

ISBN: 978-623-6883-33-4



MODUL

KEBIJAKAN KESEHATAN

**Untuk Mahasiswa Kesehatan Masyarakat
Dilengkapi Hasil Penelitian Dosen**

Dr. Rossi Suparman, drg, M.Kes.

Cecep Heriana, SKM, MPH.

PRAKATA

Puji dan syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmatNya saya dapat menyelesaikan buku teks ini. Kemudian shalawat serta salam saya panjatkan kepada nabi Muhammad SAW pada para keluarga sahabatnya dan kita selaku pengikut ajarannya. Aamiin..

Penyusunan buku ini telah melawati waktu yang cukup panjang hampir satu tahun lebih, dan akhirnya dapat terselesaikan meskipun penuh dengan keterbatasan. Buku ini disusun berdasarkan atas silabus mata kuliah dasar Kebijakan Kesehatan di Program Studi Kesehatan Masyarakat. Penulis menyusun buku ini dengan bahasa yang sederhana dengan harapan mudah dimengerti dan difahami oleh pembaca. Dan dapat mendukung referensi bagi mahasiswa Kesehatan Masyarakat khususnya yang akan menghadapi era Uji Kompetensi yang dimulai pada tahun 2017 ini. Selain itu yang menjadi pembeda dalam buku ini dengan buku yang lainnya adalah dilengkapi dengan hasil penelitian dosen tentang kebijakan kesehatan.

Penulis menyadari buku ini jauh dari kesempurnaan, maka penulis sangat terbuka untuk mendapatkan saran dan masukan dalam rangka perbaikan buku ini. Semoga kehadiran buku ini dapat menjadi kontribusi penulis dalam memajukan pendidikan kesehatan masyarakat di Indonesia

Kuningan, Juli 2020

Penulis

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
BAB I DASAR – DASAR KEBIJAKAN KESEHATAN	4
A. Pengertian Kebijakan Kesehatan.....	4
B. Ruang Lingkup Kebijakan Kesehatan	7
1. Kebijakan kesehatan (health policy)	7
2. Hukum Kesehatan (health law).....	7
3. Ekonomi kesehatan (health economic).....	7
4. Manajemen tenaga kesehatan (health man power)	7
5. Administrasi rumah sakit (hospital administration)	8
C. Jenis – Jenis Kebijakan Kesehatan	8
D. Anatomi Kebijakan Kesehatan	9
BAB II PROSES PEMBUATAN KEBIJAKAN	11
A. Proses Penyusunan atau Pengembangan Kebijakan	11
1. Agenda Setting/ Pembuatan Agenda	11
2. Formulasi Kebijakan.....	12
B. Pendekatan dalam Pembuatan Kebijakan	14
C. Model – Model Pembuatan Kebijakan	17
1. Model Perumusan Kebijakan	17
2. Model yang digunakan dalam Mengambil Kebijakan.....	18
3. Keuntungan dari Model Kebijakan Kesehatan	18
3. Langkah – langkah dalam Aplikasi Model Kebijakan Kesehatan.....	19
4. Model Pengembangan Kebijakan	19
BAB III FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHIIMPLEMENTASI KEBIJAKAN	25
A. Faktor Kontekstual yang Mempengaruhi Kebijakan	25
1. Faktor situasional,	25
2. Faktor struktural,	25

3. Faktor budaya	26
4. Faktor internasional atau exogenous.....	27
BAB IV KERANGKA ANALISIS KEBIJAKAN.....	28
A. Arti Analisis Kebijakan	28
B. Ruang Lingkup Analisis Kebijakan.....	29
C. Peran Analisis Kebijakan	30
D. Kategori dan Tujuan Analisis Kebijakan	30
E. Analisis Kebijakan : Kerangka yang Terintegrasi	31
F. Bentuk Analisis Kebijakan	32
1). Model Prospektif	33
2) Model Retrospektif	33
3). Model Integratif	34
G. Pendekatan Analisis Kebijakan	34
H. Model Analisis Kebijakan	35
I. Analisis Kebijakan dalam Proses Pembuatan Kebijakan.....	36
BAB V MASALAH KEBIJAKAN	39
A. Pengertian Masalah Kebijakan	39
B. Sifat – Sifat Masalah Kebijakan	41
1. Sifat – sifat Masalah Kebijakan, adalah sebagai berikut :.....	41
2. Teknik Perumusan Masalah (Fase-fase Perumusan Masalah Kebijakan) :	41
C. Karakteristik Masalah Kebijakan.....	42
BAB VI METODE PERUMUSAN MASALAH KEBIJAKAN	Error! Bookmark not defined.
A. Metode Perumusan Masalah	43
1. Analisis Klasifikasi	43
2. Analisis Hierarki.....	44
3. Analisis Brainstorming.....	44
4. Analisis Batas.....	44
5. Analisis perpektif ganda	44
6. Metode-Metode Perumusan Masalah.....	44

BAB VII ADVOKASI SEKTOR KESEHATAN.....	46
A. Pengertian dan Ruang Lingkup Advokasi Kebijakan.....	49
B. Fungsi dan Peran Advokasi	51
C. Kerangka Kerja Advokasi.....	51
1. Proses Legislasi dan Yuridiksi.....	51
2. Proses Politik dan Birokrasi	52
3. Proses Sosialisasi dan Mobilisasi.....	52
D. Aplikasi Bentuk Advokasi (Global Health Council, 2003).....	52
1. Mobilisasi.....	52
2. Terlibat dalam Proses Legislasi	53
3. Menggunakan Media sebagai Penyalur Suara	53
E. Pemantauan dan Evaluasi Advokasi.....	54

BAB I

DASAR – DASAR KEBIJAKAN KESEHATAN

Standar Kompetensi

Mahasiswa mampu memahami Dasar – dasar Kebijakan Kesehatan

Tujuan Intruksional Umum

Mahasiswa mampu menjelaskan Dasar – dasar Kebijakan Kesehatan

Tujuan Intruksional Khusus

1. Mahasiswa dapat menjelaskan Pengertian kebijakan kesehatan
2. Mahasiswa dapat menjelaskan Ruang lingkup kebijakan kesehatan
3. Mahasiswa dapat menjelaskan Jenis – jenis kebijakan kesehatan
4. Mahasiswa dapat menjelaskan Anatomi kebijakan kesehatan

A. Pengertian Kebijakan Kesehatan

Ilmu kebijakan adalah ilmu yang mengembangkan kajian tentang hubungan antara pemerintah dan swasta, distribusi kewenangan dan tanggung jawab antar berbagai level pemerintah, hubungan antara penyusunan kebijakan dan pelaksanaannya, ideologi kebijakan makna reformasi kesehatan. Ilmu manajemen digunakan dalam ilmu kebijakan yaitu dalam perencanaan dan pelaksanaan kebijakan kesehatan, teori dan konsep manajemen tidak dapat diabaikan.

Kebijakan sering diartikan sebagai sejumlah keputusan yang dibuat oleh mereka yang bertanggung jawab dalam bidang kebijakan tertentu seperti di bidang kesehatan, lingkungan, pendidikan atau perdagangan. Orang-orang yang menyusun kebijakan disebut dengan pembuat kebijakan. Kebijakan dapat disusun di semua tingkatan pemerintah pusat atau daerah, perusahaan multinasional atau daerah, sekolah atau rumah sakit. Orang-orang ini kadang disebut pula sebagai elit kebijakan satu kelompok khusus dari para pembuat kebijakan yang berkedudukan tinggi dalam suatu organisasi dan sering memiliki hubungan istimewa dengan para menteri dalam kabinet, yang semuanya dapat berhubungan dan bertemu dengan para petinggi perusahaan multinasional atau badan internasional, seperti Organisasi Kesehatan Dunia (WHO).

Kebijakan publik mengacu kepada kebijakan pemerintah. Sebagai contoh: Thomas Dye (2001) menyatakan bahwa kebijakan umum segala sesuatu yang dipilih oleh pemerintah untuk dilaksanakan atau tidak. Ia berpendapat bahwa

kegagalan untuk membuat keputusan atau bertindak atas suatu permasalahan juga merupakan suatu kebijakan.

Kebijakan kesehatan dapat meliputi kebijakan publik dan swasta tentang kesehatan, yaitu :

- a. Kebijakan (*Policy*): Sejumlah keputusan yang dibuat oleh mereka yang bertanggung jawab dalam bidang kebijakan tertentu.
- b. Kebijakan Publik (*Public Policy*): kebijakan – kebijakan yang dibuat oleh pemerintah atau negara.
- c. Kebijakan Kesehatan (*Health Policy*): Segala sesuatu untuk mempengaruhi faktor –faktor penentu di sektor kesehatan agar dapat meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat; dan bagi seorang dokter kebijakan merupakan segala sesuatu yang berhubungan dengan layanan kesehatan.

Sistem kebijakan secara keseluruhan merupakan pola institusional dimana kebijakan dibuat, terdiri dari kebijakan-kebijakan, stakeholder, dan lingkungan (Dumn, 1981). Terdapat tiga pola yang telah ditetapkan, meskipun hal ini jarang dalam bentuk yang sebenarnya (Van der Grinten, 1996). Walaupun dikembangkan untuk diaplikasikan dalam yurisdiksi politik, prinsip-prinsip yang ada dapat diterapkan untuk organisasi seperti perusahaan dan asosiasi profesional.

Pertama, pada sistem yang ekstrim, sistem kebijakan ***unicentric***, dimana kebijakan ditentukan oleh satu otoritas, pemerintahan secara umum, semuanya powerful, menjadi penting dengan hanya mengambil satu keputusan yang meliputi keseluruhan sistem. Hasilnya adalah sistem regulasi dimana pemerintah mengalokasikan dan mengkoordinasikan tugas-tugas. Contohnya adalah pemerintahan totalitarian di Asia selatan.

Kedua, pada ekstrim yang lain adalah sistem kebijakan ***mulicentric***, secara esensial merupakan marketplace, dimana banyak pihak yang terlibat. Pemerintah bertugas sebagai wasit, pengawas standar minimal mutu, fasilitator dari kehendek para pelaku pasar yang hanya ikut bila memberi keuntungan. Keadaan ini banyak ditemukan di negara-negara yang menganut sistem demokrasi.

Ketiga, sistem kebijakan tipe intermediate adalah sistem plucentric dimana model ini merupakan sebuah jaringan. Power dibagi sejumlah aktor yang interdependent meliputi pemerintah, pekerja, dan buruh yang harus bekerja sama dalam mencapai berbagai tujuan-tujuan mereka. Keberhasilan kebijakan hanya

dapat dicapai bila di dukung sepenuhnya oleh para pelaku. Ini adalah “**system policy neocorporatist**” yang telah diterapkan di Jepang dan Jerman pada dekade ini.

Sistem kebijakan negara dipengaruhi bagaimana partisipasi dalam interaksi pengambilan kebijakan. Hal tersebut juga ditentukan pentingnya hubungan mereka, dan yang menjadi penting untuk ahli untuk menjalin komunikasi. Tetapi hal pertama keterlibatan partisipants harus diidentifikasi. Pelaku yang paling penting adalah para politis, pegawai negeri, staf ahli, dan yang berminat.

WHO membedakan peran negara dan pemerintah sebagai pelaksana di bidang kesehatan, yaitu sebagai pengarah (*stewardship atau oversight*), *regulator* (yang melaksanakan kegiatan regulasi, ibaratnya fungsi sebagai wasit), dan yang dikenakan regulasi (pemain). Fungsi *stewardship* atau *oversight* ini terdiri dari tiga aspek utama:

- a. Menetapkan, melaksanakan dan memantau aturan main dalam sistem kesehatan.
- b. Menjamin keseimbangan antara berbagai pelaku utama (*key player*) dalam sektor kesehatan (terutama pembayar, penyediaan pelayanan dan pasien).
- c. Menetapkan perencanaan strategik bagi seluruh sistem kesehatan.

Karena begitu strategik dan pentingnya sektor kesehatan, *World Health Organization* (WHO) menetapkan 8 elemen yang harus tercakup dan menentukan kualitas dari sebuah kebijakan kesehatan, yaitu :

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

Partisipatori, partisipasi masyarakat akan meningkat efesensial dan efektivitas kebijakan, karena melalui partisipasi masyarakat dapat dibangun *collective action* (aksa bersama masyarakat) yang akan menjadi kekuatan pendorong dalam pengimplementasian kebijakan dan penyelesaian masalah.

Kebijakan publik yang sehat, yaitu setiap kebijakan harus diarahkan untuk mendukung terciptanya pembangunan kesehatan yang kondusif dan berorientasi kepada masyarakat.

- a. Ekuitas, yaitu harus terdapat distribusi yang merata dari layanan kesehatan. Ini berarti negara wajib menjamin pelayanan kesehatan setiap warga tanpa memandang status ekonomi maupun status sosialnya.
- b. Efisiensi, yaitu layanan harus berorientasi proaktif dengan mengoptimalkan biaya dan teknologi.
- c. Kualitas, artinya pemerintah harus menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi seluruh warga negara.
- d. Pemberdayaan masyarakat, terutama pada daerah terpencil, dan daerah perbatasan untuk mengoptimalkan kapasitas sumber daya yang dimiliki. Pemberdayaan ini dilakukan dengan mengoptimalkan *social capital*.
- e. *Self-reliant*, kebijakan kesehatan yang ditetapkan sebisa mungkin dapat memenuhi keyakinan dan kepercayaan masyarakat akan kapasitas kesehatan di wilayah sendiri.

B. Ruang Lingkup Kebijakan Kesehatan

Ruang lingkup administrasi kebijakan kesehatan secara umum meliputi :

1. Kebijakan kesehatan (health policy)

Kebijakan kesehatan membahas tentang penggarisan kebijaksanaan pengambilan keputusan, kepemimpinan, public relation, penggerakan peran serta masyarakat dalam pengelolaan program – program kesehatan.

2. Hukum Kesehatan (health law)

Hukum kesehatan membahas tentang peraturan atau perundangan di bidang kesehatan meliputi : undang – undang kesehatan, hospital by law, informed consent, dan sebagainya.

3. Ekonomi kesehatan (health economic)

Ekonomi kesehatan membahas tentang konsep pembiayaan kesehatan, asuransi kesehatan, analisis biaya, dan sebagainya.

4. Manajemen tenaga kesehatan (health man power)

Manajemen tenaga kesehatan membahas tentang perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan, motivasi tenaga kesehatan, kinerja tenaga kesehatan , dan sebagainya.

5. Administrasi rumah sakit (hospital administration)

Administrasi rumah sakit membahas tentang organisasi dan manajemen rumah sakit, manajemen SDM rumah sakit, manajemen keuangan rumah sakit, manajemen logistic, dan sebagainya.

C. Jenis – Jenis Kebijakan Kesehatan

Ada tiga jenis kebijakan yaitu: Penelitian kebijakan (policy study), ringkasan kebijakan (policy brief) dan memo kebijakan (policy memo), (Young dan Quinn, 2002; Suharto, 2004b). Pengertian dan perbedaan ketiganya digambarkan oleh Tabel 1.1.

