

# PENGANTAR ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN

## Catatan untuk penulis

Halaman ditanyakan: 120, 121

\*Index memang belum disesuaikan karena menunggu naskah final (tidak ada tambahan lagi dari penulis).



# **PENGANTAR ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN**

Prof. Adjunct. Dr. Marniati, M.Kes.



**RAJAWALI PERS**  
Divisi Buku Perguruan Tinggi  
**PT RajaGrafindo Persada**  
D E P O K

*Perpustakaan Nasional: Katalog dalam terbitan (KDT)*

Marniati.

Pengantar Analisis Kebijakan Kesehatan/Marniati.

—Ed. 1, Cet. 1.—Depok: Rajawali Pers, 2021.

xiv, 134 - hlm., 23 cm.

Bibliografi: hlm. 119

ISBN -

Hak cipta 2021, pada penulis

Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi buku ini dengan cara apa pun,  
termasuk dengan cara penggunaan mesin fotokopi, tanpa izin sah dari penerbit

**2021.- RAJ**

**Prof. Adjunct. Dr. Marniati, M.Kes.**

***PENGANTAR ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN***

Cetakan ke-1, April 2021

Hak penerbitan pada PT RajaGrafindo Persada, Depok

Editor : Nuraini  
Setter : Feni Erfiana  
Desain cover : Tim Kreatif RGP

Dicetak di Rajawali Printing

**PT RAJAGRAFINDO PERSADA**

Anggota IKAPI

*Kantor Pusat:*

Jl. Raya Leuwinanggung, No.112, Kel. Leuwinanggung, Kec. Tapos, Kota Depok 16956

Telepon : (021) 84311162

E-mail : [rajapers@rajagrafindo.co.id](mailto:rajapers@rajagrafindo.co.id) <http://www.rajagrafindo.co.id>

*Perwakilan:*

**Jakarta**-16956 Jl. Raya Leuwinanggung No. 112, Kel. Leuwinanggung, Kec. Tapos, Depok, Telp. (021) 84311162.  
**Bandung**-40243, Jl. H. Kurdi Timur No. 8 Komplek Kurdi, Telp. 022-5206202. **Yogyakarta**-Perum. Pondok Soragan Indah Blok A1, Jl. Soragan, Ngestiharjo, Kasihan, Bantul, Telp. 0274-625093. **Surabaya**-60118, Jl. Rungkut Harapan Blok A No. 09, Telp. 031-8700819. **Palembang**-30137, Jl. Macan Kumbang III No. 10/4459 RT 78 Kel. Demang Lebar Daun, Telp. 0711-445062. **Pekanbaru**-28294, Perum De' Diandra Land Blok C 1 No. 1, Jl. Kartama Marpoyan Damai, Telp. 0761-65807. **Medan**-20144, Jl. Eka Rasmi Gg. Eka Rossa No. 3A Blok A Komplek Johor Residence Kec. Medan Johor, Telp. 061-7871546. **Makassar**-90221, Jl. Sultan Alauddin Komp. Bumi Permata Hijau Bumi 14 Blok A14 No. 3, Telp. 0411-861618. **Banjarmasin**-70114, Jl. Bali No. 31 Rt 05, Telp. 0511-3352060. **Bali**, Jl. Imam Bonjol Gg 100/V No. 2, Denpasar Telp. (0361) 8607995. **Bandar Lampung**-35115, Perum. Bilabong Jaya Block B8 No. 3 Susunan Baru, Langkapura, Hp. 081299047094.



## PRAKATA PENULIS

Dengan mengucapkan puji dan syukur dihaturkan kehadiran Allah Swt., yang telah memberikan hidayah-Nya kepada penulis dalam menyusun buku berjudul *“Pengantar Analisis Kebijakan Kesehatan”*. Buku ini sedikit banyaknya membahas permasalahan pokok tentang pengantar kebijakan kesehatan. Dalam proses perumusan kebijakan kesehatan dibutuhkan metode dan pendekatan tertentu, sehingga akan menghasilkan kebijakan yang relevan dengan tuntutan publik akan suatu kebijakan kesehatan.

Suatu kebijakan kesehatan berhubungan erat dengan hajat hidup orang banyak akan hidup sehat dan berkeadilan sebagaimana amanah UUD 1945 Pasal 28H, tentang Jaminan Kesehatan Nasional, yaitu: *Pertama*, setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. *Kedua*, setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan. *Ketiga*, setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara itu sebagai manusia yang bermanfaat.

Berdasarkan amanah konstitusi melalui UUD 1945 sebagaimana disebutkan di atas maka, kebijakan-kebijakan yang berhubungan dengan hajat hidup orang banyak atau kebijakan publik harus mampu melindungi dan mensejahterakan rakyat dari berbagai aspek kebijakan. Kebijakan kesehatan merupakan salah satu kebijakan publik sangat penting, dan berkaitan erat dengan kebijakan publik lainnya, termasuk

kebijakan pembiayaan kesehatan nasional yang bersumber dari APBN, sarana prasarana kesehatan, tenaga kesehatan, dan sebagainya. Oleh karena itu, supaya kebijakan dapat paripurna dan sesuai dengan tuntutan rakyat maka kebijakan-kebijakan tersebut dibuat dengan menggunakan metode yang relevan dan ilmiah sehingga proses dan hasil kebijakan tersebut dapat terukur indikator keberhasilannya.

Buku ini diharapkan dapat dijadikan sebagai salah satu rujukan atau referensi *stakeholder* kesehatan, terutama mahasiswa program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat program studi sarjana, magister, dan doktor, praktisi dan tenaga medis kesehatan dan para aktor kebijakan kesehatan. Penulis menyadari bahwa buku ini masih terdapat kelemahan berupa kesalahan dan memungkinkan adanya pendapat ahli yang bersumber dari buku, jurnal, media online, dan disertasi yang terlewatkan atau tidak ditulis dalam referensi buku ini, oleh karena itu penulis memohon maaf sebesar-besarnya dan dengan doa pula penulis panjatkan semoga konsep dan gagasan para ahli yang menjadi referensi buku ini dapat diangkat oleh Allah Swt. sebagai amal ibadah saudara-saudaraku semua.

Dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih yang setinggi-tinggi kepada suami tercinta Dedi Sefrizal, S.T., ananda Devin Caisario Zefrizal, Fatimah Eysel Zefrizal yang senantiasa menjadi penyemangat, sumber inspirasi dan memberikan doa serta dukungan. Kepada keluarga besar M. Yunus Sa'at dan keluarga besar Universitas Ubudiyah Indonesia atas doa, nasihat dan semangat yang diberikan selama ini.

Dengan ucapan terima kasih yang setinggi-tingginya penulis sampaikan kepada penerbit yang telah berkenan menerbitkan buku ini, kiranya buku ini menjadi bagian dari mencerdaskan kehidupan bangsa melalui sistem pendidikan nasional, semoga kiranya bermanfaat. Aamiin.

Jakarta, Juli 2020

Prof. Adjunct Dr. Marniati, M.Kes.



# DAFTAR ISI

<b>PRAKATA</b>	v
<b>DAFTAR ISI</b>	vii
<b>DAFTAR GAMBAR</b>	xi
<b>DAFTAR TABEL</b>	xi
<b>BAB 1 KONSEP DASAR KEBIJAKAN KESEHATAN</b>	1
A. Pengertian Kebijakan	1
B. Kebijakan Kesehatan	4
C. Analisis Kebijakan Kesehatan	12
D. Sistem Nasional Kesehatan Indonesia	16
<b>BAB 2 METODE ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN</b>	19
A. Pengertian Metode Analisis Kebijakan Kesehatan	19
B. Metode Analisis Kebijakan Kesehatan	21
C. Pengaruh <i>Stakeholder</i> Terhadap Kebijakan Kesehatan	24
D. Proses Analisis Kebijakan Kesehatan	26
<b>BAB 3 ANALISIS <i>STAKEHOLDER</i> KEBIJAKAN KESEHATAN</b>	31
A. Analisis Lingkungan Kebijakan Kesehatan	31
B. Analisis Siklus Kebijakan Kesehatan	35
C. Metode Siklus Kebijakan Kesehatan	39

<b>BAB 4 ASPEK KEBIJAKAN KESEHATAN</b>	43
A. Ideologi	43
B. Politik	45
C. Ekonomi	47
D. Sosial Budaya	49
E. Pertahanan Keamanan	52
<b>BAB 5 POLITIK DAN SISTEM KEBIJAKAN KESEHATAN</b>	55
A. Politik dan Sistem Politik	55
B. Sistem Politik di Indonesia	58
C. Kaitan Sistem Politik dengan Kebijakan Kesehatan	61
<b>BAB 6 ACTOR, CONTENT DAN CONTEXT KEBIJAKAN KESEHATAN</b>	65
A. Aktor Kebijakan Kesehatan	65
B. Isi Kebijakan Kesehatan	67
C. Konteks Kebijakan Kesehatan	69
D. Implementasi Kebijakan Kesehatan	71
<b>BAB 7 AGENDA KEBIJAKAN KESEHATAN NASIONAL</b>	75
A. Agenda Kebijakan Kesehatan dan Politik Indonesia	75
B. Hirarki Perundang-undangan dan Kebijakan Kesehatan	77
C. Layanan Kesehatan dalam Kebijakan Kesehatan	83
<b>BAB 8 ASPEK KEBIJAKAN KESEHATAN 1</b>	89
A. Aspek Geografi	89
B. Aspek Kekayaan Alam	91
C. Aspek Kependudukan	94
<b>BAB 9 ASPEK KEBIJAKAN KESEHATAN 2</b>	97
A. Aspek Keadilan	97
B. Aspek Privatisasi	99
C. Aspek Bantuan Internasional	100



<b>BAB 10 KEKUASAAN DAN PROSES KEBIJAKAN</b>	<b>105</b>
A. Pengertian Kekuasaan	105
B. Prinsip dan Pola Kekukasaan	107
C. Tahapan Pembuatan Kebijakan Kesehatan	109
<b>BAB 11 EVALUASI KESEHATAN</b>	<b>111</b>
A. Pengertian Evaluasi Kebijakan Kesehatan	111
B. Tipe Evaluasi Kebijakan	114
C. Dimensi Evaluasi Kebijakan Kesehatan	115
D. Analisis Kualitas Layanan Kesehatan	116
<b>GLOSARIUM</b>	<b>125</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	<b>119</b>
<b>INDEKS</b>	<b>129</b>
<b>BIODATA PENULIS</b>	<b>131</b>

[Halaman sengaja dikosongkan]



# DAFTAR TABEL DAN GAMBAR

## Daftar Tabel

Tabel 3.1	Elemen Fungsi Kebijakan dan Aktor Kebijakan	35
Tabel 5.1	Definisi Politik dalam Ilmu Politik	57

## Daftar Gambar

Gambar 3.1	Lingkungan Analisis Kebijakan Kesehatan	32
Gambar 3.2	Analisis Siklus Kebijakan Kesehatan	37
Gambar 6.1	Faktor yang Memengaruhi Kebijakan Kesehatan	66
Gambar 7.1	Hierarki Perundang-undangan dan Kebijakan Kesehatan	78
Gambar 11.1	Konsep Kepuasan Pelanggan	117
Gambar 11.2	Penyebab Utama Tidak Terpenuhinya Harapan Pelanggan	117

[Halaman sengaja dikosongkan]



# BAB 1

## KONSEP DASAR KEBIJAKAN KESEHATAN

### A. Pengertian Kebijakan

Dalam dunia kesehatan atau dalam medis semua program yang dilaksanakan setiap lembaga-lembaga kesehatan termasuk rumah sakit merupakan peraturan-peraturan resmi yang telah diundangkan oleh konstitusi yang bisa disebut kebijakan. Suatu kebijakan kesehatan yang telah dibuat oleh pemerintah maupun lembaga kesehatan lainnya bertujuan untuk kepentingan umum dan keberlangsungan hidup sehat oleh rakyat. Kebijakan dibuat para aktor kebijakan berdasarkan suatu kesadaran yang bahwa dalam bernegara kebijakan akan menata dan mengatur ketertiban hidup warga negara.

Secara umum kebijakan atau disebut *policy* dipergunakan untuk menunjukkan perilaku seseorang aktor misalnya seorang pejabat, suatu kelompok, maupun lembaga tertentu untuk memecahkan masalah yang sedang dihadapi. Suatu kebijakan tidak bisa hanya dilihat dari persepsi di atas saja, yaitu untuk memecahkan masalah. Akan tetapi, secara lebih luas setiap hal-hal berupa keputusan-keputusan itu juga merupakan arti dari kebijakan.

Lebi dari itu, dapat dijelaskan bahwa kebijakan sebagai sesuatu yang dikerjakan atau dilaksanakan oleh setiap lembaga atau organisasi termasuk peraturan-peraturan yang berlaku dalam bernegara dan untuk menjalankan konstitusi. Di level mikro pun misalnya masyarakat atau pemerintahan desa, dalam menjalankan pemerintahan berdasarkan kebijakan yang ditetapkan baik pemerintah di atasnya maupun suatu kebijakan yang dibuat oleh level pemerintahan yang bersangkutan.

Dalam menyamakan persepsi untuk memahami sebuah arti dari kebijakan pada dasarnya terdapat banyak penjelasan dengan batasan-batasan atau pengertian mengenai kebijakan tersebut. Berikut ini akan dipaparkan beberapa batasan pengertian dari kebijakan berdasarkan pendapat para ahlinya, diantaranya sebagai berikut.

Dye (dalam Abidin, 2012: 5) menyebutkan kebijakan sebagai “pilihan pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu (*whatever governments choose to do or not to do*). Menurut Ealau dan Prewit (dalam Suharto, 2010: 7), kebijakan adalah “sebuah ketetapan yang berlaku yang dicirikan oleh perilaku yang konsisten dan berulang, baik dari yang membuatnya maupun yang menaatinya”.

Sementara Titmuss (dalam Suharto, 2010: 7) mendefinisikan kebijakan sebagai “prinsip-prinsip yang mengatur tindakan yang diarahkan kepada tujuan-tujuan tertentu”. Kebijakan menurut Titmuss senantiasa berorientasi kepada masalah (*problem-oriented*) dan berorientasi kepada tindakan (*action-oriented*). Dengan demikian, dapat dinyatakan bahwa kebijakan adalah suatu ketetapan yang memuat prinsip-prinsip untuk mengarahkan cara-cara bertindak yang dibuat secara terencana dan konsisten dalam mencapai tujuan tertentu.

Kebijakan adalah serangkaian tindakan/kegiatan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu di mana terdapat hambatan-hambatan (kesulitan-kesulitan) dan kemungkinan-kemungkinan (kesempatan-kesempatan) di mana kebijakan tersebut diusulkan agar berguna dalam mengatasinya untuk mencapai tujuan yang dimaksud. (Friedrich dalam Agustino, 2012: 7).

Heglo (dalam Abidin, 2012: 6) menyebutkan kebijakan sebagai “*a course of action intended to accomplish some end*” atau sebagai suatu tindakan yang bermaksud untuk mencapai tujuan tertentu. Tujuan kebijakan yang dimaksudkan di sini adalah bagaimana semua pranata kehidupan untuk sehat tersebut dapat dilakukan oleh siapa saja dan berguna untuk semua. Pernyataan ini merupakan upaya untuk bisa mewujudkan tujuan berbagai cita-cita akan hidup sehat.

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia disebutkan Kebijakan adalah rangkaian konsep dan asas yang menjadi pedoman dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, kepemimpinan, dan cara bertindak.

Istilah ini dapat diterapkan pada pemerintahan, organisasi dan kelompok sektor swasta, serta individu.

Sedangkan oleh James E. Anderson (Irfan Islamy, 2000: 17) mendefinisikan kebijakan itu adalah serangkaian tindakan yang mempunyai tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seseorang pelaku sekelompok pelaku guna memecahkan suatu masalah tertentu. Menurut Noeng Muhadjir (2000: 15) kebijakan merupakan upaya memecahkan problem sosial bagi kepentingan masyarakat atas asas keadilan dan kesejahteraan masyarakat. Dan dalam kebijakan setidaknya harus memenuhi empat hal penting yakni: (1) tingkat hidup masyarakat meningkat, (2) terjadi keadilan: *By the law, social justice*, dan peluang prestasi dan kreasi individual, (3) diberikan peluang aktif partisipasi masyarakat (dalam membahas masalah, perencanaan, keputusan dan implementasi), dan (4) terjaminnya pengembangan berkelanjutan.

Sementara menurut Wehrich dan Koontz dikutip dari Amin Priatna (2008: 15), bahwa kebijakan adalah alat membersihkan hati atau harapan yang mendorong, inisiatif tetap dalam keterbatasan. Kebebasan tergantung pada kebijakan dan sebaliknya akan merefleksikan posisi dan kekuasaan dalam organisasi.

Kebijakan juga adalah rencana, kebijakan itu sebagai pernyataan atau pemahaman atau pengertian yang mengarahkan pikiran dalam membuat keputusan. Tidak semua kebijakan merupakan pernyataan, tetapi sering diimplikasikan dari tindakan manajer.

Koontz, Donnell, dan Wehrich (1992: 144) mengatakan bahwa kebijakan adalah sebagai tuntunan dalam berpikir untuk mengambil keputusan, keputusan tersebut diambil dalam batas-batas. Keputusan memerlukan tindakan tetapi dimaksudkan untuk menuntut manajer dalam memutuskan komitmen.

Lebih lanjut Muhadjir (2003: 90) mengatakan bahwa kebijakan dapat dibedakan menjadi dua yaitu kebijakan substantif dan kebijakan implementatif. Kebijakan substantif adalah keputusan yang dapat diambil berupa memilih alternatif yang dianggap benar untuk mengatasi masalah. Tindak lanjut dari kebijakan substantif adalah kebijakan implementatif yaitu keputusan-keputusan yang berupa upaya-upaya yang harus dilakukan untuk melaksanakan kebijakan substantif.

Dalam pandangan Haris (2020: 26) menyebutkan kebijakan itu sebagai suatu aturan yang berlaku dan kita laksanakan di tempat kerja masing-masing. Kebijakan memiliki ruang lingkup yang sempit dan luas tergantung dari wilayah kerja. Suatu kebijakan ditetapkan dan dilaksanakan untuk memberikan suatu keteraturan atas dari berbagai pencapaian tujuan organisasi. Oleh Haris menambahkan kebijakan itu pada dasarnya milik publik dan akan diberlakukan untuk semua orang yang sifatnya memaksa, mengikat seseorang untuk melaksanakannya.

Dari pengertian kebijakan di atas secara sederhana disimpulkan bahwa kebijakan merupakan suatu hal yang telah ditetapkan berupa keputusan bersama atau ditetapkan oleh pemimpin untuk dilaksanakan anggota organisasi. Suatu kebijakan sebagai dasar pokok atau sebagai landasan utama dalam rutinitas keseharian suatu organisasi. Kebijakan juga sebagai sasaran-sasaran yang mempunyai rambu-rambu untuk mencapai tujuan lembaga atau organisasi. Atas dasar itu pula bahwa kebijakan dapat disebut sebagai sesuatu yang berlaku di mana saja, ruang lingkup terbuka dan tertutup semuanya melaksanakan yang namanya kebijakan. Lebih spesifik lagi bahwa kebijakan merupakan milik umum atau yang sering disebut dengan kebijakan publik; yang semua adalah untuk mengatur kepentingan umum.

## **B. Kebijakan Kesehatan**

Secara umum dapat disebutkan bahwa kebijakan kesehatan itu adalah sesuatu yang berhubungan dengan kesehatan; berupa aturan, program-program atau semua yang berhubungan dengan kesehatan. Kebijakan kesehatan sifatnya mengatur dan mengikat bagaimana semua yang berupa aturan atau program tersebut dilaksanakan oleh aktor atau mereka yang bergerak dalam bidang kesehatan termasuk di dalamnya tenaga medis.

Kebijakan publik bersifat *multidisipliner* termasuk dalam bidang kesehatan sehingga kebijakan kesehatan merupakan bagian dari kebijakan publik. Dari penjelasan tersebut maka diuraikanlah tentang pengertian kebijakan kesehatan yaitu konsep dan garis besar rencana suatu pemerintah untuk mengatur atau mengawasi pelaksanaan pembangunan kesehatan dalam rangka mencapai derajat kesehatan yang optimal pada seluruh rakyatnya (AKK USU, 2010).



Kebijakan kesehatan merupakan pedoman yang menjadi acuan bagi semua pelaku pembangunan kesehatan, baik pemerintah, swasta, dan masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan dengan memperhatikan kerangka desentralisasi dan otonomi daerah (Depkes RI, 2009). Kebijakan kesehatan merupakan aplikasi dari kebijakan publik ketika pedoman yang ditetapkan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kebijakan kesehatan nasional ditujukan untuk meningkatkan status kesehatan penduduk suatu negara, (Ayuningtas, 2014).

Oleh karena itu, dalam pembuatan kebijakan kesehatan tersebut dapat mengikuti beberapa prinsip substansial yang mendukung agar kebijakan memiliki dasar dalam melaksanakannya. Adapun prinsip substansial yang berhubungan dengan kebijakan itu adalah sebagai berikut.

## **1. Mengikuti Dasar-Dasar dalam Membuat Kebijakan Kesehatan**

Dalam Amandemen UUD 1945 dan TAP No.VII/MPR/2001 merupakan visi Indonesia untuk bertanggung jawab dalam hal kesehatan warga negaranya, menjaga hak asasi manusia dalam kesehatan, dan menjadikannya sebagai jaminan sosial. Kesehatan merupakan aspek penting dalam kehidupan karena tidak ada kegiatan yang dapat dilaksanakan secara maksimal yang dapat dilakukan oleh orang sakit. Oleh karena itu, cerminan negara sejahtera diukur dalam bentuk HDI (*Human Development Index*) atau pembangunan manusia yang mencakup kesehatan, pendidikan, ekonomi. Jika HDI tinggi maka ketiga cakupan tadi akan berada pada tingkat yang tinggi pula.

Menurut HR. Blum derajat kesehatan seseorang dipengaruhi oleh empat faktor dari yang paling dominan:

- a. perilaku,
- b. lingkungan,
- c. pelayanan kesehatan,
- d. genetik.

Keempat faktor yang disebutkan di atas menjadi dasar untuk pengembangan HDI (*Human Development Index*). Dalam hal ini, yaitu

bagaimana perilaku hidup sehat dan sakit masyarakat, sehingga dapat dijadikan untuk merumuskan kebijakan pengembangan SDM dalam bidang kesehatan. Demikian pula faktor lingkungan, genetik dan faktor pelayanan menjadi dasar pertimbangan di mana setiap hal yang penting dan mendesak dilakukan untuk sebuah kebijakan itu.

Menurut Dunn (1988) beberapa karakteristik masalah pokok dari masalah kebijakan, adalah sebagai berikut.

- a. Interdependensi (saling tergantung), yaitu kebijakan suatu bidang (energi) sering kali memengaruhi masalah kebijakan lainnya (pelayanan kesehatan). Kondisi ini menunjukkan adanya sistem masalah. Sistem masalah ini membutuhkan pendekatan Holistik, satu masalah dengan yang lain tidak dapat dipisahkan dan diukur sendirian.
- b. Subjektif, yaitu kondisi eksternal yang menimbulkan masalah diidentifikasi, diklasifikasi dan dievaluasi secara selektif. Contoh: Populasi udara secara objektif dapat diukur (data). Data ini menimbulkan penafsiran yang beragam (a.l. gangguan kesehatan, lingkungan, iklim, dll.). Muncul situasi problematis, bukan problem itu sendiri.
- c. Artifisial, yaitu pada saat diperlukan perubahan situasi problematis, sehingga dapat menimbulkan masalah kebijakan.
- d. Dinamis, yaitu masalah dan pemecahannya berada pada suasana perubahan yang terus-menerus. Pemecahan masalah justru dapat memunculkan masalah baru, yang membutuhkan pemecahan masalah lanjutan.
- e. Tidak terduga, yaitu masalah yang muncul di luar jangkauan kebijakan dan sistem masalah kebijakan.

Pandangan Dunn tersebut memberikan penafsiran lebih konkret bahwa kebijakan dibuat atas dasar ketergantungan (interdependensi) antara kebijakan yang satu dengan kepentingan atau kebijakan lainnya. Dalam hal subjektif, dipengaruhi oleh kondisi sebelum dan sesudahnya, sehingga mendorong untuk membuat kebijakan baru.

Sedangkan artifisial, memberikan pemahaman bahwa suatu situasi atau keadaan yang di mana situasi tersebut membutuhkan kebijakan yang berdasarkan apa yang terjadi, sehingga pandangan ini memberikan

dua versi yaitu kebijakan mendukung situasi atau mengarah pada halantisipasi, sehingga tidak terjadi hal-hal yang bisa berakibat fatal terhadap publik dari situasi tersebut.

Dinamis, suatu kebijakan baru dilakukan berdasarkan apa yang terjadi, jika itu membutuhkan solusi atau kontribusi dalam hal untuk mengatasinya. Kebijakan dibuat berdasarkan hal itu, karena dalam setiap kebijakan menghasilkan sesuatu yang bisa saja tidak sesuai dengan yang diinginkan, sehingga kedinamisan menjadi dasar untuk kebijakan tersebut.

Dalam ini juga untuk suatu kebijakan selalu terjadi dengan apa yang disebut tidak terduga. Sesuatu yang sifatnya tidak terduga itu terjadi di luar analisis atau kajian kebijakan, sehingga kebijakan yang baik juga adanya alternatif-alternatif untuk mengatasi masalah hal yang tidak terduga tersebut. Dalam konteks ini sangat dibutuhkan keahlian aktor kebijakan dalam memahami akan hal-hal yang tidak terduga. Ketidakterdugaan memengaruhi keberlakuan kebijakan, sehingga lebih pada membuat kebijakan itu tidak berlaku atas ketidakterdugaan itu.

Dari itu, pembuatan suatu kebijakan selalu memiliki dasar yang hakiki atau dasar yang kuat bisa berupa suatu landasan yuridis atau landasan hukum di mana, landasan yuridis sebagai tempat berpijak dari kebijakan kesehatan tersebut.

## **2. Merencanakan Kebijakan Kesehatan dengan Baik**

Suatu strategi untuk menghasilkan produk kebijakan yang baik, maka harus melalui perencanaan kebijakan yang baik pula. Dalam hal itu, perencanaan yang baik dapat melalui peramalan-peramalan yang mampu menghasilkan alternatif-alternatif terhadap perencanaan yang tepat sesuai dengan yang diinginkan oleh publik yang bersangkutan. Perencanaan yang tepat memberikan kepuasan berupa kemudahan proses dalam mencapai sasaran serta tujuan dari kebijakan yang dibuat tersebut. Pembuatan kebijakan yang diawali perencanaan harus dapat mengcover semua aspek yang mendukung tercapainya tujuan dari kebijakan; misalnya kesesuaian anggaran, waktu pelaksanaan, aktor yang terlibat, lama kebijakan berlaku, untuk siapa saja kebijakan itu diberlakukan, hambatan dan keunggulan kebijakan termasuk pihak

penantang kebijakan, tahap implementasi kebijakan dan indikator hasil serta evaluasi kebijakan.

Selain yang disebutkan di atas maka perencanaan yang baik itu, mempunyai beberapa ciri-ciri yang harus diperhatikan. Ciri-ciri tersebut akan mewarnai keberhasilan kebijakan ketika dilaksanakan. Menurut Azwar (1996) ciri-ciri perencanaan tersebut secara sederhana dapat diuraikan sebagai berikut.

a. Bagian dari sistem administrasi

Suatu perencanaan yang baik adalah yang berhasil menempatkan pekerjaan perencanaan sebagai bagian dari sistem administrasi secara keseluruhan. Sesungguhnya, perencanaan pada dasarnya merupakan salah satu dari fungsi administrasi yang amat penting. Pekerjaan administrasi yang tidak didukung oleh perencanaan, bukan merupakan pekerjaan administrasi yang baik.

b. Dilaksanakan secara terus-menerus dan berkesinambungan

Suatu perencanaan yang baik adalah yang dilakukan secara terus-menerus dan berkesinambungan. Perencanaan yang dilakukan hanya sekali bukanlah perencanaan yang dianjurkan. Ada hubungan yang berkelanjutan antara perencanaan dengan berbagai fungsi administrasi lain yang dikenal. Disebutkan perencanaan penting untuk pelaksanaan, yang apabila hasilnya telah dinilai, dilanjutkan lagi dengan perencanaan. Demikian seterusnya sehingga terbentuk suatu spiral yang tidak mengenal titik akhir.

c. Berorientasi pada masa depan

Suatu perencanaan yang baik adalah yang berorientasi pada masa depan. Artinya, hasil dari pekerjaan perencanaan tersebut, apabila dapat dilaksanakan, akan mendatangkan berbagai kebaikan tidak hanya pada saat ini, tetapi juga pada masa yang akan datang.

d. Mampu menyelesaikan masalah

Suatu perencanaan yang baik adalah yang mampu menyelesaikan berbagai masalah dan ataupun tantangan yang dihadapi. Penyelesaian masalah dan ataupun tantangan yang dimaksudkan di sini tentu harus disesuaikan dengan kemampuan. Dalam arti penyelesaian masalah dan ataupun tantangan tersebut dilakukan secara bertahap, yang harus tercermin pada tahapan perencanaan yang akan dilakukan.

e. Mempunyai tujuan

Suatu perencanaan yang baik adalah yang mempunyai tujuan yang dicantumkan secara jelas. Tujuan yang dimaksudkan di sini biasanya dibedakan atas dua macam, yakni tujuan umum yang berisikan uraian secara garis besar, serta tujuan khusus yang berisikan uraian lebih spesifik.

f. Bersifat mampu kelola

Suatu perencanaan yang baik adalah yang bersifat mampu kelola, dalam arti bersifat wajar, logis, objektif, jelas, runtun, fleksibel serta telah disesuaikan dengan sumber daya. Perencanaan yang disusun tidak logis serta tidak runtun, apalagi yang tidak sesuai dengan sumber daya bukanlah perencanaan yang baik.

Dengan demikian, perencanaan kebijakan yang baik tersebut di atas merupakan alternatif dasar dalam pencapaian tujuan kebijakan yang sesungguhnya. Suatu kebijakan akan dicapai secara maksimal jika semua ciri-ciri perencanaan di atas dapat dirumuskan dan juga dilaksanakan dengan sempurna. Kegunaan ciri khusus tersebut adalah untuk membantu proses demi proses implementasi kebijakan.

Model perencanaan yang disebutkan di atas mendekati proses sistematis dengan menggunakan metode dan pendekatan tertentu, yaitu adanya analisis dan pertimbangan untuk menghasilkan proses yang lebih baik pada tahap setelah fungsi perencanaan. Pendekatan ini tidak hanya berlaku dalam suatu analisis kebijakan kesehatan, namun analisis kebijakan bidang lainnya pun terjadi.

### **3. Kebijakan Kesehatan di Indonesia**

Kebijakan kesehatan merupakan hajat hidup orang banyak. Atas dasar tersebut kebijakan kesehatan harus mampu membangun SDM yang sehat bagi seluruh Rakyat Indonesia. Dengan demikian, setiap kebijakan kesehatan harus berpihak untuk kepentingan hajat hidup orang banyak, dengan tidak mengabaikan Hak Asasi Manusia akan kesehatan. Kebijakan kesehatan di Indonesia selain mengarah pada peraturan sumber daya atau aktor kesehatan dan pengembangannya, juga mengarah pada sejumlah pendukung lainnya seperti layanan

ketersediaan fasilitas kesehatan yang memadai, anggaran kesehatan dan kemudahan proses lainnya.

Terhadap berbagai kebijakan kesehatan tersebut, semua aktor dan pembuat kebijakan kesehatan harus mampu mengarahkan setiap kebijakan kesehatan terhadap unsur yang disebutkan di atas. Adapun kebijakan-kebijakan kesehatan di Indonesia memperhatikan hal-hal sebagai berikut.

