



ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN

Abd Rijali Lapodi, S.Kep., M.Kes.



ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN

Abd. Rijali Lapodi, S.Kep., M.Kes.



ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN

Abd. Rijali Lapodi

Desain Cover :
Rulie Gunadi

Sumber :
<https://www.shutterstock.com/>

Tata Letak :
Gofur Dyah Ayu

Proofreader :
Annisa Nurisnaini K.P.

Ukuran :
xii, 169 hlm, Uk: 15.5x23 cm

ISBN :
978-623-02-3947-2

Cetakan Pertama :
Desember 2021

Hak Cipta 2021, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2022 by Deepublish Publisher
All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT DEEPUBLISH
(Grup Penerbitan CV BUDI UTAMA)

Anggota IKAPI (076/DIY/2012)

Jl.Rajawali, G. Elang 6, No 3, Drono, Sardonoharjo, Ngaglik, Sleman
Jl.Kaliurang Km.9,3 – Yogyakarta 55581

Telp/Faks: (0274) 4533427

Website: www.deepublish.co.id

www.penerbitdeepublish.com

E-mail: cs@deepublish.co.id

SAMBUTAN

Dengan mengucapkan puji syukur kepada Allah Swt. Tuhan Yang Maha Esa. Akhirnya buku ajar dengan judul ***Administrasi Kebijakan Kesehatan*** telah terbit. Dan penulis tak lupa menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung penulis.

Buku ajar ini bisa menjadi salah satu referensi terutama yang berkaitan dengan pembahasan administrasi kebijakan kesehatan. Buku ajar ini bisa menambah wawasan dan menjadi salah satu sumber rujukan oleh aktivitas akademika khususnya STIKes Maluku Husada.

Saya ucapkan selamat untuk Bapak Abd. Rijali Lapodi, S.Kep., M.Kes., karena telah melahirkan buku ajar ini. Tentunya dengan kehadiran buku ini akan menambah wawasan keilmuan, khususnya menjadi ladang amal serta memberi manfaat bagi siapa saja yang mempelajarinya.

Semoga adanya kekurangan yang mungkin saja terdapat pada buku ini, bisa menjadi catatan untuk dapat melahirkan karya yang lebih baik di masa yang akan datang. Pada akhirnya, kita berharap semoga Allah Swt. senantiasa meridai dan buku ajar ini memberi banyak manfaat. Aamiin.

Tim Redaksi

Maluku, Mei 2021

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah, Tuhan Yang Maha Esa yang menguasai semesta alam. Alhamdulillah buku ajar ini bisa terselesaikan walaupun membutuhkan waktu bagi penulis pemula.

Perubahan mata kuliah Administrasi Kesehatan Masyarakat menjadi Administrasi Kebijakan Kesehatan pada Program Studi S-1 Ilmu Kesehatan Masyarakat, tentu berdampak pada substansi mata kuliah itu sendiri. Melalui pendekatan fungsi-fungsi administrasi, maka mata kuliah Administrasi Kesehatan Masyarakat yang semula mengandung unsur-unsur P1 (Perencanaan Program Kesehatan Masyarakat), P2 (Penggerakan/Pengorganisasian dan Pelaksanaan Program Kesehatan Masyarakat), dan P3 (Pemantauan, Pengendalian, dan Penilaian Program Kesehatan Masyarakat), berubah menjadi mata kuliah Administrasi Kebijakan Kesehatan yang mengandung unsur-unsur Perumusan Masalah Kesehatan (sebagai input kebijakan kesehatan), *Agenda Setting* dan Formulasi Kebijakan Kesehatan (sebagai P1 kebijakan kesehatan), Implementasi Kebijakan Kesehatan (sebagai P2 kebijakan kesehatan), dan Evaluasi Kebijakan Kesehatan (sebagai P3 kebijakan kesehatan).

Walaupun demikian, berbagai buku dan materi kuliah Administrasi Kebijakan Kesehatan yang tersedia, sebagian besar masih sama atau hampir sama dengan materi kuliah Administrasi Kesehatan Masyarakat sehingga sering terjadi ketidaksesuaian antara mata kuliah dengan materi kuliah yang disampaikan. Hal inilah yang mendorong penulis menyusun buku ini sedemikian rupa guna menjembatani ketidaksesuaian tersebut.

Penulis telah berupaya menghimpun materi kuliah ini dari berbagai sumber literatur yang ada dengan tetap mengacu pada

garis-garis besar program perkuliahan yang telah ditetapkan oleh institusi pendidikan sehingga diharapkan perkuliahan dapat berlangsung secara lebih komunikatif dan inspiratif tanpa mengenyampingkan upaya pencapaian tujuan mata kuliah.

Sebagai manusia, penulis menyadari bahwa dalam menyusun buku ini penulis tidak luput dari berbagai kelemahan dan keterbatasan. Oleh sebab itu, kritik dan saran sangat diharapkan demi penyempurnaan buku ini.

Akhir kata, selamat membaca dan semoga bermanfaat.

Ambon, Maret 2021

Penyusun

DAFTAR ISI

SAMBUTAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
BAB I KONSEP DASAR ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN.....	1
1.1 Konsep Administrasi.....	1
1.2 Konsep Kebijakan Kesehatan.....	9
1.2.1 Kebijakan	9
1.2.2 Kebijakan Kesehatan.....	10
1.3 Tahapan Kebijakan Kesehatan.....	17
1.4 Klasifikasi Kebijakan Kesehatan	22
1.5 Manfaat Studi Kebijakan Kesehatan.....	25
BAB II SISTEM KEBIJAKAN KESEHATAN.....	27
2.1 Pengertian Sistem	27
2.2 Pendekatan Sistem Kebijakan Kesehatan.....	33
BAB III PERENCANAAN KEBIJAKAN KESEHATAN.....	39
3.1 Perumusan Masalah Kebijakan	39
3.2 Agenda Setting	47
3.3 Formulasi Kebijakan.....	52
BAB IV IMPLEMENTASI KEBIJAKAN	61
4.1 Konsep Implementasi Kebijakan.....	61

4.2	Aktor Implementasi Kebijakan	80
4.2.1	Birokrasi	80
4.2.2	Badan Legislatif	81
4.2.3	Lembaga Peradilan	82
4.2.4	Kelompok yang Berkepentingan/ Penekan.....	83
4.2.5	Organisasi Komunitas	84
4.3	Model Implementasi Kebijakan.....	84
BAB V	EVALUASI KEBIJAKAN	87
5.1	Konsep Evaluasi Kebijakan	87
5.2	Ruang Lingkup Evaluasi Kebijakan	95
5.3	Dimensi dan Jenis-Jenis Evaluasi Kebijakan.....	103
5.3.1	Evaluasi Formatif.....	104
5.3.2	Evaluasi Sumatif/Evaluasi Dampak	106
5.4	Langkah-Langkah dan Indikator Evaluasi Kebijakan.....	113
BAB VI	ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN	116
6.1	Konsep Analisis Kebijakan Kesehatan	116
6.2	Metode Analisis Kebijakan Kesehatan	119
6.3	Pendekatan dalam Analisis Kebijakan Kesehatan	128
6.4	Argumen Kebijakan.....	135
6.5	Langkah-Langkah Analisis Kebijakan.....	140
BAB VII	KEBIJAKAN DESENTRALISASI BIDANG KESEHATAN	146
7.1	Konsep Desentralisasi di bidang Kesehatan	146
7.2	Sistem Desentralisasi	152
7.3	Dampak Sistem Desentralisasi Kesehatan	156

BAB VIII KEBIJAKAN KESEHATAN NASIONAL	158
8.1 Pokok-Pokok Kebijakan Kesehatan Nasional.....	158
8.2 Domain Kebijakan Kesehatan Nasional	160
BAHAN BACAAN	165
BIOGRAFI PENULIS.....	169

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan.....	12
Gambar 2.1. Sistem Kesehatan Nasional	29
Gambar 2.2. Komponen Sistem	31
Gambar 2.3. Segitiga Kebijakan.....	33
Gambar 2.4. Keterkaitan berbagai Komponen Kebijakan Kesehatan.....	34
Gambar 2.5. Pendekatan Sistem dalam Kebijakan Kesehatan.....	35
Gambar 2.6. Uraian Sistem dalam Kebijakan Kesehatan	37
Gambar 2.7. Pendekatan Manajemen Proses Kebijakan Kesehatan.....	38
Gambar 3.1. Siklus Metode Perumusan Masalah	45
Gambar 4.1. Sekuensi Implementasi Kebijakan	79
Gambar 6.1. Metode Analisis Kebijakan Kesehatan.....	120
Gambar 6.2. Jenis-Jenis Analisis Kebijakan Kesehatan	129
Gambar 6.3. Metode Kajian Analisis Kebijakan Kesehatan	129
Gambar 6.4. Bentuk-Bentuk Analisis Kebijakan Kesehatan.....	130
Gambar 6.5. Kombinasi Metode Analisis Kebijakan Kesehatan.....	133

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Fungsi Administrasi Menurut Beberapa Ahli.....	6
Tabel 1.2. Fungsi Administrasi Kebijakan	21
Tabel 3.1 Struktur Masalah Kesehatan	43
Tabel 3.2. Metode Perumusan Masalah	46
Tabel 5.1. Kategori Evaluasi.....	106
Tabel 6.1. Metode Analisis Umum dan Metode Analisis Kebijakan	120
Tabel 6.2. Pendekatan Keputusan Empiris, Evaluatif, dan Normatif	133
Tabel 6.3. Kerangka Analisis Kebijakan Kesehatan	139

BAB I

KONSEP DASAR ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN

1.1 Konsep Administrasi

Dalam abad modern dewasa ini, administrasi merupakan hal yang sangat penting. Kelangsungan hidup suatu pemerintahan yang beradab dan malahan kelangsungan hidup dari peradaban itu sendiri akan sangat tergantung pada kemampuan membina dan mengembangkan administrasi yang mampu memecahkan berbagai masalah masyarakat modern. Tegak dan runtuhnya suatu negara, maju mundurnya peradaban manusia serta timbul tenggelamnya bangsa-bangsa di dunia bukan karena perang nuklir atau malapetaka, akan tetapi akan tergantung pada baik buruknya administrasi yang dimiliki. Oleh sebab itu, suatu negara atau suatu bangsa yang ingin mencapai kemajuan dalam berbagai aspek kehidupan termasuk kemajuan di bidang kesehatan, tidak ada pilihan lain selain mengutamakan pembinaan dan pengembangan berbagai konsep administrasi serta penerapan secara kontekstual. Abad ini adalah “abad administrasi”, karena semua keputusan di bidang politik, ekonomi, kebudayaan, militer, kesehatan, dan lain-lain hanya akan ada artinya apabila keputusan tersebut terlaksana secara efisien dan ekonomis. Di lain pihak, hakikat administrasi adalah efisiensi dan efektivitas.

Kata “administrasi” dalam bahasa Belanda, “*administratie*” artinya segala kegiatan yang meliputi tulis-menulis, ketik-mengetik, surat-menyurat (korespondensi), kearsipan, agenda, dan pekerjaan

tata usaha kantor lainnya. Selain itu kata “administrasi” dalam bahasa Yunani, “*Ad ministrare*” yang artinya *Ad* = pada, *ministrare* = melayani, berarti memberikan pelayanan. Dari akar kata “administrasi” ini secara gamblang dapat dikatakan bahwa administrasi mempunyai pengertian: “*pelayanan kegiatan tata usaha kantor*” (pelayanan pengetikan, pelayanan surat-menyurat, dan lain sebagainya).

Adapun pengertian administrasi menurut beberapa ahli dapat dikemukakan sebagai berikut:

1. The Ling Gie, administrasi adalah segenap rangkaian perbuatan penyelenggaraan dalam setiap usaha kerja sama sekelompok manusia untuk mencapai tujuan.
2. Sutarto, administrasi adalah suatu proses penyelenggaraan dan pengurusan segenap tindakan/kegiatan dalam setiap usaha kerja sama sekelompok manusia untuk mencapai tujuan.
3. Sondang P. Siagian, administrasi adalah proses kerja sama antara dua orang atau lebih berdasarkan rasionalitas tertentu untuk mencapai tujuan bersama yang telah ditentukan.
4. Leonard D. White, administrasi sebagai suatu proses yang pada umumnya terdapat pada semua kelompok negara (swasta, sipil atau militer, usaha besar maupun usaha kecil).
5. William H. Newman, administrasi sebagai pedoman/petunjuk, kepemimpinan dan pengawasan dari usaha-usaha sekelompok orang untuk mencapai tujuan bersama.
6. Dwight Waldo, administrasi adalah bentuk daya upaya manusia yang kooperatif yang mempunyai tingkat rasionalitas yang tinggi.
7. H.A. Simon, dkk., administrasi sebagai kegiatan sekelompok orang yang mengadakan kerja sama untuk mencapai tujuan bersama.
8. George R. Terry, administrasi adalah upaya mencapai tujuan yang ditetapkan dengan mempergunakan orang lain.

9. Robert D. Calkins, administrasi adalah kombinasi antara pengambilan keputusan dengan pelaksanaan dari keputusan tersebut untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Dari definisi-definisi tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa administrasi mengandung unsur-unsur: adanya orang-orang, adanya pedoman/petunjuk, adanya kegiatan-kegiatan, adanya kerja sama, adanya rasionalitas dan adanya tujuan yang hendak dicapai.

Secara umum administrasi dapat dibedakan dalam arti sempit dan arti luas.

1. Administrasi dalam pengertian sempit

Dalam pengertian sempit di sini dimaksudkan ditinjau dari lingkup kerja yang sempit yaitu hanya berkisar pada kegiatan tata usaha kantor seperti: tulis menulis, pengetikan surat menyurat (termasuk menggunakan komputer), agenda, kearsipan, pembukuan dan lain sebagainya.

2. Administrasi dalam pengertian luas

Dalam pengertian luas administrasi dapat dibedakan dalam 3 (tiga) aspek, yaitu:

a. Administrasi sebagai suatu proses

Ditinjau dari aspek proses, administrasi merupakan keseluruhan proses, mulai dari proses pemikiran, proses perencanaan, proses pengaturan, proses penggerakan, proses pengawasan sampai pada proses pencapaian tujuan. Untuk mencapai suatu tujuan orang harus memikirkan terlebih dahulu apa yang akan dicapai dan bagaimana cara mencapainya serta sarana dan prasarana apa yang digunakan untuk mencapai tujuan tersebut serta kemampuan seseorang untuk menjalankannya.

b. Fungsi atau tugas administrasi

Ditinjau dari fungsi atau tugas administrasi, maka administrasi adalah keseluruhan tindakan (aktivitas) yang harus dilakukan oleh seseorang yang berkedudukan sebagai “administrator” (memegang jabatan dalam manajemen suatu organisasi).

Dalam setiap organisasi atau instansi sudah tentu ada orang-orang yang menjalankan administrasi, misalnya: orang-orang yang melaksanakan tugas kepemimpinan (pemimpin), orang-orang yang melaksanakan tugas perencanaan (perencana), orang-orang yang melaksanakan tugas pengawasan/kontrol (pengawas), orang-orang yang mengorganisasi (organisator), dan lain sebagainya.

c. Kepranataan/institusi administrasi

Ditinjau dari kepranataan (institusi), maka administrasi adalah melihat kegiatan dalam suatu lembaga yang melakukan aktivitas tertentu, misalnya: dinas kesehatan, rumah sakit, puskesmas, maka ada orang-orang yang melakukan kegiatan administrasi dalam lembaga itu.

Dari uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa administrasi mempunyai pengertian: “Aktivitas-aktivitas untuk mencapai tujuan” atau “proses penyelenggaraan kerja untuk mencapai tujuan”.

Jika diperhatikan berbagai pengertian administrasi di atas, ditemukan unsur-unsur pokok administrasi, antara lain:

1. **Masukan (*input*)**, yaitu segala sesuatu yang dibutuhkan untuk dapat melaksanakan pekerjaan administrasi. Masukan ini dikenal juga dengan perangkat administrasi (*tools of administration*), antara lain:
 - Sumber (*resources*), yaitu segala sesuatu yang dapat dipakai untuk menghasilkan barang atau jasa, dapat dibedakan: sumber tenaga (*labour resources*), sumber modal (*capital resources*), sumber hukum (*legitimate resources*), sumber alamiah (*natural resources*).
 - Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (*science and technology*) adalah tata cara kerja dengan memanfaatkan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi.
 - Kemampuan dan Kesanggupan (*skill/capacity*) adalah pengetahuan dan keadaan fisik, mental biologis tenaga pelaksana.

Ada juga yang membedakan *input* ini menjadi manusia (*man*), modal (*capital*), manajerial dan teknologi.

Pembagian lainnya yang banyak dikenal masyarakat adalah 4 M, yaitu: manusia (*man*), uang (*money*), material dan metode (*material and method*) dan ada juga 6 M yaitu: manusia (*man*), uang (*money*), material (*material*), metode (*method*), pasar (*market*) dan mesin (*machinery*). Pada hakikatnya, unsur-unsur masukan (*input*) administrasi harus mampu menjawab 5W dan 1H (*Who, What, When, Why, Where, dan How*).

- a) *Man*, berarti sumber daya manusia, yaitu tenaga yang akan terlibat dalam kegiatan
- b) *Money*, berarti pendanaan/anggaran yang akan digunakan untuk melakukan kegiatan
- c) *Method*, berarti acuan, pedoman, dan aturan yang akan digunakan untuk kegiatan
- d) *Material*, yaitu semua bahan dan peralatan (yang tidak menggunakan mesin/motor penggerak) yang akan digunakan untuk kegiatan
- e) *Machine*, yaitu semua bahan dan peralatan yang menggunakan mesin/motor penggerak yang akan digunakan untuk kegiatan
- f) *Market*, yaitu sasaran kegiatan

2. **Proses (*process*)**, yaitu langkah-langkah yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Proses ini dalam ilmu administrasi dikenal dengan sebutan fungsi administrasi (*functions of administration*). Pada umumnya fungsi administrasi menjadi tanggung jawab pimpinan. Beberapa fungsi administrasi yang dikemukakan oleh para ahli, ada yang mengatakan 4 (empat) fungsi, ada yang mengatakan 5 (lima) fungsi, dan sebagainya, sebagaimana dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 1.1. Fungsi Administrasi Menurut Beberapa Ahli

No	George R Terry	John F Mee	Louis Allen	Mc. Namara
1.	<i>Planning</i>	<i>Planning</i>	<i>Leading</i>	<i>Planning</i>
2.	<i>Organizing</i>	<i>Organizing</i>	<i>Planning</i>	<i>Programing</i>
3.	<i>Actuating</i>	<i>Motivating</i>	<i>Organizing</i>	<i>Budgeting</i>
4.	<i>Controlling</i>	<i>Controlling</i>	<i>Controlling</i>	<i>System</i>
	Henry Fayol	Herold Koontz Cyril O'Donnell	S.P. Siagian	Oey Liang Lee
1.	<i>Planning</i>	<i>Planning</i>	<i>Planning</i>	<i>Perencanaan</i>
2.	<i>Organizing</i>	<i>Organizing</i>	<i>Organizing</i>	<i>Pengorganisasian</i>
3.	<i>Commanding</i>	<i>Staffing</i>	<i>Motivating</i>	<i>Pengarahan</i>
4.	<i>Coordinating</i>	<i>Directing</i>	<i>Controlling</i>	<i>Pengkoordinasian</i>
5.	<i>Controlling</i>	<i>Controlling</i>	<i>Evaluating</i>	<i>Pengontrolan</i>
	W.H. Newman	Luther M. Gullick	Lyndall F Urwick	John D. Millet
1.	<i>Planning</i>	<i>Planning</i>	<i>Forecasting</i>	<i>Directing</i>
2.	<i>Organizing</i>	<i>Organizing</i>	<i>Planning</i>	-----
3.	<i>Assembling Resources</i>	<i>Staffing</i>	<i>Organizing</i>	<i>Facilitating</i>
4.	<i>Directing</i>	<i>Directing</i>	<i>Commanding</i>	-----
5.	<i>Controlling</i>	<i>Coordinating</i>	<i>Coordinating</i>	-----
6.	-----	<i>Reporting</i>	<i>Controlling</i>	-----
7.	-----	<i>Budgeting</i>	-----	-----

Di bidang kesehatan, untuk memudahkan pelaksanaannya, fungsi-fungsi administrasi tersebut disederhanakan menjadi: **P1 (Perencanaan), P2 (Penggerakan dan Pelaksanaan), serta P3 (Pemantauan, Pengendalian, dan Penilaian).**

3. Keluaran (*output*), yaitu hasil dari suatu pekerjaan administrasi. Bila ditinjau dari pengertiannya, keluaran yang dihasilkan dapat dibedakan menjadi 2, yaitu:

- Pengertian sempit (kegiatan perkantoran). Keluaran yang dihasilkan adalah, catatan surat masuk dan keluar, kumpulan surat masuk dan keluar, daftar nama pegawai, daftar inventaris barang, daftar gaji pegawai, dan lain-lain.
- Pengertian luas, terdiri dari:
 - Hasil dari proses. Keluaran yang dihasilkan adalah pengembangan organisasi, kegiatan organisasi, pengembangan pegawai, petunjuk pelaksanaan/petunjuk teknis, tugas-tugas/personil kepanitiaan, dan lain-lain.

- Hasil dari fungsi/tugas. Keluaran yang dihasilkan adalah kebijakan, program kegiatan, hasil pengawasan, hasil pengorganisasian.
 - Kelembagaan. Keluaran yang dihasilkan adalah fungsi/aktivitas kelembagaan, sistem, layanan umum (*in service dan public service*). Untuk sektor pemerintahan adalah pelayanan publik, untuk sektor perusahaan/swasta adalah jasa dan produksi.
4. **Sasaran (*target group*)**, yaitu tujuan keluaran yang dihasilkan atau dengan kepada siapa hasil kegiatan tersebut ditujukan atau kepada siapa kebijakan yang dihasilkan ditujukan. Untuk kebijakan publik, sasaran yang dimaksud dapat dibedakan perseorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Dapat bersifat sasaran langsung (*direct target group*) ataupun bersifat sasaran tidak langsung (*indirect target group*).
5. **Dampak (*impact*)** adalah akibat yang ditimbulkan oleh suatu kebijakan.
6. **Administrasi sebagai sistem**, yaitu semua tata aturan yang berlaku untuk menjalankan tugas-tugas/fungsi-fungsi administrasi dibuat secara sistematis, dalam rangka efektif dan efisien untuk mencapai tujuan.

Lalu, apa hubungan antara administrasi dengan manajemen? Untuk mengetahui hubungan antara administrasi dan manajemen, perlu dipahami bahwa administrasi merupakan proses penyelenggaraan kegiatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam hal menyelenggarakan kegiatan agar dapat terlaksana dengan sebaik-baiknya sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat tercapai, harus tersedia orang-orang yang sebagai penyelenggara. Hal yang berhubungan dengan orang-orang yang menyelenggarakan kegiatan untuk mencapai tujuan inilah yang menjadi urusan manajemen, karena inti pengertian manajemen

adalah “suatu proses/usaha dari orang-orang yang bekerja sama untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan”. Artinya bahwa administrasi merupakan penyelenggaraan kegiatan dan manajemen adalah orang-orang yang menyelenggarakan kegiatan tersebut. Bila keduanya dikombinasikan maka administrasi dan manajemen merupakan “penyelenggaraan kegiatan yang dilakukan oleh orang-orang yang bekerja sama untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan”.

Walaupun demikian, beberapa ilmuwan berpendapat bahwa antara administrasi dan manajemen tidak ada perbedaannya, hal ini karena dua kata tersebut saling berkaitan, di mana ada administrasi pasti ada manajemen. Kelompok ini berpendapat bahwa apa yang dimaksud dengan administrasi, termasuk dalam arti manajemen. Ada juga yang mengatakan bahwa administrasi atau manajemen adalah suatu pendekatan rencana terhadap pemecahan masalah yang kebanyakan pada setiap individu atau kelompok (baik urusan negara maupun swasta).

Di pihak lain ada kelompok yang membedakan administrasi dan manajemen. Kelompok ini berpendapat bahwa administrasi ditujukan sebagai penentuan tujuan pokok dan kebijakan, sedangkan manajemen ditujukan terhadap pelaksanaan kegiatan tujuan pokok tersebut. Ada juga yang mengatakan bahwa administrasi adalah suatu proses dari badan/instansi yang bertanggung jawab untuk menentukan tujuan organisasi dan manajemen, sedangkan manajemen adalah suatu proses dari badan/instansi yang secara langsung memberi petunjuk, bimbingan dalam suatu organisasi dalam merealisasikan tujuan yang telah ditetapkan.

Mengacu pada pendapat yang membedakan antara administrasi dan manajemen, maka dapat dikatakan bahwa administrasi sifatnya menentukan kebijakan umum, sedangkan manajemen adalah bagaimana secara langsung kegiatan-kegiatan itu dilakukan dengan memberi petunjuk, bimbingan, pengetahuan dan pengaturan yang diarahkan secara sistematis untuk merealisasikan tujuan yang telah ditetapkan.

1.2 Konsep Kebijakan Kesehatan

1.2.1 Kebijakan

Kata dasar “kebijakan” adalah “bijak” yang berarti selalu menggunakan akal budi, pandai, mahir, cerdas, cakap; sehingga “kebijakan” diartikan sebagai kepandaian, kemahiran, ataupun kecerdikan. Dalam kehidupan sehari-hari, kata “kebijakan” sering juga diartikan sebagai “kebijaksanaan”, padahal kedua kata tersebut pada hakikatnya memiliki makna yang berbeda. Kebijakan berkaitan dengan kemampuan seseorang menggunakan akal budi atau kepandaian atau kemahiran atau kecerdikan atau kecakapannya untuk bertindak terlebih ketika menghadapi suatu kesulitan/dilema, sedangkan kebijaksanaan berkaitan dengan suatu keputusan yang memperbolehkan sesuatu yang sebenarnya dilarang berdasarkan alasan-alasan tertentu. Dengan kata lain kebijaksanaan mengandung makna melanggar segala sesuatu yang pernah ditetapkan karena alasan tertentu. Oleh karena itu tidak salah apabila kata “kebijakan” dapat disepadankan dengan kata “*policy*” dalam bahasa Inggris, sedangkan kata “kebijaksanaan” dapat disepadankan dengan kata “*wisdom*”.

Kebijakan merupakan suatu rangkaian alternatif yang siap dipilih berdasarkan prinsip-prinsip tertentu. Kebijakan merupakan suatu hasil analisis yang mendalam terhadap berbagai alternatif yang bermuara kepada keputusan tentang alternatif terbaik. Kebijakan adalah rangkaian dan asas yang menjadi garis besar dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan kepemimpinan, dan cara bertindak (tentang organisasi, atau pemerintah); pernyataan cita-cita, tujuan, prinsip, atau maksud sebagai garis pedoman untuk manajemen dalam usaha mencapai sasaran tertentu (Balai Pustaka, 1991).

Kebijakan merupakan suatu konsensus atau kesepakatan para pengambil keputusan dengan tujuan untuk menanggulangi suatu masalah atau untuk pencapaian suatu tujuan tertentu dengan nilai-nilai tertentu dan merupakan pedoman utama untuk bertindak. Hal ini sejalan dengan pengertian kebijakan menurut Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) yang menegaskan bahwa kebijakan adalah pedoman untuk bertindak. Sebagai pedoman untuk bertindak suatu

kebijakan boleh jadi merupakan suatu hal yang amat sederhana atau kompleks, bersifat umum atau khusus, luas atau sempit, luas atau terperinci, bersifat kualitatif atau kuantitatif. Dalam hal ini kebijakan dapat dimaknai berupa suatu deklarasi mengenai suatu dasar pedoman bertindak, suatu arah tindakan tertentu, suatu program mengenai aktivitas-aktivitas tertentu atau suatu rencana (United Nations, 1975).

Berdasarkan uraian di atas maka suatu kebijakan memiliki karakteristik, sebagai berikut: bersifat spesifik dalam bidang kegiatan tertentu, merupakan usulan-usulan atau proposal khusus, memiliki tujuan atau keadaan tertentu yang dikehendaki terutama untuk menyelesaikan masalah/kendala yang dihadapi, memiliki nilai-nilai dan cara-cara tertentu untuk mencapai tujuan, merupakan keputusan pemerintah atau keputusan formal sehingga bersifat mengikat dan harus ditaati dan dipedomani oleh para pelakunya, memiliki program kegiatan yang berkesinambungan mulai dari masukan (*input*), proses (*process*), keluaran (*output*) dan bahkan hasil akhir (*outcome*), dan bahkan kebijakan dapat merupakan sebagai suatu teori atau model, merupakan suatu proses, dan memiliki dampak terhadap masyarakat.

1.2.2 Kebijakan Kesehatan

Pengertian “kesehatan” merupakan landasan pemahaman terhadap “kebijakan kesehatan”. Pengertian kesehatan telah banyak disampaikan oleh para ahli di antaranya:

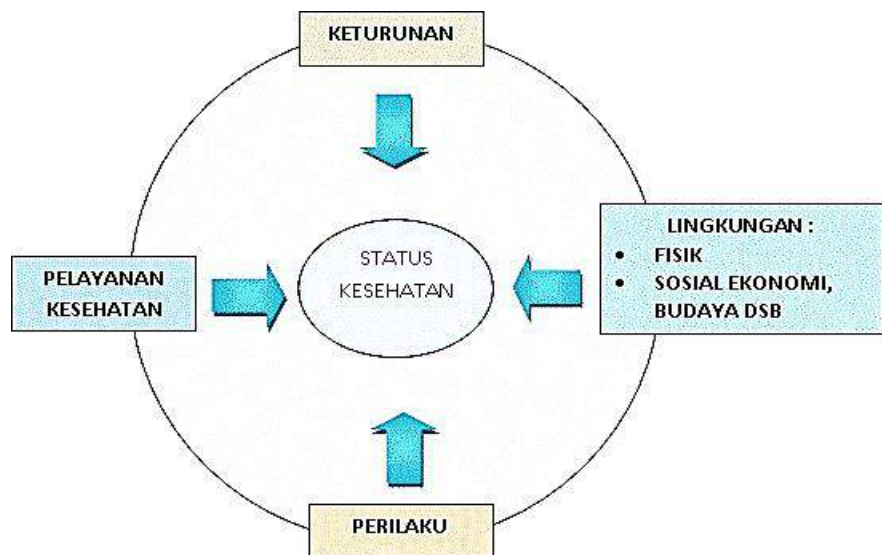
1. Suatu keadaan seimbang yang dinamis antara bentuk (anatomi) dan fungsi tubuh (fisiologi) dengan berbagai faktor yang mempengaruhinya (Perkin, 1938).
2. Keadaan sejahtera sempurna dari fisik, mental dan sosial yang tidak hanya terbatas pada terbebas dari berbagai penyakit atau kelemahan [WHO (1947) dan UU Nomor 9 Tahun 1960].
3. Keadaan dan kualitas dari organ tubuh yang berfungsi secara wajar dengan segala faktor keturunan dan lingkungannya (WHO, 1957).

4. Keadaan di mana seseorang pada waktu diperiksa oleh ahlinya tidak mempunyai keluhan ataupun tidak terdapat tanda-tanda penyakit atau kelainan (White 1977).
5. Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi (UU 23 Tahun 1992).
6. Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, sosial maupun spiritual yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi (UU 36 Tahun 2009).

Berdasarkan berbagai pengertian di atas, dapatlah disimpulkan bahwa kesehatan adalah suatu keadaan seimbang yang dinamis antara fisik, mental, sosial maupun spiritual yang diindikasikan tidak adanya keluhan ataupun tidak terdapat tanda-tanda penyakit atau kelainan sehingga memungkinkan untuk hidup produktif baik secara sosial maupun secara ekonomi.

Apabila pengertian 'kesehatan' dihubungkan dengan pengertian 'kebijakan' sebagaimana dikemukakan sebelumnya, maka "kebijakan kesehatan" dapat diartikan sebagai suatu rangkaian konsep, asas, ketentuan pokok, dan keputusan yang diambil oleh seseorang atau sekelompok pelaku politik yang menjadi pedoman dan dasar pelaksanaan kegiatan untuk mencapai keadaan seimbang yang dinamis antara fisik, mental, sosial maupun spiritual yang diindikasikan tidak adanya keluhan ataupun tidak terdapat tanda-tanda penyakit atau kelainan agar masyarakat dapat hidup produktif baik secara sosial dan maupun ekonomi.

Tercapainya keadaan seimbang yang dinamis antara fisik, mental, sosial maupun spiritual sebagai indikator tingkat/derajat kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor. Teori Blum (1981) mengatakan bahwa ada 4 (empat) faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan, yaitu faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan faktor genetika, sebagaimana digambarkan berikut ini:



Gambar 1.1. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan

Oleh sebab itu, suatu kebijakan kesehatan semestinya memperhatikan faktor-faktor tersebut sehingga derajat kesehatan yang optimal sebagai dampak yang diharapkan dari kebijakan tersebut dapat dicapai secara optimal. Perlu ditambahkan bahwa berbagai penelitian menunjukkan bahwa dari faktor-faktor tersebut, faktor lingkungan merupakan faktor yang paling besar pengaruhnya disusul oleh faktor perilaku; sedangkan faktor pelayanan kesehatan dan genetika menempati urutan berikutnya.

Tujuan dari kebijakan kesehatan pada hakikatnya adalah untuk menyediakan pola pencegahan (*preventive*), pelayanan yang terfokus pada pemeliharaan kesehatan (*promotif*), pengobatan penyakit (*curative*), pemulihan kesehatan (*rehabilitative*) dan perlindungan terhadap kaum rentan. Oleh sebab itu, kebijakan kesehatan yang baik harus berpihak pada kelompok-kelompok masyarakat yang paling rentan terhadap berbagai masalah kesehatan dan bertujuan jangka panjang.

Dari berbagai uraian di atas, maka **Administrasi Kebijakan Kesehatan** merupakan serangkaian aktivitas atau proses penyelenggaraan P1 (Perencanaan), P2 (Penggerakan dan Pelaksanaan), serta P3 (Pemantauan, Pengendalian, dan Penilaian) suatu asas atau pedoman yang menjadi garis besar, dasar dalam pelaksanaan berbagai kegiatan kepemimpinan, cara bertindak (tentang organisasi, atau pemerintah) yang merupakan pernyataan nilai-nilai tertentu, cita-cita, tujuan, dan prinsip dalam usaha mewujudkan keadaan sehat, baik secara fisik, mental, sosial maupun spiritual yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi secara efektif dan efisien.

Administrasi kebijakan kesehatan dalam disiplin ilmu kesehatan masyarakat berasal dari pengertian ilmu kesehatan masyarakat menurut Winslow dari Yale University pada tahun 1920. Rumusan ilmu kesehatan masyarakat tersebut adalah: *"Public Health is the science and art of preventing disease, prolonging life, and promoting physical and mental health and efficiency **through organized community efforts** for the sanitation of the environment, the control of community infections, the education of individual.....dan seterusnya.* Bagian dari kalimat dalam konsep ilmu kesehatan masyarakat menurut Winslow yang merupakan dasar dari administrasi kebijakan kesehatan adalah *".....**through organized community efforts**....."* yang berarti bahwa upaya kesehatan masyarakat perlu dilaksanakan melalui masyarakat yang terorganisasi.

Konsep ini menunjukkan bahwa upaya-upaya kesehatan masyarakat yang meliputi pelayanan kesehatan secara komprehensif: promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif harus dikelola secara terorganisasi. Konsep pengorganisasian upaya kesehatan masyarakat menjadi dasar kedudukan administrasi kebijakan kesehatan dalam ilmu kesehatan masyarakat.

Penyelenggaraan proses kebijakan kesehatan dilakukan secara optimal dengan mengacu pada Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria (NSPK) kebijakan pembangunan kesehatan nasional,

penetapan skala prioritas berbasis bukti dari berbagai sumber yang tersedia melalui proses pengkajian dan perumusan kebijakan yang melibatkan masyarakat dan berbagai *stakeholder*.

Oleh sebab itu, kebijakan kesehatan dapat dipandang sebagai tujuan dan sasaran, sebagai instrumen, proses dan gaya dari suatu keputusan di bidang kesehatan oleh pengambil keputusan, termasuk implementasi serta penilaian. Kebijakan kesehatan adalah bagian dari institusi kesehatan, kekuatan dari aspek politik yang mempengaruhi kesehatan masyarakat pada tingkat daerah, nasional dan dunia internasional. Kebijakan kesehatan bertujuan untuk mendesain program-program di tingkat pusat dan daerah agar dapat dilakukan perubahan terhadap determinan-determinan kesehatan termasuk kesehatan internasional. Kebijakan kesehatan adalah suatu hal yang memperhatikan pengguna pelayanan kesehatan termasuk manajer dan pekerja kesehatan. Kebijakan kesehatan dapat dilihat sebagai suatu jaringan keputusan yang saling berhubungan, yang pada praktiknya peduli kepada pelayanan kesehatan masyarakat.

Kebijakan kesehatan merupakan serangkaian tindakan pemerintah yang ditetapkan melalui suatu jaringan keputusan yang saling berhubungan dan membentuk suatu strategi/pendekatan untuk mempengaruhi faktor-faktor penentu di sektor kesehatan dalam hubungannya dengan isu-isu strategis agar dapat meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat. Oleh sebab itu, makna kebijakan kesehatan pada hakikatnya merupakan suatu susunan rancangan tujuan dan dasar pertimbangan program pemerintah yang berhubungan dengan masalah kesehatan dan merupakan pilihan pemerintah untuk dilakukan atau tidak dilakukan di bidang kesehatan.

Makna kebijakan kesehatan tersebut di atas berimplikasi pada hal-hal sebagai berikut:

- a) Kebijakan kesehatan merupakan pernyataan dan tindakan yang mengarah pada upaya peningkatan derajat kesehatan dalam bentuk keputusan atau penetapan pemerintah yang bersifat mengikat

- b) Kebijakan kesehatan pada hakikatnya terdiri atas keputusan-keputusan dan tindakan-tindakan yang ditetapkan oleh pemerintah di bidang kesehatan, misalnya dalam mengatur pendayagunaan tenaga kesehatan, penataan sistem pelayanan kesehatan, pengaturan jaminan kesehatan, dan lain sebagainya
- c) Kebijakan kesehatan ditujukan untuk kepentingan seluruh masyarakat dengan prioritas pada kelompok rentan. Kelompok rentan yang dimaksud adalah kelompok masyarakat yang karena kondisi tubuhnya rentan mengalami gangguan kesehatan (seperti: bayi, anak balita, ibu hamil dan/atau melahirkan, usia lanjut dan sebagainya) dan rentan kurang/tidak memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan (keluarga tidak mampu secara ekonomi, daerah terpencil, terisolir, kepulauan, perbatasan), serta rentan mengalami gangguan kesehatan dari dimensi lainnya.

Oleh sebab itu, kebijakan kesehatan seyogianya memperhatikan nilai-nilai yang dimiliki oleh suatu kebijakan yang berorientasi humaniora, antara lain:

- a) Bermanfaat, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan ditujukan untuk menjamin setiap warga negara terpenuhi kebutuhannya di bidang kesehatan yang dapat memungkinkan untuk hidup produktif baik secara sosial maupun ekonomi.
- b) Cerdas, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan merupakan suatu pilihan terbaik dalam upaya pemecahan masalah kesehatan yang sedang dihadapi dan dapat dipertanggungjawabkan dari aspek manfaat, kualitas maupun akuntabilitas.
- c) Bijaksana, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan tidak malah menimbulkan masalah baru atau semakin memperumit masalah.
- d) Portabilitas, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan mendorong kemungkinan setiap penduduk untuk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan kapan dan di mana saja dibutuhkan dan selalu tersedia.

- e) Harapan, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan mampu memberikan harapan kepada masyarakat bahwa derajat kesehatannya akan semakin membaik.
- f) Orientasi preventif dan promotif, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan haruslah lebih mengutamakan aspek preventif dan promotif karena lebih efisien tanpa mengabaikan upaya kesehatan kuratif dan rehabilitatif.
- g) Prioritas, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan haruslah mengutamakan kelompok rentan seperti ibu hamil, bayi dan anak, balita, manusia usia lanjut dan kelompok masyarakat yang tidak mampu secara ekonomi.
- h) Kepentingan publik, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan semata-mata untuk kepentingan masyarakat secara keseluruhan dan bukan kepentingan sekelompok orang.
- i) Responsivitas, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan merupakan jawaban terhadap masalah kesehatan yang sedang dihadapi oleh masyarakat.
- j) Motivator, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan harus mampu memotivasi seluruh *stakeholder* untuk melaksanakannya dengan baik.
- k) Produktif dalam arti bahwa kebijakan kesehatan harus lebih mendorong produktivitas kehidupan yang lebih efisien dan efektif.
- l) Memadai, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan harus memiliki kecukupan sumber daya dalam pelaksanaannya.
- m) Kemandirian, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan haruslah mendorong kemandirian masyarakat dalam upaya memperoleh derajat kesehatan yang optimal.
- n) Adil, dalam arti bahwa kebijakan kesehatan haruslah dilaksanakan secara adil dan tidak diskriminatif di tengah-tengah masyarakat.

Secara operasional, kebijakan kesehatan beroperasi pada 4 (empat) tingkatan, yaitu:

- 1) Tingkat Sistemik, yaitu corak utama yang membentuk sistem kesehatan secara keseluruhan. Misalnya keterlibatan institusi

publik, peran publik/swasta dan hubungan kesehatan dengan sektor lain.