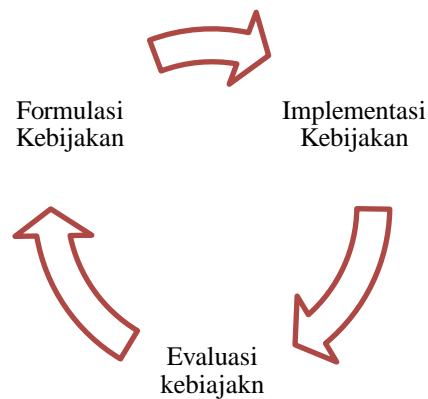
Tabel 1. Jenis-jenis Kebijakan

Perbedaan	Penelitian Kebijakan	Ringkasan kebijakan	Memo kebijakan
Audien/Sasaran	Spesialisasi kebijakan	Pembuat keputusan	Beragam stakeholder
Fokus	Value-driven: Rekomendasi umum & analisis isu-isu kebijakan	Audience-driven: Pesan kebijakan khusus untuk stakeholder	Audience-driven: Pesan kebijakan untuk stakeholder kunci
Konteks isu	Desimulasi dan debat mengenai hasil-hasil penelitian kebijakan	Digunakan untuk tujuan advokasi dan lobi	Digunakan untuk tujuan advokasi dan lobi
Metodologi	Dapat memuat penelitian primer	Jarang memuat penelitian primer	Jarang memuat penelitian primer
Bahasa	Sangat akademis/teknis	Harus jelas	Harus jelas
Panjang	Maksimum 60 halaman	Antara 6-15hari	Maksimal 2 halaman

D. Anatomi Kebijakan Kesehatan

Anatomi kebijakan terdiri dari perencanaan pelaksanaan dan evaluasi, yang dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 1. Anatomi kebijakan



Latihan Soal :

1. Apa definisi Kebijakan Kesehatan ?
 - a. Ilmu yang mempelajari aplikasi penelitian yang ditunjukkan untuk memperoleh pemahaman yang lebih mendalam terhadap isu-isu sosial-teknis dan diarahkan untuk memperoleh pemahaman yang lebih baik
 - b. Ilmu yang mengembangkan kajian tentang hubungan antara pemerintah dan swasta, distribusi kewenangan dan tanggung jawab antar berbagai level pemerintah, hubungan antara penyusunan kebijakan dan pelaksanaannya, ideologi kebijakan makna reformasi kesehatan
 - c. Sesuatu yang dinamis dan lengkap dari dimensi fisik, mental, sosial dan sepiritual
 - d. Salah semua
2. Sebutkan elemen menurut WHO yang menetapkan yang harus tercakup dan menentukan kualitas dari sebuah kebijakan kesehatan ?
 - a. Pro aktif, Inklusif, Bekerja sama, Berpandangan luas dan ke depan, Akuntabilitas dan demokrtasi dsb

- b. Pendekatan holistik, Partisipatori, Kebijakan publik yg sehat, Ekuitas, Efisiensi, Kualitas, Pemberdayaan Masyarakat, dan Self-reliant
 - c. Semua Benar
 - d. Semua Salah
3. Sebutkan jenis- jenis Kebijakan kesehatan ?
- a. Fokus populasi, Kesehatan dan Pencegahan, Pelayanan kesehatan dan Informasi Kesehatan
 - b. Transisi demografi, Transisi Epidemiologi, dan Transisi Gizi
 - c. Policy study, Policy brief dan Policy memo
 - d. Semua benar
4. Apa yang dimaksud dengan Health law ?
- a. Ekonomi kesehatan membahas tentang konsep pembiayaan kesehatan, asuransi kesehatan, analisis biaya, dan sebagainya.
 - b. Manajemen tenaga kesehatan membahas tentang perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan, motivasi tenaga kesehatan, kinerja tenaga kesehatan , dan sebagainya.
 - c. Administrasi rumah sakit membahas tentang organisasi dan manajemen rumah sakit, manajemen SDM rumah sakit, manajemen keuangan rumah sakit, manajemen logistic, dan sebagainya.
 - d. Hukum kesehatan membahas tentang peraturan atau perundangan di bidang kesehatan.
5. Apa pengertian sistem kebijakan *mulicentric* ?
- a. Secara esensial merupakan marketplace, diman Pemerintah bertugas sebagai wasit, pengawas standar minimal mutu, fasilitator dari kehendek para pelaku pasar yang hanya ikut bila memberi keuntungan. Keadaan ini banyak ditemukan di negara-negara yang menganut sistem demokrasi.
 - b. Kebijakan ditentukan oleh satu otoritas, pemerintahan secara umum, semuanya powerful, menjadi penting dengan hanya mengambil satu keputusan yang meliputi keseluruhan sistem.
 - c. Sistem plucentric dimana model ini merupakan sebuah jaringan. Power dibagi sejumlah aktor yang interdependent meliputi pemerintah, pekerja, dan buruh yang harus bekerja sama dalam mencapai berbagai tujuan-tujuan mereka.
 - d. Benar semua

BAB II

PROSES PEMBUATAN KEBIJAKAN

Standar Kompetensi

Mahasiswa mampu memahami Proses Pembuatan Kebijakan

Tujuan Intruksional Umum

Mahasiswa mampu menjelaskan Proses Pembuatan Kebijakan

Tujuan Intruksional Khusus

1. Mahasiswa dapat menjelaskan Proses Penyusunan Kebijakan atau Pengembangan Kebijakan
2. Mahasiswa dapat menjelaskan Pendekatan dalam Pembuatan Kebijakan
3. Mahasiswa dapat menjelaskan Model-model Pembuatan Kebijakan

A. Proses Penyusunan atau Pengembangan Kebijakan

Proses pengembangan kebijakan berlangsung sebagai siklus kebijakan yang dimulai dari pengaturan agenda (*agenda setting*) dengan penetapan atau pendefinisian masalah publik yang signifikan dan mengundang perhatian masyarakat luas (*public concern*) karena besarnya tingkat kepentingan yang belum terpenuhi (*degree of unmet need*) sehingga memunculkan tindakan pemerintah. Proses pembuatan atau formulasi kebijakan merupakan suatu tahapan penting dalam pengembangan kebijakan yang akan menentukan dampak kebijakan terhadap sasaran kebijakan. Berikut ini penjelasan siklus atau pengembangan kebijakan :

1. Agenda Setting/ Pembuatan Agenda

Sebagai respon terhadap permasalahan publik, mesin legislatif dan birokrasi pemerintahan dapat bergerak dan terlibat dalam proses formulasi, adopsi, dan implementasi kebijakan, termasuk turut berperan untuk mengatasi masalah yang muncul selama proses penyusunan kebijakan. Keterlibatan aktor, elite atau pemangku kepentingan dapat terus berlanjut pada tahap analisis efektivitas kebijakan, untuk menunjukkan kekurangan dalam formulasi maupun implementasi sehingga dapat menjadi usaha agenda baru kebijakan. Oleh karena itu, pembuatan agenda menempati urutan pertama dalam siklus pengembangan kebijakan.

Kingdon (1995) menjabarkan *agenda setting* pada pembuatan kebijakan publik sebagai pertemuan dari tiga “pilar pertimbangan” penting, yaitu: masalah (*problems*), sosial yang memungkinkan untuk masalah tersebut (*possible solutions to the problem*), dan keadaan politik (*politic circumstances*). Beberapa orang lebih memilih menggunakan istilah “issue” alih-alih memakai istilah “problem” untuk mengarahkan pada sesuatu yang mungkin dapat menjadi pemicu pembuatan kebijakan (Gornley dan Boccuti, 2001). Dalam konseptualisasinya, ketika masalah (*problem*), solusi yang memungkinkan (*possible solution*), keadaan politik (*polittic circumstances*), “bertemu dan mengalir” bersama dalam arah yang baik, sebuah “jendela” untuk membuat kebijakan telah terbuka (kingdon, 1995). Kombinasi antara masalah dan solusi potensial yang bergerak bersama dalam proses pembuatan kebijakan dapat menuntun pada hukum publik atau sebuah amandemen kebijakan.

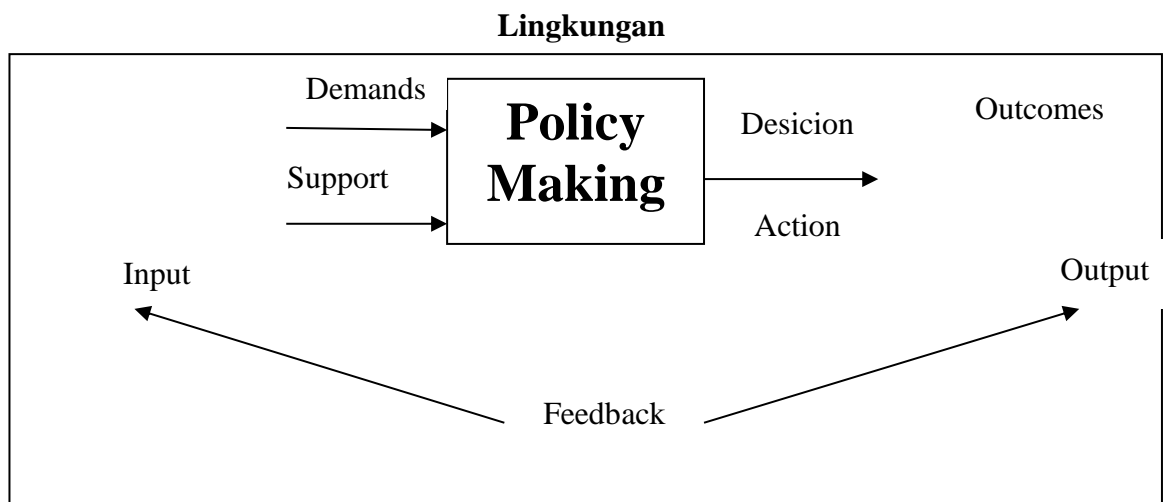
Kebijakan kesehatan yang sekarang berlaku dalam bentuk hukum publik-seperti proteksi lingkungan, lisensi praktisi dan organisasi yang berhubungan dengan kesehatan, pendanaan penelitian untuk AIDS atau kesehatan wanita dan regulasi yang berkaitan dengan farmasi, lahir karena munculnya *problem* atau *issu* pada *agenda setting* sehingga memicu perubahan kebijakan dalam bentuk regulasi baru.

Agenda setting paling baik dipahami dari variabel kuncinya, yaitu *problems*, *possible solution* dan keadaan politik. Yang dimaksud dengan *problems* adalah permasalahan, termasuk masalah kesehatan, yang memicu atau mendesak terbentuknya suatu kebijakan untuk menyelesaikan masalah tersebut. *Possible solution* mengarah pada penyelesaian terhadap banyaknya permasalahan yang kemungkinan besar mampu dilakukan pemerintah. Terkait keadaan politik, masalah publik tidak pernah akan lepas dari pengaruh politik dalam penyusunan agenda setting pembuatan kebijakan sampai dengan implementasi kebijakan. Dengan demikian, ketiga faktor yang disebutkan sebelumnya sangat penting untuk diperhatikan dalam penyusunan agenda setting penyusunan kebijakan (*polittic circumstances*).

2. Formulasi Kebijakan

Proses formulasi kebijakan kesehatan secara umum memiliki tahapan-tahapan berikut: Penetapan proses pengembangan kebijakan; Penggambaran permasalahan; Penetapan sasaran dan tujuan; Penetapan prioritas; Perancangan kebijakan: Penggambaran pilihan-pilihan; Penilaian pilihan-pilihan; “Perputaran”

untuk penelaahan sejawat (*peer review*) dan revisi kebijakan: serta akhirnya upaya untuk mendapatkan dukungan formal terhadap kebijakan yang sedang diajukan atau disusun. Oleh karena itu, formulasi kebijakan adalah suatu proses berulang-ulang yang melibatkan sebagian besar komponen dari siklus perencanaan (Htwe, 2006). Pentingnya tahap formulasi kebijakan ditekankan oleh Easton (1965) dalam teori pembuatan kebijakan sebagai sebuah sistem. Easton (1965) mencoba merumuskan proses formulasi kebijakan bentuk yang sederhana sebagai berikut (*Easton's black box*).



Lingkungan
Gambar 2. Model Sistem Easton (1972)

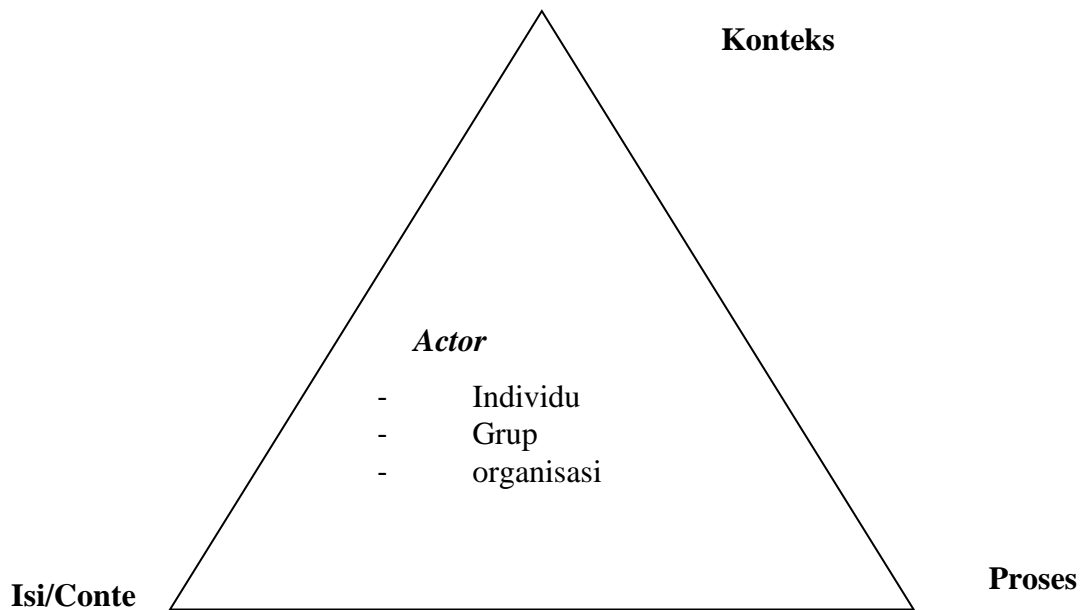
Proses pembuatan kebijakan berlangsung sebagai sebuah sistem yang merupakan kesatuan institusi dan proses yang terlibat dan memiliki otoritas dalam melakukan alokasi sumber daya maupun nilai-nilai dalam masyarakat. Dalam sistem tersebut terjadi alokasi nilai-nilai sesuai dengan otoritas, alasan-alasan untuk melakukan alokasi sumber daya dan *black box* pembuatan kebijakan. Penyebutan *black box* dimaksudkan sebagai sebuah kotak hitam yang menutupi proses interaksi yang terjadi antara elite atau aktor pembuat kebijakan dengan nilai-nilai dan interes yang melekat, kerap kali terjadi tawar-menawar posisi (*bargaining position*) untuk kepentingan dan tuntutan individu atau kelompok yang terlibat dalam pembuatan kebijakan tersebut.

Untuk mengubah tuntutan tersebut menjadi sebuah kebijakan, suatu sistem harus mampu mengatur dan memberlakukan penyelesaian-penyelesaian pertentangan atau konflik. Oleh karena suatu sistem dibangun berdasarkan elemen-elemen yang mendukung sistem tersebut dan hal ini bergantung pada interaksi antarberbagai subsistem, maka suatu sistem akan melindungi dirinya melalui tiga hal, yakni : 1) menghasilkan *output* yang secara layak memuaskan; 2) menyandarkan pada ikatan-ikatan yang berakar dalam sistem itu sendiri, dan; 3) menggunakan atau mengancam dengan menggunakan kekuatan (otoritas).

Pada bagian input dalam pendekatan formulasi kebijakan sebagai sebuah sistem terdapat permintaan (*demand*), sumber daya(*resource*) dan dukungan (*support*). *Demand* dimunculkan oleh individu atau kelompok yang mencari kebijakan tertentu sesuai dengan yang mereka inginkan atau nilai-nilai yang mereka inginkan. *Resource* membantu pemerintah merespons *Demand* yang dibuat. *Support* mengacu pada dukungan yang disampaikan oleh mayoritas dalam sistem kesehatan, *support* disimpulkan antara lain dari jejak pendapat nasional, kemauan membayar pajak, pengakuan terhadap pemerintah serta tekanan untuk memperoleh keamanan.

B. Pendekatan dalam Pembuatan Kebijakan

Segitiga kebijakan kesehatan merupakan suatu pendekatan yang sudah sangat di sederhanakan untuk suatu tatanan hubungan yang kompleks, dan segitiga ini menunjukkan kesan bahwa ke-empat faktor dapat dipertimbangkan secara terpisah. Tidak demikian seharusnya! Pada kenyataannya, para pelaku dapat dipengaruhi (sebagai seorang individu atau seorang anggota suatu kelompok atau organisasi) dalam konteks dimana mereka tinggal dan bekerja; konteks dipengaruhi oleh banyak faktor, seperti: Ketidak-stabilan atau ideologi, dalam hal sejarah dan budaya; serta proses penyusunan kebijakan-bagaimana isu dapat menjadi suatu agenda kebijakan, dan bagaimana isu tersebut dapat berharga-dipengaruhi oleh pelaksana, kedudukan mereka dalam struktur kekuatan, norma dan harapan mereka sendiri. Dan isi dari kebijakan menunjukkan sebagian atau seluruh bagian ini. Jadi, segitiga tersebut tidak hanya membantu dalam berpikir sistematis tentang pelaku-pelaku yang berbeda yang mungkin mempengaruhi kebijakan, tetapi juga berfungsi seperti peta yang menunjukkan jalan-jalan utama sekaligus bukit, sungai, hutan, jalan setapak dan permukiman.