- a. Isu strategis
  - 1) Pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang bermutu belum optimal.
  - 2) Sistem perencanaan dan penganggaran departemen kesehatan belum optimal.
  - 3) Standar dan pedoman pelaksanaan pembangunan kesehatan masih kurang memadai.
  - 4) Dukungan departemen kesehatan untuk melaksanakan pembangunan kesehatan masih terbatas.
- b. Strategi kesehatan di Indonesia
  - 1) Mewujudkan komitmen pembangunan kesehatan.
  - 2) Meningkatkan pertanggungjawaban dan pertanggunggatan.
  - 3) Membina sistem kesehatan dan sistem hukum di bidang kesehatan.
  - 4) Mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.
  - 5) Melaksanakan jejaring pembangunan kesehatan.
- c. Kebijakan program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat
  - 1) Pengembangan media promosi kesehatan dan teknologi Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE).
  - 2) Pengembangan upaya kesehatan bersumber masyarakat dan generasi muda.
  - 3) Peningkatan pendidikan kesehatan kepada masyarakat.
- d. Kebijakan program lingkungan sehat
  - 1) Penyediaan sarana air bersih dan sanitasi dasar.
  - 2) Pemeliharaan dan pengawasan kualitas lingkungan.
  - 3) Pengendalian dampak risiko pencemaran lingkungan.
  - 4) Pengembangan wilayah sehat.

- e. Kebijakan program upaya kesehatan dan pelayanan kesehatan
  - 1) Pelayanan kesehatan penduduk miskin di puskesmas dan jaringannya.
  - 2) Pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas dan jaringannya.
  - 3) Pengadaan peralatan dan perbekalan kesehatan termasuk obat genetik esensial.
  - 4) Peningkatan pelayanan kesehatan dasar yang mencakup sekurang-kurangnya promosi kesehatan, kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana.
  - 5) Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan.
- f. Kebijakan program upaya kesehatan perorangan
  - 1) Pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin kelas III RS.
  - 2) Pembangunan sarana dan prasarana RS di daerah tertinggal secara selektif.
  - 3) Perbaikan sarana dan prasarana rumah sakit.
  - 4) Pengadaan obat dan perbekalan RS.
  - 5) Peningkatan pelayanan kesehatan rujukan.
  - 6) Pengembangan pelayanan kedokteran keluarga.
  - 7) Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan.
- g. Kebijakan program pencegahan dan pemberantasan penyakit
  - 1) Pencegahan dan penanggulangan faktor risiko.
  - 2) Peningkatan imunisasi.
  - 3) Penemuan dan tata laksana penderita.
  - 4) Peningkatan surveilans epidemiologi.
  - 5) Peningkatan KIE pencegahan dan pemberantasan penyakit.
- h. Kebijakan program perbaikan gizi masyarakat
  - 1) Peningkatan pendidikan gizi.
  - 2) Penanggulangan KEP, anemia gizi besi, GAKI, kurang vitamin A, kekurangan zat gizi mikro lainnya.
  - 3) Penanggulangan gizi lebih.
  - 4) Peningkatan surveilans gizi.

- i. Kebijakan program sumberdaya kesehatan
  - 1) Peningkatan mutu penggunaan obat dan perbekalan kesehatan.
  - 2) Peningkatan keterjangkauan harga obat dan perbekalan kesehatan terutama untuk penduduk miskin.
  - 3) Peningkatan mutu pelayanan farmasi komunitas dan rumah sakit.
- j. Kebijakan program dan manajemen pembangunan kesehatan
  - 1) Pengkajian dan penyusunan kebijakan.
  - 2) Pengembangan sistem perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan dan pengendalian, pengawasan dan penyempurnaan administrasi keuangan, serta hukum kesehatan.
  - 3) Pengembangan sistem informasi kesehatan.
  - 4) Pengembangan sistem kesehatan daerah.
  - 5) Peningkatan jaminan pembiayaan kesehatan.
- k. Kebijakan program penelitian dan pengembangan kesehatan.
  - 1) Penelitian dan pengembangan.
  - 2) Pengembangan tenaga, sarana dan prasarana penelitian.
  - 3) Penyebarluasan dan pemanfaatan hasil penelitian dan pengembangan kesehatan.

Kebijakan-kebijakan kesehatan di Indonesia dibuat berdasarkan kepentingan dan hajat hidup orang banyak. Oleh karena itu, semua isu strategis dalam bidang kesehatan masyarakat harus diangkat ke publik agar semua lapisan masyarakat Indonesia memahami apa yang terjadi, mengapa dan di mana terjadinya, bagaimana problema kesehatan. Isu-isu strategis kesehatan mendasari pembuatan kebijakan oleh para aktor *stakeholder* kesehatan.

### **C. Analisis Kebijakan Kesehatan**

Di atas telah dijelaskan bahwa dalam pembuatan kebijakan harus melalui analisis-*analisis* kebijakan. Analisis kebijakan sangat berguna dalam tahap mempermudah proses implementasi kebijakan. Untuk itu semua analisis kebijakan harus mampu ditunjukkan dengan baik sehingga dianggap kebijakan mendapat dukungan dan berguna untuk hajat hidup orang banyak.



Dalam memahami kebijakan kesehatan yang lebih baik tersebut maka sebelumnya akan dijelaskan beberapa unsur pengertian terkait yang berhubungan dengan kebijakan kesehatan, yaitu sebagai berikut.

## **1. Pengertian Analisis Kebijakan Kesehatan**

Suatu analisis kebijakan kesehatan, terdiri dari tiga kata yang mengandung arti atau dimensi yang luas, yaitu analisis, kebijakan, dan kesehatan. Analisis adalah penyelidikan terhadap suatu peristiwa (seperti karangan, perbuatan, kejadian atau peristiwa) untuk mengetahui keadaan yang sebenarnya, sebab musabab atau duduk perkaranya (Balai Pustaka, 1991).

Kebijakan merupakan suatu rangkaian alternatif yang siap dipilih berdasarkan prinsip-prinsip tertentu. Kebijakan merupakan suatu hasil analisis yang mendalam terhadap berbagai alternatif yang bermuara kepada keputusan tentang alternatif terbaik. Kebijakan adalah rangkaian dan asas yang menjadi garis besar dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan kepemimpinan, dan cara bertindak (tentang organisasi, atau pemerintah); pernyataan cita-cita, tujuan, prinsip, atau maksud sebagai garis pedoman untuk manajemen dalam usaha mencapai sasaran tertentu. Contoh: Kebijakan Kebudayaan, adalah rangkaian konsep dan asas yang menjadi garis besar rencana atau aktivitas suatu negara untuk mengembangkan kebudayaan bangsanya. Kebijakan Kependudukan, adalah konsep dan garis besar rencana suatu pemerintah untuk mengatur atau mengawasi pertumbuhan penduduk dan dinamika penduduk dalam negaranya (Balai Pustaka, 1991).

Menurut UU RI No. 23 Tahun 1991, tentang Kesehatan. Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi (RI, 1992). Pengertian ini cenderung tidak berbeda dengan yang dikembangkan oleh WHO, yaitu: Kesehatan adalah suatu keadaan yang sempurna yang mencakup fisik, mental, kesejahteraan dan bukan hanya terbebasnya dari penyakit atau kecacatan.

Menurut UU No. 36 Tahun 2009 Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Jadi,

konsep dari analisis kebijakan kesehatan adalah “*what the goverment do or not to do*”, artinya segala keputusan yang pemerintah lakukan atau tidak dilakukan dalam bidang kesehatan berdasarkan atas kemanfaatan masyarakat di bidang kesehatan.

Suatu hal yang sangat penting bagaimana kebijakan kesehatan ini hasilnya sesuai dengan tuntutan Undang-Undang Kesehatan yang disebutkan di atas. Karena undang-undang memberikan harapan dan garis besar yang sesungguhnya apa yang ingin dicapai dari amanat konstitusi melalui kebijakan kesehatan.

## **2. Peran Analisis Kebijakan Kesehatan**

Keberhasilan dan kemudahan dalam melakukan berbagai model dan pendekatan implementasi kebijakan kesehatan tidak terlepas dari peran analisis kebijakan kesehatan. Suatu peran analisis mempunyai pengaruh kuat, untuk ketercapaian tujuan kebijakan kesehatan yang sesungguhnya.

Suatu analisis kebijakan kesehatan tersebut awalnya adalah hasil pengembangan dari analisis kebijakan publik. Akibat dari semakin majunya ilmu pengetahuan dan kebutuhan akan analisis kebijakan dalam bidang kesehatan itulah akhirnya bidang kajian analisis kebijakan kesehatan muncul.

Sebagai suatu bidang kajian ilmu yang baru, analisis kebijakan kesehatan memiliki peran dan fungsi dalam pelaksanaannya. Peran dan fungsi itu adalah adanya analisis kebijakan kesehatan akan memberikan keputusan yang fokus pada masalah yang akan diselesaikan.

Analisis kebijakan kesehatan mampu menganalisis multidisiplin ilmu. Satu disiplin kebijakan dan kedua disiplin ilmu kesehatan. Pada peran ini analisis kebijakan kesehatan menggabungkan keduanya yang kemudian menjadi subkajian baru dalam khazanah keilmuan. Adanya analisis kebijakan kesehatan, pemerintah mampu memberikan jenis tindakan kebijakan apakah yang tepat untuk menyelesaikan suatu masalah. Memberikan kepastian dengan memberikan kebijakan/keputusan yang sesuai atas suatu masalah yang awalnya tidak pasti. Dan analisis kebijakan kesehatan juga menelaah fakta-fakta yang muncul kemudian akibat dari produk kebijakan yang telah diputuskan/diundangkan.

### 3. Pendekatan Analisis Kebijakan

Suatu pendekatan dalam analisis kebijakan bermaksud untuk menghasilkan kebijakan strategis yang sesuai dengan kebutuhan dan sistematis. Oleh karena itu, ditempuh melalui berbagai pendekatan. Pendekatan yang dimaksud juga sebagai upaya untuk mempermudah dalam mengarahkan para aktor pembuat kebijakan lebih fokus pada satu titik tertentu dalam pembuatan kebijakan.

Dengan demikian, upaya untuk menghasilkan informasi dan argumen, analisis kebijakan dapat menggunakan beberapa pendekatan, yaitu: pendekatan Empiris, Evaluatif, dan Normatif (Dunn, 1988).

- a. Pendekatan Empiris, memusatkan perhatian pada masalah pokok, yaitu apakah sesuatu itu ada (menyangkut fakta). Pendekatan ini lebih menekankan penjelasan sebab akibat dari kebijakan publik. Contoh: analisis dapat menjelaskan atau meramalkan pembelanjaan negara untuk kesehatan, pendidikan, transportasi. Jenis informasi yang dihasilkan adalah penandaan.
- b. Pendekatan Evaluatif, memusatkan perhatian pada masalah pokok, yaitu berkaitan dengan penentuan harga atau nilai (beberapa nilai sesuatu) dari beberapa kebijakan. Jenis informasi yang dihasilkan bersifat evaluatif. Contoh: setelah menerima informasi berbagai macam kebijakan KIA-KB, analisis dapat mengevaluasi bermacam cara untuk mendistribusikan biaya, alat, atau obat-obatan menurut etika dan konsekuensinya.
- c. Pendekatan Normatif, memusatkan perhatian pada masalah pokok, yaitu tindakan apa yang semestinya dilakukan. Pengusulan arah tindakan yang dapat memecahkan masalah problem kebijakan, merupakan inti pendekatan normatif. Jenis informasi bersifat anjuran atau rekomendasi. Contoh: peningkatan pembayaran pasien puskesmas (dari Rp300 menjadi Rp1.000) merupakan jawaban untuk mengatasi rendahnya kualitas pelayanan di puskesmas. Peningkatan ini cenderung tidak memberatkan masyarakat.

Ketiga pendekatan analisis kesehatan tersebut di atas sifatnya sangat fokus untuk menghasilkan kebijakan yang profesional dan sistematis sesuai dengan kebutuhan. Secara empiris akan menganalisis

secara fakta apa yang terjadi sesuatu itu, baik sebelum, sekarang atau sesudahnya. Tujuan pendekatan empiris ini untuk menganalisis apa kelebihan dan kekurangan sesuatu yang sedang dibuat atau dikerjakan dalam kebijakan tersebut. Kalau kiranya kebijakan sebelumnya ada ditemukan sejumlah permasalahan, maka itu adalah sebuah hal yang nyata dan kiranya tidak terjadi pada kebijakan berikutnya.

Sedangkan pendekatan evaluatif mempunyai fungsi dan peran untuk melakukan suatu pengukuran kinerja mulai dari proses awal sampai akhir dari kebijakan yang telah berlaku sebelumnya atau sedang berlaku. Pendekatan evaluatif harus dapat dilakukan secara profesional, sehingga kebijakan ke depannya lebih baik dan bermutu sesuai dengan tuntutan publik.

Dalam pandangan pendekatan normatif, dapat ditinjau dari versi pertama adalah kebijakan yang dibuat dianalisis sesuai dengan norma-norma yang berlaku dan yang kedua adalah sesuai dengan kebutuhan. Normatif sifatnya berdasarkan kebutuhan dan semua orang bisa saja menerimanya. Pendekatan normatif dapat diberlakukan di mana saja, dan biasanya di kalangan publik yang berifat normatif ini tidak terlalu dipertentangkan.

#### **D. Sistem Kesehatan Nasional Indonesia**

Suatu Sistem Kesehatan Nasional Indonesia dijabarkan ke dalam kebijakan kesehatan yang telah diberlakukan melalui setiap Undang-Undang Sistem Kesehatan Nasional. Suatu sistem dapat saja diartikan sebagai rangkaian-rangkaian yang dilakukan dalam setiap proses yang berlaku dalam kebijakan. Dalam sistem selalu mengandung pola-pola untuk mencapai tujuan dari sistem kebijakan kesehatan nasional.

Pola sebagaimana disebutkan di atas merupakan suatu sistem yang ingin mencapai tujuan-tujuan tertentu (*System is interconnected parts or elements in certain pattern of work*). Dari pendekatan arti di atas dapat saja diinterpretasikan ke dalam prinsip sistem yaitu: suatu elemen adalah bagian pembentuk sistem; dan *interconnection* yang memberi penekanan pada saling keterkaitan antarkomponen dalam pola tertentu sebagaimana disebutkan di atasnya. Keberadaan setiap komponen dan elemen akan saling memengaruhi dalam mencapai tujuannya masing-masing sistem kebijakan.

Sedangkan Sistem Kesehatan merupakan jaringan penyediaan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh aktor kebijakan atau tenaga kesehatan terhadap orang yang menggunakan pelayanan kesehatan tersebut. Dalam sistem kesehatan tersebut adanya sistem kesehatan nasional Indonesia. Yang sifatnya berlaku untuk semua warga negara dari Sabang sampai Merauke. Berbagai sistem kesehatan nasional tersebut, apakah BPJS, program KB dan jaminan sosial kesehatan lainnya merupakan kebijakan sistem kesehatan nasional.

Dalam sejarahnya sistem kesehatan nasional Indonesia telah berkembang dimulai sejak tahun 1982 ketika Departemen Kesehatan menyusun dokumen sistem kesehatan di Indonesia. Kemudian Departemen Kesehatan RI pada tahun 2004 yang telah melakukan suatu penyesuaian terhadap “SKN” 1982. Di dalam dokumen tersebut dinyatakan bahwa Sistem Kesehatan Nasional didefinisikan sebagai suatu tatanan menghimpun upaya Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti yang termaktub dalam pembukaan UUD 1945.

Setiap kebijakan kesehatan tersebut, ditemukan adanya tujuan sistem kesehatan nasional, dengan batas-batas yang telah disepakati: (a) untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat, yang indikatornya banyak antara lain, angka kematian ibu, angka kematian bayi, angka kejadian penyakit, dan indikator lainnya; (b) meningkatkan responsiveness terhadap harapan masyarakat. Dalam hal ini masyarakat masyarakat puas terhadap pelayanan kesehatan; dan (c) menjamin keadilan dalam kontribusi pembiayaan. Sistem kesehatan diharapkan memberikan proteksi dalam bentuk jaminan pembiayaan kesehatan bagi yang membutuhkan.

Dengan demikian, berbagai kebijakan dalam sistem kesehatan nasional Indonesia dapat saja berupa regulator-regulator berupa setiap aturan, tentang pelayanan kesehatan, pembiayaan, pengembangn SDM, hukum kesehatan (*health law*) peraturan atau perundangan di bidang kesehatan, ekonomi kesehatan (*health economic*) konsep pembiayaan kesehatan, asuransi kesehatan, analisis biaya, dan lain sebagainya, manajemen tenaga kesehatan (*health man power*) perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan, motivasi tenaga kesehatan, kinerja tenaga kesehatan,

dan lain sebagainya, sarana pelayanan kesehatan, organisasi pelayanan kesehatan, manajemen pelayanan kesehatan, manajemen logistik, dan lain sebagainya. Semua yang disebutkan di atas masuk dalam sistem kesehatan nasional dan telah diformulasikan ke dalam setiap kebijakan kesehatan.



## BAB 2

# METODE ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN

### A. Pengertian Metode Analisis Kebijakan Kesehatan

Secara umum dalam setiap program atau aktivitas metode selalu digunakan. Secara umum metode diartikan sebagai cara melakukan sesuatu hal, di dalamnya adanya pendekatan-pendekatan tertentu yang dilakukan, sehingga sesuatu itu dapat terwujud sesuai dengan yang diinginkan. Penggunaan pendekatan metode tersebut sesuai dengan tujuan dari apa yang dikerjakan dan metode juga memperjelas proses untuk melakukan sesuatu hal.

Penggunaan metode disesuaikan dengan tujuan apa yang hendak dikerjakan dan penggunaan metode sifatnya tidak boleh dipaksakan; misalnya untuk melakukan sesuatu hal karena aktor kebijakan tidak mempunyai kemampuan untuk menggunakan metode “D” maka ia menggunakan metode “B”. Kasus seperti ini akan menghasilkan nilai terburuk dalam setiap apa yang dilakukan terkait dengan metode ini dan hasilnya pun mengecewakan.

Metode juga dapat disebut sebagai alternatif, dan mempunyai ciri yang sistematis yang bisa terima secara rasional dan dapat diamati dengan indra manusia. Semua yang dilakukan dalam metode itu harus menunjukkan alternatif-alternatif logis mulai dari studi awal sampai dengan pembuatan keputusan untuk dijadikan kebijakan.

Sementara itu, secara mendasar titik berat analisis kebijakan adalah pada penggunaan metodologi penelitian modern untuk menemukan pemecahan masalah serta menghasilkan informasi yang bermanfaat.

Untuk pengambilan keputusan termasuk keuangan dan kerugian yang mungkin timbul bila pemecahan masalah tersebut diterapkan di tengah masyarakat.

Metodologi penelitian modern adalah suatu pendekatan yang kiranya sangat relevan dengan perkembangan yang terjadi di publik. Pendekatan ini akan menyesuaikan dengan berbagai aspek dan hal-hal yang semuanya berkaitan suatu kebijakan. Kelebihannya adalah akan mampu menemukan suatu kajian yang sesungguhnya berdasarkan apa yang dibutuhkan. Dengan demikian, metode penelitian modern ini sifatnya pun efektif baik dalam proses maupun hasilnya.

Dalam melakukan analisis kebijakan dibutuhkan metodologi, yaitu sistem standar, aturan dan prosedur untuk menciptakan penilaian secara kritis dan mengomunikasikan informasi dan pengetahuan yang relevan dengan metodologi kuantitatif dan metodologi kualitatif. Namun, penggunaan antara kedua metode tersebut harus mengikuti pendekatan modernisasi sehingga mampu mengatasi masalah dari apa yang terjadi dan yang diinginkan khususnya kebijakan kesehatan.

Penelaahan melalui metode kuantitatif dari analisis kebijakan mensyaratkan suatu pengetahuan yang dalam tentang statistik, desain penelitian, dan kemampuan untuk menggunakan *spreadsheet* dan *software* statistik lainnya. Metode-metode seperti analisis regresi, misalnya, mengestimasi efek dari variabel pada keluarannya. Analisis tipe ini membutuhkan komprehensif dan aplikasi beberapa konsep seperti korelasi, varian, dan signifikansi statistik.

Metode kualitatif, sementara itu membutuhkan kehati-hatian untuk melihat hal yang detail, analisis dilakukan dengan sering kali memerlukan pembacaan berulang pada catatan lapang dan materi tulisan lain untuk menemukan pola dan hubungannya dalam data (Dunn, 1994). Sementara Collin (2004) berpendapat bahwa analisis kebijakan merupakan sebutan umum untuk serangkaian metode dan alat untuk mempelajari karakteristik dari kebijakan yang terbangun, bagaimana kebijakan terbentuk dan konsekuensinya.

Dengan kata lain, metode yang digunakan dalam melakukan analisis kebijakan dapat lebih berkembang, tidak sebatas pada kualitatif atau kuantitatif dan dapat pula berkembang sesuai dengan hasil analisis



sebelumnya. Meskipun, analisis kebijakan meningkat perannya dalam siklus akademik, hal ini belum dipertimbangkan menjadi sebuah bidang yang mempersatukan berbagai studi (R. Rodriguez-Garcia, 2000, dalam Collins, 2004).

Berbagai isu dan perkembangan global saat ini akan membuat dan memaksa aktor kebijakan untuk memiliki kemampuan dalam menggunakan metode analisis kebijakan tersebut. Sebab kemajuan teknologi dan informasi membuat para aktor untuk bisa menyesuaikan diri masing-masingnya dengan tidak bisa lagi mempertahankan yang namanya konvensional akan tetapi sedikit dan kalau bisa seluruhnya ke arah modernisasi dalam konteks industrialisasi dalam arti mampu menciptakan sesuatu hal, yang hanya bukan sebagai pengguna dari kebijakan akan tetapi sebagai sipembuat kebijakan.

## **B. Metode Analisis Kebijakan Kesehatan**

Penggunaan metode dalam analisis kebijakan kesehatan dapat dilakukan melalui berbagai pendekatan analisis yang sesuai dengan kebutuhan kebijakan. Pendekatan analisis tersebut dapat dilakukan mulai berawal dari dasar tentang apa yang terjadi, sehingga dapat dikembangkan sesuai dengan apa yang berkembang selanjutnya. Dan pendekatan ini menggunakan analisis-analisis yang tajam dan konkret serta pasti, bukan bersifat maya atau bayangan, tetapi sasarannya tepat dan menemukan suatu kepastian produk.

Dalam konteks sebagaimana pernyataan yang disebutkan di atas berbagai bentuk analisis kebijakan dibutuhkan untuk menghasilkan produk kebijakan yang relevan dengan kebutuhan publik, dengan demikian berbagai analisis tersebut merupakan tuntutan terhadap setiap aktor kebijakan.

Berdasarkan pendapat para ahli (Dunn, 1988; Moekijat, 1995; Wahab, 1991) dapat diuraikan beberapa bentuk analisis kebijakan yang lazim digunakan, yaitu sebagai berikut.

### **1. Analisis Kebijakan Prospektif**

Bentuk analisis ini berupa penciptaan dan pemindahan informasi sebelum tindakan kebijakan ditentukan dan dilaksanakan. Menurut Wiliam (1971), ciri analisis ini adalah:

- a. menggabungkan informasi dari berbagai alternatif yang tersedia, yang dapat dipilih dan dibandingkan;
- b. diramalkan secara kuantitatif dan kualitatif untuk pedoman pembuatan keputusan kebijakan;
- c. secara konseptual tidak termasuk pengumpulan informasi.

Suatu analisis kebijakan prospektif memandang bahwa analisis dilakukan berdasarkan adanya prospek keterbukaan peluang terhadap suatu yang akan membantu proses analisis kebijakan. Prospek tersebut akan memengaruhi positif terhadap pengembangan mutu analisis. Prospek-prospek tersebut bisa berupa informasi yang diperoleh dari berbagai sumber, misalnya tokoh sejarah, pelaku atau aktor, tempat kejadian perkara bisa dikunjungi sebelum kebijakan dianalisis, dan dibantu media komunikasi yang modernisasi. Beberapa hal tersebut adalah sebagai prospek yang memberi peluang mutu terhadap sebuah kebijakan.

## 2. Analisis Kebijakan Restrospektif (AKR)

Bentuk analisis ini selaras dengan deskripsi penelitian, dengan tujuannya adalah penciptaan dan pemindahan informasi setelah tindakan kebijakan diambil. Beberapa analisis kebijakan restrospektif, adalah sebagai berikut.

- a. Analisis berorientasi Disiplin, lebih terfokus pada pengembangan dan pengujian teori dasar dalam disiplin keilmuan, dan menjelaskan sebab akibat kebijakan. Contoh: upaya pencarian teori dan konsep kebutuhan serta kepuasan tenaga kesehatan di Indonesia, dapat memberi kontribusi pada pengembangan manajemen SDM original berciri Indonesia (kultural). Orientasi pada tujuan dan sasaran kebijakan tidak terlalu dominan. Dengan demikian, jika ditetapkan untuk dasar kebijakan memerlukan kajian tambahan agar lebih operasional.
- b. Analisis berorientasi masalah, menitikberatkan pada aspek hubungan sebab akibat dari kebijakan, bersifat terapan, namun masih bersifat umum. Contoh: pendidikan dapat meningkatkan cakupan layanan kesehatan. Orientasi tujuan bersifat umum, namun dapat memberi variabel kebijakan yang mungkin dapat dimanipulasikan untuk mencapai tujuan dan sasaran khusus, seperti meningkatnya kualitas.

- c. Analisis berorientasi penerapan, menjelaskan hubungan kausalitas, lebih tajam untuk mengidentifikasi tujuan dan sasaran dari kebijakan dan para pelakunya. Informasi yang dihasilkan dapat digunakan untuk mengevaluasi hasil kebijakan khusus, merumuskan masalah kebijakan, membangun alternatif kebijakan yang baru, dan mengarah pada pemecahan masalah praktis. Contoh: analisis dapat memperhitungkan berbagai faktor yang memengaruhi keberhasilan atau kegagalan pelayanan KIA di Puskesmas. Informasi yang diperoleh dapat digunakan sebagai dasar pemecahan masalah kebijakan KIA di Puskesmas.

Suatu analisis kebijakan retrospektif mengedepankan upaya bagaimana proses analisis dilakukan melalui suatu motivasi yang tinggi dengan pendekatan adanya kedisiplinan dalam melakukannya. Dengan mengupayakan terjadinya pemecahan masalah-masalah yang terjadi, termasuk harus mampu menerapkan dari setiap analisis yang berhasilkan dirumuskan.

### 3. Analisis Kebijakan Terpadu

Bentuk analisis ini bersifat komprehensif dan kontinu, menghasilkan dan memindahkan informasi gabungan baik sebelum maupun sesudah tindakan kebijakan dilakukan. Menggabungkan bentuk prospektif dan retrospektif, serta secara ajeg menghasilkan informasi dari waktu ke waktu dan bersifat multidisipliner.

Bentuk analisis kebijakan di atas, menghasilkan jenis keputusan yang relatif berbeda yang, bila ditinjau dari pendekatan teori keputusan (teori keputusan deskriptif dan normatif), yang dapat diuraikan sebagai berikut:

- a. Teori Keputusan Deskriptif, bagian dari analisis retrospektif, mendeskripsikan tindakan dengan fokus menjelaskan hubungan kausal tindakan kebijakan, setelah kebijakan terjadi. Tujuan utama keputusan adalah memahami problem kebijakan, diarahkan pada pemecahan masalah, namun kurang pada usaha pemecahan masalah.
- b. Teori Keputusan Normatif, memberi dasar untuk memperbaiki akibat tindakan, menjadi bagian dari metode prospektif

(peramalan atau rekomendasi), lebih ditujukan pada usaha pemecahan masalah yang bersifat praktis dan langsung.

Analisis kebijakan terpadu dilakukan dengan menggunakan proses kerja dari berbagai perpaduan sumber informasi dan metode yang digunakan. Kebijakan ditetapkan setelah memenuhi unsur dari keterwakilan berbagai informasi aktual yang berhubungan dengan substansial yang dianalisis. Sementara pendekatan penggunaan dari metode menyesuaikan dengan sebuah bagaimana hasil analisis dapat maksimal. Artinya dengan menggunakan banyak metode ini, sehingga menghasilkan teori deskriptif dan normatif ini dapat dihasilkan sebaik mungkin. Suatu keputusan deskriptif, ia akan memberi suatu ruang penjelasan yang lebih luas, namun dibantu oleh keputusan normatif yang sifatnya bisa diterima oleh publik, maka dalam implementasinya sedikit banyaknya tidak menemukan masalah.

### **C. Pengaruh *Stakeholder* Terhadap Kebijakan Kesehatan**

Dalam perumusan kebijakan diharapkan mampu memberikan ruang gerak terhadap *stakeholder*. Pihak berkepentingan atau disebut *stakeholder* ini tidak sebatas pihak yang menggantungkan hidupnya dalam sebuah kebijakan tersebut. Dibalik itu, terhadap *stakeholder* diberikan peluang untuk berperan lebih luas berdasarkan apa yang mereka rasakan dengan kebijakan yang berlaku selama ini.

Suatu analisis kebijakan kesehatan yang baik dan paripurna, tidak terlepas dari keterlibatan *stakeholder* dalam merumuskan dari setiap kebijakan-kebijakan yang berlaku di tengah publik. Sebab dalam hal ini, *stakeholder* adalah selain mereka pihak yang menggantungkan hidupnya terhadap kebijakan bahkan kebijakan itu dibuat untuk mereka. Dengan sebuah pertimbangan bahwa tanpa ada *stakeholder* maka kebijakan tersebut tidak memberi arti apa-apa dalam ruang apa pun.

*Stakeholder* dalam berbagai kebijakan selain sebagai pihak yang berkepentingan juga sebagai sosial kontrol terhadap setiap kebijakan tersebut yang berorientasi untuk kepentingan publik. Dari pernyataan di atas maka dapat dinyatakan beberapa peran *stakeholder* yang dapat memengaruhi analisis kebijakan kesehatan, yaitu sebagai berikut.

1. Pengawasan. *Stakeholder* dalam sebuah kebijakan dapat saja memosisikan sebagai pihak yang melakukan suatu pengawasan dari berbagai aspek analisis kebijakan kesehatan. Suatu peran pengawasan ini sangat memengaruhi perumusan-perumusan dalam menganalisis kebijakan-kebijakan yang relevan. Apabila peran pengawasan ini lemah maka bukan tidak mungkin suatu kebijakan akan tidak relevan. Berbagai kebijakan publik selama ini pengawasannya secara formal hanya dilakukan lembaga legislatif dan lembaga-lembaga swadaya masyarakat. Namun, *stakeholder* hanya dijadikan sebatas pihak yang berkepentingan tapi tidak diberi peluang sebagai pengawas.
2. Komunikator kebijakan. Berbagai kebijakan yang berlaku di publik dalam mensosialisasikannya kepada masyarakat tidak terlepas dari peran *stakeholder*. Komunikasi yang dilakukan *stakeholder* ini dapat dilakukan dengan berbagai metode walau pendekatan yang dilakukan tidak formal, seperti misalnya diskusi namun dibalik itu memengaruhi perilaku publik akan sebuah kebijakan kesehatan.
3. Mediator kebijakan. Suatu kebijakan tidaklah selamanya akan terimplementasi dengan baik dan paripurna dalam masyarakat. Bahkan banyak kebijakan mendapat pertentangan dari setiap pihak yang pro dan kontra, yang demikian membutuhkan peran dan pengaruh *stakeholder* apakah dalam bentuk membangun image suatu kebijakan atau sebagai perpanjangan tangan dari masyarakat untuk menyampaikan kepada aktor kebijakan untuk dapat mengubah atau merevisi dari studi analisis-analisis yang tidak relevan dengan publik.
4. Motivator. Dalam menggolkan suatu kebijakan untuk diterima khalayak peran *stakeholder* dalam memotivasi sangat kental. Hal ini disebabkan oleh beberapa hal di antaranya, masyarakat dalam jumlah besar memiliki perbedaan perilaku akan suatu pemahaman terhadap kebijakan.

