

**MODUL PEMBELAJARAN**



**ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN  
SEMESTER V**

**TIM PENYUSUN**

**Raviola, SKM., M.Kes**

**Dami Yanthi, SKM., M.Kes**

**DR. Reno Renaldi, SKM., M.Kes**

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM SARJANA  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)  
HANG TUAH PEKANBARU**

**2020**

**Penulis** : Raviola, SKM., M.Kes  
: Dami Yanthi, SKM., M.Kes  
DR. Reno Renaldi, SKM., M.Kes

**Editor** : Raviola, SKM., M.Kes  
: Dami Yanthi, SKM., M.Kes  
DR. Reno Renaldi, SKM., M.Kes

**Modul Mata Kuliah  
Analisis Kebijakan Kesehatan**

**EDISI PERTAMA**

**Tim Pengajar  
Raviola, SKM., M.Kes  
Dami Yanthi, SKM., M.Kes  
Reno Renaldi, SKM., M.Kes**

# **SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)HANG TUAH PEKANBARU**

## **VISI**

Terjuwudnya institusi yang unggul dan kompeten dalam penyelenggaraan pendidikan tinggi kesehatan yang berbasis teknologi tepat guna dan mampu bersaing di tingkat nasional dan regional tahun 2036

## **MISI**

1. Melaksanakan pendidikan kesehatan yang bermutu untuk menghasilkan lulusan yang profesional berorientasi kepada peningkatan kesehatan masyarakat
2. Mengembangkan ilmu dan teknologi kesehatan melalui kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat untuk peningkatan kesehatan masyarakat
3. Melaksanakan penjaminan mutu yang konsisten danberkelanjutan
4. Mewujudkan atmosfer akademik yang kondusif melalui kinerja akademik
5. Menjalin kerjasama dengan berbagai pihak dalam penyelenggaraan Tridharma Perguruan Tinggi
6. Mengembangkan teknologi tepat guna dalam bidang kesehatan

**VISI, MISI, DAN TUJUAN**  
**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT**

**A. VISI**

Menjadi Program Studi Kesehatan Masyarakat Swasta unggul dalam menghasilkan lulusan yang Kompeten, Profesional dan memiliki kemampuan manajerial dalam penyelesaian masalah kesehatan di tingkat Nasional dan Regional Tahun 2036.

**B. MISI**

1. Menyelenggarakan pendidikan dan pembelajaran dibidang kesehatan masyarakat dalam menghasilkan lulusan yang kompeten, profesional serta memiliki kemampuan manajerial.
2. Melaksanakan penelitian berdasarkan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dibidang kesehatan masyarakat
3. Melaksanakan pengabdian masyarakat dalam bentuk penyebaran informasi dan implementasi hasil penelitian di bidang kesehatan masyarakat.
4. Melaksanakan penjaminan mutu yang konsisten dan berkelanjutan.
5. Memperluas kerjasama dan jejaring dengan pihak pemerintah, swasta, pengguna lulusan, profesi, organisasi dan alumni dalam menyelenggarakan pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat

**C. TUJUAN**

1. Menghasilkan lulusan di bidang akademik yang kompeten, profesional dan memiliki kemampuan manajerial serta berdaya saing tinggi di bidang kesehatan masyarakat.
2. Menghasilkan penelitian dosen dan mahasiswa yang mendukung sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan masyarakat
3. Menghasilkan pengabdian kepada masyarakat melalui penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan masyarakat
4. Menghasilkan tata kelola penyelenggaraan program studi yang transparan, akuntabel, dan adil melalui sistem penjaminan mutu yang konsisten dan berkelanjutan.
5. Terwujudnya kerjasama dengan pemangku kepentingan yang saling mendukung dalam penyelenggaraan pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat.

## **KATA PENGANTAR**

Segala puji bagi Allah SWT atas karunia-Nya sehingga Modul Mata Kuliah Analisis Kebijakan Kesehatan ini bisa kami terbitkan sebagai panduan bagi dosen dan mahasiswa. Mata kuliah ini merupakan distribusi mata kuliah di peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK) yang memiliki beban 2 SKS dimana mata kuliah ini mempelajari prinsip analisis kebijakan yang akan diselesaikan dalam waktu 14 (empat belas) minggu. Proses pembelajaran pada mata kuliah ini akan dilakukan melalui metode pembelajaran dalam jaringan (Daring) menggunakan Aplikasi SPADA Hang Tuah Pekanbaru.

Evaluasi yang dilakukan untuk penilaian pencapaian kompetensi mahasiswa, dengan menggunakan formatif dan sumatif yang terdiri dari Ujian Tengan Semester (UTS), Ujian Akhir Semester (UAS), *soft skill* dan peugasan baik individu ataupun kelompok.

Pekanbaru, Oktober 2020

Raviola, SKM., M.Kes

## DAFTAR ISI

<b>Cover</b> .....	<b>1</b>
<b>Halaman Sampul</b> .....	<b>2</b>
<b>Halaman Sampul</b> .....	<b>3</b>
<b>Visi dan Misi STIKes Hang Tuah Pekanbaru</b> .....	<b>4</b>
<b>Visi dan Misi Program Srudi Kesehatan Masyarakat</b> .....	<b>5</b>
<b>Kata Pengantar</b> .....	<b>6</b>
<b>Daftar Isi</b> .....	<b>7</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>9</b>
A. Deskripsi Singkat Mata Kuliah .....	9
B. Tujuan Umum .....	9
C. Tujuan Khusus .....	10
D. Keterkaitan dengan Mata Kuliah Lain .....	10
<b>BAB II MATERI PEMBELAJARAN</b>	
A. Kegiatan Belajar 1 (Konsep Analisis Kebijakan Kesehatan) .....	11
B. Kegiatan Belajar 2 (Metoda Analisis Kebijakan Kesehatan).....	15
C. Kegiatan Belajar 3 (Pendekatan Dalam Analisis Kebijakan Kesehatan) .....	24
D. Kegiatan Belajar 4 (Argumen Kebijakan) .....	30
E. Kegiatan Belajar 5 (Konsep Kesehatan) .....	36
F. Kegiatan Belajar 6 (Faktor Yang Mempengaruhi Konsep Kesehatan) .....	39
G. Kegiatan Belajar 7 ( Tahapan Analisis Kebijakan) .....	44
H. Kegiatan Belajar 8 dan 9 (Perumusan Masalah Kebijakan) .....	49
I. Kegiatan Belajar 10 ( Agenda Setting) .....	56
J. Kegiatan Belajar 11 Formulasi Kebijakan.....	61
K. Kegiatan Belajar 12 (Konsep Desentralisasi Kebijakan Kesehatan) .....	69
L. Kegiatan Belajar 13 (Sistem Desentralisasi) .....	74
M. Kegiatan Belajar 14 (Dampak Sistem Desentralisasi Kebijakan Kesehatan) .....	77

### **BAB III EVALUASI PEMBELAJARAN**

A. Kriteria Penilaian .....	79
B. Nilai Kelulusan Mata Kuliah .....	79
C. Kriteria Mengikuti Ujian .....	79

### **BAB IV AKTIVITAS PEMBELAJARAN**

A. Rincian Aktivitas Pembelajaran Semester .....	81
B. Panduan Pembelajaran Jarak Jauh (PJJ) .....	88

<b>DAFTAR REFERENSI</b> .....	89
-------------------------------	----



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Deskripsi Singkat Mata Kuliah**

Mata kuliah ini membahas tentang analisis kebijakan kesehatan, yaitu tentang Konsep Analisis Kebijakan Kesehatan, Metoda Analisis Kebijakan Kesehatan, Pendekatan Dalam Analisis Kebijakan Kesehatan, Argumen Kebijakan, Konsep Kesehatan, Faktor Yang Mempengaruhi Konsep Kesehatan, Tahapan Analisis Kebijakan, Perencanaan Kebijakan Kesehatan, Desentralisasi Kebijakan Kesehatan, Sistem Desentralisasi dan Dampak Sistem Desentralisasi Kebijakan Kesehatan. Mata kuliah ini memiliki bobot 2 SKS dan disajikan pada distribusi mata kuliah Semester Ganjil (V) Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK).

### **B. Tujuan Umum**

Menguasai konsep, teori, metode, dan/ atau falsafah bidang ilmu administrasi dan kebijakan kesehatan kesehatan yang diperoleh melalui penalaran dalam proses pembelajaran, pengalaman kerja mahasiswa penelitian dan/atau pengabdian kepada masyarakat yang terkait pembelajaran analisis kebijakan kesehatan

### **C. Tujuan Khusus**

Setelah proses pembelajaran selama 14 minggu, mahasiswa diharapkan :

1. Mampu menjelaskan konsep analisis kebijakan kesehatan
2. Mampu menjelaskan metoda analisis kebijakan kesehatan
3. Mampu menjelaskan pendekatan dalam analisis kebijakan kesehatan
4. Mampu menjelaskan argument kebijakan
5. Mampu menjelaskan konsep kesehatan
6. Mampu menjelaskan factor yang mempengaruhi konsep kesehatan
7. Mampu menjelaskan tahapan analisis kebijakan
8. Mampu menjelaskan perumusan masalah kebijakan kesehatan
9. Mampu menjelaskan perumusan masalah kebijakan kesehatan (lanjutan)
10. Mampu menjelaskan agenda setting
11. Mampu menjelaskan formulasi kebijakan

12. Mampu menjelaskan konsep desentralisasi kebijakan kesehatan
13. Mampu menjelaskan system desentralisasi
14. Mampu menjelaskan dampak system desentralisasi kebijakan kesehatan

**D. Keterkaitan dengan Mata Kuliah Lain**

Mata kuliah Analisis Kebijakan Kesehatan berkaitan dan memiliki prasyarat dengan mata kuliah lain yang akan dipelajari mahasiswa, yaitu :

1. Ekonomi Kesehatan
2. Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
3. Pembiayaan dan Penganggaran Kesehatan

## **BAB II**

### **MATERI PEMBELAJARAN**

#### **A. Kegiatan Belajar 1**

##### **1. Kemampuan Akhir yang diharapkan**

- a. Mahasiswa dapat memahami rencana pembelajaran semester pada mata kuliah administrasi kebijakan kesehatan
- b. Mahasiswa dapat menjelaskan konsep analisis kebijakan kesehatan.

