

**PERANAN BANK DUNIA  
TERHADAP KEBIJAKAN KESEHATAN DI INDONESIA  
(STUDI KASUS: *PROVINCIAL HEALTH PROJECT*)**



**SKRIPSI**

Oleh:

**FIQHI RIZKY D.**

**E13110012**

*Diajukan sebagai syarat untuk mendapatkan gelar sarjana pada jurusan  
Ilmu Hubungan Internasional Fakultas Ilmu Sosisal dan Ilmu Politik  
Universitas Hasanuddin*

**JURUSAN ILMU HUBUNGAN INTERNASIONAL  
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2014**

## HALAMAN PENGESAHAN

JUDUL : PERANAN BANK DUNIA TERHADAP KEBIJAKAN  
KESEHATAN DI INDONESIA (STUDI KASUS: *PROVINCIAL  
HEALTH PROJECT*)

NAMA : FIQHI RIZKY DENGGO

NIM : E 131 10 012

JURUSAN : HUBUNGAN INTERNASIONAL

FAKULTAS : ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK



Makassar, Oktober 2014

Mengetahui :

Pembimbing I,

Prof. Dr. J. Salusu, MA  
NIP. 130 100 374

Pembimbing II,

Nur Isdah, S.IP, MA  
NIP. 19790121 200912 2 001

Mengesahkan :  
Ketua Jurusan,



Dr. H. Adi Suryadi B., MA  
NIP. 19630217 199202 1 001

## HALAMAN PENERIMAAN TIM EVALUASI

JUDUL : PERANAN BANK DUNIA TERHADAP KEBIJAKAN  
KESEHATAN DI INDONESIA (STUDI KASUS: *PROVINCIAL  
HEALTH PROJECT*)

N A M A : FIQHI RIZKY DENGO

N I M : E 131 10 012

JURUSAN : HUBUNGAN INTERNASIONAL

FAKULTAS : ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK

Telah diterima oleh Tim Evaluasi Sarjana Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin Makassar untuk memenuhi syarat-syarat guna memperoleh gelar sarjana pada Jurusan Ilmu Hubungan Internasional pada hari Selasa, 14 Oktober 2014

TIM EVALUASI

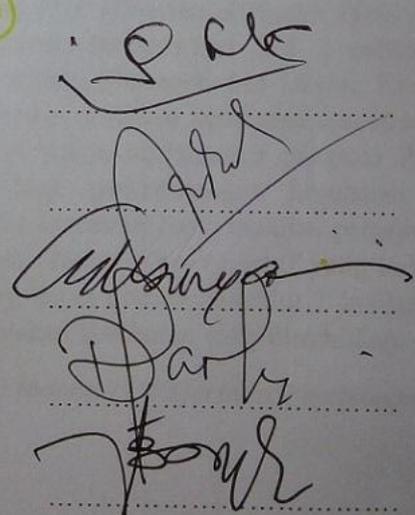
Ketua : Prof. Dr. J. Salusu, MA

Sekretaris : Nur Isdah, S.IP, MA

Anggota : 1. Dr. H. Adi Suryadi B., MA

2. H. Darwis, MA, Ph.D

3. Burhanuddin, S.IP, M.Si



Handwritten signatures of the evaluation team members, corresponding to the names listed on the left. The signatures are written in black ink on a white background with horizontal dotted lines.

## ABSTRACT

**Fiqhi Rizky D, E131 10 012, with undergraduate thesis titled “Role of The World Bank on Healthy Policy in Indonesia (Case Study: Provincial Health Project)”, under the guidance of Prof. Dr. J. Salusu as Advisor I and Nur Isdah, S.IP, MA. as Advisor II, Department of International Relations, Faculty of Social and Political Science, Hasanuddin University of Makassar.**

This research aims to analyze the role of the World Bank in the process of health policy reforms in Indonesia. In addition, this research also outlines the impact of *Provincial Health Project (PHP)* on health policy in Indonesia. Research method to be used is analytical descriptive. Technique of data collection is obtained from various printed research as well as a number of references; books, journals, documents, and other valid sources from various literatures, eligible for a thorough accountability. All data found in this research work is analyzed qualitatively.

The result of this research has shown that the World Bank played a crucial role in the development of health policy reform in Indonesia. The role of the World Bank can be assessed by 2 main indicators; through project loan and through adjustment funding. Benchmark of World Bank’s contribution to development of health policy Indonesia can be reviewed through 4 points; design recommendation for the scheme of health decentralization, provision of capacity building for the Ministry of Health of the Republic of Indonesia, provision of capacity building for health sector’s stakeholders in sub-national governments, as well as design recommendation for HFA (Healthy for All)-paradigm based health system.

This research also finds that PHP Program (Provincial Health Program) has implicated to health policy in Indonesia based on 2 indicators of health reform as stated by Thomson and Dixon. Both of those indicators are decentralization of health system and health insurance policy in Indonesia. During the course of PHP Program (2000-2010), it has positively impacted health policy development in Indonesia, as it has shown by the decreasing trend of infant mortality, quality of maternal health and immunization, and betterment of life expectancy rate in Indonesia. These positive trends have great linkages to active role played by the World Bank, as it has been shown through 2 indicators; health service delivery, and publication of health policy.

*Key words: World Bank, Indonesia Health Reform, Health Reform Development*

## ABSTRAK

**Fiqhi Rizky D, E131 10 012, dengan judul skripsi “Peranan Bank Dunia terhadap Kebijakan Kesehatan di Indonesia (Studi Kasus: *Provincial Health Project*)”, dibawah bimbingan Prof. Dr. J. Salusu selaku pembimbing I dan Nur Isdah, S.IP, MA. selaku pembimbing II, Jurusan Ilmu Hubungan Internasional, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Hasanuddin, Makassar.**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Peranan Bank Dunia dalam proses reformasi kebijakan pembangunan kesehatan di Indonesia. Selain itu, penelitian ini juga bertujuan untuk mengetahui dampak dari Program *Provincial Health Project* (PHP) terhadap kebijakan kesehatan di Indonesia. Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik. Teknik pengumpulan data diperoleh melalui penelitian pustaka serta berbagai referensi seperti buku, jurnal, dokumen, dan berbagai sumber yang valid dan dapat dipertanggungjawabkan. Seluruh data yang terdapat dalam penelitian ini dianalisa secara kualitatif.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Bank Dunia memiliki peran penting dalam reformasi kebijakan pembangunan kesehatan di Indonesia. Peranan Bank Dunia dapat ditelusuri melalui 2 indikator utama, yaitu melalui pemberian pinjaman proyek dan melalui dana penyesuaian. Adapun tolak ukur sumbangsih Bank Dunia terhadap perkembangan kebijakan kesehatan Indonesia dapat dicermati melalui 4 hal, yaitu rekomendasi desain skema desentralisasi kesehatan, penyelenggaraan “capacity building” bagi Kementerian Kesehatan, penyelenggaraan peningkatan kapasitas *stakeholder* kesehatan di daerah, serta rekomendasi desain penyelenggaraan sistem kesehatan berbasis paradigm HFA (*Healthy for All*).

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa Program PHP (*Provincial Health Program*) berdampak pada kebijakan kesehatan di Indonesia berdasarkan dari 2 indikator reformasi pembangunan kesehatan yang dikemukakan Thomson dan Dixon. Kedua indikator tersebut yaitu terselenggaranya desentralisasi sistem kesehatan dan adanya asuransi kesehatan di Indonesia. Dalam kurun waktu berjalannya program PHP (2000-2010) memberikan implikasi positif bagi perkembangan kesehatan di Indonesia yang dilihat dari perkembangan angka kematian bayi, kualitas persalinan dan imunisasi serta perkembangan angka harapan hidup. *Trend* positif yang terjadi tidak terlepas dari peran aktif Bank Dunia yang dapat ditelaah melalui 2 indikator, yaitu ketersediaan pelayanan kesehatan dan kebijakan kesehatan yang diterbitkan.

**Kata Kunci:** *Bank Dunia, Kebijakan Kesehatan Indonesia, Reformasi Pembangunan Kesehatan.*

## KATA PENGANTAR

*Percayalah, lelah ini hanya sebentar saja,  
Jangan menyerah, walaupun tak mudah meraihnya,  
Tetap tersenyumlah, biar semakin muda,  
Karena kesedihan pun ternyata hanya, Sementara...*

[Ipang – OST Sang Pemimpi]

Hal yang paling sulit adalah memulai untuk mengakhiri. Kalimat tersebut nampaknya sangat ampuh untuk menjelaskan betapa sulitnya memulai deretan kalimat demi kalimat dalam kata pengantar ini. Meskipun halaman ini berada pada deretan awal cetakan skripsi, tapi pada kenyataannya halaman ini selalu saja ditulis paling akhir.

Sesungguhnya akhir jauh lebih baik daripada permulaan. Maka di akhir yang baik ini saya ingin menghaturkan rasa syukur atas segala limpahan rahmat, nikmat dan karunia **Allah s.w.t** selama ini. Dari Engkaulah hamba berasal serta kepada-Mu nantinya hamba akan berpulang. Jaga dan luruskanlah hati ini dalam Iman dan Taqwa, Tauhid dijalan Islam serta hindarkanlah hamba dari iri, dengki, dosa dan fitnah yang keji. Semoga hamba terlindung dari ketidakpastian masa depan, dari tipu daya syetan, dari keputusan yang salah, dari hati yang terbolak-balik, dari pahitnya ujian/cobaan/kenyataan, serta dari teman yang berkhianat.

Serta pula di akhir yang manis ini, Sholawat dan salam tercurah keharibaan junjungan akhir zaman, Rasulullah **Muhammad s.a.w** yang membawa risalah kebenaran dari tempat yang gelap gulita menuju kebenaran sejati yang terang benderang. Engkaulah manusia yang menjadi sebaik-baiknya *suri tauladan* bagi segala umat. *Insy Allah* hati dan pikiran ini tetap terjaga untuk mengamalkan kedua warisan darimu, serta semoga saya ditakdirkan untuk dapat bertemu dan mendapatkan syafaat darimu.

Berjuta terima kasih saya haturkan kepada empat orang yang tidak pernah lelah mendoakan anaknya ini agar menjadi *insan cendekia* dan membanggakan.

Ayahanda **Ridwan Dengo** dan Ibunda **Melly Dunggio** bersama Ayahanda **Ridwan Hatibie** dan Ibunda **Delly Dunggio** adalah empat malaikat yang selalu menggetarkan nurani dan mengingatkan saya dalam kebenaran ketika menjalani kehidupan yang penuh liku serta ujian ini. Masih banyak yang harus saya lakukan demi membahagiakan kalian. *Insyah Allah*, restu dan ridho kalian semakin melapangkan jalan kehidupan anakmu ini.

Untuk adik-adik kebanggaan yang mulai tumbuh dan beranjak dewasa; **Ima, Upik, Dila, Tio** dan **Hary** yang selalu menjadi alasan untuk terus bekerja keras dan berbuat yang terbaik bagi mereka.

Terima kasih bercampur kerinduan yang mendalam saya sampaikan kepada **Kakek** dan **Nenek**. Kalian selalu menjadi pelita dan *suri tauladan* sejak masa kecil. Dengan kalian, cucumu ini tumbuh dan mulai mengenal arti berbagi kebaikan kepada setiap orang. Saya tidak akan pernah lupa cerita kalian tentang *Umar bin Khattab* yang menghunuskan pedang dan menarik garis lurus pada sebuah tulang Onta ketika Yahudi meminta pertolongannya. Dan saya pun tak akan pernah lupa pesan leluhur yang kalian sampaikan saat *Bai'at, Batanga Pomaya, Nyawa Podungalo, Harata Potombulu* (Jasad membela tanah air, Jiwa dipertaruhkan, *Harta* bagi kemaslahatan orang banyak). Meskipun kalian telah berpulang, namun saya yakin Ruh kalian tetap hadir di hati dan pikiran saya setiap hari. Dalam tulisan ini saya berimajiner, menyambut dekap bahagia dan *celoteh* bangga dari kalian. Tidak lupa pula untuk **Keluarga Besar** saya, terima kasih atas segala doa serta dukungan dari **Majelis Tante** dan **Om**. Semoga Allah SWT senantiasa melindungi, melapangkan rezeki dan meridhai setiap langkah kehidupan kita. *Amien*.

Terima Kasih untuk **Prof. DR. J. Salusu, MA** selaku pembimbing I saya. Banyak arahan yang bapak berikan selama menyelesaikan tugas akhir ini, dan hal tersebut tidak akan saya lupakan serta menjadi pembelajaran bagi kedepannya.

Terima kasih kepada Ibu **Nur Isdah, S.IP, MA** selaku pembimbing II saya. Saya tidak akan pernah melupakan berbagai arahan demi arahan dari ibu untuk

menyelesaikan skripsi ini dan tentunya proses bimbingan yang sangat menyenangkan.

Untuk **Segenap Dosen Ilmu Hubungan Internasional**, yang selama 4 tahun ini memberikan begitu banyak contoh dan ilmu yang sangat berguna kedepannya. Tak lupa pula untuk Staf Jurusan Hubungan Internasional, **Bunda** yang tiada hentinya memberikan ruang bagi kami untuk mengadu atau curhat tentang masalah akademik. Serta **Kak Rahma** yang setia setiap saat membantu berbagai administrasi yang kami perlukan, apalagi di penghujung perkuliahan. Semoga Allah SWT membalas keikhlasan dan kebaikan kalian. *Amien*.

Rasa bangga saya sampaikan kepada sahabat-sahabat yang selalu menjadikan “pulang” sebagai “obat ampuh” untuk berbagi mimpi dan semangat. Teruntuk **Vedrian, Sigit, Yayan, Cici, Asty, Icha, Yenny, Ratih**, kalian adalah sahabat terbaik sejak SMP yang selalu berbagi kekonyolan dengan tawa yang menggilgila. Untuk **Wawan, Ingko, Sitty, Yathy, Tya, Mellyn, Heke, Dhea, Jully, Tika**, canda dan tawa kalian adalah penawar sukma dalam melewati getirnya romantisme masa SMA. Juga untuk **Gina, Ade**, dan **Ira**, *partner in crime* di Kepengurusan OSIS Smantig. Kejayaan masa itu akan selalu membiaskan senyuman kecil sampai kapanpun. Gapailah semua mimpi dan citamu sahabat, semoga kita semua tidak menjadi tua dan menyebalkan. *High School never ends!*

Kepada **Tim kreatif diasporagorontalo.org** dan **Banthayo Project, Kak Rizky** dan **Kak Rina**, tanpa kalian saya sulit mewujudkan wadah ini sebagai sarangnya penggiat gerakan konservasi budaya. Dan juga bilamana Allah s.w.t berkehendak, pasti ada jalan mewujudkan mimpi kita untuk mendirikan Perguruan Tinggi, *Amien*.

Kepada sahabat-sahabat yang layaknya saudara sendiri, teman berbagi ilmu, curhat, semoga *sampai tua, sama-sama*. Terima kasih untuk Paguyuban **FERA**, katanya. **Radhit**: Musisi yang suka berdialektika, anak Advokastra tapi tidak pernah bakar ban kalau ditolak sama perempuan. Lagunya *Tak Akan Mati* selalu diputar sebelum saya beranjak dari kost. *Anyway*, banyak kartunya di saya, tapi

cukup Tuhan, saya dan Sesepeuh Magaribi yang tahu. Kalau sudah nginap di rumahnya, pasti tahu betapa baiknya anak *band* yang galau ini. **Epan:** seorang bangsawan dari Watansoppeng dengan Batu Besar yang berukiran namanya bersama seseorang (belum tahu siapa, tapi semoga). *Band* andalannya waktu jadi Kahima itu D'Massive. Kalau diajak jalan, Epan itu seperti penduduk lokal, mudah membaur, apalagi kalau ke pelosok Sulawesi atau Bali, Seru! Banyak kisah lucu, gokil dan menggemaskan diantara kami. **Ayu:** Lebih tua umurnya tapi sangat muda visi dan semangatnya, apalagi kalau lagi pakai sepatu salju koreanya. Ayu itu sedikit pragmatis tapi penuh tekad, mengejar mimpi untuk merubah nasib katanya. Kita banyak belajar soal cinta dari dia, bahkan Doa adalah Bahasa rindu paling merdu menurutnya.

Terima kasih untuk **MIFFDI** (sebenarnya tak bernama, bukan kelompok begal dan sejenisnya) **Maul:** Pekerja keras, setia, tidak pernah marah dan teman sepenanggung saat Ujian Meja. Kalau datang ke rumahnya itu pasti bahagia, apalagi kalau diajak makan dengan masakan khas Jawa yang *Maknyooss!* Dia punya kalimat pamungkas, "*Bukan Pistol yang dapat membunuh kita, tapi Kesepian*" **Ina:** Seniman terbaik di Hiten, suka melukis diatas kanvas kehidupan ataupun kanvas kertas pada umumnya. Paling terpercaya soal apapun dan paling setia. Anaknya suka merekatkan diantara yang renggang. Oh iya, dia juga salah satu donator jersey paling ikhlas sedunia. **Fahmi:** Paling setia diantara semuanya. Dia lebih hapal prosedur administrasi daripada staf akademik. Penyabar, solider, dan editor handal, itulah dia. Yang saya tahu, dia satu-satunya anak Toddopuli yang memilih berperang melawan kebatilan serta nafsu dunia dibandingkan melawan anak kompleks sebelah. Selera Filmnya tinggi sehingga saya membaptisnya menjadi Pakar Perfilman Hiten. Sebelum ke *eks-eks-wan* bagusnya konsultasi dulu ke dia. **Didi dan Ignas:** Saking susahny dipisahkan bahkan untuk halaman terima kasih sekalipun. Didi itu Ratu Makan dan Ignas Raja Puasa. Puasa adalah ibadah bagi Ignas dan begitu juga Makan bagi Didi. Kalian berdua itu sangat menyenangkan untuk diajak ngobrol serius apalagi bercanda, asik diajak curhat tentang Negara atau sekedar kisah asmara. Terlebih Ignas, dengan

celetuknya, orang bisa tertawa dengan ikhlas tanpa rekayasa. Langgeng ya berdua, jangan sok *Cool* dan senyum tipis kalau baca tulisan ini.

**Ami:** Seperti namanya, kisah cintanya selalu tidak terduga. Anaknya identik dengan Korea, apalagi kalau lagi nge-*dance* ala SNSD. Meskipun banyak kisah drama di awal semester, dia selalu menjadi tempat terbaik untuk curhat apalagi soal hati. Anaknya paling lucu kalau lagi bicara, susah berhentinya. Semoga sukses untuk *Master* di Inggris atau Korea! **Yaya:** Pemakan segala dan suka bikin iri kalau posting makanan di medsos, *Ajip!* Tanpa disadari, banyak cerita diantara kita. Sahabat pertama yang membuatkan acara *surprise* ultah walau hujan badai, serta pula menjadi boncengan pertama melintas sepanjang hertasning baru tanpa jas hujan. Selain *English*, anaknya bisa juga Bahasa Makassar, Bugis atau Belanda *tattara'*, asalkan mengosongkan pikiran atau melamun terlebih dahulu, haha. Dialah orang yang paling bisa diandalkan, semoga sukses mengejar mimpi ke *Aussy!* **Nunu:** Gadis Palopo yang paling dramatis kalau diajak ngobrol. Kalau soal konvoi atau *touring*, tanyalah tips darinya. Nunu itu paling suka pacaran sama orang yang bernama akhir “Ang”, semoga nantinya bukan hil-Ang, hehe. **Lia:** Koki handal selain Farah Quinn, dan terkenal sebagai Ratu *Spaghetti*. Kalau lagi galau, dia bisa *alay* di medsos. Kalau lagi ngobrol, suaranya menggelegar sampai ke lubuk hati yang terdalam. *Anyway*, anaknya itu sebenarnya baik dan suka mentraktir. **Oshin:** Penggila *Harry Potter* dan *Running Man*. Sangat tergilagila dengan *K-Pop*. Kalau sama saya, reseknnya minta ampun, tapi paling seru kalau diajak bercanda. Anaknya membumi, sukanya jatuh, ke bumi Korea..... Selatan (tapi wilayah pesisir) haha.

**Tya:** Perempuan cantik paling sederhana diantara lainnya, paling bijak dan baik ke semua orang. Anaknya tidak pernah membeda-bedakan orang lain. **Ninik:** Perempuan Bone paling muslimah di kelas. Kalau mengaji sangat merdu sehingga kita bisa membayangkan betapa indahnnya surga. **Mega:** *Independent girl*. Sahabat sejak SMA yang suka usil tapi energik. Anaknya pekerja keras dan pantang menyerah. Suka *traveling*, coba deh baca *tumblr*-nya, seru! Oh iya, tersisa Benua Afrika yang belum kamu datangi Meg. **Chelsy:** Gadis paling tangguh se-

angkatan, apalagi kalau bicara, menggelegar seperti petir. Anaknya baik dan tidak pernah sombong. Oh iya, tidak *afdhol* menjadi manusia kalau belum dapat kata-kata mutiara darinya. **Aini:** Ibu kepala sekolah Briton. Yang paling seru kalau ke rumahnya, seperti Balai Budaya dan Perpustakaan umum. Anaknya seru apalagi kalau diajak ngobrol soal materi kuliah. Dan juga, kalau belum bisa membawa Mobil *Dannish* putihnya Aini, jangan harap bisa menjadi sopir handal di jalan raya.

**Ime:** Model super tinggi, seksi dan tidak sombong. Meski sering digosipkan jadian dengan saya, pada kenyataannya kami hanya berteman. Oh iya, jangan pernah mencoba merayunya, apapun gombalannya pasti gagal. Tidak percaya? Silahkan mencoba. **Jiji:** Gadis Jeneponto, Si Ratu Kuda yang handal bersembunyi dan setia (mungkin), haha. Reseknya tiada tara tapi tetap kartunya di saya. Anaknya paling bohay, energik dan seru kalau diajak ngobrol, tidak ada habisnya. **Chitto:** Sangat sulit menjelaskan anak ini, seperti hidupnya yang rumit, haha. Jangan suka melihat matanya atau bersembunyi didepannya, pasti terbaca juga. Jangan percaya apa yang diramalkannya, itu hanya ilusi. Kisah cintanya seperti telenovela, tinggal ditunggu *ending*-nya. Anaknya paling nyaman diajak ngobrol dan baik hati, Seru!

**Nune:** Ibu muda paling resek sedunia. Tidak ada yang dia takuti kecuali Tuhan dan Malaikat Maut. Kalau tertawa mengerikan, lebih cekikikan daripada nenek kunti. Cepat selesaikan skripsimu nak, buat Omar bahagia! **Adey:** Paling gaul seangkatan. Salah satu pemilik kisah romantis di Hiten. Baik hati dan tidak sombong. **Yuyun:** Tips dietnya banyak sekali, makanya dia (sepertinya) langsing sekarang. Tertawa ala Yuyun membuat kalorimu berkurang drastis. Jangan pernah tanyakan soal asmaranya, tidak percaya? Cobalah bertanya secara langsung. **Windy:** Desainer handal di Hiten. Paling kreatif dan handal untuk urusan *fashion*. Anaknya asik juga kalau diajak ngobrol. **Widya:** Paling suka bertanya daripada menjawab. Anaknya seru kalau diajak bercanda. Paling suka sama Nasi Kuning dan Arem-aremnya, paling Juara! **Mully:** Pasti semua berpikiran sama, Arsenal... Arsenal... *Fashionista* nomor satu di Hiten. **Dhita:** Jarang terlihat tapi mudah

untuk diingat. Dimanapun kamu berada, semoga sukses dan teruslah berkarya. **Rere:** Gadis Sengkang paling gaul sedunia. Jangan bertanya asmara padanya, jawabannya pasti tentang mantan. **Tata:** Sahabat dari tanah leluhur yang sama, *Hulonthalo Lipu'u* (Gorontalo Negeriku). Kalau diajak ngobrol paling seru dan menyenangkan, apalagi pakai Bahasa daerah. Paling besar (harapan dan cita-citanya) diantara yang lain. **Nita:** Paling nyambung kalau diajak ngobrol meskipun jarang, Seru! Sangat lincah, gesit dan pandai menghilang. **Nining:** Ibu muda yang pandai bermain basket. Jarang ketemu karena sibuk urusi suami dan buah hati, katanya. Suka bikin minder kalau dia bertanya, "*Kapan menyusul Fiqhi?*" masih lama Ning, hehe.

Terima kasih tak lupa untuk Punggawa Hiten lainnya, **Nana:** Penuh tekad dan pantang menyerah. Teman bolang di semester awal, paling seru diajak cerita soal kebenaran dan agama. Tidak suka menggosip, orangnya solider pula. Paling asik diajak cerita (menceritakan orang, mungkin). **Cacang:** Kemungkinan besar kita akan berbesan dan menjadi keluarga besar. Pakar kekosongan sejati, Aku kosong maka aku hidup, menurutnya. Ketua angkatan yang bisa diandalkan lah. Oh iya, kalau saya pulang nanti, jaga dia untuk kembali ya. **Eky:** Seperti kereta uap, dari jauh keliatan asapnya (Pakar Rokok Sospol). Paling was-was sama Dewan Tante. Sahabat seperjuangan dalam meminang pujaan hati. Anaknya sok tidak peduli dan tangguh, padahal sebenarnya dia setia kawan, perhatian, dan rapuh. Tidak percaya? Coba temani dia bermalam di himpunan. Oh iya, Wisuda Sarjana itu bukan Mitos kawan! **Mail:** Penyebar, setia dan handal bersembunyi. Anaknya solutif kalau berhadapan dengan masalah, jeli melihat celah dan suka mengidentifikasi orang. Paling solider saat masih sama-sama jomblo dan seru kalau diajak wisata kuliner. Hanya dengan kedipan mata, dia mengerti apa yang saya maksud, haha. Cepatlah Sarjana Kawan! **Daus:** Manusia yang suka berlari dijalan dan hatinya kaum hawa. Paling dikagumi diantara para lelaki di Hiten. Paling resek, jahil, usil sedunia. Tayangan *super trap* masih kalah jahil darinya, sebut saja soal insiden "Milo Sahrul", haha gila! Tapi anaknya baik, paling jujur, *Big Reds* sejati (bukan karbitan). **Iqbal:** Rumahnya paling seru dijadikan *base-*

*camp*, apalagi kalau bakar-bakar ikan dan harapan. Mau tau produk berkualitas dan asli? Sebaiknya berkonsultasi dulu dengannya. Semoga cepat sarjana kawan!

**Vian:** Salah seorang sahabat yang membantu saya, Ignas dan Daus melawan hinaan terhadap Liverpool saat masuk kuliah, *Big Reds* sejati. Paling solider, buktinya saat dia KKN kemarin. Seru kalau dijahili, tapi reseknya minta ampun. Semangat Sarjana kawan! **Bucca':** Identik dengan Taman Indie Makassar, Manajer paling handal dan suka promosi kemana-mana. Anaknya seru kalau lagi cerita soal musik. **Krisna:** Paling loyal diantara yang lain, baik hati dan sederhana. Anaknya mudah bergaul dan pekerja keras, wajarlah dia menjadi *entrepreneur* muda sejati.

**Bang Dito:** Raja Kopi dari selatan. Jambangnya adalah Mahkota, paling digemari setiap remaja ABG. Menurutnya, tak ada yang lebih rumit dari Aljabar selain Cinta. Anaknya paling dewasa diantara kami, seperti *folder* memori eksternalnya yang sangat dewasa. Cepatlah Sarjana! **Jul:** Reseknya tak terkalahkan. Bermain COC adalah keseruan tiada tara baginya. Anaknya baik hati dan suka berbagi info dakwah kepada kami. Cepatlah Sarjana kawan! **Djuned:** Sopir antar daerah yang sangat bangga dengan mobil pintarnya. Paling handal untuk lari dan bersembunyi, juga narsis, coba liat fotonya di FB. Kalau *update* status di BBM susah dicerna, bahasa lokalnya fasih! Anaknya paling lucu sedunia (tapi bohong), garing tapi kami tetap terus mencoba tertawa. Jangan takut Sarjana kawan! **Syahrul:** Anaknya seperti Guru Kakashi, Ninja Peniru. Siapa bilang paling susah belajar filsafat? Lebih susah kali untuk memahami sahabat yang satu ini. Anaknya seperti pelita disaat gelap, dan hujan dikala gersang, begitu dinantikan apalagi saat aksi di Pintu I. Bahagiakan Negara dengan gelar Sarjanamu kawan!

**Hendra:** Model paling narsis di medsos dan paling ditakuti kalau bicara. Paling frontal diantara kami. Cepatlah sarjana kawan! **Mahfud:** Paling jago memutar modal dan menghasilkan uang. Semua buatan manusia bias diperbaikinya kecuali buatan Tuhan. Anaknya tidak sombong dan baik hati. Sarjanalah kawan dengan segera! **Kiki:** Paling sulit dimengerti tapi wajib dimaklumi. Cepatlah Sarjana kawan! **Mamad:** Ayah dari Kimi yang selalu menggemaskan dengan pilihan

politiknya. Selalu jujur dalam kesehariannya, sahabat yang baik, tulus dan selalu mengingatkan untuk beribadah dan beramal sebelum ajal menjemput. Menjadi Sarjana itu karunia, bergegaslah!

Untuk **HIMAH**, terima kasih telah menjadi rumah yang penuh gemintang. Di rumah kecil ini saya banyak belajar bagaimana mencintai dan menjalani kegiatan dengan bertanggungjawab. Momen paling berharga di kampus tentunya menjadi bagian dari hiruk pikuk kaderisasi di Himahi. Dari rumah ini saya belajar dua hal; *Pertama*, betapa meruginya orang yang hanya sekedar berkegiatan dan tidak mendapatkan apa-apa selain lelah, peluh, keluh dan asal beda. *Kedua*, betapa meruginya orang yang mempersempit logika, inovasi dan kreatifitasnya hanya karena segan atau takut salah dalam berkegiatan. Di Himahi kuncinya sederhana, sadar ruang sadar posisi, pandai-pandailah menempatkan diri, kapan harus bertanya, merendah dan mendengarkan serta kapan harus berbagi, memahamkan dan mencontohkan dengan perilaku, bukan sekedar kata. Ada masanya untuk menilai, memaklumi dan memahami bahwa segala sesuatu tidak berjalan secara kebetulan, namun diperhitungkan secara matang dan terencana.

Untuk senior HI, **Pak Husein, Pak Siswa, Pak Atlas Budi, Pak Darwis, Kak Israq, Kak Matte, Kak Jimpe, Kak Ripeks, Kak Agus, Kak Gego, Kak Nunu, Kak Desy, Kak DJ, Kak Nina, Kak Chiko, Kak Agil, Kak Rully, Kak Uky, Kak Muna, Kak Wawan, Kak Andhika, Kak Dede**, yang telah banyak memberikan arahan, bimbingan dan dukungan terutama ketika pelaksanaan *Golden Moment* tahun 2013. Begitu banyak ilmu yang saya “curi” dari kalian, dan membuat saya semakin mencintai setiap detik selama berhimahi.

Terima kasih untuk **Kak Rio**, Senior sekaligus kakak terbaik dari orang tua yang berbeda, yang selalu membantu disaat senang dan susah. Terima kasih sudah memperkenalkan bagaimana profesionalitas dunia kerja. Terima kasih selalu ada kapan saja dan tidak bosan-bosannya mengingatkan untuk terus bekerja keras, rendah hati dan tidak menyerah mengejar cita-cita setinggi langit. Juga untuk **Kak Rury**, Kakak sekaligus senior idaman paling cantik, paling cerdas, dan tidak

pelit ilmu. Meskipun kadang kalian berdua usil dan jahil, kalian tetap segalanya.  
*And thanks for Alex too, my best teacher ever!*

Terima kasih untuk **Kak Hasrul, Kak Tika, Kak Ulil, Kak Qonny, Kak Mirza, Kak Ando, Kak Awal, Kak Levi, Kak Diba**, dan **Kakak Jasmin** terkeren. Kalianlah para punggawa Tribun Kasmaran yang selalu mematrikan prinsip dasar peka, sadar dan paham. Utamanya **Kak Sem** yang tidak pernah berubah hingga sekarang, selalu mengagumkan dengan ilmu dan amal keorganisasiannya. Juga untuk **Kak Tamy**, terima kasih untuk semua wejangan ilmunya dan tidak bosan menjadi *sharing partner* untuk berdiskusi. Dan juga untuk **Kak Arga** yang selalu atraktif, ceria, tapi mendalam, tepat, senyap seperti Intel di Kampus.