Berbagai pengaruh *stakeholder* yang disebutkan di atas sangat berperan dalam membangun analisis-analisis kebijakan yang akan diterapkan kepada publik. Peran di atas dilakukan berdasarkan suatu pemahaman bahwa setiap publik memiliki perbedaan perilaku atas

berbagai kebijakan, sehingga pihak yang sangat mudah dalam proses membantu sosialisasi implementasi kebijakan adalah *stakeholder*.

#### **D. Proses Analisis Kebijakan Kesehatan**

Dalam menciptakan kebijakan paripurna atau relevan dengan kebutuhan publik maka proses-proses analisis kebijakan yang bermutu harus bisa dilakukan dengan baik. Suatu proses tidak saja langsung berada pada tahap analisis, akan tetapi sebelumnya telah dilakukan melalui berbagai tahap-tahap studi pendahuluan atau disebut metode penelitian kebijakan.

Tahap penggunaan metode adalah merupakan bagian dari proses dalam membangun suatu analisis kebijakan. Dalam pembuatan kebijakan memang analisisnya membutuhkan waktu yang tidak sedikit sehingga menyita berbagai kebutuhan yang kiranya untuk memberi dukungan dalam setiap proses analisis.

Dengan demikian, proses panjang penyusunan kebijakan atau siklus pengembangan kebijakan tentu membutuhkan banyak aspek yang perlu dipertimbangkan secara seksama, mulai dari isu dan masalah yang melandasi pembuatan kebijakan, tujuan dikembangkan atau dibuatnya kebijakan hingga latar belakang *stakeholder* atau aktor yang berperan dalam penyusunan kebijakan itu sendiri.

Proses pendefinisian masalah merupakan kegiatan yang penting dan relevan bagi pembuat kebijakan. Dengan mengenali masalah secara spesifik, akan memudahkan untuk menyusun langkah-langkah selanjutnya dalam pembuatan atau analisis kebijakan. Masalah adalah ketidaksesuaian atau ketidakcocokan antara kenyataan dengan yang diinginkan. Namun begitu, pendefinisian masalah kebijakan perlu memerhatikan: ketidaksesuaian, tekanan-tekanan untuk bertindak atau menyusun kebijakan, serta sumber daya yang dibutuhkan untuk melakukan tindakan atau implementasi kebijakan.

Berbagai analisis kebijakan publik dapat meningkatkan proses pembuatan kebijakan dengan menggunakan metode analisis kebijakan yang luas untuk menghasilkan informasi yang lebih banyak dan lebih baik pada tiap fase pembuatan kebijakan; menerjemahkan informasi dan analisis dalam bahasa yang dimengerti orang lain; mempersiapkan

dokumen kebijakan tertulis termasuk memo-memo, RIA (*Regulatory Impact Assessments*), makalah tentang masalah kebijakan, dan laporan-laporan penelitian tentang solusi yang berpotensi untuk memecahkan masalah; dan menggunakan pengarahannya secara lisan, pertemuan, percakapan, dan konferensi untuk mengomunikasikan isi dari dokumen-dokumen kebijakan.

Berdasarkan paparan di atas berikut akan disebutkan beberapa tahap dalam proses analisis kebijakan kesehatan.

1. Perumusan masalah

Masalah kebijakan adalah kebutuhan, nilai-nilai atau kesempatan-kesempatan yang tidak terealisasi tetapi dapat dicapai melalui tindakan publik. Memahami masalah kebijakan merupakan hal yang penting, karena para analis kebijakan terlihat lebih sering gagal karena memecahkan masalah yang salah. Ciri-ciri masalah adalah *interdependence, subjectivity, artificiality, dan dynamics*.

Terdapat tingkatan (hierarki) isu-isu dalam masalah kebijakan. Dalam menentukan masalah kebijakan, kita perlu memahami tingkatan isu dan posisinya dalam jenis (kebijakan strategi/operasional).

2. Peramalan

Suatu prosedur untuk membuat informasi faktual tentang situasi sosial masa depan atas dasar informasi yang telah ada tentang masalah kebijakan. Ramalan mempunyai tiga bentuk utama yaitu: a) proyeksi, b) prediksi, dan c) perkiraan.

3. Rekomendasi

Rekomendasi merupakan proses rasional di mana para analisis memproduksi informasi dan argumen-argumen yang beralasan tentang solusi-solusi yang potensial dari masalah publik. Prosedur-prosedur yang paling umum untuk memecahkan masalah-masalah kemanusiaan (deskripsi, prediksi, evaluasi, dan preskripsi) dapat dibandingkan dan dipertimbangkan menurut waktu digunakannya prosedur-prosedur tersebut (sebelum atau sesudah tindakan) dan jenis pertanyaan yang sesuai (empirik, valuatif, atau normatif).

Dalam membuat rekomendasi, analisis kebijakan secara khusus menjawab berbagai persoalan tentang sasaran, biaya, hambatan-

hambatan, eksternalitas waktu, risiko, dan ketidakpastian. Pilihan publik dan swasta berbeda dalam tiga hal: hakikat proses kebijakan publik, hakikat tujuan kebijakan yang bersifat kolektif, dan arti barang-barang publik. Dua pendekatan utama untuk rekomendasi analisis kebijakan publik adalah analisis biaya manfaat dan analisis biaya efektivitas.

#### 4. Pemantauan

Pemantauan merupakan prosedur analisis kebijakan guna menghasilkan informasi tentang penyebab dan konsekuensi dari kebijakan-kebijakan publik. Pemantauan bermaksud memberikan pernyataan yang bersifat penandaan dan terutama yang berkepentingan untuk menetapkan premis-premis faktual tentang kebijakan publik. Pemantauan menghasilkan yang bersifat penandaan setelah kebijakan dan program diadopsi, lalu diimplementasikan, sedangkan peramalan menghasilkan pernyataan yang bersifat penandaan sebelum tindakan dilakukan. Informasi yang dihasilkan melalui pemantauan memiliki setidaknya empat fungsi, yaitu ketundukan, pemeriksaan, akuntansi, dan eksplanasi. Ada dua jenis hasil kebijakan, yaitu keluaran dan dampak. Tindakan kebijakan terdiri dari masukan dan proses. Sementara tindakan itu, tindakan kebijakan memiliki dua tujuan utama, regulasi dan alokasi.

Pemantauan dapat dipilih dalam empat jenis pendekatan: akuntansi sistem sosial, eksperimental sosial, pemeriksaan sosial, serta sintesis riset dan praktik. Pendekatan-pendekatan terhadap pemantauan memerhatikan hasil-hasil yang berkaitan dengan kebijakan, berfokus pada tujuan, dan orientasi pada perubahan.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi mempunyai beberapa karakteristik yang membedakannya dari metode-metode analisis kebijakan yang lain: titik berat kepada nilai hubungan ketergantungan antara nilai dan fakta; orientasi masa kini dan masa lalu; dan dualitas nilai. Kriteria evaluasi kebijakan: efektivitas, estimasi, kecukupan, kesamaan, daya tanggap, dan kelayakan. Tiga pendekatan utama evaluasi dalam analisis kebijakan adalah evaluasi semu, evaluasi formal, dan evaluasi teoretis keputusan.



Suatu analisis kesehatan dapat saja mengikuti langkah-langkah tersebut, dengan pertimbangan bahwa melalui tahap-tahap tersebut akan menghasilkan suatu kebijakan yang sesuai dengan tuntutan dan relevan dengan kebutuhan kesehatan masyarakat. Suatu kebijakan kesehatan yang telah diberlakukan, pemantauan dan evaluasi yang terakhir kedua tersebut memengaruhi keberhasilan suatu kebijakan kesehatan yang merupakan kebijakan publik.

[Halaman ini sengaja dikosongkan]



## BAB 3

# ANALISIS *STAKEHOLDER* KEBIJAKAN KESEHATAN

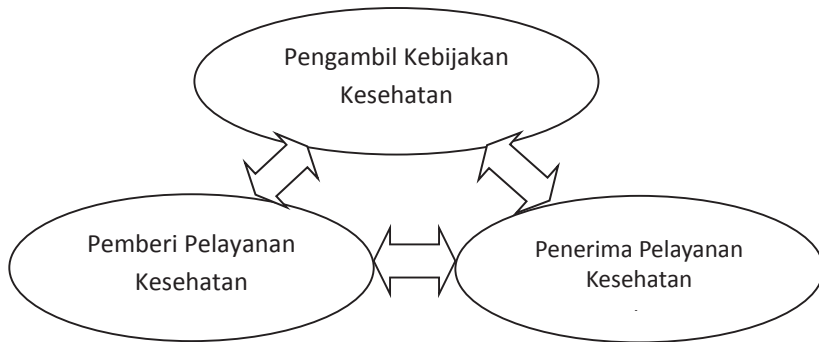
### A. Analisis Lingkungan Kebijakan Kesehatan

Setiap pemangku kepentingan merupakan terjemahan dari kata *stakeholder* dapat diartikan sebagai segenap pihak yang terkait dengan isu dan permasalahan yang diangkat. Suatu analisis kebijakan berada pada tiga elemen kunci yang merupakan lingkungan analisis kebijakan kesehatan. Ketiga elemen tersebut saling memengaruhi, berada pada satu lingkungan yang mempunyai tujuan dan cita-cita bersama untuk memberi pelayanan kesehatan terhadap masyarakat.

Masing-masing elemen dari ketiga unsur tersebut mempunyai ruang lingkup tugas dan kewajiban serta batas tugas tersendiri dalam mewujudkan setiap program kebijakan kesehatan. Suasana kerja yang kondusif dan saling mendukung, secara umum sangat diharapkan oleh masyarakat pada umumnya untuk hidup sehat dan lebih baik.

Kesadaran-kesadaran akan tugas dan tanggung jawab masing-masing akan menentukan keberhasilan dalam implementasi kebijakan kesehatan. Namun, dibalik hal tersebut pula, adanya sejumlah sanksi dalam kebijakan apabila dilanggar oleh masing-masing pihak dalam lingkungan *stakeholder* kebijakan tersebut. Oleh karena itu, suatu dukungan antar-*stakeholder* akan menentukan hal terbaik terlaksana atau tidak dari kebijakan kesehatan.

Adapun ketiga elemen *stakeholder* memengaruhi lingkungan analisis kebijakan kesehatan tersebut dapat divisualkan melalui Gambar 3.1 berikut.



**Gambar 3.1** Lingkungan Analisis Kebijakan Kesehatan

Dari Gambar 3.1 di atas pengambil kebijakan kesehatan adalah para aktor ahli kebijakan dan mereka bisa saja dari pemberi pelayanan kesehatan. Pemberi pelayanan kesehatan merupakan lembaga-lembaga kesehatan atau tenaga medis. Sedangkan penerima pelayanan adalah masyarakat pada umumnya. Setiap kebijakan yang dibuat oleh aktor kebijakan haruslah mampu dilaksanakan oleh pemberi pelayanan dan dapat diterima secara baik pengguna kebijakan; penerima pelayanan.

Proses pengembangan dan implementasi kebijakan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai konteks atau faktor serta lingkungan dari kebijakan tersebut berada. Para aktor atau pelaku kebijakan yang terlibat juga tak lepas dari pengaruh konteks dan lingkungan yang memengaruhi nilai-nilai, pilihan atau kepentingannya. Dengan demikian, lingkungan dan konteks yang menyertai kebijakan kesehatan menjadi unsur yang selalu dipertimbangkan dalam menilai atau menganalisis kebijakan kesehatan.

Dalam segitiga sistem kebijakan yang dikembangkan Dunn (1994), unsur lingkungan menjadi satu unsur di antara unsur segitiga kebijakan lainnya: aktor kebijakan dan konten kebijakan yang saling memengaruhi. Dalam terminologi segitiga kebijakan kesehatan yang dikembangkan Walt dan Gilson (1994) aspek lingkungan dimaknai sebagai konteks. Kedua istilah tersebut memiliki peran yang hampir sama, yaitu memberi pengaruh dalam sistem dan kebijakan kesehatan.

Lingkungan kebijakan lebih tepat ditempatkan di luar segitiga sistem kebijakan sebagaimana terminologi sistem pada umumnya,

yang menempatkan input-proses-output pada satu garis yang sama di dalam ruang lingkup unsur lingkungan. Pemahaman ini juga mengacu pada sistem penetapan kebijakan yang dikemukakan oleh Easton, yaitu bagaimana proses formulasi kebijakan berlangsung sebagai sebuah sistem dengan ada faktor lingkungan yang memengaruhi.

Penggunaan istilah lingkungan kebijakan akan lebih tepat jika digunakan saat melakukan analisis kebijakan yang menempatkan lingkungan sebagai pengaruh eksternal yang memengaruhi keberhasilan suatu kebijakan kesehatan nantinya atau sebagai “alasan” ketidakberhasilan suatu kebijakan kesehatan saat diimplementasikan. Misalnya, kebijakan persalinan oleh tenaga kesehatan tidak berjalan karena adanya kepercayaan masyarakat yang lebih besar pada dukun dan terbatasnya anggaran untuk menempatkan bidan desa di daerah-daerah pelosok. Bagaimanapun, kebijakan kesehatan tidak dapat terlepas dari lingkungan sosial di mana kebijakan kesehatan tersebut diimplementasikan.

Adapun konteks kebijakan memiliki pengertian yang saling mendukung dan melengkapi dengan lingkungan. Istilah konteks kebijakan lebih tepat ketika digunakan saat membuat analisis kebijakan, tetapi dengan “kacamata” bidang atau sektor lain. Misal, dari konteks ekonomi, kebijakan kesehatan berupa imunisasi polio akan menguntungkan karena dinilai sebagai investasi jangka panjang mengingat akibat ekonomi yang ditimbulkan dari penyakit polio yang jauh lebih besar.

Ketika terjadi endemi polio maka negara akan kehilangan tenaga produktif dari yang seharusnya (anak yang terkena polio, yang berdampak pada kelumpuhan, akan mengurangi tenaga produktif di negara sehingga dapat mengurangi per kapita, dan seterusnya). Hasil analisis kebijakan akan menjadi berbeda-beda ketika dilihat dari konteks yang berbeda pula. Untuk selengkapnya, berikut penjelasan mengenai lingkungan kebijakan kesehatan dan konteks politik, ekonomi, dan sosial budaya dalam kebijakan kesehatan.

Berdasarkan jenisnya, lingkungan kebijakan dapat dikelompokkan menjadi:

1. Lingkungan politik  
Proses dan struktur politik turut serta memengaruhi instrumen dan proses kebijakan kesehatan. Lingkungan politik terbagi atas suprastruktur politik terdiri dari eksekutif, legislatif, dan yudikatif, sedangkan lingkungan infrastruktur politik terdiri kelompok-kelompok yang memiliki kepentingan secara langsung atau tidak langsung terhadap kebijakan, yang kemudian bisa saja menjadi kelompok penekan perubahan kebijakan.
2. Lingkungan sosial  
Faktor-faktor sosial, seperti struktur sosial, kondisi sosial, dan interaksi sosial memengaruhi instrumen dan proses kebijakan kesehatan.
3. Lingkungan administrasi  
Sistem birokrasi yang memengaruhi instrumen dan proses kebijakan kesehatan. Dalam hal ini seluruh kegiatan pemerintahan diselenggarakan baik secara internal maupun yang berkaitan dengan interaksinya dengan masyarakat dalam memberikan pelayanan publik.
4. Lingkungan ekonomi  
Lingkungan kebijakan yang berkaitan dengan kondisi perekonomian dan faktor-faktor produksi (modal dan sumber daya lainnya) memengaruhi instrumen dan proses kebijakan kesehatan.
5. Lingkungan demografis  
Lingkungan kondisi dan struktur demografi sebuah wilayah yang memengaruhi instrumen dan proses kebijakan kesehatan.
6. Lingkungan geografis  
Lingkungan kebijakan yang dibatasi oleh batas-batas geografis wilayah yang memengaruhi instrumen dan proses kebijakan kesehatan.
7. Lingkungan budaya  
Unsur-unsur budaya seperti nilai, etika, dan tradisi yang berkembang dalam masyarakat yang memengaruhi instrumen dan proses kebijakan kesehatan.

Dari ketujuh lingkungan yang disebutkan di atas merupakan area yang memberi pengaruh dalam analisis kebijakan kesehatan. Dalam pembuatan kebijakan kesehatan area atau lingkungan politik akan mewarnai lingkungan-lingkungan lainnya. Hal ini didorong oleh

sistem konstitusi bernegara, sehingga kepentingan-kepentingan dari masing-masing aktor kebijakan bisa saja dimunculkan atas berbagai kepentingan. Dengan hasil analisis dari keenam lingkungan lainnya akan ditetapkan suatu kebijakan kesehatan yang merupakan atas pertimbangan-pertimbangan tertentu.

Namun demikian, dalam konteks ke semua lingkungan analisis tersebut dapat dipastikan akan terjadi pertentangan untuk menetapkan suatu zona di mana wilayah kebijakan itu diberlakukan. Pendekatan-pendekatan terbaik, termasuk *stakeholder* kesehatan terhadap para aktor kebijakan haruslah terbangun dan terjalin dengan baik, sehingga semua kepentingan terakomodir melalui suatu analisis lingkungan kebijakan yang paripurna.

## B. Analisis Siklus Kebijakan Kesehatan

Dalam studi analisis kebijakan para aktor kebijakan melakukan setiap analisis melalui siklus-siklus dan tahapan-tahapan tertentu dan ini termasuk dalam wilayah kerja masing-masing aktor kebijakan. Dan dalam lingkungan kebijakan tersebut berbagai aktor yang terdiri pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/kota. Dalam pembuatan kebijakan, aktor pemerintah banyak berperan sebagai *regulator* dan *steward* dalam sistem kesehatan untuk sebuah kebijakan. Pemerintah berfungsi pula di pelayanan kesehatan dan pembiayaan kesehatan.

Antara pemerintah yang disebutkan di atas yaitu pemerintah pusat dan daerah dapat saja diilustrasikan melalui Tabel 3.1 berikut.

**Tabel 3.1** Elemen Fungsi Kebijakan dan Aktor Kebijakan

Elemen Fungsi-Fungsi	PEMERINTAH			Swasta	Masyarakat
	Pusat	Provinsi	Kab/Kota		
Regulator <i>stewardship</i>					
Pelayanan kesehatan					
Pemberi dana kesehatan					
Pengembangan sumber daya					

Sumber: <https://www.kebijakankesehatanindonesia.net>

Tabel 3.1 tersebut memberikan suatu acuan untuk sebuah lingkungan atau wilayah atas aktor kebijakan kesehatan. Tabel 3.1 ini mempunyai hubungan dekat dengan Gambar 3.1 di subbab di atasnya. Oleh masing-masing aktor apakah pemerintah ataupun swasta dan masyarakat memiliki ruang lingkup yang berbeda dalam hal tugas pokok dan fungsinya.

Untuk mendukung dengan baik wilayah masing-masing aktor di atas dapat saja mencari format atau siklus untuk sebuah studi atau implementasi kebijakan publik atau kebijakan kesehatan. Dalam hal ini dapat saja merujuk pada pendapat Lasswell pada tahun 1956, ia memperkenalkan tujuh tahap model proses kebijakan yang terdiri dari kabar, dorongan, rekomendasi, permohonan, penerapan, keputusan, penilaian kebijakan. Model ini telah sangat berhasil sebagai kerangka dasar bagi bidang studi kebijakan dan menjadi titik awal dari berbagai tipologi proses kebijakan.

Versi-versi yang dikembangkan oleh Brewer dan Deleon (1983), Mei dan Wildavsky (1978), Anderson (1975), dan Jenkins (1978) adalah salah satu yang paling banyak diadopsi. Saat ini, diferensiasi antara agenda-setting, perumusan kebijakan, pengambilan keputusan, pelaksanaan, dan evaluasi (yang akhirnya mengarah ke terminasi) telah menjadi cara yang konvensional untuk dapat menggambarkan kronologi proses kebijakan.

Pemahaman Lasswell tentang model proses kebijakan lebih bersifat preskriptif (memberikan arahan) dan normatif daripada deskriptif dan analitis. Tahapan-tahapan linear yang dikemukakan oleh Lasswell didesain seperti model pemecahan masalah dan mirip dengan model dari perencanaan dan pengambilan keputusan di teori organisasi dan administrasi publik.

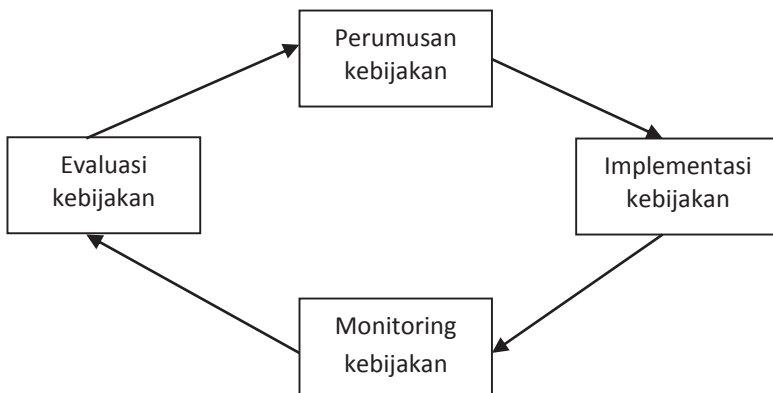
Sementara studi empiris tentang pengambilan keputusan dan perencanaan dalam organisasi, yang dikenal sebagai teori pengambilan keputusan dan perencanaan dalam organisasi, yang dikenal sebagai teori perilaku pengambilan keputusan yang dikemukakan oleh Simon (1947), telah berulang kali menunjukkan bahwa pembuatan keputusan pada kenyataannya di dunia nyata biasanya tidak selalu mengikuti urutan tahapan ini.



Menurut model rasional, pembuatan keputusan apa pun harus didasarkan pada analisis yang komprehensif terhadap masalah dan tujuan, diikuti oleh koleksi inklusif dan analisis informasi dan mencari alternatif terbaik untuk mencapai tujuan tersebut. Ini meliputi analisis biaya dan manfaat dari opsi berbeda dan seleksi akhir arah tindakan.

Perspektif tahapan Lasswell kemudian berubah menjadi model siklus setelah dikombinasikan dengan model input-output Easton. Perspektif siklus menekankan proses umpan balik antara output dan input dari pembuatan kebijakan, yang menyebabkan proses kebijakan berlangsung terus-menerus.

Tahap model siklus ini diantaranya pertama, masalah didefinisikan dan dimasukkan dalam agenda, kebijakan selanjutnya dikembangkan, diadopsi dan diimplementasikan, dan akhirnya kebijakan ini akan dinilai terhadap efektivitas dan efisiensi dan baik dihentikan atau dimulai ulang.



**Gambar 3.2** Analisis Siklus Kebijakan Kesehatan

Sumber: <https://images.app.goo.gl>

Dari gambar di atas lebih jelasnya akan diuraikan sebagai berikut.

1. Perumusan kebijakan

Perumusan kebijakan (*policy formulation*) adalah pengembangan dan sintesis terhadap alternatif-alternatif pemecahan masalah. Dengan langkah-langkah perumusan masalah, yaitu:

- a. agenda kebijakan,
  - b. pemilihan alternatif,
  - c. penetapan kebijakan.
2. Implementasi kebijakan
- Implementasi merupakan proses kegiatan antaraktor yang terlibat. Langkah-langkah implementasi kebijakan terdiri dari beberapa tahap berikut (Tachjan, 2006: 35).
- a. Merancang bangun (*design*) program beserta perincian tugas dan perumusan tujuan yang jelas, penentuan ukuran prestasi yang jelas serta biaya dan waktu.
  - b. Melaksanakan (*aplication*) program dengan mendayagunakan struktur-struktur dan personalia, dana serta sumber-sumber lainnya, prosedur dan metode yang tepat.
  - c. Membangun sistem penjadwalan monitoring dan sarana-sarana pengawasan yang tepat guna evaluasi (hasil) pelaksanaan kebijakan.
3. Monitoring kebijakan
- Monitoring adalah aktivitas yang ditujukan untuk memberikan informasi tentang sebab dan akibat dari suatu kebijakan yang sedang dilaksanakan. Langkah-langkahnya, yaitu:
- a. penentuan tujuan;
  - b. penentuan target/sasaran;
  - c. penentuan perencanaan kerja;
  - d. penentuan kriteria;
  - e. pengumpulan data;
  - f. analisis data;
  - g. penulisan kesimpulan dan rekomendasi.
4. Evaluasi kebijakan
- Evaluasi adalah kegiatan untuk menilai tingkat kinerja suatu kebijakan. Langkah-langkahnya, yaitu:
- a. mengidentifikasi tujuan program yang akan dievaluasi;
  - b. analisis terhadap masalah;
  - c. deskripsi dan standarisasi kegiatan;
  - d. pengukuran terhadap tingkatan perubahan yang terjadi;

- e. menentukan apakah perubahan yang diamati merupakan akibat dari kegiatan tersebut atau karena penyebab lain;
- f. beberapa indikator untuk menentukan keberadaan suatu dampak.

### C. Metode Siklus Kebijakan Kesehatan

Dalam menyusun suatu kebijakan, urutan-urutan perlu dilalui, dari mulai perumusan masalah, dan diakhiri dengan penghentian kebijakan. Tahap-tahap siklus kebijakan diantaranya sebagai berikut.

#### 1. Agenda setting

Agenda setting adalah sebuah fase dan proses yang sangat strategis dalam realitas kebijakan publik. Dalam proses inilah memiliki ruang untuk memaknai apa yang disebut sebagai masalah publik dan prioritas dalam agenda publik dipertarungkan. Jika sebuah isu berhasil mendapatkan status sebagai masalah publik, dan mendapatkan prioritas dalam agenda publik, maka isu tersebut berhak mendapatkan alokasi sumber daya publik yang lebih daripada isu lain.

Dalam agenda *setting* juga sangat penting untuk menentukan suatu isu publik yang akan diangkat dalam suatu agenda pemerintah. Isu kebijakan (*policy issues*) sering disebut juga sebagai masalah kebijakan (*policy problem*). *Policy issues* biasanya muncul karena telah terjadi silang pendapat di antara para aktor mengenai arah tindakan yang telah atau akan ditempuh, atau pertentangan pandangan mengenai karakter permasalahan tersebut.

Menurut William Dunn (1990), isu kebijakan merupakan produk atau fungsi dari adanya perdebatan baik tentang rumusan, rincian, penjelasan maupun penilaian atas suatu masalah tertentu. Namun tidak semua isu bisa masuk menjadi suatu agenda kebijakan. Ada beberapa kriteria isu yang bisa dijadikan agenda kebijakan publik (Kimber, 1974; Salesbury 1976; Sandbach, 1980; Hogwood dan Gunn, 1986) diantaranya: sebagai berikut.

- a. Telah mencapai titik kritis tertentu jika diabaikan.
- b. Akan menjadi ancaman yang serius.
- c. Telah mencapai tingkat partikularitas tertentu —> berdampak dramatis.

- d. Menyangkut emosi tertentu dari sudut kepentingan orang banyak (umat manusia) dan mendapat dukungan media massa.
  - e. Menjangkau dampak yang amat luas.
  - f. Mempermasalahkan kekuasaan dan keabsahan dalam masyarakat.
  - g. Menyangkut suatu persoalan yang *fashionable* (sulit dijelaskan, tetapi mudah dirasakan kehadirannya).
2. Formulasi kebijakan dan pengambilan keputusan  
Masalah yang sudah masuk dalam agenda kebijakan kemudian dibahas oleh para pembuat kebijakan. Masalah-masalah tadi didefinisikan untuk kemudian dicari pemecahan masalah yang terbaik. Pemecahan masalah tersebut berasal dari berbagai alternatif atau pilihan kebijakan yang ada. Sama halnya dengan perjuangan suatu masalah untuk masuk dalam agenda kebijakan, dalam tahap perumusan kebijakan masing-masing alternatif bersaing untuk dapat dipilih sebagai kebijakan yang diambil untuk memecahkan masalah.
  3. Implementasi kebijakan  
Implementasi kebijakan merupakan tahap yang krusial dalam proses kebijakan publik. Suatu kebijakan atau program harus diimplementasikan agar mempunyai dampak atau tujuan yang diinginkan. Implementasi kebijakan dipandang dalam pengertian luas merupakan alat administrasi publik di mana aktor, organisasi, prosedur, teknik serta sumber daya diorganisasikan secara bersama-sama untuk menjalankan kebijakan guna meraih dampak atau tujuan yang diinginkan.
  4. Evaluasi dan penghentian kebijakan  
Secara umum evaluasi kebijakan dapat dikatakan sebagai kegiatan yang menyangkut estimasi atau penilaian kebijakan yang mencakup substansi, implementasi dan dampak. Dalam hal ini, evaluasi dipandang sebagai suatu kegiatan fungsional. Artinya, evaluasi kebijakan tidak hanya dilakukan pada tahap akhir saja, melainkan dilakukan dalam seluruh proses kebijakan. Dengan demikian, evaluasi kebijakan bisa meliputi tahap perumusan masalah-masalah kebijakan, program-program yang diusulkan untuk menyelesaikan masalah kebijakan, implementasi, maupun tahap dampak kebijakan.

Point keempat adalah evaluasi dan pemberhentian kebijakan, dalam hal ini setiap kebijakan tidaklah selamanya berfungsi atau juga sesuai dengan keinginan atau tuntutan publik, sehingga kebijakan itu akan diberhentikan dalam pelaksanaannya. Dalam konteks kebijakan kesehatan sering terjadi pembatalan suatu kebijakan tersebut, dan akan menyesuaikan dengan perkembangan dan kondisi masyarakat. Suatu pemberhentian kebijakan kesehatan dilakukan sebagai upaya untuk memberikan pelayanan kesehatan terbaik dari pemerintah untuk rakyatnya. Namun, biasanya baik pelaksanaan kebijakan atau ingin diberhentikan atas suatu kebijakan kesehatan itu akan selalu menuai kontroversial dari pengamat kebijakan publik dan ini sudah menjadi sebuah rahasia umum di kalangan masyarakat.

[Halaman ini sengaja dikosongkan]



# BAB 4

## ASPEK KEBIJAKAN KESEHATAN

### A. Ideologi

Dalam sistem kebijakan kesehatan nasional tidak terlepas dari berbagai landasan bernegara dan peraturan-peraturan konstitusi yang merupakan rujukan setiap kebijakan yang ditetapkan oleh aktor dari kebijakan kesehatan. Berbagai aspek kebijakan kesehatan para aktor diharapkan akan selalu berpegang teguh pada aturan-aturan bernegara sehingga, kesehatan sebagai hajat hidup orang banyak melalui setiap aspek termasuk ideologi akan menjadi dasar untuk membuat konsep dari setiap kebijakan tersebut. Suatu ideologi dalam pembuatan suatu kebijakan akan memberi gagasan historis atas apa yang menjadi tugas dan tanggung jawab aktor kebijakan. Artinya kebijakan kesehatan yang diciptakan tersebut, merupakan amanat konstitusi yang harus dilakukan dan buat dengan sebaik-baiknya.

Berikut dijelaskan hubungan ideologi sebagai aspek kebijakan kesehatan nasional dalam merumuskan suatu kebijakan kesehatan. Di mana ideologi merupakan gabungan dari bahasa Yunani "*Ideos*" dan "*logos*" yang berarti tujuan, cita-cita, sudut pandang, pemikiran dan pengetahuan. Secara umum dapat disebutkan bahwa ideologi suatu kumpulan gagasan, dan ide-ide dasar, keyakinan dan kepercayaan yang bersifat dinamis.

Dengan demikian, ideologi cara pandang membentuk karakter berpikir dalam mewujudkan keinginan atau cita-cita. Dalam kamus bahasa Indonesia disebutkan ideologi merupakan kumpulan konsep

bersistem yang dijadikan asas pendapat yang memberikan arah dan tujuan untuk kelangsungan hidup berbangsa dan bernegara.

