



USAID
DARI RAKYAT AMERIKA



USAID CEGAH Empowering Indonesia's Community of Accountability

Laporan Penelitian

Kajian Mendalam Perbedaan Dampak
Korupsi pada Sektor Kesehatan pada
Laki-laki dan Perempuan di Provinsi
Banten dan Maluku Utara

Yayasan WRI

Laporan Penelitian

Kajian Mendalam Perbedaan Dampak
Korupsi pada Sektor Kesehatan pada
Laki-laki dan Perempuan di Provinsi
Banten dan Maluku Utara

Yayasan WRI

Jalan Kalibata Utara II No.78 Jakarta 12740-Indonesia

Publikasi ini diproduksi sebagai bahan tinjauan oleh Badan Pembangunan Internasional Amerika Serikat. Publikasi ini disiapkan oleh Management Systems International (MSI), Perusahaan Tetra Tech, di bawah proyek USAID CEGAH.

Laporan Penelitian

Kajian Mendalam Perbedaan Dampak Korupsi pada Sektor Kesehatan pada Laki-laki dan Perempuan di Provinsi Banten dan Maluku Utara

© Yayasan Women Research Institute, 2018

Peneliti dan Penulis

Benita Nastamim, S.Sos
Bunga Pelangi, SKM

Panel Ahli

Edriana Noerdin, MA
Sita Aripurnami, M.Sc

Cetakan I, 2018

Penerbit

Yayasan WRI (Women Research Institute)

Jalan Kalibata Utara II, No. 78

Jakarta - 12740, INDONESIA

Tel. (62-21) 791.87149, 798.7345 Fax. (62-21) 798.7345

Email: office@wri.or.id , Website: www.wri.or.id

PENAFIAN

Penelitian ini terlaksana dengan dukungan dari Rakyat Amerika melalui Badan Pembangunan Internasional Amerika Serikat (USAID)/CEGAH. Konten dari penelitian sepenuhnya merupakan tanggung jawab dari Yayasan WRI dan tidak mencerminkan pandangan dari USAID atau Pemerintah Amerika Serikat.

DAFTAR SINGKATAN

AD	Anggaran Desa
ADD	Anggaran Dana Desa
AKI	Angka Kematian Ibu
ANC	<i>Antenatal Care</i>
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
BOK	Bantuan Operasional Kesehatan
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPS	Badan Pusat Statistik
CEDAW	<i>Convention on the Elimination of All forms of Discrimination against Women</i>
CRC	<i>Children's Convention</i>
FGD	<i>FocusGroup Discussion</i>
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
ICESCR	<i>International Covenant on Economic, Social, and Cultural Right</i>
IPM	Indeks Pembangunan Manusia
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KIP	Komisi Informasi dan Penyiaran
KNPI	Komisi Nasional Pemuda Indonesia
KPK	Komisi Pemberantasan Korupsi
LAPOR!	Layanan Aspirasi dan Pengaduan Online Rakyat
NGO	<i>Non Governmental Organization</i>
OGP	<i>Open Government Partnership</i>
OMS	Organisasi Masyarakat Sipil
RS	Rumah Sakit
RSUD	Rumah Sakit Umum Daerah
SKPD	Satuan Kerja Perangkat Daerah
SOP	Standard Operating Procedure
SPAK	Saya Perempuan Anti Korupsi
UDHR	<i>Universal Declaration on Human Rights</i>
UGD	Unit Gawat Darurat
UHC	<i>Universal Health Coverage</i>
USAID CEGAH	<i>United States Agency for International Development CEGAH</i>
UU	Undang-Undang
UUD	Undang-Undang Dasar

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Jumlah Peserta FGD di Banten dan Maluku Utara Berdasarkan Gender	11
Tabel 1. 2. Jumlah Informan Wawancara Berdasarkan Area dan Jenis Kelamin	13

DAFTAR ISI

DAFTAR SINGKATAN.....	ii
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR ISI.....	iv
I. PENDAHULUAN	6
I.1. Latar Belakang Penelitian.....	6
I.2. Tujuan Penelitian	6
I.3. Waktu Pelaksanaan	7
I.4. Lokasi Penelitian	7
I.4.1. Lokasi Penelitian di Provinsi Banten.....	8
I.4.2. Lokasi Penelitian di Provinsi Maluku Utara	9
I.5. Metodologi.....	11
I.5.1. Kajian Literatur	11
I.5.2. Diskusi Kelompok Terfokus.....	11
I.5.3. Wawancara Mendalam.....	12
2. Kerangka Kebijakan/Landasan Teori.....	15
2.1. Hak atas Kesehatan	15
2.1.1. Jaminan Pengakuan Hak atas Kesehatan	15
2.1.2. Kewajiban Negara dalam Pemenuhan Hak atas Kesehatan.....	19
2.1.3. Konsep Pemenuhan Hak atas Kesehatan pada Kebijakan Kesehatan di Indonesia.....	20
2.2. Kebijakan yang Mendorong Transparansi dan Partisipasi Publik pada Sektor Kesehatan.....	22
2.2.1. Kebijakan yang Mendukung Keterbukaan Pemerintah dalam Terkait Anti-Korupsi ..	22
2.2.2. Pengaturan Keterlibatan Warga Negara dalam Penyusunan Kebijakan.....	23
2.2.3. Kebijakan dan Intervensi yang Mendorong Transparansi Terkait Anti-Korupsi pada Sektor Kesehatan	24
2.3. Kajian Terkait Korupsi dan Dampak Korupsi pada Sektor Kesehatan	27
2.3.1. Corruption in the Pharmaceutical Sector: Diagonising the Challenges oleh Transparency International UK	27
2.3.2. Tren Korupsi Kesehatan Periode 2010-2015	29
2.3.3. Bussiness Principles for Promoting Integrity in the Pharmacetical Sector	32

3.	Kondisi Terkini Pemenuhan Pelayanan Kesehatan di Provinsi Banten dan Provinsi Maluku Utara	34
3.1.	Pemenuhan Pelayanan Kesehatan di Provinsi Banten.....	34
3.1.1.	Akses terhadap Informasi Layanan Kesehatan pada Wilayah Urban dan Rural di Provinsi Banten	34
3.1.2.	Akses terhadap Fasilitas dan Layanan Kesehatan pada Wilayah Urban dan Rural di Provinsi Banten.....	37
3.2.	Pemenuhan Pelayanan Kesehatan di Provinsi Maluku Utara.....	40
3.2.1.	Pemahaman Masyarakat terkait Hak Atas Kesehatan pada Wilayah Urban dan Rural di Provinsi Maluku Utara	40
3.2.2.	Akses terhadap Fasilitas dan Layanan Kesehatan pada Wilayah Urban dan Rural di Provinsi Maluku Utara	41
4.	Korupsi Pada Sektor Kesehatan	45
4.1.	Peluang Terjadinya Korupsi di Sektor Kesehatan.....	45
4.1.1.	Proses Penganggaran dan Perencanaan Daerah	45
4.1.2.	Keterbukaan Data dan Informasi Publik	49
4.1.3.	Pemahaman Masyarakat terkait Korupsi.....	52
4.2.	Gambaran Korupsi di Sektor Kesehatan.....	55
4.2.1.	Bentuk-bentuk Korupsi di Sektor Kesehatan yang Banyak Terjadi di Kota Tangerang Selatan dan Kabupaten Lebak.....	55
4.2.2.	Bentuk-Bentuk Korupsi di Sektor Kesehatan yang Banyak Terjadi di Kota Ternate dan Kabupaten Halmahera Barat	57
4.2.3.	Dampak Korupsi di Sektor Kesehatan pada Laki-laki dan Perempuan	60
4.2.4.	Kondisi Upaya Pencegahan Korupsi oleh Masyarakat Sipil.....	64
5.	Penutup.....	67
5.1.	Kesimpulan.....	67
5.2.	Rekomendasi.....	68
5.2.1.	Rekomendasi terkait Upaya Peningkatan Kesadaran Perempuan Akan Hak Mereka untuk Mendapatkan Pelayanan Kesehatan	68
5.2.2.	Rekomendasi terkait Upaya Peningkatan Partisipasi Perempuan Dalam Pencegahan Korupsi	69
	DAFTAR PUSTAKA.....	70

I. PENDAHULUAN

I.1. Latar Belakang Penelitian

Temuan dari Survei Nasional Anti Korupsi dan Akuntabilitas Kesehatan yang dilakukan oleh USAID CEGAH pada 2017 menunjukkan bahwa penerimaan perempuan terkait suap adalah lebih tinggi dibandingkan dengan penerimaan laki-laki dengan perbandingan 34% dan 28%. Hal ini tentunya juga berkorelasi dengan perbedaan dampak korupsi yang dihadapi oleh laki-laki dan perempuan. Tingginya persentase dari penerimaan perempuan dalam survei ini sangat mungkin berkaitan dengan fakta bahwa perempuan, khususnya ketika mereka adalah ibu rumah tangga, mereka bertanggung jawab pada kebutuhan pendidikan dan kesehatan keluarganya. Oleh karena itu, perempuan akan lebih sering berinteraksi dengan penyedia layanan publik, hal ini menyebabkan mereka lebih rentan menjadi korban dari pejabat korup ketika mereka sedang berupaya untuk memenuhi hak mereka maupun keluarga mereka.

Terlebih lagi pada perempuan dari masyarakat kelas bawah mereka sangat bergantung pada pelayanan publik. Selanjutnya, oleh karena keterlibatan perempuan dengan korupsi bukanlah untuk mengumpulkan keuntungan untuk dirinya sendiri, misalnya untuk memenangkan tender atau mempercepat keluarnya izin usaha, perempuan menjadi lebih menderita akibat korupsi dibandingkan dengan laki-laki. Selain itu, kerentanan lain dari perempuan terhadap korupsi adalah terkait dengan organ reproduksinya, beberapa pejabat korup meyakini bahwa mereka dapat memperoleh keuntungan lebih dari sekedar uang dari perempuan, misalnya saja kesenangan seksual. Oleh karena itu dibutuhkan peningkatan kesadaran perempuan akan hak dan partisipasinya dalam upaya pencegahan korupsi. Yayasan WRI dengan dukungan dari USAID CEGAH akan melakukan kajian mendalam mengenai bagaimana korupsi berdampak pada laki-laki maupun perempuan secara berbeda. Kajian ini akan dilakukan di yakni Banten dan Maluku Utara, sebagai dua provinsi yang terintegrasi dengan USAID CEGAH. Pengumpulan data akan dilakukan pada dua wilayah pedesaan dan dua wilayah perkotaan dari masing-masing provinsi untuk melihat perbedaan risiko dan tantangan yang dihadapi oleh masyarakat dari masing-masing area dalam upaya memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan.

Sektor kesehatan dipilih sebagai fokus dari sektor yang akan dikaji dalam penelitian ini karena pemerintah memiliki lebih banyak program kesehatan untuk perempuan dibandingkan laki-laki, misalnya program kesehatan reproduksi, program kesehatan untuk ibu hamil, serta program kesehatan ibu dan anak. Maka ketika sektor kesehatan korup, perempuan akan langsung merasakan konsekuensinya.

I.2. Tujuan Penelitian

Tujuan yang ingin dicapai dari penelitian ini adalah:

- 1) Menghasilkan kajian komprehensif mengenai perbedaan dampak korupsi bagi laki-laki dan perempuan pada sektor kesehatan

- 2) Menghasilkan rekomendasi terkait upaya peningkatan kesadaran perempuan akan hak mereka untuk mendapatkan pelayanan kesehatan
- 3) Menghasilkan rekomendasi terkait upaya peningkatan partisipasi perempuan dalam pencegahan korupsi.

I.3. Waktu Pelaksanaan

Pengumpulan data sekunder dan primer dilakukan secara paralel dengan melihat kebutuhan informasi dan analisis data. Pelaksanaan pengumpulan data sekunder dilakukan bulan Februari - April 2018. Sedangkan pengumpulan data primer dilakukan secara simultan di Provinsi Banten dan Maluku Utara selama periode 12 – 20 Maret 2018. Secara keseluruhan pengumpulan data di kedua provinsi melibatkan 80 informan wawancara yang mewakili organisasi masyarakat sipil maupun komunitas masyarakat dari wilayah penelitian. Selain itu, penelitian ini juga melibatkan 22 organisasi pada tahap Diskusi Kelompok Terfokus di Provinsi Banten dan Maluku Utara.

I.4. Lokasi Penelitian

Provinsi Banten dan Maluku Utara dipilih sebagai dua provinsi penelitian karena termasuk dalam provinsi yang terintegrasi dengan USAID CEGAH. Pada kedua provinsi tersebut kemudian dipilih masing-masing satu kabupaten dan satu kota. Pemilihan kabupaten/kota sebagai lokasi penelitian didasarkan pada beberapa tolok ukur seperti:

- 1) Indeks Pembangunan Manusia (IPM) untuk melihat tingkat kesejahteraan masyarakat;
- 2) Rasio atau jumlah fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, atau jumlah/Angka Kematian Ibu (AKI) di masing-masing kabupaten/kota di kedua provinsi untuk melihat kondisi pemenuhan pelayanan kesehatan untuk masyarakat; serta
- 3) Temuan kasus korupsi pada sektor kesehatan untuk melihat keterkaitan dan dampak korupsi pada pemenuhan hak kesehatan masyarakat.

Berdasarkan beberapa indikator tersebut kemudian dipilih empat kabupaten/kota sebagai lokasi penelitian yakni Kabupaten Lebak dan Kota Tangerang Selatan di Provinsi Banten serta Kabupaten Halmahera Barat dan Kota Ternate di Provinsi Maluku Utara. Dari Masing-masing kabupaten/kota tersebut kemudian akan diambil masing-masing satu area yang mewakili kondisi rural dan satu area yang mewakili kondisi urban sehingga secara keseluruhan terdapat delapan area yang menjadi sampel lokasi dalam penelitian ini.

1.4.1. Lokasi Penelitian di Provinsi Banten

Penelitian di Provinsi Banten dilakukan di area rural dan urban dari Kabupaten Lebak dan Kota Tangerang Selatan. Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi Banten, Kabupaten Lebak memiliki Indeks Pembangunan Manusia (IPM) terendah dibandingkan dengan kabupaten/kota lain di Banten, selama tahun 2014 hingga 2016 yakni 61,64 pada tahun 2014, 62,03 pada tahun 2015, dan 62,78 pada tahun 2016. Angka tersebut berada jauh dibawah IPM Provinsi Banten yakni 69.89 pada 2014, 70.27 pada 2015, dan 70.96 pada tahun 2016.

Berkebalikan dengan kondisi tersebut, Kota Tangerang Selatan memiliki IPM yang terbaik di Provinsi Banten selama tahun 2014 hingga 2016 yakni 79.17 pada 2014, 79.38 pada 2015, dan 80,11 pada 2016¹, angka ini berada di atas IPM Provinsi Banten. Indeks Pembangunan Manusia (IPM) pada masing-masing wilayah ini menggambarkan capaian pembangunan manusia berdasarkan sejumlah komponen dasar kualitas hidup yang diukur melalui pendekatan tiga dimensi dasar umur panjang dan sehat, pengetahuan, serta kehidupan yang layak. Sehingga pengambilan data di kedua wilayah ini diharapkan dapat merepresentasikan kebutuhan data dari studi dampak korupsi pada sektor kesehatan.

Secara lebih mendalam bila dilihat dari rasio tenaga kesehatan maupun fasilitas kesehatan pada wilayah terkait. Berdasarkan catatan Relawan Kesehatan Indonesia untuk Provinsi Banten pada 2015 ada sekitar 330 kasus kematian ibu dan 1,066 bayi yang mati pada saat melahirkan. Salah satu penyebab tingginya kasus kematian Ibu dan bayi ini adalah fasilitas melahirkan yang aksesnya masih jauh dapat dijangkau warga. Pada 2016, rasio dokter umum di puskesmas per 100.000 penduduk di Banten, paling rendah di tingkat nasional, yakni hanya 2,93%, di bawah rata-rata nasional 6,52%. Selain itu, Tercatat ada sebanyak 2317 pengaduan warga Banten yang lapor kepada Rekan Indonesia, 70% pengaduan lebih pada sulitnya warga Banten mengakses fasilitas kesehatan seperti kamar rawat inap, ruang perawatan khusus, dan minimnya fasilitas kesehatan untuk penyakit berat serta pengaduan mengenai sikap tenaga kesehatan yang belum ramah terhadap pasien.²

Kendala dalam pemenuhan hak masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan di Provinsi Banten dirasakan hingga pada tingkat daerah, di wilayah Selatan Banten seperti salah satunya di Lebak masyarakat masih kesulitan untuk mendapatkan pelayanan rumah sakit karena jumlahnya yang terbatas serta jarak tempuh yang sangat jauh³. Selain itu, beberapa program yang mendorong peningkatan kesejahteraan dan akses pada pelayanan kesehatan kerap kali disinyalir diwarnai oleh praktik korupsi. Di Kabupaten Lebak, implementasi Program Lebak Sehat, Pintar, dan Sejahtera diwarnai dengan adanya dugaan kasus korupsi pada Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Kemudian masyarakat di Kabupaten Lebak juga masih

¹ Badan Pusat Statistik Provinsi Banten. (2018). *Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten 2010-2016*. Diambil dari <https://banten.bps.go.id/dynamictable/2015/04/27/9/indeks-pembangunan-manusia-ipm-menurut-kabupaten-kota-di-provinsi-banten-2010-2016.html>

² Opik. (23 November 2016). "Pelayanan Kesehatan di Provinsi Banten Masih Memprihatinkan". Diambil dari <http://koranbanten.com/pelayanan-kesehatan-di-provinsi-banten-masih-memprihatinkan>.

³ Ruli. (9 Desember 2014). "Sarana Kesehatan Tak Merata, Banten Kekurangan Puskesmas". Diambil dari <http://www.harianterbit.com/2015/read/2014/12/09/13440/28/28/Sarana-Kesehatan-Tak-Merata-Banten-Kekurangan-Puskesmas>

mengeluarkan adanya pungutan liar bagi pengguna jaminan kesehatan BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) saat akan membayar biaya persalinan.⁴

Sama halnya di Kota Tangerang Selatan, pengadaan fasilitas dan pelayanan pada sektor kesehatan masih menjadi peluang bagi terjadinya korupsi. Pada 2013, Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) menemukan alat bukti yang cukup dalam kasus pengadaan alat kesehatan kedokteran umum Puskesmas Kota Tangerang Selatan tahun anggaran 2012. Dalam proyek pengadaan alat kesehatan tersebut diduga terjadi penggelembungan harga. Dan pada tahun 2014, Dinas Kesehatan Kota Tangerang Selatan diperiksa karena adanya dugaan korupsi dalam pengadaan lahan pembangunan puskesmas.⁵ Beberapa temuan ini memberikan sedikit gambaran mengenai teruknya kondisi pemenuhan pelayanan kesehatan di Provinsi Banten yang sekaligus menjadi dasar dalam pemilihan lokasi penelitian di Provinsi Banten.

1.4.2. Lokasi Penelitian di Provinsi Maluku Utara

Penelitian di Provinsi Maluku Utara akan dilakukan di satu daerah urban dan rural di Kota Ternate dan masing-masing satu wilayah urban dan rural di Kabupaten Halmahera Barat. Dalam kurun waktu tiga tahun terakhir (2014-2016), IPM Maluku Utara masih di angka yang stagnan yaitu 65,18 (2014), 65,91 (2015) dan 66,63 (2016). Berdasarkan indikator IPM, Kabupaten Halmahera Barat merupakan wilayah dengan nilai IPM dibawah rata-rata Maluku Utara, yaitu 62,06 (2014), 62,97 (2015) dan 63,83 (2016). Sedangkan Kota Ternate, sebagai wilayah perkotaan memiliki nilai IPM tertinggi dan diatas rata-rata standar Maluku Utara yaitu 77,15 (2014), 77,64 (2015), dan 77,80 (2016). Indeks tersebut menunjukkan tingkat kesejahteraan masyarakat dinilai dari pencapaian pendidikan, ekonomi dan kesehatan.

Lebih lanjut lagi, merujuk pada angka kematian ibu, Maluku Utara masih memiliki pekerjaan rumah yang besar. Yang mana hal ini menunjukkan adanya keberpihakan pada pemenuhan hak kesehatan perempuan untuk dapat hidup atas kondisi reproduksinya. Dari data Bidang Kesehatan Komisi Nasional Pemuda Indonesia (KNPI) Maluku Utara, kematian ibu mulai meningkat drastis dalam tiga tahun terakhir, yaitu 58% pada tahun 2014, hingga naik kembali di 92% pada tahun 2016. ‘Salah satu penyebab terjadinya kondisi tersebut adalah pernikahan dini. Tercatat bahwa Kota Ternate merupakan daerah dengan tingkat pernikahan dini yang tinggi.’⁷

Selain itu, masalah sarana transportasi yang masih minim membuat perempuan tidak dapat menjangkau fasilitas kesehatan seperti puskesmas maupun rumah sakit sehingga melahirkan di rumah atau dengan dukun⁸. Berdasarkan data profil kesehatan Maluku Utara tahun 2013, Kabupaten Halmahera Barat

⁴ Fariz Abdullah.(9 Desember 2017). “Diwarnai Dugaan Korupsi, ‘Lebak Sehat, Pintar, dan Sejahtera’ Dinilai Gagal” Diambil dari <http://bantenhits.com/2017/12/09/diwarnai-dugaan-korupsi-lebak-sehat-pintar-dan-sejahtera-dinilai-gagal/>

⁵ DetikNews. (3 September 2014). “Kadis Kesehatan Tangsel Diperiksa Terkait Kasus Korupsi Lahan Puskesmas”. Diambil dari <https://news.detik.com/berita/d-2679995/kadis-kesehatan-tangsel-diperiksa-terkait-kasus-korupsi-lahan-puskesmas>

⁶ _____. _____. “Angka Kematian Ibu Meningkat 92 persen”. Diambil dari <http://www.malut.co/2017/05/angka-kematian-ibu-meningkat-92-persen.html>

⁷ Nisa. (23 Agustus 2017). “Angka Kematian Ibu di Malut Tinggi karena Pernikahan Dini”. Diambil dari <http://indotimur.com/nasional/angka-kematian-ibu-di-malut-tinggi-karena-pernikahan-dini>

⁸ Ibid.

tercatat memiliki rasio puskesmas terendah keempat yaitu 10,2 dan Kota Ternate memiliki rasio puskesmas terendah yaitu 5,01. Pada tahun 2016, tercatat jumlah RS di Halmahera Barat hanya 1 unit, sedangkan di Ternate sejumlah 7 unit dan 2 RS Bersalin.

Menurut Ikatan Bidan Indonesia Maluku Utara, tenaga bidan yang berada di daerah sangat terbatas, selain itu tingkat kesulitan transportasi dari satu daerah ke daerah lain juga menjadi kendala. Minimnya tenaga kesehatan khususnya tenaga bidan akan berdampak terhadap pelayanan kesehatan ibu dan anak.⁹ Hal ini sejalan dengan kondisi rasio tenaga kesehatan seperti dokter umum, yang mana Kota Ternate merupakan daerah dengan rasio tertinggi, yaitu 41,6 sedangkan Halmahera Barat hanya sebesar 5,6. Pada kunjungan ibu hamil K4, juga terlihat bahwa cakupan Halmahera Barat merupakan wilayah empat terendah (88,91), sedangkan Ternate menjadi wilayah dengan cakupan tertinggi (101,89).

Kondisi tersebut merupakan salah satu dampak dari pembangunan daerah yang tidak optimal berkaitan dengan perilaku koruptif pejabat daerah. Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) melakukan supervisi 11 kasus dugaan korupsi di Maluku Utara, yang mana satu diantaranya terjadi di Halmahera Barat. Diduga terjadi kasus korupsi pada APBD Kabupaten Halmahera Barat pada tahun 2013 pada anggaran tak terduga di Dinas Kesejahteraan Sosial sejumlah Rp. 952.750.000.¹⁰ Kasus ini juga pernah terjadi pada dugaan korupsi APBD Halmahera Barat pada tahun 2007-2009 sebesar Rp. 11,2 miliar. Hasil penyidikan pada kasus tersebut ditemukan adanya penyelewengan dana dengan cara pemotongan 10% anggaran dari setiap satuan kerja perangkat daerah. Tidak hanya itu, pencairan anggaran juga tidak menggunakan surat perintah pencairan anggaran dana.¹¹ Korupsi pada APBD tersebut berdampak pada seluruh sektor di organisasi perangkat daerah, termasuk kaitannya dengan pembangunan infrastruktur dan prioritas program. Hal serupa juga terjadi di Kota Ternate dengan kasus korupsi pembebasan lahan yang diperuntukkan pada pengembangan wisata dengan menetapkan walikota dan wakil walikota Ternate sebagai tersangka.¹² Di lain sisi, alokasi dan realisasi dana biaya operasional kesehatan (BOK) tahun 2013 di Halmahera Barat hanya sebesar 56,44% dan Kota Ternate 58,52%.

Temuan terkait status kesehatan, kondisi fasilitas dan tenaga kesehatan serta dugaan kasus korupsi pada praktik pemerintahan tersebut menjadikan Ternate dan Halmahera Barat sebagai lokasi penelitian dalam melihat perbedaan dampak kasus korupsi pada perempuan dan laki-laki.

⁹ Opie Marasabessy. (8 Januari 2016). "Tingkat Kematian Ibu Melahirkan dan Bayi di Provinsi Maluku Utara Tahun 2014 – 2015". Diambil dari http://www.rri.co.id/post/berita/235369/kesehatan/tingkat_kematian_ibu_melahirkan_dan_bayi_di_provinsi_maluku_utara_tahun_2014_2015.html

¹⁰ Hiar, Hairil. (30 Maret 2018). "KPK Supervisi 11 Kasus Korupsi di Maluku Utara". Diambil dari <https://www.tajuktimur.com/headline/kpk-supervisi-11-kasus-korupsi-di-maluku-utara/>

¹¹ BR. (5 Maret 2016). "Mantan Bupati Halmahera Barat ditangkap". Diambil dari <http://www.mediaindonesia.com/read/detail/32376-mantan-bupati-halmahera-barat-ditahan>

¹² Syamsudin Sidik. (5 Juni 2012). "Korupsi Walikota Ternate dan Wakilnya jadi Tersangka". Diambil dari <https://daerah.sindonews.com/read/641847/7/korupsi-wali-kota-ternate-dan-wakilnya-jadi-tersangka-1338886616>

I.5. Metodologi

I.5.1. Kajian Literatur

Kajian literatur dilakukan pada hasil-hasil penelitian sebelumnya yang terkait dengan penelitian ini, pemberitaan di media, data statistik daerah maupun nasional, serta kebijakan pada tingkat daerah maupun nasional yang menjadi perpotongan antara isu kesehatan dan isu korupsi. Hasil kajian literatur kemudian akan menjadi data sekunder yang menunjang pengumpulan data primer di lapangan. Literatur akan dikaji apabila memenuhi satu atau lebih dari satu karakteristik berikut:

- Fokus pada sektor kesehatan
- Memiliki beberapa pembahasan tentang korupsi atau tata kelola pemerintahan yang baik
- Membahas kebijakan dan strategi untuk menangani korupsi
- Membahas mengenai korupsi dengan menggunakan perspektif gender

I.5.2. Diskusi Kelompok Terfokus

Kegiatan Diskusi Kelompok Terfokus/*Focus Group Discussion* (FGD) dilakukan masing-masing satu kali pada tingkat provinsi yakni di Kota Serang, Banten dan di Kota Ternate, Maluku Utara. Tujuan dari kegiatan FGD secara spesifik adalah untuk:

1. Mengidentifikasi dampak korupsi pada kondisi kesehatan dan situasi ekonomi pada laki-laki dan perempuan;
2. Mengidentifikasi fenomena korupsi pada sektor/pelayanan kesehatan yang ada di pedesaan dan perkotaan pada masing-masing provinsi.