##### **2. Uraian Materi**

###### **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*, *linier 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 azasi, 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 Azasi 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 azasi manusia terhadap warganya.

Sebagai negara anggota PBB, Indonesia secara normatif terikat dengan semua keputusan politik dan perjanjian internasional tersebut. Bahkan, Indonesia sudah ikut menanda tangani 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 obyek tetapi juga sekaligus sebagai subyek (pelaku) pembangunan kesehatan.

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

- a. 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.
- b. 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.
- c. 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.
- d. Menggabungkan penelitian murni dan terapan, dimana dunia nyata adalah merupakan laboratoriumnya yang utama.
- e. Memanfaatkan pengetahuan dan pengalaman para pembuat kebijakan dan melibatkan mereka sebagai partner dalam membangun ilmu-ilmu kebijakan.
- f. Mencoba untuk menyumbangkan pada pilihan nilai dengan meneliti implikasi-implikasi nilai tersebut dan isi nilai-nilai yang ada pada kebijakan-kebijaksanaan alternatif .
- g. Mendorong adanya "kreativitas yang terorganisir" seperti dalam menemukan alternatif-alternatif yang baru.
- h. Menekankan baik pada pengembangan-pengembangan pembuatan kebijakan masa lalu maupun antisipasinya pada masa depan sebagai pedoman pembuatan kebijakan.
- i. Terlibat secara intensif dengan proses perubahan dan dengan kondisi-kondisi perubahan sosial.
- j. Menghargai proses pembuatan kebijakan ekstra rasional dan irrasional seperti intuisi dan kharisma dan mencoba memperbaiki proses ini dengan cara rasional.

- k. Mendorong percobaan (eksperimentasi) sosial dan usaha-usaha untuk menemukan lembaga-lembaga sosial yang baru dan hukum-hukum baru bagi perilaku sosial dan politik .
- l. Mempunyai kesadaran akan dirinya sendiri dan secara tetap memonitor serta mendisain kembali ilmu-ilmu kebijakan.
- m. Menyiapkan para profesional untuk memenuhi jabatan-jabatan pembuat keputusan yang tidak akan mencampurkan misinya atau identifikasi dirinya dengan orientasi klinis dan analisa rasional terhadap masalah-masalah kebijakan.
- n. Berhati-hati dalam membuktikan kebenaran dan keberhasilan dan mempertahankan standar ilmiah.

### **3. Rangkuman**

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. 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.

### **4. Penugasan/ Umpan Balik/ Latihan / Tes**

- a. Mahasiswa mendownload materi perluliahan di system [elearning.htp.ac.id](http://elearning.htp.ac.id) dan mempelajari materi tersebut.
- b. Mahaiswa membuat resume perkuliahan pada saat dosen memberi materi kuliah

## B. Kegiatan Belajar 2

### 1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mahasiswa dapat menjelaskan metode analisis kebijakan kesehatan.

### 2. Uraian Materi

#### Metode Analisis Kebijakan Kesehatan

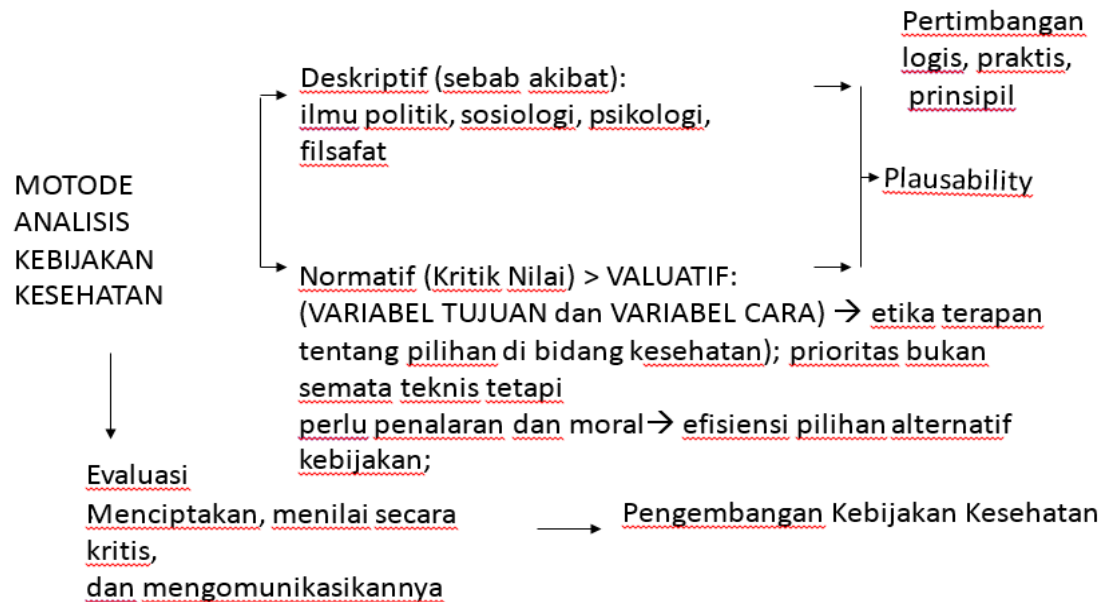
Melakukan analisis tentu saja memerlukan berbagai metode. Metode analisis umum berbeda dengan metode analisis kebijakan. Apabila metode analisis umum menggunakan pendekatan deskripsi, prediksi, evaluasi, dan preskripsi, maka metode analisis kebijakan menggunakan pendekatan perumusan masalah, peliputan,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

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

**Tabel 1**

#### Metode Analisis Umum dan Metode Analisis Kebijakan

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 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:

- a. Pendekatan modus operandi, dapat menghasilkan informasi dan argumen dengan memanfaatkan 3 (tiga) jenjang metode analisis, yaitu perumusan masalah, peliputan, dan peramalan.
- b. Pendekatan modus evaluatif, dapat menghasilkan informasi dan argumen dengan memanfaatkan 4 (empat) jenjang metode analisis, yaitu perumusan masalah, peliputan, peramalan, dan rekomendasi.
- c. 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 kesimpulan 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.

- a. Pendekatan empiris, memusatkan perhatian pada masalah pokok, yaitu apakah sesuatu itu ada (menyangkut fakta). Pendekatan ini lebih menekankan penjelasan sebab akibat dari kebijakan publik. Contoh analisis dapat menjelaskan atau meramalkan pembelanjaan negara untuk kesehatan, pendidikan, transportasi. Jenis informasi yang dihasilkan adalah penandaan.
- b. Pendekatan evaluatif, memusatkan perhatian pada masalah pokok, yaitu berkaitan dengan penentuan harga atau nilai (beberapa nilai sesuatu) dari beberapa kebijakan. Jenis informasi yang dihasilkan bersifat evaluatif. Contoh: setelah menerima informasi berbagai macam kebijakan KIA – KB, analis dapat mengevaluasi bermacam cara untuk mendistribusikan biaya, alat, atau obat-obatan menurut etika dan konsekwensinya.
- c. Pendekatan normatif, memusatkan perhatian pada masalah pokok, yaitu Tindakan apa yang semestinya di lakukan. Pengusulan arah tindakan yang dapat memecahkan masalah problem kebijakan, merupakan inti pendekatan normatif. Jenis informasi bersifat anjuran atau rekomendasi. Contoh: peningkatan retribusi pelayanan kesehatan di puskesmas (dari Rp.300 menjadi Rp.1000) 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 :

- a. Metode peliputan (deskripsi), memungkinkan analis menghasilkan informasi mengenai sebab akibat kebijakan di masa lalu.
- b. Metode peramalan (prediksi), memungkinkan analis menghasilkan informasi

mengenai akibat kebijakan di masa depan.

- c. 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 sistim standar, aturan, dan prosedur untuk menciptakan, secara kritis menilai, dan mengkomunikasikan 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, statistikal, 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 obyektif dalam arti berada di luar diri si analis, sementara ada juga pendapat bahwa realita sosial yang dianalisis tidak terlepas dari ekspresi subyektivitas analis. Dalam hal ini penting menentukan posisi dalam melakukan analisa 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 konsekwensi 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 :

**a. 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 sekedar 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.

## **b. 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 analisis 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 sekedar memandang proses implementasi kebijakan sebagai proses administratif semata. Dalam hal ini analisis harus menemukan dan memetakan bagaimana proses implementasi kebijakan memiliki dinamikanya sendiri dan dinamika ini mempengaruhi *outcome* dari kebijakan yang diimplementasikan.