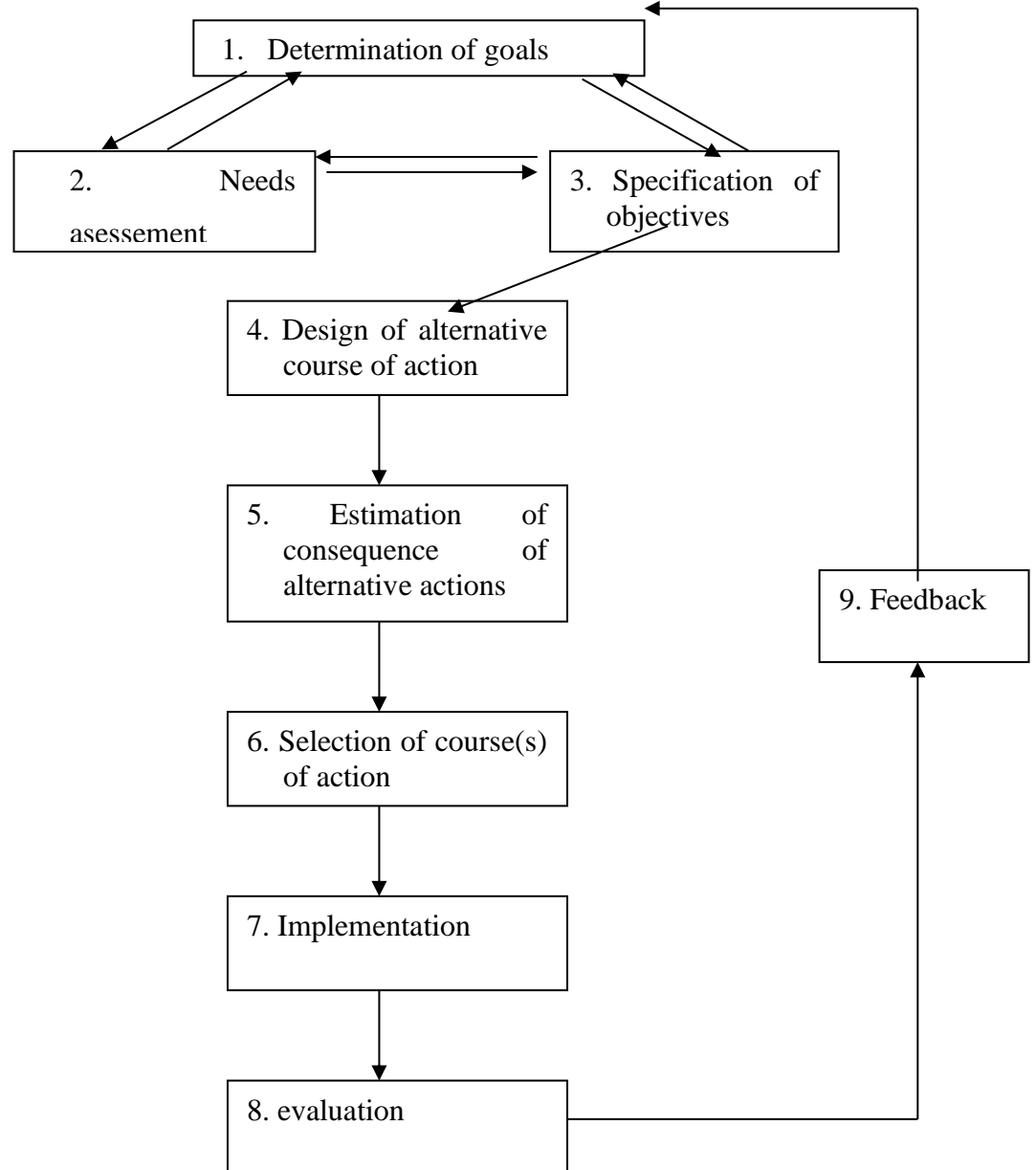
Gambar 3. Segitiga Analisis Kebijakan

Sumber: Walth and Gilson (1994)

Kebijakan menentukan tujuan dan pendekatan yang luas dapat diinginkan untuk mencapai tujuan. Tetapi dibutuhkan keterlibatan dalam tindakan jika menginginkan efek yang lebih. Instrumen kebijakan yang aktual untuk implementasi di buat daftar oleh Pal (1992) sebagai berikut :

- a. Nodality: Kualitas dalam pusat jaringan informasi, misalnya penyebaran informasi dan konsultasi untuk menunda atau mengubah prioritas dan seberapa kuat untuk diupayakan menjadi keputusan legislasi dan regulasi.
- b. Treasure: Mengeluarkan tenaga, misalnya menyumbang bantuan-bantuan, asuransi dan pajak incentive kegiatan pembayaran.
- c. Authority: Pengendalian kegiatan meliputi misalnya legislasi, public regulasi, self regulasi dan saksi.
- d. Organization: Kegiatan pemerintahan melalui penyediaan secara langsung pelayanan, korporasi public atau kerjasama.

Gambar 4. Alur Tahapan dalam Proses Pembuatan Kebijakan



Sumber: Mayer dan Greenwood, 1980, dalam Spasooof, 1999.

Menurut Dunn (1981), menjelaskan ada 3 pendekatan yaitu sebagai berikut:
(1) Pendekatan empirik memperhatikan fakta termasuk monitoring kebijakan yang sudah selesai (deskripsi) dan meramalkan efek pada masa yang akan datang (prediksi). (2) Pendekatan evaluative, memperhatikan nilai, seperti penggunaan kata : procedure korespondensi yang dapat diterapkan pada yang saat lampau maupun kebijakan yang akan datang. (3) Pendekatan normative mengandung rekomendasi untuk tindakan yang akan datang (prescription).

C. Model – Model Pembuatan Kebijakan

1. Model Perumusan Kebijakan

Menurut Gillbert dan Specht (1986), sedikitnya ada 3 model yang dapat diikuti untuk merumuskan kebijakan, yaitu sebagai berikut :

Tabel 2. Table Model Perumusan Kebijakan

Model A Perencanaan	Model B Pembuatan Kebijakan	Model C Pengembangan Kebijakan
1. Dorongan Perencanaan	1. Pengidentifikasian Masalah	1. Perencanaan Kebijakan
2. Eksplorasi/Penelitian	2. Perumusan Kebijakan	2. Pengembangan dan Implementasi Program
3. Pendefinisian Tugas-tugas	3. Legitimasi Kebijakan	3. Evaluasi
4. Perumusan Kebijakan	4. Implementasi Kebijakan	
5. Perumusan Program	5. Evaluasi Kebijakan	
6. Evaluasi		

Tabel di atas memperlihatkan bahwa perumusan kebijakan dapat dilakukan meliputi beberapa tahap yang berbeda namun memiliki kesamaan. Model A yang dikembangkan oleh Alfred J. Kahan menekankan perumusan kebijakan dalam kaitannya dengan perencanaan. Kebijakan merupakan bagian dari suatu proses perencanaan yang terdiri dari enam langkah. Model ini disebut Model 'Proses Perencanaan'. Model B yang dikembangkan oleh Dinitto dan Dye merumuskan kebijakan dalam lima tahap. Model ini dikenal dengan istilah Model 'Proses Pembuat Kebijakan'. Freeman dan Pengembangan Kebijakan mengemas proses pembuatan kebijakan hanya dalam 3 tahap. Bila diamati, meskipun masing-masing model memiliki tahapan yang berbeda, pada dasarnya memiliki kesamaan dimana model C merupakan penyederhanaan dari model B dan A, atau sebaliknya, model A merupakan pengembangan dari model B dan C. Berdasarkan model-model tersebut kita dapat merumuskan kebijakan yang dikelompokkan dalam 3 tahap: Identifikasi, Implementasi dan evaluasi. Setiap tahap terdiri dari beberapa langkah yang saling

terkait. Karena melibatkan tiga tahapan yang saling terkait, model perumusan kebijakan dapat disebut sebagai 'segitiga perumusan kebijakan'.

2. Model yang digunakan dalam Mengambil Kebijakan

Model -model yang digunakan dalam mengambil kebijakan kesehatan yaitu sebagai berikut :

1) Model Teknik

Model ini ditujukan pada penyediaan dalam bidang ilmu pengetahuan pada lingkungan.

2) Model Sistem

Model ini berhubungan dengan interaksi model teknik yaitu penyediaan bidang ilmu pengetahuan.

3) Model sistem informasi

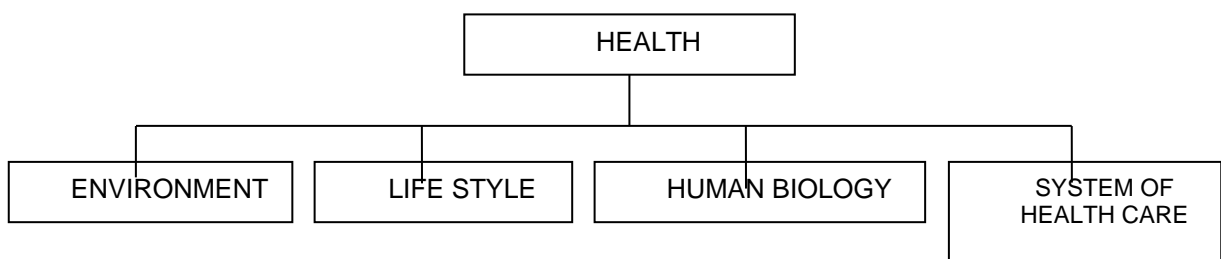
Model ini berhubungan dengan arus informasi.

Untuk mencapai kebijakan publik yang sehat, maka ketiga model tersebut harus diterapkan dalam epidemiologi kebijakan kesehatan.

3. Keuntungan dari Model Kebijakan Kesehatan

Kombinasi pada 4 devisi sistem organisasi penanganan kesehatan, gaya hidup, lingkungan dan biologi manusia dalam suatu epidemiologi untuk analisa kebijakan kesehatan mempunyai keuntungan menurut Lalonde, yaitu :

Gambar 5. Health field Concept (Lalonde)



Uraian model: Model-model ini menekankan pada gaya hidup, lingkungan dan biologi manusia pada kategori pentingnya persamaan pada sistem organisasi penanganan kesehatan.

- a. Model ini adalah komprehensif, ada masalah kesehatan dapat dipecahkan pada suatu kombinasi dari empat devisi itu.

- b. Model ini memperoleh suatu sistem analisis dari suatu penyakit atau pola yang mungkin diuji di bawah empat devisa.
- c. Model ini mengizinkan langkah tindak lanjut sub devisa, contoh: lingkungan adalah pembagian sub kedalam fisik, sosial, dan psikologi.
- d. Model ini menyediakan suatu prospektif baru pada kesehatan yang menciptakan pengenalan dan eksplorasi pada bagian yang diabaikan sebelumnya.

3. Langkah – langkah dalam Aplikasi Model Kebijakan Kesehatan

Aplikasi pada model-model ini mencakup empat langkah yaitu, sebagai berikut :

- a. Seleksi pada penyakit yang beresiko tinggi dan kontribusi secara substansial pada semua mortalitas dan morbiditas.
- b. Proporsi alokasi pada faktor kontribusi pada penyakit untuk 4 elemen pada model epidemiologi.
- c. Proporsi alokasi pada total pengeluaran kesehatan untuk 4 elemen pada model epidemiologi
- d. Ketergantungan pada perbedaan proporsi antara nomor 2 dan nomor 3.

4. Model Pengembangan Kebijakan

Pengembangan kebijakan publik merupakan hasil dari isu kebijakan, interaksi aktor/pelaku dan lingkungan kebijakan dengan memanfaatkan model-model tertentu. Aktor/pelaku kebijakan di sini adalah mereka yang terlibat aktif dalam proses, baik dalam bentuk orang, lembaga nonpemerintah, dan badanpemerintah yang dapat mempengaruhi dan dipengaruhi oleh kebijakan yang dikembangkannya.

Berbagai interaksi di antara aktor/pelaku dan lingkungan kebijakan dalam mengembangkan kebijakan lazimnya berlangsung dalam model pengembangan sebagai berikut :

1) Model Kelembagaan

Model ini lebih menekankan struktur daripada proses atau perilaku aktor/pelaku kebijakan. Dalam pengembangan kebijakan publik model ini yang dilihat adalah aspek kewenangan atau otoritas dari suatu lembaga dalam membuat kebijakan. Jadi, pengembangan kebijakan harus memperhatikan struktur kelembagaan dengan kewenangannya masing-masing. Dengan demikian, kebijakan publik merupakan hasil dari lembaga-lembaga negara/pemerintah.

2) Model Sistem

Menurut pendekatan sistem sebuah kebijakan tidak dapat terlepas dari masalah lingkungan di mana kebijakan diterapkan. Tuntutan, dukungan sumber daya dari individu dan masyarakat merupakan input kebijakan. Sistem politik akan memprosesnya menjadi luaran. Kebijakan yang dihasilkan akan mempengaruhi lingkungan kebijakan dan selanjutnya akan menyebabkan terjadinya perubahan lingkungannya yang akan mendorong tuntutan baru dari individu dan masyarakat. Pendekatan ini cenderung memelihara ketenangan sistem.

Pengembangan kebijakan di bidang kesehatan merupakan sebuah sistem yang tidak lepas dari keadaan di sekitarnya, yaitu semua faktor-faktor sosial, politik, ekonomi, sejarah dan pengaruh faktor lainnya (Barker,1996). Paine dan Naume (1974) menawarkan suatu model perumusan kebijakan yang merujuk pada model sistem yang dikembangkan oleh David Easton. Dibandingkan model sistem yang tertulis sebelumnya, model ini lebih deskriptif karena lebih menggambarkan hal yang sebenarnya terjadi dalam proses pembuatan kebijakan sebagai dari pengembangan kebijakan.

Aspek lain yang mempengaruhi pengembangan kebijakan menurut pendekatan sistem adalah (1) aspek pemasok (Supply) yaitu, institusi pengembangan SDM kesehatan yang mencakup pendidik, pelatih, dan penelitian; institusi pemberi layanan kesehatan, mulai dari layanan dasar sampai rujukan dan layanan kesehatan tradisionil; badan-badan diluar sektor kesehatan yang terkait langsung dan tidak langsung (2) aspek interaksi, yaitu interaksi antara komponen dalam sistem kebijakan, institusi pelayanan kesehatan sebagai eksekutor kebijakan kesehatan dengan masyarakat, institusi pemberi layanan kesehatan non pemerintah, dan industri kesehatan.

1) Model Kelompok

Perumusan dan pengembangan kebijakan diwarnai oleh peran aktif dari berbagai kelompok kepentingan untuk memengaruhi substansi dan kebijakan. Proses tawar-menawar (*bargaining process*) dalam pengembangan kebijakan yang akan bermuara pada suatu keseimbangan (*equilibrium*). Manfaat langsung secara nalar akan dirasakan oleh masyarakat khusus dari kelompok kepentingan yang paling dominan.

2) Model Elite Massa

Suatu proses pengembangan kebijakan publik yang merujuk kepada suatu kenyataan bahwa kelompok atas yang relatif sedikit akan selalu memiliki kekuasaan lebih untuk mengatur kelompok bawah yang relatif banyak. Kebijakan publik yang dilahirkan dengan memanfaatkan model ini umumnya akan mencerminkan kehendak dan nilai-nilai kelompok elite penguasa.

3) Model Rasional

Pengembangan kebijakan model rasional membandingkan antara tingginya keberhasilan dengan rendahnya nilai pengorbanan yang harus terjadi. Sulit untuk melakukan kuantifikasi dari nilai pengorbanan dan nilai keberhasilan dari fenomena sosial yang tidak terlepas dari aspek kultur suatu kelompok masyarakat. Penentuan pihak yang memiliki otoritas untuk memberikan penilaian atau pengorbanan yang berlangsung juga bukan sesuatu yang mudah.