Terima kasih juga untuk **Kak Gilang, Kak Yana, Kak Acong, Kak Muji, Kak Parman, Kak Pulu, Kak Ikki, Kak Ridho, Kak Chida** dan **April**, banyak pengalaman dan ilmu yang kalian bagi bersama saat di Himahi. Terima kasih sudah jadi Senior yang baik hati dan tidak sombong, mengenyangkan kami dengan diskusi dan juga *spaghetti* Antang.

Terima kasih untuk adik-adik kebanggaan, **Wiwin, Afni, Toso, Ida, Viko, Noval** kalian luar biasa. Dan tak lupa kepada pasangan emas **Hedar** dan **Ayu**, Semoga langgeng dunia-akhirat. Untuk **Bayu, Yuli, Yumna, Sirton, Topan, Gufron, Dian, Rial, Tika, Amel, Leli, Dewe, Elsa, Ino, Vivi Supergirl, Tillah, Intan, Ajeng, Risna, Ama, Tamy** dan **Irene** yang cetar badai. Sejauh ini kalian sudah menjadi adik yang baik dan membanggakan.

Tak lupa terima kasih untuk adik-adik pelipur lara, **Dyva** yang paling usil dan menggemaskan, **Upi** dan **Arfan** yang paling serasi dan penuh harapan, **Ivon** yang selalu menanti pilot idaman, **Jabal** bersama **Puput** serta **Budi** yang paling bimbang, **Hilda** yang handal menyembunyikan rasa, **Chandra** yang mempesona setiap wanita, **Rian Akmal** (laki-laki) yang suka mempertanyakan Tuhan, **Rian Kusuma** (perempuan) yang suka mengajarkan Bahasa Konjo, **Fadhil** yang selalu mendramatisir perasaannya, **Eda** yang paling galau karena LDR, **Opi** yang suka mengingatkan kampung halaman dengan logatnya, **Aila** paling jahil tapi takut

dimarahi, **Ilham Gafur** paling merdu suaranya setelah Ruben Onsu (tapi sebenarnya merdu sekali suaranya), **Riska** paling heboh kalau diajak bercanda, **Naomi** dan **Affan** paling dipertanyakan kelanjutannya.

Teman-teman **KKN Tapal Batas Indonesia-Filipina** paling berkesan, **Ono, Jo, Darmin, Fika, Fina, Rara, Ayu, Fadhly, Atifah, Sigit, Isra, Wisfer, Herda, Shima, Ricky, Jay, Phitto, Fikar, Jusma,** dan **Kak Ria**. Terima kasih untuk pengalaman mengesankan dan kegilaan yang menyestakan bersama kalian, luar biasa!

Terima kasih juga kepada **Mace Hanifa** dan **(Alm.) Pace**, yang sudah menjadi orang tua asuh saya di kampus *The Reds*. Meskipun hutang belanja saya sudah lunas, masih besar keinginan untuk membahagiakanmu.

Buat **A. Alfiah Tenri Gangka**, sosok paling setia saat menikmati hujan dan senja di lembah phinisi. Dia adalah jawaban dari sebuah penantian panjang. Sabar dan selalu hadir disaat semangat mulai pudar menanti kepastian. Senyumnya adalah oase menyejukkan di hamparan gersang. Bagiku dia seperti Bintang, si Wikipedia Berjalan di drama serial "*Tetangga Masa Gitu*". Baginya, ketetapan Tuhan sifatnya misteri, kita hanya bisa merencanakan dan berdoa yang terbaik.

Semoga hasil penelitian ini memiliki manfaat bagi siapapun yang ingin mengetahui bagaimana organisasi internasional dapat mempengaruhi narasi besar dari arah kebijakan kesehatan di Indonesia. Salam Dialektika!

Makassar, 29 Maret 2015

**Fiqhi Rizky D.**

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	i
<b>ABSTRAK</b> .....	ii
<b>ABSTRACT</b> .....	iii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	iv
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	vi
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	vii
<b>DAFTAR GRAFIK</b> .....	viii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	ix
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b> .....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Batasan Masalah .....	5
C. Tujuan dan Kegunaan Penelitian.....	6
D. Kerangka Konseptual .....	7
E. Metode Penelitian .....	11
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	14
A. Organisasi Internasional.....	14
B. Bantuan Luar Negeri .....	25
C. Kepentingan Nasional .....	36
<b>BAB III. BANK DUNIA DAN KEBIJAKAN KESEHATAN</b>	
<b>INDONESIA</b> .....	44
A. Profil Bank Dunia.....	44
A.1. Sejarah Bank Dunia.....	44
A.2. Tujuan Bank Dunia .....	47
A.3. Keanggotaan Bank Dunia.....	50
A.4. Sumber Dana Bank Dunia.....	51
A.5. Jenis Bantuan Pinjaman Bank Dunia .....	53
B. Kebijakan Kesehatan di Indonesia .....	56
B.1. Kebijakan Kesehatan .....	56
B.2. Kebijakan Kesehatan Indonesia .....	61
C. Bantuan Bank Dunia untuk Kesehatan Indonesia .....	64
C.1. Bantuan Bank Dunia untuk Sektor Kesehatan .....	64
C.2. Permasalahan Kesehatan di Indonesia.....	68
C.3. Bantuan Bank Dunia untuk Sektor Kesehatan di	
Indonesia .....	72
D. Program <i>Provincial Health Project</i> (PHP) di Indonesia.....	77
D.1. <i>Provincial Health Project</i> (PHP I).....	80
D.2. <i>Provincial Health Project</i> II (PHP II).....	83
D.3. <i>Health Work Force Services Project</i> (PHP III).....	85

<b>BAB IV. DAMPAK BANTUAN BANK DUNIA TERHADAP KEBIJAKAN KESEHATAN DI INDONESIA</b> .....	88
A. Peranan Bank Dunia dalam Perumusan Kebijakan Kesehatan di Indonesia .....	88
A.1. Memberikan Pinjaman Proyek.....	89
A.2. Dana Penyesuaian .....	92
B. Dampak Program <i>Provincial Health Project</i> (PHP) terhadap Kebijakan Kesehatan di Indonesia .....	97
B.1. Desentralisasi Sistem Kesehatan .....	99
B.2. Asuransi Kesehatan .....	102
<b>BAB V. PENUTUP</b> .....	118
A. Kesimpulan.....	118
B. Saran .....	121
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	122
<b>LAMPIRAN</b> .....	127

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1: Perkembangan Pembangunan Kesehatan Tahun 1980-2004 .....	61
Gambar 2: Kesehatan Sebagai Masukan Untuk Pembangunan Ekonomi ...	73
Gambar 3: Siklus Proyek Peminjaman Bank Dunia .....	91
Gambar 4: Skema Penyelarasan Keterlibatan Bank Dunia dengan Kebijakan Pemerintah Indonesia.....	94
Gambar 5: Logika Perubahan Struktur Lembaga Kesehatan Indonesia .....	95

## DAFTAR TABEL

Tabel 1: Daftar Beberapa Negara yang menerima Bantuan Kesehatan dari Bank Dunia.....	66
Tabel 2: Distribusi sektor pendanaan Bank Dunia Tahun Fiskal 1969-1998 .....	74
Tabel 3: Data alokasi anggaran program PHP Bank Dunia.....	79
Tabel 4: <i>Provincial Health Project I (PHP I) - Key Dates</i> .....	82
Tabel 5: <i>Provincial Health Project I (PHP I) - Proyek dan Pembiayaan</i> ....	83
Tabel 6: <i>Provincial Health Project II (PHP II) Key Dates</i> .....	84
Tabel 7: Komponen Pembiayaan Program PHP II .....	85
Tabel 8: <i>Health Work Force Services Project (PHP III) Key Dates</i> .....	87
Tabel 9: Komponen Pembiayaan Program PHP III .....	87
Tabel 10: <i>Sektoral Adjustment Loan (SAL) Bank Dunia bagi Pemerintah Indonesia tahun 2000</i> .....	93

## DAFTAR GRAFIK

Grafik 1: Estimasi Anggaran Kesehatan Indonesia Tahun 1998-2008.....	62
Grafik 2: Proporsi Peserta Jamkesmas tahun 2010.....	105
Grafik 3: Perkembangan Angka Kematian Balita dan dibawah usia 5 tahun.....	107
Grafik 4: Perkembangan Pelayanan Persalinan dan Imunisasi.....	109
Grafik 5: Angka Harapan Hidup Indonesia dari tahun 1971-2010.....	110
Grafik 6: Jumlah Tenaga Kesehatan tahun 2008-2011.....	112
Grafik 7: Perkembangan Sarana Puskesmas tahun 2007-2011.....	113
Grafik 8: Perkembangan Rumah Sakit tahun 2007-2011.....	113
Grafik 9: Pertolongan Persalinan tahun 2010.....	116

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: <i>Project Map of Provincial Health Project II</i> .....	127
Lampiran 2: Sistem Jaminan Kesehatan Indonesia sejak tahun 2008 .....	127

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Pada dasarnya setiap negara memiliki rancangan besar tujuan nasionalnya. Tujuan nasional masing-masing negara tersebut berupaya dicapai dalam kepentingan nasional masing-masing negara. Banyak sektor yang menjadi kepentingan nasional sebuah negara, salah satunya adalah sektor kesehatan. Sebagai salah satu kebutuhan primer masyarakat, kesehatan pula menjadi kunci kualitas individu sebagai elemen utama dalam kedaulatan sebuah negara. Akan tetapi, tidak dapat dipungkiri bahwa setiap negara memiliki kendala masing-masing dalam mewujudkan kepentingan kesehatan negaranya tersebut.

Dunia kesehatan Indonesia secara spesifik mengalami perkembangan pesat ketika memasuki era Reformasi. Pemerintah berupaya meningkatkan kesehatan masyarakat secara maksimal dengan memperhatikan upaya pembangunan kesehatan melalui sistem kesehatan nasional tahun 1999 yang telah diterbitkan. Beberapa misi pembangunan kesehatan yang ditetapkan Departemen Kesehatan pada tahun 1999 tersebut yaitu menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan, mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau

serta memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya.<sup>1</sup>

Salah satu masalah yang seringkali dihadapi oleh negara berkembang adalah persoalan anggaran yang kurang. Berdasarkan pada data faktual, anggaran pendapatan dan belanja negara yang di alokasikan untuk sektor kesehatan di tahun 2012 masih sekitar 3,4% yaitu sebesar 48 triliun rupiah<sup>2</sup>. Angka ini masih jauh tertinggal dengan alokasi kesehatan negara serumpun, Malaysia sekitar 6,0% dari total anggaran pendapatan dan belanjanya<sup>3</sup>. Terlebih sekarang Singapura, Malaysia dan Thailand gencar melakukan promosi pelayanan kesehatan. Ketiga negara tersebut dapat dikelompokkan sebagai *goldentriangle of medical tourism* di Asia Tenggara.<sup>4</sup>

Melihat kendala yang sering dihadapi oleh negara-negara berkembang utamanya dibidang pengalokasian dana kesehatan, mendorong Bank Dunia untuk memberikan bantuan luar negeri. Bantuan yang diberikan tidak hanya menyangkut pinjaman modal melainkan pula bantuan teknis untuk pengembangan penelitian di negara berkembang. Bank Dunia dalam perkembangannya tidak hanya memberikan pinjaman modal pembangunan infrastruktur, namun pula

---

<sup>1</sup> Wiku Adisasmito. 2012. *Sistem Kesehatan*. Rajawali Pers. Jakarta, hal. 8.

<sup>2</sup> Kementerian Keuangan Republik Indonesia. *Anggaran Kesehatan 2005-2012*.  
<http://www.anggaran.depkeu.go.id/dja/edef-seputar-list.asp?apbn=sehat>, diakses pada 29 Januari 2014.

<sup>3</sup> Wiko Saputra. 2014. *APBN Konstitusi Bidang Kesehatan dan Jaminan Sosial Kesehatan*. Prakarsa. Jakarta, hal. 4.

<sup>4</sup> I Putu Wibawa Putra. *Mutu Pelayanan Kesehatan dalam Medical Tourism*.  
<http://mutupelayanankesehatan.net/index.php/sample-levels/19-headline/712-mutu-pelayanan-kesehatan-dalam-medical-tourism-wisata-medis>. diakses pada 9 februari 2014.

memiliki program lainnya demi mempercepat pengentasan kemiskinan di negara berkembang. Instrumen pengentasan kemiskinan lainnya oleh Bank Dunia yaitu pemberian bantuan terhadap sektor kesehatan. Bank Dunia meyakini bahwa selain pendidikan, kesehatan turut mengambil peran penting dalam pondasi dasar pembangunan sebuah negara. Tingkat kesehatan masyarakat berkaitan erat dengan tingkat kesejahteraan atau kemiskinan sebuah negara. Keduanya saling kait mengait dan mempengaruhi satu sama lain.<sup>5</sup> Oleh karenanya, melalui reformasi pembangunan kesehatan, Bank Dunia mendorong terciptanya iklim kependudukan yang mandiri dalam mengakses kesehatan, desentralisasi penyelenggaraan kesehatan serta ketahanan kesehatan di negara berkembang.

Melalui program *Universal Health Coverage*, Bank Dunia bekerjasama dengan WHO memberikan bantuan terhadap sektor kesehatan di negara-negara berkembang. Tujuan dari kerjasama ini yaitu mempersempit jarak antara akses kesehatan dengan masyarakat, meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan serta penyediaan kesehatan yang terjangkau. Program ini pula yang melatar belakangi Bank Dunia untuk memberikan pinjaman modal terhadap sektor kesehatan di Indonesia. Banyaknya bantuan yang diberikan untuk Indonesia agar mendorong tercapainya pengelolaan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas.

Pada tahun 2000, Bank Dunia memberikan bantuan sebesar \$115.4 juta untuk program *Provincial Health Project (PHP)*.<sup>6</sup> Program PHP diberikan kepada Indonesia untuk menginisiasi proses desentralisasi kesehatan dan sistem pelayanan kesehatan yang dijalankan. Program PHP ini dilaksanakan sebanyak

---

<sup>5</sup> Djoko Santoso. 2010. *Orang Miskin Boleh Sakit*. Jaring Pena. Surabaya, hal. 4.

<sup>6</sup> Bank Dunia. 2008. *Provincial Health Project I Report*. Jakarta

tiga jilid yaitu PHP I, PHP II dan PHP III. Program PHP jilid pertama ditargetkan kepada dua daerah yaitu provinsi Lampung dan provinsi D.I. Yogyakarta. Sementara itu pada program PHP jilid kedua, daerah yang menerima bantuan adalah provinsi Sumatera Utara, provinsi Banten dan provinsi Jawa Barat. Terakhir, program PHP III dilaksanakan di provinsi Jambi, Kalimantan Timur, Kalimantan Barat dan Sumatera Barat. Semua lokasi dari program PHP dinilai layak untuk dijadikan representasi atau tolak ukur dari system kesehatan nasional.

Program PHP merupakan bantuan luar negeri Bank Dunia kepada Indonesia yang memiliki beberapa tujuan, yaitu pertama, dengan adanya program PHP, derajat pelayanan kesehatan di Indonesia dapat ditingkatkan. Kedua, program ini bertujuan pula untuk memastikan adanya penganggaran kesehatan yang akuntabel serta efisien. Ketiga, program PHP bertujuan untuk membantu Kementerian Kesehatan mewujudkan berjalannya desentralisasi kesehatan disetiap daerah di Indonesia. Besarnya bantuan yang diberikan dimaksudkan untuk optimalisasi dan efisiensi anggaran sektor kesehatan di Indonesia.<sup>7</sup>

Dalam kerjasama bantuan kesehatan yang dilakukan, tentunya memiliki batasan dan kebutuhan pada kedua belah pihak. Hal ini tidak dapat sepenuhnya dipenuhi ataupun diakomodasi sekaligus. Dalam konteks perjanjian kerjasama dalam bidang kesehatan, hal ini dapat dilihat sebagai bentuk kompromis antara pemerintah penerima bantuan dengan Bank Dunia sebagai penyedia bantuan. Bentuk kompromistis seperti ini dapat dinilai sebagai pintu masuk Bank Dunia terhadap pengaturan kepentingan nasional sebuah negara dimana dalam konteks

---

<sup>7</sup>Ibid, hal. 1.

ini kita diperhadapkan dengan pengaturan kepentingan nasional sektor kesehatan. Melalui program PHP, bantuan dana yang diberikan oleh Bank Dunia dapat dilihat sebagai sebuah investasi sektor kesehatan yang memuat agenda ekonomi-politik didalamnya. Pada titik inilah fenomena bantuan luar negeri khususnya dalam sektor kesehatan perlu ditelaah secara kritis.

Berdasarkan kerangka berfikir tersebut, maka penelitian ini mengangkat judul “Peranan Bank Dunia Terhadap Kebijakan Kesehatan di Indonesia, Studi Kasus: *Provincial Health Project*”.

## **B. Batasan Masalah**

Di tahun 2000, Bank Dunia mengeluarkan dana nya untuk mendanai program *Provincial Health Project* (PHP). Program PHP ini merupakan program yang diimplementasikan langsung ke daerah. Program PHP memiliki peran besar terhadap reformasi pembangunan kesehatan di daerah dalam upayanya mengimplementasikan desentralisasi kesehatan. Program PHP inilah yang akan menjadi fokus utama dari penelitian ini. Sejak implementasi program tersebut dari tahun 2000-2008, peneliti akan menganalisis dampak dari bantuan Bank Dunia terhadap perkembangan kebijakan kesehatan di Indonesia.

Penelitian ini mengambil fokus periodisasi data antara tahun 2000 hingga tahun 2010. Tenggat periode ini diambil sehubungan dengan tenggat waktu rencana strategis kesehatan Indonesia tahun 2000-2010. Pada periode ini pun, terdapat perubahan mendasar dalam sistem kesehatan Indonesia, dengan dievaluasinya SKN 2004 yang berujung pada penyempurnaan dan pemberlakuan

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2009. Data lain sebelum dan setelah tahun 2004 digunakan pula oleh penulis sebagai komparasi dan referensi penelitian.

### **C. Pertanyaan Penelitian**

Adapun pertanyaan-pertanyaan yang penulis rumuskan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana peranan Bank Dunia dalam perumusan kebijakan kesehatan Indonesia?
2. Bagaimana dampak program *Provincial Health Project* terhadap kebijakan kesehatan di Indonesia?

### **D. Tujuan dan Kegunaan Penelitian**

#### **1. Tujuan penelitian**

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Untuk memahami peran Bank Dunia dalam perumusan kebijakan kesehatan Indonesia.
2. Untuk memahami dampak dari *Provincial Health Project* terhadap kebijakan kesehatan Indonesia.

#### **2. Kegunaan Penelitian**

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Penelitian ini dapat menjadi referensi dalam mengevaluasi peranan bantuan Bank Dunia terhadap kebijakan kesehatan di Indonesia.

2. Penelitian ini dapat memberikan gambaran tentang problematika kebijakan kesehatan di Indonesia.

### **E. Kerangka Konseptual**

Organisasi Internasional pada dasarnya lahir dan berkembang ketika negara-negara bersepakat untuk meningkatkan kerjasama dalam beberapa bidang strategis, misalnya organisasi internasional yang bergerak dalam perdamaian internasional. Dibentuknya organisasi internasional semacam ini didasari atas kesadaran setiap negara memmanifestasikan perdamaian dalam bentuk yang lebih besar dan riil. Menurut Teuku May Rudi, organisasi internasional adalah pola kerjasama yang melintasi batas-batas negara dengan didasari struktur organisasi yang jelas dan lengkap serta diharapkan atau diproyeksikan untuk berlangsung serta melaksanakan fungsinya secara berkesinambungan dan melembaga guna mengusahakan tercapainya tujuan-tujuan yang diperlukan serta disepakati bersama baik antara pemerintah dengan pemerintah maupun antara sesama kelompok non-pemerintah pada negara yang berbeda.<sup>8</sup>

Pada perkembangannya, organisasi internasional tidak hanya terbatas pada wadah kerjasama negara-negara di dunia. Organisasi internasional kini mulai menemukan wujudnya di lintas sektor seperti halnya organisasi regional maupun organisasi keuangan internasional. Artinya, organisasi internasional tidak lagi menjadi wadah yang berorientasikan negara, namun pula dapat menjadi organisasi internasional yang berisi non-negara baik itu secara operasionalnya ataupun tidak. Menurut F. Sugeng Istanto, organisasi internasional dalam arti luas adalah bentuk

---

<sup>8</sup> T. May Rudi. 1998. *Administrasi dan Organisasi Internasional*. Refika Aditama. Bandung, hal. 9.

kerjasama antar pihak yang bersifat internasional dan untuk tujuan yang bersifat internasional pula. Pihak-pihak yang bersifat internasional dapat berupa perorangan, lembaga-lembaga bukan negara, ataupun pemerintah sebuah negara. Adapun yang menyangkut tujuan internasional adalah tujuan bersama menyangkut kepentingan berbagai negara.<sup>9</sup>

Secara operasional, Bank Dunia merupakan organisasi internasional yang beranggotakan lebih dari 300 negara. Bank Dunia merupakan sebuah lembaga keuangan internasional yang menyediakan pinjaman kepada negara berkembang untuk program pemberian modal. Isu utama yang menjadi tujuan Bank Dunia yaitu pengentasan kemiskinan di seluruh dunia. Bank Dunia dijalankan melalui iuran negara-negara anggotanya. Iuran dari tiap negara inilah yang dijadikan modal Bank Dunia untuk memberikan pinjaman kepada negara-negara berkembang.

Disadari bahwa bantuan luar negeri merupakan sebuah paket kerjasama yang sangat penting bagi sebuah negara. Ditengah lesunya indeks ekonomi negara-negara berkembang, pinjaman modal menjadi suntikan investasi yang sangat diminati oleh negara-negara yang membutuhkan. Seperti halnya organisasi pemberi pinjaman yang lain, Bank Dunia pula turut berpartisipasi dalam pemberian pinjaman kepada Indonesia yang masih membutuhkan kucuran dana untuk menyangga pembiayaan pembangunan di beberapa bidang. Pada konteks ini, adanya hubungan antara Bank Dunia dengan arah kebijakan kesehatan di Indonesia menjadi menarik untuk diteliti.

---

<sup>9</sup> F. Sugeng Istanto. 1994. *Hukum Internasional*. Atmajaya. Yogyakarta, hal. 123.

Menurut Stephen D. Krasner, istilah bantuan luar negeri (*foreign aid*) diartikan sebagai tindakan-tindakan negara, masyarakat (penduduk), atau lembaga-lembaga masyarakat atau lembaga-lembaga lainnya yang berada pada suatu negara tertentu ataupun pasar tertentu di luar negeri, memberikan bantuan berupa pinjaman, member hibah atau penanaman modal mereka kepada pihak tertentu di negara lainnya.<sup>10</sup> Secara faktual, bantuan luar negeri dalam kerangka teoritis tidak hanya memiliki tujuan membantu pengadaan barang maupun jasa namun juga memiliki kepentingan tertentu seperti halnya ekonomi politik didalamnya.

Dalam peranannya sebagai sebuah sarana kepentingan, bantuan luar negeri dapat kita kelompokkan dalam beberapa jenis. Menurut K. J. Holsti, ada empat tipe utama bantuan luar negeri<sup>11</sup>, yaitu bantuan teknis (*technical assistance*), hibah (*grants*), pinjaman pembangunan, dan bantuan kemanusiaan yang bersifat darurat. Pada jenis hubungan yang diatur inilah, pinjaman luar negeri masih memiliki banyak jenis yang berbeda, diantaranya:<sup>12</sup>

- a. Pinjaman terikat (*tied aid*), yaitu pinjaman yang terbatas hanya bisa digunakan untuk membeli barang dan jasa dari negara donor.
- b. Pinjaman tidak terikat (*untied aid*), yaitu pinjaman yang bebas digunakan oleh negara penerima pinjaman. Artinya, penggunaan pinjaman tersebut tidak terikat kepada negara donor yang bersangkutan.

---

<sup>10</sup> Yanuar Ikbar. 2007. *Ekonomi Politik Internasional 2*. Refika Aditama. Bandung, hal. 188.

<sup>11</sup> K. J. Holsti. 1995. *Politik Internasional: Kerangka Analisa*. Prentice Hall. New Jersey, hal. 182.

<sup>12</sup> Rustian Kamaluddin. 1988. *Perdagangan dan Pinjaman Luar Negeri*. Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia. Jakarta, hal. 33-34.

- c. Pinjaman proyek (*project aid*), yaitu pinjaman yang ditujukan khusus untuk suatu proyek pembangunan tertentu.
- d. Pinjaman program (*programme aid*), yaitu pinjaman yang pemanfaatannya dapat ditujukan untuk tujuan umum.

Pada perspektif Indonesia sebagai negara yang berdaulat, tentu ada kepentingan nasional yang berupaya dicapai dalam rancangan pembangunan nasional, misalnya saja pembangunan kesehatan nasional. Oleh karenanya, Indonesia banyak mengeluarkan kebijakan-kebijakan kesehatan yang selaras dengan kepentingan nasional yang ingin dicapai. Menurut T. May Rudi bahwa kepentingan nasional adalah tujuan-tujuan yang ingin dicapai sehubungan dengan kebutuhan bangsa/negara atau sehubungan dengan hal yang dicita-citakan.<sup>13</sup>

Cerminan dari politik dalam negeri sebuah negara dapat dilihat dari kebijakan dalam negeri yang dibuatnya. Kebijakan dalam negeri inilah yang sangat menentukan arah dan rancangan pembangunan nasional di setiap negara. Perumusan kebijakan dalam negeri sebuah negara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh maupun kondisi eksternal negara tersebut. Menurut Mochtar Mas' oed, kebijakan dalam negeri yang diambil oleh pemerintah Indonesia menyangkut isu dalam negeri yang menjadi pembahasan internasional menjadi alasan pembenaran dari kepentingan nasional yang berupaya dicapai.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> T. May Rudi. 2002. *Studi Strategis dalam Transformasi Sistem Internasional Pasca Perang Dingin*. Refika Aditama. Bandung, hal. 116.

<sup>14</sup> Mochtar Mas' oed. 1990. *Ilmu Hubungan Internasional: Disiplin dan Metodologi*. LP3ES. Jakarta, hal. 39.

Adanya kepentingan nasional yang berusaha oleh Indonesia sebagai sebuah negara menjadi landasan utama jalinan kerjasama antara pemerintah dengan Bank Dunia. Hal ini karena Bank Dunia melihat adanya kendala yang dihadapi oleh pemerintah Indonesia dalam hal ini untuk memenuhi kebutuhan dalam negerinya. Peluang ini tentunya demi mengawinkan antara kebutuhan Indonesia untuk mewujudkan kepentingan nasionalnya dengan tujuan Bank Dunia untuk memberikan pinjaman dalam rangka pembangunan kesehatan di negara-negara berkembang. Dalam perkembangannya, kepentingan nasional Indonesia tersebut menjadi landasan kompromistrategis dengan bantuan pinjaman Bank Dunia dalam rangka pengaturan arah kebijakan kesehatan Indonesia.

## **F. Metode Penelitian**

### **1. Tipe Penelitian**

Penulis menggunakan tipe penelitian deskriptif dalam penelitian ini. Metode ini digunakan untuk menganalisis bagaimana peranan Bank Dunia dalam sektor kesehatan Indonesia. Penulis juga akan menggambarkan dampak dari program Bank Dunia terhadap kebijakan kesehatan di Indonesia.

### **2. Teknik Pengumpulan Data**

Penulis melakukan penelitian pustaka (*library research*), wawancara dengan pihak terkait, telaah dokumen dan laporan resmi.

### **3. Jenis dan Sumber Data**

Data yang diperoleh penulis merupakan data sekunder dan primer. Data primer bersumber dari wawancara penelitian dengan narasumber yang dianggap memiliki korelasi dan kompetensi dengan masalah yang diteliti. Sedangkan data sekunder yang diperoleh penulis bersumber dari berbagai literatur berupa buku, buletin, jurnal, artikel, website resmi, serta dokumen lain yang berkaitan dengan penelitian.

Untuk kebutuhan informasi dan literatur penelitian, penulis berencana mengunjungi tempat-tempat berikut, yaitu:

- a. Perwakilan Bank Dunia di Jakarta
- b. Kementerian Kesehatan di Jakarta
- c. *World Bank Corner* di Makassar
- d. Ruang Baca FISIP UNHAS di Makassar
- e. Perpustakaan Bursa Pengetahuan Kawasan Timur Indonesia (BaKTI) di Makassar
- f. Perpustakaan HIMAHI FISIP UNHAS di Makassar

### **4. Teknik Analisis Data**

Penulis menggunakan teknik analisa data kualitatif dalam penelitian ini. Penulis berupaya menggambarkan permasalahan berdasarkan data faktual yang didapat. Berangkat dari fakta-fakta yang ditemukan tersebut kemudian ditarik sebuah kesimpulan penelitian. Sedangkan data

berupa angka yang didapat oleh penulis digunakan sebagai data penunjang penelitian.

## **5. Teknik Penulisan**

Teknik penulisan yang digunakan dalam penelitian ini merujuk pada pola deduktif yaitu berangkat dari peranan Bank Dunia dalam sektor kesehatan Indonesia yang sifatnya umum kemudian menarik kesimpulan dari dampak yang terjadi setelah program bantuan Bank Dunia dilaksanakan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Organisasi Internasional**

Organisasi internasional dan kerjasama internasional mulai berkembang sejak perjanjian perdamaian Westphalia pada 1648. Perjanjian ini merupakan tahap awal diakuinya sistem negara bangsa dan perimbangan kekuatan. Sampai hari ini, konsep Westphalia masih diterapkan dan cukup dominan dalam interaksi hubungan internasional. Kerjasama diakui sebagai sebuah keterikatan antara dua aktor dengan tujuan yang sama. Wadah yang menjadi tempat bekerjasama melaksanakan administrasi internasional dikenal dengan sebutan organisasi internasional, sedangkan proses kerjasama yang lebih spesifik dalam Ilmu Hubungan Internasional seringkali dikenal dengan istilah Administrasi Internasional.

Sebuah perjanjian yang bernama Perjanjian Versailles kemudian disepakati di tahun 1919. Perjanjian ini kemudian diformulasikan menjadi sebuah organisasi bernama Liga Bangsa-Bangsa (LBB). Perjanjian ini didasari oleh situasi dan kondisi dunia internasional yang bersitegang saat itu. Rata-rata interaksi dari setiap aktor internasional dihiasi dengan konflik (Perang Dunia I). Tujuan bersama untuk mewujudkan perdamaian internasional pada akhirnya menjadi dasar dari negara-negara yang sadar untuk berkumpul dalam sebuah wadah yang sama (Liga Bangsa Bangsa).

Pada perjalanannya LBB belum bisa mewujudkan cita-cita mendasar untuk mengupayakan perdamaian dunia. Hal ini terjadi karena masih lemahnya LBB secara struktural dan peranan negara yang dominan dalam interaksi internasional. Perang Dunia II pun dianggap berakhir seiring dengan konferensi di San Fransisco pada tahun 1945 yang intinya memutuskan untuk didirikannya Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB)<sup>15</sup>. PBB merupakan sebuah organisasi yang bertujuan sama dengan LBB. Namun, secara struktur organisasi, PBB bersifat lebih mengikat dan lebih memiliki peranan dalam dunia internasional. Hal ini dipelajari dari kelemahan LBB sebelumnya.

PBB kemudian dianggap sudah memiliki peran tersendiri dalam dunia internasional terkait dengan respon terhadap kondisi internasional semenjak terbentuk. Peran PBB pun semakin signifikan dalam dunia internasional. Adanya dominasi sebelumnya oleh sistem negara mulai bergeser perlahan dengan menerima beberapa aktor lain seperti organisasi internasional (sebuah pemerintah sebuah negara), organisasi non-pemerintah yang melintasi batas negara, perusahaan-perusahaan internasional, dan individu.

Ilmu hubungan internasional memiliki beberapa definisi yang menjelaskan tentang organisasi internasional, diantaranya:

---

<sup>15</sup> T. May Rudi. 1998. *Administrasi dan Organisasi Internasional*. Refika Aditama. Bandung, hal. 16.

- a. Daniel S. Cheever dan H. Field Haviland Jr

*Any cooperative arrangement instituted among states, usually by a basic agreement, to perform some mutually advantageous functions implemented through periodic meetings and staff activities*<sup>16</sup>.