## **c. 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 sekedar 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 :

- 1) Untuk dapat memahami proses kebijakan kesehatan yang dikembangkan dan diimplementasikan.
- 2) Untuk mengetahui tujuan dan motivasi di balik adanya suatu kebijakan kesehatan.
- 3) Untuk memahami pengaruh kebijakan di sektor kesehatan terhadap kebijakan pada sektor lain, dan sebaliknya
- 4) 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 :

- 1) Analisis terhadap suatu kebijakan kesehatan akan melahirkan keputusan yang fokus pada masalah kesehatan yang akan diselesaikan.
- 2) 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.
- 3) Analisis terhadap kebijakan kesehatan melahirkan rekomendasi kepada pemerintah tentang jenis tindakan kebijakan apakah yang tepat untuk menyelesaikan suatu masalah.
- 4) Analisis terhadap suatu kebijakan kesehatan memberikan kepastian dengan memberikan kebijakan/keputusan yang sesuai atas suatu masalah yang awalnya tidak pasti.
- 5) Analisis kebijakan kesehatan menelaah berbagai fakta yang muncul kemudian sebagai akibat dari produk kebijakan yang telah diputuskan/diundangkan.

- 6) Analisis kebijakan membantu para praktisi dalam memecahkan masalah kesehatan masyarakat melalui pemahaman berbagai konsep-konsep dasar teori kebijakan.
- 7) Analisis kebijakan melalui berbagai teori dan proses kebijakan yang benar dapat menyakinkan 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 azasi, 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.

### **3. Rangkuman**

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.

### **4. Penugasan/ Umpan Balik/ Latihan/ Tes**

- a. Mahasiswa mendownload materi perkuliahan di [system.elearning.htp.ac.id](http://system.elearning.htp.ac.id) dan mempelajari materi tersebut.
- b. Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat dosen memberi materi kuliah.

### C. Kegiatan Belajar 3

#### 1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

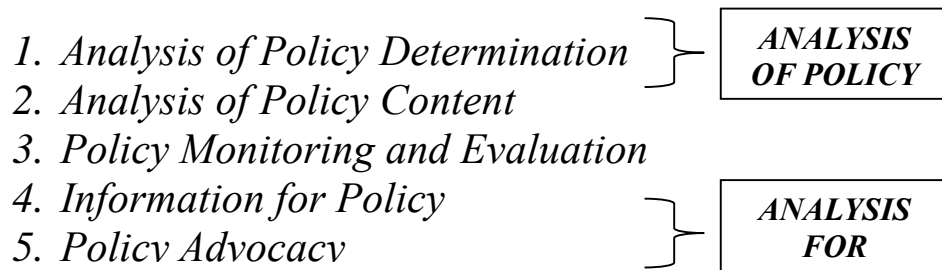
Mahasiswa dapat menjelaskan pendekatan dalam analisis kebijakan kesehatan.

#### 2. Uraian Materi

##### **Pendekatan dalam Analisis Kebijakan Kesehatan**

Ada 3 (tiga) pendekatan utama evaluasi dalam analisis kebijakan, yaitu: evaluasi semu, evaluasi formal; dan evaluasi teoritis 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 efektifitas, 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 2**

#### **Jenis-jenis Analisis Kebijakan Kesehatan**



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

<p>Analisis Kebijakan Prospektif</p>	<p>Produksi dan transformasi informasi sebelum aksi kebijakan dimulai dan diimplementasikan khas ekonom, analisis system, dan peneliti operasi. Analisis Kebijakan merupakan alat untuk mensintesa informasi yang dipakai dalam merumuskan alternatif dan prefensi kebijakan, dinyatakan secara komperatif, diramalkan dalam Bahasa kuantitatif dan kualitatif sebagai penuntun pengambilan kebijakan. Analisis ini sering menimbulkan kesenjangan antara pemecahan</p>
<p>Analisis Kebijakan Restrospektif</p>	<p>Analisis dengan deskripsi penelitian, yaitu kebijakan penciptaan dan transformasi sebuah aksi kebijakan, dengan tipe:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Analisis yang berorientasi pada disiplin ilmu (ilmuwan politik dan sosiolog) mengembangkan menguji teori dengan teori, sebab-sebab, konsekuensi kebijakan, jarang mengidentifikasi tujuan dan sasaran.</li> <li>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.</li> <li>Analisis yang berorientasi pada aplikasi (<i>social work</i>)</li> </ol>
<p>Analisis Kebijakan Terintegrasi</p>	<p>Mengkombinasikan gaya proposisi para praktisi yang menaruh perhatian pada penciptaan dan transformasi sebelum dan sesudah Tindakan kebijakan</p>
<p>Analisis Kebijakan Terintegrasi</p>	<p>Mengkombinasikan gaya proposisi para praktisi yang menaruh perhatian pada penciptaan dan transformasi sebelum dan sesudah Tindakan kebijakan</p>

**Gambar 3**

**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 :

a. **Analisis Kebijakan Prospektif (AKP)**

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

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

b. **Analisis Kebijakan Restrospektif (AKR)**

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

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) 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.

c. **Analisis Kebijakan Terpadu / Terintegrasi**

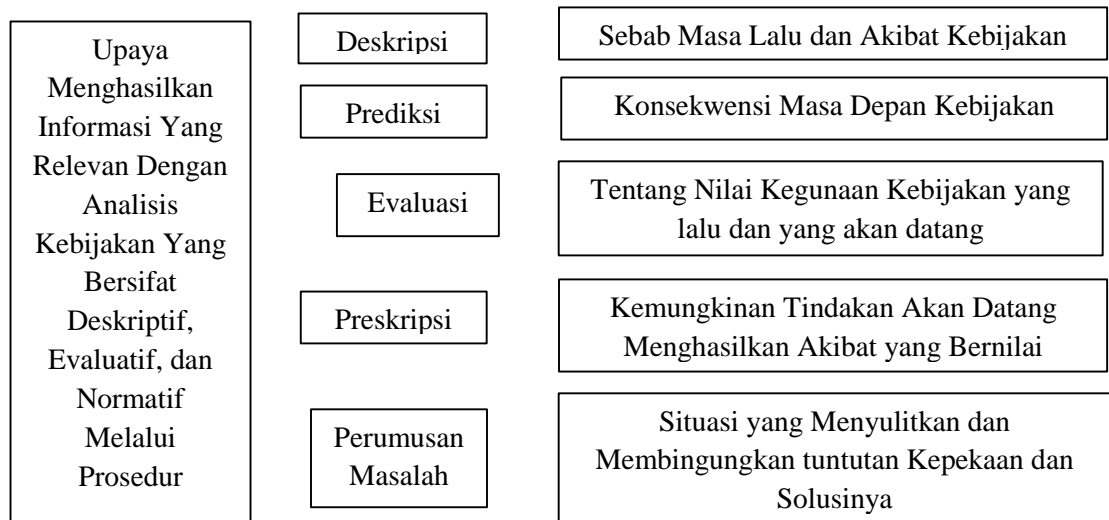
Bentuk analisis ini bersifat komprehensif dan berkesinambungan menghasilkan dan memindahkan informasi gabungan baik sebelum maupun sesudah tindakan kebijakan dilakukan. Menggabungkan bentuk prospektif dan restropektif, serta secara ajeg menghasilkan informasi dari waktu ke waktu dan bersifat multidisipliner. Bentuk analisis kebijakan di atas, menghasilkan jenis keputusan yang relatif berbeda yang bila ditinjau dari pendekatan teori keputusan (teori keputusan deksriptif dan normatif), dapat diuraikan sebagai berikut :

- 1) Teori Keputusan Deskriptif (*descriptive decission 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 konsekwensi tindakan sesudah aksi dilakukan. Lebih memahami masalah ketimbang memecahkannya.
- 2) Teori Keputusan Normatif (*normative decission 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 konsekwensi 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.

<b>PENDEKATAN</b>	<b>PERTANYAAN UTAMA</b>	<b>TIPE INFORMASI</b>
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 4**

**Kombinasi Metode Analisis Kebijakan Kesehatan**

Analisa 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 obyek 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 sistim 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 gorup”.

### **3. Rangkuman**

Ada 3 (tiga) pendekatan utama evaluasi dalam analisis kebijakan, yaitu: evaluasi semu, evaluasi formal; dan evaluasi teoritis 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 efektifitas, 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.

#### **4. Penugasan/ Umpan Balik/ Latihan/ Tes**

- a. Mahasiswa mendownload materi perkuliahan di system spada.htp.ac.id dan mempelajari materi tersebut.
- b. Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat dosen memberi materi kuliah.

### **D. Kegiatan Belajar 4**

#### **1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan**

Mahasiswa dapat menjelaskan tentang argument kebijakan.

#### **2. Uraian Materi**

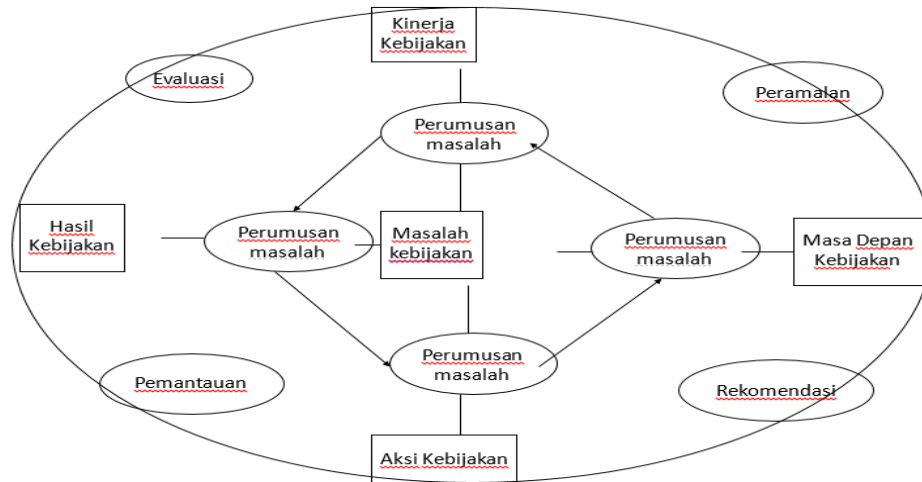
##### **Argument Kebijakan**

Analisis kebijakan tidak hanya sekedar 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 sepatutnya 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 sekedar membenarkan alternatif

kebijakan yang disukai.