4) Model Inkremental

Model ini pada dasarnya kritik terhadap model rasional. Model ini merupakan model praktis, karena pengembangan sebuah kebijakan sering kali dihadapkan dengan keterbatasan waktu, ketersediaan, informasi dan kecukupan dana untuk melakukan evaluasi terhadap kebijakan lama.

5) Model Proses

Model ini berlandaskan asumsi bahwa pengembangan sistem politik dan kebijakan berlangsung sebagai sebuah rangkaian proses. Kebijakan kesehatan sebagai bagian dari kebijakan publik juga merupakan sebuah proses politik dan harus mengikuti siklus kebijakan dalam pengembangannya. Setiap tahap dari proses pengembangan kebijakan tersebut akan menghasilkan output berupa revisi dari kebijakan lama.

6) Model Pilihan Publik

Dalam model ini, kebijakan dianggap sebagai sebuah proses kolektif sekelempok masyarakat yang berkepentingan atas keputusan tersebut. Setiap kebijakan yang dibuat dan akan dikembangkan adalah pilihan masyarakat yang menjadi pengguna, sehingga pada setiap tahap pengembangan harus melibatkan masyarakat.

7) Model Teori Permainan

Model ini berdasarkan pada model rasional. Akan tetapi, karena adanya suasana kompetisi di antara pemangku kepentingan, keberhasilan kebijakan tidak

hanya ditentukan oleh pemangku kepentingan yang tidak memiliki pengaruh secara langsung.

Proses pengembangan kebijakan yang benar akan meminimalkan penggunaan sumber daya yang tidak diperlukan dan akan menghasilkan kebijakan yang lebih efektif dalam mewujudkan tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu, apa pun model yang akan digunakan, ada beberapa prinsip yang harus menjadi perhatian untuk memastikan proses pengembanan kebijakan berlangsung dengan baik, antara lain :

1) Prinsip transparansi dan akuntabilitas

Pengembanan kebijakan dalam dekade terdahulumemang berlangsung dalam sebuah lingkungan kebijakan yang relatif tertutup dan nyaris terisolasi, namun hal tersebut kemudian mendapar kritik tajam sehingga memunculkan pendekatan baru, yaitu *governance* atau pemerintahan menggantikan konsep *governance* atau pemerintah. Melalui proses yang transparan masyarakat dapat mengawasi jalannya proses pengembangan kebijakan sehingga kebijakan yang dihasilkan dapat dijaga akuntabilitasnya.

2) Prinsip akomodasi aspirasi dan kepentingan semua pemangku kepentingan

Proses pengembanan kebijakan bahkan kini berlangsung lebih “semarak” rumit atau potensi kekacauannya juga lebih besar karena keterlibatan para aktor dan elite baru seperti agen *internasional supplier, delivery agencies*, kelompok sosial baru, NGO atau yayasan pemberdayaan konsumen di bidang kesehatan (Baggott et all, 2004 dalam Hann, 2007). Kesemua dan kepentingan dari seluruh kelompok harus diupayakan dapat terakomodasi pada batas-batas tertentu.

3) Relevansi Substansi Kebijakan

Isi atau substansi kebijakan yang dikembangkan harus relevan dengan permasalahan publik dan kepentingan masyarakat serta berangkat dari argumen kuat berbasis data dan bukti. Pilihan pengembangan kebijakan yang diambil juga merupakan pilihan terbaik dari beberapa alternatif kebijakan.

4) Dukungan dan kapasitas sumber daya

Dibutuhkan adanya dukungan memadai serta kapasitas dan sumber daya cukup untuk menjamin proses pengembangan kebijakan akan mencapai hasila akhir yang signifikan.

Latihan Soal :

1. Sebutkan siklus pengembangan kebijakan ?
 - a. Isi Kebijakan, Aktor atau pemangku kepentingan kebijakan dan Lingkungan kebijakan
 - b. Agenda kebijakan, Formulasi kebijakan, Pengadopsian kebijakan, Pengimplementasian kebijakan dan Evaluasi Kebijakan.
 - c. Menentukan konteks, Menetapkan masalah, Memproyeksi dampak dan Menerapkan kriteria evaluasi.
 - d. Salah semua
2. Sebutkan pendekatan dalam Pembuatan Kebijakan ?
 - a. Pendekatan empirik, Pendekatan evaluative, dan Pendekatan normative.
 - b. Pendekatan relevansi dan Progresif
 - c. Semua benar
 - d. Semua benar
3. Sebutkan Langkah – langkah dalam Aplikasi Model Kebijakan Kesehatan ?
 - a. Perumusan masalah, Peramalan, Rekomendasi, dan Pemantauan
 - b. Identifikasi tipe-tipe biaya dan manfaat, Spesifikasi kriteria dan Rekomendasi
 - c. Seleksi pada penyakit yang beresiko tinggi, Proporsi alokasi pada faktor kontribusi pada penyakit, Proporsi alokasi pada total pengeluaran kesehatan dan Ketergantungan pada perbedanan proporsi antara nomor 2 dan nomor 3.
 - d. Salah semua
4. Apa pengertian dari Model Sistem ?
 - a. Berlandasan asumsi bahwa pengembangan sistem politik dan kebijakan berlangsung sebagai sebuah rangkaian proses
 - b. Kebijakan dianggap sebagai sebuah proses kolektif sekelempok masyarakat yang berkepentingan atas keputusan tersebut
 - c. Model ini berdasarkan pada model rasional.
 - d. Pendekatan sistem sebuah kebijakan tidak dapat terlepas dari masalah lingkungan di mana kebijakan diterapkan.

5. Apa yang dimaksud dengan Prinsip akomodasi aspirasi dan kepentingan semua pemangku kepentingan ?
- a. Proses pengembanaan kebijakan bahkan kini berlangsung lebih “semarak” rumit atau potensi kekacauannya juga lebih besar karena keterlibatan para aktor dan elite baru
 - b. Isi atau substansi kebijakan yang dikembangkan harus relevan dengan permasalahan publik dan kepentingan masyarakat serta berangkat dari argumen kuat berbasis data dan bukti.
 - c. Dibutuhkan adanya dukungan memadai serta kapasitas dan sumber daya cukup untuk menjamin proses pengembangan kebijakan akan mencapai hasila akhir yang signifikan.
 - d. Pengembanaan kebijakan dalam dekade terdahulumemang berlangsung dalam sebuah lingkungan kebijakan yang relatif tertutup dan nyaris terisolasi,

BAB III

FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI IMPLEMENTASI KEBIJAKAN

Standar Kompetensi

Mahasiswa mampu memahami Faktor – faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan

Tujuan Intruksional Umum

Mahasiswa mampu menjelaskan Faktor – faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan

Tujuan Intruksional Khusus

Mahasiswa dapat menjelaskan Faktor Kontekstual Kebijakan

A. Faktor Kontekstual yang Mempengaruhi Kebijakan

Konteks mengacu ke faktor sistematis-politik, ekonomi dan sosial, national dan internasional yang mungkin memiliki pengaruh pada kebijakan kesehatan. Ada banyak cara untuk mengelompokan faktor-faktor tersebut, tetapi Leichter (1979) memaparkan cara yang cukup bermanfaat :

1. Faktor situasional,

merupakan kondisi yang tidak permanen atau khusus yang dapat berdampak pada kebijakan (contoh: perang, kekeringan). Hal-hal tersebut sering dikenal sebagai '*focusing event*'. Event ini bersifat satu kejadian saja, seperti: terjadinya gempa yang menyebabkan perubahan dalam aturan bangunan rumah sakit, atau terlalu lama perhatian publik akan suatu masalah baru. Contoh: terjadinya wabah HIV/AIDS (yang menyita waktu lama untuk diakui sebagai wabah internasional) memicu ditemukannya pengobatan baru dan kebijakan pengawasan pada TBC karena adanya kaitan diantara kedua penyakit tersebut – orang-orang pengidap HIV positif lebih rentan terhadap berbagai penyakit, dan TBC dapat dipicu oleh HIV.

2. Faktor struktural,

merupakan bagian dari masyarakat yang relatif tidak berubah. Faktor ini meliputi sistem politik, mencakup pula keterbukaan sistem tersebut dan kesempatan bagi warga masyarakat untuk berpartisipasi dalam pembahasan dan keputusan kebijakan; faktor struktural meliputi pula jenis ekonomi dan dasar untuk tenaga kerja. Contoh pada saat gaji perawat rendah atau terlalusedikit pekerjaan yang

tersedia untuk tenaga yang sudah terlatih, negara tersebut dapat mengalami perpindahan tenaga profesional ini ke sektor di masyarakat yang masih kekurangan. Faktor struktural lain yang akan mempengaruhi kebijakan kesehatan suatu masyarakat adalah kondisi demografi atau kemajuan teknologi. Contoh, negara dengan populasi lansia yang tinggi memiliki lebih banyak rumah sakit dan obat-obatan bagi para lansianya, karena kebutuhan mereka akan meningkat seiring bertambahnya usia. Perubahan teknologi menambah jumlah wanita melahirkan dengan sesar dibanyak negara. Diantara alasan-alasan tersebut terdapat peningkatan ketergantungan profesi kepada teknologi maju yang menyebabkan keengganan para dokter dan bidan untuk mengambil resiko dan ketakutan akan adanya tuntutan. Dan tentu saja, kekayaan nasional suatu negara akan berpengaruh kuat terhadap jenis layanan kesehatan yang dapat diupayakan karena kebutuhan mereka meningkat seiring bertambahnya usia. Perubahan teknologi menambah jumlah wanita melahirkan dengan cesardibanyak negara. Diantara alasan-alasan tersebut terdapat peningkatan ketergantungan profesi kepada teknologi maju yang menyebabkan keengganan para dokter dan bidan untuk mengambil resiko dan ketakutan akan adanya tuntutan. Dan tentu saja, kekayaan nasional suatu negara berpengaruh kuat terhadap jenis layanan kesehatan yang dapat diupayakan.

3. Faktor budaya

Faktor budaya, dapat mempengaruhi kebijakan kesehatan. Dalam masyarakat dimana hirarki menduduki tempat penting, akan sangat sulit untuk bertanya atau menantang pejabat tinggi atau pejabat senior. Kedudukan sebagai minoritas atau perbedaan bahasa dapat menyebabkan kelompok tertentu memiliki informasi yang tidak memadai tentang hak-hak mereka, atau menerima layanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan khusus mereka. Di beberapa negara dimana para wanita tidak dapat dengan mudah mengunjungi fasilitas kesehatan (karena harus ditemui oleh suami) atau dimana terdapat stigma tentang suatu penyakit (misal: TBC atau HIV), pihak yang berwenang harus mengembangkan sistem kunjungan rumah atau kunjungan pintu ke pintu. Faktor agama dapat pula sangat mempengaruhi kebijakan, seperti yang ditunjukkan oleh ketidakkonsennya Presiden George W. Bush pada awal 2000-an dalam hal aturan seksual dengan meningkatnya pemakaian kontrasepsi atau akses ke pengguguran kandungan. Hal tersebut mempengaruhi kebijakan di Amerika dan negara lain, dimana LSM layanan

kesehatan reproduksi sangat dibatasi atau dana dari pemerintah Amerika dikurangi apabila mereka gagal melaksanakan keyakinan tradisi budaya Presiden Bush.

4. Faktor internasional atau exogenous

Faktor internasional atau exogenous, yang menyebabkan meningkatnya ketergantungan antar negara dan mempengaruhi kemandirian dan kerjasama internasional dalam kesehatan. Meskipun banyak masalah kesehatan berhubungan dengan pemerintah nasional, sebagian dari masalah itu memerlukan kerjasama organisasi tingkat nasional, regional, kadang dengan bantuan badan internasional seperti WHO. Namun, meskipun satu daerah telah berhasil mengimunitasikan polio seluruh balitanya dan tetap mempertahankan cakupannya, virus polio tetap bisa masuk lewat perbatasan.

Seluruh faktor tersebut merupakan faktor yang kompleks, dan tergantung pada waktu dan tempat. Contoh, pada abad 19, Inggris mengeluarkan kebijakan kesehatan mengenai penyakit menular seksual diseluruh Kerajaan Inggris Raya. Berdasar asumsi kolonial yang domino, meskipun melihat bagaimana suku dan jenis kelamin diterapkan dalam masyarakat Inggris, tetap mempertimbangkan kebijakan yang mencerminkan prasangka dan asumsi kekuasaan penjajah, daripada kebijakan yang sesuai dengan budaya setempat. Untuk memahami bagaimana kebijakan kesehatan berubah, atau tidak, mempunyai arti kemampuan untuk mengkaji konteks dimana kebijakan tersebut dibuat, dan mencoba menilai sejauh mana jenis-jenis faktor tersebut dapat mempengaruhi kebijakan yang dihasilkan.

BAB IV

KERANGKA ANALISIS KEBIJAKAN

Standar Kompetensi

Mahasiswa mampu memahami Kerangka Analisis Kebijakan

Tujuan Intruksional Umum

Mahasiswa mampu menjelaskan Kerangka Analisis Kebijakan

Tujuan Intruksional Khusus

1. Mahasiswa dapat menjelaskan Arti analisis kebijakan
2. Mahasiswa dapat menjelaskan Ruang lingkup kebijakan
3. Mahasiswa dapat menjelaskan Peran Analisis Kebijakan
4. Mahasiswa dapat menjelaskan Kategori dan Tujuan Analisis Kebijakan
5. Mahasiswa dapat menjelaskan Analisis kebijakan: kerangka yang terintegrasi
6. Mahasiswa dapat menjelaskan Bentuk-bentuk analisis kebijakan
7. Mahasiswa dapat menjelaskan Pendekatan Analisis Kebijakan
8. Mahasiswa dapat menjelaskan Model Analisis Kebijakan
9. Mahasiswa dapat menjelaskan Analisis Kebijakan dalam Proses Pembuatan Kebijakan

A. Arti Analisis Kebijakan

Menurut Carl W. Patton dan David S. Savicky, Menurut kedua pakar tersebut, Analisis Kebijakan adalah tindakan yang diperlukan untuk dibuatnya sebuah kebijakan, baik kebijakan yang baru sama sekali atau kebijakan yang diubah sebagai konsekuensi dari kebijakan lama.

Analisa atau 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).

Analisis kebijakan pada bidang kesehatan juga merupakan satu bentuk riset terapan yang dilaksanakan untuk memperoleh pemahaman yang lebih mendalam mengenai masalah kesehatan masyarakat secara utuh sehingga dengan pemahaman tersebut dapat mengarahkan pada alternatif solusi untuk masalah tersebut. Sebagai aktivitas intelektual, analisis kebijakan dilakukan dengan

menciptakan, menilai, dan mengkomunikasikan pengetahuan (yang relevan dengan kebijakan) dalam satu atau lebih tahapan proses pembuatan kebijakan.

Kebijakan merupakan suatu rangkaian alternative yang siap dipilih berdasarkan prinsip-prinsip tertentu. Kebijakan merupakan suatu hasil analisis yang mendalam terhadap berbagai alternative yang bermuara kepada keputusan tentang alternative terbaik. Kebijakan adalah rangkaian dan asas yang menjadi garis besar dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan kepemimpinan, dan cara bertindak (tentag 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 aktifitas 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).Kebijakan berbeda makna dengan Kebijaksanaan.

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (Balai Pustaka, 1991), kebijaksanaan adalah kepandaian seseorang menggunakan akal budinya (berdasar pengalaman dan pangetahuannya); atau kecakapan bertindak apabila menghadapi kesulitan.^[11] Kebijaksanaan berkenaan dengan suatu keputusan yang memperbolehkan sesuatu yang sebenarnya dilarang berdasarkan alasan-alasan tertentu seperti pertimbangan kemanusiaan, keadaan gawat dll. Kebijaksanaan selalu mengandung makna melanggar segala sesuatu yang pernah ditetapkan karena alasan tertentu. Jadi, analisis kebijakan kesehatan adalah penggunaan berbagai metode penelitian dan argumen untuk menghasilkan dan memindahkan informasi yang relevan dengan kebijakan sehingga dapat dimanfaatkan ditingkat politik dalam rangka memecahkan masalah kebijakan kesehatan.