- b. T. Sugeng Istanto,

Organisasi internasional dalam artian luas adalah bentuk kerja sama antar pihak yang bersifat internasional dan untuk tujuan yang bersifat internasional. Pihak-pihak yang bersifat internasional itu dapat berupa orang perorangan, badan-badan bukan negara dari berbagai negara, atau pemerintah negara. Adapun yang menyangkut tujuan internasional adalah tujuan bersama yang menyangkut kepentingan berbagai negara<sup>17</sup>.

Beberapa definisi di atas dapat dirumuskan bahwa organisasi internasional merupakan suatu organisasi yang baik gerak maupun pelakunya melintasi batas sebuah negara, berangkat dari kesepakatan masing-masing anggota untuk bekerja sama, memiliki regulasi yang mengikat anggota, dan untuk mewujudkan tujuan internasional tanpa meleburkan tujuan nasional dari masing-masing anggota dari organisasi internasional yang bersangkutan.

Disamping itu, terdapat jenis dan pengelompokan organisasi internasional yang dapat kita lihat melalui klasifikasi Clive Archer, seorang pemikir dalam Ilmu

---

<sup>16</sup> Daniel S. Cheever dan H. Field Haviland Jr. 1966. *International Organization in World Affairs*. Houghton Mifflin Co.: Boston, New York.

<sup>17</sup> F. Sugeng Istanto. 1994. *Hukum Internasional*. Atmajaya. Yogyakarta, hal. 123.

Hubungan Internasional. Clive Archer mengklasifikasikan organisasi internasional dalam tiga spesifik besar, yaitu berdasarkan keanggotaan, tujuan dan aktivitas organisasi, dan berdasarkan struktur organisasi<sup>18</sup>. Klasifikasi organisasi internasional menurut Clive Archer berdasarkan keanggotaan maksudnya bahwa organisasi internasional dewasa ini tidak hanya didominasi oleh aktor negara saja. Seiring dengan kompleksitas global, dimana kebutuhan untuk bekerja sama satu sama lain menjadi semakin besar, dan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi yang mendukung, mendorong aktor-aktor non-negara, termasuk individu, untuk menjalin konektivitas satu sama lain untuk bekerja sama termasuk dalam sebuah organisasi internasional.

Organisasi Internasional yang berdasarkan keanggotaan terbagi lagi menjadi dua spesifik besar, yaitu Intergovernmental Organizations (IGOs) dan Transnational Organizations (TNOs). IGOs adalah kelompok organisasi internasional yang keanggotaannya berasal dari negara-negara yang berdaulat, atau bisa juga beranggotakan negara bagian dari sebuah federasi tapi dengan syarat mendapatkan izin dari negara induknya. Sedangkan, TNOs kemudian terbagi lagi menjadi beberapa kelompok kecil, diantaranya:

- a. *Genuine NGOs (Genuine Non-Governmental Organizations)*; kelompok TNOs yang anggotanya hanya terdiri dari aktor non-negara.
- b. *Hybrid NGOs (Hybrid Non-Governmental Organizations)*; kelompok TNOs yang anggotanya terdiri dari aktor negara dan non-negara.

---

<sup>18</sup> Clive Archer. 2001. *International Organizations: Third Edition*. New York, hal. 65.

- c. *TGOs (The Transgovernmental Organizations)*; adalah kelompok TNOs yang anggotanya terdiri dari pemerintah-pemerintah tetapi tidak diatur oleh kebijakan-kebijakan politik luar negeri negara asal dari masing-masing pemerintah tersebut.
  
- d. *BINGOs (Business International Non-Governmental Organizations)*; adalah kelompok TNOs yang lebih dikenal dengan istilah MNCs (*Multi National Corporations*), merupakan badan usaha raksasa yang cabangnya tersebar di negara-negara di dunia, sehingga kadang regulasi perusahaannya lebih kuat dari regulasi dasar negara tempatnya berusaha, atau bahkan mempengaruhi perumusan regulasi di sebuah negara.

Selain berdasarkan keanggotaan, ada lagi spesifikasi lain yang dibuat oleh Clive Archer, yaitu berdasarkan tujuan dan aktivitas bersama, serta berdasarkan struktur organisasi internasional. Berdasarkan logika organisasi, jika beberapa aktor atau pihak memutuskan untuk bekerja sama, terlebih bersama untuk bergabung dalam suatu organisasi internasional, pasti memiliki tujuan yang sama untuk diwujudkan bersama. Permasalahan kemudian, dalam proses aktivitas organisasi, ada beberapa kemungkinan yang muncul, diantaranya:

- a. Kemungkinan untuk terbentuknya hubungan kerja sama antar aktor,

- b. Kemungkinan untuk meminimalisir konflik dari hubungan kerja sama yang terbentuk,
- c. Kemungkinan untuk terjadinya hubungan konfrontasi, yang sering menjadi akhir dari sebuah organisasi internasional jika dimanfaatkan oleh pihak tertentu yang berharap lebih.

Adapun pengklasifikasian terakhir dari Clive Archer, yakni berdasarkan struktur organisasi internasional. Pasca abad ke-20, struktur global semakin kompleks, yang kemudian diikuti oleh berbagai aktor global, termasuk organisasi internasional. Pengspesifikasian berdasarkan struktur ini, lebih didasarkan pada bagaimana power setiap anggota dan bagaimana pengaruh power tersebut terhadap struktur organisasi internasional. *Power* dalam sebuah organisasi internasional seringkali dikaitkan dengan proses pengambilan kebijakan. Hal ini terkait dengan sistem hak suara. Ada berbagai sistem hak suara yang sering dipakai dalam sebuah organisasi internasional, misalnya konsep *one man one vote (majority voting)*, hak veto, *unanimity voting*, dan ada pula konsep ‘siapa yang berkontribusi banyak, besar pula hak suaranya’ (*weighted voting*).

Ada lagi pengelompokan organisasi internasional yang didasarkan oleh berbagai macam hal lain menurut Teuku May Rudy<sup>19</sup>. Dalam bukunya, “Administrasi dan Organisasi Internasional,” May Rudy mengumpulkan berbagai macam pengelompokan organisasi internasional berdasarkan,

- a. Kegiatan Administrasi,

---

<sup>19</sup> T. May Rudy. *loc cit.* hal. 5.

- i) Organisasi Internasional Antar Pemerintah (*Inter-Governmental Organization*) atau sering disingkat IGO. Contohnya: PBB, ASEAN, SAARC, OAU (*Organization of African Unity*), NAM (*Non Aligned Movement*), dan lain-lain.
  - ii) Organisasi Internasional Non-Pemerintah (*Non-Governmental Organization*) atau sering disingkat NGO. Contohnya: IBF (*International Badminton Federation*), ICC (*International Chambers of Commerce*), Dewan Masjid Sedunia, Dewan Gereja Sedunia, Perhimpunan Donor Darah Sedunia, dan lain-lain.
- b. Ruang Lingkup (Wilayah) Kegiatan dan Keanggotaan,
- i) Organisasi Internasional Global. Contohnya: PBB, OKI, GNB.
  - ii) Organisasi Internasional Regional. Contohnya: ASEAN, OAU, GCC (*Gulf Cooperation Council*), EU (*European Union*), SAARC (*South Asian Association for Regional Cooperation*).
- c. Bidang Kegiatan (Operasional) Organisasi,
- i) Bidang Ekonomi. Contohnya: KADIN Internasional (*International Chamber of Commerce*), IMF, Bank Dunia.
  - ii) Bidang Lingkungan Hidup. Contohnya: UNEP (*United Nation Environmental Program*).

iii) Bidang Kesehatan. Contohnya: WHO, IDF (*International Dental Federation*).

iv) Bidang Pertambangan. Contohnya: ITO (*International Timber Organization*).

v) Bidang Komoditi (Pertanian dan Industri). Contohnya: IWTO (*International Wool Textile Organization*), ICO (*International Coffee Organization*).

vi) Bidang Bea-Cukai dan perdagangan Internasional. Contohnya: GATT (*General Agreement on Tariffs and Trades*), WTO, dan lain-lain.

d. Tujuan dan Luas-Bidang Kegiatan Organisasi

i) Organisasi Internasional Umum. Contohnya: PBB.

ii) Organisasi Internasional Khusus. Contohnya: OPEC (*Organization for Petroleum Exporting Countries*), UNESCO (*United Nation Educational, Science, and Cultural Organiazation*), UNICEF (*United Nation International Children's Emergency Fund*), ITU (*International Telecommunication Union*), UPU, (*Universal Postal Union*), dan lain-lain.

e. Ruang Lingkup (Wilayah) dan Bidang Kegiatan

i) Organisasi Internasional; Global-Umum. Contohnya: PBB.

ii) Organisasi Internasional; Global-Khusus. Contohnya: OPEC, ICAO (*International Civil Aviation Organization*), IMCO (*International Maritime Class Organization*), ITU, UPU, UNESCO, WHO, FAO, dan juga Palang Merah Internasional (ICRC).

iii) Organisasi Internasional; Regional-Umum. Contohnya: ASEAN, EU, OAS (*Organization of American States*), OAU, SAARC, GCC, Liga Arab.

iv) Organisasi Internasional; Regional-Khusus. Contohnya: AIPO (*ASEAN Inter-Parliamentary Organization*), OAPEC (*Organization of Arab Petroleum Exporting Countries*), PATTA (*Pacific Area Tourism and Travel Association*).

f. Taraf Kewenangan (Kekuasaan)

i) Organisasi Supra-Nasional. Maksudnya, kewenangan organisasi internasional berada diatas kewenangan sebuah negara Bentuk organisasi seperti ini belum pernah terealisasikan dalam sejarah dunia modern. Hal ini dikarenakan sistem dunia sekarang menganut sistem ‘banyak negara’ (*multi-state system*) dimana masing-masing negara berdaulat dan sederajat satu sama lain.

ii) Organisasi Kerja Sama (*Co-Operative Organization*). Kedudukan dan kewenangan dalam bentuk organisasi ini sederajat. Ada banyak sekali contohnya, seperti PBB, ASEAN, OKI, OPEC, dan lain-lain.

g. Bentuk dan Pola Kerja Sama

- i) Kerja Sama Pertahanan Keamanan (*Collective Security*). Contohnya: NATO (*North Atlantic Treaty Organization*).
- ii) Kerja Sama Fungsional. Bentuk kerja sama ini hampir sama dengan pengelompokan yang berdasar kerja sama. Karena setiap anggota akan memutuskan untuk bekerja sama jika mereka mendapat keuntungan bagi mereka satu sama lain. Contohnya sangat banyak, misalnya PBB, ASEAN, OKI, OPEC, SAARC, OAU, GCC, dan lain-lain.

h. Fungsi Organisasi

- i) Organisasi Politik (*Political Organization*). Contohnya: PBB, ASEAN, SAARC, NATO, ANZUS (*Australia, New Zealand, and United States*), OAU, Liga Arab, dan lain-lain.
- ii) Organisasi Administratif (*Administrative Organization*). Contohnya: UPU, ITU, OPEC, ICAO, ICRC.
- iii) Organisasi Peradilan (*Judicial Organization*). Contohnya: Mahkamah Internasional (*International Court of Justice*) dan ICC (*International Criminal Court*).

Selain itu, terdapat fungsi dan peranan dari organisasi internasional dalam hubungan internasional. Setiap organisasi internasional tentu memiliki peranan

dan fungsinya masing-masing. Berikut beberapa peran dan fungsi internasional menurut para ahli:

- a. Le Roy Bennet dalam bukunya *International Organization* yang mengemukakan bahwa :

*As adjuncts of the state system, international organizations can and do play a number of significant roles. Their chief function is to provide the means of cooperation among states in areas in which cooperation provides advantages for all or a large number of nations. In many cases they furnish not only a place where decisions to cooperate can be reached but also the administrative machinery for translating the decisions into action. Another function is to provide multiple channels of communication among governments so that areas of accommodation may be explored and easy access will be available when problems arise*<sup>20</sup>.

Berdasarkan penjelasan Lee Roy Bennet di atas, fungsi organisasi internasional dapat disimpulkan:

- a. Sebagai sarana kerja sama antar-negara dalam bidang-bidang dimana kerja sama tersebut dapat memberi manfaat atau keuntungan bagi sejumlah negara.
- b. Sebagai tempat atau wadah untuk menghasilkan keputusan bersama.

---

<sup>20</sup> Lee Roy Bennet. 1995. *International Organization: Principles and Issues*. Prentice-Hall Inc. New Jersey, hal. 26.

- c. Sebagai sarana atau mekanisme administratif dalam mengefektifkan keputusan bersama menjadi tindakan nyata.
- d. Menyediakan berbagai saluran komunikasi antar-pemerintah sehingga penyesuaian lebih mudah tercapai.

## **B. Bantuan Luar Negeri**

Bantuan luar negeri seringkali juga dibahasakan sebagai pinjaman luar negeri. Jika ditinjau dari segi bahasa, bantuan dan pinjaman memang memiliki makna yang jauh berbeda. Namun, pengaplikasiannya dalam interaksi internasional, bantuan luar negeri yang diterima oleh sebuah negara ada juga berupa pinjaman yang berbunga dan memiliki batas waktu untuk dikembalikan ke negara atau pihak yang memberi bantuan.

Sejarah pinjaman luar negeri, khususnya yang berbentuk pinjaman bilateral sesungguhnya telah dimulai di Eropa sejak abad XIII. Hubungan pinjaman itu semakin meluas bersamaan dengan bertambahnya pinjaman yang diberikan oleh negara bekas penjajah kepada negara bekas jajahannya pada abad XVII dan XIX<sup>21</sup>. Proses ini cukup lancar hingga depresi ekonomi yang terjadi di Amerika Serikat yang berdampak pada hancurnya ekonomi dunia saat itu, tepatnya pada tahun 1929-1932. Pengaruh *Great Depression* terhadap hubungan keuangan dan moneter di banyak negara terasa hingga tahun 1940-an. Oleh karena itu, untuk mengantisipasi hal tersebut maka berkembang pemikiran bahwa sistem perekonomian dunia pada saat itu hanya dapat diperbaiki dengan memperkuat dan

---

<sup>21</sup> Muchtaruddin Siregar. 1991. *Pinjaman Luar Negeri dan Pembiayaan Pembangunan di Indonesia*. Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia. Jakarta, hal. 11.

mengembangkan sistem perekonomian liberal<sup>22</sup>. Pemikiran untuk mengembangkan sistem ekonomi liberal pada saat itu didominasi oleh Amerika Serikat dan Inggris.

Depresi ekonomi tersebut sesungguhnya telah mengacaukan hubungan pinjam-pinjam dalam interaksi bantuan luar negeri antar-aktor. Hal ini ditandai dengan seringnya keterlambatan atau bahkan penunggakan oleh negara debitur. Tidak jarang juga banyak negara debitur yang gagal meminjam karena tidak yakin bisa memenuhi segala syarat peminjaman. Hubungan yang terkacaukan ini sebenarnya sudah teratasi dengan lebih baik sesuai dengan pemikiran mendasar para ekonom yang percaya dengan sistem liberal. Kini, proses pinjam-meminjam, terkhusus yang bersifat internasional telah diatasi oleh lembaga-lembaga tertentu yang beranggotakan beberapa negara.

Bantuan luar negeri menjadi solusi oleh beberapa lembaga dalam sistem ekonomi liberal pada saat itu. Dewasa ini, ada banyak sekali definisi mengenai bantuan luar negeri. Misalnya, Robert Gilpin dalam bukunya *The Political Economy of International Relation*, yakni bantuan luar negeri diartikan sebagai sejumlah dana yang diberikan oleh negara yang relatif maju atau kaya kepada negara yang secara ekonomi lebih miskin. K. J. Holsti<sup>23</sup>, dalam bukunya *International Politics: Framework of Analysis*, mengartikan bantuan luar negeri sebagai transfer uang, teknologi, ataupun nasihat-nasihat teknis dari negara donor

---

<sup>22</sup> Agus Brotosusilo. 1996. *Dampak Yuridis, Pertimbangan Ekonomis, dan Cakrawala Sosiologis, Ratifikasi Agreement Establishing the World Trade Organization oleh Indonesia*. Jurnal Hukum dan Pembangunan. No. 2/XXVI. Badan Penerbit FH UI, hal. 176-177.

<sup>23</sup> K. J. Holsti. 1995. *International Politics: Framework of Analysis*. Prentice Hall. New Jersey, hal. 180.

ke negara penerima. Ada pandangan yang berbeda mengenai bantuan luar negeri menurut Alan Rix<sup>24</sup> dalam bukunya *Japan's Foreign Aid Challenge: Policy Reform and Aid Leadership*. Menurutnya, pemberian bantuan luar negeri antara negara donor dan negara penerima bantuan tidak terlepas dari maksud dan motivasi para negara donor.

Motivasi yang dimaksud Alan Rix, yaitu:

- a. Motif kemanusiaan, yang bertujuan untuk mengurangi kemiskinan di Negara-Negara Berkembang melalui dukungan kerjasama ekonomi.
- b. Motif politik, yang memusatkan tujuan untuk meningkatkan imej negara donor. Peralihan pujian menjadi tujuan dari pemberian bantuan luar negeri baik dari sektor politik domestik dan hubungan luar negeri donor.
- c. Motif keamanan nasional, yang mendasarkan pada asumsi bahwa bantuan luar negeri dapat menghasilkan pertumbuhan ekonomi yang akan mendorong stabilitas politik dan akan memberikan keuntungan pada kepentingan negara donor. Dengan kata lain, motif keamanan nasional ini juga memiliki sisi ekonomi.
- d. Motif kepentingan nasional, yaitu motif yang berkaitan dengan kepentingan nasional negara donor.

Selanjutnya, Pearson dan Paysilian merumuskan pengertian bantuan luar negeri dengan ditinjau dari berbagai perspektif yang bisaa digunakan dalam

---

<sup>24</sup> Alan Rix. 1993. *Japan's Foreign Aid Policy Reform and Aid Leadership*. Routledge. London and New York, hal. 18-19.

menganalisis fenomena. Dalam hal ini, fenomena yang dimaksud adalah bantuan/pinjaman luar negeri. Beberapa definisi yang dimaksud, yaitu:

- a. Aliran Realis berpendapat bahwa tujuan utama bantuan luar negeri adalah bukan untuk menunjukkan idealisme abstrak aspirasi kemanusiaan tetapi untuk proyeksi power nasional. Bantuan luar negeri merupakan komponen penting bagi kebijakan keamanan internasional.
- b. Aliran Idealis mendefinisikan bahwa bantuan luar negeri secara esensial merupakan gerakan kemanusiaan yang menunjukkan nilai-nilai kemanusiaan internasional. Pemikiran ini menyatakan bahwa negara yang lebih kaya memiliki tanggung jawab moral untuk membantu negara-negara yang membutuhkan (miskin). Oleh karena itu, berangkat dari pemikiran idealis, pemikiran moralis pun berpendapat bahwa bantuan luar negeri mendorong dukungan yang saling menguntungkan dan sejalan dengan pembangunan ekonomi, hak asasi manusia, dan ketertiban internasional.
- c. Pada teori *Bureaucratic incrementalist* pun disebutkan bahwa bantuan luar negeri merupakan suatu kebijakan publik, produk dari politik domestik yang menyebabkan opini publik, kelompok kepentingan, dan institusi pemerintah yang secara langsung terlibat dalam proses pembuatan kebijakan yang mempromosikan kepentingan nasional melalui agenda politik.

- d. Lain halnya dalam teori ketergantungan (*Dependencia*). Teori ini menyatakan bahwa bantuan luar negeri dilakukan oleh negara kaya untuk mempengaruhi hubungan domestik dan luar negeri negara penerima bantuan. Selain itu juga bertujuan merangkul elit politik lokal di negara penerima untuk tujuan komersil dan keamanan nasional. Kemudian, melalui jaringan internasional, keuangan internasional, dan struktur produksi, bantuan luar negeri digunakan dengan tujuan untuk melakukan eksploitasi terhadap sumberdaya alam negara penerima. Sehingga, para penganut teori dependensia beranggapan bahwa bantuan luar negeri dapat digunakan sebagai sebuah instrumen untuk perlindungan dan ekspansi negara kaya ke negara miskin layaknya sebuah sistem yang mengekalkan ketergantungan.

Adapun jenis-jenis pengelompokan bantuan luar negeri dalam interaksi ekonomi politik internasional. Diantaranya, menurut K. J. Holsti, ada empat tipe utama bantuan luar negeri<sup>25</sup>, yaitu *technical assistance* atau bantuan teknis, hibah atau *grants* (ada juga program impor komoditi), pinjaman pembangunan, dan bantuan kemanusiaan yang bersifat darurat. Selain itu, ada juga pengelompokan bantuan dari negara-negara kaya kepada negara-negara miskin yang dikenal dengan istilah pemindahan sumber-sumber (*flow of resources*). Pengelompokannya terdiri dari:

- a. Pemindahan sumber-sumber resmi (*flow of official resources*), berupa:

---

<sup>25</sup> K. J. Holsti. *op.cit.* hal. 182.

- i) Pemindahan secara bilateral, yaitu *grants* (pemberian), sumbangan yang menyerupai *grants*, dan modal pemerintahan jangka panjang.
  - ii) Pemindahan secara multilateral, yaitu *grants* dan iuran modal kepada badan-badan pembangunan internasional dan pemberian hutang kepada badan-badan tersebut termasuk pembelian obligasi.
- b. Pemindahan sumber-sumber swasta (*flow of private resources*), berupa:
- i) Investasi langsung swasta (*foreign direct investment*), investasi portofolio (*portfolio investment*), pinjaman bank komersial (*commercial bank lending*), dan kredit ekspor (*exports credit*).

Hingga kini, pinjaman luar negeri kian meningkat dengan berbagai alasan ekonomi, antara lain alasan *saving gap* (kesenjangan tabungan) dari suatu negara dengan rencana investasi yang sesuai dengan sasaran pembangunannya<sup>26</sup>. Pinjaman luar negeri, dalam praktiknya memiliki bentuk atau jenis yang beragam sesuai dengan sifatnya. Jika dilihat dari sifat persyaratan pinjaman, maka pinjaman luar negeri dapat diklasifikasikan atas:<sup>27</sup>

a. Pinjaman Lunak (*Concessional Loan*)

---

<sup>26</sup> Michael P. Todaro dan Stephen C. Smith. 2004. *Pembangunan Ekonomi di Dunia Ketiga*. Erlangga. Jakarta, hal. 434.

<sup>27</sup> Jelly Leviza. 2009. *Tanggung Jawab bank Dunia dan IMF sebagai Subjek Hukum Internasional*. Sofmedia. Jakarta, hal. 2.

Pinjaman ini berasal dari lembaga multilateral maupun lembaga bilateral. Pinjaman ini bercirikan tingkat bunga yang rendah (sekitar 3,5%), jangka waktu pengembalian yang panjang (sekitar 25 tahun), dan masa tenggang (*grace period*) cukup panjang, yakni 7 tahun. Contohnya seperti pinjaman-pinjaman yang diberikan Bank Dunia dan *Asian Development Bank* (ADB) yang seringkali memberikan pinjaman untuk jangka waktu 25-40 tahun.

b. Pinjaman Setengah Lunak (*Semi Concessional Loan*)

Pinjaman ini adalah pinjaman yang memiliki persyaratan pinjaman sebagian komersil namun dijamin oleh suatu lembaga pengembangan ekspor. Bisaanya bentuknya berupa fasilitas kredit ekspor, misalnya suatu negara yang ingin memajukan ekspor di negaranya akan menyediakan pembiayaan bagi supliernya untuk menjual barangnya kepada debitor. Dulu dikenal juga dengan istilah *purchase and installment sales agreement*, contohnya dari Leasing Company di Jepang.

c. Pinjaman Komersial (*Commercial Loan*)

Pinjaman ini adalah pinjaman yang berasal dari bank atau lembaga keuangan dengan persyaratan yang berlaku di pasar internasional pada umumnya. Berdasarkan sifatnya lagi, terdapat lagi pembedaan seperti:

- i) Pinjaman Bilateral, yaitu pinjaman dengan jumlah kecil yang berasal dari satu bank.

- ii) Pinjaman Multilateral, yaitu pinjaman dalam jumlah besar yang berbentuk sindikasi.

Sedangkan berdasarkan bentuknya, terdapat juga perbedaan seperti:

- i) Bentuk surat utang (*notes*) dengan bunga mengambang, atau obligasi (*bonds*) dengan bunga yang tetap. Keduanya sama-sama berasal dari pasar modal (*capital market*).
- ii) Pinjaman dari perbankan internasional yang berbentuk sindikasi dengan jumlah pinjaman yang besar.

Berdasarkan penjabaran diatas, pengklasifikasian pinjaman luar negeri memang sangat kompleks. Namun, sebelumnya, kita perlu membedakan dulu secara mendasar antara pinjaman bilateral dan multilateral dalam kelompok pinjaman luar negeri. Pinjaman bilateral adalah pinjaman yang diberikan secara langsung dari suatu pemerintah negara maju kepada suatu pemerintah negara berkembang, sehingga sering juga disebut *G to G (Government to Government Aid)*. Sedangkan pinjaman multilateral adalah pinjaman yang diberikan oleh lembaga-lembaga keuangan, seperti: Bank Dunia (*World Bank*), *International Monetary Fund (IMF)*, dan lain-lain.

Sebagaimana yang penulis telah sebutkan sebelumnya, pinjaman luar negeri (*foreign loan*) dan bantuan luar negeri (*foreign aid*) sering dianggap

memiliki konotasi yang sama. Pinjaman luar negeri masih memiliki banyak jenis berbeda, diantaranya<sup>28</sup>:

- a. Pinjaman terikat (*tied aid*), yaitu pinjaman yang terbatas hanya bisa digunakan untuk membeli barang dan jasa dari negara donor.
- b. Pinjaman tidak terikat (*untied aid*), yaitu pinjaman yang bebas digunakan oleh negara penerima pinjaman. Dalam artian, penggunaan pinjaman tersebut tidak terikat kepada negara donor yang bersangkutan.
- c. Pinjaman proyek (*project aid*), yaitu pinjaman yang ditujukan khusus untuk suatu proyek pembangunan tertentu.
- d. Pinjaman program (*programme aid*), yaitu pinjaman yang pemanfaatan pinjamannya dapat ditujukan untuk tujuan umum.

Pada umumnya, dalam hubungan pinjam-meminjam, ada beberapa unsur yang harus dipenuhi, antara lain adanya kepercayaan dari pihak donor dan penerima, adanya kesanggupan pihak debitur untuk memenuhi kewajiban-kewajibannya, adanya perjanjian pinjaman yang mengatur hubungan hukum antar pihak, dan penggunaan dana mendapat kesepakatan dari pihak donor<sup>29</sup>. Dalam interaksi internasional, proses pemberian bantuan luar negeri terhadap pihak donor kepada pihak penerima sering juga diidentikkan sebagai suatu perjanjian internasional. Dalam konteks ini, perjanjian pinjaman yang dibuat oleh Bank Dunia sebagai suatu organisasi internasional dengan negara anggota yang

---

<sup>28</sup> Rustian Kamaluddin. 1988. *Perdagangan dan Pinjaman Luar Negeri*, Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia. Jakarta, hal. 33-34.

<sup>29</sup> Mariam Darus Badruzaman. 1981. *Pembentukan Hukum Nasional dan Permasalahannya*. PT. Alumni. Bandung, hal. 146.

meminjam sebagai suatu negara yang berdaulat sering disebut perjanjian internasional.

Perjanjian internasional pada hakekatnya merupakan sumber hukum internasional yang utama (berupa instrumen-instrumen yuridik) yang menampung kehendak dan persetujuan negara, organisasi internasional, dan subjek hukum internasional lainnya guna mencapai tujuan bersama. Persetujuan bersama yang diwujudkan tersebut merupakan dasar hukum internasional untuk mengatur berbagai kegiatan neagra-negara dan subjek hukum internasional lainnya<sup>30</sup>, termasuk dalam hal ini Bank Dunia dan IMF dalam kapasitasnya sebagai organisasi internasional.

Secara sederhana, Bank Dunia memberikan pinjaman dengan memakai bentuk-bentuk formal, seperti<sup>31</sup>:

a. Perjanjian Pinjaman (*Loan Agreement*)

Perjanjian ini diadakan antara dua pihak debitur (peminjam) dengan pihak kreditur (Bank Dunia) dimana Bank Dunia telah menyetujui pinjamannya.

b. Perjanjian Jaminan (*Guarantee Agreement*)

---

<sup>30</sup> Boer Mauna. 2003. *Hukum Internasional, Pengertian, Peranan, dan Fungsi, dalam Era Dinamika Global*. PT. Alumni. Bandung, hal. 437.

<sup>31</sup> Jelly Leviza. *loc cit.* hal. 172.

Perjanjian ini diadakan oleh Bank dengan negara anggota dimana negara anggota tersebut telah menyetujui untuk memberikan jamin atas pinjaman dari Bank Dunia.

c. Perjanjian Proyek (*Project Agreement*)

Perjanjian ini diadakan antara Bank Dunia dengan pelaksana dari proyek yang dibiayai oleh Bank Dunia dimana si pelaksana tadi bukanlah si peminjam.

d. Perjanjian Penerusan Pinjaman (*Subsidiary Loan Agreement*)

Perjanjian ini diadakan apabila negara peminjam meminjamkan lagi pinjamannya tersebut kepada pihak lain, misalnya Pemerintah Pusat meminjamkan dana pinjaman yang diperoleh dari Bank Dunia kepada Pemerintah Daerah, Badan Usaha milik Negara, untuk melaksanakan proyek yang telah dibiayai oleh Bank Dunia.

e. Surat Penjelasan (*Supplementary Letters*)

Surat penjelasan ini kadang-kadang diperlukan untuk melengkapi perjanjian-perjanjian di atas, sehingga karena sifatnya merupakan penjelasan pelengkap bagi perjanjian.

f. Pengaturan Kontrak Tambahan (*Additional Contractual Agreement*)

Kadang-kadang dibutuhkan suatu pengaturan tambahan yang diperlukan untuk mengatur masalah-masalah khusus, misalnya: pengaturan pinjaman, seperti pembuatan akte notaris dan cara pembayaran.

- g. Dalam hal tertentu, mungkin adanya suatu kontrak yang sangat kompleks antara pemerintah dan pihak swasta sebagai pelaksana proyek yang dibiayai oleh Bank Dunia. Bank Dunia di sini akan ikut mengawasi, walaupun bukan sebagai pihak dalam kontrak yang demikian, namun Bank Dunia berkepentingan dalam hubungannya dengan pinjaman yang diberikan. Bank Dunia perlu memberikan persetujuan atas kontrak yang sedemikian ini.

### **C. Kepentingan Nasional**

Pada dasarnya, konsep kepentingan nasional penting untuk menjelaskan perilaku luar negeri suatu negara. Kepentingan nasional juga dapat dilihat dari usaha yang dilakukan sebuah negara dalam memposisikan dirinya di dunia internasional. Kebijakan luar negeri dari sebuah negara akan mencerminkan kepentingan-kepentingan yang diperjuangkan. Kepentingan nasional sebuah negara dipengaruhi berbagai macam faktor internal dan eksternal. Beberapa negara akan memiliki prioritas kepentingan yang berbeda diantara negara-negara lainnya. Masalah yang dihadapi sebuah negara akan membantu dalam merumuskan kepentingan nasionalnya.

Kepentingan nasional dapat juga disebut sebagai *power* dari sebuah negara yang akan diperjuangkan. Realisme menekankan bahwa kepentingan nasional adalah sebagai upaya negara untuk mengejar *power*, dimana *power* adalah segala

sesuatu yang dapat mengembangkan dan memelihara kontrol suatu negara terhadap negara lain.<sup>32</sup> Kekuasaan dan kepentingan nasional dianggap sebagai sarana dan sekaligus tujuan dari tindakan suatu negara untuk bertahan hidup dalam politik internasional.

Sejak penandatanganan perjanjian Westphalia yang menandai pengakuan negara berdaulat, negara-negara mengalami perkembangan baik internal maupun eksternal. Sebagai aktor utama dalam hubungan internasional, negara akan saling mempengaruhi dan beberapa saling membutuhkan. Dalam interaksinya negara akan menjalin kerjasama dengan negara lain baik dibidang ekonomi, politik, maupun militer untuk mencapai kesejahteraan negara tersebut. Ketidakmampuan negara dalam memenuhi kepentingannya sendiri telah menjadi landasan dalam melakukan interaksi.