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



**Gambar 5**

### **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 :

**a. 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.

**b. Makna dan Filosofi 14 Prinsip Deming dalam Manajemen Mutu**

Merupakan kesimpulan dari suatu argumen kebijakan. Klaim kebijakan merupakan konsekwensi logis dari informasi yang berhubungan (relevan) bagi kebijakan. Jika klaim kebijakan mengikuti penyajian informasi klaim tersebut berbunyi “maka”.

**c. Pembeneran (Warrant)**

Merupakan suatu asumsi di dalam argumen kebijakan yang memungkinkan analisis 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 ketidak-sepakatan atau konflik, dengan demikian memberi suatu alasan untuk menerima klaim.

**d. Dukungan (*Backing*)**

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

**e. Bantahan (*Rebuttal*)**

Merupakan kesimpulan yang kedua, asumsi, atau argumen yang menyatakan kondisi dimana 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 sistimatis untuk mengkritik salah satu klaim, asumsi dan argumennya.

**f. Kesimpulan (*Qualifier*)**

Kesimpulan (Q) mengekspresikan derajat dimana 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 subyektif dari pelaku kebijakan, merupakan realitas obyektif 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 :

FOKUS	PARAMETER		
	PENELITIAN DAN RASIONALISASI	NILAI-NILAI	POLITIK
DEFINISI KEBIJAKAN			
a. Apa masalah kesehatan?	a. Apakah definisi masalah rasional dan konsisten dengan penelitian yang ada?	a. Apakah ini merupakan masalah kesehatan yang penting?	a. Apakah definisi masalah secara politik dapat diterima?
b. Faktor apa sajakah yang mempengaruhi masalah kesehatan tersebut	b. Apakah definisi kelompok sasaran pada tingkat generalisasi tertentu sudah sesuai dengan penelitian?	b. Nilai-nilai apa yang penting dalam melakukan seleksi kelompok sasaran? Apakah nilai-nilai tersebut sudah sesuai / tepat?	b. Individu atau kelompok mana yang mendukung dan menentang pendefinisian kelompok sasaran? Apa akibatnya terhadap pendefinisian masalah kesehatan?
c. Siapa yang terpengaruh secara langsung oleh masalah tersebut	c. Apakah kriteria yang digunakan untuk menyeleksi kelompok sasaran didukung oleh rasionalisasi dan penelitian?	c. Nilai-nilai apa yang penting dalam menentukan penyebab masalah? Apakah nilai-nilai tersebut sudah tepat?	c. Apa akibat penentuan masalah tersebut

---

d. Apakah penelitian yang ada mendukung penyebab masalah?

terhadap individu atau kelompok sasaran?

---

### IMPLEMENTASI KEBIJAKAN

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| a. Apa tujuan kebijakan kesehatan?                     | a. Apakah tujuan kebijakan konsisten dengan penelitian dan pendefinisian masalah?                                  | a. Nilai-nilai apa yang mempengaruhi tujuan kebijakan?, apakah nilai-nilai tersebut sudah tepat?                                       | a. Seberapa besar tingkat kekuasaan yang menentang kebijakan? Bagaimana hal ini mempengaruhi kebijakan?               |
| b. Program dan pelayanan kesehatan apa yang diberikan? | b. Apakah bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan? Apakah penelitian mendukung pelayanan kesehatan yang dipilih? | b. Apakah kebijakan memperlakukan klien secara tepat sesuai dengan kesamaan, kesetaraan, kelayakan dan penentuan nasib sendiri klien?. | b. Adakah dukungan yang memadai yang dapat memungkinkan kebijakan diterapkan?   |
| c. Bagaimana kebijakan tersebut diimplementasikan      | c. Apakah struktur organisasi sudah sesuai dengan kebijakannya?  | c. Apakah struktur organisasi mendukung efektivitas dan efisiensi pemberian pelayanannya?  | c. Individu dan kelompok mana yang akan diuntungkan oleh kebijakan ini? Apakah dampaknya bagi implementasi kebijakan? |
| d. Dimana kebijakan tersebut diimplementasikan         | d. Apakah pendanaan memadai, teramalkan, tersedia sesuai dengan penelitian dan rasionalisasi?                      | d. Apakah pendanaan memadai, teramalkan dan tersedia sejalan dengan nilai?   | d. Apakah pendanaan memadai, teramalkan dan tersedia sejalan dengan politik?  |
| e. Kapan kebijakan tersebut diimplementasikan?         |  |  |   |
| f. Siapakah implementor kebijakan tersebut?            |  |  |   |
- 

### KONSEKWENSI KEBIJAKAN

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| a. Apakah keuntungan dan kerugian kebijakan?  | a. Apakah keuntungan dan kerugian sejalan dengan penelitian dan rasionalisasi?                | a. Apakah keuntungan dan kerugian sejalan dengan nilai-nilai?                | a. Apa keuntungan dan kerugian sejalan dengan politik?        |
| b. Apakah konsekwensi kebijakan bagi klien, sistim kesehatan, dan sistim pelayanan kesehatan? | b. Apa konsekwensi yang diharapkan dan tidak diharapkan dari kebijakan dalam kaitannya dengan | b. Apa konsekwensi yang diharapkan dan tidak diharapkan dari kebijakan dalam | b. Bagaimana dukungan dan penentangan terhadap kebijakan pada |
-

penelitian dan rasionalisasi?	kaitannya dengan nilai?	tingkat masyarakat mempengaruhi pemberian pelayanan kesehatan ?
-------------------------------	-------------------------	---

**Tabel 3**  
**Kerangka Analisis Kebijakan Kesehatan**

### 3. Rangkuman

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).

### 4. Penugasan/ Umpan Bali/ Latihan/ Tes

- a) Mahasiswa mendownload materi perkuliahan di sistem [elearning.htp.ac.id](http://elearning.htp.ac.id) dan mempelajari materi tersebut.
- b) Mahasiswa membuat resume perlukiahan pada saat dosen memberi materi kuliah.

## **E. Kegiatan Belajar 5**

### **1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan**

Mahasiswa mampu menjelaskan konsep kesehatan.

### **2. Uraian Materi**

#### **Konsep Kesehatan**

##### **a. Pendahuluan**

Kata sehat merupakan Indonesianisasi dari bahasa Arab “ash-shihhah” yang berarti sembuh, sehat, selamat dari cela, nyata, benar, dan sesuai dengan kenyataan. Kata sehat dapat diartikan pula: (1) dalam keadaan baik segenap badan serta bagian-bagiannya (bebas dari sakit), waras, (2) mendatangkan kebaikan pada badan, (3) sembuh dari sakit.

Dalam bahasa Arab terdapat sinonim dari kata ash-shihhah yaitu al-‘afiah yang berarti ash-shihhah at-tammah (sehat yang sempurna ). Kedua kata ash-shihhah dan al-afiah sering digabung menjadi satu yaitu ash-shihhah wa al’afiah, yang apabila diIndonesiakan menjadi ‘sehat wal afiat’ dan artinya sehat secara sempurna.

Kata sehat menurut Kamus Bahasa Indonesia adalah suatu keadaan/ kondisi seluruh badan serta bagian-bagiannya terbebas dari sakit. Mengacu pada Undang-Undang Kesehatan No 23 tahun 1992 sehat adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan seseorang dapat hidup secara sosial dan ekonomis. konsep “sehat”, World Health Organization (WHO) merumuskan dalam cakupan yang sangat luas, yaitu “keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan/cacat”. Dalam definisi ini, sehat bukan sekedar terbebas dari penyakit atau cacat. Orang yang tidak berpenyakit pun tentunya belum tentu dikatakan sehat. Dia semestinya dalam keadaan yang sempurna, baik fisik, mental, maupun sosial.

##### **b. Pengertian**

Pengertian sehat yang dikemukakan oleh WHO ini merupakan suatu keadaan ideal, dari sisi biologis, psikologis, dan sosial sehingga seseorang dapat melakukan aktifitas

secara optimal. Definisi sehat yang dikemukakan oleh WHO mengandung 3 karakteristik yaitu :

- 1) Merefleksikan perhatian pada individu sebagai manusia
- 2) Memandang sehat dalam konteks lingkungan internal dan eksternal.
- 3) Sehat diartikan sebagai hidup yang kreatif dan produktif.

Sehat bukan merupakan suatu kondisi tetapi merupakan penyesuaian, dan bukan merupakan suatu keadaan tetapi merupakan proses dan yang dimaksud dengan proses disini adalah adaptasi individu yang tidak hanya terhadap fisik mereka tetapi terhadap lingkungan sosialnya.

