksi seperti polusi dan kecelakaan. Oleh sebab itu, sebagaimana halnya dengan perilaku kesehatan, intervensi atau program kesehatan lingkungan harus mendapat prioritas dalam program kesehatan masyarakat.

Analisis Situasi Kependudukan sangat penting dalam perencanaan kesehatan karena hal-hal sebagai berikut:

- Menunjukkan total penduduk yang pembangunan kesehatannya sedang direncanakan.
- Dapat diketahui jumlah penduduk yang rentan terhadap penyakit, seperti misalnya jumlah ibu hamil, ibu melahirkan, bayi lahir, balita, anak sekolah, kelompok remaja, kelompok tenaga kerja dan kelompok usia lanjut.
- Dapat menggambarkan distribusi penduduk daerah di kecamatan-kecamatan.
- Dapat dipergunakan sebagai denominator dalam menghitung rate suatu keadaan atau suatu masalah kesehatan.

Untuk melakukan analisis situasi kependudukan ini, bisa menggunakan sumber data yang ada di kantor Statistik maupun di kantor BKKBN.



Kasus 15 **TAMIL dan SARI**

“Nama saya Tamil, dan saya mengidap HIV positif. Dulu, sering saya mengingatkan suami agar tidak berganti-ganti pasangan seks, tapi peringatan saya tidak digubris, dan saya hanya bisa diam. Saya tidak punya siapapun. Tak ada orangtua, tak ada kerabat pendukung, hanya ada pernikahan.”

Kita tahu bahwa Tamil tidak sekadar bicara tentang penderitaan. Perempuan dari kota Trichi India itu lewat situs resmi BBC News menggugat dunia. Dan kita tahu ia tidak sendirian. Kita bisa melengkapinya dengan kisah Sari, bukan nama sebenarnya, di bawah ini.

Sari, perempuan berjilbab itu tertular HIV/AIDS dari suaminya, Andri (juga bukan nama sebenarnya). Empat tahun yang lalu, Sari bertemu dengan Andri dan jatuh cinta. “Dia ganteng, tak pernah berkata atau bertindak kasar pada saya.”

Baru tiga bulan pacaran, Andri masuk penjara karena kasus narkoba. “Selama dia dipenjara satu setengah tahun, saya menunggunya. Selama itu, gaji saya habis untuk biaya dia dalam penjara.” Saya pernah ingin meninggalkannya, tapi dia mengancam akan bunuh diri. Saya takut dan terlanjur jatuh cinta padanya.”

Setelah Andri keluar dari penjara, mereka menikah. Mereka sempat merasakan kebahagiaan, tapi hanya sebentar. Buah cinta melahirkan seorang bayi perempuan yang cantik. Dan kesedihan mulai lagi bergulir menimpa kehidupan Sari. Si anak meninggal dunia karena terserang pneumonia. Tragisnya, momentum

meninggalnya si jabang bayi karena oksigennya terinjak perawat.

Tiga bulan kemudian, kegetiran kembali menerpa Sari. Kali ini, Andri meninggal dunia. Menjelang akhir hidupnya, Andri dikabari dokter bahwa ia mengidap HIV/AIDS. Dan beginilah cara si dokter mengabarkan penyakit itu pada Andri: “Kamu tuh kena AIDS, tau? Istrimu mungkin juga ketularan.”

Sari merasa ada yang tidak adil dalam hidupnya, sekalipun ia juga merasa bahwa ia telah menyumbang kesalahan karena ia tidak berusaha mencari informasi tentang risiko HIV/AIDS. Seperti Tamil, Sari kini juga aktif bergerak dalam program-program penanggulangan HIV/AIDS. “Saya tak peduli orang menyebut saya ODHA atau apapun. Saya hanya ingin jangan ada lagi orang seperti saya. Cukup saya saja.”

Boleh jadi kita merinding bukan saja karena betapa dahsyatnya virus HIV/AIDS itu menular. Tetapi juga karena penularan virus ganas tersebut sering juga menyerang pada ‘orang-orang baik yang tidak berdosa’. Tetapi itu belum cukup. Di Kampung Bali, Jakarta Pusat, sebagian besar penghuninya adalah pecandu narkoba. Di sana, jarum suntik hanya diselipkan di tiang kayu gardu jaga. Setiap saat, jika ada orang yang ingin ‘terbang’, tinggal mengusap jarum tersebut dari tiang, dibersihkan dengan air, lalu juss.... Bukan mustahil koloni virus HIV dan hepatitis C turut menumpang. (Seluruh informasi diolah dari Tempo edisi 6-12 Desember 2004).



LANGKAH-LANGKAH

(1) Bekerjalah dengan tim, mulailah mengidentifikasi kasus-kasus kesehatan pada tingkat kabupaten/kota di mana Anda bekerja. Pilih dan tentukan kasus-kasus yang menurut Anda penting dan strategis diangkat untuk pintu masuk kerja advokasi.

(2) Bagilah kerja tim untuk mengumpulkan data dan fakta seputar kasus tersebut secukupnya. Lalu deskripsikan kasus tersebut secara jelas dengan menggunakan data dan fakta yang benar.

(3) Perdalam pemahaman tim dengan bahan-bahan bacaan dan contoh-contoh kasus yang terdapat dalam modul ini.

(4) Lakukan diskusi untuk menganalisis kasus tersebut dengan menggunakan kerangka analisis ketentuan-ketentuan dasar tentang kewajiban negara terhadap kesehatan masyarakat. Ajukan pertanyaan-pertanyaan berikut, dan diskusikan jawabannya:

- Hak-hak dasar warga apakah yang tidak dipenuhi/dilanggar oleh negara?
- Berapakah kerugian ekonomi dan sosial akibat dari pelanggaran hak-hak dasar kesehatan warga oleh negara tersebut?
- Apakah negara telah membuat kebijakan kenaikan anggaran kesehatan dan menetapkan prioritas alokasi sesuai ketentuan pembangunan kesehatan yang berbasis pada pemenuhan kebutuhan dasar?
- Apakah hak warga berpartisipasi dalam pembangunan kesehatan telah diakui dan dilindungi?

(5) Buatlah catatan dan rangkuman proses dan kesimpulan diskusi analisa.

(6) Lanjutkan diskusi untuk merumuskan isu strategis kesehatan apakah yang ada di wilayah Anda.

(7) Buatlah rangkuman dan kesimpulan dari semua proses diskusi yang telah dilakukan sampai dengan kesepakatan tentang isu strategis dan rumuskan dalam bentuk kertas posisi.

(8) Buatlah agenda-agenda konkrit advokasi kebijakan kesehatan yang mendesak dilakukan.

Anda telah siap melakukan kerja-kerja advokasi secara nyata (lihat modul 4).



LANGKAH 4

KESEHATAN ADALAH INVESTASI

Pembangunan sosial (kesehatan dan pendidikan) merupakan pembangunan sumber daya manusia (SDM). Era 1970 sampai 2000, data dari Unicef dan Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan tahun 2002 menunjukkan bahwa Indonesia belum memperhatikan pembangunan SDM secara optimal. Ini tercermin dari rendahnya anggaran pembangunan pada sektor kesehatan dan pendidikan. Krisis moneter pertengahan 1997 baru mendorong pemerintah memperhatikan pembangunan sosial dengan meluncurkan program Jaring Pengaman Sosial (JPS) bidang kesehatan dan pendidikan bagi keluarga miskin. Alasan utamanya adalah krisis moneter (ekonomi) berdampak kepada menurunnya akses masyarakat pada kesehatan dan pendidikan akibat rendahnya daya beli dan meningkatnya harga (Gani A; 1998). Perhatian yang diberikan saat itu karena dampak krisis, bukan perhatian pemerintah yang sesungguhnya pada sektor pendidikan dan kesehatan.

Pola pikir seperti ini menurut Sach JD menunjukkan bahwa perhatian pemerintah kepada kesehatan hanya sebagai produk sampingan ekonomi, artinya tujuan pembangunan kesehatan akan tercapai dengan sendirinya atau otomatis jika pertumbuhan ekonomi sudah baik. Sach JD menolak anggapan pembangunan kesehatan sebagai produk sampingan ekonomi atau sebagai variabel dependen. Setidaknya ada dua alasan mengapa ia menolak anggapan seperti itu. *Pertama*, beban penyakit itu sendiri akan memperlambat pertumbuhan ekonomi. *Kedua*, pertumbuhan ekonomi tidak mampu dicapai optimal jika kualitas SDM tidak memadai. Faktor penentu kualitas SDM adalah kesehatan sejak dini (Sach JD; 2001).

Tidak dapat dipungkiri bahwa jika ekonomi membaik, masyarakat dan pemerintah akan mempunyai sumber daya yang memadai untuk membiayai pelayanan kesehatan; promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (Sorkin A, 1983). Data dari Biro Perencanaan Depkes RI, 2002 menunjukkan bahwa keberhasilan pembangunan ekonomi membawa keuntungan dan sekaligus masalah terhadap pembangunan kesehatan, yaitu sebagai berikut:

Peningkatan ekonomi akan meningkatkan kemampuan membiayai berbagai upaya kesehatan, yaitu pada tingkat individu, rumah tangga, masyarakat, perusahaan swasta dan pemerintah. Jika penduduk masih dalam kemiskinan maka kemampuan memelihara kesehatan dan mengatasi gangguan kesehatan mengalami hambatan.

Rendahnya pemeliharaan kesehatan karena buruknya sanitas lingkungan tempat tinggal, asupan gizi yang tidak memadai, perilaku beresiko termasuk potensi penularan PMS (Penyakit Menular Seksual) menyebabkan banyak masalah kesehatan yang muncul di kelompok masyarakat miskin. Kemiskinan juga pada akhirnya membuat mereka tidak mampu membiayai proses pengobatan. Akhirnya produktifitas penduduk miskin makin rendah dan selanjutnya makin memperdalam kemiskinannya.

Namun, selain perbaikan ekonomi bisa membawa dampak positif, juga bisa membawa dampak negatif. Masyarakat yang

relatif memiliki kemampuan ekonomi dan teknologi yang baik akan dapat menjangkau dan tersedianya berbagai komoditas yang ditawarkan di pasar. Penggunaan komoditas-komoditas tersebut dapat berdampak negatif terhadap individu dan komunitas. Dampak negatif kemajuan ekonomi adalah perubahan gaya hidup (*life style*) seperti pola makanan tinggi lemak, kurang kegiatan fisik, konsumsi alkohol, konsumsi zat adiktif, perilaku seks tidak sehat, adalah beberapa contoh gaya hidup yang secara empiris ternyata berkaitan dengan kemajuan tingkat ekonomi. Pola hidup demikian mempercepat peningkatan penyakit-penyakit non-infeksi, dan pada sisi lain mempercepat penularan PMS.

Dampak kemajuan teknologi berpotensi menimbulkan dampak negatif pada masalah kesehatan terutama kesehatan masyarakat seperti (1) Teknologi pertanian meningkatkan keracunan pestisida (2) Teknologi perikanan seperti penciptaan *breeding places* nyamuk malaria; (3) Industri yang mencemarkan air, tanah dan udara; serta peningkatan kecelakaan dan penyakit akibat kerja; (4) Dan perubahan kondisi sosial lain karena banyak kedua orang tua yang bekerja sehingga mempengaruhi pola pengasuhan dan gizi anak.

Paparan di atas adalah dampak perbaikan ekonomi dan pengaruhnya terhadap kesehatan. Namun relasi tersebut tidak hanya satu arah, sebab jika kesehatan membaik akan berdampak pula terhadap perbaikan ekonomi. Selama masa Orde Baru, pengambil kebijakan menganut pembangunan kesehatan dengan menggunakan asumsi di atas, yaitu jika ekonomi sudah baik maka kesehatan masyarakatpun akan ikut baik. Asumsi inilah yang oleh komite makro ekonomi WHO menyatakan hubungan kesehatan dan ekonomi bukan dalam satu arah. Artinya, bukan berarti ekonomi baik maka otomatis kesehatan baik, banyak pengambil kebijakan tidak tahu bahwa kemajuan ekonomi suatu bangsa membutuhkan suatu prakondisi. Prakondisi itu meliputi peningkatan derajat kesehatan dan pendidikan masyarakat. Banyak negara maju dan berkembang saat ini telah membuktikan teori ini. Jadi pembangunan ekonomi tidak cukup hanya menyediakan

infrastruktur saja. Bagaimana pengaruh kesehatan terhadap pembangunan ekonomi akan diuraikan di muka.

Penyelenggara pembangunan negara atau daerah yang mendewakan pembangunan ekonomi akan berat atau ragu menerima konsep kesehatan sebagai variabel independen. Konsep tersebut menyatakan bahwa kesehatan akan berdampak pada kemajuan ekonomi dan teknologi suatu bangsa. Banyak bukti empiris menunjukkan peningkatan derajat kesehatan; penurunan kematian bayi, ibu dan peningkatan umur harapan hidup, berpengaruh terhadap pertumbuhan ekonomi di Amerika Serikat pada awal abad ke-20 (Sorkin A, 1983). Penelitian Fogel (1994) juga menunjukkan bahwa peningkatan gizi dan status kesehatan memberikan kontribusi yang sangat signifikan dalam pertumbuhan ekonomi di Inggris dan Perancis dari tahun 1750 (Roger JF, Jamison DT, and Bloom DE; 2001).

Kontribusi kesehatan dalam sosial dan ekonomi terjadi dalam jangka pendek dan jangka panjang. Kerugian jangka pendek meliputi (1) hilangnya rasa nyaman dan sejahtera, (2) hilangnya kesempatan melakukan interaksi sosial, (3) biaya untuk berobat, (4) biaya transportasi untuk berobat, (5) hilangnya pendapatan akibat sakit atau mati.

Tabel berikut yang diambil dari data Susenas 2002, menunjukkan salah satu contoh besar biaya kesehatan yang dikeluarkan oleh penduduk dalam satu tahun di kabupaten Bandung dan di kota Bandung.

**TABEL KERUGIAN EKONOMI JANGKA PENDEK
KAB BANDUNG DAN KOTA BANDUNG 2000**

ECONOMICS LOSS JANGKA PENDEK, 2002	Kab. Bandung	Kota Bandung
* Penduduk	4,146,997	2,585,443
* Prevalens 1bln	20.0%	18.9%
* Orang sakit/bln	829,399	488,649
* Hari tak produktif/episode sakit	7.38	7
* Hari tak produktif	42,828,280	26,706,273
* 35% penduduk kerja	14,989,898	9,347,196
* @ Rp. 15.000/hari	224,848,470,000	14,207,933,250
* Belanja kes. RT	199,186,334,280	319,488,682,656
* Belanja kes. pemerintah	37,354,637,252	27,172,737,066
TOTAL	461,389,441,532	486,869,352,972
* PAD	377,818,019,896	94,270,056,000
Loss thd PAD	122%	516%
* APBD	701,879,503,000	322,892,559,000
Loss thd APBD	66%	151%
* PDRB	16,996,323,730,000	13,312,000,000,000
Loss thd PDRB	2.7%	3.66%
* PDRB/kapita	4,098,456	5,148,827
<i>Susenas 2000</i>		

Sumber: Biro Perencanaan Depkes RI, 2002

Tabel di atas menunjukkan kerugian ekonomi (*economic loss*) per bulan yang cukup besar. Perhatikan tiap-tiap kabupaten yang memiliki jumlah penduduk berbeda dan prevalensi sakit juga berbeda. Kota Bandung yang penduduk dan prevalensi lebih kecil dari Kabupaten Bandung, memiliki proporsi kehilangan PAD yang lebih besar dari Kabupaten Bandung, karena tingginya belanja rumah tangga dan rendahnya PAD Kota Bandung. Betapa besar jika jumlah tersebut dikalikan setahun. Berdasarkan data tersebut dapat memberi informasi kepada pengambil kebijakan bahwa kesehatan, baik kesehatan individu maupun kesehatan masyarakat, adalah investasi yang baik untuk mencegah kehilangan PDRB suatu daerah.

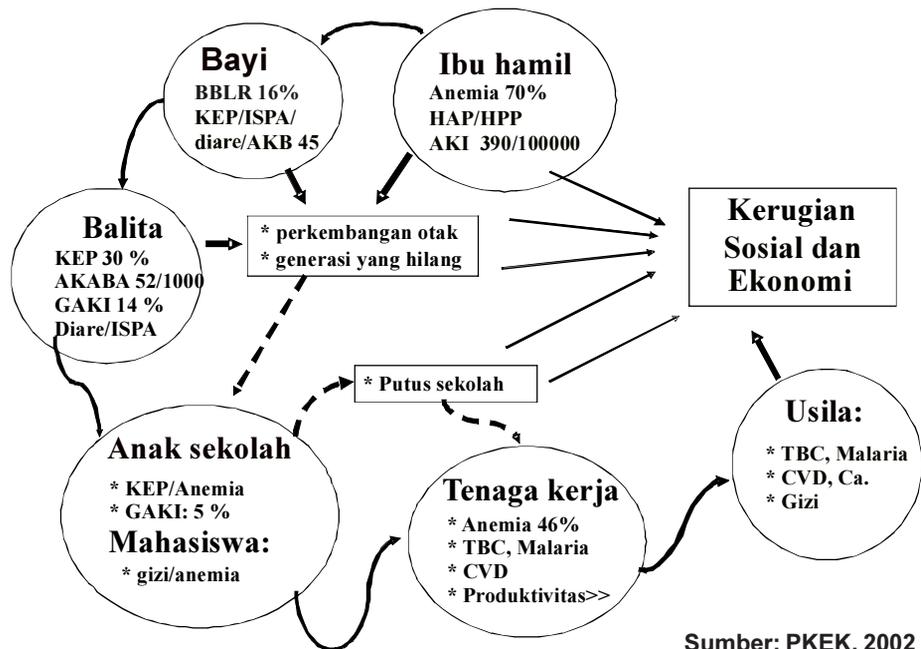
Masih banyak daerah yang menganut PAD suatu daerah adalah uang atau nilai moneter yang mengalir langsung dalam kas

daerahnya. Kebijakan pemerintah yang membuat masyarakat kaya atau mencegah hilangnya pendapatan masyarakat tidak diperhitungkan dalam PAD. Dana cair memang dibutuhkan untuk biaya pembangunan agar memacu pertumbuhan ekonomi. Tetapi bukan berarti suatu sektor atau kegiatan masyarakat yang tidak langsung menyumbang kepada PAD bukan merupakan prioritas pembangunan. Tabel di atas telah menunjukkan kepada kita betapa besar kehilangan PDRB masyarakat akibat kebijakan kesehatan yang belum diperhatikan dengan baik. Perlu dicatat bahwa perhitungan kerugian seperti disampaikan di atas belum termasuk kerugian akibat kematian.

Di muka sudah disampaikan betapa besarnya kerugian ekonomi jangka pendek yang terjadi akibat masalah kesehatan. Artinya apabila dilakukan investasi yang cukup untuk mengatasi berbagai masalah kesehatan, misalnya TBC, malaria, DHF dan lain-lain maka biaya kesehatan rumah tangga akan berkurang, produktivitas penduduk bertambah, dan subsidi pemerintah untuk kesehatan akan menurun. Artinya investasi untuk kesehatan akan memberi 'return on investment' jangka pendek yang sebagian besar langsung dinikmati oleh rumah tangga (penduduk).

Sedangkan pengaruh kesehatan terhadap ekonomi dalam jangka panjang terutama menyangkut sumber daya manusia (SDM). Gambar berikut ini menunjukkan beberapa masalah yang dapat mengganggu pertumbuhan otak yang akan mengakibatkan kerugian jangka panjang. Permasalahan kesehatan berikut ini dilihat dari siklus hidup manusia.

SITUASI KESEHATAN NASIONAL



Sumber: PKEK, 2002

Fase pertama dimulai pada masa kehamilan. Kehamilan itu membuat volume plasma (cairan) darah meningkat. Peningkatan ini menyebabkan ibu hamil mengalami anemia (kekurangan sel darah merah). Pada fase hamil ini juga, seorang ibu yang mendekati masa persalinan bisa mengalami pendarahan. Keadaan ini sering disebut sebagai Pendarahan *Ante Partum* atau *Haemorrhagic Ante Partum* (HAP). Kalau penanganan terlambat bisa menyebabkan janin gawat bahkan bisa mengancam nyawa ibu. Kalaupun kehamilan dapat diselamatkan, kondisi sudah dalam keadaan terlambat, dan bayi yang lahir sudah mengalami anoksia otak sehingga banyak sel-sel otaknya yang sudah rusak.

Kalau anak tersebut lahir dengan selamat, dia menghadapi risiko lain yang mengancam pertumbuhan otak yaitu penyakit-penyakit infeksi dan kekurangan gizi. Penyakit infeksi yang sering mengancam balita adalah Diare dan Ispa. Penyakit ini dapat mempengaruhi daya serap tubuh anak terhadap makanan (*intake*). Selain itu, rendahnya ketersediaan gizi atau gizi yang salah menyebabkan anak tersebut juga mengalami Kurang

Energi Protein (KEP) yang menyebabkan anak tersebut menderita diare akibat gangguan ususnya karena kurang gizi. Kalau penanganan ini tidak dilakukan dengan baik, anak akan mengalami gangguan pertumbuhan otak. Kemungkinan lain yang lebih fatal adalah kematian. Hal tersebut bisa menunjukkan mengapa *infant mortality rate* atau angka kematian bayi (AKB) di Indonesia masih cukup tinggi (45/1000 kelahiran hidup).

Ibu hamil, bayi dan balita merupakan fase yang berharga dalam pertumbuhan otak. Apabila mengalami masalah kesehatan dan gizi pada fase-fase ini, maka dampaknya adalah gangguan pertumbuhan otak. Kondisi seperti ini menyebabkan banyak anak usia sekolah tidak selesai alias *drop out*. Kalaupun dapat menyelesaikan pendidikan, kinerja akademiknya akan rendah dan produktifitas dalam bekerja pun rendah.

Uraian di atas menunjukkan bahwa produktifitas tenaga kerja rendah akibat kapasitas tenaga kerja yang dibawanya sudah rendah, dan produktifitas lebih rendah lagi karena banyak tenaga kerja sekaligus juga menderita penyakit-penyakit kronis seperti anemia, TBC paru, malaria dan lain sebagainya. Masih untung jika orang-orang tersebut bekerja pada perusahaan yang memiliki jaminan kesehatan sehingga kondisi seperti itu dapat diperingan. Bagaimana jika mereka bekerja pada perusahaan yang tidak ada jaminan kesehatannya? Padahal pemerintah telah meluncurkan UU no 3/1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja dimana jaminan kesehatan adalah salah satu hal yang harus dijamin oleh perusahaan. Tentu saja hal tersebut juga terkait dengan lemahnya penegakan hukum (*law enforcement*) dari lembaga pemerintah yang berwenang.

Daftar permasalahan akan semakin panjang jika mereka memasuki usia lanjut atau usia pensiun. Pada umumnya, penduduk pada usia tersebut tidak memiliki penghasilan yang memadai dan tidak ada jaminan kesehatan. Sementara pada usia tua, risiko mereka semakin tinggi untuk menderita berbagai penyakit. Akhirnya, terjadilah proses kehilangan ekonomi ganda. Penduduk usia tua sudah tidak dapat memproduksi, sering sakit, dan sakit itu membebani ekonomi keluarganya.



Kasus 16 CONTOH KASUS

Proporsi kerugian suatu daerah terhadap suatu masalah kesehatan tergantung dari besar kecilnya masalah tersebut di daerah masing-masing. Lampung Barat memiliki kasus malaria yang cukup besar dibandingkan dengan Kepri dan Cilacap, maka proporsi PAD yang hilang pun akan lebih besar. Perhitungan yang relatif sama pada penyakit TB Paru. Terlihat juga betapa besarnya kerugian penduduk secara nasional karena penyakit TB Paru. Total kerugian mencapai 8,9 triliun atau hampir menyamai belanja pemerintah terhadap kesehatan tahun 2000.

Tabel Kerugian Ekonomi karena Malaria

Kerugian Rumah Tangga akibat Malaria (*)			
	Kepri	Cilacap	L. Barat
Jml. Penduduk	483,351	1,550,283	869,500
Jml. Kasus (ditemukan)	17,877	13,725	28,367
Hari prod. hilang (@ 5)	89,385	68,625	141,835
87% pddk. produktif	59,888	45,979	95,029
Nilai (Rp. 7500/hr)	449,159,625	344,840,625	712,720,875
Biaya Th/(@ Rp. 5000)	89,385,000	68,625,000	141,835,000
Total Kerugian	583,544,625	413,465,625	854,555,875
Estimasi populasi (**)	4,718,019,151	3,622,241,587	7,486,493,777
PAD	25,000,000,000	16,000,000,000	8,900,000,000
Kerugian sbg % PAD	19%	23%	84%

Sumber: PKEK, 2002

(*) perhitungan terbatas pada kasus yang dilaporkan

(**) Susenas '96: 48% orang sakit mengobati sendiri, 52% mencari pertolongan, : 18% ke puskesmas, 82% ke tempat lain

Tabel Kerugian Ekonomi karena TBC

Komponen kerugian	Jumlah
Akibat sakit	
Kasus baru	583,000
Kasus lama	971,667
Total kasus per tahun	1,554,667
Dissability days/kasus (hari)	105
Dissability days total	163,240,035
75% usia produktif	122,430,026
Nilai per hari (Rp)	15,000
Nilai (Rp)	1,836,450,393,750
Akibat mati	
Jumlah mati karena tbc	140,000
75% pada usia produktif	105,000
Asumsi usia mati (thn)	50
Asumsi batas usia produktif	60
Usia produktif yg hilang/kasus	10
Total tahun produktif yg hilang	1050000
Total hari produktif yg hilang	383250000
Nilai per hari (Rp) - asumsi	15000
Nilai (Rp)	5,748,750,000,000
Biaya berobat	
Asumsi % penderita berobat	50%
Jumlah berobat	777,334
Asumsi biaya obat (6 bulan)	900,000
Nilai (Rp)	699,600,150,000
Total nilai kerugian langsung	8,284,800,543,750

Sumber: PKEK, 2002

Selain kerugian ekonomi dalam jangka pendek, masalah kesehatan juga menimbulkan kerugian social dalam jangka pendek seperti terganggu rasa nyaman, terganggu aktifitas social, pekerja anak, sampai prostitusi anak.