Dalam memahami perilaku dunia internasional, Dr. Anak Agung Banyu Perwita dan Dr. Yanyan Moch. Yani menjelaskan bahwa kepentingan nasional dapat dikatakan sebagai tujuan fundamental dan faktor penentu akhir yang mengarahkan para pembuat keputusan dari suatu negara dalam merumuskan kebijakan luar negerinya.<sup>33</sup> Dalam paradigma Realis negara dipandang sebagai institusi yang bergerak untuk mencapai tujuan secara logis. Oleh karena itu, metode dan cara akan disesuaikan dengan kepentingan dan situasi yang dihadapi negara demi mencapai kepentingan nasionalnya.

Robinson membagi klasifikasi kepentingan nasional sebagai berikut,<sup>34</sup>:

---

<sup>32</sup> Anak Agung Banyu Perwita dan DR. Yanyan Mochamad Yani. 2006. *Pengantar Ilmu Hubungan Internasional*. PT Remaja Rosdakarya. Bandung, hal. 34.

<sup>33</sup> Ibid. hal.35.

<sup>34</sup> Jack S. Plano dan Ray Olton. 1990. *Kamus Hubungan Internasional*. CV. Abid. Jakarta, hal. 7.

1. *Primary interest*, kepentingan nasional terdiri atas wilayah, negara, identitas politik, kebudayaan dan kelanjutan hidup bangsa terhadap gangguan dari luar. Kepentingan primer ini tidak pernah dikompromikan. Semua negara mempunyai kepentingan serupa dan kerap kali dicapai dengan pengorbanan yang tidak sedikit.
2. *Secondary interest*, kepentingan yang berada diluar primer tetapi dianggap penting dan mendukung kepentingan primer.
3. *Permanent interest*, kepentingan bersifat konstan dalam jangka waktu lama.
4. *Variable interest*, merupakan suatu kepentingan yang bersifat kondisional dan dianggap penting sebagai kepentingan nasional pada suatu waktu tertentu.
5. *General interest*, kepentingan yang dapat diberlakukan untuk banyak negara dan cenderung serupa dalam bidang khusus seperti bidang ekonomi atau perdagangan.
6. *Specific interest*, kepentingan yang lebih bersifat khusus dan spesifik yang cenderung berbeda berdasarkan kebutuhan dan kondisi negara.

Memahami kepentingan nasional akan membantu dalam menganalisis interaksi yang terjadi antar negara-negara. Dalam mencapai kepentingan sebuah negara tidak selamanya akan berjalan mulus dikarenakan faktor internal maupun eksternal. Faktor-faktor yang dimaksud dapat dilihat ketika salah satu dari dua negara yang menjalin kerjasama mengalami konflik maka akan mengganggu kerjasama yang terjalin sehingga kepentingan nasional yang diharapkan dapat

terhambat. Contoh lainnya menyangkut Kepentingan Nasional misalnya saja Indonesia untuk melepaskan Timor Timur, karena kepentingan nasional yang lebih besar yaitu untuk melepaskan tekanan-tekanan internasional terhadap diplomasi luar negeri Indonesia. Analisis seperti ini menurut Mochtar Mas'ood sangat populer dalam studi HI. Hampir semua ilmuan maupun praktisi hubungan internasional sepakat bahwa alasan pembenaran bagi tindakan suatu negara adalah kepentingan nasional. Namun ketika sampai pada konseptualisasi dan definisi yang disepakati dapat diterima luas, spesifikasi kepentingan nasional suatu negara tentang siapa yang menentukan proiritas tindakan yang akan dilakukan oleh suatu negara, serta kapan dan bagaimana urutan proiritas itu harus ditetapkan.<sup>35</sup>

Salah seorang pemikir yang mengkaji politik luar negeri termasuk perdebatan mengenai konsep kepentingan nasional ini adalah Holsti. Menurut Holsti kepentingan nasional disebutnya sebagai kepentingan atau nilai inti, digambarkannya sebagai jenis kepentingan yang untuk mencapainya kebanyakan negara bersedia melakukan pengorbanan sebesar-besarnya. Nilai dan kepentingan ini, menurutnya lagi dikemukakan dalam bentuk asas-asas pokok kebijakan luar negeri dan menjadi keyakinan yang diterima masyarakat tanpa *reserve* atau sikap kritis. Holsti dalam hal ini menghubungkan kepentingan nasional dengan pemeliharaan dari suatu unit politik.<sup>36</sup>

Kepentingan dan nilai inti itu merupakan tujuan jangka pendek, karena tujuan lain jelas tidak mungkin dicapai apabila unit politik dan mengerjakannya

---

<sup>35</sup> Mochtar Mas'ood. 1990. *Ilmu Hubungan Internasional*. Disiplin dan Metodologi. LP3ES. Jakarta, hal. 39.

<sup>36</sup> Paul R. Viotti dan Mark V. Kauppi. 1993. *International Relation's Theory: Second edition*. Macmillan Publishing Company. New York, hal. 539.

tidak mempertahankan eksistensinya sendiri. Dalam pengamatan Holsti seperti yang diutarakan sebelumnya, ia melihat bahwa kepentingan nasional itu relatif berjangka pendek, artinya bahwa kepentingan nasional itu akan tergantung pada persepsi dari suatu bangsa akan kebutuhannya yang paling mendesak dengan memperhitungkan aspek internal (domestik), dan aspek eksternal pada waktu pemerintahan tertentu. Hal ini tidak sepenuhnya ketika kita mencoba mengidentikkan kepentingan nasional yang relatif tetap dan sama antara semua negara bangsa, seperti keamanan (mencakup kelangsungan hidup rakyatnya dan kebutuhan wilayahnya) serta kesejahteraan yang menyangkut hak hidup orang banyak.<sup>37</sup>

Konsep kepentingan nasional menurut Paul Saebury adalah kepentingan nasional berkaitan dengan kumpulan cita-cita suatu bangsa yang berusaha dicapainya melalui hubungan dengan negara lain. Dikatakan kumpulan cita-cita karena didalamnya tidak hanya bercita-cita mengaja *power* semata, tetapi juga cita-cita yang lain. Sementara itu, Tulus warsito melihat bahwa kepentingan nasional suatu negara timbul akibat terbatasnya sumber daya nasional maupun kekuatan nasional, sehingga negara bangsa yang bersangkutan merasa perlu mencari pemenuhan kepentingan nasionalnya keluar batas-batas negaranya. Adapun hakekat kepentingan nasional menurut Frankel adalah sebagai keseluruhan nilai yang hendak ditegakkan disuatu bangsa. Lanjutan kepentingan nasional dapat pula digunakan secara oprasional dan dapat dilihat dalam aplikasinya kepada kebijakan-kebijakan yang dibuat, serta rencana-rencana yang

---

<sup>37</sup> Ibid. hal. 540.

dituju. Dengan demikian kebijakan maupun rencana yang dituju berorientasi kepada kepentingan nasional.<sup>38</sup> Sedangkan Jack C. Plano dan Roy Olton sendiri melihat bahwa kepentingan nasional yang relatif identik antara semua negara itu mencakup kelangsungan hidup bangsa dan negara (*self-preservation*), kemerdekaan (*independence*), keutuhan wilayah (*territorial integrity*), keamanan dan militer (*militar security*), dan kesejahteraan (*economic well-being*). Namun dalam beberapa hal antara kepentingan nasional dan tujuan nasional sebenarnya berbeda. Tujuan nasional (*National Object, National Goals*) pada umumnya berjangka panjang, lebih mendasar dan lebih luas cakupannya, cenderung filosofis dan bersifat makro. Contohnya “Tujuan Nasional” untuk mensejahterahkan bangsa bersifat jangka panjang, sedangkan “Kepentingan Nasional”, merupakan derivasi atau turunan dari “Tujuan Nasional” secara lebih spesifik, terbatas cakupannya atau terbatas kepada program tertentu, cenderung praktis (tidak filosofis), dan mudah berubah guna disesuaikan dengan tuntutan jaman, atau persepsi mayoritas rakyat. Mencermati hal tersebut, dapat dipahami bahwa kepentingan nasional sendiri bisa berjangka panjang dan bisa berjangka pendek.

Tentunya, kepentingan nasional menjadi patokan dalam merumuskan kebijakan luar negeri, bahkan setiap langkah kebijakan luar negeri (*foreign policy*) perlu dilandaskan kepada kepentingan nasional dan diarahkan untuk saling melindungi. Sepanjang mengenai kepentingan nasional, orang berorientasi kepada ideologi atau berorientasi kepada sistem nilai sebagai pedoman perilaku. Artinya bahwa setiap keputusan dan tindakan politik luar negeri dapat didasarkan atas

---

<sup>38</sup> Martin Griffiths dan Terry O’Callaghan. 2002. *International Relations: The Key Concepts*. Routledge. New York dan London, hal. 27.

pertimbangan-pertimbangan idiologi atau atas pertimbangan-pertimbangan keputusan.<sup>39</sup> Dalam keputusan dan tindakan politik luar negeri kadang-kadang terjadi disparitas (perbedaan) antara *statement-statement* tentang nilai dan prinsip yang dianut oleh satu pihak dengan pilitik praktis dipihak lain. Kita melihat bahwa terdapat hubungan antara kepentingan nasional dengan sasaran sebagai penjabaran dari kepentingan nasional. Disparitas muncul karena dalam merancang sasaran didasarkan pada pertimbangan-pertimbangan kepentingan praktis.<sup>40</sup>

Sejak era desentralisasi pasca reformasi 1998, Indonesia tengah berbenah diri dalam segala lini, termasuk sektor kesehatan. Berbagai upaya pemerintah melalui kebijakan-kebijakan yang pro terhadap perbaikan kesehatan nasional. Salah satu kebijakan pemerintah terkait visi Indoensia sehat 2010 adalah kemandirian kesehatan yang salah satunya bermuara pada pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat. Kebijakan yang dikeluarkan pemerintah tidak semata-mata atas prakarsa sendiri melainkan pula atas dorongan dari pihak lain termasuk Bank Dunia dan organisasi internasional lainnya. Dalam kampanye global *Healthy for All*, Bank Dunia bersama dengan WHO mendorong negara-negara berkembang untuk meningkatkan pembangunan kesehatan di negaranya sehingga akses terhadap pelayanan kesehatan menjadi tidak terbatas di kalangan tertentu saja. Adanya pertemuan dari dua kepentingan menyangkut reformasi pembangunan kesehatan menjadi menarik untuk diteliti. Sejauh mana kepentingan kesehatan nasional berhadapan dan saling mempengaruhi dengan misi kesehatan global dari Bank Dunia.

---

<sup>39</sup> Ibid.

<sup>40</sup> Ibid.

## BAB III

### BANK DUNIA DAN KEBIJAKAN KESEHATAN INDONESIA

#### A. Profil Bank Dunia

##### A.1. Sejarah Bank Dunia

Gagasan tentang perlunya keberadaan sebuah institusi internasional dalam bidang keuangan sebenarnya sudah mulai dirintis sejak Perang Dunia II bergulir.<sup>41</sup> Dalam kaitannya dengan dengan hal tersebut diatas, mendekati musim panas 1944, diadakanlah Konferensi Moneter dan keuangan PBB (United Nations Monetary and Financial Conferences) yang dihadiri oleh 730 orang *policy-makers* dan para pakar keuangan internasional yang berkedudukan sebagai delegasi dari 45 negara.<sup>42</sup> Konferensi tersebut mengambil tempat di Hotel Mount Washington, Bretton Woods, New Hampshire, Amerika Serikat, sehingga kelak dikenal dengan sebutan Konferensi Bretton Woods. Tujuan dari Konferensi Bretton Woods adalah untuk menulis kembali aturan system keuangan internasional sehingga dampak Perang Dunia II tidak akan mengulangi perdagangan dan kebijakan moneter yang buruk pasca PD I.<sup>43</sup> Konferensi Bretton Woods ini diakhiri dengan keberhasilan meletakkan dasar-dasar bagi pendirian dua lembaga keuangan internasional sekaligus, yakni Bank Dunia dan IMF.<sup>44</sup> Kedua lembaga tersebut

---

<sup>41</sup> Charles N. Henning. 1958. *International Finance*. Harper and Brothers Publishers. New York, hal. 55.

<sup>42</sup> Bill Orr. 1990. *Are the IMF and the World Bank on the Right Track?*. ABA Banking Journal. Vol. 82, hal. 74.

<sup>43</sup> Peter B. Kenen dan Raymond Lubitz. 1982. *Ekonomi Internasional: Edisi ke-3*, Pustaka Universitas. Jakarta, hal. 154-155.

<sup>44</sup> G. J. H. Van Hoof. 1984. *Supervision within the World Bank: Supervision Mechanism in International Organization*. Asser Institute, hal 403.

sering juga disebut sebagai Lembaga *Bretton Woods* atau *Bretton Woods Institution*. Secara implisit, dalam organisasi dan struktur lembaga Bretton Woods itu ditetapkan prinsip-prinsip tentang bagaimana perdagangan dan pembayaran internasional harus dilakukan. Hal inilah yang sebenarnya menjadi substansi dasar dari *Bretton Woods System*, yakni dimana kedua lembaga tersebut dirancang untuk mengekspresikan prinsip-prinsip dimaksud serta memberikan keabsahannya.<sup>45</sup> Adapun prinsip-prinsip dasar yang terkandung dalam sistem *Bretton Woods* atau *Basic Principles of Bretton Woods System* seperti yang tersebut diatas adalah sebagaimana berikut<sup>46</sup>:

1. Bahwa perubahan nilai tukar adalah suatu masalah yang menjadi kepedulian internasional dan stabilitas pertukaran uang yang paling baik, bisa dicapai melalui suatu sistem nilai tukar yang ditetapkan untuk sementara waktu tetapi mungkin bervariasi dari waktu ke waktu untuk menyesuaikan perubahan fundamental yang terjadi dalam ekonomi internasional.
2. Bahwa harus ada beberapa tambahan atas cadangan mata uang dan emas nasional agar supaya negara-negara tidak dipaksa untuk memenuhi defisit neraca pembayarannya dalam jangka pendek dengan mengganggu penyesuaian atas ketenagakerjaan dan pendapatan domestic.

---

<sup>45</sup> W. M. Scammel. 1967. *International Monetary Policy: Second Edition*. St Martin's Press. New York, hal 154-155.

<sup>46</sup> Ibid.

3. Bahwa kepentingan untuk keselarasan politis dan kesejahteraan ekonomi bersama-sama disajikan oleh suatu sistem perdagangan multilateral yang tak terkekang dan mata uang yang dapat dirubah.
4. Bahwa suatu ketidakseimbangan neraca pembayaran perlu dilihat dari dua sisi dan koreksinya menjadi tanggung jawab bersama, baik bagi negara-negara yang surplus maupun Negara yang mengalami defisit.
5. Bahwa kerjasama moneter internasional itu terbaik dilakukan melalui suatu lembaga internasional dengan kekuasaan-kekuasaan dan fungsi-fungsi yang telah ditetapkan.
6. Bahwa gangguan moneter itu seringkali bersifat tidak moneter murni sehingga suatu agen moneter internasional harus bekerjasama dengan para agen lainnya dimana masing-masing agen tersebut bertanggungjawab untuk berbagai permasalahan seperti masalah stabilisasi ketenagakerjaan atau masalah liberalisasi perdagangan dunia.
7. Bahwa tingkat investasi internasional yang tinggi dan berkelanjutan adalah cukup penting artinya bagi stabilitas ekonomi internasional dan bahwa aliran investasi internasional privat mungkin dapat difasilitasi dan ditingkatkan dengan penciptaan sebuah Bank Investasi Internasional.

Dalam rangka itu, organisasi internasional yang akan dibentuk harus dapat memberikan pinjaman lunak (*Soft Loans*) kepada negara-negara berkembang yang sedang berada dalam upaya atau proses pembangunan dan cukup berkepentingan

atas dana pinjaman tersebut. Adapun pinjaman yang akan diberikan adalah bersifat jangka panjang dengan persyaratannya dan tanpa bunga.<sup>47</sup> Atas dasar hal tersebut diatas, maka pada tahun 1958, Monroney mengusulkan kepada senat Amerika Serikat untuk membentuk IDA dalam kerangka Bank Dunia. Usul tersebut ternyata disetujui oleh senat dan disetujui pula oleh Negara-negara anggota Bank Dunia. Sebagai tindak lanjut dari usulan tersebut, maka para direktur eksekutif diminta untuk segera membuat draft perjanjian guna menetapkan IDA. Akhirnya IDA berhasil didirikan dan anggaran dasar dari IDA mulai berlaku sejak tanggal 15 september 1960.<sup>48</sup>

## A. 2. Tujuan Bank Dunia

Bank Dunia (*World Bank*) merupakan sebuah [lembaga keuangan](#) internasional yang menyediakan pinjaman kepada [negara berkembang](#) untuk [program pemberian modal](#). Bank Dunia didirikan pada [27 Desember 1945](#) melalui [konferensi](#) yang berlangsung pada [1 Juli – 22 Juli 1944](#) di kota [Bretton Woods](#). Secara teknis dan structural, Bank Dunia termasuk kedalam salah satu Badan [PBB](#), namun secara operasional sangat berbeda dari badan-badan PBB lainnya.

Bank Dunia berbeda dengan [Grup Bank Dunia](#) (*World Bank Group*), dimana Bank Dunia hanya terdiri dari dua lembaga, yaitu [Bank Internasional untuk Rekonstruksi dan Pembangunan](#) (IBRD/*International Bank for Reconstruction and Development*) dan [Asosiasi Pembangunan Internasional](#) (IDA/*International Development Association*). Berbeda halnya dengan Grup Bank

---

<sup>47</sup> G. J. Van Hoof. *op. cit.* hal. 405.

<sup>48</sup> Ibid.

Dunia yang mencakup IBRD dan IDA, serta ditambah lagi dengan tiga institusi lainnya, yaitu: [International Finance Corporation](#) (IFC), [Multilateral Investment Guarantee Agency](#) (MIGA), dan [International Centre for Settlement of Investment Disputes](#) (ICSID).<sup>49</sup>

Secara umum, tujuan Bank Dunia adalah mengurangi kemiskinan. Namun selain tujuan umum tersebut, perlu pula kita melihat tujuan yang tertuang dalam dokumen konstitusi dasar dari dua institusi Bank Dunia, yaitu IBRD dan IDA. Dokumen inilah yang dikenal dengan *Articles of Agreement* yang merupakan landasan hukum, serta konstitusi dasar dari Bank Dunia.

Dalam pasal 1 anggaran dasar IBRD disebutkan tujuan pendiriannya adalah untuk hal-hal sebagaimana berikut<sup>50</sup>:

1. Membantu pembangunan dan perbaikan di wilayah Negara anggota dengan menyediakan pinjaman maupun penanaman modal untuk kepentingan produksi.
2. Mendorong penanaman modal asing dengan cara pemberian jaminan atau dengan berpartisipasi langsung dalam pemberian pinjaman.
3. Mendorong pertumbuhan neraca jangka panjang dalam perdagangan internasional dan mempertahankan keseimbangan dalam neraca pembayaran.

---

<sup>49</sup> World Bank. *About*. [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org). diakses pada tanggal 1 Mei 2014.

<sup>50</sup> Jelly Leviza. 2009. *Tanggung Jawab Bank Dunia dan IMF sebagai Subjek Hukum Internasional*. Sofmedia. Jakarta, hal 28-29.

4. Mengatur pinjaman-pinjaman agar lebih bermanfaat dan untuk proyek-proyek yang lebih diperlukan.
5. Menghubungkan kegiatan umum yang mempunyai dampak terhadap penanaman modal atau perdagangan internasional dalam wilayah Negara anggota.

Sedangkan menurut pasal 1 anggaran dasar IDA, bahwa tujuannya adalah untuk membantu pembangunan ekonomi, menaikkan produktifitas dan menaikkan kehidupan Negara-negara berkembang, terutama Negara-negara anggota, khususnya menyediakan dana yang diperlukan untuk pembangunan dengan persyaratan yang lebih ringan dan luwes serta kurang membawa pengaruh terhadap neraca pembayaran jika dibandingkan dengan pinjaman biasa<sup>51</sup>.

IDA harus melanjutkan tujuan pembangunan IBRD. Disamping itu IDA hanya sebagai suplemen dari tugas IBRD sehingga IDA merupakan sub-ordinat dari IBRD. Pada akhirnya, tugas Bank Dunia adalah untuk membimbing misi pembangunan yang panjang dan sangat fundamental dengan mendorong pertumbuhan ekonomi, mengurangi kemiskinan dan meningkatkan standar hidup rakyat di dunia. Dalam rangka mencapai tujuannya tersebut, maka Bank Dunia haruslah mengambil posisi sebagai sebuah lembaga keuangan yang tetap giat memungkinkan mobilisasi dana dan dalam masyarakat pemberi donor untuk membantu Negara berkembang.

---

<sup>51</sup> Ibid.

### A. 3. Keanggotaan Bank Dunia

Ketentuan-ketentuan mengenai keanggotaan Bank Dunia relatif melekat pada definisi keanggotaan yang ada pada IBRD dan IDA. IDA mensyaratkan agar anggotanya harus juga berkedudukan sebagai anggota asli IBRD.<sup>52</sup> Kemudian anggota IBRD harus merupakan anggota IMF yang menerima keanggotaannya sebelum tanggal 31 desember 1945. Negara-negara lain boleh ikut setelah memenuhi syarat yang ditetapkan Bank Dunia. Dalam hal ini keanggotaan Bank Dunia harus sama dengan keanggotaan IMF, namun tidak semua anggota IMF dapat menjadi anggota Bank Dunia.<sup>53</sup>

Ada beberapa hal penting yang harus diperhatikan dalam masalah keanggotaan ini, antara lain yaitu masalah-masalah yang berkenaan dengan jumlah kontribusi, jumlah yang harus dibayar dan jumlah yang harus diminta pada anggota dalam keanggotaan IBRD (termasuk keanggotaan IMF). Pengaturan lainnya menyebutkan tentang hak anggota untuk keluar dari organisasi, dan bila Negara anggota telah gagal memenuhinya sebagai anggota. Dalam hal ini sanksi yang akan dijatuhkan bisa berupa penundaan keanggotaan<sup>54</sup>. Secara kuantitatif, jumlah anggota Bank Dunia sampai dengan tahun 2014 adalah sebanyak 188 negara anggota IBRD, serta sebanyak 173 negara anggota IDA.<sup>55</sup>

---

<sup>52</sup> IDA. 1960. *Article II Section 1 a,b from the articles of agreement of the International Development Association.*

<sup>53</sup> Jelly Leviza. *loc.cit.* hal 30.

<sup>54</sup> Ibid.

<sup>55</sup> World Bank. *Members.* [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org), diakses pada tanggal 2 Mei 2014.

#### A. 4. Sumber Dana Bank Dunia

Sumber dana utama bagi IBRD adalah iuran Negara anggota sebagaimana ditentukan dalam anggaran dasar IBRD tentang *authorized capital* (modal dasar) dan saham dengan harga sebesar 100.000 dolar amerika.<sup>56</sup> Untuk modal dasar tersebut Negara anggota asli harus membayar saham dengan batas minimum seperti yang tercantum dalam anggaran dasar IBRD, sedangkan bagi Negara anggota lain banyaknya bagian saham ditentukan oleh keputusan IBRD dengan memperhatikan kemampuan Negara anggota yang bersangkutan.<sup>57</sup> Diluar dana modal tersebut, IBRD memiliki dana cadangan yang dimulai sejak tahun 1964. Ketika itu IBRD memutuskan bahwa pendapatan dari kegiatan meminjamkan dan hasil 1% dari biaya yang ditarik tiap tahun dari pinjaman yang dikeluarkan akan didepositkan pada cadangan umum. Cadangan ini disebut juga sebagai cadangan suplemen. Cadangan ini pula lah yang digunakan sebagai hibah pada IDA.

IBRD pun memiliki dana pinjaman, yakni dana yang diperoleh dari pinjaman yang diberikan para Negara anggotanya berdasarkan anggaran dasar. Mula-mula IBRD meminjam pada pasar modal Amerika Serikat, tetapi kemudian berkurang. IBRD meminjam dengan jalan menjual obligasi, misalnya pada Jerman, Swiss, Jepang, OPEC dan lain-lain.<sup>58</sup>

Dalam memberikan pinjaman pada Negara-negara berkembang, IBRD mempunyai kebijaksanaan yang disebut "*Interest Subsidy Fund*" yang merupakan bagian dari apa yang disebut dengan *intermediate financing facility*, yang

---

<sup>56</sup> IBRD. 1989. Article II, Section 2 b from the articles of agreement of the IBRD.

<sup>57</sup> Ibid.

<sup>58</sup> World Bank. 1993. *The World Bank Annual Report*. Washington DC, hal. 217.

ditentukan oleh direktur eksekutif pada tanggal 29 Juli 1975 dan mulai efektif berlaku pada 23 Desember 1975.<sup>59</sup> Kebijakan ini sering juga disebut juga dengan “*third window*” karena IBRD memberikan pinjaman dengan bunga tinggi (*harder*) dibandingkan dengan pinjaman IDA yang lebih lunak (*softer*) jika dibandingkan dengan bunga yang bisa ditentukan IBRD dalam pinjamannya. *Interest Subsidy Fund* ini dibiayai oleh iuran sukarela anggota dari Swiss.<sup>60</sup>

Sementara itu, IDA mengumpulkan dananya melalui iuran Negara anggotanya. Adapun Negara anggota IDA digolongkan menjadi dua, yaitu golongan pertama, yang terdiri dari Negara-negara kaya. Golongan I harus membayar penuh iurannya dalam bentuk emas maupun dalam bentuk mata uang. Sedangkan golongan kedua, terdiri dari Negara-negara berkembang. Golongan II hanya membayar 10% dari iurannya dalam bentuk emas ataupun dalam bentuk mata uang. Sisanya sebanyak 90% dibayar dalam bentuk mata uang negaranya dan hanya dapat dipergunakan untuk dipinjamkan bila ada persetujuan dari Negara yang bersangkutan<sup>61</sup>. Oleh karena itu, pengembalian kredit yang berasal dari IDA cukup panjang dan tidak dikenai bunga, tidak seperti halnya IBRD yang meminjam dari pasar modal.

#### **A. 5. Jenis Bantuan Pinjaman Bank Dunia**

Bank Dunia merupakan institusi keuangan internasional yang arus utama pergerakannya berada dalam wilayah pemberian bantuan berupa pinjaman. Sejak

---

<sup>59</sup> G. J. Hoof. 1984. *Supervision within the World Bank: Supervision Mechanism in International Organization*. Asser Institute, hal. 403.

<sup>60</sup> Ibid.

<sup>61</sup> IDA. 1960. *Article II Section 1 a,b from the articles of agreement of the International Development Association*

tahun 1968, ketika presiden Bank Dunia dijabat oleh R. Mc. Namara, dirinya sangat tertarik meningkatkan pertumbuhan ekonomi melalui investasi modal.<sup>62</sup> Jika kita mengaitkannya dalam sektor kesehatan, Bank Dunia sejak tahun 2002 menaruh perhatian khusus dalam bidang ini<sup>63</sup>. Adapun selain bantuan pinjaman, bantuan teknis pun diterbitkan Bank Dunia untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dunia<sup>64</sup>. Dalam implementasi kerjasama yang dilakukan oleh Bank Dunia, biasanya Negara peminjam mengajukan permohonan proposal bantuan yang berisi usulan proyek-proyek. Disisi lain, ada prioritas tersendiri dari Bank Dunia yang dapat terlihat dari strategi sektor, Negara, dan regional. Kertas *The Poverty Reduction Strategy Paper* (PRSP) disiapkan oleh Pemerintah dengan inisiatif dari Bank Dunia, yang menggambarkan target jangka pendek pengurangan angka kemiskinan Negara terkait. Disisi lain, Strategi Bantuan Bank Dunia atau *Bank's Country Assistance Strategy* (CAS), dibuat oleh Bank Dunia untuk menggambarkan rencana aktifitasnya di negara-negara tertentu selama lebih dari 3-5 tahun.

Wujud dari PRSP dan CAS adalah kompromi kepentingan dari Bank Dunia termasuk Negara donor didalamnya dengan kepentingan nasional sebuah Negara peminjam. Pada titik inilah, Negara pemberi pinjaman yang tergabung dalam Dewan Direktur Bank Dunia harus memiliki jaminan bahwa kepentingan mereka dapat tercapai melalui kerja-kerja Bank Dunia, sehingga apa yang terjadi di negara-negara peminjam (*recipient*) adalah hasil dari interaksi berbagai kepentingan ini. Meskipun Bank Dunia selalu menyatakan bahwa semua proyek

---

<sup>62</sup> Phillip W Jones. 2007. *World Bank Financing of Education*. Routledge. New York, hal 78.

<sup>63</sup> Bank Dunia. 2013. *World Bank Annual Report 2013*. The World Bank Publishers, Hal 46.

<sup>64</sup> Ibid.

yang didukungnya di sebuah negara selalu diminta oleh pemerintah yang bersangkutan, namun pada kenyataannya pemerintah negara peminjam seringkali tidak memiliki pengaruh yang cukup atas penyusunan dokumen kunci strategis ini. Begitu pula dengan pengaruh masyarakat sipil pada substansi dokumen-dokumen kebijakan seperti PRSP dan CAS masih sangat terbatas. Padahal implementasi kebijakan strategis Bank Dunia, melalui riset dan analisa, investasi proyek, serta pinjaman untuk perubahan kebijakan, sangat mempengaruhi kebijakan pemerintah serta agenda dari donor lain.<sup>65</sup>

Adapun berbagai jenis bantuan pinjaman Bank Dunia secara formal, terdiri atas sebagai berikut:<sup>66</sup>

1. Perjanjian Pinjaman (*Loan Agreement*)

Perjanjian ini diadakan antara dua pihak debitur (peminjam) dengan pihak kreditur (Bank Dunia) dimana Bank Dunia telah menyetujui pinjamannya.

2. Perjanjian jaminan (*Guarantee Agreement*)

Perjanjian ini diadakan oleh Bank Dunia dengan Negara anggota dimana Negara anggota tersebut telah menyetujui untuk memberikan jaminan atas pinjaman dari Bank Dunia.

3. Perjanjian Proyek (*Project Agreement*)

---

<sup>65</sup> Bank Information Center. 2013. *Chapter 2: Kelompok Bank Dunia di Negara Anda*. hal. 12.

<sup>66</sup> Jelly Leviza. 2009. *Tanggung Jawab Bank Dunia dan IMF sebagai Subjek Hukum Internasional*. Softmedia. Jakarta, hal. 172

Perjanjian ini diadakan antara Bank Dunia dengan pelaksana dari proyek yang dibiayai oleh Bank Dunia dimana si pelaksana tadi bukanlah si peminjam.

4. Perjanjian Penerusan Pinjaman (*Subsidiary Loan Agreement*)

Perjanjian ini diadakan apabila Negara peminjam meminjamkan lagi pinjamannya tersebut kepada pihak lain, misalnya pemerintah pusat meminjamkan dana pinjaman yang diperoleh dari Bank Dunia kepada pemerintah daerah, Badan Usaha Milik Negara, untuk melaksanakan proyek yang telah dibiayai oleh Bank Dunia.

5. Surat Penjelasan (*Supplementary Letters*)

Surat Penjelasan ini kadang-kadang diperlukan untuk melengkapi perjanjian-perjanjian diatas, sehingga karena sifatnya merupakan penjelasan pelengkap bagi perjanjian.

6. Pengaturan Kontrak Tambahan (*Additional Contractual Agreement*)

Kadang-kadang dibutuhkan suatu pengaturan tambahan yang diperlukan untuk mengatur masalah-masalah khusus, misalnya pengaturan pinjaman, seperti pembuatan akte notaris dan cara pembayaran.

7. Dalam hal tertentu, mungkin adanya suatu kontrak yang sangat kompleks antara pemerintah dan pihak swasta sebagai pelaksana proyek yang dibiayai oleh Bank Dunia. Bank Dunia disini akan ikut mengawasi, walaupun bukan sebagai pihak dalam kontrak yang demikian, namun Bank Dunia berkepentingan dalam

hubungannya dengan pinjaman yang diberikan. Bank Dunia perlu memberikan persetujuan atas kontrak yang sedemikian ini.