B. Ruang Lingkup Analisis Kebijakan

Saat melakukan analisis kebijakan harus dengan jelas dibedakan antara analisis proses kebijakan dan analisis isi kebijakan. Baik dari segi proses maupun konten, analisis kebijakan menggambarkan kebutuhan akan intervensi yang menyoroti isu-isu kebijakan, mengembangkan proses implementasi kebijakan dan memastikan kebijakan tersebut berdampak pada status kesehatan yang lebih baik.

Analisis kebijakan merupakan istilah generik untuk berbagai teknik dan alat untuk mempelajari karakteristik dari kebijakan yang diterapkan, bagaimana formulasi kebijakan tersebut dan apa dampak atau konsekuensi kebijakan. Portney (1986) memfokuskan analisis kebijakan pada: pembuatan kebijakan, sebab dan akibat, dan rekomendasi sebuah kebijakan. Senada dengan banyak pendapat ahli lain yang mengarahkan analisis kebijakan pada tahap dalam siklus kebijakan meliputi: penetapan masalah kebijakan (problem formation); formulasi kebijakan (policy formulation); adopsi kebijakan (policy adoption); implementasi kebijakan (policy implementation); dan evaluasi kebijakan (policy evaluation) (Collins, 2004). Karena umumnya analisis kebijakan difokuskan pada dampak dari sebuah kebijakan, menggunakan terminologi dari analisis sistem, seperti input, output dan outcome.

C. Peran Analisis Kebijakan

Analisis kebijakan kesehatan 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 multi disiplin ilmu. Satu disiplin kebijakan dan kedua disiplin ilmu kesehatan. Pada peran ini analisis kebijakan kesehatan menggabungkan keduanya yang kemudian menjadi sub kajian 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.

D. Kategori dan Tujuan Analisis Kebijakan

Tabel 3. Tabel Kategori dan Tujuan Analisis Kebijakan

Kategori	Tujuan/ Definisi
Isi Kebijakan	Untuk menjelaskan bagaimana sebuah kebijakan partikular muncul & diimplementasikan
Proses Kebijakan	Untuk menganalisis bagian-bagian melalui isu yang lewat dan perubahan dari faktor-faktor yang berbeda
Informasi bagi Pembuat Kebijakan	Untuk menyusun data dari sumber-sumber yang beraneka ragam membantu pembuat kebijakan dalam mencapai keputusan
Proses Advokasi	Untuk meningkatkan system alamiah pembuat keputusan
Kebijakan Advokasi	Untuk menekankan pilihan dan ide khusus, secara individu dan secara kelompok
Output Kebijakan	Untuk mendapat hasil kebijakan pada konteks social, ekonomi dan faktor-faktor lainnya
Evaluasi study	Untuk menganalisis pengaruh kebijakan yang berbeda pada penduduk

E. Analisis Kebijakan : Kerangka yang Terintegrasi

Analisis kebijakan yang terintegrasi merupakan bentuk analisis yang mengkombinasikan gaya operasi para praktisi yang menaruh perhatian pada penciptaan dan transformasi informasi sebelum dan sesudah tindakan kebijakan diambil. Analisis kebijakan yang terintegrasi tidak hanya mengharuskan para analis untuk mengaitkan tahap penyelidikan retrospektif dan perspektif, tetapi juga menuntut para analis untuk secara terus menerus menghasilkan dan mentransformasikan informasi setiap saat. Hal ini berarti bahwa analis dapat terlibat dalam transformasi komponen-komponen informasi kebijakan searah dengan putaran jarum jam berulang kali sebelum akhirnya pemecahan masalah kebijakan yang memuaskan ditemukan.

Analisis kebijakan yang terintegrasi memiliki semua kelebihan yang dimiliki oleh semua metodologi analisis prospektif dan retrospektif, tapi tidak satupun dari kelemahan kedua metode tersebut. Analisis yang terintegrasi melakukan pemantauan dan evaluasi kebijakan secara terus menerus sepanjang waktu. Tidak

demikian halnya dengan kedua metode sebelumnya yang menyajikan lebih sedikit informasi. Akhirnya, analisis yang terintegrasi dibangun di atas kekuatan disiplin yang menspesialisasikan pada analisis prospektif dan yang menekankan pada analisis retrospektif. Oleh karena itu, analisis yang terintegrasi adalah multidisiplin di dalam arti yang sebenarnya.

Kerangka analisis tersebut secara umum berpijak pada 2 pedoman yaitu 'fokus' dan 'parameter' analisis. Analisis kebijakan dapat difokuskan kedalam berbagai aras. Namun, ketiga fokus utama yang umumnya dipilih dalam analisis kebijakan sosial meliputi :

- 1) Definisi masalah sosial. Perumusan atau pernyataan masalah sosial yang akan direspon atau ingin ditanggulangi oleh kebijakan
- 2) Implementasi kebijakan sosial. Pernyataan mengenai cara atau metode dengan mana kebijakan sosial tersebut diimplementasikan atau diterapkan. Implementasikan kebijakan juga mencakup pengoprasian alternatif kebijakan yang dipilih melalui beberapa program atau kegiatan.
- 3) Akibat-akibat kebijakan sosial. Berbagai pertimbangan mengenai konsekuensi-konsekuensi kebijakan atau akibat-akibat yang mungkin timbul sebagai dampak yang ditimbulkan oleh kebijakan bisa bersifat positif (manfaat) maupun negatif (biaya).

Dalam menganalisis ketiga fokus tersebut, diperlukan pendekatan atau parameter analisis yang dapat dijadikan basis bagi pengambilan keputusan atas pilihan-pilihan kebijakan.

- 1) Penelitian dan rasionalisasi yang dilakukan untuk menjamin keilmiahan dari analisis yang dilakukan
- 2) Orientasi nilai yang dijadikan patokan atau kriteria untuk menilai kebijakan sosial tersebut berdasarkan nilai baik dan buruk
- 3) Pertimbangan politik yang umumnya dijadikan landasan untuk menjamin keamanan dan stabilitas.

Kerangka analisis dari quade (1995:172-173) memberikan pedoman dalam menelisik pendefinisian masalah sosial, implementasi kebijakan sosial dan akibat-akibat kebijakan dilihat dari tiga parameter: Penelitian, nilai dan Politik.

F. Bentuk Analisis Kebijakan

William N. Dunn (2000) membedakan tiga bentuk utama analisis kebijakan publik. Ketiga bentuk analisis tersebut antara lain analisis kebijakan prospektif,

analisis kebijakan retrospektif, dan analisis kebijakan yang terintegrasi. Sebagai berikut :

1). Model Prospektif

Analisis kebijakan prospektif berupa produksi dan transformasi informasi sebelum aksi kebijakan dimulai dan diimplementasikan cenderung mencari cara beroperasinya para ekonom, analis sistem, dan peneliti operasi. Analisis kebijakan, menurut Williams (Mantan kepala divisi penelitian dan perencanaan pada kantor kesempatan ekonomi) “merupakan suatu alat untuk mensintesis informasi untuk dipakai dalam merumuskan alternatif dan preferensi kebijakan yang dinyatakan secara komparatif, diramalkan dalam bahasa kuantitatif dan kualitatif sebagai landasan atau penuntun dalam pengambilan keputusan kebijakan; secara konseptual tidak termasuk mengumpulkan informasi.” Sebaliknya penelitian kebijakan berkenaan dengan semua studi yang menggunakan metodologi ilmiah untuk menerangkan fenomena dan/atau menentukan hubungan antara fenomena-fenomena tersebut.

2) Model Retrospektif

Analisis kebijakan retrospektif dalam banyak hal sesuai dengan deskripsi penelitian kebijakan yang dikemukakan sebelumnya. Analisis retrospektif, yang dijelaskan sebagai penciptaan dan transformasi informasi sesudah aksi kebijakan dilakukan, mencakup berbagai tipe kegiatan yang dikembangkan oleh tiga kelompok analis:

a) Analisis yang berorientasi pada disiplin (*Discipline-oriented analysts*).

Kelompok ini sebagian besar terdiri dari para ilmuwan politik dan sosiologi, terutama berusaha untuk mengembangkan dan menguji teori yang didasarkan pada teori dan menerangkan sebab-sebab dan konsekuensi-konsekuensi kebijakan. Kelompok ini jarang berusaha untuk mengidentifikasi tujuan-tujuan dan sasaran spesifik dari para pembuat kebijakan dan tidak melakukan usaha apa pun untuk membedakan variabel-variabel kebijakan yang merupakan hal yang dapat diubah melalui manipulasi kebijakan, dan variabel situasional yang tidak dapat dimanipulasi.

b) Analisis yang berorientasi pada masalah (*Problem-oriented analysts*).

Kelompok ini lebih menaruh perhatian pada identifikasi variabel-variabel yang dapat dimanipulasi oleh para pembuat kebijakan untuk mengatasi masalah. Analisis

yang berorientasi pada masalah jarang menyajikan informasi mengenai tujuan dan sasaran kebijakan yang spesifik dari para pembuat kebijakan, terutama karena masalah-masalah praktis yang dianalisis biasanya bersifat umum.

Analisis ini mencakup ilmu politik dan sosiologi, tetapi juga orang-orang yang datang dari bidang studi profesional pekerjaan sosial (*social work*) dan administrasi public, dan bidang studi yang sejenis seperti penelitian evaluasi. Kelompok ini tidak hanya menaruh perhatian pada variable-variabel kebijakan, tetapi juga melakukan identifikasi tujuan dan sasaran kebijakan dari para pembuat kebijakan dan pelaku kebijakan. Informasi mengenai tujuan-tujuan dan sasaran kebijakan memberikan landasan bagi pemantauan dan evaluasi hasil kebijakan yang spesifik, yang dapat digunakan oleh para praktisi untuk merumuskan masalah-masalah kebijakan, mengembangkan alternatif-alternatif kebijakan baru, dan merekomendasikan arah tindakan untuk memecahkan masalah.

3). Model Integratif

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. Model

G. Pendekatan Analisis Kebijakan

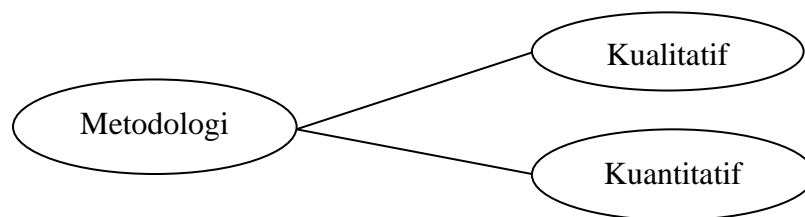
Upaya untuk menghasilkan informasi dan argumen, analisis kebijakan dapat menggunakan beberapa pendekatan, yaitu: pendekatan Empiris, Evaluatif, dan Normatif (Dunn, 1988) :

1. 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.
2. 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, analis dapat mengevaluasi bermacam cara untuk mendistribusikan biaya, alat, atau obat-obatan menurut etika dan konsekuensinya.

3. Pendekatan normatif, memusatkan perhatian pada masalah pokok, yaitu Tindakan apa yang semestinya di lakukan. 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 Rp.300 menjadi Rp.1000) merupakan jawaban untuk mengatasi rendahnya kualitas pelayanan di puskesmas. Peningkatan ini cenderung tidak memberatkan masyarakat. Ketiga pendekatan di atas menghendaki suatu kegiatan penelitian dan dapat memanfaatkan berbagai pendekatan lintas disiplin ilmu yang relevan. Adapun model panelitian yang lazim digunakan adalah penelitian operasional, terapan atau praktis.

H. Model Analisis Kebijakan

Titik berat analisis kebijakan adalah pada penggunaan metodologi penelitian modern untuk menemukan pemecahan masalah serta menghasilkan informasi yang bermanfaat untuk pengambilan keputusan termasuk keuntungan dan kerugian yang mungkin timbul bila pemecahan masalah tersebut diterapkan ditengah masyarakat. Dalam melakukan analisis kebijakan dibutuhkan metodologi, yaitu sistem standar, aturan, dan prosedur untuk menciptakan penilaian secara kritis dan mengkomunikasikan informasi dan pengetahuan yang relevan dengan kebijakan (Dunn, 1994b).



Gambar 6. Metodologi Analisis Kebijakan (Dunn, 1994b)

Metode kuantitatif dari analisis kebijakan masyarakat 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 komprehensi dan aplikasi beberapa konsepe seperti korelasi, varian, dan signifikansi statistik.

Metode kualitatif, sementara ini membutuhkan kehati-hatian untuk melihat hal yang detail analisis dilakukan dengan sering kali memerulakan pembacaan berulang pada catatan lapangan dan materi tulisan lain untuk menemukan pola dan hubungannya dalam data (Dunn, 1994b).

Bagaimanapun bentuk metode yang digunakan, metode yang digunakan dalam analisis kebijakan harus dapat menggali informasi berikut :

1. Masalah kebijakan: Nilai atau kebutuhan atau kesempatan yang belum terpenuhi, dan dapat diidentifikasi untuk diperbaiki atau dicapai melalui tindakan publik.
2. Masa depan kebijakan: Konsekuensi dari serangkaian tindakan untuk pencapaian nilai-nilai dan karena itu merupakan penyelesaian terhadap suatu masalah kebijakan.
3. Aksi kebijakan: Gerakan atau serangkaian gerakan yang dituntut oleh alternatif kebijakan yang dirancang untuk mencapai hasil masa depan yang bernilai.
4. Hasil kebijakan: Konsekuensi yang teramati dari aksi kebijakan.
5. Kinerja kebijakan: Derajat dari hasil kebijakan yang ada, dapat memberi kontribusi terhadap pencapaian nilai-nilai.

Dalam mempelajari dan menganalisis suatu kebijakan secara umum para ahli membedakan cara atau sudut pandang pelaku analisis kebijakan sebagai berikut :

1. Cara yang dikembangkan oleh para pengamat di pusat-pusat studi yang dikenal dengan istilah studi kebijakan (*policy studies*) yaitu kegiatan pengkajian akademis yang dilakukan dalam waktu yang panjang untuk mempelajari segala sesuatu yang berhubungan dengan kebijakan dan bersifat memberikan penilaian dan rekomendasi kepada pihak lain mengenai kebijakan.
2. Cara pandang berikutnya yang dikembangkan untuk kepentingan praktis yang dikenali dengan istilah analisis kebijakan (*policy analysis*) yaitu analisis yang tepat dan menyeluruh terhadap sebuah kebijakan yang hasilnya berupa rekomendasi kebijakan yang akan diberikan kepada para pemangku kepentingan.

I. Analisis Kebijakan dalam Proses Pembuatan Kebijakan

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 dokumentasi kebijakan tertulis termasuk memo-memo, RIA (*Regulatory Impact Assesments*), 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 mengkomunikasikan isi dari dokumen-dokumen kebijakan.

Tabel 4.: Analisis Kebijakan dalam Proses Pembuatan Kebijakan (Dunn, 1994)

Pembuatan Kebijakan	Analisis Kebijakan
<i>Policy agenda setting</i>	<i>Structuring policy problem</i>
<i>Policy formulation</i>	<i>Forecasting policy outcomes</i>
<i>Policy adoption</i>	<i>Recommending preferred policy</i>
<i>Policy implementation</i>	<i>Monitoring policy outcomes</i>
<i>Policy evaluation</i>	<i>Evaluating policy performance</i>
<i>Policy adaptation</i>	<i>Recommending adapted policy</i>
<i>Policy succession</i>	<i>(Re)commending existing policy</i>
<i>Policy termination</i>	<i>Recommending no policy</i>

Tabel diatas menggambarkan alur berpikir yang diperlukan dalam pembuatan kebijakan dengan melakukan analisis tertentu sesuai dengan tahapan dalam pembuatan kebijakan. Sebagai contoh, pada tahap penetapan agenda kebijakan diperlukan analisis terkait penyusunan masalah kebijakan berdasarkan prioritas yang disandarkan pada kebutuhan dan sumber daya yang tersedia. Demikian pula pada formulasi kebijakan, analisis kebijakan yang perlu dialami adalah meramalkan dampak kebijakan dan seterusnya. Tentu, sistematika tersebut tidaklah mutlak melainkan hanya sebagai gambaran yang bisa dilakukan para pelaku atau analisis kebijakan.