LANGKAH 5

MENYUSUN KERTAS POSISI

Kertas posisi merupakan uraian gagasan yang menunjukkan paradigma, keberadaan pada dasar perubahan-perubahan yang diinginkan, antara lain meliputi: filosofi, arah dan tujuan, serta strategi-strategi dasar, dan prinsip-prinsip pendekatan perubahan yang akan ditempuh. Gagasan-gagasan dasar ini dihasilkan dari analisis kebijakan melalui langkah-langkah yang telah dilakukan yang berasal dari refleksi atas kondisi nyata kesehatan yang dihadapi di masing-masing wilayah kerja advokasi.

Intinya, kertas posisi harus menggambarkan kehendak masyarakat terutama kelompok masyarakat miskin dalam perubahan-perubahan yang lebih baik untuk pemenuhan hak-hak dasar mereka terhadap kesehatan.



PRINSIP-PRINSIP

- Kertas posisi advokasi bukanlah makalah akademis ilmiah, tetapi tetap harus disusun secara komprehensif (memperhatikan berbagai aspek yang penting).
- Kertas posisi harus singkat, padat, dan jelas pesan yang akan disampaikan.
- Kertas posisi harus menjelaskan siapa dan bagaimana posisi pengagasnya



Kasus 17

SULITNYA MEMBANGUN BASIS LEGITIMASI

Isu strategis sebetulnya harus dikembangkan lagi menjadi kertas posisi (*position paper*) yang berisi alasan mengapa masalah atau isu kesehatan tersebut menjadi sangat strategis, sekaligus memperjelas posisi KUDS. Kertas posisi ini yang kemudian menjadi acuan tim inti dalam menjalankan segala bentuk kegiatan advokasi. Dalam lokakarya ini mereka tidak menyusun kertas posisi secara rinci, tetapi hanya gambaran besar isi kertas posisinya yang meliputi:

■ **Latar belakang** yang berisi aspek hukum (misalnya: Amandemen Ketiga dan Keempat UUD 45, Deklarai-deklarasi WHO dan Perjanjian Internasional lainnya, Kovenan Hak-hak Ekonomi-Sipil-Budaya, UU 23/1992, Dokumen Indonesia Sehat 2010, dan lain-lain).

■ **Konteks masalah** dan kenyataan yang ada: alokasi pembangunan kesehatan yang belum dirasakan secara langsung, banyaknya penduduk miskin karena tidak ada uang, tidak tahu dan tidak ada makanan, penduduk daerah terpencil dan desa tertentu.

■ **Alasan** mengapa isu itu dipilih: daya-ungkit dan sensitivitas yang tinggi terhadap derajat kesehatan masyarakat atau peka terhadap indikator kesejahteraan; jika tidak diatasi akan fatal karena tidak dapat di daur-ulang (*irreversible*); kelompok yang rentan adalah orang miskin dan terpencil; teknologi, metode dan sumber daya yang ada sudah relatif tersedia, tinggal hanya mengintensifkan kegiatan dan memberi perhatian yang lebih besar.

■ **Posisi** KuDS dalam memandang masalah ini: sikap, tuntutan perubahan kebijakan.

Modul 4

PELAKSANAAN ADVOKASI
MASALAH KESEHATAN
MASYARAKAT



Setelah membangun konsep dan merencanakan kerangka strategi advokasi pada Modul-3 sebelumnya, maka saatnya memahami dan melaksanakan langkah-langkah yang berisikan teknik-teknik dan strategi advokasi. Tetapi, hal yang pertama harus dilakukan adalah memperjelas **misi** dan **sasaran** advokasi yang ingin diperjuangkan.

Jika pertanyaan pokok ini sudah terjawab, maka menjadi lebih mudah merumuskan apa yang harus dilakukan untuk mencapainya, bagaimana cara melakukannya, dan seterusnya. Inilah yang disebut sebagai **strategi** dan **taktik** advokasi.

Karena kerja-kerja advokasi juga bergerak dalam kancah yang sangat dinamis, sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor eksternal dan internal yang terus berubah, maka cara pendekatan yang bersifat kontekstual, yang nampaknya lebih sesuai dalam penyusunan strategi dan taktiknya. Modul-4 ini menguraikan secara rinci tahap demi tahap, sejak kerja-kerja legislasi (membangun konsep dan argumentasi), mempengaruhi penentu kebijakan, membangun opini publik, sampai membangun basis advokasi bersama masyarakat dan melancarkan tekanan.

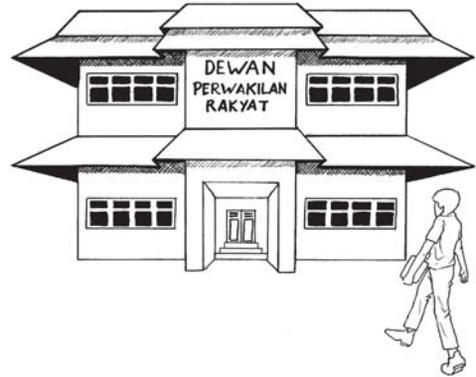
Seluruh tindakan di atas merupakan upaya menuju perubahan kebijakan sekaligus tatanan yang lebih adil menyangkut pelayanan dan perlindungan yang menjamin hak-hak kesehatan masyarakat.

Memang, advokasi merupakan persoalan menang kalah, Sehingga lobi, kampanye, pendidikan rakyat, maupun

pengerahan masa semata-mata ditujukan untuk memenangkan advokasi. Masing-masing memiliki tugas dan peran berbeda, namun seluruhnya ditujukan untuk keberhasilan pada tujuan yang telah ditetapkan.

Sekali lagi, advokasi bukan urusan salah benar, meskipun yang diperjuangkan dalam advokasi adalah masalah yang seratus persen benar, bahkan dapat dibuktikan secara empirik. Namun, jika advokasi kita dikalahkan oleh kekuasaan maupun oleh pihak yang menantanginya, maka kebijakan yang merugikan selama ini tetap tidak akan berubah. Dengan demikian, bisa jadi kebijakan akan memihak pada kepentingan yang menang dibandingkan kepada kebenaran.

Maka advokasi kita harus memihak pada kebenaran sekaligus memenangkan pertarungan.

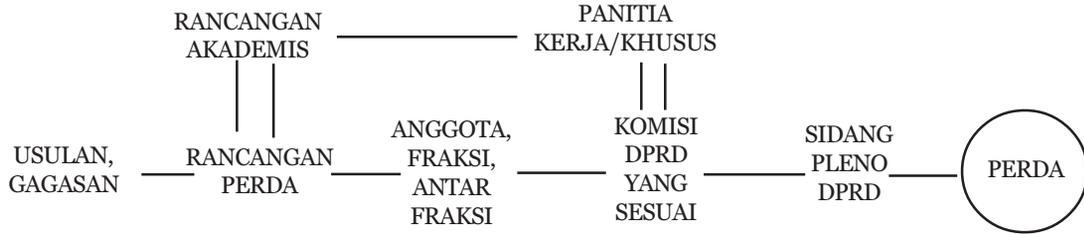


LANGKAH 1

MENGAJUKAN RANCANGAN KEBIJAKAN

Pada jalur pertama dari pelaksanaan kerja-kerja advokasi (proses-proses legislasi dan litigasi), ada banyak bentuk atau jenis kegiatan yang dapat ditempuh, mulai dari pengajuan rancangan kebijakan dan peraturan sampai beracara di mahkamah peradilan. Di sini, kita hanya akan memusatkan perhatian kita terutama pada cara-cara pengajuan rancangan kebijakan dan peraturan (*legal drafting*) atau rancangan-tanding terhadap suatu peraturan atau kebijakan yang sudah ada (*counter drafting*).

Untuk itu, kita harus mengetahui, paling tidak secara garis-besar, proses-proses legislasi atau pembuatan undang-undang dan peraturan, khususnya peraturan daerah (PERDA) di tingkat Kabupaten sebagai satuan wilayah yang menjadi sasaran utama advokasi masalah kesehatan yang kita gagas di sini. Secara garis-besar, proses-proses legislasi di tingkat Kabupaten adalah sebagai berikut:



Bagan di atas memperlihatkan bahwa kita sebenarnya dapat berhubungan dengan siapa saja yang terlibat dan pada tahapan apa dari suatu proses legislasi PERDA. Misalnya, pada tahapan yang paling awal, yakni ketika masih dalam bentuk usulan atau gagasan, kita masih dapat mengajukannya sendiri langsung, atau melalui mereka yang akan terlibat langsung dalam proses-proses legislasi tersebut, yakni: kalangan Pemerintah Daerah (biasanya sebagai pengusul resmi), kalangan perguruan tinggi (sebagai perumus naskah akademis, biasanya adalah Fakultas Hukum dari universitas terdekat atau yang diminta oleh PEMDA atau DPRD), dan kalangan politisi anggota DPRD (baik sebagai pengusul maupun sebagai unsur pemutusnya dalam sidang-sidang Panitia Kerja atau Panitia Khusus, Komisi-komisi, dan Pleno DPRD).

Dengan kata lain, kita sebenarnya harus mengetahui bagaimana caranya berhubungan dengan ketiga kalangan tersebut (PEMDA, akademisi hukum, dan politisi DPRD) sebagai saluran kita untuk ikut mempengaruhi proses-proses legislasi PERDA. Dalam hal ini, sangatlah penting untuk terus memantau perkembangan pemikiran dan arah kebijakan yang sedang dan akan mereka tempuh. Dalam hal ini, usahakan mengadakan serangkaian pertemuan regular, informal maupun formal, dengan mereka untuk membahas semua perkembangan tersebut.

Semua itu memerlukan sejumlah langkah yang harus Anda lakukan, seperti yang tercantum pada kotak di sebelah kanan.



LANGKAH-LANGKAH POKOK MENGAJUKAN RANCANGAN KEBIJAKAN & PERATURAN

- (1) Bangun saluran kontak atau informasi dengan kalangan PEMDA, DPRD, dan Partai Politik yang memiliki kekuatan fraksi yang cukup berpengaruh di DPRD, khususnya yang berkaitan dengan sektor kesehatan.
- (2) Bangun pula saluran kontak dan informasi dengan kalangan profesional (para dokter dan paramedik rumah sakit atau PUSKESMAS, pakar dan pemerhati masalah kesehatan, dll) untuk memperoleh masukan lain yang akan memperkaya informasi Anda sendiri. Sesekali adakan forum yang mempertemukan mereka semua dengan PEMDA, DPRD dan politisi tadi. Usahakan menjadi 'moderator' yang disegani dan dihormati oleh mereka semua. Usahakan tampil dengan 'argumen berdasar data', bukan retorika melulu.
- (3) Bangun juga saluran kontak dengan pihak akademisi hukum, terutama yang selama ini atau sering diminta oleh PEMDA atau DPRD untuk membantu mereka menyusun naskah akademik Rancangan Peraturan Daerah (RAPERDA). Belajarlah dari mereka berbagai aspek teknis legal penyusunan RAPERDA, sehingga Anda tidak buta sama sekali dalam persoalan tersebut. Jika perlu, ajak sekalian mereka menjadi bagian dari Kelompok Kerja khusus yang Anda bentuk untuk menyusun kerangka dasar gagasan dan usulan Anda sendiri.
- (4) Di lingkungan internal Tim Inti Advokasi Anda, lakukan diskusi berkala yang mendalam terhadap semua informasi yang Anda peroleh dari semua pihak tadi. Mulai susun kerangka-kerangka dasar gagasan atau usulan rancangan kebijakan Anda sendiri secara tertulis dan sistematis.
- (5) Pelajari dan pilih momentum yang tepat kapan saatnya mengajukan usulan Anda tersebut, dan sebaiknya melalui siapa di antara semua pihak tadi. Salah satu kiat yang berguna adalah: dahului mereka sebagai penggagas atau pemrakarsa pertama! Jadi, usahakan selalu berada 'di depan' sebelum mereka sendiri mulai bergerak.
- (6) Ketika usulan Anda sudah beredar di antara mereka semua, lakukan pemantauan berkala bagaimana perkembangan selanjutnya. Jika perlu, bentuk satu Kelompok Kerja khusus untuk melakukan pemantauan jalannya proses legislasi di DPRD.

Contoh kasus dan bahan bacaan berikut ini dapat membantu Anda untuk memahami lebih baik beberapa hal pokok mengenai proses-proses legislasi di tingkat Kabupaten.



Kasus 18

MENGAJUKAN RANCANGAN PERATURAN MELALUI PEMERINTAH DAERAH

Perubahan sistim politik dari sentralisasi ke desentralisasi menjadi satu faktor penting yang dipertimbangkan oleh Tim Advokasi Maternal & Neonatal Health (MNH) Kabupaten Cirebon untuk menentukan: melalui jalur mana konsep sistim pelayanan dan perlindungan bagi ibu hamil dan melahirkan berupa peraturan daerah (PERDA) akan diperjuangkan?

Dari serangkaian analisis (termasuk analisis kekuatan, kelemahan, peluang dan tantangan yang mungkin dihadapi), maka Tim Advokasi memutuskan *legal draft* (usul rancangan peraturan baru) yang mereka siapkan, sebaiknya diperjuangkan melalui prakarsa pemerintah daerah.

Maka tim lobi mulai bekerja. Selain dengan Kepala Dinas Kesehatan, mereka juga mulai membukan jalur langsung dengan Bupati. Tim advokasi mulai menentukan siapa yang tepat untuk melobi Bupati. Terpilihlah seorang perempuan yang cukup disegani, memiliki pengaruh dan pemimpin salah satu Majelis Taklim di daerah itu. Tim memberinya sasaran awal bagaimana agar Bupati peduli dengan isu yang mereka advokasikan: masalah ibu hamil dan melahirkan.

Berbagai kesempatan pertemuan dilakukan. Pada kesempatan lain, Tim Advokasi bekerjasama dengan Majelis Taklim yang dipimpin oleh sang pelobi. Mereka menyelenggarakan 'Seminar tentang Kematian Ibu Hamil dan Melahirkan'. Selain dihadiri oleh para penggerak masyarakat, masyarakat umum, para tokoh,

wakil-wakil ORMAS, juga hadir Bupati dan Ketua DPR.

Mengapa dipilih perempuan pemimpin salah satu Majelis Taklim di Cirebon? Selain memang telah terbukti selama ini pemihakannya kepada ibu hamil dan melahirkan, orangnya juga sangat tegas dan tak segan-segan berdebat dengan kalangan ulama dan DPRD yang sebagian besar adalah laki-laki. Kematian ibu melahirkan baginya bukan hanya sekedar teori, tetapi juga pengalaman nyata keluarganya. Adik kandungnya sendiri meninggal ketika melahirkan, saat dia sendiri sedang memfasilitasi para kader lokal di sana membahas isu tersebut. Dan, saat itu, di seluruh Kabupaten Cirebon sudah ada 117 orang kader dan fasilitator lokal yang terlatih. Dia tidak hanya bicara, tetapi juga bekerja langsung, dan dari hasil kerja pengorganisasiannya telah berhasil membina 12 desa yang tersebar di 9 kecamatan untuk membangun sisitem perlindungan dan pelayanan ibu-ibu hamil dan melahirkan di tingkat desa.

Ibu ini juga memainkan peran penting ketika pengerahan aksi massa, pada 4 November 2001, dalam acara Tabliq Akbar bertema: 'Pentingnya Hak-hak Ibu Hamil dan Melahirkan'. Saat itu, mereka bahkan berhasil mendatangkan Menteri Pemberdayaan Perempuan, dan mengerahkan 6.000 orang jamaah untuk hadir dan membuat pernyataan sikap bersama. Inilah semua yang membuat isu hak-hak ibu hamil dan melahirkan bergema dan disambut baik oleh masyarakat

Cirebon, termasuk dukungan dari pesantren-pesantren di daerah tersebut.

Pada acara seminar itulah, Bupati dan Ketua DPR didaulat langsung oleh para penggerak advokasi hak-hak ibu hamil dan melahirkan untuk memberikan dukungannya terhadap perjuangan mereka. Mereka menuntut pemerintah daerah membangun sistem pelayanan dan perlindungan bagi ibu hamil dan melahirkan. Bupati dan Ketua DPR akhirnya menandatangani kesepakatan untuk mendukung dan mewujudkan usulan tersebut.

Memang, kerja-kerja advokasi mereka masih terus berlangsung dan belum mencapai sasaran akhirnya, yakni agar ada satu PERDA khusus yang mengatur persoalan tersebut dimana secara tegas dinyatakan bahwa pemerintah berkewajiban membangun sistem pelayanan dan

perlindungan bagi ibu-ibu hamil dan melahirkan. Namun, sistem semacam itu sudah mulai tumbuh dan berkembang luas di seluruh Cirebon, dan Kabupaten Kuningan tetangganya, yang diprakarsai oleh masyarakat sendiri. Misalnya, mereka menghasilkan suatu sistem swadaya “Amanat Persalinan” sebagai suatu sistem jaminan sosial dan asuransi kesehatan bagi ibu-ibu hamil dan melahirkan.

Sambil berjanji untuk terus membantu memperjuangkan dihasilkannya PERDA khusus untuk itu di DPRD, pemerintah daerah di sana, khususnya Bupati, telah mengeluarkan SK khusus untuk membiayai program prakarsa dan swadaya masyarakatnya itu sebesar Rp 150 juta per tahun, terhitung sejak 2001.



Bahan Bacaan 5

PERUMUSAN RANCANGAN PERATURAN DAERAH

Teliti dan analisislah berbagai naskah kebijakan sektor kesehatan dan semua peraturan pelaksanaannya di tingkat desa, kabupaten, dan propinsi. Apabila di daerah belum ada, dapat mengacu ada peraturan bidang kesehatan secara umum. Selain itu juga lakukan kajian terhadap persoalan ekonomi, sosial, budaya, maupun politik yang timbul berkaitan dengan kebijakan yang ada. Hasil penelitian ini akan menjadi alas bagi langkah-langkah strategis advokasi serta bahan masukan bagi perumusan rancangan kebijakan atau peraturan daerah.

Periksalah pasal demi pasal dari kebijakan atau peraturan yang ada dan tentukan pasal-pasal mana saja yang Anda setujui. Sebaliknya pasal-pasal mana saja yang tidak Anda setujui. Kemukakan alasan yang jelas mengapa Anda menyetujui atau menolak suatu pasal. Alasan tersebut harus kuat sehingga dapat diterima oleh pihak-pihak lain.

Terhadap pasal-pasal yang tidak Anda setujui, apa saran Anda untuk perbaikan atau perubahan tersebut secara lengkap. Perbaikan yang Anda lakukan secara substansi maupun kalimat harus bisa diterima dan dipahami.

Lokakarya untuk mendapatkan masukan.

Hasil riset kebijakan kesehatan dan persoalan yang menyertainya yang telah dianalisis dan dirumuskan, kemudian disosialisasikan untuk mendapatkan masukan dari berbagai elemen masyarakat. Maksud dilakukannya lokakarya yang

diselenggarakan di tingkat kabupaten maupun propinsi ini adalah untuk mendapatkan input maupun umpan balik dari berbagai unsur masyarakat demi penyempurnaan bahan pembuatan draf yang akan disusun.

Seminar Perumusan Kertas Posisi.

Rumusan hasil lokakarya itu kemudian diseminarkan bersama dengan para individu atau organisasi yang peduli masalah-masalah kesehatan, dibantu oleh pihak akademisi dan pakar hukum. Hasil dari seminar ini adalah satu 'kertas posisi' (*position paper*) yang menjabarkan berbagai rumusan penting sebagai bahan penyusunan rancangan kebijakan dan acuan kampanye, lobi, dan tahapan proses advokasi selanjutnya.

Proses Konsultasi dan Pembentukan opini Publik

■ **Penyebarluasan Rancangan.**

Setelah rancangan tersusun, perlu diperbanyak dan disebarluaskan kepada pihak-pihak yang berkompeten, terutama pada legislatif dan eksekutif daerah. Upaya ini dimaksudkan untuk mempromosikan, membentuk wacana, dan selanjutnya mampu menggalang dukungan publik yang lebih luas.

■ **Sosialisasi.**

Dalam rangka lebih meluaskan dukungan dan meningkatkan rasa kepemilikan dan kepedulian terhadap rancangan yang telah tersusun, akan dilaksanakan beberapa diskusi intensif di tingkat kelompok-kelompok.

■ **Kampanye.**

Untuk mendukung pembentukan wacana dan opini publik terhadap rancangan yang telah disebarluaskan, akan dilakukan kampanye melalui media (media cetak, audio visual, multi media) juga melalui media massa.

■ Pembuatan *Lobby Paper*.

Untuk mensistematisir proses dan materi lobi dilakukan pertemuan perumusan *lobby paper* yang akan dijadikan sebagai panduan bagi tim lobi ke DPRD.

■ Pertemuan Evaluasi dan Bagi Pengalaman

Di tengah dan akhir proses advokasi kebijakan, lakukan pertemuan antar seluruh aktivis yang terlibat dalam kerja-kerja advokasi Anda selama ini. Pertemuan ini dilakukan dalam rangka berbagi pengalaman dan evaluasi proses serta hasil-hasil yang telah dicapai. Hasil evaluasi akan menjadi bagian penting bagi perubahan serta perencanaan kerja-kerja selanjutnya.

■ Proses lobi

Tim lobi yang telah terbentuk selanjutnya melakukan beberapa kegiatan yang bertujuan untuk mempengaruhi pembuat kebijakan daerah. Kegiatan ini dilakukan baik dengan cara mendatangi wakil rakyat maupun mengundang mereka ke wilayah kasus. Pada saat itulah akan didesakkan rancangan PERDA atau usulan pembaruan kebijakan yang sudah Anda siapkan.

Sampaikan hasil perubahan yang telah Anda susun pada para legislator (DPRD) untuk segera ditindaklanjuti. Ajak pihak-pihak lain atau yang dapat membantu agar rancangan tanding tersebut dapat masuk ke dalam agenda pembahasan DPRD.

Pelajari proses-proses legislasi di DPR/ DPRD yang selama ini berlangsung. Kenali kemungkinan peluang atau hambatannya untuk rancangan tanding yang Anda (masyarakat umumnya) usulkan. Pelajari pula tata tertib DPRD pada daerah Anda masing-masing.

WEWENANG MEMBENTUK PERATURAN DAERAH*)

Pemberdayaan (*empowering*) Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) sangat menentukan dalam upaya melaksanakan kebijakan baru politik otonomi. Pemberdayaan adalah upaya agar DPRD mampu melaksanakan tugas dan tanggung jawab secara wajar baik sebagai mitra eksekutif maupun sebagai pengemban pelaksanaan kedaulatan rakyat di daerah. Kebijakan dan jalan menuju pemberdayaan pemerintahan daerah, khususnya DPRD, harus dilakukan dalam multi-dimensi, baik di bidang administrasi pemerintahan, sistem politik di tingkat supra maupun infra, sosial, maupun para anggota DPRD itu sendiri.

Salah satu hal yang harus diberdayakan adalah pelaksanaan wewenang DPRD membentuk peraturan daerah. Menurut UU No. 22 Tahun 1999, wewenang DPRD membentuk PERDA dilakukan bersama gubernur, bupati, dan walikota. PERDA merupakan hasil bersama antara gubernur/ bupati/walikota dengan DPRD, karena itu tata cara membentuk PERDA harus ditinjau dari beberapa unsur pemerintahan tersebut.

Unsur DPRD

Keikutsertaan DPRD membentuk PERDA bertalian dengan wewenang DPRD di bidang legislatif atau penunjang fungsi legislatif.

■ Hak Penyelidikan

Dapat digunakan sebagai sarana melakukan evaluasi, menemukan gagasan untuk menciptakan atau mengubah PERDA yang ada.

■ Hak Inisiatif (hak mengajukan RAPERDA)

DPRD atas inisiatif sendiri dapat menyusun dan mengajukan RAPERDA, tetapi pada prakteknya kurang produktif karena umumnya inisiatif datang dari pemerintah daerah.

■ Hak Amandemen (mengajukan perubahan atas RAPERDA)

Pada dasarnya berlaku pada RAPERDA inisiatif pemerintah daerah, tetapi tidak menutup kemungkinan perubahan RAPERDA inisiatif DPRD sendiri.