- 2) Tingkatan Program, yaitu memutuskan prioritas untuk pelayanan kesehatan, program-program kesehatan yang nyata dan cara yang ditempuh di mana sumber daya harus dialokasikan (operasional kegiatan).
- 3) Tingkatan Organisasi, yaitu menunjuk pada cara yang ditempuh agar sumber daya dapat digunakan produktif dan menyediakan pelayanan yang bermutu tinggi.
- 4) Tingkatan Instrumental, yaitu menjadi tingkatan dalam pengembangan instrumen organisasi yang baik, seperti dalam pengembangan sumber daya manusia kesehatan, manajemen kesehatan, pembiayaan kesehatan dan lain sebagainya.

1.3 Tahapan Kebijakan Kesehatan

Proses kebijakan kesehatan dilakukan melalui beberapa tahapan. Tahapan kebijakan kesehatan adalah keseluruhan pola dalam pembuatan kebijakan kesehatan yang melibatkan hubungan masalah, perumusan, implementasi, dan evaluasi dampaknya terhadap masyarakat. Tahapan kebijakan kesehatan merupakan proses yang kompleks karena melibatkan banyak proses dengan berbagai variabel yang harus dikaji. Tahapan kebijakan kesehatan melibatkan berbagai unsur, antara lain adalah eksekutif, legislatif, mass media forum, para ahli, akademisi, dan para praktisi di bidang kesehatan. Oleh karena itu para ahli membagi proses kebijakan dalam tahap-tahapan agar mudah mengkaji kebijakan yang dibuat. Berikut ada beberapa pendapat dari para ahli mengenai tahapan dalam pembuatan suatu kebijakan:

1) James Anderson

- a) Formulasi masalah
- b) Formulasi kebijakan
- c) Penentuan kebijakan
- d) Implementasi kebijakan
- e) Evaluasi kebijakan

2) Patton dan Savicky

- a) Mendefinisikan masalah (*define the problem*)
- b) Menentukan kriteria evaluasi (*determine evaluation criteria*)
- c) Mengidentifikasi alternatif kebijakan-kebijakan (*identify alternative policies*)
- d) Mengevaluasi alternatif kebijakan-kebijakan (*evaluate alternative policies*)
- e) Menyeleksi kebijakan-kebijakan terpilih (*select preferred policy*)
- f) Menerapkan kebijakan-kebijakan terpilih (*implement the preferred policy*)

3) Thomas R. Dye

- a) Identifikasi masalah kebijakan (*identification of policy problem*)
- b) Pengaturan agenda (*agenda setting*)
- c) Perumusan kebijakan (*policy formulation*)
- d) Pengesahan kebijakan (*policy legitimation*)
- e) Pelaksanaan kebijakan (*policy implementation*)
- f) Evaluasi kebijakan (*policy evaluation*)

4) James Anderson, David W. Brady, dan Charles Bullock III
membagi proses suatu kebijakan menjadi:

- a) Agenda kebijakan (*policy agenda*)
- b) Perumusan kebijakan (*policy formulation*)
- c) Penetapan kebijakan (*policy adoption*)
- d) Pelaksanaan kebijakan (*policy implementation*)
- e) Evaluasi kebijakan (*policy evaluation*)

5) AG. Subarsono

- a) Penyusunan agenda
- b) Formulasi kebijakan
- c) Adopsi kebijakan
- d) Implementasi kebijakan
- e) Evaluasi kebijakan

6) Randal B. Ripley

- a) *Agenda setting*
- b) *Formulation and legitimation of goals and programs*
- c) *Program implementation*
- d) *Evaluation of implementation*

7) James P. Lester dan Joseph Stewart Jr.

- a) *Agenda setting*
- b) Formulasi kebijakan
- c) Implementasi kebijakan
- d) Evaluasi kebijakan
- e) Perubahan kebijakan
- f) Terminasi kebijakan

8) Herbert A. Simon

- a) Inteligensi
- b) Desain
- c) Pilihan

9) Harold D. Lasswell

- a) Inteligensi
- b) Promosi
- c) Preskripsi
- d) *Invocation* (perujukan ke kebijakan yang lebih tinggi)
- e) Aplikasi
- f) Terminasi (penghentian)
- g) Evaluasi (*appraisal*)

10) R. Mack

- a) Memutuskan untuk menetapkan (pengenalan problem)
- b) Merumuskan alternatif dan kriteria pemilihan
- c) Menentukan keputusan yang terbaik
- d) Melahirkan akibat kebijakan (*effectuation*)
- e) Koreksi dan penambahan (*supplementation*)

11) R. Rose

- a) Pengakuan publik akan perlunya sebuah kebijakan (isu)
- b) Isu masuk agenda kontroversi publik
- c) Masuk/diajukan tuntutan/permintaan
- d) Terlibatnya pemerintah
- e) Dikerahkannya sumber daya dan disingkirkannya (diciptakan) rintangan
- f) Keputusan kebijakan (*policy decisions*)
- g) Implementasi
- h) *Output*
- i) Evaluasi
- j) Umpan balik (*feedback*)

12) W. Jenkins

- a) Inisiasi
- b) Informasi
- c) Pertimbangan
- d) Keputusan
- e) Implementasi
- f) Evaluasi
- g) Terminasi (penghentian)

13) B.W. Hogwood dan L.A. Gunn

- a) Memutuskan untuk memutuskan (pencarian isu dan penentuan agenda)
- b) Memutuskan cara bagaimana memutuskan
- c) Mendefinisikan isu
- d) Meramalkan, memperkirakan, *forecasting*
- e) Menentukan tujuan dan prioritas
- f) Analisis opsi
- g) Implementasi kebijakan, *monitoring*, dan *control*
- h) Evaluasi dan *review*
- i) Pemeliharaan kebijakan, penggantian dan penghentian

14) William N. Dunn

- a) Penetapan agenda
- b) Perumusan kebijakan
- c) Penerimaan kebijakan
- d) Pelaksanaan kebijakan
- e) Pengkajian kebijakan
- f) Perbaikan kebijakan
- g) Penerusan kebijakan
- h) Pengakhiran kebijakan

Dari beberapa tahapan tersebut di atas, maka tahapan kebijakan kesehatan dapat disederhanakan sebagai berikut:

- 1) Perumusan Masalah Kebijakan Kesehatan
- 2) *Agenda Setting*
- 3) Formulasi Kebijakan Kesehatan
- 4) Implementasi Kebijakan Kesehatan
- 5) Evaluasi Kebijakan Kesehatan

Apabila dihubungkan dengan fungsi-fungsi administrasi, maka tahapan tersebut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1.2. Fungsi Administrasi Kebijakan

Fungsi Administrasi	Tahapan Kebijakan
P1 (Perencanaan)	Perumusan Masalah Kebijakan <i>Agenda Setting</i> Formulasi Kebijakan
P2 (Penggerakan-Pelaksanaan)	Implementasi Kebijakan
P3 (Pemantauan-Pengendalian-Penilaian)	Evaluasi Kebijakan

Berdasarkan tabel tersebut di atas, maka administrasi kebijakan kesehatan meliputi:

- 1) Perencanaan kebijakan kesehatan, yang meliputi:
 - a) Perumusan masalah kebijakan kesehatan
 - b) *Agenda Setting*
 - c) Formulasi kebijakan kesehatan

- 2) Implementasi kebijakan kesehatan
- 3) Evaluasi/Penilaian kebijakan kesehatan

1.4 Klasifikasi Kebijakan Kesehatan

Sebagai suatu kebijakan publik, jenis-jenis kebijakan kesehatan dapat dikelompokkan sebagai berikut:

- 1) *Substantive* dan *procedural policies*
- 2) *Distributive*, *redistributive* dan *regulatory policies*
- 3) *Material policies*
- 4) *Public goods* dan *private goods policies*

Substantive policy adalah kebijakan kesehatan yang dilihat dari substansi masalah yang dihadapi. Suatu kebijakan kesehatan bisa saja menyangkut upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya kesehatan, farmasi, perbekalan kesehatan, makanan, manajemen dan informasi kesehatan, atau pemberdayaan masyarakat. *Procedural policy* adalah kebijakan yang dilihat dari pihak-pihak yang terlibat dalam perumusannya (*policy stakeholders*). Suatu kebijakan kesehatan dapat dibuat oleh pemerintah pusat (presiden bersama-sama dengan DPR) atau pemerintah daerah (bersama-sama dengan DPRD) atau kebijakan yang dibuat oleh Kementerian Kesehatan, dan lain sebagainya.

Distributive policy adalah kebijakan kesehatan yang dilihat dari pemberian pelayanan atau keuntungan kepada individu, kelompok, atau swasta. *Redistributive policy* adalah suatu kebijakan kesehatan yang menyangkut pemindahan alokasi kekayaan pemilikan hak. Di Indonesia kebijakan ini pernah dibuat oleh pemerintah di bidang perumahnya sakit di mana seluruh rumah sakit yang didirikan dan merupakan milik Jerman pada waktu itu harus diserahkan kepemilikannya kepada masyarakat setempat. Rumah Sakit Umum (RSU) Lukas Hilisimaetanö di Pulau Nias yang pada saat itu adalah milik Jerman akhirnya diserahkan kepada gereja Banua Niha Keriso Protestan (BNKP) sebelum akhirnya diserahkan kepada Pemerintah karena ketidakmampuan BNKP untuk mengelolanya terutama dari aspek keuangan dan ketenagaan. *Regulatory policy* adalah pembatasan/pelarangan terhadap

perbuatan/tindakan. Misalnya pembatasan jumlah anak dalam program KB di masa pemerintahan Orde Baru, pelarangan merokok di tempat-tempat umum, dan lain sebagainya.

Public goods policy adalah penyediaan barang/pelayanan untuk kepentingan orang banyak. Misalnya penyediaan obat oleh pemerintah dalam program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di masa lalu. *Private goods policy* adalah penyediaan barang/pelayanan untuk kepentingan perorangan dengan imbalan tertentu.

Selain jenis-jenis kebijakan kesehatan tersebut di atas, kebijakan kesehatan dapat dibedakan berdasarkan tingkat-tingkat kebijakannya, yaitu:

Lingkup nasional:

1) Kebijakan nasional

- a) Bersifat fundamental dan strategis.
- b) Bertujuan untuk mencapai tujuan nasional.
- c) Merupakan wewenang MPR, presiden dan DPR serta DPD
- d) Kebijakan dalam bentuk UUD, TAP MPR, UU, PERPU

Contoh: UU Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, UU Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan, UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, UU Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, UU Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, dan UU Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial.

2) Kebijakan umum

- a) Bersifat menyeluruh dan berskala nasional
- b) Merupakan pelaksanaan UUD, TAP MPR, UU
- c) Merupakan wewenang presiden
- d) Kebijakan dalam bentuk PP, Keppres/Perpres, Inpres

Contoh: PP Nomor 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok bagi Kesehatan, PP Nomor 28 Tahun 2004 tentang

Keamanan Mutu dan Gizi Pangan, PP Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, PP Nomor 16 Tahun 2005 tentang Pengembangan Sistem Penyediaan Air Minum, PP Nomor 21 Tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana, PP Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif, PP Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang mengandung Zat Adiktif Tembakau, Perpres Nomor 68 Tahun 2005 tentang Tata Cara mempersiapkan RUU, dan Perpres Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.

3) Kebijakan pelaksanaan

- a) Merupakan penjabaran dari kebijakan umum
- b) Sebagai strategi pelaksanaan di bidang tertentu
- c) Merupakan wewenang: menteri, pejabat setingkat menteri dan pimpinan lembaga pemerintah non departemen
- d) Kebijakan dalam bentuk Peraturan menteri/pejabat setingkat menteri/pimpinan lembaga pemerintah non departemen, keputusan/instruksi menteri/pejabat setingkat menteri/pimpinan lembaga pemerintah non departemen

Contoh: Permenkes 6 Tahun 2013 tentang Kriteria Fasyankes Terpencil, Sangat terpencil dan Tidak Diminati, Permenkes Nomor 5 Tahun 2013 tentang Pedoman Tata Laksana Malaria, dan Permenkes 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas.

Lingkup wilayah/daerah:

1) Kebijakan umum

- a) Merupakan kebijakan pemerintah daerah.
- b) Merupakan pelaksanaan asas desentralisasi
- c) Merupakan wewenang: gubernur dan DPRD provinsi untuk tingkat provinsi atau bupati/wali kota dan DPRD kabupaten/kota untuk tingkat kabupaten/kota
- d) Kebijakan dalam bentuk peraturan daerah (perda) provinsi atau perda kabupaten/kota

2) Kebijakan pelaksanaan

- a) Desentralisasi yaitu merupakan pelaksanaan perda.
- b) Dekonsentrasi, yaitu merupakan pelaksanaan kebijakan nasional di daerah (oleh aparat pusat di daerah).
- c) Tugas perbantuan (*medebewind*) yaitu merupakan pelaksanaan tugas pusat di daerah (oleh aparat daerah).
- d) Merupakan wewenang gubernur dan bupati/wali kota.
- e) Kebijakan dalam bentuk keputusan gubernur, keputusan bupati/wali kota, instruksi gubernur, instruksi bupati/wali kota (khusus untuk desentralisasi dan tugas perbantuan).

1.5 Manfaat Studi Kebijakan Kesehatan

Studi Kebijakan kesehatan sedikitnya memiliki 3 (tiga) manfaat penting, yaitu untuk pengembangan ilmu pengetahuan, meningkatkan profesionalisme praktisi kebijakan kesehatan dan untuk tujuan politik.

1. Dalam konteks pengembangan ilmu pengetahuan, seorang ilmuwan kebijakan kesehatan dapat menempatkan kebijakan kesehatan sebagai variabel terpengaruh (*dependent variable*), sehingga berusaha menentukan variabel pengaruhnya (*independent variable*). Studi ini berusaha mencari variabel-variabel yang dapat mempengaruhi isi suatu kebijakan kesehatan. Sebaliknya, studi kebijakan kesehatan dapat menempatkan kebijakan kesehatan sebagai *independent variable*, sehingga berusaha mengidentifikasi dampak dari suatu kebijakan kesehatan.
2. Dalam konteks peningkatan profesionalisme, seorang analis kebijakan kesehatan dalam mengkaji suatu kebijakan kesehatan akan memiliki dasar teoretis tentang bagaimana membuat kebijakan kesehatan yang baik dan memperkecil kegagalan dari suatu kebijakan kesehatan. Sehingga ke depan akan lahir kebijakan kesehatan yang lebih berkualitas yang dapat menopang tujuan pembangunan.
3. Suatu kebijakan kesehatan yang dibuat melalui proses yang benar dengan dukungan teori yang kuat memiliki posisi yang

kuat terhadap kritik dari lawan-lawan politik. Sebaliknya kebijakan kesehatan tersebut dapat meyakinkan lawan-lawan politik yang sebelumnya mungkin kurang setuju. Kebijakan kesehatan seperti itu tidak akan mudah diterminasi hanya karena alasan kepentingan sesaat dari lawan-lawan politik.

Di lain pihak, sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan, setidaknya ada 3 (tiga) dasar signifikansi studi kebijakan kesehatan. *Pertama*, kenyataan tuntutan-tuntutan masyarakat yang semakin banyak dan beragam memerlukan suatu kajian berupa *research and development* sebelum suatu kebijakan kesehatan ditetapkan. *Kedua*, dibutuhkannya kemampuan yang mendalam bagi para penentu kebijakan (*policy makers*), analis kebijakan (*policy analysts*) dan juga para penasehat kebijakan (*policy advisers*) mendorong arti penting studi dan pemahaman mengenai kebijakan kesehatan saat ini. Keterbatasan dan berbagai bentuk konstrain yang dihadapi para pengambil keputusan (birokrat dan administrator pemerintah) misalnya keterbatasan kualitas sumber daya manusia dan waktu untuk mengkaji secara mendalam suatu usulan kebijakan kesehatan memerlukan pemahaman kebijakan kesehatan secara mendalam. Akhirnya, perkembangan global yang bermuara pada kompetisi dan implementasi model pasar yang berkembang pesat membutuhkan perlunya kebijakan kesehatan disusun secara strategis dalam rangka menghadapi berbagai persoalan yang melingkupi, baik yang bersifat internal maupun eksternal.

BAB II

SISTEM KEBIJAKAN KESEHATAN

2.1 Pengertian Sistem

Ada beberapa pengertian sistem yang pernah dikemukakan oleh para ahli, antara lain:

1. Sistem adalah suatu struktur konseptual yang terdiri dari fungsi-fungsi yang saling berhubungan yang bekerja sebagai suatu unit organik untuk mencapai tujuan yang diinginkan secara efektif dan efisien (John Mc Manama).
2. Sistem adalah gabungan dari elemen-elemen yang saling dihubungkan oleh suatu proses atau struktur dan fungsi sebagai satu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan sesuatu yang telah ditetapkan (Ryans).
3. Sistem adalah suatu kesatuan yang utuh dan terpadu dari berbagai elemen yang berhubungan serta saling mempengaruhi yang dengan sadar dipersiapkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.
4. Sistem adalah suatu tatanan yang terdiri dari beberapa unsur/bagian/elemen yang saling terkait atau berhubungan secara teratur dan saling membutuhkan antara satu dengan lainnya yang bergerak secara dinamis untuk mencapai satu tujuan tertentu.
5. Sistem adalah suatu kesatuan yang terdiri atas elemen-elemen/subsistem yang saling berinteraksi dan bergantung satu sama lain, yang apabila salah satu terganggu maka yang lainnya akan mengalami gangguan dan secara bersama-sama bergerak untuk mencapai tujuan.

Secara umum sistem dapat dibedakan atas 2 (dua) macam:

1. Sistem sebagai suatu wujud

Sistem sebagai suatu wujud apabila bagian-bagian yang terhimpun dalam sistem membentuk suatu wujud yang ciri-cirinya dapat diuraikan dengan jelas. Sistem sebagai suatu wujud dibedakan atas:

a. *Sistem sebagai suatu wujud yang konkrit.*

Sistem sebagai wujud konkrit dalam artian dapat dilihat oleh panca indera atau alat bantu panca indera, misalnya sistem pencernaan.

b. *Sistem sebagai wujud abstrak.*

Sistem sebagai wujud abstrak dalam artian tidak dapat dilihat oleh pancaindra, misalnya sistem kebudayaan.

2. Sistem sebagai suatu metode

Sistem sebagai suatu metode dalam artian bagian-bagian yang terhimpun dalam suatu sistem membentuk suatu metode yang dipakai sebagai alat untuk melakukan pekerjaan, misalnya sistem kebijakan.

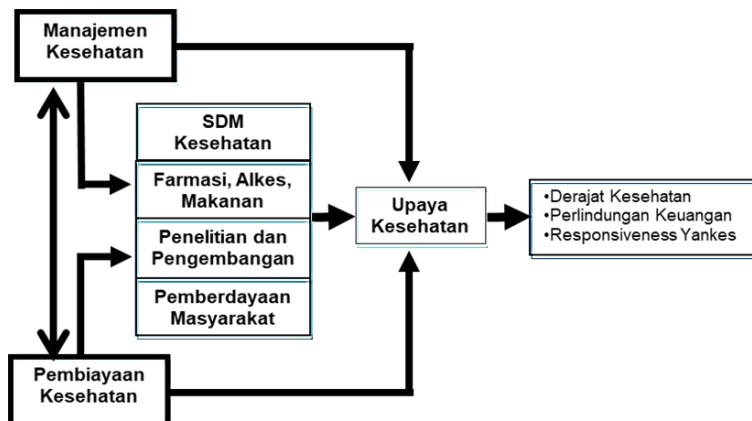
Secara umum, ciri-ciri sistem dibedakan atas 4 (empat) macam, yaitu:

1. Dalam sistem terdapat bagian yang satu sama lain berhubungan dan mempengaruhi keseluruhan yang membentuk satu kesatuan, dalam arti semuanya berfungsi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.
2. Fungsi yang diperankan oleh masing-masing bagian yang membentuk satu kesatuan tersebut adalah dalam rangka mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.
3. Dalam melaksanakan fungsi tersebut, semuanya bekerja sama secara bebas terkait, dalam arti terdapat mekanisme pengendalian mengarahkannya agar tetap berfungsi sebagaimana yang telah direncanakan.
4. Sekalipun sistem merupakan satu kesatuan yang terpadu, bukan berarti sistem tertutup terhadap lingkungan di sekitarnya.

Unsur sistem dapat dikelompokkan menjadi 6 (enam) bagian, yaitu:

1. Masukan (*input*), adalah kumpulan bagian yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsi sebuah sistem.
2. Proses (*process*), adalah kumpulan bagian yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.
3. Keluaran (*output*), kumpulan bagian yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.
4. Umpan balik (*feedback*), adalah kumpulan bagian yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut.
5. Dampak (*impact*) adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran tersebut.
6. Lingkungan (*environment*), adalah dunia di luar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh terhadap sistem.

Sebagai contoh sistem, Sistem Kesehatan Nasional (SKN) di Indonesia yang ditetapkan melalui Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional dapat digambarkan sebagai berikut:



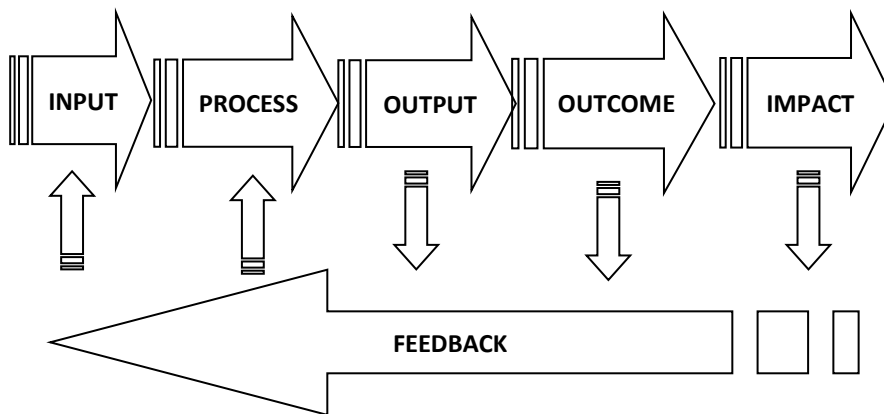
Gambar 2.1. Sistem Kesehatan Nasional

Berdasarkan gambar tersebut dapatlah dikatakan bahwa kebijakan kesehatan merupakan suatu cara atau tindakan yang dilakukan terhadap manajemen kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya kesehatan (manusia, farmasi, alat kesehatan, makanan, penelitian pengembangan, pemberdayaan masyarakat) dan upaya kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara efektif dan efisien serta sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Selanjutnya, dalam administrasi kebijakan kesehatan, sistem merupakan upaya untuk menghasilkan suatu kebijakan kesehatan. Jika sistem sebagai upaya menghasilkan kebijakan kesehatan, maka yang dimaksud dengan:

1. Masukan (*input*) adalah berbagai masalah kesehatan baik masalah tenaga, dan, sarana, metode, dan lain-lain.
2. Proses (*process*) adalah fungsi administrasi kebijakan kesehatan, berupa perencanaan kebijakan kesehatan, implementasi kebijakan kesehatan, dan evaluasi kebijakan kesehatan.
3. Keluaran (*output*) adalah kebijakan kesehatan, yakni yang akan dimanfaatkan untuk penanggulangan masalah kesehatan.
4. Umpan balik (*feedback*) adalah bagian yang merupakan keluaran dari sistem kebijakan kesehatan dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem kebijakan tersebut.
5. Dampak (*impact*) adalah akibat yang dihasilkan oleh kebijakan kesehatan tersebut.
6. Lingkungan (*environment*) adalah faktor luar yang tidak termasuk kebijakan kesehatan tetapi mempunyai pengaruh terhadap sistem kebijakan kesehatan itu sendiri.

Hal tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.2. Komponen Sistem

Pada saat ini batasan tentang pendekatan sistem banyak macamnya, beberapa yang terpenting adalah:

1. Pendekatan sistem adalah penetapan suatu prosedur yang logis dan rasional dalam merancang suatu rangkaian komponen-komponen yang berhubungan sehingga berfungsi sebagai suatu kesatuan mencapai tujuan yang telah ditetapkan.
2. Pendekatan sistem adalah suatu strategi yang menggunakan metode analisis, desain dan manajemen untuk mencapai tujuan yang ditetapkan secara efektif dan efisien.
3. Pendekatan sistem adalah penerapan dari cara berpikir yang sistematis dan logis dalam membahas dan mencari pemecahan dari suatu masalah atau keadaan yang dihadapi.

Prinsip pokok pendekatan sistem dalam administrasi kebijakan kesehatan dapat dimanfaatkan untuk tujuan:

1. Membentuk sesuatu sebagai hasil dari administrasi kebijakan kesehatan.
2. Untuk menguraikan sesuatu yang telah ada dalam administrasi kebijakan kesehatan. Untuk tujuan ini biasanya

dikaitkan dengan masalah kesehatan yang hendak ditanggulangi kemudian diupayakan mencari jalan keluar yang sesuai melalui suatu kebijakan kesehatan.

Beberapa keuntungan dari pendekatan sistem kebijakan kesehatan:

1. Jenis dan jumlah masalah kesehatan dapat diatur dan disesuaikan dengan kebutuhan.
2. Proses pelaksanaan dapat diarahkan untuk mencapai keluaran sehingga dapat dihindari kebijakan kesehatan yang tidak diperlukan.
3. Keluaran yang dihasilkan dalam bentuk kebijakan kesehatan dapat lebih optimal serta dapat diukur secara lebih tepat dan objektif.
4. Umpan balik dapat diperoleh pada tahap implementasi kebijakan kesehatan.

Oleh sebab itu, analisis sistem kebijakan kesehatan dapat didefinisikan sebagai penguraian sistem kebijakan kesehatan yang meliputi upaya identifikasi tujuan, kebijakan, dan implementasi kebijakan kesehatan, serta situasi yang dihadapi dan informasi yang dibutuhkan oleh sistem kebijakan kesehatan pada setiap tahapannya.

Langkah-langkah dalam analisis sistem kebijakan kesehatan:

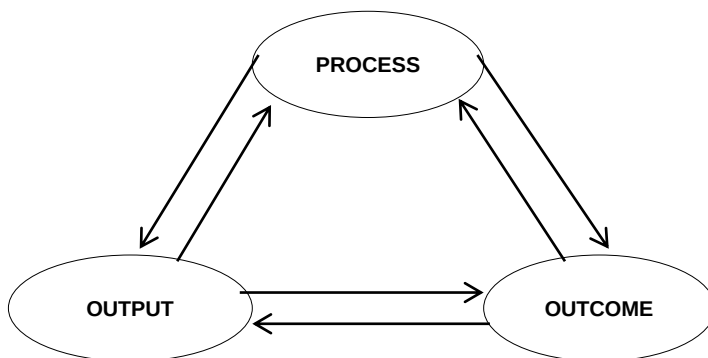
1. Menguraikan sistem sehingga menjadi jelas bagian-bagian yang dimiliki serta hubungan satu dengan yang lainnya.
2. Merumuskan masalah kebijakan kesehatan yang dihadapi oleh bagian tersebut atau sistem secara keseluruhan. Masalah yang dimaksud dapat berupa ketidakjelasan fungsi, peran, hak dan tanggung jawab atau hubungan satu dengan yang lain.
3. Melakukan pengumpulan data dan informasi untuk lebih menjelaskan masalah yang ditemukan serta untuk merumuskan kemungkinan jalan keluar yang dapat dilakukan.
4. Berdasarkan data dan informasi yang dimiliki, mengembangkan model sistem yang baru. Model-model

tersebut adalah yang dinilai dapat menyelesaikan masalah yang ditemukan.

5. Melakukan uji coba, jika perlu melakukan perbaikan dan mencatat setiap hasil yang diperoleh. Atas dasar catatan tersebut dipilihlah model yang paling menguntungkan.
6. Menerapkan model sistem yang terpilih dan melakukan pemantauan serta penilaian berkala sesuai dengan kebutuhan.

2.2 Pendekatan Sistem Kebijakan Kesehatan

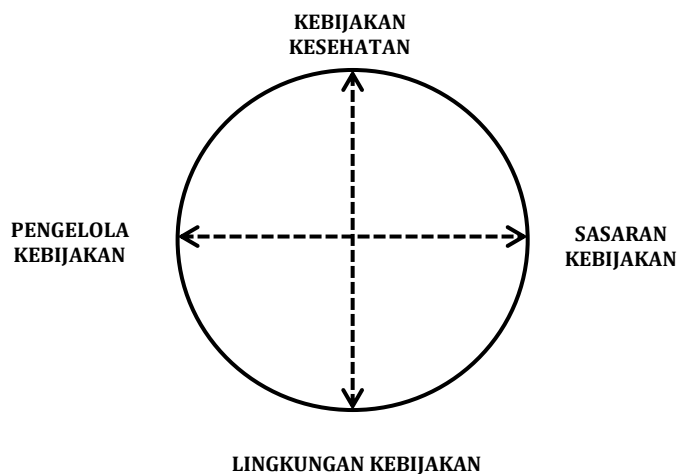
Pada hakikatnya, ada 3 (tiga) komponen dalam sistem kesehatan yang saling berhubungan, yaitu: kebijakan kesehatan itu sendiri (*health policy*) para pelaku kebijakan (*actors of policy*), dan lingkungan kebijakan (*environment of policy*). Hal ini dalam Ilmu Kebijakan Publik dikenal sebagai “segitiga kebijakan”, yang dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.3. Segitiga Kebijakan

Pelaku kebijakan adalah seluruh unsur yang terkait dengan proses lahirnya kebijakan kesehatan, yaitu: pemerintah dan DPR/DPD/DPD. Lingkungan kebijakan adalah keadaan/kondisi kesehatan yang melandasi suatu kebijakan kesehatan, misalnya angka kesakitan, angka kematian, kejadian luar biasa/wabah dan sebagainya. Kebijakan kesehatan adalah produk pilihan pemerintah untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang ada.

Walaupun demikian dari sudut pandang yang lain, “segitiga kebijakan” tersebut di atas dianggap masih kurang menggambarkan komponen kebijakan kesehatan secara komprehensif karena dalam kebijakan kesehatan, masyarakat sebagai sasaran kebijakan turut memiliki andil dalam proses kebijakan kesehatan. Oleh sebab itu, sebagai penyempurnaan konsep ini dikenal ada 4 (empat) komponen kebijakan kesehatan, yaitu: kebijakan kesehatan itu sendiri, pengelola kebijakan kesehatan, masyarakat sebagai sasaran kebijakan kesehatan, dan lingkungan kebijakan kesehatan. Keterkaitan keempat komponen tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:



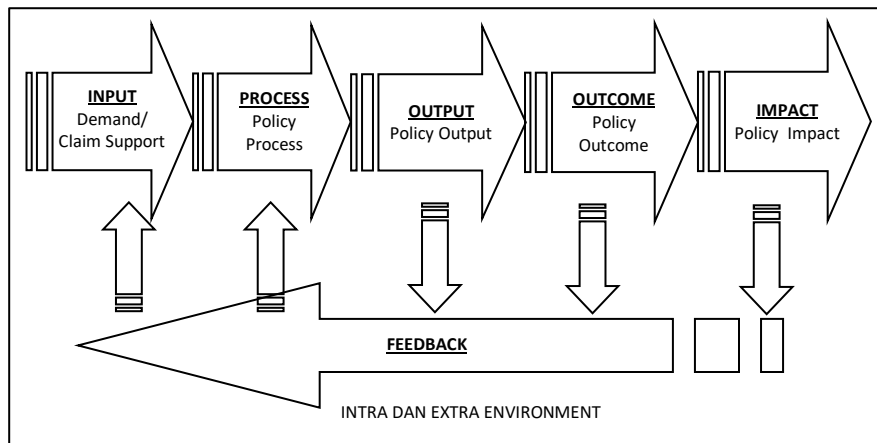
Gambar 2.4. Keterkaitan berbagai Komponen Kebijakan Kesehatan

Skema di atas memberikan gambaran keterkaitan antara berbagai komponen dalam suatu kebijakan kesehatan, di mana kebijakan kesehatan berhubungan dengan pengelola kebijakan, kelompok sasaran kebijakan, dan lingkungan kebijakan; pengelola kebijakan kesehatan berhubungan dengan kebijakan kesehatan itu sendiri, kelompok sasaran kebijakan, dan lingkungan kebijakan, kelompok sasaran kebijakan kesehatan berhubungan dengan

pengelola kebijakan, kebijakan kesehatan, dan lingkungan kebijakan, dan seterusnya. Intinya adalah bahwa keempat komponen tersebut saling berhubungan satu dengan lainnya. Sebagai contoh adalah bahwa kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berhubungan dengan rakyat Indonesia sebagai sasaran, pemerintah dan DPR sebagai pengelola kebijakan, dan lingkungan implementasi kebijakan JKN.

Kebijakan kesehatan merupakan respons dari sistem politik terhadap *demands/claim* masyarakat di bidang kesehatan yang mengalir dari lingkungannya. Selain itu kebijakan kesehatan merupakan tatanan kelembagaan yang berperan atau merupakan wahana dalam penyelenggaraan sebagian atau keseluruhan proses kebijakan di bidang kesehatan yang meliputi formulasi, implementasi dan evaluasi kebijakan kesehatan itu sendiri. Oleh sebab itu, unsur-unsur yang terkandung dalam kebijakan kesehatan meliputi *stakeholder*, isi kebijakan kesehatan (*policy contents*), lingkungan kebijakan (*policy environment*) dan pengguna jasa pelayanan kesehatan sebagai sasaran (*target group*).

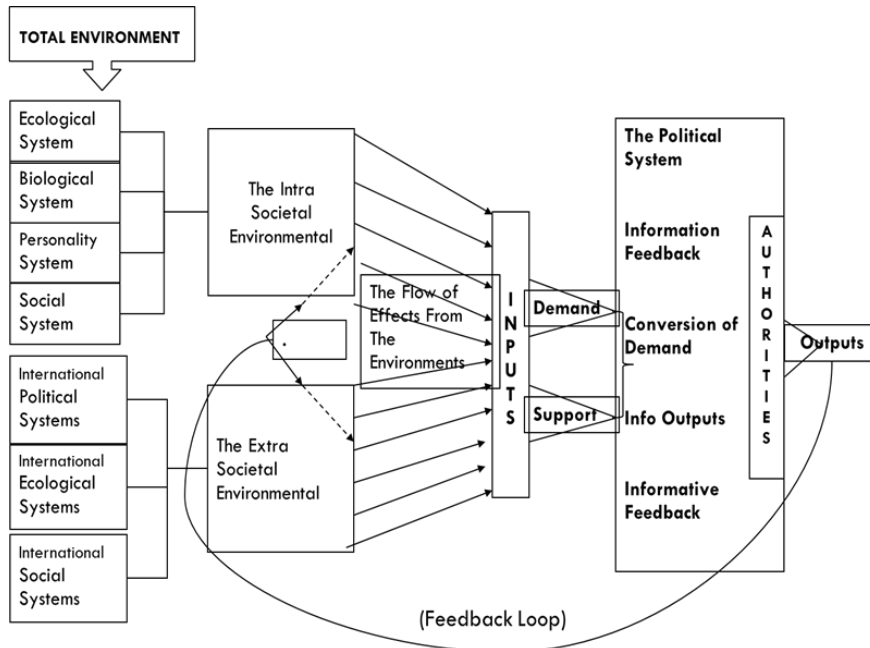
Dinamika kebijakan yang paling sering dipakai adalah dinamika kebijakan dengan pendekatan sistem sebagaimana dapat digambarkan berikut ini:



Gambar 2.5. Pendekatan Sistem dalam Kebijakan Kesehatan

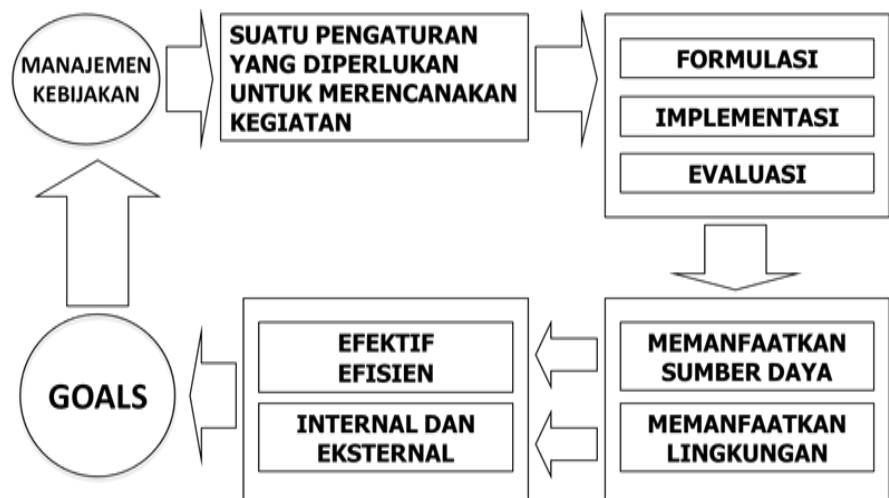
Input adalah masalah kesehatan (keadaan yang melatarbelakangi/peristiwa yang menyebabkan timbulnya masalah kebijakan kesehatan, dapat berupa: tuntutan, keinginan, tantangan, dan peluang di bidang kesehatan atau masalah di bidang kesehatan yang ditimbulkan oleh suatu kebijakan yang baru; baik sistem ekologi, biologi, individual dan sosial kemasyarakatan dalam negeri maupun luar negeri. *Proses* adalah prosedur atau mekanisme pembuatan kebijakan kesehatan, bersifat politis, melibatkan berbagai kelompok kepentingan yang berbeda bahkan bertentangan (*stakeholder*: pejabat pemerintah, pejabat negara, lembaga pemerintah, lingkungan masyarakat, termasuk partai politik dan asosiasi profesi serta kelompok masyarakat lainnya). *Output* adalah lahirnya kebijakan kesehatan yang berupa tindakan untuk memecahkan masalah atau mencapai tujuan tertentu di bidang kesehatan. *Impact* adalah dampak kebijakan kesehatan terhadap kelompok sasaran yang perilaku/keadaannya ingin dipengaruhi/diubah. Lingkungan kebijakan (sistem ideologi, sistem politik, sistem ekonomi, sistem sosial budaya, dan sistem pertahanan dan keamanan) baik domestik (*intra environment*) maupun internasional (*extra environment*) mengalir *input* baik dalam bentuk tuntutan dan kebutuhan masyarakat (*demand/claim*) maupun dalam bentuk dukungan (*support*) kebijakan.

Dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN), pendekatan ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.6. Uraian Sistem dalam Kebijakan Kesehatan

Oleh sebab itu, memahami proses kebijakan kesehatan dapat dilakukan melalui pendekatan fungsi-fungsi manajemen mulai dari formulasi, implementasi, dan evaluasi kebijakan kesehatan melalui pemanfaatan sumber daya dan lingkungan secara efektif dan efisien baik secara internal maupun secara eksternal guna mewujudkan derajat kesehatan. Hal tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.7. Pendekatan Manajemen Proses Kebijakan Kesehatan

BAB III

PERENCANAAN KEBIJAKAN KESEHATAN

3.1 Perumusan Masalah Kebijakan

Kebijakan kesehatan dikembangkan dari “masalah kesehatan” dan bukan hanya dari “masalah kebijakan”. Masalah Kebijakan terdiri atas “masalah kebijakan” dalam arti sudah ada kejadian yang harus diatasi dan “kebutuhan kebijakan” yaitu kebutuhan yang mungkin muncul pada masa yang akan datang yang perlu diantisipasi melalui suatu kebijakan. Oleh sebab itu, dalam melakukan perumusan masalah kebijakan kesehatan, data dan informasi merupakan suatu hal yang mutlak dibutuhkan (data adalah fakta yang sedang tidak digunakan pada proses pembuatan suatu kebijakan, dicatat dan diarsipkan tanpa maksud segera diambil kembali untuk pengambilan keputusan kebijakan, sedangkan informasi adalah data yang diambil kembali, diolah dan digunakan untuk memberi dukungan keterangan untuk pengambilan suatu kebijakan).

Syarat-syarat informasi yang baik minimal harus meliputi: ketersediaan (*availability*), mudah dipahami, berhubungan (*relevan*) dengan permasalahan, bermanfaat, tepat waktu, andal (*reliable*) dan sumbernya akurat tanpa salah, jelas, tepat, dan konsisten (tidak kontradiktif). Selain itu informasi yang baik harus mampu menjawab pertanyaan-pertanyaan: masalah kesehatan apa yang dihadapi?, kebijakan-kebijakan apa yang telah dibuat untuk memecahkan masalah kesehatan sekarang/masa lalu, dan apa hasil yang telah dicapai?, bagaimana nilai dan tujuan yang diinginkan dari hasil kebijakan dalam memecahkan masalah

kesehatan?, alternatif-alternatif kebijakan apa yang tersedia untuk memecahkan masalah masa depan kebijakan?, dan alternatif-alternatif tindakan apa yang perlu dilakukan untuk memecahkan masalah tindakan kebijakan?.