Jadi dapat dikatakan bahwa batasan sehat menurut WHO meliputi fisik, mental, dan sosial. Sedangkan batasan sehat menurut Undang-undang Kesehatan meliputi fisik (badan), mental (jiwa), sosial dan ekonomi. Sehat fisik yang dimaksud disini adalah tidak merasa sakit dan memang secara klinis tidak sakit, semua organ tubuh normal dan berfungsi normal dan tidak ada gangguan fungsi tubuh. Sehat mental (jiwa), mencakup :

- 1) Sehat Pikiran tercermin dari cara berpikir seseorang yakni mampu berpikir secara logis (masuk akal) atau berpikir runtut
- 2) Sehat Spiritual tercermin dari cara seseorang dalam mengekspresikan rasa syukur, pujian, atau penyembahan terhadap pencinta alam dan seisinya yang dapat dilihat dari praktek keagamaan dan kepercayaannya serta perbuatan baik yang sesuai dengan norma-norma masyarakat.
- 3) Sehat Emosional tercermin dari kemampuan seseorang untuk mengekspresikan emosinya atau pengendalian diri yang baik.

Sehat Sosial adalah kemampuan seseorang dalam berhubungan dengan orang lain secara baik atau mampu berinteraksi dengan orang atau kelompok lain tanpa membedakan ras, suku, agama, atau kepercayaan, status sosial, ekonomi, politik.

Sehat dari aspek ekonomi yaitu mempunyai pekerjaan atau menghasilkan secara ekonomi. Untuk anak dan remaja ataupun bagi yang sudah tidak bekerja maka sehat dari aspek ekonomi adalah bagaimana kemampuan seseorang untuk berlaku produktif secara sosial.

### c. Hubungan Kesehatan dan Kebijakan

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 spritual yang diindikasikan tidak adanya keluhan ataupun tidak terdapat tanda-tanda penyakit atau kelainan agar masyarakat dapat hidup produktif baik secara sosial dan maupun ekonomi

### 3. Rangkuman

Mengacu pada Undang-Undang Kesehatan No 23 tahun 1992 sehat adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan seseorang dapat hidup secara sosial dan ekonomis. konsep “sehat”, World Health Organization (WHO) merumuskan dalam cakupan yang sangat luas, yaitu “keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan/cacat”. Dalam definisi ini, sehat bukan sekedar terbebas dari penyakit atau cacat. Orang yang tidak berpenyakit pun tentunya belum tentu dikatakan sehat. Dia semestinya dalam keadaan yang sempurna, baik fisik, mental, maupun sosial.

### 4. Penugasan/ Umpan Balik/ Latihan/ Tes

- a) Mahasiswa mendownload materi perkuliahan di system [elearning.htp.ac.id](http://elearning.htp.ac.id) dan mempelajari materi tersebut
- b) Mahasiswa membuat resume pada saat dosen memberi materi kuliah

## F. Kegiatan Belajar 6

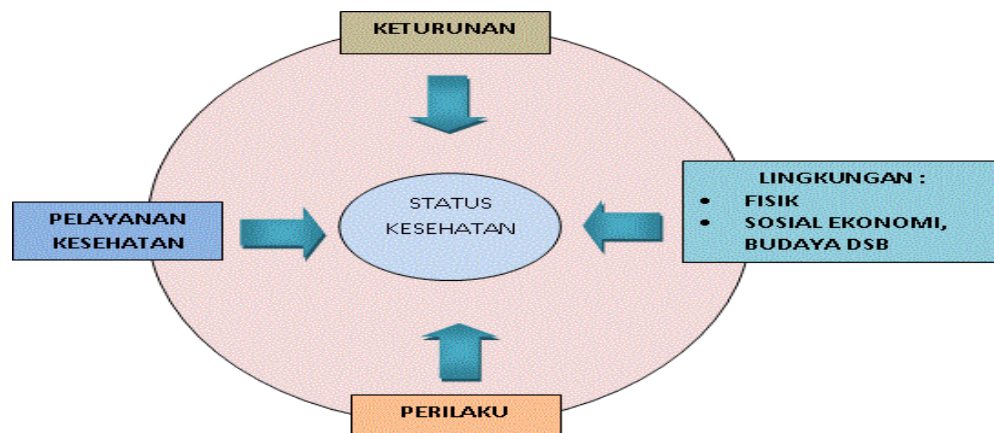
### 1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mahasiswa mampu menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan.

### 2. Uraian Materi

#### Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan

Tercapainya keadaan seimbang yang dinamis antara fisik, mental, sosial maupun spritual sebagai indikator tingkat / derajat kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor. Teori Bloom (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 6

#### 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 hakekatnya 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 Kebijakan Kesehatan merupakan serangkaian aktivitas atau proses penyelenggaraan P1 (Perencanaan), P2 (Penggerakkan 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.

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 terorganisir.

Konsep ini menunjukkan bahwa upaya-upaya kesehatan masyarakat yang meliputi pelayanan kesehatan secara komprehensif: promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif harus dikelola secara terorganisir. 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 mendisain 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 prakteknya 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 hakekatnya 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 sistim 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 dimana 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 :

- a. Tingkat Sistemik, yaitu corak utama yang membentuk sistem kesehatan secara keseluruhan. Misalnya keterlibatan institusi publik, peran publik / swasta dan hubungan kesehatan dengan sektor lain.
- b. Tingkatan Program, yaitu memutuskan prioritas untuk pelayanan kesehatan, program-program kesehatan yang nyata dan cara yang ditempuh dimana sumber daya harus dialokasikan (operasional kegiatan).
- c. Tingkatan Organisasi, yaitu menunjuk pada cara yang ditempuh agar sumber daya dapat digunakan produktif dan menyediakan pelayanan yang bermutu tinggi
- d. 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.

### 3. Rangkuman

Tujuan dari kebijakan kesehatan pada hakekatnya 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. Kebijakan Kesehatan merupakan serangkaian aktivitas atau proses penyelenggaraan P1 (Perencanaan), P2 (Penggerakkan 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.

#### 4. Penugasan/ Umpan Balik/ Latihan/ Tes

- a. Mahasiswa mendownload materi perkuliahan di system [elearning.htp.ac.id](http://elearning.htp.ac.id) dan mempelajari materi tersebut
- b. Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat dosen memberi materi kuliah

### G. Kegiatan Belajar 7

#### 1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mahasiswa dapat menjelaskan dan menganalisa tentang tahapan analisis kebijakan.

#### 2. Uraian Materi

##### Tahapan Analisis Kebijakan

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

##### a. Pengkajian Masalah

Tujuan pengkajian adalah menemukan dan memahami hakekat 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).

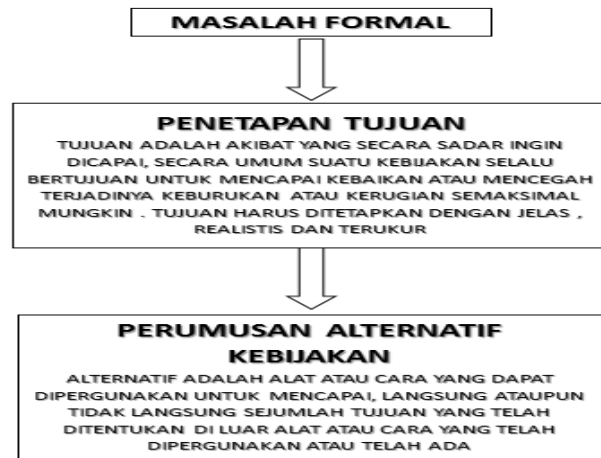
##### b. Penentuan Tujuan

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.

c. 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 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.

d. 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).

e. Penentuan Kriteria

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

- 1) *Technical Feasibility*: melihat sampai sejauhmana alternatif kebijakan dapat mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kriteria penilaian ini lebih menekankan pada efektifitas suatu alternatif langkah intervensi dalam mencapai apa tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.
- 2) *Economic and Financial Feasibility*: melihat sampai sejauhmana 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*.
- 3) *Political Viability*: melihat sampai sejauhmana alternatif kebijakan menyebabkan efek atau dampak politik. Dampak alternatif kebijakan ini dapat dilihat dari tingkat aksebilitas (*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.
- 4) *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	Technical Feasibility	.....	.....	.....
2	Economic and Financial Feasibility	.....	.....	.....
3	Political Viability	.....	.....	.....
4	Administrative Operability	.....	.....	.....

f. Penentuan 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 efektifitas, 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 rangking dan dipilih yang mendapat rangking tertinggi seperti gambar berikut :

NO	KRITERIA	ALTERNATIF									K E T
		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										
	Rangking										

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

g. Penyusunan Rekomendasi

Penilaian alternatif memberikan gambaran mengenai sejumlah pilihan yang tepat untuk mencapai tujuan. Langkah akhir analisa 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



### 3. Rangkuman

Dalam melakukan analisis terhadap suatu kebijakan ada beberapa langkah yang ditempuh, yaitu mulai melakukan pengkajian masalah, penentuan tujuan, perumusan alternatif, penyusunan model, penentuan kriteria, penilaian alternatif, dan penyusunan rekomendasi.

### 4. Penugasan/ Umpan Balik/ latihan/ Tes

- a. Mahasiswa mendownload materi perkuliahan di system [elearning.htp.ac.id](http://elearning.htp.ac.id) dan mempelajari materi tersebut
- b. Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat dosen memberi materi kuliah

## H. Kegiatan Belajar 8 & 9

### 1. Kemampuan Akhir yang di harapkan

Mahasiswa dapat menjelaskan perumusan masalah kebijakan.