Persetujuan atas RAPERDA

Ungkapan persetujuan harus pula diartikan “dapat tidak menyetujui”, atau “menolak RAPERDA”, atau “menyetujui dengan perubahan-perubahan”.

Unsur Kepala Daerah

Keikutsertaan kepala daerah dalam pembentukan PERDA mencakup kegiatan berikut:

- Membentuk PERDA bersama DPRD.
- Membahas RAPERDA bersama DPRD.
- Menetapkan RAPERDA yang telah disetujui DPRD menjadi PERDA.
- Mengundang PERDA dalam lembaran daerah.

Unsur Partisipasi Rakyat

Partisipasi dimaksudkan sebagai keikutsertaan pihak-pihak di luar DPRD dan pemerintah daerah dalam menyusun dan membentuk RAPERDA atau PERDA.

Ada dua sumber partisipasi:

- Unsur-unsur pemerintah di luar DPRD dan pemerintah daerah, seperti kepolisian, kejaksaan, pengadilan, perguruan tinggi, dan lain-lain.
- Masyarakat, baik individual seperti para pakar, atau yang memiliki pengalaman, atau dari kelompok praktisi seperti ORNOP sesuai dengan keahlian atau pengalamannya.

Keikutsertaan atau partisipasi dapat dilakukan dengan berbagai cara:

- Mengikutsertakan dalam tim atau kelompok kerja penyusunan PERDA.
- Melakukan *public hearing* atau mengundang dalam rapat-rapat penyusunan PERDA.
- Melakukan uji sah kepada pihak-pihak tertentu untuk mendapatkan tanggapan.
- Melakukan lokakarya (*workshop*) atas RAPERDA sebelum secara resmi dibahas oleh DPRD.
- Mempublikasikan RAPERDA agar mendapat tanggapan publik.

*)Manan, Bagir (2002), *Menyongsong Fajar Otonomi Daerah*. Yogyakarta: Pusat Studi Hukum, Fakultas Hukum, UII.

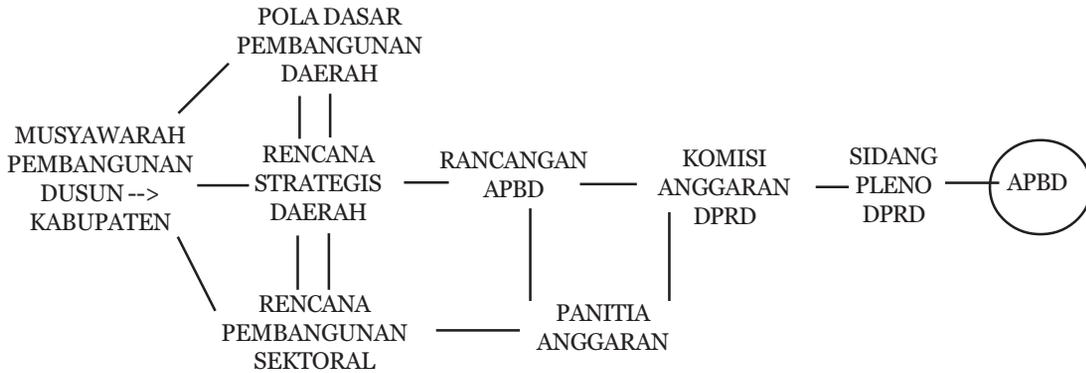


LANGKAH 2

MELAKUKAN LOBI & NEGOSIASI

Pada jalur yang kedua dari pelaksanaan kerja-kerja advokasi (proses-proses politik dan birokrasi), pada prinsipnya, sama saja dengan pada jalur pertama tadi (proses-proses legislasi dan litigasi). Kegiatan-kegiatan yang harus dilakukan di jalur ini juga, pada dasarnya, banyak persamaannya, yakni melakukan serangkaian lobi dan negosiasi. Namun, kali ini lebih ditujukan pada para pelaksana kebijakan, yakni aparat pemerintah daerah, dan lebih ditujukan pada aspek pelaksanaan dari suatu kebijakan atau peraturan yang sudah diputuskan dan disahkan di DPRD. Dalam hal ini, kita akan memusatkan perhatian pada salah satu implikasi terpenting dari pelaksanaan kebijakan atau peraturan yang telah diputuskan oleh DPRD tersebut, yakni dalam perencanaan program dan penganggaran sektor kesehatan oleh pemerintah daerah di tingkat Kabupaten.

Untuk itu, kita harus mengetahui, paling tidak secara garis-besar, proses-proses perencanaan program dan penganggarnya di tingkat Kabupaten, sebagai berikut:



Sama seperti pada proses-proses legislasi PERDA, bagan di atas juga memperlihatkan bahwa kita sebenarnya dapat berhubungan dengan siapa saja yang terlibat dan pada tahapan apa dari suatu proses perencanaan program dan penganggaran yang menghasilkan Anggaran Pendapatan & Belanja Daerah (APBD). Misalnya, pada tahapan yang paling awal, yakni ketika masih dalam bentuk usulan atau gagasan, kita masih dapat mengajukannya sendiri langsung, atau melalui mereka yang akan terlibat langsung dalam proses-proses perencanaan dan penganggaran tersebut, yakni: kalangan Pemerintah Daerah, melalui rangkaian proses Musyawarah Pembangunan (MUSBANG), dari tingkat dusun sampai kabupaten.

Berdasarkan pengalaman, tahapan yang paling penting dan strategis adalah ketika perumusan Pola Dasar Pembangunan Daerah (POLDAS), dan Rencana Strategis Pembangunan Daerah (RENSTRADA), sebagai dua dokumen acuan pokok utama Rancangan APBD yang akan disusun. Pada tahap inilah sesungguhnya kebijakan alokasi anggaran untuk seluruh sektor, termasuk sektor kesehatan, diputuskan.

Dengan kata lain, kita sebenarnya harus mengetahui bagaimana caranya berhubungan dengan kalangan-kalangan yang terlibat langsung dalam tahapan ini, yakni Biro Anggaran Kantor Kabupaten/Kota, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA), dan Dinas-dinas teknis yang mewakili semua sektor. Khusus untuk sektor kesehatan, sangat penting dapat berhubungan dan bertukar informasi dan pikiran dengan para pejabat Dinas Kesehatan, serta para tenaga medis dan

paramedis yang terlibat dalam proses-proses penyusunan anggaran sektor kesehatan ke dalam Rancangan APBD. Semua itu memerlukan sejumlah langkah yang harus Anda lakukan. Contoh kasus serta bahan bacaan yang tersedia dapat membantu anda mempelajari teknik-teknik atau kita-kiat melakukan proses lobi dan negosiasinya.



LANGKAH-LANGKAH POKOK MEMPENGARUHI KEBIJAKAN & ALOKASI APBD

- (1) Bangun saluran kontak atau informasi dengan kalangan PEMDA dan DPRD yang memiliki kaitan dengan proses-proses penyusunan RABPD. Kumpulkan dari mereka semua dokumen terpenting yang mendasari penyusunan RABPD, yakni: POLDAS & RENSTRADA. Lebih baik lagi jika dilengkapi dengan beberapa dokumen lainnya, seperti rencana-rencana pembangunan sektoral dari tiap dinas teknis (terutama Dinas Kesehatan dan dinas lain yang berkaitan erat),
- (2) Bangun pula saluran kontak dan informasi dengan kalangan profesional (para dokter dan paramedik rumah sakit atau PUSKESMAS, pakar dan pemerhati masalah kesehatan, dll) untuk memperoleh masukan informasi teknis yang akan memperkaya informasi Anda sendiri.
- (3) Bangun juga saluran kontak dengan pihak narasumber khusus yang memang memahami masalah anggaran dan analisis anggaran pembangunan pemerintah selama ini. Dia bisa saja kalangan akademisi, peneliti, atau bahkan politisi atau mantan pejabat pemerintah. Jika perlu, ajak sekalian mereka menjadi bagian dari Kelompok Kerja khusus yang Anda bentuk untuk menyusun kerangka dasar gagasan dan usulan Anda sendiri.
- (4) Di lingkungan internal Tim Inti Advokasi Anda, lakukan diskusi berkala yang mendalam terhadap semua informasi yang Anda peroleh dari semua pihak tadi. Mulai susun kerangka-kerangka dasar gagasan atau usulan rancangan kebijakan Anda sendiri secara tertulis dan sistematis. Anda dapat menggunakan beberapa bahan analisis anggaran dan ekonomi kesehatan (pada Modul 2: Analisis Kebijakan Kesehatan) sebagai dasar untuk menyusun usulan Anda dan argumentasinya.
- (5) Pelajari dan pilih momentum yang tepat kapan saatnya mengajukan usulan Anda tersebut, dan sebaiknya melalui siapa di antara semua pihak tadi.
- (6) Ketika usulan Anda sudah beredar di antara mereka semua, lakukan pemantauan berkala bagaimana perkembangan selanjutnya. Jika perlu, bentuk satu Kelompok Kerja khusus untuk melakukan pemantauan jalannya proses legislasi di DPRD.



Kasus 19

**LOBI AMANDEMEN UU
No.23/1992 tentang
KESEHATAN**

Koalisi Untuk Indonesia Sehat (KUIS) dan Aliansi Kesehatan Reproduksi bersepakat mengadvokasikan perlunya amandemen UU No.23/1992, langsung melalui jalur DPR.

Maka beberapa persiapan dilakukan, antara lain melibatkan para pakar kesehatan dalam tim advokasi mereka. Kemudian, mereka menyusun satu kertas posisi sebagai bahan dasar argumetasi mereka melobi Komisi VII DPR-RI dan Departemen Kesehatan. Setelah beberapa kali lobi dilakukan, disepakati untuk membentuk tim khusus menggodok rancangan amandemen perubahan UU tersebut. Tim ini terdiri dari tim advokasi, konsultan hukum dari Kementrian Hukum dan Perundang-undangan, Forum Parlemen, dan Komisi VII DPR-RI.

Beberapa kegiatan lain dilakukan, antara lain, menyelenggarakan lokakarya yang diikuti oleh Komisi VII DPR, melakukan kunjungan untuk bertemu dengan KUIS di daerah-daerah, menemui anggota DPRD, Bupati/Walikota, dan unsur-unsur Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA). Maksud kunjungan adalah untuk mendapatkan masukan mengenai masalah kesehatan di daerah dan hal-hal yang terkait dengan revisi UU No 23/1992.

Pada saat yang hampir bersamaan, beberapa orang anggota Komisi VII DPR

dan tim melakukan studi banding ke Turki, untuk mendapatkan gambaran mengenai UU Kesehatan di negara yang mayoritas penduduknya beragama Islam.

Berdasarkan proses pembelajaran dan analisis di atas, maka tim membuat rancangan akademik yang dikonsultasikan ke Bidang Hukum Departemen Kesehatan. Kemudian Tim melakukan dengar-pendapat dengan DPR, *round table discussion* dengan kelompok profesi, ORNOP, dan lain-lain. Tim ini juga menyelenggarakan seminar nasional untuk mendapatkan opini masyarakat mengenai pentingnya hak-hak kesehatan reproduksi.

Akhirnya, amendemen UU No.23/1992 menjadi agenda DPR. Aliansi Kesehatan Reproduksi, wartawan, dan mahasiswa, selalu hadir selama sidang-sidang pembahasan amandemen di DPR. Mereka dikenal sebagai “Fraksi Balkon” (karena selalu berada di bagian balkon pengamat, di ruang sidang pleno DPR). Hasil pembahasan rancangan amandemen UU No.23/1992 yang merupakan hak inisiatif DPR akhirnya diserahkan kepada Presiden Megawati.

Awal tahun 2004, Presiden Megawati menunjuk Departemen Kesehatan sebagai departemen teknis terkait untuk membahas inisiatif DPR mengenai amandemen UU No.23/1992. Sampai Bulan Oktober 2004, posisi hasil amandemen UU No.23/1992 masih berada di tangan Departemen Kesehatan.



Bahan Bacaan 6

MELOBI PEMBUAT KEBIJAKAN PUBLIK

Bagian ini merupakan panduan singkat dan umum “Melobi dan Mempengaruhi Pelaksana Kebijakan” yang ditulis oleh Aldis Ozols. Berhasil atau gagalnya lobi yang dilakukan sepenuhnya merupakan tanggungjawab Anda sebagai pelaksana lobi.

Secara garis besar, panduan ini memuat uraian-uraian singkat tentang:

- Mengapa perlu melakukan lobi?
- Siapa saja yang dapat dan harus dilobi?
- Bagaimana cara (teknik-teknik) melobi?
- Kapan lobi sebaiknya dilakukan?
- Apa saja kiat-kiat penting dalam melobi?

Istilah ‘lobi’ (*lobby*) dalam pengertiannya yang lazim digunakan selama ini merupakan proses dimana masyarakat, secara perseorangan maupun mewakili suatu kelompok, mencoba mempengaruhi wakil-wakil pilihan mereka di parlemen maupun pejabat pemerintah untuk memperhatikan, mendukung dan mengambil tindakan terhadap suatu isu tertentu yang sedang dipermasalahan oleh masyarakat.

Mau Perubahan atau Tidak?

Alasan utama mengapa harus mendekati para politisi atau para penentu kebijakan adalah dalam rangka membantu para politisi dan pembuat kebijakan

memperhatikan keluhan dan persoalan yang terjadi di masyarakat, mengerti perkembangannya, dan akhirnya mengeluarkan kebijakan yang sesuai dengan kepentingan masyarakat luas. Para pemimpin politik diharapkan menjadi lebih peka terhadap tuntutan dan kebutuhan masyarakatnya. Seringkali, menggugah kepekaan dan kepedulian para politisi dan pejabat publik, lebih sulit dilakukan melalui proses-proses politik resmi, sehingga cara-cara informal seperti lobi menjadi penting dan seringkali memang jauh lebih efektif.

Jika Anda sudah memutuskan untuk membuat suatu isu atau permasalahan dilakukan melalui proses-proses lobi dengan para politisi dan pejabat pemerintah, maka dengan sendirinya Anda pun sudah memasuki dan kemudian harus siap berkiprah dalam gelanggang politik. Jadi, penting sekali Anda mengetahui bagaimana melakukannya secara berdaya dan berhasil-guna.

Pujian atau Cacian?

Sebagian besar bentuk komunikasi dengan para politisi atau pejabat pemerintah selama ini adalah pemberian pujian atau, malah sebaliknya, caci-maki kepada mereka. Keduanya memang sangat mungkin akan membuat para politisi atau pejabat pemerintah tersebut menjadi lebih peka dan berhati-hati mempedulikan apa yang dituntut oleh para warga, namun hal itu semata-mata tidaklah cukup untuk mempengaruhi proses-proses politik yang berlangsung.

Yang lebih berpengaruh daripada sekadar sikap atau pandangan pribadi para warga, yang dilontarkan dalam bentuk pujian atau cacian kepada para politisi atau pejabat pemerintah, justru adalah kebijakan partai politik mereka, keyakinan-keyakinan pribadi mereka sebagai seorang politisi, dan kebutuhan mereka untuk memuaskan tuntutan-tuntutan tertentu (saja!) dari para

pemilih dalam rangka meraih suara sebanyak mungkin dalam pemilihan umum.

Semua faktor inilah yang harus kita perhatikan jika ingin menempuh proses-proses politik dalam bentuk lobi kepada para politisi dan pejabat pemerintah. Karena itu, kadangkala memang lebih berhasil dan lebih tepat berusaha mengubah pendapat umum masyarakat daripada berkomunikasi langsung (lobi) dengan para politisi atau pejabat pemerintah tersebut.

Membuat Politisi Tetap Bersentuhan Langsung dengan Kenyataan

Lingkungan budaya yang ada pada puncak-puncak kekuasaan politik (pada semua tingkat, lokal maupun nasional), seperti yang kita semua sudah tahu selama ini, memang mungkin sekali tersekat (terisolasi) sedemikian jauh dari kehidupan masyarakat awam. Politik memang nisbi memainkan peran sangat kecil dalam kehidupan sehari-hari rakyat kebanyakan dan, dalam kenyataannya, para politisi profesional memang sangat sedikit atau nyaris tidak terbiasa meluangkan sebagian besar waktu dan tenaga mereka untuk mengurus persoalan rakyat kecil.

Juga perlu ditambahkan di sini bahwa adanya sekat jarak dalam peran-peran dan ritual yang dijalankan oleh parlemen itulah yang membuat para anggotanya percaya bahwa mereka adalah anggota masyarakat yang khusus dan istimewa, yang memiliki tanggungjawab untuk mengatakan kepada rakyat apa yang sebaiknya dan mesti rakyat lakukan. Iklim dan suasana di lingkungan lembaga-lembaga pembuat kebijakan itu memang mirip sekali dengan suasana suatu perkumpulan orang kaya yang eksklusif dan, bahkan, sering mampu

menggoda seorang idealis keras sekalipun larut dan terlena di dalamnya.

Melakukan komunikasi langsung dengan para politisi, karena itu, seringkali cukup efektif untuk membantu mereka melepaskan diri dari kungkungan dunia politik yang tersekat tersebut, yang membuat banyak kebijakan pemerintah menjadi sangat tidak penad (*irrelevant*) dengan kenyataan. Tetapi, tak bijaklah terlalu menyederhanakan persoalan dengan menganggap bahwa karena diri kita sendiri adalah warga rakyat awam, maka kita lebih banyak tahu daripada mereka tentang permasalahan masyarakat. Beberapa orang politisi ada yang cukup cerdas dan beberapa di antaranya memang banyak tahu tentang politik daripada orang lain.

Siapa yang Akan Dilobi?

Hal yang terpenting dalam lobi adalah mengkomunikasikan pandangan, sikap dan tuntutan Anda kepada orang yang tepat. Bergantung pada sifat dan besaran isunya, orang yang tepat dilobi bisa saja seorang politisi lokal atau seorang politisi kawakan tingkat nasional. Yang jelas, pesan Anda memang disampaikan dan tersalurkan pada politisi yang tingkatannya sesuai dengan isu yang dipermasalahkan.

Langkah pertama sekali adalah menemukan bidang atau lembaga pemerintah mana yang terkait erat dengan isu yang kita advokasikan, dalam hal ini adalah isu kesehatan masyarakat. Barangkali lebih baik mulai mendekati pejabat pemerintah yang berwenang pada departemen yang berkaitan, yaitu Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial. Jika ternyata kemudian isunya banyak menyangkut kebijakan yang berkaitan dengan undang-undang dan peraturan, maka kalangan legislatif pun segera harus didekati. Kalangan legislatif yang dapat didekati adalah Komisi E – DPRD yang menangani masalah kesehatan. Anda bisa menghubungi mereka. Biasanya, mereka pun akan segera menghubungi rekan-rekan sejawatnya atau departemen lain yang

juga berkaitan atau mengurus isu yang sama. Lalu, anda boleh mulai pula menghubungi wakil-wakil rakyat di parlemen lokal, kemudian wakil-wakil rakyat di daerah lain, dan seterusnya sampai tingkat yang lebih tinggi.

Bagaimana Melobi?

Berikut ini adalah beberapa cara lobi langsung yang umum digunakan dan disusun secara berurutan menurut tingkat keberhasilan atau efektivitasnya selama ini.

■ *Pertemuan Pribadi*

Kontak langsung atau tatap-muka biasanya merupakan cara paling efektif untuk menyampaikan pandangan, sikap dan tuntutan kita, tetapi juga biasanya merupakan cara yang paling rumit diselenggarakan. Para politisi jelas mewakili ribuan atau bahkan mungkin jutaan warga pemilih, dan permintaan Anda untuk bertemu hanyalah salah satu dari sekian ratus atau ribu permintaan. Jadi, bersabarlah dan jangan cepat marah kalau permintaan Anda ditolak. Politisi yang Anda coba hubungi mungkin adalah seorang tokoh yang terkenal dan berpengaruh, sehingga bersikap kasar mungkin hanya akan membuat mereka justru makin tidak bersimpati atau berminat terhadap isu yang Anda bawa.

Kalau ternyata Anda berhasil membujuk mereka dan mau bertemu, pastikan diri Anda memang sangat menguasai permasalahannya secara keseluruhan atau bahkan serinci mungkin dan, tentu saja, bersiaplah untuk menjawab semua kemungkinan pertanyaan atau sanggahan dengan sikap dingin dan serasional mungkin. Sajikan kasus Anda secara gamblang, tapi singkat dan jelas, langsung pada inti pokok permasalahannya, tak perlu terlalu bertele-tele dengan uraian contoh-contoh dan rincian yang panjang, kecuali kalau memang ditanyakan.

Para politisi itu memang akan menanyakannya jika mereka merasa perlu dan itu akan dikatakannya pada Anda nanti. Jadi, bersikaplah sedikit berendah-hati, karena yang terpenting adalah tujuan utama anda tercapai, yakni agar mereka benar-benar memperoleh pemahaman yang cukup tentang isu yang Anda advokasikan dan memang berkeinginan untuk membantu Anda menyelesaikan permasalahannya.

Untuk itu, sebaiknya Anda menyiapkan satu ringkasan tertulis mengenai kasus atau isu dan tuntutan Anda, sehingga mereka bisa merujuknya kapan saja. Satu lagi, jangan terlalu berharap berlebihan akan memperoleh hasil seketika dan segera, karena para politisi memang orang-orang yang terbiasa dan terlatih untuk tidak membuat keputusan-keputusan terburu-buru sebelum mempertimbangkan banyak hal. Untuk itu, mereka selalu butuh waktu.

■ *Percakapan Telepon*

Percakapan lewat telepon sangat tepat untuk keperluan mendadak, serba cepat dan langsung menghubungi para politisi yang akan dilobi, juga tidak membutuhkan terlalu banyak waktu dan kerja persiapan. Karena persiapan inilah maka banyak pelobi lebih suka memilih cara ini daripada pertemuan tatap-muka langsung. Maka, sikap berendah hati dan kemampuan memberi penjelasan singkat, padat dan tidak bertele-tele adalah penting sekali jika menggunakan cara ini.

Telepon para politisi biasanya dijawab pertama kali oleh satu atau beberapa staf pembantunya, bahkan mungkin sekali Anda tidak bisa bicara langsung dengan yang bersangkutan pada kesempatan pertama. Jangan risau kalau hal itu terjadi, karena mungkin saja memang staf yang menjawab telepon Anda itu adalah orang kepercayaannya yang ditugaskan khusus untuk itu, bahkan mungkin dia sendiri juga mampu mempengaruhi kebijakan yang Anda sasar.

Jadi, usahakan jangan pernah sampai bicara kasar atau menghina, karena para politisi dan stafnya memang sudah terbiasa dan terlatih sebagai orang-orang yang berkulit tebal, tidak merasa terusik sedikit pun dengan kekasaran Anda tapi justru malah Anda sendirilah yang merasa semakin marah dan kecewa.

■ *Surat Pribadi (termasuk melalui fax, e-mail, dsb.)*

Ini adalah cara yang umum digunakan untuk menjelaskan lebih lengkap dan rinci tentang pandangan, sikap dan tuntutan kepada para politisi. Umumnya, cukup efektif. Meskipun tidak mampu menyampaikan pesan secara cepat dan bersifat langsung, keuntungan cara ini adalah adanya kesempatan bagi para politisi untuk membacanya kapan saja yang tidak bisa dilakukannya melalui pertemuan langsung dengan Anda.

Surat tertulis juga menyediakan kesempatan bagi mereka untuk mendapat penjelasan lebih lengkap, memikirkannya secara lebih mendalam, yang mungkin tidak bisa mereka lakukan dalam acara pertemuan atau percakapan telepon yang singkat dan waktunya terbatas. Surat yang dibuat hendaknya jangan pula terlalu panjang, sekitar 1-3 atau 3-4 halaman saja, mulai langsung dengan pernyataan singkat tentang inti pokok isu dan inti pokok pandangan atau sikap anda terhadap permasalahan tersebut. Kemudian barulah menyusun uraian yang agak rinci mengenai isu tersebut, lalu alasan-alasan Anda mengapa mereka perlu atau penting untuk mengikuti saran-saran atau memenuhi tuntutan-tuntutan yang Anda ajukan. Sekali lagi, hindari uraian yang terlalu panjang dan bertele-tele, meskipun Anda tetap harus mencantumkan sumber-sumber informasi yang mereka perlukan jika mereka ingin memperoleh rincian dan bukti-bukti lebih lanjut.

Banyak politisi dan staf mereka biasanya segera melirik keranjang sampah jika melihat tumpukan dokumen tebal di atas meja mereka, dan hanya jika benar-benar mereka berminat baru mau mencoba membacanya sepintas dan kemudian bergegas mencari informasi lanjutan, hal ini akan ditentukan seberapa jauh tulisan Anda mampu menyentuh bahkan membikin gelisah bagi yang membacanya.

■ *Surat Pribadi ke beberapa orang secara terpisah.*

Kalau Anda memiliki kelemahan atau kekurangan menulis suatu surat pribadi yang bagus dan menyentuh, maka Anda bisa memanfaatkan cara membuat surat pribadi ke beberapa orang politisi sekaligus. Berbeda dengan surat pribadi khusus untuk seorang politisi saja jenis surat ini harus mencantumkan tanda tangan asli Anda. Biasanya surat jenis ini lebih singkat, 1-2 halaman saja dengan catatan tambahan tentang apa, di mana dan bagaimana caranya mereka dapat memperoleh informasi lanjutan yang lebih lengkap dan rinci.