Kegiatan FGD melibatkan lembaga-lembaga mitra dari USAID CEGAH, KPK, SPAK, maupun lembaga mitra dari mitra USAID CEGAH. Kegiatan FGD di Kota Serang dihadiri oleh 16 peserta yang berasal dari 10 organisasi berbeda dari Kota Tangerang Selatan dan Kabupaten Lebak. Sedangkan kegiatan FGD di Kota Ternate melibatkan 20 peserta yang berasal dari 12 organisasi berbeda dari Kota Ternate dan Kabupaten Halmahera Barat. Berikut adalah informasi peserta FGD berdasarkan jenis kelamin:

Tabel I.1. Jumlah Peserta FGD di Banten dan Maluku Utara Berdasarkan Gender

Lokasi	Perempuan	Laki-Laki	Total
Kota Serang, Banten	8	8	16
Kota Ternate, Maluku Utara	13	9	22

1.5.3. Wawancara Mendalam

Wawancara mendalam yang dilakukan adalah wawancara semi – terstruktur dengan menggunakan panduan pertanyaan dengan jawaban terbuka. Kegiatan wawancara mendalam pada penelitian ini dilakukan untuk mengidentifikasi mengenai bagaimana korupsi berdampak berbeda pada laki-laki dan perempuan di dua provinsi yakni Banten dan Maluku Utara. Metode pemilihan informan menggunakan *purposive sampling* dengan *stratified purposeful sampling* dan tipe *snowball sampling*¹³ meliputi paling sedikit 10 informan (terdiri dari 5 perempuan dan 5 laki-laki) di setiap daerah perdesaan maupun perkotaan. Hasil dari wawancara mendalam kemudian dikategorisasikan kedalam tabel catatan wawancara untuk memudahkan saat proses analisis data.

Kegiatan wawancara mendalam dilakukan terhadap perwakilan organisasi masyarakat sipil dan perwakilan komunitas masyarakat pada masing-masing wilayah. Wawancara terhadap perwakilan organisasi masyarakat sipil dilakukan untuk dapat mengidentifikasi gambaran praktik korupsi pada sektor kesehatan, mengidentifikasi dampak korupsi dan upaya pencegahan korupsi, serta mengidentifikasi rekomendasi mengenai upaya yang dapat dilakukan untuk dapat meningkatkan kesadaran masyarakat akan hak mereka atas pelayanan kesehatan dan rekomendasi untuk dapat meningkatkan partisipasi masyarakat dalam upaya pencegahan korupsi pada sektor kesehatan. Sedangkan wawancara kepada perwakilan komunitas masyarakat dilakukan untuk mengidentifikasi pemahaman masyarakat terkait hak untuk mendapatkan layanan kesehatan, mengidentifikasi dampak korupsi pada sektor kesehatan yang dialami oleh masyarakat, mengidentifikasi pemahaman tentang praktik korupsi, dan identifikasi masukan terkait upaya pencegahan korupsi yang dapat dilakukan agar masyarakat dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang lebih baik. Wawancara mendalam dilakukan di empat area yang mewakili wilayah rural dan urban di Banten dan Maluku Utara. Berikut secara terperinci data lokasi wawancara mendalam dilakukan:

I. Provinsi Banten

1) Kota Tangerang Selatan

- (1) Kecamatan Setu (mewakili area rural)
- (2) Kecamatan Serpong (mewakili area urban)

2) Kabupaten Lebak

- (1) Kecamatan Warung Gunung (mewakili area rural)
- (2) Kecamatan Rangkas Bitung (mewakili area urban)

I. Provinsi Maluku Utara

1) Kota Ternate

a. Area Urban

- (1) Kelurahan Gambesi

¹³ Patton, Michael. *Qualitative Evaluation and Research Methods* 2nd edition. London: SAGE Publications. p 182-183

- (2) Kelurahan Ngade
- (3) Kelurahan Tongole

b. Area Rural

- (1) Kelurahan Sulamadaha
- (2) Kelurahan Takome

2) Kabupaten Halmahera Barat

a. Area Urban

- (1) Kelurahan Guaimaadu
- (2) Kelurahan Gufasa
- (3) Kelurahan Jalan Baru
- (4) Kelurahan Gam Lamo

b. Area Rural

- (5) Kelurahan Hatebicara
- (6) Kelurahan Bobanehena
- (7) Kelurahan Tedeng
- (8) Kelurahan Tuada
- (9) Kelurahan Bukumatiti
- (10) Kelurahan Akelamo
- (11) Kelurahan Susupu

Jumlah informan yang diwawancarai dari masing-masing provinsi adalah 20 orang dengan segregasi data berdasarkan gender adalah sebagai berikut:

Tabel 1.2. Jumlah Informan Wawancara Berdasarkan Area dan Jenis Kelamin

No.	Area	Jenis Kelamin	
		L	P
1.	Area Urban di Kota Tangerang Selatan	4	5
2.	Area Rural di Kabupaten Tangerang Selatan	3	5
3.	Organisasi Masyarakat Sipil (OMS) dengan wilayah kerja di Tangerang Selatan	2	1
Jumlah Informan di Tangerang Selatan, Banten		9	11
1.	Area Urban di Kabupaten Lebak, Banten	3	5
2.	Area Rural di Kabupaten Lebak, Banten	3	5
3.	Organisasi Masyarakat Sipil (OMS) dengan wilayah kerja di Kabupaten Lebak	4	-
Jumlah Informan di Kabupaten Lebak, Banten		10	10
1.	Area Urban di Kota Ternate	1	4
2.	Area Rural di Kota Ternate	3	2

No.	Area	Jenis Kelamin	
		L	P
3.	Organisasi Masyarakat Sipil dengan wilayah kerja di Kota Ternate	6	4
Jumlah Informan di Kota Ternate, Maluku Utara		10	10
1.	Area Urban di Kabupaten Halmahera Barat	3	5
2.	Area Rural di Kabupaten Halmahera Barat	6	3
3.	Organisasi Masyarakat Sipil dengan wilayah kerja di Kabupaten Halmahera Barat	1	2
Jumlah Informan di Kabupaten Halmahera Barat, Maluku Utara		10	10
Jumlah Informan di Banten dan Maluku Utara		39	41

2. KERANGKA KEBIJAKAN/LANDASAN TEORI

2.1. Hak atas Kesehatan

“Menikmati derajat kesehatan yang tertinggi adalah suatu hak dasar bagi setiap orang tanpa membedakan ras, agama, kepercayaan politik, ekonomi atau kondisi sosial”

- *Constitution of World Health Organization, 1948*¹⁴

Sudah tujuh dekade konstitusi World Health Organization menjadikan pemenuhan kesehatan sebagai hak asasi manusia yang mendasar. Konsep tersebut diterminasikan sebagai hak atas kesehatan yang terdiri dari (1) Hak mendapatkan layanan kesehatan yang dibutuhkan baik pada waktu dan lokasi manapun, tanpa menghadapi kesulitan finansial, (2) Hak mendapatkan akses untuk sanitasi dan air bersih, makanan yang bernutrisi, perumahan yang layak, pendidikan dan kondisi lingkungan kerja yang aman, (3) Hak untuk dapat mengontrol kesehatan individual termasuk memiliki akses ke pelayanan dan informasi kesehatan reproduksi dan seksual, terbebas dan bentuk kekerasan dan diskriminasi, (4) Hak untuk memilih menerima atau menolak pertolongan kesehatan. Pemenuhan hak atas kesehatan tersebut perlu memperhatikan kesamaan tanpa membedakan ras, agama, kepercayaan politik, ekonomi dan keadilan sosial.

Dalam perkembangannya, hak atas kesehatan juga menjadi tujuan bersama pada tujuan pembangunan berkelanjutan (*Sustainable Development Goals*) yang memastikan tidak ada satupun yang orang tertinggal dalam upaya pembangunan. Untuk dapat memenuhi tujuan tersebut maka diberlakukan mekanisme sistem kesehatan “*Universal Health Coverage*”. Implementasi UHC di Indonesia mulai diterapkan pada tahun 2014 melalui Jaminan Kesehatan Nasional.

2.1.1. Jaminan Pengakuan Hak atas Kesehatan

Hak atas kesehatan telah diakui dan diatur pada instrumen internasional maupun nasional. Dalam hal ini, Indonesia telah meratifikasi beberapa beberapa konvensi dan deklarasi internasional dan diadaptasi pada kebijakan nasional terkait penjaminan hak atas kesehatan. Jaminan pengakuan hak atas kesehatan tersebut secara eksplisit adalah sebagai berikut

¹⁴ “*The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition*”

A. Instrumen Internasional

1. Pasal 25 *Universal Declaration of Human Rights (UDHR)*

Pada pasal 25 Deklarasi Hak Asasi Manusia menyebutkan bahwa setiap orang berhak atas taraf hidup yang menjamin kesehatan dan kesejahteraan untuk dirinya dan keluarganya, termasuk pangan, pakaian, perumahan dan perawatan kesehatannya serta pelayanan sosial yang diperlukan, dan berhak atas jaminan pada saat menganggur, menderita sakit, cacat, menjadi janda, mencapai usia lanjut atau mengalami kekurangan mata pencarian yang lain karena keadaan yang berada di luar kekuasaannya.

2. Pasal 12 *International Covenant on Economic, Social and Cultural Right (ICESCR)*

Konvenan Internasional pada Hak Ekonomi Sosial dan Budaya tercantum klausul terkait hak atas kesehatan pada pasal 12, yaitu

- (1) Negara-negara Pihak pada Kovenan ini mengakui hak setiap orang untuk mengenyam standar kesehatan fisik dan mental yang tertinggi.
- (2) Langkah-langkah yang akan diambil Negara-negara Pihak pada Konvenan ini guna mencapai realisasi sepenuhnya hak ini, diantaranya termasuk:
 - (a) Ketentuan untuk menurunkan tingkat kematian bayi saat kelahiran dan kematian bayi serta perkembangan anak secara sehat;
 - (b) Perbaikan semua aspek kebersihan lingkungan dan industri;
 - (c) Pencegahan, pengobatan dan pengendalian epidemi, endemi, penyakit yang timbul di lingkungan kerja dan penyakit-penyakit lainnya;
 - (d) Penciptaan kondisi-kondisi yang akan menjamin semua pelayanan dan perhatian medis dikala sakit;

3. Pasal 11, 12, dan 14 *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)*

Pada pasal 11, 12, dan 14 CEDAW menyebutkan penjaminan hak atas kesehatan perempuan yang disadarkan atas kebutuhan kesehatan reproduksi perempuan dan pelibatan pada pembangunan pedesaan.

- Pasal 11 (Ayat 1f dan 2d)
 1. Negara-negara peserta wajib membuat peraturan-peraturan yang tepat untuk menghapus diskriminasi terhadap perempuan dilapangan pekerjaan guna menjamin hak-hak yang sama atas dasar persamaan antara laki-laki dan perempuan, khususnya: (f) Hak atas perlindungan kesehatan dan keselamatan kerja, termasuk usaha perlindungan terhadap fungsi melanjutkan keturunan.
 2. Untuk mencegah diskriminasi terhadap perempuan atas dasar perkawinan atau kehamilan dan untuk menjamin hak efektif mereka untuk bekerja, negara-negara peserta wajib membuat peraturan-peraturan yang tepat: (d) Untuk memberi perlindungan khusus kepada kaum perempuan selama kehamilan pada jenis pekerjaan yang terbukti berbahaya bagi mereka
- Pasal 12 (Ayat 1 dan 2)
 1. Negara-negara peserta wajib membuat peraturan-peraturan yang tepat untuk menghapus diskriminasi terhadap perempuan di bidang pemeliharaan kesehatan dan supaya menjamin

diperolehnya pelayanan kesehatan termasuk pelayanan yang berhubungan dengan keluarga berencana, atas dasar persamaan antara laki-laki dan perempuan.

2. Sekalipun terdapat ketentuan pada ayat 1) ini, negara-negara peserta wajib menjamin kepada perempuan pelayanan yang layak berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan masa sesudah persalinan, dengan memberikan pelayanan cuma-cuma dimana perlu, serta pemberian makanan bergizi yang cukup selama kehamilan dan masa menyusui.
- Pasal 14 (Ayat 1 dan 2a,b,c,f,h)
 1. Negara-negara peserta wajib memperhatikan masalah-masalah khusus yang dihadapi oleh perempuan di daerah pedesaan dan peranan yang dimainkan perempuan pedesaan demi kelangsungan hidup keluarga mereka di bidang ekonomi, termasuk pekerjaan mereka pada sektor ekonomi bukan penghasil uang, dan wajib membuat peraturan-peraturan yang tepat untuk menjamin penerapan ketentuan-ketentuan Konvensi ini bagi perempuan di daerah pedesaan.
 2. Negara-negara peserta wajib membuat peraturan-peraturan yang tepat untuk menghapus diskriminasi terhadap perempuan di daerah pedesaan, dan menjamin bahwa mereka ikutserta dalam dan mengecap manfaat dari pembangunan pedesaan atas dasar persamaan antara laki-laki dan perempuan, khususnya menjamin kepada perempuan pedesaan hak:
 - (a) Untuk berpartisipasi dalam perluasan dan implementasi perencanaan pembangunan di segala tingkat;
 - (b) Untuk memperoleh fasilitas pemeliharaan kesehatan yang memadai, termasuk penerangan, penyuluhan dan pelayanan dalam keluarga berencana;
 - (c) Untuk mendapatkan manfaat langsung dari program jaminan sosial;
 - (d) Untuk berpartisipasi dalam semua kegiatan masyarakat;
 - (e) Untuk menikmati kondisi hidup yang memadai, terutama yang berhubungan dengan perumahan, sanitasi, penyediaan listrik dan air, pengangkutan dan komunikasi.
4. Pasal 24 Convention on the Rights of the Child (Children's Convention, or CRC)
Pada pasal 24 Konvensi pada Hak Anak menyebutkan bahwa:
 1. Negara-negara Pihak mengakui hak anak atas penikmatan standar kesehatan yang paling tinggi dapat diperoleh dan atas berbagai fasilitas untuk pengobatan penyakit dan rehabilitasi kesehatan. Negara-negara Pihak harus berusaha menjamin bahwa tidak seorang anak pun dapat dirampas haknya atas akses ke pelayanan perawatan kesehatan tersebut.
 2. Negara-negara Pihak harus mengejar pelaksanaan hak ini sepenuhnya dan terutama, harus mengambil langkah-langkah yang tepat untuk:
 - (a) Mengurangi kematian bayi dan anak;
 - (b) Menjamin penyediaan bantuan kesehatan yang diperlukan dan perawatan kesehatan untuk semua anak dengan penekanan pada perawatan kesehatan primer;
 - (c) Memerangi penyakit dan kekurangan gizi yang termasuk dalam kerangka kerja perawatan kesehatan primer melalui, antara lain, penerapan teknologi yang dengan mudah tersedia dan melalui penyediaan pangan bergizi yang memadai dan air minum bersih, dengan mempertimbangkan bahaya-bahaya dan resiko-resiko pencemaran lingkungan;
 - (d) Menjamin perawatan kesehatan sebelum dan sesudah kelahiran yang tepat untuk para ibu;
 - (e) Menjamin bahwa semua bagian masyarakat, terutama orang tua dan anak, diinformasikan, mempunyai akses ke pendidikan dan ditunjang dalam penggunaan pengetahuan dasar mengenai kesehatan dan gizi anak, manfaat-manfaat ASI, kesehatan dan sanitasi lingkungan dan pencegahan kecelakaan;
 - (f) Mengembangkan perawatan kesehatan yang preventif, bimbingan bagi orang tua dan pendidikan dan pelayanan keluarga berencana.

3. Negara-negara Pihak harus mengambil semua langkah yang efektif dan tepat dengan tujuan menghilangkan praktek-praktek tradisional yang merusak kesehatan anak.
4. Negara-negara Pihak berusaha meningkatkan dan mendorong kerja sama internasional dengan tujuan mencapai realisasi hak yang diakui dalam pasal ini sepenuhnya dan secara progresif. Dalam hal ini, maka harus diberikan perhatian khusus pada kebutuhan-kebutuhan negara-negara sedang berkembang.

B. Instrumen Nasional

1. Pasal 28 H ayat (1) Undang-Undang Dasar 1945

Pada pasal 28 H ayat 1 UUD 1945 menyebutkan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

2. Pasal 34 ayat (2) dan (3) Undang-Undang Dasar 1945 (Amandemen)

Pada amandemen UUD 1945, terdapat penambahan dua ayat pada pasal 34 yang menjelaskan tentang hak atas kesehatan. Kedua mandat tersebut adalah

- Ayat (2) Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.
- Ayat (3) Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak

3. Pasal 9 Undang-Undang Nomor 39 tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia

Pasal 9 UU Nomor 39 tahun 1999 menyebutkan bahwa:

- (1) Setiap orang berhak untuk hidup, mempertahankan hidup dan meningkatkan taraf kehidupannya
- (2) Setiap orang berhak hidup tentram, damai, bahagia, sejahtera lahir dan batin
- (3) Setiap orang berhak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat

4. Pasal 5 UU nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan

Pasal 5 UU Nomor 36 tahun 2009 menyebutkan bahwa:

- (1) Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan
- (2) Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau
- (3) Setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya

Penjaminan hak atas kesehatan pada instrumen internasional yang kemudian di adaptasi oleh kebijakan pemerintah Indonesia dapat dilihat dari program dan penganggaran untuk terpenuhinya hak tersebut. Dalam hal ini, pemerintah Indonesia juga belum sepenuhnya melakukan adaptasi pemenuhan hak atas

kesehatan sesuai mandat konvensi atau deklarasi yang diratifikasi karena disesuaikan dengan konteks situasi ekonomi, sosial dan budaya. Hal ini menjadi karakter hak atas kesehatan yang mana terdiri dari aspek ekonomi dan sosial karena berusaha sedapat mungkin menjaga agar individu tidak menderita ketidakadilan sosial dan ekonomi berkenaan dengan kesehatannya. Hak ini juga memiliki karakter budaya sebab berusaha menjaga agar layanan kesehatan yang tersedia cukup dapat menyesuaikan dengan latar belakang budaya seseorang.¹⁵

Selain itu, tujuan dari hak atas kesehatan bukanlah berarti agar setiap orang menjadi sehat tetapi lebih menuntut agar pemerintah dan pejabat publik dapat membuat berbagai kebijakan dan rencana kerja yang mengarah kepada tersedia dan terjangkanya sarana pelayanan kesehatan untuk semua dalam kemungkinan waktu yang secepatnya. Hak atas kesehatan harus dipahami sebagai hak atas pemenuhan berbagai fasilitas, pelayanan dan kondisi penting bagi terealisasinya standar kesehatan yang memadai dan terjangkau.¹⁶

2.1.2. Kewajiban Negara dalam Pemenuhan Hak atas Kesehatan

Negara memiliki kewajiban dan bertanggung jawab penuh pada pemenuhan hak atas kesehatan. Berdasarkan tipologi tripatri¹⁷, kewajiban Negara adalah untuk menghormati, melindungi dan memenuhi hak atas kesehatan. Dalam upaya menghormati, negara perlu melakukan tindakan atau kebijakan “apa yang tidak akan dilakukan” atau “apa yang akan dihindari”. Negara wajib untuk menahan diri serta tidak melakukan tindakan yang akan berdampak negatif pada kesehatan. Hal ini perlu didukung dengan kewajiban untuk melindungi dengan melakukan perlindungan kepada warga negara melalui kebijakan yang menjamin persamaan akses ke pelayanan kesehatan.¹⁸

Pada akhirnya, pemerintah wajib memenuhi hak dengan mengadopsi kebijakan kesehatan nasional untuk menyediakan anggaran kesehatan. Dalam hal ini perlu direalisasikan dengan penyediaan layanan kesehatan yang diperlukan atau menciptakan kondisi di bawah mana warga memiliki akses memadai dan mencukupi ke pelayanan kesehatan. Termasuk pelayanan perawatan kesehatan serta air bersih layak minum dan sanitasi memadai¹⁹.

Dalam rangka memenuhi kewajiban tersebut, maka negara patut untuk menaati empat prinsip pemenuhan hak asasi manusia. Prinsip tersebut adalah 1) Ketersediaan, 2) Aksesibilitas, 3) Penerimaan dan 4) Kualitas. Prinsip ketersediaan menekankan pada adanya sarana dan prasarana kesehatan sesuai

¹⁵ KontraS. *JKN, Hak atas Kesehatan dan Kewajiban Negara*. Diambil dari <https://www.kontras.org/buletin/indo/bpjs.pdf>

¹⁶ Afandi, Dedi. (2008). *Hak Atas Kesehatan dalam Perspektif HAM*. Jurnal Ilmu Kedokteran, Maret 2008, Jilid 2 No.1 ISSN 1978-662X

¹⁷ yaitu kerangka yang secara khusus membedakan kewajiban negara untuk “menghormati”, “melindungi”, dan “memenuhi” setiap hak asasi manusia. (KontraS. *JKN, Hak atas Kesehatan dan Kewajiban Negara*)

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ KontraS. *JKN, Hak atas Kesehatan dan Kewajiban Negara*. Diambil dari <https://www.kontras.org/buletin/indo/bpjs.pdf>

dengan kebutuhan yang ada di masyarakat. Penyediaan tersebut juga perlu memperhatikan prinsip aksesibilitas dengan dimensi tidak diskriminatif, terjangkau secara fisik, ekonomi dan informasi.

Dengan tersedia dan teraksesnya pelayanan kesehatan, prinsip penerimaan harus diutamakan mengingat ragam budaya dan praktik perilaku kesehatan yang ada di masyarakat. Selain itu, prinsip penerimaan juga perlu menyeimbangkan prinsip kualitas agar pelayanan kesehatan dapat secara efektif dan efisien dalam upaya pemenuhan hak atas kesehatan.

2.1.3. Konsep Pemenuhan Hak atas Kesehatan pada Kebijakan Kesehatan di Indonesia

1) Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan

- Kesehatan diakui sebagai hak asasi manusia yang sesuai dengan landasan dan cita-cita bangsa Indonesia. Pada ketentuan umum, tertulis bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945.”
- Pada upaya mencapai derajat kesehatan masyarakat, terdapat prinsip dasar yang sesuai dengan pemenuhan hak asasi manusia. Yaitu setiap kegiatan dalam upaya memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional.
- Besaran masalah kesehatan dianggap cukup penting pada perundangan ini. Yang mana setiap hal yang menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan pada masyarakat Indonesia akan menimbulkan kerugian ekonomi yang besar bagi negara, dan setiap upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat juga berarti investasi bagi pembangunan negara.
- Hak atas kesehatan, eksplisit tertuang pada pasal 5 yang menyebutkan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan, hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau serta berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya.
 - Dalam kaitannya pada akses pelayanan kesehatan, pasal 8 menyebutkan bahwa setiap orang berhak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan.
 - Pada pasal 32 disebutkan bahwa dalam keadaan darurat, fasilitas pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta wajib memberikan pelayanan kesehatan bagi penyelamatan nyawa pasien dan pencegahan kecacatan terlebih dahulu. Dalam hal ini juga dilarang menolak pasien dan atau meminta uang muka.
 - Pasal 56 menyebutkan bahwa setiap orang berhak menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan

memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap. Pasal 58 juga menjamin perlindungan pasien yang mana setiap orang berhak menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan dan atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya.

- Prinsip ketersediaan dalam pemenuhan hak asasi manusia dijelaskan pada pasal 15 - 19 yang menyebutkan bahwa pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan (1) Lingkungan fisik, (2) Tatanan, (3) Fasilitas kesehatan baik fisik maupun sosial, (4) Sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata, (5) Akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas kesehatan.
 - Selain itu, pemerintah juga membuka ruang partisipasi, bahkan disebutkan bertanggung jawab emberdayakan dan mendorong peran aktif masyarakat dalam segala bentuk upaya kesehatan. Dan penyelenggaraan kesehatan ditanggung bermutu, aman, efisien dan terjangkau.
 - Dalam upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, pasal 62 menyatakan bahwa pemerintah dan pemerintah daerah menjamin dan menyediakan fasilitas.
 - Secara khusus, pada pasal 73 disebutkan bahwa pemerintah wajib menjamin ketersediaan sarana informasi dan sarana pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, bermutu, dan terjangkau masyarakat termasuk keluarga berencana.
 - Peran serta masyarakat tertuang pada pasal 174 yaitu masyarakat berperan serta baik secara perseorangan maupun terorganisasi dalam segala bentuk dan tahapan pembangunan kesehatan dalam rangka membantu mempercepat pencapaian derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

2) Undang-Undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

- Setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur. Jaminan kesehatan merupakan satu dari lima jaminan yang diatur sebagai jaminan sosial nasional.
- Tujuan penyelenggaraan jaminan kesehatan adalah menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

3) Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan

- Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.
- Pasal 20 menyebutkan bahwa memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perseorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Maka dari itu manfaat yang didapatkan adalah manfaat medis dan non medis (akomodasi dan ambulans).

2.2. Kebijakan yang Mendorong Transparansi dan Partisipasi Publik pada Sektor Kesehatan

Pada September 2011, Pemerintah Indonesia bersama delapan negara lain menandatangani Deklarasi *Open Government Partnership (OGP)*. Dengan menandatangani deklarasi tersebut, Indonesia berkomitmen untuk “mendorong budaya global keterbukaan pemerintah yang memberdayakan dan melayani warga negara, serta mengedepankan cita-cita pemerintah abad 21 yang terbuka dan partisipatif”.