Negara Indonesia yang menganut Ideologi Pancasila, yang di dalamnya terkandung semua nilai-nilai Pancasila harus diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. Indonesia yang menganut nilai-nilai Pancasila yang memiliki nilai Ketuhanan, Kemanusiaan, Persatuan, Kerakyatan dan Keadilan nilai-nilai ini menjadi dasar untuk hidup berbangsa dan bernegara.

Sebagai dasar ideologi bagi kebijakan kesehatan, kiranya perlu menganut beberapa nilai yang terkandung dalam Pancasila tersebut.

#### 1. Nilai Objektif

Adapun nilai-nilai objektif Pancasila yang memberikan arti:

- a. Rumusan dari sila Pancasila memiliki makna yang paling dalam.
- b. Pancasila yang terdapat pada pembukaan UUD 1945 sebagai kaidah pokok yang mendasar.
- c. Nilai-nilai Pancasila akan tetap ada sepanjang masa dalam kehidupan bangsa Indonesia.

#### 2. Nilai Subjektif

Sementara nilai-nilai Pancasila yang bersifat subjektif yang berarti keberadaan nilai-nilai Pancasila bergantung pada Bangsa Indonesia sendiri. Hal tersebut dikarenakan:

- a. nilai-nilai Pancasila muncul dari bangsa Indonesia;
- b. terdapat nilai-nilai kerohanian yang terkandung di dalam Pancasila;
- c. menjadi pandangan hidup bangsa Indonesia;
- d. nilai-nilai Pancasila berasal dan tumbuh serta berkembang dari budaya bangsa Indonesia.

Ideologi dalam bidang kesehatan adalah untuk memberikan arah dan tujuan dalam keberlangsungan hidup yang jelas. Di mana dalam ideologi tersebut terakumulasi berbagai gagasan, ide-ide dasar, suatu keyakinan dan kepercayaan yang semuanya bersifat dinamis. Dan ini juga menjadi dasar dan aspek untuk sebuah kebijakan kesehatan.



Lebih dari itu, dalam konteks kesehatan dengan sebuah ideologi tersebut dibutuhkan cara pandangan untuk membentuk karakter dalam berpikir sehingga terwujudkan masyarakat yang hidup sehat dengan asas bahwa kesehatan merupakan hajat hidup orang banyak. Oleh karena itu, suatu dinamika yang tidak terelakkan bahwa dalam sistem kesehatan pun tidak lepas konsep ideologis.

Kebijakan kesehatan memerlukan mekanisme kontrol dan pola pengelolaan yang tepat. Dalam hal ini ideologi dapat dipergunakan menjadi pedoman. Sebagai gambaran dalam Jampersal diharapkan, “jangan sampai orang kaya masuk VIP sebuah RS lalu meminta Jampersal membiayai persalinannya di kelas 3, dan dia membayar selisihnya”. Hal ini penting ditekankan karena Indonesia yang sangat luas ini mempunyai infrastruktur layanan kesehatan yang amat beragam. Daerah NTT dan Papua kekurangan dokter dan fasilitas kesehatan yang memadai sehingga Jampersal atau pelayanan kesehatan gratis tidak akan dirasakan manfaatnya oleh masyarakat jika di daerahnya tidak ada fasilitas kesehatan yang memadai dan tenaga kesehatan yang cukup. Bila orang kaya menggunakan Jampersal tanpa kontrol, maka akan ada kegagalan Jampersal untuk meratakan pelayanan ke daerah sulit. Dana Jampersal akan tersedot oleh masyarakat kaya atau yang tinggal di dekat sarana dan SDM kesehatan.

Untuk itu, sebenarnya Jamkesmas dan Jampersal saja tidak cukup kalau tidak diiringi pembangunan infrastruktur kesehatan. Pemerintah harus juga memikirkan alokasi biaya investasi dan pemerataan SDM kesehatan, bukan hanya biaya operasional saja. Dengan pedoman ideologi, kebijakan pemerintah dalam konteks Jampersal ini dapat lebih terarah untuk membantu masyarakat yang memang perlu dibantu. (Laksono Trisnantoro dan Sigit Riyarto).

## **B. Politik**

Aspek politik dalam pembuatan kebijakan kesehatan memegang peran strategis, di mana para aktor kebijakan seperti legislatif dan eksekutif merupakan aktor utama dalam setiap perumusan kebijakan kesehatan tersebut. Oleh pemerintah sebagai eksekutif merupakan eksekutor di lapangan dalam menjalankan berbagai kebijakan tersebut. Sementara

legislatif dalam kebijakan kesehatan selain berfungsi legalisasi anggaran juga sebagai pihak yang melakukan pengawasan atas berbagai kebijakan kesehatan.

Namun, dalam perjalanannya aspek politik ini dalam pembuatan kebijakan akan selalu mewarnai berbagai bentuk tarik ulur antara kedua aktor tersebut. Namun demikian, publik dalam hal ini adalah masyarakat sangat berharap bahwa semua kebijakan berbasis politik tersebut harus berpihak kepada rakyat dengan tidak mengedepankan kepentingan pribadi dan golongan dari berbagai kebijakan tersebut, baik anggaran, layanan sarana maupun pemenuhan SDM dalam bidang medis.

Bambra et al. (2005) dan Fahmi Umar (2008) mengemukakan mengapa kesehatan itu adalah politik, karena dalam bidang kesehatan adanya disparitas derajat kesehatan masyarakat, di mana sebagian menikmati kesehatan dan sebagian lagi tidak. Oleh sebab itu, untuk memenuhi *equity* atau keadilan harus diperjuangkan. Kesehatan adalah bagian dari politik karena derajat kesehatan atau masalah kesehatan ditentukan oleh kebijakan yang dapat diarahkan atau mengikuti kehendak terhadap intervensi politik.

Seperti diketahui bahwa kesehatan adalah Hak Asasi Manusia, yang di mana, semua orang berhak mendapatkannya. Untuk mewujudkan tujuan dalam menyehatkan penduduk, maka diperlukannya adanya kekuasaan yang kelak wewenang tersebut digunakan untuk mencapai tujuan yaitu meningkatkan derajat kesehatan yang optimal kepada penduduk.

Kebijakan kesehatan ditentukan karena adanya permasalahan yang ditemukan dalam masyarakat. Penentuan kebijakan tersebut salah satu sistem yang tidak bisa terlepas dari politik. Pengambilan keputusan yang sehat dimaksudkan agar hasil dari kebijakan tersebut tidak menyimpang dan bermanfaat bagi masyarakat luas.

Dalam proses pembuatan kebijakan inilah yang menarik. Banyak aktor yang mencari keuntungan sebilah pihak dibalik pembuatannya. Strata kekuasaan seolah berbicara dan berkuasa. Semua itu dilakukan untuk mempertahankan status dan stabilitas kekuasaan aktor-aktor yang dalam hal ini adalah aparat negara yang berkuasa. Pihak “malaikat” pun

seolah-olah hanya berdiam diri, bersembunyi dalam “kandang singa” yang kapan-kapan bisa menerkam pendiriannya yang kuat.

Beruntung, para aparat, “malaikat” masih banyak dan buta dari keuntungan sepihak. Tentu saja, dalam pengajuan RUU banyaklah pihak politik yang terselubung mencari keuntungan untuk kekuasaan. Berpikir logika, jika sampai RUU ini disahkan, maka semakin banyak perusahaan rokok yang memproduksi kretek dan tentu saja para aparat negara yang tidak bertanggung jawab itu akan ikut menikmati pundi-pundi uang dari kretek tersebut. Siapa yang dirugikan? Tentu saja masyarakat Indonesia. Mereka orang awam tidak tahu-menahu dari keadaan carut marut negara yang siap “mencekik” mereka dari segi kesehatan. Siapa yang seharusnya bergerak? Jawabannya adalah kita semua. Kita yang peduli kesehatan, haruslah tergerak hati nuraninya agar negara ini bebas dari kesenjangan kesehatan.

Dapatkan kita? Sebenarnya jika pemerintah seluruhnya mendukung apa yang sebaiknya untuk negara dan mengesampingkan ego masing-masing, maka hal itu dapat terwujud. Indonesia akan lebih produktif dan derajat kesehatan masyarakatnya pun akan meningkat.

Derajat kesehatan penduduk, salah satunya diukur melalui angka kematian. Persepsi masyarakat tentang kesehatan tidak hanya mengenai bebas dari penyakit tetapi usaha untuk terbebas dari penyakit itulah yang diukur dalam peningkatan derajat kesehatan. Selama proses melakukan peningkatan, diperlukan tenaga kesehatan yang optimal untuk mengubah kebiasaan dan pola hidup yang tidak sehat. Dengan pola hidup yang sehat, maka akan dicapai derajat kesehatan yang baik. Hal ini pula harus didukung dari segala pihak.

### **C. Ekonomi**

Salah satu aspek pembuatan analisis kebijakan kesehatan adalah ekonomi. Suatu ekonomi kesehatan memandang bagaimana posisi saat ini tentang perkembangan ekonomi nasional dan global. Aspek dari ekonomi tersebut menjadi tolok ukur dalam membuat kebijakan walau di atasnya adalah aspek kebijakan politik. Aspek kebijakan politik dipengaruhi aspek ekonomi, artinya aspek ekonomi memegang posisi strategis di atas aspek politik. Apa pun bentuk kebijakan aspek politik

untuk menentukan sebuah regulator atau kebijakan tidak terlepas dari pendekatan kemampuan ekonomi nasional khususnya.

Ekonomi dan kesehatan memiliki suatu keterkaitan yang sangat erat. Pembangunan ekonomi sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan masyarakat, dan perbaikan pada kondisi kesehatan masyarakat akan memengaruhi produktivitas kerja. Sehat adalah suatu keadaan sejahtera sempurna fisik, mental dan sosial tidak terbatas pada bebas dari penyakit atau kelemahan saja. Salah satu sasaran yang ingin dicapai dalam sistem kesehatan nasional adalah menjamin tersedianya pelayanan kesehatan bermutu, merata, dan terjangkau oleh masyarakat secara ekonomis, serta tersedianya pelayanan kesehatan tidak semata-mata berada di tangan pemerintah melainkan mengikutsertakan sebesar-besarnya peran aktif segenap anggota masyarakat (Suryandari, 2008).

Pelayanan kesehatan untuk masyarakat merupakan hak asasi manusia yang harus dilaksanakan negara. Pemerintah harus mampu memberikan perlakuan yang sama kepada warganya dalam pelayanan kesehatan maupun pelayanan publik lainnya. Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, masyarakat dengan status ekonomi lebih tinggi mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan lebih baik dibandingkan mereka dengan status ekonomi rendah (Susanto dan Mubasysyir, 2006).

Keadaan lingkungan merupakan hal yang perlu mendapat perhatian, karena menyebabkan status kesehatan masyarakat berubah seperti peledakan penduduk, penyediaan air bersih, pengelolaan sampah, pembuangan air limbah penggunaan pestisida, masalah gizi, masalah pemukiman, pelayanan kesehatan, ketersediaan obat, populasi udara, abrasi pantai, penggundulan hutan dan banyak lagi permasalahan yang dapat menimbulkan satu model penyakit (Taringan, 2004).

Menurut Mills dan Gillson (1999) mendefinisikan ekonomi kesehatan sebagai penerapan teori, konsep dan teknik ilmu ekonomi dalam sektor kesehatan. Ekonomi kesehatan berhubungan dengan hal-hal sebagai berikut.

1. Alokasi sumber daya diantara berbagai upaya kesehatan.
2. Jumlah sumber daya yang dipergunakan dalam pelayanan kesehatan.
3. Pengorganisasian dan pembiayaan dari berbagai pelayanan kesehatan.

4. Efisiensi pengalokasian dan penggunaan berbagai sumber daya.
5. Dampak upaya pencegahan, pengobatan dan pemulihan kesehatan pada individu dan masyarakat.

Menurut Kharman (1964) menjelaskan bahwa ekonomi kesehatan itu merupakan aplikasi ekonomi dalam bidang kesehatan. Secara umum ekonomi kesehatan akan berkonsentrasi pada industri kesehatan. Ada empat bidang yang tercakup dalam ekonomi kesehatan, yaitu:

1. peraturan (*regulation*);
2. perencanaan (*planning*);
3. pemeliharaan kesehatan (*the health maintenance*) atau organisasi;
4. analisis *cost* dan *benefit*.

PPEKI (1989), menyatakan bahwa ilmu ekonomi kesehatan adalah penerapan ilmu ekonomi dalam upaya kesehatan dan faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Perubahan mendasar terjadi pada sektor kesehatan, ketika sektor kesehatan menghadapi kenyataan bahwa sumber daya yang tersedia (khususnya dana) semakin hari semakin jauh dari mencukupi. Keterbatasan tersebut mendorong masuknya disiplin ilmu kesehatan dalam perencanaan, manajemen dan evaluasi sektor kesehatan.

Dengan demikian, faktor ekonomi nasional akan menentukan keberhasilan pembuatan aspek kebijakan kesehatan. Namun di luar itu oleh aktor kebijakan kesehatan selalu menyesuaikan dan mengikuti perkembangan ekonomi global. Ekonomi global secara keseluruhan akan memengaruhi kebijakan kesehatan nasional. Dan tidak akan mungkin suatu sistem kebijakan kesehatan hanya mempertimbangkan kondisi ekonomi nasional. Kelemahan-kelemahan yang selalu terjadi kondisi ekonomi global selalu memengaruhi kebijakan kesehatan nasional Indonesia, sehingga atas dasar tersebut kita berusaha kondisi aspek ekonomi harus lebih baik dari kondisi ekonomi global, walau sedikit agak susah menyempulkannya.

## **D. Sosial Budaya**

Dalam aspek pembuatan kebijakan dan analisisnya sosial dan budaya masyarakat menjadi dasar utama untuk sebuah penyesuaian kebijakan.

Dengan demikian, studi pendahuluan analisis kebijakan dalam aspek sosial budaya harus menjadi perhatian khusus dalam pengembangan kebijakan kesehatan. Suatu kondisi sosial masyarakat selalu beriringan dengan budaya masyarakatnya. Tradisi-tradisi yang telah dibawa sejak lama akan membentuk kebiasaan sosial dalam sebuah masyarakat.

Berberapa pendekatan aspek sosial budaya dalam pembuatan kebijakan kesehatan tersebut dalam melakukan pendekatan dari melalui beberapa pendapat berikut.

1. Sosial budaya dapat dilihat sebagai pola dalam suatu wilayah lokal, sering kali dipandang secara birokratis dan sesuatu yang terorganisir, berkembang, berbudaya termasuk teori pemikiran sistem kepercayaan dan aktivitas sehari-hari, hal ini dapat diterapkan dalam praktik keseharian. Terkadang sosial budaya digambarkan menjadi suatu yang tidak dapat ditangkap oleh akal sehat atau sesuatu di luar kemampuan pancaindra (Cicourel, 2013).
2. Perilaku sosial atau tingkah laku manusia (*behavior*) semata-mata dipahami sebagai sesuatu yang ditentukan oleh sesuatu rangsangan (stimulus) yang datang dari luar dirinya. Individu sebagai aktor tidak hanya sekedar penanggap pasif terhadap stimulus tetapi menginterpretasikan stimulus yang diterima itu. Masyarakat dipandang sebagai aktor kreatif dari realitas sosial, sehingga perubahan sosial pun dapat terjadi dan akan berdampak pada aspek lain khususnya interaksi sosial pada masyarakat (Rofiq A., 2008).
3. Interaksi sosial di atas yang diartikan sebagai hubungan-hubungan sosial timbal balik yang dinamis, yang menyangkut hubungan antara orang-orang secara perorangan, antara kelompok-kelompok manusia, maupun antara orang dengan kelompok manusia dalam rangka mencapai tujuan tertentu. Interaksi tersebut terjadi karena adanya saling mengerti maksud dan tujuan masing-masing pihak dalam hubungan sosial. Rasa saling mengerti dapat menjadikan interaksi yang dinamis antara satu pihak dengan pihak yang lain, sehingga tujuan dari suatu program masyarakat akan dapat meningkatkan kualitas hidup masyarakat itu sendiri (Pribadi, 2004).
4. Perkembangan dari suatu hubungan sosial dapat pula diterangkan melalui tujuan-tujuan dari manusia yang melakukan hubungan

sosial itu di mana ketika ia mengambil manfaat dari tindakan memberikan perbedaan yang menjadikan manfaat dari tindakan tersebut menjadi lebih dapat dimanfaatkan untuk menjadi solusi dari permasalahan sosial. Masyarakat yang menjadikan suatu aturan budaya sebagai solusi terbaik tanpa berpikir jernih dalam menyelesaikan permasalahan tidak akan bertahan lama dalam melakukan aktivitas sosial (Darwis, 2003).

5. Kebudayaan memiliki unsur yang sama dalam setiap kebudayaan di dunia. Baik kebudayaan kecil bersahaja dan terisolasi maupun yang besar, kompleks dan dengan jaringan hubungan yang luas. Kebudayaan sangat mudah berganti dan dipengaruhi oleh kebudayaan lain, sehingga akan menimbulkan berbagai masalah yang besar. Dalam suatu kebudayaan terdapat sifat sosialis masyarakat yang di dalamnya terdapat suatu ikatan sosial tertentu yang akan menciptakan kehidupan bersama (Sulismadi & Sofwani, 2011).
6. Kebudayaan mencakup suatu pemahaman komprehensif yang sekaligus bisa diuraikan dan dilihat beragam variabel dan cara memahaminya. Kebudayaan dalam arti suatu pandangan yang menyeluruh yang menyangkut pandangan hidup, sikap dan nilai. Pembangunan kebudayaan dikaitkan dengan upaya memperbaiki kemampuan untuk *recovery*, bangkit dari kondisi yang buruk, bangkit untuk memperbaiki kehidupan bersama, bangkit untuk menjalin kesejahteraan. Dalam hal inilah sosial budaya berperan untuk memberikan solusi terbaik bagi beragam bidang kehidupan (Widianto & Pirous, 2009).
7. Peran sosial budaya terhadap kesehatan masyarakat adalah dalam membentuk, mengatur dan memengaruhi tindakan atau kegiatan individu-individu suatu kelompok sosial untuk memenuhi berbagai kebutuhan kesehatan, sehingga sosial budaya mampu menjadi penentu kualitas kesehatan masyarakat. Apabila suatu masyarakat terlalu terpaku pada sosial budaya setempat, hal tersebut juga dapat memengaruhi perilaku-perilaku kesehatan di masyarakat (Jahidin et al. 2012).

Berdasarkan paparan di atas sosial budaya menjadi dasar dalam pembuatan kebijakan kesehatan oleh aktor kebijakan. Suatu kondisi sosial atau budaya merupakan potret yang memberi pertimbangan dalam pembuatan kebijakan. Apakah dengan kondisi sosial budaya suatu masyarakat layak ditetapkan kebijakan yang demikian atau tidak dan/atau masih membutuhkan pertimbangan-pertimbangan lainnya, sehingga atas dasar sosial budaya masyarakat akan memberi suatu kepastian yang lebih baik atas hidup hajat orang banyak untuk sebuah kebijakan kesehatan.

## **E. Pertahanan Keamanan**

Kondisi dan situasi suatu negara memengaruhi aspek analisis kebijakan kesehatan. Berbagai kebijakan publik termasuk kebijakan kesehatan apabila pertahanan dan keamanan mendukung maka oleh kebijakan tersebut akan dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya. Namun apabila pertahanan dan keamanan tidak mendukung maka oleh karena itu pula suatu kebijakan kesehatan darurat akan diterapkan.

Dalam kondisi suatu negara tidak aman atau tidak stabil maka dari itu, aspek penganggaran atau biaya pembuatan suatu kebijakan kesehatan sangat memengaruhi. Sebab, anggaran kesehatan dalam keadaan suatu negara stabil tidaklah sama dengan suatu keadaan negara tidak dalam keadaan stabil, apakah itu dalam peperangan atau misalnya terjadinya penyakit menular.

Berbagai kondisi pertahanan dan keamanan negara terhadap suatu aspek pembuatan kebijakan kesehatan dapat dilakukan upaya untuk pemahaman terhadap sebuah ilustrasi sebagaimana paparan berikut. Pertahanan keamanan adalah daya upaya rakyat semesta dengan angkatan bersenjata sebagai inti dan merupakan salah satu fungsi utama pemerintah dalam menegakkan ketahanan nasional dengan tujuan mencapai keamanan bangsa dan negara serta keamanan perjuangannya. Hal itu dilaksanakan dengan menyusun, menggerakkan dan mengerahkan seluruh potensi dan kekuatan masyarakat dalam seluruh bidang kehidupan nasional secara terintegrasi dan terkoordinasi.

Unsur pertahanan keamanan negara merupakan salah satu fungsi pemerintahan negara. Negara dapat melibatkan rakyatnya dalam upaya



pertahanan negara sebagai bentuk dari hak dan kewajiban warga negara dalam membela negara. Pertahanan Negara Indonesia bersifat semesta dengan menempatkan Tentara Nasional Indonesia (TNI) sebagai komponen utama pertahanan, didukung oleh komponen cadangan dan komponen pendukung, terutama dalam hal menghadapi bentuk ancaman militer. Sedangkan dalam menghadapi ancaman nonmiliter, sistem pertahanan menempatkan lembaga pemerintah di luar bidang pertahanan sebagai unsur utama, sesuai dengan bentuk dan sifat ancaman yang dihadapi.

Pertahanan Keamanan Indonesia adalah kesemestaan daya upaya seluruh rakyat Indonesia sebagai satu sistem ketahanan keamanan negara dalam mempertahankan dan mengamankan negara demi kelangsungan hidup dan kehidupan bangsa dan negara RI. Pertahanan keamanan negara RI dilaksanakan dengan menyusun, mengerahkan, menggerakkan seluruh potensi nasional termasuk kekuatan masyarakat di seluruh bidang kehidupan nasional secara terintegrasi dan terkoordinasi. Postur kekuatan pertahanan keamanan mencakup: - struktur kekuatan - tingkat kemampuan - gelar kekuatan untuk membangun postur kekuatan pertahanan keamanan melalui empat pendekatan, yaitu ancaman, misi, kewilayahan, dan politik.

Pertahanan diarahkan untuk menghadapi ancaman dari luar dan menjadi tanggung jawab TNI. Keamanan diarahkan untuk menghadapi ancaman dari dalam negeri dan menjadi tanggung jawab Polri. TNI dapat dilibatkan untuk ikut menangani masalah keamanan apabila diminta atau Polri sudah tidak mampu lagi karena eskalasi ancaman yang meningkat ke keadaan darurat.

Secara geografis ancaman dari luar akan menggunakan wilayah laut dan udara untuk memasuki wilayah Indonesia (*initial point*). Oleh karena itu, pembangunan postur kekuatan pertahanan keamanan masa depan perlu diarahkan kepada pembangunan kekuatan pertahanan keamanan secara proporsional dan seimbang antara unsur-unsur utama. Kekuatan Pertahanan = AD, AL, AU. Dan unsur utama Keamanan = Polri. Gejala dalam negeri harus diwaspadai karena tidak menutup kemungkinan mengundang campur tangan asing (*link up*) dengan alasan-alasan: - Menegakkan HAM - Demokrasi - Penegakan hukum - Lingkungan

hidup. Mengingat keterbatasan yang ada, untuk mewujudkan postur kekuatan pertahanan keamanan kita mengacu pada negara-negara lain yang membangun kekuatan pertahanan keamanan melalui pendekatan misi yaitu = untuk melindungi diri sendiri dan tidak untuk kepentingan invasi (*standing armed forces*):

1. Perlawanan bersenjata = TNI, Polri, Ratih (rakyat terlatih) sebagai fungsi perlawanan rakyat.
2. Perlawanan tidak bersenjata = Ratih sebagai fungsi dari TIBUM, KAMRA, LINMAS.
3. Komponen pendukung sumber daya nasional sarana dan prasarana serta perlindungan masyarakat terhadap bencana perang.

Kondisi pertahanan dan keamanan negara memengaruhi suatu kebijakan kesehatan baik dari pelaksanaannya maupun penganggaran kesehatannya. Kondisi negara yang tidak stabil tersebut tidaklah sama dengan suatu kondisi negara yang dalam keadaan stabil, sehingga keamanan dan pertahanan memengaruhi pembuatan kebijakan.



# BAB 5

## **POLITIK DAN SISTEM KEBIJAKAN KESEHATAN**

### **A. Politik dan Sistem Politik**

Dalam sistem dan bertata negara politik dan sistem politik dalam suatu kebijakan kesehatan tidak dapat dipisahkan antara keduanya. Politik hadir memberi suatu jaminan kepastian dan sekaligus ia akan mengawal setiap kebijakan dan kepentingan di dalamnya. Sementara dalam menjalankannya akan dibangun sistem atau tatanan politik yang memang relevan berdasarkan kebutuhan rakyat banyak.

Sebagai upaya memahami lebih dalam berikut akan dipaparkan bagaimana pengertian politik dan sistem politik dalam kaitannya dengan analisis serta pembuatan kebijakan kesehatan berikut.

#### **1. Pengertian Politik**

Adapun definisi politik itu sendiri merupakan tindakan politik (Leftwich, 1984). Sifat dan ruang lingkup politik, seperti kesehatan, perebutan konsep, penamaan dari elemen politik itu sendiri merupakan sebuah pilihan politik. Terbukti dalam konseptualisasi yang berbeda dari politik yang telah digunakan baik dari waktu ke waktu dan dengan ideologi politik yang berbeda.

Berikut klasifikasi politik menurut Heywood, terbagi menjadi empat klasifikasi, sebagai berikut.

- a. Politik sebagai pemerintah: politik terutama terkait dengan seni pemerintah dan kegiatan negara.

- b. Politik sebagai kehidupan publik-politik terutama berkaitan dengan pelaksanaan dan pengelolaan urusan masyarakat.
- c. Politik sebagai resolusi konflik-politik prihatin dengan ekspresi dan resolusi konflik melalui kompromi, konsiliasi, negosiasi, dan strategi lainnya.
- d. Politik sebagai kekuatan-politik adalah proses yang melalui produksi, distribusi dan penggunaan sumber daya yang langka ditentukan dalam semua bidang kehidupan sosial.

Klasifikasi ini menunjukkan variasi yang besar dalam konseptualisasi politik; misalnya konsep pertama sangat sempit dan yang terakhir sangat luas. Konsep pertama, merupakan definisi yang paling lazim dalam arus utama wacana politik di Inggris, tempat batas-batas yang sangat ketat di sekitar politik adalah kegiatan pemerintah, elit dan lembaga negara dan karena hal itu dapat membatasi politik, tentang siapa yang dapat terlibat dalam politik (yaitu, anggota pemerintah, lembaga negara dan organisasi elit lainnya). Ini adalah pendekatan '*top-down*' yaitu pendekatan yang pada dasarnya memisahkan politik dari masyarakat. Hal ini tidak sejalan dengan definisi terakhir, yang menawarkan pandangan yang jauh lebih baik mengenai politik, yaitu politik adalah segalanya.

Politik adalah istilah yang dapat digunakan untuk menggambarkan setiap "hubungan kekuasaan-terstruktur atau pengaturan di mana satu kelompok orang dikendalikan oleh yang lain" (Millett, 1969). Ini adalah pendekatan '*bottom-up*', karena setiap masalah dan apa pun masalah tersebut semuanya adalah politik, siapa pun dan bahkan semua orang dapat terlibat dalam tindakan politik.

Persaingan dari definisi politik ini, telah menjadi disiplin ilmu politik dalam akademis kontemporer di mana sekolah yang berbeda memiliki pemikiran yang sama, tetapi pengoperasian konseptualisasi yang berbeda.

**Tabel 5.1** Definisi Politik dalam Ilmu Politik

Behavioralism	Politik adalah proses yang terkait dengan politik arus utama dan pemerintah
Teori pilihan rasional	Politik adalah kondisi untuk tindakan kolektif dalam dunia politik arus utama
Institusionalisme	Politik adalah pengaturan kelembagaan dalam dunia politik arus utama
Feminisme	Politik adalah suatu proses dan personal dalam politik
Anti-fondasionalisme	Politik adalah kontes narasi yang dapat terjadi dalam berbagai pengaturan
Marxisme	Politik adalah perjuangan antara kelompok sosial: khususnya, kelas sosial

Sumber: Diadaptasi dari Stoker, 2002

Definisi politik dimanfaatkan oleh berbagai sekolah yang berbeda dari ilmu politik yang mendasari seluruh pendekatan mereka untuk mempelajari kehidupan politik. Definisi politik yang digunakan oleh seorang individu, kelompok, organisasi atau masyarakat sangat penting karena menentukan parameter isu-isu yang dianggap sebagai politik. Isu-isu politik masuk ke dalam wacana politik dan subjek diskusi publik dan debat; isu-isu yang dianggap sebagai nonpolitik atau apolitis akan terpinggirkan atau diabaikan.

Berdasarkan pernyataan di atas dapat ditegaskan bahwa politik akan mengatur dan menata kehidupan bernegara dari semua aspek kehidupan. Demikian halnya dengan kebijakan kesehatan merupakan suatu regulasi yang dibuat dan diciptakan secara politik, sehingga akan mampu mengakomodir hajat hidup orang banyak akan suatu kesehatan. Atas pernyataan itu pula bahwa semua aspek kehidupan dalam bernegara tidak dapat dipisahkan dari sistem politik tersebut.

## 2. Pengertian Sistem Politik

Di atas telah dibahas dalam pengertian politik, bahwa segala aspek kehidupan bernegara tidak dapat dipisahkan antara satu dengan lainnya, saling memengaruhi dan mendukung untuk mencapai suatu tujuan kehidupan rakyat secara nasional. Sistem politik Indonesia akan menata dan mengatur, serta memberi layanan-layanan aspek-aspek bantuan dalam hal untuk mewujudkan tujuan implementasi kebijakan kesehatan.

Suatu sistem politik merupakan pola-pola yang dibangun untuk dapat dilaksanakannya semua kebijakan kesehatan dalam lingkup kesehatan nasional Indonesia. Dalam pola sistem politik untuk sebuah kesehatan tidak terlepas pula dari yang namanya pendekatan metode atau strategi untuk pelaksanaan implementasi kebijakan. Namun, di luarnya itu tidak terbatas dari pola atau berbagai pendekatan yang telah dilakukan sebelum tahap implementasi.

Dalam sistem perpolitikan untuk sebuah kebijakan kesehatan oleh Sukarno, memberi pengertian; sistem politik adalah sekumpulan pendapat, prinsip, yang membentuk satu kesatuan yang berhubungan satu sama lain untuk mengatur pemerintahan serta melaksanakan dan mempertahankan kekuasaan dengan cara mengatur individu atau kelompok individu satu sama lain atau dengan negara dan hubungan negara dengan negara.

Sistem Politik menurut Rusadi Kartaprawira adalah mekanisme atau cara kerja seperangkat fungsi atau peranan dalam struktur politik yang berhubungan satu sama lain dan menunjukkan suatu proses yang langggeng. Menurut Almond, sistem politik adalah interaksi yang terjadi dalam masyarakat yang merdeka yang menjalankan fungsi integrasi dan adaptasi. Menurut Rober A. Dahl, sistem politik adalah pola yang tetap dari hubungan-hubungan antara manusia yang melibatkan sampai dengan tingkat tertentu, kontrol, pengaruh, kekuasaan, ataupun wewenang.

Dapat disimpulkan bahwa sistem politik adalah mekanisme yang fungsinya dalam struktur politik dalam hubungan antara satu sama lainnya yang menunjukkan suatu proses yang langsung memandang masa kini dan masa yang akan datang. Dalam sistem politik tersebut pula mengandung segala pendekatan dan/atau pedoman dalam proses implementasinya.