Masalah kesehatan tidak selamanya dapat melahirkan suatu kebijakan untuk menanggulangnya. Pada beberapa negara dan badan internasional seperti WHO dan Bank Dunia dikenal istilah “kebijakan program atau pelayanan esensial”, yaitu program atau pelayanan yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

- 1) mengenai sejumlah besar penduduk, seperti terlihat dari angka prevalensi kejadiannya
- 2) dampaknya besar, misalnya *Case Fatality Rate* (CFR) yang tinggi, menyebabkan tingginya kehilangan waktu produktif yang diukur dengan DALY (*Disability Adjusted Life Years*) dan menyebabkan mutu SDM menurun
- 3) intervensi tersebut “*cost effective*”

Oleh sebab itu, agar suatu masalah kesehatan dapat menjadi ditanggulangi menjadi suatu kebijakan haruslah memperhatikan besarnya masalah (*prevalence*), akibat yang ditimbulkan oleh masalah (*severity*), kenaikan besarnya masalah (*rate of increase*), derajat keinginan masyarakat yang tidak terpenuhi (*degree of unmet need*), keuntungan sosial karena selesainya masalah (*social benefit*), perhatian masyarakat terhadap masalah (*public concern*), dan suasana politik (*political climate*).

Masalah kesehatan akan melahirkan kebijakan apabila:

- 1) Terdapat ancaman terhadap keseimbangan antar kelompok kepentingan seperti kelompok pemimpin politik (*group equilibrium*) sehingga kelompok-kelompok tersebut akan mengadakan reaksi dan menuntut tindakan pemerintah untuk mengambil prakarsa guna mengatasi ketidakseimbangan tersebut.
- 2) Kepentingan politik atau partai politik penguasa sehingga dianggap penting sebagai agenda pemerintah.
- 3) Timbulnya krisis atau peristiwa luar biasa yang mendapatkan perhatian luar biasa dari masyarakat.

- 4) Masalah-masalah khusus atau isu-isu politik yang timbul di masyarakat yang menarik perhatian media komunikasi yang mengakibatkan masalah-masalah atau isu-isu tersebut semakin menonjol sehingga menarik perhatian masyarakat dan para pembuat kebijakan di bidang kesehatan.
- 5) Adanya gerakan-gerakan protes.

Perumusan masalah kebijakan pada hakikatnya menghendaki rumusan masalah yang baik dan benar yang mengandung pengertian bahwa sebagian besar masalah sudah terpecahkan melalui rumusan yang baik dan benar, sehingga dengan demikian keberhasilan dalam memecahkan masalah menghendaki ditemukannya pemecahan yang benar atas masalah yang benar. Kegagalan sering terjadi karena memecahkan masalah yang salah. Oleh sebab itu, diperlukan pemahaman terhadap karakteristik masalah publik, di antaranya: saling ketergantungan (*interdependency*) satu dengan lainnya, bersifat subjektif, bersifat buatan (*artificiality*) di mana suatu situasi dapat dianggap masalah karena adanya keinginan untuk mengubah situasi tersebut, dan memiliki dinamika di mana masalah yang sama belum tentu dapat dipecahkan dengan kebijakan yang sama dalam konteks yang berbeda.

Karakteristik tersebut dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Saling ketergantungan (*interdependency*)

Kebijakan di bidang kesehatan tidak terlepas atau saling berhubungan dengan masalah kebijakan lainnya. Dalam kenyataannya masalah di bidang kesehatan bukanlah merupakan kesatuan yang berdiri sendiri; masalah tersebut merupakan bagian dari seluruh sistem masalah yang paling baik diterangkan sebagai *messes* (suatu sistem kondisi eksternal yang menghasilkan ketidakpuasan di antara segmen-segmen masyarakat yang berbeda). Sistem masalah atau *messes* sulit atau bahkan tidak mungkin dipecahkan dengan menggunakan pendekatan analitis (pendekatan yang memecahkan masalah ke dalam elemen-elemen atau bagian-bagian yang menyusunnya) karena jarang masalah-masalah dapat didefinisikan dan dipecahkan secara sendiri-sendiri.

Dalam kondisi tertentu lebih mudah memecahkan sepuluh masalah yang saling terkait daripada memecahkan satu masalah secara sendiri. Sistem masalah yang saling tergantung mengharuskan suatu pendekatan holistik, suatu pendekatan yang memandang bagian-bagian sebagai tak terpisahkan dari keseluruhan sistem yang mengikatnya.

2. Subjektif (*subjective*)

Kondisi di luar kesehatan yang menimbulkan masalah diidentifikasi, diklasifikasi, dijelaskan dan dievaluasi secara selektif. Meskipun terdapat suatu anggapan bahwa masalah bersifat objektif (misalnya, status gizi dapat didefinisikan sebagai berat badan per umur yang dibandingkan dengan standar WHO-NCHS), bisa saja data yang sama mengenai status gizi dapat diinterpretasikan secara berbeda. Masalah kebijakan “adalah suatu hasil pemikiran yang dibuat pada suatu lingkungan tertentu”; masalah tersebut merupakan elemen dari suatu situasi masalah yang diabstraksikan dari situasi tersebut. Dengan begitu, apa yang dialami sesungguhnya adalah merupakan suatu situasi masalah, bukan masalah itu sendiri merupakan suatu konstruksi konseptual. Dalam analisis kebijakan merupakan hal yang sangat penting untuk tidak mengacaukan antara situasi masalah dengan masalah kebijakan, karena masalah adalah barang abstrak yang timbul dengan mentransformasikan pengalaman ke dalam penilaian manusia.

3. Artifisial (*artificiality*)

Masalah-masalah kebijakan kesehatan timbul karena adanya persepsi masyarakat bahwa hal tersebut adalah masalah ketika masyarakat membuat penilaian mengenai keinginan untuk mengubah beberapa situasi masalah. Masalah kebijakan merupakan hasil/produk penilaian manusia yang bersifat subjektif; masalah kebijakan itu juga bisa diterima sebagai definisi-definisi yang sah dari kondisi sosial yang objektif; dan karenanya, masalah kebijakan dipahami, dipertahankan, dan diubah secara sosial. Masalah tidak berada di luar individu dan kelompok-kelompok yang

mendefinisikan, yang berarti bahwa tidak ada keadaan masyarakat yang “alamiah” karena apa yang ada dalam masyarakat tersebut dengan sendirinya merupakan masalah kebijakan.

4. Dinamis (*dinamic*)

Masalah dan pemecahannya berada pada suasana perubahan yang terus menerus. Pemecahan masalah justru dapat memunculkan masalah baru, yang membutuhkan pemecahan masalah lanjutan. Selain itu tidak jarang adanya masalah yang tidak terduga atau masalah yang muncul di luar jangkauan kebijakan dan sistem masalah kebijakan.

Berdasarkan karakteristiknya, masalah kebijakan kesehatan dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

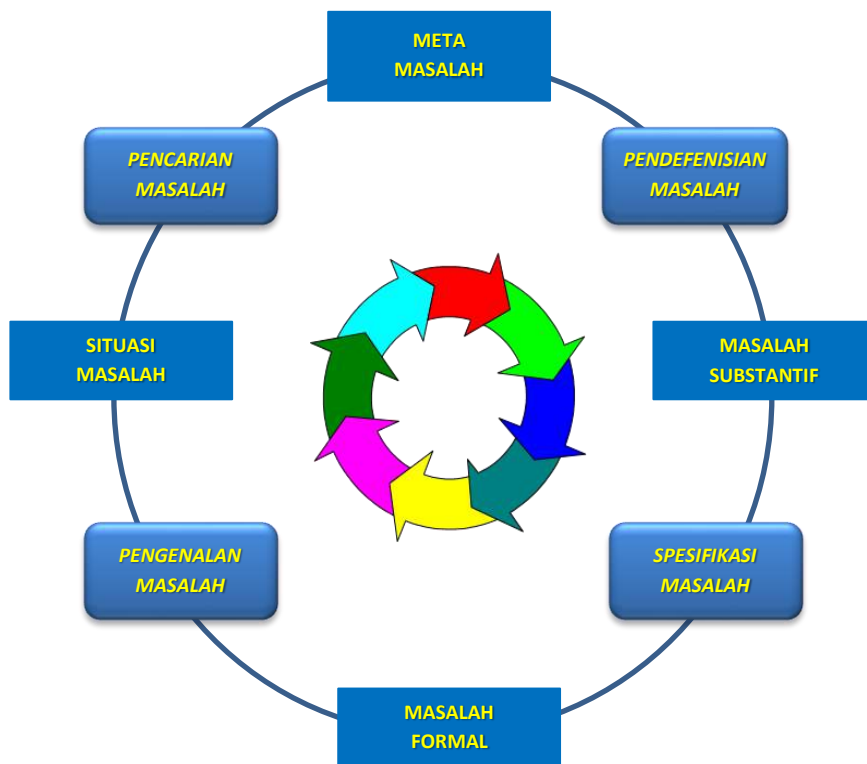
- a) Masalah sederhana: melibatkan sedikit *stakeholder*, adanya konsensus tentang masalah, dan hanya ada sedikit alternatif yang dapat dipilih, di mana kinerja masing-masing alternatif tersebut telah diketahui.
- b) Masalah agak sederhana: kondisinya hampir sama dengan yang pertama, namun demikian kinerja masing-masing alternatif tersebut belum dapat dipastikan.
- c) Masalah rumit: melibatkan banyak *stakeholder*, belum ada konsensus, dan banyak alternatif yang bisa diajukan.

Tabel 3.1 Struktur Masalah Kesehatan

ELEMEN	STRUKTUR MASALAH KESEHATAN		
	SEDERHANA (<i>well-structured</i>)	AGAK SEDERHANA (<i>moderately structured</i>)	RUMIT (<i>ill-structured</i>)
Pembuat kebijakan	Satu atau beberapa	Satu atau beberapa	Banyak
Alternatif	Terbatas	Terbatas	Tidak terbatas
Kegunaan (nilai)	Konsensus	Konsensus	Konflik
Hasil Probabilitas	Dapat dihitung	Sulit dihitung	Sangat sulit dihitung

Masalah sederhana (*well-structured problems*) adalah masalah yang melibatkan satu atau beberapa pembuat keputusan dan seperangkat kecil alternatif-alternatif kebijakan. Kegunaan (nilai) mencerminkan konsensus pada tujuan-tujuan jangka pendek yang secara jelas diurutkan dalam tatanan pilihan pembuat keputusan. Meskipun demikian, hasil dari alternatif-alternatif itu belum tentu meyakinkan (deterministik) ataupun diperhitungkan di dalam margin kesalahan yang diterima (risiko); hasil-hasil itu tidak meyakinkan/tidak tentu, yang berarti bahwa probabilitas kesalahan tidak dapat diperkirakan sama sekali. Masalah rumit (*ill-structured problems*) adalah masalah-masalah yang mengikutsertakan banyak pembuat keputusan yang kegunaan (nilai)-nya tidak diketahui atau tidak mungkin untuk diurutkan secara konsisten. Jika masalah-masalah yang sederhana dan agak sederhana mencerminkan konsensus, maka karakteristik utama dari masalah-masalah yang rumit adalah konflik di antara tujuan-tujuan yang saling bersaing. Alternatif-alternatif kebijakan kesehatan dan hasilnya dapat juga tidak diketahui karena tidak mungkin memperkirakan risiko dan ketidakpastian. Masalah pilihan bukan untuk menentukan hubungan-hubungan deterministik yang diketahui, tetapi lebih untuk mendefinisikan sifat masalah. Sebagian besar masalah kebijakan yang paling penting cenderung rumit (*ill-structured*).

Teknik perumusan masalah diawali dengan pengenalan masalah yang melahirkan situasi masalah. Selanjutnya dari situasi masalah tersebut dilakukan pencarian masalah untuk menghasilkan meta masalah. Dari meta masalah yang ada dilakukan pendefinisian masalah sehingga muncullah apa yang disebut sebagai masalah substantif yang memerlukan penentuan spesifikasi sehingga dapat menjadi masalah formal demikian seterusnya, sebagaimana dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 3.1. Siklus Metode Perumusan Masalah

Pada tahap situasi masalah, untuk mengetahui situasi masalah harus mengenali situasi yang merupakan isu publik. Meta masalah dikenal sebagai tumpukan masalah yang belum terstruktur yaitu mengapa terjadi situasi masalah. Masalah substantif didefinisikan dari meta masalah yaitu dipilih mana saja masalah yang dirasakan/dilihat. Masalah formal yaitu masalah substantif yang akan segera ditangani sesuai dengan kemampuan yang ada.

Dalam melakukan estimasi batas peta masalah dapat dilakukan dalam bentuk proyeksi, prediksi, maupun perkiraan. Proyeksi adalah estimasi yang didasarkan pada *ekstrapolasi* atas kecenderungan masa lalu maupun masa kini ke masa depan. Prediksi adalah estimasi yang didasarkan pada asumsi teoretis yang tegas, dapat berbentuk hukum teoretis, proposisi teoretis, atau

analogi. Perkiraan (*conjecture*) adalah estimasi yang didasarkan pada penilaian yang informatif atau penilaian pakai tentang situasi masyarakat masa depan.

Ada berbagai metode perumusan masalah yang pernah dilakukan sebagaimana pada tabel berikut:

Tabel 3.2. Metode Perumusan Masalah

METODE	TUJUAN	PROSEDUR	SUMBER PENGETAHUAN	KRITERIA KINERJA
Analisis Batas	Estimasi batas peta masalah	Pencarian sampel bola salju perencanaan masalah dan penjumlahan	Sistem pengetahuan	Ketetapan batas
Analisis Klasifikasi	Kejelasan konsep	Pemilahan secara logis dan klasifikasi penyebab	Analisis individual	Konsistensi logis
Analisis Hierarki	Identifikasi penyebab yang mungkin masuk akal dan dapat ditindaklanjuti	Pemilahan secara logis dan klasifikasi penyebab	Analisis individual	Konsistensi logis
Sypecties ~ analog	Pengenalan kesamaan antar masalah	Perumusan analog personal langsung dan fantasi	Kelompok	Plansibilitas perbandingan
<i>Brain storming</i>	Generalisasi ide, tujuan dan strategi	Pemunculan ide dan evaluasi	Kelompok	Konsensus
Analisis Perspektif Berganda	Generalisasi wawasan	Penggunaan secara serentak perspektif teknis organisasional dan personal	Kelompok	Perbaikan wawasan
Analisis Asumsi	Sintesis kreatif asumsi-asumsi yang berlawanan	Identifikasi pelaku, penampakan asumsi, mempertentangkannya dan pengelompokan & sintesis	Kelompok	Konflik
Pemetaan Argumentasi	Penilaian asumsi	Penyusunan tingkat dan penggambaran plansibilitas dan urgensi	Kelompok	Plansibilitas dan urgensi optimal

3.2 Agenda Setting

Agenda setting merupakan tahap di mana diputuskan masalah yang menjadi perhatian pemerintah untuk dibuat menjadi kebijakan. Dalam tahap ini pemerintah dihadapkan pada berbagai isu (masalah) yang ada di sekitarnya. Untuk itu, pada saat tertentu pemerintah harus memutuskan isu apa yang menjadi dasar dibuatnya suatu kebijakan publik. *Agenda setting* atau dikenal dengan agenda kebijakan didefinisikan sebagai tuntutan-tuntutan agar para pembuat kebijakan memilih atau merasa terdorong untuk melakukan tindakan tertentu. Agenda kebijakan dapat dibedakan dari tuntutan politik secara umum serta dengan istilah prioritas yang dimaksudkan untuk merujuk pada susunan pokok-pokok agenda dengan pertimbangan bahwa satu agenda lebih penting dari agenda lain.

Cobb dan Elder (Winarno, 2007) mendefinisikan agenda kebijakan sebagai *“a set of political conversies that will be viewed as falling within range of legitimate concerns meriting attention by decision making body.”* Proses kebijakan berlangsung ketika pejabat publik belajar mengenai masalah-masalah baru, memutuskan untuk memberikan perhatian secara personal dan memobilisasi organisasi yang dimiliki untuk merespons masalah tersebut. Agenda kebijakan merupakan arena pertarungan wacana yang terjadi dalam lembaga pemerintah.

Walaupun demikian sebagaimana dikemukakan pada bagian sebelumnya, tidak semua isu yang akan masuk ke dalam agenda kebijakan. Isu-isu tersebut harus berkompetisi satu sama lain dan masalah yang dianggap menang akan masuk ke dalam agenda kebijakan. Mengapa terjadi demikian? Setiap kelompok berpengaruh atau kelompok berkepentingan akan selalu berusaha mempertahankan diri dalam keadaan *equilibrium* yang layak, dan jika sesuatu kondisi mengancam, maka kelompok ini akan bereaksi melakukan penyesuaian diri. Pada saat terjadi ketidakseimbangan sistem, maka kelompok-kelompok akan melakukan adaptasi terhadap perubahan-perubahan yang mengganggu *equilibrium* tersebut. Konsep *equilibrium* ini hanya menjelaskan seandainya

disequilibrium terjadi dalam kelompok. Namun konsep ini tidak mampu menjelaskan peran elite politik dalam mendorong suatu isu masuk ke dalam agenda kebijakan, padahal proses kebijakan terjadi sebagai hasil “belajar” elite politik. Oleh sebab itu, suatu isu menjadi agenda melalui konjungsi: pengidentifikasian yaitu tahap pengidentifikasian masalah yang didiskusikan sebelumnya, menitikberatkan pada kebijakan atau pemecahan masalah. Urutan ini, biasanya terdiri dari para spesialis di bidang kebijakan, seperti misalnya para birokrat, anggota legislatif, akademisi, para ahli kesehatan, kelompok-kelompok kepentingan, dan rancangan kebijakan yang dibawa oleh komunitas-komunitas tertentu, dan urutan politik (*political stream*). Pada urutan ini biasanya disusun dari perubahan dalam administrasi dan pergantian partisipan atau ideologi dalam lembaga legislatif.

Lalu, mengapa suatu isu menjadi *agenda setting* pemerintah sedangkan lainnya tidak? Perlu dipahami terlebih dahulu kondisi permasalahan yang berkembang di masyarakat. Kondisi tersebut adalah:

- a) Ekstremitas masalah, yaitu isu yang dirasakan sangat membutuhkan pemecahan.
- b) Konsentrasi masalah, yaitu jika isu dari berbagai sumber akan terkonsentrasi pada satu area.
- c) Cakupan masalah, yaitu jika isu yang dampaknya mencakup banyak orang.
- d) *Mountain climber problem*, yaitu isu yang akan terus berkembang setelah kebijakan/program yang dilakukan ternyata tidak bisa memecahkan masalah secara tuntas.
- e) Analogi *agenda setting*, yaitu isu yang baru muncul ternyata hanya analogi isu lama yang belum berhasil diatasi.
- f) Simbol, jika problem berhubungan dengan simbol-simbol nasional yang dianggap penting dan sensitif.
- g) Ketersediaan teknologi, jika ada teknologi yang dapat memecahkan masalah.

- h) Ketidakhadiran peran swasta, jika persoalan yang tidak dapat dipecahkan melalui mekanisme pasar, atau peran swasta yang lain.

Sebuah isu yang akhirnya menjadi agenda pemerintah mungkin tidak dinilai memenuhi semua kondisi di atas. Suatu isu yang memenuhi satu kriteria kondisi sudah cukup menjadi agenda pemerintah untuk dirumuskan pemecahannya melalui kebijakan. Namun semakin banyak kriteria kondisi dimiliki suatu isu, semakin layak baginya diformulasikan dalam kebijakan. Suatu isu akan mendapatkan perhatian bila memenuhi beberapa kriteria, yaitu:

- a) Bila suatu isu telah melampaui proporsi suatu krisis dan tidak dapat terlalu lama didiamkan, misalnya terjadinya wabah/ Kejadian Luar Biasa (KLB).
- b) Suatu isu akan mendapat perhatian bila isu tersebut bersifat partikularitas, di mana isu tersebut menunjukkan dan mendramatisasi isu yang lebih besar seperti kebocoran lapisan ozon dan pemanasan global.
- c) Mempunyai aspek emosional dan mendapat perhatian media massa karena faktor *human interest*.
- d) Mendorong munculnya pertanyaan menyangkut kekuasaan dan legitimasi dari masyarakat.
- e) Isu tersebut sedang menjadi *trend* atau sedang diminati oleh banyak orang.

Dari berbagai isu kebijakan yang muncul pada tahap awal proses kebijakan, ternyata mempunyai sifat yang berbeda antara yang satu dengan lainnya. Ada isu yang mudah didefinisikan dan mudah pula dipecahkan. Namun ada pula isu yang sulit didefinisikan dan dipecahkan. Hal ini menyebabkan para pembuat kebijakan kesulitan memahami secara pasti hubungan kausal masalah kebijakan dan solusinya. Jika sifat itu ternyata sulit didefinisikan dan dipecahkan, maka diharapkan lebih cermat mengobservasi karakteristik persoalannya agar bisa dibuat solusi kebijakan yang tepat. Demikian juga isu secara kontinu

didefinisikan kembali berdasarkan pada informasi baru atau pemahaman baru terhadap masalah.

Meskipun kriteria isu untuk menjadi agenda kebijakan terpenuhi, namun dalam praktik sebenarnya tidak ada yang menjamin bahwa suatu isu secara otomatis akan dapat menembus mulus pintu akses kekuasaan dan menjadikannya sebagai agenda kebijakan publik. Untuk memahami dengan baik mengapa isu tertentu relatif mudah menembus pintu-pintu kekuasaan sementara isu yang lain tidak, memang bukan pekerjaan yang gampang. Kendati demikian untuk keperluan itu dapat menggunakan pendekatan sosiologi kebijakan dengan cara mencermati bagaimana peran dan pengaruh riil dari apa yang disebut sebagai *agenda setters*. Dalam teori ini disebutkan pada umumnya yang secara potensial tergolong *agenda setter* ini adalah organisasi kelompok kepentingan, kelompok-kelompok pemrotes, para pejabat senior pemerintah dan pembentuk opini, seperti editor surat kabar, dan sebagainya. Posisi dari kelompok tertentu yang berpengaruh akan semakin kokoh jika mereka dipersepsikan sebagai memiliki legitimasi dan kekuasaan atas isi tersebut, sehingga pandangan-pandangan mereka atas isu yang diperdebatkan dianggap memiliki nilai keabsahan tertentu.

Proses masuknya isu menjadi agenda kebijakan publik/pemerintah pada dasarnya merupakan proses yang bernuansa politik sangat tinggi. Proses ini dipengaruhi secara kental oleh bagaimana perwujudan dan distribusi kekuasaan riil yang berlangsung di suatu negara, organisasi, atau masyarakat secara keseluruhan. Itulah sebabnya dalam praktik politik kebijakan, bisa jadi beberapa kelompok atau organisasi ternyata tidak mampu menembus pintu akses kekuasaan sama sekali, sementara kelompok lain relatif dapat menembus pintu akses itu, namun tak memiliki daya resonansi dan dampak yang cukup besar pada diri *policy-maker*; sedangkan kelompok kecil orang lainnya terbukti bukan hanya mampu menembus pintu akses, melainkan mampu mempengaruhi secara nyata tahap proses penyusunan agenda kebijakan, hingga akhirnya melahirkan kebijakan publik

yang sebenarnya. Derajat polarisasi dan tingkat persaingan yang berlangsung di kalangan para aktor penting dalam suatu sistem politik pada kurun waktu tertentu, praktis dapat pula dilihat dari aspek siapa yang mampu menggulirkan isu (seraya menepis isu yang lain), memasukkan isu yang digulirkan sebagai agenda kebijakan publik yang diimplementasikan serta berdampak nyata pada kehidupan sosial politik massa.

Berdasarkan uraian tersebut aktivitas dalam *agenda setting*, adalah:

- a) Bagaimana masalah yang ada dirasakan keberadaannya oleh individu dan kelompok, memutuskan bahwa pemerintah harus disertakan dalam masalah tersebut.
- b) Masalah diidentifikasi. Memobilisasi dukungan untuk memasukkan problem itu menjadi agenda pemerintah. Dalam tahap ini akan terjadi kompetisi dalam berbagai bentuk:
 - 1) Banyak kelompok atau individu melakukan tindakan untuk menarik perhatian aktor-aktor pemerintah agar terlibat dalam masalah tertentu yang ada dalam agenda. Terkadang masalah tertentu tidak masuk ke agenda pemerintah. Sedangkan kapasitas pemerintah untuk memasukan daftar tuntutan untuk dilaksanakan, dalam waktu yang telah ditetapkan, sifatnya terbatas. Jadi dari sekian banyak isu tidaklah seluruhnya mendapat perhatian dari pemerintah.
 - 2) Sekalipun dalam banyak kelompok dan individu memperhatikan sebuah masalah yang bersifat umum, pada tahap ini ada kompetisi mengenai definisi spesifik tentang masalah kemudian kompetisi terjadi dalam kelompok-kelompok serta muncul pandangan-pandangan untuk memobilisasi dukungan dan bagaimana melaksanakannya.

Ada beberapa masalah yang tidak mendapat perhatian para pembuat kebijakan sehingga tidak sampai masuk ke dalam agenda publik. Konsep tidak membuat keputusan tetapi konsep merupakan sarana yang digunakan untuk mencegah atau menghilangkan tuntutan-tuntutan yang menghendaki perubahan dalam alokasi keuntungan-keuntungan dan hak-hak istimewa dalam masyarakat

sebelum mendapatkan akses ke dalam pembuatan kebijakan. Beberapa cara yang digunakan untuk menggagalkan suatu isu masuk ke agenda pemerintah di antaranya dengan menggunakan cara kekerasan, dengan menggunakan nilai-nilai dan kepercayaan yang berlaku, yaitu dengan budaya politik dan melalui pengendalian konflik.

3.3 Formulasi Kebijakan

Formulasi merupakan tahap yang terjadi setelah isu diagendakan. Perumusan kebijakan publik dapat dikatakan sebagai proses transformasi input menjadi *output*. Proses kebijakan kesehatan bersifat politis karena aktor, kepentingan, dan interaksi antara aktor menjadi fokus utamanya. Di samping itu, dimensi politis dalam formulasi dapat terjadi dalam serangkaian aktivitas yang terjadi di dalamnya seperti: mengumpulkan informasi, analisis informasi, diseminasi, pengembangan alternatif advokasi, membangun koalisi, kompromi dan negosiasi.

Formulasi kebijakan sebagai sebuah tahap dalam proses kebijakan dalam mana sebuah isu yang menjadi agenda pemerintah diteruskan dalam bentuk hukum publik. Pengagendaan isu pada dasarnya proses artikulasi dan agregasi yang merupakan fungsi input. Sedangkan yang dimaksud hukum publik adalah *output* sistem politik. Hasil yang diharapkan dalam formulasi kebijakan adalah solusi terhadap masalah publik. Formulasi merupakan aktivitas kebijakan yang sangat rentan terhadap pengaruh politik, sehingga kebijakan yang terbentuk merupakan resultante kompromi politik dari para aktor yang berperan merumuskan kebijakan.

Dalam upaya menyelesaikan masalah publik, disarankan ada 5 (lima) tipe solusi yang perlu diformulasikan dalam kebijakan yaitu:

- a) *Inducement*, yaitu langkah kebijakan yang bersifat membujuk atau menekan atas suatu isu tertentu, misalnya kredit pajak (positif) dan penalti polusi (negatif).

- b) *Rules*, langkah kebijakan yang menekankan pada pembentukan aturan-aturan dalam bentuk regulasi-regulasi yang harus ditaati oleh masyarakat.
- c) *Facts*, langkah kebijakan berupa pembentukan jalur informasi untuk mengajak kelompok target agar mau melakukan sesuatu yang dianggap menyelesaikan masalah.
- d) *Rights*, langkah kebijakan dengan memberikan hak-hak atau tugas-tugas kepada masyarakat.
- e) *Power*, upaya kebijakan berupa penambahan bobot kekuasaan yang disebabkan adanya tuntutan tertentu. Misalnya memberi kekuasaan khusus kepada badan legislatif untuk memperbaiki pembuatan keputusan melalui bobot kekuasaan anggaran guna mempengaruhi anggaran pemerintah.

Suatu kebijakan tidak lahir dengan sendirinya akan tetapi memerlukan proses yang tidak sederhana. Formulasi kebijakan publik membahas mengenai konsep dan teknik formulasi kebijakan publik mulai dari perumusan masalah, pengembangan alternatif kebijakan sampai perumusan rekomendasi kebijakan, dan pembuatan atau penetapan kebijakan itu sendiri. Proses formulasi kebijakan publik paling sedikit mengikuti proses sebagai berikut:

1. Identifikasi masalah kebijakan (*identification of policy problem*).
Identifikasi masalah dapat dilakukan melalui identifikasi apa yang menjadi tuntutan (*demands*) atas tindakan pemerintah di bidang kesehatan.
2. Penyusunan agenda (*agenda setting*) merupakan aktivitas memfokuskan perhatian pada pejabat publik dan media massa atas keputusan apa yang akan diputuskan terhadap masalah publik tertentu.

Agenda setting adalah sebuah fase dan proses yang sangat strategis dalam realitas kebijakan kesehatan. Dalam proses inilah memiliki ruang untuk memaknai apa yang disebut sebagai masalah publik dan prioritas dalam agenda publik diperdebatkan. Jika sebuah isu kesehatan berhasil

mendapatkan status sebagai masalah publik, dan mendapatkan prioritas dalam agenda publik, maka isu tersebut berhak mendapatkan alokasi sumber daya publik yang lebih daripada isu lain.

3. Perumusan kebijakan (*policy formulation*) merupakan tahapan pengusulan rumusan kebijakan melalui inisiasi dan penyusunan usulan kebijakan melalui organisasi perencanaan kebijakan, kelompok kepentingan, birokrasi pemerintah, presiden dan lembaga legislatif.

Masalah yang sudah masuk dalam agenda kebijakan kemudian dibahas oleh para pembuat kebijakan. Masalah-masalah tadi didefinisikan untuk kemudian dicari pemecahan masalah yang terbaik. Pemecahan masalah tersebut berasal dari berbagai alternatif atau pilihan kebijakan yang ada. Sama halnya dengan perjuangan suatu masalah untuk masuk dalam agenda kebijakan, dalam tahap perumusan kebijakan masing-masing alternatif bersaing untuk dapat dipilih sebagai kebijakan yang diambil untuk memecahkan masalah.

4. Pengesahan kebijakan (*legitimizing of policies*) melalui tindakan politik oleh partai politik, kelompok penekan, dan pemerintah. Tujuan pengesahan adalah untuk memberikan otorisasi pada proses dasar pemerintahan.
5. Implementasi kebijakan (*policy implementation*) dilakukan melalui birokrasi, anggaran publik, dan aktivitas agen eksekutif yang terorganisasi.
6. Evaluasi kebijakan (*policy evaluation*) dilakukan oleh lembaga pemerintah sendiri, konsultan di luar pemerintah, pers dan masyarakat.

Secara umum evaluasi kebijakan dapat dikatakan sebagai kegiatan yang menyangkut estimasi atau penilaian kebijakan yang mencakup substansi, implementasi dan dampak. Dalam hal ini, evaluasi dipandang sebagai suatu kegiatan fungsional. Artinya, evaluasi kebijakan tidak hanya dilakukan pada tahap akhir saja, melainkan dilakukan dalam seluruh proses kebijakan. Oleh sebab itu, evaluasi kebijakan bisa meliputi tahap perumusan masalah-

masalah kebijakan, program-program yang diusulkan untuk menyelesaikan masalah kebijakan, implementasi, maupun tahap dampak kebijakan.

Perihal formulasi kebijakan, ada beberapa teori yang pernah dirumuskan, yaitu:

1) Teori kelembagaan

Teori ini menyatakan bahwa tugas membuat kebijakan adalah tugas pemerintah. Oleh karena itu, apapun yang dilakukan oleh pemerintah dapat disebut sebagai kebijakan publik. Teori ini hanya mendasarkan pada fungsi kelembagaan pemerintah pada setiap sektor dan tingkatan dalam formulasi kebijakan.

2) Teori proses

Berasumsi bahwa politik merupakan sebuah aktivitas sehingga mempunyai proses. Teori ini memberikan rujukan tentang bagaimana kebijakan dibuat atau seharusnya dibuat, namun memberikan tekanan pada substansi sebagai sesuatu yang harus ada.

3) Teori kelompok

Teori yang mengendalikan kebijakan sebagai titik keseimbangan. Inti teori ini adalah interaksi kelompok akan menghasilkan keseimbangan yang terbaik. Individu dan kelompok kepentingan berinteraksi secara formal dan informal, dan secara langsung atau melalui media massa menyampaikan tuntutan mereka kepada pemerintah untuk melahirkan kebijakan publik yang dibutuhkan. Teori kelompok pada dasarnya adalah abstraksi dari formulasi kebijakan yang akan dibuat.

4) Teori elite

Teori ini berasumsi bahwa dalam masyarakat terdapat dua kelompok, yaitu pemegang kekuasaan (elite) dan yang tidak memiliki kekuasaan (massa). Teori ini berkembang dari kenyataan bahwa sedemokratis apapun suatu pemerintahan, selalu ada bias dalam formulasi kebijakan, karena pada akhirnya kebijakan yang dibuat merupakan preferensi politik dari elite.

5) Teori rasional

Teori ini mengedepankan gagasan bahwa kebijakan publik sebagai maksimum *social gain* berarti pemerintah memberikan manfaat yang terbaik terhadap masyarakat. Teori ini mengatakan bahwa proses formulasi kebijakan harus didasarkan pada keputusan yang sudah diperhitungkan tingkat rasionalitasnya. Teori ini lebih mengedepankan aspek efisiensi.

Adapun langkah-langkah dalam formulasi kebijakan adalah:

- a) Mengetahui preferensi publik dan kecenderungannya
- b) Menentukan pilihan-pilihan
- c) Mengetahui konsekuensi masing-masing pilihan
- d) Menilai rasionalitas nilai sosial yang dikorbankan
- e) Memilih alternatif kebijakan yang paling efisien.

6) Teori inkrementalis

Teori ini berasumsi bahwa kebijakan publik merupakan variasi ataupun kelanjutan dari kebijakan masa lalu. Pendekatan ini digunakan ketika pengambilan kebijakan berhadapan dengan waktu, ketersediaan informasi dan kecukupan dana untuk melakukan evaluasi kebijakan secara komprehensif.

7) Teori permainan

Teori permainan muncul setelah berbagai pendekatan yang sangat rasional tidak dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan yang muncul dan sulit diterangkan dengan fakta-fakta yang tersedia, karena sebagian besar dari fakta tersembunyi. Teori permainan adalah sangat abstrak dan deduktif dalam formulasi kebijakan. Teori ini didasari oleh formulasi yang rasional. Namun, kondisi kompetisi, tingkat keberhasilan kebijakan tidak hanya ditentukan oleh faktor perumusan kebijakan, tetapi juga oleh aktor-aktor lain. Konsep kunci dari teori permainan adalah strategi. Konsep kunci yaitu bukan yang paling optimum, namun yang paling aman dari serangan lawan. Jadi, pada dasarnya teori ini memiliki tingkat konservatif yang tinggi karena pada intinya adalah strategi defensif. Inti dari teori permainan adalah bahwa ia mengakomodasi

kenyataan riil, bahwa setiap warga negara, setiap pemerintah, setiap masyarakat tidak hidup dalam vakum. Suatu keputusan yang ditetapkan, lingkungan tidak pasif, melainkan membuat keputusan yang bisa menurunkan efektivitas keputusan.

8) Teori pilihan publik

Teori ini melihat kebijakan sebagai sebuah proses formulasi keputusan kolektif dari individu-individu yang berkepentingan atas keputusan tersebut. Kebijakan ini sendiri berdasarkan teori ekonomi pilihan publik, yang mengasumsikan bahwa manusia *homo economicus* yang memiliki kepentingan yang harus dipuaskan.

Inti dari teori ini adalah bahwa setiap kebijakan publik yang dibuat oleh pemerintah harus merupakan pilihan publik yang menjadi pengguna. Proses formulasi kebijakan publik melibatkan publik melalui kelompok-kelompok kepentingan. Secara umum teori ini merupakan konsep yang paling demokratis karena memberi ruang yang luas kepada publik untuk memberikan kontribusi pilihan-pilihannya kepada pemerintah sebelum keputusan diambil. Dalam hal ini lembaga pemerintah merupakan lembaga yang muncul dari kontrak sosial di antara individu warga masyarakat.

9) Teori sistem

Teori ini merupakan analogi dari sistem biologi. Pada dasarnya sistem biologi merupakan proses interaksi antara makhluk hidup dan lingkungannya, yang pada akhirnya menciptakan kelangsungan perubahan hidup yang relatif stabil. Dalam teori ini dikenal 3 (tiga) komponen yaitu; input, proses, dan *output*. Salah satu kelemahan dari teori ini adalah terpusatnya perhatian pada tindakan-tindakan yang dilakukan pemerintah, dan pada akhirnya kehilangan apa yang tidak pernah dilakukan oleh pemerintah. Formulasi kebijakan dengan menggunakan teori sistem mengasumsikan bahwa kebijakan merupakan hasil dari sistem (politik). Penggunaan teori ini merupakan pendekatan yang paling sederhana namun cukup komprehensif, meskipun tidak memadai

lagi untuk digunakan sebagai landasan perumusan kebijakan dan/atau pengambilan keputusan.

10) Teori demokrasi

Di negara-negara berkembang belakangan ini sering mengelaborasi semua teori yang berintikan bahwa pengambilan keputusan harus sebanyak mungkin mengelaborasi suara *stakeholders*. Teori model demokrasi ini menghendaki agar setiap pemilik hak demokrasi diikutsertakan sebanyak mungkin. Teori ini berkembang di negara yang baru saja mengalami transisi ke demokrasi. Teori ini biasanya dikaitkan dengan implementasi *good governance* bagi pemerintah agar dalam membuat kebijakan, para konstituen dan pemanfaat diakomodasi keberadaannya. Teori model demokrasi ini kemudian berkembang menjadi *model democratic governance*. Dalam hal ini *democratic governance* diartikan sebagai demokrasi yang perlu dipelajari sebagai budaya, keyakinan dan etos sehingga dipandang sebagai budaya politik yang demokratis.

Masalah yang masuk dalam agenda kebijakan selanjutnya akan dibahas oleh aktor perumus kebijakan. Masalah tersebut dibahas sesuai tingkat urgensinya dalam pemecahannya. Tahap dalam formulasi kebijakan adalah kebijakan dianalisis kemudian dicari formulasi terbaiknya melalui langkah-langkah sebagai berikut:

a) Identifikasi masalah

Pada dasarnya kebijakan kesehatan terjadi karena adanya masalah yang perlu ditangani secara serius. Tanpa adanya masalah, barangkali tidak akan pernah dibuat kebijakan kesehatan. Informasi mengenai masalah kebijakan kesehatan dapat diperoleh melalui sumber tertulis seperti indikator derajat kesehatan, data sensus dan laporan-laporan survei nasional, jurnal, koran, dan sebagainya.

Pertanyaan penting yang harus dijawab pada tahap identifikasi masalah adalah:

- 1) Apa isu itu benar-benar masalah?
- 2) Siapa sasarannya?

- 3) Apa alasan atau apa buktinya?
- 4) Apa masalah itu sudah sangat mendesak/urgen?
- 5) Apakah akibat negatif yang terjadi akan signifikan apabila tidak segera diintervensi?

Jawaban-jawaban terhadap permasalahan tersebut tidak hanya membuat analisis menjadi tidak rasional tetapi juga lebih etis. Analisis tidak boleh melakukan apa yang disebut *solving the wrong problem* atau *errors of the third type*.

Dalam perumusan masalah ada beberapa hal yang harus diperhatikan. *Pertama*, masalah yang diusulkan harus berdasarkan informasi dan data yang bebas dari rekayasa. Kepalsuan data atau informasi akan mempengaruhi proses formulasi kebijakan karena akan memberikan hasil yang palsu juga. Hal ini terkesan bahwa masalah yang dirumuskan telah dipolitisasi oleh elite yang menggunakan kesempatan kekuasaannya. *Kedua*, cara pengolahan data. Pengolahan data seringkali tidak sesuai dengan kaidah yang berlaku. Kesalahan dalam pengolahan akan mempengaruhi rumusan masalah. *Ketiga*, cara penarikan kesimpulan. Penarikan kesimpulan tidak boleh berlebihan atau sebaliknya. Diperlukan sebuah indikator tertentu yang dapat diterima, misalnya kecenderungan menunjukkan di atas rata-rata nasional atau jauh di bawah rata-rata nasional sehingga membutuhkan intervensi serius dan segera.

b) Identifikasi alternatif

Apabila masalah telah diidentifikasi maka selanjutnya adalah dicari teori yang mampu mengidentifikasi faktor-faktor penyebab, dan berdasarkan analisis tersebut mengembangkan alternatif-alternatif kebijakan. Tahap ini membutuhkan sensitivitas yang tinggi sebagai ilmuwan dan politikus. Sebagai ilmuwan, seorang analis telah diperkenalkan di bangku kuliah tentang berbagai penyebab timbulnya isu/masalah. Sebagai politisi, seorang analis dapat menilai seberapa besar perhatian pemerintah dan elite politik yang telah diberikan dalam bentuk anggaran selama sekian

lama untuk mengatasi rendahnya derajat kesehatan masyarakat. Aspek teoretis dan praktis harus menjadi acuan dalam mengidentifikasi alternatif kebijakan.

c) Identifikasi masalah

Pada dasarnya kebijakan publik terjadi karena adanya masalah yang perlu ditangani dan memerlukan pengesahan.

1) Seleksi alternatif

Dalam tahap ini, seorang perencana akan melakukan seleksi alternatif terbaik untuk diajukan ke *policy makers*.