### 2. Uraian Materi

#### 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, handal (*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 essential", yaitu program atau pelayanan yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

- a. mengenai sejumlah besar penduduk, seperti terlihat dari angka prevalens kejadiannya
- b. dampaknya besar, misalnya Case Fatality Rate (CFR) yang tinggi, menyebabkan tingginya kehilangan waktu produktif yang diukur dengan DALY (Dissability Adjusted Life Years) dan menyebabkan mutu SDM menurun
- c. intervensi tersebut "cost effective"

Oleh sebab itu agar suatu masalah kesehatan dapat ditanggulangi menjadi sebuah kebijakan haruslah memperhatikan besarnya masalah (*prevalence*), akibat yang ditimbulkan oleh masalah (*severiti*), kenaikan besarnya masalah (*rate of increase*), derajat keinginan masyarakat yang tidak terpenuhi (*degree of unmeet 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 :

- a. 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.
- b. Kepentingan politik atau partai politik penguasa sehingga dianggap penting sebagai agenda pemerintah.
- c. Timbulnya krisis atau peristiwa luar biasa yang mendapatkan perhatian luar biasa dari masyarakat.
- d. 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.

e. Adanya gerakan-gerakan protes.

Perumusan masalah kebijakan pada hakekatnya 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 diketemukannya 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 subyektif, bersifat buatan (*artificiality*) dimana suatu situasi dapat dianggap masalah karena adanya keinginan untuk mengubah situasi tersebut, dan memiliki dinamika dimana masalah yang sama belum tentu dapat dipecahkan dengan kebijakan yang sama dalam konteks yang berbeda. Karakteristik tersebut dapat diuraikan sebagai berikut :

a. Saling ketergantungan (*interdependency*)

Kebijakan di bidang kesehatan tidak terlepas atau saling berhubungan dengan 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.

b. Subyektif (*subjective*)

Kondisi di luar kesehatan yang menimbulkan masalah diidentifikasi, diklasifikasi, dijelaskan dan dievaluasi secara selektif. Meskipun terdapat suatu anggapan bahwa masalah bersifat obyektif (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.

c. *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 subyektif; masalah kebijakan itu juga bisa diterima sebagai definisi-definisi yang sah dari kondisi sosial yang obyektif; 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.

d. *Dinamis (dynamic)*

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, dimana 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.

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

**Tabel 4**

#### **Struktur Masalah Kesehatan**

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 kegunaannya (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 8**  
**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 teoritik yang tegas, dapat berbentuk hukum teoritis, preposisi teoritis, 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 :

<b>METODE</b>	<b>TUJUAN</b>	<b>PROSEDUR</b>	<b>SUMBER PENGETAHUAN</b>	<b>KRITERIA KINERJA</b>
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 Hirarki	Identifikasi penyebab yang mungkin masuk akal dan dapat di tindak lanjuti	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 Barganda	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 plabilitas dan urgensi	Kelompok	Plabilitas dan urgensi optimal

**Tabel 5**  
**Metode Perumusan Masalah**

### 3. Penugasan/ Umpan Balik/ Latihan/ Tes

- a. Mahasiswa mendownload materi perkuliahan di system [elearning.htp.ac.id](http://elearning.htp.ac.id) dan mempelajari materi tersebut
- b. Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat dosen memberi materi kuliah

## I. Kegiatan Belajar 10

### 1. Kemampuan Akhir yang diharapkan

Mahasiswa dapat menjelaskan tentang agenda setting dalam perencanaan kebijakan kesehatan

### 2. Uraian Materi



## Agenda Setting

Agenda setting merupakan tahap dimana 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 merespon 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 sistim, maka kelompok-kelompok akan melakukan adaptasi terhadap perubahan-perubahan yang mengganggu *equilibrium* tersebut. Konsep *eqiliberium* ini hanya menjelaskan seandainya *disequilibrium* terjadi dalam kelompok. Namun konsep ini tidak mampu menjelaskan peran elit politik dalam mendorong suatu isu masuk ke dalam agenda kebijakan, padahal proses kebijakan terjadi sebagai hasil “belajar” elit 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) Ekstermitas 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 ditinggalkan, misalnya terjadinya Wabah / Kejadian Luar Biasa (KLB)
- b) Suatu isu akan mendapat perhatian bila isu tersebut bersifat partikularistas, dimana isu tersebut menunjukkan dan mendramatisir 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 klausal 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 praktek 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 pemrotas, 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 praktek 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 kedalam 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. Penugasan/ Umpan Balik/ Latihan/ Tes**

- a. Mahasiswa mendownload materi perkuliahan di system [elearning.htp.ac.id](http://elearning.htp.ac.id) dan mempelajari materi tersebut
- b. Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat dosen memberi materi kuliah

## **J. Kegiatan Belajar 11**

### **1. Kemampuan Akhir yang diharapkan**

Mahasiswa dapat menjelaskan tentang formulasi dalam perencanaan kebijakan kesehatan

### **2. Uraian Materi**

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 penalty 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 elit

Teori ini berasumsi bahwa dalam masyarakat terdapat dua kelompok, yaitu pemegang kekuasaan (elit) 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 elit.

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 konservatis yang tinggi karena pada intinya adalah strategi defensive. 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 efektifitas 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 diantara individu warga masyarakat.

#### 9) Teori sistim

Teori ini merupakan analogi dari sistim biologi. Pada dasarnya sistim 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 sistim mengasumsikan bahwa kebijakan merupakan hasil dari sistim (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 formuasi kebijakan adalah kebijakan dianalisis kemudian dicari fomulasi 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, barang kali 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 dipolitisir oleh elit 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 elit politik yang telah diberikan dalam bentuk anggaran selama sekian lama untuk mengatasi rendahnya derajat kesehatan masyarakat. Aspek teoritis 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 dimana 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.

## **K. Kegiatan Belajar 12**

### **1. Kemampuan Akhir yang diharapkan**

Mahasiswa dapat menjelaskan tentang konsep desentralisasi di bidang kesehatan kesehatan

### **2. Uraian Materi**

#### **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 Kolumbia 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 administrative dari pemerintah pusat ke : 1) unit-unit territorial pemerintah pusat atau kementrian, 2) tingkat pemerintahan yang lebih rendah, 3) organisasi semi otonom, 4) badan otoritas regional, 5) organisasi nonpemerintah 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 public 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 respon 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 sentralistik, sehingga daerah mempunyai kemampuan administrative serta manajerial yang rendah. Namin 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 elit 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 inci 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**; *Deconsentrasi area offices of administration* (perangkat wilayah yang berada di daerah) dan **kedua**, Devolusi dimana 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 elit 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. Trsna, Koesoemaatmadja, Amrah Moeslimin, The Liang Gie dan sebagainya termasuk dalam aliran ***Kontinental***.

Menurut R. Tresna desentralisasi dapat dibedakan kedalam :

- Desentralisasi Jabatan (dekonsentrasi), adalah pemberian atau pamasrahan 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 azas demokrasi dalam pemerintahan negara. Desentralisasi ketatanegaraan ini dibagi menjadi : Desentralisasi teritorial dan desentralisasi fungsional.

Sementara itu Koesoemaatmadja, 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 Meoslim, 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 tentang, 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 tanggungjawab dari urusan yang semula adalah urusan pemerintah pusat kepada badan-badan atau lembaga-lembaga Pemerintah Daerah agar menjadi urusan rumahtangganya sehingga urusan-urusan tersebut beralih kepada Daerah dan menjadi wewenang dan tanggungjawab Pemerintah Daerah.

### **3. Penugasan/ Umpan Balik/ Latihan/ Tes**

- a. Mahasiswa mendownload materi perkuliahan di system [elearning.htp.ac.id](http://elearning.htp.ac.id) dan mempelajari materi tersebut
- b. Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat dosen memberi materi kuliah

## **L. Kegiatan Belajar 13**

### **1. Kemampuan Akhir yang diharapkan**

Mahasiswa dapat menjelaskan tentang sistem desentralisasi di bidang kesehatan kesehatan

### **2. Uraian Materi**

#### **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 prakteknya, 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 propinsi melalui Dinas Kesehatan Propinsi. 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, kerjasama atau persetujuan dari penerima manfaat dalam formulasi, penilaian, organisasi, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan program penyediaan – juga diperlukan.

## 3. *Faktor perilaku stake holder*

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 elit 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.

#### **1. Penugasan/ Umpan Balik/ Latihan/ Tes**

- a. Mahasiswa mendownload materi perkuliahan di system [elearning.htp.ac.id](http://elearning.htp.ac.id) dan mempelajari materi tersebut
- b. Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat dosen memberi materi kuliah

### **M. Kegiatan Belajar 14**

#### **1. Kemampuan Akhir yang diharapkan**

Mahasiswa dapat menjelaskan tentang sistem desentralisasi di bidang kesehatan kesehatan

#### **2. Uraian Materi**

##### **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 handal 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.

### **3. Penugasan/ Umpan Balik/ Latihan/ Tes**

- a. Mahasiswa mendownload materi perkuliahan di system [elearning.htp.ac.id](http://elearning.htp.ac.id) dan mempelajari materi tersebut
- b. Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat dosen memberi materi kuliah

### BAB III EVALUASI PEMBELAJARAN

#### A. Kriteria Penilaian

Sistem penilaian pencapaian kompetensi yang dikembangkan mengacu pada aktivitas pembelajaran didasarkan pada pencapaian aspek kognitif, psikomotor, dan afektif yang terdiri dari :

No.	Indikator Penilaian	Persentase Penilaian
1.	Penugasan :	
	a. Kelompok	10%
	b. Individu	10%
2.	Ujian Tengah Semester (UTS)	30%
3.	Ujian Akhir Semester (UAS)	40%
4.	Soft Skill	10%
	Total	100%

#### B. Nilai Lulus Mata Kuliah

Sistem penilaian berdasarkan acuan STIKes Hang Tuah Pekanbaru dalam nilai angka mutu, huruf mutu, dan bobot. Nilai lulus setiap mata kuliah minimal C.