2.2.1. Kebijakan yang Mendukung Keterbukaan Pemerintah dalam Terkait Anti-Korupsi

Selama lebih dari 10 tahun terakhir, Indonesia telah mengupayakan kemajuan yang luar biasa dalam mendorong pembuatan kebijakan yang transparan dan inklusif, serta mendorong keterlibatan aktif dari warga negara. Sebagai salah satu pendiri *Open Government Partnership (OGP)* dan anggota terkemuka ASEAN dengan ekonomi terbesar, Indonesia telah menunjukkan ketertarikan untuk memainkan peran utama dalam menyebarkan prinsip-prinsip dan praktik-praktik open government (keterbukaan pemerintah) ke seluruh dunia

Kerangka kelembagaan dan hukum yang kokoh adalah kunci dari kesuksesan pelaksanaan kebijakan dan inisiatif keterbukaan pemerintah (*Open Government*). Kerangka-kerangka tersebut menjadi landasan kerja sama secara horisontal di seluruh kementerian/lembaga, serta secara vertikal di tingkat pemerintah daerah. Penyusunan kerangka negara saat ini akan memperluas manfaat dari *open government* bagi berbagai lembaga dan pemangku kepentingan.

Untuk mewujudkan pemerintah yang terbuka maka prinsip pemerintah yang transparan, akuntabel, dan partisipatif tertuang dalam Konstitusi. Jaminan tersebut dilengkapi oleh undang-undang lainnya tentang Akses terhadap Informasi, Rencana Pembangunan Nasional, dan anti-korupsi, yang merupakan salah satu langkah pendukung keterbukaan pemerintah di Indonesia.²⁰

1) Undang-Undang Dasar 1945

Undang-undang Dasar 1945 menyediakan landasan hukum bagi penerapan prinsip-prinsip transparansi dan partisipasi secara umum. Secara khusus, Undang-Undang Dasar 1945 menjamin hak warga negara untuk berkomunikasi dengan bebas serta mendapatkan informasi (Pasal 28F); Undang-Undang Dasar 1945 juga mengakui hak untuk berserikat, berkumpul, dan mengemukakan pendapat (Pasal 28); serta menetapkan bahwa anggaran negara “harus dilaksanakan secara terbuka dan akuntabel (Pasal 23-1).”

²⁰OECD Kajian *Open Government* Indonesia, “Lingkungan yang mendukung keterbukaan pemerintah di Indonesia”. (2016). Jakarta: OECD. hlm 3.

- 2) **Undang-Undang No. 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik**
Undang-Undang No. 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik menjamin hak warga negara untuk mendapatkan informasi serta mendorong pemerintahan yang transparan, akuntabel, efektif, dan efisien. Undang-undang ini juga mengharuskan pembentukan kantor Pejabat Pengelola Informasi & Dokumentasi (PPID) untuk menyimpan, mencatat, dan menyediakan informasi pemerintah kepada publik.
- 3) **25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional**
Instrumen hukum utama yang mendukung keterlibatan warga negara adalah Undang-Undang No. 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, yang berupaya untuk “mengoptimalkan keterlibatan masyarakat.” Undang-Undang ini mengatur sistem perencanaan pembangunan nasional dan menjelaskan proses masyarakat untuk berpartisipasi secara formal dalam proses pembangunan melalui Musyawarah Perencanaan Pembangunan, atau musrenbang
- 4) **Undang-Undang No. 30 Tahun 2002 tentang Komisi Pemberantasan Tindak Pidana**
Merupakan landasan berdirinya Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK).
- 5) **Undang-Undang No. 13 Tahun 2006 tentang Perlindungan Saksi dan Korban**
Berfungsi sebagai undang-undang perlindungan bagi pelapor tindak pidana (*whistleblower*).
- 6) **Undang-Undang No. 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara**
Berfungsi sebagai landasan dari transparansi anggaran.
- 7) **Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah**
Mendukung inovasi di sektor publik melalui pembentukan “hak untuk berinovasi” secara *de facto*, yang memastikan perlindungan hukum bagi pelaku inovasi di daerah, apabila terjadi kegagalan.

2.2.2. Pengaturan Keterlibatan Warga Negara dalam Penyusunan Kebijakan²¹

1) Tersedianya Kerangka Hukum Negara yang Mendukung Keterbukaan dan Keterlibatan Warga Negara

Secara keseluruhan, kerangka hukum negara telah mengakui hak publik untuk terlibat. Negara juga menjamin akses terhadap informasi, menciptakan mekanisme untuk menyebarkan informasi, mendirikan lembaga pemerintah yang independen dan menciptakan mekanisme akuntabilitas. Keseluruhan aspek tersebut telah memiliki landasan yang kokoh dan diatur dalam kerangka hukum negara mulai dari Undang-Undang Dasar 1945, termasuk undang-undang, aturan, serta keputusan presiden.

²¹ Disarikan dari OECD Kajian *Open Government Indonesia*, “Sebuah perhatian pada keterlibatan warga negara: dari informasi dan konsultasi sampai ke keterlibatan aktif”. (2016). Indonesia: OECD. hlm 8-9.

2) Tersedianya Mekanisme Penyebaran Informasi

Mekanisme utama untuk menyebarkan informasi di Indonesia adalah melalui kantor Pejabat Pengelola Informasi dan Dokumentasi (PPID). Kerangka hukum bagi akses terhadap informasi juga memberikan mekanisme dukungan untuk dijalankan ketika melaksanakan prosedur, membantu menyelesaikan perselisihan akibat permintaan informasi dan memberikan ruang untuk melaporkan pelaksanaan hukum. Pemerintah menyadari pentingnya memperbanyak kantor PPID, karena tanpa kantor-kantor tersebut, tidak akan ada unit pemerintah yang ditunjuk khusus untuk menangani permintaan publik akan informasi.

3) Tersedianya Jalan bagi Publik untuk Terlibat secara Formal dalam Kegiatan Perencanaan Strategis

Proses Musyawarah Perencanaan Pembangunan (musrenbang) menyediakan jalan utama bagi publik untuk terlibat secara formal dalam kegiatan perencanaan strategis pemerintah. Walaupun proses musrenbang adalah kesempatan yang penting untuk melibatkan publik dalam menentukan prioritas pembangunan di seluruh tingkatan pemerintah, baik perwakilan pemerintah dan Organisasi Masyarakat Sipil (OMS) telah menyadari keterbatasan dari musrenbang, terutama dalam memastikan bahwa masukan publik diperhitungkan serta dalam mengidentifikasi mitra OMS yang tepat.

4) Tersedianya Jalan Mendukung Keterlibatan Publik untuk Mengawasi Penyediaan Layanan Publik

Salah satu cara Pemerintah Indonesia dalam meningkatkan keterlibatan publik untuk mengawasi penyediaan layanan publik diantaranya melalui Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) yang menjadi jalur khusus bagi pelapor tindak pidana (*whistle-blower*). Selain itu, terdapat pula Kantor Ombudsman, layanan pengaduan dalam kementerian maupun di tingkat pemerintah daerah, serta LAPOR! yang merupakan sebuah wadah dalam jaringan (*daring*) untuk menangani keluhan, yang diluncurkan pada bulan November 2011.

2.2.3. Kebijakan dan Intervensi yang Mendorong Transparansi Terkait Anti-Korupsi pada Sektor Kesehatan

Pada sektor kesehatan sendiri pemerintah mendukung terwujudnya pemerintahan yang bersih dan akuntabel serta pelayanan publik yang berintegritas:

1) Kebijakan pada Sektor Perizinan Obat yang mendukung Upaya Anti Korupsi:²²

- Peraturan Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) Nomor 20 Tahun 2017 tentang Pengendalian Gratifikasi

²² Togi J. Hutadjulu. (11-12 Desember 2017). *Upaya Perbaikan Tata Kelola Perizinan Obat*. Disampaikan dalam International Business Integrity Conference (IBIC) 2017: Public and Private Collaboration in Corruption Prevention. Diambil dari <http://iibic.org/presentasi/Upaya%20Perbaikan%20Tata%20Kelola%20Perizinan%20Obat%20-%20Togi%20%20Hutadjulu.pdf>

- Peraturan Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) Nomor 13 Tahun 2017 tentang Penanganan Benturan Kepentingan
- Peraturan Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) Nomor 24 Tahun 2017 tentang Kriteria dan Tata Laksana Registrasi Obat
- Debirokratisasi dan Pelayanan Prima
- Simplifikasi proses dan prosedur
- Bimtek dan Coaching Clinic
- Pengembangan aplikasi berbasis online : Pelaporan Gratifikasi, Benturan Kepentingan, *Whistleblowing System* (WBS), Aplikasi e-Registrasi

2) Intervensi Industri Farmasi dalam Mendukung Upaya Anti-Korupsi:²³

- Melakukan pembinaan anggota, khususnya terkait dengan penerapan kode etik dan pemenuhan terhadap peraturan yang berlaku;
- Melakukan advokasi ke stake holder (Kemkes, Kemenperin, Kementerian Pemberdayaan Aparatur Negara & Reformasi Birokrasi (PAN RB) , Badan Koordinasi Penanaman Modal (BKPM), Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM), Kantor Staf Presiden (KSP), Sekretariat Wakil Presiden (Setwapres), dll) agar bisa mencapai kondisi *ease of doing business* yang ideal sehingga anggota dapat berperan maksimal dalam pembangunan kesehatan;
- Menjadi anggota Komite Advokasi Nasional sektor kesehatan dan konsisten dalam mengikuti kegiatan yang diadakan, begitu pula di tingkat Provinsi;
- Akan melakukan desiminasi informasi dari berbagai kegiatan bersama KPK/IBIC menuju program PROFIT.

3) Kebijakan pada Sektor Pengadaan Alat Kesehatan yang Mendukung Upaya Anti-Korupsi:²⁴

- Menerapkan Sistem perizinan online dengan kemudahan *Track and Trace*.
- Percepatan perizinan produk Alkes dalam negeri untuk mendukung Inpres Nomor 6 Tahun 2016
- Pelayanan satu pintu melalui Unit Layanan Terpadu (ULT).
- Memberlakukan sistem Layanan Pengadaan barang dan jasa Secara Elektronik (LPSE) Sejak tahun 2010

²³ F. Tirto Kusnadi. (11-12 Desember 2017). *Peran Asosiasi dalam Mendorong Integritas Sektor Usaha Farmasi*. Disampaikan dalam International Business Integrity Conference (IBIC) 2017: Public and Private Collaboration in Corruption Prevention. Diambil dari <http://iibic.org/presentasi/Peran%20Asosiasi%20dalam%20Mendorong%20Integritas%20Sektor%20Usaha%20Farmasi%20-%20F%20Tirto%20Kusnadi.pdf>

²⁴ Nila Farid Moeloek. (11-12 Desember 2017). *Upaya Perbaikan Tata Kelola Pengadaan Alat Kesehatan dan Sponsorship*. Disampaikan dalam International Business Integrity Conference (IBIC) 2017: Public and Private Collaboration in Corruption Prevention. Diambil dari <http://iibic.org/presentasi/Upaya%20Perbaikan%20Tata%20Kelola%20Pengadaan%20Alat%20Kesehatan%20dan%20Sponsorship%20-%20Nila%20Farid%20Moeloek.pdf>

- Membentuk Unit Layanan Pengadaan (ULP) pada setiap Unit Utama mulai tahun 2012
- Mengembangkan pengadaan dengan sistem katalog elektronik (*e catalogue*)
- Mengembangkan E- System (*Electronic System*) Perijinan Dan Pengawasan Alat Kesehatan Dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT) yang meliputi *e-infoalkes*, *e-watch alkes* dan *PKRT*, serta *ereport alkes* dan *PKRT*.
- Sarana Pengaduan Masyarakat melalui Hot Line Service dan Email (Pusat Tanggap dan Respon Cepat).
- Peningkatan kualitas perencanaan melalui e-planning dan erengar.

4) Upaya Perbaikan Tata Kelola Pengadaan Alat Kesehatan²⁵

- Peningkatan keamanan pemanfaatan alat kesehatan melalui e-watch.
- Penguatan tim teknis penyusunan spesifikasi dengan melibatkan para pakar/profesi terkait di bidang alat kesehatan.
- Peningkatan Kerjasama dengan badan standarisasi nasional melalui pembentukan panitia teknis perumusan standar nasional Indonesia bidang Alat Kesehatan.
- Bekerja sama dengan Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang Jasa Pemerintah (LKPP) dalam proses pemilihan penyedia untuk katalog elektronik dan mendorong lebih banyak lagi peralatan kesehatan yang tersedia di Katalog Elektronik sehingga akan memudahkan pengguna untuk memilih dan penyedia juga lebih kompetitif.
- Pendampingan dan Pengawasan oleh Inspektorat Jenderal melalui Tim Konsultasi Pengadaan Barang dan Jasa Kementerian Kesehatan
- Pendampingan oleh Inspektorat Jenderal secara langsung pada saat persiapan pengadaan barang dan jasa.

5) Kebijakan terkait Sponsorship bagi tenaga Kesehatan yang Mendukung Upaya Anti-Korupsi

Tujuan dikeluarkannya peraturan ini adalah untuk mendukung peningkatan pengetahuan dan/atau keterampilan serta pengembangan profesi tenaga kesehatan. Peraturan tersebut sejalan dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan menyebutkan bahwa penyelenggaraan upaya kesehatan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang bertanggung jawab, yang memiliki etik dan moral yang tinggi, keahlian dan kewenangan yang secara terus menerus harus ditingkatkan mutunya melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, sertifikasi, registrasi, perizinan, serta pembinaan, pengawasan dan pemantauan agar penyelenggaraan upaya kesehatan memenuhi rasa keadilan dan perikemanusiaan serta sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.

²⁵ *Ibid.* Nila

2.3. Kajian Terkait Korupsi dan Dampak Korupsi pada Sektor Kesehatan

2.3.1. Corruption in the Pharmaceutical Sector: Diagoning the Challenges oleh Transparency International UK ²⁶

Korupsi memberikan dampak negatif pada pelayanan kesehatan dan hasil dari pelayanan kesehatan. Penggelapan anggaran kesehatan publik dan suap pada proses pengadaan dapat menyebabkan kelebihan pembayaran barang dan jasa. Hal ini kemudian dapat mengancam kemampuan negara untuk menyediakan cakupan kesehatan universal untuk masyarakat. Korupsi mengalihkan sumber daya dari sektor publik, membuatnya sulit untuk secara tepat mendanai fasilitas kesehatan yang membantu memastikan peningkatan akses dan perawatan yang berkualitas. Yang juga sama pentingnya adalah korupsi merusak kepercayaan publik terhadap pemerintah dan layanan publik, kesediaan tenaga kesehatan profesional untuk mengikuti instruksi dan peringatan pemerintah secara serius, serta kesediaan pasien untuk menggunakan layanan kesehatan. Karena efek negatif korupsi yang signifikan pada tingkat morbiditas, kematian bayi dan anak, serta pembiayaan kesehatan maka konsekuensi dari korupsi adalah hidup dan mati manusia. Oleh karena itu, sangat penting untuk dapat mengatasi korupsi pada sektor kesehatan sebab kesehatan memastikan tercapainya pembangunan manusia dan ekonomi.

Salah satu yang menjadi kendala adalah bahwa korupsi dan kesehatan seringkali dilihat sebagai dua bidang kebijakan publik yang berbeda. Banyak intervensi kesehatan global yang bersifat vertikal, sebab mereka fokus pada penanganan satu penyakit tertentu pada waktu tertentu dengan melakukan berbagai perbaikan dalam pemerintah dan dampaknya adalah pada tingkat korupsi. Hal ini bukan hanya menyederhanakan kompleksitas korupsi, tetapi juga menunjukkan bahwa kebijakan yang diambil telah gagal dalam mengatasi kerentanan sektor kesehatan pada korupsi dan inefisiensi yang membuatnya terjadi.

Presiden Bank Dunia, Jim Yong Kim bahkan mengecam korupsi sebagai “musuh publik nomor satu” dan Sekretaris Jenderal Persatuan Bangsa-Bangsa (PBB) menekankan bahwa korupsi menghambat pembangunan, demokrasi, dan stabilitas. Pada tahun 2010, Departemen Pembangunan Internasional, Inggris (UK Department for International Development/DFID) mencatat bahwa “Menanggulangi korupsi di sektor kesehatan sangat penting untuk mencapai hasil kesehatan yang lebih baik.”. Sektor farmasi juga menyumbang sebagian besar anggaran kesehatan secara global. Hampir seperlima dari seluruh anggaran perawatan kesehatan di seluruh negara-negara OECD dihabiskan untuk obat-obatan.

²⁶ Transparency International UK. (Juni, 2016). *Corruption in the Pharmaceutical Sector: Diagoning the Challenge*. UK: Transparency International UK. Diambil dari <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22500en/s22500en.pdf>
PROYEK USAID CEGAH PROJECT – LAPORAN PENELITIAN

Pada tahun 2010, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melaporkan bahwa obat-obatan menyumbang tiga dari sepuluh sumber utama ketidakefisienan dalam sistem kesehatan dan korupsi adalah sumber utama inefisiensi. Pengeluaran yang tidak perlu untuk obat-obatan, obat-obatan di bawah standar dan obat-obatan yang dipalsukan yang masuk dalam sistem kesehatan, serta penggunaan obat yang tidak tepat dan tidak efektif secara tidak sengaja yang menyebabkan pemborosan sumber daya yang sebenarnya diperlukan untuk memberikan perawatan yang berkualitas dan terjangkau.

Oleh karena itu, pengeluaran obat yang efektif dan efisien sangat penting untuk keberlangsungan sistem kesehatan. Hal ini menjadi masalah khususnya bagi negara dengan tingkat ekonomi lemah dan menengah dimana sistem kesehatan lebih lemah dan penyediaan dari pemerintah pun rendah, kondisi seperti ini menempatkan lebih banyak tekanan kepada pasien khususnya yang paling miskin dan paling rentan, dengan pembiayaan yang sangat mahal melebihi kemampuan finansial mereka. Lembaga global seperti WHO, Dana Global untuk Memerangi AIDS, TB dan Malaria (Global Fund) dan Bank Dunia telah meningkatkan upaya mereka untuk meningkatkan akses pada pelayanan kesehatan dan kesehatan itu sendiri dengan memfokuskan pada pembiayaan obat-obatan dan membantu membangun kapasitas sektor farmasi akan membantu mencegah kerugian dan pengeluaran obat yang tidak perlu yang kemudian secara ideal dapat meningkatkan kesehatan untuk semua.

Korupsi dalam kajian ini didefinisikan sebagai penyalahgunaan atas wewenang/kekuasaan yang dipercayakan untuk keuntungan pribadi. Semua negara menghadapi korupsi, bentuk korupsi yang lazim pada setiap negara bisa berbeda-beda, demikian pula skala korupsi pada dapat berbeda mungkin “kecil”, seperti dalam proses birokrasi, atau “besar” seperti pada tingkat kebijakan atau legislatif. Korupsi seringkali sulit untuk dideteksi dan bahkan lebih sulit untuk dilacak dan diverifikasi karena sifatnya yang melekat, tidak berwujud, dan berada pada wilayah abu-abu antara korupsi dan inefisiensi. Korupsi juga biasanya terjadi ketika ada tekanan untuk melakukan penyalahgunaan wewenang, yakni ketika individu merasionalisasi perilaku korupsinya sebagai norma sosial dan ketika ada kesempatan besar untuk melakukan penyalahgunaan kekuasaan dengan konsekuensi minimal. Korupsi juga tidak selalu ada di luar batas-batas hukum. Korupsi dapat terjadi baik di sektor publik maupun swasta. Ini berarti berbagai aktor di sektor farmasi dapat terlibat dalam praktik korupsi, termasuk tenaga kesehatan profesional, pejabat pemerintah, dan karyawan perusahaan farmasi.

Berdasarkan hasil identifikasi permasalahan dari rantai nilai farmasi, penelitian ini melihat terdapat tiga bidang besar yang dapat diintervensi untuk meminimalisasi korupsi pada sektor farmasi. Dengan meminimalisasi kerentanan korupsi pada sektor farmasi pemerintah akan berada dalam posisi yang lebih kuat untuk meningkatkan kesehatan dan mencapai tujuan pembangunan yang berkelanjutan.

1) Membangun kepemimpinan yang berkomitmen untuk mengatasi korupsi

Hal ini dapat dilakukan dengan cara semua sektor harus berkomitmen untuk menangani korupsi. Dan kerjasama adalah kunci di dalam dan diantara pemerintah, pemerintah industri farmasi, lembaga global, dan organisasi masyarakat sipil. Kolaborasi ini bisa difasilitasi melalui penggunaan aliansi multi – pihak. Dalam hal ini pemerintah menjadi penggerak perubahan. Pemerintah harus menunjukkan komitmen yang kuat terhadap upaya antikorupsi, termasuk dengan sikap tidak adanya impunitas bagi semua pelaku

korupsi. Lembaga donor dapat membantu dalam mendorong perubahan di tingkat nasional, dan industri farmasi dapat memimpin dan terlibat dengan pemerintah.

2) Mengadopsi teknologi di seluruh rantai nilai farmasi

Lembaga pemerintah harus mengadopsi teknologi untuk mengurangi peluang korupsi dengan meminimalkan agensi aktor dan kebutuhan untuk interaksi tatap muka. Peningkatan penggunaan pencatatan digital memfasilitasi produksi dan akses catatan yang membantu penemuan korupsi. Banyak dari informasi ini sudah tersedia, mengurangi informasi asimetris pada titik-titik keputusan kunci yang memfasilitasi korupsi. Aktor lain, seperti tenaga medis profesional dan pasien, dapat menggunakan teknologi untuk tujuan baru untuk mengonfirmasi kualitas dan standar obat.

3) Memastikan akuntabilitas melalui peningkatan pemantauan, penegakan peraturan dan sanksi

Aktor dalam sektor farmasi harus bertanggung jawab atas tindakan mereka. Pemerintah harus menerapkan proses untuk dapat melacak kegiatan dan menyediakan akses organisasi pada data bagi masyarakat sipil dengan sehingga mereka mampu bertindak sebagai pengawas. Pemerintah juga harus berbuat lebih banyak untuk memastikan semua peraturan dan undang-undang secara aktif ditegakkan untuk memastikan perusahaan farmasi korup diselidiki dan dihukum, tingkat denda harus ditingkatkan. Demikian pula, lembaga profesional dan akademik harus menerapkan sanksi yang tepat terhadap tenaga kesehatan profesional dan peneliti yang korup.

2.3.2. Tren Korupsi Kesehatan Periode 2010-2015²⁷

Penelitian ini dilakukan dengan mengkaji kasus korupsi kesehatan yang telah diungkap ke publik oleh penegak hukum baik melalui media cetak maupun elektronik. Beberapa yang diidentifikasi dari pemberitaan media terkait kasus korupsi tersebut adalah terkait tahun terungkapnya kasus, institusi yang melakukan korupsi kesehatan, modus yang digunakan, obyek korupsi, profil tersangka, dan lokasi korupsi kesehatan banyak terjadi. Kendala yang dihadapi dari melakukan kajian ini adalah bahwa belum semua kasus korupsi kesehatan berhasil dijerat hukum dan belum semua kasus korupsi kesehatan terutama yang sudah masuk tahap penyidikan, diungkap pada publik oleh penegak hukum. Dengan kendala tersebut maka tren korupsi kesehatan dalam penelitian ini terbatas pada mengungkap potret korupsi sektor kesehatan.

Berikut adalah beberapa potret korupsi kesehatan di Indonesia yang diidentifikasi dari penelitian yang dilakukan oleh Indonesia Corruption Watch (ICW):

²⁷ Indonesia Corruption Watch. (2016). *Tren Korupsi Kesehatan Periode 2010-2015*. Diambil dari <https://antikorupsi.org/sites/default/files/files/Siaran%20Pers/Tren%20Korupsi%20Kesehatan%202017.pdf>

- 1) Anggaran kesehatan masih menjadi sektor yang sangat rawan dikorupsi. Bidang rawan terutama terjadi pada pengadaan alat kesehatan dan jaminan kesehatan. Pengadaan alat kesehatan menjadi salah satu bidang yang rawan karena memiliki nilai anggaran yang tinggi dan memiliki spesifikasi teknis yang unik. Jaminan kesehatan juga rawan dikorupsi karena meningkatnya anggaran kesehatan untuk jaminan kesehatan pasca diberlakukannya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
- 2) Terjadi pergeseran obyek korupsi kesehatan terutama korupsi dana obat-obatan pada korupsi jaminan kesehatan. Dua penyebab yang diduga menjadi pemicu terjadinya hal ini adalah karena adanya pemberlakuan e-katalog dalam pengadaan obat dengan produsen obat dan kedua adalah karena adanya pemberlakuan INA-CBG's dalam BPJS kesehatan. Dua hal ini menyebabkan harga obat dalam pengadaan fasilitas kesehatan dasar dan tingkat lanjut tidak dapat digelembungkan (*di mark up*) karena telah ditentukan harganya. Pergeseran tren obyek korupsi sektor kesehatan yang terjadi adalah dari semula korupsi obat menjadi penyelewengan dana jaminan kesehatan.
- 3) Modus korupsi yang paling banyak terjadi adalah penggelembungan harga. Hal ini terjadi karena sebagian besar korupsi yang ditindak penegak hukum adalah korupsi dalam PBJ yang mana keuntungan dapat diperoleh dari penggelembungan harga.
- 4) Provinsi Sumatera Utara teridentifikasi sebagai pemerintahan yang paling banyak melakukan korupsi. Meskipun terdapat banyak provinsi besar lainnya, namun tidak memiliki kasus korupsi kesehatan sebanyak di Sumatera Utara. Terdapat dua kemungkinan tingginya identifikasi kasus korupsi di Sumatera Utara, yakni pertama, mungkin disebabkan sistem pencegahan korupsi di sektor kesehatan yang belum optimal, atau kedua, mungkin penegak hukum di Sumatera Utara memiliki kinerja penindakan yang baik.
- 5) Pihak yang paling banyak menjadi tersangka korupsi adalah Pegawai Negeri Sipi (PNS)/Aparatur Sipil Negara (ASN) yang bekerja sama dengan penyedia barang. Hal ini terjadi karena PNS, baik dari jabatan tinggi seperti sekretaris jenderal atau sekretaris daerah sampai PNS biasa, memiliki kewenangan yang tinggi dalam PBJ.
- 6) Direktur Rumah Sakit dan Kepala Dinas Kesehatan merupakan pejabat yang paling banyak menjadi tersangka korupsi.
- 7) Penyelenggara negara terutama Menteri Kesehatan, Anggota Dewan Perwakilan Rakyat (DPR)/Daerah (DPRD), gubernur, bupati, walikota, dan direksi Badan Usaha Milik Negara (BUMN) juga banyak terlibat sebagai pelaku korupsi. Hal ini membuktikan bahwa korupsi kesehatan tidak hanya dilakukan sendiri oleh PNS akan tetapi juga ditentukan oleh penyelenggara negara yang menjadi atasan mereka.