2) Pengesahan kebijakan

Adalah proses penyesuaian dan penerimaan secara bersama terhadap prinsip-prinsip yang diakui dan ukuran-ukuran yang diterima. Landasan utamanya adalah variabel sosial seperti sistem nilai masyarakat, ideologi negara, sistem politik, dan sebagainya.

Proses pengesahan kebijakan biasanya diawali kegiatan *persuasion and bargaining*. Orang mencari dukungan orang lain bahwa pilihannya benar, bermanfaat bagi masyarakat, sesuai dengan kebutuhan yang mendesak, sehingga orang lain membenarkan dan mendukung tindakan tersebut.

Kegiatan *bargaining* diyakini sebagai proses di mana dua orang atau lebih yang mempunyai kekuasaan atas otoritas mengatur/menyesuaikan setidaknya-tidaknya dengan tujuan yang tidak mereka sepakati agar dapat merumuskan serangkaian tindakan yang dapat diterima bersama tetapi tidak terlalu ideal bagi mereka.

BAB IV

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN

4.1 Konsep Implementasi Kebijakan

Ukuran keberhasilan maupun kegagalan dari suatu kebijakan sebagian besar ditentukan pada saat implementasi kebijakan. Implementasi kebijakan adalah hal yang paling berat karena pada tahap ini masalah-masalah yang kadang tidak diprediksi sebelumnya ternyata muncul pada tahap implementasi. Selain itu, ancaman utama suatu kebijakan adalah konsistensi implementasi. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, “sukses” adalah “berhasil” atau “beruntung”, dan “kesuksesan” adalah “keberhasilan atau keberuntungan”. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, berhasil adalah “mendapatkan hasil atau ada hasilnya” atau “beroleh (mendapat) hasil, berbuah, tercapai maksudnya”, sedangkan “keberhasilan” didefinisikan sebagai “perihal (keadaan) berhasil”. Lalu, apa sebenarnya implementasi? Kata “implementasi” secara sederhana diartikan sebagai menyediakan sarana untuk menjalankan kebijakan publik. Implementasi kebijakan berarti mewujudkan suatu keputusan kebijakan yang memiliki legalitas hukum, bisa berbentuk peraturan perundang-undangan, peraturan pemerintah, keputusan Kepala Daerah, dan lain sebagainya atau dalam bentuk program-program kerja yang merujuk pada masalah yang akan ditangani oleh kebijakan. Program-program inilah yang kemudian disusun struktur implementasinya agar selanjutnya menghasilkan perubahan sebagaimana yang diinginkan oleh kebijakan dimaksud.

Implementasi sebagai perwujudan nyata dari suatu kebijakan tentu berbagai aktivitasnya haruslah dilakukan secara cermat. Walaupun kadangkala ada kebijakan yang bersifat *self executed*, yakni yang dapat langsung dilaksanakan, namun hal tersebut tidaklah mengurangi makna penting dari kecermatan dalam menyusun proses implementasi, sebab dari hasil implementasi tersebut kinerja pemerintah dapat dinilai. Selain itu sebagai bagian dari proses kebijakan, maka dari hasil implementasilah kebijakan memperoleh umpan balik apakah perlu kebijakan direvisi atau tidak.

Dalam tahap implementasi, isi kebijakan dan akibat-akibatnya mungkin akan mengalami modifikasi dan elaborasi bahkan mungkin akan dinegasikan. Implementasi adalah proses mentransformasikan suatu rencana ke dalam praktik. Orang sering menganggap bahwa implementasi hanya merupakan pelaksanaan dari apa yang diputuskan legislatif atau para pengambil keputusan, seolah-olah tahap ini kurang berpengaruh. Akan tetapi dalam kenyataan dapat dilihat sendiri bahwa baiknya rencana yang telah dibuat tidak ada gunanya apabila tidak dilaksanakan dengan baik dan benar. Ia membutuhkan pelaksana yang benar-benar jujur, untuk menghasilkan apa yang menjadi tujuannya, dan benar-benar memperlihatkan rambu-rambu pemerintah yang berlaku. Sayangnya, implementasi sering digunakan sebagai ajang melayani kepentingan kelompok, pribadi dan bahkan kepentingan partai. Implementasi pada dasarnya operasionalisasi dari berbagai aktivitas guna mencapai tujuan.

Implementasi sebagai rangkaian dari berbagai kegiatan yang di dalamnya sumber daya manusia menggunakan sumber daya yang lain untuk mencapai sasaran strategis. Implementasi sering dilihat sebagai proses yang penuh dengan muatan politik di mana mereka yang berkepentingan berusaha untuk mempengaruhinya. Implementasi berkenaan dengan berbagai kegiatan yang diarahkan pada realisasi program. Dalam hal ini, administrator mengatur cara untuk mengorganisasi, menginterpretasikan dan menerapkan kebijakan yang telah diseleksi. Mengorganisasi berarti mengatur sumber daya, unit-unit dan metode-metode untuk melaksanakan program. Melakukan interpretasi berkenaan dengan mendefinisikan

istilah-istilah program ke dalam rencana-rencana dan petunjuk-petunjuk yang dapat diterima dan *feasible*. Menerapkan berarti menggunakan instrumen-instrumen atau memberikan pelayanan rutin, melakukan pembayaran-pembayaran.

Implementasi merupakan tahap realisasi tujuan-tujuan program. Dalam hal ini yang perlu diperhatikan adalah persiapan implementasi, yaitu memikirkan dan menghitung secara matang berbagai kemungkinan keberhasilan dan kegagalan, termasuk hambatan dan peluang-peluang yang ada dan kemampuan organisasi yang diserahkan tugas melaksanakan program. Implementasi adalah tahapan yang dilakukan setelah aturan hukum ditetapkan melalui proses politik. Implementasi lebih bersifat non politik, yaitu administratif. Implementasi kebijakan/program merupakan bagian dari proses administrasi. Proses administrasi digunakan untuk menunjukkan desain atau pelaksanaan sistem administrasi yang terjadi pada setiap saat. Proses administrasi merupakan konsekuensi terhadap pelaksanaan, isi dan dampak kebijakan. Secara luas, implementasi dapat didefinisikan sebagai proses administrasi dari hukum (*statuta*) yang di dalamnya tercakup keterlibatan berbagai aktor, organisasi, prosedur, dan teknik yang dilakukan agar kebijakan yang ditetapkan mempunyai akibat, yaitu tercapainya suatu tujuan.

Implementasi juga diartikan sebagai *outputs*, yaitu melihat apakah aktivitas dalam rangka mencapai tujuan program telah sesuai dengan arahan atau bahkan mengalami penyimpangan. Selain itu, implementasi juga dikonseptualisasikan sebagai *outcomes*, yang terfokus pada akibat yang ditimbulkan dari adanya implementasi kebijakan, yaitu apakah implementasi suatu kebijakan mengurangi masalah atau bahkan menambah masalah dalam masyarakat.

Dari sudut pandang sistem, implementasi adalah proses bagaimana mentransformasikan input (tujuan dan isi kebijakan) ke dalam bentuk rangkaian tindakan operasional guna mewujudkan hasil yang diinginkan oleh suatu kebijakan (*outputs* dan *outcomes*). *Output* adalah hasil langsung dari pengimplementasian kebijakan (*programmes performance*), sedangkan *outcomes* (*impacts/effects*)

adalah dampak perubahan yang terjadi setelah kebijakan tersebut dilaksanakan. Fungsi implementasi adalah mentransformasikan tujuan kebijakan ke dalam bentuk-bentuk kegiatan operasional yang dibutuhkan agar kebijakan mencapai tujuannya. Fungsi implementasi tidak akan berubah sekalipun kebijakan yang diimplementasikan berbeda, yang berbeda adalah hasil akhirnya. Sedangkan tujuan implementasi itu sendiri adalah menghasilkan perubahan sebagaimana yang dikehendaki oleh kebijakan. Oleh karena itu jika dikatakan bahwa sebuah kebijakan dibuat untuk mengintervensi kehidupan publik, maka implementasi adalah bentuk nyata dari tindakan intervensi itu sendiri.

Implementasi kebijakan merupakan salah satu tahapan penting dalam siklus suatu kebijakan. Implementasi sering dianggap hanya merupakan pelaksanaan dari apa yang telah diputuskan oleh legislatif atau para pengambil keputusan, seolah-olah tahapan ini kurang berpengaruh. Akan tetapi dalam kenyataannya, tahapan implementasi menjadi begitu penting karena suatu kebijakan tidak akan berarti apa-apa jika tidak dapat dilaksanakan dengan baik dan benar. Dengan kata lain implementasi merupakan tahap di mana suatu kebijakan dilaksanakan secara maksimal dan dapat mencapai tujuan kebijakan itu sendiri.

Ada beberapa konsep mengenai implementasi kebijakan yang pernah dikemukakan oleh beberapa ahli. Secara etimologis, implementasi menurut Kamus Webster, konsep implementasi berasal dari bahasa Inggris yaitu *to implement*. Dalam kamus besar webster, *to implement* (mengimplementasikan) berarti *to provide the means for carrying out* (menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu); dan *to give practical effect to* (untuk menimbulkan dampak/akibat terhadap sesuatu). Selain itu implementasi kebijakan didefinisikan juga sebagai tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu/pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijakan.

Hakikat utama implementasi kebijakan adalah memahami apa yang seharusnya terjadi sesudah suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan. Pemahaman tersebut mencakup usaha-usaha untuk mengadministrasikan dan menimbulkan dampak nyata pada masyarakat atau kejadian-kejadian. Oleh sebab itu, implementasi merupakan suatu kegiatan atau usaha yang dilakukan oleh pelaksana kebijakan dengan harapan akan memperoleh hasil yang sesuai dengan tujuan atau sasaran dari suatu kebijakan itu sendiri.

Implementasi sebagai tindakan-tindakan yang dilakukan oleh organisasi publik yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan-keputusan sebelumnya. Tindakan-tindakan ini mencakup usaha-usaha untuk mengubah keputusan-keputusan menjadi tindakan-tindakan operasional dalam kurun waktu tertentu maupun dalam rangka melanjutkan usaha-usaha untuk mencapai perubahan-perubahan besar dan kecil yang ditetapkan oleh keputusan-keputusan kebijakan. Tahapan implementasi suatu kebijakan tidak akan dimulai sebelum tujuan dan sasaran direncanakan terlebih dahulu yang dilakukan dalam tahap formulasi kebijakan. Tahapan ini hanya dapat dilakukan setelah undang-undang tentang suatu kebijakan dikeluarkan dan dana yang disediakan untuk membiayai implementasi kebijakan tersebut telah tersedia.

Implementasi kebijakan dapat juga dikatakan sebagai suatu proses kegiatan administratif yang dilakukan setelah kebijakan ditetapkan dan disetujui. Kegiatan ini terletak di antara perumusan kebijakan dan evaluasi kebijakan. Implementasi kebijakan mengandung logika *top-down*, artinya menurunkan atau menafsirkan alternatif-alternatif yang masih abstrak atau makro menjadi alternatif yang bersifat konkrit atau mikro. Implementasi kebijakan merupakan tahapan yang sangat penting dalam proses kebijakan karena implementasi kebijakan menentukan keberhasilan suatu proses kebijakan di mana tujuan serta dampak kebijakan dapat dihasilkan.

Berdasarkan pengertian tersebut, keberhasilan implementasi kebijakan dapat didefinisikan sebagai perihal (keadaan)

keberhasilan dari implementasi kebijakan. Berdasarkan berbagai penelitian dan kenyataan di lapangan, terdapat beberapa pelajaran yang bisa diambil dari kesuksesan sebuah kebijakan, antara lain:

- 1) Jika suatu kebijakan didesain tidak berdasarkan pada kerangka dan acuan teori yang kuat dan jelas, maka implementasinya akan terganggu.
- 2) Antara kebijakan dan implementasi harus disusun suatu korelasi yang jelas sehingga konsekuensi yang diinginkan juga jelas.
- 3) Implementasi suatu kebijakan akan gagal jika terlalu banyak lembaga yang berperan.
- 4) Sosialisasi kebijakan kepada pelaksana kebijakan sangatlah penting karena akan sangat mempengaruhi keberhasilan implementasi.
- 5) Evaluasi kebijakan secara terus menerus (*monitoring*) terhadap suatu kebijakan sangatlah krusial karena sebuah kebijakan akan berevolusi menjadi baik dan efisien jika ada evaluasi yang terus menerus dan berkesinambungan.
- 6) Untuk berhasil dengan baik, pembuat suatu kebijakan harus menaruh perhatian yang sama terhadap implementasi dan perumusan kebijakan.
- 7) Kebijakan publik di Indonesia sebagian besar perhatian ditujukan pada bagaimana kebijakan publik dibuat, bukan pada bagaimana implementasi kebijakan dikelola dan diawasi dengan baik.

Jika ditinjau dari segi pelayanan, organisasi kesehatan sebagai lembaga yang memberikan pelayanan kesehatan dapat diukur dari aspek pelayanan kesehatan yang dihasilkan. Pengukuran keberhasilan pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan berbagai macam parameter. Secara garis besar pengukuran keberhasilan pelayanan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan hasil dan proses.

- 1) Ukuran yang berorientasi hasil pelayanan, meliputi:
 - a) Efektivitas
 - b) Produktivitas

- c) Efisiensi
- d) Kepuasan
- e) Keadilan

2) Ukuran yang berorientasi proses, meliputi:

- a) Responsivitas
- b) Responsibilitas
- c) Akuntabilitas
- d) Keadaptasian
- e) Kelangsungan hidup
- f) Keterbukaan/transparansi
- g) Empati

Pengukuran keberhasilan pelayanan kesehatan dapat juga dilihat dari dimensi pandangan pengguna jasa pelayanan kesehatan terhadap kualitas pelayanan, di antaranya:

- 1) Perwujudan fisik (*tangible*): *"appearance of physical facilities, equipment, personnel, and communication materials"*.
- 2) Reliabilitas (*reliability*): *"ability to perform the promised service dependently and accurately"*.
- 3) Responsivitas (*responsiveness*): *"willingness to help customers and provide prompt service"*.
- 4) Kompetensi (*competence*): *"possession of the required skills and knowledge to perform the service"*.
- 5) Kesopanan (*courtesy*): *"politeness, respect, consideration, and friendliness of contact personnel"*.
- 6) Kredibilitas (*credibility*): *"trustworthiness, believability, honesty of the service provider"*.
- 7) Keamanan (*security*): *"freedom from danger, risk or doubt"*.
- 8) Akses (*access*): *"approachability and ease of contact"*.
- 9) Komunikasi (*communication*): *"keeping customers informed in language they can understand and listening to them"*.
- 10) Pengertian (*understanding the customer*): *"making the effort to know customers and their needs"*

Berdasarkan dimensi-dimensi keberhasilan, dapat juga dikatakan bahwa implementasi kebijakan kesehatan adalah salah satu tahap dari proses kebijakan kesehatan yang dipetakan dari dimensi-dimensi dari keberhasilan implementasi kebijakan yaitu:

- 1) Efektivitas
- 2) Efisiensi
- 3) Responsivitas
- 4) Responsibilitas
- 5) Akuntabilitas
- 6) Keterbukaan/transparansi
- 7) Keadaptasian
- 8) Kelangsungan hidup
- 9) Kompetensi
- 10) Akses

Implementasi dapat diartikan sebagai “apa yang terjadi antara harapan suatu kebijakan dan hasil kebijakan yang dirasakan”. Sampai tahun 1970-an, para pakar kebijakan cenderung hanya berfokus pada penetapan agenda, perumusan kebijakan dan “tahapan” pengambilan kebijakan dalam proses politik. Kenyataan menunjukkan bahwa beberapa kebijakan publik justru tidak bisa dijalankan sebagaimana yang diharapkan. Dewasa ini banyak dilakukan pengkajian suatu “jurang-pemisah” antara apa yang direncanakan dan apa yang terjadi sebagai suatu hasil dari kebijakan. Misalnya, ada banyak kasus penelitian dampak dari kebijakan kesehatan yang “ditentukan” oleh donor internasional di negara-negara miskin menunjukkan bahwa hasilnya jauh dari hasil positif. Selain itu sebagian besar reformasi pemerintah yang dilaksanakan dewasa ini lebih berfokus pada merevisi sistem dengan asumsi akan meningkatkan hasil dibandingkan dengan kebijakan yang berlaku sebelumnya.

Secara umum ada 2 (dua) pendekatan dalam implementasi kebijakan, yaitu: pendekatan “*top-down*” yang dapat disamakan dengan pendekatan “*command and control*”, dan pendekatan “*bottom-up*” yang dapat disamakan dengan pendekatan “*the market approach*”. Pendekatan *top-down* dilakukan

secara tersentralisasi dimulai dari aktor di tingkat pusat dan keputusan-keputusan diambil di tingkat pusat, sedangkan pendekatan *top-down* bertolak dari perspektif bahwa keputusan-keputusan politik (kebijakan) yang telah ditetapkan oleh pembuat kebijakan harus dilaksanakan oleh administrator atau birokrat yang berada pada level bawah (*street level bureaucrat*). Bertolak belakang dengan pendekatan *top-down*, pendekatan *bottom-up* lebih menyoroti implementasi kebijakan yang terformulasi dari inisiasi warga masyarakat. Argumentasi yang diberikan adalah bahwa masalah dan persoalan yang terjadi pada level daerah hanya dapat dimengerti secara baik oleh warga setempat. Oleh sebab itu, pada tahap implementasinya pun suatu kebijakan selalu melibatkan masyarakat secara partisipatif.

Untuk dapat mengkaji dengan baik implementasi suatu kebijakan perlu diketahui variabel atau faktor-faktor penentunya, di antaranya:

1) *Bureaucratic structure* (struktur birokrasi)

Struktur organisasi memiliki pengaruh yang signifikan terhadap implementasi kebijakan. Aspek struktur organisasi ini melingkupi dua hal yaitu mekanisme dan struktur birokrasi itu sendiri. Aspek pertama adalah mekanisme, dalam implementasi kebijakan biasanya sudah dibuat Standar Operasional Prosedur (SOP). SOP menjadi pedoman bagi setiap *implementor* dalam bertindak agar dalam pelaksanaan suatu kebijakan tidak melenceng dari tujuan dan sasaran kebijakan. Aspek kedua adalah struktur birokrasi, struktur birokrasi yang terlalu panjang dan terfragmentasi akan cenderung melemahkan pengawasan dan menyebabkan prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks yang selanjutnya akan menyebabkan aktivitas organisasi menjadi tidak fleksibel.

2) *Resources* (sumber daya)

Sumber daya memiliki peranan penting dalam implementasi kebijakan sebab bagaimanapun jelas dan konsistensinya ketentuan-ketentuan dan aturan-aturan serta bagaimanapun akuratnya penyampaian ketentuan-ketentuan atau aturan-aturan

tersebut, jika para pelaksana kebijakan yang bertanggung jawab untuk melaksanakan kebijakan kurang memiliki sumber-sumber daya untuk melaksanakan kebijakan maka implementasi kebijakan tersebut tidak akan efektif. Dalam hal ini sumber daya berkaitan dengan segala sumber yang dapat digunakan untuk mendukung keberhasilan implementasi kebijakan. Sumber daya ini mencakup sumber daya manusia, anggaran, fasilitas, informasi dan kewenangan yang dijelaskan sebagai berikut:

a) Sumber Daya Manusia (*Staff*)

Implementasi kebijakan tidak akan berhasil tanpa adanya dukungan dari sumber daya manusia yang memadai baik kualitas maupun kuantitasnya. Kualitas sumber daya manusia berkaitan dengan keterampilan, dedikasi, profesionalitas, dan kompetensi di bidangnya, sedangkan kuantitas berkaitan dengan jumlah sumber daya manusia apakah sudah cukup untuk melingkupi seluruh kelompok sasaran. Sumber daya manusia sangat berpengaruh terhadap keberhasilan implementasi, sebab tanpa sumber daya manusia yang andal implementasi suatu kebijakan akan berjalan lambat

b) Anggaran (*Budgetary*)

Dalam implementasi kebijakan, anggaran berkaitan dengan kecukupan modal atau investasi terhadap suatu program atau kebijakan untuk menjamin terlaksananya kebijakan, sebab tanpa dukungan anggaran yang memadai kebijakan tidak akan berjalan dengan efektif dalam mencapai tujuan dan sasaran.

c) Fasilitas (*Facility*)

Fasilitas atau sarana dan prasarana merupakan salah satu faktor yang berpengaruh dalam implementasi kebijakan. Pengadaan fasilitas yang layak, seperti gedung, tanah dan peralatan medis dan perkantoran akan menunjang dalam keberhasilan implementasi suatu program atau kebijakan kesehatan.

d) Informasi dan Kewenangan (*Information and Authority*)

Informasi juga menjadi faktor penting dalam implementasi kebijakan terutama informasi yang berhubungan (relevan) dan terkait dengan bagaimana implementasi suatu kebijakan. Sementara wewenang berperan penting terutama untuk meyakinkan dan menjamin bahwa kebijakan yang dilaksanakan akan sesuai dengan yang dikehendaki.

3) *Disposition* (sikap pelaksana)

Kecenderungan perilaku atau karakteristik dari pelaksana kebijakan berperan penting dalam mewujudkan implementasi kebijakan yang sesuai dengan tujuan atau sasaran. Karakter penting yang harus dimiliki oleh pelaksana kebijakan misalnya kejujuran dan komitmen yang tinggi. Kejujuran mengarahkan *implementor* untuk tetap berada dalam harapan program yang telah digariskan, sedangkan komitmen yang tinggi dari pelaksana kebijakan akan membuat pelaku kebijakan selalu antusias dalam melaksanakan tugas, wewenang, fungsi, dan tanggung jawab sesuai dengan peraturan yang telah ditetapkan. Sikap dari pelaksana kebijakan akan sangat berpengaruh dalam implementasi kebijakan. Apabila *implementor* memiliki sikap yang baik, akan dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan, sebaliknya apabila sikap para pelaku kebijakan tidak mendukung maka implementasi tidak akan terlaksana dengan baik.

4) *Communication* (komunikasi)

Komunikasi merupakan proses penyampaian informasi dari komunikator kepada komunikan. Sementara itu, komunikasi kebijakan merupakan proses penyampaian informasi kebijakan dari pembuat kebijakan (*policy makers*) kepada pelaksana kebijakan (*policy implementors*). Informasi perlu disampaikan kepada pelaku kebijakan agar pelaku kebijakan dapat memahami apa yang menjadi isi, tujuan, arah, kelompok sasaran (*target group*) kebijakan, sehingga pelaku kebijakan dapat mempersiapkan hal-hal

apa saja yang berhubungan dengan pelaksanaan kebijakan, agar proses implementasi kebijakan bisa berjalan dengan efektif serta sesuai dengan tujuan kebijakan itu sendiri.

Komunikasi dalam implementasi kebijakan mencakup beberapa dimensi penting yaitu transformasi informasi (*transmisi*), kejelasan informasi (*clarity*) dan konsistensi informasi (*consistency*). Dimensi transformasi menghendaki agar informasi tidak hanya disampaikan kepada pelaksana kebijakan tetapi juga kepada kelompok sasaran dan pihak yang terkait. Dimensi kejelasan menghendaki agar informasi yang jelas dan mudah dipahami, selain itu untuk menghindari kesalahan interpretasi dari pelaksana kebijakan, kelompok sasaran maupun pihak yang terkait dalam implementasi kebijakan. Sedangkan dimensi konsistensi menghendaki agar informasi yang disampaikan harus konsisten sehingga tidak menimbulkan kebingungan pelaksana kebijakan, kelompok sasaran maupun pihak terkait.

Implementasi bukanlah proses yang sederhana, tetapi sangat kompleks dan rumit serta merupakan proses yang berlangsung dinamis, yang hasil akhirnya tidak bisa diperkirakan hanya dari ketersediaan kelengkapan program. Implementasi berfungsi menetapkan suatu kaitan yang memungkinkan tujuan-tujuan kebijakan terwujud, sehingga menjadi apa yang disebut sebagai hasil kerja atau prestasi pemerintah. Namun dalam praktiknya sering terjadi kegagalan dalam implementasi karena walau telah diperhitungkan sedemikian rupa, bukan berarti kesulitan dalam proses implementasi telah tiada.

Permasalahan seringkali justru timbul karena kenyataan di lapangan justru tidak sesuai dengan yang diperkirakan. Menafsirkan suatu keputusan menjadi tindakan operasional yang tepat tidaklah semudah yang dibayangkan. Sasaran-sasaran program bahkan mungkin harus direvisi secara drastis saat program tersebut dilaksanakan, selain karena kesulitan menjembatani antara tujuan kebijakan dengan tindakan-tindakan operasional yang dapat dijalankan, (yang disebut sebagai *implementation gap*, yaitu suatu kondisi di mana terjadi perbedaan

antara apa yang diharapkan oleh pembuat kebijakan dengan hasil implementasinya), juga karena kondisi lingkungan yang berbeda dari yang dibayangkan oleh pembuat keputusan.

Walaupun *Implementation gap* ini sangat dipengaruhi oleh *implementation capacity* dari organisasi pelaksana, namun banyak hal lain yang dapat menjadi penyebab *gap* tersebut. Kebijakan-kebijakan yang melibatkan *implementers* lapangan (*street-level bureaucrat*) yang biasanya terdiri dari para profesional (dokter, perawat, bidan, dan lain sebagainya) justru seringkali harus memutar otak agar tujuan kebijakan dapat dicapai walaupun tidak sesuai dengan prosedur yang dituntut. Oleh karena itu sangat naif jika mengabaikan peran para *implementor* dalam suatu kebijakan walaupun keberhasilan atau kegagalan suatu kebijakan publik tidak semata-mata tergantung pada peran *implementor*.

Secara umum kegagalan dalam suatu proses implementasi (*unimplemented policy and poorly implemented policy*) dapat disebabkan oleh:

1. *Unimplemented Policy*:

- a) Kebijakan hanya bersifat politis dan tidak benar-benar dimaksudkan untuk dilaksanakan (karenanya tidak disertai aturan pelaksanaan, bahkan tidak menunjuk lembaga yang bertanggung-jawab untuk dalam implementasi). Kebijakan seperti ini umumnya hanya untuk mengakomodasi tuntutan-tuntutan kelompok kepentingan yang bersifat oposisi.
- b) Kesulitan menafsirkan kebijakan dalam bentuk-bentuk kegiatan operasional, baik tujuan kebijakan yang terlalu utopis, tidak sesuai dengan keadaan lapangan, ataupun karena kendala-kendala di lapangan yang membatasi alternatif tindakan.

2. *Poorly Implemented*

Lemahnya kapasitas implementasi (*implementation capacity*) pelaksananya. Hal ini dapat terjadi karena:

- a) Struktur implementasi tidak disusun secara efektif.

- b) Benturan penafsiran atas tujuan program antar aktor, baik administrator, petugas lapangan, maupun kelompok sasaran.
- c) Benturan kepentingan antar aktor baik administrator, petugas lapangan, maupun kelompok sasaran.
- d) Kurangnya kapasitas dan kapabilitas pelaksana (SDM yang dibutuhkan tidak tepat/sesuai).
- e) Kurangnya kapasitas dan kapabilitas organisasional dari institusi-institusi pelaksana.
- f) Lemahnya manajemen implementasi.
- g) Kurangnya sumber daya, dan lain sebagainya.

Dari uraian mengenai faktor-faktor yang dapat menjadi kendala dalam proses implementasi, dapat disimpulkan bahwa keberhasilan implementasi akan sangat bergantung pada: logika kebijakan itu sendiri, kemampuan pelaksana, ketersediaan sumber daya yang dibutuhkan, manajemen implementasi yang baik, serta lingkungan di mana kebijakan tersebut dilaksanakan.

Banyaknya kegagalan dalam implementasi kebijakan telah memunculkan kajian baru dalam kajian kebijakan yaitu kajian implementasi kebijakan, berikut pendekatan-pendekatan dan teori-teori yang dihasilkannya, sedangkan untuk menilai keberhasilan atau kinerja sebuah kebijakan dilakukan melalui evaluasi kebijakan.

Implementasi kebijakan merupakan tahapan yang sangat penting dalam keseluruhan struktur kebijakan. Tahap ini menentukan apakah kebijakan yang ditempuh oleh pemerintah benar-benar dapat diaplikasikan di lapangan dan berhasil menghasilkan *output* dan *outcomes* seperti direncanakan. Untuk dapat mewujudkan *output* dan *outcomes* yang ditetapkan, kebijakan perlu diimplementasikan sebab tanpa diimplementasikan kebijakan tersebut hanya akan menjadi catatan-catatan elite. Pelaksanaan kebijakan adalah sesuatu yang penting bahkan mungkin jauh lebih penting daripada pembuatan kebijakan. Kebijakan-kebijakan hanya akan sekadar berupa impian atau rencana bagus yang tersimpan rapi dalam arsip kalau tidak diimplementasikan.

Implementasi merupakan tahap kebijakan antara pembentukan program dan konsekuensi kebijakan bagi masyarakat

yang dipengaruhi. Apabila suatu program tidak tepat atau tidak bisa mengurangi masalah yang merupakan sasaran kebijakan, maka program tersebut mungkin akan mengalami kegagalan sekalipun program itu diimplementasikan dengan baik, sedangkan suatu program yang cemerlang mungkin juga akan menghadapi kegagalan bila program tersebut kurang diimplementasikan dengan baik. Beranjak dari pandangan tersebut, dapat diperoleh gambaran bahwa implementasi suatu program mempunyai peran penting dan menentukan dalam menanggulangi masalah yang merupakan sasaran kebijakan.

Kajian implementasi sesungguhnya dianggap muncul pertama kali pada tahun 1970-an saat Jeffrey Pressman dan Aaron Wildavsky (1973) menerbitkan bukunya yang sangat berpengaruh: *Implementation*, dan Erwin Hargrove (1975) dengan bukunya *The Missing link: The Study of Implementation of Social Policy* yang mempertanyakan “*missing link*” antara formulasi kebijakan dan evaluasi dampak kebijakan dalam kajian kebijakan. Sejak saat itu kajian tentang Implementasi mulai berkembang pesat terutama karena fakta menunjukkan berbagai intervensi pemerintah untuk mengatasi masalah-masalah sosial ternyata kurang efektif. Pada masa itu kajian tentang kebijakan hanya menitikberatkan pada kajian tentang proses pembuatan kebijakan dan kajian-kajian tentang evaluasi, tapi mengabaikan permasalahan-permasalahan dalam implementasi. Proses administrasi antara formulasi kebijakan dan hasil kebijakan dianggap sebagai kotak hitam (*black box*) yang tidak berhubungan dengan kebijakan. Sampai akhir tahun 1960-an anggapan umum adalah bahwa mandat politik dalam kebijakan sudah sangat jelas dan orang-orang administrasi akan melaksanakannya sesuai dengan yang diinginkan oleh “bos” mereka.

Dua perspektif awal dalam kajian implementasi didasarkan pada pertanyaan sejauh mana implementasi terpisah dari formulasi kebijakan, yakni apakah suatu kebijakan dibuat oleh Pemerintah Pusat dan diimplementasikan oleh Daerah (bersifat *Top-Down*) atau kebijakan tersebut dibuat dengan melibatkan aspirasi dari bawah

termasuk yang akan menjadi para pelaksananya (*Bottom-Up*). Padahal persoalan ini hanya merupakan bagian dari permasalahan yang lebih luas, yakni bagaimana mengidentifikasi gambaran-gambaran dari suatu proses yang sangat kompleks, dari berbagai ruang dan waktu, serta beragam aktor yang terlibat di dalamnya.

Para penulis kajian implementasi pun memiliki keragaman tanggapan atas kompleksitas variabel yang terlibat di dalamnya. Ada penulis yang cukup berani menyederhanakannya dengan mengurangi variabel tersebut, namun ada pula yang mencoba mengembangkan model kajian implementasi dengan memperhitungkan seluruh variabel yang teridentifikasi. Oleh karena itu dalam kajian implementasi pretensi untuk mengembangkan suatu teori implementasi yang bersifat umum (*grand theory*) yang dapat berlaku untuk semua kasus, di semua tempat dan waktu, hampir mustahil dicapai, karena yang dikembangkan tidak lebih dari hanya akan menjadi teori “tindakan” atau teori “melaksanakan” bukan teori implementasi kebijakan.

Secara umum yang membuat perbedaan pendekatan dalam teori Implementasi ini berkaitan dengan:

1. Keragaman isu-isu kebijakan, atau jenis kebijakan. Isu atau jenis kebijakan yang berbeda menghendaki perbedaan pendekatan pula, karena ada jenis kebijakan yang sejak awal diformulasikan sudah rumit karena melibatkan banyak faktor dan banyak aktor, dan ada pula yang relatif mudah. Kebijakan yang cakupannya luas dan menghendaki perubahan yang relatif besar tentu cara implementasi dan tingkat kesulitannya akan berbeda dengan kebijakan yang lebih sederhana.
2. Keragaman konteks kelembagaan, yang bisa meluas menyangkut pertanyaan sejauh mana generalisasi dapat diterapkan pada sistem politik dan konteks negara yang berbeda. Kebijakan yang sama dapat diimplementasikan dengan cara yang berbeda tergantung pada sistem politik serta kemampuan sistem administrasi negara yang bersangkutan.

Kendati demikian, manfaat teori atau model-model implementasi kebijakan yang berkembang pesat sejak tahun 1970-an sampai pertengahan 1980-an ini cukuplah besar, setelahnya mengalami kemunduran dan tak ada lagi pendekatan-pendekatan baru yang dihasilkan. Dari perkembangan tersebut dapat dielaborasi dan diperoleh gambaran mengenai faktor-faktor apa saja yang perlu diperhatikan dalam mengelola proses implementasi agar dapat meningkatkan keberhasilannya dalam mencapai tujuan kebijakan.

Sejarah perkembangan kajian implementasi baru dimulai ketika perkembangan dalam kajian kebijakan mengalami pergeseran minat, dari fokus kepada ujung depan dari proses kebijakan, yakni: keputusan (politik) menjadi fokus pada tahap setelah keputusan kebijakan dibuat. Jika semula begitu banyak perhatian dan kajian yang dilakukan untuk menjawab seberapa rasional terbuka dan adilkah keputusan tersebut dan bagaimana pengetahuan terbuka dan adilkah keputusan tersebut dan bagaimana pengetahuan dapat menyempurnakannya? maka kajian kemudian beralih untuk menjawab apa yang sesungguhnya terjadi setelah keputusan/kebijakan disahkan dan bagaimana pengetahuan dapat meningkatkan hasilnya. Pada titik inilah dimulai era kajian implementasi.

Karya yang dianggap mewakili dimulainya era kajian implementasi adalah tulisan Pressman dan Wildavsky "*Implementation*" pada tahun 1973. Tulisan ini membahas tentang implementasi program pembangunan ekonomi perkotaan di Auckland USA, dengan mewawancarai aktor pelaksana dan mengkaji dokumen-dokumen kebijakan untuk menemukan hal-hal yang tidak beres. Hasilnya adalah suatu pendekatan yang bersifat rasional perspektif dengan model sudut pandang *Top-down*. Tumbuhnya model rasional perspektif sebagai tonggak awal kajian implementasi adalah sangat wajar mengingat kebutuhan saat itu adalah untuk menjawab pertanyaan mengapa banyak kebijakan mengalami kegagalan saat diimplementasikan dan bagaimana menghasilkan suatu formula implementasi yang tingkat kegagalannya rendah.

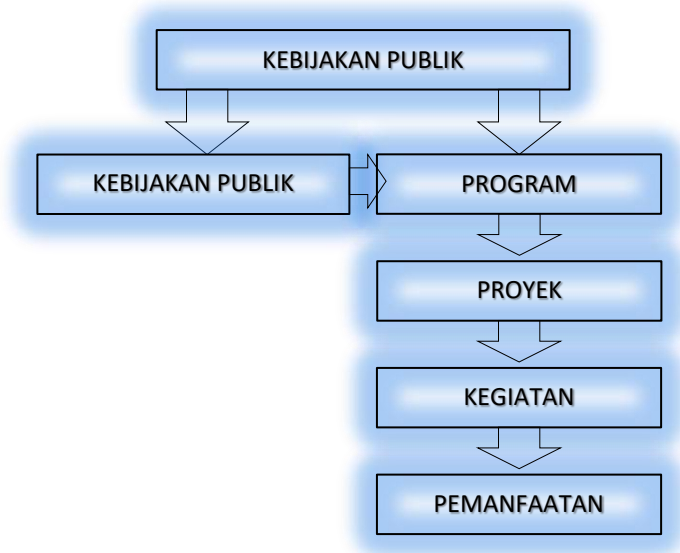
Model sudut pandang *Top-down* yang rasional perspektif ini tak lama kemudian mendapatkan kritik bertubi-tubi. Kritik pertama adalah bahwa pandangan ini masih terlalu menitik beratkan pada sudut pandang pembuat kebijakan. Bahwa dengan menyediakan prasyarat-prasyarat sukses sebuah implementasi yang telah dihitung dan dianalisis dengan cermat oleh pembuat kebijakan dan pelaksana tingkat atas (*high level bureaucracy*), maka kebijakan dengan sendirinya akan lebih berhasil dalam implementasinya. Pendekatan ini melupakan peran pelaksana tingkat bawah yang pada kenyataannya justru lebih banyak berperan. Kritik kedua adalah bahwa pendekatan perspektif untuk persoalan implementasi bersifat terbatas dan hanya berlaku pada ruang dan waktu serta permasalahan yang serupa. Padahal sebagaimana diketahui variasi masalah kebijakan yang luas, serta ruang dan waktu pemerintahan yang berbeda, akan membawa perbedaan dalam cara pemecahan masalahnya. Oleh karena itu model *Top-down* kemudian diikuti oleh model sudut pandang *Bottom-up*.

Pendekatan *Bottom-up* ini terutama merupakan kritik atas pandangan model *Top-down* yang menafikan kontribusi peran pelaksana tingkat bawah (*street level bureaucracy*) pada proses implementasi. Pada sudut pandang ini lebih dipertegas bahwa proses politik bukan tidak hanya berhenti saat kebijakan sudah diputuskan, tapi juga tetap berlangsung pada level pelaksana tingkat bawah yang banyak menentukan tingkat keberhasilan implementasi. Dengan demikian perlu mempertimbangkan apa yang menjadi aspirasi, tujuan dan kebutuhan para pelaksana termasuk kesulitan-kesulitan yang mereka hadapi. Karena apa yang menjadi masalah dalam proses implementasi bisa tampak berbeda dari perspektif level yang berbeda. Atau dengan kata lain antisipasi yang sudah dilakukan pada masalah-masalah yang akan datang implementasi dan dapat terjadi dari *top level perspektif*, bisa berlainan saat implementasi *running up* di tingkat bawah.

Perkembangan berikutnya adalah model sintesis. Model Sintesis ini memadukan kedua model sebelumnya (*Top-down* dan *Bottom-up*) dengan tekanan utama yang bisa beragam, mulai pada

jaringan interaksi antar aktor pelaksana sampai pada pendekatan sosiologis, dan lain-lain. Karena itu dalam beberapa literatur disebut juga sebagai teori atau model *Hybrid*. Model sintesis (*hybrid*) ini pada hakikatnya menegaskan bahwa tidak ada model perspektif yang bisa diterapkan pada setiap masalah implementasi. Tiap kategori kebijakan memiliki kekhasan tersendiri, sehingga pendekatannya pun harus disesuaikan dengan kondisi tersebut. Model sintesis ini sangat beragam mulai dari yang hanya mengemukakan variabel yang dianggap mempengaruhi implementasi. Kategori model sintesis ini sesungguhnya dilakukan hanya untuk mempermudah pengategorian berbagai pendekatan kajian implementasi yang muncul belakangan.

Pada hakikatnya, implementasi suatu kebijakan merupakan cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. Untuk mengimplementasikan suatu kebijakan, ada dua pilihan langkah yang ada, yaitu: langsung mengimplementasikan dalam bentuk program atau melalui formulasi kebijakan turunan (*derivat*) dari kebijakan publik tersebut, yang dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 4.1. Sekuensi Implementasi Kebijakan

Pendekatan dalam implementasi kebijakan secara umum dikelompokkan menjadi 3 (tiga) generasi. Generasi pertama, yaitu pada tahun 1970-an, memahami implementasi kebijakan sebagai masalah-masalah yang terjadi antara kebijakan dan eksekusinya. Pada generasi pertama ini implementasi kebijakan berhimpitan dengan kajian pengambilan keputusan di sektor publik. Generasi kedua, tahun 1980-an, adalah generasi yang mengembangkan pendekatan implementasi kebijakan yang bersifat “dari atas ke bawah” (*top-downer perspective*). Perspektif ini lebih fokus pada tugas birokrasi untuk melaksanakan kebijakan yang telah diputuskan secara politik. Generasi ketiga, tahun 1990-an, dikembangkan dari pemikiran bahwa variabel perilaku aktor pelaksana implementasi kebijakan lebih menentukan keberhasilan implementasi kebijakan. Pada saat yang sama, muncul pendekatan kontingensi atau situasional dalam implementasi kebijakan yang mengemukakan bahwa implementasi kebijakan banyak didukung oleh adaptabilitas implementasi kebijakan tersebut.

4.2 Aktor Implementasi Kebijakan

Terdapat beberapa aktor yang terlibat dalam proses implementasi, baik dari pemerintah maupun masyarakat, dan diidentifikasi berasal dari kalangan birokrasi, legislatif, lembaga peradilan, kelompok-kelompok penekan, dan organisasi-organisasi komunitas.