## **B. Sistem Politik di Indonesia**

Di alam demokrasi Indonesia saat ini manajemen sistem politik dilakukan secara keterwakilan dari rakyat untuk rakyat, melalui proses pemilihan umum. Sistem politik Indonesia diartikan sebagai kumpulan atau keseluruhan berbagai kegiatan dalam Negara Indonesia yang

berkaitan dengan kepentingan umum termasuk proses penentuan tujuan, upaya-upaya mewujudkan tujuan, pengambilan keputusan, seleksi dan penyusunan skala prioritasnya. Politik adalah semua lembaga-lembaga negara yang tersebut di dalam konstitusi negara (*termasuk fungsi legislatif, eksekutif, dan yudikatif*).

Dalam penyusunan keputusan-keputusan kebijaksanaan diperlukan adanya kekuatan yang seimbang dan terjalinnya kerja sama yang baik antara suprastruktur dan infrastruktur politik sehingga memudahkan terwujudnya cita-cita dan tujuan-tujuan masyarakat/negara. Di dalamnya dilakukan oleh wakil rakyat yang akan menjadi aktor dari setiap kebijakan.

Dalam hal ini yang dimaksud suprastruktur politik adalah Lembaga-Lembaga Negara. Lembaga-lembaga tersebut di Indonesia diatur dalam UUD 1945 yakni MPR, DPR, DPD, Presiden, dan Wakil Presiden, Mahkamah Agung, Mahkamah Konstitusi, Komisi Yudisial. Lembaga-lembaga ini yang akan membuat keputusan-keputusan yang berkaitan dengan kepentingan umum.

Badan yang ada di masyarakat seperti Parpol, Ormas, media massa, Kelompok Kepentingan (*Interest Group*), Kelompok Penekan (*Pressure Group*), Alat/Media Komunikasi Politik, Tokoh Politik (*Political Figure*), dan pranata politik lainnya adalah merupakan infrastruktur politik, melalui badan-badan inilah masyarakat dapat menyalurkan aspirasinya. Tuntutan dan dukungan sebagai input dalam proses pembuatan keputusan. Dengan adanya partisipasi masyarakat diharapkan keputusan yang dibuat pemerintah sesuai dengan aspirasi dan kehendak rakyat.

Sejarah sistem politik Indonesia dilihat dari proses politiknya bisa dilihat dari masa-masa berikut ini.

1. Masa prakolonial.
2. Masa kolonial (penjajahan).
3. Masa Demokrasi Liberal.
4. Masa Demokrasi Terpimpin.
5. Masa Demokrasi Pancasila.
6. Masa Reformasi.

Masing-masing masa tersebut kemudian dianalisis secara sistematis dari aspek:

1. penyaluran tuntutan;
2. pemeliharaan nilai;
3. kapabilitas;
4. integrasi vertikal;
5. integrasi horizontal;
6. gaya politik;
7. kepemimpinan;
8. partisipasi massa;
9. keterlibatan militer;
10. aparat negara;
11. stabilitas.

Terdapat lima kapabilitas yang menjadi penilaian prestasi sebuah sistem politik.

1. Kapabilitas Ekstraktif, yaitu kemampuan sumber daya alam dan sumber daya manusia. Kemampuan SDA biasanya masih bersifat potensial sampai kemudian digunakan secara maksimal oleh pemerintah. Seperti pengelolaan minyak tanah, pertambangan yang ketika datang para penanam modal domestik itu akan memberikan pemasukan bagi pemerintah berupa pajak. Pajak inilah yang kemudian menghidupkan negara.
2. Kapabilitas Distributif. SDA yang dimiliki oleh masyarakat dan negara diolah sedemikian rupa untuk dapat didistribusikan secara merata, misalkan seperti sembako yang diharuskan dapat merata distribusinya ke seluruh masyarakat. Demikian pula dengan pajak sebagai pemasukan negara itu harus kembali didistribusikan dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah.
3. Kapabilitas Regulatif (pengaturan). Dalam menyelenggarakan pengawasan tingkah laku individu dan kelompok maka dibutuhkan adanya pengaturan. Regulasi individu sering memunculkan benturan pendapat. Seperti ketika pemerintah membutuhkan maka kemudian regulasi diperketat, hal ini mengakibatkan keterlibatan masyarakat terkekang.
4. Kapabilitas Simbolik, artinya kemampuan pemerintah dalam berkreasi dan secara selektif membuat kebijakan yang akan diterima



oleh rakyat. Semakin diterima kebijakan yang dibuat pemerintah maka semakin baik kapabilitas simbolik sistem.

5. Kapabilitas Responsif, dalam proses politik terdapat hubungan antara input dan output, output berupa kebijakan pemerintah sejauh mana dipengaruhi oleh masukan atau adanya partisipasi masyarakat sebagai inputnya akan menjadi ukuran kapabilitas responsif. kapabilitas dalam negeri dan internasional. Sebuah negara tidak bisa sendirian hidup dalam dunia yang mengglobal saat ini, bahkan sekarang banyak negara yang memiliki kapabilitas ekstraktif berupa perdagangan internasional. Minimal dalam kapabilitas internasional ini negara kaya atau berkuasa (*superpower*) memberikan hibah (*grants*) dan pinjaman (*loan*) kepada negara-negara berkembang.

### **C. Kaitan Sistem Politik Dengan Kebijakan Kesehatan**

Sebagaimana telah dibahas di atas semua aspek kehidupan bernegara akan ditata dan dikelola melalui sistem politik walau itu dilakukan oleh pemerintah dalam hal ini disebut eksekutif. Namun, dalam prosesnya termasuk kebijakan kesehatan diciptakan melalui pendekatan politik sebagai upaya untuk mensejahterakan rakyat dan hidup sehat.

Kesehatan tersebut termasuk aspek kehidupan manusia lainnya merupakan sebuah isu politik dalam banyak hal yang akan dibahasnya (Bambra, et al., 2005).

1. Kesehatan adalah politik karena sama seperti sumber daya yang lain atau komoditas di bawah sistem ekonomi neoliberalisme, beberapa kelompok sosial mempunyai lebih dari yang lainnya.
2. Kesehatan adalah politik karena determinan sosialnya (*social determinants*) adalah mudah diterima dalam intervensi politik oleh karena bergantung pada tindakan politik (biasanya).
3. Kesehatan adalah politik karena hak terhadap standar kehidupan yang layak untuk kesehatan dan kesejahteraan harus menjadi aspek kewarganegaraan dan hak asasi manusia.

Kesehatan adalah politik karena kekuasaan dilaksanakan sepanjang itu sebagai bagian dari sistem ekonomi, sosial dan politik yang lebih

luas. Perubahan sistem ini membutuhkan kesadaran dan perjuangan politik.

Banyak bukti menunjukkan bahwa determinan kesehatan paling kuat dalam kehidupan modern kependudukan ini adalah faktor sosial, budaya dan ekonomi (Acheson, 1998; Doyal & Pennell, 1979). Faktor-faktor ini datang dari berbagai sumber dan diakui oleh pemerintah dan badan-badan internasional (Acheson, 1998).

Akan tetapi, ketidaksetaraan kesehatan ini terus berlanjut dalam sebuah negara misalnya perbedaan kelas sosial ekonomi, gender dan kelompok etnik diantara mereka. Masih terjadi ketimpangan masalah kemakmuran, kesejahteraan dan sumber daya (Donkn, Goldblatt, & Lynch, 2002).

Faktor-faktor seperti perumahan, pendapatan dan pengangguran dan isu lainnya banyak didominasi oleh masalah politik yang menjadi determinan kesehatan dan kesejahteraan. Demikian pula banyak determinan kesehatan dan ketidaksetaraan terhadap kesehatan bergantung dan berada di luar dari sektor kesehatan (Acheson, 1998; Palutturi, Rutherford, Davey, & Chu, 2013).

Terdapat tiga hak warga negara yaitu hak sipil, politik dan sosial (Bambra, et al., 2005). Tuntutan terhadap hak-hak sipil misalnya hak dalam beragama, mengeluarkan pendapat dan melakukan kontrak atau perjanjian muncul sekitar abad ke-18. Hak politik termasuk hak untuk dipilih atau menjadi wakil (*representative*) terhadap lembaga pemerintah dan lembaga perwakilan misalnya anggota dewan muncul sekitar abad ke-19 sementara isu kesehatan dan pendidikan gratis juga termasuk hak-hak ekonomi mulai banyak diperdebatkan pada abad ke-20.

Kesehatan atau hak terhadap standar hidup yang layak termasuk hak kewarganegaraan sosial yang sangat penting (International Forum for the Defence of the Health of People, 2002).

Politik kesehatan belum banyak diperdebatkan atau didiskusikan secara luas sebagai entitas politik dalam debat-debat akademik (seminar, workshop, penelitian, pelatihan, seminar dan konferensi) atau kelompok masyarakat yang lebih luas, termasuk dalam ilmu politik (McGinnis, Williams-Russo, & Knickman, 2002; Navarro & Shi, 2001).

Dari aspek sosial masalah kesehatan telah banyak diperdebatkan akan tetapi pentingnya dimensi politik yang memengaruhi kesehatan belum banyak dipelajari. Menyadari pentingnya dimensi politik terhadap kesehatan, maka sebaiknya perguruan tinggi kesehatan dan sekolah kesehatan (masyarakat) sebaiknya mengajarkan kepada mahasiswa dan mereka yang tertarik dalam bidang ini. Kami percaya bahwa politik kesehatan adalah sebuah bidang ilmu yang tidak kurang pentingnya dengan sosiologi kedokteran dan ekonomi kesehatan pada satu sisi dan sosiologi politik dan psikologi politik pada sisi yang lain.

[Halaman ini sengaja dikosongkan]



# BAB 6

## ***ACTOR, CONTENT DAN CONTEXT* KEBIJAKAN KESEHATAN**

### **A. Aktor Kebijakan Kesehatan**

Secara sederhana dapat diartikan aktor adalah sebagai pelaku atau pemain dalam sebuah “Drama” atau sejenisnya. Namun, aktor kebijakan kesehatan adalah orang atau pelaku yang mempunyai peran dalam membuat kebijakan. Tentunya aktor kebijakan tersebut adalah merupakan orang atau pelaku yang memahami masalah dari sebuah kebijakan. Keberadaan dari aktor kebijakan kesehatan tersebut ada, bisa di lembaga pemerintah, organisasi atau tokoh masyarakat yang di mana mereka bergelut dalam hal tersebut.

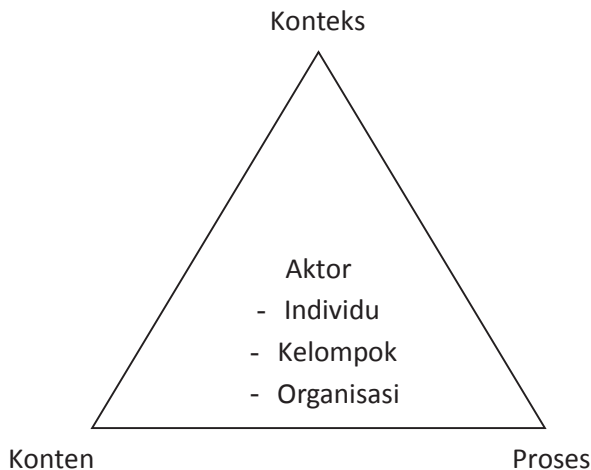
Aktor kebijakan tersebut apakah pemerintah pusat atau daerah provinsi dan kabupaten/kota masing-masing mempunyai peran di tingkat masing-masing. Secara nasional kebijakan kesehatan tersebut dilakukan oleh pemerintah pusat melalui Kementerian Kesehatan dibantu oleh tenaga ahli dalam bidang kesehatan. Di daerah provinsi dilakukan oleh gubernur melalui dinas kesehatan provinsi, di tingkat satu ini, bisa saja hanya melakukan regulasi pemerintah pusat atau membuat regulasi sendiri yang sifatnya lokal. Demikian halnya dengan pemerintah daerah, mereka adalah aktor kebijakan kesehatan di daerah mempunyai peran penting dalam berbagai implementasi kebijakan kesehatan.

Dengan demikian, untuk membuat sebuah kebijakan kesehatan, perlu memperhatikan segitiga kebijakan yang terdiri dari aktor, konten, konteks, dan proses. Pada kenyataannya, aktor baik individu, kelompok,

atau organisasi dipengaruhi oleh konteks, lingkungan di mana aktor hidup dan bekerja. Konteks dipengaruhi oleh banyak faktor seperti politik, ideologi, sejarah, budaya, ekonomi, dan sosial baik yang terjadi pada skala nasional maupun internasional yang memengaruhi kebijakan kesehatan.

Proses pembuatan kebijakan dipengaruhi oleh aktor yaitu posisi dalam struktur kekuasaan, nilai, pendapat dan harapan pribadi. Konten kebijakan mencerminkan dimensi tersebut. Konten merupakan substansi dari kebijakan yang secara detail menggambarkan bagian pokok dari kebijakan tersebut. Aktor merupakan pusat dari kerangka kebijakan kesehatan. Aktor merupakan istilah yang digunakan untuk menyebut suatu individu, kelompok dan organisasi yang memengaruhi suatu kebijakan. Aktor pada dasarnya memang memengaruhi kebijakan namun seberapa luas dan mendalam dalam memengaruhi kebijakan tergantung dari kekuasaannya. Kekuasaan merupakan campuran dari kekayaan individu, tingkat pengetahuan, dan otoritas yang tinggi (Buse, 2005).

Berdasarkan paparan di atas Gambar 6.1 segitiga faktor adalah yang memengaruhi kebijakan kesehatan. Sebagaimana divisualkan melalui gambar di bawah ini.



**Gambar 6.1** Faktor yang Memengaruhi Kebijakan Kesehatan

Sumber: Kent Buse, Nicolas Mays dan Gill Walt, 2005. *Making Health Policy*, England: Open University Press.

Aktor atau pemeran serta dalam proses pembentukan kebijakan dapat dibagi ke dalam dua kelompok, yaitu para pemeran serta resmi dan para pemeran serta tidak resmi. Yang termasuk ke dalam pemeran serta resmi adalah agen-agen pemerintah (birokrat), presiden (eksekutif), legislatif, dan yudikatif. Mereka dikatakan aktor resmi karena mempunyai kekuasaan yang secara sah diakui oleh konstitusi dan mengikat. Sedangkan, yang termasuk dalam kelompok pemeran serta tidak resmi, yaitu pihak yang tidak memiliki wewenang yang sah, meliputi kelompok-kelompok kepentingan, partai politik, dan warga negara individu (Winarno, 2012).

Aktor-aktor dalam pembentukan kebijakan kesehatan antara lain:

1. badan administrasi (pemerintah);
2. presiden (eksekutif);
3. lembaga yudikatif;
4. lembaga legislatif;
5. kelompok kepentingan;
6. partai politik;
7. warga negara individu;
8. konten UU tenaga kesehatan;
9. konteks UU tenaga kesehatan.

Aktor yang disebutkan di atas mempunyai tugas pokok dan fungsi masing-masing, namun tugas pokok dan fungsi tersebut saling mendukung dan memengaruhi. Atas dasar tersebut maka kebijakan kesehatan haruslah memenuhi aspek-aspek yang sesuai dengan suatu kebijakan, sehingga sistem kesehatan nasional Indonesia melalui setiap kebijakan kesehatan akan efektif dalam proses implementasinya.

## **B. Isi Kebijakan Kesehatan**

Isi kebijakan kesehatan tersebut dibuat atau memuat kebutuhan akan kesehatan masyarakat. Dan disesuaikan dengan kepentingan masyarakat pula. Isi kebijakan bisa menyangkut jaminan kesehatan, BPJS, Askes, atau asuransi kesehatan, pembiayaan, SDM, sarana dan prasarana lainnya. Isi kebijakan setiap tahunnya akan dilakukan

perubahan sebagaimana dimaksudkan di atas bahwa dilakukan atas dasar kebutuhan negara.

Berbagai program kesehatan yang dicanangkan oleh pemerintah seperti “gerakan masyarakat sehat” Germas merupakan salah satu contoh isi daripada kebijakan kesehatan. Di mana gerakan tersebut berupa terobosan bagaimana masyarakat memiliki kesadaran akan hidup sehat. Program-program kesehatan tersebut merupakan suatu kebijakan yang dianggap penting dan harus didukung masyarakat dan khususnya para aktor kebijakan kesehatan, sehingga saling kebijakan dianggap tidak buang-buang anggaran negara dalam hal ini APBN.

Sementara itu, upaya serius pemerintah dalam pembangunan kesehatan diwujudkan dalam alokasi anggaran kesehatan dari APBN. Sejak 2014 hingga 2016, pagu anggaran Kemenkes dan Dana Alokasi Khusus (DAK) kesehatan terus naik. Kenaikan anggaran Kemenkes dari 2014 ke 2015 sebesar 4,4% atau Rp2,2 triliun. DAK kesehatan juga meningkat 195% dari tahun 2015 ke 2016 atau Rp11,8 triliun. Kenaikan dari 2016 ke 2017 sebesar 30% atau 5,35 triliun (*Kompas*, 2 Jan 2017).

Namun, berbagai program itu belum cukup. Adanya defisit anggaran dalam Program JKN setiap tahun menunjukkan bahwa terdapat sesuatu yang belum sempurna dalam pelaksanaan program itu. Isu transparansi layanan kesehatan juga masih menjadi problematika dalam masyarakat. Adanya isu penolakan pasien apabila ingin berobat ke rumah sakit adalah bukti masih terbatasnya akses bagi peserta JKN. Selain itu, mutu layanan dan sarana prasarana kesehatan di setiap daerah yang masih belum merata menjadi permasalahan pelik yang berdampak pada pembangunan kesehatan di daerah. Dengan kata lain, walaupun program JKN penting untuk dilakukan, bagaimana masyarakat mendapatkan akses dan layanan kesehatan yang baik, upaya pencegahan penyakit dan koordinasi lintas sektor dalam pembangunan kesehatan juga penting untuk diperhatikan. Terkait dengan hal tersebut, keberhasilan pembangunan kesehatan tidak hanya terkait pada aspek penerapan, tetapi juga proses kebijakan dan hubungan antarlembaga terkait. Artinya kebijakan di bidang kesehatan baik di tingkat pemerintah pusat maupun daerah penting untuk diperhatikan.

Keberhasilan negara-negara maju seperti Amerika dan Jerman dalam pembangunan kesehatan adalah dengan menggunakan pendekatan



desentralisasi (Ricarda Milsteina, Carl Rudolf Balnkart, 2016: 7). Hal ini sebagaimana hasil penelitian Mills (1990: 5) yang menyatakan bahwa desentralisasi struktur dan manajemen sistem kesehatan merupakan kunci utama dalam pelayanan kesehatan, khususnya dalam mencapai “*health for all*” dan pengembangan pelayanan kesehatan primer di berbagai negara.

Wiku Adisasmito menambahkan cara berpikir dan bertindak yang logis, sistematis, komprehensif dan holistik dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan penting untuk dilakukan (Wiku Adisasmito, 2010: 7).

Dengan demikian, isi kebijakan tersebut haruslah memuat kebutuhan akan kesehatan yang sifatnya relevan dengan tuntutan dunia kesehatan. Demikian pula halnya, dalam membuat isi kebijakan haruslah strategis berdasarkan apakah kebutuhan nasional atau berstandar kebutuhan internasional yang memenuhi syarat semua di dalamnya yaitu ISO sesuai dengan tuntutan WHO.

### **C. Konteks Kebijakan Kesehatan**

Ruang lingkup konteks kebijakan kesehatan harus mendukung dari kesehatan nasional Indonesia, yaitu berdasarkan hajat hidup orang banyak. Berbagai konteks yang dirumuskan dalam kebijakan kesehatan tersebut tidak terpisahkan dari kebutuhan sebagaimana disebut di atas. Dan diupayakan tidak ada konteks yang sifatnya tidak efektif dalam sistem kesehatan, sehingga akan memengaruhi dari sasaran serta tujuan kebijakan kesehatan.

Dalam konteks sistem kesehatan, pembangunan kesehatan di Indonesia sebenarnya sudah diatur dalam Peraturan Presiden No. 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Dalam Pasal 1 butir 2 Perpres tersebut dijelaskan bahwa SKN adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. SKN menjadi acuan dalam penyusunan dan pelaksanaan pembangunan kesehatan yang dimulai dari kegiatan perencanaan sampai dengan kegiatan monitoring dan evaluasi.

Dalam Pasal 2 ayat (2) Perpres No. 72 Tahun 2012, mengamanatkan bahwa pembangunan kesehatan harus dilakukan secara berjenjang baik di pusat maupun di daerah dengan memperhatikan otonomi daerah dan otonomi fungsional di bidang kesehatan.

Pasal tersebut secara yuridis memiliki dua arti. *Pertama*, bagi daerah, pembangunan kesehatan tidak cukup hanya dengan menggunakan SKN. Daerah perlu memiliki acuan dan pedoman dalam pembangunan kesehatan daerah yang sesuai dengan kondisi spesifik, kebutuhan dan permasalahan kesehatan di masing-masing daerah. Dengan kata lain, daerah perlu memiliki Sistem Kesehatan Daerah (SKD). *Kedua*, konstruksi regulasi yang diatur dalam SKD harus sesuai dengan otonomi fungsional pemerintah daerah di bidang kesehatan. Pembagian kewenangan pemerintah pusat dan pemerintah daerah di bidang kesehatan diatur dalam Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah sebagaimana terakhir diubah dengan Undang-Undang No. 9 Tahun 2015 (Undang-Undang Pemerintah Daerah).

Undang-undang tersebut telah memberikan peran yang cukup kuat bagi pemerintah daerah untuk menyelenggarakan urusan kesehatan di wilayahnya. Artinya bagi pemerintah daerah yang akan menyusun SKD sebagai regulasi daerah, substansi yang diatur dalam SKD tidak boleh bertentangan dengan kewenangan pemerintah pusat.

SKD adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen di daerah secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. SKD mengatur keterpaduan berbagai elemen di daerah dalam pembangunan kesehatan melalui pengelolaan upaya kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan, manajemen, informasi dan regulasi kesehatan serta pemberdayaan masyarakat. Hal ini sejalan dengan apa yang dikemukakan oleh Nallari bahwa kebijakan kesehatan memerlukan kombinasi regulasi dan kompetensi, pendanaan dari sektor publik dan swasta, serta kerangka kelembagaan yang memfasilitasi semuanya (Nallari, 2011: 231).

Kebijakan tersebut dapat meliputi kebijakan publik dan swasta tentang kesehatan, di mana kebijakan kesehatan diasumsikan untuk merangkum segala arah tindakan dan dilaksanakan serta memengaruhi tatanan kelembagaan, organisasi, layanan dan aturan pembiayaan dalam sistem kesehatan. Kebijakan ini mencakup sektor publik (pemerintah) sekaligus sektor swasta (Buse et al., 2005: 6).

Pernyataan di atas memberikan suatu pemahaman bahwa agar konteks kebijakan dapat terumuskan dengan baik, maka semua aktor kebijakan kesehatan sebagaimana disebutkan di atas harus aktif dan terlibat dalam pembuatan konteks kebijakan kesehatan tersebut.

#### **D. Implementasi Kebijakan Kesehatan**

Implementasi kebijakan kesehatan mempunyai arti adalah di mana semua proses kebijakan kesehatan tersebut diberlakukan dalam berbagai konteks. Implementasi kebijakan kesehatan tersebut sesuai dengan kebijakannya sendiri, apakah berlaku secara nasional atau hanya diberlakukan dalam wilayah tertentu, yaitu sebagaimana disebutkan di atas bahwa kebijakan berlaku berdasarkan kondisi atau kebutuhan masyarakat atau suatu wilayah.

Dalam konteks implementasi kebijakan kesehatan tersebut, semua aktor yang terlibat dalam pembuatan kebijakan sebelumnya mereka semua akan termasuk penerima pelayanan kebijakan kesehatan, selain terkadang aktor terlibat dalam implementasi. Proses implementasi kebijakan kesehatan haruslah didukung dan diawasi bersama, sehingga implementasi akan berjalan efektif dan efisien.

Mazmanian dan Sabatier dalam Leo Agustino (2008:139) mendefinisikan implementasi kebijakan adalah sebagai: pelaksanaan keputusan kebijaksanaan dasar, biasanya dalam bentuk undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan. Lazimnya, keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan atau sasaran yang ingin dicapai, dan berbagai cara untuk menstrukturkan atau mengatur proses implementasinya.

Untuk menganalisis bagaimana proses implementasi kebijakan itu berlangsung maka dapat dilihat dari berbagai model implementasi kebijakan. Pandangan mengenai model (teori) implementasi kebijakan banyak kita temukan dalam berbagai literatur.

Secara garis besar Parsons membagi model implementasi kebijakan menjadi empat, yaitu: sebagai berikut.

1. *The Analysis of failure* (model analisis kegagalan).
2. Model rasional (*top-down*) untuk mengidentifikasi faktor-faktor mana yang membuat implementasi sukses.
3. Model pendekatan (*bottom-up*) kritikan terhadap model pendekatan *top-down* dalam kaitannya dengan pentingnya faktor-faktor terhadap sistem lain dan interaksi organisasi.
4. Teori-teori hasil sintesis (*hybrid theories*).

Model yang digunakan sebagai dasar tema penelitian ini ialah turunan model implementasi *top-down* yang disebut *Direct and Indirect Impact on Implementation* yaitu model teori yang dikembangkan oleh George C. Edwards III (1980).

Menurut pandangan Edwards III dalam Subarsono (2011: 90), implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel yang saling berhubungan satu sama lain, diantaranya:

1. komunikasi,
2. sumber daya,
3. disposisi,
4. struktur birokrasi.

Dalam praktiknya implementasi kebijakan merupakan suatu proses yang kompleks dan rumit. Untuk dapat melukiskan kerumitan dalam proses implementasi kebijakan tersebut dapat dilihat dari definisi implementasi kebijakan yang berbeda sebagaimana diungkapkan Bardach dalam Agustino (2006: 54) mengemukakan bahwa implementasi kebijakan, sebagai: adalah cukup untuk membuat sebuah program dan kebijakan umum yang kelihatannya bagus di atas kertas. Lebih sulit lagi merumuskannya dalam kata-kata dan slogan-slogan yang kedengarannya mengenakan bagi telinga para pemimpin

dan para pemilih yang mendengarkannya. Dan lebih sulit lagi untuk melaksanakannya dalam bentuk yang memuaskan orang”.

Kerangka lain mengatakan pendapat bahwa implementasi adalah tindakan yang dilakukan baik oleh kelompok pemerintah maupun swasta agar tujuan yang telah digariskan dapat tercapai sebagaimana diungkapkan oleh Metter dan Horn (1975) dalam Agustino (2006: 139): “Implementasi kebijakan ialah tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu atau pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijakan”.

Menurut Nugroho (2003: 158), implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya (tidak lebih dan tidak kurang). Selanjutnya Nugroho (2003: 158) mengemukakan bahwa perencanaan atau sebuah kebijakan yang baik akan berperan menentukan hasil yang baik. Konsep (yang didukung data dan informasi masa depan) kontribusinya mencapai proporsi sekitar 60% terhadap keberhasilan kebijakan tersebut dan proporsi sekitar 40% terhadap implementasi yang harus konsisten dengan konsep.

Berdasarkan paparan di atas, walau implementasi kebijakan kesehatan dianggap sedikit rumit, tapi apabila tahap-tahap perumusan kebijakan sebelumnya dapat dilakukan dengan baik, maka akan memberi pengaruh yang maksimal pula terhadap implementasi kebijakan.

[Halaman ini sengaja dikosongkan]



# BAB 7

## AGENDA KEBIJAKAN KESEHATAN NASIONAL

### A. Agenda Kebijakan Kesehatan dan Politik Indonesia

Sudah menjadi rahasia umum bahwa publik sangat mengetahui, memahami bahkan ikut mengawasi semua kebijakan berbasis publik tersebut diciptakan melalui agenda perpolitikan di parlemen. Negara yang menganut sistem demokrasi bahwa semua kebijakan publik itu sebelum dilaksanakan pemerintah menjadi tanggung jawab DPR dalam hal untuk mensahkan bahkan atau tidak menyetujuinya.

Konsep politik yang digunakan pada berbagai agenda kebijakan kesehatan adalah mengacu dengan pendekatan pola-pola kekuasaan dan pengaruh diantara dan yang terjadi dalam organisasi birokrasi pemerintahan maupun di parlemen. Asumsi dasar dari pendekatan ini adalah penjelasan implementasi tidak terlepas dari proses kekuasaan yang terjadi dalam keseluruhan proses kebijakan yang berusaha untuk memblokir usaha dari berbagai pendukung kebijakan yang ada serta merta dapat menjadi faktor penghambat dalam proses pelaksanaan suatu kebijakan publik (Rhodes, dalam Abdul Wahab, 2004).

Keberhasilan maupun kegagalan suatu implementasi kebijakan kesehatan pada akhirnya akan sangat bergantung pada kesediaan dan kemampuan berbagai kelompok yang dominan dan berpengaruh (atau terdiri dari berbagai koalisi kepentingan) untuk memaksakan kehendak mereka. Dalam kondisi tertentu distribusi kekuasaan mungkin dapat pula menimbulkan kemacetan pada saat implementasi kebijakan, walaupun sebenarnya kebijakan publik secara formal telah disahkan (Budi Prasetyo, 2008: 98).

Agenda kebijakan dapat didefinisikan sebagai tuntutan-tuntutan agar para pembuat kebijakan memilih atau merasa terdorong untuk melakukan tindakan tertentu. Agenda adalah sebuah daftar pokok soal (subjek) atau masalah yang menjadi pusat perhatian serius pada waktu tertentu bagi para pejabat pemerintah maupun orang di luar pemerintahan yang terkait erat dengannya (Kingdon, 1984: 3).

Proses agenda kebijakan berlangsung ketika pejabat publik belajar mengenai masalah-masalah baru, memutuskan untuk memberi perhatian secara personal dan memobilisasi organisasi yang mereka milik untuk merespons masalah tersebut.

Faktor-faktor yang memengaruhi masuknya masalah dalam agenda kebijakan menurut Lester dan Stewart.

1. Suatu isu telah melampaui proporsi suatu krisis dan tidak dapat terlalu lama ditinggalkan.
2. Sifat partikularitas, yaitu isu dapat menunjukkan dan mendramatisir isu yang lebih besar.
3. Mempunyai aspek emosional dan mendapat perhatian media massa karena faktor *human interest*.
4. Mendorong munculnya pertanyaan menyangkut kekuasaan dan legitimasi dan masyarakat.
5. Isu tersebut sedang menjadi tren atau sedang diminati oleh banyak orang.

Tahapan agenda kebijakan menurut Mark Ruseffky adalah sebagai berikut.

1. Tahap mengidentifikasi masalah.
2. Tahap pemecahan masalah. Tahap ini melibatkan para spesialis di bidang kebijakan, misalnya para birokrat, staf legislatif, akademisi, para ahli dari kelompok-kelompok kepentingan.
3. Urutan politik, yaitu perubahan-perubahan dalam opini publik, hasil pemilihan umum, perubahan dalam administrasi dan pergantian partisipan atau ideologi dalam lembaga legislatif.

Roger W. Cobb dan Charles D. Elder mengidentifikasi ada dua macam agenda kebijakan.



1. Agenda sistematis. Agenda sistematis terdiri dari semua isu yang menurut pandangan anggota-anggota masyarakat politik pantas mendapatkan perhatian publik dan mencakup masalah-masalah yang berada dalam yurisdiksi wewenang pemerintah yang sah.
2. Agenda lembaga. Terdiri dari masalah-masalah yang mendapatkan perhatian yang sungguh-sungguh dari pejabat pemerintah, mempunyai sifat lebih khusus daripada agenda sistematis, dapat dibedakan menjadi pokok agenda lama dan agenda baru.

## **B. Hierarki Perundang-undangan dan Kebijakan Kesehatan**

Dalam kebijakan publik kesehatan yang memberikan pelayanan dan bertanggung jawab adalah pemerintah. Sebagai dimaksudkan dalam landasan yuridis Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dalam hal yang bertanggung jawab adalah pemerintah sebagai aktor kebijakan kesehatan disebut dalam Pasal 14 bahwa:

- (1) Pemerintah bertanggung jawab dalam merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat.
- (2) Tanggung jawab Pemerintah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikhususkan pada pelayanan publik.