Berdasarkan temuan-temuan tersebut ICW menyusun rekomendasi untuk institusi-institusi terkait yang memegang peranan penting dalam mencegah korupsi pada sektor kesehatan, yakni Kementerian Kesehatan, DPR/Komisi Kesehatan dan penegak hukum.

1) Kementerian Kesehatan (Kemenkes)

- Kemenkes perlu konsisten menggunakan paradigma sehat dalam menyusun prioritas anggaran kesehatan. Kenaikan anggaran kesehatan setiap tahun harus selalu sebanding dengan peningkatan persentase anggaran untuk promotif dan preventif, dan bukan untuk kegiatan kuratif semata.
- Kemenkes perlu mempertajam StranasP PK (Strategi Nasional Pencegahan dan Pemberantasan Korupsi) sehingga aksi pencegahan dan pemberantasan korupsi dapat menyentuh jantung korupsi dilingkungan Kemenkes.
- Adanya kebijakan nasional pencegahan korupsi kesehatan yang menasar pencegahan korupsi pengadaan barang dan jasa serta *fraud* dalam pelayanan kesehatan
- Perlu adanya kebijakan *open contracting* yakni membuka semua dokumen pengadaan (KAK, HPS, Spesifikasi Teknis, Kontrak dan Berita Acara Serah Terima Barang) pada publik.

2) DPR/Komisi Kesehatan:

- DPR konsisten menggunakan paradigma sehat dalam menetapkan prioritas alokasi anggaran kesehatan dimana anggaran promotif dan preventif lebih besar dibanding kuratif dan rehabilitatif.
- DPR menutup semua celah korupsi kesehatan terutama ketika menggunakan kewenangan penganggaran dalam penyusunan anggaran kesehatan

3) Penegak Hukum:

- Menyelesaikan utang perkara korupsi kesehatan yang belum lunas pada tahun 2013. Markas Besar (Mabes) Polisi Republik Indonesia (Polri) menjelaskan pada publik terkait perkembangan penanganan kasus korupsi yang melibatkan mantan Menteri Kesehatan.
- Memprioritaskan penindakan korupsi kesehatan

2.3.3. Business Principles for Promoting Integrity in the Pharmaceutical Sector²⁸

Merupakan sebuah inisiatif dari lintas pemangku kepentingan di tingkat daerah di Amerika Latin yang dipimpin oleh Program Farmasi dan Pelayanan Kesehatan Transparency International di Inggris dalam mengembangkan prinsip bisnis yang mempromosikan integritas pada sektor farmasi. Prinsip bisnis yang dikembangkan diberi judul *Pharma Integrity Principles*. Tujuan dikembangkannya *Pharma Integrity Principles for Latin America* adalah untuk menyediakan kerangka kerja praktik bisnis yang baik serta strategi manajemen risiko untuk mempromosikan integritas di dalam sektor farmasi. *Pharma Integrity Principles* dimaksudkan untuk membantu perusahaan dan asosiasi bisnis di seluruh wilayah dalam:

- menghapuskan suap dan konflik kepentingan terkait;
- menunjukkan komitmen mereka untuk melakukan bisnis dengan integritas; dan
- memberikan kontribusi positif untuk meningkatkan standar integritas bisnis, transparansi dan akuntabilitas.

Pharma Integrity Principles menggabungkan prinsip-prinsip anti-suap dari penerapan umum yang dikembangkan oleh Transparansi Internasional dengan panduan yang lebih spesifik untuk mencegah konflik kepentingan dalam sektor farmasi khususnya terkait dengan praktik pembuatan resep oleh tenaga kesehatan dan interaksi tenaga kesehatan dengan institusi pelayanan kesehatan, serta interaksi pasien dan organisasi pasien.

Pharma Integrity Principles menjalin komitmen dengan melakukan penandatanganan oleh perusahaan untuk dua tindakan dasar: mengadopsi kebijakan “zero tolerance” atau tanpa toleransi terhadap suap dan konflik kepentingan terkait serta pengembangan “Program” internal yang praktis dan efektif untuk mengimplementasikan kebijakan tersebut.. Prinsip-Prinsip ini dirancang untuk menyediakan panduan praktis bagi berbagai ukuran perusahaan untuk dapat mengembangkan kebijakan mereka sendiri dan Program untuk mempromosikan integritas dalam bisnis mereka. *Pharma Integrity Principles* dimaksudkan untuk dihubungkan dengan pedoman yang lebih rinci tentang praktik etika yang dikembangkan dan dikelola oleh asosiasi industri. Lingkup dari program yang dikembangkan diantaranya adalah meliputi:

- 1) Suap; Perusahaan harus melarang semua bentuk suap sehubungan dengan kegiatan bisnisnya kegiatan, baik yang dilakukan langsung atau melalui agen, distributor atau pihak ketiga lainnya. Perusahaan juga harus melarang karyawan dan agennya dari meminta atau menerima suap. Selain itu, perusahaan juga harus memberikan panduan mengenai makna dan ruanglingkup pelarangan
- 2) Kontribusi politik ; Perusahaan, karyawannya, agen, pelobi atau perantara lainnya tidak boleh

²⁸ Transparency International UK. (2017). *Business Principles for Promoting Integrity in the Pharmaceutical Sector*. UK: Transparency International UK. Diambil dari <http://www.transparency.org.uk/publications/business-principles-pharma-sector/>

memberikan kontribusi langsung atau tidak langsung kepada partai politik, organisasi, atau individu terlibat dalam politik, sebagai dalih untuk penyuapan.

- 3) Sumbangan dan sponsor; Perusahaan harus memastikan bahwa sumbangan dan sponsor adalah tidak digunakan sebagai dalih untuk penyuapan.
- 4) Hadiah, keramahan, dan pembelanjaan; perusahaan harus melarang penawaran atau penerimaan hadiah, keramahan atau pembelanjaan lainnya yang dapat mempengaruhi atau dirasakan dapat mempengaruhi hasil pengadaan atau transaksi bisnis.
- 5) Interaksi dengan Tenaga Kesehatan Profesional; Perusahaan harus memastikan bahwa semua interaksi dengan tenaga kesehatan profesional dilakukan dengan cara yang transparan dan etis.
- 6) Interaksi dengan Organisasi Pasien; Perusahaan harus memastikan bahwa semua interaksi dengan organisasi pasien⁸ adalah dilakukan dengan cara yang profesional dan etis. Serta selalu menghargai independensi organisasi pasien.
- 7) Interaksi dengan Institusi Kesehatan; Perusahaan harus memastikan bahwa semua interaksi dengan institusi kesehatan dilakukan dengan cara yang transparan dan etis.

Inisiatif ini mencerminkan adanya pemahaman dari asosiasi industri farmasi bahwa penyusapan dan konflik kepentingan bersifat merusak kemajuan ekonomi dan tata pemerintahan yang baik serta dapat berdampak negatif terhadap kesehatan masyarakat. Inisiatif ini mengakui kebutuhan akan prinsip bisnis yang dapat diterapkan di seluruh industri dan yang didasarkan pada komitmen terhadap nilai-nilai fundamental dari integritas, transparansi dan akuntabilitas. Inisiatif ini juga mengakui bahwa memperkuat integritas adalah tantangan yang kompleks dan beragam yang tidak dapat sepenuhnya dipenuhi oleh produsen farmasi yang bertindak sendiri atau masing-masing, tetapi membutuhkan komitmen bersama antara pemerintah, tenaga kesehatan profesional, dan penyedia lainnya untuk dapat memiliki standar dan praktik etika yang tinggi.

Inisiatif ini menunjukkan adanya komitmen yang kuat antara pemerintah dengan pelaku bisnis untuk bersama-sama mempromosikan nilai integritas dalam bisnis yang dijalankan. Inisiatif ini sekaligus menjadi praktik baik dari negara Amerika Latin dalam membangun integritas dalam bisnis di sektor kesehatan dan dapat diadopsi oleh negara-negara lain.

3. KONDISI TERKINI PEMENUHAN PELAYANAN KESEHATAN DI PROVINSI BANTEN DAN PROVINSI MALUKU UTARA

3.1. Pemenuhan Pelayanan Kesehatan di Provinsi Banten

3.1.1. Akses terhadap Informasi Layanan Kesehatan pada Wilayah Urban dan Rural di Provinsi Banten

Pasal 17 Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa “Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.” Sebagai salah satu perwujudan komitmen pemerintah dalam membuka akses masyarakat pada pelayanan kesehatan yang seluas-luasnya, Pemerintah membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) pada tahun 2011 untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan Nasional (JKN).

Jumlah peserta JKN-KIS di Provinsi Banten pada September 2017 telah mencapai 7.823.299 jiwa atau 77% dari total jumlah penduduk. Pemerintah Provinsi Banten juga berkomitmen untuk meningkatkan kontribusi PDB yang semula dari 20% menjadi 50%, sebagai wujud optimalisasi peran Pemerintah Provinsi Banten dalam program strategis JKN-KIS, dan tercapainya *Universal Health Coverage* (UHC) pada tahun 2019.²⁹ Kepesertaan JKN sendiri diatur dalam Pasal 14 Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011, yang menyebutkan:

“Setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, wajib menjadi Peserta program Jaminan Sosial.”

Namun demikian upaya untuk mencapai jaminan kesehatan untuk semua masyarakat masih belum diimbangi dengan ketersediaan akses informasi dan edukasi bagi masyarakat. Hal ini teridentifikasi berdasarkan wawancara terhadap masyarakat yang sebagian besarnya merupakan pemegang kartu JKN. Hal ini menjadi salah satu fokus perhatian dari kajian ini sebab akses pada informasi layanan kesehatan mempengaruhi kualitas kesadaran masyarakat akan hak atas pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil pemantauan yang dilakukan oleh Tangerang Public Transparency Watch (TRUTH) pada tahun 2017³⁰ teridentifikasi bahwa akses masyarakat terhadap informasi pelayanan kesehatan merupakan

²⁹ Humas BPJS.(September, 2017). “Optimalisasi Pemda Jadi Salah Satu Kunci Keberhasilan JKN-KIS”. Diambil dari <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2017/544/Optimalisasi-Pemda-Jadi-Salah-Satu-Kunci-Keberhasilan-JKN-KIS>

³⁰ Tangerang Public Transparency Watch (TRUTH). (2017). *Kepuasan Masyarakat Pelayanan RSUD, Puskesmas, dan BPJS Kesehatan terhadap Pengguna BPJS di Kota Tangerang Selatan*. Tidak dipublikasikan
PROYEK USAID CEGAH PROJECT – LAPORAN PENELITIAN

salah satu pelayanan dengan kategori pemenuhan “Kurang Baik” dan masih perlu diperbaiki. Temuan tersebut sejalan dengan temuan yang diperoleh Yayasan WRI pada proses wawancara mendalam. Masyarakat masih banyak yang belum memahami mengenai pembayaran tagihan bagi pengguna kartu JKN non – PBI.

1) Keterbatasan Akses Informasi tentang Tagihan

Misalnya saja kendala yang dihadapi oleh Pak Engkun, akibat keterbatasan pengetahuan Pak Engkun terkait pembayaran iuran JKN, saat ini dirinya mengalami penunggakan yang cukup besar dan enggan untuk menyelesaikan tunggaknya, sehingga saat ini status JKN Pak Engkun adalah non aktif dan tidak dapat digunakan (wawancara dengan Pak Engkun, warga Kecamatan Serpong, 14 Maret 2018).

2) Keterbatasan Akses Informasi mengenai Mekanisme Pemisahan Data Keluarga yang Berbeda Kartu Keluarga

Pak Narno salah seorang warga Kecamatan Serpong mengakui tidak memahami informasi pengurusan dan pembayaran iuran terkait dengan status kepesertaan anaknya yang saat ini telah berkeluarga dan sudah berada dalam Kartu Keluarga (KK) yang terpisah. Ketidaktahuan Pak Narno menyebabkan dirinya harus membayar lebih saat membayar iuran JKN sebab ia membayarkan pula kepesertaan JKN untuk anaknya yang sebenarnya sudah tidak tinggal bersama dengan dirinya. Dalam hal ini Pak Narno tidak memahami mengenai bagaimana mekanisme pemisahan data keluarga yang berbeda Kartu Keluarga, namun masuk dalam satu tagihan yang sama (wawancara dengan Pak Narno, warga Kecamatan Serpong, 14 Maret 2018).

3) Keterbatasan Akses Informasi mengenai Mekanisme Pindah Fasilitas Kesehatan

Kendala terkait informasi juga ditemukan di Kabupaten Lebak yakni yang dialami oleh Pak Nedi, Pak Nedi didiagnosis menderita Tuberculosis (TB) Paru sehingga mengharuskan dirinya untuk menjalani terapi obat dan melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin ke Puskesmas. Pak Nedi merupakan masyarakat pemegang Kartu Indonesia Sehat (KIS) namun Pak Nedi tidak pernah bisa memanfaatkan layanan kesehatan cuma-cuma sebagai pemegang KIS. Hal ini dikarenakan terjadi kesalahan data pada kartu KIS yakni terkait dengan data fasilitas kesehatan tingkat I yang menjadi rujukan untuk Pak Nedi. Berdasarkan data tersebut Pak Nedi harus melewati fasilitas kesehatan tingkat I di Puskesmas yang jaraknya sangat jauh dari tempat ia tinggal. Hal ini menyebabkan Pak Nedi lebih memilih untuk memeriksakan diri ke Puskesmas terdekat meskipun harus membayar dengan uang pribadi. Kerugian yang dialami Pak Nedi diakibatkan dari kurangnya informasi yang ia pahami terkait mekanisme pengurusan pindah fasilitas kesehatan sebagai pemegang KIS (wawancara dengan Pak Nedi, warga Kecamatan Warung Gunung, 15 Maret 2018). Sementara TB Paru merupakan salah satu penyakit yang menjadi salah satu fokus utama dari

Dinas Kesehatan daerah untuk dikendalikan penularannya. Ditambah dengan kemampuan finansial Pak Nedi yang terbatas, maka biaya yang perlu ia keluarkan pada setiap kali pemeriksaan tentunya menjadi beban tambahan untuk dirinya dan keluarga. Selain itu, dengan upaya penyembuhan penyakit yang tidak optimal, istri serta anak-anak berada pada posisi rentan untuk tertular penyakit dari Pak Nedi.

4) Keterbatasan Informasi yang jelas terkait Prosedur/Mekanisme Rujukan

Kendala ini dihadapi oleh Ibu Yatmi dari Kecamatan Rangkas Bitung juga mengalami kendala saat mengakses layanan kesehatan dikarenakan ketiadaan informasi yang jelas terkait prosedur/mechanisme rujukan. Ketika itu Ibu Yatmi mengaku dirinya baru saja menjalani operasi pada kakinya karena terjadi pembusukkan akibat penyakit Diabetes Melitus (DM) yang dideritanya. Beberapa hari pasca operasi Dokter bersangkutan menjadwalkan Ibu Yatmi melakukan pemeriksaan ke Rumah Sakit untuk mengganti perban. Ketika itu Ibu Yatmi diinformasikan oleh Dokter yang menanganinya bahwa ia dapat datang langsung tanpa membawa surat rujukan dari Puskesmas, namun ketika tiba waktunya memeriksakan diri ke rumah sakit, Ibu Yatmi dimintai surat rujukan. Suami dari Bu Yatmi pun segera menuju Puskesmas untuk meminta rujukan bagi istrinya, sedangkan Bu Yatmi yang masih dalam kondisi lemah hanya mampu berbaring pada kursi-kursi di ruang tunggu pasien. Informasi yang tidak jelas/konsisten ini menjadikan Ibu Yatmi dan suaminya merasa sangat dirugikan baik secara materiil maupun immateriil (waktu, tenaga, dan psikis) (wawancara dengan Ibu Yatmi, warga Kecamatan Rangkas Bitung, 17 Maret 2018).

Temuan-temuan tersebut menggambarkan bahwa keterbatasan akses pada informasi layanan kesehatan masih dihadapi masyarakat baik di wilayah urban seperti Kota Tangerang Selatan, maupun masyarakat di wilayah rural seperti Kabupaten Lebak. Meskipun pada wilayah rural, masyarakat menghadapi lebih banyak tantangan dalam mengakses data dan informasi publik.

“Ada kesenjangan akses informasi antara masyarakat di wilayah perkotaan dan pedesaan. Teknologi informasi belum banyak yang masuk ke pedesaan, kondisi ini menghambat akses informasi bagi masyarakat desa. Bahkan akses pada sumber daya listrik pun belum masuk untuk semua wilayah pedesaan di Lebak. Selain itu, kondisi geografis di Lebak juga menjadi kendala akses masyarakat pada pelayanan publik.” (wawancara dengan Organisasi Mahasiswa di Lebak, 15 Maret 2018)

Keterbatasan akses masyarakat pada informasi menjadikan masyarakat memiliki kesadaran yang rendah akan haknya untuk mengakses layanan kesehatan sehingga kemudian menjadikan masyarakat tidak dapat menikmati layanan kesehatan yang telah disediakan sebagaimana mestinya. Selain itu, keterbatasan masyarakat untuk mengakses informasi yang benar terkait dengan layanan kesehatan maupun layanan publik lainnya, menyebabkan masyarakat dirugikan dan tidak dapat menikmati jaminan kesehatan yang sejatinya menjadi hak mutlak bagi seluruh warga negara. Hal ini sebagaimana yang tercantum dalam Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan yang menyebutkan:

“Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.”

Pada wilayah rural seperti Kabupaten Lebak dengan Indeks Pembangunan Manusia terendah dibandingkan dengan kota/kabupaten lain di Provinsi Banten, kondisi pemenuhan akses informasi layanan kesehatan bagi masyarakat semakin diperburuk karena dipengaruhi oleh banyak faktor seperti rendahnya tingkat pendidikan dan rendahnya kesejahteraan masyarakat yang selanjutnya mempengaruhi kesadaran dan pengetahuan masyarakat atas hak kesehatan. Rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat selanjutnya mempengaruhi kinerja pengawasan pemerintahan daerah oleh masyarakat sehingga membuka lebar peluang terjadinya penyimpangan maupun korupsi dalam tata kelola pemerintahan. Selanjutnya korupsi bagi lingkaran setan akan semakin memiskinkan dan menambah penderitaan yang dialami masyarakat.

Selain itu, dalam penelitian ini juga teridentifikasi bahwa dalam kondisi keterbatasan akses informasi layanan kesehatan, kader kesehatan masyarakat memegang peranan yang sangat penting untuk secara aktif bersentuhan dengan masyarakat memberikan sosialisasi bidang layanan kesehatan. Hal ini teridentifikasi pada wilayah yang memiliki kader kesehatan masyarakat yang aktif melakukan sosialisasi dan pendampingan kepada masyarakat yakni di Kecamatan Setu, Kota Tangerang Selatan. Dari 16 masyarakat yang diwawancarai 15 diantaranya tidak pernah menghadapi kebingungan saat mengakses layanan kesehatan yang diakibatkan ketidaktahuan/minimnya informasi. Hal ini disebabkan kader kesehatan masyarakat selalu aktif memberikan informasi dan pendampingan kepada masyarakat. Meskipun kader kesehatan masyarakat memegang peranan yang sangat penting, namun hal tersebut tidak diimbangi dengan tunjangan yang layak bagi kader kesehatan untuk menunjang kerja-kerja kader kesehatan di masyarakat. Hal ini lah yang menyebabkan tidak semua wilayah memiliki kader kesehatan yang aktif melakukan pendampingan dan sosialisasi.

Misalnya saja, berdasarkan informasi Ibu Kana yang telah menjadi kader kesehatan di Kecamatan Warung Gunung sejak tahun 1998. Pada periode tahun 1998 hingga 2001 insentif sebagai kader kesehatan adalah Rp 15.000/bulan. Kemudian pada periode 2002 hingga 2008 insentif sebagai kader kesehatan naik menjadi Rp 20.000/bulan. Pada 2009 hingga 2016 insentif yang diperoleh Ibu Kana sebagai kader kesehatan adalah sebesar Rp 50.000/bulan dan pada 2017 insentif kader kesehatan naik menjadi Rp 75.000/bulan. Ditambah lagi, uang insentif yang diberikan pun tidak cair sesuai dengan waktunya, seringkali uang insentif baru dicairkan setelah tiga hingga enam bulan (wawancara dengan Ibu Kana, warga Kecamatan Warung Gunung, 16 Maret 2018). Kondisi ini menunjukkan bahwa belum ada tunjangan yang layak bagi kader-kader kesehatan dalam menjalankan peran pentingnya memberikan sosialisasi dan pendampingan bagi masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan.

3.1.2. Akses terhadap Fasilitas dan Layanan Kesehatan pada Wilayah Urban dan Rural di Provinsi Banten

Sejalan dengan komitmen pemerintah yang tertuang dalam undang-undang maupun kebijakan lain, maka dengan demikian Negara memiliki kewajiban dan bertanggung jawab untuk menghormati, melindungi dan memenuhi hak atas kesehatan. Artinya pemerintah perlu merealisasikannya dengan menyediakan layanan kesehatan yang diperlukan atau menciptakan kondisi agar masyarakat memiliki akses yang memadai dan

mencukupi ke fasilitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan Undang-undang Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan menyebutkan bahwa:

“Yang dimaksud dengan fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/ atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/ atau masyarakat.”

Sedangkan aksesibilitas merupakan salah satu prinsip yang harus ditaati oleh pihak negara dalam pemenuhan hak atas kesehatan. Aksesibilitas mensyaratkan agar pelayanan kesehatan dapat terjangkau baik secara ekonomi atau geografis bagi setiap orang, dan secara budaya, agar menghormati tradisi budaya masyarakat.³¹

1) Ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang Terbatas dan Tidak Merata

Terkait persoalan aksesibilitas pada fasilitas pelayanan kesehatan, teridentifikasi perbedaan yang cukup signifikan antara aksesibilitas masyarakat pada fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah urban dengan aksesibilitas masyarakat pada fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah rural. Hal ini salah satunya disebabkan oleh ketersediaan fasilitas kesehatan yang belum merata, misalnya saja jumlah Puskesmas di Banten yang rasionya masih belum ideal bila dibandingkan dengan jumlah penduduk. Pada 2014 jumlah penduduk di Banten adalah sekitar 11 juta jiwa, sedangkan jumlah puskesmas di wilayah Banten hanya 233 puskesmas. Secara ideal, puskesmas yang ada melayani kurang lebih 30 ribu penduduk³² artinya Provinsi Banten masih kekurangan sekitar 133 Puskesmas lagi.

Selain itu, saat ini masih banyak Puskesmas di Lebak yang belum memenuhi standar minimum kualitas. Misalnya dari jam pelayanan, sore hari seitar pkl 17.00 Puskesmas sudah menutup pelayanan, padahal sistem pelayanan perlu beroperasi selama 24 jam. Selain itu ketersediaan ambulance pun masih kurang. Sehingga akses masyarakat pada pelayanan kesehatan masih terkendala.

Selain persoalan ketersediaan fasilitas kesehatan yang terbatas, faktor lain yang mempengaruhi aksesibilitas masyarakat pada fasilitas pelayanan kesehatan di Provinsi Banten adalah dikarenakan ketersediaan fasilitas yang tidak merata. Misalnya, di Kabupaten Tangerang misalnya ada sekitar 30 Rumah Sakit. Sedangkan di wilayah Selatan Banten seperti Lebak dan Pandeglang, masyarakat masih kesulitan untuk mendapatkan pelayanan rumah sakit karena jumlahnya yang terbatas serta jarak tempuh yang sangat jauh.

Kendala terkait aksesibilitas pada fasilitas pelayanan kesehatan umum dihadapi oleh masyarakat yang tinggal di wilayah rural. Kendala aksesibilitas pada fasilitas pelayanan kesehatan menjadikan masyarakat di wilayah rural seperti Lebak, beralih pada fasilitas pelayanan kesehatan lain yang lebih terjangkau. Misalnya saja Ibu Yatmi yang lebih memilih mengakses pelayanan kesehatan lebih memilih mengakses pelayanan kesehatan Mantri di sekitar kawasan tempat ia tinggal.

³¹ KontraS. *JKN, Hak Atas Kesehatan, dan Kewajiban Negara*. Diambil dari yang harus ditaati oleh pihak negara dalam pemenuhan hak atas kesehatan. Diambil dari <https://www.kontras.org/buletin/indo/bpjs.pdf>

³² Ruli. (9 Desember 2014). “*Sarana Kesehatan Tidak Merata, Banten Kekurangan Puskesmas*”. Diambil dari <http://www.harianterbit.com/2015/read/2014/12/09/13440/28/28/Sarana-Kesehatan-Tak-Merata-Banten-Kekurangan-Puskesmas>

“Saya pribadi lebih senang berobat ke Mantri dekat rumah, lebih cepat, biaya pengobatan yang dikeluarkan juga hampir sama dengan biaya transportasi kalau saya berobat ke Puskesmas. Ditambah lagi untuk antri di Puskesmas membutuhkan waktu yang sangat lama, oleh karenanya saya lebih memilih berobat ke Mantri.” (wawancara dengan Ibu Yatmi, warga Kecamatan Rangkas Bitung, Kabupaten Lebak, 17 Maret 2018).

Peralihan pilihan penggunaan fasilitas kesehatan dari masyarakat ini menjadikan masyarakat tidak mendapat kualitas pelayanan yang terbaik. Hal ini dikarenakan masyarakat tidak memiliki alternatif pilihan fasilitas kesehatan yang lebih baik dari fasilitas kesehatan yang disediakan oleh pemerintah dikarenakan keterbatasan kemampuan finansial. Kondisi ini akan menjadi lebih buruk pada situasi-situasi darurat seperti pendarahan saat akan menjalani proses persalinan. Masyarakat yang tinggal di wilayah rural yang jauh dari fasilitas kesehatan dan berada dalam situasi darurat akan mengakses layanan kesehatan alternatif dengan keterbatasan peralatan kesehatan yang higienis kondisi ini menempatkan mereka pada posisi yang lebih rentan menghadapi risiko kematian karena keterlambatan mendapat pertolongan yang layak dibandingkan dengan masyarakat yang tinggal di wilayah urban. Pada wilayah urban kendala saat mengakses fasilitas kesehatan adalah terkait dengan ketersediaan ruang rawat inap yang sepertinya tidak ada. (Diskusi Kelompok Terfokus, Serang, 13 Maret 2018)

2) Inaksesibilitas Fasilitas Kesehatan secara Ekonomi

Hadirnya JKN dirasakan sangat bermanfaat oleh seluruh peserta yang diwawancarai baik di Kota Tangerang Selatan maupun di Kabupaten Lebak. Masyarakat mengaku tidak lagi khawatir terkait permasalahan biaya ketika perlu mengakses layanan kesehatan. Namun demikian, beberapa masyarakat baik di wilayah urban maupun rural tidak dapat optimal dalam memanfaatkan jaminan kesehatan yang diberikan dikarenakan keterbatasan ekonomi untuk dapat mengakses fasilitas kesehatan. Biaya dari dan ke fasilitas kesehatan untuk pasien maupun kerabat yang mendampingi memang belum termasuk dalam pembiayaan yang dijamin dalam JKN.