Taraf Penugasan	Nilai Huruf	Nilai Numerik
85 – 100	A	4,00
80 – 84	A-	3,70
75 – 79	B+	3,30
70 – 74	B	3,00
65 – 69	B	2,70
60 – 64	B-	2,30
55 – 59	C	2,00
50 – 54	C-	1,70
40 – 49	D	1,00
0 – 40	E	0,00

### **C. Kriteria Mengikuti Ujian**

Pencapaian kehadiran minimal 75% untuk persyaratan mengikuti Ujian Akhir Semester (UAS). Bagi mahasiswa yang tidak memenuhi persentase tersebut maka tidak dibenarkan untuk mengikuti UAS.



**BAB IV**  
**AKTIFITAS PEMBELAJARAN**

**A. Rincian Aktifitas Pembelajaran**

	<b>STIKes HANG TUAH PEKANBARU</b> <b>PRODI KESEHATAN MASYARAKAT</b>			
<b>RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER</b>				
<b>MATA KULIAH (MK)</b>	<b>KODE</b>	<b>Rumpun MK</b>	<b>BOBOT (sks)</b>	
Analisis Kebijakan Kesehatan	PP6113	Peminatan AKK	2	
<b>OTORISASI</b>	<b>Dosen Pengembang RPS</b>		<b>Koordinator RMK</b>	
	(tanda tangan)		(tanda tangan)	
<b>Capaian Pembelajaran (CP)</b>	<p style="text-align: center;"><b>CPL-PRODI</b></p> <p><b>Sikap :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa.</li> <li>2. Memiliki moral, etika dan kepribadian yang baik di dalam menyelesaikan tugasnya.</li> <li>3. Mampu bekerja sama dan memiliki kepekaan sosial dan kepedulian yang tinggi terhadap masyarakat dan lingkungan.</li> <li>4. Menghargai keanekaragaman budaya, pandangan, kepercayaan, dan agama serta pendapat/temuan orisinal.</li> <li>5. Menjunjung tinggi penegakan hukum serta memiliki semangat untuk mendahulukan kepentingan bangsa.</li> <li>6. Mampu melaksanakan tugas sederhana, terbatas, bersifat rutin</li> <li>7. Menunjukkan sikap bertanggung jawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri.</li> </ol> <p><b>Pengetahuan</b></p>			

	Menguasai konsep, teori, metode, dan/atau falsafah bidang ilmu administrasi dan kebijakan kes melalui penalaran dalam proses pembelajaran, pengalaman kerja mahasiswa, penelitian dan/ata terkait pembelajaran politik kesehatan		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;"><b>CPMK</b></td> <td></td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu menjelaskan Kontrak Perkuliahan analisis kebijakan kesehatan</li> <li>2. Mampu menjelaskan konsep analisis kebijakan kesehatan</li> <li>3. Mampu menjelaskan metode analisis kebijakan kesehatan</li> <li>4. Mampu menjelaskan pendekatan dalam analisis kebijakan kesehatan</li> <li>5. Mampu menjelaskan argument kebijakan</li> <li>6. Mampu menjelaskan konsep kesehatan</li> <li>7. Mampu menjelaskan factor yang mempengaruhi konsep kesehatan</li> <li>8. Mampu menjelaskan tahap analisis kebijakan kesehatan</li> <li>9. Mampu menjelaskan perumusan masalah dalam perencanaan kebijakan kesehatan</li> <li>10. Mampu menjelaskan perumusan masalah dalam perencanaan kebijakan kesehatan (lanjutan)</li> <li>11. Mampu menjelaskan agenda setting</li> <li>12. Mampu menjelaskan formulasi kebijakan</li> <li>13. Mampu menjelaskan desentralisasi dibidang kesehatan</li> <li>14. Mampu menjelaskan system desentralisasi desentralisasi</li> <li>15. Mampu menjelaskan dampak desentralisasi kesehatan</li> </ol>	<b>CPMK</b>	
<b>CPMK</b>			
<b>Diskripsi Singkat MK</b>	Mata kuliah ini membahas prinsip analisis kebijakan, faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya langkah perencanaan, faktor-faktor pendorong dan penghambat pada bidang kesehatan, dan m keputusan yang diambil oleh pimpinan		
<b>Bahan Kajian / Pokok Bahasan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontrak Perkuliahan analisis kebijakan kesehatan</li> <li>2. Konsep analisis kebijakan kesehatan</li> <li>3. Metode analisis kebijakan kesehatan</li> <li>4. Pendekatan dalam analisis kebijakan kesehatan</li> <li>5. Argument kebijakan</li> <li>6. Konsep kesehatan</li> <li>7. Factor yang mempengaruhi konsep kesehatan</li> <li>8. Tahap analisis kebijakan kesehatan</li> <li>9. Perumusan masalah dalam perencanaan kebijakan kesehatan</li> <li>10. Perumusan masalah dalam perencanaan kebijakan kesehatan (lanjutan)</li> <li>11. Agenda setting</li> <li>12. Formulasi kebijakan</li> <li>13. Desentralisasi dibidang kesehatan</li> <li>14. System desentralisasi desentralisasi</li> <li>15. Dampak desentralisasi kesehatan</li> </ol>		
<b>Pustaka</b>	<b>Utama :</b>		

	<p>M.Faiz Satrianegara, Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Penerbit Salemba Medika</p> <p>B. Subekti Ridhotullah &amp; Mohammad Jauhar, Pengantar Manajemen, Prestasi Pustaka Publisher</p>				
	<p><b>Pendukung :</b></p> <p>Jurnal Terkait</p>				
<b>Media Pembelajaran</b>	<b>Perangkat lunak</b>			<b>Perangkat keras</b>	
	Windows (Excel, Word)			Infokus, Laptop	
<b>Dosen Pengampu</b>					
<b>Matakuliah syarat</b>	<p>Administrasi dan Kebijakan Kesehatan</p> <p>Ekonomi Kesehatan</p> <p>Pembiayaan dan Pengembangan Kesehatan</p>				
<b>Mg Ke-</b>	<b>Sub-CPMK (Kemampuan akhir tiap tahapan belajar)</b>	<b>Indikator Penilaian</b>	<b>Kriteria &amp; Bentuk Penilaian</b>	<b>Bentuk/Metode Pembelajaran &amp; Penugasan Mahasiswa</b>	
<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>	<b>(5)</b>	
<b>1</b>	Mahasiswa dapat menjelaskan pengertian Konsep analisis kebijakan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kehadiran</li> <li>- Sikap</li> <li>- Aktivitas dan kreativitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keterlibatan/ partisipasi mahasiswa</li> <li>- Ketepatan tanggapan dan nalar mahasiswa dalam diskusi</li> <li>- Keselarasan hasil diskusi dengan teori</li> </ul>	Contextual Learning (CL)	
<b>2</b>	Mahasiswa dapat menjelaskan metoda analisis kebijakan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kehadiran</li> <li>- Sikap</li> <li>- Aktivitas dan kreativitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keterlibatan/ partisipasi mahasiswa</li> <li>- Ketepatan tanggapan dan nalar mahasiswa dalam diskusi</li> <li>- Keselarasan hasil diskusi dengan teori</li> </ul>	Contextual Learning Discovery learning (DL)	

					f
3	Mahasiswa dapat menjelaskan pendekatan dalam analisis kebijakan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kehadiran</li> <li>- Sikap</li> <li>- Aktivitas dan kreativitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keterlibatan/ partisipasi mahasiswa</li> <li>- Ketepatan tanggapan dan nalar mahasiswa dalam diskusi</li> <li>- Keselarasan hasil diskusi dengan teori</li> </ul>	<p>Contextual Learning</p> <p>Discovery learning (DL)</p>	a b c d
4	Mahasiswa dapat menjelaskan argument kebijakan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kehadiran</li> <li>- Sikap</li> <li>- Aktivitas dan kreativitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keterlibatan/ partisipasi mahasiswa</li> <li>- Ketepatan tanggapan dan nalar mahasiswa dalam diskusi</li> <li>- Keselarasan hasil diskusi dengan teori</li> </ul>	<p>Contextual Learning</p> <p>Discovery learning (DL)</p>	a b c e f g
5	Mahasiswa dapat menjelaskan konsep kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kehadiran</li> <li>- Sikap</li> <li>- Aktivitas dan kreativitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keterlibatan/ partisipasi mahasiswa</li> <li>- Ketepatan tanggapan dan nalar mahasiswa dalam diskusi</li> <li>- Keselarasan hasil diskusi dengan teori</li> </ul>	<p>Contextual Learning</p> <p>Discovery learning (DL)</p>	a k c
6	Mahasiswa dapat menjelaskan factor yang mempengaruhi konsep kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kehadiran</li> <li>- Sikap</li> <li>- Aktivitas dan kreativitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keterlibatan/ partisipasi mahasiswa</li> <li>- Ketepatan tanggapan dan nalar mahasiswa dalam diskusi</li> <li>- Keselarasan hasil diskusi dengan teori</li> </ul>	Small Group Discussion	a b c d e f
7	Mahasiswa dapat menjelaskan tahap analisis kebijakan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kehadiran</li> <li>- Sikap</li> <li>- Aktivitas dan kreativitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keterlibatan/ partisipasi mahasiswa</li> <li>- Ketepatan tanggapan dan nalar mahasiswa dalam diskusi</li> <li>- Keselarasan hasil diskusi dengan teori</li> </ul>	Small Group Discussion	a b c d e f g