Surat jenis ini biasanya kurang efektif dibanding surat pribadi khusus untuk seorang politisi saja, apalagi jika para politisi yang Anda kirim surat itu tahu bahwa bukan hanya dirinya saja yang menerima surat yang sama. Karena itu, usahakan mengirim ketikan atau cetakan naskah aslinya dan tanda-tangan asli anda kepada setiap orang, meskipun sebenarnya isinya sama saja (kalau perlu, cuma mengubah sedikit susunan kata atau kalimatnya, biar tidak persis sama). Jadi, bukan dengan cara memfotokopi kepada setiap orang.

Ingat, para politisi biasanya merasa senang memperoleh informasi langsung dari tangan pertama mendahului para politisi lainnya. Bagaimanapun juga, persaingan mencari popularitas di antara mereka selalu ada.

■ *Minta Bantuan Profesional*

Ada banyak pelobi profesional yang bekerja demi uang atau demi kesenangan atau kepuasan pribadi mereka. Mungkin mereka bisa Anda minta bantuannya. Tapi, mereka juga biasanya pasang harga mahal sebanding dengan pengalaman dan mutu pekerjaan mereka. Karena itu, kalau Anda ingin meminta bantuan mereka, Anda harus mempertimbangkan sumber dan kemampuan dana Anda, selain itu juga harus telaten memilih mereka yang benar-benar mampu dan dapat dipercaya.

■ *Melalui Organisasi Masyarakat*

Anda mungkin bisa menemukan atau membentuk suatu organisasi khusus para relawan yang membantu Anda. Carilah kelompok yang memiliki minat dan kepentingan yang sama dengan Anda terhadap isu yang Anda advokasikan. Namun, kelompok-kelompok semacam ini biasanya memiliki urutan prioritas mereka sendiri, juga umumnya terbatas sumberdayanya, sehingga jangan terlalu berlebihan mengharapkan mereka melakukan segala sesuatu habis-habisan untuk Anda. Tetapi, mereka tetap merupakan kelompok pendukung yang potensial dan mungkin saja memiliki beberapa kemampuan lobi atau akses kepada para politisi yang Anda perlukan.

■ *Melalui Partai Politik*

Cara ini adalah untuk mempengaruhi kebijakan partai politik yang bersangkutan untuk mendukung isu yang Anda advokasikan. Namun, cara ini tidak terlalu dianjurkan untuk Anda gunakan, meskipun sering juga cukup efektif, karena memerlukan kiat tersendiri yang sangat rumit, suatu proses panjang memasuki gelanggang politik nyata yang mungkin dapat memberikan Anda pemahaman yang lebih baik, tetapi bisa juga malah semakin mengasingkan Anda dari tujuan Anda yang semula dan sebenarnya.

Kapan Melobi?

Keberhasilan suatu lobi tergantung juga pada waktu yang tepat, selain faktor-faktor lain. Pada dasarnya, lobi harus dilakukan sesegera mungkin, meskipun ada juga lobi yang dilakukan belakangan atau terlambat sedikit cukup berhasil mencapai sasaran. Kalau Anda gagal dalam usaha lobi yang pertama, maka saatnya Anda mempertimbangkan mungkin lebih baik merancang suatu kegiatan kampanye jangka-panjang, bulanan atau tahunan ke depan.

■ *Manfaatkan Momentum Sebelum Pemilihan Umum*

Informasi tentang pemilihan umum (PEMILU) yang akan datang biasanya menyita sebagian besar pemikiran politik kita. Bulan-bulan menjelang pemilihan, karena itu, adalah waktu terbaik dan paling tepat untuk mulai mendekati para politisi yang mencalonkan diri, karena inilah saat mereka harus mendengarkan tuntutan-tuntutan rakyat jika ingin memperoleh dukungan suara. Tapi jangan hanya terpusat pada calon kesukaan Anda. Anda juga harus mendekati calon-calon lawannya karena bagaimanapun mereka juga ingin terpilih, bahkan mungkin lebih berpeluang menang daripada calon kesukaan Anda. Maka, kalau anda ingin melobi semua calon tersebut, usahakan agar Anda tidak menjagokan atau menguntungkan yang satu daripada yang lainnya. Karena, kalau ternyata isu yang Anda advokasikan menjadi isu calon yang ternyata nanti kalah dalam pemilihan, maka mungkin Anda terpaksa harus menunggu kembali lima tahun lagi sampai pemilihan umum berikutnya.

■ *Sebelum Isu Dimasyarakatkan*

Jika Anda tahu bahwa isu yang Anda advokasikan akan segera mulai muncul dalam sorotan masyarakat, maka itulah saat terbaik untuk juga segera mulai mendekati para politisi. Mereka umumnya sangat suka

omong tentang suatu isu mendahului yang lain dan, karena itu, tidak akan terkejut lagi kalau isu itu akhirnya muncul dan meledak. Jadi, kalau Anda melobi mereka sebelum isunya muncul, maka Anda memiliki peluang emas untuk menyajikan pandangan, sikap dan tuntutan Anda pada kesempatan pertama sebelum pihak lain melakukannya.

■ *Pada Puncak Publisitas*

Untuk isu-isu yang terus bertahan dan tetap menarik perhatian masyarakat, ada saat-saat di mana isu tersebut mencapai puncaknya, biasanya ketika ada perkembangan baru yang berkaitan dengannya, diberitakan lagi oleh media massa. Pada saat-saat puncak seperti itulah minat dan perhatian para politisi terhadap isu tersebut juga menjadi lebih besar. Suatu reaksi atau tindakan cepat dari Anda sebelum atau selama saat-saat puncak tersebut sangat mungkin akan menarik perhatian mereka juga. Jika Anda memang memiliki kemampuan yang baik dan sumberdaya yang memadai dalam berurusan dengan pemberitaan media massa, maka Anda pun mungkin menciptakan saat-saat puncak seperti itu.

■ *Sebelum Perdebatan Parlemen*

Jika isunya menyangkut perlunya perubahan undang-undang atau peraturan, maka inilah saatnya untuk segera melobi pejabat pemerintah atau partai-partai politik dalam parlemen sebelum mereka bersepakat membuat suatu keputusan. Jelas, jauh lebih mudah mempengaruhi suatu kebijakan yang masih dalam proses perumusan daripada kalau sudah terlanjur menjadi undang-undang atau peraturan yang sah.

■ *Selama Pembahasan Parlemen*

Kalau ternyata sudah terlambat untuk memulai lobi sebelum perdebatan parlemen, maka masih tetap ada kesempatan untuk melakukannya selama

rancangan kebijakan tersebut dibahas di parlemen. Kesempatan ini harus digunakan sebaik-baiknya untuk memberi tambahan masukan pada para pembuat kebijakan sebelum mereka mencapai kesepakatan akhir. Memang, peluang Anda untuk berhasil pada tahap ini jelas lebih kecil dibanding sebelumnya, tetapi paling tidak Anda akan memperoleh gambaran tentang suasana politik yang melatari kebijakan tersebut dan gagasan tentang apa yang sebaiknya anda siapkan untuk rangkaian lobi berikutnya ketika kebijakan tersebut telah disahkan menjadi undang-undang atau peraturan.

Selain waktu-waktu khusus tersebut, lobi sebenarnya dapat dilakukan kapan saja dan sepanjang waktu ketika memang tidak ada isu khusus tertentu, maksudnya sekedar untuk menjaga agar para politisi tetap sadar dan memperhatikan pandangan, sikap dan tuntutan Anda dalam setiap kegiatan mereka.

Beberapa Kiat

Sekali Anda sudah berhasil menggaet minat dan perhatian para politisi untuk bersedia bertemu atau bicara dengan Anda, maka Anda pun harus siap mengatakan sesuatu. Berikut ini adalah beberapa kiat yang penting Anda perhatikan ketika sedang melakukan lobi.

■ *Nalar yang Memikat*

Langsung menyampaikan pandangan, sikap dan tuntutan Anda dengan alasan yang memikat dan masuk akal adalah mungkin kiat terbaik untuk memulai pembicaraan. Banyak politisi percaya bahwa diri mereka sedang berusaha membangun dunia yang lebih baik, dan tak ada ruginya bagi Anda jika memberi mereka kesempatan untuk melakukan dan membuktikannya.

Kiat ini juga sangat baik digunakan dalam kampanye jangka-panjang yang biasanya

terbukti membawa hasil pada akhir kampanye. Camkanlah baik-baik, banyak faktor lain, bukannya logika dan etika, yang memainkan peran penting dalam dunia politik, bahwa para politisi umumnya selalu kesulitan menerapkan keyakinan-keyakinan pribadi mereka sendiri dalam kenyataan perilaku politiknya.

Juga harus Anda pahami betul bahwa apa yang nampaknya oleh Anda benar-benar sangat masuk akal dan nampaknya sudah langsung pada permasalahan, bagi orang lain yang memiliki nilai-nilai berbeda justru nampak salah, konyol atau bahkan dianggap gila.

■ *Ingatkan Ideologi Mereka*

Jika politisi yang Anda lobi benar-benar politisi yang baik, memahami dan meyakini benar suatu filosofi atau ideologi politik tertentu, akan sangat bermanfaat jika Anda juga memiliki pengetahuan cukup tentang ideologi politik tersebut dan menyampaikan isu yang Anda advokasikan dalam kerangka ideologi tersebut. Misalnya Anda boleh menyitir ayat-ayat atau ajaran kitab suci untuk membingkai isu yang Anda sampaikan kepada seorang politisi dari partai politik berbasis agama. Atau, Anda membingkai isu Anda dengan mengutip kerangka dasar pemikiran kritis pada seorang politisi yang kritis, dan sebagainya.

Tetapi ini memang lebih mudah Anda lakukan kalau Anda sendiri nisbi sepaham dengan ideologi politik tersebut. Akan sedikit sulit kalau ideologi politik politisi tersebut agak berbeda atau malah bertentangan dengan Anda. Anda boleh saja bersikap kritis terhadap pandangan-pandangannya, tetapi jangan terlalu sering dan terlalu jauh, karena bisa saja dia malah balik menyerang Anda. Ingat, sebagai politisi kawakan, mereka sebenarnya banyak tahu tentang ideologi politik mereka sendiri daripada Anda atau, paling tidak, buatlah mereka merasa demikian. Jadi, jangan suka 'sok tahu', jangan lupa Anda

tidak sedang dalam rangka diskusi "ideologi" namun Anda sedang mencari dukungan, kalau ada orang yang sedang dirayu untuk mendukung malah memusuhi, sangat rugi Anda!

■ *Katakan Yang Benar*

Jangan pernah mencoba berbohong tentang isu yang Anda sampaikan. Kepercayaan terhadap Anda adalah modal utama Anda yang paling berharga jika ingin mencoba mempengaruhi pendapat orang lain. Anda memang tidak perlu mengatakan kepada para politisi itu tentang segala sesuatu atau apa saja mengenai isu dan diri Anda. Tentu, ada hal-hal yang tetap harus dirahasiakan.

Tetapi, Anda harus selalu siap menjawab sejujurnya dan apa adanya semua pertanyaan yang mereka ajukan kepada Anda. Sekali Anda kemudian terbukti berbohong, maka Anda tak pernah atau sangat sulit untuk mereka percayai lagi.

■ *Kaitkan dengan Minat Pribadi*

Katimbang bersikap sinis dan suka menyindir pribadi politisi yang Anda lobi, lebih baik Anda memanfaatkan pandangan warga pemilih umumnya untuk mendukung isu yang Anda advokasikan. Jadi, anda harus siap dengan data dan informasi memadai tentang pendapat masyarakat tersebut, kemudian coba kaitkan dengan pandangan-pandangan pribadi para politisi tersebut, atau dengan kesulitan-kesulitan yang mereka hadapi ketika berhadapan dengan masyarakat mengenai isu tersebut.

Kiat ini akan berhasil jika Anda dapat meyakinkan mereka bahwa terdapat dukungan luas masyarakat terhadap isu yang Anda advokasikan dan akan terbukti nanti dalam pemilihan umum. Tetapi saya peringatkan Anda agar menggunakan kiat ini secara sangat berhati-hati, karena banyak politisi umumnya lebih peduli pada berbagai kemungkinan akibatnya terhadap karir politik mereka daripada peduli pada penegakan keadilan dan kebenaran yang sesungguhnya.

■ *Dukunglah si Orang Baik*

Kalau ternyata politisi yang Anda lobi memang sudah terbukti sebagai politisi yang memiliki integritas pribadi dengan reputasi yang terpuji selama ini, mungkin tak ada salahnya Anda juga menawarkan kemungkinan membantu mereka dalam kampanye politik pada pemilihan mendatang, sebagai harga yang harus Anda bayar jika dia memang bersedia bersungguh-sungguh memperjuangkan isu yang Anda advokasikan.

Para politisi umumnya sangat senang memperoleh dukungan dan, sampai batas tertentu, Anda tentu tak akan berkeberatan untuk membantu orang yang juga telah membantu Anda. Tetapi sebelum itu, Anda sendiri harus yakin bahwa Anda memang akan punya cukup waktu dan tenaga untuk melakukannya nanti, selain bahwa Anda harus yakin bahwa pandangan politik dan arah kebijakan yang akan ditempuh oleh politisi tersebut nanti memang sejalan atau banyak kesesuaiannya dengan pandangan-pandangan Anda sendiri. Dalam hal ini, Anda juga harus mempertimbangkan kemungkinan akibat dari tawaran Anda itu terhadap pandangan yang mungkin muncul dari pihak atau para pelaku politik lain terhadap Anda.

■ *Ancam, Jangan Kasih Hati!*

Kalau semua kiat-kiat di atas dan kiat-kiat lainnya ternyata tidak mempan lagi, mungkin memang anda terpaksa harus sedikit mengancam politisi yang anda lobi, misalnya, dengan menarik dukungan anda dan warga pemilih, atau tidak akan mendukung kampanye mereka nanti.

Tetapi kiat ini hanya bisa Anda lakukan, tentu saja, jika Anda memang memiliki basis massa pendukung yang kuat. Jika tidak, ancaman Anda akan dipandang sebelah mata oleh mereka. Jika memang Anda tidak punya dukungan basis massa yang kuat, lebih baik Anda jangan melakukan kiat ini, sebaiknya Anda hemat tenaga dan memusatkan perhatian pada pencapaian sasaran-sasaran lobi Anda.



LANGKAH 3

MEMBENTUK PENDAPAT UMUM

Pada jalur yang ketiga dari pelaksanaan kerja-kerja advokasi (yakni proses-proses sosialiasi dan mobilisasi), bentuk-bentuk kegiatannya agak berbeda dengan jalur pertama (proses-proses legislasi dan litigasi) atau jalur kedua (proses-proses politik dan birokrasi) tadi. Kegiatan-kegiatan yang harus dilakukan di jalur ini justru lebih banyak ditujukan pada masyarakat luas. Salah satunya adalah upaya membentuk pendapat umum masyarakat agar memahami dan kemudian mendukung isu yang kita advokasikan.

Sebenarnya, ada banyak cara untuk membentuk dan menggalang pendapat umum masyarakat tentang suatu hal atau isu tertentu. Cara yang paling lazim dikenal dan digunakan selama ini adalah memanfaatkan media massa sebagai saluran kampanye. Masalahnya dengan cara ini adalah karena hasil dan dampaknya nyaris tak dapat dikendalikan sama sekali. Sekarang kita patut mempertanyakan: apakah memang benar pendapat umum masyarakat luas selama ini terbentuk oleh

gemuruh kampanye melalui media massa? Bagaimana membuktikan kebenarannya? Bahwa masyarakat menjadi tahu tentang isu yang dikampanyekan, memang tak dapat dibantah. Tetapi, apakah mereka benar-benar berubah sikap dan pandangan, lalu bersedia mengambil tindakan sesuai yang dianjurkan dalam kampanye lewat media-massa tersebut, masih merupakan tanda-tanya besar.

Karena itu, mungkin kita memang mulai perlu mencoba bentuk-bentuk, cara-cara, dan saluran-saluran media kampanye pembentukan pendapat (sekaligus sikap dan tindakan) umum masyarakat luas yang lebih jelas dapat diketahui dan dikendalikan hasil dan dampaknya. Misalnya, bentuk-bentuk '*micro-media*' dengan kelompok sasaran yang lebih jelas, tidak anonim sama sekali, dan cakupan wilayah yang terbatas dan tertentu. Bentuk-bentuk media mikro semacam itu bisa saja wujud fisiknya tidak berbeda dengan media-massa besar yang ada selama ini, tetapi secara hakiki berbeda dalam rancangan tujuan, gagasan dasar, dan motivasinya. Contoh, sistem radio atau televisi komunitas, koran-koran tematik lokal, bentuk-bentuk seni pertunjukan rakyat, dan sebagainya. Selain hasil dan dampaknya mudah untuk dikendalikan dan diketahui secara langsung, kelebihan lain dari media-media mikro lokal ini adalah kemungkinannya untuk juga melibatkan sepenuhnya peran-serta aktif masyarakat setempat sendiri. Mereka dapat merancang dan memproduksinya sendiri, bahkan juga memilikinya sekaligus dengan kendali penuh!

Kelebihan lainnya, tentu saja, adalah biayanya yang nisbi jauh lebih murah. Coba saja Anda bayangkan dan bandingkan, satu tayangan singkat (umumnya hanya sekitar 2-3 menit saja paling lama) iklan layanan masyarakat di satu jaringan televisi komersial nasional, misalnya, menghabiskan biaya sampai ratusan juta rupiah. Biaya sebesar itu dapat dipakai untuk membangun prasarana dan sarana lengkap satu sistem siaran televisi komunitas lokal yang permanen. Apalagi untuk membangun sistem radio komunitas, biaya sebesar itu dapat menghasilkan sekitar 20-30 stasiun permanen.

Ada banyak orang yang menyanggah gagasan semacam ini dengan mempersoalkan keterbatasan jangkauan dari media-

media mikro lokal semacam itu. Tetapi, kita harus kembali ke pertanyaan yang paling mendasar: untuk apa dan untuk siapa sebenarnya suatu kampanye pendapat umum dalam rangka advokasi? Pertanyaan ini menjadi penting jika dikaitkan dengan advokasi isu kesehatan masyarakat pada tingkat kabupaten atau kota tertentu yang digagas di sini. Jika cakupan wilayahnya memang hanya sebatas satu kabupaten atau kota saja, mengapa harus menggunakan jaringan media-massa nasional yang sangat mahal?

Meskipun demikian, tidak berarti bahwa Anda dianjurkan untuk tidak memanfaatkan sama sekali saluran atau jaringan media-massa berskala besar dan luas. Tetapi, manfaatkan sebatas yang memang Anda butuhkan saja. Menyelenggarakan konferensi-konferensi pers agar diliput oleh jaringan media massa besar tersebut, atau sekadar mengirimkan siaran-siaran pers Anda agar mereka siarkan, masih dapat Anda tempuh. Selebihnya, lebih baik anda mengoptimalkan sumberdaya Anda yang sangat terbatas dengan memanfaatkan media-media mikro lokal.



PRINSIP-PRINSIP

- Jangan berharap berlebihan pada media massa, sesuaikan harapan anda dengan kapasitas terbaik yang mereka miliki.
- Bangun hubungan kerjasama dengan pihak media dalam keadaan setara. Jangan biarkan mereka mendikte anda, dan sebaliknya.
- Kembangkan hubungan kerjasama itu tidak hanya sebatas pada kegiatan pemberitaan dan kampanye saja. Jika Anda berhasil mengajak dan menarik mereka menjadi bagian dari tim advokasi Anda, itu sungguh menguntungkan.
- Perhatikan juga aspek-aspek hubungan personal dengan berbagai kalangan media. Ingat, mereka juga manusia biasa dan warga negara yang berkepentingan dengan isu kesehatan masyarakat yang Anda advokasikan.
- Sebaiknya gagaskan rencana untuk menimba semua ilmu dan ketrampilan mereka sehingga, suatu waktu kelak, Anda dapat membangun sendiri sistem media kampanye Anda yang jauh lebih baik.



LANGKAH-LANGKAH POKOK MEMILIH & MENGGUNAKAN MEDIA MIKRO LOKAL UNTUK KAMPANYE PENDAPAT UMUM

- (1) Kumpulkan dulu sebanyak mungkin data dan informasi untuk mengidentifikasi bentuk-bentuk dan jenis-jenis media mikro lokal apa saja yang tersedia di daerah advokasi Anda.
- (2) Pelajari dengan cermat karakteristik setiap media tersebut: ciri khas pemberitaannya; kelompok utama pembaca, pemirsa, atau pendengarnya; reputasi akurasi pemberitaannya selama ini; jika perlu juga kecenderungan ideologi sosial pengelolanya, khususnya dalam isu-isu kesehatan masyarakat atau isu-isu yang akan Anda advokasikan.
- (3) Berdasarkan semua data tersebut, pilih dan tetapkan mana di antara media itu yang paling sesuai atau mendekati visi dan misi advokasi Anda. Lebih baik memilih satu atau dua saja media yang benar-benar sesuai dengan Anda daripada memilih semuanya yang tidak terlalu meyakinkan.
- (4) Mulai melakukan kontak-kontak awal dengan pemilik, pengelola, dan para wartawan dari berbagai media tersebut. Mulailah mendekati mereka untuk membangun hubungan kerjasama yang saling menguntungkan. Pada tahap awal, mungkin Anda harus mengalah dulu pada cara dan gaya pemberitaan mereka. Nanti, setelah beberapa kali bekerjasama dan hubungan dengan mereka mulai lebih dekat, Anda mulai mempengaruhi mereka agar bersedia juga menempuh cara & gaya pemberitaan yang Anda inginkan.
- (5) Jika kerjasama dengan mereka berlanjut terus sampai ke tingkat yang lebih permanen dan programatik, sebaiknya Anda menyiapkan konsep kerjasama yang lebih sistematis dan semuanya secara tertulis.
- (6) Lakukan evaluasi bersama tentang hasil dan dampak pemberitaan atau kampanye Anda yang mereka beritakan. Sebaiknya Anda yang melakukan pemantauan hasil dan dampak tersebut, dan sampaikan hasilnya kepada mereka. Jadi, bukan sebaliknya. Jika perlu, minta pihak ketiga yang independen untuk melakukan pemantauan dan evaluasi ini.
- (7) Langkah-langkah yang sama juga Anda lakukan pada jenis-jenis media lain yang Anda gunakan, misalnya, kelompok-kelompok seni pertunjukan rakyat setempat. Hasil dan dampaknya dapat Anda jadikan perbandingan dengan hasil dan dampak media massa lokal tadi.
- (8) Sampai tingkat tertentu, Anda sebaiknya mulai mengajak mereka menjadi bagian dari tim advokasi Anda, misalnya, dalam kelompok kerja media kampanye.



Kasus 20

MENGUBAH SIKAP & PERILAKU?

“Tak kenal maka tak sayang”, pepatah inilah yang sering menjadi semacam “keyakinan” bagi para perancang kampanye. Semakin tinggi frekuensi penyampaian suatu pesan, dan semakin luas penyebarannya, maka semakin besar pengaruhnya terhadap perubahan perilaku di masyarakat. Maka segala upaya dilakukan untuk menyebarluaskan pesan, termasuk bagaimana memanfaatkan media massa yang memungkinkan gaungnya lebih meluas.

Pendekatan ini antara lain dilakukan di satu kabupaten di Jawa Barat, untuk mempromosikan program partisipasi masyarakat guna mencegah kematian ibu-ibu melahirkan dan bayinya. Promosi program ini dilakukan secara *above the line* dan *below the line*. Serangkaian iklan layanan masyarakat dibintangi oleh seorang penyanyi dangdut terkenal, ditayangkan di hampir semua stasiun televisi nasional, radio lokal dan nasional. Berbagai kegiatan promosi dilakukan di daerah-daerah, seperti lomba karaoke lagu tema program tersebut, dengan hadiah tropi dari sang penyanyi dangdut yang membintangi iklan tersebut. Tablig Akbar dengan mengundang seorang da'i kondang pun digelar untuk menarik perhatian masyarakat. Ribuan poster, leaflet, kalender, dan berbagai macam materi promosi diproduksi dan disebarluaskan.

Semua kegiatan promosi tersebut pastinya menghabiskan dana yang cukup besar, dan program itu sukses dikenal oleh masyarakat, bukan hanya di kabupaten yang menjadi sasaran, melainkan juga

hampir di seluruh Indonesia. Tentu saja promosi yang demikian gencar berhasil meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang program partisipasi untuk mencegah kematian ibu dan bayi, namun kemampuannya untuk mengubah perilaku masyarakat masih harus dipertanyakan, jika tidak didukung dengan strategi pendidikan dan pengorganisasian secara langsung oleh masyarakat itu sendiri. Dana cukup besar yang dikucurkan untuk promosi itu tidak seimbang dengan dana yang dikeluarkan untuk kegiatan pendidikan dan pengorganisasian masyarakat.

Dan, apakah memang benar tingkat kematian ibu-ibu melahirkan dan bayi di kabupaten yang bersangkutan menurun akibat kampanye massif dan mahal tersebut? Belum ada data apapun yang mampu membuktikannya. Kalaupun ada penurunan, apakah memang hasil dari kampanye tersebut, atautkah sebenarnya akibat dari hal-hal yang lain?