Misalnya saja pengalaman yang diceritakan oleh Pak Sono, Warga Kecamatan Rangkasbitung, Kabupaten Lebak ketika mendampingi anaknya yang harus menjalani perawatan di Rumah Sakit Tjipto Mangunkusumo, Jakarta Pusat. Ketika itu anak dari Pak Darsono harus dirawat di Rumah Sakit Tjipto Mangunkusumo selama 19 hari karena Leukimia yang diderita anaknya. Sementara itu dikarenakan keterbatasan biaya dan kondisi yang tidak memungkinkan istri dari Pak Sono tidak dapat sering bergantian dengan Pak Sono untuk menjaga anaknya yang dirawat rumah sakit karena ketika itu Istri dari Pak Sono belum lama melairkan sehingga masih harus menyusui dan menjaga bayinya yang baru berusia 6 bulan. Pak Sono yang sehari – hari bekerja serabutan dan hanya mengandalkan penghasilan harian terpaksa harus kehilangan kesempatannya mencari nafkah karena harus mendampingi anaknya di rumah sakit. Sementara, selama di rumah sakit Pak Sono juga masih harus mengeluarkan biaya untuk kebutuhan makan dan minumannya sehari-hari. Belum lagi ketika obat yang harus diberikan untuk anaknya tidak tersedia di rumah sakit, Pak Sono harus membelinya di luar rumah sakit dengan uang pribadinya. Situasi tersebut dirasa sangat menyulitkan oleh Pak Sono dan keluarga. (wawancara dengan Pak Sono, warga Kecamatan Rangkas Bitung, 17 Maret 2018).

Kerentanan ekonomi dalam mengakses fasilitas kesehatan lebih banyak di hadapi oleh masyarakat dari wilayah rural dibandingkan dengan masyarakat yang tinggal di wilayah urban. Berdasarkan wawancara terhadap 16 orang warga di Kota Tangerang Selatan, hanya satu orang yang menghadapi kendala serupa dengan Pak Sono.

3.2. Pemenuhan Pelayanan Kesehatan di Provinsi Maluku Utara

3.2.1. Pemahaman Masyarakat terkait Hak Atas Kesehatan pada Wilayah Urban dan Rural di Provinsi Maluku Utara

Pengalaman masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan dapat menunjukkan perilaku pemenuhan hak atas kesehatan yang dilakukan secara mandiri. Dalam hal ini, Masyarakat mengakses layanan kesehatan untuk beberapa keperluan, yaitu pengobatan, pemeriksaan kesehatan, mendapatkan surat keterangan sehat, mengantar keluarga yang sakit dan meminta surat rujukan. Untuk pelaksanaannya, berdasarkan pasal 5 Undang-Undang 36 tahun 2009, setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan, hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau serta berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya. Pemahaman masyarakat terkait hal tersebut sudah cukup baik dengan memposisikan upaya kesehatan sebagai porsi utama dalam keberlangsungan hidup.

Namun, dalam kaitannya dengan hak masyarakat pada pasal 58 UU nomor 36/2009 yang menjamin perlindungan pasien untuk menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan dan atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya. Masyarakat masih enggan untuk melaporkan segala bentuk pelayanan yang buruk, tidak optimal, atau tidak sesuai standar. Hal ini lebih sering terjadi di wilayah pedesaan dibandingkan wilayah perkotaan.

Pemahaman Masyarakat Pedesaan terkait Hak Atas Kesehatan

Masyarakat menganggap bahwa pemberian pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan adalah sesuatu yang berharga dan harus dihormati. Adanya pelayanan kesehatan di wilayah timur, apalagi di pedesaan adalah suatu kemewahan bagi masyarakat setempat. Padahal jika merujuk pada kewajiban pemerintah, penyediaan dan kualitas fasilitas kesehatan adalah mandat dari UU untuk pemenuhan hak atas kesehatan. Masyarakat pedesaan memahami bahwa jika menuntut ganti rugi atau melaporkan keluhan, maka tidak akan dilayani lagi atau terjadi konflik antara masyarakat dengan tenaga kesehatan yang pada akhirnya membuat tenaga kesehatan enggan melakukan tugasnya kembali.

Pemahaman masyarakat pedesaan untuk tidak melaporkan keluhan atau buruknya pelayanan kesehatan, disebabkan karena kurangnya ketersediaan akses layanan kesehatan dan tidak adanya modal sosial terkait pengetahuan atas hak kesehatan sesuai dengan pasal 58 UU nomor 36/2009. Masyarakat desa yang berorientasi pada pemenuhan kebutuhan pangan, tidak berupaya untuk mencari informasi terkait hak mereka untuk mendapatkan layanan kesehatan yang berkualitas.

Dalam kaitannya dengan jaminan kesehatan, masyarakat desa lebih sering tidak memahami informasi layanan kesehatan yang ditanggung BPJS atau yang harus dibayarkan. Hal ini menjadikan masyarakat tidak mengetahui batasan hak dan kewajibannya pada upaya pemenuhan hak atas kesehatan.

Pemahaman Masyarakat Perkotaan terkait Hak Atas Kesehatan

Sama halnya dengan pemahaman masyarakat pedesaan, masyarakat kota memandang bahwa pelayanan kesehatan adalah hal yang harus dihormati. Namun, perbedaannya adalah masyarakat perkotaan sudah dapat melakukan seleksi fasilitas kesehatan karena adanya pilihan fasilitas dan tenaga kesehatan lainnya. Hal ini juga disebabkan oleh jumlah fasilitas dan tenaga kesehatan di wilayah perkotaan lebih banyak di bandingkan di pedesaan.

Pemahaman masyarakat untuk melakukan fungsi kontrol terhadap pemenuhan hak atas kesehatan juga lebih baik di wilayah pedesaan dikarenakan keterpaparan informasi layanan kesehatan, dan masyarakat dapat memilih layanan kesehatan. Hal ini akan membuat fasilitas kesehatan termotivasi untuk melakukan perbaikan kualitas yang akan terkait dengan kapitasi jaminan kesehatan nasional.

Berdasarkan pengalaman Fatayat NU dalam mengelola Posko Pengaduan Layanan Kesehatan, keluhan masyarakat terdiri dari (a) keterlambatan pembukaan layanan, yang mana pasien sudah datang pada jam 07.00 WIB (jam buka pelayanan), tetapi tenaga kesehatan belum ada yang hadir, (b) ketidakpuasan pada layanan BPJS terkait *coverage* yang terbatas, sehingga masyarakat juga tetap harus membayar beberapa item obat atau layanan dokter.

Dalam kaitannya dengan jaminan kesehatan, masyarakat kota yang lebih berpeluang untuk mendapatkan informasi *claiming* atau informasi klausul lainnya tentang BPJS Kesehatan justru tidak terwujud dengan baik. Hal ini dikarenakan kurangnya sosialisasi terhadap batasan hak yang diterima masyarakat jika memiliki jaminan kesehatan.

3.2.2. Akses terhadap Fasilitas dan Layanan Kesehatan pada Wilayah Urban dan Rural di Provinsi Maluku Utara

Fasilitas kesehatan yang sering dikunjungi oleh masyarakat Maluku Utara adalah puskesmas dan rumah sakit. Kedua faskes tersebut memang tersedia lebih banyak dibandingkan fasilitas lainnya dan merupakan faskes yang lebih lengkap pelayanannya. Berdasarkan data Halmahera Barat dalam Angka tahun 2017, pada tahun 2016, tercatat jumlah RS di Halmahera Barat hanya 1 unit, sedangkan di Ternate sejumlah 7 unit dan 2 RS Bersalin. Sedangkan berdasarkan data Ternate dalam Angka tahun 2017, pada tahun 2016, fasilitas kesehatan di Kota Ternate terdapat 7 rumah sakit, 2 rumah bersalin, 10 puskesmas, 176 posyandu, 15 polindes dan 10 klinik kesehatan.

Pencarian pelayanan kesehatan ke puskesmas diperuntukkan jika penyakit yang diderita tidak terlalu parah menurut persepsi masyarakat. Selain itu, puskesmas dekat dengan rumah tinggal, sehingga memudahkan dalam mengakses layanan. Di lain sisi, bagi pengguna JKN, masyarakat mengetahui terkait proses rujukan yang mengharuskan mereka mengakses puskesmas terlebih dahulu, -tidak dapat mengakses rumah sakit secara langsung-. Untuk layanan kesehatan yang diakses berupa poli umum, poli gigi, poli KIA pada pemeriksaan kehamilan, persalinan, dan KB), poli anak, dan lab uji darah.

Dengan mengakses pelayanan kesehatan menggunakan jaminan kesehatan, seringkali mendapatkan layanan yang tidak optimal dan tidak ramah. Sehingga untuk mendapatkan layanan kesehatan yang lebih “meyakinkan” dalam proses pengobatan maupun pemulihan sakit, masyarakat memilih jalur mandiri atau bayar sendiri. Artinya, jaminan kesehatan belum dapat mengakomodir kebutuhan pelayanan kesehatan.

Akses terhadap Pelayanan Kesehatan di Wilayah Pedesaan

Pelayanan kesehatan di wilayah pedesaan seringkali tidak ramah dan tidak memiliki kemampuan komunikasi yang baik terhadap pasien. Kurangnya fasilitas kesehatan juga mempengaruhi kualitas layanan yang mana akan meningkatkan potensi rujukan dan berdampak pada keterlambatan penanganan.

Kemampuan tenaga kesehatan terkait komunikasi aktif, memahami kondisi pasien dan bahkan sampai penegakkan diagnosa masih menemui kendala. Pengguna layanan mengeluhkan bahwa tenaga kesehatan tidak berlaku ramah dan membuat enggan untuk masyarakat mengakses layanan kesehatan lagi. Pada kondisi lain, tenaga kesehatan melakukan diskriminasi dan pelabelan pada proses fisum korban pemerkosaan dengan menanyakan pertanyaan sensitif seperti “apakah menikmati saat “dimasukkan?”. Tenaga kesehatan di tingkat desa melakukan penyalahgunaan wewenang ketika tidak melakukan tugas pelayanan di wilayah tempat bertugas.

Untuk layanan kesehatan ibu dan anak, ketersediaan dokter spesialis tidak mencukupi. Seperti halnya di RS umum di Halmahera Barat, hanya terdapat satu dokter kandungan, yang mana jika pada waktu libur ibadah, dokter tersebut tidak dapat bertugas. Seringkali warga Halmahera Barat memberi slogan “*kalau bisa jangan lahiran di bulan Desember*”. Padahal jika pada kondisi gawat darurat, tenaga kesehatan lainnya tidak memiliki wewenang penuh dalam melakukan pelayanan kesehatan. Hal ini memberikan beban lainnya jika perlu melakukan rujukan ke Ternate. meskipun sudah ada speed boat ambulans secara gratis, tetapi keterlambatan penanganan akan sangat berisiko pada kondisi kesehatan ibu dan anak.

Proses administrasi pada pelayanan kesehatan dianggap tidak responsif pada kondisi kegawatdaruratan. Administasi terlalu berbelit-belit dan menjadi prasyarat utama jika ingin mendapatkan layanan kesehatan. Sehingga hal ini menyebabkan pelayanan sangat lambat. Selain itu, tidak lengkapnya fasilitas kesehatan dalam upaya pertolongan pertama di tingkat puskesmas menyebabkan keterlambatan pertolongan pada kondisi gawat darurat. Hal ini terjadi pada salah satu masyarakat di wilayah rural, yang mana, pada saat tiba di rumah sakit rujukan, nyawa dari pasien tersebut tidak terselamatkan.

Berdasarkan pengalaman Daurmala, AMAN dan SBR terkait kajian pelayanan kesehatan, ditemukan bahwa RSU Ternate memiliki SOP pelayanan yang lambat. Misalnya di UGD, obat tidak tersedia secara langsung dan pasien harus membeli obat melalui mekansime yang ada. Hal ini berpotensi pada keterlambatan layanan dan berdampak pada kesehatan pengguna layanan.

Salah satu pengalaman masyarakat laki-laki dalam mengakses layanan kesehatan RSUD Jailolo, pelayanan yang diberikan seringkali lambat, meskipun dalam kondisi kritis.

“saya antar adik sepupu dengan luka-luka karena ketabrakan di jalan. Kondisi kritis seperti itu tidak juga dilayani cepat. Sempat marah karena tidak langsung ditangani. Harus cari-cari kemana dan dimana petugas kesehatannya. Saya cari perawat dan bilang “Noni, ini pelayanannya bagaimana? Anak sudah koma, darurat kondisinya kenapa tidak langsung dilayani. Saya ancam: “awas kalau jangan sampai dia meninggal”. Setelah itu baru petugas mau melayani.”

Secara khusus, melihat kondisi geografis Maluku Utara, jika pelayanan kesehatan di tingkat kecamatan tidak diperkuat atau diperbaiki maka akan berpengaruh terhadap kesehatan masyarakat di wilayah tersebut. Terlebih, perempuan yang mengakses layanan kesehatan reproduksi akan lebih rentan terkena dampak. Jika harus melakukan rujukan dari satu pulau ke pulau lainnya, terdapat risiko (a) tidak dapat langsung melakukan rujukan karena kondisi cuaca tidak mendukung untuk transportasi laut, (b) tidak memiliki biaya untuk membayar transportasi laut (c) waktu tempuh transportasi laut. Sehingga untuk menghindari rujukan layanan kesehatan, diperlukan perbaikan di tingkat puskesmas dan pustu di setiap desa dan kecamatan.

Proses rujukan di wilayah kepulauan seperti Maluku Utara membuat banyak korban meninggal dikarenakan keterlambatan penanganan. Baik dari proses administrasi, hingga jarak yang jauh dari satu fasilitas kesehatan ke fasilitas kesehatan rujukan lainnya. Yang mana transportasi laut juga sangat dipengaruhi oleh cuaca. Jika ombak besar, maka rujukan dari satu pulau ke pulau lainnya akan sangat berisiko.

Akses terhadap Pelayanan Kesehatan di Wilayah Perkotaan

Pelayanan kesehatan di wilayah perkotaan dianggap lebih ramah dibandingkan di wilayah pedesaan. Hal ini juga berkaitan dengan jumlah fasilitas kesehatan yang ada di wilayah perkotaan. Dengan lebih banyaknya jumlah faskes di perkotaan daripada di pedesaan menjadikan fasilitas kesehatan mencoba memberikan pelayanan yang lebih baik.

Kapasitas dan kualitas tenaga kesehatan dalam pengambilan keputusan memberikan dampak yang signifikan terhadap kesehatan dan kondisi perempuan dalam mengakses layanan kesehatan reproduksi. Berikut adalah dua pengalaman di wilayah perkotaan terkait akses layanan kesehatan reproduksi:

- Pengalaman salah satu ibu hamil saat melakukan pemeriksaan kehamilan sampai melahirkan di puskesmas, tenaga kesehatan yang merupakan bidan seringkali tidak kompeten dan tidak siap dalam keadaan gawat darurat. Meskipun bidan desa telah memberikan 3 kontak bidan siaga, namun pada saat persalinan di waktu tengah malam (jam 1 pagi). Tidak adanya ambulans menyebabkan ibu hamil menaiki motor yang berisiko terhadap proses kelahirannya. Pada saat sudah di puskesmas bahkan bidan hanya meminta untuk menunggu hingga pembukaan, padahal ibu hamil sudah merasakan sakit luar biasa. Tidak ada pertolongan pertama hingga bayi benar-benar lahir pada pukul 10 pagi. Pada saat itu, ibu hamil merasakan trauma sakit yang berkepanjangan, karena tidak ada tenaga dalam mengejan.
- Terjadi dugaan malpraktek terhadap ibu hamil yang melahirkan di Rumah Sakit Umum Ternate. Ibu hamil yang dirujuk dari puskesmas ke RS sudah dengan kondisi ketuban yang pecah. Setelah masuk ke

UGD, ibu tersebut tidak segera ditangani dengan proses lahiran, tetapi justru diberikan popok untuk mengatasi derasnya air ketuban yang pecah. Pihak keluarga sudah memprotes tindakan tersebut, tapi bidan yang bertugas tetap bersikukuh terhadap tindakannya. Meskipun ibu dan anak selamat dalam proses persalinan, tapi satu minggu setelah melahirkan, ibu tersebut meninggal karena terjadi infeksi saluran reproduksi. Keluarga tidak melakukan tuntutan terhadap rumah sakit, tetapi tetap menaruh kekecewaan terhadap tenaga kesehatan yang tidak berpengalaman serta tidak memiliki kemampuan dalam penanganan gawat darurat.

Meskipun sudah menggunakan askes dan kini JKN, puskesmas di wilayah urban Ternate masih meminta pembayaran terhadap uji lab darah (kadar kolesterol, asam urat dan gula darah) sebesar Rp. 70.000. yang menjadi pemeriksaan wajib bagi ibu hamil saat ANC pertama kali dan ibu hamil dengan risiko tinggi. Sedangkan secara umum, uji lab darah untuk pemeriksaan malaria, dipungut biaya Rp. 30.000.

Proses administrasi dan rujukan pelayanan kesehatan menjadi faktor penyebab terjadinya tingkat morbiditas dan mortalitas di masyarakat. Padahal berdasarkan Pada pasal 32 disebutkan bahwa dalam keadaan darurat, fasilitas pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta wajib memberikan pelayanan kesehatan bagi penyelamatan nyawa pasien dan pencegahan kecacatan terlebih dahulu. Dalam hal ini juga dilarang menolak pasien dan atau meminta uang muka.

Berdasarkan pengalaman peserta masyarakat, ada satu anak di wilayah desa di Ternate yang mengalami keterlambatan penanganan hingga akhirnya meninggal. Kronologi kejadian dimulai dari membawa korban ke puskesmas terdekat, namun karena keterbatasan fasilitas kesehatan maka dilakukan rujukan ke Rumah Sakit terdekat. Untuk mendapatkan pelayanan dan penanganan di RS, maka setiap pasien harus melalui administrasi. Tetapi karena anak tersebut merupakan keluarga miskin dan anak yatim piatu, maka tidak dilakukan penanganan terhadapnya hingga menyebabkan kematian. Asumsi yang terbangun adalah apakah anak tersebut meninggal karena miskin, atau karena pelayanan kesehatan yang buruk?

Masyarakat tidak pernah melihat informasi biaya layanan kesehatan tertera pada ruang publik fasilitas kesehatan. Beberapa praktik pembelian obat sudah dilakukan dengan menggunakan struk, tetapi pada layanan pembuatan surat kesehatan belum menggunakan struk. Seringkali dokter meminta bayaran di bilik layanan, atau bidang administrasi meminta bayaran di meja administrasi untuk pembuatan surat tersebut.

4. KORUPSI PADA SEKTOR KESEHATAN

4.1. Peluang Terjadinya Korupsi di Sektor Kesehatan

4.1.1. Proses Penganggaran dan Perencanaan Daerah

A. Implementasi Prinsip Partisipasi dan Transparansi dalam Proses Perencanaan dan Penganggaran di Provinsi Banten

Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004 Tentang Sistem Perencanaan dan Pembangunan Nasional dimandatkan adanya partisipasi masyarakat dalam perencanaan dan penentuan arah pembangunan. Melalui forum diskusi yang terjalin, organisasi masyarakat sipil baik di Tangerang Selatan maupun Lebak pernah terlibat dalam mengawal jalannya Musrenbang dan memberikan kesan mengenai implementasi Musrenbang di daerah masing-masing.

1) Pelibatan Masyarakat dalam Proses Perencanaan dan Penganggaran belum Diimbangi dengan Sosialisasi dan Edukasi kepada Masyarakat terkait Perencanaan dan Penganggaran

Sistem perencanaan dan penganggaran di lembaga pemerintahan selama ini dijalankan dengan mekanisme Musyawarah Perencanaan dan Pembangunan (Musrenbang) yang dilakukan mulai dari tingkat Rukun Tetangga (RT), Rukun Warga (RW), Kelurahan (Desa), Kecamatan, Kabupaten/Kota, Provinsi, hingga Nasional. Pada dasarnya mekanisme ini disusun untuk mendukung tercapainya tata kelola pemerintahan yang baik dan terbuka.

Pelaksanaan Musrenbang di Tangerang Selatan dan Lebak telah membuka peluang bagi masyarakat untuk dapat berpartisipasi dan memberikan usulan. Masyarakat pun dapat mengawal usulannya hingga ke Musrenbang di tingkat kecamatan. Bahkan saat ini telah tersedia aplikasi SIMRAL (Sistem Informasi Manajemen Perencanaan Penganggaran, dan Pelaporan) yang memungkinkan masyarakat memantau apakah usulan-usulan yang mereka masukkan.

Pada sisi lain, masyarakat yang dilibatkan dalam Musrenbang juga tidak didampingin dan masih belum cukup diedukasi mengenai ketersediaan anggaran untuk merealisasikan usulan, tidak pula cukup edukasi mengenai bidang-bidang prioritas yang perlu diusulkan oleh masyarakat. Sehingga masyarakat tidak memahami mengenai usulan seperti apa yang seharusnya diberikan dan masyarakat pun tidak mengetahui bahwa ada pembagian kategori usulan menjadi lima kategori sehingga hal ini sering kali menyebabkan terjadinya tumpang tindih usulan dan menjadikan Musrenbang yang berjalan lebih seperti seremonial belaka dan realisasi program yang tidak tepat sasaran dan kurang sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

2) Partisipasi Semu dalam Proses Perencanaan dan Penganggaran

Berdasarkan wawancara dengan Organisasi yang bergerak dibidang partisipasi publik di Kabupaten Lebak (Kabupaten Lebak, 14 Maret 2018), terdapat kendala dalam memastikan prinsip transparansi dalam proses Musrenbang berjalan secara ideal. Saat ini, pada proses Musrenbang di tingkat desa tidak ada mekanisme yang mengontrol siapa saja yang hadir pada Musrenbang dari setiap tahunnya.

Daftar hadir peserta Musrenbang tidak dapat diakses publik, sehingga publik tidak dapat mengetahui apakah Musrenbang benar-benar partisipatif melibatkan pihak-pihak yang merepresentasikan masyarakat. Prinsip partisipasi yang berjalan saat ini lebih seperti kelakar partisipasi. Persoalan terkait perencanaan dan penganggaran di Kabupaten Lebak yang penting untuk digarisbawahi adalah persoalan data, terdapat perbedaan data anatar yang dipublikasikan oleh BPS Lebak dengan website kabupaten, khususnya data terkait kesejahteraan masyarakat. Masalah perbedaan dan validitas data ini turut mempengaruhi arah perencanaan dan pembangunan daerah (wawancara dengan Organisasi Mahasiswa di Lebak, 15 Maret 2018)

Sedangkan terkait transparansi dalam sistem penganggaran saat ini pemerintah daerah di Tangerang Selatan telah mengadopsi pemanfaatan teknologi dalam jaringan yang mendukung transparansi dalam pengelolaan anggaran (*electronic budgeting*), belum semua dioperasikan dengan sistem *electronic budget* (wawancara dengan Organisasi Masyarakat Sipil yang bergerak pada isu integritas, Serang, 13 Maret 2018).

Pelibatan masyarakat dalam proses perencanaan dan penggaran ditujukan untuk dapat menghimpun masukan dan usulan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Namun dengan praktik pelibatan yang cenderung seremonial, usulan-usulan masyarakat yang masuk dalam proses Musrenbang berakhir sebagai usulan semata dan tidak banyak yang direalisasikan.

“Sejauh pengalaman saya dalam mengawal jalannya Musrenbang di Lebak, hanya 15-30% usulan yang diterima pada tingkat kecamatan. masyarakat desa seolah tidak memiliki peluang untuk dapat mengkomunikasikan. Dilain sisi masyarakat tidak mengetahui apakah yang menjadi prioritas dan usulan seperti apa yang perlu diajukan. Pada tingkat kecamatan masyarakat tidak lagi bisa memantau apakah usulan mereka benar direalisasikan atau tidak.” (Organisasi Masyarakat Sipil di Kabupaten Lebak yang fokus pada isu transparansi dan partisipasi publik, dalam Diskusi Kelompok Terfokus, Serang, 13 Maret 2018)

Berdasarkan temuan-temuan tersebut maka dapat diidentifikasi bahwa terdapat tiga proses pada tahap perencanaan dan penganggaran:

- 1) Partisipasi masyarakat, yakni pada forum Musrenbang mulai dari tingkat RT hingga kecamatan. Musrenbang memilih pemuka-pemuka masyarakat yang dianggap dapat mewakili dan menyuarakan kebutuhan masyarakat; seperti kader posyandu, ketua RT, atau ketua majelis taklim;
- 2) Teknokrasi, ketika usulan masuk ke dinas-dinas kemudian mereka bekerja secara professional memasukkan usulan-usulan dari proses Musrenbang ke pagu-pagu anggaran yang ada;
- 3) Namun ada proses politik yang juga mempengaruhi usulan-usulan mana saja yang akan diambil untuk dapat dibiayai melalui anggaran daerah;

Pada dasarnya sistem/kebijakan/aturan yang ada sudah dibuat untuk menunjang tercapainya transparansi dan partisipasi masyarakat namun belum optimal pada tahap pelaksanaan kebijakan. Hal ini ditunjukkan dari masyarakat belum cukup tersosialisasi dan teredukasi cara berpartisipasi dalam pengambilan keputusan terkait perencanaan dan penganggaran pemerintahan di daerah. Pada masyarakat di perkotaan kendala implementasi kebijakan yang dihadapi lebih ditekankan pada sikap apatis dari masyarakat yang tidak terlalu peduli dengan penyelenggaraan forum-forum partisipasi publik. Kondisi tersebut diperburuk oleh buruknya penegakkan hukum terkait penyimpangan dalam implelementai rencangan program dan alokasi anggaran.

B. Implementasi Prinsip Partisipasi dan Transparansi dalam Proses Perencanaan dan Penganggaran di Provinsi Maluku Utara

Mekanisme dan ketentuan terkait perencanaan dan penganggaran daerah ditetapkan pada Undang-Undang Nomor 86 tahun 2017. Dalam hal ini, acuan hukum terkait perencanaan dan penganggaran sudah mengalami perubahan dari Undang-Undang Nomor 2 tahun 2004, Peraturan Presiden Nomor 54 tahun 2010, dan terakhir adalah UU nomor 86 tahun 2017. Dalam perkembangannya, dokumen perencanaan dan penganggaran sudah memasuki era digital dengan mengunggah dokumen secara *online*. Tetapi informasi perkembangan dan perubahan aturan tidak tersosialisasi secara merata dan juga tidak semua daerah siap untuk mengakomodir sistem tersebut. Di Maluku Utara, mekanisme ini baru diimplementasikan di Kota Tidore dan Kota Ternate.