4.2.1 Birokrasi

Birokrasi dipandang sebagai agen administrasi yang bertanggung jawab pada implementasi kebijakan. Pandangan ini berlaku untuk implementasi kebijakan negara maju maupun negara yang sedang berkembang. Birokrasi mempunyai kewenangan yang besar untuk sepenuhnya menguasai area implementasi kebijakan dalam wilayah operasinya karena mendapat mandat dari lembaga legislatif. Hal ini juga disebabkan peraturan perundangan yang dibuat legislatif dan presiden bersifat umum dan tidak mengatur secara mendetail segala aspek teknis yang dibutuhkan agar

implementasi berbagai program mencapai tujuannya. Dengan kata lain, para partisipan yang terlibat dalam perumusan undang-undang tidak mengembangkan berbagai ketentuan/kebijakan dalam *guidelines* yang rinci dan operasional. Hal ini mungkin disebabkan oleh kompleksitas masalah yang dihadapi, keterbatasan waktu, kepentingan/nilai partisipan, atau bahkan kurangnya informasi. Akibatnya birokrasi mempunyai kewenangan melakukan diskresi kebijakan. Secara konseptual diskresi merupakan tindakan yang ditempuh oleh administrator untuk menyelesaikan masalah kasus tertentu (yang terjadi dalam implementasi) yang tidak atau belum diatur dalam regulasi yang baku.

Peran birokrasi yang dominan dalam area implementasi cukup menjadikannya sebagai aktor yang *powerfull*. Karena kekuatan birokrasi atas diskresi kebijakan tanpa disertai dengan kontrol eksternal yang memadai menyebabkan birokrasi kuat pula secara politik. Kekuatan birokrasi dalam diskresi ditambah dengan rekrutmen birokrat tanpa melalui pemilihan menyebabkan birokrasi berada dalam posisi yang berseberangan dengan demokrasi. Birokrasi dan demokrasi merupakan dua konsep yang dilematis. Jika pemerintahan demokratis menekankan pluralisme sementara birokrasi menekankan pada efektivitas implementasi kebijakan. Di satu pihak pluralisme menghendaki adanya peran publik dalam proses kebijakan, termasuk peran kontrol. Di sisi lain, kontrol akan menghilangkan kreativitas birokrasi dalam melakukan diskresi sehingga memungkinkan hambatan pencapaian tujuan kebijakan secara efektif. Sekalipun diskresi secara teoretis dianggap penyimpangan, namun dalam konteks masyarakat yang dinamis diperlukan agar suatu kebijakan dapat melakukan penyesuaian dengan aspirasi masyarakat.

4.2.2 Badan Legislatif

Secara tradisional ada pandangan dalam ilmu administrasi negara yaitu politik dan administrasi adalah aktivitas yang terpisah. Politik dianggap lebih memusatkan perhatiannya pada aktivitas merumuskan kebijakan publik yang ditangani oleh lembaga politis

negara, yaitu legislatif dan eksekutif. Sedangkan kebijakan administrasi lebih terkonsentrasi pada implementasi kebijakan yang ditangani oleh agen-agen administratif (birokrasi) yang bervariasi. Kenyataannya banyak agen administrasi yang justru terlibat dalam perumusan kebijakan di samping tugas utamanya mengimplementasikan kebijakan publik. Hal ini terjadi saat birokrasi membuat serangkaian peraturan pendukung kebijakan yang sudah ada. Sedangkan lembaga legislatif dapat juga terlibat dalam implementasi kebijakan ketika mereka ikut menentukan peraturan yang spesifik dan mendetail. Semakin mendetail legislasi yang dibuat, akan semakin terbatas ruang gerak yang dimiliki agen-agen administrasi. Misalnya, legislasi menetapkan adanya pembatasan spesifik sumber biaya suatu proyek yang ditetapkan dalam Undang-Undang, agen-agen administrasi tidak mungkin menolak kecuali harus melaksanakan. Namun dengan mempertimbangkan berbagai risiko administrasi tertentu administrasi dapat melakukan penolakan (ini terjadi dalam negara demokratis). Keadaan ini dapat berbeda kalau ada ketentuan yang lebih leluasa, misalnya jika sumber dana tidak dibatasi. Dalam kasus ini menjadikan para legislator akan terus berupaya mempengaruhi tindakan agen administrasi dalam pelaksanaan kebijakan.

Sebagaimana yang telah menjadi kecenderungan di berbagai negara, sekarang ini para legislator lebih sering terlibat dalam implementasi kebijakan dengan membuat peraturan-peraturan mendetail agar diskresi kebijakan yang dilakukan birokrasi dalam implementasi kebijakan tidak menyimpang dari ketentuan seharusnya. Upaya perluasan fungsi sekarang dianggap semakin penting karena tujuan kebijakan dapat tidak tercapai karena adanya penyimpangan-penyimpangan yang dilakukan birokrasi.

4.2.3 Lembaga Peradilan

Lembaga peradilan merupakan cabang yudisial yang menangani hukum publik. Namun lembaga peradilan dapat terlibat dalam proses implementasi kebijakan ketika muncul tuntutan masyarakat atas kebijakan publik tertentu yang

implementasinya dianggap merugikan masyarakat sehingga menjadi perkara hukum. Menanggapi tuntutan tersebut, lembaga peradilan dapat merevisi ketentuan-ketentuan implementasi agar tidak merugikan masyarakat. Dalam banyak kasus, pengaruh paling besar lembaga peradilan terhadap implementasi kebijakan publik adalah melalui interpretasi aparat hukum terhadap berbagai statuta, aturan administratif, dan regulasi serta *review* mereka terhadap kasus administratif yang dihadapi.

Produk hukum (kebijakan publik) akan dilaksanakan melalui tindakan-tindakan yudisial. Yang terpenting dari peranan lembaga ini adalah pengaruhnya dalam menginterpretasikan UU, peraturan-peraturan dan cara pengaturan administratif, dan kewenangan untuk meninjau kebijakan administrasi yang telah atau sedang dilaksanakan

4.2.4 Kelompok yang Berkepentingan/Penekan

Banyaknya diskresi yang dilakukan oleh birokrasi, melahirkan banyaknya kelompok yang berkepentingan yang ada dalam masyarakat yang berusaha mempengaruhi berbagai peraturan implementasi seperti pedoman dan regulasi. Tindakan kelompok penekan kebijakan pemerintah dimaksudkan agar mereka memperoleh keuntungan dengan adanya implementasi program tersebut. Di beberapa negara, kelompok penekan diharuskan terlibat dalam formulasi dan implementasi program yang didanai oleh lembaga-lembaga asing. Pelibatan ini disebabkan banyak program yang dilaksanakan tertutup dari peran lembaga non pemerintah, sehingga keuntungan yang diperoleh akibat implementasi suatu program lebih banyak dinikmati oleh kalangan pemerintah sendiri.

Ketidakleluasaan aparat administrasi dalam melaksanakan kebijakan, maka begitu kebijakan disetujui. Berbagai kelompok kepentingan yang memperjuangkan aspirasi mereka ke lembaga legislatif beralih ke lembaga administratif. Memanfaatkan peluang atas ketidakleluasaan ini, maka kelompok kepentingan yang paling berhasil mempengaruhi tindakan-tindakan agen administrasi

mempunyai pengaruh yang besar dalam pelaksanaan dan menerima dampak dari kebijakan. Misalnya kebijakan lisensi, maka kelompok yang diberi lisensi tersebut seringkali terlihat dominan dalam pelaksanaan kebijakan tersebut. Akibat buruk dari praktik ini adalah kepentingan-kepentingan kelompok menjadi fokus sentral dalam kegiatan administrasi, bukan berfokus pada kepentingan publik.

4.2.5 Organisasi Komunitas

Banyak program yang dirancang untuk melaksanakan kebijakan yang berlabel pro pembangunan masyarakat (pro rakyat). Dengan sendirinya masyarakat baik secara individu maupun kelompok terlibat dalam implementasi program itu baik sebagai subjek maupun objek program. Banyak kelompok yang terlibat dalam pelaksanaan implementasi suatu kebijakan atau program. Selain aktor di atas, bisa juga partai politik dan staf eksekutif juga ikut berpengaruh dalam pelaksanaan kebijakan. Oleh karena itu disarankan agar kajian analisis kebijakan seharusnya memfokuskan perhatian untuk menjawab masalah penting dalam area pelaksanaan kebijakan, yaitu kelompok mana yang paling berpengaruh.

4.3 Model Implementasi Kebijakan

Secara garis besar model implementasi kebijakan dapat dibagi menjadi 4 (empat) yaitu:

a) Model Analisis Kegagalan

Model ini dapat dipahami dari definisi implementasi yang menganut teori bahwa implementasi sebagai proses interaksi penyusunan tujuan dengan tindakan, implementasi sebagai politik adaptasi saling menguntungkan, dan implementasi sebagai bentuk permainan.

b) Model Rasional (*Top-Down*)

Model ini dimaksudkan untuk mengidentifikasi faktor-faktor mana yang membuat implementasi sukses. Pemahaman terhadap

model ini memiliki pandangan bahwa implementasi perlu mempertimbangkan isi atau tipe kebijakan, memandang implementasi sebagai administrasi yang sempurna, memandang beberapa syarat untuk mengimplementasikan kebijakan secara sempurna, lebih memandang implementasi sebagai proses politik dan administrasi, serta melihat implementasi dari kerangka analisisnya. Posisi model *top-down* terpusat pada hubungan antara keputusan-keputusan dengan pencapaiannya, formulasi dengan implementasinya, dan potensi hierarki dengan batas-batasnya, serta kesungguhan *implementers* untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam kebijakan tersebut. Model implementasi ini pada dasarnya tidak jauh berbeda dengan model pendekatan *top-down* dalam hal perhatian terhadap kebijakan dan lingkungan kebijakan. Hanya saja dalam hal ini dianggap bahwa suatu implementasi akan efektif apabila birokrasi pelaksanaannya mematuhi apa yang telah digariskan oleh peraturan (petunjuk pelaksanaan maupun petunjuk teknis). Dengan demikian dapat dipahami jika model implementasi ini lebih difokuskan pada kesesuaian antara apa yang ditetapkan/digariskan/diatur dengan pelaksanaan program tersebut.

c) Model Bottom-Up

Model ini merupakan kritikan terhadap model pendekatan *top-down* terkait dengan pentingnya faktor-faktor lain dan interaksi organisasi. Misalnya implementasi harus memperhatikan interaksi antara pemerintah dengan warga negara. Implementasi dalam konteks model ini dapat dipahami dari pemahaman bahwa implementasi sebagai proses yang disusun melalui konflik dan tawar menawar, implementasi harus memakai *multiple frameworks*, implementasi harus dianalisis dalam *institutional structures*, implementasi kebijakan merupakan proses alur. Model proses atau alur ini melihat proses kebijakan dari perspektif perubahan sosial dan politik, di mana kebijakan yang dibuat oleh pemerintah bertujuan untuk mengadakan perbaikan atau perubahan dalam masyarakat sebagai kelompok sasaran. Dengan demikian, dapat dipahami jika model implementasi ini lebih memberikan fokus pada

perubahan secara sosial dan politik yang dirasakan oleh kelompok sasaran tersebut.

d) Model Teori-Teori Hasil Sintesis (*Hybrid Theories*)

Model ini dapat dipahami dari pemahaman implementasi sebagai evolusi, implementasi sebagai pembelajaran, implementasi sebagai *policy action continuum*, implementasi sebagai sirkuler *leadership*, implementasi sebagai hubungan inter-organisasi, implementasi dan tipe-tipe kebijakan, implementasi sebagai hubungan antar-organisasi, implementasi sebagai teori kontingensi, implementasi sebagai analisis kasus, implementasi sebagai bagan subsistem kebijakan dan implementasi sebagai manajemen sektor publik.

Implementasi kebijakan sesungguhnya bukan sekadar berhubungan dengan penerjemahan pernyataan kebijakan (*policy statement*) ke dalam aksi kebijakan (*policy action*). Dalam aktivitas implementasi terdapat berbagai faktor-faktor yang akan mempengaruhi terlaksananya kegiatan atau kebijakan tersebut. Secara umum faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi telah banyak dikemukakan oleh para ahli kebijakan. Pada awalnya pengategorian kebijakan dilakukan sebagai salah satu alat bantu dalam analisis kebijakan yang kemudian berkembang menjadi tipologi kebijakan yang berguna dalam menganalisis proses dan masalah-masalah implementasi.

BAB V

EVALUASI KEBIJAKAN

5.1 Konsep Evaluasi Kebijakan

Sebuah kebijakan tidak bisa dilepas begitu saja tanpa dilakukan evaluasi. Evaluasi kebijakan dilakukan untuk menilai sejauh mana efektivitas suatu kebijakan sebagai bahan pertanggungjawaban publik dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi dibutuhkan untuk melihat kesenjangan antara harapan dan kenyataan.

Apabila suatu kebijakan dipandang sebagai suatu pola kegiatan yang berurutan, maka evaluasi kebijakan merupakan tahap akhir dalam proses kebijakan. Oleh sebab itu, sebagian besar ahli berpendapat bahwa tahap akhir dari proses suatu kebijakan adalah tahap evaluasi. Namun demikian, ada beberapa ahli yang mengatakan sebaliknya bahwa evaluasi bukan merupakan tahap akhir dari proses kebijakan publik.

Evaluasi kebijakan merupakan salah satu tahapan penting dalam proses kebijakan. Pada dasarnya evaluasi kebijakan mempelajari konsekuensi-konsekuensi kebijakan tersebut. Evaluasi kebijakan dilakukan dengan maksud tertentu untuk meraih tujuan-tujuan tertentu yang berangkat dari masalah-masalah yang telah dirumuskan sebelumnya. Evaluasi dilakukan karena tidak semua program kebijakan meraih hasil yang diinginkan. Seringkali kebijakan publik gagal meraih maksud atau tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Dengan demikian, evaluasi kebijakan ditujukan untuk melihat sebab-sebab kegagalan suatu kebijakan atau untuk mengetahui apakah kebijakan publik yang telah dijalankan meraih dampak yang diinginkan. Dalam bahasa yang

lebih singkat evaluasi adalah kegiatan yang bertujuan untuk menilai “manfaat” suatu kebijakan.

Secara umum evaluasi kebijakan dapat dikatakan sebagai kegiatan yang menyangkut estimasi atau penilaian kebijakan yang mencakup substansi, implementasi dan dampak. Dalam hal ini evaluasi kebijakan dipandang sebagai suatu kegiatan fungsional. Artinya, evaluasi kebijakan tidak hanya dilakukan pada tahap akhir saja, melainkan dilakukan dalam seluruh proses kebijakan. Dengan demikian evaluasi kebijakan bisa meliputi tahap perumusan masalah-masalah kebijakan, program-program yang diusulkan untuk menyelesaikan masalah kebijakan, implementasi, maupun tahap dampak kebijakan.

Salah satu bidang penting yang digunakan untuk mengawasi jalannya proses implementasi adalah *monitoring*. Di dalam proses *monitoring* dilakukan pengamatan langsung ke lapangan dan hasil-hasil sementara untuk dinilai tingkat efisiensi dan efektivitasnya; semua biaya yang dikeluarkan selama proses implementasi dibandingkan dengan hasil sementara yang diperoleh, sementara tingkat efektivitasnya selalu dikaitkan dengan apakah suatu hasil sementara yang diperoleh merupakan hasil yang memang dirancang atau tidak.

Evaluasi digunakan juga untuk mempelajari tentang hasil yang diperoleh dalam suatu proses untuk dikaitkan dengan pelaksanaannya, mengendalikan tingkah laku dari orang-orang yang bertanggung jawab terhadap implementasi kebijakan dan mempengaruhi respons dari mereka yang berada di luar lingkungan politik. Evaluasi tidak saja berguna untuk menjustifikasikan kegunaan dari kebijakan yang sedang berjalan tetapi juga untuk melihat manfaat kebijakan dan inisiatif baru, meningkatkan efektivitas manajemen dan administrasi kebijakan dan mempertanggungjawabkan hasilnya kepada pihak yang berkompeten.

Evaluasi kebijakan adalah kegiatan yang menyangkut estimasi atau penilaian kebijakan yang mencakup substansi, implementasi dan dampak. Evaluasi kebijakan dipandang sebagai

suatu kegiatan fungsional. Artinya, evaluasi kebijakan tidak hanya dilakukan pada tahap akhir saja melainkan pada seluruh proses kebijakan. Istilah evaluasi mempunyai arti yang berhubungan masing-masing menunjuk pada aplikasi beberapa skala nilai terhadap hasil kebijakan dan program. Evaluasi mencakup kesimpulan + klarifikasi + kritik + penyesuaian dan perumusan masalah kembali. Evaluasi kebijakan merupakan kegiatan untuk menilai atau melihat keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan suatu kebijakan. Oleh karena itu evaluasi merupakan kegiatan pemberian nilai atas sesuatu “fenomena” di dalamnya terkandung pertimbangan nilai (*value judgment*) tertentu.

Evaluasi kebijakan sebagai suatu aktivitas suatu fungsional telah dilakukan sejak lama, bahkan sejak kebijakan publik mulai dikenal. Para pembuat kebijakan dan administrator selalu membuat penilaian terhadap berbagai dampak kebijakan tertentu. Dalam melakukan penilaian diketahui banyak faktor yang berpengaruh seperti: ideologi, kepentingan-kepentingan pribadi, atau kriteria nilai-lainnya. Sebuah kebijakan misalnya karena dampaknya dinilai cenderung “sosialistis” dapat ditolak oleh kelompok masyarakat lain yang tidak menyukai sosialisme.

Dalam kajian evaluasi kebijakan yang sama sangat terbuka kemungkinan terjadinya konflik karena adanya perbedaan dari evaluatornya terutama perbedaan dalam hal kriteria evaluasi sehingga menghasilkan kesimpulan yang berbeda. Salah satu hal terpenting adalah unsur subjektivitas dalam evaluasi. Memang dalam evaluasi diperlukan adanya unsur objektivitas dan bebas nilai namun dalam kenyataannya evaluasi sangat rentan dengan politis misalnya adanya kecenderungan melaporkan hasil yang sukses meskipun dalam kenyataannya tidak sukses sebagai akibat kepentingan tertentu seperti keinginan mendapat promosi, mendapatkan proyek atau program baru lagi, malu kalau membeberkan kelemahan dan sebagainya.

Variasi kebijakan evaluasi lainnya memusatkan pada beberapa pertanyaan terhadap pelaksanaan kebijakan. Pertanyaan-pertanyaan itu antara lain: apakah kebijakan telah

dilaksanakan secara apa adanya (sesuai dengan peraturan)? Apa dan berapa biayanya? Siapa yang menerima keuntungan dari suatu kebijakan dan berapa besarnya? Apakah kebijakan yang dilaksanakan merupakan duplikasi dari kebijakan lainnya? Apakah standar legal dan prosedur dilaksanakannya dalam suatu kebijakan? Oleh sebab itu, maka untuk dapat melakukan evaluasi diperlukan rincian tentang apa yang perlu dievaluasi, pengukuran terhadap kemajuan yang diperoleh dengan mengumpulkan data dan menganalisisnya terutama berkaitan dengan *output* dan *outcome* yang diperoleh untuk kemudian dibandingkan dengan tujuan kebijakan. Hubungan sebab akibat harus diteliti secara cermat di antara kegiatan program kebijakan dengan *output* dan *outcome* yang tampak. Pertanyaan kunci yang sering diungkapkan dalam proses evaluasi adalah apakah *outcome* yang muncul merupakan kebutuhan masyarakat?

Variasi berikutnya adalah yang paling dianggap maju dan paling mendapat perhatian saat ini adalah evaluasi yang sistematis dan objektif terhadap suatu kebijakan. Evaluasi ini dilakukan untuk mengukur dampak suatu kebijakan kepada masyarakat dan apakah suatu kebijakan telah sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi ini sering disebut sebagai evaluasi sistematis yaitu evaluasi yang memusatkan perhatian pada kesesuaian antara dampak program kebijakan dengan kebutuhan masyarakat atau antara dampak kebijakan dalam menjawab masalah-masalah yang dihadapi masyarakat. Beberapa pertanyaan yang diajukan dalam evaluasi sistematis adalah: Apakah hasil kebijakan telah sesuai dengan tujuannya? Bagaimana perbandingan biaya dan manfaat yang diperolehnya? Siapa yang paling diuntungkan oleh kebijakan? Peristiwa-peristiwa baru apa saja yang muncul sebagai konsekuensi dari suatu kebijakan? Dengan demikian evaluasi sistematis menjelaskan tentang akibat aktual dari suatu kebijakan dan membuka peluang terbukanya diskusi kebijakan sesuai dengan realitas. Selanjutnya evaluasi dapat digunakan untuk memodifikasi suatu kebijakan dan menyesuaikannya dengan kebutuhan masa depan.

Secara umum ada 3 (tiga) jenis evaluasi kebijakan publik, yakni: (1) evaluasi administratif, yaitu evaluasi yang dilakukan dalam lingkup pemerintahan atau dalam instansi-instansi. Evaluasi ini memusatkan perhatiannya pada hal-hal yang berkaitan dengan prosedur kebijakan dan aspek finansial; (2) evaluasi yudisial, yaitu evaluasi yang berkaitan dengan objek-objek hukum. Apakah terdapat pelanggaran hukum atau tidak dari suatu kebijakan yang sedang dievaluasi atau tidak; (3) evaluasi politik, yaitu evaluasi yang menyangkut pertimbangan-pertimbangan politik dari suatu kebijakan.

Evaluasi administratif terbatas pada pengkajian efisiensi penyampaian pelayanan pemerintah dalam arti bahwa evaluasi administratif merupakan penentuan apakah penggunaan dana oleh pemerintah sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan. Bentuk evaluasi administratif, antara lain: *effort evaluation*, *performance evaluation*, *effectiveness evaluation*, *process evaluation*, *judicial evaluation*, dan *political evaluation*.

- *Effort evaluation* adalah untuk mengukur kuantitas input program/kegiatan untuk mencapai tujuan. Input berupa personil, ruang kantor, komunikasi, transportasi dan lain-lain, dihitung berdasarkan biaya yang digunakan.
- *Performance evaluation* adalah mengkaji *output* kebijakan/program.
- *Effectiveness evaluation*: menilai apakah program-program telah dilaksanakan, dan kemudian diadakan perbandingan kesesuaian antara pelaksanaan program dengan tujuan kebijakan.
- *Process evaluation* adalah mengkaji peraturan-peraturan dan prosedur operasional yang digunakan dalam penyampaian program.
- *Judicial evaluation* adalah mengkaji apakah kebijakan yang dibuat telah sesuai dengan peraturan perundang-undangan, apakah tidak melanggar HAM dan hak-hak individual.

- *Political evaluation* adalah evaluasi politis, masuk dalam proses kebijakan, hanya pada waktu-waktu tertentu, misalnya pemilu.

Selain evaluasi di atas evaluasi kebijakan juga dapat dilakukan melalui evaluasi dimensi kebijakan itu sendiri. Evaluasi dimensi kebijakan adalah evaluasi terhadap proses kebijakan: mengkaji proses penyusunan kebijakan: identifikasi, perumusan masalah, implementasi, *monitoring*, evaluasi kebijakan. Dalam hal ini, metode evaluasi merupakan penerapan metode dan teknik analisis yang bersifat multidisiplin. Pendekatan inilah yang disebut sebagai analisis kebijakan.

Dalam melakukan evaluasi terhadap suatu kebijakan fenomena yang dinilai sangat tergantung pada konteksnya. Sebagai kebijakan publik fenomena yang dinilai biasanya berkaitan dengan latar belakang serta alasan-alasan lahirnya suatu kebijakan, tujuan dan sasaran kebijakan, kelompok sasaran (*target group*) yang ingin diintervensi, berbagai instrumen kebijakan yang digunakan, respons dari para *stakeholder* dan lingkungan kebijakan, kinerja yang dicapai, konsistensi aparat, dampak yang timbul dan perubahan yang ditimbulkan, perkiraan perkembangan tanpa kehadirannya dan kemajuan yang dicapai kalau kebijakan dilanjutkan atau diperluas. Evaluasi kebijakan juga bisa hanya mempersoalkan pada tataran “abstrak” berupa pemikiran, teori, ataupun paradigma yang mendasari suatu kebijakan apabila dipandang perlu.

Evaluasi kebijakan merupakan suatu proses untuk menilai seberapa jauh suatu kebijakan dapat membuahkan hasil yaitu dengan membandingkan antara hasil yang diperoleh dengan tujuan dan/atau target kebijakan publik yang ditentukan. Walaupun demikian, evaluasi kebijakan publik tidak hanya untuk melihat hasil (*outcomes*) atau dampak (*impacts*) akan tetapi dapat pula untuk melihat bagaimana proses pelaksanaan suatu kebijakan dilaksanakan. Dengan kata lain, evaluasi dapat pula digunakan untuk melihat apakah proses pelaksanaan suatu kebijakan telah dilaksanakan sesuai dengan petunjuk teknis/pelaksanaan (*guidelines*) yang telah ditentukan.

Oleh karena itu evaluasi kebijakan dibedakan dalam 2 (dua) tipe. *Pertama*, tipe evaluasi hasil (*outcomes of public policy implementation*) merupakan kajian yang mendasarkan diri pada tujuan kebijakan. *Kedua*, tipe evaluasi proses (*process of public policy implementation*) merupakan kajian yang mendasarkan diri pada petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis. Ukuran keberhasilan pelaksanaan suatu kebijakan adalah kesesuaian antara proses implementasi suatu kebijakan dengan garis petunjuk (*guidelines*) yang telah ditetapkan. Evaluasi kebijakan dapat dilakukan pada tahap pemantauan, pelaksanaan, pengawasan dan pertanggungjawaban.

Evaluasi kinerja pada pemantauan dimaksudkan untuk mendapatkan informasi sedini mungkin mengenai perkembangan pelaksanaan kebijakan pada momentum atau dalam jangka waktu tertentu sehingga dapat diketahui hal-hal yang perlu diperbaiki, baik mengenai sistem dan proses pelaksanaan maupun kebijakan itu sendiri agar rumusan kebijakan lebih tepat, pelaksanaan kebijakan dapat berjalan dengan baik, dan tujuan kebijakan dapat dicapai lebih optimal. Selain itu evaluasi kinerja pada pemantauan ini juga dapat diperoleh identifikasi kelemahan kebijakan dan penyimpangan terhadap sistem dan proses pelaksanaan kebijakan, serta saran koreksi terhadap penyimpangan pelaksanaan ataupun terhadap kebijakan itu sendiri. Evaluasi kinerja dalam rangka pengawasan harus dapat memberikan informasi objektif mengenai tingkat capaian pelaksanaan kebijakan pada momentum atau dalam jangka waktu tertentu mengenai kekeliruan atau penyimpangan yang terjadi dalam pelaksanaan kebijakan serta rekomendasi mengenai tindak lanjut hasil temuan pengawasan. Evaluasi kinerja pada tahap pertanggungjawaban harus dapat memberikan analisis objektif mengenai perkembangan pelaksanaan, perubahan atau penyesuaian yang telah dilakukan berikut alasannya dan penilaian tingkat capaian kinerja dalam jangka waktu tertentu.

Unsur-unsur penting yang terkandung dalam evaluasi kebijakan adalah:

- a) Untuk mengukur dampak dengan bertumpu pada riset yang digunakan
- b) Dampak tersebut menekankan pada suatu hasil dari efisiensi, kejujuran, moral yang melekat pada aturan-aturan atau standar.
- c) Perbandingan antara dampak (*effects*) dengan tujuan (*goals*) menekankan pada penggunaan kriteria yang jelas dalam menilai bagaimana suatu kebijakan telah dilakukan dengan baik.
- d) Memberikan kontribusi pada pembuatan keputusan selanjutnya dan perbaikan kebijakan pada masa mendatang sebagai tujuan sosial.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa tujuan utama evaluasi suatu kebijakan adalah untuk mengetahui tingkat keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan suatu kebijakan. Selanjutnya adalah memberikan rekomendasi kebijakan berupa keputusan tentang masa depan kebijakan tersebut. Alternatif rekomendasinya adalah:

- a) Kebijakan perlu diteruskan atau dihentikan
- b) Diteruskan, tapi perlu diperbaiki baik prosedur maupun penetapannya
- c) Perlunya menambah atau mengembangkan strategi dan teknik program-program khusus
- d) Perlunya menerapkan program kebijakan yang sama di tempat lain
- e) Perlunya mengalokasikan sumber daya langka yang kompetitif
- f) Perlunya menolak atau menerima teori atau pendekatan kebijakan

5.2 Ruang Lingkup Evaluasi Kebijakan

Kajian Analisis kebijakan telah berkembang jauh sebelum minat pada kajian implementasi muncul, bahkan kajian analisis kebijakan telah lahir terlebih dahulu. Jika kajian analisis kebijakan dianalogikan sebagai induknya, maka kajian implementasi adalah anak bungsu yang lahir setelah kajian analisis (meski dalam urutan siklus kebijakan tidak akan ada kajian analisis sebagai evaluasi jika implementasi tidak dilakukan). Lantas apa bedanya, apakah hanya lokusnya atau fokusnya? Untuk menjawab hal tersebut terlebih dulu kita lihat ruang lingkup kajian evaluasi kebijakan/analisis kebijakan publik yang menjadi induk kajian implementasi dan kajian evaluasi.

Analisis kebijakan publik (*policy analysis*) adalah kajian multidisiplin terhadap kebijakan publik yang bertujuan untuk mengintegrasikan dan mengontekstualisasikan model dan riset dari disiplin-disiplin tersebut yang mengandung orientasi problem dan kebijakan atau analisis kebijakan publik adalah subbidang terapan yang isinya tak dapat ditentukan berdasarkan disiplin yang terbatas, tapi dengan segala sesuatu yang tampaknya sesuai dengan situasi dari masa dan hakikat dari persoalannya.

Analisis kebijakan publik adalah analisis yang multi *method*, multi *disciplinary*, berfokus pada problem, berkaitan dengan pemetaan kontekstualitas problem kebijakan, opsi kebijakan, dan hasil kebijakan dan bertujuan untuk mengintegrasikan pengetahuan ke dalam suatu disiplin yang menyeluruh untuk menganalisis pilihan publik dan pengambilan keputusan. Oleh sebab itu, lingkup analisis kebijakan publik lebih berfokus pada persoalan proses pembuatan kebijakannya, yakni dari tahap pendefinisian masalah, *agenda setting*, formulasi kebijakan sampai legalisasi kebijakan.

Hal lain yang perlu dikemukakan bahwa ada 2 (dua) kategori luas analisis dalam kajian kebijakan publik yakni:

1. Analisis Proses Kebijakan yakni analisis bagaimana mendefinisikan proses kebijakan, dimulai dari mendefinisikan problem sampai pada implementasi dan evaluasi yang dikenal sebagai *analysis of policy*.

2. Analisis dalam dan untuk proses kebijakan, yakni kajian yang menggunakan teknik analisis, riset, dan advokasi dalam pendefinisian problem sampai implementasinya yang dikenal sebagai *analysis for policy*.

Kategori pertama menganalisis untuk tujuan deskripsi dan eksplanasi proses kebijakan, sedang yang kedua analisis untuk tujuan penilaian secara analitis terhadap proses kebijakan (dan jika memungkinkan bersifat preskriptif bagi kasus yang dikaji).

Berdasarkan uraian tersebut maka analisis implementasi dan analisis evaluasi adalah bagian dari analisis kebijakan hanya pada tahapan proses dan kedalaman analisis yang berbeda tentunya. Meski demikian pada umumnya yang dipahami sebagai analisis kebijakan adalah yang lebih berfokus pada proses pembuatan kebijakan, sedangkan analisis implementasi dan analisis evaluasi memiliki fokus berbeda sesuai namanya, kendati juga tetap merupakan analisis yang multidisiplin.

Jika seseorang ingin mengkaji mengapa kebijakan 'X' tidak mencapai hasil yang diinginkan, maka kajian apakah yang harus dilakukan? Kajian implementasi atau kajian evaluasi? Bukankah daur hidup sebuah kebijakan tidak bisa ditentukan, kapan dianggap telah selesai diimplementasikan lalu bisa dievaluasi? Atau, apakah kita sedang melakukan kajian evaluasi saat kita mengkaji hasil suatu kebijakan yang sedang diimplementasikan?

Melakukan kajian implementasi berarti berusaha memahami apa yang senyatanya terjadi setelah suatu program diberlakukan, yakni peristiwa dan kegiatan dalam usaha untuk mengadministrasikannya dan usaha-usaha untuk memberikan dampak tertentu pada masyarakat. Oleh sebab itu, lingkup kajian implementasi adalah seluruh kegiatan dan peristiwa yang terjadi setelah suatu kebijakan diberlakukan. Analisis dalam kajian implementasi misalnya tidak mempertanyakan apakah sebuah kebijakan yang gagal dalam implementasinya adalah sebuah kebijakan yang benar-benar tepat untuk mencapai tujuan yang diinginkan (ini adalah pertanyaan evaluatif), kajian implementasi mempertanyakan apakah terjadi kesalahan atau kekurangan dalam

proses pengimplementasian dan apa sebabnya. Memang pada kajian implementasi juga dapat timbul pertanyaan evaluatif: Apakah program-program tindakan yang dipilih telah sesuai dengan tujuan tersebut atau apakah keputusan-keputusan yang dibuat untuk mengimplementasikan kebijakan sudah tepat? Walaupun demikian pertanyaan tersebut tidak lepas dari koridor penyusunan program-program tindakan sebagai hasil penafsiran *implementor* atas sebuah kebijakan.

Antara analisis kajian evaluasi dan analisis kajian implementasi memang sering terjadi tumpang tindih karena keduanya bisa berangkat dari permasalahan yang sama: “Mengapa kebijakan “X” tidak mencapai hasil yang diinginkan?” Namun, menjaga batas antara keduanya adalah penting. Kajian implementasi hanya berkaitan dengan pertanyaan bagaimana cara pelaksana kebijakan mengimplementasikan sebuah kebijakan untuk mencapai perubahan sebagaimana yang dimaksudkan oleh kebijakan tersebut. Lebih jelasnya dapat dikatakan bahwa kajian implementasi adalah kajian perubahan bagaimana perubahan itu terjadi, bagaimana kemungkinan perubahan bisa dimunculkan. Juga merupakan kajian tentang mikrostruktur dari kehidupan politik: bagaimana organisasi di dalam dan di luar sistem politik menjalankan fungsi mereka dan berinteraksi satu sama lain: apa yang memotivasi tindakan-tindakan mereka dan apa motivasi lain yang mungkin membuat mereka bertindak secara berbeda.

Di lain pihak tujuan analisis evaluasi lebih pada pengukuran efek dan dampak sebuah kebijakan pada masyarakat, dibandingkan pengukuran atas efisiensi, kejujuran pelaksanaan, dan lain-lain yang terkait dengan standar-standar pelaksanaan. Tujuan kebijakan itu sendiri adalah untuk menghasilkan dampak/perubahan, sehingga wajar jika untuk itulah evaluasi dilakukan.

Meskipun dilakukan secara sistematis, namun ada beberapa hal yang membedakan analisis evaluasi dengan analisis akademik lainnya, di antaranya:

1. Evaluasi ditujukan untuk pembuatan keputusan, untuk menganalisis problem sebagaimana yang didefinisikan oleh pembuat keputusan, bukan oleh pengkaji (peneliti), sebab si pembuat keputusanlah yang berpentingan terhadap hasil evaluasi.
2. Evaluasi adalah riset yang dilakukan dalam *setting* kebijakan, bukan dalam *setting* akademik, karenanya pertanyaan-pertanyaan evaluasi diarahkan oleh program. Peneliti tidak membangun asumsi dan hipotesisnya sendiri sebagaimana pada kajian-kajian lain.
3. Evaluasi memberikan penilaian atas pencapaian tujuan, bukan mengevaluasi tujuan

Oleh sebab itu, tujuan evaluasi kebijakan dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Mengukur efek suatu kebijakan pada kehidupan masyarakat dengan membandingkan kondisi antara sebelum dan sesudah adanya kebijakan tersebut.
Mengukur efek menunjuk pada perlunya metodologi penelitian. Sedangkan membandingkan efek dengan tujuan mengharuskan penggunaan kriteria untuk mengukur keberhasilan
2. Memperoleh informasi tentang kinerja implementasi kebijakan dan menilai kesesuaian dan perubahan program dengan rencana.
3. Memberikan umpan balik bagi manajemen dalam rangka perbaikan/penyempurnaan implementasi.
4. Memberikan rekomendasi pada pembuat kebijakan untuk pembuatan keputusan lebih lanjut mengenai kebijakan di masa datang.
5. Sebagai bentuk pertanggungjawaban publik guna memenuhi akuntabilitas publik.

6. Menentukan tingkat kinerja suatu kebijakan.
Melalui evaluasi maka dapat diketahui derajat pencapaian tujuan dan sasaran.
7. Mengukur tingkat efisiensi.
Melalui evaluasi juga dapat diketahui berapa biaya dan manfaat dari suatu kebijakan.
8. Mengukur tingkat keluaran (*outcome*) suatu kebijakan.
Salah satu tujuan evaluasi adalah mengukur berapa besar dan kualitas pengeluaran atau *output* dari suatu kebijakan.
9. Mengukur dampak suatu kebijakan.
Pada tahap lebih lanjut evaluasi ditujukan untuk melihat dampak dari suatu kebijakan, baik dampak positif maupun negatif.
10. Untuk mengetahui apabila ada penyimpangan. Evaluasi juga bertujuan untuk mengetahui adanya penyimpangan-penyimpangan yang mungkin terjadi dengan cara membandingkan tujuan dan sasaran dengan pencapaian target.
11. Sebagai bahan masukan (*input*) untuk kebijakan yang akan datang. Tujuan akhir dari evaluasi adalah untuk memberikan masukan bagi proses kebijakan ke depan agar dihasilkan kebijakan yang lebih baik.

Selain itu, evaluasi kebijakan berfungsi untuk memenuhi akuntabilitas publik. Oleh karena itu sebuah kajian evaluasi harus mampu memenuhi esensi akuntabilitas tersebut, yakni:

1. Memberikan eksplanasi yang logis atas realitas pelaksanaan sebuah kebijakan.
Untuk itu dalam kajian evaluasi perlu dilakukan penelitian/kajian tentang hubungan kausal atau sebab akibat.
2. Mengukur kepatuhan, yakni mampu melihat kesesuaian antara pelaksanaan dengan standar dan prosedur yang telah ditetapkan.
3. Melakukan *auditing* untuk melihat apakah *output* kebijakan sampai pada sasaran yang dituju? Apakah ada kebocoran dan penyimpangan pada penggunaan anggaran, apakah ada

penyimpangan tujuan kebijakan dan pada pelaksanaan program kebijakan.

4. Akunting untuk melihat dan mengukur akibat sosial ekonomi dari kebijakan. Misalnya seberapa jauh kebijakan yang dimaksud mampu meningkatkan pendapatan masyarakat, apakah dampak yang ditimbulkan telah sesuai dengan yang diharapkan, adakah dampak yang tak diharapkan.

Dapat juga dikatakan bahwa fungsi evaluasi kebijakan adalah untuk memberi informasi yang valid dan dipercaya mengenai kebijakan, memberi sumbangan pada klarifikasi dan kritik terhadap nilai-nilai yang mendasari pemilihan tujuan dan target, dan memberi sumbangan pada aplikasi metode-metode analisis kebijakan lainnya, seperti perumusan masalah dan rekomendasi kebijakan.

Fungsi evaluasi kebijakan sangat berguna untuk mendapatkan hasil/informasi mengenai kinerja kebijakan. Ada beberapa pendekatan evaluasi kebijakan guna menghasilkan penilaian yang baik, antara lain:

- a) Evaluasi semu

Evaluasi semu (*pseudo evaluation*) adalah evaluasi yang menggunakan metode deskriptif untuk menghasilkan informasi yang valid mengenai hasil kebijakan tanpa berusaha untuk menanyakan tentang manfaat atau nilai dari hasil-hasil kebijakan. Asumsi utamanya adalah bahwa ukuran tentang manfaat dan nilai merupakan suatu yang dapat terbukti dengan sendirinya.

- b) Evaluasi formal

Evaluasi formal (*formal evaluation*) juga menggunakan metode deskriptif dengan tujuan untuk menghasilkan informasi yang valid dan terpercaya mengenai hasil suatu kebijakan. Asumsi utamanya adalah tujuan, dan target yang diumumkan secara formal merupakan ukuran yang tepat dari manfaat atau nilai kebijakan program.

- c) Evaluasi keputusan teoretis

Evaluasi keputusan teoretis (*decision theoretic evaluation*) menggunakan metode deskriptif juga untuk menghasilkan

informasi yang dapat dipertanggungjawabkan dan valid menangani hasil-hasil kebijakan yang secara eksplisit dinilai dari pelaku kebijakan.

Evaluasi terhadap kegiatan yang telah diimplementasikan perlu dilakukan dan ada beberapa metode yang dapat digunakan, yaitu:

- a) *Single program after only*
Evaluasi *single program after-only* merupakan desain yang paling lemah karena tidak diketahui baik tidaknya program terhadap kelompok sasaran, dan tidak diketahui juga kelompok sasaran sebelum menerima program.
- b) *Single program before after*
Evaluasi *single program after-before* dapat digunakan untuk mengetahui keadaan kelompok sasaran sebelum menerima program tetapi tidak dapat mengetahui efek dari program tersebut.
- c) *Comparative after only*
Evaluasi *comparative after-only* merupakan evaluasi dengan cara membandingkan kelompok sasaran dengan kelompok bukan sasaran. Pada evaluasi jenis ini efek program terhadap kelompok sasaran tidak diketahui
- d) *Comparative before after*
Evaluasi *comparative before-after* merupakan gabungan dari ketiga kelompok di atas. Sehingga kelemahan yang ada pada desain tersebut dapat diatasi oleh desain evaluasi ini.