Maka, pelajaran yang dapat diambil dari kasus ini adalah:

- Kampanye membangun pendapat umum masyarakat memerlukan rancangan yang terpadu, melalui berbagai macam bentuk yang kreatif dan dilakukan secara kontinyu.
- Membangun pendapat (apalagi perubahan sikap dan perilaku) masyarakat tidak dapat disamakan dengan “menjual” konsep perubahan perilaku seperti mempromosikan barang konsumsi.
- Membangun pendapat dalam upaya perubahan perilaku masyarakat lebih mendasar dilakukan sebagai bagian dari proses-proses pendidikan dan pengorganisasian masyarakat.
- Promosi dengan menggunakan media televisi berskala nasional memang memiliki jangkauan luas, namun menghabiskan dana yang jauh lebih besar daripada kegiatan yang seharusnya dapat dikelola oleh masyarakat sendiri.

■ Pemilihan artis sebagai bintang iklan layanan masyarakat di satu sisi mampu membuat iklan ini cepat diingat oleh masyarakat dan membuat artis tersebut menjadi lebih terkenal, namun di sisi lain isi pesan menjadi terlupakan.



Kasus 21
**EFEKTIVITAS MEDIA
LOKAL DALAM
PROSES
REKONSILIASI
SOSIAL**

Ketika kerusuhan sosial besar di Maluku melanda Kepulauan Kei di Maluku Tenggara, pada bulan April dan Juni 1999, arus pemberitaan di daerah itu berhenti sama sekali. Salah satu sebabnya adalah karena masyarakat setempat memang sengaja bersepakat menghentikan semua distribusi koran terbitan Jakarta dan Ambon yang, menurut mereka, saat itu justru lebih memperparah situasi karena hanya memberitakan peristiwa-peristiwa kekerasan, bentrokan, dan hasutan-hasutan saja.

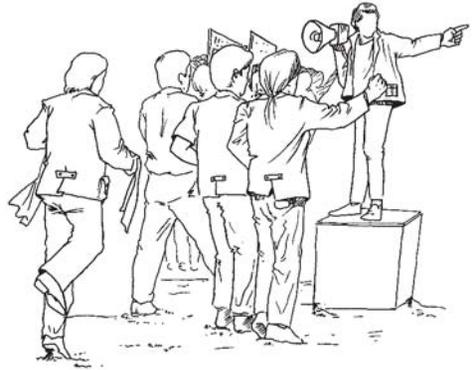
Di tengah keadaan tersebut, tiba-tiba muncullah Radio Republik Indonesia (RRI) Stasiun Pratama Tual sebagai satu-satunya media massa yang aktif menyiarkan berita-berita lokal setiap harinya. tetapi berbeda dengan semua media-massa lain di tingkat propinsi dan nasional, RRI Tual justru menyiarkan peristiwa-peristiwa saling membantu di antara berbagai kelompok masyarakat yang berbeda agama dan suku disana. Bukannya menyiarkan pendapat para pakar dan pengamat seperti yang lazim selama ini, RRI Tual justru menyiarkan wawancara dengan para korban kekerasan, pengungsi, dan orang awam kebanyakan

tentang harapan-harapan mereka akan perdamaian dan ketenangan hidup, kerukunan antar sesama, dan pendapat mereka yang tidak mempercayai bahwa kerusuhan dan konflik yang terjadi adalah karena alasan perbedaan agama dan suku.

Bersama dengan upaya-upaya rekonsiliasi sosial yang diprakarsai oleh pemuka adat Kei, RRI Tual menjadi corong utama proses-proses rekonsiliasi tersebut yang akhirnya berhasil menciptakan perdamaian menetap pada awal tahun 2000.

Seperti juga halnya proses-proses rekonsiliasi sosial yang berhasil sebagai hasil kerja keras masyarakat setempat, tanpa campur-tangan pemerintah, aparat keamanan, dan organisasi-organisasi kemanusiaan internasional, semua program RRI Tual tersebut juga adalah hasil prakarsa dan daya-cipta para staf dan wartawan lokal mereka sendiri, dibantu oleh beberapa ORNOP setempat, khususnya Yayasan Nen Mas Il dari Jaringan Baileo Maluku.

Sampai sekarang pun, RRI Tual menjadi teladan media lokal yang sangat efektif menggalang pendapat, sekaligus mengubah pandangan, sikap, dan perilaku masyarakat sekitarnya. Media lokal ini telah menjadi media advokasi efektif oleh masyarakat Kei mendesak beberapa perubahan kebijakan pemerintah daerah. Dan, untuk itu semua, RRI Tual pernah mendapat penghargaan nasional dari Komunitas Televisi & Radio Publik Indonesia.



LANGKAH 4

MELANCARKAN TEKANAN MELALUI AKSI MASSA

Masih pada jalur yang ketiga dari pelaksanaan kerja-kerja advokasi (yakni proses-proses sosialisasi dan mobilisasi), bentuk lain kegiatannya adalah mengorganisir kelompok-kelompok masyarakat basis pendukung isu yang diadvokasikan. Tentu saja, kelompok-kelompok masyarakat basis ini sebaiknya memang mereka yang paling berkepentingan langsung dengan isu yang diadvokasikan tersebut, misalnya, para korban ketidakadilan dari kebijakan-kebijakan yang ada selama ini, termasuk kebijakan di sektor kesehatan.

Dalam hal ini, banyak cara untuk melakukannya. Mulai dari yang paling sederhana, tetapi sangat artifisial, yakni dengan mengajak mereka bergerak bersama melakukan sesuatu karena 'dorongan dari luar' (misalnya, insentif uang, atau janji-janji tertentu, atau perintah kekuasaan, dan sebagainya). Tetapi, yang paling mendasar adalah jika mereka akhirnya bergerak sepenuhnya karena 'dorongan dari dalam' diri mereka sendiri (pemahaman mendalam dan kesadaran baru akan persoalan yang mereka hadapi, suara hati nurani mereka menyatakan

ketidaksetujuan pada ketidakadilan yang terjadi, dan semacamnya).

Jelas sekali, ada perbedaan tegas antara kedua cara tersebut. Cara yang pertama lebih mudah dan lebih cepat, sementara yang kedua lama sulit dan lebih lama. Tetapi, jika Anda benar-benar bermaksud menggerakkan aksi masyarakat menuntut perubahan kebijakan publik yang sesungguhnya, maka tak ada pilihan lain kecuali menempuh cara yang kedua. Dan, kuncinya adalah pada proses-proses pendidikan kerakyatan dan pengorganisasian yang panjang dan rumit. Masalahnya memang jika kebutuhan melakukan advokasi segera harus dilaksanakan, padahal Anda sendiri belum pernah melakukan proses-proses pendidikan kerakyatan dan pengorganisasian tersebut. Maka, dalam hal ini, hanya ada satu jalan yang dapat Anda tempuh: galang kerjasama dengan kelompok-kelompok masyarakat basis yang memang sudah terorganisir rapih dan pejal selama ini. Untuk itu, Anda harus mematuhi beberapa prinsip dasar dan langkah-langkah yang tepat dan penuh waspada, jika Anda memang tidak ingin justru menjadi sasaran-balik kecurigaan, atau bahkan kemarahan mereka.



PRINSIP-PRINSIP

- Jangan datang mendekati mereka dengan janji-janji muluk, tetapi lebih dengan kekuatan gagasan dan kesamaan pandangan tentang isu yang diadvokasikan.
- Mulai dari apa yang mereka butuhkan, apa yang mereka punya, dan apa yang mereka ketahui. Jangan berlagak 'sok tahu', 'sok pintar', apalagi 'sok kuasa'.
- Buktikan ketulusan niat dan tujuan-tujuan Anda sendiri dengan tindakan-tindakan nyata, bahwa Anda memang mampu memberikan sumbangsih nyata (dalam bentuk sekecil apapun), dan bahwa Anda pun siap menanggung resiko bersama dengan mereka.
- Tempatkan diri Anda lebih sebagai 'kawan' mereka, dan biarkan mereka sendiri yang 'memimpin' diri mereka sendiri.
- Gunakan cara-cara atau mekanisme kerja yang sudah mereka kenal. Jangan memaksakan struktur yang masih terlalu asing bagi mereka.



LANGKAH-LANGKAH POKOK MENGALANG KERJASAMA DENGAN KELOMPOK- KELOMPOK MASYARAKAT TERORGANISIR UNTUK MELAKUKAN AKSI MASSA

- (1) Kumpulkan dulu sebanyak mungkin data dan informasi untuk mengidentifikasi secara tepat kelompok-kelompok masyarakat yang memang telah terorganisir rapih dan pejal selama ini atas 'dorongan-dorongan dari dalam' diri mereka sendiri.
- (2) Pelajari dengan cermat apakah kelompok masyarakat yang terorganisir itu memang memiliki kepentingan langsung dengan isu yang Anda advokasikan.
- (3) Petakan dengan teliti kekuatan-kekuatan dan pola-pola hubungan sosial dalam kelompok masyarakat tersebut, sehingga Anda benar-benar mengetahui siapa saja sebenarnya di antara mereka yang merupakan 'pemimpin sejati' (bukan pemimpin formal yang tampak dipermukaan saja). Juga siapa saja di antara mereka yang sangat potensial sebagai 'penggerak' mereka.
- (4) Mulailah mendekati mereka melalui orang-orang kunci tersebut. Anda harus berusaha sedemikian rupa merebut kepercayaan mereka atas diri dan maksud-maksud Anda. Tunjukkan dengan bukti-bukti nyata bahwa kepentingan Anda sendiri memang tidak bertentangan dengan kepentingan mereka.
- (5) Mulai dengan perkenalan diri dan maksud Anda dengan hal-hal yang paling menarik perhatian mereka, baru secara perlahan dan bertahap masuk ke dalam inti persoalan atau isu yang Anda advokasikan.
- (6) Jika semuanya berjalan cukup lancar, barulah bahas dan sepakati dengan mereka apa yang mestinya dilakukan bersama terhadap isu yang Anda advokasikan, termasuk kemungkinan cara-cara pengerahan aksi massa. Dalam hal ini, Anda sebaiknya tetap menempatkan diri sebagai fasilitator, kawan diskusi, bukan pemimpin atau guru. Kemungkinan peran terbaik adalah menyediakan sebanyak mungkin informasi yang sangat mereka butuhkan, atau akses ke pusat-pusat informasi dan jaringan kerja yang dapat membantu mereka.
- (7) Selanjutnya, biarkanlah mereka sendiri yang memutuskan semua: apa yang akan dan harus mereka lakukan, termasuk melakukan aksi massa jika mereka memang menghendaknya. Peran terbaik Anda, sekali lagi, hanyalah sebagai penyedia bahan informasi yang berguna bagi mereka sebagai bahan-dasar atau bahan-banding dalam membuat keputusan mereka sendiri.



Kasus 22

HAMPIR SALAH SASARAN

Tahun 2002, Aliansi Perempuan Merangin (APM) di Jambi, menghadapi masalah akses pelayanan kesehatan. Satu-satunya PUSKESMAS yang ada di sana sering mengecewakan mereka. Dokter dan bidan yang bertugas sering tidak ada di tempat. Kekecewaan mereka kian memuncak dan akhirnya mereka berencana melakukan aksi-unjuk rasa ke PUSKESMAS tersebut.

Berbagai persiapan pun mereka lakukan. Mereka membagi tugas menjadi tim-tim kecil; ada yang bertugas untuk melakukan lobi, ada yang bertugas untuk mengerahkan massa; dan ada tim yang bertugas menyiapkan tuntutan. Persiapan untuk bergerak pun sudah selesai, tinggal menunggu kesepakatan waktunya, karena menunggu Tim Inti yang kebutuhan sedang mengikuti pertemuan di Kota Jambi.

Kebetulan, saat itu yang memfasilitasi proses pertemuan akhir persiapan aksi mereka adalah seorang fasilitator dari INSIST, Yogyakarta. Setelah mendengar rencana ibu-ibu APM akan mengadakan aksi unjuk-rasa tersebut, sang fasilitator menanyakan: “Apa yang menjadi alasan ibu-ibu mendemo PUSKESMAS?”. Mereka menjawab: “Dokter dan bidan di sana sering tidak di tempat. Kami kecewa, sudah jauh-jauh datang, PUSKESMAS-nya malah tutup. Katanya, dokter dan bidan sulit menjangkau lokasi karena jalan ke desa ini rusak dan sulit dilalui, apa lagi jika musim hujan”. Sang fasilitator bertanya heran: “Lho, kalau yang jadi alasan dokter dan bidannya, kok PUSKESMAS-nya yang di demo? Jangan-jangan memang benar alasan dokter dan bidan itu, bahwa jalan ke sini rusak dan sulit. Nah, kalau ibu-ibu mendemo dokter

dan bidan itu, malah mereka nanti tambah alasan baru lagi untuk tidak datang sama sekali ke sini”.

Ibu-ibu itu mulai bingung, lalu bertanya balik: “Jadi, kalau begitu siapa yang harus kami demo? Padahal, kami semua sudah sudah ngumpul dan siap bergerak, tinggal menunggu utusan Tim Inti kami datang dari Jambi hari ini”.

“Wah, kalau begitu ditunda dulu”, kata sang fasilitator, “kalau diteruskan malah nanti bisa nggak jelas. Nah, sekarang coba pikirkan lagi sasarannya, jangan-jangan bukan dokter dan bidan di PUSKESMAS, tetapi karena persoalan jalan rusak menuju PUSKESMAS dan tidak adanya listrik yang membuat dokter dan bidan malas datang. Pokoknya, sekarang ibu-ibu kembali dan bahas kembali matang-matang. Kalau sudah mantap dan jelas, baru ibu-ibu bergerak”.

Akhirnya mereka bersepakat pulang ke kelompok masing-masing untuk membahas ulang sasaran aksi unjuk-rasa mereka. Beberapa hari kemudian, setelah sang fasilitator pulang ke Yogyakarta, mereka akhirnya memang melakukan aksi unjuk-rasa itu, tetapi mengubah sasaran demo bukan lagi ke PUSKESMAS, tetapi langsung ke Kantor Bupati dan Dinas Kesehatan Kabupaten Merangin. Sasaran yang mereka tuntut pun bukan lagi kehadiran dokter dan bidan di PUSKESMAS, tetapi perbaikan jalan dan listrik ke desa mereka!

Hasilnya, tuntutan mereka segera dipenuhi oleh pemerintah daerah. Sampai sekarang pun, pemerintah daerah selalu memperhatikan tuntutan-tuntutan dan

saran-saran mereka yang mulai berkembang dan meluas ke berbagai isu sosial lainnya, khususnya yang berkaitan dengan sistem pelayanan kesehatan masyarakat oleh pemerintah.

Sekarang, jika mereka ditanya soal pengalaman pertama mereka dulu melakukan aksi unjuk-rasa tersebut, komentar mereka sama: “Hampir salah sasaran, untung ada Mas Toto dari INSIST waktu itu!”.

Kasus ini, paling tidak mengandung beberapa pelajaran penting:

- Jika tidak memiliki mekanisme komunikasi yang tepat dengan masyarakat basis yang terorganisir, jangan sekali-kali melakukan pengerahan massa.
- Jika belum ada pesan-pesan tuntutan yang jelas dan dipahami oleh masyarakat, jangan terburu-buru mengerahkan masyarakat.
- Ingat, aksi unjuk-rasa bukan satu kegiatan yang berdiri sendiri, tetapi sebagai tekanan politik untuk mempercepat tercapainya tujuan advokasi.
- Analisis yang kuat sangat menentukan ketepatan sasaran pengerahan massa.
- Jangan lupa kemas pesan yang menarik agar mudah dipahami oleh siapapun juga.
- Jangan lupa siapkan tuntutan yang jelas, lugas, dan risalah kesepakatan tertulis saat berhadapan dengan pengambil kebijakan.

Modul 5

MEMBANGUN SISTEM
PENDUKUNG ADVOKASI
MASALAH KESEHATAN
MASYARAKAT



Kerja-kerja advokasi adalah proses yang sangat dinamis, bahkan konjungtural mengikuti birama dan gerak perubahan yang terjadi setiap saat sepanjang prosesnya. Suatu rancangan strategi advokasi yang telah disiapkan dengan cermat, bisa berubah di tengah jalan karena perubahan-perubahan keadaan dan situasi di lapangan memang menghendaknya. Keberhasilan suatu kerja advokasi adalah apabila semua unsur yang terlibat dapat mengikuti setiap tahapan proses perubahan yang terjadi, serta mampu mengantisipasi berbagai kemungkinan perubahan keadaan dan situasi yang menuntut perubahan strategi advokasi yang sedang dijalankan.

Berkaitan dengan kerja-kerja advokasi di atas, suatu hal yang perlu diperhatikan oleh tim kerja advokasi adalah menyiapkan, membangun dan mengelola sistem pendukungnya. Ini adalah bagian yang sangat menentukan, sebab sebaik dan secermat apapun rancangan strategi advokasi yang telah disiapkan, bisa saja tidak berarti apa-apa jika sistem pendukungnya tidak diperhatikan.

Modul 5 ini adalah khusus mengenai sistem pendukung kerja-kerja advokasi tersebut. Modul 5 ini akan menjelaskan mengapa dan bagaimana sistem pendukung diperlukan, dan bagaimana keterkaitannya dengan setiap tahapan kerja advokasi, serta piranti-piranti apa saja yang diperlukan agar sistem pendukung yang dibangun dapat bekerja dengan baik.

Sistem pendukung dalam kerja-kerja advokasi yang dimaksudkan adalah serangkaian kegiatan pengelolaan dan pengorganisasian dukungan yang efektif dan efisien, sehingga menjamin kelancaran kerja-kerja tim advokasi. Berdasarkan pengalaman selama ini, secara garis besar, sistem pendukung yang diperlukan bagi kerja-kerja advokasi dapat dikelompokkan sebagai berikut :

1. Kesekretariatan wilayah, yang meliputi penentuan dan pemilihan kesekretariatan, mempersiapkan sarana kerja sekretariat, dan pengelolaan kegiatan kesekretariatan sebagai pusat koordinasi seluruh proses advokasi.

2. Sistem Pendukung-Informasi dan Pangkalan data, mencakup; pencarian, penghimpunan, pengolahan dan pemeliharaan data, serta pendistribusian data untuk mendukung kerja-kerja advokasi

3. Sistem Pendukung-Media; Penyediaan berbagai bahan-bahan dan media kreatif untuk pendidikan dan pelatihan, kampanye dan aksi-aksi langsung, bahkan juga untuk keperluan lobi,dll

4. Sistem Pendukung-Jaringan; memetakan, melakukan dan memelihara hubungan kerja dengan pihak-pihak yang dapat memberikan kontribusi untuk mendukung kerja advokasi;

5. Sistem Pendukung-Pengembangan Kapasitas (*Capacity Building*); Pengembangan kemampuan sumberdaya manusia dan organisasi untuk kerja-kerja advokasi. Pengembangan kapasitas yg dimaksud di sini : meliputi merancang dan menyelenggarakan proses-proses pendidikan dan pelatihan, mentransformasikan dan meningkatkan kemampuan SDM dan organisasi dengan berbagai kemampuan yang dibutuhkan: database, kerja media, ketrampilan penggalangan dan lain-lain. bagi warga atau anggota dan organisasi mereka untuk kerja-kerja advokasi

6. Sistem Pendukung-Penggalangan dan Pengelolaan Dana dari masyarakat dan berbagai pihak lainnya untuk mendukung kerja-kerja dan gerakan advokasi.

Ada banyak cara dan metode untuk menyiapkan sistem pendukung yang selama ini dilakukan oleh tim-tim kerja advokasi. Petunjuk dan penjelasan di bawah ini dapat membantu tim kerja advokasi dalam mempersiapkan dan membangun sistem pendukung di masing-masing wilayah. Oleh karena itu, untuk mempermudah memahaminya, setiap penjelasan dilengkapi dengan prinsip-prinsip, langkah-langkah penyusunannya serta contoh-contoh kasus dari setiap bentuk sistem dukungan yang akan dikembangkan. Namun demikian, sebaiknya untuk memperkaya proses pembelajaran, setiap pengguna modul ini diharapkan dapat melengkapinya sendiri berdasarkan pengalaman-pengalaman riil yang terjadi di wilayahnya masing-masing.



LANGKAH 1

MENYIAPKAN SEKRETARIAT KERJA TIM ADVOKASI

Anda mungkin berpikir bahwa penyiapan kesekretariatan wilayah untuk mendukung kerja advokasi sama dengan menyiapkan satu bangunan besar, yang lengkap dengan ruang pertemuan dan ruang kerja, dengan segenap sarana yang membuat setiap orang betah bekerja di dalamnya. Atau, Anda juga sedang berpikir menyiapkan sebuah tempat permanen yang membuat setiap orang dapat dengan mudah datang dan mengunjunginya.

Padahal, kesekretariatan wilayah untuk mendukung kerja-kerja advokasi tidak selamanya seperti yang Anda pikirkan itu. Kesekretariatan wilayah kerja advokasi pada dasarnya merupakan '*ad hoc-cra*' yang tidak harus memerlukan tempat permanen, bahkan jika perlu berpindah-pindah mengikuti proses-proses yang terjadi di setiap tahapan advokasi. Namun, dalam pengelolaannya, ada beberapa prinsip yang sama dengan pengelolaan kesekretariatan secara umum, yaitu adanya pengelolaan fasilitas kesekretariatan (orang, tempat, piranti pendukung, dan lain-lain) serta kegiatan kesekretariatannya (administrasi, surat-menyurat, keuangan, dan lain-lain).

Sebagai bagian dari sistem pendukung kerja advokasi, posisi sekretariat wilayah sebaiknya hanya diketahui oleh Tim Inti dan kelompok-kelompok pendukung utama (aliansi strategis yang berada dalam lingkaran inti lapisan pertama). Jadi, tidak semua orang yang terlibat dalam kerja-kerja advokasi perlu tahu dimana kedudukan sekretariat wilayah advokasi Anda. Lantas, bagaimana cara mempersiapkan, mengelola, dan apa saja kriteria yang menentukan layak atau tidaknya satu sekretariat wilayah kerja advokasi ?



PRINSIP-PRINSIP

Sebagai sistem pendukung, sekretariat kerja dari satu jaringan organisasi advokasi hendaknya dibangun dan dikelola sesuai dengan kebutuhan kerja-kerja advokasi itu sendiri. Beberapa prinsip dasar yang harus diperhatikan, yaitu:

- Penempatannya harus strategis dan dapat mendukung kerja-kerja advokasi.
- Pengolaannya harus cukup pegas, bergantung kepada situasi dan kondisi wilayah.
- Sekretariat kerja advokasi *bukan* kantor resmi seperti layaknya kantor ORNOP atau organisasi-organisasi permanen lainnya. Sekretariat kerja advokasi tidak membutuhkan 'papan nama, alamat lengkap maupun atribut-atribut lainnya'. Sekretariat kerja advokasi merupakan 'markas' untuk mendiskusikan dan menyusun strategi, sehingga tidak boleh diketahui oleh (sembarang) orang, kecuali Tim Inti dan lingkaran dalam jaringan organisasi advokasi Anda.
- Mampu mendukung kebutuhan data dan informasi secara tepat dan cepat, baik untuk kebutuhan internal maupun jaringan kerja advokasi.
- Tetapi, pengelolaannya harus terbuka dan bertanggungjawab (*transparent and accountable*) terutama dalam pengelolaan dana dan penyajian data/informasi.



LANGKAH-LANGKAH PENYIAPAN SEKRETARIAT KERJA ADVOKASI

Tetapkan Posisi dan Penempatan Kesekretariatan Wilayah

- Tentukan peran, fungsi-fungsi dan tugas-tugas pokok Kesekretariatan Wilayah untuk kerja-kerja advokasi
- Diskusikan secara bersama-sama dimana dan bagaimana sebaiknya kesekretariatan wilayah ditempatkan sehingga cukup efektif untuk mendukung kerja-kerja advokasi!
- Tetapkan struktur, desain organisasi, tata-kelola dan mekanisme kerja kesekretariatan untuk mendukung kerja-kerja advokasi
- Menentukan Kebutuhan Logistik (prasarana dan sarana) kesekretariatan untuk mendukung kerja-kerja advokasi
- Identifikasikan kebutuhan-kebutuhan logistik minimal apa saja yang harus ada agar kesekretariatan wilayah dapat menjalankan peran dan fungsinya!
- Lakukan usaha-usaha pengadaannya secara bersama, dan optimalkan sumberdaya setempat
- Koordinasikan penyusunan jadwal kerja-kerja advokasi secara keseluruhan untuk mengatur dukungan secara tepat

Menentukan Koordinator/Penanggungjawab Tim Sekretariat

- Diskusikan bagaimana menentukan kriteria dan memilih koordinator tim sekretariat yang diharapkan dapat menjalankan peran dan fungsinya dalam mendukung kerja-kerja advokasi.
- Lakukan seleksi atas calon koordinator berdasarkan kriteria yang telah disepakati, sehingga benar-benar mendapatkan tenaga koordinator yang mampu menjalankan peran, fungsi dan tugas-tugas pokok kesekretariatan, tepat dan cocok untuk mengelola dan mengembangkan sistem pendukung kesekretariatan untuk kerja-kerja advokasi

Menentukan Tim Pendukung Sekretariat

- Lakukan seleksi dan tentukan tim pendukung sekretariat yang sebaiknya hanya 3-4 orang; masing-masing dari mereka dibagi perannya sesuai dengan kebutuhan yg telah ditetapkan bersama
- Tetapkan pembagian kerja, siapa yang harus bertanggungjawab terhadap data/informasi, siapa yang harus menjalankan peran sebagai penghubung ke jaringan kerja, siapa yang harus menangani administrasi dan surat-menyurat, serta siapa yang harus bertanggungjawab mengelola administrasi keuangan!