Sistem perencanaan dan penganggaran berbasis online dapat menjadi peluang dalam upaya pencegahan korupsi karena perubahan atas anggaran tidak dapat dilakukan lagi setelah data sudah masuk ke dalam sistem. Yang mana hal ini akan menjadi pagu dalam realisasi anggaran. Selain itu, dengan sistem online akan memberikan akses data terhadap publik untuk menjamin transparansi. Proses perencanaan dan penganggaran yang mengalami perubahan seringkali tidak memberikan sosialisasi, sehingga ketika adanya rotasi di Aparatur Sipil Negara (ASN) mengakibatkan manajemen dan transfer pengetahuan terkait proses perencanaan dan penganggaran tidak optimal.

Tapi pada praktiknya, proses perencanaan dan penganggaran tersebut membuka ruang yang besar pada praktik korupsi. Hal ini dikarenakan OPD dan DPRD masih melakukan praktik tarik-ulur keputusan. Pengalaman perencanaan dan pengesahan anggaran tahun 2016, seharusnya sudah disepakati pada bulan Desember 2015, namun baru finalisasi pada bulan Februari 2016. Keterlambatan ini membuka peluang untuk penerimaan dana serta berjalannya program. Dampak dari praktik ini adalah tidak terserapnya dana sehingga realisasi kecil. Beberapa hal yang dapat menyebabkan realisasi dana yang kecil tersebut adalah (1) Implementasi anggaran yang bergantung pada kapasitas ASN, (2) implementasi regulasi yang terkendala oleh prosedur anggaran yang rumit sehingga petugas ASN tidak mau ambil risiko, (3) karena anggaran lebih banyak pada pembelian semen, baut dan pasir dan membutuhkan proses bidding, sedangkan para vendor tidak sanggup menyelesaikan dalam waktu singkat, anggaran tidak dapat terealisasi.

Di sisi lain, perencanaan dan penganggaran yang dilakukan tidak sesuai dengan amanat dari Undang-Undang Nomor 25 tahun 2004 tentang sistem perencanaan dan pembangunan nasional. Proses yang perlu diterapkan adalah mandat untuk pelibatan masyarakat dalam mekanisme musyawarah. Tetapi pada praktiknya di Maluku Utara, proses tersebut hanya dilakukan secara seremonial, ajuan yang tertera dalam perencanaan dan anggaran tidak membawa kepentingan sehingga usulan tidak substantif menjawab kebutuhan masyarakat.

“Sudah tujuh tahun saya jadi ketua RT, ikut Musrenbangdesa hanya acara dengar presentasi saja, apa program yang direncanakan. Tapi tidak ada proses dengar pendapat atau memberi usulan.” – Masyarakat Laki-laki Kota Ternate

Praktik partisipasi yang masih sebatas aspek formalitas, jika tidak ingin disebut sebagai partisipasi semu, telah membuka stimulasi untuk praktik korupsi. Pengakuan atas adanya keterlibatan masyarakat pada proses perencanaan dan penganggaran daerah juga perlu dilihat kembali kehadiran pihak masyarakat tersebut mewakili unsur masyarakat yang seperti apa? Padahal pada amanat undang-undang, dimandatkan untuk melibatkan perempuan dalam proporsi 30%, juga diperlukan keterlibatan forum anak. Tidak adanya

informasi terkait proses perencanaan dan penganggaran, tidak adanya pelibatan dan tidak diakomodirnya kepentingan masyarakat membuat mekanisme perencanaan dan penganggaran tidak bisa mencegah korupsi.

Selain itu, konten dalam perencanaan juga lebih memihak pada anggaran infrastruktur, tidak mengupayakan pada pemberdayaan, khususnya perempuan. Pada beberapa musrenbangdes yang melibatkan perempuan juga tidak mewakili secara substantive, yang mana biasanya perempuan yang terlibat hanya dari kalangan tertentu. Perempuan dari masyarakat sipil tidak pernah diundang dan tidak dianggap penting sebagai unsur masyarakat. Hal ini sudah menjadi aturan secara normative di lingkungan perencanaan dan penganggaran. Padahal, di Kota Ternate sudah memiliki peraturan daerah terkait Pengarusutamaan Gender (PUG) yang mana proses perencanaan harus juga berpihak pada perempuan dengan salah satu kegiatannya melibatkan perempuan secara aktif.

Selain konsep partisipasi, tantangan lainnya dari proses perencanaan dan penganggaran di Ternate dan Halmahera Barat adalah terkait dokumen rencana dan usulan anggaran yang dianggap *sakral* dan sulit untuk dapat mengaksesnya. Jika pada proses perencanaan saja tidak diketahui, bagaimana proses pengawasan dapat berlangsung? Selama ini, evaluasi penganggaran hanya menilai pada indikator patuh atau tidak patuh dan tidak melihat kualitas kinerja dari proses rencana hingga implementasi program.

Melihat kondisi dan praktik perencanaan dan penganggaran di tingkat desa maupun di tingkat organisasi perangkat daerah memberikan peluang untuk korupsi dengan tidak hadirnya keterlibatan masyarakat dan akuntabilitas data yang tidak transparan. Meskipun sudah diatur dalam perundang-undangan, *political will* dari pemerintah setempat tetap menjadi penentu keberhasilan pencegahan korupsi dari sistem perencanaan dan penganggaran tersebut. Selain itu, masyarakat juga tidak memiliki informasi yang baik dan cukup terkait hak mereka untuk ikut serta pada proses perencanaan dan penganggaran desa.

4.1.2. Keterbukaan Data dan Informasi Publik

Undang-undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik, menjamin hak setiap warga negara untuk dapat mengetahui rencana pembuatan kebijakan publik, program kebijakan publik, dan pengambilan keputusan publik, serta alasan pengambilan suatu keputusan publik. Kebijakan ini dimaksudkan untuk mendorong peningkatan partisipasi masyarakat dalam mengawasi jalannya pemerintahan. Keterbukaan informasi juga menjadi salah satu ciri bahwa negara berkomitmen untuk *“mendorong budaya global keterbukaan pemerintah yang memberdayakan dan melayani warga negara, serta mengedepankan cita-cita pemerintah abad 21 yang terbuka dan partisipatif”*.

A. Implementasi Keterbukaan Data dan Informasi Publik di Provinsi Banten

Undang-undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik, menjamin hak setiap warga negara untuk dapat mengetahui rencana pembuatan kebijakan publik, program kebijakan publik, dan pengambilan keputusan publik, serta alasan pengambilan suatu keputusan publik. Kebijakan ini dimaksudkan untuk mendorong peningkatan partisipasi masyarakat dalam mengawasi jalannya pemerintahan. Keterbukaan informasi juga menjadi salah satu ciri bahwa negara berkomitmen untuk *“mendorong budaya global keterbukaan pemerintah yang memberdayakan dan melayani warga negara, serta mengedepankan cita-cita pemerintah abad 21 yang terbuka dan partisipatif”*.

1) Terbatasnya Akses pada Data dan Informasi Publik

Berdasarkan peraturan undang-undang dan komitmen yang dijalin, pemerintah Indonesia telah menunjukkan itikad untuk menjadi pemerintahan yang terbuka dan partisipatif demi tercapainya kesejahteraan masyarakat termasuk dalam hal pemenuhan hak kesehatan. Namun demikian, implementasi dari pemenuhan hak atas informasi dirasakan masih belum optimal dilaksanakan. Hal ini terkonfirmasi berdasarkan informasi yang dihimpun dari wawancara dengan Organisasi Masyarakat Sipil di Tangerang Selatan.

“Keterbukaan data di Kota Tangerang Selatan masih sangat buruk. Misalnya saja untuk mengakses data APBD Kota Tangerang Selatan kami masih mengalami kesulitan, kami pernah mengangkat persoalan ini menjadi sengketa data dan informasi dan memprosesnya hingga ke tingkat PTUN karena permohonan data tidak kunjung dipenuhi. Bahkan ketika tuntutan kami dimenangkan, data APBD tetap tidak diberikan.” (Pimpinan Organisasi Masyarakat Sipil yang bergerak pada isu transparansi publik, Wawancara Mendalam, Tangerang Selatan, 12 Maret 2018)

Kesulitan dalam mengakses data dan informasi publik bukan hanya terjadi di wilayah urban seperti Kota Tangerang Selatan, melainkan juga terjadi di wilayah rural seperti Kabupaten Lebak. Dengan keterbatasan akses pada data dan informasi publik, Organisasi Masyarakat Sipil menghadapi kesulitan dalam menjalankan peran pengawasan terhadap jalannya pemerintahan di daerah.

“Dalam melakukan upaya advokasi untuk kesejahteraan masyarakat termasuk dalam bidang kesehatan. Seringkali membutuhkan data-data yang akan digunakan untuk kepentingan advokasi maupun kajian, namun data anggaran seperti Pendapatan Asli Daerah (PAD) masih sulit didapatkan. Saat ini data untuk organisasi-organisasi masyarakat sipil sulit untuk diperoleh karena di Lebak banyak organisasi-organisasi yang mengatasnamakan masyarakat dan menyalahgunakan data publik.”

Kendala dalam mengakses data dan informasi publik di Kabupaten Lebak berdampak pada minimnya pengetahuan masyarakat terkait proses perencanaan dan penganggaran, sebab belum banyak organisasi masyarakat sipil di Lebak yang melakukan kajian terkait hal tersebut karena kesulitan dalam mengakses data dan informasi publik. Keterbatasan akses pada data dan informasi publik juga menunjukkan adanya indikasi penyimpangan dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah.

2) Pemanfaatan Teknologi Penunjang Transparansi yang Berjalan “Setengah Hati”

Pada dasarnya Kota Tangerang Selatan telah mengadopsi prinsip-prinsip untuk menjadi pemerintahan yang terbuka. Misalnya saja dengan mengadopsi teknologi dalam pengelolaan data dan informasi yang terkait dengan pelayanan publik. Berdasarkan data dari Dinas Komunikasi dan Informatika Kota Tangerang Selatan, saat ini Kota Tangerang Selatan telah mengoperasikan empat aplikasi berbasis jaringan untuk pengelolaan informasi yang terkait dengan pelayanan publik.³³ Keempat aplikasi tersebut adalah:

- 1) Simponi (Sistem Informasi Manajemen Perizinan Online)
- 2) SIMPEL (Sistem Penyampaian SPPT PBB Elektronik)
- 3) SIAKCAPIL (Aplikasi Pendaftaran Online Kependudukan dan Catatan Sipil)
- 4) SIMPUS (Sistem Informasi Manajemen Puskesmas) Tangerang Selatan

Ketersediaan perangkat yang mengadopsi teknologi untuk mendukung keterbukaan akses pada informasi pelayanan publik di Kota Tangerang Selatan pada dasarnya menjadi langkah yang mendukung tercapainya transparansi. Dengan tercapainya transparansi informasi maka kemungkinan terjadinya penyimpangan maupun korupsi dapat diminimalisasi. Namun demikian, tidak banyak masyarakat yang menggunakan atau bahkan mengetahui manfaat dari penggunaan aplikasi tersebut dikarenakan minimnya sosialisasi dan edukasi terkait akses informasi publik kepada masyarakat. Hal ini terkonfirmasi dari temuan dalam diskusi kelompok terfokus, terkait penggunaan aplikasi SIMRAL (Sistem Informasi Manajemen Perencanaan Penganggaran, dan Pelaporan). Penggunaan aplikasi SIMRAL telah berlaku baik di Kota Tangerang Selatan maupun Kabupaten Lebak. Aplikasi SIMRAL ditujukan untuk memudahkan masyarakat dalam mengawal usulan yang mereka masukkan pada proses Musrenbang.

³³ Profil Dinas Komunikasi dan Informatika Kota Tangerang Selatan, diambil dari <http://diskominfo.tangerangselatankota.go.id/>

“Kendala yang masih dihadapi terkait penggunaan SIMRAL adalah terkait dengan akses, untuk dapat mengakses aplikasi tersebut diperlukan akun yang hanya dapat diberikan oleh aparatur di tingkat desa kepada pihak tertentu yang dianggap mewakili masyarakat. Dan sejauh ini belum ada mekanisme pengawasan maupun sosialisasi yang membantu masyarakat untuk mengetahui informasi bilamana usulan yang mereka berikan diterima ataupun tidak.” (Pimpinan Organisasi Masyarakat Sipil yang bergerak pada isu transparansi publik, Diskusi Kelompok Terfokus, Serang, 13 Maret 2018)

Pemanfaatan teknologi untuk menunjang transparansi dalam tata kelola pemerintahan saat ini masih cukup banyak yang melibatkan tahap yang dikelola secara manual. Misalnya dalam pengurusan izin usaha di Tangerang Selatan meski sudah menggunakan sistem online namun beberapa tahap masih perlu dilalui secara manual yang kemudian sangat membuka peluang terjadinya penyimpangan misalnya seperti pungutan liar (wawancara dengan Organisasi Masyarakat Sipil yang bergerak pada isu integritas, Serang, 13 Maret 2018).

Kondisi tersebut menggambarkan keterbukaan informasi yang diimplementasikan sejauh ini merupakan keterbukaan informasi yang semu sebab pada tahap implementasi masyarakat seringkali tidak dapat mengakses informasi-informasi publik yang dibutuhkan. Masyarakat seringkali terkendala karena dianggap tidak memiliki otoritas untuk bertanya. Untuk aplikasi SIMRAL sendiri saat ini aksesnya terbuka namun terbatas untuk pihak tertentu yang memiliki akun.

B. Implementasi Keterbukaan Informasi Publik di Provinsi Maluku Utara

Implementasi *open governance* dan *good governance* belum dilaksanakan optimal oleh pemangku kepentingan. Hal ini ditunjukkan dengan tidak adanya Komisi Informasi Publik (KIP) yang merupakan mandat dari Undang-Undang Nomor 14 tahun 2008 tentang keterbukaan informasi publik. Dengan tidak adanya KIP di Maluku Utara, maka akses data kepada dokumen perencanaan, penganggaran, dan laporan hasil kegiatan menjadi data yang “kramat”.

Tidak adanya transparansi data tersebut merupakan akibat dari tidak adanya mekanisme *punishment* seperti yang diatur pada UU nomor 14 tahun 2008 tentang keterbukaan informasi publik. Yang mana terdapat hak pidana bagi pihak yang tidak melakukan praktik transparansi dan keterbukaan informasi. Tantangan lainnya adalah NGO yang berkaitan dengan analisa dan keterbukaan anggaran masih sedikit di Maluku Utara sehingga menyebabkan kurangnya penjaminan atau kritik terhadap isu anggaran maupun keterbukaan informasi publik. Kekuatan dari masyarakat sipil dalam memberikan fungsi pengawasan terhadap pemerintah menjadi kurang optimal.

“Selama ini SKPD dan DPRD sulit untuk komunikasi, apalagi jika diminta data, akan sangat sulit.” -
NGO lokal Ternate

Para aktor NGO di Maluku Utara menilai bahwa aspek transparansi, akuntabilitas, indeks keterbukaan pemerintah Maluku Utara masih buruk. Hal ini didasari pada pengalaman kerja NGO dalam pengumpulan data untuk advokasi, pendampingan maupun *assessment* program yang membutuhkan akses data ke
PROYEK USAID CEGAH PROJECT – LAPORAN PENELITIAN

organisasi perangkat daerah. Sulitnya akses data akibat proses birokrasi, serta upaya *follow up* secara intensif juga tidak mendapatkan data yang diminta. Kesulitan keterbukaan data ini dikarenakan anggapan pemerintah data tersebut rahasia, dikhawatirkan disalahgunakan. Rendahnya transparansi ini menjadi celah untuk perilaku korupsi. Yang mana, data perencanaan maupun laporan pertanggung jawaban sulit untuk diakses oleh publik. Hal ini dapat menjadi celah ruang korupsi karena dapat berpeluang untuk melakukan manipulasi data.

4.1.3. Pemahaman Masyarakat terkait Korupsi

Pemahaman masyarakat terkait korupsi sangat erat kaitannya dengan kesadaran dalam akses informasi publik, pelayanan publik dan kesadaran penegakan hukum. Peningkatan pengetahuan dan pemahaman masyarakat terkait korupsi, dampak korupsi, dan upaya pencegahan korupsi menjadi penting untuk diupayakan. Sebab rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat membuka peluang terjadinya korupsi sebagai akibat masyarakat kekhawatiran dan keengganan masyarakat untuk terlibat dalam upaya-upaya pencegahan korupsi.

A. Pemahaman Masyarakat di Provinsi Banten terkait Korupsi

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terhadap 36 masyarakat dari Kota Tangerang Selatan dan Kabupaten Lebak teridentifikasi bahwa masyarakat baik di wilayah urban maupun rural belum pernah mendapatkan sosialisasi kepada masyarakat terkait korupsi dampak korupsi, serta upaya pencegahan korupsi yang dapat dilakukan. Berikut adalah rangkuman pandangan masyarakat terkait korupsi.

1. “Korupsi adalah menggunakan dana tidak sesuai peruntukannya. Seharusnya dana tersebut digunakan untuk kepentingan lain seperti peralatan kesehatan tapi kenyataannya tidak, seharusnya uang untuk membeli alat kesehatan ada tetapi tidak turun sebagaimana mestinya.”
2. “Korupsi itu tidak diperbolehkan karena mengambil yang bukan miliknya”
3. “Korupsi adalah ‘permainan orang-orang atas’ yang merugikan masyarakat”
4. “Korupsi bisa berbagai macam jenisnya, mulai dari korupsi fasilitas, korupsi waktu. Misalnya petugas kesehatan korupsi waktu istirahat, istirahatnya lebih lama dari waktu seharusnya, keterlambatan ini mengakibatkan mundurnya jadwal lain, dan ini sangat merugikan.”
5. “Korupsi adalah bagian yang ‘di atas’ (pejabat)”
6. “memakan jatah orang dan merugikan semua”
7. “Korupsi adalah perilaku orang yang tidak jujur dan merugikan orang lain”
8. “secara diam-diam mengambil uang orang lain yang bukan haknya”
9. “suka nyolong uang rakyat, misalnya adalah pungutan liar yang dimintakan saat akan mengurus surat-surat.”
10. “mengambil uang rakyat baik dalam jumlah sedikit maupun banyak, dan dilakukan secara berjamaah oleh pihak-pihak yang berwenang.”
11. “ korupsi adalah tindakan yang harus dibasmi karena sangat merugikan masyarakat, misalnya di rumah sakit harusnya fasilitas seharusnya sudah lengkap namun karena korupsi dana kesehatan, rumah sakit saat ini masih tidak lengkap, sehingga masyarakat harus di rujuk ke rumah sakit lain yang jaraknya sangat jauh.”ngku

Sebagian besar sumber pemahaman masyarakat terkait korupsi adalah dari pemberitaan di media elektronik maupun cetak terkait kasus korupsi serta dari pergaulan sehari-hari. Berdasarkan hasil identifikasi tersebut, media khususnya media elektronik televisi, memiliki peran yang kuat untuk dapat mensosialisasikan mengenai korupsi, dampak, dan pencegahan korupsi kepada masyarakat. Sosialisasi terkait korupsi, dampak dan pencegahannya perlu menjadi fokus perhatian untuk dapat menciptakan gerakan anti korupsi yang masif.

Selain itu, salah satu pendekatan yang perlu digarisbawahi dalam mensosialisasikan mengenai korupsi dan pencegahan korupsi adalah dengan memberikan gambaran kepada masyarakat bahwa korupsi sangat dekat dengan kehidupan sehari-hari masyarakat serta berdampak langsung terhadap kehidupan mereka.

Untuk dapat meningkatkan partisipasi masyarakat khususnya partisipasi perempuan dalam pencegahan korupsi maka masyarakat perlu dilibatkan dalam mengidentifikasi persoalan yang sehari-hari mereka hadapi dengan demikian masyarakat akan merasakan bahwa dampak korupsi sangat dekat dengan kehidupan sehari-hari mereka dan akan tergerak untuk berpartisipasi melakukan upaya pencegahan korupsi. (Wawancara dengan Organisasi Masyarakat Sipil yang bergerak pada isu transparansi, Kabupaten Lebak, 14 Maret 2018)

B. Pemahaman Masyarakat di Provinsi Maluku Utara terkait Korupsi

Masyarakat pada wilayah penelitian di Maluku Utara memandang korupsi sebagai tindakan mencuri, merampas hak, menggelapkan uang, pungutan liar. Yang mana pelakukunya merupakan pihak yang lebih tinggi posisinya dibandingkan masyarakat biasa, atau orang-orang yang memiliki jabatan. Informasi tentang definisi perilaku korupsi tersebut didapatkan dari pengalaman melihat praktik di desa, yang mana seringkali terjadi pemberian bantuan yang tidak tepat sasaran. Semisal saja pada bantuan beras miskin, sejumlah masyarakat yang memenuhi persyaratan untuk mendapatkan bantuan justru tidak mendapat manfaat. Tetapi saat dikonfirmasi ke pihak kecamatan, sejumlah nama tersebut sudah terdata mengambil beras raskin. Ini disebut sebagai penggelapan dana.

Melihat praktik tersebut belum banyak tindakan yang dapat dilakukan. Masyarakat lebih banyak diam dan tidak mengetahui harus melaporkan kepada siapa. Masih banyak yang khawatir dan takut jika melakukan upaya pelaporan maka akan mendapat dampak berupa tidak dilayani, tidak mendapatkan manfaat atau bahkan dimusuhi di lingkungan sosial.

Sedangkan sebagian masyarakat lainnya menanggapi bahwa korupsi tidak ada dampak dan kaitannya dengan kehidupan mereka. Masyarakat tersebut meyakini bahwa kehidupan utama sebagai warga Negara adalah mencari penghidupan yang layak saja, meskipun seharusnya pemerintah bertanggung jawab atas penghidupan tersebut. Tetapi karena ketidakpercayaan pada fungsi tersebut, masyarakat menjadi apatis terhadap apa yang dilakukan pemerintah dalam upaya birokrasi maupun pembangunan masyarakat. Mekanisme ini membuat fungsi pengawasan terhadap kinerja pemerintah menjadi kurang, atau bahkan tidak ada.

Ketidakpercayaan masyarakat terhadap pemerintah, tidak adanya informasi yang mumpuni terkait korupsi dan cara pencegahannya serta tidak adanya keterbukaan informasi dari pemerintah menyebabkan kurangnya pemahaman masyarakat terkait korupsi. Hal ini berdampak pada pelanggaran tindakan korupsi, karena tidak ada monitoring tanpa adanya pemahaman yang tepat terkait jenis dan perilaku yang termasuk korupsi. Selain itu, tidak ada pengawasan tanpa adanya keberanian dan pemahaman yang baik dari masyarakat bahwa dengan mencegah dan memberantas korupsi adalah kewajiban bersama untuk kebermanfaatan yang optimal dari sebuah program atau layanan publik.

Pada konteks korupsi di sektor kesehatan, masyarakat cenderung tidak mau untuk melakukan pelaporan atau pengaduan masalah yang terjadi di pelayanan kesehatan. Pemahaman ini disebabkan bahwa jika membuat tenaga kesehatan tidak senang, maka akan berdampak pada layanan yang tidak baik juga kepada masyarakat. Yang mana, kesehatan merupakan hal fundamental bagi masyarakat, persoalan hidup dan mati dalam waktu yang tidak terduga. Oleh karena itu, masyarakat menutup mata dan “lebih baik diam” jika terjadi kesalahan prosedur atau kemungkinan praktik penyalahgunaan di pelayanan kesehatan.

“Kalau ke puskesmas atau rumah sakit, biasa saja itu nunggu lama. Kita sudah datang, petugas belum. Ya diam saja sudah. Yang penting anak kita dapat diobati, bisa selamat dan sehat lagi. Mau itu berbayar juga kita usahakan. Kita orang juga tidak tau, apa itu seharusnya bayar atau tidak. Info kadang tidak jelas dari petugas”
– Masyarakat perempuan di wilayah rural Ternate.

4.2. Gambaran Korupsi di Sektor Kesehatan

Sektor kesehatan menjadi salah satu sektor yang paling rentan terjadi korupsi di dalamnya. Korupsi pada sektor kesehatan terjadi mulai tahap perizinan hingga pengadaan. Kerentanan ini diperburuk dengan rendahnya pemahaman masyarakat mengenai dampak korupsi pada sektor kesehatan dan pengakkan hukum yang lemah terhadap pelaku korupsi sehingga masyarakat cenderung menjadi apatis dan cenderung enggan untuk terlibat dalam upaya-upaya pencegahan korupsi.

Korupsi pada sektor kesehatan juga memberikan dampak kekhasan terutama bagi masyarakat perempuan karena berkaitan dengan fakta bahwa perempuan, khususnya ketika mereka adalah ibu rumah tangga, mereka bertanggung jawab pada kebutuhan pendidikan dan kesehatan keluarganya. Oleh karena itu, perempuan akan lebih sering berinteraksi dengan penyedia layanan publik, hal ini menyebabkan mereka lebih rentan menjadi korban dari pejabat korup ketika mereka sedang berupaya untuk memenuhi hak mereka maupun keluarga mereka.

4.2.1. Bentuk-bentuk Korupsi di Sektor Kesehatan yang Banyak Terjadi di Kota Tangerang Selatan dan Kabupaten Lebak

Berdasarkan informasi yang dirangkum dari hasil wawancara dan diskusi kelompok terfokus, berikut adalah beberapa bentuk korupsi sektor kesehatan yang banyak ditemui di masyarakat:

1) Korupsi pada Tahap Pengadaan

Tahap pengadaan fasilitas dan alat kesehatan menjadi yang paling rentan di korupsi khususnya pada tahap lelang. Misalnya saja pada pada pengerjaan gedung fasilitas kesehatan, proses lelang masih membuka terjadinya kongkalingkong antara pemerintah dengan penyedia jasa (*vendor*). Hal ini menjadikan fasilitas yang dibangun tidak sesuai dengan standar yang ditetapkan karena ada praktik korupsi di dalamnya.

2) Gratifikasi untuk Mempermudah Akses pada Pelayanan Kesehatan

Pada sektor kesehatan terdapat pola korupsi tersendiri biasanya berupa pungutan liar untuk biaya administrasi dan masyarakat cenderung menganggap wajar bentuk-bentuk pungutan liar seperti ini. Contoh lain adalah terkait praktik jual beli nomor antrian. Peluang korupsi ini muncul dikarenakan lamanya waktu antre di Puskesmas/Rumah Sakit.