Uraian di atas dapat diartikan bahwa evaluasi perlu dilakukan karena tidak semua kebijakan yang dibuat dapat diimplementasikan sesuai rencana, atau bahkan sebuah kebijakan tidak bisa dijalankan, sehingga dengan adanya evaluasi dapat memberikan masukan, kritik dan saran terhadap kebijakan yang dibuat mulai dari implementasi sampai dengan dampak/hasil kebijakan yang terjadi.

Jadi kegunaan evaluasi adalah sebagai berikut:

- a) Mengetahui tingkat efektivitas suatu kebijakan, yakni seberapa jauh suatu kebijakan mencapai tujuannya.
- b) Mengetahui apakah suatu kebijakan berhasil atau gagal. Dengan melihat tingkat efektivitasnya, maka dapat disimpulkan apakah suatu kebijakan berhasil atau gagal.
- c) Memenuhi aspek akuntabilitas publik. Dengan melakukan penilaian kinerja suatu kebijakan, maka dapat dipahami sebagai bentuk pertanggungjawaban pemerintah kepada publik sebagai pemilik dana dan mengambil manfaat dari kebijakan dan program pemerintah.
- d) Menunjukkan pada *stakeholder* manfaat suatu kebijakan. Apabila tidak dilakukan evaluasi sebuah kebijakan, para *stakeholder*, terutama kelompok sasaran tidak mengetahui secara pasti manfaat dari sebuah kebijakan atau program.
- e) Agar tidak mengulangi kesalahan yang sama. Pada akhirnya, evaluasi kebijakan bermanfaat untuk memberikan masukan bagi proses pengambilan kebijakan yang akan datang agar tidak mengulangi kesalahan yang sama. Sebaliknya, dari hasil evaluasi diharapkan dapat ditetapkan kebijakan yang lebih baik.

Selain itu, ada beberapa alasan untuk menjawab pertanyaan mengapa perlu ada kegiatan evaluasi kebijakan. Alasan tersebut dapat diklasifikasikan menjadi 2 (dua) dimensi, internal dan eksternal. Yang bersifat internal, antara lain:

- a) Untuk mengetahui keberhasilan suatu kebijakan. Dengan adanya evaluasi kebijakan dapat ditemukan informasi apakah suatu kebijakan sukses ataukah sebaliknya.
- b) Untuk mengetahui efektivitas kebijakan. Kegiatan evaluasi kebijakan dapat mengemukakan penilaian apakah suatu kebijakan mencapai tujuannya atau tidak.
- c) Untuk menjamin terhindarnya pengulangan kesalahan (*guarantee to non-recurrence*). Informasi yang memadai tentang nilai sebuah hasil kebijakan dengan sendirinya akan memberikan "*warning*" agar tidak terulang kesalahan yang

sama dalam implementasi yang serupa atau kebijakan yang lain pada masa-masa yang akan datang.

Alasan yang bersifat eksternal paling tidak untuk kepentingan:

- a) Memenuhi prinsip akuntabilitas publik. Kegiatan penilaian terhadap kinerja kebijakan yang telah diambil merupakan salah satu bentuk pertanggungjawaban pengambil kebijakan kepada publik, baik yang terkait secara langsung maupun tidak dengan implementasi tindakan kebijakan.
- b) Menyosialisasikan manfaat sebuah kebijakan. Dengan adanya kegiatan evaluasi kebijakan, masyarakat luas, khususnya kelompok sasaran dan penerima, manfaat dapat mengetahui manfaat kebijakan secara lebih terukur.

5.3 Dimensi dan Jenis-Jenis Evaluasi Kebijakan

Secara garis besar ada 2 (dua) dimensi penting yang harus diperoleh informasinya dari kajian evaluasi dalam kebijakan publik. Dimensi tersebut adalah:

- 1) Evaluasi kinerja pencapaian tujuan kebijakan, yakni mengevaluasi kinerja orang-orang yang bertanggung jawab mengimplementasikan kebijakan. Hasilnya diperoleh jawaban atau informasi mengenai kinerja implementasi, efektivitas dan efisiensi, dan lain sebagainya yang terkait.
- 2) Evaluasi kebijakan dan dampaknya, yakni mengevaluasi kebijakan itu sendiri serta kandungan programnya. Hasilnya diperoleh informasi mengenai manfaat (efek) kebijakan, dampak (*outcome*) kebijakan, kesesuaian kebijakan/program dengan tujuan yang ingin dicapainya (kesesuaian antara sarana dan tujuan), dan lain-lain

Dimensi kajian pada kajian evaluasi mencakup keseluruhan siklus di dalam proses kebijakan, dari saat penyusunan desain kebijakan, saat implementasi, hingga saat selesai diimplementasikan.

Kajian dalam kajian evaluasi kebijakan meliputi dimensi-dimensi:

- 1) Evaluasi Proses pembuatan kebijakan atau sebelum kebijakan dilaksanakan. Pada tahap ini diperlukan 2 (dua) kali evaluasi, yakni:
 - a) Evaluasi Desain Kebijakan, untuk menilai apakah alternatif-alternatif yang dipilih sudah merupakan alternatif yang paling hemat dengan mengukur hubungan antara biaya dengan manfaat (*cost-benefit analysis*), dan lain-lain yang bersifat rasional dan terukur.
 - b) Evaluasi Legitimasi Kebijakan, untuk menilai derajat penerimaan suatu kebijakan atau program oleh masyarakat/*stakeholder*/kelompok sasaran yang dituju oleh kebijakan tersebut. Metode evaluasi diperoleh melalui jajak pendapat (*polling*), survei, dan lain-lain.
- 2) Evaluasi Formatif yang dilakukan pada saat proses implementasi kebijakan sedang berlangsung Tujuan evaluasi formatif ini utamanya adalah untuk mengetahui seberapa jauh sebuah program diimplementasikan dan kondisi-kondisi apa yang dapat diupayakan untuk meningkatkan keberhasilannya. Dalam istilah manajemen, evaluasi formatif adalah *monitoring* terhadap pengaplikasian kebijakan. Evaluasi formatif banyak melibatkan ukuran-ukuran kuantitatif sebagai pengukuran kinerja implementasi.
- 3) Evaluasi Sumatif yang dilakukan pada saat kebijakan telah diimplementasikan dan memberikan dampak. Tujuan evaluasi sumatif adalah untuk mengukur bagaimana efektivitas kebijakan/program tersebut memberikan dampak yang nyata pada problem yang ditangani.

5.3.1 Evaluasi Formatif

Evaluasi Formatif adalah untuk mengevaluasi pelaksanaan program kebijakan yang memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

- 1) Merupakan evaluasi terhadap proses
- 2) Menilai tingkat kepatuhan pelaksana atas standar aturan
- 3) Menggunakan model-model dalam implementasi

- 4) Biasanya bersifat kuantitatif
- 5) Melihat dampak jangka pendek dari pelaksanaan kebijakan/program

Tujuan evaluasi formatif ini adalah untuk melihat:

- 1) Sejauh mana sebuah program mencapai target populasi yang tepat
- 2) Apakah penyampaian pelayanannya telah sesuai dan konsisten dengan spesifikasi program atau tidak;
- 3) Sumber daya apa yang dikeluarkan dalam melaksanakan program tersebut.

Jenis evaluasi formatif adalah sebagai berikut:

- 1) Evaluasi administratif
Biasanya evaluasi administratif dilakukan dalam lingkup pemerintahan yang dikaitkan dengan aspek-aspek ketaatan finansial dan prosedur.
- 2) Evaluasi Yudisial
Evaluasi yang berkaitan dengan objek-objek hukum
- 3) Evaluasi Politik
Evaluasi yang dilakukan oleh lembaga-lembaga politik

Aspek-aspek kinerja implementasi yang dievaluasi dalam evaluasi formatif ini adalah:

- 1) *Effort Evaluation*
Mengevaluasi kecukupan input program
- 2) *Performance Evaluation*
Mengkaji *output* dibandingkan dengan input program.
- 3) *Effectiveness Evaluation*
Mengkaji apakah pelaksanaannya sesuai dengan sasaran dan tujuan
- 4) *Efficiency Evaluation*
Membandingkan biaya dengan *output* yang dicapai.
- 5) *Process Evaluation*
Mengkaji metode pelaksanaan, aturan dan prosedur dalam pelaksanaan

Aspek-aspek kinerja kebijakan yang harus dievaluasi adalah sebagaimana yang tampak di dalam tabel berikut ini:

Tabel 5.1. Kategori Evaluasi

Kategori	Pertanyaan	Ilustrasi
Efektivitas	Apakah hasil yang diinginkan telah tercapai?	Unit Pelayanan
Efisiensi	Seberapa banyak upaya yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan?	<i>Cost-Benefit Ratio</i> ; Manfaat Bersih; Unit Biaya
Kecukupan	Seberapa jauh pencapaian hasil yang diinginkan untuk memecah-kan masalah	Biaya Tetap, Efektivitas Tetap
Pemerataan	Apakah biaya manfaat didistribusikan secara merata kepada kelompok-kelompok yang berbeda?	Kriteria Pareto; Kriteria Kaldor-Hicks; Kriteria Rawls
Responsivitas	Apakah hasil kebijakan memuaskan kebutuhan/preferensi atau nilai-nilai kelompok tertentu?	Konsistensi dengan survei warga negara
Ketepatan	Apakah hasil (tujuan) yang diinginkan benar-benar berguna atau bernilai	Program publik harus merata dan efisien

5.3.2 Evaluasi Sumatif/Evaluasi Dampak

Dampak adalah perubahan kondisi fisik maupun sosial sebagai akibat dari *output* kebijakan. Dampak merupakan akibat yang dihasilkan oleh suatu intervensi program pada kelompok sasaran (baik akibat yang diharapkan atau tidak diharapkan), dan sejauh mana akibat tersebut mampu menimbulkan pola perilaku baru pada kelompok sasaran (*impact*). Dampak juga dapat didefinisikan sebagai akibat yang dihasilkan oleh suatu intervensi program pada kelompok sasaran, baik yang sesuai dengan yang diharapkan ataupun tidak dan apakah akibat tersebut tidak mampu menimbulkan perilaku baru pada kelompok sasaran (*effects*).

Evaluasi sumatif umumnya dilakukan untuk memperoleh informasi terkait dengan efektivitas sebuah kebijakan/program terhadap permasalahan yang diintervensi. Evaluasi ini bertujuan untuk:

- 1) Menilai apakah program telah membawa dampak yang diinginkan terhadap individu, rumah tangga dan lembaga

- 2) Menilai apakah dampak tersebut berkaitan dengan intervensi program
- 3) Mengeksplorasi apakah ada akibat yang tidak diperkirakan baik yang positif maupun yang negatif
- 4) Mengkaji bagaimana program mempengaruhi kelompok sasaran, dan apakah perbaikan kondisi kelompok sasaran betul-betul disebabkan oleh adanya program tersebut ataukah karena faktor lain.

Dimensi dampak yang dikaji dalam evaluasi kebijakan ini meliputi:

- 1) Dampak pada masalah publik (pada kelompok sasaran) yang diharapkan atau tidak.
- 2) Dampak pada kelompok di luar sasaran sering disebut eksternalitas/limpahan dampak (*spillover effects*).
- 3) Dampak sekarang dan dampak yang akan datang.
- 4) Dampak biaya langsung yang dikeluarkan untuk membiayai program dan dampak biaya tak langsung yang dikeluarkan publik akibat suatu kebijakan.

Selain itu, memperkirakan dampak perlu memperhitungkan dimensi-dimensi sebagai berikut:

a. Waktu

Dimensi waktu ini penting diperhitungkan karena kebijakan dapat memberikan dampak yang panjang, baik sekarang maupun pada masa yang akan datang. Semakin lama periode evaluasi waktu semakin sulit mengukur dampak, sebab:

- 1) Hubungan kausalitas antara program dengan kebijakan semakin kabur.
- 2) Pengaruh faktor-faktor lain yang harus dijelaskan juga semakin banyak.
- 3) Jika efek terhadap individu dipelajari terlalu lama maka akan kesulitan menjaga *track record* individu dalam waktu yang sama.
- 4) Semakin terlambat sebuah evaluasi dilakukan akan semakin sulit mencari data dan menganalisis pengaruh program yang diamati.

b. Selisih antara dampak aktual dengan yang diharapkan.

Selain memperhatikan efektivitas pencapaian tujuan, seorang evaluator harus pula memperhatikan berbagai dampak yang tak diinginkan, dampak yang hanya sebagian saja dari yang diharapkan dan dampak yang bertentangan dari yang diharapkan.

c. Tingkat Agregasi Dampak

Dampak juga bersifat agregatif artinya bahwa dampak yang dirasakan secara individual akan dapat merembes pada perubahan di masyarakat secara keseluruhan

d. Tipe Dampak

Ada 4 (empat) tipe utama dampak program:

- 1) Dampak pada kehidupan ekonomi: penghasilan, nilai tambah dan lain sebagainya.
- 2) Dampak pada proses pembuatan kebijakan: apa yang akan dilakukan pada kebijakan berikutnya.
- 3) Dampak pada sikap publik: dukungan pada pemerintah, pada program, dan sebagainya.
- 4) Dampak pada kualitas kehidupan individu, kelompok dan masyarakat yang bersifat non ekonomis.

Sebuah kebijakan/program dapat membawa dampak pada berbagai unit sosial

- 1) Dampak individual: biologis (penyakit, cacat fisik karena kebijakan teknologi nuklir misalnya), psikologis (stress, depresi, emosi), lingkungan hidup (tergusur, pindah rumah), ekonomis (naik turunnya penghasilan, harga, keuntungan), sosial serta personal.
- 2) Dampak organisasional: langsung (terganggu atau terbantunya pencapaian tujuan organisasi), tak langsung (peningkatan semangat kerja, disiplin).
- 3) Dampak pada masyarakat (meningkatkan kesejahteraan).
- 4) Dampak pada lembaga dan sistem sosial (meningkatkan kesadaran kolektif masyarakat; menguatnya solidaritas sosial).

Sebuah kebijakan/program bisa saja gagal memperoleh dampak yang diharapkan meski proses implementasi berhasil mewujudkan *output* sebagaimana yang dituntut oleh program tersebut, namun ternyata gagal mencapai *outcomes*-nya; apalagi jika proses implementasi gagal mewujudkan keduanya. Hal ini bisa saja disebabkan karena:

- 1) Sumber daya yang tidak memadai.
- 2) Cara implementasi yang tidak tepat (misalkan pilihan-pilihan tindakan yang kontra produktif seperti studi banding yang memakan banyak biaya dengan tujuan meningkatkan kapasitas pelayanan).
- 3) Masalah publik sering disebabkan banyak faktor tetapi kebijakan yang dibuat hanya mengatasi satu faktor saja.
- 4) Cara menanggapi kebijakan yang justru dapat mengurangi dampak yang diinginkan (misalnya karena takut dianggap melanggar prosedur, maka *implementers* bertindak sesuai 'petunjuk pelaksanaan' walau situasinya mungkin berbeda).
- 5) Tujuan-tujuan kebijakan tak sebanding bahkan bertentangan satu sama lain (misalnya kebijakan untuk menumbuhkan industri di bidang perumaha-sakitan dalam negeri yang memberi insentif pajak dan kemudahan modal; tapi di sisi lain ada kebijakan kenaikan harga peralatan medis).
- 6) Biaya yang dikeluarkan jauh lebih besar dari masalahnya (yang ini sering terjadi di Indonesia, terutama karena seringnya terjadi *mark-up harga* ataupun karena bentuk-bentuk kegiatan yang terkesan dicari-cari untuk penyerapan anggaran yang seharusnya tidak dibutuhkan).
- 7) Banyak masalah publik yang tak mungkin dapat diselesaikan secara tuntas.
- 8) Timbulnya masalah baru sehingga mendorong pengalihan perhatian dan tindakan.
- 9) Sifat dari masalah yang akan dipecahkan.

Selain itu ada beberapa masalah yang biasa dihadapi dalam melakukan evaluasi terhadap kebijakan untuk diantisipasi, antara lain:

- 1) Ketidakpastian dan ketidakjelasan tujuan kebijakan.
- 2) Evaluasi tidak dilakukan dengan sistematis, sehingga kesulitan menguji kausalitas bahwa dampak memang disebabkan oleh kebijakan tersebut.
- 3) Dampak kebijakan biasanya menyebar di luar sasaran kebijakan.
- 4) Kesulitan dalam memperoleh data primer.
- 5) Data sekunder yang tersedia seringkali kurang valid.
- 6) Resistensi pejabat/penanggung jawab program yang merasa diawasi.
- 7) Evaluasi cenderung kurang melihat dampak (kurang valid), tapi lebih suka mengukur dan menilai *output*-nya saja.

Evaluasi kebijakan kesehatan di Indonesia pada umumnya tidak berjalan sesuai dengan yang diharapkan karena hal-hal sebagai berikut:

- 1) Sering tidak sungguh-sungguh karena evaluatornya berasal dari pemerintah sendiri.
- 2) Hasil evaluasi tidak konklusif, membahas banyak persoalan tetapi tanpa arah yang jelas, sehingga tak ada rekomendasi yang argumentatif.
- 3) Bersifat formalitas dari pada berdasarkan kebutuhan riil. Karena dilakukan secara rutin maka hasilnya kurang tajam. Hanya untuk memenuhi formalitas, membaca data dan memasukkannya dalam *form-form* tertentu.

Untuk itu dalam melakukan evaluasi kebijakan ada beberapa hal yang mendasarinya, antara lain adalah bahwa tujuan evaluasi kebijakan publik adalah untuk mengetahui variasi dalam indikator-indikator kinerja yang digunakan untuk menjawab minimal 3 (tiga) pertanyaan pokok, yaitu:

- 1) Bagaimana kinerja implementasi kebijakan, sejauh mana variasi kesesuaian capaian kebijakan (*output* dan *outcomes*

yang dihasilkan dari proses implementasi) dengan indikator-indikator yang telah ditetapkan.

- 2) Faktor-faktor apa yang menyebabkan variasi tersebut? Apakah karena faktor yang terkait dengan isi program/kebijakan itu sendiri, apakah karena cara kerja dalam pengorganisasian implementasi kebijakan (*output* yang terkait dengan kinerja *implementers*); atau karena lingkungan implementasi kebijakan yang mempengaruhi variasi *outcomes* tersebut.
- 3) Bagaimana strategi untuk lebih meningkatkan kinerja implementasi kebijakan?

Jawaban atas pertanyaan tersebut adalah tugas pengevaluasi untuk memilih variabel-variabel yang dapat diubah (*actionable variables*).

Selain itu tujuan evaluasi kebijakan publik adalah untuk mengukur capaian riil sebuah kebijakan, maka dari hasil kajian evaluasi harus diperoleh jawaban-jawaban atas persoalan berikut ini:

- 1) Kelompok dan kepentingan mana yang memiliki akses dalam pembuatan kebijakan?
- 2) Apakah pembuatan kebijakan dilakukan secara terinci, terbuka dan memenuhi prosedur?
- 3) Apakah program-program kebijakan didesain secara logis?
- 4) Apakah sumber daya yang menjadi input program telah memadai untuk mencapai tujuan?
- 5) Apa standar implementasi yang baik bagi kebijakan tersebut?
- 6) Apakah program dilaksanakan sesuai standar efisiensi ekonomi? Apakah uang digunakan dengan tepat dan jujur?
- 7) Apakah kelompok sasaran memperoleh pelayanan seperti yang didesain dalam program?
- 8) Apakah program juga memberikan dampak pada kelompok yang bukan sasaran? Apa jenis dampaknya?
- 9) Apa dampak yang diharapkan dan tidak diharapkan pada masyarakat?

- 10) Kapan tindakan program dilaksanakan dan dampaknya diterima oleh masyarakat?
- 11) Apakah tindakan dan dampak telah sesuai dengan yang diharapkan?

Hasil kajian evaluasi kebijakan akan berimplikasi pada keberlangsungan suatu kebijakan sebagai berikut:

- 1) Meneruskan atau mengakhiri program
- 2) Memperbaiki praktik dan prosedur administrasinya
- 3) Menambah atau mengurangi strategi dan teknik implementasi
- 4) Melembagakan program ke tempat lain
- 5) Mengalokasikan sumber daya ke program lain
- 6) Menolak atau menerima pendekatan/teori yang digunakan oleh program kebijakan sebagai asumsi

Evaluasi sangatlah penting sebagai bentuk akuntabilitas publik pemerintah atas kinerjanya. Namun melakukan evaluasi atas sebuah kebijakan yang dapat memberikan masukan bagi pemerintah/pembuat keputusan dengan hasil yang dapat dipertanggungjawabkan tidaklah mudah. Sebagian karena kesulitan yang bersifat *intrinsic* (karena sifat dampak yang berdimensi luas dan dapat menyebar), juga karena beragam kebijakan juga menuntut beragam metode pengukuran yang sesuai; serta karena kurangnya usaha yang serius untuk itu. Untuk menghasilkan evaluasi kebijakan yang benar-benar berguna, maka memahami kriteria evaluasi yang harus dipenuhi, memahami metode penelitian evaluasi, serta memilih metode pengukuran yang tepat merupakan persyaratan mutlak yang harus dipenuhi.

Informasi yang dihasilkan dari evaluasi merupakan nilai (*values*) yang antara lain berkenaan dengan:

- 1) Efisiensi (*efficiency*), yakni perbandingan antara hasil dengan biaya, atau (hasil/biaya).
- 2) Keuntungan (*profitability*), yaitu selisih antara hasil dengan biaya atau (hasil/biaya).
- 3) Efektif (*effectiveness*), yakni penilaian pada hasil, tanpa memperhitungkan biaya.

- 4) Keadilan (*equity*), yakni keseimbangan (proporsional) dalam pembagian hasil (manfaat) dan/atau biaya (pengorbanan).
- 5) *Detriments*, yakni indikator negatif dalam bidang sosial seperti kriminal dan sebagainya.
- 6) Manfaat tambahan (*marginal rate of return*), yaitu tambahan hasil banding biaya atau pengorbanan (*change-in benefits/change-in-cost*).

5.4 Langkah-Langkah dan Indikator Evaluasi Kebijakan

Dalam melakukan evaluasi terhadap suatu kebijakan, setidaknya ada 6 (enam) langkah yang harus ditempuh sebagai berikut:

- 1) Mengidentifikasi tujuan program yang akan dievaluasi
- 2) Analisis terhadap masalah
- 3) Deskripsi dan standarisasi kegiatan
- 4) Pengukuran terhadap tingkatan perubahan yang terjadi
- 5) Menentukan apakah perubahan yang diamati merupakan akibat dari kegiatan tersebut atau karena penyebab yang lain.
- 6) Beberapa indikator untuk menentukan keberadaan suatu dampak.

Evaluasi terhadap suatu kebijakan yang baik harus mempunyai beberapa syarat pokok:

- 1) Tujuannya menemukan hal-hal yang strategis untuk meningkatkan kinerja kebijakan.
- 2) yang bersangkutan harus mampu mengambil jarak dari pembuat kebijakan, pelaksana kebijakan, dan target kebijakan.
- 3) Prosedur evaluasi harus dapat dipertanggungjawabkan secara metode ilmiah
- 4) Petunjuk praktis evaluasi implementasi kebijakan publik

Indikator evaluasi adalah sebagai berikut:

- 1) Efektivitas
Apakah hasil yang diinginkan telah tercapai

- 2) Kecukupan
Seberapa jauh hasil yang telah tercapai dapat memecahkan masalah
- 3) Pemerataan
Apakah biaya dan manfaat didistribusikan merata kepada kelompok masyarakat yang berbeda
- 4) Responsivitas
Apakah hasil kebijakan memuat preferensi atau nilai kelompok dan dapat memuaskan mereka
- 5) Ketepatan
Apakah hasil yang dicapai bermanfaat

Selain itu, ada juga beberapa indikator yang lain di antaranya adalah:

- 1) Pertumbuhan ekonomi
Indikatornya: peningkatan produktivitas sumber daya dan peningkatan efisiensi ekonomi.
- 2) Keadilan distribusi
Indikatornya: kecukupan, keadilan horizontal, dan keadilan vertikal.
- 3) Preferensi warga negara
Indikatornya: kepuasan warga negara, dan seberapa jauh preferensi masyarakat termuat dalam kebijakan publik.

Dalam pelaksanaannya, ada beberapa kendala dalam melakukan evaluasi kebijakan, antara lain:

- 1) Kendala psikologis.
Banyak aparat pemerintah masih alergi terhadap kegiatan evaluasi, karena dipandang berkaitan dengan prestasi dirinya. Apabila hasil evaluasi menunjukkan kurang baik, bisa jadi akan menghambat karier mereka. Sehingga banyak aparat memandang kegiatan evaluasi bukan merupakan bagian penting dari proses kebijakan publik. Evaluasi hanya dipahami sebagai kegiatan tambahan yang boleh dilakukan boleh tidak.

2) Kendala ekonomis.

Kegiatan evaluasi membutuhkan biaya yang tidak sedikit, seperti biaya untuk pengumpulan dan pengolahan data, biaya untuk para staf administrasi, dan biaya untuk evaluator. Proses evaluasi akan mengalami hambatan apabila tanpa dukungan finansial.

3) Kendala teknis.

Evaluator sering dihadapkan pada masalah tidak tersedianya cukup data dan informasi yang *up to date*. Di samping itu, data yang ada kualitasnya kurang baik, karena *supply* data kepada suatu instansi yang lebih tinggi dari instansi yang lebih rendah hanya dipandang sebagai pekerjaan rutin dan formalitas tanpa memperhitungkan substansinya.

4) Kendala politis.

Evaluasi sering terbentur dan bahkan gagal karena alasan politis. Masing-masing kelompok bisa jadi saling menutupi kelemahan dari implementasi suatu program dikarenakan adanya *deal* atau *bargaining* politik tertentu.

BAB VI

ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN

6.1 Konsep Analisis Kebijakan Kesehatan

Analisis Kebijakan Kesehatan, terdiri dari 3 (tiga) kata yang mengandung arti atau dimensi yang luas, yaitu analisa atau analisis, kebijakan, dan kesehatan. 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), sehingga secara sederhana analisis kebijakan kesehatan dapat diartikan sebagai penyelidikan, pengkajian, penelitian dan argumen untuk menghasilkan dan memindahkan informasi tentang suatu fenomena kesehatan yang berhubungan (relevan) terhadap kebijakan sehingga dapat dimanfaatkan untuk memecahkan masalah kesehatan.

Analisis Kebijakan dapat diartikan sebagai penggunaan berbagai metode penelitian dan argumen untuk menghasilkan dan memindahkan informasi yang berhubungan (relevan) dengan kebijakan sehingga dapat dimanfaatkan tingkat politik dalam rangka memecahkan masalah kebijakan.

Selaras pesatnya perkembangan kajian kebijakan berkembang pula berbagai pendekatan dalam analisis kebijakan. Perkembangan pendekatan ini umumnya didasarkan pada fokus analisis kebijakan yang berbeda-beda atau dominannya suatu metode yang digunakan. Berbagai pendekatan tersebut antara lain: *operation research*, *applied system analysis*, *systems analysis*, *management analysis*, *cost benefit analysis*, *linear programming*,

cost effectiveness analysis, computer simulation, decision analysis, dan operational gaming. Selain pendekatan itu, analisis kebijakan dapat dikembangkan dari pendekatan alternatif, seperti: (1) Intuisi, berdasarkan petunjuk Tuhan atau pengalaman, (2) Coba-coba (*trial and error*), untuk memperoleh umpan balik, (3) Inkremental yang ditujukan untuk penambahan, atau mendukung kebijakan yang ada dengan memberikan masukan baru untuk pengambilan kebijakan yang berkesinambungan.

Kebijakan kesehatan saat ini mengalami pergeseran dari pendekatan kebutuhan (*need*) ke arah pendekatan berlandaskan hak (*right based*). Kesehatan adalah hak asasi, maka negara berkewajiban untuk memenuhinya bagi setiap warga negaranya. Sebagai warga dunia setiap orang berhak atas akses pada pelayanan kesehatan dan kontrol terhadap kebijakan-kebijakan kesehatan yang menyangkut kepentingan rakyat (*public goods and services*). Hak ini telah dijamin dan menjadi kesepakatan global yang dituangkan dalam berbagai dokumen atau perjanjian internasional, mulai dari Deklarasi Umum Hak-hak Asasi Manusia (DUHAM) tahun 1948 sampai yang terakhir, misalnya Penjelasan Umum (*General Comments*) No.14/2000 dari Kovenan Hak-hak ekonomi, sosial dan budaya yang khusus mengatur kewajiban negara dalam penegakan hak-hak atas pelayanan (termasuk pelayanan kesehatan) warga negaranya. Oleh karena itu, setiap kelalaian yang dilakukan negara merupakan pelanggaran hak asasi manusia terhadap warganya.

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

Selain itu pembangunan kesehatan juga telah mengalami pergeseran dari pendekatan *curatif-rehabilitatif* ke arah *promotif-preventif*, yang dikenal sebagai Paradigma Sehat. Pendekatan ini dilatarbelakangi oleh kesadaran akan efisiensi upaya peningkatan

derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan yang sebelumnya lebih berorientasi *curatif-rehabilitatif* ternyata memerlukan biaya yang besar dibandingkan dengan pendekatan *promotif-preventif*. Selain itu pendekatan *promotif-preventif* berkesesuaian dengan upaya pengembangan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan sehingga masyarakat tidak hanya dipandang sebagai objek tetapi juga sekaligus sebagai subjek (pelaku) pembangunan kesehatan.

Berdasarkan perkembangan tersebut analisis kebijakan kesehatan dewasa ini telah melahirkan paradigma baru, sehingga analisis kebijakan kesehatan seharusnya:

1. Berhubungan terutama dengan sistem-sistem pembinaan masyarakat, khususnya sistem perumusan kebijakan kesehatan negara. Hal tersebut tidak secara langsung menyangkut mengenai isi kebijakan itu, tetapi mengenai metode-metode, pengetahuan-pengetahuan dan sistem-sistem kesehatan yang telah diperbarui untuk pembuatan kebijakan yang lebih baik.
2. Memusatkan perhatiannya pada sistem-sistem pembuatan kebijakan kesehatan negara pada jenjang makro (subnasional, nasional dan transnasional). Namun juga perlu memperhatikan proses pembuatan keputusan individual, kelompok dan organisasi dilihat dari perspektif pembuatan kebijakan negara.
3. Bersifat interdisipliner, dengan memfusikan ilmu-ilmu perilaku dan manajemen serta menyerap elemen-elemen yang berhubungan (relevan) dari disiplin-disiplin ilmu pengetahuan lainnya seperti ilmu fisika dan teknik.
4. Menggabungkan penelitian murni dan terapan, di mana dunia nyata adalah merupakan laboratoriumnya yang utama.
5. Memanfaatkan pengetahuan dan pengalaman para pembuat kebijakan dan melibatkan mereka sebagai partner dalam membangun ilmu-ilmu kebijakan.

6. Mencoba untuk menyumbangkan pada pilihan nilai dengan meneliti implikasi-implikasi nilai tersebut dan isi nilai-nilai yang ada pada kebijakan-kebijaksanaan alternatif.
7. Mendorong adanya “kreativitas yang terorganisasi” seperti dalam menemukan alternatif-alternatif yang baru.
8. Menekankan baik pada pengembangan-pengembangan pembuatan kebijakan masa lalu maupun antisipasinya pada masa depan sebagai pedoman pembuatan kebijakan.
9. Terlibat secara intensif dengan proses perubahan dan dengan kondisi-kondisi perubahan sosial.
10. Menghargai proses pembuatan kebijakan ekstra rasional dan irasional seperti intuisi dan karisma dan mencoba memperbaiki proses ini dengan cara rasional.
11. Mendorong percobaan (eksperimentasi) sosial dan usaha-usaha untuk menemukan lembaga-lembaga sosial yang baru dan hukum-hukum baru bagi perilaku sosial dan politik.
12. Mempunyai kesadaran akan dirinya sendiri dan secara tetap memonitor serta mendesain kembali ilmu-ilmu kebijakan.
13. Menyiapkan para profesional untuk memenuhi jabatan-jabatan pembuat keputusan yang tidak akan mencampurkan misinya atau identifikasi dirinya dengan orientasi klinis dan analisis rasional terhadap masalah-masalah kebijakan.
14. Berhati-hati dalam membuktikan kebenaran dan keberhasilan dan mempertahankan standar ilmiah.

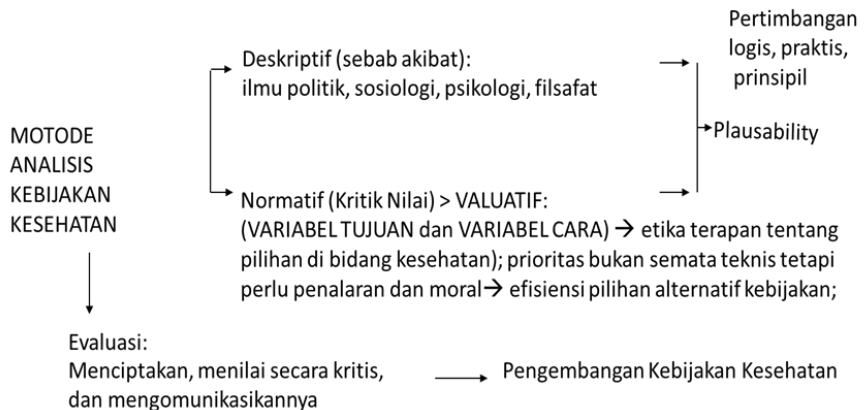
6.2 Metode Analisis Kebijakan Kesehatan

Melakukan analisis tentu saja memerlukan berbagai metode. Metode analisis umum berbeda dengan metode analisis kebijakan. Apabila metode analisis umum menggunakan pendekatan deskripsi, prediksi, evaluasi, dan preskripsi, maka metode analisis kebijakan menggunakan pendekatan perumusan masalah, peliputan, peramalan, evaluasi, dan rekomendasi sebagaimana pada tabel di bawah ini.

Tabel 6.1. Metode Analisis Umum dan Metode Analisis Kebijakan

METODE ANALISIS UMUM	METODE ANALISIS KEBIJAKAN
Deskripsi Prediksi Evaluasi Preskripsi (petunjuk)	Perumusan Masalah Peliputan (<i>monitoring</i>) Peramalan (<i>forecasting</i>) Evaluasi (<i>evaluation</i>) Rekomendasi (<i>recommendation</i>) Penyimpulan Praktis (<i>practical inference</i>)

Metode analisis umum bermuara pada preskripsi (petunjuk), sedangkan metode analisis kebijakan bermuara pada penyimpulan praktis (*practical inference*). Dalam hal ini penyimpulan praktis (*practical inference*) ditujukan untuk mencapai kesimpulan yang lebih dekat agar masalah kebijakan dapat dipecahkan. Kata “praktis” lebih ditekankan pada dekatnya hubungan kesimpulan yang diambil dengan nilai dan norma sosial. Pengertian ini lebih ditujukan untuk menjawab kesalahpahaman mengenai makna. Rekomendasi yang sering diartikan pada informasi yang kurang operasional atau kurang praktis masih jauh dari fenomena yang sesungguhnya. Hal ini dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 6.1. Metode Analisis Kebijakan Kesehatan

Apabila metode analisis kebijakan tersebut di atas dikaitkan dengan pendekatan empiris, evaluatif, dan anjuran, maka metode analisis kebijakan dapat disusun menjadi 3 (tiga) jenjang, yaitu:

- 1) Pendekatan modus operandi, dapat menghasilkan informasi dan argumen dengan memanfaatkan 3 (tiga) jenjang metode analisis, yaitu perumusan masalah, peliputan, dan peramalan.
- 2) Pendekatan modus evaluatif, dapat menghasilkan informasi dan argumen dengan memanfaatkan 4 (empat) jenjang metode analisis, yaitu perumusan masalah, peliputan, peramalan, dan rekomendasi.
- 3) Pendekatan modus anjuran, dapat menghasilkan informasi dan argumen dengan memanfaatkan seluruh metode analisis kebijakan dalam jenjang metode analisis, yaitu perumusan masalah, peliputan, peramalan, evaluasi, rekomendasi, dan penyimpulan praktis.

Melakukan analisis kebijakan tidak pernah terlepas dari kebutuhan akan informasi dan argumen. Sedikitnya ada 5 (lima) tipe informasi yang dihasilkan oleh analisis kebijakan yaitu: masalah kebijakan, masa depan kebijakan, aksi kebijakan, hasil kebijakan, dan kinerja kebijakan. Upaya untuk menghasilkan informasi dan argumen dapat menggunakan beberapa pendekatan, yaitu: pendekatan empiris, evaluatif, dan normatif.

- 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 dilakukan. Pengusulan arah tindakan yang dapat memecahkan masalah problem kebijakan, merupakan inti pendekatan normatif. Jenis informasi bersifat anjuran atau rekomendasi. Contoh: peningkatan retribusi pelayanan kesehatan di puskesmas (dari Rp300 menjadi Rp1000) merupakan jawaban untuk mengatasi rendahnya kualitas pelayanan di puskesmas. Peningkatan ini cenderung tidak memberatkan masyarakat.

Ketiga pendekatan ini menghendaki suatu kegiatan penelitian dan dapat memanfaatkan berbagai pendekatan lintas disiplin ilmu yang berhubungan (relevan). Adapun model penelitian yang lazim digunakan adalah penelitian operasional, terapan atau praktis.

Pembuatan informasi yang selaras kebijakan (baik yang bersifat penandaan, evaluatif, dan anjuran) harus dihasilkan dari penggunaan prosedur analisis yang jelas (metode penelitian). Dalam melakukan analisis terhadap suatu kebijakan, metode analisis umum yang dapat digunakan, antara lain:

- 1) Metode peliputan (deskripsi), memungkinkan analisis menghasilkan informasi mengenai sebab akibat kebijakan di masa lalu.
- 2) Metode peramalan (prediksi), memungkinkan analisis menghasilkan informasi mengenai akibat kebijakan di masa depan.
- 3) Metode evaluasi, pembuatan informasi mengenai nilai atau harga di masa lalu dan masa datang.

Oleh sebab itu, komunikasi dan penggunaan pengetahuan yang berhubungan (relevan) dengan kebijakan adalah sentral dalam praktik dan teori analisis kebijakan. Metodologi analisis kebijakan adalah sistem standar, aturan, dan prosedur untuk menciptakan, secara kritis menilai, dan mengomunikasikan pengetahuan yang berhubungan (relevan) dengan kebijakan.

Metodologi analisis kebijakan mempunyai beberapa karakteristik utama: perhatian yang tinggi pada perumusan dan pemecahan masalah, komitmen kepada pengkajian baik yang sifatnya deskriptif maupun kritik nilai, dan keinginan untuk meningkatkan efisiensi pilihan di antara sejumlah alternatif lain.

Analisis kebijakan dalam pengertiannya yang luas melibatkan hasil pengetahuan tentang dan di dalam proses kebijakan. Secara historis, tujuan analisis kebijakan adalah menyediakan informasi bagi pembuat kebijakan untuk dijadikan bahan pertimbangan yang rasional guna menemukan pemecahan masalah kebijakan. Analisis kebijakan menggunakan berbagai disiplin yang tujuannya bersifat deskriptif, evaluatif, dan normatif. Analisis kebijakan diharapkan dapat menghasilkan dan mentransformasikan informasi tentang nilai-nilai, fakta-fakta, dan tindakan-tindakan.

Ada 2 (dua) pendekatan yang berlawanan untuk mendefinisikan pengetahuan, yaitu esensialis dan plausibilis. Pengetahuan yang siap pakai atau yang berhubungan (relevan) dengan kebijakan mengandung pernyataan kebenaran yang secara plausibel optimal yang dibuat dengan keterlibatan dalam proses komunikasi, argumentasi, dan debat kebijakan. Kriteria untuk mengkaji plausibilitas argumen kebijakan meliputi kelengkapan, konsonansi, kohesivitas, regularitas fungsional, dan kesederhanaan, kehematan dan ketepatan fungsional. Informasi kebijakan yang sama dapat mengarah pada pernyataan kebijakan yang sama sekali berbeda, tergantung pada asumsi yang terkandung di dalam suatu argumen kebijakan. Oleh sebab itu, ada 8 (delapan) cara argumen kebijakan yang dapat dipertimbangkan, yaitu: otoritatif, statistik, klasifikasional, intuitif, analisentrik, eksplanatori, pragmatis, dan kritik nilai.

Hal lain yang perlu disampaikan bahwa dalam melakukan analisis terhadap suatu kebijakan seorang analis harus menyadari perdebatan epistemologis tentang realita. Ada pendapat yang mengatakan bahwa pengetahuan (materi analisis) adalah realitas objektif dalam arti berada di luar diri si analis, sementara ada juga pendapat bahwa realita sosial yang dianalisis tidak terlepas dari

ekspresi subjektivitas analis. Dalam hal ini penting menentukan posisi dalam melakukan analisis kebijakan dalam arti bahwa terlepas dari kekurangan yang ada, apapun pilihan posisi yang diambil, seorang analis harus secara tegas menentukan posisinya. Kelemahan ini bisa diatasi jika seorang analis memahami konsekuensi dari pilihan posisi yang diambilnya, sehingga analis tersebut lebih mudah mengantisipasi kelemahan yang muncul.