Dalam pandangan hierarki perundang-undangan yang berlaku di Indonesia tentang kesehatan dapat dinyatakan: Hukum merupakan suatu sistem, artinya hukum itu merupakan suatu keseluruhan yang terdiri atas beberapa bagian dan antara bagian-bagian itu saling berhubungan dan tidak boleh bertentangan satu sama lainnya.

Dengan demikian, maka hierarki perundang-undangan kebijakan kesehatan sebagaimana di atas dapat digambarkan sebagai berikut.



**Gambar 7.1** Hierarki Perundang-undangan dan Kebijakan Kesehatan

Berbagai kebijakan yang disebutkan di atas apakah merupakan amanah UUD 1945, Undang-Undang, Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang, Permen Kesehatan, Pergub, Perbub adalah sebagai sebuah hukum yang mengikat tentang sistem kesehatan nasional Indonesia.

Suatu bagian dari hukum itu terdiri dari (Soerjono Soekanto, 1984: 3):

1. Struktur hukum, yang merupakan lembaga-lembaga hukum seperti kepolisian, kejaksaan, kehakiman, kepengacaraan, dan lain-lain.
2. Substansi hukum, yang merupakan perundang-undangan seperti Undang-Undang Dasar 1945, undang-undang/peraturan pemerintah pengganti undang-undang, peraturan presiden, peraturan pemerintah, dan peraturan daerah.
3. Budaya hukum, yang merupakan gagasan, sikap, kepercayaan, pandangan-pandangan mengenai hukum, yang intinya bersumber pada nilai-nilai yang dianut oleh masyarakat yang bersangkutan.

Untuk menilai apakah peraturan perundang-undangan mengenai kesehatan dapat memberikan perlindungan hukum terhadap masyarakat. Konsep kewajiban merupakan suatu konsep khusus dari lapangan moral yang menunjuk kepada norma moral dalam hubungannya dengan individu terhadap siapa tindakan tertentu diharuskan atau dilarang oleh norma tersebut, konsep ini pun tidak lain kecuali sebagai pasangan dari konsep norma hukum (Hans Kelsen, 2007: 72). Sedangkan Hans Kelsen (2007: 73) menyatakan bahwa kewajiban hukum semata-mata merupakan norma hukum dalam hubungannya dengan individu yang terhadap perbuatannya sanksi dilekatkan di dalam norma hukum tersebut.

Hierarki atau tata urutan perundang-undangan merupakan pedoman dalam pembuatan aturan hukum di bawahnya. Jenis dan hierarki Peraturan Perundang-undangan berdasarkan ketentuan Pasal 7 ayat (1) Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan adalah sebagai berikut.

1. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
2. Undang-Undang/Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang, yang dimaksud Undang-Undang di sini adalah sebagaimana yang dijelaskan pada Pasal 1 angka 3 Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 yakni Peraturan Perundang-undangan yang dibentuk oleh Dewan Perwakilan Rakyat dengan persetujuan bersama Presiden. Sementara Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang sebagaimana diatur dalam Pasal 1 angka 4 Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 adalah Peraturan Perundang-undangan yang ditetapkan oleh Presiden dalam hal ikhwal kegentingan yang memaksa.
3. Peraturan Pemerintah, sebagaimana dirumuskan dalam Pasal 1 angka 5 Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004, yakni Peraturan Perundang-undangan yang ditetapkan oleh Presiden untuk menjalankan Undang-Undang sebagaimana mestinya.
4. Peraturan Presiden, sebagaimana dirumuskan dalam Pasal 1 angka 6 Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004, yakni Peraturan Perundang-undangan yang dibuat Presiden.

5. Peraturan Daerah. sebagaimana dirumuskan dalam Pasal 1 angka 7 Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004, yakni Peraturan Perundang-undangan yang dibentuk oleh Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dengan persetujuan bersama Kepala Daerah, meliputi:
  - a. Peraturan Daerah Provinsi dibuat oleh Dewan Perwakilan Daerah Provinsi bersama dengan Gubernur.
  - b. Peraturan Daerah Kabupaten/Kota dibuat Dewan Perwakilan Daerah Kabupaten/Kota bersama Bupati/Walikota.
  - c. Peraturan Desa/Peraturan yang setingkat, dibuat oleh Badan Perwakilan Desa atau nama lainnya bersama Kepala Desa atau nama lainnya.

Untuk menjamin dilaksanakannya suatu peraturan perundang-undangan agar dipatuhi secara integral dan komprehensif oleh masyarakat, oleh karena itu diperlukan suatu kegiatan pembinaan dan pengawasan. Kegiatan tersebut dilakukan dengan tujuan agar langkah-langkah dalam pencapaian tujuan suatu peraturan perundang-undangan dapat tercapai, tidak mengalami kesalahan maupun penyimpangan. Pasal 14 ayat (1) UU No. 36 Tahun 2009 yang berbunyi “Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat”.

Pasal 183 UU No. 23 Tahun 1992 yang berbunyi “Menteri atau kepala dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 182 dalam melaksanakan tugasnya dapat mengangkat tenaga pengawas dengan tugas pokok untuk melakukan pengawasan terhadap segala sesuatu yang berhubungan dengan sumber daya di bidang kesehatan dan upaya kesehatan”.

Adapun tujuan dilakukannya pengawasan ini yang diatur dalam Pasal 72 UU No. 29 Tahun 2004 antara lain:

1. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan dokter.
2. Melindungi masyarakat atas tindakan yang dilakukan dokter.
3. Memberikan kepastian hukum bagi masyarakat dan dokter.

Semua kebijakan disusun sedemikian rupa demi terciptanya *good governance*. (Pratikno, 2007: 8) Dari pemaparan kebijakan yang dilakukan adapun yang dilaksanakan strategi sebagai berikut.

1. Meningkatkan pemanfaatan dan kualitas pelayanan kesehatan sesuai dengan fungsi Dinas Kesehatan sebagai pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat, maka Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) harus diutamakan, di samping peningkatan kualitas Upaya Kesehatan Perorangan (UKP). Dalam memfasilitasi upaya revitalisasi sistem pelayanan kesehatan dasar dan rujukannya, dilakukan dengan:
  - a. Setiap orang miskin mendapat pelayanan kesehatan yang bermutu.
  - b. Setiap bayi, anak, ibu hamil dan kelompok masyarakat risiko tinggi terlindungi dari penyakit.
  - c. Optimalisasi pengelolaan administrasi kesehatan.
  - d. Optimalisasi Puskesmas/Puskesmas Pembantu, PKM Poned dan PKM DTP.
  - e. Peningkatan jejaring pelayanan kesehatan dan sistem rujukan.
  - f. Peningkatan perlindungan terhadap pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.
2. Meningkatkan pengembangan dan pemanfaatan Sistem Informasi Kesehatan Sistem Informasi Kesehatan merupakan pendukung tercapainya kualitas pelayanan kesehatan yang perlu dibangun dan dikembangkan melalui:
  - a. Peningkatan sarana dan kapasitas sumber daya manusia.
  - b. Peningkatan jejaring sistem informasi kesehatan.
3. Meningkatkan mutu dan pendayagunaan sumber daya kesehatan yang optimal.
  - a. Optimalisasi pendayagunaan dan prasarana.
  - b. Di setiap desa tersedia Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan yang kompeten dan sarana pelayanan kesehatan.
4. Meningkatkan sistem surveilans, monitoring dan pengendalian penyakit peningkatan surveilans dan monitoring dilaksanakan dengan meningkatkan peran aktif masyarakat dalam pelaporan masalah kesehatan di wilayahnya disertai dengan peningkatan jejaring surveilans. Di samping itu, dikembangkan dan ditingkatkan pula sistem peringatan dini (*early warning system*) dan penunjang kedaruratan kesehatan untuk mengantisipasi terjadinya KLB.

Pengendalian penyakit melalui perbaikan lingkungan dan pengendalian vektor dilaksanakan dengan upaya pemenuhan sarana sanitasi dasar rumah tangga dan pemberdayaan masyarakat dalam peningkatan kebersihan lingkungan.

5. Meningkatkan pemberdayaan masyarakat untuk hidup sehat dalam upaya pembangunan kesehatan, maka peran aktif dari masyarakat sangat diperlukan, pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan mendorong masyarakat agar mampu secara mandiri menjamin terpenuhinya kebutuhan kesehatan dan kesinambungan pelayanan kesehatan, yang dapat dilaksanakan melalui:
  - a. Peningkatan Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K).
  - b. Peningkatan keluarga sadar gizi.
  - c. Peningkatan dan Pembangunan UKBM.
  - d. Pengembangan kemitraan dengan organisasi non-pemerintah dan institusi lain.
6. Membentuk dan mengoptimalkan desa siaga di seluruh kecamatan dalam pemberdayaan masyarakat perlu terus dikembangkan Perilaku Hidup Sehat dan Bersih (PHBS) serta Upaya Kesejatan Berbasis Masyarakat (UKBM) dalam rangka mewujudkan “Desa Siaga” menuju Desa Sehat. Pengembangan Desa Siaga harus melibatkan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) terutama PKK, organisasi keagamaan dan sektor swasta. Keberhasilan Desa Siaga ditandai antara lain dengan berkembangnya perilaku hidup bersih dan sehat serta dikembangkannya UKBM yang mampu memberikan pelayanan promotif, preventif, kuratif, keluarga berencana perawatan kehamilan, pertolongan persalinan, gizi dan penanganan darurat kesehatan.
7. Meningkatkan pembiayaan kesehatan untuk menjamin ketersediaan sumber daya pembiayaan kesehatan, maka dilakukan advokasi dan sosialisasi kepada semua penyandang dana, baik pemerintah daerah, DPRD maupun masyarakat termasuk swasta. Dalam upaya pengelolaan sumber daya pembiayaan yang efektif dan efisien, dilaksanakan melalui:

- a. Penyusunan perencanaan anggaran kesehatan berbasis kinerja.
  - b. Pelayanan kesehatan kepada masyarakat ditingkatkan dengan pengelolaan hasil pendapatan dari pelayanan kesehatan dengan efektif dan efisien.
  - c. Peningkatan akuntabilitas dalam pelayanan.
8. Meningkatkan jejaring pembangunan kesehatan dan sistem kesehatan daerah untuk perencanaan dan pengembangan Sistem Kesehatan di wilayahnya dan pelaksanaan program kesehatan mengacu pada SKN (Sistem Kesehatan Nasional) sebagai upaya sistemnya. Ada empat pelaku utama dalam sistem kesehatan, yaitu:
- a. pemerintah;
  - b. institusi pelayanan kesehatan;
  - c. masyarakat;
  - d. *stakeholders* (pemangku kepentingan).

## **C. Layanan Kesehatan dalam Kebijakan Kesehatan**

Dalam sistem kesehatan Nasional Indonesia lembaga-lembaga kesehatan merupakan institusi pemberi dan pelaksana kebijakan kesehatan di setiap wilayah Indonesia. Keberadaan lembaga kesehatan adalah sebagai wujud dalam memberikan implementasi terhadap kebijakan kesehatan. Adapun lembaga-lembaga penyelenggara dari kebijakan kesehatan adalah sebagai berikut.

### **1. Rumah Sakit**

Menurut WHO (*World Health Organization*), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (*komprehensif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*) dan pencegahan penyakit (*preventif*) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik.

Berdasarkan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yang dimaksudkan dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Menurut Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, fungsi rumah sakit adalah sebagai berikut.

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta pengaplikasian teknologi dalam bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

## 2. Puskesmas

Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) adalah suatu organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Menurut Depkes RI (2004) puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerja (Effendi, 2009).

Pelayanan kesehatan yang diberikan puskesmas merupakan pelayanan yang menyeluruh yang meliputi pelayanan *kuratif* (pengobatan), *preventif* (pencegahan), *promotif* (peningkatan kesehatan) dan *rehabilitatif* (pemulihan kesehatan). Pelayanan tersebut ditujukan kepada semua penduduk dengan tidak membedakan jenis kelamin dan golongan umur, sejak dari pembuahan dalam kandungan sampai tutup usia (Effendi, 2009).

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional, yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi orang yang bertempat tinggal di wilayah



kerja puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Trihono, 2005).

Puskesmas memiliki wilayah kerja yang meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografi dan keadaan infrastruktur lainnya merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja puskesmas. Untuk perluasan jangkauan pelayanan kesehatan maka puskesmas perlu ditunjang dengan unit pelayanan kesehatan yang lebih sederhana yang disebut puskesmas pembantu dan puskesmas keliling. Khusus untuk kota besar dengan jumlah penduduk satu juta jiwa atau lebih, wilayah kerja puskesmas dapat meliputi satu kelurahan. Puskesmas di ibukota kecamatan dengan jumlah penduduk 150.000 jiwa atau lebih, merupakan puskesmas Pembina yang berfungsi sebagai pusat rujukan bagi puskesmas kelurahan dan juga mempunyai fungsi koordinasi (Effendi, 2009).

Menurut Trihono (2005) ada tiga fungsi puskesmas yaitu: pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan yang berarti puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Di samping itu, puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya. Khusus untuk pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

### **3. Klinik**

Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan dan menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialisik, diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis (Permenkes RI No. 9, 2014) .

Jenis dari klinik ada dua, yaitu klinik pratama dan klinik utama, diuraikan sebagai berikut.

a. Klinik pratama

Klinik pratama merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar yang dilayani oleh dokter umum dan dipimpin oleh seorang dokter umum. Berdasarkan perizinannya klinik ini dapat dimiliki oleh badan usaha ataupun perorangan.

b. Klinik utama

Klinik utama merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik spesialisik atau pelayanan medik dasar dan spesialisik. Spesialisik berarti mengkhususkan pelayanan pada satu bidang tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ atau jenis penyakit tertentu. Klinik ini dipimpin seorang dokter spesialis ataupun dokter gigi spesialis. Berdasarkan perizinannya klinik ini hanya dapat dimiliki oleh badan usaha berupa CV, ataupun PT.

#### 4. Posyandu

Posyandu merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi. UKBM adalah wahana pemberdayaan masyarakat, yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola oleh, dari, untuk dan bersama masyarakat, dengan bimbingan dari petugas Puskesmas, lintas sektor dan lembaga terkait lainnya (Kemenkes RI, 2011).

Menurut Kemenkes (2011), manfaat penyelenggaraan Posyandu yaitu : 1) untuk mendukung perbaikan perilaku; 2) mendukung perilaku hidup bersih dan sehat; 3) mencegah penyakit yang berbasis lingkungan dan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi; 4) mendukung pelayanan Keluarga Berencana; 5) mendukung pemberdayaan keluarga dan masyarakat dalam penganeekaragaman pangan melalui pemanfaatan pekarangan.

Menurut Kemenkes (2011), jenjang Posyandu dibagi menjadi empat tingkatan berdasarkan tingkat perkembangan Posyandu sebagai berikut.

a. Posyandu Pratama

Posyandu Pratama adalah Posyandu yang belum mantap, yang ditandai oleh kegiatan bulanan Posyandu belum terlaksana secara rutin serta jumlah kader sangat terbatas yakni kurang dari lima orang.

b. Posyandu Madya

Posyandu Madya adalah Posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata jumlah kader sebanyak lima orang atau lebih, tetapi cakupan kelima kegiatan utamanya masih rendah, yaitu kurang dari 50%.

c. Posyandu Purnama

Posyandu Purnama adalah Posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata jumlah kader sebanyak lima orang atau lebih, cakupan kelima kegiatan utamanya lebih dari 50%, mampu menyelenggarakan program tambahan, serta telah memperoleh sumber pembiayaan dari dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang pesertanya masih terbatas yakni kurang dari 50% KK di wilayah kerja Posyandu.

d. Posyandu Mandiri

Posyandu Mandiri adalah Posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata jumlah kader sebanyak lima orang atau lebih, cakupan kelima kegiatan utamanya lebih dari 50%, mampu menyelenggarakan program tambahan, serta telah memperoleh sumber pembiayaan dari dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang pesertanya lebih dari 50% KK yang bertempat tinggal di wilayah kerja Posyandu.

Lembaga-lembaga pelayanan kesehatan tersebut di atas berada di setiap wilayah provinsi yang tugasnya adalah memberi pelayanan kesehatan berdasarkan amanah konstitusi UUD 1945 yang dijabarkan ke setiap peraturan di bawahnya sebagaimana Gambar 7.1 hierarki di atas.

[Halaman ini sengaja dikosongkan]



# BAB 8

## ASPEK KEBIJAKAN KESEHATAN 1

### A. Aspek Geografi

Dalam pembuatan kebijakan kesehatan berbagai aspek-aspek yang berkenaan mendukung sebuah kebijakan harus menjadi perhatian khusus dan penuh perhatian serta pertimbangan. Aspek yang menjadi perhatian dan pertimbangan khusus adalah terkait keadaan geografi Indonesia, ruang lingkup dan keadaan geografis Indonesia. Lebih jelasnya, kajian aspek pertimbangan teoretisnya akan diuraikan sebagai berikut.

#### 1. Pengertian Geografi

Kata geografi berasal dari bahasa Yunani, yaitu “*geo*” yang berarti bumi dan “*grafhein*” yang berarti tulisan. Secara garis besar geografi berarti tulisan tentang bumi. Oleh sebab itu, geografi sering juga disebut ilmu bumi. Akan tetapi, yang dipelajari dalam ilmu geografi bukan hanya mengenai permukaan bumi, melainkan juga hal yang ada di permukaan bumi, di luar bumi, bahkan benda-benda yang ada di luar angkasa. Geografi dapat didefinisikan sebagai ilmu yang mempelajari atau mengkaji bumi dan segala yang ada di atasnya, seperti penduduk, flora, fauna, iklim, dan segala interaksinya.

Di bawah ini akan dijelaskan beberapa definisi-definisi menurut pakar atau ahli, yaitu sebagai berikut.

- a. Geografi adalah ilmu kausal yang mempelajari gejala-gejala di muka bumi beserta permasalahannya melalui pendekatan

geografis, ekologi, dan pendekatan terhadap manusia untuk program pembangunan jangka panjang, proses pembangunan dan menunjang pembangunan (Bintaro, 1981).

- b. Geografi adalah kelompok manusia dan organisasinya di muka bumi (Maurice Le Lannou, 1959).
- c. Geografi adalah interaksi antar ruang (Ullma, 1954).
- d. Paul Claval (1976) berpendapat bahwa “geografi selalu ingin menjelaskan gejala-gejala.

Dalam pandangan aspek di atas pengambil kebijakan berupaya untuk dapat memahami bahwa dalam kebijakan kesehatan harus ada suatu perhatian khusus bahwa manusia adalah sebagai bagian dari pengisi suatu wilayah atau geografi. Jumlah penduduk dan tingkat kepentingan hajat hidup orang banyak untuk sebuah kesehatan harus berimbang. Sebagai contoh; di wilayah kepulauan geografisnya tidak sama dengan sebuah daratan yang luas begitu juga dengan penduduk. Atas dasar itu, pelayanan kesehatan harus bisa mengkaji geografis, apakah itu sumber daya manusia medisnya atau sarana prasarana.

## **2. Ruang Lingkup Geografi**

Sementara itu, seluruh objek kajian geografi dapat dibedakan atas dua aspek utama, yaitu aspek fisik dan aspek sosial. Aspek fisik antara lain meliputi aspek kimiawi, biologis, astronomis, dan sebagainya, sedangkan aspek sosial antara lain meliputi aspek antropologis, politis, ekonomis, dan sebagainya. Aspek dan unsur ini harus menjadi pertimbangan dengan lingkup geografinya. Apalagi berhubungan dengan aspek kimiawi yang berhubungan langsung dengan alam dan juga dengan limbah.

Maka untuk itu. Dalam pembuatan kebijakan haruslah dikaji permasalahan lingkungan hidup. Oleh karena itu, jika dipandang dari segi teori lingkungan hidup, bumi dikelompokkan menjadi tiga lingkungan, antara lain sebagai berikut.

1. Lingkungan fisik adalah segala sesuatu yang ada di sekitaran manusia yang berupa makhluk tak hidup, seperti tanah, udara, air dan sinar matahari.

2. Lingkungan biologis adalah segala sesuatu yang ada di sekitaran manusia yang berupa makhluk hidup, seperti binatang, tumbuhan, dan juga manusia.
3. Lingkungan sosial adalah segala sesuatu yang ada di sekitaran manusia yang berwujud tindakan atau aktivitas manusia baik dalam hubungannya dengan lingkungan alam maupun hubungan antar manusia.

### **3. Geografi di Indonesia**

Kondisi geografi Indonesia yang merupakan negara kepulauan dengan lebih dari 17.000 pulau dan dengan wilayah lautan yang amat luas, merupakan salah faktor penghambat bagi pemerintah dalam berupaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin di daerah yang letaknya terpencil, dikarenakan untuk menjangkau daerah terpencil tersebut dibutuhkan sarana transportasi dan komunikasi dengan biaya operasional yang tinggi, sementara pemerintah kita belum mampu menyediakannya.

Sedangkan letak Indonesia yang berada di daerah tropis merupakan reservoir yang tepat bagi berkembang biaknya berbagai penyakit malaria, TB Paru, dan lain-lain, yang juga banyak menyerang masyarakat miskin. Penyakit Malaria menyebar cukup merata di seluruh kawasan Indonesia, yang paling banyak terdapat di luar Jawa-Bali. Di beberapa tempat merupakan daerah endemis malaria. Perkembangan penyakit malaria dalam beberapa tahun lalu cenderung meningkat di semua wilayah, mulai tahun 2001 sudah mulai terjadi penurunan. Untuk penyakit TB Paru menurut Suskernas 2001, TB Paru menempati urutan ke-3 penyebab kematian umum. WHO memperkirakan Indonesia merupakan negara dengan kasus TB Paru terbesar ke-3 di dunia.

### **B. Aspek Kekayaan Alam**

Dalam Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 33 ayat 3 disebutkan bahwa bumi dan air dan kekayaan alam yang terkandung di dalamnya dikuasai negara dan dipergunakan untuk sebesar-besarnya kemakmuran rakyat. Berdasarkan amanah UUD 1945 tersebut, sejatinya tugas negara adalah memakmurkan rakyatnya, melindungi segenap bangsa Indonesia dan

seluruh tumpah darah untuk memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa. Lebih jelasnya pengulasan di atas akan dipaparkan sebagai berikut.

## 1. Ruang Lingkup Kekayaan Alam

Kekayaan alam adalah sumber daya alam yang berbentuk fisik. Kekayaan tersebut dapat berupa organik dan nonorganik. Indonesia adalah negara dengan banyak sumber daya alam, hal ini disebabkan karena letak geografis Indonesia yang diapit oleh dua benua dan dua samudera. Selain itu, tanah di Negara Indonesia terkenal dengan kesuburannya. Hal ini, disebabkan karena negara Indonesia memiliki banyak gunung api, dampak yang ditimbulkan dari gunung api itulah membuat tanah menjadi subur.

Kekayaan alam di Indonesia dapat dibagi menjadi lima jenis, yaitu sebagai berikut.

### a. Berdasarkan pemulihannya

Kekayaan alam berdasarkan pemulihannya terbagi menjadi dua, yaitu:

- 1) Sumber daya alam yang dapat diperbarui adalah sumber daya alam yang dapat dikembangkan, dapat berkembang biak. Seperti tanaman-tanaman hasil pertanian dan tanaman-tanaman hasil perkebunan.
- 2) Sumber daya alam yang tidak dapat diperbarui adalah sumber daya alam yang membutuhkan waktu ratusan tahun dalam pembentukannya. Seperti hasil bumi (batu bara, minyak bumi, gas, timah, tembaga, nikel, dan lain-lain).

### b. Berdasarkan sifatnya

Kekayaan alam berdasarkan sifatnya terbagi menjadi dua, yaitu:

- 1) Sumber daya alam organik adalah sumber daya alam yang berasal dari makhluk hidup. Seperti hewan ternak dan tanaman hasil pertanian serta perkebunan.
- 2) Sumber daya alam anorganik adalah sumber daya alam yang berasal dari jasad makhluk hidup yang telah mati atau dari benda mati. Seperti air yang digunakan sebagai sumber tenaga listrik.



- c. Berdasarkan kegunaannya
- Sumber daya alam berdasarkan kegunaannya dibagi menjadi dua bagian antara lain:
- 1) Sumber daya alam yang dipakai sebagai bahan baku. Seperti padi, kopi, kayu jati, dan lain sebagainya.
  - 2) Sumber daya alam yang dipakai sebagai sumber energi. Seperti air, minyak bumi, gas alam, dan lain sebagainya.
- d. Berdasarkan nilai gunanya
- Sumber daya alam berdasarkan nilainya dibagi menjadi tiga bagian, yaitu:
- 1) Nonekonomis adalah jenis sumber daya alam yang tidak membutuhkan uang untuk mendapatkannya. Seperti air yang digunakan sebagai pembangkit tenaga listrik.
  - 2) Ekonomis adalah sumber daya alam yang membutuhkan sedikit uang untuk mendapatkannya. Seperti sayur-sayuran dan hewan ternak.
  - 3) Eknomis tinggi adalah sumber daya alam yang memiliki nilai uang yang sangat tinggi untuk mendapatkannya. Seperti minyak bumi, batu bara, gas alam, kayu jati, dan lain sebagainya.
- e. Berdasarkan lokasinya
- Kekayaan alam berdasarkan lokasi dibagi menjadi dua bagian, yaitu:
- 1) Daratan. Seperti hasil pertanian dan perkebunan, batu bara, hewan ternak, dan lain-lain.
  - 2) Lautan. Seperti ikan, terumbu karang, garam, dan lain-lain.

## **2. Kekayaan Alam di Indonesia**

Kekayaan alam di Indonesia bisa dibilang melimpah, mulai dari sumber daya alam sampai sumber daya mineral. Sumber daya mineral adalah hasil bumi seperti emas, tembaga, platina, nikel, timah, batu bara, dan larva. Larva adalah energi panas yang tersimpan dalam batuan di bawah permukaan bumi dan fluida yang terkandung di dalamnya.

Sumber energi panas bumi yang potensial dan bernilai ekonomis hanya berada dil okasi-lokasi tertentu dengan kondisi geologi yang

khas. Jika di suatu lokasi ditemukan fumarole dan mata air panas, maka sudah pasti di bawahnya ada sumber panas bumi yang membuat temperatur air tanah meningkat dan membuatnya keluar ke permukaan tanah sebagai mata air panas.

Potensi kekayaan alam di Indonesia mulai dari kekayaan laut, darat, bumi dan kekayaan alam lainnya. Kekayaan sumber daya alam tersebut sebagian telah dimanfaatkan untuk memenuhi kebutuhan bangsa Indonesia dan sebagian lainnya masih berupa potensi yang belum dimanfaatkan karena keterbatasan seperti kemampuan teknologi dan ekonomi.

Oleh karena itu, semua kekayaan alam sebagaimana disebutkan di atas dikuasai oleh negara yang dipergunakan untuk kepentingan hidup rakyat sebaik-baiknya. Dan untuk mewujudkan maksud tersebut maka segenap warga negara Indonesia diwajibkan untuk menjaga dan melindungi kelestarian alam sebagaimana yang diamanahkan UUD 1945.

## **C. Aspek Kependudukan**

Penduduk adalah semua orang yang berdomisili dalam sebuah negara atau wilayah atau daerah. Dalam Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2006 dijelaskan pengertian orang bangsa Indonesia Asli adalah warga negara Indonesia sejak kelahirannya dan tidak pernah menerima kewarganegaraan lain atas kehendak sendiri. Sedangkan dalam UUD 1945 Pasal 26 ayat (1) telah diamanatkan bahwa yang menjadi warga negara ialah orang-orang bangsa Indonesia asli dan orang-orang bangsa lain yang disahkan dengan Undang-Undang sebagai warga negara.

Lebih jelasnya mengenai pengertian kependudukan dan sebagainya akan diuraikan sebagai berikut.

### **1. Pengertian Kependudukan**

Istilah kependudukan sangat berhubungan demografi. Kata demografi berasal dari bahasa Yunani yaitu "*demos*" yang berarti rakyat atau penduduk, dan "*grafein*" yang berarti menulis. Secara garis besar demografi adalah ilmu yang mempelajari tentang rakyat atau penduduk.

Berikut definisi demografi menurut para ahli.

- a. Johan Suszmlch (1762) berpendapat, demografi adalah ilmu yang mempelajari hukum Illahi dalam perubahan-perubahan pada umat manusia yang tampak dari kelahiran, kematian dan pertumbuhannya.
- b. Achille Guillard mengatakan, demografi adalah ilmu yang mempelajari segala sesuatu dari keadaan dan sikap manusia yang dapat diukur.
- c. Goerge W. Barcly mengemukakan, demografi adalah ilmu yang memberikan gambaran yang menarik dari penduduk yang digambarkan secara statistik. Demografi mempelajari tingkah laku keseluruhan dan bukan tingkah laku perorangan.
- d. Philip M. Hauser & Dudley Duncan berpendapat, demografi mempelajari tentang jumlah, persebaran territorial dan komposisi penduduk serta perubahan-perubahannya dan sebab-sebab perubahan tersebut.

Dari beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa demografi adalah ilmu yang mempelajari tentang keadaan penduduk yang di dalamnya berkaitan dengan kelahiran, kematian, migrasi sehingga menghasilkan suatu keadaan dan komposisi penduduk menurut umur dan jenis kelamin tertentu.

## **2. Ruang Lingkup Kependudukan**

Masalah kependudukan sangat memengaruhi kesejahteraan dan perkembangan suatu negara. Masalah kependudukan dapat dikategorikan sebagai suatu masalah nasional yang besar dan memerlukan pemecahan segera. Hal ini terkait dengan lima masalah pokok yang berkaitan dengan satu sama lainnya, antara lain:

- a. jumlah penduduk yang tinggi;
- b. tingkat pertumbuhan yang tinggi;
- c. penyebaran penduduk yang tidak merata;
- d. komposisi umur penduduk yang timpang;
- e. masalah mobilitas penduduk.

Penduduk adalah individual yang tinggal atau menetap pada suatu daerah dalam jangka waktu yang lama. Dengan kata lain, penduduk adalah semua orang yang berdomisili di wilayah tertentu dalam kurun waktu selama enam bulan atau lebih, yang berkurang dari enam bulan tetapi bertujuan untuk menetap.

Jumlah penduduk di suatu wilayah dipengaruhi oleh tiga komponen, antara lain sebagai berikut.

a. Kelahiran

Kelahiran dapat diartikan sebagai hasil reproduksi yang nyata dari seorang wanita atau sekelompok wanita. Dengan kata lain, fertilitas menyangkut banyaknya bayi yang lahir hidup. Maksudnya lahir hidup (*live birth*). Menurut UN & WHO adalah kelahiran seorang bayi tanpa memperhitungkan lamanya di dalam kandungan, di mana bayi menunjukkan tanda-tanda kehidupan, misal bernapas, ada denyut jantungnya atau denyut tali pusat atau gerakan-gerakan otot. Apabila pada waktu lahir tidak ada tanda kehidupan disebut lahir mati (*still birth*).

b. Kematian

Kematian adalah peristiwa menghilangnya semua tanda-tanda kehidupan secara permanen yang bias terjadi kalau sudah terjadi kelahiran hidup. Dengan demikian, keadaan selalu didahului keadaan hidup. Sedangkan hidup selalu didahului dengan lahir hidup (*live birth*).

c. Mobilitas

Mobilitas penduduk dapat dibagi menjadi dua yaitu penduduk yang permanen atau migrasi atau perpindahan penduduk nonpermanen. Jadi, migrasi adalah perpindahan penduduk yang melintasi batas wilayah asal menuju batas wilayah lain melampaui batas politik atau negara ataupun batas administratif atau batas bagian dalam suatu negara dengan tujuan menetap.