Latihan Soal :

1. Menurut Carl W. Patton dan David S. Savicky Pengertian Analisis Kebijakan adalah ?
 - a. Tindakan yang diperlukan untuk dibuatnya sebuah kebijakan, baik kebijakan yang baru sama sekali atau kebijakan yang diubah sebagai konsekuensi dari kebijakan lama.

- b. Penyelidikan terhadap suatu peristiwa untuk mengetahui keadaan yang sebenarnya, sebab musabab atau duduk perkaranya
 - c. Satu bentuk riset terapan yang dilaksanakan untuk memperoleh pemahaman yang lebih mendalam mengenai masalah kesehatan masyarakat secara utuh
 - d. Suatu rangkaian alternative yang siap dipilih berdasarkan prinsip-prinsip tertentu.
2. Sebutkan siklus analisis kebijakan pada pembuatan kebijakan ?
 - a. Kualitatif dan kuantitatif
 - b. Problem formation, Policy formulation, Policy adoption, Policy implementation dan Policy evaluation
 - c. Salah semua
 - d. Semua benar
 3. Ada berapakah metodologi analisis kebijakan ?
 - a. 2
 - b. 3
 - c. 4
 - d. 5
 4. Jelaskan apa yang dimaksudkan dengan Pendekatan Evaluatif ?
 - a. Memusatkan perhatian pada masalah pokok, yaitu apakah sesuatu itu ada (menyangkut fakta).
 - b. Memusatkan perhatian pada masalah pokok, yaitu berkaitan dengan penentuan harga atau nilai (beberapa nilai sesuatu) dari beberapa kebijakan.
 - c. Memusatkan perhatian pada masalah pokok, yaitu Tindakan apa yang semestinya di lakukan.
 - d. Semua benar
 5. Ada berapakah model bentuk analisis kebijakan ?
 - a. 3
 - b. 4
 - c. 5
 - d. 6

BAB V

MASALAH KEBIJAKAN

Standar Kompetensi

Mahasiswa mampu memahami Masalah Kebijakan

Tujuan Intruksional Umum

Mahasiswa mampu menjelaskan Masalah Kebijakan

Tujuan Intruksional Khusus

1. Mahasiswa dapat menjelaskan Pengertian Masalah Kebijakan
2. Mahasiswa dapat menjelaskan Sifat – sifat Masalah Kebijakan
3. Mahasiswa dapat menjelaskan Karakteristik Masalah Kebijakan

A. Pengertian Masalah Kebijakan

Mendefinisikan masalah kebijakan pada intinya merujuk pada kegiatan untuk mengeksplorasi berbagai isu-isu atau masalah sosial dan kemudian menetapkan satu masalah sosial yang akan menjadi fokus analisis kebijakan. Pemilihan masalah sosial didasari beberapa pertimbangan, antara lain: masalah tersebut bersifat aktual, penting dan mendesak, relevan dengan kebutuhan dan aspirasi publik, berdampak luas dan positif dan sesuai dengan visi dan agenda perubahan sosial. Pertimbangan lain dalam menetapkan masalah sosial yang akan dijadikan pusat kajian kebijakan adalah penentuan apakah masalah tersebut termasuk kategori adalah penentuan apakah masalah tersebut kategori masalah sosial strategis atau tidak. Suharto (2004) mengajukan 4 parameter yang dapat dijadikan pedoman untuk menetapkan strategis tidaknya suatu masalah sosial, Ia memformulasikannya dalam akronim FDKN (faktor, Dampak, Kecenderungan dan Nilai).

Masalah kebijakan, adalah nilai, kebutuhan atau kesempatan yang belum terpenuhi, tetapi dapat diidentifikasi dan dicapai melalui tindakan publik. Tingkat kepelikan masalah tergantung pada nilai dan kebutuhan apa yang dipandang paling penting. Staf puskesmas yang kuat orientasi materialnya (gaji tidak memenuhi kebutuhan), cenderung memandang aspek imbalan dari puskesmas sebagai masalah mendasar dari pada orang yang punya komitmen pada kualitas pelayanan kesehatan.

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 atau *problem* adalah ketidaksesuaian atau ketidakcocokan antara kenyataan dengan yang diinginkan. Namun begitu, pendefinisian masalah kebijakan bukanlah proses yang sederhana sebagaimana definisi masalah itu sendiri. Dalam pendefinisian masalah kebijakan perlu memperhatikan: ketidaksesuaian, tekanan-tekanan untuk bertindak atau menyusun kebijakan, serta sumber daya yang dibutuhkan untuk melakukan tindakan atau implementasi kebijakan.

Tidak semua masalah memiliki nilai strategis untuk didefinisikan dan dirumuskan sebagai masalah kebijakan. Masalah kebijakan yang strategis adalah masalah yang memiliki dampak terkait dengan tujuan jangka panjang yang diharapkan, keamanan dan kelangsungan negara, serta hajat hidup dan keselamatan banyak orang sehingga perlu segera ditanggulangi. Masalah kebijakan harus dapat menjawab pertanyaan bagaimana, Siapa yang terlibat, kapan, bagaimana sebaiknya permasalahan publik tersebut dipecahkan, di mana dilaksanakan. Ketepatan pengenalan dan identifikasi masalah strategis akan memudahkan dalam memformulasikan, implementasi, perubahan serta pengontrolan kebijakan. Jadi, masalah yang strategis harus memerhatikan aspek proses, isi, serta konteks. Ketiga aspek tersebut akan menempatkan masalah menjadi lebih mudah dianalisis dan dipecahkan melalui kebijakan, dan pada akhirnya dapat mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Setelah memahami pengenalan dan perumusan masalah maka langkah selanjutnya adalah memahami analisis kebijakan yang tepat dan diperlukan sebagai alternatif penyelesaian masalah yang ada. Karena itu, kemampuan melakukan analisis menjadi penting dalam pembuatan atau pengembangan kebijakan. Tujuan penguatan kebijakan berbasis bukti (*evidence based policy*) ditentukan oleh ketajaman analisis dalam tahap-tahap pengembangannya. Bagaimanapun, kebijakan amat memperhatikan bagaimana masalah dan isu didefinisikan dan dikonstruksikan, bagaimana *stakeholder* menempatkan politik dan agenda kebijakan, bagaimana objek kebijakan muncul, hingga bagaimana dampak dari kebijakan tersebut. Semua hal tersebut tidak bisa dijawab oleh hanya satu disiplin ilmu sehingga diperlukan integrasi pemahaman banyak aspek, berbagai metode

(kualitatif dan kuantitatif), dan seterusnya. Pentingnya dasar multi dan inter disiplin keilmuan dalam analisis kebijakan dikemukakan oleh Smith and Larimer (2009) dalam Solichin (2012), yang mengatakan bahwa tidak ada satu bidang keilmuan dalam analisis kebijakan, melainkan banyak bidang keilmuan.

B. Sifat – Sifat Masalah Kebijakan

1. Sifat – sifat Masalah Kebijakan, adalah sebagai berikut :

- a) Saling ketergantungan antara masalah kebijakan
- b) Ada subyektivitas dari masalah kebijakan
- c) Sifat buatan dari masalah
- d) Dinamika masalah kebijakan
- e) Pembedaan masalah : sederhana , agak sederhana dan rumit.

2. Teknik Perumusan Masalah (Fase-fase Perumusan Masalah Kebijakan) :



SITUASI MASALAH	META MASALAH	MASALAH SUBSTANTIF	MASALAH FORMAL
Untuk mengetahui situasi masalah harus mengenali situasi yg merupakan issue publik	Dikenal sebagai tumpukan masalah yang belum terstruktur yaitu mengapa terjadi situasi masalah	Masalah substantif didefinisikan dari meta masalah yaitu dipilih mana saja masalahnya yg tampak	Masalah formal yaitu masalah substantif yang akan segera ditangani sesuai kemampuan.

C. Karakteristik Masalah Kebijakan

Menurut Dunn (1988) beberapa karakteristik masalah pokok dari masalah kebijakan, adalah:

- a)** Interdependensi (saling tergantung), yaitu kebijakan suatu bidang (energi) seringkali mempengaruhi masalah kebijakan lainnya (pelayanan kesehatan). Kondisi ini menunjukkan adanya sistem masalah. Sistem masalah ini membutuhkan pendekatan Holistik, satu masalah dengan yang lain tidak dapat di piahkan 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. gang-guan 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.

Karakteristik utama masalah-masalah kebijakan adalah saling tergantung, subjektif, artifisial, dan dinamis. Masalah-masalah kebijakan jarang dipecah ke dalam bagian-bagian yang independen, berbeda, dan saling eksklusif; masalah-

masalah sesungguhnya merupakan sistem masalah dengan sifat-sifat yang teologis (*purposif*) sedemikian rupa sehingga dari keseluruhan tidak sama dengan jumlah kuantitatif bagian-bagiannya. Isu-isu kebijakan yang nampak sederhana seringkali sama kompleksnya seperti sistem masalah dari mana mereka berasal. Isu-isu kebijakan merupakan hasil dari perselisihan sebelumnya tentang hakikat masalah-masalah kebijakan, yang didasarkan pada interpretasi yang selektif terhadap kondisi masalah. Kompleksitas dari struktur masalah bervariasi sesuai dengan karakteristik dan hubungan di antara lima elemen: pembuat kebijakan, alternatif, utilitas (nilai), hasil, probabilitas hasil. Banyak dari masalah kebijakan yang sangat penting adalah yang rumit karena masalah-masalah tersebut merupakan suatu sistem masalah yang benar-benar kompleks yang mengandung konflik yang tinggi di antara para pelaku kebijakannya yang saling bersaing.

Peramalan dapat mengambil tiga bentuk utama: proyeksi, prediksi, dan konjektur. Masing-masing mempunyai bentuk yang berbeda: ekstrapolasi kecenderungan, teori, dan pandangan pribadi. Proyeksi dibenarkan oleh argumen dari metode kasus paralel; prediksi didasarkan pada argumen yang berasal dari sebab dan analogi; dan konjektur didasarkan pada argumen yang berdasar pada fikiran dan motivasi. Peramalan dapat digunakan untuk membuat estimasi tentang tiga tipe situasi masyarakat masa depan: masa depan potensial, masa depan yang masuk akal, dan masa depan normatif. Tujuan dan sasaran dapat dibandingkan dan dipertentangkan dalam hal dan arah tujuannya, tipe definisi, spesifikasi periode waktu, prosedur pengukuran, dan perlakuan terhadap kelompok target.

Pemahaman dan penggunaan teknik peramalan dibuat lebih mudah jika mereka dikelompokkan menurut tiga pendekatan: ekstrapolatif, teoritis, dan intuitif. Pendekatan-pendekatan yang berbeda mengenai peramalan bersifat saling melengkapi. Kelebihan dari satu pendekatan atau teknik seringkali merupakan keterbatasan dari yang lainnya, demikian sebaliknya.

D. Metode Perumusan Masalah

1. Analisis Klasifikasi

Dengan mengklasifikasi masalah akan mempermudah analisis. Misal kemiskinan lebih berfokus pada kemiskinan pedesaan, karena kemiskinan ada di desa.

2. Analisis Hierarki

Suatu kebijakan dapat diterapkan tergantung dari posisi kebijakan tersebut dalam sebuah hierarki kebijakan. Setiap kebijakan harus memiliki konsistensi dan koherensi dengan kebijakan pada tingkat kewenangan yang lebih luas.

3. Analisis Brainstorming

Merumuskan masalah melalui curah pendapat orang2 untuk mengetahui situasi yang ada.

4. Analisis Batas

Upaya memetakan masalah melalui snowball sampling dari stakeholders. (Hal ini karena masalah sering rumit dan tak jelas).

5. Analisis perpektif ganda

Metode memperoleh pandangan yang bervariasi dari pelbagai perspektif.

6. Metode-Metode Perumusan Masalah

Metode	Tujuan	Prosedur	Sumber Pengetahuan	Kriteria Kinerja
Analisis Batas	Estimasi batas peta masalah	Pencarian sampel bola salju perencanaan masalah & penjumlahan	Sistem pengetahuan	Ketepatan batas
Analisis Klasifikasi	Kejelasan konsep	Pemilihan secara logis & klasifikasi penyebab	Analisis individu	Konsistensi logis
Analisis Hirarki	Identifikasi penyebab yang mungkin masuk akal dan dapat ditindaklanjuti	Pemilahan secara logis dan klasifikasi penyebab	Analisis individu kelompok	Konsistensi logis
Brainstorming	generalisasi ide, tujuan, dan strategi	Pemunculan ide dan evaluasi	Kelompok	Konsensus
Analisis perseptif berganda	Generalisasi wawasan	Penggunaan secara serentak perspektif teknis organisasional dan personal	Kelompok	Perbaikan wawasan
Analisis	Sintesis kreatif	Identifikasi	Kelompok	Konflik

asumsi	asumsi-asumsi yang berlawanan	pelaku, penampakan asumsi, mepertentangkan & pengelompokan dan sitensis		
Pemetaan argumentasi	Penilaian asumsi	Penyusunan tingkat dan penggambaran Plansibilitas dan urgensi	Kelompok	Plansibilitas dan urgensi optimal

Latihan Soal :

1. Apa pengertian dari Masalah Kebijakan ?
 - a. Pemahaman dan penggunaan teknik peramalan
 - b. Nilai, kebutuhan atau kesempatan yang belum terpenuhi, tetapi dapat diidentifikasi dan dicapai melalui tindakan publik
 - c. Dipertentangkan dalam hal dan arah tujuannya, tipe definisi, spesifikasi periode waktu, prosedur pengukuran, dan perlakuan terhadap kelompok target.
 - d. Semua benar
2. Sebutkan pendekatan penggunaan teknik peramalan ?
 - a. Kohoresi, komprehensif dan pemberdayaan masyarakat
 - b. Preventif, kuratif dan Rehabilitas
 - c. Empiris, Holistik dan Evaluasi
 - d. Ekstarpolatif, Teoritis, dan Intuitif
3. Ada berapakah Sifat masalah kebijakan ?
 - a. 3
 - b. 4
 - c. 5
 - d. 6
4. Sebutkan karakteristik masalah kebijakan menurut Menurut Dunn (1988) ?
 - a. Interdependensi, Subjektif, Artifisial, Dinamis, dan Tidak terduga.
 - b. Preventif, kuratif, dinamis dan Rehabilitas
 - c. Empiris, Holistik, tidak terduga dan Evaluasi
 - d. Ekstarpolatif, Teoritis, dan Intuitif
5. Sebutkan teknik perumusan masalah ?
 - a. Planing, organizing, actuating, controlling dan evaluation
 - b. Meta Masalah, Pendefinisian Masalah, Masalah Substantif, Spesifikasi Masalah, Masalah Formal, Pengenalan Masalah, Situasi Masalah dan Pencarian Masalah
 - c. Semua salah
 - d. Semua benar
6. Ada berapa metode perumusan masalah ?
 - a. 2
 - b. 3

- c. 4
 - d. 5
7. Apa pengertian dari Analisis Hierarki ?
- a. Dengan mengklasifikasi masalah akan mempermudah analisis.
 - b. Suatu kebijakan dapat diterapkan tergantung dari posisi kebijakan tersebut dalam sebuah hierarki kebijakan
 - c. Merumuskan masalah melalui curah pendapat orang2
 - d. Upaya memetakan masalah melalui snowball sampling
8. Apa yang dimaksud dengan Subjektif ?
- a. Kondisi eksternal yang menimbulkan masalah diidentifikasi, diklasifikasi dan dievaluasi secara selektif
 - b. Kebijakan suatu bidang (energi) seringkali mempengaruhi masalah kebijakan lainnya (pelayanan kesehatan). Kondisi ini menunjukkan adanya sistem masalah.
 - c. Pada saat diperlukan perubahan situasi problematis, sehingga dapat menimbulkan masalah kebijakan
 - d. Masalah dan pemecahannya berada pada suasana perubahan yang terus menerus
9. Sebutkan 6 Masalah-masalah kebijakan secara umum ?
- a. Monitoring, Peramalan, Evaluasi, Kalim kebijakan, Rekomendasi dan Pendukung
 - b. Interdependensi, Subjektif, Artifisial, Dinamis, tak terduga dan Prasyarat
 - c. Masalah kebijakan, Klaim kebijakan, Justifikasi atau pembenaran, Pendukung, Sanggahan-sanggahan, dan Prasyarat
 - d. Semua benar
10. Sebutkan ciri-ciri perencanaan kebijakan kesehatan ?
- a. Monitoring, Peramalan, Evaluasi, Kalim kebijakan, Rekomendasi dan Pendukung
 - b. Interdependensi, Subjektif, Artifisial, Dinamis, tak terduga dan Prasyarat
 - c. Masalah kebijakan, Klaim kebijakan, Justifikasi atau pembenaran, Pendukung, Sanggahan-sanggahan, dan Prasyarat

- d. Bagian dari sistem administrasi, Dilaksanakan secara terus-menerus, Berorientasi pada masa depan, Mampu menyelesaikan masalah, Mempunyai tujuan dan Bersifat mampu kelola.