## **B. Kebijakan Kesehatan di Indonesia**

### **B. 1. Kebijakan Kesehatan**

Secara terminologi, kita sudah lazim mendengar kebijakan publik. Pada dasarnya, kebijakan publik dapat pula bertransformasi menjadi perangkat kebijakan kesehatan. Kebijakan kesehatan ini dapat pula menghasilkan seperangkat aturan kesehatan atau dikenal dengan sistem kesehatan yang akan diterapkan. Kebijakan kesehatan dapat dikatakan pula sebagai sebuah kebijakan yang berorientasi pada sektor kesehatan dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan setiap warga Negara. Definisi kebijakan kesehatan menurut Bank Dunia yaitu pengalokasian sumberdaya yang terbatas di bidang kesehatan. Kemudian dapat pula diartikan sebagai sebuah proses dan kekuasaan, termasuk didalamnya siapa mempengaruhi siapa pada pembuatan kebijakan kesehatan dan bagaimana kebijakan itu akhirnya terjadi.<sup>67</sup>

Secara sederhana, kebijakan kesehatan dipahami persis sebagai kebijakan publik yang berlaku untuk bidang kesehatan. Urgensi kebijakan kesehatan sebagai bagian dari kebijakan publik, semakin menguat mengingat karakteristik unik yang ada pada sektor kesehatan sebagai berikut<sup>68</sup>:

1. Sektor kesehatan sangat kompleks karena menyangkut hajat hidup orang banyak dan kepentingan masyarakat luas. Dengan perkataan

---

<sup>67</sup> Dumilah Ayuningtyas. 2014. *Kebijakan kesehatan: Prinsip dan Praktik*. Rajagrafindo Persada. Jakarta, hal. 10

<sup>68</sup> Ibid.

lain, kesehatan menjadi hak dasar setiap individu yang membutuhkannya secara adil dan setara. Artinya, setiap individu tanpa terkecuali berhak mendapatkan akses dan pelayanan kesehatan yang layak apapun kondisi dan status finansialnya.

2. *Consumer ignorance*, keawaman masyarakat membuat posisi dan relasi “masyarakat-tenaga medis” menjadi tidak sejajar dan cenderung berpola paternalistik. Artinya masyarakat, atau dalam hal ini pasien, tidak memiliki posisi tawar yang baik, bahkan hampir tanpa daya tawar ataupun daya pilih.
3. Kesehatan memiliki sifat *uncertainty* atau ketidakpastian. Kebutuhan akan pelayanan kesehatan sama sekali tidak berkait dengan kemampuan ekonomi rakyat. Siapapun dirinya, baik dari kalangan berpunya maupun miskin ketika jatuh sakit tentu akan membutuhkan pelayanan kesehatan. Ditambah lagi, seseorang tidak akan pernah tahu kapan dirinya akan sakit, serta berapa biaya yang akan dikeluarkannya. Disinilah pemerintah harus berperan untuk menjamin setiap warga Negara mendapatkan pelayanan kesehatan ketika membutuhkan, terutama bagi masyarakat miskin. Kewajiban ini tentu bukan hal yang ringan, dengan mengingat ungkapan seorang ahli ekonomi sosial dan kesehatan<sup>69</sup>

*“people become sick because they are poor, and become poorer because they are sick, and become sicker because they are poorer”*

(orang menjadi sakit karena mereka miskin, dan mereka bertambah

---

<sup>69</sup> G Myrdal. 1952. *Economic Aspects of Health*. World Health Organization’s Journal Vol. 6. hal. 211

miskin karena mereka sakit serta menjadi lebih sakit karena mereka lebih miskin).

4. Karakteristik lain dari sektor kesehatan adalah adanya eksternalitas, yaitu keuntungan yang dinikmati atau kerugian yang diderita oleh sebagian masyarakat karena tindakan kelompok masyarakat lainnya. Dalam hal kesehatan, dapat berbentuk eksternalitas positif atau negatif. Sebagai contoh, jika disuatu lingkungan rukun warga sebagian besar masyarakat tidak menerapkan pola hidup sehat, sehingga terdapat sarang nyamuk demam berdarah, maka dampaknya kemungkinan tidak hanya mengenai sebagian masyarakat tersebut saja melainkan diderita pula oleh kelompok masyarakat lain yang telah menerapkan perilaku hidup bersih.

Begitu strategis dan pentingnya sektor kesehatan, membuat *World Health Organization* (WHO) menetapkan delapan elemen yang harus tercakup dan menentukan kualitas dari sebuah kebijakan kesehatan, yaitu<sup>70</sup>:

1. *Pendekatan Holistik*, kesehatan sebaiknya didefinisikan sebagai sesuatu yang dinamis dan lengkap dari dimensi fisik, mental, sosial, dan spiritual. Artinya, pendekatan dalam kebijakan kesehatan tidak dapat semata-mata mengandalkan upaya kuratif, tetapi harus lebih mempertimbangkan upaya preventif, promotif, dan rehabilitatif.

---

<sup>70</sup> Dumilah Ayuningtyas. *op. cit.* hal. 12

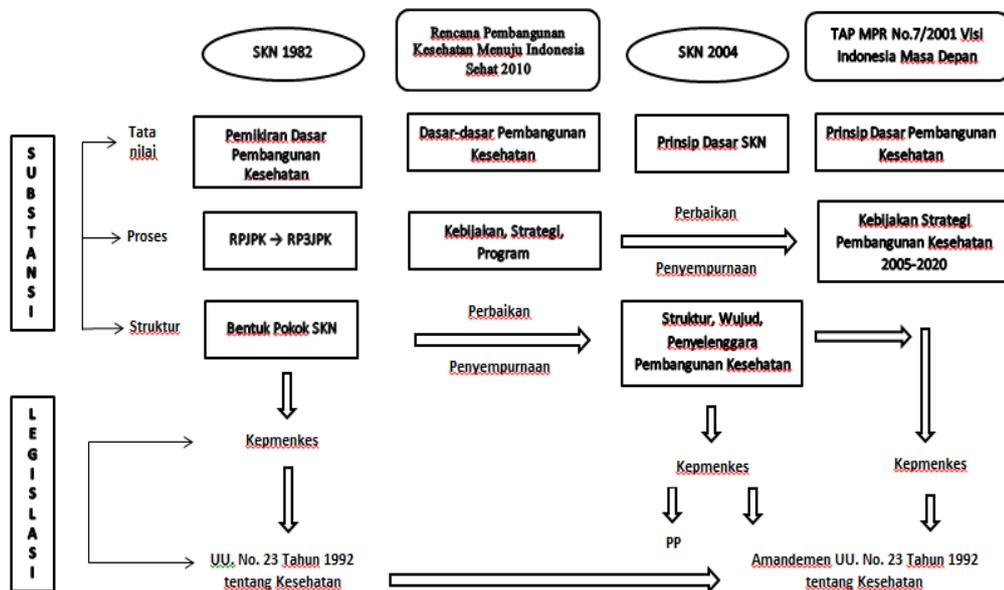
2. *Partisipatory*, partisipasi masyarakat akan meningkatkan efisiensi dan efektifitas kebijakan, karena melalui partisipasi masyarakat dapat dibangun *Collective Action* atau aksi bersama masyarakat yang akan menjadi kekuatan pendorong dalam pengimplementasian kebijakan dan penyelesaian masalah.
3. *Kebijakan Publik yang Sehat*, yaitu setiap kebijakan harus diarahkan untuk mendukung terciptanya pembangunan kesehatan yang kondusif dan berorientasi kepada masyarakat.
4. *Ekuitas*, yaitu harus terdapat distribusi yang merata dari layanan kesehatan. Ini berarti Negara wajib menjamin pelayanan kesehatan setiap warga Negara tanpa memandang status ekonomi maupun status sosialnya karena kesehatan merupakan hak asasi manusia dan merupakan peran Negara yang paling minimal dalam melindungi warga negaranya.
5. *Efisiensi*, yaitu layanan kesehatan harus berorientasi proaktif dengan mengoptimalkan biaya dan teknologi.
6. *Kualitas*, artinya pemerintah harus menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi seluruh warga Negara. Disamping itu, dalam menghadapi persaingan pasar bebas dan menekan pengaruh globalisasi dalam sektor kesehatan, pemerintah perlu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan setara dengan pelayanan kesehatan bertaraf internasional.
7. *Pemberdayaan Masyarakat*, terutama pada daerah terpencil, dan daerah perbatasan untuk mengoptimalkan kapasitas sumberdaya

yang dimiliki. Pemberdayaan ini dengan mengoptimalkan sosial capital.

8. *Self-reliant*, kebijakan kesehatan yang ditetapkan sebisa mungkin dapat memenuhi keyakinan dan kepercayaan masyarakat akan kapasitas kesehatan di wilayah sendiri. Pengembangan teknologi dan riset bertujuan untuk membantu memberdayakan masyarakat dan otoritas nasional dalam mencapai standar kesehatan yang ditetapkan di masing- masing Negara.

## B. 2. Kebijakan Kesehatan Indonesia

Gambar 1. Perkembangan Pembangunan Kesehatan Tahun 1980-2004<sup>71</sup>

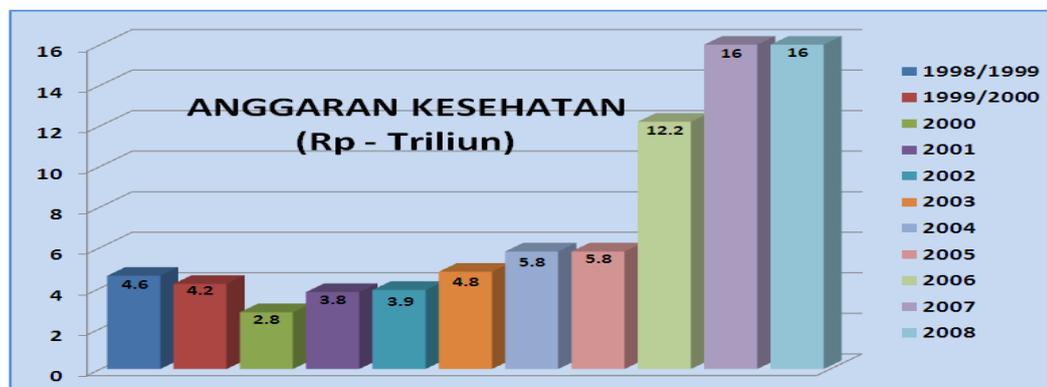


Sumber: Gajah Mada University Press

<sup>71</sup> R. Hapsara Habib Rachmat. 2004. *Pembangunan Kesehatan di Indonesia: Prinsip, Dasar, Kebijakan, Perencanaan dan Kajian Masa Depan*. Gajah Mada University Press. Yogyakarta, hal. 10.

Jika dilihat secara historis, Indonesia telah memiliki kebijakan kesehatan terpadu sejak tahun 1980-an dengan diterbitkannya sebuah Sistem Kesehatan Nasional (selanjutnya disebut SKN 1982). SKN 1982 diartikan sebagai sebuah tatanan yang mencerminkan upaya bangsa dalam meningkatkan kemampuan mencapai derajat kesehatan yang optimal sebagai perwujudan kesejahteraan umum<sup>72</sup>. Namun pada perjalanannya, SKN 1982 mengalami evaluasi dan dinilai kurang relevan lagi dengan perkembangan dunia kesehatan yang ada, sehingga diterbitkan pula Sistem Kesehatan yang baru di tahun 2004 sebagai pengganti SKN 1982. Sistem Kesehatan Nasional ini pun dikenal dengan SKN 2004 dengan definisinya yaitu suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Hal ini sebagai perwujudan dari kesejahteraan umum sebagaimana dimaksud dalam pembukaan undang-undang dasar 1945. Perubahan paradigma akhirnya terjadi, seiring dengan berubahnya Sistem Kesehatan Nasional yang dulunya berorientasi sakit (SKN 1982) menjadi berorientasi sehat.

Grafik 1. Estimasi Anggaran Kesehatan Indonesia Tahun 1998-2008<sup>73</sup>



Sumber: [www.bps.go.id](http://www.bps.go.id)

<sup>72</sup> Kementerian Kesehatan. 2009. *Laporan Kesehatan Indonesia*. Jakarta.

<sup>73</sup> Badan Pusat Statistik. [www.bps.go.id](http://www.bps.go.id), diakses pada tanggal 31 Mei 2014

SKN 2004 hadir sebagai sebuah suplemen dari upaya Desentralisasi Kesehatan tahun 2000-2007, serta menjadi bagian dari Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2005-2009.<sup>74</sup> Dari proses pengembangan pembangunan yang telah dilaksanakan hampir sepuluh tahun tersebut, Sistem Kesehatan Nasional pun kembali berganti pada tahun 2009 dan dikenal dengan sebutan SKN 2009. Perubahan definisi SKN pun turut mempengaruhi paradigma kesehatan yang ada. bila pada SKN 2004 kita mengenal adanya desentralisasi kesehatan, maka pada SKN 2009 desentralisasi kesehatan yang ada berupaya diperkuat kembali. Poin utama dari SKN 2009 adalah kemandirian dan kesadaran masyarakat dalam meningkatkan status derajat kesehatannya setinggi-tingginya. Tujuan utama dari pembangunan kesehatan seperti yang dimaksud dalam SKN 2009 adalah menciptakan masyarakat Indonesia yang hidup dalam perilaku dan lingkungan yang sehat, mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan adil serta memiliki derajat kesehatan yang optimal.

Berdasarkan pada SKN 2009, maka Kementerian Kesehatan menerbitkan tujuh butir reformasi pembangunan kesehatan, yaitu<sup>75</sup>:

1. Revitalisasi pelayanan kesehatan,
2. Ketersediaan, distribusi, retensi dan mutu sumber daya manusia,
3. Ketersediaan, distribusi, keamanan, mutu, efektivitas, keterjangkauan obat, vaksin dan alat-alat kesehatan,

---

<sup>74</sup> Laksono Trisnantoro. 2009. *Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan Indonesia 2000-2007*. BPFE. Jogjakarta, hal. 5

<sup>75</sup> Dumilah Ayuningtyas. 2014. *Kebijakan kesehatan: Prinsip dan Praktik*. Rajagrafindo Persada. Jakarta, hal. 23.

4. Jaminan kesehatan,
5. Keberpihakan kepada daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan, serta daerah bermasalah kesehatan,
6. Reformasi birokrasi, dan
7. *World class health care.*

Pada SKN 2009, semakin dipertegas dengan adanya upaya pelayanan kesehatan berbasis masyarakat dengan menekankan upaya promotif dan preventif.<sup>76</sup> Langkah promotif dilihat sebagai upaya membiasakan perilaku dan lingkungan dalam keadaan sehat serta bersih. Sementara langkah preventif dilihat sebagai upaya mencegah datang dan menyebarnya penyakit yang ada di masyarakat. Hal yang tidak kalah pentingnya dari SKN 2009 adalah ditingkatkannya pelayanan kesehatan primer dan rujukan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) maupun pusat.

### **C. Bantuan Bank Dunia untuk Kesehatan Indonesia**

#### **C. 1. Bantuan Bank Dunia untuk Sektor Kesehatan**

Robert S. Mc Namara menjadi Presiden Bank Dunia sejak tanggal 1 April 1968. Selama masa jabatannya, dia berusaha mendefinisikan Bank Dunia bukan hanya sekedar institusi keuangan, namun juga agen perubahan dalam bidang pembangunan. Pergeseran ini dimulai pada tahun 1950-an, ketika pembangunan ekonomi diyakini bukan menjadi satu-satunya alat pembangunan, melainkan pula

---

<sup>76</sup> Ibid.

investasi dalam berbagai sektor, seperti pendidikan, kewirausahaan, dan kesehatan.<sup>77</sup> Khusus dalam sektor kesehatan, perhatian Mc Namara dimulai dengan memberikan perhatian kepada permasalahan nutrisi global. Hal utama yang merubah paradigma Mc Namara dan mendorong kesehatan sebagai salah satu alat pembangunan global adalah Konferensi Internasional tentang Perencanaan dan Pembangunan Gizi sekitar tahun 1970-an di Amerika.

Mc Namara melalui Bank Dunia telah mengajukan berbagai macam program pembangunan dalam bidang kesehatan, serta pula dengan mengajukan rekomendasi tentang arah perumusan kebijakan kesehatan global. Dengan perubahan tersebut, Bank Dunia telah cukup berhasil memperbaiki derajat kesehatan dan mendorong percepatan serta pertumbuhan ekonomi global. *World Development Report* tahun 1993 menyebutkan bahwa Pendidikan dan Kesehatan merupakan kunci utama yang menjadi pintu masuk pengentasan kemiskinan<sup>78</sup>. Di tahun 1979, untuk pertama kalinya Bank Dunia menyetujui bantuan dana pinjaman kesehatan secara langsung melalui program tersendiri. Pada tanggal 10 Februari 1987, Bank Dunia bersama dengan WHO dan United Nations Population Fund (UNPF) menggelar konferensi internasional yang hasilnya meminta komitmen global untuk penanganan masalah kesehatan global, program keluarga berencana untuk menekan jumlah ledakan penduduk serta mengenai pemberdayaan kesehatan ibu dan anak.

---

<sup>77</sup> [Jennifer Prah Ruger](#). 2005. *The Changing Role of the World Bank in Global Health*. American Journal of Public Health Vol. 95. American Public Health Association, hal. 60-70.

<sup>78</sup> Ibid. hal. 65.

Tabel 1. Daftar Beberapa Negara yang menerima bantuan kesehatan dari Bank Dunia<sup>79</sup>

<b>Negara</b>	<b>Bantuan Dana</b>	<b>Proyek</b>	<b>Tahun</b>
<b>Brazil</b>	\$19 million	Nutrition Project	1973-1976
<b>Kenya</b>	\$385 million	Safe motherhood	1992-1999
<b>Zimbabwe</b>	\$10 million	Family Health Project	1987
<b>Malawi</b>	\$11 million	Second Family Health Project.	1987
<b>Brazil</b>	\$267 million	Second Northeast Basic Health Services Project	1990
<b>India</b>	\$300 million	Women and Child Development Project	1998
<b>Bangladesh</b>	\$250 million	Health and Population Program Project.	1998
<b>Indonesia</b>	\$31,26 million	Provincial Health Project I	2000

Dalam *World Development Report* tahun 1993, teridentifikasi beberapa masalah utama dalam sistem kesehatan internasional, diantaranya yaitu tidak

---

<sup>79</sup> Ibid. hal. 66.

efisiennya penggunaan dana atau anggaran kesehatan, tidak maksimalnya sumber daya manusia yang ada, adanya akses yang kurang merata bagi perawatan kesehatan dasar, serta meningkatnya biaya perawatan kesehatan bagi masyarakat.<sup>80</sup> Laporan tersebut mendorong Bank Dunia mengajukan beberapa rekomendasi kebijakan untuk meningkatkan kesehatan global, diantaranya yaitu mendidik dan memberdayakan perempuan, peningkatan pelayanan kesehatan terpadu bagi masyarakat, promosi asuransi sosial serta mendorong peran serta swasta dalam pelayanan kesehatan.

Konsep pembangunan sektor *Health, Nutrition* dan *Population* (HNP) yang direkomendasikan oleh Bank Dunia menjadi daya pikat tersendiri bagi Negara-negara berkembang. Isu kesehatan global kini menjadi sangat penting, dan Bank Dunia telah hadir sebagai lembaga internasional yang mampu memobilisasi sumber daya keuangan yang ada untuk perbaikan kesehatan global. Bank Dunia menjadi sangat terbuka dengan pinjaman, kredit, maupun hibah bagi pengembangan kesehatan secara langsung. Bank Dunia menyadari bahwa sakit tidaknya sebuah bangsa dapat mempengaruhi kondisi dan pertumbuhan ekonominya.

Perihal mengembangkan kebijakan kesehatan global, Bank Dunia kemudian memperkuat kemitraan dengan lembaga internasional. Kerjasama dengan WHO dijalin untuk memberikan bantuan teknis dalam meningkatkan kapasitas supervisi kesehatan dan rekomendasi proyek-proyek kesehatan. Selain itu, WHO bersama Bank Dunia berupaya untuk meningkatkan pemahaman

---

<sup>80</sup> Ibid.

internasional tentang isu-isu kesehatan, misalnya saja terkait dengan program global “*Universal Health Coverage*” atau Jaminan Kesehatan Semesta<sup>81</sup>.

## **C. 2. Permasalahan Kesehatan di Indonesia**

Adapun beberapa permasalahan yang turut mempengaruhi kebijakan kesehatan Indonesia, yaitu<sup>82</sup>:

### **1. Disparitas Status Kesehatan**

Meskipun secara nasional kualitas kesehatan masyarakat telah meningkat, akan tetapi disparitas status kesehatan antar tingkat sosial ekonomi, antar kawasan, dan antar perkotaan-pedesaan masih cukup tinggi. angka kematian bayi dan angka kematian balita pada golongan termiskin hampir empat lebih tinggi dari golongan terkaya. Selain itu, angka kematian bayi dan angka kematian ibu melahirkan lebih tinggi di daerah pedesaan, di kawasan timur Indonesia, serta penduduk dengan tingkat pendidikan rendah. Persentase anak balita yang berstatus gizi kurang dan buruk di daerah pedesaan lebih tinggi dibandingkan daerah perkotaan. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih dan cakupan imunisasi pada golongan miskin lebih rendah dibanding dengan golongan kaya.

---

<sup>81</sup> Bank Dunia. “*Health Overview*”. [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org). diakses pada tanggal 5 Mei 2014

<sup>82</sup> Wiku Adisasmito. 2014. *Sistem Kesehatan: Edisi Kedua*. Rajagrafindo Persada. Jakarta, hal. 23.

## 2. Beban ganda penyakit

Di Indonesia, telah terjadi transisi epidemiologi sehingga Indonesia menghadapi beban ganda pada waktu bersamaan yang ditandai dengan adanya penyakit infeksi menular yang diderita oleh masyarakat. Namun, pada waktu bersamaan terjadi peningkatan penyakit tidak menular seperti penyakit jantung dan pembuluh darah, serta diabetes mellitus dan kanker. Selain itu, Indonesia juga menghadapi *emerging disease* seperti demam berdarah, HIV/Aids, cikungunya, serta SARS. Terjadinya beban ganda yang disertai dengan meningkatnya jumlah penduduk serta perubahan struktur penduduk yang ditandai dengan meningkatnya penduduk usia produktif dan usia lanjut akan berpengaruh terhadap jumlah dan jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat dimasa datang.

## 3. Kinerja pelayanan kesehatan yang rendah

Kinerja pelayanan merupakan salah satu faktor penting dalam upaya peningkatan kualitas kesehatan penduduk. Masih rendahnya kinerja pelayanan kesehatan dapat dilihat dari beberapa indikator seperti proporsi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, proporsi bayi yang mendapatkan imunisasi campak dan proporsi penemuan kasus (*case detection rate*) tuberculosis.

4. Perilaku masyarakat yang kurang mendukung pola hidup bersih dan sehat

Perilaku hidup bersih dan sehat masyarakat merupakan salah satu faktor yang penting untuk mendukung peningkatan status kesehatan penduduk. Perilaku masyarakat yang tidak sehat dapat dilihat dari kebiasaan merokok, rendahnya pemberian ASI eksklusif, tingginya prevalensi gizi kurang dan gizi lebih pada anak balita, serta kecenderungan meningkatnya penderita HIV/Aids, penderita penyalahgunaan narkoba, psikotropika, zat adiktif dan kematian akibat kecelakaan.

5. Rendahnya kondisi kesehatan lingkungan

Salah satu faktor penting lainnya yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat adalah kondisi lingkungan yang tercermin antara lain dari akses masyarakat terhadap air bersih dan sanitasi dasar.

6. Rendahnya kualitas, pemerataan, dan keterjangkauan pelayanan kesehatan

Rata-rata setiap seratus ribu penduduk baru dapat dilayani oleh 3 hingga 4 puskesmas. Selain jumlahnya yang kurang, kualitas, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan di puskesmas masih menjadi kendala. Terdapat 1215 Rumah Sakit yang terdiri dari 953 Rumah Sakit umum dan 262 Rumah Sakit khusus di tahun

2004. Walaupun Rumah Sakit terdapat di hampir semua Kabupaten/Kota, namun kualitas pelayanan sebagian besar RS pada umumnya masih dibawah standar. Pelayanan kesehatan rujukan belum optimal dan belum memenuhi harapan RS. Masyarakat merasa kurang puas dengan mutu pelayanan RS dan Puskesmas karena lambatnya pelayanan, kesulitan administrasi dan lamanya waktu tunggu. Perlindungan masyarakat di bidang obat dan makanan masih rendah. Dalam era perdagangan bebas, kondisi kesehatan masyarakat semakin rentan akibat meningkatnya kemungkinan konsumsi obat dan makanan yang tidak memenuhi persyaratan mutu dan keamanan.

7. Terbatasnya tenaga kesehatan dan distribusi tidak merata

Indonesia mengalami kekurangan pada hampir semua jenis tenaga kesehatan yang diperlukan. Diperkirakan per seratus ribu penduduk baru dapat dilayani oleh 7 sampai 8 dokter umum, dan 2 dokter gigi, 2 sampai 3 dokter spesialis, dan 25 bidan. Untuk tenaga kesehatan masyarakat, per seratus ribu penduduk baru dapat dilayani oleh 1 sampai 2 sarjana kesehatan masyarakat, 3 apoteker, 3 ahli gizi dan 1 orang tenaga sanitasi (Data Kemenkes tahun 2004). Banyak Puskesmas belum memiliki dokter dan tenaga kesehatan masyarakat. Keterbatasan ini diperburuk oleh distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, misalnya lebih dari 2/3 dokter spesialis berada di Jawa dan Bali. Disparitas rasio dokter umum per

seratus ribu penduduk antar wilayah juga masih tinggi dan berkisar dari 2 tenaga di Lampung hingga 28 tenaga di Jogjakarta (Data RPJMN tahun 2005).

#### 8. Rendahnya status kesehatan penduduk miskin

Di tingkat bawah, angka kematian bayi pada kelompok termiskin adalah 61 : 17 per seribu kelahiran hidup pada kelompok terkaya. Penyakit infeksi yang menyebabkan kematian utama pada bayi dan anak balita seperti ISPA, diare, tetanus, dan penyakit kelahiran lebih sering terjadi pada penduduk miskin. Penyakit lain yang banyak diderita penduduk miskin adalah penyakit tuberculosis paru, malaria, dan HIV/Aids. Rendahnya status kesehatan penduduk miskin terutama disebabkan oleh terbatasnya akses terhadap pelayanan kesehatan karena kendala geografis dan kendala biaya.

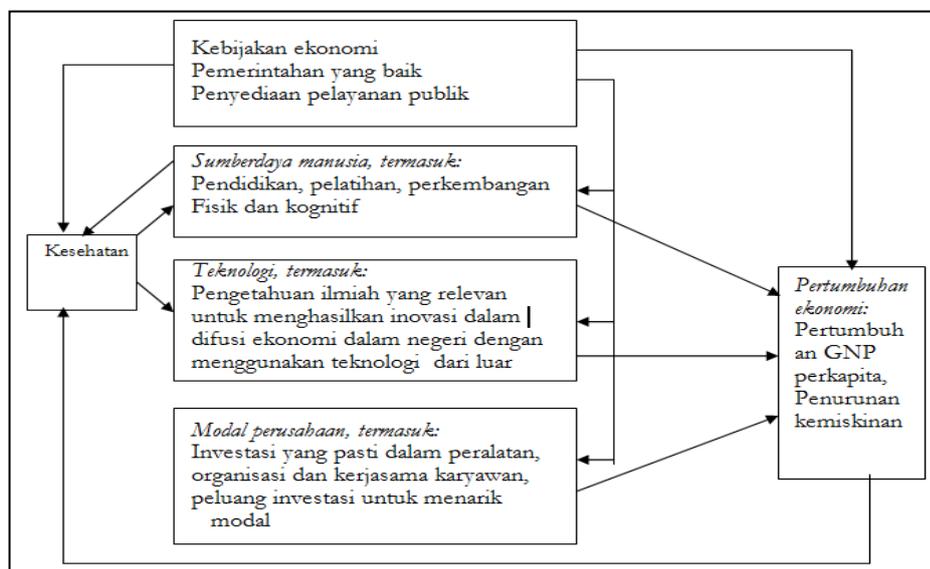
### **C. 3. Bantuan Bank Dunia untuk Sektor Kesehatan di Indonesia**

Interaksi Indonesia dengan lembaga donor yang paling signifikan tercatat dalam sejarah adalah ketika terbentuknya sebuah lembaga internasional antar pemerintah Negara-negara donor yang diperuntukkan bagi Indonesia. Lembaga ini adalah *Intergovernmental Group on Indonesia* (IGGI) yang kemudian berubah menjadi *Consultative Group on Indonesia* (CGI). Organisasi ini dikenal pula sebagai sebuah organisasi kreditur internasional bagi Indonesia, dimana Bank Dunia menjadi salah satu anggotanya. Bantuan perdana dari IGGI adalah rekomendasi rumusan program Repelita I (Rencana Pembangunan Lima Tahun)

dimana salah satu poinnya membahas tentang pembangunan kesehatan dengan fokus pada pelayanan kesehatan.

Dibawah kepemimpinan Mc Namara, Bank Dunia dari yang tadinya berorientasi “rekonstruksi” akhirnya beralih menjadi Bank yang berorientasi “pembangunan”, dan akhirnya pula memberikan perhatian lebih pada sektor kesehatan global dengan program HNP (*Health, Nutrition, Population*). Keterlibatan Bank Dunia dalam kesehatan ini tidak lain didasari pula oleh konstitusi dasar WHO tahun 1948 yang menyebutkan adanya korelasi yang saling bertalian erat antara pembangunan ekonomi dan kesehatan. Kesehatan diibaratkan sebagai dasar pembangunan ekonomi global.

Gambar 2. Kesehatan Sebagai Masukan Untuk Pembangunan Ekonomi<sup>83</sup>



Sinergitas yang telah ada sebelumnya dengan pemerintah Indonesia, dipererat lagi khususnya dengan Bappenas dan Kementerian Kesehatan Republik

<sup>83</sup> Arum Atmawikarta. 2009. *Investasi Kesehatan Untuk Pembangunan Ekonomi*. Bappenas, hal. 3.

Indonesia dengan fokus utama mengatasi angka kematian ibu dan anak yang cukup signifikan terjadi pada tahun 1960-an.<sup>84</sup> Adanya perhatian yang cukup signifikan oleh Bank Dunia terhadap sektor kesehatan di tahun 1960-an akhir dapat dilihat dari table berikut:

Tabel 2. Distribusi sektor pendanaan Bank Dunia, Tahun Fiskal 1969-1998<sup>85</sup>

Sektor	US \$ M	%	%	%	%
	1969-98	1969-98	1969-79	1980-89	1990-98
Infrastruktur	10,196	40,2	36,9	34,3	46,9
Pertanian	4,880	19,2	34,8	24,7	9,5
Pendidikan/Kesehatan, Nutrisi & Populasi	3,301	13	7,3	1,6	16
Urban/Sanitasi suplai air bersih	2,624	10,4	6,1	6,6	15,1
Sektor Keuangan Program	1,818	7,2	6,6	10,4	4,2

<sup>84</sup> Bank Dunia. *Bank Dunia dan Kesehatan di Indonesia*. [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org). diakses pada tanggal 31 Mei 2014

<sup>85</sup> Kurnya Roesad. 2001. *ODA in Indonesia: A Preliminary Assessment*. CSIS Economics Working Paper Series, hal. 35.

Perubahan/ <i>Adjustment</i>	1,200	4,7	--	8,7	2,2
Lainnya	1,351	5,3	8,3	3,7	6,1
<b>Total</b>	<b>25,370</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Sumber : World Bank Brief on Indonesia dalam Kurnya Roesad, *ODA in Indonesia: A Preliminary Assessment*, 2001, Economics Working Paper Series.