3) Korupsi pada Proses Pendataan Penerima Manfaat

Kendala yang sering terjadi pada sektor kesehatan adalah ketiadaan data dasar penerima manfaat yang seragam, hal ini seringkali menyebabkan bantuan tidak tepat sasaran diberikan. Bahkan dalam kasus yang diidentifikasi oleh KTP Lebak terdapat warga yang sudah meninggal justru masuk dalam daftar penerima manfaat, hal ini menunjukkan bahwa data dasar penerima manfaat tidak diperbaharui secara rutin dan

tidak diimbangi dengan pemeriksaan data di lapangan. Beberapa contoh kasus tersebut menunjukkan adanya peluang penyalahgunaan dari ketiadaan data yang valid penerima manfaat jaminan kesehatan.

4) Kerentanan Nepotisme dalam Perekrutan Kader Kesehatan Masyarakat

Kader kesehatan merupakan pihak yang berperan penting dalam mensosialisasikan mengenai hak dan prosedur pelayanan kesehatan, namun selama ini rekrutmen kader kesehatan adalah menjadi otoritas desa, dan belum ada kebijakan yang mengatur mengenai hal ini. Dampaknya adalah banyak kader kesehatan yang sebenarnya tidak memenuhi kualifikasi dan tidak dapat menjalankan peran pentingnya di masyarakat. Misalnya di Lebak beberapa waktu terakhir mencuat kasus gizi buruk. Selama ini dalam kegiatan Posyandu semua anak diberikan suplemen atau makanan tambahan yang sama yakni biskuit padahal tingkat keterpenuhan gizi setiap anak berbeda. Bagi anak yang kurang gizi asupan tambahan dibutuhkan lebih dari sekedar biskuit. Di sisi lain masyarakat juga tidak memiliki pengetahuan terkait hal tersebut dan tingkat kesejahteraan masih rendah. Hal ini yang menjadikan persoalan terus bergulir.

5) Korupsi pada Program Peningkatan Kapasitas Tenaga Kesehatan

Pada program Lebak Sehat, pemerintah daerah memberikan beasiswa untuk meningkatkan kapasitas dokter dengan harapan agar dokter-dokter yang sudah meningkatkan kapasitasnya dapat ditempatkan di Lebak untuk dapat meningkatkan akses masyarakat pada pelayanan kesehatan. Namun hingga saat ini jumlah tenaga kesehatan terutama pada daerah-daerah terpencil di Lebak masih menjadi kendala yang belum terselesaikan.

6) Korupsi pada Proses Pengadaan Obat dan Distribusi Alat Kesehatan

Pada sektor kesehatan sendiri korupsi lebih sering terjadi pada pengadaan obat dan distribusi alat kesehatan. Selain itu, pola korupsi lain pada sektor kesehatan adalah *mark up* BPJS oleh Rumah Sakit. Kemudian juga ada pola *sponsorship*, yang menjadikan pihak vendor melakukan berbagai cara agar obatnya bisa masuk ke Rumah Sakit. Contoh lain adalah *sponsorship* susu formula yang bekerjasama dengan rumah sakit atau klinik bersalin, bayi yang baru lahir oleh pihak rumah sakit/klinik langsung diberikan susu formula. Hal ini menjadikan bayi tergantung pada susu formula dan tidak mendapatkan Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif dan memperbesar risiko terjadinya *stunting* pada anak.

7) Perbedaan Perlakuan terkait Informasi Ketersediaan Kamar Rawat Inap bagi Pemegang Kartu JKN Kelas Bawah

Untuk pemegang kartu JKN kelas I penyediaan ruang rawat inap masih bisa diusahakan dengan meningkatkan kelas kamar pada tipe yang lebih tinggi namun untuk pemegang kartu JKN kelas lain seringkali dikatakan ruang rawat penuh. Hal ini sering dikeluhkan oleh pengguna BPJS.

8) Korupsi dalam Proses Sosialisasi dan Edukasi ke Masyarakat

Minimnya sosialisasi dan edukasi bagi pengguna layanan kesehatan terkait prosedur dan tata cara mengakses layanan kesehatan. Sehingga menimbulkan kebingungan di masyarakat bahkan berisiko terjadi keterlambatan penanganan.

4.2.2. Bentuk-Bentuk Korupsi di Sektor Kesehatan yang Banyak Terjadi di Kota Ternate dan Kabupaten Halmahera Barat

Dari kategori atau bidang di pemerintahan Maluku Utara, peluang tingkat korupsi paling tinggi adalah pada bidang infrastruktur, kesehatan, kesejahteraan sosial dan pendidikan. Yang mana, keempat sektor ini memiliki penganggaran yang paling tinggi dan berisiko untuk dilakukan upaya korupsi. Beberapa indikasi atau praktik korupsi yang ditemui adalah

1) Penyediaan tenaga kesehatan yang tidak sesuai dengan kebutuhan penggunaan layanan kesehatan

Salah satu bentuk indikasi korupsi yang teridentifikasi adalah terkait ketidaksesuaian penyediaan tenaga kesehatan dengan kebutuhan di masyarakat serta kaitannya dengan praktik kolusi maupun nepotisme penyediaan tenaga kesehatan. Pada tahun 2015 - 2016 terlihat bahwa ada praktik tidak taat regulasi. Pada komposisi tenaga kesehatan, banyak yang tidak sesuai kebutuhan, seperti saja kebutuhan dokter, tapi yang dipenuhi justru perawat atau bidan. Adanya kesenjangan antara kebutuhan dan pemenuhan kebutuhan tersebut dapat juga dilihat sebagai tantangan ketersediaan tenaga kesehatan di Maluku Utara.

Hal ini terlihat dari data jumlah tenaga kesehatan di dua lokasi penelitian. Berdasarkan data Kabupaten Ternate dalam Angka tahun 2017, pada tahun 2016 jumlah tenaga kesehatan adalah 45 orang dokter, 94 orang perawat, 127 orang bidan, 34 orang tenaga farmasi, dan 96 orang tenaga kesehatan lainnya. Sedangkan pada data Halmahera Barat dalam Angka tahun 2017, 2016 tercatat sebanyak 14 orang tenaga medis, 48 tenaga perawat, 185 bidan, 6 apoteker dan 50 tenaga kesehatan lainnya.

2) Gratifikasi untuk mendapatkan layanan kesehatan

Berdasarkan informasi pengalaman masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan, didapatkan bahwa sering terjadi kesulitan dalam mendapatkan ruangan rawat inap. Pengalaman lainnya masyarakat seringkali merasa tidak puas terhadap layanan kesehatan yang tidak ramah. Kedua pengalaman ini menjadikan masyarakat melakukan tindakan gratifikasi untuk mendapatkan layanan kesehatan yang berkualitas dan ramah. Misalnya, masyarakat memberikan bingkisan untuk mendapatkan layanan kesehatan yang cepat tanggap dan berharap diperlakukan ramah. Dari tindakan tersebut, akhirnya petugas kesehatan mau untuk mengupayakan atau memberikan ruangan rawat inap yang sesuai kebutuhan masyarakat/pasien dan juga akan bertindak ramah dalam melayani masyarakat/pasien.

Praktik tersebut seringkali tidak dipahami oleh pihak-pihak tersebut sebagai jenis dari tindakan korupsi. Perilaku tersebut termasuk dalam gratifikasi dan menjadi akar yang nyata dari perilaku korupsi. Selain itu, praktik nepotisme juga terjadi pada proses mendapatkan layanan rawat inap, yang mana asumsi yang beredar adalah “tidak ada teman, tidak akan dapat ruangan”.

3) Permintaan pembayaran layanan kesehatan yang tidak sesuai dengan peraturan

Berdasarkan pengalaman Daurmala (NGO Lokal di Maluku Utara) dalam melakukan pendampingan korban kekerasan seksual, perkosaan dan kekerasan dalam rumah tangga, tenaga kesehatan seringkali melakukan pungutan liar pada proses fisum kesehatan. Padahal dalam aturannya proses tersebut tidak dipungut biaya karena sudah termasuk dalam anggaran polres dalam upaya penanganan kasus.

Hal ini sering terjadi pada ruangan pemeriksaan, yang mana pasien atau korban dengan keadaan sakit, terluka, dan juga trauma tetap dimintakan biaya yang seharusnya tidak dipungut. Korban yang merupakan masyarakat miskin juga mendapatkan beban berkali lipat atas tindakan tenaga kesehatan tersebut. Pembayaran yang dimintakan tidak pernah diberi nota atas tindakan yang dilakukan. Praktik bayar secara manual juga bisa membuka peluang untuk penggelapan uang dan termasuk dalam perilaku korupsi oleh tenaga kesehatan dengan memintakan pembayaran layanan kesehatan yang tidak sesuai dengan aturan yang berlaku.

4) Risiko tindak korupsi pada pengelolaan dana kapitasi di fasilitas tingkat pertama

Pada konteks pelayanan kesehatan, BPJS dan dana kapitasi berpotensi besar dalam membuka ruang praktik korupsi. Hal ini berdampak pada proses rujukan yang sangat berpengaruh penting pada kualitas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dan keselamatan jiwa baik tingkat morbiditas maupun mortalitas pasien. Sehingga petugas kesehatan seringkali sulit untuk memberikan rujukan karena dikhawatirkan berpengaruh terhadap pembayaran dana kapitasi BPJS ke fasilitas kesehatan.

Berdasarkan Peraturan Walikota Ternate nomor 1 tahun 2017 tentang petunjuk teknis pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi di FKTP, pada pasal 3 ayat 5-7 tersebut bahwa pembayaran dana kapitasi oleh BPJS Kesehatan dilakukan ke rekening dana napitasi JKN pada FKTP diakui sebagai pendapatan. Alokasi ini digunakan untuk pelayanan kesehatan peserta JKN pada FKTP terkait. Jika pendapatan dana kapitasi tidak digunakan seluruhnya, maka dapat dipergunakan pada tahun anggaran berikutnya.

Sedangkan pada pasal 5 menyatakan bahwa dana kapitasi yang diterima oleh FKTP dari BPJS Kesehatan dimanfaatkan seluruhnya untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Alokasi dana kapitasi untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan ditetapkan sebanyak 60% dan biaya operasional sejumlah 30%. Biaya operasional tersebut terdiri dari 10% untuk obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai sedangkan 20% untuk kegiatan operasional kesehatan lainnya. Sedangkan untuk 10% sisa dana lainnya tidak ditetapkan pada perwali tersebut.

Dari peraturan yang berlaku, terlihat ada celah untuk tindakan tidak memberikan rujukan dengan asumsi pembayaran 60% alokasi dana kapitasi untuk jasa layanan kesehatan. jika dilakukan rujukan, maka alokasi dana tidak akan diberikan kepada FKTP. Selain itu, nominal 10% alokasi dana yang tidak ditetapkan oleh perwali juga berpeluang dalam menimbulkan tindak korupsi. Mekanisme pengawasan hanya dilakukan oleh pihak internal pemerintah, dalam hal ini ditunjuk Dinas Kesehatan.

5) Pengadaan sarana dan prasarana kesehatan

Praktik korupsi di sektor kesehatan sering terjadi pada pengadaan alat kesehatan baik dalam jumlah dan anggaran serta kualitas dari alat kesehatan tersebut. Yang mana, korupsi ini berdasarkan besarnya anggaran kesehatan pada alokasi pengadaan sarana dan prasarana.

Berdasarkan penelitian KOPEL di Halmahera Barat (2017), ada beberapa persoalan yang muncul dari mekanisme pengadaan barang dan jasa yang selama ini diselenggarakan oleh pemerintah. Secara umum, pada Rancangan Kerja Pemerintah Daerah Kota Jailolo, (2016) pengadaan dan peningkatan sarana dan prasarana kesehatan merupakan satu dari enam prioritas pembangunan daerah yang bertujuan untuk peningkatan aksesibilitas kualitas pelayanan kesehatan yang memadai. Namun pada praktiknya, pengadaan barang dan jasa tersebut tidak sesuai dengan prosedur yang berlaku. Pertama, adanya proses yang tidak adil antara sesama penyedia barang dan jasa. Kedua, adanya kolusi dan korupsi yang terjadi antara penyedia barang dan jasa dengan instansi pemerintah karena proses yang tidak transparan dan tidak akuntabel. Ketiga karena situasi yang tidak adil dan kolusi yang tinggi menyebabkan kualitas barang dan jasa menjadi rendah dari standar kualitas menurut kontrak.

Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa masih rendahnya tingkat transparansi penyelenggaraan pengadaan barang dan jasa di lingkup RSUD Jailolo. Pihak penyelenggara pengadaan terbilang belum profesional dalam pelaksanaan tugasnya, sehingga terindikasi di intervensi oleh pihak yang berkepentingan. Bahkan untuk dokumen proyek juga tidak bisa diakses oleh masyarakat karena dianggap sebagai dokumen rahasia Negara. Hal ini menumbuhkan rendahnya partisipasi masyarakat dalam melakukan pengawasan terhadap proses tender.

Perbedaan Bentuk Korupsi Wilayah Kota dan Desa

Pada praktik korupsi di bidang pemerintahan, didapati bahwa ada perbedaan antara korupsi di wilayah perkotaan dengan wilayah perdesaan. Pada wilayah perdesaan rentan terhadap bentuk korupsi alokasi dana desa dan anggaran desa. Sedangkan pada wilayah perkotaan, rentan terhadap bentuk korupsi yang sifatnya pengadaan.

- Bentuk korupsi wilayah perkotaan

I. Proses pengadaan barang dan jasa yang tidak sesuai dengan kaidah pengadaan

Pada tingkat kota, korupsi sering terjadi di proses procurement. Seperti halnya pada penelitian yang dilakukan oleh Universitas Khairin, sektor yang paling banyak korupsi berdasarkan data assessment gratifikasi, hasilnya adalah korupsi di sektor perizinan, untuk PU. Yang seringkali dikeluhkan kontraktor adalah harus ada uang pelicin. Dan atau untuk pemenangan tender pengadaan barang dan jasa. Hal tersebut juga berkaitan dengan proses perencanaan dan penganggaran yang lama dalam penetapan pagu anggaran. Dengan waktu yang terbatas, maka proses pengadaan tidak sesuai prosedur, atau bahkan sering ditemukan vendor yang belum dibayarkan atas pekerjaannya karena waktu yang sempit. Di lain pihak, untuk menghabiskan anggaran, sering dilakukan pembelian barang yang tidak sesuai kebutuhan di pelayanan publik maupun infrastruktur lainnya.

2. Perencanaan dan penganggaran yang tidak transparan

Pada tingkat kota, korupsi sering terjadi di pemerintahan: kebijakan yang tidak transparan merupakan stimuli terjadinya korupsi. Proses penganggaran merupakan ruang untuk korupsi, celah tersebut terlihat dari tender dalam pengadaan barang atau jasa dan melalui APBD. Dari pengalaman NGO lokal di Maluku Utara dalam mendampingi masyarakat, diketahui bahwa selama ini proses perencanaan dan penganggaran sangat lemah yaitu tidak ada partisipasi dan tidak melibatkan target strategis di bidang perencanaan.

- Bentuk korupsi wilayah pedesaan

1. Pengelolaan dan penyalahgunaan dana desa

Praktik korupsi di wilayah desa lebih kepada dana ADD dan AD pada item infrastruktur, juga pada item pembangunan, pemberdayaan sosial kemasyarakatan. Hal ini juga terlihat bahwa kepala desa dilaporkan atas tindakan penyalahgunaan anggaran desa. Berbeda dengan di kota yang memang korupsinya hanya di bidang pembangunan infrastruktur. Jika melihat kondisi ini, maka terlihat bahwa dampak korupsi lebih terasa di desa. Yang mana bantuan dana desa meliputi bidang infrastruktur maupun bantuan dana langsung, tidak pernah dirasakan masyarakat desa.

Pengurus dan pengelola pemerintah desa dianggap belum siap dalam mengelola dana desa yang banyak dan rumit dalam pelaporan maupun perencanaannya. Sehingga seringkali muncul praktik untuk membayar pihak ketiga dalam proses perencanaan maupun pelaporan anggaran. Padahal dana untuk ini tidak ada dalam budget anggaran desa. Yang mana hal ini dilakukan oleh SKPD atau petugas tingkat kelurahan sehingga hasil pelaporannya juga terkadang sudah tidak ditemukan lagi persoalan anggaran yang salah kelola. Kepala desa seringkali juga di ancam untuk melakukan pelaporan yang “baik” saja.

2. Perencanaan dan penganggaran yang tidak partisipatif

Tidak hadirnya masyarakat dalam musyawarah perencanaan pembangunan desa, merupakan stimuli terhadap indikasi korupsi. Yang mana, kebutuhan masyarakat tidak secara tepat diakomodir pada perencanaan dan penganggaran di tingkat desa. Selain itu, rendahnya transparansi anggaran dan pelaporan terhadap masyarakat desa juga memperbesar risiko korupsi karena tidak adanya pengawasan antara kinerja pemerintah oleh masyarakat.

4.2.3. Dampak Korupsi di Sektor Kesehatan pada Laki-laki dan Perempuan

Secara umum korupsi berdampak pada pemiskinan masyarakat baik laki-laki maupun perempuan. Namun demikian dalam kondisi miskin, perempuan dengan kekhasan dan potensi organ reproduksi yang dimiliki ditambah dengan tanggung jawab yang diberikan masyarakat norma sosial yang berlaku dimasyarakat dalam memandang perempuan, menjadikan perempuan memiliki kerentanan yang berbeda dengan laki-laki.

Dalam kondisi miskin masyarakat memiliki akses yang terbatas untuk memenuhi kebutuhan kesehatan, seperti akses pada air bersih, akses pada makanan bergizi, akses pada pelayanan kesehatan pada umumnya, serta keterbatasan akses pada pelayanan kesehatan reproduksi.

Perempuan dengan potensi organ reproduksi yang dimiliki dapat hamil, melahirkan, dan menyusui. Fase-fase tersebut mensyaratkan terpenuhinya semua kebutuhan kesehatan mulai dari air bersih, makanan bergizi hingga layanan kesehatan. Sementara korupsi menjauhkan seluruh kebutuhan tersebut dari masyarakat. Sehingga perempuan miskin yang tinggal di wilayah rural merupakan pihak yang lebih menderita dan secara langsung terkena dampak korupsi.

Perempuan miskin yang berada pada struktur masyarakat yang korup akan semakin dimiskinkan dan mengalami viktimisasi berlapis dari bentuk-bentuk korupsi yang telah dipaparkan sebelumnya. Kemiskinan menjadikan masyarakat sangat bergantung pada pelayanan publik yang disediakan pemerintah, dan tidak memiliki alternatif pilihan yang lebih baik. Sementara korupsi menjadikan adanya diskriminasi atau pembedaan perlakuan antara si kaya dan si miskin dalam mengakses layanan kesehatan.

A. Triple burden: dampak korupsi sektor kesehatan pada perempuan

Perempuan atas kebutuhan dan perannya dalam sosial juga akan lebih sering mengakses pelayanan publik dibandingkan laki-laki. Sehingga, korupsi di seluruh sektor yang kaitannya dengan pelayanan publik akan berdampak pada perempuan. Dalam hal ini, korupsi pada sektor kesehatan akan sangat erat kaitannya pada peran perempuan pada konteks domestik dan peran sosial lainnya, serta dampak pada kesehatan reproduksi perempuan itu sendiri.

Korupsi pada tahap pengadaan menjadikan fasilitas kesehatan beserta perlengkapan yang tersedia di dalamnya tidak sesuai dengan standar yang semestinya. Hal ini menyebabkan masyarakat harus dirujuk ke fasilitas kesehatan lain yang jaraknya lebih jauh dari tempat mereka tinggal. Dalam kondisi ini perempuan membawa anak, perempuan dalam kondisi hamil atau menyusui seperti Ibu Yatmi, akan memiliki mobilitas yang lebih terbatas. Selain itu, masyarakat juga perlu mengalokasikan waktu, uang dan tenaga lebih banyak dikarenakan jauhnya jarak tempat tinggal ke fasilitas kesehatan rujukan.

Demikian pula halnya dengan gratifikasi untuk mempermudah akses pada layanan kesehatan. Perempuan sebagai pihak yang lebih sering diberikan tanggung jawab perawatan keluarga menempatkannya pada posisi yang lebih sering berinteraksi dengan layanan publik yang korup. Hal ini menjadikan perempuan memiliki toleransi yang lebih tinggi terhadap perilaku korup dalam upaya memenuhi kebutuhan kesehatan untuk dirinya sendiri maupun keluarganya, sebagaimana temuan dari penelitian yang dilakukan USAID CEGAH yang menyebutkan bahwa penerimaan perempuan terkait suap adalah lebih tinggi dibandingkan dengan penerimaan laki-laki dengan perbandingan 34% dan 28%.

Selain itu, korupsi pada sektor kesehatan akan membebankan perempuan dalam hal urusan domestik dan atau publik, yaitu dengan memperlambat kerja publik atau penyelesaian perannya secara sosial dalam urusan rumah tangga; membebankan perempuan secara psikologi, yaitu dengan ketidakpastian layanan

serta lamanya waktu tunggu akan menjadikan beban pikiran dan kekhawatiran pada keselamatan keluarganya; dan membebankan perempuan dalam perannya secara sosial yang dianggap bertanggung jawab pada pengurusan kesehatan keluarga. Seringkali perempuan hanya melakukan upaya pengurusan kesehatan keluarga secara mandiri, siapapun anggota keluarga yang mengalami permasalahan kesehatan, maka perempuan dianggap bertanggung jawab pada urusan penyembuhan.

Data dari Ternate dalam Angka tahun 2017, bahwa selama tahun 2016, penyakit yang paling banyak menjangkit masyarakat Kota Ternate ialah ISPA dengan 19.348 kasus. Flu, Maag, Demam, serta Diare, menjadi urutan selanjutnya sebagai penyakit dengan kasus terbanyak di Kota Ternate. Hal serupa juga terjadi di Halmahera Barat, yang mana dari sepuluh kasus penyakit terbanyak, Infeksi Akut Lain pada Saluran Pernapasan (ISPA) menempati posisi teratas dalam kurun waktu dua tahun terakhir. Pada tahun 2016 ini tercatat penderita ISPA mencapai 11.958 mengalami kenaikan sekitar 18 persen dibanding tahun 2015 yang tercatat sebanyak 10.123 penderita. Besaran masalah ISPA dan diare yang menjadi penyakit utama bayi dan anak merupakan tanggung jawab pengurusan kesehatan yang dibebankan oleh sosial kepada perempuan.

Dengan kondisi pelayanan kesehatan yang antri lama, tidak ditangani secara cepat, maka perempuan akan mengalami kerugian waktu produktif untuk melakukan pekerjaannya. Dalam perannya untuk mengantar anak berobat ke fasilitas kesehatan juga berdampak pada kondisi kesehatan mental ibu. Yang mana, pada saat menunggu lama untuk mendapatkan layanan kesehatan, perempuan akan merasa khawatir dan panik dalam memikirkan kesehatan dan keselamatan anaknya. Sedangkan dampak korupsi di sektor kesehatan terhadap laki-laki dapat dilihat dari beban moral dan beban ekonomi dalam mengakses layanan kesehatan.

Berdasarkan data posko pengaduan Fatayat NU, keluhan perempuan terkait pelayanan kesehatan di Ternate adalah seputar 1) jam buka seharusnya pada 7.45-11.00 di loket pendaftaran, tetapi sering tidak lengkap petugasnya, 2) Seringkali terjadi *double job* antara petugas administrasi dengan perawat sehingga tidak optimal dalam pelayanan administrasi dan perawatan, 3) Obat yang diberikan hanya satu saja untuk semua penyakit, 4) Keamanan di puskesmas atau pusku yang berada di rural area terkadang tidak aman lingkungan sosialnya, hal ini menyebabkan petugas kesehatan enggan untuk bertugas di wilayah tersebut. Atau seringkali hanya 2-3 hari seminggu berada di lokasi, sisanya tidak datang dan 5) Ketersediaan air dan kelayakan toilet kurang dianggap memenuhi kebutuhan masyarakat yang menggunakan pelayanan kesehatan.

B. Korupsi sektor kesehatan: ancaman bagi kesehatan reproduksi perempuan

Korupsi terkait pembangunan infrastruktur penunjang untuk mengakses fasilitas kesehatan, menjadikan masyarakat terkendala dalam mengakses fasilitas kesehatan. Kesulitan dalam mengakses fasilitas kesehatan masih banyak dialami oleh masyarakat di wilayah rural dengan kondisi infrastruktur yang buruk. Kondisi ini pula menjadi salah satu penyebab tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) pada wilayah rural akibat keterlambatan penanganan. Selain itu, Minimnya sosialisasi dan edukasi di tingkat sekolah mengenai kesehatan reproduksi dan risiko pernikahan dini yang juga menyumbang pada tingginya AKI dengan perempuan sebagai korban utamanya.

Pada tahun 2014 kasus kematian ibu di Kabupaten Lebak meningkat menjadi 46 orang dari sebelumnya adalah 36 orang, keterbatasan akses pada fasilitas dan pelayanan kesehatan masih menjadi penyebab utama tingginya kematian ibu di Lebak. Sulitnya akses pada fasilitas dan pelayanan kesehatan menjadikan ibu hamil terlambat mendapatkan pertolongan tenaga medis.³⁴

Akses pada fasilitas dan pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh kondisi infrastruktur dan geografis suatu wilayah. Pada konteks Maluku Utara yang merupakan wilayah kepulauan, akses ke pelayanan kesehatan menjadi sulit dan terbatas untuk rujukan. Tidak tersedianya pelayanan kesehatan baik fasilitas dan tenaga kesehatan yang mumpuni akan berpengaruh pada penatalaksanaan cepat tanggap pada kondisi darurat. Dengan wilayah kepulauan, jika terjadi permasalahan kesehatan yang darurat tetap harus mengikuti hukum alam dengan melihat kondisi keamanan untuk penyebrangan laut. Jika fasilitas kesehatan rujukan utama di Ternate tidak dapat menangani persoalan pasien, maka perlu dirujuk ke luar provinsi.

“Yang paling berdampak adalah perempuan dan ibu-ibu. Seperti pengalaman kami melakukan program di Halmahera Utara, ibu-ibu disana yang merupakan petani, rentan terhadap masalah kesehatan. Ibu yang mengurus anak, mengurus dapur secara kesusruhan,-ibu di pesisir halmahera seringkali menggunakan kayu bakar dalam proses masak dankeperluan rumah tangga- yang mengumpulkan kayu bakar juga ibu, mengruus suami juga ibu-ibu. Aktivitas ini membuat perempuan menjadi rentan. Dan akses ke kecamatan juga jauh. Apalagi tidak ada angkutan. Terlebih di Halamhera ini kan tranpsortasi lewat laut. Khususnya di desa, ibu adalah pihak yang paling rentan. Semua tanggung jawab kesehatan keluarga ke ibu. Hal ini juga disebabkan oleh pembagian peran yang tidak seimbang antara perempuan dan laki-laki. Jangan Cuma ibu yang dikorbankan ketika anak sakit. Ibu sering dimarahi jika anak sakit, makanan tidak siap tepat waktu, hal ini menyebabkan kondisi rentan bagi kesehatan mental ibu.” –Ketua PKBH Universitas Khairin

Selain itu, di wilayah perdesaan, seringkali ditemukan bahwa pusat layanan kesehatan tidak difungsikan. Puskesmas dan pustu tidak berfungsi karena tidak ada tenaga kesehatan. Sehingga ketika sakit dan pustu tidak bisa diakses, seringkali masyarakat harus pergi ke kecamatan. Persoalan lain, ketika ada pengadaan kapal untk memudahkan akses layanan kesehatan, tidak dikelola dan dirawat dengan baik sehingga terbengkalai dan tidak digunakan lagi. Dengan tidak tersedianya dan teraksesnya layanan keseahtan baik fasilitas dan tenaga kesehatan, maka pemerintah tidak memenuhi tanggung jawabnya terhadap hak atas kesehatan reproduksi yang aman dan hak untuk hidup atas kondisi kesehatan reproduksinya.