Mengacu pada proses sederhana suatu kebijakan yang terdiri dari perumusan kebijakan, implementasi kebijakan dan evaluasi kebijakan, ada beberapa aspek dalam melakukan analisis suatu kebijakan:

1) Analisis Perumusan Kebijakan

Mengadakan pengkajian tentang hubungan antara badan-badan eksekutif dan legislatif selama proses penyusunan kebijakan. Analisis ini minimal dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut: bagaimana kebijakan dibuat, mengapa dipilih alternatif a bukan b, siapa terlibat dalam perumusan, siapa yang paling dominan, mengapa ia paling dominan.

Perumusan kebijakan kesehatan merupakan hasil dari suatu proses pengambilan keputusan yang terpilih dari berbagai alternatif yang tersedia. Seorang analis harus memahami model dan teknik pengambilan keputusan agar dapat menganalisa dan mencari informasi yang terkait dengan berbagai alternatif yang ada dan informasi. Masalah biasanya muncul disebabkan karena rumusan kebijakan tidak selalu sama, sehingga tidak ada ukuran yang baku untuk menentukan apakah suatu alternatif tepat untuk menjawab suatu permasalahan atau tidak. Kompleksitasnya tidak hanya sekadar rumusan masalah dan kebijakan yang berbeda, tetapi juga terkait dengan banyaknya model dan teknik pengambilan keputusan. Sebagian besar analisis perumusan kebijakan dilakukan dengan menentukan berbagai alternatif penanggulangan masalah yang melatarbelakangi suatu kebijakan, menentukan langkah-langkah yang perlu diambil untuk merespons permasalahan tersebut, bagaimana langkah-langkah tersebut dilakukan, dipantau, dan kemudian dievaluasi proses pengambilan keputusannya.

Namun ada sebagian analisis yang lebih fokus pada identifikasi dan penjelasan mengapa dan bagaimana proses pengambilan keputusan berlangsung (*analisis terhadap pengambilan keputusan*).

Memilih berbagai alternatif dalam pengambilan keputusan tentu saja membawa konsekuensi yang berbeda-beda. Menentukan dan memilih yang terbaik membutuhkan informasi yang lengkap dan seakurat mungkin untuk bisa mengetahui spesifikasi dan konsekuensi dari setiap alternatif yang ada sehingga akhirnya dapat dipilih alternatif yang terbaik. Dalam hal kebijakan, proses ini merupakan proses yang nuansa politiknya paling jelas, karena dari sekian banyak potensi solusi suatu masalah, sebagian harus ditolak dan satu atau beberapa yang lain dipilih dan digunakan. Dalam hal ini pilihan yang harus diambil tidaklah mudah dan keputusan untuk tidak melakukan apa-apa seringkali menjadi salah satu alternatif solusi yang kuat. Oleh sebab itu, prakondisi ideal yang diharapkan dalam setiap perumusan kebijakan adalah bahwa setiap alternatif telah diperkirakan konsekuensinya. Namun pada kenyataannya hal tersebut jarang sekali ditemui karena tidak ada informasi yang lengkap tentang konsekuensi dari setiap alternatif yang ada sehingga pengambilan keputusan lebih didasarkan pada perkiraan dan ramalan saja.

Perumusan kebijakan perlu juga dilihat sebagai fenomena yang bersifat politik. Dimensi politik dari fenomena ini dilatarbelakangi oleh adanya alternatif yang harus ditinggalkan dan ada alternatif yang diambil sebagai keputusan kebijakan. Dimensi politik dalam proses pengambilan keputusan terjadi sejak proses perumusan masalah. Proses pengambilan keputusan melibatkan sejumlah kepentingan yang berbeda-beda dan masing-masing mendefinisikan situasi permasalahan secara berbeda-beda yang pada gilirannya rumusan masalah yang dihasilkan tidak selalu sama. Konsekuensinya adalah bahwa alternatif solusi yang muncul dari berbagai rumusan masalah tersebut, bisa jadi menjadi solusi bagi satu pihak dan sekaligus menjadi ancaman bagi pihak lain. Dalam proses pengambilan keputusan yang merupakan sebuah proses yang kental dengan dimensi politik, seorang analis harus

memahami berbagai model pengambilan keputusan kebijakan yang berusaha menjelaskan, dan digunakan untuk 'merekayasa', fenomena dan proses pengambilan keputusan.

2) Analisis Implementasi Kebijakan

Mempelajari sebab-sebab keberhasilan atau kegagalan kebijakan dan faktor-faktor apa yang mempengaruhinya. Analisis ini minimal dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut: bagaimana cara implementasi kebijakan, siapa yang terlibat dalam implementasi, bagaimana interaksi para pelaku implementasi, siapa yang diberi wewenang secara formal dan siapa yang lebih berkuasa secara informal, bagaimana cara kerja birokrat, bagaimana cara pengawasan dan koordinasi, bagaimana tanggapan kelompok sasaran.

Proses implementasi kebijakan sebagian besar memberikan peran kepada para aktor kebijakan. Hal ini membuat proses implementasi kebijakan seringkali dimaknai sebagai proses administratif semata dan proses implementasi dianggap sebagai proses yang steril dan terpisah dari hiruk pikuk politik proses pengambilan keputusan dalam proses pembuatan kebijakan. Padahal kenyataan menunjukkan bahwa selalu ada kesenjangan antara tujuan yang dinyatakan dalam *policy statement* dengan *outcome* yang dihasilkan dari *policy implementation* mengharuskan analis mulai menelaah '*missing-link*' dalam analisis implementasi kebijakan yang selama ini dilakukan dalam arti bahwa analisis implementasi kebijakan harus bergerak lebih jauh lagi dan bukan hanya sekadar memandang proses implementasi kebijakan sebagai proses administratif semata. Dalam hal ini analis harus menemukan dan memetakan bagaimana proses implementasi kebijakan memiliki dinamikanya sendiri dan dinamika ini mempengaruhi *outcome* dari kebijakan yang diimplementasikan.

3) Analisis Evaluasi Kebijakan

Mengkaji akibat-akibat kebijakan atau mencari jawaban terhadap apa yang terjadi sebagai akibat dari implementasi

kebijakan. Analisis ini disebut juga sebagai analisis dampak kebijakan karena mengkaji akibat-akibat implementasi kebijakan.

Tujuan analisis kebijakan kesehatan secara umum adalah sebagai pedoman pemecahan masalah kebijakan di bidang kesehatan secara praktis. Tujuan analisis kebijakan kesehatan juga meliputi evaluasi kebijakan kesehatan dan rekomendasi kebijakan kesehatan. Analisis kebijakan kesehatan tidak hanya sekadar menghasilkan fakta, tetapi juga menghasilkan informasi mengenai nilai dan arah tindakan di bidang kesehatan yang lebih baik. Oleh sebab itu, tujuan analisis kebijakan dapat dirumuskan sebagai berikut:

- a. Untuk dapat memahami proses kebijakan kesehatan yang dikembangkan dan diimplementasikan.
- b. Untuk mengetahui tujuan dan motivasi di balik adanya suatu kebijakan kesehatan.
- c. Untuk memahami pengaruh kebijakan di sektor kesehatan terhadap kebijakan pada sektor lain, dan sebaliknya.
- d. Untuk memahami area-area yang potensial untuk diintervensi dalam proses kebijakan. Dalam hal ini untuk mendapatkan efek pemantapan dalam pengembangan kebijakan kesehatan dan proses implementasi.

Berdasarkan tujuan tersebut, maka manfaat analisis kebijakan kesehatan dapat dirumuskan sebagai berikut:

Analisis terhadap suatu kebijakan kesehatan akan melahirkan keputusan yang fokus pada masalah kesehatan yang akan diselesaikan.

- 1) Analisis terhadap suatu kebijakan kesehatan juga merupakan penggabungan berbagai disiplin ilmu dalam pengembangan ilmu pengetahuan. Kebijakan kesehatan dapat diposisikan baik sebagai *dependent variable* maupun *independent variable*. Sebagai dependen variabel berupaya untuk mencari variabel-variabel yang dapat mempengaruhi kualitas isi dari sebuah kebijakan kesehatan; sebaliknya sebagai independen variabel dapat berupaya untuk mengidentifikasi dampak kebijakan kesehatan.

- 2) Analisis terhadap kebijakan kesehatan melahirkan rekomendasi kepada pemerintah tentang jenis tindakan kebijakan apakah yang tepat untuk menyelesaikan suatu masalah.
- 3) Analisis terhadap suatu kebijakan kesehatan memberikan kepastian dengan memberikan kebijakan/keputusan yang sesuai atas suatu masalah yang awalnya tidak pasti.
- 4) Analisis kebijakan kesehatan menelaah berbagai fakta yang muncul kemudian sebagai akibat dari produk kebijakan yang telah diputuskan/diundangkan.
- 5) Analisis kebijakan membantu para praktisi dalam memecahkan masalah kesehatan masyarakat melalui pemahaman berbagai konsep-konsep dasar teori kebijakan.
- 6) Analisis kebijakan melalui berbagai teori dan proses kebijakan yang benar dapat meyakinkan para pelaku politik dalam menetapkan suatu kebijakan di bidang kesehatan.

Analisis terhadap kebijakan kesehatan dapat dilakukan mulai dari tahap perumusan masalah, *forecasting* (peramalan), rekomendasi kebijakan, implementasi kebijakan, *monitoring* kebijakan, dan evaluasi kebijakan. Dalam hal ini seorang analis kebijakan kesehatan dituntut untuk mengenali dan memahami instrumen-instrumen dasar tentang pembangunan kesehatan masyarakat yang berbasis pada hak asasi, serta implikasi politiknya pada tingkat global, nasional, maupun lokal. Selain itu hasil analisis dapat membantu dalam melakukan advokasi kesehatan dengan menggunakan berbagai instrumen serta rumusan yang jelas mengenai masalah kebijakan kesehatan yang diadvokasikan baik pada tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota.

6.3 Pendekatan dalam Analisis Kebijakan Kesehatan

Ada 3 (tiga) pendekatan utama evaluasi dalam analisis kebijakan, yaitu: evaluasi semu, evaluasi formal; dan evaluasi teoretis keputusan. Selain itu evaluasi mempunyai beberapa karakteristik yang membedakannya dari metode-metode analisis kebijakan yang lain yaitu titik berat pada nilai hubungan

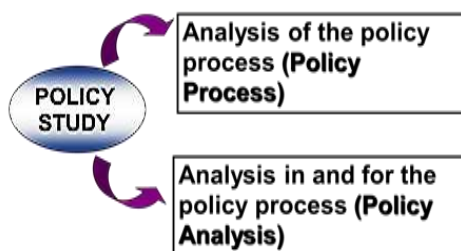
ketergantungan antara nilai dan fakta; orientasi masa kini dan masa lalu; dan dualitas nilai; sedangkan fungsi-fungsi utama dari analisis kebijakan adalah penyediaan informasi yang valid dan dapat dipercaya mengenai kinerja kebijakan; kejelasan dan kritik nilai-nilai yang mendasari pilihan tujuan dan sasaran dan penyediaan informasi bagi perumusan masalah dan inferensi praktis. Kriteria evaluasi kebijakan adalah efektivitas, estimasi, kecukupan, kesamaan, daya tanggap, dan kelayakan; sedangkan aspek-aspek dalam analisis kebijakan adalah: analisis mengenai perumusan kebijakan, analisis mengenai implementasi kebijakan, dan analisis mengenai evaluasi kebijakan.

Ada berbagai macam analisis kebijakan sebagaimana digambarkan berikut ini:



Gambar 6.2. Jenis-Jenis Analisis Kebijakan Kesehatan

Metode pendekatan kajian kebijakan adalah sebagai berikut:



Gambar 6.3. Metode Kajian Analisis Kebijakan Kesehatan

Analisis kebijakan terdiri dari beberapa bentuk yang dapat dipilih dan digunakan sebagai berikut:

Analisis Kebijakan Prospektif	Produksi dan transformasi informasi sebelum aksi kebijakan dimulai dan diimplementasikan khas ekonom, analisis sistem, dan peneliti operasi. Analisis kebijakan merupakan alat untuk mensintesa informasi yang dipakai dalam merumuskan alternatif dan preferensi kebijakan, dinyatakan secara komperatif, diramalkan dalam bahasa kuantitatif atau kualitatif sebagai penuntun pengambilan kebijakan. Analisis ini sering menimbulkan kesenjangan antara pemecahan masalah dengan upaya memecahkannya
Analisis Kebijakan Restrospektif	Analisa dengan deskripsi penelitian kebijakan, yaitu penciptaan dan transformasi informasi sesudah aksi kebijakan, dengan tipe: a) Analisis yang berorientasi pada disiplin ilmu (ilmuwan politik dan sosiolog) Mengembangkan menguji teori dengan teori, sebab-sebab, konsekuensi kebijakan, jarang mengidentifikasi tujuan dan sasaran. b) Analisis yang berorientasi pada masalah (ilmuwan politik dan sosiolog) Kurang menaruh perhatian pada pengujian teori dan lebih ke identifikasi variabel yang dimanipulasi para pembuat kebijakan untuk mengatasi masalah. c) Analisis yang berorientasi pada aplikasi (<i>sosial work</i>)
Analisis Kebijakan Terintegrasi	Mengkombinasikan gaya proposisi para praktisi yang menaruh perhatian pada penciptaan dan tranformasi informasi sebelum dan sesudah tindakan kebijakan.

Gambar 6.4. Bentuk-Bentuk Analisis Kebijakan Kesehatan

Pilihan bentuk analisis yang tepat menghendaki pemahaman masalah secara mendalam, sebab kondisi masalah yang cenderung menentukan bentuk analisis yang digunakan. Secara umum bentuk analisis kebijakan yang dilakukan bersifat prospektif, retrospektif, dan terpadu yang masing-masing memiliki karakteristik sebagai berikut:

1) Analisis Kebijakan Prospektif (AKP)

Bentuk analisis ini berupa penciptaan dan pemindahan informasi sebelum tindakan kebijakan ditentukan dan dilaksanakan. Ciri-cirinya adalah:

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

2) Analisis Kebijakan Retrospektif (AKR)

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

- ✓ Analisis berorientasi disiplin ilmu, lebih terfokus pada pengembangan dan pengujian teori dasar dalam disiplin keilmuan, dan menjelaskan sebab akibat kebijakan. Contoh: Upaya pencarian teori dan konsep kebutuhan serta kepuasan tenaga kesehatan di Indonesia, dapat memberi kontribusi pada pengembangan manajemen SDM original berciri Indonesia (kultural). Orientasi pada tujuan dan sasaran kebijakan tidak terlalu dominan. Dengan demikian, jika ditetapkan untuk dasar kebijakan memerlukan kajian tambahan agar lebih operasional.
- ✓ Analisis berorientasi masalah, menitikberatkan pada aspek hubungan sebab akibat dari kebijakan, bersifat terapan, namun masih bersifat umum. Contoh: tingkat pendidikan dapat meningkatkan cakupan layanan kesehatan. Orientasi tujuan bersifat umum, namun dapat memberi variabel kebijakan yang mungkin dapat dimanipulasikan untuk mencapai tujuan dan sasaran khusus, seperti meningkatnya kualitas kesehatan gigi anak sekolah melalui peningkatan program UKS oleh puskesmas.
- ✓ Analisis berorientasi penerapan, menjelaskan hubungan kausalitas, lebih tajam untuk mengidentifikasi tujuan dan sasaran dari kebijakan dan para pelakunya. Informasi yang dihasilkan dapat digunakan untuk mengevaluasi hasil kebijakan khusus, merumuskan masalah kebijakan, membangun alternatif kebijakan yang baru, dan mengarah pada pemecahan masalah praktis. Contoh: analisis dapat memperhitungkan berbagai faktor yang mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan pelayanan KIA di Puskesmas. Informasi yang diperoleh dapat digunakan sebagai dasar pemecahan masalah kebijakan KIA di puskesmas.

3) Analisis Kebijakan Terpadu/Terintegrasi

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

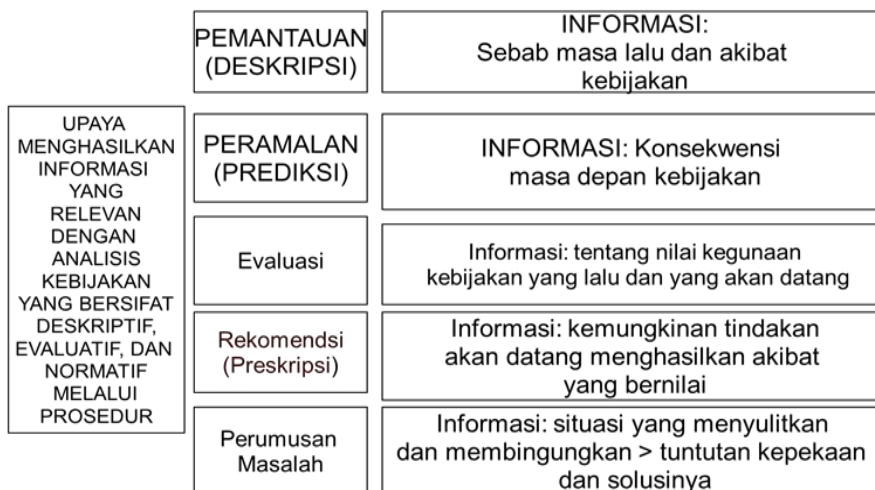
Bentuk analisis kebijakan di atas, menghasilkan jenis keputusan yang relatif berbeda yang bila ditinjau dari pendekatan teori keputusan (teori keputusan deskriptif dan normatif), dapat diuraikan sebagai berikut:

- ✓ Teori Keputusan Deskriptif (*descriptive decision theory*), bagian dari analisis retrospektif yang mendeskripsikan tindakan dengan fokus menjelaskan hubungan kausal tindakan kebijakan setelah kebijakan terjadi. Tujuan utama keputusan adalah memahami problem kebijakan, diarahkan pada pemecahan masalah, namun kurang pada usaha pemecahan masalah. Proposisi yang berkenaan dengan metode retrospektif, menerangkan sebab dan konsekuensi tindakan sesudah aksi dilakukan. Lebih memahami masalah ketimbang memecahkannya.
- ✓ Teori Keputusan Normatif (*normative decision theory*), memberi dasar untuk memperbaiki akibat tindakan, menjadi bagian dari metode prospektif (peramalan atau rekomendasi), lebih ditujukan pada usaha pemecahan masalah yang bersifat praktis dan langsung. Proposisi logis dan konsisten sebagai landasan memperbaiki konsekuensi aksi. Bermuara pada metode prospektif (peramalan dan rekomendasi). Memprediksi dan meramalkan arah tindakan dan berorientasi pada pemecahan masalah. Pendekatan tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 6.2. Pendekatan Keputusan Empiris, Evaluatif, dan Normatif

PENDEKATAN	PERTANYAAN UTAMA	TIPE INFORMASI
EMPIRIS	Adakah dan akankah ada (fakta)	Deskriptif dan Prediktif
EVALUATIF	Apa manfaatnya (nilai)	Evaluatif
NORMATIF	Apakah yang harus diperbuat (aksi)	Preskriptif

Oleh sebab itu, kombinasi metode analisis kebijakan dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 6.5. Kombinasi Metode Analisis Kebijakan Kesehatan

Analisis pada tahap-tahap awal pengambilan kebijakan terutama dalam definisi masalah dan penetapan agenda sangatlah penting. Disampaikan fakta-fakta epidemiologis atau ekonomis misalnya bukan hanya berbicara sendiri dalam menetapkan prioritas tetapi akan digunakan atau tidak tergantung pada proses politik. Peranan media dalam penetapan agenda ditegaskan

sebagai peranan penting untuk mengangkat dan membatasi masalah dalam perdebatan publik dan dalam lingkaran kebijakan.

Adapun variasi kegiatan analisis kebijakan publik adalah sebagai berikut:

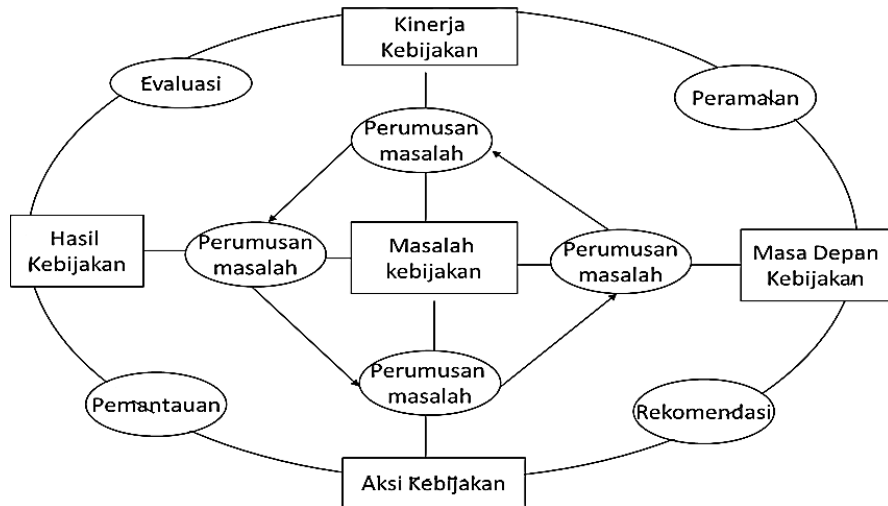
1. Kajian isi kebijakan (*study of policy content*), yaitu kajian atau upaya mempelajari kebijakan publik yang diarahkan pada pertanyaan mengenai asal muasalnya dan berkembangnya substansi tertentu yang menjadi objek kebijakan publik.
2. Kajian tentang proses kebijakan (*study of policy process*), yaitu perhatian kajian ditujukan pada tahapan munculnya suatu kebijakan ke permukaan, serta pengaruh berbagai faktor berkembangnya isu tersebut.
3. Kajian tentang *output* kebijakan (*study of policy output*), yaitu berupaya mengkaji mengapa terjadi beragam kualitas *output* kebijakan di berbagai daerah/area.
4. Kajian evaluasi (*evaluation study*), merupakan batas antara kegiatan *analysis of policy* dan *analysis for policy*. Kajian evaluasi merupakan kajian tentang dampak kebijakan terhadap populasi.
5. Kajian tentang informasi pembuatan kebijakan (*information for policy making*) merupakan upaya penghimpunan, pengolahan, dan penyusunan data guna membantu pembuat kebijakan menentukan keputusannya.
6. Proses rekomendasi (*process advocacy*) yakni upaya untuk meningkatkan kualitas sistem pembuatan kebijakan. Peningkatan tersebut dapat berupa penyempurnaan mekanisme pemerintahan (seperti: realokasi fungsi dan tugas pokok)
7. Rekomendasi kebijakan (*policy advocacy*) yakni kegiatan untuk memperjuangkan gagasan atau opsi tertentu dalam proses kebijakan, baik dilakukan secara individu atau melalui suatu "*pressure group*".

6.4 Argumen Kebijakan

Analisis kebijakan tidak hanya sekadar menghimpun data dan menghasilkan informasi. Analisis kebijakan juga harus memanfaatkan atau memindahkan informasi sebagai bagian dari argumen yang rasional mengenai kebijakan publik untuk mencari solusi masalah kebijakan publik. Dalam hal ini, analisis kebijakan tidak berhenti pada penggunaan berbagai metode pengkajian untuk menghasilkan dan mentransformasikan informasi. Meskipun produksi dan transformasi informasi merupakan suatu hal yang esensial dalam analisis kebijakan, yang tidak kalah pentingnya adalah penciptaan dan penilaian secara kritis klaim pengetahuan yang didasarkan atas informasi tersebut. Klaim pengetahuan yang dikembangkan sebagai kesimpulan dari argumen-argumen kebijakan, mencerminkan alasan-alasan mengapa berbagai macam pelaku kebijakan tidak sepakat terhadap suatu alternatif kebijakan.

Struktur argumen kebijakan menggambarkan bagaimana analisis kebijakan dapat menggunakan alasan dan bukti yang menuntun pada pemecahan masalah kebijakan. Berdasarkan struktur argumen, dapat diketahui bahwa seorang analisis kebijakan dapat menempuh langkah yang benar, dengan memanfaatkan informasi dan berbagai metode untuk pemecahan masalah kebijakan; dan tidak sekadar membenarkan alternatif kebijakan yang disukai.

Adapun tipe informasi, prosedur, dan analisis kebijakan berorientasi masalah dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 6.6. Tipe Informasi, Prosedur, dan Analisis Kebijakan

Argumen-argumen kebijakan yang merupakan sarana untuk melakukan perdebatan mengenai isu-isu kebijakan publik, mempunyai 6 (enam) elemen/unsur, yaitu:

1. Informasi yang Berhubungan (Relevan) dengan Kebijakan (Information)

Dihasilkan melalui penerapan berbagai metode merupakan bukti dari kerja analisis. Informasi tentang masalah-masalah kebijakan, masa depan kebijakan, aksi-aksi kebijakan, hasil kebijakan, dan kinerja kebijakan yang disajikan dalam berbagai bentuk informasi yang berhubungan (relevan) dengan kebijakan merupakan titik tolak dari suatu argumen kebijakan.

2. Klaim Kebijakan (Claim)

Merupakan kesimpulan dari suatu argumen kebijakan. Klaim kebijakan merupakan konsekuensi logis dari informasi yang

berhubungan (relevan) bagi kebijakan. Jika klaim kebijakan mengikuti penyajian informasi klaim tersebut berbunyi “maka”.

3. Pembeneran (*Warrant*)

Merupakan suatu asumsi di dalam argumen kebijakan yang memungkinkan analis untuk berpindah dari informasi yang berhubungan (relevan) dengan kebijakan ke klaim kebijakan. Pembeneran dapat mengandung berbagai macam asumsi otoritatif, intuitif, analisentris, kausal, pragmatis, dan kritik nilai. Peranan dari pembeneran adalah untuk membawa informasi yang berhubungan (relevan) dengan kebijakan kepada klaim kebijakan tentang terjadinya ketidaksepakatan atau konflik, dengan demikian memberi suatu alasan untuk menerima klaim.

4. Dukungan (*Backing*)

Dukungan bagi pembeneran terdiri dari asumsi-asumsi tambahan atau argumen-argumen yang dapat digunakan untuk mendukung pembeneran yang tidak diterima pada nilai yang tampak. Dukungan terhadap pembeneran dapat mengambil berbagai macam bentuk, yaitu hukum-hukum ilmiah, pertimbangan para pemegang otoritas keahlian, atau prinsip-prinsip moral dan etis. Dukungan terhadap pembeneran memungkinkan analisis bergerak ke belakang dan menyatakan asumsi-asumsi yang menyertainya.

5. Bantahan (*Rebuttal*)

Merupakan kesimpulan yang kedua, asumsi, atau argumen yang menyatakan kondisi di mana klaim asli tidak diterima, atau klaim asli hanya dapat diterima pada derajat penerimaan tertentu. Secara keseluruhan klaim kebijakan dan bantahan membentuk substansi isu-isu kebijakan, yaitu ketidaksepakatan di antara segmen-segmen yang berbeda dalam masyarakat terhadap serangkaian alternatif tindakan pemerintah. Pertimbangan terhadap bantahan-bantahan membantu analis mengantisipasi tujuan-tujuan

dan menyediakan perangkat sistematis untuk mengkritik salah satu klaim, asumsi dan argumennya.

6. Kesimpulan (*Qualifier*)

Kesimpulan (Q) mengekspresikan derajat di mana analis yakin terhadap suatu klaim kebijakan. Dalam analisis kebijakan, pemberi sifat sering diekspresikan dalam bahasa probabilitas (seperti “Barangkali”, “Sangat mungkin”, “pada tingkat kepercayaan 0,01”). Ketika analis secara penuh yakin terhadap suatu klaim atau ketika kesimpulan sepenuhnya deterministik dan tidak mengandung kesalahan sama sekali, suatu kesimpulan tidak diperlukan.

Struktur argumen kebijakan mengilustrasikan bagaimana para analis dapat menggunakan informasi untuk merekomendasikan pemecahan bagi masalah-masalah kebijakan. Hubungan di antara ke-enam elemen argumen kebijakan juga mendemonstrasikan di dalam cara-cara yang berbeda tergantung pada kerangka referensi, ideologi, atau pandangan dari kelompok-kelompok yang berbeda. Argumen kebijakan memungkinkan untuk terus melangkah melampaui perolehan informasi dan mentransformasikan informasi itu ke dalam kepercayaan tentang kebenaran yang dapat diterima (pengetahuan). Dengan demikian, analis dapat menggunakan kombinasi berbagai metode sehingga menjadi terbuka terhadap tantangan, dapat melakukan kritik diri, dan mampu mengarah pada penyelesaian masalah-masalah, bukannya melakukan pembenaran terhadap alternatif-alternatif kebijakan yang disukai.

Setiap argumen kebijakan mempunyai 6 (enam) elemen: informasi yang berhubungan (relevan) dengan kebijakan, klaim kebijakan, pembenaran, dukungan, bantahan, dan penguat. Analisis kebijakan umumnya bersifat kognitif, sedangkan pembuat kebijakan bersifat politis. Sistem kebijakan bersifat dialektis, merupakan kreasi subjektif dari pelaku kebijakan, merupakan realitas objektif dari para pelaku kebijakan merupakan produk dari sistem kebijakan.

Kebijakan kesehatan dilihat sebagai suatu kinerja (*performance*) sebagai dasar atau unit analisisnya secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 6.3. Kerangka Analisis Kebijakan Kesehatan

FOKUS	PARAMETER		
	PENELITIAN DAN RASIONALISASI	NILAI-NILAI	POLITIK
DEFINISI KEBIJAKAN a. Apa masalah kesehatan? b. Faktor apa sajakah yang mempengaruhi masalah kesehatan tersebut c. Siapa yang terpengaruh secara langsung oleh masalah tersebut	a. Apakah definisi masalah rasional dan konsisten dengan penelitian yang ada? b. Apakah definisi kelompok sasaran pada tingkat generalisasi tertentu sudah sesuai dengan penelitian? c. Apakah kriteria yang digunakan untuk menyeleksi kelompok sasaran didukung oleh rasionalisasi dan penelitian? d. Apakah penelitian yang ada mendukung penyebab masalah?	a. Apakah ini merupakan masalah kesehatan yang penting? b. Nilai-nilai apa yang penting dalam melakukan seleksi kelompok sasaran? Apakah nilai-nilai tersebut sudah sesuai/tepat? c. Nilai-nilai apa yang penting dalam menentukan penyebab masalah? Apakah nilai-nilai tersebut sudah tepat?	a. Apakah definisi masalah secara politik dapat diterima? b. Individu atau kelompok mana yang mendukung dan menentang pendefinisian kelompok sasaran? Apa akibatnya terhadap pendefinisian masalah kesehatan? c. Apa akibat penentuan masalah tersebut terhadap individu atau kelompok sasaran?
IMPLEMENTASI KEBIJAKAN a. Apa tujuan kebijakan kesehatan? b. Program dan pelayanan kesehatan apa yang diberikan? c. Bagaimana kebijakan tersebut diimplementasikan d. Di mana kebijakan tersebut? Diimplementasi-	a. Apakah tujuan kebijakan konsisten dengan penelitian dan pendefinisian masalah? b. Apakah bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan? Apakah penelitian mendukung pelayanan kesehatan yang dipilih?	a. Nilai-nilai apa yang mempengaruhi tujuan kebijakan?, apakah nilai-nilai tersebut sudah tepat? b. Apakah kebijakan memperlakukan klien secara tepat sesuai dengan kesamaan, kesetaraan, kelayakan dan penentuan nasib	a. Seberapa besar tingkat kekuasaan yang menentang kebijakan? Bagaimana hal ini mempengaruhi kebijakan? b. Adakah dukungan yang memadai yang dapat memungkinkan kebijakan

FOKUS	PARAMETER		
	PENELITIAN DAN RASIONALISASI	NILAI-NILAI	POLITIK
kan e. Kapan kebijakan tersebut diimplementasikan? f. Siapakah <i>implementor</i> kebijakan tersebut?	c. Apakah struktur organisasi sudah sesuai dengan kebijakannya? d. Apakah pendanaan memadai, teramalkan, tersedia sesuai dengan penelitian dan rasionalisasi?	sendiri klien? c. Apakah struktur organisasi mendukung efektivitas dan efisiensi pemberian pelayanannya? d. Apakah pendanaan memadai, teramalkan dan tersedia sejalan dengan nilai?	diterapkan? c. Individu dan kelompok mana yang akan diuntungkan oleh kebijakan ini? Apakah dampaknya bagi implementasi kebijakan? d. Apakah pendanaan memadai, teramalkan dan tersedia sejalan dengan politik?
KONSEKUENSI KEBIJAKAN a. Apakah keuntungan dan kerugian kebijakan? b. Apakah konsekuensi kebijakan bagi klien, sistem kesehatan, dan sistem pelayanan kesehatan?	a. Apakah keuntungan dan kerugian sejalan dengan penelitian dan rasionalisasi? b. Apa konsekuensi yang diharapkan dan tidak diharapkan dari kebijakan dalam kaitannya dengan penelitian dan rasionalisasi?	a. Apakah keuntungan dan kerugian sejalan dengan nilai-nilai? b. Apa konsekuensi yang diharapkan dan tidak diharapkan dari kebijakan dalam kaitannya dengan nilai?	a. Apa keuntungan dan kerugian sejalan dengan politik? b. Bagaimana dukungan dan penentangan terhadap kebijakan pada tingkat masyarakat mempengaruhi pemberian pelayanan kesehatan?

6.5 Langkah-Langkah Analisis Kebijakan

Dalam melakukan analisis terhadap suatu kebijakan ada beberapa langkah yang ditempuh sebagai berikut:

1) Pengkajian Masalah

Tujuan pengkajian adalah menemukan dan memahami hakikat suatu masalah. Kemudian merumuskan dalam hubungan sebab akibat yang terjabarkan dalam faktor penyebab (*independent variable*) dan faktor akibat (*dependent variable*).

Misalnya: Kompetensi dan motivasi kerja tenaga kesehatan rendah sehingga kinerja pelayanan kesehatan rendah (masalah formal).

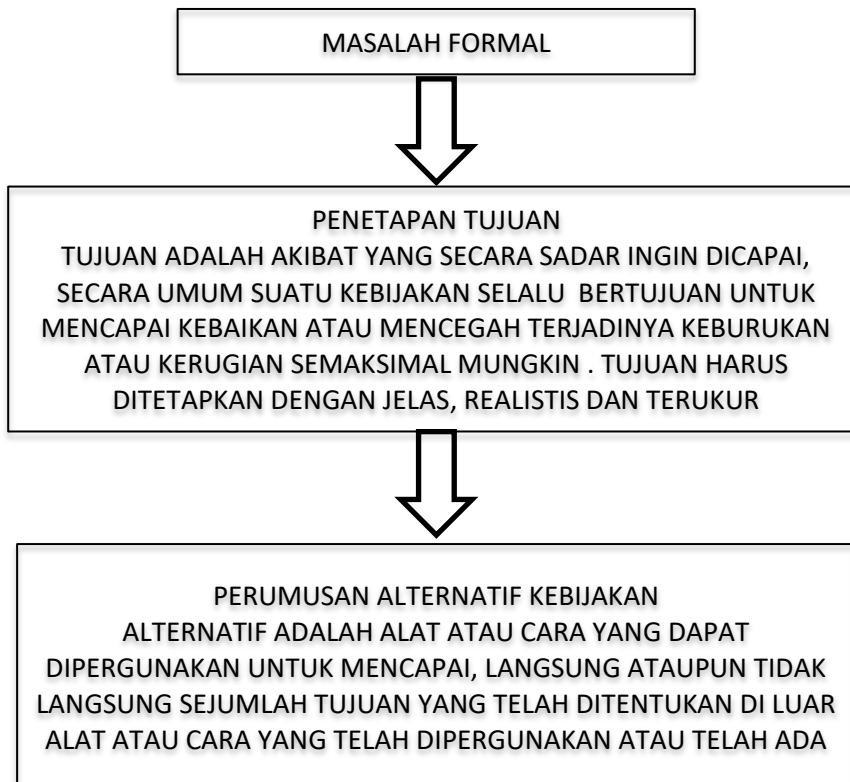
2) Penentuan Tujuan

Tujuan adalah akibat yang secara sadar ingin dicapai atau dihindari. Secara umum kebijakan selalu ingin mencapai kebaikan dan semaksimal mungkin mencegah keburukan yang bakal terjadi.

3) Perumusan Alternatif

Alternatif adalah alat atau cara yang dipergunakan untuk mencapai secara langsung atau tidak sejumlah tujuan yang telah ditentukan di luar alat atau cara yang telah dipergunakan atau sudah ada.

Alternatif dikembangkan dari pengkajian masalah dan penentuan tujuan seperti gambar berikut:



Gambar 6.7. Pengembangan Alternatif Kebijakan

Alternatif kebijakan dapat muncul berdasarkan pengamatan dan melakukan semacam analogi. Informasi yang berkaitan dengan langkah ini yaitu metode penelitian, teori berhubungan (relevan), substansi persoalan dan metode kuantitatif

4) Penyusunan Model

Model adalah penyederhanaan kenyataan persoalan yang dihadapi lalu diwujudkan dalam hubungan kausal atau fungsional yang dituangkan dalam model *schematic model* (*flow chart*, *arrow diagram*, dan sebagainya), *physical model* (miniatur), *game model* (permainan peran).

5) Penentuan Kriteria

Analisis akan memerlukan kriteria yang jelas dan konsisten untuk menilai alternatif (menyangkut ekonomi: efisiensi, dan sebagainya), politik, hukum administrasi (efektivitas dan sebagainya), nilai-nilai abstrak seperti etika, falsafah (*equity*, *equality*, dan sebagainya). Dalam penentuan kriteria diperlukan penilaian terhadap hal-hal berikut.

- a) *Technical Feasibility*: melihat sampai sejauh mana alternatif kebijakan dapat mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kriteria penilaian ini lebih menekankan pada efektivitas suatu alternatif langkah intervensi dalam mencapai apa tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.
- b) *Economic and Financial Feasibility*: melihat sampai sejauh mana alternatif kebijakan membutuhkan biaya dan seberapa besar keuntungan yang dapat diperoleh dari setiap alternatif kebijakan. Kriteria penilaian ini lebih menekankan pada efisiensi dari setiap alternatif kebijakan untuk mencapai apa yang menjadi tujuannya. Teknik ini dapat menggunakan *cost benefit analysis*.
- c) *Political Viability*: melihat sampai sejauh mana alternatif kebijakan menyebabkan efek atau dampak politik. Dampak alternatif kebijakan ini dapat dilihat dari tingkat aksesibilitas (*acceptability*), kesesuaian dengan nilai-nilai yang dianut

masyarakat (*appropriateness*), responsivitas (*responsiveness*), kesesuaian dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (*legal suitability*), dan pemerataan (*equity*). Kriteria ini intinya untuk memperoleh dukungan politik (*political sponsorship*), terhadap alternatif kebijakan yang diusulkan.

- d) *Administrative Operability*: melihat seberapa besar kemungkinan alternatif kebijakan dapat berhasil dilaksanakan dalam konteks politik, ekonomi, sosial dan administrasi yang berlaku. Kriteria ini melihat dari dimensi otoritas instansi pelaksana, komitmen kelembagaan, kapabilitas staf dan dana serta dukungan organisasi.

Sebagai contoh pelaksanaannya adalah sebagai berikut:

NO	KRITERIA	ALTERNATIF		
		A	B	C
1	<i>Technical Feasibility</i>	.....	.....	.....
2	<i>Economic and Financial Feasibility</i>	.....	.....	.....
3	<i>Political Viability</i>	.....	.....	.....
4	<i>Administrative Operability</i>	.....	.....	.....

6) Penilaian Alternatif

Alternatif-alternatif yang telah dirumuskan perlu dinilai berdasarkan kriteria-kriteria yang telah ditetapkan. Tujuannya adalah untuk mendapatkan gambaran lebih jauh dan mendalam mengenai tingkat efektivitas, efisiensi dan fisibilitas tiap-tiap alternatif dalam pencapaian tujuan seperti ekonomi yang paling efisien, politik yang paling bisa dilaksanakan dan etika filosofis yang tidak bertentangan nilai sosial budaya. Alternatif yang dinilai, diberikan urutan *ranking* dan dipilih yang mendapat *ranking* tertinggi seperti gambar berikut:

NO	KRITERIA	ALTERNATIF									KET
		A			B			C			
		B	N	S	B	N	S	B	N	S	
1.	Technical Feasibility										
2.	Economic and Financial Feasibility										
3.	Political Viability										
4.	Administrative Operability										
	Jumlah										
	Ranking										

Ket: B=Bobot, N=Nilai, S= Skor

7) Penyusunan Rekomendasi

Penilaian alternatif memberikan gambaran mengenai sejumlah pilihan yang tepat untuk mencapai tujuan. Langkah akhir analisis kebijakan merumuskan saran alternatif yang diperhitungkan dapat mencapai tujuan secara optimal dalam berbagai kondisi, yang dilengkapi dengan strategi pelaksanaannya.