Dalam perkembangannya pada pertengahan tahun 1990-an, perhatian dunia semakin besar pada akses pelayanan kesehatan bagi Negara miskin serta penanganan penyakit menular. Agenda internasional tersebut akhirnya bermuara pada dorongan penguatan kebijakan kesehatan dan keterjangkauan biaya kesehatan global yang diusung melalui program *Millenium Development Goal's* (MDGs).<sup>86</sup> MDGs ini sendiri mulai dijalankan oleh pemerintah Indonesia sejak diratifikasi pada tahun 2000. Agenda MDGs kemudian menjadi salah satu pintu masuk Bank Dunia untuk lebih jauh berkontribusi bagi sektor kesehatan Indonesia. Selain MDGs, Bank Dunia bersama dengan WHO kemudian memperkenalkan sebuah paradigma baru yang disebut dengan *HFA Paradigm* atau "*Healthy for All*" *Paradigm*.<sup>87</sup> Substansi dari paradigma ini adalah

<sup>86</sup> World Bank. 2007. *Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition and Population Results*. Washington DC, hal. 167

<sup>87</sup> Samuel S. Lieberman. 2001. *Decentralizing Health: Lessons from Indonesia, the Philippines, and Vietnam*. World Bank, hal. 155

memperkuat pembangunan kesehatan global melalui program desentralisasi kesehatan dan reformasi kebijakan kesehatan misalnya saja mengenai anggaran. Disamping itu, paradigma ini mendorong terciptanya sistem kesehatan yang berbasis masyarakat di Negara-negara berkembang.

Dua agenda yaitu paradigma HFA dan MDGs inilah yang menjadi pintu masuk bagi Bank Dunia untuk menjalankan strategi dan proyek kesehatannya di Indonesia. Terlebih lagi ketika Reformasi 1998 menjadi awal diterapkannya desentralisasi, bantuan luar negeri utamanya di bidang kesehatan dapat dengan mudah masuk di Indonesia. Komunitas kesehatan dan donor, termasuk Bank Dunia, melihat desentralisasi sebagai kesempatan untuk mengatasi beberapa masalah yang muncul di sektor kesehatan dan mempengaruhi kinerja pemerintah terkait; akses terhadap layanan kesehatan yang terbatas dan tidak merata di seluruh daerah, akses antara kaya dan miskin yang tidak adil, kualitas pelayanan kesehatan yang rendah, dan tenaga kerja yang kurang secara kuantitas dan kualitas.<sup>88</sup>

Adanya dua kepentingan antara Bank Dunia dan Pemerintah Indonesia ini akhirnya membuka kerjasama yang lebih erat lagi diantara keduanya dalam rangka pencapaian pembangunan kesehatan bagi masyarakat. Paradigma HFA yang dibawa oleh Bank Dunia menjadi sinergis dengan empat pilar pembangunan kesehatan Indonesia tahun 1999 tentang pemberdayaan masyarakat, pembiayaan

---

<sup>88</sup> Peter Heywood. 2009. *Public Funding of Health at the District Level in Indonesia after Decentralization*. Sosial Science and Medicine Press, hal 1513.

kesehatan, akses ke layanan kesehatan, dan pengawasan layanan kesehatan.<sup>89</sup> Dari sinergitas yang ada di awal masa reformasi tersebut, maka Bank Dunia kemudian mengucurkan dana sebesar 31,26 juta dolar untuk program *Provincial Health Project*. Program PHP menjadi salah satu program pembangunan kesehatan pertama pasca berlakunya desentralisasi di Indonesia selain program air bersih dan sanitasi bagi keluarga miskin yang diluncurkan Bank Dunia sebelumnya. Program PHP ini turut melahirkan perubahan secara fundamental dalam arah dan penyelenggaraan sistem kesehatan Indonesia atau SKN. Program PHP ini terdiri dari tiga jilid, yaitu PHP I, PHP II dan PHP III yang penjelasannya akan dijelaskan pada bagian selanjutnya.

#### **D. Program *Provincial Health Project* (PHP) di Indonesia**

Program *Provincial Health Project* (PHP) terdiri atas 3 proyek yang saling bersinergi satu sama lain, dengan berdasarkan pada reformasi pembangunan kesehatan Indonesia. Tiga proyek tersebut adalah PHP I dengan No. 33810 (*IDA Credit*), proyek ini kemudian disetujui pada tanggal 15 Juni 2000 dan efektif berjalan pada tanggal 21 Agustus tahun 2000, serta ditutup pada tanggal 31 Desember 2007. Proyek selanjutnya yaitu PHP II dengan No. 35370 (*IDA Credit*), proyek ini disetujui pada tanggal 26 Juni 2001 dan menjadi efektif pada tanggal 24 April 2002, serta ditutup pada tanggal 31 Juli 2009. Proyek yang terakhir yaitu PHP III (*HWS Project*) dengan No. 37840 (*IDA Credit*), proyek ini disetujui pada tanggal 12 Juni 2003 dan menjadi efektif pada 30 Desember 2003, serta ditutup pada 31 Desember 2008.

---

<sup>89</sup> Bank Dunia. *ikhtisar*. diakses melalui [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org) pada tanggal 31 Mei 2014

Program PHP secara keseluruhan memiliki dua tujuan Pembangunan Kesehatan terkait dengan desentralisasi, yakni merintis adanya desentralisasi sektor kesehatan secara efektif di beberapa daerah dan mendukung Kementerian Kesehatan (Kemkes) dalam peran barunya sebagai pengawas berlangsungnya sistem kesehatan yang terdesentralisasi tersebut. Dalam rangka mencapai tujuan tersebut, program PHP mendorong terciptanya kepemimpinan yang berwawasan pembangunan kesehatan dan menetapkan standarisasi kesehatan di Kementerian Kesehatan, memperkuat dukungan dan kualitas kontrol pemerintah terkait fungsi teknis kesehatan di beberapa daerah, serta membangun perencanaan kesehatan secara lokal di tingkat kabupaten. Selain itu, program PHP juga bertujuan mendukung kebijakan dan manajemen kesehatan terkait tenaga kerja kesehatan yang efektif serta berkualitas.

Bantuan Bank Dunia dalam program PHP ini tergolong ke dalam jenis Pinjaman Program (*Programme Aid*), dimana alokasi pinjaman yang tersedia ditujukan pemanfaatannya untuk tujuan umum kesehatan, yakni:

1. Desentralisasi Kesehatan
2. Peningkatan kualitas dan kapasitas institusi kesehatan di setiap level pemerintahan
3. Peningkatan efektifitas manajemen kesehatan dan kebijakan bagi tenaga kesehatan.

Jika dilihat dari alokasi dana dan tujuan proyek dari Bank Dunia ini, Program PHP ini termasuk Pinjaman Lunak (*Concessional Loan*) dengan suku bunga sekitar 3,5% (cukup rendah), jangka waktu pengembalian yang panjang

sekitar 25 tahun, dan masa tenggang yang cukup panjang sekitar 7 tahun.<sup>90</sup> Tipe pinjaman seperti ini sudah lazim diterapkan oleh Bank Dunia dan ADB (*Asian Development Bank*). Adapun dana PHP berasal dari dana IDA (*International Development Association*) dan IBRD (*International Bank for Reconstruction and Development*) yang diperuntukkan bagi program PHP jilid I, II dan III dengan perincian sebagai berikut:

Tabel 3. Data alokasi anggaran program PHP Bank Dunia<sup>91</sup>

Nama Program	Tahun	Sumber Dana	
		IBRD	IDA
PHP Jilid I	2000-2006	-	\$31,26 Juta
PHP Jilid II	2001-2007	\$44,96 Juta	\$12,02 Juta
<i>Health Worforce and Services</i> (PHP Jilid III)	2003-2008	\$57,49 Juta	\$54, 78 Juta

Program PHP ditujukan Bank Dunia untuk reformasi pembangunan kesehatan Indonesia periode 2000-2008.<sup>92</sup> Dalam perencanaan pembiayaan program PHP, Bank Dunia turut mengikuti mekanisme umum penganggaran nasional. Menurut Undang-undang No. 17 tahun 2003 tentang Keuangan Negara dan Undang-undang No. 1 tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara, lembaga-lembaga Pemerintah telah memiliki pola penganggaran terpadu antara anggaran

<sup>90</sup> Jelly Leviza. 2009. *Tanggung Jawab Bank Dunia dan IMF sebagai Subjek Hukum Internasional*. Sofmedia. Jakarta, hal 2.

<sup>91</sup> Bank Dunia. 2013. *Document of the World Bank: PHP I,II, III Report*. IEG Public Sektor Evaluation, hal. 1.

<sup>92</sup> Ibid.

rutin dan anggaran pembangunan dibanding sebelumnya. Anggaran dari program Bank Dunia kemudian berada dibawah anggaran pembangunan dari Kementerian Keuangan. Selanjutnya, Kemenkeu akan bersinergi dengan Kementerian lain, sesuai dengan sasaran bidang pembangunan yang ditargetkan.

### **D.1 Provincial Health Project (PHP I)**

Menurut Perjanjian Kredit Pembangunan (DCA), tujuan proyek jilid I ini untuk membantu Peminjam (*Borrower*) dalam mewujudkan desentralisasi sektor kesehatan secara efektif di Lampung dan Yogyakarta, sebagai representasi nasional. Tujuan pengembangan proyek ini sebagaimana tertuang dalam PAD (*Project Appraisal Document*) Bank Dunia adalah:

- a) Untuk mewujudkan proses desentralisasi sektor kesehatan secara efektif di propinsi Lampung dan Yogyakarta.

Tantangan selama pelaksanaan proyek ini terkait dengan perubahan kelembagaan kesehatan dan pemulihan ekonomi yang nantinya akan menjamin pelayanan dan pembiayaan kesehatan bagi masyarakat miskin dan masyarakat luas.

- b) Untuk membantu Kementerian Kesehatan menjalankan peran barunya dalam sistem desentralisasi di Lampung, Yogyakarta dan provinsi lainnya.

Peran ini meliputi analisis isu-isu kesehatan, advokasi praktik dan standard kesehatan, dan inovasi daerah.

Program PHP I dirancang sebagai sebuah program rintisan mengenai reformasi kelembagaan dan kebijakan desentralisasi kesehatan. Desain reformasi kelembagaan dan kebijakan desentralisasi kesehatan berada pada 3 level pemerintahan, yakni;

- a) Kementerian Kesehatan, desentralisasi kesehatan yang ditargetkan meliputi Kepemimpinan berwawasan kesehatan dan advokasi kesehatan, pengumpulan dan analisis informasi kesehatan, serta penetapan standard kesehatan.
- b) Provinsi, adanya dukungan teknis kesehatan dan pengendalian mutu pelayanan untuk kabupaten, pengendalian penyakit menular dan promosi kesehatan, serta adanya regulasi dan manajemen kesehatan yang efektif.
- c) Kabupaten, adanya program pelayanan kesehatan terpadu. Penekanan diutamakan pada pengembangan kapasitas layanan kesehatan serta akses kesehatan bagi orang miskin.

Sejumlah entitas kesehatan dibentuk dalam rangka reformasi kelembagaan, misalnya di tingkat pusat, Unit Analisis Kebijakan Desentralisasi Kesehatan lintas Kementerian didirikan. Selain itu, di tingkat provinsi, didirikan pula *Joint Health Council* (JHC) dan Tim Teknis (TRT), serta di tingkat kabupaten, dibentuk pula Gugus Tugas dengan tupoksi mendukung perencanaan pembangunan dan pembiayaan kesehatan secara lokal. Penjelasan lebih lanjut

mengenai konsep dan komponen program PHP I akan dijelaskan pada tabel berikut<sup>93</sup>:

Tabel 4. *Provincial Health Project I (PHP I) - Key Dates*

<i>Process</i>	<i>Date</i>	<i>Process</i>	<i>Original date</i>	<i>Revised/actual date(s)</i>
CONCEPT REVIEW:	08/14/1998	EFFECTIVENESS:	08/21/2000	08/21/2000
APPRAISAL:	02/16/2000	RESTRUCTURING(S):		
APPROVAL:	06/15/2000	MID-TERM REVIEW:		05/10/2004
		CLOSING:	06/30/2006	12/31/2007

Tabel 5. *Provincial Health Project I (PHP I) - Proyek dan Pembiayaan*

<i>Components</i>	<i>Appraisal estimate (US\$ million)</i>	<i>Actual latest estimate (US\$ million)</i>	<i>Percentage of appraisal</i>
A.1. Managing Decentralization (District and Provincial)	3.81	4.57	120
A.2. Mobilizing Resources (District and Provincial)	1.73	1.42	82
A.3. Improving Health Services Access & Quality (District and Provincial)	4.17	1.90	45.6
A.4. Grants	63.71	99.27	155.8
A.5. Project Management (District and Provincial)	0.78	2.00	256
B.1. Managing Decentralization (Central)	2.87	1.46	50.9
B.2. Resource Mobilization (Central)	0.56	0.13	23.2
B.3. Project Management (Central)	1.00	2.29	229
<b>Total Project Costs</b>	<b>78.63</b>	<b>113.04</b>	<b>143.8</b>

## D.2 *Provincial Health Project II (PHP II)*

<sup>93</sup> Ibid. hal. 13.

Dasar pengembangan Program *Provincial Health Project II* (PHP II) masih sama dengan PHP I. Daerah yang dijadikan sasaran proyek bertambah dengan Sumatera Utara, Jawa Barat, dan Banten. Proyek PHP II ini bertujuan untuk membantu Peminjam (*Borrower*) mewujudkan desentralisasi sektor kesehatan secara efektif di Banten, Sumatera Utara dan Jawa Barat, serta di level nasional. Tujuan pengembangan proyek ini sebagaimana tertuang dalam PAD (*Project Appraisal Document*) Bank Dunia adalah:

- a) Untuk mewujudkan agar proses desentralisasi sektor kesehatan secara efektif di propinsi Sumatera Utara, Jawa Barat dan Banten.
- b) Untuk membantu Departemen Kesehatan dan Kementerian Sosial melaksanakan perannya dalam sistem desentralisasi kesehatan.

Dalam PHP II, definisi untuk "desentralisasi sektor kesehatan yang efektif" adalah adanya jaminan terhadap akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan masyarakat umum, adanya reformasi sektor kesehatan, dan pembiayaan kesehatan yang adil. Program PHP II mendapat dukungan penuh dari pemerintah, karena dinilai dapat di sinergikan dengan rencana strategi jangka panjang kesehatan dalam visi "Indonesia Sehat 2010". PHP II memperkenalkan reformasi kelembagaan dan memperkuat mobilisasi sumber daya keuangan di propinsi

Sumatera Utara, Jawa Barat, dan Banten. Penjelasan lebih lanjut mengenai konsep dan komponen program PHP II akan dijabarkan pada tabel berikut<sup>94</sup>:

Tabel 6. *Provincial Health Project II (PHP II) Key Dates*

<i>Process</i>	<i>Date</i>	<i>Process</i>	<i>Original date</i>	<i>Revised/actual date(s)</i>
CONCEPT REVIEW:	12/21/2000	EFFECTIVENESS:	04/24/2002	04/24/2002
APPRAISAL:	04/18/2001	RESTRUCTURING(S):		
APPROVAL:	06/26/2001	MID-TERM REVIEW:	10/15/2005	01/11/2006
		CLOSING:	06/30/2007	06/30/2007

Tabel 7. *Komponen Pembiayaan Program PHP II*

<i>Components</i>	<i>Appraisal estimate (US\$ million)</i>	<i>Actual/latest estimate (US\$ million)</i>	<i>Percentage of appraisal</i>
A.1. Managing Decentralization	20.07	8.09	40.3
A.2. Resource Mobilization	2.43	0.20	8.23
A.3. District Funding Allocation	850.44	760.79	89.46
A.4. Project Management	5.03	2.36	46.92
B.1. Institutional Development	1.92	0.53	27.6
B.2. Strengthening Communicable Disease Control	8.57	3.0	35
B.3. Assuring Equity in Service Provision	3.48	0.74	21.3
B.4. Assessing Health Research Needs, Capacities and Options	0.06	0.00	0
B.5. Strengthening Food and Drug Control	2.01	2.96	67.9
B.6. Project Management	1.79	4.95	361.6
<b>Total Project Costs</b>	<b>895.81</b>	<b>783.62</b>	<b>87.4</b>

### **D.3. Health Work Force Services Project (PHP III)**

Tujuan program *Health Work Force Services Project* (PHP III) ini untuk membantu Negara Peminjam dalam mencapai desentralisasi kesehatan dengan memperkuat:

<sup>94</sup> Ibid. hal. 27.

1. Pembiayaan dan pelayanan kesehatan di provinsi Jambi, Kalimantan Timur, Kalimantan Barat dan Sumatera Barat, sehingga dapat meningkatkan kualitas kesehatan di daerah tersebut.
2. Kebijakan tenaga kerja kesehatan, manajemen dan pengembangan di tingkat nasional dan daerah untuk meningkatkan efisiensi distribusi dan penggunaan sumber daya kesehatan.

Tujuan umum dari PHP III untuk mendukung desentralisasi sektor kesehatan dan pendanaan berpusat pada klien pelayanan kesehatan (masyarakat). Sedangkan tujuan khusus dari PHP III yaitu:

1. Meningkatkan pembiayaan dan pelayanan kesehatan di Provinsi Jambi, Kalimantan Timur, Kalimantan Barat, dan Sumatera Barat untuk meningkatkan akses perawatan, serta kualitas perawatan dan kesehatan di daerah.
2. Memperkuat kebijakan tenaga kerja kesehatan, serta pengelolaan desentralisasi kesehatan.

PHP III turut pula berkontribusi dalam pemberdayaan Departemen Kesehatan, Departemen Pendidikan Nasional, dan Ikatan Dokter Indonesia (IDI), melalui:

1. Bantuan untuk mendefinisikan kembali peran dan tanggung jawab Departemen Kesehatan, Departemen Pendidikan Nasional dan

Ikatan Dokter Indonesia terkait kebijakan, perencanaan dan manajemen kesehatan

2. Membangun kapasitas kelembagaan mereka untuk efektivitas dalam memenuhi fungsi pembuat kebijakan, legislasi, regulasi, jaminan kualitas / kontrol dan bantuan teknis untuk propinsi dan kabupaten.

Program PHP III mempromosikan desentralisasi kesehatan yang efektif untuk mendukung program pemerintah tentang "Indonesia Sehat 2010" dan pembangunan kesehatan tahun 2005-2011. Program PHP juga ditujukan untuk pengembangan kualitas sumber daya manusia dengan fokus pada kualitas dan distribusi tenaga kerja kesehatan (termasuk pendidikan kedokteran). Seperti program PHP jilid sebelumnya, PHP III bertujuan untuk memperkenalkan reformasi kelembagaan kesehatan dan penguatan mobilisasi sumber daya keuangan di daerah serta penguatan Departemen Kesehatan. Penjelasan lebih

lanjut mengenai konsep dan komponen program PHP III akan dijabarkan pada tabel berikut<sup>95</sup>:

Tabel 8. *Health Work Force Services Project (PHP III) Key Dates*

<i>Process</i>	<i>Date</i>	<i>Process</i>	<i>Original date</i>	<i>Revised/actual date(s)</i>
CONCEPT REVIEW:	10/02/2001	EFFECTIVENESS:		12/30/2003
APPRAISAL:	04/03/2003	RESTRUCTURING(S):		
APPROVAL:	06/12/2003	MID-TERM REVIEW:	01/15/2007	01/15/2007
		CLOSING:	12/31/2008	12/31/2008

<sup>95</sup> Ibid. hal. 41-42.

Tabel 9. Komponen Pembiayaan Program PHP III

<i>Components</i>	<i>Appraisal estimate (US\$)</i>	<i>Actual/latest estimate (US\$)</i>	<i>Percentage of appraisal</i>
A. District health offices and facilities	309.25	39.06	12.63
B. Province health offices and facilities			
B.1. Health workforce development	19.05	2.25	11.81
B.2. Health system coordination, planning and management	3.38	1.33	39.34
B.3. Project management	1.74	1.95	112.07
C. Central			
C.1. Health systems stewardship	9.66	4.33	44.82
C.2. Enhanced quality of medical education	12.61	6.01	47.66
<b>Total Project Costs</b>	<b>429.37</b>	<b>57.49</b>	<b>13.39</b>

## **BAB IV**

### **DAMPAK BANTUAN BANK DUNIA TERHADAP KEBIJAKAN KESEHATAN DI INDONESIA**

#### **A. Peranan Bank Dunia dalam Perumusan Kebijakan Kesehatan di Indonesia**

Berbagai Bantuan Bank Dunia di segala sektor pembangunan tentunya memiliki dampak yang signifikan terhadap rumusan kebijakan Indonesia, khususnya mengenai Kebijakan Kesehatan Indonesia. Dampak dari adanya kerjasama Pemerintah dengan Bank Dunia dapat dilihat dari warna pembangunan kesehatan Indonesia beberapa tahun belakangan, mulai dari pergeseran paradigma kesehatan, perubahan arah kebijakan kesehatan, hingga penyelenggaraan Sistem Kesehatan Nasional yang mengalami pergantian beberapa kali. Perubahan yang terjadi seperti ini dapat diartikan sebagai sebuah implikasi dari bantuan luar negeri yang diterima, dan tidak pula menjadi keinginan aktor penerima bantuan semata. Keinginan para pemberi bantuan dapat dilandasi oleh berbagai kepentingan ekonomi dan politik.<sup>96</sup> Sebagaimana telah dijelaskan pada pembahasan Bab III, tarik ulur kepentingan di dalam Bank Dunia tidak terlepas pula dari berbagai kepentingan donatur didalamnya. Pada titik inilah peneliti menganalisis dampak dari adanya kompromi kepentingan antara Pemberi dan Penerima Bantuan, khususnya terkait dengan program PHP terhadap perumusan kebijakan kesehatan Indonesia.

---

<sup>96</sup> Yanuar Ikbar. 2007. *Ekonomi Politik Internasional 2*. Refika Adiatama. Bandung, hal. 205.

Dalam memahami peranan Bank Dunia dalam perumusan kebijakan kesehatan Indonesia, kita perlu melihat alur peminjaman modal dari Bank Dunia menggunakan pendekatan model keterlibatan Bank Dunia dalam perumusan kebijakan sebuah Negara yang dibuat oleh BIC (*Bank Information Center*). BIC menjelaskan peranan Bank Dunia terhadap perumusan kebijakan sebuah Negara dengan 2 cara, yakni Memberikan Pinjaman Proyek, Merubah hukum, aturan dan lembaga, serta Membawa sektor swasta.<sup>97</sup>

### **A.1. Memberikan Pinjaman Proyek**

Berdasarkan penjelasan BIC, Bank Dunia secara umum dapat terlibat dalam berbagai kegiatan pembangunan di sebuah Negara terlebih lagi dengan misi “*Healthy for All*” yang digagasnya bersama WHO. Kontribusi Bank Dunia dapat melalui program atau proyek pembangunan fisik maupun non-fisik seperti pembangunan jembatan, bendungan, jalan raya, atau bahkan merekomendasikan reformasi kebijakan seperti rekomendasi reformasi pembangunan kesehatan Indonesia. Program ataupun proyek yang dikurcurkan Bank Dunia di bidang kesehatan bukan tanpa alasan, karena hal tersebut sesuai dengan permintaan dan kebutuhan Negara peminjam.

Aliran pinjaman proyek atau program dari Bank Dunia berawal dari usulan *Poverty Reduction Strategy Paper* (PRSP) yang dibuat oleh negara peminjam. Sejak tahun 1999, Pemerintah selaku peminjam menyiapkan PRSP negaranya yang menggambarkan prioritas dan target dari negara tersebut dalam mengurangi kemiskinan dalam skala 3–5 tahun. Melalui PRSP inilah, terjadi kompromi

---

<sup>97</sup> Bank Information Center. 2013. *Chapter 2: Kelompok Bank Dunia di Negara Anda*. hal. 14

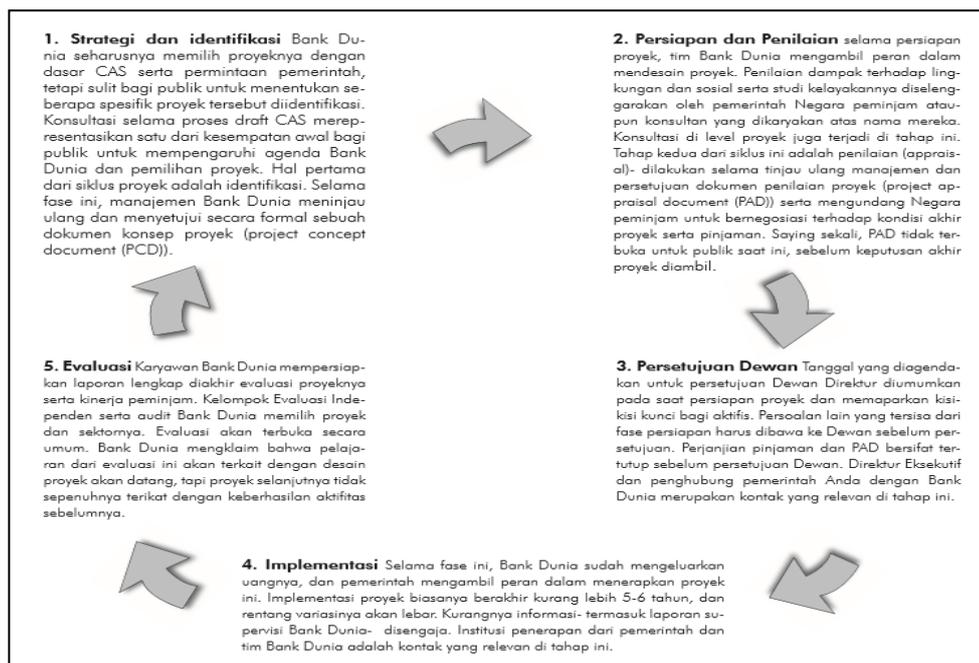
kepentingan antara kepentingan Bank Dunia dan kepentingan nasional Indonesia, salah satunya mengenai kebijakan sektor kesehatan.

Pertanyaan selanjutnya, bagaimana PRSP menjadi alat keterlibatan Bank Dunia dalam perumusan kebijakan kesehatan Indonesia? Jawabannya terletak pada proses penyusunan PRSP tersebut. Meskipun Negara telah menyiapkan draft pembangunan, khususnya di bidang kesehatan yang telah disesuaikan dengan kebutuhan dan visi pemerintah kedepan, hal ini masih terlalu lemah untuk dilegalkan dalam sebuah PRSP. Dalam prosesnya, lembaran PRSP harus mendapat persetujuan Bank Dunia dan IMF. Proses inilah yang ditandai sebagai upaya kompromi legal dari Bank Dunia dengan Pemerintah Indonesia. Implikasinya menjadi jelas, draft PRSP bidang kesehatan yang diusulkan harus mendapat polesan dari Bank Dunia agar selaras dengan program pembangunan kesehatan global yang mereka bawa. Dari tahapan ini bisaanya terjadi “pemangkasan” kepentingan nasional utamanya di dalam rumusan kebijakan yang dibuat, karena akan disesuaikan dengan kebijakan perdagangan dan privatisasi global.

Bank Dunia kemudian menyiapkan sebuah dokumen *Country Assistance Strategy* (CAS) yang sifatnya berupa strategi bantuan atau dapat dikatakan sebagai “skenario pinjaman” bagi Negara peminjam dengan persetujuan Dewan Direktur Bank Dunia. Dalam CAS yang dibuat untuk Negara peminjam tersebut, dijelaskan pula prioritas pembangunan Bank Dunia selama 3-5 tahun. CAS juga berisi tentang alokasi pinjaman Bank Dunia, program peminjaman, dukungan riset serta bantuan teknis bagi negara tersebut sesuai dengan prioritas pembangunan

nasional yang diuraikan sebelumnya dalam PRSP. Sama halnya dengan PRSP, CAS pun memiliki kelemahan karena *output*-nya yang seringkali tidak sesuai dengan prioritas PRSP yang dibuat.

Gambar 3. Siklus Proyek Peminjaman Bank Dunia<sup>98</sup>



Sumber: Bank Information Center. 2013

Peranan Bank Dunia dalam perumusan kebijakan kesehatan Indonesia dapat terlihat jelas melalui pendekatan Pinjaman Proyek ini. Adanya kontribusi Bank Dunia dalam pergeseran paradigma pembangunan kesehatan Indonesia terlihat jelas melalui PRSP Indonesia-Bank Dunia dan CAS Bank Dunia-Indonesia tahun 2004-2008. Di dalam PRSP dan CAS tersebut beberapa program kesehatan global Bank Dunia, misalnya *Universal Health Coverage* telah diadopsi Pemerintah Indonesia sejak tahun 2000. Disisi lain, reformasi institusi dan

<sup>98</sup> Ibid. hal. 14

kebijakan kesehatan yang digagas Bank Dunia sejak tahun 1990-an termaktub dalam PRSP dan CAS antara Bank Dunia dan Indonesia tersebut. Hal ini membuktikan bahwa Bank Dunia terlibat aktif dalam perumusan arah kebijakan pembangunan kesehatan di Indonesia.

## **A.2. Dana Penyesuaian**

Pinjaman untuk “Dana Penyesuaian” atau *Sektoral Adjustment Loan* (SAL) merupakan sebagian uang dari pinjaman atau hibah Bank Dunia yang akan langsung masuk ke bendahara Negara peminjam untuk mendukung perubahan hukum, aturan atau lembaga di Negara tersebut.<sup>99</sup> Pembiayaan ini dapat diasumsikan sebagai insentif bagi pemerintah untuk mengadopsi kebijakan dan reformasi institusi seperti yang direkomendasikan Bank Dunia.

Keterlibatan Bank Dunia dalam kebijakan desentralisasi kesehatan Indonesia dapat kita lihat pula dari jumlah dan perubahan regulasi kesehatan Indonesia sejak tahun 2000, salah satunya dengan diterbitkannya kebijakan Jaringan Pengaman Sosial (JPS) bagi masyarakat (lihat program SSNAL pada tabel 1).<sup>100</sup> Setelah itu, terhitung telah dua kali pula perubahan kebijakan Sistem Kesehatan Nasional terjadi, yakni SKN 2004 dan SKN 2009. Perubahan Sistem Kesehatan Nasional ini diikuti pula dengan pencanangan Visi Indonesia Sehat 2010, yang secara keseluruhan bermuara pada kebijakan desentralisasi kesehatan.

---

<sup>99</sup> Ibid. hal 4

<sup>100</sup> Laksoso Trisnantoro. 2010. *Analisis Kebijakan menuju Universal Health Coverage 2014*. Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM, hal. 13

Tabel 10. *Sektoral Adjustment Loan* (SAL) Bank Dunia bagi pemerintah Indonesia tahun 2000<sup>101</sup>

No.	Nama Proyek	Jumlah	Tujuan	Keterangan
1.	PRSL ( <i>Policy Reform Loan</i> )	Jumlah PRSL III saja US\$300 juta	Pinjaman Reformasi Kebijakan	Manajer Proyek Penanggung Jawab di Kantor Bank Dunia Jakarta dipegang oleh Vicrim Nehru. Di AS dipegang oleh Burft Hofman.
2.	SSNAL ( <i>Social Safety Net Adjustment Loan</i> )	US\$600 juta	Ini dikenal juga dengan JPS – beras murah, penciptaan lapangan kerja dsb.	Manajer Proyek Penanggung Jawab di Kantor Bank Dunia Jakarta dipegang oleh Janet Pomeroy. Pinjaman ini bernomor: LOAN 4471-IND
3.	WATSAL ( <i>Water Sector Adjustment Loan</i> )	US\$300 juta	Pinjaman penyesuaian sektor pengairan.	Proyek ini berstatus pinjaman aktif dengan nomor pinjaman: LOAN ID 4469-IND. Manajer Proyek Penanggung Jawab di Kantor Bank Dunia Jakarta dipegang oleh Ilham Abila. Di AS: Teddy Herman.
4.	SECAL	US\$300 juta	Restrukturisasi PLN	Manajer Proyek Penanggung Jawab di Kantor Bank Dunia Jakarta dipegang oleh David Hawes dan Tom E. Walton. Di AS: Muhammad Farhandi
5.	<i>Telecommunications Adjustment</i>	US\$257,9 juta	Reorganisasi sektor telekomunikasi dan restrukturisasi Telkom	Manajer Proyek Penanggung Jawab di Kantor Bank Dunia Jakarta dipegang oleh Bernad Drum dan David Hawes. Pinjaman ini bernomor LOAN 3904-IND

Disisi lain, upaya dari Bank Dunia merubah lembaga di Indonesia dapat dilihat dari [Country Partnership Strategy \(CPS\)](#) tahun 2009-2012.<sup>102</sup> CPS tersebut memuat tentang strategi Bank Dunia yang akan berfokus pada investasi lembaga Indonesia. Pendekatan ini bertujuan untuk meningkatkan peran Bank Dunia dalam memperkuat program pemerintah ke masyarakat, memperkuat lembaga pemerintah maupun non-pemerintah.<sup>103</sup> Pola “penyesuaian” ini dapat pula dijadikan tolak ukur keterlibatan Bank Dunia dalam perumusan kebijakan

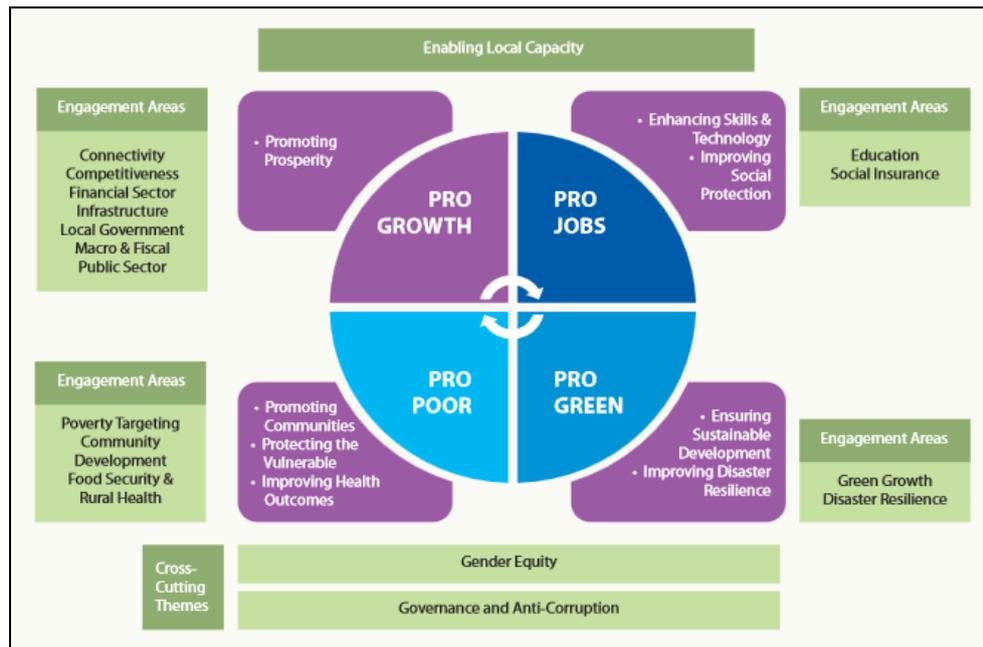
<sup>101</sup> Gunawan. 2007. *Tanah untuk Petani dan Upah yang Layak untuk Buruh adalah HAM*. Pusham UII, hal 8.