BAB VI

ADVOKASI SEKTOR KESEHATAN

Standar Kompetensi

Mahasiswa mampu memahami Advokasi Sektor Kesehatan

Tujuan Intruksional Umum

Mahasiswa mampu menjelaskan Advokasi Sektor Kesehatan

Tujuan Intruksional Khusus

1. Mahasiswa dapat menjelaskan Pengertian dan Ruang Lingkup Advokasi
2. Mahasiswa dapat menjelaskan Fungsi dan Peran Advokasi
3. Mahasiswa dapat menjelaskan Kerangka Kerja Advokasi
4. Mahasiswa dapat menjelaskan Aplikasi Bentuk Advokasi
5. Mahasiswa dapat menjelaskan Pemantauan dan Evaluasi Advokasi

A. Pengertian dan Ruang Lingkup Advokasi Kebijakan

“Advokasi” berasal dari bahasa Inggris, *“to advocate”*, tidak hanya berarti ‘membela’, tetapi bisa berarti mengajukan atau mengemukakan, dengan kata lain berusaha ‘menciptakan’ yang baru, yang belum ada. tidak jauh berbeda dengan itu, Susan Scribner dan Barbara O’Hanlon membuat pengertian bahwa advokasi merupakan serangkaian tindakan dengan tujuan mengarahkan pembuatan kebijakan dan stakholder kunci lainnya untuk mendukung isu kebijakan tertentu.

Advokasi sebenarnya merupakan upaya untuk memperbaiki atau mengubah suatu kebijakan publik sesuai dengan kehendak atau kepentingan mereka yang mendesak terjadinya perbaikan atau perubahan tersebut. Selain pemahaman terhadap kebijakan publik yang telah dijelaskan dalam bab sebelumnya, dalam konteks advokasi kerangka analisis yang berguna untuk memahami suatu kebijakan publik adalah dengan melihat kebijakan tersebut suatu “sistem hukum” yang terdiri dari :

- 1) Isi Hukum (*content of law*) :yakni uraian tertulis dari suatu kebijakan yang tertuang dalam bentuk perundang-undangan, peraturan-peraturan, dan keputusan-keputusan pemerintah. Ada juga kebijakan-kebijakan yang lebih merupakan ‘kesepakatan umum’ tidak tertulis tetapi dalam hal ini kita lebih

menitikberatkan perhatian pada naskah hukum tertulis atau aspek tekstual dari sistem hukum yang berlaku.

- 2) Tata laksana hukum (*structure of law*) : yakni semua perangkat kelembagaan dan pelaksanaan dari isi hukum yang berlaku. Dalam pengertian ini tercakup lembaga-lembaga hukum dan para aparat pelaksanaannya.
- 3) Budaya hukum (*culture of law*) : yakni persepsi, pemahaman, sikap penerimaan, praktik-praktik pelaksanaan, penafsiran terhadap dua aspek sistem hukum diatas; isi dan tata laksana hukum.

Menurut Young dan Quinn (2002), Suharto (2004c) mengajukan beberapa definisi advokasi, khususnya yang berkaitan dengan analisis kebijakan sosial.

Advokasi merupakan proses yang disengaja untuk mempengaruhi mereka yang membuat keputusan-keputusan kebijakan. Advokasi adalah sebuah strategi untuk mempengaruhi para pembuat kebijakan ketika mereka membuat hukum dan peraturan, mendistribusikan sumber-sumber, serta membuat keputusan-keputusan lain yang mempengaruhi hidup orang. Tujuan utama advokasi adalah menciptakan kebijakan, mereformasi kebijakn, dan menjamin kebijakan-kebijakan tersebut diimplementasikan.

Keberhasilan advokasi banyak dipengaruhi oleh berbagai fakto. Antara lain, kemahiran analisa kebijakan dalam memilih isu dan strategi kampanye, dukungan stekholder, dan kejelasan sasaran atau audien advokasi. Advokasi yang efektif memiliki karakteristik aebagai berikut: jelas sasaran/audiennya, berorientasi pada hasil, terencana, kreatif, hemat biaya, relevan dengan kebutuhan kolektif, kolaboratif, persuasif, politis, strategis, berpengaruh, menarik perhatian, terukur dan fokus pada satu isu kebijakan tertentu. Namun demikian, ada 2 faktor penting yang sangat menentukan keberhasilan advokasi, yaitu :

- 1) Pengetahuan mengenai siapa yang terlibat dalam atau terpengaruh oleh proses kebijakan sosial dan
- 2) Pengetahuan mengenai perangkat kelembagaan apa saja yang diperlukan bagi pengimplementasikan kebijakan.

B. Fungsi dan Peran Advokasi

Peran Advokasi adalah sebagai berikut :

- 1) **Komitmen politik**, dapat diwujudkan dengan pernyataan dari pejabat eksekutif maupun legislatif mengenai dukungan atau persetujuan terhadap isu – isu kesehatan.
- 2) **Dukungan Kebijakan**, setelah adanya komitmen politik, perlu dilanjutkan dengan advokasi lagi agar dikeluarkan kebijakan yang mendukung program / isu. Dukungan kebijakan berupa : Undang – undang, Peraturan Pemerintah, Peraturan Daerah, Kesepakatan kebijakan dsb.
- 3) **Penerimaan Sosial**, komitmen politik dan dukungan kebijakan dari eksekutif dan legislatif perlu disosialisasikan untuk memperoleh dukungan masyarakat. Tokoh masyarakat (formal dan informal) mempunyai peranan penting dalam sosialisasi, agar program dapat diterima masyarakat
- 4) **Dukungan sistem**, terciptanya sebuah lingkungan dan mekanisme yang mendukung terlaksananya suatu program secara efektif dan efisien

Fungsi Advokasi sebagai berikut :

- 1) Mengubah “*political will*” untuk kepentingan kesehatan masyarakat
- 2) Mengubah “*social climate*” untuk mendukung kesehatan masyarakat
- 3) Menerbitkan atau memperbaharui undang-undang atau peraturan
- 4) Pelaksanaan undang-undang yang seolah-olah tertidur
- 5) Mengubah alokasi sumberdaya serta pendanaan
- 6) Mengubah pelaksanaan serta prioritas suatu institusi
- 7) Meningkatkan pengawasan pelayanan bagi publik
- 8) Mempercepat modifikasi produk.

C. Kerangka Kerja Advokasi

Secara garis besar, kerangka kerja dasar advokasi dapat diuraikan pada ketiga jenis proses legislasi dan yudikatif; proses politik dan birokrasi; proses sosialisasi dan mobilitas.

1. Proses Legislasi dan Yudikatif

Meliputi seluruh proses penyusunan rancangan undang-undang atau peraturan sesuai dengan konstitusi dan sistem ketatanegaraan yang berlaku, mulai dari pengajuan gagasan atau usul dan tuntutan perlunya penyusunan undang-

undang atau peraturan baru, perdebatan parlemen untuk membahas gagasan, pembentukan kelompok kerja dalam kabinet dan parlemen, sampai pada akhirnya disepakati atau disetujui dalam pemungutan suara diparlemen. Tetapi pengertian proses legislasi dapat juga berarti prakarsa pengajuan rancangan undang-undang. Karena jurisprudensi pada dasarnya juga membentuk isi hukum, maka proses-proses legislasi juga termasuk dalam pengertian ini.

2. Proses Politik dan Birokrasi

Meliputi semua tahap formasi dan konsolidasi organisasi pemerintahan sebagai perangkat kelembagaan dan pelaksanaan kebijakan publik. Bagian terpenting dan paling menentukan dalam keseluruhan proses ini adalah seleksi, rekrutmen, dan induksi para aparat pelaksana pada semua tingkatan birokrasi yang terbentuk.

3. Proses Sosialisasi dan Mobilisasi

Proses ini meliputi semua bentuk kegiatan pembentukan kesadaran dan pendapat umum serta tekanan massa terorganisasi yang akhirnya akan membentuk suatu pola perilaku tertentu dalam menyikapi suatu masalah bersama. Karena itu, proses-proses ini terwujud dalam berbagai bentuk tekanan politik, mulai dari penggalangan pendapat dan dukungan (kampanye, debat umum, rangkaian diskusi dan seminar serta pelatihan), pengorganisasian, sampai pada ke tingkat pengerahan kekuatan (unjuk rasa, mogok, boikot dan blokade).

D. Aplikasi Bentuk Advokasi (Global Health Council, 2003)

Advokasi tidak akan berlangsung secara efektif apabila para advokator atau pelaksana tidak mengedukasi diri sendiri. Dengan mempelajari isi kesehatan dan legislasi tentang kesehatan global, para pelaku advokasi akan memiliki basis pengetahuan yang akan mengantarkannya pada advokasi yang lebih efektif.

1. Mobilisasi

Salah satu kerangka kerja advokasi dalam kebijakan kesehatan adalah membangun kesadaran bagi pelaku untuk menyertakan pihak lain untuk mendukung aspirasi yang diperjuangkan. Penyertaan banyak pihak dan sejumlah massa untuk mendukung aspirasi dapat menjadi kekuatan penekan yang mempengaruhi efektivitas advokasi. Memanfaatkan acara-acara atau pertemuan adalah salah satu cara terbaik untuk membuat orang tertarik dan membangun

koalisi dengan individu dan organisasi lainnya untuk dapat membagi minat di kesehatan.

Langkah dalam mobilisasi :

- a) Menjadi kreatif. Mungkin tidak perlu untuk mengelola sesuatu yang baru, tapi dapat juga mengolaborasi komunitas yang dimiliki serta aktivitas-aktivitasnya dengan organisasi atau kegiatan yang sudah ada.
- b) Menghubungkan dengan isu lokal. Sebagai contoh, mengajar orang-orang tentang mengapa tuberculosis banyak menjadi perhatian pada komunitas lokal sebagaimana yang ada di India.
- c) Meminta partisipasi dari pimpinan komunitas dan orang-orang terkenal seperti selebritas atau politikus untuk menarik massa.

2. Terlibat dalam Proses Legislasi

Tujuan pembahasan ini adalah untuk menunjukkan bagaimana sederhananya untuk membuat suara publik didengar di pemerintahan pada isu-isu yang dirasa sangat diminati. Ada banyak cara untuk mengkomunikasikannya dengan pejabat terpilih, harus dirangkai pesan yang indah disampaikan dengan 4 pertanyaan. Empat pertanyaan ini adalah apa yang legislator atau lembaganya akan pikirkan dalam merespons komunikasi yang kita jalani:

- Apakah ini masuk akal ?
- Bagaimana hal ini dapat mempengaruhi daerah kita?
- Akankah ini membantu atau malah akan merugikan kita secara politik?
- Apakah orang lain tahu atau peduli tentang isu tersebut?

3. Menggunakan Media sebagai Penyalur Suara

Media merupakan kekuatan yang besar untuk mengedukasi publik tentang isu dan kejadian yang sedang terjadi. Melalui kemitraan dengan media, pengadvokasi dapat mencapai visibilitas dan kredibilitas. Cara untuk berkomunikasi dengan media akan bergantung dari tipe media yang dihadapi (misalnya, koran kampus atau stasiun berita utama). Ini bervariasi, bergantung dari ukuran kegiatan dari isu relevan yang dibawa dan juga target audiensinya. Untuk memulainya perlu dilakukan beberapa hal berikut :

- a) Menetapkan pesan dan tujuan.
- b) Membuat daftar target media.

- c) Apabila kita merupakan bagian dari suatu kelompok, angka satu orang untuk bertindak sebagai yang berhubungan dengan media.
- d) Pelajari dan hormati waktu tenggat untuk korban dan majalah, karena mereka berbeda-beda dalam seksi dan publikasi.

E. Pemantauan dan Evaluasi Advokasi

Suatu rancangan strategi advokasi yang telah disiapkan secermat apapun, bisa berubah ditengah jalan karena perubahan-perubahan keadaan dan situasi. Pemantauan terus menerus terhadap keseluruhan proses advokasi adalah penting, terutama untuk mengantisipasi berbagai kemungkinan perubahan keadaan dan situasi yang menuntut perubahan strategi advokasi. Jika tidak dilakukan perubahan strategi advokasi sesuai dengan keadaan dan situasi, advokasi yang dilaksanakan bisa menjadi tidak efektif atau bahkan kontra-produktif sama sekali. Untuk pemantauan dan evaluasi proses, hasil dan dampak/manfaat suatu program atau kegiatan advokasi dapat digunakan suatu kerangka kerja logis yang terdiri dari 4 unsur pokok :

- 1) Sasaran hasil (objectives), suatu keadaan tertentu yang diinginkan dicapai setelah dilaksanakannya suatu kegiatan.
- 2) Indikator, beberapa petunjuk tertentu yang akan meyakinkan apakah sasaran hasil memang sudah tercapai atau belum.
- 3) Pengujian (verification), cara untuk memperoleh bukti-bukti yang menunjukkan bahwa indikator-indikator tersebut memang ada atau tidak.
- 4) Asumsi, suatu keadaan atau hal tertentu yang menjadi prasyarat terlaksananya kegiatan yang direncanakan sehingga indikator itu tadi benar-benar bisa terwujud dan sasaran hasil tercapai.

Latihan Soal :

- 1. Apa pengertian Advokasi kebijakan ?
 - a. Merupakan upaya untuk memperbaiki atau mengubah suatu kebijakan publik sesuai dengan kehendak atau kepentingan mereka yang mendesak terjadinya perbaikan atau perubahan tersebut.
 - b. Kekuatan yang besar untuk mengedukasi publik tentang isu dan kejadian yang sedang terjadi.

- c. Suatu rancangan strategi advokasi yang telah disiapkan secermat apapun, bisa berubah ditengah jalan karena perubahan-perubahan keadaan dan situasi
 - d. Semua salah
2. Apa peran Advokasi Kebijakan ?
- a. Dukungan Kebijakan
 - b. Komitmen politik
 - c. Penerimaan Sosial
 - d. Dukungan sistem
 - e. Semua benar
3. Sebutkan kerangka kerja dasar advokasi ?
- a. Efektivitas, Efisiensi, Ketepatan, Pemetaan dan Penilaian
 - b. Proses legislasi dan yuridiksi, Proses politik dan birokrasi, dan Proses sosialisasi dan mobilitas.
 - c. Isi hukum, Tata laksana, Budaya hukum dan sistem kebijakan
 - d. Salah semua
4. Sebutkan Bentuk Advokasi menurut (Global Health Council, 2003) ?
- a. Kreatif, Ketepatan dan Bertanggung jawab
 - b. Isu, Analisis, dan Rekomendasi
 - c. Mobilisasi, Terlibat dalam Proses Legislasi dan Menggunakan Media sebagai Penyalur Suara
 - d. Semua benar
5. Sebutkan 4 unsur pokok kerangka kerja advokasi ?
- a. Content of law, Structure of law, dan Culture of law
 - b. Objectives, Verification, dan Asumsi
 - c. Salah semua
 - d. Benar semua

Perbandingan Sistem Pembiayaan Sebelum dan Selama Program JKN di Kab.Kuningan

Iyan Yanuar, Cecep Heriana, Afif Kosasih

¹STIKes Kuningan, ²IAKMI Kab. Kuningan

ABSTRAK

Latar Belakang : Kebijakan pembiayaan kesehatan pada tahun 2014 yaitu agar seluruh masyarakat Indonesia terjamin dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pada saat suatu kebijakan diluncurkan maka akan menimbulkan perubahan sebelum maupun pada saat kebijakan diluncurkan termasuk terhadap pembiayaan kesehatan di daerah. Alokasi anggaran kesehatan Provinsi Jawa Barat sekitar 10% dari APBD untuk tahun 2014. Anggaran kesehatan Kabupaten Kuningan tahun 2014 mencapai 4,9% dari APBD. Tujuan : Mengetahui perbandingan pembiayaan kesehatan sebelum dan selama Program JKN di Kab. Kuningan.