Monitoring/refleksi dan evaluasi sebagai bagian dari proses pembelajaran bersama

- Tetapkan indikator penampilan kerja /kinerja (performance indikator) terpenting dari kerja-kerja advokasi dan mana-mana yang dapat digunakan sebagai dasar penetapan indikator kinerja kesekretariatan.
- Lakukan monitoring/refleksi bersama secara berkala (bulanan,tiga bulanan) atas pelaksanaan kegiatan yang telah dilakukan untuk melakukan koreksi/perbaikan atas kegiatan sedlanjutnya.
- Lakukan evaluasi terhadap kinerja sekretariat secara berkala (setiap 6 bulanan/ tahunan?).



Kasus 23

KEGAGALAN MENGELOLA SEKRETARIAT

Ada banyak contoh kasus di mana banyak lembaga-lembaga non-pemerintah yang menangani isu advokasi mengalami kegagalan. Apa penyebab dari kegagalan itu semua ? Mereka seringkali lupa, atau karena terlalu bersemangat, sehingga tak tanggung-tanggung di depan kantornya pun di buat papan nama mencorong 'Lembaga Advokasi X', misalnya.

Itu saja belum cukup! Setiap melakukan konferensi pers, nama lembaganya pun dipublikasikan sebagai lembaga advokasi. Orang-orang yang mengelola lembaga pun silih berganti sibuk menampilkan dirinya di depan umum dan bersuara lantang; "Kami melakukan advokasi untuk kepentingan rakyat". Saking semangatnya, semua strategi dibebankan di depan umum. Banyak dari mereka tidak menyadari dengan cara dan gaya yang mereka lakukan itu telah membuka jalan untuk menguburkan dirinya sendiri.

Anda bisa bayangkan jika yang diadvokasi adalah lawan yang memiliki kekuatan yang jauh lebih kuat dan kuasa, maka dengan mudah mereka akan menghancurkan 'markas kita', baik melalui teror maupun tindakan-tindakan kekerasan lainnya. Mereka bisa saja tidak langsung menggunakan tangan kekuasaannya untuk menghancurkan gerakan advokasi. Mereka bisa saja meminjam tangan-tangan preman atau juga masyarakat yang tidak setuju.

Anda bisa mengingat-ingat sendiri di tempat Anda atau di tempat lain, lembaga-lembaga yang menamakan dirinya lembaga advokasi, sekretariatnya di rusak massa dan orang-orangnya digebuki preman atau keberadaannya ditolak oleh masyarakat.

Jika demikian hasilnya, berarti kita telah gagal total mengelola kerja-kerja advokasi.



LANGKAH 2

MEMBANGUN SISTEM INFORMASI & PANGKALAN DATA

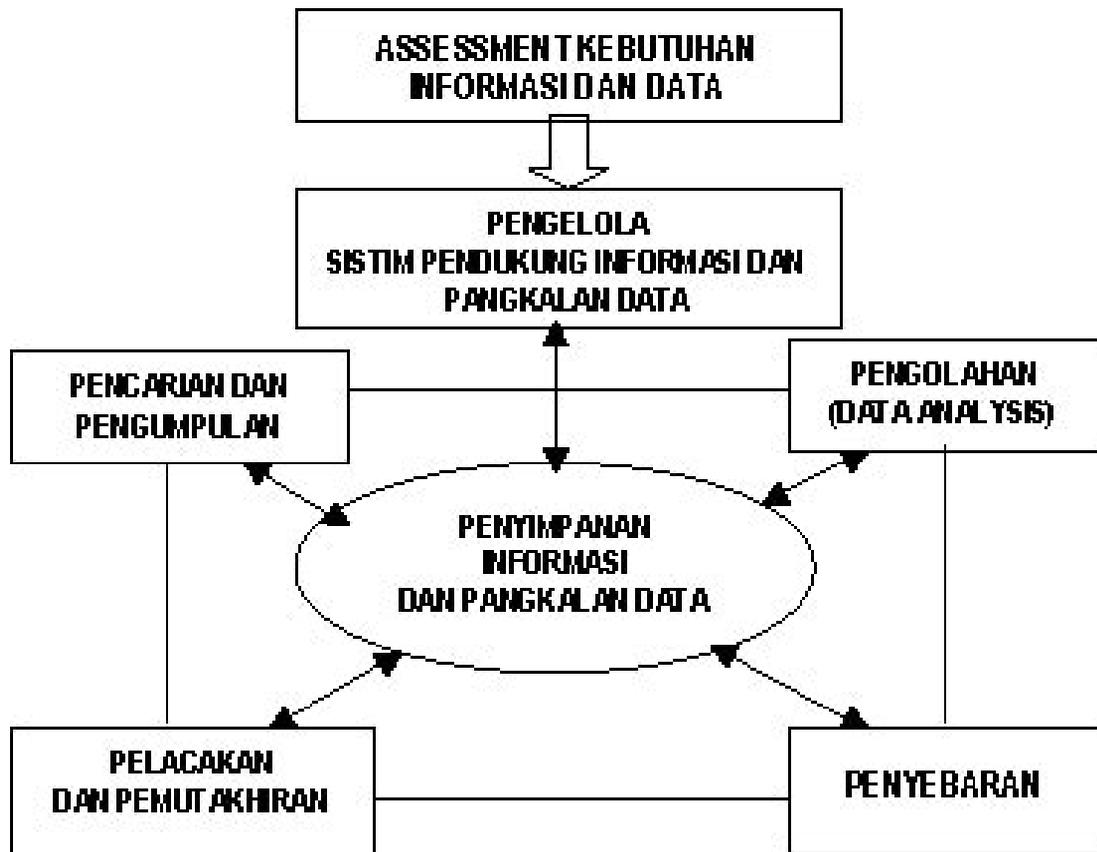
Mengolah data dan mengemas informasi merupakan bagian penting dari sistem pendukung kerja advokasi. Tujuannya adalah untuk mengumpulkan sebanyak mungkin data yang dapat diolah menjadi informasi yang diperlukan untuk mendukung semua kegiatan lain dalam proses advokasi. Misalnya, dalam rangka memilih dan merumuskan isu strategis; sebagai bahan proses legislasi; untuk keperluan lobi dan kampanye; dan sebagainya.

Dengan demikian semua data dan informasi yang berhasil dikumpulkan, perlu dikemas sedemikian rupa untuk berbagai keperluan praktis tersebut. Data dan informasi yang sama, jika dipergunakan untuk keperluan melobi pejabat pemerintah, misalnya, tentu saja memerlukan kemasan dan penyajian yang berbeda jika digunakan untuk keperluan menggalang dukungan langsung dan aktif dari berbagai pihak sebagai calon sekutu potensial, atau jika digunakan untuk keperluan kampanye pembentukan pendapat umum.

Dalam banyak kasus kerja-kerja advokasi selama ini, sering kali tim advokasi menjadi lemah saat berargumentasi dengan pengambil kebijakan, karena tidak di dukung oleh data dan informasi yang akurat. Itulah sebabnya tim advokasi sering dituduh oleh pihak lawan sebagai ‘provokator’, ‘asal ngomong’ dan tudingan-tudingan miring lainnya. Bahkan tidak jarang tim advokasi kemudian mendapat gugatan balik dari pihak yang diadvokasi.

Banyak lembaga-lembaga non-pemerintah yang lemah dalam menyajikan data pendukung. Oleh sebab itu, kerjasama dengan lembaga-lembaga riset atau perguruan tinggi menjadi sangat penting untuk membantu menunjang data yang diperlukan dalam mendukung kerja-kerja advokasi.

BAGAN KERANGKA KERJA SISTIM PENDUKUNG INFORMASI DAN PANGKALAN DATA





PRINSIP-PRINSIP

Sistem informasi dan pangkalan data dari satu organisasi atau jaringan kerja advokasi, hendaknya dibangun dan dikelola sesuai dengan kebutuhan kerja-kerja advokasi. Ada beberapa prinsip dasar yang harus diperhatikan, yaitu :

- Memahami informasi atau data apa yang dibutuhkan untuk mendukung kerja advokasi.
- Memahami cara memperoleh, menelusurinya, mengolah, menyimpan dan mendistribusikannya.
- Selalu mencari data baru dari sumber-sumber lain!
- Ada orang yang secara khusus menanganinya, termasuk cara memutakhirkan data/informasi.
- Memahami jalur-jalur sumber informasi yang harus dikelola, dijaga dan dikembangkan untuk memperoleh informasi/data.
- Berada dalam kendali (*control system*) Tim Inti dan Tim Kerja Advokasi.



LANGKAH-LANGKAH PENYIAPAN SISTEM INFORMASI & PANGKALAN DATA

(1) Asesmen kebutuhan data dan informasi sesuai dengan isu yang akan diadvokasikan:

- Adakan pertemuan, diskusi dengan Tim Kerja Advokasi, nara sumber dan pihak lainnya, untuk mengidentifikasi data dan informasi sesuai dengan kerja-kerja advokasi yang akan dilakukan
- Tentukan prioritas data atau informasi apa saja yang diperlukan untuk mendukung kerja-kerja advokasi!
- Lakukan seleksi, klasifikasi dari setiap data dan informasi yang telah teridentifikasi dan sesuaikan dengan isu-isu yg akan diadvokasikan!

(2) Pengumpulan informasi dan data:

- Tim Inti dan Tim Kerja Advokasi mendiskusikan bagaimana pengumpulan data dan informasi akan dilakukan, siapa mengumpulkan apa, kapan (lakukan pembagian kerja untuk pengumpulan data dan informasi).
- Tentukan seberapa jauh tim kerja sistem pendukung (*support system*)



informasi dan pangkalan data dapat membantu dalam pekerjaan pengolahan data.

- Buatlah sistem klasifikasi data sesuai dengan peruntukannya agar sewaktu-waktu dibutuhkan mudah mengaksesnya.

(3) Penetapan sistem penyimpanan dan pengembangan pangkalan data:

- Tentukan seberapa jauh tim kerja sistem pendukung (support system) informasi dan pangkalan data dapat membantu dalam pekerjaan pengolahan data.

- Tentukan teknik-teknik yang efektif dan aman berkaitan dengan sistem penyimpanan/ pangkalan data dan sistem pelacakan, dan pemutakhiran data.

- Lakukan seleksi data dan informasi sekali lagi sebelum masuk ke dalam sistem penyimpanan

- Susun klasifikasi pangkalan data sesuai dengan kebutuhan kerja-kerja advokasi.

(4) Menetapkan pengelola informasi dan pangkalan data:

- Diskusikan dengan Tim Kerja Advokasi seberapa jauh tim kerja sistem pendukung (support system) informasi dan pangkalan data dapat membantu desiminasi data atau informasi (menyangkut strategi, teknik dan sasaran penggunaannya).

- Tentukan siapa orang dari team kerja sistem pendukung yang harus bertanggungjawab dalam membantu desiminasi data atau informasi.

(5) Pemantauan, refleksi dan evaluasi:

- Lakukan monitoring/refleksi dan evaluasi secara berkala dengan melibatkan Tim Kerja Advokasi, dan orang lainnya yg terlibat dengan kerja advokasi untuk memperoleh umpan balik, pelacakan, dan pemutakhiran data.

- Buatlah catatan-catatan penting dari hasil refleksi dan evaluasi berkala untuk menjadi input atau perbaikan selanjutnya.

(6) Penyebar-luasan informasi

- Untuk membantu Tim Inti dan Tim Kerja Advokasi dalam mengelola informasi dan pangkalan data, tunjukkan satu orang yang harus bertanggungjawab ke Tim Inti.

Untuk memudahkan orang yang telah ditunjuk dapat melakukan tugasnya dengan baik, lengkapi dengan piranti pendukung pekerjaannya.



Kasus 24

**DUKUNGAN DATA
UNTUK ADVOKASI**

Urban Resources Unit (URU) di Kuala Lumpur, Malaysia, didirikan pada tahun 1997, khusus untuk memenuhi kebutuhan organisasi-organisasi rakyat lokal akan dukungan data dan informasi.

Banyak sekali kelompok-kelompok masyarakat penghuni perkampungan kumuh di Kuala Lumpur yang membutuhkan dukungan data dan informasi untuk mengadvokasikan masalah dan isu mereka. URU melakukan berbagai kegiatan kajian kebijakan (policy studies) mengenai isu perumahan dan pelayanan umum bagi masyarakat miskin perkotaan, kemudian menyebarkan dan menjelaskan hasil-hasil kajian tersebut kepada kelompok-kelompok penghuni perkampungan kumuh.

Atas dasar data dan informasi hasil kajian-kajian itulah, kelompok-kelompok penghuni perkampungan kumuh menyusun risalah pernyataan dan tuntutan mereka

kepada pemerintah, dan juga bahan-bahan kampanye pembentukan pendapat umum.

Selain itu, URU juga melakukan penelitian-penelitian terapan langsung di banyak perkampungan kumuh, kemudian menyusun sistem pangkalan data (database) mengenai demografi, tata-ruang dan sebaran pemukiman, kondisi prasarana dan sarana, sosiologi perkampungan kumuh, dan sebagainya. Semua data dan informasi ini menjadi bahan yang sangat berguna bagi kelompok-kelompok penghuni perkampungan kumuh untuk merumuskan program kerja dan strategi mereka, termasuk kegiatan-kegiatan nyata dalam lingkungan mereka sendiri.

Bekerjasama dengan PERMAS dan KOMAS, misalnya, mereka pernah cukup berhasil mendesak pemerintah kota memperbaiki prasarana transportasi umum di beberapa kawasan pemukiman kumuh di sana.



Kasus 25

**DUKUNGAN
PENELITIAN
KEBIJAKAN**

INSIST di Yogyakarta, Indonesia, antara lain juga didirikan dengan maksud yang sama, sebagai lembaga pendukung penyediaan data dan informasi kepada berbagai organisasi rakyat dan organisasi lain yang membutuhkan hasil-hasil penelitian dan kajian untuk membantu mereka merancang strategi dan program kerja.

INSIST mulai membentuk satu unit khusus, Unit Kajian Kebijakan (Policy Studies Unit) untuk keperluan tersebut, terutama untuk mengkaji berbagai dampak dari kebijakan-kebijakan di tingkat nasional dan internasional terhadap rakyat awam di berbagai sektor: pertanian, masyarakat adat, masyarakat miskin kota, dan sebagainya.

Bekerjasama dengan South East Asia Committee for Advocacy (SEACA) yang berkedudukan di Bangkok, Thailand, sejak 2001 INSIST pun melatih metodologi dan teknik penelitian aksi partisipatif kepada para pengorganisir dan organisasi rakyat di Asia Tenggara, agar secara bertahap memiliki kemampuan dasar

melakukan sendiri berbagai penelitian dan kajian semacam itu, sehingga tidak tergantung terus-menerus kepada INSIST.

Bahkan, INSIST selalu menggunakan semua hasil penelitian dan kajiannya sebagai data dan informasi dasar untuk merancang berbagai media pendidikan dan kampanye, misalnya, membantu merancang poster dan pamflet kampanye anti utang luar negeri oleh beberapa organisasi non-pemerintah sejak tahun 1998.

Terakhir, INSIST membantu beberapa organisasi non-pemerintah di Timor Lorosa'e merancang poster-poster kampanye pendidikan politik rakyat dalam rangka perumusan Undang-undang Dasar dan pemilihan umum pertama negara baru tersebut. Semuanya dirancang berdasarkan data dan informasi hasil penelitian dan kajian sebelumnya.



LANGKAH 3

MENGEMBANGKAN MEDIA PENDUKUNG ADVOKASI

Dukungan sistem media terhadap kerja-kerja advokasi difokuskan pada pengelolaan dan pengembangan strategi komunikasi massa, serta menjalin hubungan dengan media massa dalam rangka meningkatkan tekanan pendapat umum ke arah terjadinya perubahan kebijakan. Tugas utama sistem pendukung media adalah menyiapkan bahan dan media yang diproduksi untuk mendukung kerja-kerja advokasi.

Penggunaan media sebagai pendukung kerja advokasi, pada prinsipnya, mempunyai dua tujuan. Pertama, media yang dikerjakan untuk kepentingan kerja-kerja legislasi dan litigasi, serta kerja-kerja mempengaruhi proses-proses politik & birokrasi. Kedua, untuk kepentingan pendidikan dan pelatihan warga masyarakat berkaitan dengan perubahan sosial di masyarakat.

Untuk tujuan pertama, bahan dan media tersebut dapat diperoleh melalui kerjasama dengan media massa, perguruan tinggi, dan dari kalangan organisasi non-pemerintah (ORNOP) yang memiliki bengkel media untuk mendukung kerja-kerja advokasi. Bahan-bahan

yang diperlukan di sini antara lain adalah kumpulan dokumen undang-undang, peraturan, dan data statistik kesehatan yang akurat. Dalam hal ini, perlu menjalin kerjasama dengan wartawan yang mampu menuliskan opini-opini yang mendukung tujuan advokasi.

Sedangkan untuk tujuan kedua, yaitu untuk proses-proses pendidikan di tingkat masyarakat, dapat menggunakan media rakyat (*popular media*), seperti: teater rakyat, seni pertunjukan rakyat lainnya, alat peraga, dan lain-lain. Dalam hal ini juga dapat bekerjasama dengan media massa melalui tayangan iklan layanan masyarakat.

Jadi, banyak sekali jenis bahan dan media yang dapat digunakan untuk mendukung kerja-kerja advokasi. Banyak kelompok-kelompok kerja advokasi yang tidak dapat mempersiapkan dan membuatnya sendiri, misalnya, semata-mata karena ketiadaan waktu dan mungkin juga biaya. Tetapi banyak juga yang memang karena tidak memiliki kemampuan teknis khusus untuk itu. Maka, dalam hal inilah pentingnya ada pihak lain yang membantu mempersiapkan dan mengadakannya. Yang penting, media tersebut dapat menjalankan fungsinya sebagai alat untuk mendesak serta mendorong terjadinya perubahan kebijakan.



PRINSIP-PRINSIP

Sistem media pendukung kerja advokasi hendaknya dibangun dan dikelola sesuai dengan kebutuhan kerja-kerja advokasi itu sendiri. Untuk itu, ada beberapa prinsip dasar yang harus diperhatikan, yaitu:

- Strategi pengelolaan dan pengembangannya harus komunikatif-interaktif dan dapat divisualisasikan.
- Memahami informasi atau data apa yang dibutuhkan untuk mendukung pengembangan media.
- Memahami cara memperoleh, menelusurinya, mengolah, menyimpan dan mendistribusikannya.
- Ada orang yang secara khusus menanganinya, termasuk yang mampu menjaga hubungan baik dengan jaringan kerja media.
- Berada dalam kendali (*control system*) Tim Inti dan Tim Kerja Advokasi.



LANGKAH-LANGKAH PENGEMBANGAN MEDIA SEBAGAI SISTEM PENDUKUNG KERJA ADVOKASI

(1) Identifikasi kebutuhan media:

- Tim Inti mendiskusikan tentang bagaimana mempersiapkan dan membangun sistem media pendukung advokasi.
- Tim Inti mengajak Tim Kerja Advokasi untuk mendiskusikan kebutuhan-kebutuhan apa saja yang berhubungan dengan sistem media pendukung yang diperlukan oleh mereka.

(2) Pengemasan media:

- Tim Inti dan Tim Kerja Advokasi mendiskusikan tentang bagaimana pengemasan media agar mudah dan efektif saat digunakan untuk mendukung kerja-kerja advokasi.
- Tim Inti dan Tim Kerja Advokasi mulai melakukan pilihan-pilihan bentuk media yang komunikatif-interaktif dan visualisasinya untuk dapat segera digunakan oleh Tim Kerja Advokasi.

(3) Pengelolaan dan penyimpanan:

- Tentukan seberapa jauh sistem media pendukung dapat membantu dalam pekerjaan pengelolaan media advokasi.
- Tentukan teknik-teknik yang efektif dan aman berkaitan dengan sistem penyimpanan media advokasi.
- Untuk memudahkan pengambilan kembali media yang telah disimpan, buatlah kode-kode khusus atau lakukan klasifikasi berdasarkan kebutuhan kerja advokasi.

(4) Pemantauan, refleksi dan evaluasi berkala:

- Untuk memperoleh umpan balik, pelacakan, dan pemutakhiran data, Tim Inti dan Tim Kerja Advokasi melakukan refleksi dan evaluasi secara berkala.
- Buatlah catatan-catatan penting dari hasil refleksi dan evaluasi berkala untuk menjadi masukan perbaikan selanjutnya.

(5) Menetapkan pengelola sistem media pendukung:

- Untuk membantu Tim Inti dan Tim Kerja Advokasi dalam mengelola sistem media pendukung, tunjukkan satu orang yang harus bertanggungjawab ke Tim Inti.
- Untuk memudahkan orang yang telah ditunjuk dapat melakukan tugasnya dengan baik, lengkapi dengan piranti pendukung yang memadai (sistem komputer, dll).



Kasus 26

MEMPRODUKSI MEDIA SENDIRI

Pusat Komunikasi Masyarakat (KOMAS) di Kuala Lumpur, Malaysia, adalah satu contoh organisasi yang memang dirancang dan didirikan khusus sebagai sistem pendukung bagi para pengorganisir rakyat dan berbagai organisasi rakyat di Malaysia. Didirikan pada tahun 1993, KOMAS memang secara khusus memusatkan perhatiannya pada penyediaan berbagai bahan dan media komunikasi kerakyatan yang dapat digunakan oleh para pengorganisir dan organisasi rakyat pada tingkat akar-rumput. Organisasi ini telah memproduksi banyak sekali bahan-bahan dan media tertulis (poster, pamflet, brosur, selebaran, spanduk, dan sebagainya), bahan-bahan dan media visual grafis (foto-foto, slide, gambar-gambar, komik dan kartun, dan sebagainya), serta bahan-bahan dan media audio-visual (video dokumenter, video pengajaran, dan sebagainya) yang terbukti menjadi bahan dan media yang sangat tepat-guna bagi para pengorganisir dan organisasi rakyat di sana, baik untuk keperluan pendidikan dan pelatihan, maupun untuk keperluan kampanye dan lobi.

Beberapa produksi KOMAS yang bahkan sudah digunakan luas oleh banyak pengorganisir dan organisasi rakyat di kawasan Asia Tenggara, bukan hanya di Malaysia, antara lain, video dokumenter

mengenai pekerja migran di Malaysia, tindak kekerasan oleh polisi negara tersebut, proses-proses pengorganisasian di beberapa tempat di seluruh Asia Tenggara, dan kisah perjuangan beberapa kelompok masyarakat adat menentang berbagai proyek pembangunan yang merampas hak-hak kawasan ulayat tradisional mereka serta merusak lingkungan hidup setempat, seperti dalam kasus Bendungan Bakun di Sarawak.

Selain memproduksinya sendiri atas permintaan para pengorganisir dan organisasi rakyat yang membutuhkannya, KOMAS juga melatih langsung ketrampilan teknis kepada para pengorganisir dan organisasi rakyat lokal agar mereka sendiri juga mampu memproduksi berbagai bahan dan media semacam itu. KOMAS bahkan telah membantu membangun unit-unit produksi media komunikasi kerakyatan yang dikelola langsung oleh organisasi rakyat setempat, selain di Malaysia, juga di Vietnam, Kamboja dan Indonesia. KOMAS juga memiliki unit penyimpanan banyak sekali video dokumenter dan media lainnya yang berkaitan dengan berbagai aspek pengorganisasian rakyat. Unit ini bisa diakses dengan mudah oleh para pengorganisir dan organisasi rakyat yang membutuhkannya.



Kasus 27

**MENGOPTIMALKAN
MEDIA KAMPANYE**

Bekerjasama dengan KOMAS, Jaringan Baileo Maluku di Indonesia telah membangun satu unit produksi media audio-visual di pusat pelatihan salah satu organisasi rakyat anggotanya, yakni Yayasan Nen Masil di Desa Evu, di Kepulauan Kei, Maluku Tenggara. Dimulai dengan satu rangkaian pelatihan teknis khusus pada tahun 1993-1994, akhirnya dibangun satu studio kecil, pada tahun 1995, lengkap dengan peralatan penyuntingan gambar, pengisian suara dan beberapa kamera S-VHS. Dua orang organisir lokal, anak muda dari kampung setempat, ditugaskan khusus sebagai pengelola purna-waktu, dibantu oleh semua pengorganisir lokal yang ada di sana.