Asepek-aspek kependudukan dan geografis sebagaimana disebut di atas harus menjadi perhatian dan pertimbangan khusus dalam berbagai merumuskan kebijakan kesehatan khususnya. Atas dasar itu semua kekayaan alam dapat dimanfaatkan dengan sebaik-baiknya untuk kesejahteraan rakyat Indonesia.



# BAB 9

## ASPEK KEBIJAKAN KESEHATAN 2

### A. Aspek Keadilan

Dalam berbagai hal, termasuk pembuatan kebijakan kesehatan harus menganut aspek keadilan bagi setiap rakyat Indonesia. Suatu aspek keadilan yang berhubungan dengan kebijakan kesehatan, harus dimulai dari awal yaitu sebelum kebijakan diberlakukan. Artinya oleh aspek keadilan ini berhubungan dengan geografi dan kependudukan sebagaimana disebutkan pada paparan bab delapan sebelumnya, yaitu di mana letak geografi wilayah dan jumlah penduduk suatu daerah menjadi dasar aspek keadilan terhadap kebijakan, terutama dalam aspek layanan kesehatan.

Suatu aspek keadilan tersebut, sebagaimana telah disebutkan dalam Pancasila sebagai dasar negara, bahwa keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Demikian halnya dengan aspek keadilan dalam pembuatan dan pengimplementasian kebijakan kesehatan, harus dapat mengikuti amanah konstitusi dasar negara tersebut.

Walaupun hari ini, masih ditemukan aspek ketidakadilan di berbagai aspek pelayanan publik, tapi diharapkan lambat laun aspek ketidakadilan dalam kebijakan pelayanan publik tersebut dapat teratasi dengan suatu pendekatan bahwa pemerintah akan selalu aktif untuk bisa melakukan monitoring dan evaluasi kebijakan publik termasuk kebijakan kesehatan.

Beberapa pandangan kajian teoretis dalam aspek ketidakadilan ini dapat disandarkan pada pendapat Aristoteles bahwa keadilan dibagi

ke dalam dua macam keadilan yaitu keadilan distributif dan komutatif. Keadilan distributif adalah keadilan yang memberikan kepada tiap orang porsi menurut prestasinya. Keadilan komutatif memberikan sama banyaknya kepada setiap orang tanpa membeda-bedakan prestasinya.

Keadilan distributif Aristoteles ini berlaku dalam kesehatan bukan berdasarkan atas hubungan prestasi masyarakat dengan kesempatan mendapatkan pelayanan kesehatan, akan tetapi lebih ditonjolkan bahwa setiap kasus-kasus yang sama memiliki penanganan atau pelayanan kesehatan yang sama, dan kasus yang satu dengan yang lain dapat berbeda pelayanan kesehatannya sesuai dengan kebutuhan masing-masing kasus yang ditangani.

Keadilan komutatif Aristoteles dalam hal kesehatan menunjukkan bahwa tidak adanya pembedaan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Setiap masyarakat berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan mulai dari promotif sampai dengan rehabilitatif sesuai keadaannya.

Hal ini sesuai dengan Pasal 2 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Pasal 2 Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang intinya adalah penyelenggaraan kesehatan harus adil dan merata dengan pembiayaan yang terjangkau kepada seluruh masyarakat. Lebih jauh, Pasal 2 Undang-Undang No. 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial mengatakan bahwa asas keadilan adalah dalam penyelenggaraan kesehatan sosial harus menekankan pada aspek pemerataan, tidak diskriminatif dan keseimbangan antara hak dan kewajiban.

Teori keadilan yang memiliki arti persamaan terhadap pemenuhan hak kesehatan seperti teori keadilan Aristoteles yaitu teori keadilan oleh John Rawls. John Rawls dipandang sebagai perspektif "*liberal-egalitarian of social justice*", berpendapat bahwa keadilan adalah kebajikan utama dari hadirnya institusi-institusi sosial (*social institutions*). Kebajikan bagi seluruh masyarakat tidak dapat mengesampingkan atau menggugat rasa keadilan dari setiap orang yang telah memperoleh rasa keadilan, khususnya masyarakat lemah pencari keadilan. John Rawls mengembangkan gagasan mengenai prinsip-prinsip keadilan dengan menggunakan sepenuhnya konsep ciptaannya yang dikenal dengan posisi asli (*original position*) dan selubung ketidaktahuan (*veil of ignorance*).

## B. Aspek Privatisasi

Privatisasi berupa transfer suatu fungsi, kegiatan atau organisasi dari sektor publik ke sektor swasta lahir di banyak negara Dunia Ketiga dalam perkawinan antara tiga hal, yaitu: (1) pergeseran ideologi yang terjadi sejak kemerdekaan negara-negara tersebut dari kekuasaan kolonial; (2) tekanan-tekanan eksternal untuk melakukan reformasi ekonomi yang dilakukan oleh lembaga-lembaga donor bilateral di tingkat internasional; (3) menurunnya kemampuan negara dalam membiayai program-program pembangunan mereka yang semakin besar melalui sektor publik (Cowan, 1990).

Kebijakan privatisasi umumnya diselenggarakan di bawah *calim* keberhasilannya mendorong pembangunan ekonomi negara-negara sedang berkembang. Bukti-bukti kebenarannya, sebagaimana yang ditunjukkan oleh para proponennya, dapat ditemukan pada semakin banyak jumlah negara yang berhasil melakukannya. Negara-negara di kawasan Amerika Tengah dan Karibia, Meksiko, Ghana, dan Malaysia adalah contoh dari beberapa negara yang disebut Cowan berhasil melakukan kebijakan privatisasi untuk mendorong pembangunan ekonomi.

Salah satu di antara butir-butir kritik paling penting adalah privatisasi merupakan pencerminan dari perubahan struktur nilai sistem demokrasi barat yang belum tentu dapat ditransfer ke dalam pengalaman negara-negara sedang berkembang. Keinginan negara-negara maju untuk meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya mereka melalui transfer sektor ekonomi yang produktif dari kekuasaan negara ke tangan swasta melupakan kebutuhan akan efek distributif dari setiap kebijakan negara bagi seluruh masyarakat.

Di bawah sistem politik yang bersifat sentralistik, yang kita temukan di banyak negara sedang berkembang, privatisasi yang berlebihan dapat mengancam kesatuan bangsa yang sampai saat ini pada umumnya masih menjadi masalah sangat penting di negara-negara itu. Untuk itu memahami dengan lebih jelas tentang bagaimana mekanisme industrialisasi dan privatisasi pelayanan kesehatan memengaruhi kesejahteraan masyarakat, terutama kesejahteraan masyarakat miskin, konteks mondial yang melatarbelakangi munculnya kebijakan

industrialisasi dan privatisasi pelayanan kesehatan di negara-negara sedang berkembang perlu dipahami.

### **C. Aspek Bantuan Internasional**

Bantuan Internasional disebut juga dengan bantuan luar negeri, yang artinya suatu negara dibantu oleh negara lain. Bantuan luar negeri adalah bantuan yang bantuan luar negeri dalam praktik hubungan internasional realitanya ternyata tidak murni hanya membantu suatu negara saja. Dalam sejarahnya banyak bantuan luar negeri yang diinisiasi oleh *state* ataupun *nonstate actor* yang digunakan untuk mencapai kepentingan aktor tersebut.

Bantuan luar negeri pada umumnya tidak hanya ditujukan untuk kepentingan ekonomi politik jangka pendek tetapi untuk prinsip-prinsip kemanusiaan atau pembangunan ekonomi jangka panjang. Jangka panjang yang dimaksud yaitu dapat membantu menjamin beberapa tujuan ekonomi atau politik dari negara pendonor yang tidak didapatkan dengan cara diplomasi atau propaganda atau kebijakan publik.

Kebijakan bantuan luar negeri merupakan tindakan pemerintah yang berhubungan dengan bantuan grants, pinjaman/utang, dan bantuan untuk pembangunan. Contoh hambatan perdagangan dalam ekonomi internasional adalah sebagai berikut.

1. Subsidi ekspor adalah pembayaran oleh pemerintah dalam jumlah tertentu kepada suatu perusahaan atau perseorangan yang giat menjual produk ke luar negeri.
2. Kuota impor merupakan pembatasan langsung atas jumlah barang yang boleh diimpor. Pembatasan ini diberlakukan oleh negara kepada pihak yang mengimpor suatu produk yang terdapat ketentuan jumlah yang boleh diimpor dan tidak melebihi jumlah maksimal.
3. Voluntary Export Restaint (VER) atau bisa disebut pengekanan ekspor secara sukarela merupakan bentuk pembatasan kuota atas jangkauan atau tingkat intensitas hubungan perdagangan internasional yang dikenakan oleh pihak negara pengeksport bukan pengimpor.



4. Persyaratan kandungan lokal merupakan suatu pengaturan yang mensyaratkan bahwa bagian-bagian tertentu dari suatu produk secara fisik harus dibuat di dalam negeri, atau menggunakan bahan baku komponen setempat.

Bantuan luar negeri adalah salah satu instrumen kebijakan yang tidak jarang digunakan dalam hubungan internasional. Secara umum bantuan luar negeri dapat didefinisikan sebagai transfer sumber daya satu pemerintah ke pemerintah lain yang dapat berbentuk barang atau jasa.

Bantuan luar negeri juga dapat diasosiasikan sebagai alat yang digunakan oleh negara-negara maju untuk memperluas pasarnya. Bantuan luar negeri identik dengan motif perdagangan, sehingga hal ini diistilahkan sebagai "*trade aid*". Bantuan luar negeri yang bermotif perdagangan ini, kerap kali muncul sebagai tindakan negara maju kepada negara berkembang agar mempermudah ekspor negara maju di negaranya. "*trade aid*" yang demikian juga pada kesempatan investasi yang diinginkan oleh negara maju kepada negara.

Menurut Holsti, definisi bantuan asing adalah sebagai pemindahan dana, barang, atau nasihat teknis dari satu negara donor kepada negara penerima yang merupakan sarana kebijakan yang telah digunakan dalam hubungan luar negeri. Hanya negara-negara besar yang dapat menggunakan bantuan asing sebagai sarana kebijaksanaan yang efektif untuk menopang diplomasi mereka, dan hal ini pun tidak menyalurkan bantuan dalam jumlah besar kepada semua negara yang masih kurang maju.

Lebih lanjut, Holsti membagi empat tipe utama bantuan asing, yaitu sebagai berikut.

1. Bantuan militer

Bantuan militer adalah bantuan yang memiliki keuntungan seperti penguasaan negara donor terhadap negara penerima bantuan. Ketergantungan yang terjadi tidak hanya pada negara penerima bantuan pada negara donor tetapi juga penerima bantuan tidak akan mampu mengoperasikan kekuatan militer secara efektif kecuali apabila negara donor memberikan bantuan latihan yang diperlukan, suku cadang dan pemeliharaan. Dengan cara seperti itu pengawasan

dalam penggunaan senjata memberikan sebuah jaminan bahwa negara penerima bantuan akan menggunakan kekuatan militernya dengan cara yang tidak bertentangan dengan kepentingan negara donor.

2. Bantuan teknik

Bantuan teknik merupakan bantuan yang terdapat beberapa orang yang memiliki keahlian khusus dari negara industri akan dikirim ke negara berkembang untuk memberikan bantuan dalam berbagai proyek pembangunan. Namun bantuan teknik tidak dibuat untuk menyebarkan pengetahuan dan keahlian.

3. *Grant* (hibah dan program impor komoditas)

Metode bantuan modal dan barang yang paling disukai adalah *grant* atau hadiah yang tidak memerlukan pembayaran kembali. Tetapi, pemberian hadiah seperti ini selalu menciptakan konflik bagi negara donor dan negara penerima bantuan. Karena pemerintah negara besar akan menggantikan *Grant* dengan pinjaman jangka panjang. *Grant* dalam bidang ekonomi sering dilakukan ketika negara penerima bantuan menghadapi keadaan darurat seperti ancaman militer mendadak, kelaparan, wabah penyakit maupun bencana alam.

4. Pinjaman pembangunan

Pinjaman merupakan bantuan dana dalam jangka pendek, tetapi negara penerima bantuan harus membayar kembali pinjaman serta bunga. Bantuan ini bersifat sementara, hanya pinjaman bilateral dan multilateral yang diberikan kepada negara penerima bantuan, dengan bunga lebih rendah dari pasar keuangan internasional baru dapat dipertimbangkan sebagai bantuan.

Terdapat empat motivasi atau kepentingan negara pendonor, yaitu sebagai berikut.

1. Motif kemanusiaan, yang bertujuan untuk mengurangi kemiskinan di negara dunia ketiga melalui dukungan kerja sama ekonomi.
2. Motif politik, yang memusatkan tujuan untuk meningkatkan image negara donor. Peraih pujian menjadi tujuan dari pemberian bantuan luar negeri baik dari politik domestik dan hubungan luar negeri donor.

3. Motif keamanan nasional, yang mendasar 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 memiliki sisi ekonomi.
4. Motif yang berkaitan dengan kepentingan nasional negara donor.

Berdasarkan pernyataan di atas dapat dinyatakan bahwa bentuk bantuan kesehatan dalam hubungan dengan internasional diberikan dalam berbagai perkembangan atau kebutuhan dalam negeri. Beberapa syarat layanan bantuan kesehatan luar negeri terhadap Indonesia, apabila; negara dalam keadaan darurat ekonomi, sosial, bencana alam, peperangan. Bentuk bantuan yang diberitakan bisa dalam bentuk bantuan langsung, hibah, utang/pinjaman luar negeri, bantuan medis atau sumber daya manusia lainnya.

[Halaman ini sengaja dikosongkan]



# BAB 10

## KEKUASAAN DAN PROSES KEBIJAKAN

### A. Pengertian Kekuasaan

Secara umum dapat dijelaskan bahwa kekuasaan berhubungan erat dengan kepemimpinan dalam pemerintahan. Di mana seseorang atau lembaga-lembaga negara telah diberi kepercayaan oleh konstitusi melalui undang-undang yang berlaku dalam hal mengelola, mengatur atau mengurus urusan pemerintahan dalam bernegara. Kekuasaan dalam kebijakan kesehatan memegang peranan sentral seperti apa kebijakan itu peruntukan, sangat dipengaruhi oleh kekuasaan.

Menurut Russel (1988) terdapat batasan umum dari kekuasaan yaitu merupakan produk pengaruh yang diharapkan. Ketika seseorang ingin memperoleh tujuan yang diinginkannya dan juga diinginkan oleh orang banyak, maka orang tersebut harus memiliki kekuasaan yang besar. Faktor pendorong yang menimbulkan keinginan berkuasa antara lain faktor eksplisit dan implisit yang berupa dorongan untuk memperoleh kekuasaan. Faktor eksplisit dari dalam diri seseorang, sedangkan faktor implisit adalah faktor dari luar yang memengaruhi seseorang untuk berkuasa.

Untuk lebih memahami kekuasaan dalam kebijakan kesehatan tersebut, mencoba mengkaji teoretis kekuasaan sebagaimana yang dikembangkan oleh Marx Weber, yaitu sebagai berikut.

Analisis terpenting dalam kajian Weber adalah Weber tidak mau mereduksi stratifikasi berdasarkan sudut pandang ekonomi, namun Weber memandang bahwa stratifikasi bersifat multidimensional.

Artinya adalah kajian Weber tidak hanya memberikan pengaruh pada kajian ekonomi, tetapi juga memberikan analisis terhadap aspek bidang keilmuan lainnya. Menurutnya masyarakat terstratifikasi berdasarkan ekonomi, status dan kekuasaan.

Kekuasaan terhadap manusia dapat dilakukan melalui pengaruh secara fisik dengan cara penghukuman maupun dengan cara memengaruhi opini melalui propaganda (Lukes, 1986). Propaganda merupakan jalur memperoleh kekuasaan yang sulit dikalahkan oleh lawan bila propaganda itu mampu menghasilkan suatu kesepakatan. Kekuasaan terdapat dalam bentuk kekayaan, tentara, pemerintahan, jasa dan pengaruh. Kekayaan bisa merupakan hasil kekuasaan dengan mempergunakan kekuatan tentara dan pengaruh. Sekarang kekuatan ekonomi yang menjadi sumber kekayaan adalah sumber asal semua jenis kekuasaan yang lain (Bouman, 1982).

Namun Weber kurang sependapat dengan pandangan tersebut. Ia mengatakan bahwa kekuasaan harus dilihat dari esensi masing-masing. Kekuasaan ekonomi belum tentu identik dengan kekuasaan yang lain. Orang mencari kekuasaan belum tentu karena ingin menjadi kaya raya. Orang mencari kekuasaan karena pertimbangan kehormatan. Kekuasaan dan kehormatan memerlukan jaminan dari adanya ketertiban berdasarkan hukum. Tertib hukum merupakan faktor tambahan penting untuk memperluas kekuasaan dan kehormatan meskipun tidak selamanya menjamin.

Weber (1947) menyatakan bahwa di dalam kekuasaan terdapat kemampuan untuk memaksakan kehendaknya kepada orang lain, walaupun orang tersebut melakukan perlawanan. Adanya kesempatan untuk merealisasikan kehendaknya pada orang lain dalam bentuk pemaksaan tanpa memedulikan apa pun yang menjadi dasar. Dengan kata lain, kekuasaan menurut Weber adalah kesempatan untuk menguasai orang lain.

Kemudian, Weber mengemukakan beberapa bentuk wewenang dalam kehidupan manusia yang menyangkut dengan kekuasaan. Menurut Weber, wewenang adalah kemampuan untuk mencapai tujuan-tujuan tertentu yang diterima secara formal oleh anggota-anggota masyarakat. Sedangkan kekuasaan dikonsepsikan sebagai suatu

kemampuan yang dimiliki seseorang untuk memengaruhi orang lain tanpa menghubungkannya dengan penerimaan sosialnya yang formal. Dengan kata lain, kekuasaan adalah kemampuan untuk memengaruhi atau menentukan sikap orang lain sesuai dengan keinginan si pemilik kekuasaan.

## **B. Prinsip dan Pola Kekuasaan**

Kekuasaan merupakan suatu hal yang mendukung atau menyukseskan dalam menjalankan fungsi dan peran kepemimpinan dari seorang pemimpin. Kekuasaan harus digunakan dengan sebaik-baiknya dalam melibatkan, mengarahkan dan memberdayakan orang lain untuk mau bekerja sama dengan pemimpin. Seorang pemimpin yang menyalahgunakan kekuasaan sehingga menunjukkan sikap dan perilaku pemimpin yang tidak berkepribadian baik, maka kemungkinan pemimpin tersebut akan menjadi sosok yang tidak akan disenangi dan tidak mendapat kepercayaan yang baik dari para bawahan atau pengikutnya.

Oleh Lee (2002) menjelaskan bahwa orang-orang terhormat memiliki sepuluh prinsip dasar kekuasaan, yaitu sebagai berikut.

### **1. Persuasi**

Dalam hal ini, kita tidak memperlakukan semua orang dengan sama. Orang-orang yang kita hargai merasa beda kalau berada bersama kita. Kita berinvestasi dalam diri mereka, kita perhatikan mereka, kita luangkan waktu bersama mereka, kita mendengarkan mereka, dan mengatakan kepada mereka bahwa kita ingin melakukan sesuatu atau ingin mereka melakukan sesuatu. Persuasi dimulai dari cara berpikir. Sedari awal, diasumsikan bahwa kita takkan harus “membujuk seseorang” untuk melakukan sesuatu. Diasumsikan bahwa kita harus memenangkan mereka. Diasumsikan bahwa kita rela membayar harga demi partisipasi mereka dan keterlibatan mereka. Diasumsikan bahwa mereka layak kita yakinkan.

### **2. Kesabaran**

Artinya, bila ingin mengembangkan kehormatan di mata orang-orang di sekeliling kita, maka kita harus bersabar, baik terhadap prosesnya maupun terhadap orangnya.

3. Kelembutan

Kelembutan artinya kita tidak kasar, keras, atau memaksa, terutama ketika berurusan dengan bidang-bidang yang sangat peka atau di mana pihak yang satunya sangat rentan. Dengan kelembutan, maka kita akan menghargai dan melayani semua orang.

4. Mau (bisa diajar)

Dengan kekuasaan yang dimiliki, maka harus bersikap rendah hati dan pengakuan di dalam diri sendiri dan terhadap mereka yang akan mengajari Anda. Pemimpin harus berasumsi bahwa dirinya tidak memiliki semua jawaban, wawasan yang luas, keterampilan yang memadai serta informasi yang akurat sehingga menimbulkan perbedaan pandangan, penilaian, dan pengalaman dari orang lain. Oleh karena itu, pemimpin harus memiliki pemikiran terbuka untuk mau diajar, ingin belajar dan mendengarkan berbagai pengetahuan atau informasi yang ada dimiliki oleh orang lain.

5. Sikap menerima

Kekuasaan sikap menerima itu besar karena tidak ada maksud-maksud tersembunyi, dan itu dinamakan sikap menerima tanpa syarat. Dengan adanya sikap menerima, terciptalah pengharapan yang memberi keyakinan positif tentang diri sendiri, keyakinan akan potensi yang dimiliki.

6. Kemurahan

Kemurahan artinya peka, peduli dan penuh pertimbangan. Pemimpin bertindak dengan pertimbangan, kesopanan, tata krama dan kepedulian yang tulus. Yang lain merasakan kemurahan hati pemimpin karena hal itu mewarnai keberadaan kita dan menjadi landasan dari semua interaksi kita.

7. Pengenalan

Pengenalan yang tepat tentang siapa seseorang itu akan memberikan dasar pertimbangan menyangkut niatnya, hasratnya, nilai-nilainya, dan impiannya, ketimbang terfokus pada perbuatannya semata-mata. Dengan pengenalan, akan berusaha mendapat informasi yang tepat tentang orang yang ingin Anda pengaruhi. Pemimpin harus meluangkan waktu melalui interaksi sederhana untuk mengenal orang yang ingin Anda pengaruhi.



#### 8. Disiplin

Disiplin artinya kita akui kesalahan-kesalahan yang diperbuat orang lain, dan kita akui kesalahan-kesalahan itu bukannya untuk menghancurkan mereka, melainkan dengan keyakinan bahwa mereka akan bangkit lagi dengan kuat dan lebih baik daripada sebelumnya. Disiplin yang efektif disini adalah konteks kepedulian sehingga tercipta kekuasaan yang terpusat pada prinsip yang menjadikan kasih, kelembutan, kemurahan dan penerimaan.

#### 9. Konsistensi

Bila ingin memiliki kekuasaan yang muncul ketika orang lain menghormati kita, kita harus berupaya hidup konsistensi. Konsistensi yang dimaksudkan disini adalah konsistensi pikiran dan perbuatan yang berasal dari seperangkat keyakinan dan nilai-nilai yang merupakan inti keberadaan kita. Yang lain akan menghormati kita, bila kita perlakukan mereka secara konsisten, artinya kita bersikap dari inti karakter kita, tidak berubah-ubah, tidak bersikap situasional atau berubah-ubah dalam penerimaan kita, kesabaran, kasih dan disiplin kita.

#### 10. Integritas

Integritas artinya berkomitmen untuk mencocokkan perkataan, perasaan, pikiran dan perbuatan agar kita hidup sesuai tanpa duplikasi. Semakin besar integritas, maka semakin besar kekuasaan yang dimiliki. Kita perhatikan sikap dapat dipercaya yang berakar dari karakter, siapa kita sesungguhnya, serta kompetensi apa yang dapat kita perbuat atau kemungkinan besar kita perbuat.

### **C. Tahapan Pembuatan Kebijakan Kesehatan**

Pendekatan yang paling sering digunakan untuk mengerti suatu proses kebijakan adalah yang disebut *stage heuristic*, yaitu memilah proses kebijakan tersebut ke dalam suatu rangkaian tingkatan dengan menggunakan teori dan model serta tidak mewakili apa yang terjadi pada keadaan yang sebenarnya. Menurut Pollard 2005 langkah-langkahnya adalah sebagai berikut.

1. Identifikasi masalah dan pengenalan akan hal-hal yang baru termasuk besar persoalan-persoalannya. Pada langkah ini

dieksplorasi bagaimana hal-hal yang menjadi perhatian masuk ke dalam agenda.

2. Formulasi kebijakan yang mengeksplorasi siapa saja yang terlibat dalam perumusan kebijakan, bagaimana kebijakan tersebut disepakati dan bagaimana akan dikomunikasikan.
3. Implementasi kebijakan. Tahap ini sering kali diabaikan namun demikian merupakan fase yang sangat penting dalam membuat suatu kebijakan, karena apabila kebijakan tidak diimplementasikan maka dapat dianggap keliru.
4. Evaluasi kebijakan di mana diidentifikasi apa saja yang termasuk hal-hal yang muncul dan tidak diharapkan dari suatu kebijakan.

Agenda-agenda dari kebijakan kesehatan didominasi oleh hal-hal yang spesifik yang berhubungan dengan kebutuhan yang dirasakan dalam kontes sistem kesehatan untuk menjawab persoalan kesehatan masyarakat, penyebab penyakit-penyakit atau hal-hal yang berhubungan dengan organisasi dan manajemen kesehatan. Contohnya, obat-obatan, peralatan, akses terhadap fasilitas kesehatan dan lain sebagainya (Leppo, 2001) (Fauzie Rahman, 2016).

Setiap kebijakan-kebijakan yang disebutkan di atas dipengaruhi oleh kekuasaan dalam berkonstitusi apakah melalui kepemimpinan dalam pemerintahan atau lembaga-lembaga resmi negara lainnya. Oleh kekuasaan ini, menjadi dasar utama dalam menata, mengatur dan mengurus segala bentuk dan model kebijakan publik.



# BAB 11

## **EVALUASI KEBIJAKAN KESEHATAN**

### **A. Pengertian Evaluasi Kebijakan Kesehatan**

Evaluasi kebijakan dapat diartikan sebagai proses memberikan penilaian terhadap kebijakan kesehatan yang telah dilaksanakan pada suatu periode atau waktu tertentu dengan menggunakan sejumlah instrumen yang telah disusun secara ilmiah dan akan mencoba untuk bisa memperoleh hasil dari evaluasi tersebut dapat diterima secara logis oleh publik.

Sasaran evaluasi kebijakan kesehatan adalah penyesuaian antara kebijakan yang berlaku dengan proses dan hasil kebijakan, apakah ada kesesuaian atau terjadinya bertolak belakang dengan perencanaan atau tujuan awal dari kebijakan kesehatan tersebut. Untuk mendapatkan hasil evaluasi yang sesungguhnya, maka pendekatan evaluasi atau penilaian dapat dilakukan dengan berbagai pendekatan tertentu, yang kiranya dapat terukur hasil dari kebijakan kesehatan tersebut.

Menurut Anderson dalam Winarno (2008:166), secara umum evaluasi kebijakan dapat dikatakan sebagai kegiatan yang menyangkut estimasi atau penilaian kebijakan yang mencakup substansi, implementasi dan dampak pelaksanaan kebijakan tersebut.

Menurut Lester dan Stewart (Winarno, 2008:166) evaluasi kebijakan dapat dibedakan ke dalam dua tugas yang berbeda, tugas pertama adalah untuk menentukan konsekuensi-konsekuensi yang ditimbulkan oleh suatu kebijakan dengan cara menggambarkan dampaknya. Sedangkan tugas kedua adalah untuk menilai keberhasilan

atau kegagalan dari suatu kebijakan berdasarkan standar atau kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya. Evaluasi kebijakan merupakan persoalan fakta yang berupa pengukuran serta penilaian baik terhadap tahap implementasi kebijakannya maupun terhadap hasil (*outcome*) atau dampak (*impact*) dari bekerjanya suatu kebijakan atau program tertentu, sehingga menentukan langkah yang dapat diambil di masa yang akan datang.

Evaluasi memiliki beberapa fungsi utama dalam analisis kebijakan. *Pertama* dan yang paling penting, evaluasi memberi informasi yang valid dan dapat dipercaya mengenai kriteria kebijakan yaitu, seberapa jauh kebutuhan, nilai dan kesempatan yang telah dapat dicapai melalui tindakan publik. Dalam hal ini, evaluasi mengungkapkan seberapa jauh tujuan dan target tertentu telah dicapai. *Kedua*, evaluasi memberikan sumbangan pada klarifikasi dan kritik terhadap nilai-nilai yang mendasari pemilihan tujuan dan target. Nilai diperjelas dengan mendefinisikan dan mengoperasikan tujuan dan target. Nilai juga dikritik dengan menanyakan secara sistematis kepantasan tujuan dan target dalam hubungan dengan masalah yang dituju. *Ketiga*, evaluasi memberi sumbangan pada aplikasi metode-metode analisis kebijakan lainnya, termasuk perumusan masalah dan rekomendasi. Informasi tentang tidak memadainya kinerja kebijakan dapat memberi sumbangan pada perumusan ulang masalah kebijakan. Evaluasi dapat juga menyumbang pada definisi alternatif kebijakan yang baru atau revisi kebijakan dengan menunjukkan bahwa alternatif kebijakan yang diunggulkan sebelumnya perlu dihapus dan diganti dengan yang lain (Bardach, E., 2008).

Evaluasi mempunyai dua aspek yang saling berhubungan; penggunaan berbagai macam metode untuk memantau hasil kebijakan publik, program, dan aplikasi serangkaian nilai untuk menentukan kegunaan hasil ini terhadap beberapa orang, kelompok, atau masyarakat secara keseluruhan. Perhatikan bahwa aspek yang saling berhubungan ini menunjukkan kehadiran fakta dan premis-premis nilai di dalam setiap tuntutan evaluatif. Namun banyak aktivitas yang diterangkan sebagai “evaluasi” dalam analisis kebijakan pada dasarnya bersifat *non-evaluatif* yaitu aktivitas-aktivitas tersebut terutama ditekankan pada produksi tuntutan *designative* (faktual) ketimbang tuntutan evaluatif.

Sehingga dibutuhkan suatu pendekatan untuk “penelitian evaluasi” atau “evaluasi kebijakan” (Bardach, E., 2008).

Evaluasi merupakan suatu mata rantai dari proses kebijakan publik, James P. Lester dan Joseph Stewart menjelaskan, bahwa evaluasi kebijakan ditujukan untuk melihat sebab-sebab kegagalan suatu kebijakan atau untuk mengetahui apakah kebijakan publik telah dijalankan meraih dampak yang diinginkan (James P. Lester & Joseph Stewart, dalam Budi Winarno).

Menurut Briant & White (dalam Samodra Wibawa, 1994: 63) evaluasi kebijakan pada dasarnya harus bisa menjelaskan sejauh mana kebijakan publik dan implementasinya mendekati tujuan. Pengertian evaluasi kebijakan yang dikemukakan oleh Briant & White di atas, mengarahkan penilaian evaluasi kebijakan dapat dilakukan pada tahap implementasi, dan implementasi dapat dinilai sejauh mana dampak dan konsekuensi-konsekuensi yang dihasilkan.

Sementara itu, Rossi & Freeman mengemukakan evaluasi:

*Evaluations are conducted to answer a variety of questions of related to that we have listed as the three focus of evaluation research: program conceptualization and design, program implementation (Monitoring and accountability) and program utility (impact and efficiency assessments).*

Pengertian evaluasi oleh Rossi & Freeman memberitahukan bahwa evaluasi program harus dapat menjawab beberapa pertanyaan dalam penelitian evaluasi yaitu: desain dan konseptualisasi program, implementasi program (monitoring dan akuntabilitas) serta kegunaan program (dampak dan efisiensi). Selanjutnya, menurut Rossi & Freeman (dalam Samodra Wibawa, 1994: 63).

Di dalam mengidentifikasi tujuan-tujuan evaluasi yang berbeda-beda dapat dilihat bagaimana suatu program dinilai gagal oleh suatu perangkat atau instrumen kriteria, sementara di pihak lain dianggap berhasil oleh kriteria lainnya (Suharyanto, dalam Deka Budianto, 2006 :15).