<b>8</b>	<b>Evaluasi Tengah Semester</b>				
<b>9</b>	Mahasiswa dapat menjelaskan perumusan masalah kebijakan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kehadiran</li> <li>- Sikap</li> <li>- Aktivitas dan kreativitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keterlibatan/ partisipasi mahasiswa</li> <li>- Ketepatan tanggapan dan nalar mahasiswa dalam diskusi</li> <li>- Keselarasan hasil diskusi dengan teori</li> </ul>	Contextual Learning Discovery learning (DL)	
<b>10</b>	Mahasiswa dapat menjelaskan perumusan masalah kebijakan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kehadiran</li> <li>- Sikap</li> <li>- Aktivitas dan kreativitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keterlibatan/ partisipasi mahasiswa</li> <li>- Ketepatan tanggapan dan nalar mahasiswa dalam diskusi</li> <li>- Keselarasan hasil diskusi dengan teori</li> </ul>	Contextual Learning Discovery learning (DL)	
<b>11</b>	Mahasiswa dapat menjelaskan agenda setting	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kehadiran</li> <li>- Sikap</li> <li>- Aktivitas dan kreativitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keterlibatan/ partisipasi mahasiswa</li> <li>- Ketepatan tanggapan dan nalar mahasiswa dalam diskusi</li> <li>- Keselarasan hasil diskusi dengan teori</li> </ul>	Contextual Learning Discovery learning (DL)	
<b>12</b>	Mahasiswa dapat menjelaskan formulasi kebijakan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kehadiran</li> <li>- Sikap</li> <li>- Aktivitas dan kreativitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keterlibatan/ partisipasi mahasiswa</li> <li>- Ketepatan tanggapan dan nalar mahasiswa dalam diskusi</li> <li>- Keselarasan hasil diskusi dengan teori</li> </ul>	Contextual Learning Discovery learning (DL)	
<b>13</b>	Mahasiswa dapat menjelaskan konsep desentralisasi dibidang kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kehadiran</li> <li>- Sikap</li> <li>- Aktivitas dan kreativitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keterlibatan/ partisipasi mahasiswa</li> <li>- Ketepatan tanggapan dan nalar mahasiswa dalam diskusi</li> <li>- Keselarasan hasil diskusi dengan teori</li> </ul>	Contextual Learning Discovery learning (DL) Small Group Discussion	

<b>14</b>	Mahasiswa dapat menjelaskan system desentralisasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kehadiran</li> <li>- Sikap</li> <li>- Aktivitas dan kreativitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keterlibatan/ partisipasi mahasiswa</li> <li>- Ketepatan tanggapan dan nalar mahasiswa dalam diskusi</li> <li>- Keselarasan hasil diskusi dengan teori</li> </ul>	Contextual Learning Discovery learning (DL) Small Group Discussion
<b>15</b>	Mahasiswa dapat menjelaskan dampak desentralisasi dibidang kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kehadiran</li> <li>- Sikap</li> <li>- Aktivitas dan kreativitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keterlibatan/ partisipasi mahasiswa</li> <li>- Ketepatan tanggapan dan nalar mahasiswa dalam diskusi</li> <li>- Keselarasan hasil diskusi dengan teori</li> </ul>	Contextual Learning Discovery learning (DL) Small Group Discussion
<b>16</b>	<b>Evaluasi Akhir Semester</b>			

<b>B. KRITERIA PENILAIAN</b>	
1. TUGAS	: 20%
2. SOFT SKILL	: 10%
3. UJIAN TENGAH SEMESTER	: 30%
4. UJIAN AKHIR SEMESTER	: 40%
<b>C. NILAI ANGKA DAN NILAI MUTU</b>	
1. 85-100	: A
2. 80-84	: A-
3. 75-79	: B+
4. 70-74	: B
5. 65-69	: B-
6. 60-64	: C+
7. 55-59	: C
8. 50-54	: C-
9. 40-49	: D
10. <40	: E

**Catatan :**

1. Capaian Pembelajaran Lulusan PRODI (CPL-PRODI) adalah kemampuan yang dimiliki oleh setiap lulusan PRODI yang merupakan internalisasi dari sikap, penguasaan pengetahuan dan ketrampilan sesuai dengan jenjang studinya yang diperoleh melalui proses pembelajaran.
2. CPL yang dibebankan pada mata kuliah adalah beberapa capaian pembelajaran lulusan program studi (CPL-PRODI) yang digunakan untuk pembentukan/pengembangan sebuah mata kuliah yang terdiri dari aspek sikap, ketrampilan umum, ketrampilan khusus dan pengetahuan.
3. CP Mata kuliah (CPMK) adalah kemampuan yang dijabarkan secara spesifik dari CPL yang dibebankan pada mata kuliah, dan bersifat spesifik terhadap bahasan atau materi pembelajaran mata kuliah tersebut.
4. Sub-CP Mata kuliah (Sub-CPMK) adalah kemampuan yang dijabarkan secara spesifik dari CPMK yang dapat diukur atau diamati dan merupakan kemampuan akhir yang direncanakan pada tiap tahap pembelajaran, dan bersifat spesifik terhadap materi pembelajaran mata kuliah tersebut.
5. Kreteria Penilaian adalah patokan yang digunakan sebagai ukuran atau tolok ukur ketercapaian pembelajaran dalam penilaian berdasarkan indikator-indikator yang telah ditetapkan. Kreteria penilaian merupakan pedoman bagi penilai agar penilaian konsisten dan tidak bias. Kreteria dapat berupa kuantitatif ataupun kualitatif.
6. Indikator penilaian kemampuan dalam proses maupun hasil belajar mahasiswa adalah pernyataan spesifik dan terukur yang mengidentifikasi kemampuan atau kinerja hasil belajar mahasiswa yang disertai bukti-bukti.

<b>Pengertian 1 sks dalam bentuk pembelajaran</b>			<b>Jam</b>
a	Kuliah, Responsi, Tutorial		
	Tatap Muka	Penugasan Terstruktur	Belajar Mandiri
	50 menit/minggu/semester	60 menit/minggu/semester	60 menit/minggu/semester
			2,83
b	Seminar atau bentuk pembelajaran lain yang sejenis		
	Tatap muka	Belajar mandiri	
	100 menit/minggu/semester	70 menit/minggu/semester	
			2,83
c	Praktikum, praktik studio, praktik bengkel, praktik lapangan, penelitian, pengabdian kepada masyarakat, dan/atau bentuk pembelajaran lain yang setara		

170 menit/minggu/semester	2,83
---------------------------	------

No	Metode Pembelajaran Mahasiswa	Kode
1	Small Group Discussion	SGD
2	Role-Play & Simulation	RPS
3	Discovery Learning	DL
4	Self-Directed Learning	SDL
5	Cooperative Learning	CoL
6	Collaborative Learning	CbL
7	Contextual Learning	CtL
8	Project Based Learning	PjBL
9	Problem Based Learning & Inquiry	PBL
10	Ataumetode pembelajaran lain, yang dapat secara efektif memfasilitasi pemenuhan capaian pembelajaran lulusan.	

## B. Panduan Pembelajaran Jarak Jauh (PJJ)

Sesi	Metode Pembelajaran	<i>E-Learning</i>	<i>Blended Learning</i>	<i>Platform</i>	Absensi
1	Mahasiswa download bahan ajar sesi 1 s/d 7 Tugas baca materi sesi 1	✓		SPADA HTP	Siakadm
2	Presentation		✓	Google Meeting	Siakadm
3	Quiz Sesi 3	✓		SPADAHTP	Siakadm
4	Quiz Sesi 4	✓		SPADAHTP	Siakadm
5	Quiz Sesi 5	✓		SPADAHTP	Siakadm
6	Quiz Sesi 6	✓		SPADAHTP	Siakadm
7	Quiz Sesi 7	✓		SPADAHTP	Siakadm
8	UTS	✓		SPADA HTP	Siakadm



## DAFTAR REFERENSI

- Abdul Wahab, Solichin, 2003. Analisis Kebijakan. Jakarta: Bumi Aksara
- Agustino, Leo. 2006. Dasar-Dasar Kebijakan Publik. Bandung: Alfabeta.
- Anderson, James E., 1979. *Publik 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*, CQ Press, NY
- Bessant, Judith, Rob Watts, Tony Dalton dan Paul Smith, 2006. *Talking Policy: How Social Policy in Made*, Crows Nest: Allen and Unwin
- Benyamin, S. Bloom. 1981. *All Our Children Learning*. Mc Graw Hill Book Company: New York.
- Dachi, Rahmat Alyakin, 2009. Manajemen Pelayanan Kesehatan, Bandung: AIPI**
- Donald S. van Meter and Carl E. van Horn, 1975. *The Policy Implementation Process*, Administration & Soidaty Journal.**
- Dunn, William N. *Public Policy Analysis – An Introduction*, Pearson Education. New Jersey: 1981.**
- , 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*. Jai Press Inc, London-England.
- 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*, Scott, Foresmann and Company, USA.
- 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 Publik 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, Agendas, 1984.** *Alternative 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 Evolutionari Approach*. Belmont:Wadsworth.
- Mazmanian, Daniel A and Paul A. Sabatier. 1983. *Implementation and Public Policy*. Scott Foresman and Company, USA.
- 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 FrankSmallwood. 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*, Greenwood Press: Gainesville

- 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, Rendal B. and Grace A. Franklin. 1986. *Policy Implementation and Bureaucracy*, second edition, the Dorsey Press, Chicago-Illionis.
- 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