Sejak saat itu, unit ini telah menghasilkan banyak sekali video dokumenter, video pengajaran, bahkan juga reportase-reportase singkat sebagai bahan dan media pendidikan dan pelatihan kepada rakyat setempat, yang digunakan oleh para pengorganisir lokal melakukan proses-proses pengorganisasian mereka. Rakyat setempat bahkan ikut terlibat langsung dalam berbagai produksi tersebut, mulai dari perumusan ide dan konsep visualnya, penyusunan cerita (story board), pengambilan gambar sebagai pemegang kamera, penyuntingan gambar dan pengisian suara di studio, sampai ke penyelesaian akhir produksi untuk digandakan dan disebarluaskan. Di antara produksi mereka yang dikenal luas, yang kemudian juga banyak digunakan oleh organisasi-organisasi lain di Indonesia maupun di Asia Tenggara, adalah tentang masalah-masalah atau isu yang dihadapi

oleh nelayan tradisional di kepulauan tersebut, tentang contoh-contoh praktik sistem tradisional pengelolaan sumberdaya alam secara lestari, dan tentang proses-proses pengorganisasian rakyat yang dilakukan oleh banyak pengorganisir dan organisasi rakyat setempat.

Terakhir sekali, mereka memproduksi satu video dokumenter langka mengenai proses-proses rekonsiliasi kelompok-kelompok masyarakat Muslim dan Kristen yang sempat bentrok fisik di sana, sebagai imbas dari tindak kekerasan di pulau dan kota Ambon, ibukota propinsi Maluku, sejak Januari 1998. Mereka mendokumentasikan proses rekonsiliasi yang berhasil di seluruh kepulauan Kei yang didasarkan pada pendekatan tradisi adat setempat dan yang sepenuhnya diprakarsai dan dilakukan sendiri oleh masyarakat adat Kei.

Video inilah yang mereka gunakan sampai sekarang untuk tetap mengingatkan masyarakat adat Kei akan kebersamaan mereka, agar tidak terpancing lagi oleh pihak luar untuk saling bentrok satu sama lain. Mereka juga memutar video tersebut, dan video-video produksi mereka yang lainnya, kepada aparat birokrasi pemerintah setempat, para politisi, anggota DPRD, tokoh-tokoh agama dan adat, kaum remaja, sebagai media lobi terhadap para pembuat kebijakan dan kampanye pembentukan pendapat umum di sana.

Suatu sistem pendukung seperti KOMAS dan unit audio-visualnya Yayasan Nen Masil, hanya bisa bekerja dengan baik

jika memang didukung juga oleh para pengorganisir lokal dan warga masyarakat setempat sendiri. Baik KOMAS maupun unit audio-visual Yayasan Nen Masil dijalankan penuh oleh para relawan purna maupun paruh waktu dari kalangan pengorganisir lokal dan aktivis organisasi rakyat setempat. Bahkan, mereka juga membiayai sendiri semua proses produksinya, antara lain dari hasil pelayanan jasa keahlian dan penjualan hasil produksi mereka. Semacam 'subsidi' dana, mereka peroleh dari beberapa organisasi pendukung

lainnya untuk pengadaan peralatan dan gaji bulanan 2 orang tenaga pengelola purna waktu. Cara yang sama kini juga mulai dikembangkan oleh SPSU di Sumatera Utara (dengan membentuk satu lembaga khusus, Yayasan Delapan); PPSW di Jakarta; Yayasan Wisnu di Bali, Lembaga Pengembangan Teknologi Pedesaan (LPTP) di Solo; Institute for Social Transformation (INSIST) di Jogjakarta, khususnya melalui program REaD (Research, Education and Dialogue); UPWD di Phnom Penh, Kamboja; dan AIDS-Programme di Ho Chi Minh City, Vietnam.



Kasus 28

KEMATIAN IBU DI INDONESIA

Setiap menit setiap hari, di tiap tempat di dunia, seorang perempuan meninggal akibat komplikasi selama kehamilan dan persalinan, walaupun sebenarnya sebagian besar dari kematian tersebut dapat dicegah (WHO,1999)

Kematian ibu adalah 'kematian perempuan selama masa kehamilan atau dalam 42 hari setelah persalinan, terlepas dari lama dan letak kehamilan, dari setiap penyebab yang berhubungan dengan atau diperburuk oleh kehamilan atau penanganannya tetapi bukan kecelakaan (WHO-SEARO,1998:3).

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator kesuksesan pembangunan suatu negara, karena peningkatan kualitas hidup perempuan merupakan salah satu syarat pembangunan sumber daya manusia. Tingginya AKI mengindikasikan masih rendahnya tingkat kesejahteraan penduduk dan secara tidak langsung mencerminkan kegagalan pemerintah dan masyarakat untuk mengurangi resiko kematian ibu dan anak.

AKI di Indonesia masih sangat tinggi dan kualitas data yang ada dapat dikatakan kurang memadai. Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2003 mengungkapkan bahwa AKI di Indonesia adalah 307 per 100,000 kelahiran hidup, sementara survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2002 memperkirakan angka nasional AKI adalah 320 per 100,000 kelahiran hidup (MOH,2003). Angka ini masih belum menggambarkan kondisi riil yang sesungguhnya, karena saat dilakukan SDKI tidak termasuk daerah-daerah yang sedang mengalami konflik.

Penyebab utama kematian ibu di Indonesia (46,7%) adalah akibat komplikasi yang terjadi selama atau segera setelah persalinan. Semua itu diakibatkan oleh banyaknya ibu hamil yang dirawat oleh dukun yang tidak terlatih atau oleh anggota keluarga, dan tidak mendapatkan pelayanan kebidanan esensial yang dibutuhkan. Akibatnya, pendarahan pada masa nifas (34%) menduduki posisi pertama dari semua tipe pendarahan penyebab kematian ibu (Djaja,dkk,1997).

Setiap kehamilan adalah beresiko. Semakin sering seorang perempuan hamil maka semakin tinggi pula resikonya terhadap kematian pada masa hamil, bersalin dan nifas. Oleh karena itu dukungan dan penyediaan pelayanan keluarga berencana (KB) serta kontrasepsi merupakan hal yang sangat penting untuk menurunkan resiko tersebut (MOH, 1999).

Sekitar 15% dari semua kehamilan akan membutuhkan pelayanan kebidanan akibat komplikasi yang membahayakan jiwa ibu dan bayinya. Namun begitu, pelayanan kebidanan darurat yang komprehensif hanya ada di rumah sakit kabupaten atau pusat pelayanan rujukan. Puskesmas yang merupakan pusat pelayanan kesehatan dasar yang paling dekat dengan masyarakat, terutama perempuan, sering kali tidak dilengkapi dengan pelayanan kebidanan darurat yang komprehensif. Pengabaian fungsi Puskesmas sebagai pusat pelayanan kebidanan darurat yang komprehensif akan berdampak pada upaya penurunan kematian ibu di Indonesia.

Sumber bacaan : Press Briefing Kit, Kesehatan Perempuan, 2003.



LANGKAH 4

MEMBANGUN SISTEM JARINGAN PENDUKUNG

Bagian ini secara khusus akan membahas peranan sistem jaringan pendukung untuk mengajak, mempengaruhi, meyakinkan, berbagai pihak, agar bersedia mendukung kerja-kerja advokasi yang sedang dijalankan.

Untuk mengajak dan meyakinkan berbagai pihak mendukung isu yang akan diadvokasikan, kerja sistem jaringan pendukung ini paling sedikit harus memenuhi beberapa syarat, yaitu :

- (1) Memandang penting dan berarti bagi mereka yang akan kita ajak. Jika mereka merasa isu itu tidak ada kaitannya dengan mereka, mengapa mereka harus tertarik untuk mendukung kerja-kerja advokasi yang sedang kita kerjakan?
- (2) Sebaiknya pilihlah isu yang khas dengan cakupan atau lingkup terbatas dulu. Isu dengan cakupan luas dan terlalu besar, belum apa-apa akan memancing pesimisme: apa memang realistis dan bisa berhasil ? Hasil kemenangan-kemenangan kecil yang dicapai pada awal advokasi akan semakin menyakinkan pihak-pihak

yang akan kita ajak untuk bergabung. Sebab, advokasi yang akan kita lakukan memang masuk akal dan dapat dilakukan.

(3) Meskipun demikian, isu tersebut tetap mencerminkan adanya tujuan-tujuan perubahan yang lebih besar dan berjangka panjang. Adanya gambaran yang jelas tentang kerja-kerja advokasi yang akan dilakukan akan lebih menyakinkan mereka yang kita ajak bahwa mereka akan mendukung sesuatu yang memang penting dan berdampak luas, meskipun dimulai dari sesuatu yang nampaknya kecil dan sederhana.

(4) Dengan demikian, isu yang kita tawarkan itu memiliki landasan untuk membangun kerjasama dan persekutuan yang lebih lanjut di masa-masa mendatang, jadi tidak hanya berhenti untuk kerja-kerja advokasi saja.

(5) Hal itu juga berarti bahwa kerjasama dan persekutuan yang dibangun akan memungkinkan kita dan mitra kita saling bermanfaat satu sama lain; membuka kesempatan yang luas untuk saling membagi pengalaman, informasi, keahlian dan ketrampilan. Jika isunya itu sendiri, atau hasil advokasi itu nanti tidak ada kaitannya langsung dengan kepentingan mereka (jadi bersedia terlibat semata-mata karena turut prihatin atau setiakawan), maka paling tidak dalam hal terjadinya pertukaran pengalaman, informasi, keahlian dan ketrampilan inilah yang bermanfaat langsung bagi mereka.

(6) Tapi pilihan isu yang tepat dan bagus itu sendiri belum cukup. Apa yang tak kalah (bahkan mungkin yang paling) penting adalah keterlibatan mereka dalam perumusan dan pemilihan isu tersebut yang harus mendapatkan perhatian dari kerja sistem jaringan pendukung. Atau, paling tidak, kita mampu membuktikan dan menyakinkan mereka bahwa isu tersebut memang dipilih dan dirumuskan melalui proses-proses partisipatif dengan basis-basis konstituen atau anggota tim kerja advokasi yang berakar di masyarakat, sehingga mereka yakin bahwa mereka akan mendukung suatu kerja advokasi yang memang mendapat dukungan luas dan kuat dari masyarakat.



PRINSIP-PRINSIP

Sistem jaringan pendukung dari suatu organisasi advokasi hendaknya dibangun dan dikelola sesuai dengan kebutuhan kerja-kerja advokasi itu sendiri. Untuk itu, ada beberapa prinsip dasar yang harus diperhatikan yaitu :

- Terfokus pada tujuan dan sasaran-sasaran advokasi yang sudah disepakati bersama dalam menggarap satu isu tertentu, atau sekalian menggarap beberapa isu sekaligus sepanjang disepakati bersama.
- Ada pembagian peran dan tugas yang jelas di antara semua pihak yang terlibat.
- Terbentuk sebagai hasil atau dampak dari adanya pertentangan dalam masyarakat. Mereka bergabung benar-benar merasakan perlunya bekerjasama. Memanfaatkan berbagai ketegangan yang muncul dalam proses belerjasama tersebut untuk menjaga dinamika dan perimbangan dalam memberikan dukungan. Karena itu, kelenturan (fleksibilitas) dalam memberikan dukungan pada jaringan harus dijaga, tidak terlalu kaku dan serba mengikat.
- Memungkinkan lahirnya bentuk-bentuk hubungan kerjasama baru yang lebih berkembang di masa-masa mendatang. Kerjasama ini memang memungkinkan terjadinya proses saling membagi pengalaman, harapan, keahlian, informasi dan ketrampilan.
- Ada mekanisme komunikasi yang baik dan lancar, antara pengelola dukungan dengan tim kerja advokasi. Semua pihak tahu harus menghubungi siapa tentang apa, pada saat apa, kapan dan dimana?
- Dukungan yang diberikan harus menjelaskan jangka waktu secara jelas: jangka pendek, menengah, atau panjang? Harus ada batasan waktu kapan kerjasama itu dimulai dan kapan akan berakhir.



PERINGATAN !

Banyak kelompok-kelompok kerja advokasi memandang sepele terhadap sistem jaringan pendukung, sehingga tidak dipelihara dengan baik. Padahal, dengan mengabaikan dukungan terhadap jaringan kerja advokasi, dapat membuat advokasi yang sedang dilakukan berhenti di tengah jalan, karena ditinggalkan oleh pendukung utamanya, yang dalam kerja advokasi disebut dengan aliansi strategis atau sekutu.



LANGKAH-LANGKAH MEMBANGUN SISTEM JARINGAN PENDUKUNG GERAKAN ADVOKASI

(1) Identifikasi kebutuhan sistem jaringan pendukung:

- Tim Inti melakukan rapat untuk mendiskusikan bagaimana mempersiapkan dan membangun sistem jaringan pendukung untuk kerja-kerja advokasi.
- Tim Inti mulai mengidentifikasi kebutuhan apa saja yang diperlukan berkaitan dengan penyiapan sistem jaringan pendukung tersebut.

(2) Menetapkan kriteria dan prasyarat sistem jaringan pendukung:

- Tim Inti dan Tim Kerja Advokasi membahas dan mendiskusikan kriteria-kriteria atau prasyarat-prasyarat yang dibutuhkan untuk membangun sistem jaringan pendukung yang efektif, agar dapat berperan optimal mendukung kerja-kerja advokasi.
- Tim Inti dan Tim Kerja Advokasi dapat menentukan siapa-siapa saja yang akan diajak menjadi sekutu yang tergabung dalam sistem jaringan pendukung tersebut.

(3) Ruang lingkup sistem jaringan pendukung:

- Tim Inti dan Tim Kerja Advokasi menetapkan ruang lingkup dukungan apa saja yang dapat dilakukan oleh sistem jaringan pendukung terhadap kerja-kerja advokasi.
- Menetapkan kapan dukungan dibutuhkan, apa bentuknya, dan siapa-siapa saja yang perlu didukung.

(4) Pemantauan, refleksi dan evaluasi:

- Untuk memperoleh umpan-balik terhadap kinerja sistem jaringan pendukung, Tim Inti dan Tim Kerja Advokasi melakukan refleksi dan evaluasi secara berkala.
- Buatlah catatan-catatan penting dari hasil refleksi dan evaluasi berkala untuk menjadi input atau perbaikan selanjutnya.

(5) Menetapkan koordinasi:

- Untuk membantu Tim Inti dan Tim Kerja Advokasi dalam mengelola sistem jaringan pendukung, tunjukkanlah satu orang yang harus bertanggungjawab ke Tim Inti.
- Untuk memudahkan orang yang telah ditunjuk dapat melakukan tugasnya dengan baik, lengkapi dengan piranti pendukung pekerjaannya.



Kasus 29

**JARINGAN ADVOKASI
KOALISI UNTUK
INDONESIA SEHAT**

Sejak dideklarasikan di tingkat Nasional pertengahan tahun 2000, Koalisi untuk Indonesia Sehat (KuIS) mencatat beberapa pembelajaran dalam berjejaring dan beradvokasi. Pengalaman menunjukkan, kebanyakan pihak, termasuk ORNOP mendukung visi misi Indonesia Sehat. Diakui, dukungan inilah yang menjadi modal KuIS saat ide berkoalisi dilontarkan. Di awal prakarsa, didukung sejumlah dana dari USAID dan bantuan teknis dari Johns Hopkins University Centre for Communication Programs, ide berkoalisi disampaikan dan di banyak wilayah propinsi dan kabupaten kota disambut positif. Hingga akhir 2004 KuIS mencatat 60-an anggota nasional, 11 Koalisi Propinsi dan 38 Koalisi Kabupaten/Kota. Bermodalkan keluasan jaringan tersebut, beberapa upaya promosi kesehatan dan advokasi telah dijalankan beberapa anggota nasional dan Koalisi Lokal. Meski demikian, di balik pencapaian tersebut, KuIS mempelajari masih banyak tantangan dan upaya yang perlu dilakukan untuk meningkatkan efektivitas kerja advokasi KuIS.

Secara keseluruhan ditemui adanya beragam potensi kapasitas beradvokasi di antara jaringan KuIS. Keragaman itu lazimnya dipengaruhi oleh faktor berikut. Pertama, masih ditemuinya perbedaan persepsi tentang esensi berkoalisi untuk Indonesia sehat. Jaringan relawan KuIS selayaknya dijalin atas kesamaan visi misi Indonesia Sehat serta komitmen untuk mencapainya. Namun, tidak sedikit juga ditemui, pihak-

pihak yang bergabung dalam kerja advokasi KuIS atas motivasi proyek, keuntungan finansial pribadi, dll. Kedua, adanya keragaman kapasitas sumber daya tiap Koalisi Lokal. Beberapa Koalisi di Sumatra Utara, Lampung, Jambi dan Sumbawa, misalnya, diidentifikasi telah mampu menggalang dana sendiri dari berbagai sumber lokal (mis. APBD, skema Provincial Health Project), nasional (mis. KuIS) dan asing (mis. World Bank, Ford Foundation, ADB, USAID, Plan International, perusahaan multinasional), jaringan relawan, narasumber kesehatan serta fasilitas lain yang mendukung kerja advokasi mereka. Sementara, Koalisi Lokal lain masih dalam taraf terus meningkatkan kapasitas sehingga kelak mampu menggalang jaringan dan sumber daya sendiri.



LANGKAH 5

MENGEMBANGKAN KAPASITAS PENDUKUNG

Sistem pengembangan kapasitas pendukung dalam kerja-kerja advokasi, bertujuan untuk mendukung tersedianya sumberdaya manusia dan organisasi yang memiliki kemampuan melakukan kerja-kerja advokasi secara berkelanjutan. Pengalaman menunjukkan bahwa gagalnya tim kerja advokasi seringkali disebabkan oleh rendahnya pemahaman dan kemampuan mereka dalam mengorganisir kerja-kerja advokasi dalam jangka waktu tertentu. Dalam banyak kasus, sering kali tim kerja advokasi bubar di tengah jalan, karena sebagian dari mereka mulai kehilangan semangat dan gagasan-gagasan kreatif terhadap isu-isu yang diadvokasikan.

Keberadaan sistem pengembangan kapasitas ini menjadi sangat penting untuk membantu Tim Inti dalam meningkatkan kemampuan dan kapasitas tim kerja advokasi agar secara konsisten memiliki semangat dalam melakukan kerja-kerja advokasi jangka panjang. Ada banyak cara untuk memberikan dukungan terhadap peningkatan kapasitas tim kerja advokasi, di antaranya yang sering dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan,

magang, studi banding, lokakarya, dan lain-lain, tergantung kebutuhannya. Namun demikian, yang perlu diperhatikan adalah: untuk siapa dan kapan saatnya dukungan itu diberikan?; apa bentuk dukungan yang diharapkan atau dibutuhkan?; bagaimana melakukannya agar membawa hasil yang bermakna?

Namun, masalah umum yang sering dihadapi oleh satu tim advokasi adalah belum memiliki pengalaman merancang dan menyelenggarakan berbagai jenis program pengembangan kapasitas yang mereka butuhkan, terutama pada tahun-tahun awal keberadaannya. Dalam hal ini, sebaiknya Tim Inti meminta organisasi lain yang telah berpengalaman untuk merancang dan memfasilitasi mereka.

Masalah yang sering muncul adalah ketika kemudian mereka menjadi bergantung terus-menerus kepada pihak yang diminta bantuannya itu. Ada banyak sekali contoh kasus dimana organisasi-organisasi advokasi setempat pasti selalu mendatangkan fasilitator dari luar setiap kali mereka mengadakan pelatihan, untuk merancang dan menyelenggarakan pelatihan-pelatihan mereka yang paling dasar (*elementary*) sekalipun. Bahkan, sering sangat lucu: pelatihan yang sama, oleh fasilitator yang sama, dan sebagian besar peserta yang sama pula dengan pelatihan-pelatihan sebelumnya. Sehingga, terjadilah 'pengulangan-pengulangan yang tidak perlu' (*redundancy*) alias pemborosan waktu, tenaga, dan biaya.

Mengapa? Ada banyak sebab, mulai dari ketidakpercayaan diri organisasi-organisasi advokasi setempat itu sendiri, sampai ketidakpahaman para pendukung (organisasi fasilitator maupun lembaga dana yang membantu pembiayaannya) tentang apa sesungguhnya hakekat dari proses-proses pelatihan tersebut dalam kerangka kerja advokasi. Ini semua menandakan bahwa mereka memang tidak memiliki suatu strategi yang jelas mengenai pengembangan kemampuan setempat (*local capacity building*), paling tidak dalam hal kemampuan sumberdaya manusia setempat untuk merancang dan menyelenggarakan proses-proses pendidikan dan pelatihannya sendiri dalam jangka panjang.



PRINSIP-PRINSIP

Sistem pengembangan kapasitas pendukung suatu organisasi advokasi hendaknya dibangun dan dikelola sesuai dengan kebutuhan kerja-kerja advokasi itu sendiri. Untuk itu, ada beberapa prinsip dasar yang harus diperhatikan, yaitu :

- Mengutamakan pendekatan partisipatif.
- Mendorong prakarsa, menghargai kearifan dan pengalaman lokal.
- Berangkat dari kebutuhan yang sesuai dengan kerja-kerja advokasi.
- Mendorong kemampuan peserta untuk melakukan proses-proses belajar berkelanjutan.
- Mampu melahirkan perspektif keadilan sosial-gender dan proses-proses transformasi sosial.



PERINGATAN !

Waspadalah pada hal-hal berikut:

- Peningkatan kapasitas adalah proses bertahap, hindari keinginan untuk mendapatkan hasil yang cepat.
- Usaha selalu mencari, mengembangkan metode baru yang sesuai dengan kerja-kerja advokasi.
- Dekatkan dengan masalah-masalah nyata di lapangan.



LANGKAH-LANGKAH PENGEMBANGAN KAPASITAS PARA PELAKU, SEKUTU & PENDUKUNG GERAKAN ADVOKASI

(1) Asesmen dan identifikasi kebutuhan:

- Ajaklah Tim Inti untuk mengadakan rapat mendiskusikan rencana pengembangan kapasitas untuk mendukung kerja-kerja advokasi.
- Identifikasi berbagai kebutuhan yang diperlukan dan buatlah daftar kebutuhan-kebutuhan pengembangan kapasitas sesuai dengan tingkat prioritasnya (penyusunan prioritas dapat berdasarkan wilayah kerja advokasi).

(2) Menetapkan strategi pengembangan kapasitas:

- Mendiskusikan kapan dan untuk siapa saja pengembangan kapasitas dilakukan.
- Mendiskusikan bagaimana pengembangan kapasitas untuk tim kerja dan tim pendukung advokasi akan dilakukan.

(3) Ruang-lingkup sistem pengembangan kapasitas:

- Tim Inti dan Tim Kerja Advokasi bersama mendiskusikan ruang-lingkup dukungan pengembangan kapasitas yang akan dilakukan di masing-masing wilayah kerja advokasi.
- Tim Inti dan Tim Kerja Advokasi mendiskusikan siapa saja yang akan berperan dalam memberikan dukungan pengembangan kapasitas sesuai dengan ruang lingkungannya.

(4) Pemantauan, refleksi dan evaluasi:

- Untuk memperoleh umpan-balik terhadap kinerja sistem pengembangan kapasitas, Tim Inti dan Tim Kerja Advokasi melakukan refleksi dan evaluasi pengembangan kapasitas secara berkala.
- Buatlah catatan-catatan penting dari hasil refleksi dan evaluasi berkala untuk menjadi masukan atau perbaikan selanjutnya.

(5) Menetapkan pengelola:

- Untuk membantu Tim Inti dan Tim Kerja advokasi dalam mengelola sistem pengembangan kapasitas ini, tunjukkan satu orang yang harus bertanggungjawab ke Tim Inti.
- Untuk memudahkan orang yang telah ditunjuk dapat melakukan tugasnya dengan baik, lengkapi dengan piranti pendukung pekerjaannya.



Kasus 30

**MEMPERBANYAK
FASILITATOR LOKAL**

Berdasarkan pengalaman selama ini, salah satu strategi yang terbukti efektif dan tepat-guna adalah dengan mengembangkan apa yang disebut sebagai ‘tim inti fasilitator setempat’ (*local core team of facilitators*) untuk mendukung kerja-kerja advokasi.

KOMAS di Malaysia, dan Jaringan Baileo Maluku di Indonesia, merintis strategi ini sejak tahun 1993. Intinya adalah memilih beberapa orang (sekitar 10-15 orang) pengorganisir setempat untuk dilatih khusus sebagai fasilitator handal yang sangat memahami filosofi pendidikan kerakyatan, kaidah-kaidah asas dan metodologi pengorganisasian rakyat, sangat terampil dalam teknik-teknik fasilitasi proses pelatihan secara partisipatif, dan juga sangat menguasai ketrampilan merancang, memproduksi dan menggunakan berbagai jenis media komunikasi kreatif dan tepat-guna sesuai dengan keadaan setempat. Waktu yang dibutuhkan sampai mereka ‘benar-benar jadi’ adalah 2-3 tahun. Selain pemantauan terhadap perkembangan mereka secara terus-menerus, maka setiap enam bulan, selama 5-7 hari, mereka semua dikumpulkan kembali, bertemu dan melakukan evaluasi, bagi pengalaman dan kaji-ulang bersama. Setelah itu, semua proses pelatihan lokal sepenuhnya dilakukan oleh mereka sendiri, tak perlu lagi mendatangkan fasilitator dari KOMAS dan Baileo Maluku.