Menurut Samodra Wibawa (1994: 13-14), evaluasi bertujuan untuk memberikan informasi kepada pembuat kebijakan tentang bagaimana program-program mereka berlangsung. Serta menunjukkan faktor-faktor apa saja yang dapat dimanipulasi agar diperoleh pencapaian hasil

yang lebih baik, untuk kemudian memberikan alternatif kebijakan baru atau sekedar cara implementasi lain.

## **B. Tipe Evaluasi Kebijakan**

Secara umum suatu tipe dapat diartikan sebagai karakteristik khusus yang dimiliki sesuatu benda atau alat dan/atau bahan, di mana ia akan mencirikan khusus benda atau suatu alat atau bahan. Suatu tipe berguna untuk memberi kemudahan akses dalam proses evaluasi kebijakan kesehatan.

James Anderson dalam Winarno (2008: 229) membagi evaluasi kebijakan dalam tiga tipe, masing-masing tipe evaluasi yang diperkenalkan ini didasarkan pada pemahaman para evaluator terhadap evaluasi, sebagai berikut.

### **1. Tipe pertama**

Evaluasi kebijakan dipahami sebagai kegiatan fungsional. Bila evaluasi kebijakan dipahami sebagai kegiatan fungsional, evaluasi kebijakan dipandang sebagai kegiatan yang sama pentingnya dengan kebijakan itu sendiri.

### **2. Tipe kedua**

Merupakan tipe evaluasi yang memfokuskan diri pada bekerjanya kebijakan atau program-program tertentu. Tipe evaluasi ini lebih membicarakan sesuatu mengenai kejujuran atau efisiensi dalam melaksanakan program.

### **3. Tipe ketiga**

Tipe evaluasi kebijakan sistematis, tipe kebijakan ini melihat secara objektif program-program kebijakan yang dijalankan untuk mengukur dampaknya bagi masyarakat dan melihat sejauhmana tujuan-tujuan yang telah dinyatakan tersebut tercapai.

Menurut Edi Suharto (2012: 86), model-model yang umumnya digunakan dalam analisis kebijakan publik adalah sebagai berikut.

1. Model Prospektif adalah bentuk kebijakan yang mengarahkan kajiannya pada konsekuensi-konsekuensi kebijakan sebelum suatu kebijakan diterapkan. Model ini dapat disebut juga model prediktif.

2. Model Retrospektif adalah analisis kebijakan yang dilakukan terhadap akibat-akibat kebijakan setelah kebijakan diimplementasikan. Model ini biasa disebut model evaluatif, karena banyak melibatkan pendekatan evaluasi terhadap dampak-dampak kebijakan yang sedang atau telah diterapkan.
3. Model Integratif adalah model perpaduan antara kedua model di atas. Model ini kerap disebut sebagai model komprehensif atau model holistik, karena analisis dilakukan terhadap konsekuensi-konsekuensi kebijakan yang mungkin timbul, baik sebelum maupun sesudah suatu kebijakan dioperasikan.

### **C. Dimensi Evaluasi Kebijakan Kesehatan**

Dimensi adalah bagian atau ukuran yang diberlakukan terhadap evaluasi kebijakan kesehatan. Dan dapat saja dilihat dari proses mana kebijakan tersebut dievaluasi, bagaimana cara memulainya, dan bagaimana mengolah hasil evaluasi kebijakan tersebut.

Dampak dari kebijakan mempunyai beberapa dimensi dan semuanya harus diperhatikan dalam membicarakan evaluasi. Menurut Winarno (2002: 171-174) setidaknya ada lima dimensi yang harus dibahas dalam memerhitungkan dampak dari sebuah kebijakan. Dimensi-dimensi tersebut meliputi sebagai berikut.

1. Dampak kebijakan pada masalah-masalah publik dan dampak kebijakan pada orang-orang yang terlibat.
2. Kebijakan mungkin mempunyai dampak pada keadaan-keadaan atau kelompok-kelompok di luar sasaran atau tujuan kebijakan.
3. Kebijakan mungkin akan mempunyai dampak pada keadaan-keadaan sekarang dan yang akan datang.
4. Evaluasi juga menyangkut unsur yang lain yakni biaya langsung yang dikeluarkan untuk membiayai program-program kebijakan publik.
5. Biaya-biaya tidak langsung yang ditanggung oleh masyarakat atau beberapa anggota masyarakat akibat adanya kebijakan publik.

Evaluasi kebijakan secara sederhana menurut William Dunn dalam Agustino (2008:187), berkenaan dengan produksi informasi mengenai

nilai-nilai atau manfaat-manfaat kebijakan hasil kebijakan. Ketika ia bernilai bermanfaat bagi penilaian atas penyelesaian masalah, maka hasil tersebut memberi sumbangan pada tujuan dan sasaran bagi evaluator, secara khusus, dan pengguna lainnya secara umum. Hal ini dikatakan bermanfaat apabila fungsi evaluasi kebijakan memang terpenuhi dengan baik. Salah satu fungsi evaluasi kebijakan adalah harus memberi informasi yang valid dan dipercaya mengenai kinerja kebijakan.

#### **D. Analisis Kualitas Layanan Kesehatan**

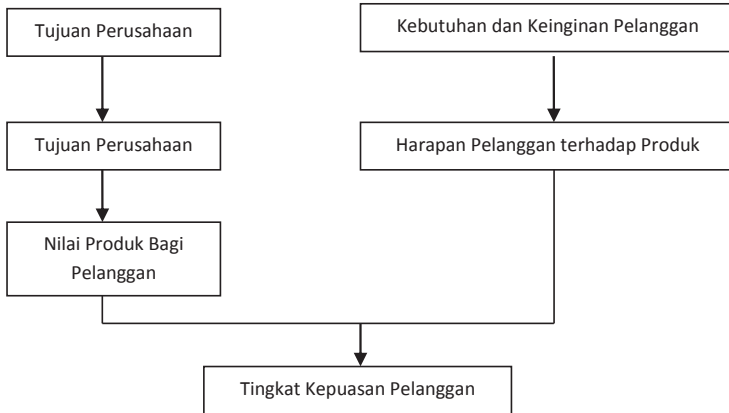
Dari dimensi-dimensi evaluasi kebijakan kesehatan sebelumnya seperti yang dibahas di atas maka kualitas layanan kesehatan tersebut perlu untuk diketahui, bagaimana mutu dalam proses pelayanan kebijakan kesehatan tersebut. Kualitas layanan menjadi tolok ukur kepuasan publik, di mana masyarakat harus dapat merasakan mutu dari setiap proses pelayanan kesehatan.

Azrul Azwar (1988: 40) mendefinisikan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, kelompok, dan ataupun masyarakat.

Azrul Azwar (1994: 21) menyatakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan adalah menunjuk pada tingkat kesempurnaan penampilan pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Oliver (dalam Koentjoro, 2007: 10) menyatakan bahwa kepuasan merupakan respons pelanggan terhadap dipenuhinya kebutuhan dan harapan. Berikut ini adalah Gambar 11.1 konsep kepuasan pelanggan.



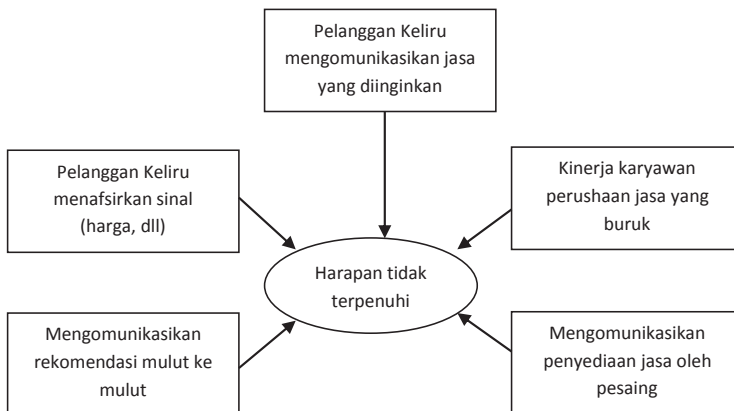


**Gambar 11.1** Konsep Kepuasan Pelanggan

Sumber: Fandy Tjiptono, 2005: 130

Kepuasan pelanggan terbentuk dari penilaian pelanggan terhadap kinerja suatu perusahaan dalam merumuskan tujuan dan manfaat produk atau pelayanan yang diberikan dalam memenuhi kebutuhan, keinginan, dan harapan pelanggan. Dengan demikian, kepuasan terjadi karena adanya suatu pemenuhan terhadap apa yang dibutuhkan dan diharapkan oleh pelanggan.

Dalam usaha memberikan pelayanan kepada pelanggan, pihak penyedia jasa tidak selamanya mampu memenuhi harapan pelanggan, karena penyebab utama tidak terpenuhinya harapan pelanggan dan hal ini sebagaimana divisualkan melalui Gambar 11.2 berikut.



**Gambar 11.2** Penyebab Utama Tidak Terpenuhinya Harapan Pelanggan

Sumber: Fandy Tjiptono, 2005:131

Salah satu penyebab tidak terpenuhinya harapan pelanggan adalah karena kesalahan pelanggan dalam mengomunikasikan jasa yang diinginkan. Pelanggan tidak mampu menyampaikan apa yang menjadi keinginan dan harapannya, sehingga hal ini berakibat penyedia layanan tidak mampu memenuhi apa yang menjadi harapan dari pelanggan.

Indeks Kepuasan Masyarakat adalah data dan informasi tentang tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif dan kualitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan publik dengan membandingkan antara harapan dan kebutuhannya (Keputusan MENPAN Nomor 25/2004).

Berdasarkan prinsip pelayanan sebagaimana telah ditetapkan dalam Keputusan MENPAN Nomor 25 Tahun 2004, terdapat 14 unsur minimal yang harus ada untuk dasar pengukuran indeks kepuasan masyarakat antara lain sebagai berikut.

1. Prosedur pelayanan.
2. Persyaratan pelayanan.
3. Kejelasan petugas pelayanan.
4. Kedisiplinan petugas pelayanan.
5. Tanggung jawab petugas pelayanan.
6. Kemampuan petugas pelayanan.
7. Kecepatan pelayanan.
8. Keadilan mendapatkan pelayanan.
9. Kesopanan dan keramahan petugas.
10. Kewajaran biaya pelayanan.
11. Kepastian biaya pelayanan.
12. Kepastian jadwal pelayanan.
13. Kenyamanan lingkungan.
14. Keamanan pelayanan.

Dari empat belas prinsip pelayanan di atas merupakan indikator dari keberhasilan implementasi kebijakan kesehatan yang berlaku dari pusat sampai ke daerah-daerah di mana diberlakukan kebijakan tersebut. Atas dasar itu pula evaluasi kebijakan kesehatan berbasas dari mutu setiap proses kebijakan pada saat diimplementasikan.



## GLOSARIUM

**Action-orientasi:** berorientasi pada tindakan.

**Amandemen:** perubahan resmi dokumen resmi atau catatan tertentu, terutama untuk memperbagusnya.

**Analisis kebijakan kesehatan:** pendekatan dalam upaya menemukan berbagai proses yang dianggap penting dalam merumuskan kebijakan kesehatan, sehingga menjadi kebijakan yang relevan dengan kebutuhan masyarakat untuk sebuah kesehatan.

**Artifisial:** tidak alami atau buatan.

**Demografis:** ilmu kependudukan adalah ilmu yang mempelajari dinamika kependudukan manusia.

**Desentralisasi:** penyerahan Kekuasaan Pemerintahan oleh Pemerintah Pusat kepada daerah otonom berdasarkan Asas Otonomi.

**Empiris :** ilmu pengetahuan yang dilakukan itu dengan berdasarkan data data eksperimental hasil pengamatan dan pengalaman.

**Epidemiologi:** ilmu yang mempelajari tentang sifat, penyebab, pengendalian, dan faktor yang memengaruhi distribusi penyakit.

**Geografis:** letak suatu daerah dilihat dari kenyataannya di muka bumi atau posisi daerah itu pada bola bumi.

**Good governance:** suatu penyelenggaraan manajemen pembangunan yang solid dan bertanggung jawab yang sejalan dengan prinsip demokrasi dan pasar yang efisien, penghindaran salah alokasi dana investasi dan pencegahan korupsi baik secara politik maupun secara administratif menjalankan disiplin anggaran serta penciptaan legal dan *politician framework* bagi tumbuhnya aktivitas usaha.

**Human interest:** kehidupan manusia.

**Implementasi kebijakan:** tahap di mana kebijakan itu diterapkan sebagai pendekatan untuk mencapai tujuan kebijakan kesehatan nasional.

**Inisiatif:** kemampuan untuk memutuskan dan melakukan sesuatu yang benar tanpa harus diberi tahu, mampu menemukan apa yang seharusnya dikerjakan terhadap sesuatu yang ada di sekitar, berusaha untuk terus bergerak untuk melakukan beberapa hal walau keadaan terasa semakin sulit.

**Interdependensi:** saling ketergantungan.

**Interest group:** kelompok kepentingan.

**Kebijakan kesehatan:** merupakan kebijakan publik yang mengatur kehidupan masyarakat dalam hajat hidup orang banyak dalam bidang kesehatan.

**Multidisipliner:** penggabungan beberapa disiplin untuk bersama-sama mengatasi masalah tertentu.

**Normatif:** membentuk dan memberlakukan norma atau kaidah.

**Original position:** posisi asli.

**Polio :** penyakit saraf yang dapat menyebabkan kelumpuhan permanen.

**Political figure:** tokoh politik.

**Problem-orientasi:** orientasi kepada masalah.

**Prosure group:** kelompok penekan.

**Psikologi:** ilmu yang mempelajari lebih dalam mengenai mental, pikiran, dan perilaku manusia.

**Proses kebijakan:** adalah cara dari kebijakan tersebut diinisiasikan, dikembangkan, diformulasikan, dan dinegosiasikan.

**Social institutions:** institusi-institusi sosial.

**Stage heuristic:** memilah proses kebijakan tersebut ke dalam suatu rangkaian tingkatan dengan menggunakan teori dan model serta tidak mewakili apa yang terjadi pada keadaan yang sebenarnya.

**Stakeholder:** pihak pemangku kepentingan atau beberapa kelompok orang yang memiliki kepentingan di dalam perusahaan yang dapat memengaruhi atau dipengaruhi oleh tindakan dari bisnis secara keseluruhan.

**Subjektif:** lebih kepada keadaan di mana seseorang berpikiran relatif, hasil dari menduga-duga, berdasarkan perasaan atau selera orang.

*Veil of ignorance*: selubung ketidaktahuan.

*Yudikatif*: lembaga yang memiliki tugas untuk mengawal serta memantau jalannya perundang-undangan atau penegakan hukum di Indonesia.

[Halaman ini sengaja dikosongkan]



## DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Wahab, Solichin. 2004. *Analisis Kebijakan dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Abidin, Said Zainal. 2012. *Kebijakan Publik*. Jakarta: Salemba Humika.
- Acheson, D. 1998. *Independent Inquiry Into Inequalities in Health*. London: The Stationary Office.
- Adisasmito, Wiku. 2010. *Sistem Kesehatan*. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Agustino, Leo. 2008. *Dasar-dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Agustino, Leo. 2012. *Dasar-dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.
- AKK. 2010. *Pedoman Ringkas Mata Kuliah Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Semester 1 S2 FKM USU*, Medan.
- Ashbough, H., Collins, D., and Lford, R., 2004. *Corporate Governance the Cost of Equity Capital*. Working Paper, University of Iowa.
- Ayuningtyas, Dumilah. 2015. *Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik*. Ed.1 Cet. 3. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Azwar, Azrul. 1994. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Edisi Ketiga, Ciputat. Tangerang: Binarupa Aksara.
- . 1996. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Bambra, C., Fox, D., & Scott-Samuel, A. 2005. *Towards a Politics of Health*. *Health Promotion International*.
- Bardach, E. 2008. *A Practical Guide for Policy Analysts: The Eightfold Path to More Effective Problem Solving*. Third Edition. CQ Press, pp. 1-10.

- Bouman, P.J. 1982. *Sosiologi Fundamental*, diterjemahkan oleh: Ratmoko, S.H. Jakarta: Djambatan.
- Brewer, G.D., P.deLeon. 1983. *The Foundation of Policy Analysis*. The Darsey: Press, Homewood.
- Cicourel, Aaron V. 2013. *Origin and Demise of Social-cultural Presentation of Delf from Birth to Death: Caregiver 'Scaffolding' Practices Necessary for Guilding and Sustaining Communal Social Structure Throughout the Life Cycle*. British Social Association. 2013.47:51.
- Darwis. 2003. *Aktivitas Sosial Ekonomi Masyarakat Nelayan Desa Kolo Kabupaten Bima*. Program Studi: Sosiologi Pedesaan. Program Pasca Sarjana. Universitas Muhammadiyah Malang.
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta.
- Kharisma, Dona Budi. 2018. *Sistem Kesehatan Daerah: Isu dan Tantangan Bidang Kesehatan di Indonesia*. Catatan untuk penulis:**
- Donkn, A., Goldblatt, P., & Lynch, K. 2002. *Inequalities in life expectancy by social class 1997-1999*. Health Statistics Quarterly. kota terbit dan penerbit mana ya?
- Dunn, W.N. 1988. *Analisa Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Hanindita.
- . 1994. *Public Policy Analysis: An Introduction*. New Jersey: Pearson. Education.
- Edward III, George C. 1980. *Implementing Public Policy*. Washington DC: Congressional Quarterly Press.
- Faiz, Pan Mohamad. Teori Keadilan John Rawls, dalam *Jurnal Konstitusi*. Volume 6 Nomor 1 (April 2009).
- Fitts, William H. 1971. *The Self Concept dan Self Actualization*. Western. Psychological Services Californ.
- Heywood, Andrew. 1999. *Political Theory: An Introduction*, Second Edition. New York: Palgrave.
- Humau, Frans Bertho Ricky. 2018. Implementasi Kebijakan dalam Penanganan Kekurangan Gizi di Provinsi NTT, *Jurnal Politik Kebijakan Kesehatan*.
- International Forum for the Defence of the Health of People. 2002. Health As An Essential Human Needs, A Right of Citizenship, and A Public Good: Health For All Is Possible and Necessary. *International Journal of Health Services*.



- Islamy, M. Irfan. 2000. *Prinsip-prinsip Perumusan Kebijakan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Jahidin, Ahid., Hakim, Buraerah H.Abd., Bahar, Burhanuddin. 2012. *Faktor Determinan yang Mempengaruhi Alternatif Pemilihan Persalinan Dukun Beranak di Kecamatan Limboro Kabupaten Polewali Mandar*.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia. 1991. Jakarta: Balai Pustaka.
- Kent Buse, Nicolas Mays dan Gill Walt, 2005. *Making Health Policy*. England: Open University Press.
- Kingdon, John W. 1984. *Agendas, Alternative, and Public Policies*. Boston: Little Brown.
- Koentjoro, Tjahjono. 2007. *Regulasi Kesehatan Indonesia*. Yogyakarta: Andi.
- Lukes, S. 1986. *Power*. Basil Blackwell Ltd, Worcester, UK.
- Mills, Anne & Lucy Gilson. 1990. *Ekonomi Kesehatan untuk Negara-Negara Sedang Berkembang*. Terjemahan, Jakarta: Depkes RI.
- Muttaqien, Raisul. 2011. *Teori Umum tentang Hukum dan Negara (Terjemahan, Hans Kelsen "General Theory of Law and State")*. Bandung: Nusa Media.
- Nasikun. 2003. *Privatisasi Sistem Pelayanan Kesehatan dan Implikasinya Bagi Perumusan Agenda Penelitian dan Kebijakan Publik*.
- Nurhayati, dkk. Implementasi Kebijakan Pelayan Kesehatan Masyarakat Miskin Nonkuata. *Jurnal Administari Publik*. (AJP). Vol. 1 No. 6.
- Palutturi, S., Rutherford, S., Davey, P., & Chu, C. 2013. *Healthy Cities Implementation In Indonesia: Challenges and Determinants of Successful Partnership Development At Local Government Level*. Brisbane, Australia: Griffith University.
- Parson, Wayne. 2011. *Public Policy, Pengantar Teori dan Praktik Analisis Kebijakan*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Perpres No. 72 Tahun 2012.
- Prasetyo, Budi. 2008. *Politik Kebijakan Proses Politik dalam Arena Kebijakan*. Surabaya: Lutfansah Mediatama.
- Pratikno. 2007. Governance dan Krisis Teori Organisasi, *Jurnal Administrasi dan Kebijakan Publik*. Vol. 12, No. 2, pp. 1–18.
- Priatna, Amin. 2008. *Analisis Implementasi Kebijakan Kesejahteraan Dosen pada Universitas Pendidikan Indonesia*. Disertasi (tidak dipublikasikan). Program Pasca Sarjana Universitas Negeri Jakarta.

Catatan untuk penulis:  
kota terbit dan penerbit mana ya?

- Pribadi, Nukhan Wicaksana. 2004. *Perilaku Keagamaan Masyarakat Perumahan (Studi Kasus Warga RW XII Kelurahan Lutusrejo Kecamatan Lowokwaru Kota Mlang)*. Program Pascasarjana. Universitas Muhammadiyah Malang.
- Rahman, Fauzie. 2016. *Dasar-dasar Manajemen Kesehatan*. Banjarmasin: Pustaka Banua.
- Rofiq A, M. Abdul. 2008. *Tindakan Sosial Mantan Tenaga Kerja Indonesia*. Magister Sosiologi. Program Pascasarjana. Universitas Muhammadiyah Malang.
- Russel, E.W. 1988. *Soil Condition and Plant Growth. Eleventh Edition. Longman Scientific & Tehnical*. New York: The United States with John Wiley & Sons. pp. 138-151.
- Sjamsuddin, Nazaruddin. 1993. *Dinamika Politik Indonesia*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Soekanto, Soerjono. 1984. *Pengantar Penelitian Hukum*. Jakarta: UI Press.
- Subarsono, AG. 2011. *Analisis Kebijakan Publik: Konsep, Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Suharto, Edi. 2010. *Analisis Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.
- . 2012. *Analisis Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Sukarna. 1993. *Sistem Politik Indonesia, Jilid 4"*. Bandung: Mandar Maju.
- Sulismadi & Sofwani, Ahmad. 2011. *Ilmu Sosial dan Budaya Dasar (ISBD)*. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang.
- Susanto, Eko., Mubasysyir Hasanbasri (2006). *Utilisasi Sarana Pelayanan Kesehatan, Studi Analisis Data Susenas 2004*. Working Paper Series No. 23 Juli 2006. Yogyakarta: Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Universitas Gadjah Mada.
- Tambunan, Toman S. 2015. *Pemimpin dan Kepemimpinan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Tarigan, Robinson. 2004. *Perencanaan Pembangunan Wilayah*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Tjiptono, Fandi. 2005. *Strategi Pemasaran*. Yogyakarta: Andi Offset.
- UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- UU RI No. 23 Tahun 1991 tentang Kesehatan.
- Van Apeldoorn, L.J. 1996. *Pengantar Ilmu Hukum*. Jakarta: Pradnya Paramita.

- Wibawa, Samodra, dkk. 1994. *Evaluasi Keijakan Publik*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Widianto, Bambang, Pirous, Iwan Meulia. 2009. *Perspektif Budaya: Kumpulan Tulisan Koentjaraningrat*. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Winarno, Budi. 2012. *Kebijakan Publik: Teori, Proses, dan Studi Kasus*. Yogyakarta: CAPS.
- Young, Oran R, Simamora, Sahat. 1984. *Sistem Ilmu Politik*. Jakarta: BINA AKSARA.
- [https://academia.edu/36242310/DIANA\\_DWI\\_KUSUMA\\_DEWI\\_-\\_MAKA\\_LAH\\_KETAHANAN\\_NASIONAL](https://academia.edu/36242310/DIANA_DWI_KUSUMA_DEWI_-_MAKA_LAH_KETAHANAN_NASIONAL). 08 Juli 2020.
- [https://www.academia.edu/5173848/Siklus\\_Kebijakan\\_Sebuah\\_Model\\_Sederhana\\_dari\\_Proses\\_Kebijakan](https://www.academia.edu/5173848/Siklus_Kebijakan_Sebuah_Model_Sederhana_dari_Proses_Kebijakan). 17 Juni 2020.
- <https://images.app.goo.gl> 08 Juli 2020.
- <https://images.app.goo.gl> 08 Juli 2020.
- [http://kadek-suwartana.blogspot.com/2012/10/normal-0-false-false-false-en-us-x-none\\_3338.html](http://kadek-suwartana.blogspot.com/2012/10/normal-0-false-false-false-en-us-x-none_3338.html) 16 Juni 2020
- <http://viskypasaribu.blogspot.com/2015/07/masalah-kebijakan-kesehatan.html> 16 Juni 2020.
- <http://rulandmundung.blogspot.com/2017/11/pengertian-lingkup-dan-metode-analisis.html> 18 Juni 2020.

[Halaman ini sengaja dikosongkan]



# INDEKS

## A

Acheson 49.  
Aristoteles 71, 72.  
Azwar 6, 89.

## B

Bambra 33, 48, 49.  
Bardach 84, 85.  
Bouman 76.  
Budi praseto 59.  
Buse 51, 52, 57.

## C

Cowan 73.

## D

Darwis 39.  
Dunn 5, 13, 16, 23, 29, 88.

## E

Ekonomi 5, 12, 24, 25, 26, 35, 36, 37,  
48, 49, 50, 51, 72, 73, 75, 76.

## F

Fandy 90, 91.

## I

Implementasi 3, 19, 22, 23, 24, 28, 30,  
31, 57, 58, 59, 81, 83, 85, 86, 87.

## L

Lasswell 26, 27, 28.  
Lukes 75.

## N

Nallari 56.

## O

Organisasi 2, 3, 11, 27, 30, 36, 37,  
42, 43, 51, 52, 57, 58, 59, 60, 67,  
72, 81, 89.  
Orietas 1, 7, 17, 22.

## R

Rossi 85, 86.

## S

Suharto 1, 87.  
Suryandari 35.

## T

Taringan 36.

## W

Weber 75, 76, 77.  
Wibawa 85, 86.  
Winarno 52, 83, 85, 86, 88.

[Halaman ini sengaja dikosongkan]

## BIODATA PENULIS



**Prof. Adjunct. Dr. Marniati, S.E., M.Kes.,** dilahirkan di Lhok Nibong, Kabupaten Aceh Timur pada 25 Mei 1981. Sosok wanita muda dan penuh prestasi ini, ia merupakan Rektor Universitas Ubudiyah Indonesia (UUI), dengan segudang prestasinya dalam memimpin Universitas Ubudiyah Indonesia, pada tahun 2015 ia mendapatkan Penghargaan Gelar Profesor Adjunct dari University Malaysia

Perlis. Penganugerahan Gelar Profesor Adjunct baginya merupakan Rahmat Allah Swt. semata-mata atas rasa syukur dari kerja kerasnya memimpin Universitas Ubudiyah Indonesia, sejak menjadi Ketua STIKes hingga menjadi Rektor Universitas Ubudiyah Indonesia, baginya penghargaan Gelar Prof. Adjunct merupakan Gelar Penghargaan bersifat Internasional dan tidak mudah untuk meraihnya.

Gelar Doktornya diraih dari Universitas Sumatera Utara tahun 2020 dengan konstrasi Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan Predikat **Com Laude** (pujian). Gelar Magister Kesehatan Masyarakat diraihnya di Universitas yaitu Universitas Sumatera Utara tahun 2010. Gelar Sarjana Ekonomi diraihnya dari Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Syiah Kuala tahun 2004. Dalam pengembangan kariernya sebagai akademisi dan Rektor Univeristas Ubudiyah Indonesia (UUI) selain aktif mengajar di kampus yang dipimpinya, ia melakukan berbagai penelitian yang berhubungan kesehatan masyarakat guna untuk membantu pemerintah

dalam bidang kesehatan yang kiranya bermanfaat bagi masyarakat dari hasil-hasil penelitiannya tersebut.

Marniati juga aktif melakukan berbagai inovasi dan terobosan untuk U'Budiyah, misalnya menggandeng kerja sama dengan berbagai institusi perguruan tinggi dalam dan luar negeri. Hasil kerja sama itu antara lain dituangkan dalam bentuk Memorandum of Understanding (MoU) dan Letter of Intent (LoI) yang memuat serangkaian program seperti kerja sama di bidang penelitian dan publikasi ilmiah, kerja sama antarperpustakaan, program double degree, beasiswa bagi dosen U'Budiyah, program TV digital dan *cyber university*.

Berbagai penghargaan yang diraihnya, yaitu tahun 2013 memperoleh: (1) Certified Education and Educator Indonesia Award 2013, Instansi Pusat Rekor Indonesia; (2) Platinum Indonesia Award Category Best Service Excellent, Instansi Platinum Award. Tahun 2014 ia juga memperoleh: (1) ASEAN Best Executive Award 2014, Instansi International Human Resources Development Program (IRDP); (2) International Award in Field of Human Resources (IAHR) 2014, Instansi International Human Resources Development Program (IRDP); (3) Good Education Governance Award Indonesia Best 50 Trusted School 2014, Instansi Vienna Communication; (3) Indonesia Creative Leader Award, Instansi Pusat Rekor Indonesia; (4) Innovative Figure Award, Instansi Indonesia Achievement Award; (5) The Best 10 Trusted School, Instansi Indonesia Achievement Award; (6) The Most Inspiring Educator of the Year 2014, Instansi Vienna Communication; (7) Indonesia Professional Award Year 2014, Instansi Pusat Rekor Indonesia; (8) The Best Education Figure of The Year 2014, Instansi Vienna Achievement; (9) Indonesia Profesional Award (IPA) Category reputation Institution of the years, Instansi Profesional Award; (10) International Foundation ASEAN Best Executive Award Category The Best International Human Resource, Instansi IHRDP; (11) International Award in field of Human Resource Category The best International Human Resource Development Program, Instansi IHRDP; (12) Best Indonesia Islamic Business Category Best Indonesia Islamic Business, Instansi Indonesia Achievement Award.

Selanjutnya Tahun 2015, ia juga memperoleh; (1) Anugerah Khas, Instansi University Malaysia Perlis; (2) Special Recognition Award



2015, Instansi European Women Inventor and Innovator Network (EUWIIN), London, UK; (3) Outstanding Leader Award, Instansi Asia Invention Association (AIA), Korea Selatan; (4) Professor Adjunct, Instansi University Malaysia Perlis, Malaysia; (5) Cut Nyak Dhien Award 2015, Instansi Cut Nyak Dhien Award. Kemudian pada tahun 2016 ia juga memperoleh; (1) Indonesia School Award Best of The Best 2016, Instansi Masterpiece Award; (2) Indonesia Excellent Quality Award Category Leading University of Quality Education Program of The Year, Instansi Venna Event Award.

Dalam pengembangan kariernya, ia aktif di berbagai organisasi profesi dan organisasi sosial: menjabat Wakil Ketua Ikatan Wanita Pengusaha Indonesia (IWAPI) Aceh, Ia juga sebagai Pengurus Asosiasi Perguruan Tinggi Swasta Indonesia (APTISI) Aceh. Berbagai kebijakan yang diambil telah memberi banyak perubahan, misalnya menghidupkan budaya akademik di lingkungan U'Budiyah melalui serangkaian seminar ilmiah tentang kesehatan. Perubahan itu disambut positif oleh pihak Yayasan U'Budiyah yang kemudian meningkatkan intensitas dalam menggenjot pembangunan fisik kampus di kampus baru di kawasan Desa Tibang berhampiran dengan Hutan Taman Kota.

Pada bulan Mei 2005, Marniati melangsungkan pernikahan dengan Dedi Zefrizal, S.T. Kebahagiaan mereka kian lengkap setelah dikaruniai seorang anak yang diberi nama Devin Caisario Zefrizal pada 2006. Kini Devin bersekolah di SD Bunga Matahari Internasional. Dan ditambah lagi lahir putri keduanya bernama Fatima Eysel Zefrizal.