<sup>102</sup> Bank Dunia. 2013. *Country Partnership Strategy 2013-2015*.

<sup>103</sup> Bank Dunia. 2009. *Country Partnership Strategy 2009-2012*.

kesehatan di Indonesia. Skenario “penyesuaian” Bank Dunia dengan arah kebijakan pemerintah Indonesia dapat dilihat melalui gambar berikut ini:

Gambar 4. Skema Penyelarasan Keterlibatan Bank Dunia dengan Kebijakan Pemerintah Indonesia<sup>104</sup>

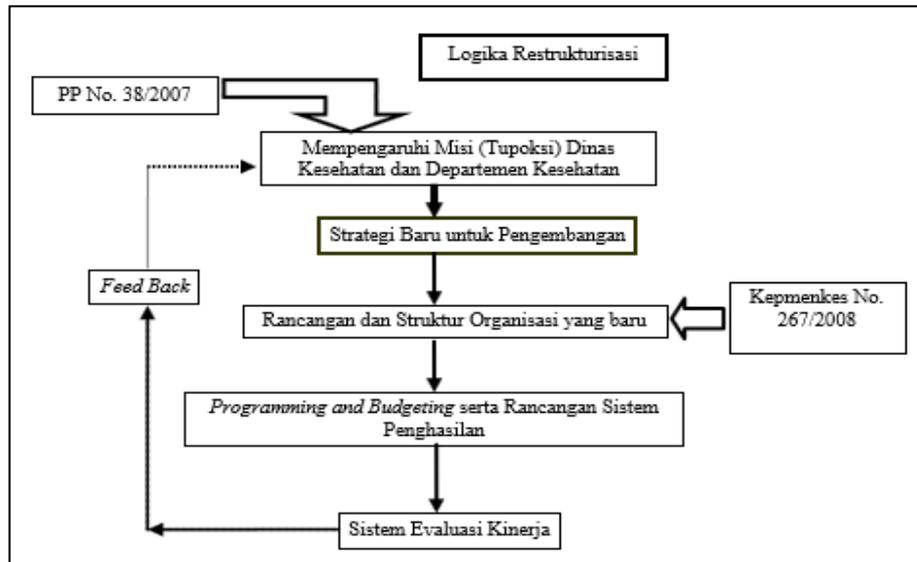


Sumber: *Country Partnership Strategy (CPS) untuk Indonesia*. 2013

Adanya “penyesuaian” misi Bank Dunia dengan kebijakan pemerintah Indonesia tersebut mengakibatkan terjadinya pula perubahan struktur lembaga, khususnya di bidang kesehatan, misalnya saja dengan dibentuknya lembaga *Joint Health Council (JHC)* dalam tubuh Kementerian Kesehatan. Penjelasan lebih lanjut mengenai perubahan lembaga (restrukturisasi) yang terjadi atas keterlibatan Bank Dunia dapat dilihat melalui gambar berikut:

<sup>104</sup> Bank Dunia. 2013. *Country Assistance Strategy (CAS) for Indonesia*, hal. 15

Gambar 5. Logika Perubahan Struktur Lembaga Kesehatan Indonesia<sup>105</sup>



Sumber: Desentralisasi Kesehatan Indonesia tahun 2000-2007

Melalui Laporan CPS 20013-2015, dapat dilihat secara spesifik bahasan tentang strategi kerjasama pembangunan kesehatan Indonesia.<sup>106</sup> Dalam CPS tersebut dijelaskan pula ketercapaian pembangunan kesehatan Indonesia yang disesuaikan dengan paradigma HFN (*Healthy For All*). Ketercapaian tersebut antara lain mengenai Desentralisasi Kesehatan yang telah berhasil dilaksanakan sejak tahun 2000.<sup>107</sup> Desentralisasi kesehatan merupakan salah satu rekomendasi Bank Dunia untuk pembangunan kesehatan global selain reformasi institusi kesehatan. Berdasarkan CPS tersebut, maka dapat dikatakan Indonesia menjadi bagian dalam proses desentralisasi kesehatan secara global.

<sup>105</sup> Laksono Trisnantoro. 2009. *Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan Indonesia 2000-2007*. BPFE. Jogjakarta, hal. 175-176.

<sup>106</sup> Bank Dunia. 2010. *Strategi Kemitraan Negara untuk Republik Indonesia*.

<sup>107</sup> Bank Dunia. 2013. *Document of the World Bank: PHP I, II, III Report*. IEG Public Sektor Evaluation, hal. 38.

Adapun dari analisis peranan Bank Dunia dalam perumusan kebijakan kesehatan di Indonesia tersebut, kita dapat melihat pula sumbangsih dari Bank Dunia terhadap kebijakan kesehatan Indonesia melalui beberapa hal, yaitu:

1. Pemberian desain skema desentralisasi kesehatan dari Bank Dunia kepada Pemerintah Indonesia untuk meningkatkan kapasitas pemerintah di level provinsi maupun kabupaten/kota (*Capacity Building*). Tujuan dari kegiatan ini adalah membantu pemerintah daerah melakukan pengelolaan dan pengambilan kebijakan yang berorientasi pada desain pembangunan kesehatan secara mandiri. Selain itu, dari desain skema desentralisasi kesehatan yang diberikan, Bank Dunia turut pula membantu pemerintah melakukan pemerataan pendistribusian tenaga kesehatan nasional.
2. Bank Dunia bersama Kementerian Kesehatan melaksanakan “*Capacity Building*” bagi jajaran Kementerian Kesehatan untuk memperkuat peranan dan posisi Kementerian Kesehatan sebagai pengambil dan pengelola kebijakan kesehatan nasional yang berorientasi pada desentralisasi kesehatan.
3. Meningkatkan kapasitas “*Stakeholder Kesehatan*” di daerah melalui pelatihan konsepsi manajemen kesehatan, serta pelatihan perencanaan dan penganggaran daerah yang berorientasi pada kebijakan kesehatan yang efisien dan efektif.

4. Bank Dunia melalui program PHP (*Provincial Health Project*) memberikan desain penyelenggaraan sistem kesehatan berbasis paradigma HFA (*Healthy for All*) kepada Pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan. Desain yang diberikan salah satunya merujuk kepada pengembangan sistem kesehatan yang mandiri dan berbasis masyarakat, dalam hal ini yaitu jaminan kesehatan yang menjadi rujukan atau dasar pemerintah menyelenggarakan jaminan kesehatan mulai dari Jamkesda, Jamkesmas dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

## **B. Dampak Program *Provincial Health Project* terhadap Kebijakan Kesehatan di Indonesia**

Program bantuan kesehatan *Provincial Health Project* (PHP 1, 2 dan 3) bagi Indonesia telah dimulai secara efektif sejak tanggal 21 Agustus tahun 2000. Program bantuan kesehatan ini selaras dengan program desentralisasi kesehatan pemerintah Indonesia pada tenggat waktu tahun 2000-2009.<sup>108</sup> Secara umum, program bantuan kesehatan dari Bank Dunia ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas kebijakan kesehatan sebagaimana sudah dijelaskan pada Bab III. Selain itu, tujuan dari program PHP adalah menjamin terselenggaranya desentralisasi kesehatan yang efektif di daerah, keterjangkauan akses pelayanan kesehatan, penguatan institusi kesehatan di daerah, serta pengembangan tenaga kerja kesehatan.

---

<sup>108</sup> Kementerian Kesehatan. 2008. *Laporan Kesehatan Indonesia*. Jakarta

Rumusan program-program kegiatan dalam PHP jilid I-III disesuaikan secara berkala untuk memenuhi proses reformasi pembangunan kesehatan Indonesia selama tahun 2000-2008 oleh Bank Dunia. Program PHP dapat dipastikan memiliki implikasi yang sangat besar terhadap kebijakan kesehatan di Indonesia. Dengan gagasan utama membawa arus reformasi pembangunan kesehatan, program ini menjadi sangat sinergis dengan proses desentralisasi pasca reformasi yang tengah berlangsung di awal dekade tahun 2000-an. Program PHP dalam perjalanannya menjadi padu dengan tujuan nasional pembangunan kesehatan dan secara sistemik melakukan perubahan haluan kebijakan desentralisasi kesehatan dan sistem kesehatan nasional, penguatan sektor tenaga kesehatan dan struktur kelembagaan kesehatan. Bahkan, program ini mengilhami perubahan paradigma pembangunan kesehatan Indonesia dari yang dulunya berorientasi “sakit” menjadi berorientasi “sehat”.

Perubahan kebijakan kesehatan di Indonesia dapat diidentifikasi sebagai salah satu akibat dari keterlibatan Bank Dunia dalam pembangunan kesehatan nasional sebagaimana telah dibahas pada sub-bab sebelumnya. Dorongan untuk melakukan “penyesuaian” pembangunan nasional Negara peminjam didasari pula oleh kepentingan ekonomi dan politik dari Negara-negara donator di dalam tubuh Bank Dunia itu sendiri. Adanya implikasi dari misi pembangunan kesehatan bank dunia melalui bantuan program PHP terhadap kebijakan kesehatan nasional dapat kita analisis menggunakan pendekatan dari Thomson dan Dixon yang dijelaskan dalam jurnal internasional kesehatan berjudul “*Choices in health care: the European experience*”.

Reformasi pembangunan kesehatan di sebuah Negara terjadi akibat adanya dorongan kepentingan dari organisasi internasional seperti halnya Bank Dunia yang membawa misi perbaikan kesehatan global dengan isu utama yaitu desentralisasi kesehatan.<sup>109</sup> Menurut Thomson dan Dixon, setidaknya ada 8 indikator terjadinya (*Output*) reformasi pembangunan kesehatan di sebuah negara, yakni *Promotion of Model, Imposition of user fees, Health Insurance, Publicly-funded health services, Public Private Partnerships, Decentralization of Health Systems, dan Patient Choice*.<sup>110</sup> Namun, penelitian ini hanya akan menggunakan dua indikator dari Thomson dan Dixon sebagai tolak ukur dari dampak program PHP terhadap kebijakan kesehatan Indonesia, yakni Desentralisasi sistem kesehatan (*Decentralization of Health Systems*) dan Asuransi kesehatan (*Health Insurance*). Hal ini dikarenakan, kedua indikator tersebut sudah cukup untuk mengidentifikasi apakah telah terjadi reformasi pembangunan kesehatan di Indonesia atau tidak.

### **B.1. Desentralisasi Sistem Kesehatan**

Desentralisasi merupakan sebuah proses pemberian kewenangan kepada daerah untuk mengelola sumberdayanya sendiri. Akan tetapi, definisi tentang desentralisasi tidak semata-mata merujuk pada otoritas sebuah kebijakan, melainkan pula dapat dikaitkan dengan berbagai sektor pembangunan, misalnya saja desentralisasi kesehatan. Desentralisasi kesehatan menurut Thomson dan Dixon adalah pelimpahan kewenangan pengelolaan kesehatan oleh pusat ke

---

<sup>109</sup> S. Thomson dan Dixon. 2006. *Choices in Health Care: The European Experience*. Journal of Health Services Research and Policy Vol. 6, hal. 71.

<sup>110</sup> Ibid.

daerah meliputi pelayanan kesehatan, penganggaran dan perbaikan infrastruktur kesehatan. Salah satu wujud dari desentralisasi kesehatan menurut indikator pertama ini adalah adanya perubahan struktur lembaga kesehatan yang terjadi.

Kebijakan desentralisasi kesehatan Indonesia dimulai sejak tahun 2000 dengan masuknya program PHP sebagai program rintisan. Adanya desentralisasi kesehatan di Indonesia mendorong setiap daerah berupaya meningkatkan pembangunan kesehatan dari segi penganggaran kesehatan, infrastruktur kesehatan, desentralisasi kewenangan dari lembaga kesehatan pusat ke daerah, serta sumberdaya tenaga kesehatan yang berkualitas.

Program PHP telah dilaksanakan sebanyak tiga kali di Indonesia dengan berbagai lokasi program yang cukup representatif. Dari keseluruhan program yang terlaksana menunjukkan hasil perbaikan pembangunan kesehatan yang cukup baik. Adanya isu utama desentralisasi kesehatan turut membantu perbaikan kesehatan di daerah dengan keterlibatan penuh dari masyarakat dan pemerintah daerah itu sendiri. Berdasarkan laporan program PHP I, II dan III dari Bank Dunia, pelaksanaan program PHP di Indonesia berjalan dengan baik. Ketercapaian tujuan Program PHP terkait desentralisasi kesehatan berdampak langsung pada reformasi pembangunan kesehatan Indonesia. Dampak desentralisasi kesehatan dapat diukur melalui perkembangan angka kematian bayi, pelaksanaan pelayanan kesehatan seperti persalinan dan imunisasi, angka harapan hidup, serta perkembangan lembaga kesehatan di Indonesia dari sebelum dan sesudah berlangsungnya program PHP.

Salah satu dampak langsung dari upaya reformasi pembangunan kesehatan yang dibawa oleh program PHP adalah perubahan struktur lembaga kesehatan. Penguatan Kementerian Kesehatan sebagai pengawas dari penerapan kebijakan kesehatan dan adanya pelimpahan kewenangan secara penuh kepada daerah untuk mengelola pembangunan kesehatan secara mandiri berimplikasi pula pada terjadinya perubahan beberapa struktur kelembagaan. Misalnya saja dengan dileburnya Kantor Wilayah (Kanwil) Kesehatan dengan Dinas Kesehatan yang dimulai sejak program PHP I berlangsung.<sup>111</sup> Selain itu, dalam struktur kelembagaan, terdapat beberapa tambahan unit kerja yang tupoksinya terkait dengan analisis kebijakan desentralisasi kesehatan di tingkat provinsi sampai kabupaten, contohnya dengan dibentuknya *Joint Health Council* (JHC) di tingkat provinsi. Disamping itu, hal yang menjadi perhatian utama adalah penguatan struktur kesehatan terkait dengan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan. Untuk kuantitas tenaga kesehatan, sejak program PHP bergulir di tahun 2000, telah terjadi pengurangan tenaga kesehatan non-profesional, contohnya di Jogjakarta dengan pengurangan tenaga kesehatan non-profesional sebesar 28% dari jumlah seluruhnya.<sup>112</sup> Sedangkan mengenai penguatan kualitas tenaga kesehatan, program PHP jilid 3 berhasil mendorong Ikatan Dokter Indonesia (IDI) untuk membuat standarisasi dan instrumen sertifikasi tenaga kesehatan nasional.

Kebijakan desentralisasi kesehatan di Indonesia menjadi dampak yang cukup signifikan dari pelaksanaan program PHP di Indonesia. Terhitung sejak

---

<sup>111</sup> Bank Dunia. 2013. *Document of the World Bank: PHP I, II, III Report*. IEG Public Sektor Evaluation, hal. 9.

<sup>112</sup> Bank Dunia. 2013. *Document of the World Bank: PHP I, II, III Report*. IEG Public Sektor Evaluation, hal. 16.

tahun 2000, berbagai upaya pembangunan kesehatan oleh pemerintah tidak lagi bersifat sentralistik dan terpusat di Kementerian Kesehatan saja. Dorongan desentralisasi kesehatan selama tahun 2000-2008 tersebut pada akhirnya membawa perubahan yang signifikan dalam reformasi pembangunan kesehatan yang dinilai cukup berhasil. Dari data yang dijelaskan sebelumnya, terjadi peningkatan mutu dan derajat kesehatan yang bisa dilihat langsung dari kondisi sebelum dan sesudah dilaksanakannya program PHP. Berdasarkan penjelasan Thomson dan Dixon sebelumnya, maka desentralisasi kesehatan yang terjadi di Indonesia dapat dikategorikan sebagai dampak dari adanya dorongan kepentingan organisasi internasional (Bank Dunia) dalam mewujudkan misi reformasi pembangunan kesehatan global di Indonesia.

## **B.2. Asuransi Kesehatan**

Berdasarkan pendapat Thomson dan Dixon, dampak lainnya dari dorongan organisasi internasional dalam mewujudkan reformasi pembangunan kesehatan adalah adanya kebijakan asuransi kesehatan. Asuransi kesehatan yang dimaksud adalah ketersediaan jaminan bagi seluruh masyarakat. Pembiayaan asuransi kesehatan secara bertahap mulai dari asuransi untuk masyarakat miskin yang mendapat subsidi dari pemerintah hingga pembiayaan premi asuransi secara mandiri oleh masyarakat sendiri dengan cara subsidi silang.

Sejak program PHP dijadikan rintisan reformasi pembangunan kesehatan di Indonesia, telah banyak kebijakan kesehatan nasional yang mengalami pergeseran orientasi. Jika sebelumnya dibahas bahwa program PHP berdampak pada desentralisasi kesehatan, maka dalam perjalanannya dari tahun 2000-2010,

pemerintah Indonesia turut pula mengeluarkan kebijakan jaminan kesehatan nasional. Dasar dari kebijakan jaminan atau asuransi kesehatan di Indonesia berawal dari kebijakan Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK). Kemudian, ketika Sistem Jaminan Sosial (SJSN) mulai digagas tahun 2001, perlahan-lahan pemerintah mulai berupaya untuk memberikan jaminan kesehatan menyeluruh bagi masyarakat Indonesia. Hingga pada tahun 2004, SJSN ini kemudian diamanatkan melalui Undang-undang. No. 40 tahun 2004.<sup>113</sup>

Setelah disahkannya SJSN sebagai sebuah sistem penyelenggaraan asuransi kesehatan terpadu, pemerintah kemudian mengeluarkan kebijakan jaminan kesehatan untuk menyempurnakan sistem jaminan kesehatan yang sudah dibuat. Pada tahun 2005, Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) diterbitkan, menyusul kemudian di tahun 2008 diterbitkan pula Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) untuk menggantikan Askeskin. Dari Jamkesmas yang merupakan jaminan kesehatan di tingkat pusat, di tingkat daerah kita pun mengenal adanya Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA).

Program Jamkesmas memiliki beberapa tujuan, yaitu<sup>114</sup>:

1. Terselenggaranya akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan yang optimal secara efektif dan efisien.

---

<sup>113</sup> Hasbullah Thabrany. *Sejarah Askes*. diakses melalui [www.ui.ac.id](http://www.ui.ac.id) pada tanggal 1 Juli 2014

<sup>114</sup> Kementerian Kesehatan. 2011. *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan*. Jakarta, hal. 3.

2. Meningkatkan cakupan masyarakat tidak mampu yang mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan Rumah Sakit, serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Setiap peserta Jamkesmas berhak mendapat pelayanan kesehatan dasar meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan (RJ) dan rawat inap (RI), serta pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat. Pelayanan kesehatan dalam program Jamkesmas menerapkan pola pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan dengan ketentuan sebagai berikut<sup>115</sup>:

1. Pelayanan rawat jalan tingkat pertama diberikan di Puskesmas dan jaringannya.
2. Pelayanan rawat inap diberikan di Puskesmas Perawatan dan ruang rawat inap kelas III (tiga) di RS Pemerintah termasuk RS Khusus, RS TNI/POLRI dan RS Swasta yang bekerjasama dengan Kementerian Kesehatan.
3. Pada keadaan gawat darurat (emergency) seluruh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) wajib memberikan pelayanan kepada peserta walaupun tidak memiliki perjanjian kerjasama.

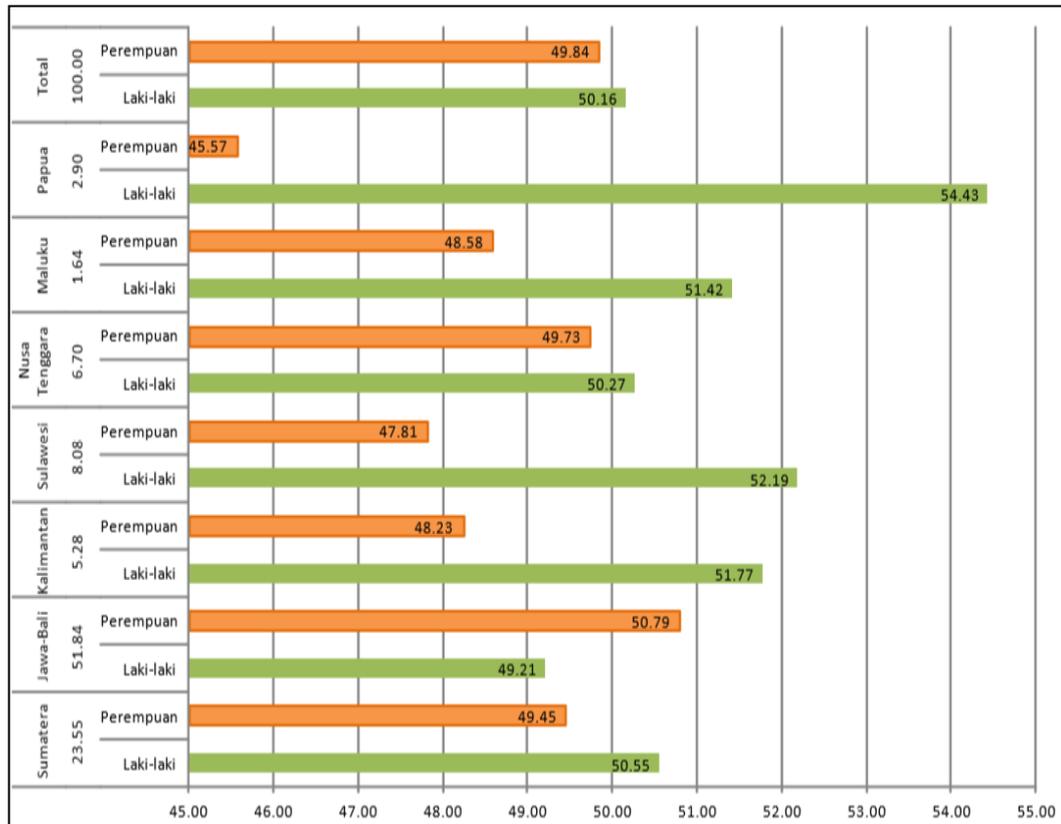
Penduduk Indonesia berdasarkan sensus penduduk tahun 2010 sebanyak 237.556.363 jiwa, dengan penduduk Indonesia yang telah memiliki Jaminan Kesehatan sebesar 60,24% atau sejumlah 142.179.507 jiwa, sedangkan 39,76%

---

<sup>115</sup> Ibid.

atau 95.376.856 penduduk yang belum memiliki jaminan Kesehatan. Adapun proporsi peserta secara detail dapat dilihat melalui tabel berikut:

Grafik 2. Proporsi Peserta Jamkesmas tahun 2010<sup>116</sup>



Program jaminan atau asuransi kesehatan yang paling terakhir diterbitkan pemerintah untuk menyempurnakan program asuransi sebelumnya adalah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Berdasarkan penjabaran dari Kementerian Kesehatan, terdapat 2 manfaat dari Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yakni berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non-medis seperti ambulans. Paket asuransi JKN yang diterima setiap peserta bersifat paripurna yaitu bersifat preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. JKN secara umum menjangkau semua

<sup>116</sup> Ibid. hal. 5.

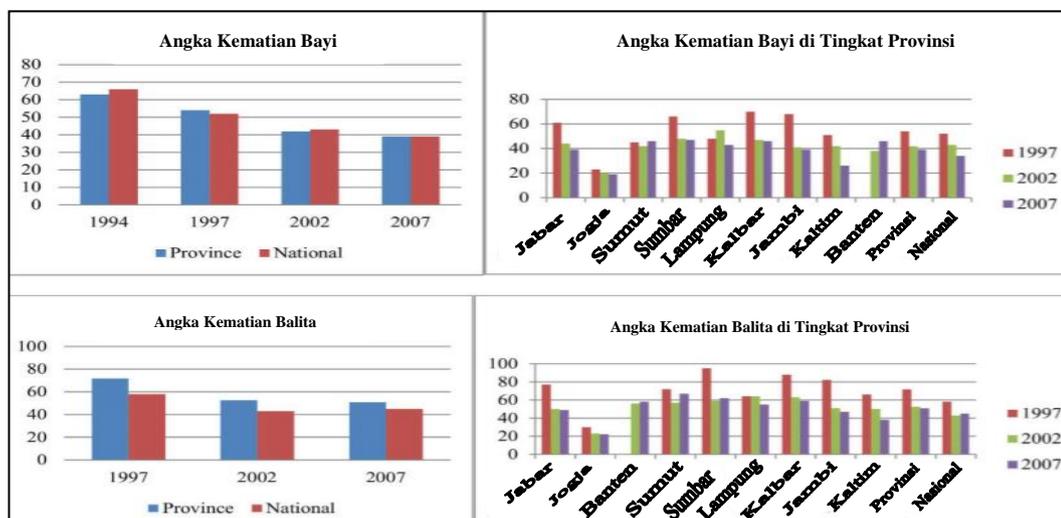
penduduk Indonesia, dan diharapkan seluruh penduduk Indonesia sudah menjadi peserta JKN pada tahun 2019.

Dari kedua indikator yang disampaikan oleh Thomson dan Dixon tersebut, kita dapat mengukur ketercapaian (*Outcome*) dari program PHP melalui 3 klasifikasi yaitu Angka Kematian Bayi dan Balita, Tingkat Pelayanan Persalinan dan Imunisasi, serta Angka Harapan Hidup Indonesia sebelum dan setelah adanya program PHP.

#### 1. Angka Kematian Bayi

Salah satu tolak ukur ketercapaian dari sebuah program kesehatan dapat dilihat dari tinggi atau rendahnya kematian bayi dan balita jika dibandingkan dengan sebelum berjalannya program dan sesudah berjalannya program tersebut. Jika hasil angka kematiannya meningkat maka pelaksanaan program desentralisasi kesehatan menjadi gagal. Karena daerah dianggap tidak mampu mengelola pembangunan kesehatan dengan baik dan menyebabkan kegagalan mengoptimalkan kewenangan penuh yang telah diberikan. Begitu pula sebaliknya jika angka kematian bayi dan balita menurun, maka dapat menjadi tolak ukur keberhasilan pemerintah daerah mengatasi permasalahan kesehatan di daerahnya. Adapun kondisi sebelum dan setelah program PHP dapat dilihat melalui gambar berikut ini:

Grafik 3. Perkembangan Angka Kematian Balita dan dibawah usia 5 tahun<sup>117</sup>



Sumber : Bank Dunia 2013

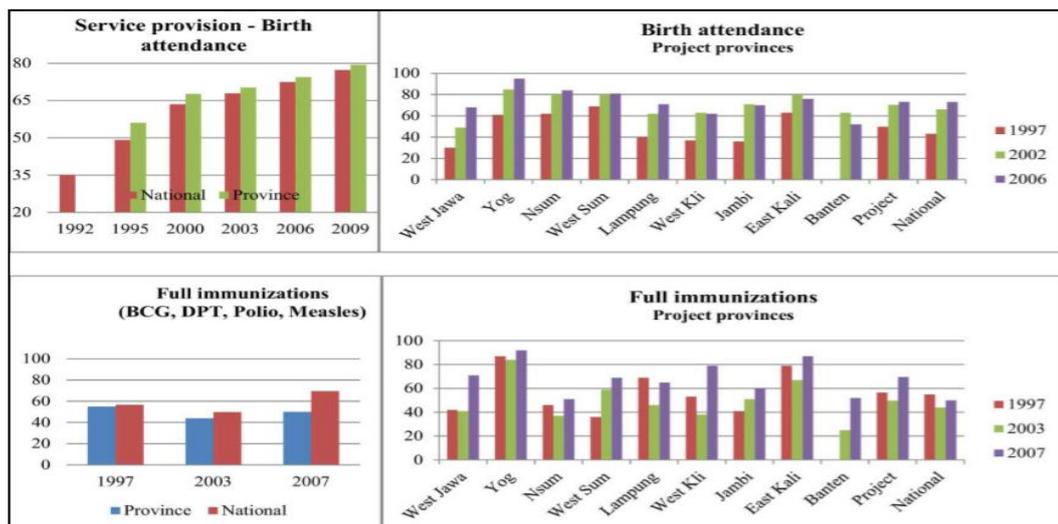
Berdasarkan tabel tersebut, kita dapat melihat kondisi sebelum dan sesudah berlangsungnya program PHP. Sebelum berjalannya program tersebut (hingga tahun 1997), angka kematian bayi berada pada kisaran 50.000-60.000 per tahun di level provinsi dan mencapai lebih dari 50.000 angka kematian di level nasional. Sedangkan angka kematian Balita (hingga tahun 1997) berada pada kisaran 60.000-80.000 di level provinsi dan hampir mencapai 60.000 angka kematian balita di level nasional. Penggambaran data spesifik dapat dilihat dari angka kematian bayi dan balita di setiap provinsi yang menjadi lokasi pelaksanaan program PHP di tabel sesudahnya.

<sup>117</sup> Bank Dunia. 2013. *Document of the World Bank: PHP I,II, III Report*. IEG Public Sektor Evaluation, hal. 52.

## 2. Tingkat Pelayanan Persalinan dan Imunisasi

Tingkat pelayanan kesehatan menjadi tolak ukur penting dalam desentralisasi kesehatan. Hal ini untuk melihat kemampuan daerah dalam menjalankan program pelayanan kesehatan secara penuh dan mandiri. Pada penerapannya, pelayanan kesehatan terdiri atas banyak jenis, mulai dari pemeriksaan kesehatan, perawatan kesehatan hingga pengobatan kesehatan. Untuk lebih mempermudah dalam melihat dampak dari program PHP, maka wujud dari pelayanan kesehatan dapat dilihat dari pelayanan persalinan dan imunisasi. Kedua bentuk pelayanan tersebut seringkali pula digunakan oleh Badan Pusat Statistik Indonesia dalam menunjukkan perkembangan pelayanan kesehatan secara local maupun nasional. Perkembangan kondisi persalinan dan imunisasi sebelum dan sesudah program PHP dapat dilihat melalui gambar berikut:

Grafik 4. Perkembangan Pelayanan Persalinan dan Imunisasi<sup>118</sup>



Sumber: Bank Dunia. 2013

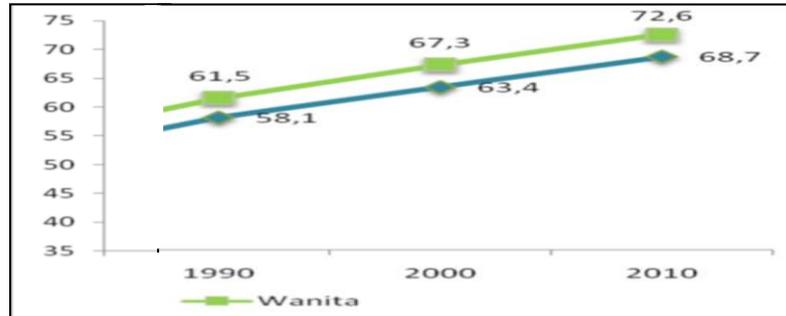
<sup>118</sup> Ibid. hal. 53.