Kemudian, dengan proses yang sama, mereka juga membentuk dan mengembangkan ‘tim inti lokal’ (3-5

orang) di tempat mereka masing-masing. Maka, sejak tahun 1996, telah terjadi perbanyakkan berlipat-ganda, berlapis-lapis jumlah fasilitator lokal, semuanya warga setempat (sebagian besar bahkan petani atau nelayan biasa saja yang hanya memiliki latarbelakang pendidikan formal rata-rata SLTP atau SLTA), dengan kemampuan yang nisbi setara dengan para fasilitator mereka sebelumnya. Di wilayah kerja pengorganisasian Jaringan Baileo Maluku saja, misalnya, kini terdapat sekitar 150 orang yang tersebar di pulau-pulau Aru, Kei, Tanimbar, Lease dan Seram. Bahkan, mereka berprakarsa untuk saling membagi diri mendalami khusus suatu keahlian tertentu, misalnya, menguasai materi, metodologi dan media pelatihan khusus untuk pemetaan kawasan ulayat, pertanian organik, manajemen usaha ekonomi dan organisasi, dan sebagainya. Sehingga, pada setiap pelatihan, mereka selalu bekerja sebagai satu tim, biasanya terdiri dari 2-3 orang dari berbagai tempat berbeda, dengan berbagai keahlian khusus masing-masing, tetapi semuanya memiliki kemampuan dasar yang sama sebagai fasilitator.

Apa yang kini dikerjakan oleh KOMAS dan Baileo Maluku hanyalah tetap memantau mereka secara berkala dan terus menyediakan berbagai tambahan informasi baru yang mereka butuhkan, termasuk sesekali melakukan pelatihan tambahan khusus untuk pengayaan pengetahuan dan ketrampilan baru pula.



Kasus 31

**MEMPERBANYAK
FASILITATOR &
PENGORGANISIR**

Sejak 1997, strategi semacam itu pula yang kemudian dikembangkan di SPSU di Sumatera Utara, PPSW di Jakarta, Yayasan Wisnu di Bali, Mitra-Aksi di Jambi, SPNS di Semenanjung Malaysia, UPWD di Kamboja, dan AIDS-Programme di Vietnam. Hasilnya hampir sama. Dan, yang paling mutakhir, INSIST di Jogjakarta mengembangkannya lebih lanjut pada cakupan yang lebih luas, yakni pada skala nasional, melalui program Indonesian Volunteers for Social Movement (INVOLVEMENT).

Bertolak dari kenyataan bahwa banyak aktivis organisasi non-pemerintah selama ini menjadi aktivis tanpa landasan pengetahuan teoritik sekaligus pengalaman empirik yang memadai, INSIST kemudian memulai program INVOLVEMENT pada tahun 1999. Sekitar 30 orang muda, sebagian besar aktivis mahasiswa, selain beberapa orang aktivis organisasi rakyat, mengikuti pelatihan-pelatihan dalam kelas selama 2 bulan di Jogjakarta, membahas dasar-dasar teori perubahan sosial dan gerakan sosial, analisis sosial, teori dan kritik pembangunan, prinsip-prinsip dan metodologi pengorganisasian rakyat, metodologi dan teknik memfasilitasi pelatihan partisipatif, advokasi kebijakan, penggunaan media komunikasi kerakyatan, serta pengembangan kelembagaan organisasi dan program. Diselingi dengan berbagai penugasan, kerja kelompok, dan pengamatan lapangan, mereka kemudian melakukan kerja lapangan yang sesungguhnya selama 9 bulan di berbagai organisasi rakyat atau kelompok-kelompok masyarakat tertentu yang mereka pilih sendiri di seluruh Indonesia. Setelah itu, selama 1 bulan, mereka berkumpul kembali

menyusun laporan tertulis, saling berbagi pengalaman, serta mengevaluasi proses-proses dan hasil kerja lapangan mereka.

Proses yang sama diikuti oleh sekitar 30 orang lainnya pada tahun 2000, kemudian sekitar 25 orang pada tahun 2001 dan, sekitar 20 orang pada tahun 2002. Kini mereka semua tersebar bekerja sebagai relawan gerakan sosial di berbagai tempat di seluruh Indonesia. INSIST memantau mereka terus-menerus dan, jika perlu, memberikan bantuan-bantuan teknis dan informasi baru. Mulai tahun 2003, proses yang sama tidak akan diadakan lagi di Jogjakarta oleh INSIST, tetapi oleh mereka sendiri yang dibagi dalam beberapa tim menurut kewilayahan. Untuk tahap 3 tahun pertama (2003-2005), pelatihan INVOLVEMENT oleh para alumnus Angkatan I-IV tersebut akan diselenggarakan di beberapa pusat pelatihan milik organisasi rakyat setempat yang menjadi mitra utama (*sisters organization*) INSIST selama ini, yakni Yayasan Nen Masil di Tual, Maluku Tenggara (untuk wilayah Papua, Maluku dan Sulawesi), Lembaga Bantuan Hukum Nusa Tenggara di Maumere, Flores (untuk wilayah Nusa Tenggara), Yayasan Wisnu di Denpasar, Bali (untuk wilayah Bali dan Jawa), Lembaga Langguang Banua di Pontianak, Kalimantan Barat (untuk seluruh Kalimantan), dan SPSU di Asahan, Sumatera Utara (untuk seluruh Sumatera) dan Komunitas Sumbangsel di Jambi. Khusus untuk negara baru, Timor Lorosa'e, di Sahe Institute of Liberation di Dili.

Pola atau strategi desentralisasi ini, pada tahap berikutnya, setelah 2005, diharapkan sudah berkembang lebih luas dengan semakin banyaknya pusat-pusat pelatihan INVOLVEMENT yang dikelola oleh para alumnusnya sendiri, sejalan dengan semakin banyaknya jumlah mereka yang juga semakin tersebar di berbagai daerah.



Kasus 32
**KEKUATAN
 TERORGANISIR DARI
 BAWAH**

Tahun 1998, Perhimpunan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) Propinsi Jambi, melakukan program meningkatkan pengetahuan dan kesadaran perempuan dan masyarakat pedesaan terhadap hak-hak kesehatan reproduksi. Pelaku utama untuk melakukan kerja-kerja penyadaran di masyarakat adalah tenaga penggerak, yaitu orang desa setempat yang memiliki komitmen terhadap persoalan kesehatan di masyarakatnya.

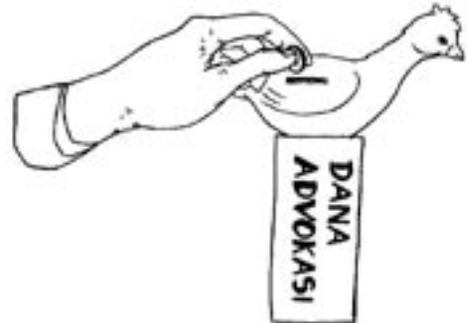
Sebelum para tenaga penggerak desa itu menjalankan peran-perannya, mereka mendapatkan berbagai penguatan kapasitas berdasarkan kebutuhan-kebutuhan mereka. Bentuk dukungan peningkatan kapasitas untuk memperkuat kerja-kerja pengorganisasian di komunitasnya yang dikembangkan antara lain: menyelenggarakan forum-forum pendamping lokal, lokakarya antarpending, studi banding, forum-forum pertemuan informal berkala, dialog-dialog publik, dan penguatan kelembagaan di tingkat komunitas.

Proses-proses ini akhirnya melahirkan kader-kader penggerak desa yang mampu mentransformasikan berbagai pengalaman baru, berkaitan dengan hak-hak mereka atas kesehatan reproduksi. Mereka

semua semakin percaya bahwa untuk meningkatkan kesejahteraan reproduksi perempuan, akses terhadap sumberdaya harus dikuasai. Syarat untuk dapat menguasai akses sumberdaya, mereka harus meningkatkan kapasitas serta menggalang kekuatan secara terorganisir dan sistematis.

Upaya ini mereka lakukan dengan mendudukan wakil-wakil mereka di Badan-Badan Perkawilan Desa (BPD). Saat ini, di tiap-tiap desa yang menjadi wilayah pengorganisasiannya, mereka menempatkan 2-3 orang wakilnya di BPD. Mereka juga telah mulai menguasai jabatan-jabatan penting, seperti Kepala Desa atau Kepala-kepala Urusan (Kaur) Desa yang dipilih langsung oleh masyarakat.

Pada pemilihan umum 2004 yang lalu, mereka juga mampu menempatkan wakilnya di parlemen lokal (DPRD Kabupaten, dan DPD untuk MPR-RI di Jakarta). Tugas utama yang dilakukan oleh kader-kader lokal bekerjasama dengan pihak lain adalah melakukan peningkatan kapasitas bagi wakil-wakil mereka agar dapat menjalankan peran-peran yang telah mereka mandatkan.



LANGKAH 6

MENGGALANG DANA

Dalam banyak kasus, kerja-kerja advokasi sering terhenti di tengah jalan karena kehabisan ‘peluru’ (sumber dana). Atau, rencana-rencana kerja advokasi yang telah disusun tidak dapat dikerjakan secara maksimal kerana keterbatasan pendanaan. Sistem pendukung penggalangan dana dibutuhkan untuk mengatasi berbagai masalah tersebut.

Ada banyak cara untuk menghimpun sumber dana dalam mendukung kerja-kerja advokasi. Kelemahan yang dilakukan oleh kelompok-kelompok kerja advokasi di Indonesia selama ini adalah menggantungkan sumber pembiayaan mereka hampir sepenuhnya pada lembaga-lembaga donor internasional. Itulah sebabnya, sering kali kemudian menjadi bumerang bagi tim kerja advokasi ketika pihak yang diadvokasi mengetahui bahwa sumber dana untuk advokasi berasal dari pihak luar. Tuduhan yang sering dilemparkan adalah: “Advokasi yang dilakukan tidak murni, tetapi lebih untuk kepentingan pihak luar”. Untuk menjawab tuduhan-tuduhan yang merugikan bagi kerja-kerja advokasi tersebut, peran sistem pendukung penggalangan dana menjadi sangat

penting, terutama dalam menghimpun sumber-sumber pendanaan dari masyarakat yang peduli dan mendukung kerja-kerja advokasi.

Oleh karena itu, strategi yang harus dilakukan oleh Tim Inti adalah meyakinkan banyak pihak, terutama masyarakat luas, bahwa isu-isu yang sedang diadvokasikan memang menyentuh kepentingan masyarakat luas, meyakinkan mereka bahwa jika isu tidak diatasi akan menimbulkan berbagai dampak kerugian bagi masyarakat luas. Dengan demikian, masyarakat akan dengan ikhlas memberikan dukungan dalam bentuk material, uang, tenaga, dan pikiran terhadap kerja-kerja advokasi yang sedang kita lakukan.



PRINSIP-PRINSIP

Sistem pendukung-penggalangan dana dari suatu organisasi advokasi hendaknya dibangun dan dikelola sesuai dengan kebutuhan kerja-kerja advokasi itu sendiri. Untuk itu, ada beberapa prinsip dasar yang harus diperhatikan, yaitu :

- *Public accountability*; artinya setiap sumbangan atau penerimaan untuk kegiatan advokasi harus dipertanggungjawabkan di depan masyarakat luas.
- *Transparansi*; artinya pihak-pihak yang terkait dengan kerja-kerja advokasi dapat setiap saat memiliki akses untuk mengetahui perkembangan penerimaan dan penggunaan sumberdaya organisasi.
- *Independensi*; artinya dalam pemanfaatan sumberdana tidak boleh bergantung atau dikendalikan oleh kepentingan pihak lain, termasuk pihak pemberi bantuan.
- *Resources allocation*; artinya setiap penggunaan sumberdaya dan dana yang diperoleh dari berbagai pihak harus mengedepankan pada hasil guna dan manfaatnya.
- Ada standard prosedur operasional (SPO) pengelolaan, penggunaan, dan pengawasan (melakukan proses-proses pencatatan dan pelaporan sesuai dengan kaidah asas manajemen keuangan).



LANGKAH-LANGKAH PENGEMBANGAN SISTEM PENDANAAN UNTUK GERAKAN ADVOKASI

(1) Identifikasi kebutuhan:

- Ajaklah Tim Inti untuk mengadakan rapat mendiskusikan rencana pengembangan sumberdaya dan dana untuk mendukung kerja-kerja advokasi.
- Identifikasi berbagai kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan pengembangan sumberdaya dan dana untuk mendukung kerja-kerja advokasi dalam jangka pendek, menengah dan panjang

(2) Menentukan bentuk dan besarnya kebutuhan dana:

- Diskusikan dengan Tim Kerja advokasi bentuk-bentuk sumberdaya apa saja yang dibutuhkan, kapan waktu dibutuhkannya, serta seberapa besar kebutuhannya untuk dapat melakukan kerja-kerja advokasi?
- Buatlah daftar kebutuhan-kebutuhan pengembangan sumberdaya dan dana sesuai dengan tingkat prioritasnya (penyusunan prioritas dapat berdasarkan wilayah kerja advokasi).

(3) Menentukan strategi penggalangan dana:

- Diskusikan siapa-siapa saja yang diharapkan dapat memberikan dukungan sumberdaya dan dana, bagaimana metode mengorganisirnya, serta kapan akan dilakukan? Buat kriterianya, identifikasi bentuk dan jenis dukungan yang diharapkan.
- Pilih berbagai metoda penggalangan dana yang sesuai, misalnya, melalui konser, pameran, penjualan produk-produk media, dll.

(4) Mekanisme pengelolaan dan pengawasan:

- Tentukan mekanisme standar prosedur operasional (SPO) pengelolaan, penggunaan, dan pengawasan sesuai dengan kaidah asas manajemen keuangan. Untuk itu perlu ditunjuk 1 orang sebagai penanggungjawab keuangan.

(5) Pemantauan, refleksi dan evaluasi:

- Untuk memperoleh umpan-balik terhadap kinerja sistem pendukung penggalangan dana ini, lakukan refleksi dan evaluasi secara berkala.

(6) Menetapkan pengelola:

- Tunjuklah satu orang yang harus bertanggungjawab ke Tim Inti.
- Lengkapi dia dengan piranti pendukung pekerjaannya.



Kasus 33
**JARINGAN ADVOKASI
 KOALISI UNTUK
 INDONESIA SEHAT**

Ada banyak contoh kasus bagaimana suatu sistem jaringan pendukung kerja-kerja advokasi menjadi kurang bermanfaat karena kurangnya pemahaman dan ketrampilan pengelolaan sistem tersebut. Apa yang terjadi di lingkungan Koalisi untuk Indonesia Sehat (KuIS) selama ini misalnya adalah contoh kasus yang dapat kita jadikan pelajaran bersama.

Pembelajaran pertama dapat dilihat dalam aspek pengelolaan fungsi dukungan (support) advokasi yang dijalankan oleh Sekretariat Koalisi Kabupaten/Kota. Salah satu kemudahan yang dimiliki oleh Koalisi Kabupaten/Kota saat ini adalah tersedianya sejumlah dana (small grant) dari KuIS. Hal ini memungkinkan terlaksananya fungsi support kerja advokasi seperti pengadaan logistik, koordinasi tim kerja, pertemuan kerja, penataan administrasi dan keuangan, penataan jaringan serta pemeliharaan database. Yang perlu dioptimalkan dari kemudahan ini adalah penatalaksanaan (good governance) manajemen support mulai dari kejelasan peran support, siapa yang melakukan, siapa yang memantau, apa yang dipantau, bagaimana memantau, ukuran keberhasilan dan sebagainya. Namun, di lain sisi, menyadari dukungan dana dari KuIS saat ini hanyalah sebagai uang benih (seeds money) maka tantangan yang perlu mulai diantisipasi oleh Koalisi

Kabupaten/Kota yaitu kemampuan penggalangan sumber daya baik itu finansial maupun non-finansial yang mampu mendukung fungsi support bagi kerja advokasi di Kabupaten/Kota itu di masa mendatang.

Pembelajaran kedua yang didapat dari pengalaman kerja advokasi KuIS di tingkat Kabupaten/Kota adalah pemahaman dan pengertian tentang kerja bersama antara anggota jaringan Koalisi Kabupaten/Kota serta anggota jaringan atau organisasi lain di Kabupaten/Kota ybs dan sama-sama peduli terhadap pembangunan kesehatan. Di beberapa Kabupaten/Kota, di awal prakarsa advokasi seringkali ditemukan keengganan berbagi kerja dan sumber daya antara anggota jaringan Koalisi Kabupaten/Kota dan organisasi lainnya. Kebanyakan berpendapat kerja advokasi ini hanya prakarsa Koalisi Kabupaten/Kota. Namun, sejalan meningkatnya pemahaman tentang advokasi, di kebanyakan tempat, kepaduan (kohesivitas) antara tim Koalisi Kabupaten/Kota dan organisasi lain semakin meningkat. Mereka umumnya kemudian bekerja sama, berbagi tugas dan lebih membahasakan dirinya sebagai tim kerja advokasi.



Kasus 34

**MENCOBA
MEMBANGUN SISTEM
LOGISTIK SENDIRI**

Yayasan Wisnu didirikan pada tanggal 25 Mei 1993. Sebagai lembaga baru, pendirian Yayasan Wisnu dimulai dengan idealisme yang tinggi untuk berbuat sesuatu bagi masyarakat Bali di bidang lingkungan. Karena kesulitan mendapatkan donor, para pengelola akhirnya memilih untuk memperkuat pengelolaan internal organisasi, baik dari sisi keuangan maupun administrasinya terlebih dahulu. Tetapi, untuk memperkuat kondisi internal organisasi, terutama memperbaiki kondisi finansial tidaklah mudah. Banyak sekali keterbatasan, seperti: memilih usaha apa yang paling cocok dilakukan dan tidak bertentangan dengan gagasan dasar pendirian Yayasan Wisnu?

Sumberdaya manusia, dan kecenderungan konflik internal sangat tinggi, justru karena keterbatasan-keterbatasan tersebut.

Setelah menimbang-nimbang potensi yang ada, akhirnya dipilih berusaha dalam bidang pengangkutan dan pengelolaan sampah hotel. Usaha ini nisbi tidak memerlukan modal dan, yang lebih penting, pihak yang diambil sampahnya tidak merasa keberatan, bahkan merasa senang karena membantu sebagian permasalahan mereka. Ternyata, belakangan baru disadari bahwa justru pihak hotel-hotel besar di Bali lah yang menikmati manfaat besar dari usaha ini. Maka, sambil tetap menjalankannya, para aktivis Yayasan Wisnu mulai berpikir dan mencari alternatif pemecahan yang lebih mendatangkan manfaat lebih besar bagi masyarakat sekitar, bukannya pengusaha hotel.

Melihat kelemahan terdahulu, maka pola pengembangan basis logistik diubah dengan

menempatkan masyarakat dan Yayasan Wisnu secara bersama-sama dan swadaya dalam satu wadah yang dinamakan Jaringan Ekonomi dan Wisata Desa (JED). Jaringan ini dimiliki oleh masyarakat adat desa Sibetan, Tenganan, Pelaga, Nusa Ceningan, dan Yayasan Wisnu. Bentuk wadah ini seperti koperasi sekunder dan perseroan terbatas. Hal ini disebabkan karena keanggotaan dalam jaringan tidak hanya individu, tetapi juga beberapa lembaga atau kelompok yang ada di tingkat desa.

Modal utama JED adalah kepercayaan. Meskipun prinsipnya sangat sederhana, dalam kenyataan tidaklah mudah menerapkan. Ujian pertamanya adalah menyetor saham dan membayar iuran berkala tetap. Modal keseluruhan pemilik yang sudah disetor adalah Rp 25 juta dari rencana total saham sebesar Rp 250 juta. Meskipun masih kurang, namun setoran saham minimal tersebut membuat JED mampu menjalankan usahanya, dan semakin menumbuhkan sikap saling percaya.

Belajar pengalaman dari kegagalan koperasi maupun kelompok usaha yang diinisiasi oleh banyak ORNOP selama ini, Yayasan Wisnu tidak mengembangkan koperasi primer sebagai satuan usaha terkecilnya terlebih dahulu. Yayasan Wisnu bersama masyarakat justru mengembangkan jaringan sebagai supra-struktur yang lebih besar dahulu. Dengan mengembangkan JED terlebih dahulu, baik sistem manajemen kerja maupun keuangan, dinilai lebih strategis. Rasa risih atau sungkan yang biasa terjadi di tingkat desa, dapat dikurangi, karena dapat diingatkan oleh anggota dari desa lain yang

tidak mempunyai kepentingan tertentu, kecuali mengembangkan organisasi JED. Dengan demikian sistem manajemen yang sudah disepakati dapat berjalan.

JED adalah jaringan komunikasi antar desa untuk pengelolaan (pelestarian dan pemanfaatan) sumberdaya alam dan budaya secara berlanjut. Kegiatan yang dilakukan adalah kegiatan ekonomi dan pariwisata. Usaha ekonomi yang dilakukan oleh JED adalah usaha distribusi hasil- bumi desa-desa pemilik. Alurbaliknya, adalah mengelola penyaluran bahan-bahan pokok desa-desa pemilik tersebut.

Untuk usaha pariwisata, yang dilakukan adalah mengelola satu biro perjalanan ekowisata. Maka, setidaknya distribusi keuntungan dapat mulai terbagi lebih adil di tingkat masyarakat desa. Usaha ini dirintis, karena masyarakat menyadari bahwa mereka memiliki potensi yang dapat dikembangkan untuk sektor pariwisata.

JED lebih mengutamakan usaha di sektor riil dan tidak melakukan usaha simpan-pinjam, karena berdasarkan pengalaman di tingkat desa, usaha ini selalu bermasalah. Untuk membentuk unit simpan-pinjam, JED justru memulainya dengan membuat

dana simpanan cadangan sosial khusus. Dana ini disetor oleh setiap individu yang menjadi bagian dari JED setiap bulan. Dana ini diharapkan akan menjadi dana abadi lembaga JED.

Kini JED telah berusia hampir satu setengah tahun. Secara struktural, model pengelolaan ini telah berubah sangat mendasar, tetapi perkembangan usaha agak tersendat dan tidak sesuai dengan yang diharapkan. Kendala yang dihadapi lebih kepada kurangnya pengalaman berusaha dan kekegetan dengan loncatan pemikiran dalam berusaha bersama.

Membangun basis logistik yang berkelanjutan berdasar pengalaman harus berdasar pada potensi yang ada. Hal ini sangat berlainan dengan pelaksanaan program yang biasanya didasarkan pada masalah untuk dicoba diselesaikan. Dikarenakan yang dicari masalah, maka yang akan didapat adalah masalah juga. Andai masalah ini kemudian dicari pendanaannya ke lembaga donor, maka dana ini akan menjadi masalah juga dalam hal keberlanjutan yang otomatis upaya pemecahannya juga akan bermasalah.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik. (2002) *Indikator Kesejahteraan Rakyat*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Bappenas dan Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI. (2002) *Kajian Pembiayaan Kesehatan Daerah dalam Era Desentralisasi*. Jakarta: Bappenas.
- Biro Keuangan Departemen Kesehatan. (2003) *National Health Account*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Biro Perencanaan Departemen Kesehatan dan Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI. (2002) *Modul Perencanaan dan Penganggaran Terpadu* Jilid I – XI. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Chusunun, Prastuti, *et.al.* (2004) *Pembiayaan Kesehatan Lampung Yogyakarta PHP I*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Departemen Kesehatan. (2002) *Survey Kesehatan Rumah Tangga*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Forum Parlemen Indonesia. (2003) *Diskusi tentang Pembiayaan Kesehatan dalam Era Desentralisasi*. Jakarta: Forum Parlemen Indonesia.
- Gani, Ascbobat, Ruby, M., Budi, B. S., Safril, A. (2002) *Pembiayaan Kesehatan Daerah dalam Era Desentralisasi*. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan dan Bappenas.
- Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan. (2002) *Kumpulan Materi Advokasi Kesehatan*. Depok: FKM UI.
- Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan dan UNICEF. (2001) *Pembangunan Manusia Sejak Dini*. Jakarta: UNICEF.
- Roger, J.F., Jamison, D.T. and Bloom, D.E. (2001) *International Public Health*. NY: Aspen.
- Thabrany, H, *et.al.* (2002) *Health Care Financing of Indonesia*. Jakarta: WHO.

United Nations. (2003) *Indicator for Monitoring the Millennium Development Goals*. New York: UN.

World Bank. (2002) *Public Health and World Bank Operations*. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development.

World Health Organizations. (2000) *The World Health Report 2000 – Health System: Improving Performance*. Geneva: WHO.

World Health Organizations. (2003) *The World Health Report 2003 – Shaping for the Future*. Geneva: WHO.

_____. (2003) *Statistik Kesejahteraan Rakyat*. Jakarta.

Makalah Seminar

Gani, Ascobat. (1998) *Reformasi Pendanaan Kesehatan*. Depok: FKM UI.

Gani, Ascobat. (2003) *Obligatory Function, Minimum Services Standard and Financing of Basic Health Services at District Level*. Jakarta: PPK-UGM, Departemen Kesehatan dan WHO.

Gani, Ascobat. (2003) *The Lost Generation dan Sistem Pembiayaan Kesehatan dalam Era Desentralisasi*. Depok: FKM UI.

Dokumen Peraturan Perundangan

Undang Undang Dasar 1945 amandemen 2002.

UU No.22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah.

UU No.25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah.

Peraturan Pemerintah No.25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom.