Adapun matriks perumusan rekomendasi kebijakan dapat dibuat seperti berikut:

NO	KOMPONEN	(untuk diisi)
1.	Masalah formal	.....
2.	Dampak saat ini	.....
3.	Tujuan Kebijakan	.....
4.	Instrumen kebijakan	.....
5.	Alternatif kebijakan	.....
6.	Dampak pelaksanaan kebijakan	.....
7.	Ramalan masa depan	.....
8.	Hal-hal yang diatur dalam kebijakan	.....

Sebagai contoh:

1.	Masalah formal	1) Masih rendahnya kualitas pelayanan kesehatan 2) Belum optimalnya dukungan Pemda dalam pengembangan kualitas pelayanan kesehatan
2.	Dampak saat ini	1) Banyaknya keluhan pasien 2) Rendahnya kemauan masyarakat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan 3) Rendahnya pendapatan dari sektor pelayanan kesehatan
3.	Tujuan Kebijakan	Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan
4.	Instrumen kebijakan	Peraturan Kepala Daerah
5.	Alternatif kebijakan	Pengembangan kompetensi tenaga kesehatan
6.	Dampak pelaksanaan kebijakan	1) Berkurangnya keluhan pasien 2) Meningkatnya kemauan masyarakat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan 3) Meningkatnya pendapatan dari sektor pelayanan kesehatan
7.	Ramalan masa depan	Pelayanan kesehatan yang bermutu dan memiliki daya saing yang tinggi
8.	Hal-hal yang diatur dalam kebijakan	Kompetensi petugas kesehatan disesuaikan dengan tuntutan dan kebutuhan masyarakat pengguna jasa pelayanan kesehatan

Selain itu, rumusan rekomendasi kebijakan yang baik minimal haruslah mengandung unsur-unsur berikut:

- 1) Apa yang akan dikerjakan
- 2) Informasi atas aksi yang akan dilakukan
- 3) Prosedur penetapan kebijakan
- 4) Faktor pendukung untuk menentukan rekomendasi
- 5) Estimasi tingkat risiko, ketidakpastian, akibat ganda dan kriteria pilihan
- 6) Rekomendasi pengambilan keputusan

BAB VII

KEBIJAKAN DESENTRALISASI BIDANG KESEHATAN

7.1 Konsep Desentralisasi di bidang Kesehatan

Desentralisasi merupakan fenomena yang kompleks dan sulit didefinisikan secara tegas. Indonesia merupakan salah satu negara yang sangat terdesentralisasi. Pemerintah daerah bertanggung jawab atas sepertiga belanja negara dan setengah dari anggaran pembangunan. Pengeluaran dalam bidang pendidikan, kesehatan dan penyediaan infrastruktur juga merupakan tanggung jawab pemerintah daerah. Bahkan tiga perempat dari pegawai negeri bekerja untuk pemerintah daerah. Fakta ini menempatkan Indonesia sebagai negara yang lebih terdesentralisasi dari kondisi rata-rata negara OECD dan negara Asia Timur lainnya, kecuali Cina. Bahkan sebegitu terdesentralisasinya Indonesia, sehingga pemerintahan hanya akan berfungsi dengan baik, jika desentralisasi dapat berjalan dengan baik.

Jika desentralisasi berjalan secara tertatih-tatih, maka berbagai penyediaan layanan publik, seperti kesehatan dan pendidikan, akan mengalami hambatan yang cukup berarti. Akibatnya kesenjangan antara si kaya dan si miskin akan semakin menajam. Bahkan stabilitas makro ekonomi dapat terancam karenanya. Berbagai pengalaman di Filipina dan Kolombia menunjukkan, bagaimana lemahnya kerangka desentralisasi yang dibangun dapat menyebabkan penurunan dalam penyediaan layanan publik. Berbagai permasalahan makro ekonomi di

Argentina dan Brasilia, sebagian besar juga dapat dikaitkan dengan buruknya pelaksanaan desentralisasi.

Salah satu hal penting dalam desentralisasi di Indonesia di tahun 1999 adalah desentralisasi fiskal. Secara teori, desentralisasi fiskal adalah pemindahan kekuasaan untuk mengumpulkan dan mengelola sumber daya finansial dan fiskal. Desentralisasi fiskal dapat dijadikan sebagai indikator mengenai berjalannya kebijakan desentralisasi. Sejarah telah mencatat bahwa pada akhir tahun 1970-an, Indonesia melakukan desentralisasi di bidang kesehatan namun tidak disertai dengan desentralisasi fiskal. Akibatnya tidak terjadi pemindahan wewenang dari pemerintah pusat ke daerah. Bagian ini mengkaji apakah kebijakan desentralisasi fiskal berjalan, dan berusaha memahami prospek pembangunan kesehatan dalam era desentralisasi.

Desentralisasi merupakan fenomena yang kompleks dan sulit didefinisikan. Definisinya bersifat kontekstual karena tergantung pada konteks historis, institusional, serta politis di masing-masing Negara. Namun, secara umum desentralisasi dapat didefinisikan sebagai pemindahan tanggung jawab dalam perencanaan, pengambilan keputusan, pembangkitan, serta pemanfaatan sumber daya serta kewenangan administratif dari pemerintah pusat ke: 1) unit-unit teritorial pemerintah pusat atau kementerian, 2) tingkat pemerintahan yang lebih rendah, 3) organisasi semi otonom, 4) badan otoritas regional, 5) organisasi non pemerintah atau organisasi yang bersifat sukarela.

Menurut teori Dennis Rondinelli dan G. Shabbir Cheema, terdapat empat bentuk desentralisasi: 1) Dekonsentrasi, 2) Devolusi, 3) Delegasi, dan 4) privatisasi. Dalam perkembangannya, analisis desentralisasi kesehatan dengan hanya menggunakan administrasi publik belumlah cukup untuk menjabarkan proses implementasi desentralisasi serta implikasinya. Hal ini karena teori ini hanya menjelaskan tingkat dan bentuk pemerintahan yang melimpahkan kewenangan dan pihak yang menerima transfer tersebut. Teori ini tidak memadai untuk menganalisis fungsi-fungsi

dan tugas yang dilimpahkan dari tingkat yang lebih tinggi ke tingkat yang lebih rendah.

Sejarah desentralisasi kesehatan juga mengikuti perkembangan desentralisasi dalam pemerintahan. Secara global, selama tahun 1950-an dan 1960-an, Negara mempunyai peranan sentral yang kuat dalam pembangunan. Di berbagai negara berkembang terutama Afrika dan Asia Tenggara, pelayanan kesehatan masyarakat tumbuh sebagai respons terhadap gagasan pemerintah pusat untuk menyediakan pelayanan kesehatan di area pedesaan dan perkotaan. Pemerintah daerah tidak banyak berperan dalam hal ini. Pengambilan keputusan dalam hal pelayanan kesehatan pada saat itu sangat bersifat sentralistis, sehingga daerah mempunyai kemampuan administratif serta manajerial yang rendah. Namun demikian, pemerintah tidak memonopoli dalam kepemilikan pelayanan kesehatan. Banyak terdapat pelayanan kesehatan yang bersifat sukarela, terutama yang dirintis oleh lembaga swadaya masyarakat atau keagamaan.

Pada masa itu, perumusan kebijakan kesehatan banyak dipengaruhi oleh kalangan elite medis. Namun kemudian dominasi paradigma medis (misalnya kebijakan yang terlalu terfokus pada obat dan pelayanan kesehatan kuratif) dalam kebijakan kesehatan mulai dipertanyakan dari segi epidemiologi dan ekonomis. Kemudian, deklarasi Alma Ata tahun 1978 yang berfokus pada peningkatan peran pelayanan kesehatan primer ternyata mampu memicu proses reformasi, sehingga arena kebijakan kesehatan bertambah.

Sebelum desentralisasi, sistem informasi merupakan bagian dari program-program vertikal, seringkali didorong oleh badan internasional atau lembaga donor. Program pemberantasan malaria yang kemudian berubah menjadi pengendalian malaria, imunisasi (*expanded program for immunization*), pengendalian tuberkulosis, kesehatan ibu dan anak, termasuk keluarga berencana, didukung dengan sistem informasi yang dirancang di pusat. Sebagai upaya penyeragaman sistem informasi, telah dirancang pelbagai perangkat lunak yang didistribusikan secara cuma-cuma, misalnya

RADIX untuk pengelolaan obat di gudang farmasi, SIMKA untuk data tenaga kesehatan, dan lain-lain.

Sistem informasi yang mengikuti program-program vertikal menjadi kurang terkoordinasi, sehingga dengan mudah terjadi duplikasi data atau sebaliknya, data yang dibutuhkan tidak dikumpulkan. Data penyakit menular dilaporkan ke direktorat-direktorat di lingkungan P2M, data pelayanan puskesmas dilaporkan ke Binkesmas, sedangkan data rumah sakit dilaporkan ke Yanmedik. Survei-survei kesehatan yang memberikan informasi tentang demografi dan kesehatan komunitas dikelola oleh Balitbang. Tidak ada rancangan atau arsitektur *database* yang memudahkan integrasi dan analisis data sehingga program-program kesehatan lebih terarah dan berdaya guna.

Pada era desentralisasi, masalah menonjol yang dihadapi adalah perubahan struktur dan fungsi sumber daya manusia, khususnya di tingkat distrik dan provinsi, setelah peleburan kantor wilayah dan kantor Depkes.

Perubahan sistem informasi kesehatan di tingkat nasional, provinsi maupun kabupaten semenjak era desentralisasi, sebenarnya tidak hanya dipicu oleh kebijakan itu sendiri (seakan-akan menimbulkan korban sistem informasi kesehatan nasional yang mengalami kekosongan data dan informasi) tetapi juga didorong oleh perkembangan teknologi informasi yang cukup pesat serta difusi teknologi tersebut di sektor kesehatan secara meluas. Aturan yang lebih rinci dan mendalam dalam hal pemanfaatan teknologi informasi (informatika) dan pembinaan teknis kepada para petugas di daerah akan mencakup konsep data kesehatan masyarakat (tidak hanya penyakit dan status kesehatan, tetapi juga sumber daya dan indikator kinerja manajemen pelayanan kesehatan), standar dan aturan website dinas kesehatan sebagai data *repository* maupun format pertukaran data serta interoperabilitas data antar organisasi.

Menurut Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) menjelaskan bahwa Desentralisasi adalah penyerahan wewenang/transfer wewenang dari pemerintah pusat baik kepada pejabat-pejabat

pemerintah pusat di daerah yang disebut dekonsentrasi maupun kepada badan-badan otonom daerah yang sering disebut devolusi. Selanjutnya PBB menjelaskan bahwa dua prinsip dari penyerahan wewenang dan fungsi pemerintah adalah **pertama**, *deconsentration of area offices of administration* (perangkat wilayah yang berada di daerah) dan **kedua**, devolusi di mana sebagian kekuasaan pemerintah diserahkan kepada badan-badan politik di daerah yang diikuti dengan penyerahan kekuasaan/kewenangan sepenuhnya untuk mengambil keputusan baik secara politis maupun administratif.

Dikatakan oleh Bryant bahwa konsekuensi dari penyerahan wewenang dalam pengambilan keputusan dan pengawasan kepada badan-badan otonomi adalah untuk memberdayakan kemampuan lokal (*empowerment local capacity*). Wewenang dan sumber daya yang diberikan berkaitan erat satu sama lainnya. Apabila badan-badan lokal disertai tanggung jawab dan sumber daya, maka kemampuan untuk mengembangkan otoritasnya akan meningkat. Sebaliknya, jika pemerintah lokal hanya ditugaskan untuk mengikuti kebijakan pusat maka partisipasi para elite dan warganya akan rendah. Dengan demikian maka kekuasaan pada tingkat pusat tidak akan berkurang bahkan akan memperoleh respek dan kepercayaan dari tingkat lokal yang pada akhirnya akan meningkatkan pengaruh dan legitimasinya.

Sedangkan para ahli Indonesia, seperti R. Tresna, Koesoemadmadja, Amrah Moeslimin, The Liang Gie dan sebagainya termasuk dalam aliran **Kontinental**.

Menurut R. Tresna desentralisasi dapat dibedakan ke dalam:

- Desentralisasi jabatan (dekonsentrasi), adalah pemberian atau pemsrahan kekuasaan dari atas ke bawah dalam rangka kepegawaian, guna kelancaran pekerjaan semata-mata.
- Desentralisasi ketatanegaraan, merupakan pemberian kekuasaan untuk mengatur bagi daerah di dalam lingkungannya guna mewujudkan asas demokrasi dalam pemerintahan negara. Desentralisasi ketatanegaraan ini

dibagi menjadi: desentralisasi teritorial dan desentralisasi fungsional.

Sementara itu Koesoemadmadja, desentralisasi adalah sistem untuk mewujudkan demokrasi yang memberikan kesempatan kepada rakyat untuk ikut serta dalam penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan. Desentralisasi menurutnya dapat dibedakan menjadi: dekonsentrasi dan desentralisasi ketatanegaraan atau desentralisasi politik, yaitu: pelimpahan kekuasaan perundang-undangan dan pemerintahan kepada daerah-daerah otonom di dalam lingkungannya. Dalam desentralisasi politik/ketatanegaraan ini masyarakat dilibatkan dalam penyelenggaraan pemerintahan melalui saluran-saluran perwakilan. Desentralisasi politik/ketatanegaraan ini dibagi lagi menjadi **(1) desentralisasi teritorial**, yaitu pelimpahan kekuasaan untuk mengatur dan mengurus rumah tangga daerah masing-masing; **(2) desentralisasi fungsional**, yaitu pelimpahan kekuasaan untuk mengatur dan mengurus sesuatu atau beberapa kepentingan tertentu.

Ahli lainnya adalah Amrah Moeslim yang tidak memasukkan dekonsentrasi sebagai salah satu jenis desentralisasi. Menurut Moeslim, desentralisasi dibedakan dalam tiga jenis, yaitu:

1. Desentralisasi politik, yaitu pelimpahan wewenang dari pemerintah pusat yang menimbulkan hak mengatur dan mengurus kepentingan rumah tangga sendiri bagi badan politik di daerah-daerah yang dipilih oleh rakyat daerah.
2. Desentralisasi fungsional, yaitu pemberian hak kepada golongan-golongan tertentu untuk mengurus satu macam atau segolongan kepentingan tertentu dalam masyarakat baik terikat ataupun tidak.
3. Desentralisasi kebudayaan adalah pemberian hak kepada golongan minoritas dalam masyarakat untuk menyelenggarakan kebudayaan sendiri (pendidikan, agama dll.).

Menurut pendapat The Liang Gie, desentralisasi adalah pelimpahan wewenang dari pemerintah pusat kepada satuan-satuan organisasi pemerintahan untuk menyelenggarakan segenap kepentingan setempat dari sekelompok penduduk yang mendiami suatu wilayah. Sementara itu menurut UU No. 5 Tahun 1974, desentralisasi adalah penyerahan urusan pemerintah dari pemerintah atau daerah tingkat atasnya kepada daerah, menjadi urusan rumah tangganya. Sedangkan menurut UU Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah, desentralisasi adalah penyerahan wewenang pemerintah oleh pemerintah kepada daerah otonom dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Dari berbagai definisi tersebut maka dapat disimpulkan bahwa desentralisasi pada dasarnya adalah suatu proses transfer/penyerahan sebagian wewenang dan tanggung jawab dari urusan yang semula adalah urusan pemerintah pusat kepada badan-badan atau lembaga-lembaga pemerintah daerah agar menjadi urusan rumah tangganya sehingga urusan-urusan tersebut beralih kepada daerah dan menjadi wewenang dan tanggung jawab pemerintah daerah.

7.2 Sistem Desentralisasi

Sistem Desentralisasi yang sekarang ini berlaku di Indonesia, membawa perubahan tersendiri dalam Pembangunan Kesehatan di Indonesia. Sesuai Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan telah dicantumkan bahwa Tujuan Nasional Pembangunan Kesehatan adalah terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang optimal berupa keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang optimal, yang memungkinkan orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal, bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan, pelaksanaan pelayanan kesehatan

yang merupakan perwujudan dari paradigma sehat pada saat ini lebih banyak dilaksanakan di pusat kesehatan masyarakat.

Desentralisasi kesehatan di Indonesia secara lebih jelas dilaksanakan setelah dikeluarkannya UU No. 22 Tahun 1999, PP No. 25 Tahun 2000, serta SE Menkes No. 1107/Menkes/E/VII/2000. UU No. 22 Tahun 1999 Pasal 1 ayat h menyebutkan “otonomi daerah adalah kewenangan daerah otonom untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat (termasuk bidang kesehatan), menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku”.

Menurut aturan perundang-undangan dan dalam praktiknya, desentralisasi bidang kesehatan yang ada di Indonesia menganut semua jenis desentralisasi (dekonsentrasi, devolusi, delegasi dan privatisasi). Hal ini terlihat dari masih adanya kewenangan pemerintah pusat yang didekonstrasikan di daerah provinsi melalui Dinas Kesehatan Provinsi. Selain itu, berdasarkan SE Menkes/E/VII/2000 disebutkan beberapa tugas yang mungkin tidak dapat dilaksanakan oleh pemerintah kabupaten/kota dapat diserahkan ke tingkat yang lebih tinggi. Upaya privatisasi pelayanan kesehatan dan perusahaan pendukung pelayanan kesehatan juga sedang giat dilakukan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan program desentralisasi di negara berkembang (Rondinelli *et al.*, 1987) antara lain sebagai berikut:

1. Faktor politik

Penelitian menunjukkan bahwa keberhasilan pelaksanaan desentralisasi kebijakan sangat tergantung pada faktor-faktor politik. Politik yang kuat komitmen dan dukungan harus datang dari para pemimpin nasional untuk perencanaan pemindahan, pengambilan keputusan dan kewenangan manajerial untuk agen lapangan dan tingkat administrasi, atau ke swasta sektor. Para pemimpin politik harus bersedia menerima partisipasi dalam perencanaan dan pengelolaan organisasi lokal yang berada di luar kontrol langsung dari pemerintah pusat atau politik yang dominan

partai. Mendukung, dan komitmen untuk desentralisasi harus juga berasal dari instansi garis birokrasi pusat, dan pusat pejabat pemerintah harus bersedia untuk mentransfer fungsi yang sebelumnya dilakukan oleh mereka untuk organisasi lokal. Desentralisasi biasanya membutuhkan kapasitas administratif dan teknis yang kuat dalam instansi pemerintah pusat dan kementerian untuk melaksanakan fungsi pembangunan nasional dan mendukung—dengan memadai perencanaan, pemrograman, logistik, personil dan sumber daya anggaran—bidang mereka instansi dan tingkat pemerintahan yang lebih rendah dalam melakukan fungsi desentralisasi.

2. Faktor organisasi

Organisasi yang kondusif untuk desentralisasi meliputi alokasi sesuai perencanaan dan fungsi administratif antara tingkat pemerintah dan organisasi lokal dengan setiap fungsi sesuai dengan kemampuan pengambilan keputusan dari masing-masing tingkat organisasi. Desentralisasi memerlukan hukum, peraturan dan instruksi yang jelas. Garis hubungan antara tingkat pemerintahan yang berbeda dan administrasi, alokasi fungsi antar unit organisasi, peran dan tugas petugas di setiap tingkat, organisasi koperasi dan swasta, dan keterbatasan mereka serta kendala. Desentralisasi harus didukung oleh pengaturan hukum yang fleksibel, berdasarkan kriteria kinerja, fungsi realokasi sebagai sumber daya dan kemampuan lokal organisasi berubah seiring waktu. Jelas dan relatif perencanaan rumit dan prosedur manajemen untuk memunculkan partisipasi pemimpin lokal dan warga—dan untuk mendapatkan, kerja sama atau persetujuan dari penerima manfaat dalam formulasi, penilaian, organisasi, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan program penyediaan—juga diperlukan.

3. Faktor perilaku *stakeholder*

Kondisi perilaku dan psikologis mendukung desentralisasi termasuk sikap yang tepat dan perilaku pejabat pemerintah pusat

dan tingkat lebih rendah terhadap desentralisasi penyediaan jasa dan pemeliharaan, dan kemauan pada bagian mereka untuk berbagi kewenangan dengan warga dan menerima mereka partisipasi dalam pengambilan keputusan publik. Efektif berarti harus ditemukan untuk mengatasi perlawanan, atau mendapatkan kerja sama, dari elite lokal dan tokoh adat. Tingkat minimum kepercayaan dan hormat harus diciptakan antara organisasi lokal dan pemerintah pejabat, dan saling pengakuan bahwa setiap mampu melakukan fungsi tertentu dan berpartisipasi secara efektif dalam berbagai aspek pembiayaan dan manajemen. Kepemimpinan yang kuat harus dikembangkan dalam organisasi lokal dan perusahaan swasta yang akan memungkinkan mereka untuk secara efektif menangani daerah dan pusat pemerintah.

4. Faktor SDA dan finansial

Faktor sumber daya keuangan dan manusia yang dibutuhkan untuk desentralisasi termasuk pemberian kewenangan yang cukup untuk unit lokal organisasi administrasi atau pemerintah, koperasi dan swasta untuk mendapatkan sumber keuangan yang memadai untuk memperoleh peralatan, perlengkapan, personil dan fasilitas yang diperlukan dalam rangka memenuhi terdesentralisasi tanggung jawab. Pada akhirnya, keberhasilan desentralisasi kebijakan bergantung pada institusi kapasitas. Kapasitas kelembagaan masyarakat lokal dan organisasi swasta untuk membiayai dan mengelola pelayanan dan pemeliharaan, dan pemerintah pusat untuk memfasilitasi dan mendukung desentralisasi, harus diperkuat (Rondinelli, Leonard, Uphoff, 1986). Secara umum, kapasitas dapat didefinisikan sebagai kemampuan untuk mengantisipasi dan mempengaruhi perubahan, membuat keputusan, menarik dan menyerap sumber daya, dan mengelola sumber daya untuk mencapai tujuan.

7.3 Dampak Sistem Desentralisasi Kesehatan

Desentralisasi pembangunan kesehatan. Adanya kebijakan desentralisasi dalam bidang kesehatan akan membawa implikasi yang luas bagi pemerintah daerah dan masyarakat. Implikasi tersebut dapat memberikan dampak positif dan dampak negatif.

Dampak positif desentralisasi pembangunan kesehatan, antara lain, adalah sebagai berikut:

1. Terwujudnya pembangunan kesehatan yang demokratis yang berdasarkan atas aspirasi masyarakat.
2. Pemerataan pembangunan dan pelayanan kesehatan.
3. Optimalisasi potensi pembangunan kesehatan di daerah yang selama ini belum tergarap.
4. Memacu sikap inisiatif dan kreatif aparatur pemerintah daerah yang selama ini hanya mengacu pada petunjuk atasan.
5. Menumbuhkembangkan pola kemandirian pelayanan kesehatan (termasuk pembiayaan kesehatan) tanpa mengabaikan peran serta sektor lain.

Dampak negatif muncul pada dinas kesehatan yang selama ini terbiasa dengan kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah pusat diharuskan membuat program dan kebijakan sendiri. Jika pemerintah daerah tidak memiliki sumber daya yang andal dalam menganalisis kebutuhan, mengevaluasi program, dan membuat program, maka program yang dibuat tidak akan bermanfaat. Selain itu, pengawasan dana menjadi hal yang harus diperhatikan untuk menghindari penyelewengan anggaran.

Makna substansial dari desentralisasi kesehatan adalah peran serta masyarakat, maka adanya kebijakan desentralisasi akan memberi ruang dan waktu bagi masyarakat untuk mengemukakan pendapat dan mengajukan usul berkenaan dengan pembangunan kesehatan di daerah. Masyarakat berhak dimintai pendapatnya mengenai apa yang terbaik bagi mereka dan apa yang mereka butuhkan.

Organisasi sosial kemasyarakatan, lembaga adat, tokoh masyarakat, dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) harus secara bersama-sama dan bahu-membahu dengan pemerintah

menjalankan pembangunan kesehatan di daerahnya. Pemerintah harus memberi akses yang sebesar-besarnya kepada masyarakat tentang kebijakan yang dilakukan, sehingga masyarakat merasa turut memiliki pembangunan dan diakui keberadaannya. Selain itu, masyarakat dapat berperan sebagai pengawas jalannya pembangunan kesehatan.

BAB VIII

KEBIJAKAN KESEHATAN NASIONAL

8.1 Pokok-Pokok Kebijakan Kesehatan Nasional

Landasan kebijakan dalam pembangunan kesehatan nasional adalah:

- 1) Landasan idiil yaitu pancasila: Ketuhanan Yang Maha Esa, kemanusiaan yang adil dan beradab, persatuan indonesia, kerakyatan yang dipimpin oleh hikmah kebijaksanaan dalam permusyawaratan/perwakilan, dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat indonesia.
- 2) Landasan konstitusional yaitu UUD 1945, khususnya:
 - a) Pasal 28 A; setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya.
 - b) Pasal 28 B ayat (2); setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh, dan berkembang.
 - c) Pasal 28 C ayat (1); setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia.
 - d) Pasal 28 H ayat (1); setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan, dan ayat (3); setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.

- e) Pasal 34 ayat (2); negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan, dan ayat (3); negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.
- 3) Landasan operasional meliputi Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang berkaitan dengan penyelenggaraan SKN dan pembangunan kesehatan.

Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan mengacu pada dasar:

1) Perikemanusiaan

Pembangunan kesehatan harus berlandaskan pada prinsip perikemanusiaan yang dijiwai, digerakkan, dan dikendalikan oleh keimanan dan ketakwaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa.

Tenaga kesehatan harus berbudi luhur, memegang teguh etika profesi, dan selalu menerapkan prinsip perikemanusiaan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan serta memiliki kepedulian sosial terhadap lingkungan sekitar.

2) Pemberdayaan dan kemandirian

Setiap orang dan masyarakat bersama dengan pemerintah dan pemerintah daerah berperan, berkewajiban, dan bertanggung jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungannya.

Pembangunan kesehatan harus mampu meningkatkan dan mendorong peran aktif masyarakat.

Pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan berlandaskan pada kepercayaan atas kemampuan dan kekuatan sendiri, kepribadian bangsa, semangat solidaritas sosial, gotong royong, dan penguatan kesehatan sebagai ketahanan nasional.

3) Adil dan merata

Dalam pembangunan kesehatan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, tanpa memandang suku, agama, golongan, dan status sosial ekonominya.

Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan kembang, serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

4) Pengutamaan dan manfaat

Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan mengutamakan kepentingan umum daripada kepentingan perorangan atau golongan. Upaya kesehatan yang bermutu diselenggarakan dengan memanfaatkan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta harus lebih mengutamakan pendekatan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit.

Pembangunan kesehatan diselenggarakan berlandaskan pada dasar kemitraan atau sinergisme yang dinamis dan tata penyelenggaraan yang baik, sehingga secara berhasil guna dan bertahap dapat memberi manfaat yang sebesar-besarnya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat, beserta lingkungannya.

Pembangunan kesehatan diarahkan agar memberikan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain: ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut, dan masyarakat miskin.

Perlu diupayakan pembangunan kesehatan secara terintegrasi antara pusat dan daerah dengan mengedepankan nilai-nilai pembangunan kesehatan, yaitu berpihak pada rakyat, bertindak cepat dan tepat, kerja sama tim, integritas yang tinggi, dan transparansi serta akuntabilitas.

8.2 Domain Kebijakan Kesehatan Nasional

Pendekatan pengelolaan kesehatan dewasa ini dan kecenderungannya di masa depan adalah kombinasi dari pendekatan sistem, kontingensi, dan sinergi yang dinamis.

Mengacu pada perkembangan komponen pengelolaan kesehatan dewasa ini serta pendekatan pengelolaan kesehatan tersebut di atas, maka subsistem SKN dikelompokkan sebagai berikut:

1) Upaya kesehatan

Untuk dapat mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya perlu diselenggarakan berbagai upaya kesehatan dengan menghimpun seluruh potensi bangsa Indonesia sebagai ketahanan nasional. Upaya kesehatan diselenggarakan oleh pemerintah (termasuk TNI dan Polri), pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota, dan/atau masyarakat/swasta melalui upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, dan pemulihan kesehatan, di fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas kesehatan.

2) Penelitian dan pengembangan kesehatan

Untuk mendapatkan dan mengisi kekosongan data kesehatan dasar dan/atau data kesehatan yang berbasis bukti perlu diselenggarakan kegiatan penelitian dan pengembangan kesehatan dengan menghimpun seluruh potensi dan sumber daya yang dimiliki oleh bangsa Indonesia.

Pengelolaan penelitian dan pengembangan kesehatan terbagi atas penelitian dan pengembangan biomedis dan teknologi dasar kesehatan, teknologi terapan kesehatan dan epidemiologi klinik, teknologi intervensi kesehatan masyarakat, dan humaniora, kebijakan kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat.

Dalam pelaksanaannya, penelitian dan pengembangan kesehatan dikoordinasikan oleh Pemerintah.

3) Pembiayaan kesehatan

Pembiayaan kesehatan bersumber dari berbagai sumber, yakni: pemerintah, pemerintah daerah, swasta, organisasi masyarakat, dan masyarakat itu sendiri.

Pembiayaan kesehatan yang adekuat, terintegrasi, stabil, dan berkesinambungan memegang peran yang vital untuk

penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan.

Pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat merupakan barang publik (*public good*) yang menjadi tanggung jawab pemerintah, sedangkan untuk pelayanan kesehatan perorangan pembiayaannya bersifat privat, kecuali pembiayaan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu menjadi tanggung jawab pemerintah.

Pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan diselenggarakan melalui jaminan pemeliharaan kesehatan dengan mekanisme asuransi sosial yang pada waktunya diharapkan akan mencapai *universal health coverage* sesuai dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

4) Sumber daya manusia kesehatan

Sebagai pelaksana upaya kesehatan, diperlukan sumber daya manusia kesehatan yang mencukupi dalam jumlah, jenis, dan kualitasnya, serta terdistribusi secara adil dan merata, sesuai tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan.

Sumber daya manusia kesehatan yang termasuk kelompok tenaga kesehatan, sesuai dengan keahlian dan kualifikasi yang dimiliki terdiri dari tenaga medis, tenaga kefarmasian, tenaga keperawatan dan kebidanan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisian medis, dan tenaga kesehatan lainnya, di antaranya termasuk peneliti kesehatan.

SKN memberikan fokus penting pada pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan guna menjamin ketersediaan, pendistribusian, dan peningkatan kualitas sumber daya manusia kesehatan. Pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan meliputi perencanaan kebutuhan dan program sumber daya manusia yang diperlukan, pengadaan yang meliputi pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan sumber

daya manusia kesehatan, pendayagunaan sumber daya manusia kesehatan, termasuk peningkatan kesejahteraannya, dan pembinaan serta pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan.

5) Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan

Subsistem ini meliputi berbagai kegiatan untuk menjamin: aspek keamanan, khasiat/kemanfaatan dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang beredar; ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat, terutama obat esensial; perlindungan masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat; penggunaan obat yang rasional; serta upaya kemandirian di bidang kefarmasian melalui pemanfaatan sumber daya dalam negeri.

6) Manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan

Subsistem ini meliputi kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, hukum kesehatan, dan informasi kesehatan.

Untuk menggerakkan pembangunan kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna, diperlukan manajemen kesehatan. Peranan manajemen kesehatan adalah koordinasi, integrasi, regulasi, sinkronisasi, dan harmonisasi berbagai subsistem SKN agar efektif, efisien, dan transparansi dalam penyelenggaraan SKN tersebut.

Dalam kaitan ini peranan informasi kesehatan sangat penting. Dari segi pengadaan data, informasi, dan teknologi komunikasi untuk penyelenggaraan upaya kesehatan, pengembangan sumber daya manusia, dan kegiatan lainnya, yang kegiatannya dapat dikelompokkan, antara lain:

- a) pengelolaan sistem informasi;
- b) pelaksanaan sistem informasi;
- c) dukungan sumber daya; dan
- d) pengembangan dan peningkatan sistem informasi kesehatan.

7) Pemberdayaan masyarakat.

SKN akan berfungsi optimal apabila ditunjang oleh pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat. Masyarakat termasuk swasta bukan semata-mata sebagai sasaran pembangunan kesehatan, melainkan juga sebagai subjek atau penyelenggara dan pelaku pembangunan kesehatan. Oleh karenanya pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting, agar masyarakat termasuk swasta dapat mampu dan mau berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan.

Dalam pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat meliputi pula upaya peningkatan lingkungan sehat oleh masyarakat sendiri dan upaya peningkatan kepedulian sosial dan lingkungan sekitar.

Upaya pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat akan berhasil pada hakikatnya apabila kebutuhan dasar masyarakat sudah terpenuhi. Pemberdayaan masyarakat dan upaya kesehatan pada hakikatnya merupakan fokus dari pembangunan kesehatan. Domain kebijakan kesehatan nasional sebagaimana diuraikan di atas, dapat digambarkan sebagai berikut:

BAHAN BACAAN

- Abdul Wahab, Solichin. 2003. ***Analisis Kebijakan***. Jakarta: Bumi Aksara.
- Agustino, Leo. 2006. ***Dasar-Dasar Kebijakan Publik***. Bandung: Alfabeta.
- Anderson, James E. 1979. ***Public Policy Making***. New York: Holt Rinehartand Winston.
- Arnold J. Meltsner. 1976. ***Policy Analyst in the Bureaucracy***. California: University of California Press.
- Bardach, Eugene, 2005. ***Practical Guide for Policy Analysis: Eightfold Paths toward Problem Solving***. NY: CQ Press.
- Bessant, Judith, Rob Watts, Tony Dalton dan Paul Smith. 2006. ***Talking Policy: How Social Policy in Made***. Crows Nest: Allen and Unwin.
- Dachi, Rahmat Alyakin. 2009. ***Manajemen Pelayanan Kesehatan***, Bandung: AIPI.
- Donald S. van Meter and Carl E. van Horn. 1975. ***The Policy Implementation Process***. *Administration & Society Journal*.
- Dunn, William N. 1981. ***Public Policy Analysis—An Introduction***. New Jersey: Pearson Education.
- _____, 1988. ***Analisa Kebijaksanaan Publik***. Yogyakarta: PT. Hanindita.
- _____, 2003. ***Pengantar Analisis Kebijakan Publik***. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Dye, Thomas R. 1978. ***Understanding Public Policy***. New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Edward III, George C. (edited) 1984. ***Public Policy Implementing***. London-England: Jai Press Inc.

- Grindle, Merilee S. 1980. ***Politics and Policy Implementation in The Third World***. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Goggin, Malcolm L. 1990. ***Implementation, Theory and Practice: Toward a Third Generation***. USA: Scott, Foresmann and Company.
- Goodin, Robert E. dan Hans Dieter Klingeman. 1996. ***A New Handbook of Political Science***, vol.2. Oxford University Press.
- Guy dan Jon Pierre eds., 2006. ***Handbook of Public Policy***. Sage Publications.
- Hill, Michael. 1997. ***The Policy Process in the Modern State***. Prentice Hall/Harvester Wheatsheaf.
- Hill, Michael and Peter Hupe. 2002. ***Implementing Public Policy: Governance in Theory and Practice***. London: Sage Publication.
- Hogwood, Brian W. dan Lewis E. Gunn. 1989. ***Policy Analysis for the Real World***. Oxford University Press.
- Howlett, Michael dan Ramesh, M. 1995. ***Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystem***. Oxford University Press.
- Jeffrey L. Pressman & Aaron Wildavsky. 1984. ***Implementation***. California: University of California Press.
- Kementerian Kesehatan RI. 2009. ***Sistim Kesehatan Nasional***. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kingdon, John W. 1984. ***Agendas, Alternatives and Public Policies***. Toronto: Little Brown & Company.
- Kingdon, John W. 1995. ***Agendas, Alternatives, and Public Policies***. Harper Collins College Publishers.
- Korten, David C. dan Syahrir. 1980. ***Pembangunan Berdimensi Kerakyatan***. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.
- Kusumanegara, S. 2010. ***Model dan Aktor dalam Proses Kebijakan Kesehatan***. Yogyakarta: Gava Media.
- Lester, James P. dan Steward, Josep Jr. 2000. ***Public Policy: An Evolutionary Approach***. Belmont: Wadsworth.

- Mazmanian, Daniel A. and Paul A. Sabatier. 1983. ***Implementation and Public Policy***. USA: Scott Foresman and Company.
- Meltsner, Arnold J. 1986. ***Policy Analysis in the Bureaucracy***. California: University of California Press.
- Meyer, Robert R. dan Ernest Greenwood. 1984. ***Rancangan Penelitian Kebijakan Sosial***. Jakarta: CV. Rajawali.
- Michael Hill and Peter Hupe. 2002. ***Implementing Public Policy: Governance in Theory and Practice***. London: Sage Publication.
- Nakamura, Robert T. and Frank Smallwood. 1980. ***The Politics of Policy Implementation***. New York: St. Martin Press.
- Nagel, Stuart S. ed., 1990. ***Policy Theory and Policy Evaluation: Concept, Knowledge, Causes, and Norms***. Gainesville: Greenwood Press.
- Nugroho Riant. 2006. ***Kebijakan Publik untuk Negara-Negara Berkembang***. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- _____, 2007. ***Analisa Kebijakan Publik***. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- _____, 2008. ***Public Policy***. Jakarta: Elekmedia Komputindo.
- Palumbo, Dennis J. dan Harder, Marvin A. eds., 1981. ***Implementing Public Policy***. Lexington Books.
- Parsons, Wayne. 2005. ***Public Policy***. Jakarta: Prenada Media.
- Pasolong Harbani. 2010. ***Teori Administrasi Publik***. Bandung: Alfabeta.
- Pieters B. Guy. 2002. ***Governance: A Garbage-Can Perspective***. *Political Science Series*. Institut for Advanced Science: Vienna.
- Poister, Theodore H. 2003. ***Measuring Performance in Public and Nonprofit Organizations***. San Fransisco: John Wiley & Sons.
- Randall B. Ripley. 1985. ***Policy Analysis in Political Science***. Chicago: Nelson Hall.
- Randall B. Ripley and Grace A. Franklin. 1982. ***Bureaucracy and Policy Implementation***. Dorsey Press: Homewood III.

- Ripley, Randal B. and Grace A. Franklin. 1986. ***Policy Implementation and Bureaucracy***, second edition. Chicago-Illionis: The Dorsey Press.
- Siagian S.P. 1985. ***Analisis serta Perumusan Kebijaksanaan dan Strategi Organisasi***. Jakarta: PT. Gunung Agung.
- Stuart S. ed., 1990. ***Policy Theory and Policy Evaluation: Concept, Knowledge, Causes, and Norms***. Greenwood Press.
- Subarsono. 2005. ***Analisis Kebijakan Publik: Konsep, Teori dan Aplikasi***. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Wahab, S. 2008. ***Analisis Kebijakan dari Formulasi ke Implementasi Kebijaksanaan Negara***. Jakarta: Bumi Aksara.
- Wibawa, Samodra. 1994. ***Kebijakan Publik***. Jakarta: Intermedia.
- _____, 2011. ***Politik Perumusan Kebijakan Kesehatan***. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Winarno, Budi. 2008. ***Teori dan Proses Kebijakan Publik***. Yogyakarta: Media Pressindo.

BIOGRAFI PENULIS



Abd. Rijali Lapodi, S.Kep., M.Kes. adalah staf pengajar di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, STIKes Maluku Husada. Lahir di Waesili pada tanggal 23 Mei 1989. Pada tahun 2013, penulis menyelesaikan pendidikan S-1 Keperawatan, di Universitas Indonesia Timur. Pada tahun 2016, penulis menyelesaikan pendidikan S-2 Kesehatan Masyarakat, Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK). Konsentrasi Manajemen Strategik Rumah Sakit di Universitas Indonesia Timur. Selain sebagai pengajar, penulis juga aktif di berbagai seminar/pelatihan penyuluhan dan pengabdian di masyarakat.

ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN

Perubahan mata kuliah Administrasi Kesehatan Masyarakat menjadi Administrasi Kebijakan Kesehatan pada Program Studi S-1 Ilmu Kesehatan Masyarakat, tentu berdampak pada substansi mata kuliah itu sendiri. Melalui pendekatan fungsi-fungsi administrasi, maka mata kuliah Administrasi Kesehatan Masyarakat yang semula mengandung unsur-unsur P1 (Perencanaan Program Kesehatan Masyarakat), P2 (Penggerakan/Pengorganisasian dan Pelaksanaan Program Kesehatan Masyarakat), dan P3 (Pemantauan, Pengendalian, dan Penilaian Program Kesehatan Masyarakat), berubah menjadi mata kuliah Administrasi Kebijakan Kesehatan yang mengandung unsur-unsur Perumusan Masalah Kesehatan (sebagai input kebijakan kesehatan), *Agenda Setting* dan Formulasi Kebijakan Kesehatan (sebagai P1 kebijakan kesehatan), Implementasi Kebijakan Kesehatan (sebagai P2 kebijakan kesehatan), dan Evaluasi Kebijakan Kesehatan (sebagai P3 kebijakan kesehatan).

Penerbit Deepublish (CV BUDI UTAMA)
Jl. Kaliurang Km 9,3 Yogyakarta 55581
Telp/Fax : (0274) 4533427
Anggota IKAPI (076/DIY/2012)

cs@deepublish.co.id
Penerbit Deepublish
@penerbitbuku_deepublish
www.penerbitdeepublish.com



Kategori : Pendidikan

ISBN 978-623-02-3947-2



9 786230 239472