Berdasarkan tabel tersebut, dapat dilihat perkembangan angka pelayanan persalinan yang meningkat sangat signifikan di tahun 1992-2009, dengan kisaran dari angka 35.000 di tahun 1992 menjadi hampir 80.000 di tahun 2009 pada level Nasional. Sementara mengenai pelayanan imunisasi cukup signifikan dari tahun 1997 dengan angka hampir 60.000, sempat turun sedikit di tahun 2003 menjadi 50.000 dan akhirnya naik drastic di tahun 2007 dengan angka 70.000. Penggambaran data spesifik dapat dilihat dari angka pelayanan persalinan dan imunisasi di setiap provinsi yang menjadi lokasi pelaksanaan program PHP di tabel sesudahnya.

### 3. Angka Harapan Hidup

Secara umum, angka harapan hidup (AHH) menunjukkan status kesehatan masyarakat di sebuah Negara apakah berkualitas atau tidak. Dengan AHH, kita pula dapat mengukur dampak dari program PHP tersebut. AHH menjadi perhatian serius pemerintah karena tinggi atau rendahnya hasil yang didapat turut mempengaruhi kualitas sumberdaya manusia dan menentukan tingkat kompetitif individu di dunia secara global. Tingginya angka harapan hidup menjadi cerminan utama dari implementasi kebijakan kesehatan yang tepat dan sesuai sasaran. Untuk lebih jelas melihat dampak program PHP, maka dapat dilihat melalui gambar berikut:

Grafik 5. Angka Harapan Hidup Indonesia dari tahun 1971-2010<sup>119</sup>



Berdasarkan grafik AHH tersebut, terjadi peningkatan angka harapan hidup pria dari 58,1 tahun (1990) menjadi 68,7 tahun (2010). Sedangkan AHH wanita dari hanya 61,5 tahun (1990) naik menjadi 72,6 tahun (2010). Grafik tersebut menunjukkan bahwa AHH perempuan lebih tinggi (72,6 tahun) daripada AHH laki-laki (68,7 tahun). Apabila diukur angka harapan hidup dari sebelum masuknya program PHP dan setelah masuknya program tersebut, dapat dilihat terjadi peningkatan yang signifikan.

Dari ketiga klasifikasi tersebut, terlihat grafik positif yang cukup signifikan bagi perkembangan kesehatan Indonesia. Adanya penurunan angka kematian bayi, peningkatan pelayanan persalinan dan imunisasi, serta peningkatan angka harapan hidup disebabkan oleh beberapa faktor yang terjadi dalam kurun waktu tahun 2000-2010. Hasil positif yang ditunjukkan dari ketiga klasifikasi tersebut tidak dapat dilepaskan dari desain pembangunan kesehatan Indonesia yang direkomendasikan oleh Bank Dunia. Adapun dua faktor yang menjadi pendorong ketiga klasifikasi tersebut yaitu:

<sup>119</sup> Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. 2013. *Profil Kependudukan dan Pembangunan di Indonesia*. Jakarta, hal. 23

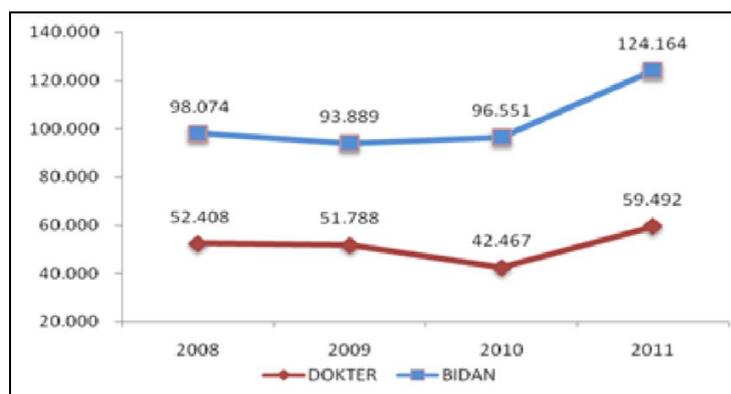
## 1. Ketersediaan Pelayanan Kesehatan

Ketersediaan pelayanan kesehatan di Indonesia meliputi ketersediaan tenaga kesehatan (dokter dan bidan), dan ketersediaan sarana layanan kesehatan (Puskesmas dan Rumah Sakit).

### a. Ketersediaan Tenaga Kesehatan (Dokter Dan Bidan)

Jumlah ketersediaan tenaga kesehatan menjadi perhatian utama dari Pemerintah. Adapun jumlah tenaga Dokter (dokter umum, dokter spesialis, dan dokter gigi) mengalami peningkatan dari 52.408 dokter pada tahun 2008 menjadi 59.492 pada tahun 2011. Begitu pula dengan jumlah tenaga Bidan yang mengalami peningkatan dari 98.074 bidan di tahun 2008 menjadi 124.164 bidan di tahun 2011.

Grafik 6. Jumlah Tenaga Kesehatan tahun 2008-2011<sup>120</sup>



Sumber: Laporan Kementerian Kesehatan tahun 2012.

Meskipun rasio sumberdaya tenaga kesehatan masih belum maksimal, akan tetapi jumlah tenaga kesehatan terus mengalami

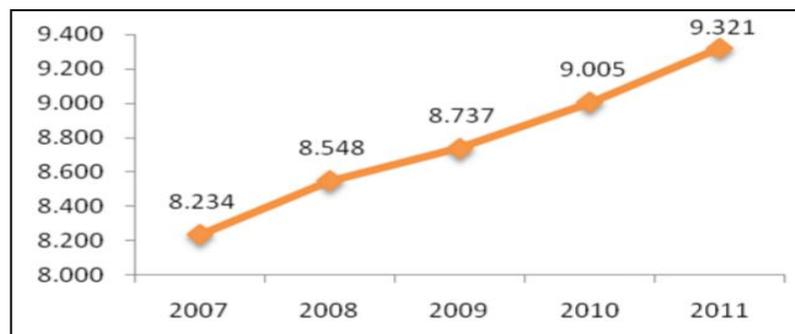
<sup>120</sup> Berdasarkan laporan Kementerian Kesehatan tahun 2008, 2009, 2010 dan 2011

peningkatan setiap tahunnya. Peningkatan ini turut mempengaruhi kualitas kesehatan masyarakat karena penanganan permasalahan kesehatan perlahan-lahan mulai sepenuhnya ditangani oleh tenaga profesional.

b. Ketersediaan Sarana Layanan Kesehatan (Puskesmas dan Rumah Sakit)

Perkembangan fasilitas sarana layanan kesehatan dapat dilihat melalui grafik berikut:

Grafik 7. Perkembangan Sarana Puskesmas tahun 2007-2011<sup>121</sup>



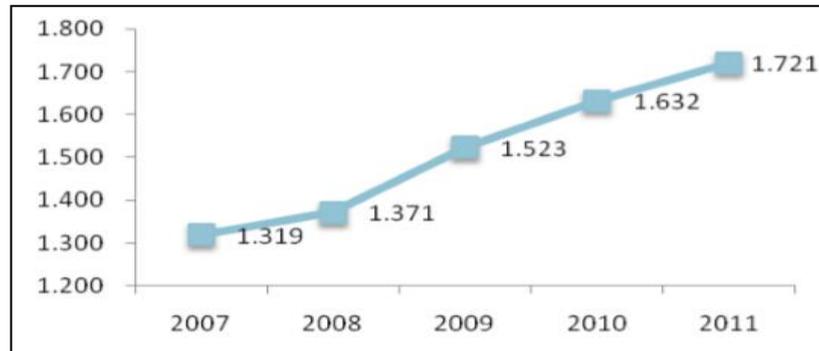
Sumber: Laporan Kementerian Kesehatan tahun 2012

Grafik 8. Perkembangan Rumah Sakit tahun 2007-2011<sup>122</sup>

---

<sup>121</sup> Ibid.

<sup>122</sup> Ibid.



Sumber: Laporan Kementerian Kesehatan tahun 2012

Jumlah ketersediaan fasilitas Puskesmas dan Rumah Sakit sangat mempengaruhi peningkatan pembangunan kesehatan masyarakat. Hal ini disebabkan kedua sarana ini merupakan sumber utama pelayanan kesehatan yang promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dari ketersediaan Puskesmas yang semula berjumlah 8.234 unit menjadi 9.321 unit di tahun 2011. Peningkatan secara signifikan pun terjadi pada ketersediaan Rumah Sakit yang semula di tahun 2007 sejumlah 1.319 unit bertambah menjadi 1.721 unit di tahun 2011.

## 2. Kebijakan Kesehatan

Perkembangan positif yang digambarkan oleh ketiga klasifikasi sebelumnya, yaitu peningkatan angka harapan hidup, penurunan angka kematian bayi serta peningkatan pelayanan persalinan dan imunisasi tidak dapat dilepaskan kaitannya dengan adanya kebijakan pemerintah yang pro-kesehatan. Seperti yang dijelaskan sebelumnya bahwa kebijakan ini terkait pula dengan rekomendasi Bank Dunia terhadap

reformasi pembangunan kesehatan Indonesia. Adapun kebijakan kesehatan yang diterbitkan antara lain:

a. Kebijakan Penyuluhan PHBS dan Imunisasi

Saat masa kehamilan, hal utama yang meningkatkan angka kematian bayi adalah kurangnya pengetahuan orang tua terutama ibu dalam memelihara kesehatan kandungan dan dirinya sendiri. Melalui kebijakan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) maka orang tua diajarkan cara hidup yang sehat bagi dirinya dan bagi calon bayi. Kebijakan ini paling tidak mengurangi resiko keguguran maupun persalinan dini (prematuur). Kematian bayi dalam kandungan biasanya terjadi karena pola hidup yang tidak sehat serta asupan gizi yang kurang saat ibu mengandung. Tingginya kampanye PHBS selama 1 dekade terakhir berimplikasi baik pula terhadap penurunan angka kematian bayi. Disamping itu, pemberian imunisasi dengan berbagai jenis vaksin kembali meningkat sejak tahun 2000-an. Setidaknya, ada 3 poin penting yang menjadi faktor utama menurunnya angka kematian ibu dan bayi saat persalinan<sup>123</sup>, yaitu Pertama, meningkatnya kunjungan Ibu hamil dan anak ke Posyandu atau pusat-pusat kesehatan lainnya. Kedua, pemberian ASI eksklusif sejak melahirkan. Ketiga, pemberian imunisasi dasar lengkap dan distribusi antibiotika untuk balita di setiap daerah.

b. Kebijakan Jampersal (Jaminan Persalinan Nasional)

---

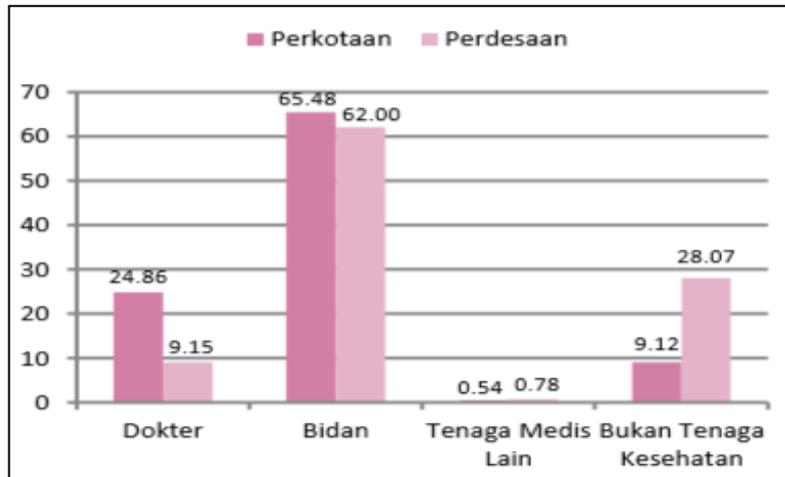
<sup>123</sup> Laporan Kementerian Kesehatan tahun 2011

Kebijakan Jampersal ini merupakan kebijakan yang bersifat asuransi jiwa dan senada dengan bentuk kebijakan jaminan kesehatan yang telah dijelaskan sebelumnya seperti Jamkesmas. Jampersal merupakan asuransi pembiayaan bagi ibu melahirkan dan bayinya. Jampersal mengakomodir pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan rujukan saat komplikasi kehamilan, pemberian alat kontrasepsi (Keluarga Berencana) dan pelayanan bayi saat lahir. Berdasarkan Laporan Kesehatan Kementerian Kesehatan tahun 2011, kebijakan ini mendorong berkurangnya angka kematian bayi dan meningkatkan kualitas pelayanan persalinan di Indonesia.

c. Kebijakan Pengembangan Tenaga Kesehatan tahun 2000-2010

Kebijakan ini berorientasi pada peningkatan mutu dan jumlah tenaga kesehatan profesional. Berdasarkan grafik tenaga kesehatan sebelumnya, maka peningkatan tenaga kesehatan hingga tahun 2011 menjadi integral dengan kebijakan ini. Kebijakan ini merupakan upaya pemerintah untuk mengurangi resiko kematian ibu dan bayi melalui penanganan oleh tenaga kesehatan profesional. Sejak dikeluarkannya kebijakan ini, jumlah penanganan permasalahan kesehatan yang ditangani oleh non-tenaga medis semakin menurun.

Grafik 9. Pertolongan Persalinan tahun 2010



Sumber: Laporan Kementerian Kesehatan tahun 2011

Dari grafik diatas dapat kita bandingkan bahwa penangan persalinan oleh tenaga kesehatan (dokter dan bidan) masih jauh lebih tinggi dibandingkan dengan persalinan yang ditangani oleh non-tenaga medis.

Berdasarkan penjelasan tersebut, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa program PHP (*Provincial Health Project*) yang merupakan program bantuan dari Bank Dunia berdampak positif bagi perkembangan kebijakan kesehatan Indonesia dengan adanya reformasi pembangunan kesehatan yang terjadi selama kurun waktu tahun 2000-2010, serta berdampak positif pula bagi kondisi kesehatan di Indonesia. Data yang didapat dari ketiga klasifikasi beserta kedua faktor pendorong tercapainya pembangunan kesehatan tersebut menunjukkan adanya *trend* yang baik dari tahun ke tahun bagi perkembangan kebijakan kesehatan Indonesia.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Kesehatan merupakan sebuah kebutuhan dasar manusia selain pendidikan. Pentingnya sektor kesehatan menuntut setiap Negara mendorong terselenggaranya sistem kesehatan yang efisien bagi masyarakat. Peluang inilah yang dinilai oleh lembaga-lembaga donor internasional sebagai pintu masuk kerjasama dalam sektor kesehatan. Bentuk-bentuk kerjasama yang terjalin menjadi sebuah investasi yang signifikan bagi pembangunan kesehatan di Negara berkembang. Tentunya, bantuan yang diberikan memiliki implikasi yang jelas bagi Negara penerima donor tersebut. Oleh karenanya, bantuan luar negeri tidak dapat dipisahkan dari berbagai kepentingan yang terkandung didalamnya. Adanya kompromi kepentingan antara lembaga donor seperti halnya Bank Dunia dengan Pemerintah selaku penerima bantuan ternyata membawa *trend* positif bagi perkembangan sektor kesehatan di Indonesia dalam satu dekade terakhir.

Penelitian ini menyimpulkan bahwa Bank Dunia berperan dalam perkembangan perumusan kebijakan kesehatan di Indonesia. Peranan Bank Dunia dimulai sejak diberikannya bantuan luar negeri dalam bentuk pinjaman kepada pemerintah Indonesia, dalam hal ini Kementerian Kesehatan (Kemkes) untuk reformasi pembangunan kesehatan melalui program *Provincial Health Project* (PHP). Program ini diterbitkan sebanyak 3 kali yang secara keseluruhan mendorong Pemerintah Indonesia melakukan reformasi kesehatan melalui

perubahan arah kebijakan kesehatan nasional berazaskan desentralisasi. Program ini terkait pula dengan misi penyadaran dan gagasan pembangunan kesehatan melalui “Kebijakan Jaminan Kesehatan” di Negara berkembang oleh Bank Dunia. Kebijakan Jaminan Kesehatan dilandasi oleh paradigma *Healthy for All* (HFA) yang digagas oleh Bank Dunia bersama WHO untuk program kesehatan global bertajuk *Universal Health Coverage* (UHC).

Adapun peranan Bank Dunia dalam perumusan kebijakan kesehatan di Indonesia dapat dilihat melalui “Pemberian Pinjaman Proyek” dan “Pemberian Dana Penyesuaian”. Kedua strategi tersebut terbukti menjadi pintu masuk Bank Dunia untuk turut berperan membantu pemerintah Indonesia dalam merumuskan Kebijakan Kesehatan Nasional. Bentuk sumbangsih Bank Dunia terhadap perumusan kebijakan kesehatan Indonesia dapat dilihat melalui:

1. Pemberian desain skema desentralisasi kesehatan dari Bank Dunia kepada Pemerintah Indonesia untuk meningkatkan kapasitas pemerintah di level provinsi maupun kabupaten/kota (*Capacity Building*). Tujuan dari kegiatan ini adalah membantu pemerintah daerah melakukan pengelolaan dan pengambilan kebijakan yang berorientasi pada desain pembangunan kesehatan secara mandiri. Selain itu, dari desain skema desentralisasi kesehatan yang diberikan, Bank Dunia turut pula membantu pemerintah melakukan pemerataan pendistribusian tenaga kesehatan nasional.
2. Bank Dunia bersama Kementerian Kesehatan melaksanakan “*Capacity Building*” bagi jajaran Kementerian Kesehatan untuk

memperkuat peranan dan posisi Kementerian Kesehatan sebagai pengambil dan pengelola kebijakan kesehatan nasional yang berorientasi pada desentralisasi kesehatan.

3. Meningkatkan kapasitas “*Stakeholder* Kesehatan” di daerah melalui pelatihan konsepsi manajemen kesehatan, serta pelatihan perencanaan dan penganggaran daerah yang berorientasi pada kebijakan kesehatan yang efisien dan efektif.
4. Bank Dunia melalui program PHP (*Provincial Health Project*) memberikan desain penyelenggaraan sistem kesehatan berbasis paradigma HFA (*Healthy for All*) kepada Pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan. Desain yang diberikan salah satunya merujuk kepada pengembangan sistem kesehatan yang mandiri dan berbasis masyarakat, dalam hal ini yaitu jaminan kesehatan yang menjadi rujukan atau dasar pemerintah menyelenggarakan jaminan kesehatan mulai dari Jamkesda, Jamkesmas dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Selain itu, Program *Provincial Health Project* (PHP) memiliki dampak yang signifikan bagi kebijakan kesehatan di Indonesia. Program ini berdampak pada “Kebijakan Desentralisasi Sistem Kesehatan” dan “Kebijakan Asuransi Kesehatan”. Secara signifikan, Program PHP berimplikasi pada menurunnya angka kematian bayi, meningkatnya kualitas pelayanan persalinan dan imunisasi serta meningkatnya angka harapan hidup masyarakat. Hasil positif yang didapat tidak lain berkat diterbitkannya beberapa kebijakan yang merupakan rekomendasi

dari Bank Dunia, seperti kebijakan kesehatan yang berorientasi sehat dan ketersediaan pelayanan kesehatan. Keseluruhan dampak dari program PHP akhirnya bermuara pada reformasi kebijakan pembangunan kesehatan di Indonesia.

## **B. Saran**

Melalui penelitian ini, penulis ingin memberikan beberapa saran, yaitu:

1. Bantuan luar negeri dapat berimplikasi baik bila dipergunakan sebagaimana mestinya. Oleh karena itu, setiap pengambil kebijakan perlu mengkaji terlebih dahulu apakah bantuan yang diberikan dapat memenuhi kepentingan masyarakat lebih banyak atau tidak.
2. Meskipun Bank Dunia secara positif berperan dalam reformasi kebijakan kesehatan, akan tetapi pemerintah tidak boleh berharap kepada lembaga donor sepenuhnya. Karena jika hal seperti ini terus menerus terjadi, bukan tidak mungkin Pemerintah akan kehilangan kemampuan mengelola pembangunan kesehatan dan terjebak pada komersialisasi kesehatan suatu saat nanti. Maka dari itu, upaya pengelolaan sistem kesehatan yang mandiri perlu ditingkatkan lagi.

## DAFTAR PUSTAKA

### Buku :

- Adisasmito, Wiku. 2012. *Sistem Kesehatan*. Rajawali Pers. Jakarta.
- Adisasmito, Wiku. 2014. *Sistem Kesehatan: Edisi Kedua*. Rajagrafindo Persada. Jakarta.
- Archer, Clive. 2001. *International Organizations: Third Edition*. Routledge. New York.
- Ayuningtyas, Dumilah. 2014. *Kebijakan kesehatan: Prinsip dan Praktik*. Rajagrafindo Persada. Jakarta.
- Badruzaman, Mariam Darus. 1981. *Pembentukan Hukum Nasional dan Permasalahannya*. PT. Alumni. Bandung.
- Bennet, Lee Roy. 1995, *International Organization: Principles and Issues*. Prentice-Hall Inc. New Jersey.
- Cheever, Daniel S. dan H. Field Haviland Jr. 1966. *International Organization in World Affairs*. Houghton Mifflin Co. Boston, New York.
- Griffiths, Martin dan Terry O'Callaghan. 2002. *International Relations: The Key Concepts*. Routledge. New York dan London.
- Gunawan. 2007. *Tanah untuk Petani dan Upah yang Layak untuk Buruh adalah HAM*. Pusham UII. Yogyakarta.
- Henning, Charles N. 1958. *International Finance*. Harper and Brothers Publishers. New York.
- Heywood, Peter. 2009. *Public Funding of Health at the District Level in Indonesia after Decentralization*. Social Science and Medicine Press.
- Holsti, K. J. 1995. *Politik Internasional: Kerangka Analisa*. Prentice Hall. New Jersey.
- Hoof, G. J. H. Van. 1984. *Supervision within the World Bank: Supervision Mechanism in International Organization*. Asser Institute. Netherland.
- Ikbar, Yanuar. 2007. *Ekonomi Politik Internasional 2*. Refika Aditama. Bandung.
- Istanto, F. Sugeng. 1994. *Hukum Internasional*. Atmajaya. Yogyakarta.

- Jones, Phillip W. 2007. *World Bank Financing of Education*. Routledge. New York.
- Kamaluddin, Rustian. 1988. *Perdagangan dan Pinjaman Luar Negeri*. Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia. Jakarta.
- Kenen, Peter B. dan Raymond Lubitz. 1982. *Ekonomi Internasional: Edisi ke-3*. Pustaka Universitas. Jakarta.
- Leviza, Jelly. 2009. *Tanggung Jawab Bank Dunia dan IMF sebagai Subjek Hukum Internasional*. Sofmedia. Jakarta.
- Mas'ood, Mochtar. 1990. *Ilmu Hubungan Internasional: Disiplin dan Metodologi*. LP3ES. Jakarta.
- Mauna, Boer. 2003. *Hukum Internasional: Pengertian, Peranan, dan Fungsi dalam Era Dinamika Global*. PT. Alumni. Bandung.
- Perwita, Anak Agung Banyu dan Yanyan Mochamad Yani. 2006. *Pengantar Ilmu Hubungan Internasional*. PT. Remaja Rosdakarya. Bandung.
- Plano, Jack S. dan Ray Olton. 1990. *Kamus Hubungan Internasional*. CV. Abid. Jakarta.
- Rachmat, R. Hapsara Habib. 2004. *Pembangunan Kesehatan di Indonesia: Prinsip, Dasar, Kebijakan, Perencanaan dan Kajian Masa depannya*. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta.
- Rix, Alan. 1993. *Japan's Foreign Aid Policy Reform and Aid Leadership*. Routledge. London and New York.
- Rudi, T. May. 1998. *Administrasi dan Organisasi Internasional*. Refika Aditama. Bandung.
- Rudi, T. May. 2002. *Studi Strategis dalam Transformasi Sistem Internasional Pasca Perang Dingin*. Refika Aditama. Bandung.
- Santoso, Djoko. 2010. *Orang Miskin Boleh Sakit*. Jaring Pena. Surabaya.
- Saputra, Wiko. 2014. *APBN Konstitusi Bidang Kesehatan dan Jaminan Sosial Kesehatan*. Prakarsa. Jakarta.
- Scammel, W. M. 1967. *International Monetary Policy: Second Edition*. St Martin's Press. New York.
- Siregar, Muchtaruddin. 1991. *Pinjaman Luar Negeri dan Pembiayaan Pembangunan di Indonesia*. Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia. Jakarta.

Todaro, Michael . P dan Smith C. Stephen. 2004. *Pembangunan Ekonomi di Dunia Ketiga*. Erlangga. Jakarta.

Trisnantoro, Laksono. 2009. *Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan Indonesia 2000-2007*. BPF. Jogjakarta.

Viotti, Paul R. dan Mark V. Kauppi. 1993. *International Relation's Theory: Second edition*. Macmillan Publishing Company. New York.

### **Jurnal :**

Brotosusilo, Agus. 1996. Dampak Yuridis, Pertimbangan Ekonomis, dan Cakrawala Sosiologis, Ratifikasi Agreement Establishing the World Trade Organization oleh Indonesia. *Jurnal Hukum dan Pembangunan No. 2/XXVI*. Badan Penerbit FH UI.

Myrdal, G. 1952. Economic Aspects of Health. *World Health Organization's Journal Vol. 6*.

Orr, Bill. 1990. Are the IMF and the World Bank on the Right Track?. *ABA Banking Journal Vol. 82*.

[Ruger](#), Jennifer Prah. 2005. The Changing Role of the World Bank in Global Health. *American Journal of Public Health Vol. 95*. American Public Health Association

Thomson, S. dan Dixon. 2006. Choices in Health Care: The European Experience. *Journal of Health Services Research and Policy Vol. 6*.

### **Dokumen :**

Arum Atmawikarta. 2009. *Investasi Kesehatan Untuk Pembangunan Ekonomi*. Bappenas.

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. 2013. *Profil Kependudukan dan Pembangunan di Indonesia*. Jakarta.

Bank Dunia. 2008. *Provincial Health Project I Report*.

Bank Dunia. 2009. *Country Partnership Strategy 2009-2012*.

Bank Dunia. 2010. *Strategi Kemitraan Negara untuk Republik Indonesia*.

- Bank Dunia. 2013. *Country Assistance Strategy (CAS) for Indonesia*.
- Bank Dunia. 2013. *Country Partnership Strategy 2013-2015*.
- Bank Dunia. 2013. *Document of the World Bank: PHP I, II, III Report*. IEG Public Sector Evaluation.
- Bank Dunia. 2013. *World Bank Annual Report 2013*. The World Bank Publishers.
- Bank Information Center. 2013. *Chapter 2: Kelompok Bank Dunia di Negara Anda*.
- IBRD. 1989. *Article II Section 2 b from the articles of agreement of the IBRD*.
- IDA. 1960. *Article II Section 1 a,b from the articles of agreement of the International Development Association*.
- Kementerian Kesehatan. 2008. *Laporan Kesehatan Indonesia*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan. 2009. *Laporan Kesehatan Indonesia*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan. 2011. *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan. 2011. *Laporan Kesehatan Indonesia*. Jakarta.
- Kurnya Roesad. 2001. *ODA in Indonesia: A Preliminary Assessment*. CSIS Economics Working Paper Series
- Samuel S. Lieberman. 2001. *Decentralizing Health: Lessons from Indonesia, the Philippines, and Vietnam*. World Bank
- Laksoso Trisnantoro. 2010. *Analisis Kebijakan menuju Universal Health Coverage 2014*. Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM.
- World Bank. 1993. *The World Bank Annual Report*. Washington DC.
- World Bank. 2007. *Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition and Population Results*. Washington DC.

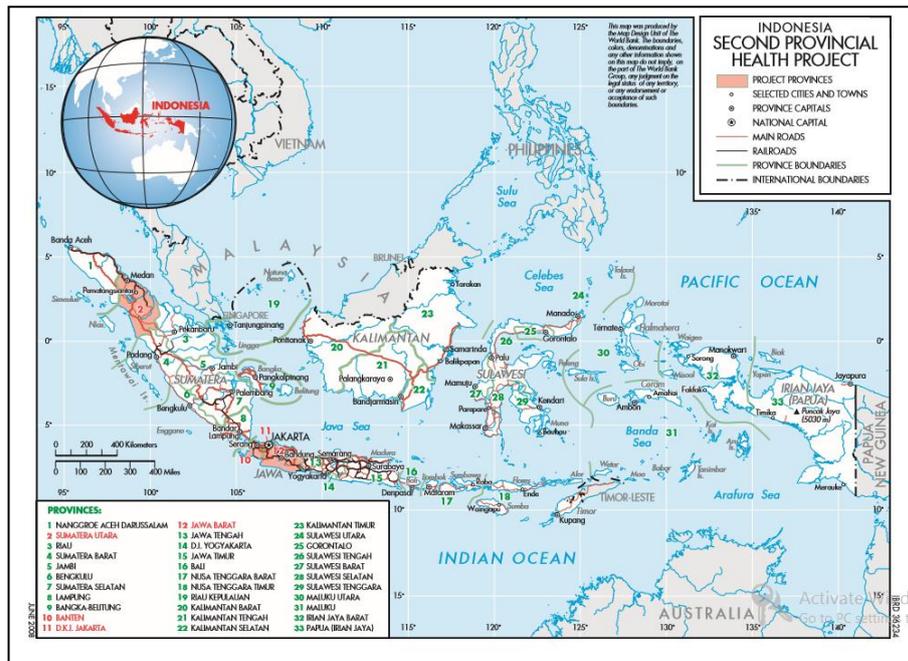
**Website :**

- Badan Pusat Statistik. *Estimasi Anggaran Kesehatan Indonesia Tahun 1998-2008*. <http://www.bps.go.id>, diakses pada tanggal 31 Mei 2014 pukul 23.31 Wita.

- Bank Dunia. *Bank Dunia dan Kesehatan di Indonesia*. <http://www.worldbank.org>, diakses pada tanggal 31 Mei 2014 pukul 22.15 Wita
- Bank Dunia. *Health Overview*. <http://www.worldbank.org>, diakses pada tanggal 5 Mei 2014 pukul 21.05 Wita.
- Bank Dunia. *ikhtisar*. <http://www.worldbank.org>, diakses pada tanggal 31 Mei 2014 pukul 22.45 Wita.
- Hasbullah Thabrany. *Sejarah Askes*. <http://www.ui.ac.id>, diakses pada tanggal 1 Juli 2014 pukul 01.35 Wita.
- I Putu Wibawa Putra. *Mutu Pelayanan Kesehatan dalam Medical Tourism*. <http://mutupelayanankesehatan.net/index.php/sample-levels/19-headline/712-mutu-pelayanan-kesehatan-dalam-medical-tourism-wisata-medis>, diakses pada tanggal 9 Februari 2014 pukul 01.15 Wita.
- Kementerian Keuangan Republik Indonesia. *Anggaran Kesehatan 2005-2012*. <http://www.anggaran.depkeu.go.id/dja/edef-seputar-list.asp?apbn=sehat>, diakses pada tanggal 29 Januari 2014 pukul 22.18 Wita.
- World Bank. *About*. <http://www.worldbank.org>, diakses pada tanggal 1 Mei 2014 pukul 21.37 Wita.
- World Bank. *Members*. <http://www.worldbank.org>, diakses pada tanggal 2 Mei 2014 pukul 23.46 Wita

## LAMPIRAN

Lampiran 1: Project Map of Provincial Health Project II



Lampiran 2: Sistem Jaminan Kesehatan Indonesia sejak tahun 2008