³⁴ _____. ((7 Desember 2014). “Angka Kematian Ibu di Lebak Meningkat”. Diambil dari <http://www.beritasatu.com/kesehatan/231325-angka-kematian-ibu->

C. Korupsi sebagai Ancaman Keberlanjutan Generasi

Korupsi memiliki kaitan erat dengan pemiskinan masyarakat. Pada sektor kesehatan terdapat bidang yang rentan menjadi ladang korupsi dan memberikan dampak yang signifikan pada keberlanjutan generasi yakni terkait korupsi pada bidang *sponsorship*. Praktik korupsi terkait *ssponsorship ini* menjadikan bayi-bayi rentan mengalami kurang gizi. Salah satu contohnya adalah pihak klinik/rumah sakit yang bekerja sama dengan produsen susu formula tertentu, memberikan susu formula kepada bayi-bayi yang baru lahir sehingga bayi-bayi tersebut lebih menyukai susu formula dan menolak Air Susu Ibu (ASI) (Berdasarkan Diskusi Kelompok Terfokus, Serang, 13 Maret 2018). Kondisi ini dapat menjadi kendala bagi orang tua dari keluarga miskin yang kesulitan memenuhi makan bergizi untuk keluarga. Pada akhirnya kondisi tersebut menempatkan bayi-bayi tersebut pada posisi rentan mengalami kurang gizi karena tidak mendapat ASI eksklusif pada usia 0-6 bulan.

Pada tahun 2014 angka gizi buruk di Banten adalah yang tertinggi secara nasional, setelah Nusa Tenggara Timur dan Jawa Timur.³⁵ Pada 2017 penderita gizi buruk di Kabupaten Lebak adalah sejumlah 216 orang, jumlah ini termasuk tidak terlalu banyak bila dibandingkan dengan Kabupaten/Kota lain di Provinsi Banten. Namun demikian keluarga miskin yang tinggal di kawasan rural dengan keterbatasan akses informasi, dan keterbatasan akses pada fasilitas pelayanan kesehatan merupakan kelompok yang paling berisiko untuk mengalami keterlambatan penanganan.

Misalnya saja, kasus meninggalnya Amira, bayi berusia 11 bulan dari Kabupaten Lebak. Amira sebelumnya terlahir normal, namun dikarenakan orang tuanya merupakan keluarga miskin, Amira tidak dapat memperoleh gizi yang cukup untuk pertumbuhannya, hal ini menjadikan Amira sering sakit-sakitan, dan keluarganya hanya dapat membawanya ke Puskesmas terdekat dan pengobatan alternatif, hingga akhirnya Amira tidak tertolong dan meninggal dunia.³⁶

4.2.4. Kondisi Upaya Pencegahan Korupsi oleh Masyarakat Sipil

Secara umum, masyarakat belum memahami tentang korupsi, yang mana anggapan masyarakat, korupsi bukan menjadi masalah dan tidak berdampak pada mereka. Pikiran masyarakat lebih berpusat pada konteks pemenuhan kebutuhan hidup sehari-hari yaitu kebutuhan pangan. Hal tersebut mempengaruhi bentuk keterlibatan masyarakat khususnya perempuan dalam upaya pencegahan korupsi. Dengan kondisi bahwa masyarakat belum memahami tentang korupsi, maka keterlibatan dalam upaya pencegahan masih rendah. Terlihat dari proses perencanaan dan penganggaran serta pengawasan pemerintahan yang masih rendah atas partisipasi masyarakat.

³⁵ Lurens Dami. (3 juni 2014). "Angka Gizi Buruk Tertinggi ketiga secara Nasional". Diamabil dari <http://www.beritasatu.com/nasional/187830-angka-gizi-buruk-di-banten-tertinggi-ketiga-secara-nasional>

³⁶ Redjo Prhanada. (15 Maret 2018). "Penderita Gizi Buruk di Lebak Meregang Nyawa". Diamabil dari <https://www.indopos.co.id/read/2018/03/15/131213/penderita-gizi-buruk-di-lebak-meregang-nyawa>

Pada sisi masyarakat menganggap mereka tidak punya kapasitas untuk terlibat dalam proses rencana dan anggaran. Selain itu mereka menganggap tidak punya hak untuk ikut campur. Maka selama masyarakat belum mendapatkan informasi yang detail, maka tidak ikut terlibat pencegahan. Masyarakat hanya ikut sistem yang ada saja. Praktik yang terindikasi korupsi akan diikuti terus polanya.

Tetapi terdapat praktik baik dari pengalaman Organisasi Masyarakat Sipil dalam proses peningkatan pengetahuan terkait kesadaran hak layanan kesehatan yang memberikan kemampuan perempuan untuk melakukan pengaduan atas keluhan layanan kesehatan. Hal ini menjadi pembelajaran yang baik dalam melakukan upaya pencegahan korupsi dapat dilakukan dengan peningkatan kapasitas masyarakat terkait informasi hak dan kemampuan advokasi.

Berdasarkan pengalaman Fatayat NU kota Ternate dalam mengelola posko pengaduan, masyarakat yang sering atau bahkan mayoritas melakukan pengaduan adalah pihak perempuan. Yang mana hal ini disebabkan karena perempuan lebih sering melakukan akses layanan kesehatan dan juga memiliki concern terhadap kesehatan keluarganya. Perilaku ini merupakan salah satu upaya pencegahan korupsi yang telah dilakukan oleh perempuan.

Hal ini ditunjukkan dengan kader-kader perempuan yang bekerja untuk melakukan edukasi tentang hak layanan kesehatan kepada warga serta menjadi pusat pengaduan. Sehingga nanti pengaduan akan disampaikan kepada pihak yang berkepentingan melalui forum komunikasi bersama. Masyarakat selama ini ada yang sudah mengetahui kotak pengaduan di pelayanan kesehatan meski ada pula yang belum mengetahuinya. Meski begitu, kemauan untuk melaporkan tidak pernah disadarkan dan ditingkatkan. Pandangan masyarakat masih khawatir jika melakukan kritik maka tidak akan mendapatkan pelayanan kesehatan dari tenaga kesehatan. Namun dengan adanya peningkatan kapasitas dan kemampuan tersebut, perempuan berani membuat pengaduan dan pelaporan ini, perempuan sudah ikut serta dalam mencegah dan menanggulangi kecurigaan korupsi di sektor kesehatan.

Berdasarkan pengalaman tersebut, didapati bahwa perempuan memiliki potensi yang besar menjadi *agent of change* dalam upaya pencegahan korupsi di sektor kesehatan. Hal ini melihat realita yang terjadi bahwa perempuan memiliki kebutuhan yang lebih banyak dan lebih sering dalam mengakses layanan kesehatan. Dengan memberikan kesadaran dan pemahaman kepada perempuan, diharapkan dapat menjadi salah satu upaya pelibatan perempuan dalam pencegahan korupsi di sektor kesehatan.

Upaya pencegahan korupsi juga dapat dilakukan pada proses perencanaan dan penganggaran. Jika perempuan dilibatkan secara substantif dalam proses tersebut, diharapkan proses perencanaan akan menjawab kebutuhan dari perempuan terhadap pelayanan kesehatan. Sehingga akan mengurangi risiko korupsi pada sektor kesehatan. Misalnya, terkait keterlibatan perempuan dalam Musrenbang, hal ini menjadi peluang untuk mengoptimalkan peran perempuan untuk mengawasi dan berpartisipasi dalam proses perencanaan dan penganggaran. Namun demikian, kendala yang masih dihadapi adalah sejauh ini belum ada jalur yang terbuka yang dapat memfasilitasi publik untuk melakukan monitoring dan evaluasi secara efektif terhadap proses perencanaan dan penganggaran.

Pada konteks Tangerang Selatan, TRUTH dan PATTIRO Banten melakukan pemantauan terkait kualitas pelayanan kesehatan yang melibatkan masyarakat perempuan untuk melakukan survei. Melalui pelibatan tersebut, masyarakat perempuan yang dilibatkan sekaligus mensosialisasikan standar pelayanan yang semestinya kepada masyarakat sehingga turut berperan dalam membangun kesadaran hak masyarakat sebagai penerima manfaat dari pelayanan kesehatan dan dapat berperan mencegah terjadinya penyalahgunaan. Hal ini dapat menjadi praktik baik yang direplikasi pada daerah lain terkait pelibatan masyarakat khususnya perempuan dalam upaya pencegahan korupsi.

Upaya tersebut sekaligus mengedukasi masyarakat perempuan maupun laki-laki untuk dapat berperan dengan melaporkan kecurigaan penyimpangan atau korupsi pada sektor kesehatan dari pengalaman mereka selama mengakses pelayanan kesehatan dengan adanya keberanian dari masyarakat untuk melapor masyarakat telah berkontribusi dalam mencegah terjadinya korupsi.

5. PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Peraturan dan kebijakan terkait perencanaan dan penganggaran di tingkat nasional maupun daerah telah memandatkan implementasi kebijakan yang transparan dan partisipatif. Namun demikian, hal tersebut belum diimbangi dengan sosialisasi dan edukasi yang memadai tentang bagaimana masyarakat dapat terlibat secara aktif. Hal ini terjadi baik pada wilayah rural maupun urban di Provinsi Banten dan Maluku Utara. Masyarakat juga belum dibekali cukup pengetahuan mengenai kriteria usulan yang perlu diprioritaskan untuk diajukan dan memiliki peluang untuk dapat direalisasikan. Sementara, sejauh ini belum ada mekanisme yang mengawasi keterlibatan masyarakat dalam forum perencanaan dan penganggaran tersebut, di sisi lain belum ada mekanisme yang dapat membuka akses informasi bagi masyarakat mengenai usulan-usulan yang pada akhirnya diterima dan akan direalisasikan dalam tahun pemerintahan yang berjalan. Pada akhirnya adopsi prinsip transparansi dan partisipasi dalam proses Musrenbang yang berjalan sejauh ini cenderung merupakan formalitas belaka. Formalitas dalam pengimplementasian prinsip transparansi dan partisipasi dalam proses perencanaan dan penganggaran mengindikasikan adanya penyimpangan atau korupsi dalam pelaksanaan pembangunan. Hal ini dibuktikan dari belum terpenuhinya hak kesehatan masyarakat secara optimal.

Saat ini Pemerintah Indonesia telah menunjukkan komitmen untuk bekerja sama dengan warga negara dan Organisasi Masyarakat Sipil dalam mendorong budaya integritas melalui inisiatif untuk berkonsultasi di dalam pengembangan kebijakan anti-korupsi, penggunaan masukan dari warga negara dalam mengawasi kemajuan anti-korupsi, dan dengan melaksanakan kegiatan untuk meningkatkan kesadaran secara terorganisir. Komitmen pemerintah ini perlu direspon secara baik dan terbuka oleh Organisasi Masyarakat Sipil untuk dapat meningkatkan akses masyarakat pada pelayanan publik yang baik, termasuk salah satunya akses pada pelayanan kesehatan dengan kualitas yang baik.

Tidak terpenuhinya hak atas kesehatan masyarakat ditengarai karena adanya korupsi di bidang pembangunan kesehatan. Korupsi kesehatan terdiri dari korupsi pada pengadaan sarana dan prasarana kesehatan, gratifikasi pada proses pelayanan kesehatan, dan indikasi atau ruang korupsi pada sistem kapitasi jaminan kesehatan nasional. Semua tindakan korupsi tersebut lebih berdampak secara langsung pada perempuan yang mana perempuan lebih sering mengakses layanan kesehatan dibandingkan laki-laki. Hal ini menyebabkan masalah kesehatan perempuan masih menjadi tantangan terbesar pada bidang kesehatan. Di lain sisi, kerugian secara materiil, psikologis dan beban kerja menjadi dampak yang paling dirasakan oleh perempuan dalam mengakses layanan kesehatan.

Upaya pencegahan korupsi yang selama ini dilakukan, perlu melibatkan unsur masyarakat sebagai penerima manfaat layanan kesehatan maupun program pelayanan publik lainnya. Sejalan ini, masyarakat masih belum cukup memahami terkait tindakan korupsi dan juga hak yang perlu mereka dapatkan. Hal ini juga ditunjukkan dengan ketakutan atau kekhawatiran masyarakat jika menyampaikan keluhan terkait layanan kesehatan. Sehingga upaya pencegahan dengan melibatkan masyarakat masih belum terjalin dengan baik.

5.2. Rekomendasi

5.2.1. Rekomendasi terkait Upaya Peningkatan Kesadaran Perempuan Akan Hak Mereka untuk Mendapatkan Pelayanan Kesehatan

- 1) Perlu adanya kegiatan yang membangun kesadaran dengan pendekatan kearifan lokal maka dapat berpotensi sebagai upaya pencegahan korupsi.
- 2) Peningkatan kapasitas bagi kader kesehatan sebagai corong informasi dan edukasi kesehatan bagi masyarakat. Sebab, kader kesehatan dengan pendekatan kearifan lokal dapat secara efektif memberikan sosialisasi dan pendampingan pada masyarakat terkait akses informasi dan fasilitas kesehatan.
- 3) Membentuk forum-forum kecil terkait partisipasi dan konsultasi publik bidang kesehatan seperti Forum Kesehatan Bersama yang telah dibentuk di Tangerang Selatan. Forum ini akan mendekatkan akses masyarakat khususnya perempuan pada akses dan informasi pelayanan kesehatan.
- 4) Menyediakan posko pengaduan pelayanan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan baik di Puskesmas maupun rumah sakit. Selain itu, perlu pula dilakukan peningkatan kapasitas bagi institusi pemerintah dalam mengelola data pengaduan pada pelayanan kesehatan khususnya perlu memperhatikan agar pengumpulan data dilakukan secara lebih konsisten, rutin, serta mengkoordinasikan hasil analisis data dan rekomendasi kepada institusi terkait. Dalam hal ini pelaksanaannya pemerintah dapat bekerjasama dengan Organisasi Masyarakat Sipil.

5.2.2. Rekomendasi terkait Upaya Peningkatan Partisipasi Perempuan Dalam Pencegahan Korupsi

- 1) Peningkatan kapasitas masyarakat khususnya perempuan untuk dapat melakukan upaya advokasi yang dapat dilakukan oleh Organisasi Masyarakat Sipil. Dengan adanya peningkatan kapasitas dalam melakukan upaya advokasi masyarakat dapat berpartisipasi dalam proses perencanaan dan penganggaran.
- 2) Mendukung kapasitas organisasi masyarakat sipil termasuk organisasi masyarakat sipil perempuan untuk terlibat dalam kegiatan tata laksana pemerintahan. Pemerintah dapat menyediakan alat dan kesempatan pelatihan bagi perwakilan masyarakat sipil serta kepada publik, dalam upaya mendukung perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi kebijakan pemerintah, serta untuk menjamin posisi mereka sebagai mitra dalam penyediaan layanan pemerintah. Pemerintah juga dapat mengidentifikasi peluang untuk melibatkan publik sebagai rekan dalam penyediaan layanan publik.
- 3) Menyelenggarakan forum-forum konsultasi publik sebagai sarana keterbukaan informasi oleh masyarakat yang terstruktur dan berkelanjutan. Diskusi dalam forum-forum ini kemudian dapat didorong pada proses perencanaan dan penganggaran hingga monitoring dan evaluasi.
- 4) Mendorong akses publik terhadap data dan informasi publik. Meskipun kerangka hukum Indonesia mendukung akses terhadap informasi, pemerintah masih perlu melakukan upaya untuk menjamin kebebasan informasi, yaitu dengan menjamin kerahasiaan identitas (*anonymity*) pemohon informasi, dan dengan memperdalam pengetahuan tentang undang-undang kebebasan informasi. Hal ini ditujukan untuk peningkatan keberanian masyarakat untuk bersikap kritis, menanyakan, dan melaporkan. Hal ini sekaligus menjadi upaya yang mendukung tercapainya *good governance* dan *open governance*.
- 5) Membangun kapasitas negara dalam mengevaluasi dampak dari upaya untuk melibatkan warga negara. Pembangunan kapasitas meliputi peningkatan pelacakan statistik dan informasi tentang jumlah dan hasil dari konsultasi publik, serta pengumpulan data yang lebih konsisten mengenai interaksi serupa di tingkat daerah. Pemerintah pusat juga dapat memfasilitasi koordinasi antar alat untuk melibatkan warga negara yang sudah ada, dan memperdalam analisa nilai tambah dari konsultasi publik. Perlu diperhatikan, bahwa Pemerintah Indonesia juga harus berfokus pada pembangunan kapasitas pejabat publik dalam mengolah informasi yang diterima ketika konsultasi, seperti dalam musrenbang, dan untuk melaporkan keputusan pemerintah kepada publik.
- 6) Secara aktif melakukan sosialisasi kepada masyarakat (khususnya perempuan) terkait korupsi, dampaknya dan upaya pencegahan yang dapat dilakukan. Pendekatan dapat dimulai dengan sosialisasi terkait korupsi pada sektor pelayanan publik termasuk sektor kesehatan, berdasarkan pengalaman atau persoalan yang banyak dihadapi masyarakat. Penanaman nilai-nilai integritas dapat dimulai dari keluarga, guru, serta komunitas anak muda. Dengan adanya sosialisasi aktif diharapkan pemahaman dan kesadaran masyarakat dapat terbentuk untuk berpartisipasi aktif dalam mencegah korupsi.
- 7) Melakukan advokasi dan penekanan terhadap pemerintah daerah untuk segera menerbitkan Surat Keputusan pembuatan Komisi Informasi Publik.
- 8) Mendorong terbentuknya peraturan turunan dari UU nomor 25 tahun 2004 tentang pelibatan perempuan dalam perencanaan pembangunan.

DAFTAR PUSTAKA

Intrmen Internasional:

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination againts Women (CEDAW)

Convention on the Rights of the Child (Children’s Convention, or CRC)

International Covenant on Economic, Social and Cultural Right (ICESCR)

Universal Declaration of Human Rights (UDHR)

Instrumen Nasional

Undang-Undang Dasar 1945

Undang-Undang Nomor 39 tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia

Undang-Undang No. 30 Tahun 2002 tentang Komisi Pemberantasan Tindak Pidana

Undang-Undang No. 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara

Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional

Undang-Undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

Undang-Undang No. 13 Tahun 2006 tentang Perlindungan Saksi dan Korban

Undang-Undang No. 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik

Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan

Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah

Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan

Buku/Jurnal/Buletin

Afandi, Dedi. (2008). *Hak Atas Kesehatan dalam Perspektif HAM*. Jurnal Ilmu Kedokteran, Maret 2008, Jilid 2 No.1 ISSN 1978-662X

Indonesia Corruption Watch. (2016). *Tren Korupsi Kesehatan Periode 2010-2015*. Diambil dari <https://antikorupsi.org/sites/default/files/files/Siaran%20Pers/Tren%20Korupsi%20Kesehatan%202017.pdf>

KontraS. *JKN, Hak atas Kesehatan dan Kewajiban Negara*. Diambil dari <https://www.kontras.org/buletin/indo/bpjs.pdf>

OECD Kajian *Open Government Indonesia*. “Sebuah perhatian pada keterlibatan warga negara: Dari informasi dan konsultasi sampai ke keterlibatan aktif”. (2016). Indonesia: OECD. hlm 8-9.

Patton, Michael. *Qualitative Evaluation and Research Methods* 2nd edition. London: SAGE Publications. p 182-183

Tangerang Public Transparency Watch (TRUTH). (2017). *Kepuasan Masyarakat Pelayanan RSUD, Puskesmas, dan BPJS Kesehatan terhadap Pengguna BPJS di Kota Tangerang Selatan*. Tidak dipublikasikan

Transparency International UK. (Juni, 2016). *Corruption in the Pharmaceutical Sector: Diagoning the Challenge*. UK: Transparency International UK. Diambil dari <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22500en/s22500en.pdf>

Transparency International UK. (2017). *Business Principles for Promoting Integrity in the Pharmaceutical Sector*. UK: Transparency International UK. Diambil dari <http://www.transparency.org.uk/publications/business-principles-pharma-sector/>

Materi Presentasi:

Hutadjulu, Togi J. (11-12 Desember 2017). *Upaya Perbaikan Tata Kelola Perizinan Obat*. Disampaikan dalam International Business Integrity Conference (IBIC) 2017: Public and Private Collaboration in Corruption Prevention. Diambil dari <http://iibic.org/presentasi/Upaya%20Perbaikan%20Tata%20Kelola%20Perizinan%20Obat%20-%20Togi%20J%20Hutadjulu.pdf>

Kusnadi, F. Tirto. (11-12 Desember 2017). *Peran Asosiasi dalam Mendorong Integritas Sektor Usaha Farmasi*. Disampaikan dalam International Business Integrity Conference (IBIC) 2017: Public and Private Collaboration in Corruption Prevention. Diambil dari <http://iibic.org/presentasi/Peran%20Asosiasi%20dalam%20Mendorong%20Integritas%20Sektor%20Usaha%20Farmasi%20-%20F%20Tirto%20Kusnadi.pdf>

Moeloek, Nila Farid. (11-12 Desember 2017). *Upaya Perbaikan Tata Kelola Pengadaan Alat Kesehatan dan Sponsorship*. Disampaikan dalam International Business Integrity Conference (IBIC) 2017: Public and Private Collaboration in Corruption Prevention. Diambil dari <http://iibic.org/presentasi/Upaya%20Perbaikan%20Tata%20Kelola%20Pengadaan%20Alat%20Kesehatan%20dan%20Sponsorship%20-%20Nila%20Farid%20Moeloek.pdf>

Situs Web:

Badan Pusat Statistik Provinsi Banten. (2018) . *Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten 2010-2016*. Diambil dari <https://banten.bps.go.id/dynamictable/2015/04/27/9/indeks-pembangunan-manusia-ipm-menurut-kabupaten-kota-di-provinsi-banten-2010-2016.html>

Dinas Komunikasi dan Informatika Kota Tangerang Selatan. “*Profil Dinas Komunikasi dan Informatika Kota Tangerang Selatan*”. Diambil dari <http://diskominfo.tangerangselatankota.go.id/>

Humas BPJS.(September, 2017). “*Optimalisasi Pemda Jadi Salah Satu Kunci Keberhasilan JKN-KIS*”. Diambil dari <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2017/544/Optimalisasi-Pemda-Jadi-Salah-Satu-Kunci-Keberhasilan-JKN-KIS>

Pemberitaan Media:

Abdullah, Fariz. (9 Desember 2017). “*Diwarnai Dugaan Korupsi, ‘Lebak Sehat, Pintar, dan Sejahtera’ Dinilai Gagal*” Diambil dari <http://bantenhits.com/2017/12/09/diwarnai-dugaan-korupsi-lebak-sehat-pintar-dan-sejahtera-dinilai-gagal/>

BR. (5 Maret 2016). “*Mantan Bupati Halmahera Barat ditangkap*”. Diambil dari <http://www.mediaindonesia.com/read/detail/32376-mantan-bupati-halmahera-barat-ditahan>

Dami, Lurens. (3 juni 2014). “*Angka Gizi Buruk Tertinggi ketiga secara Nasional*”. Diamabil dari <http://www.beritasatu.com/nasional/187830-angka-gizi-buruk-di-banten-tertinggi-ketiga-secara-nasional>

DetikNews. (3 September 2014).”*Kadis Kesehatan Tangsel Diperiksa Terkait Kasus Korupsi Lahan Puskesmas*”. Diambil dari <https://news.detik.com/berita/d-2679995/kadis-kesehatan-tangsel-diperiksa-terkait-kasus-korupsi-lahan-puskesmas>

Hiar, Hairil. (30 Maret 2018). “*KPK Supervisi 11 Kasus Korupsi di Maluku Utara*”. Diambil dari <https://www.tajuktimur.com/headline/kpk-supervisi-11-kasus-korupsi-di-maluku-utara/>

Marasabess, Opie. (8 Januari 2016). “*Tingkat Kematian Ibu Melahirkan dan Bayi di Provinsi Maluku Utara Tahun 2014 – 2015*”. Diambil dari

http://www.rri.co.id/post/berita/235369/kesehatan/tingkat_kematian_ibu_melahirkan_dan_bayi_di_provinsi_maluku_utara_tahun_2014_2015.html

Nisa. (23 Agustus 2017). "Angka Kematian Ibu di Malut Tinggi karena Pernikahan Dini". Diambil dari <http://indotimur.com/nasional/angka-kematian-ibu-di-malut-tinggi-karena-pernikahan-dini>

Opik. (23 November 2016). "Pelayanan Kesehatan di Provinsi Banten Masih Memprihatinkan". Diambil dari <http://koranbanten.com/pelayanan-kesehatan-di-provinsi-banten-masih-memperhatikan>.

Redaksi BeritaSatu. (7 Desember 2014). "Angka Kematian Ibu di Lebak Meningkat". Diambil dari <http://www.beritasatu.com/kesehatan/231325-angka-kematian-ibu->

Redjo Prhanada. (15 Maret 2018). "Penderita Gizi Buruk di Lebak Meregang Nyawa". Dimambil dari <https://www.indopos.co.id/read/2018/03/15/131213/penderita-gizi-buruk-di-lebak-meregang-nyawa>

Ruli. (9 Desember 2014). "Sarana Kesehatan Tak Merata, Banten Kekurangan Puskesmas" Diambil dari <http://www.harianterbit.com/2015/read/2014/12/09/13440/28/28/Sarana-Kesehatan-Tak-Merata-Banten-Kekurangan-Puskesmas>

Sidik, Syamsudin. (5 Juni 2016). "Korupsi Walikota Ternate dan Wakilnya jadi Tersangka". Diambil dari <https://daerah.sindonews.com/read/641847/7/korupsi-wali-kota-ternate-dan-wakilnya-jadi-tersangka-1338886616>

____. _____. "Angka Kematian Ibu Meningkat 92 persen". Diambil dari <http://www.malut.co/2017/05/angka-kematian-ibu-meningkat-92-persen.html>