Metode : Desain Penelitian Kualitatif, subjek Penelitian : Ka.BPJS Kuningan, Ka Dinkes, Ka, BAPPEDA, Ka.Inspektorat, Direktur RSUD “45”, Ka. PKM Kadugede, Ka. BPKAD, Ketua STIKKU, Ketua IAKMI Kuningan. Instrument penelitian menggunakan pedoman wawancara dan pedoman penilaian dokumentasi. Teknik Pengumpulan data dengan wawancara dan studi dokumen. Keabsahan data menggunakan metode triangulasi dan analisis data menggunakan teknik analisa interaktif.

Hasil : Langkah-langkah pembiayaan kesehatan sebelum dan pada saat pelaksanaan JKN : sosialisasi, transformasi PT Askes menjadi BPJS kesehatan. Struktur pembiayaan kesehatan sebelum dan pada saat pelaksanaan JKN : alokasi pembiayaan kesehatan di Kuningan 4,9% dari APBD, tidak mengalami perubahan dari tahun sebelumnya. Tata kelola di daerah sebelum dan pada saat pelaksanaan JKN secara umum tidak mengalami perubahan. Untuk di Kuningan akan diterbitkan perda mengenai sistem kapitasi untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama. Peran dari beberapa *stakeholders* yang berada di Kabupaten Kuningan sebelum dan selama JKN : BAPPEDA sebagai perencanaan, BPKAD sebagai pengelola keuangan. Dinas Kesehatan sebagai penyedia layanan. Inspektorat sebagai pelaksana pengawasan. BPJS sebagai badan pengelola jaminan JKN, Puskesmas dan Rumah Sakit sebagai

pemberi pelayanan. Perangkat manajemen sebelum dan pada saat pelaksanaan jaminan kesehatan nasional tidak mengalami perubahan, sistem informasi di setiap instansi ada terkait dengan BPJS. Pengembangan terkait jaminan kesehatan nasional terus ditingkatkan, SDM dan Fasyankes

Kesimpulan : perbandingan biaya sebelum dan sesudah JKN tidak mengalami perubahan dari tahun sebelumnya. Rekomendasi : peningkatan dana UKM untuk mendukung program JKN

Kata Kunci :

Perbandingan, biaya, JKN

A. Pendahuluan

Indonesia menerapkan sistem pembiayaan kesehatan yang bersifat asuransi sosial mulai tanggal 1 Januari 2014. Undang-undang No.40 tahun 2004 tentang jaminan sosial nasional mengatakan bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur. Kebijakan pembiayaan kesehatan pada tahun ini yaitu agar seluruh masyarakat Indonesia terjamin dalam hal jaminan kesehatan.

Alokasi anggaran kesehatan setiap negara minimal 5% dari PDB menurut Badan Kesehatan Dunia (WHO). Kemenkeu (2014) menyatakan alokasi anggaran kesehatan di Indonesia dari tahun 2009-2014 mengalami peningkatan, untuk tahun 2013 alokasi anggaran kesehatan mencapai 3,3% dari APBN sedangkan untuk tahun 2014 mengalami peningkatan menjadi 3,8% dari APBN. Menurut BPKAD (Badan Perbendaharaan Keuangan dan Aset Daerah) Kabupaten Kuningan (2014) alokasi anggaran kesehatan Provinsi Jawa Barat sekitar 10% dari APBD untuk tahun 2014. Sedangkan untuk Kabupaten Kuningan menurut Dinas Kesehatan (2014) anggaran kesehatan tahun 2014 mencapai 4,9% dari APBD.

Pada saat suatu kebijakan diluncurkan maka akan menimbulkan perubahan sebelum maupun pada saat kebijakan diluncurkan. Seperti yang dikemukakan oleh Dodo dan Murti (2014) besarnya *reimbustment* dari BPJS untuk Rumah Sakit yang

menyangkut besaran jasa medik, perubahan sistem pembiayaan yang kurang menghargai tenaga kesehatan dan pengelola rumah sakit dapat menurunkan mutu pelayanan. Tata kelola Rumah Sakit di Indonesia yang belum sepenuhnya BLUD (Badan Layanan Umum Daerah) menambah beban pengelolaan tersendiri bagi rumah sakit, akhirnya manajemen rumah sakit akan kembali dihadapkan pada proses akuntabilitas.

Permasalahan yang muncul yaitu bagaimana perubahan yang terjadi di sistem pembiayaan kesehatan sebelum dan pada saat kebijakan diluncurkan di suatu daerah. Dilihat dari langkah-langkah sistem pembiayaan kesehatan, sistem dan struktur pembiayaan kesehatan, tata kelola di daerah, peran para *stakeholders*, dan perangkat manajemen. Dengan konsep ini maka kegiatan jaminan kesehatan daerah dapat terekam, bagaimana sebelum dan pada saat kebijakan diluncurkan, apakah terjadi perubahan atau tidak.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran sistem pembiayaan kesehatan sebelum dan pada saat pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Kuningan tahun 2014.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran langkah-langkah sistem pembiayaan kesehatan sebelum dan pada saat pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Kuningan tahun 2014.
- b. Untuk mengetahui gambaran struktur pembiayaan kesehatan sebelum dan pada saat pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Kuningan tahun 2014.
- c. Untuk mengetahui gambaran tata kelola di daerah sebelum dan pada saat pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Kuningan tahun 2014.
- d. Untuk mengetahui gambaran peran *stakeholders* sebelum dan pada saat pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Kuningan tahun 2014.

- e. Untuk mengetahui gambaran perangkat manajemen sebelum dan pada saat pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di kabupaten Kuningan tahun 2014.

C. Metodologi dan Analisis Data

1. Metodologi Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Subjek penelitian adalah *stakeholders*, organisasi profesi, dan perguruan tinggi. Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Kuningan Provinsi Jawa Barat yang mengambil beberapa lokasi yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kabupaten Kuningan, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) Kabupaten Kuningan, Inspektorat Kabupaten Kuningan, Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan, RSUD “45” Kabupaten Kuningan, Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD) Kabupaten Kuningan, Puskesmas Kadugede, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Kuningan, Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) Kabupaten Kuningan. Jenis data yang dikumpulkan meliputi data primer yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam dengan menggunakan pedoman wawancara, sedangkan data sekunder diperoleh dengan telaah dokumen dan data dianalisis secara kualitatif.

2. Analisis Data

a. Pengumpulan Data

Pencarian dan penelaahan data baik dari wawancara maupun dokumentasi resmi ataupun dokumentasi pribadi.

b. Reduksi Data

Merupakan proses seleksi, pemfokusan, penyederhanaan dan abstraksi data. Bentuk analisis yang mempertegas, memperpendek, membuat fokus, membuang hal yang tidak penting dan mengatur data sedemikian rupa sehingga kesimpulan akhir dapat dilakukan.

c. Sajian Data

Merangkum informasi secara teratur supaya mudah dilihat, dan dimengerti dalam bentuk yang baik.

d. Penarikan Kesimpulan

Setelah pengumpulan berakhir, tindakan penulis selanjutnya adalah menarik kesimpulan dengan verifikasinya berdasarkan semua hal yang terdapat dalam reduksi data dan sajian data. Antara pengumpulan data, reduksi data, dan sajian data serta penarikan kesimpulan, dilakukan hampir secara bersamaan dan terus menerus dengan memanfaatkan waktu yang tersisa.

D. Hasil Penelitian

1. Gambaran Langkah-langkah Sistem Pembiayaan Kesehatan

Tabel 1. Hasil Resume Wawancara Mengenai Gambaran Langkah-Langkah Sistem Pembiayaan Kesehatan

No.	Tema	Sebelum JKN	Pada Saat Pelaksanaan JKN
1.	Langkah-langkah pengalihan ke era JKN	1. Sosialisasi ke semua <i>leading</i> sektor 2. Menambah undang-undang tentang prinsip pembiayaan kesehatan dan mekanisme pembayaran	1. Melakukan transformasi PT. Askes menjadi BPJS Kesehatan
2.	Dana pembiayaan kesehatan	1. APBN 2. APBD Provinsi 3. APBD Kabupaten 4. Pasien umum menggunakan biaya retribusi	1. APBN 2. APBD Provinsi 3. APBD Kabupaten 4. Masyarakat umum

2. Gambaran Struktur Pembiayaan Kesehatan

Tabel 2. Hasil Resume Wawancara Mengenai Gambaran Struktur Pembiayaan Kesehatan

No.	Tema	Sebelum JKN	Pada Saat Pelaksanaan JKN
1.	Alokasi pembiayaan kesehatan	4,9% dari APBD	4,9% dari APBD
2.	Skema asuransi kesehatan	Askes, Jamkesmas, Jamkesda, Jampersal	BPJS

3.	<i>Private Health Insurance</i>	Ada	Ada
4.	<i>Marger</i> dari berbagai jaminan	Askes, Jamsostek, Taspen, Asabri	Askes menjadi BPJS kesehatan dan Jamsostek menjadi BPJS ketenagakerjaan
5.	Peserta BPJS	1. Peserta Askes 2. Jamkesmas 3. Jamkesda 4. Jamsostek 5. SK Menkes	1. PNS dan pensiunannya 2. TNI/POLRI dan pensiunannya 3. Jamsostek 4. Veteran 5. Pejabat negara 6. Masyarakat umum
6.	Perencanaan, pengawasan, evaluasi	1. Perencanaan: tertuang dalam RKA, RUK, RTP 2. Pengawasan: laporan tiap tahun, triwulan dan bulanan 3. Pengawasan: audit reguler	Sama dengan sebelum BPJS
7.	<i>Fee for service</i>	Ada	Tidak ada berubah menjadi pembayaran prospektif
8.	INA CBG's	1. Pola tarif rumah sakit pemerintah dan swasta sama 2. Pola tarif berdasarkan index kemahalan, regional, dan tipe rumah sakit 3. Tarif INA CBG's efektif, efisien, jika sesuai SPM	Sama dengan sebelum BPJS

3. Gambaran Tata Kelola di Daerah

Tabel 3. Hasil Resume Wawancara Mengenai Gambaran Tata Kelola di Daerah

No.	Tema	Sebelum JKN	Pada Saat Pelaksanaan JKN
1.	Aturan daerah yang diterbitkan dalam rangka BPJS	Tidak ada	Hanya perda tentang tarif ambulans, dana kapitasi
2.	Perubahan administratif	Tidak ada perubahan	Tidak ada perubahan
3.	Perubahan Struktur organisasi	Tidak ada perubahan	Tidak ada perubahan

4. Gambaran Peran *Stakeholders*

Tabel 4. Hasil Resume Wawancara Mengenai Gambaran Peran Stakeholders

No.	Tema	Sebelum JKN	Pada Saat Pelaksanaan JKN
1.	BPJS	Sebagai Badan Usaha Milik Negara (BUMN) yang menangani pelayanan kesehatan, asuransi kesehatan bagi PNS dan pensiunannya	Sebagai badan pengelolaan jaminan kesehatan nasional
2.	Dinas Kesehatan	Sebagai penyedia layanan, berkoordinasi dengan organisasi profesi, pelaksana, pengawasan, dan evaluasi program	Sama pada saat sebelum JKN
3.	Puskesmas	Sebagai pemberi pelayanan tingkat pertama	Sama pada saat sebelum JKN
4.	Rumah Sakit	Sebagai pemberi pelayanan tingkat lanjut	Sama pada saat sebelum JKN
5.	BAPPEDA	Sebagai bagian perencanaan	Sama pada saat sebelum JKN
6.	BPKAD	Sebagai badan pengelola keuangan	Sama pada saat sebelum JKN
7.	Inspektorat	Sebagai pelaksana pengawasan	Sama pada saat sebelum JKN
8.	STIKes Kuningan	Sebagai pencetak sumber daya manusia yang kompeten, melakukan riset atau acara yang terkait kesehatan dan kebijakannya sehingga bisa memberikan masukan terhadap pihak-pihak terkait	Sama pada saat sebelum JKN
9.	IAKMI	Sebagai pengevaluasi pihak-pihak independen dan sebagai pemberi masukan kepada pemangku kebijakan kesehatan	Sama pada saat sebelum JKN

5. Gambaran Perangkat Manajemen

Tabel 5. Hasil Resume Wawancara Mengenai Gambaran Perangkat Manajemen

No.	Tema	Sebelum JKN	Pada Saat Pelaksanaan JKN
1.	Informasi tentang JKN	Ada bentuknya sosialisasi, media cetak dan elektronik	Sama pada saat sebelum JKN

2.	Kegiatan pengembangan	Ada contohnya dana sehat	Ada contohnya dana sosial ibu bersalin, meningkatkan pelayanan, bersinergi dengan instansi lain
3.	Dana JKN untuk promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif	Promotif dan preventif berasal dari dana Bantuan Operasional Kesehatan	Dana JKN ada untuk promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif
4.	Sistem jaga mutu	Ada tim menjaga mutu	Ada tim menjaga mutu
5.	<i>Fraud</i> (kecurangan asuransi)	Ada contohnya menggunakan kartu orang lain	Ada contohnya menaikkan tarif dalam pengajuan pengklaiman

E. Simpulan dan Saran

1. Simpulan

- a. Gambaran langkah-langkah pembiayaan kesehatan sebelum dan pada saat pelaksanaan jaminan kesehatan yang pertama langkah-langkah peralihan ke era jaminan kesehatan nasional yaitu sosialisasi, transformasi PT Askes menjadi BPJS kesehatan.
- b. Gambaran struktur pembiayaan kesehatan sebelum dan pada saat pelaksanaan jaminan kesehatan nasional yaitu alokasi pembiayaan kesehatan di Kuningan 4,9% dari APBD, tidak mengalami perubahan dari tahun sebelumnya.
- c. Gambaran tata kelola di daerah sebelum dan pada saat pelaksanaan jaminan kesehatan nasional secara umum tidak mengalami perubahan. Untuk di Kuningan akan diterbitkan perda mengenai sistem kapitasi untuk fasilitas kesehatan tingkat pertama.
- d. Gambaran peran dari beberapa *stakeholders* yang berada di Kabupaten Kuningan sebelum dan pada saat pelaksanaan jaminan kesehatan nasional yaitu BAPPEDA sebagai perencanaan. BPKAD sebagai pengelola keuangan. Dinas Kesehatan sebagai penyedia layanan. Inspektorat sebagai pelaksana pengawasan. BPJS sebagai badan pengelola jaminan kesehatan nasional. Puskesmas dan Rumah Sakit sebagai pemberi pelayanan.

- e. Gambaran perangkat manajemen sebelum dan pada saat pelaksanaan jaminan kesehatan nasional tidak mengalami perubahan sistem informasi di setiap instansi ada terkait dengan BPJS. Pengembangan terkait jaminan kesehatan nasional terus ditingkatkan mulai dari sumber daya manusia atau tenaga kesehatan dan juga penambahan fasilitas di pelayanan kesehatan. Dana untuk preventif dan promotif pun tersedia dari dana jaminan kesehatan nasional.

2. Saran

Pemerintah Kabupaten diharapkan bisa meningkatkan alokasi pembiayaan kesehatan sekitar 10% dari APBD sesuai dengan undang-undang kesehatan dan warga miskin yang di luar kuota Jamkesmas atau Jamkesda bisa segera menjadi peserta BPJS. Sehingga seluruh warga di Kabupaten Kuningan terdaftar sebagai peserta jaminan kesehatan nasional.